Negyvenkettedik évfolyam. 6. szám. *Budapest, 1898. február 6.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

MAGYAR TUD. EGYETEMI
II. SEBÉSZETI KLINIKUM

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HŐGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Purjesz Zsigmond tnr.: A serumtherapia kritikája. 61. l.
Johan Béla dr.: Hegkeloid (hamis keloid). 63. l.
Ostermayer Miklós dr.: Dermoidcysta mint szülési akadály. Craniotomia. A tömlő bemetszése annak kivarrásával. Gyógyulás. 63. l.
Gedeon János dr.: Körfürész okozta súlyos sérülés; invarrat. 65. l.
Tárcza. † Szentiványi Dr. Mészáros Károly. 65. l. — *Csatáry Lajos* dr.: † Dr. Pietro Santa. 66. l. — *Bókay János* dr.: † Dr. O'Dwyer József. 66. l. — Magyarország közegészségügye 1896-ban. 66. l.
Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. L. Leistikow:* Therapie der Hautkrankheiten. 67. l. — *P. G. Unna:* Histologischer Atlas zur Pathologie der Haut. 67. l. — *Lapszemle. Schippers:* A tannigen alkalmazása gyermekeknél. — *de Cesare:* Epilepsia gyógyítása. — *Hendelsohn:* Ozoena eseteiben alkalmazott rézelectrolysis. — *Hecht:* Az electrolysis alkalmazása az orr- és orrgaratban. — *Hellmann:* Papilloma durum az orr- és homloküregben. — *Herxheimer:* A psoriasis gyógyítása. 67. l.
Hetiszemle és vegyesek. Az országos orvos-szövetség ülése. — A tüdővész-sanatoriumegylet gyülése. — Hogy fizették kétszáz év előtt az udvari orvosokat? — — A főváros egészsége. — Duschnitz Emil dr. kinevezése. — Tóth Ödön megválasztása. — Herczel dr. — Kuthy Dezső dr. — Szt. Lukács-fürdő. 68. l. — Pályázatok. — Hirdetések

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A serumtherapia kritikája.

Purjesz Zsigmond dr. egyetemi tanártól.[1]

Tisztelt egyesület! Még alig három éve, hogy a diphtheria serumát általánosan alkalmazzuk; bejárta úgyszólván az egész világot és minden oldalról azt halljuk, hogy megtartotta a mit igért; a diphtheria gyógyszereként fényesen bevált és ma kevesebben halnak el e súlyos betegségben, mint a serum-előtti időben.

Jól tudom én, tisztelt kartársak, hogy nem valami sympathikus és még kevésbbé háladatos az a feladat, melyre vállalkozom, akkor, midőn mondhatni, az általános orvosi közvéleménynyel szemben, azt kell bizonyítanom, hogy a diphtheria halálozási, illetve gyógyulási viszonyainak kedvezőbb alakulását nem a serum alkalmazásának, hanem más körülményeknek kell tulajdonítanunk. És ha vállalkozásom kevéssé sympathikus és háladatlan voltának tudatában, mégis bátor vagyok szíves türelmüket rövid időre kikérni, úgy teszem azt nem csupán azért, mivel szerencsés vagyok e társulatnak tagja lehetni és igy kötelességszerűleg annak munkálkodásában is részt óhajtok venni, hanem azért, mivel jól tudom, hogy ez egyesület nem az a hely, hol tudományos kérdések a szerint döntetnének el, hogy melyik nézethez tartozik a többség, melyikhez a kisebbség, hanem szives lesz az egyesület a minoritás egy tagjának is meghallgatni nézeteit és ha úgy találja, hogy azok az igazság mellett szólnak, nem fog késni azzal, hogy azok igazát el is ismerje.

Midőn a serum gyógyértékét birálni akarjuk, nem szabad feledni, hogy ezt a szert nem az empiria adta kezünkbe, mint sok mást, hanem hogy ez hosszas tudományos kutatások szülöttje, melynek értékét a gyakorlatban elérhető eredmények csak sanctionálni voltak hivatva. Épen e miatt kell, véleményem szerint, ha helyesen akarunk eljárni, mielőtt a betegágynál észlelt gyakorlati eredmények birálatába bocsátkoznánk, azt vizsgálnunk, hogy a serum megbizhatósága csakugyan úgy volt az elmélet által előkészítve, hogy joggal lehetett annak a gyakorlatban való alkalmazását ajánlani és hogy joggal lehetett-e reményleni, miszerint az a gyakorlatban be is fog válni; mivel, ha az találna kiderülni, hogy a kérdésnek ez a része még nem volt kellőleg megérlelve, akkor ez természetesen már előre is nagyon megingathatná a gyógyeredmények iránti bizalmunkat.

Méltóztatnak ismerni azon beható és bámulatos kitartással végzett kutatásokat, melyeket *Behring* és munkatársai a serum felfedezése körül megejtettek. Nem fogom a tisztelt egyesületet mindazok részletezésével fárasztani, hanem azoknak csupán ama részével kell röviden foglalkoznunk, mely tárgyunkkal közvetlenül függ össze. Méltóztatnak tudni, hogy a serumot azon az alapon ajánlották az emberi diphtheria ellen, mivel diphtheria culturával vagy diphtheria méreggel megbetegített állatokat állitólag sikerült serummal meggyógyítani.

Miután alig van minden gyakorló orvosnak alkalma e kisérleteket megbizhatóságukra nézve átvizsgálni, legyen szabad azt a betegséget, melyet ily módon mülegesen előidézni és azután serummal gyógyítani lehet, Behring szavaival leirnom: „Dieselben (i. e. Meerschweinchen) zeigen dann, wenn sie nicht mit Serum vorbehandelt sind, nach 24 Stunden ein leichtes Oerdem an der Stelle der Infection, welches an den folgenden Tagen immer mehr zunimmt, auch sich in eine härter werdende Infiltration umwandelt und zur Schwartenbildung führt. Im Laufe des dritten, spätestens des vierten Tages sterben dann mittelgrosse Meerschweinchen unter den Erscheinungen der Dyspnoë. Schon längere Zeit vor Eintritt des Todes sitzen sie zusammengekauert, mit struppigem Haar, und wenn sie in die Hand genommen werden, so fühlen sie sich kalt und schlaff an. Temperaturmessungen ergeben in diesem Stadium regelmässig subnormale Temperaturen.

Bei der Section ist ein sehr regelmässiger Befund Schwartenbildung an der Infectionsstelle; statt der Schwartenbildung wird nur bei sehr schnell verlaufender Krankheit Oedemflüssigkeit gefunden, ferner fehlt fast nie ein beträchtlicher dünnflüssiger oder auch fadenziehender Erguss in die Pleurasäcke, zuweilen auch in den Perikardialsack. Die Lungen sind meist marmorirt und atelectatisch. Alle Bauchorgane sind stark mit Blut überfüllt und sehr regelmässig findet man an Stelle der bei gesunden und an anderen Krankheiten verendeten Thieren weiss aussehenden Nebennieren, dieselben fleckig geröthet, oder auch ganz dunkelroth; dabei sind dieselben vergrössert.“

Valóban nem mindennapi képzelődő tehetség kell ahhoz, hogy az épen leirt tünetek az emberi diphtheria tüneteire csak távolról is emlékeztessenek.

Megengedem, hogy a bacteriologok valamely mikroba aetiologiai jelentőségének bizonyításánál elejtették a *Koch* által elsőnek hangsúlyozott ama követelményt, hogy ugyanazt a betegséget, melyre nézve ama mikroba specificitását bizo-

[1] Az erdélyi muzeum-egylet orvos-természettudományi szakosztályában és a budapesti kir. orvosegyesületben tartott előadások nyomán.

nyitani akarjuk, előidézni is tudjuk állatokon; érthető és némileg talán meg is engedhető ez, miután nem lehetetlen, sőt valószinű, hogy vannak betegségek és azok előidéző mikrobái tisztán tenyészthetők is a nélkül, hogy a rendelkezésünkre álló állatok ezen hatányokkal szemben fogékonyak volnának és így a bizonyítás ezen sarkalatos pontjáról egyelőre le kell mondanunk. De ez még nem jelentheti azt, hogy az esetre, ha ama mikroba állatoknál, egy az embernél előforduló betegségtől tüneteiben egészen eltérő kóralakot idéz elő, ezt a betegséget az embernél előforduló betegséggel azonosnak tekinthessük. Ama conventionalis megállapodás, hogy *Koch* fentebb említett követelménye elejthető, sok mindenre lehet jó, de az ok és okozati viszony örök törvényét még sem változtathatja meg. Legkevésbbé tartom pedig jogosultnak azt, hogy az ezen műleges, de az emberi betegségtől (ez esetben a diphtheriától) annyira eltérő tünetű betegségnél előidézhető therapeutikus jelenségekből egyenesen azt következtessük, hogy e therapeutikus viszonyok ép úgy fognak alakulni az embernél is. Ez eljárás annál indokolatlanabb volna, mivel ennek az analogia is ellene szól, miután tényleg ismerünk betegségeket, melyek mikrobáival az állatoknál az emberi betegséghez nagyon is hasonló elváltozásokat lehet előidézni, pl. a tuberculosist, az anthraxt. Sőt igen valószinű, hogy a bacteriologia jelentősége alig ment volna oly hamar annyira át a köztudatba, ha nem épen ezeknek az aetiologiája lett volna úgyszólván elsőnek megállapítva és pedig első sorban az által, hogy az eredeti betegséghez hasonlót állatoknál is lehetett előidézni.

Indokolatlannak kell ezek után mondanunk azt, ha az ú. n. experimentalis diphtheriát, melynek tüneteit *Behring* szerint fentebb vázoltuk, azonosnak akarják mondani az emberi diphtheriával. És ha *Heubner* e therapeutikus kisérleteknek az emberi therapiába való átvihetősége szempontjából, a két betegség azonosságának védelmére azt hozza fel, hogy a kisérleti állatoknál előforduló hűdési tünetek igen hasonlitanak az emberi diphtheria után fellépő hűdésekhez, úgy ez indokolást nem tarthatjuk szerencsésnek, miután az utólag fellépő hűdés nem mondható a diphtheria elengedhetetlen attributumának; a hűdésre való hivatkozást annál kevésbbé mondhatjuk szerencsésnek, ha az a két betegség azonosságának bizonyítására a serum megbizhatóságának discussiója alkalmából hozatik fel, miután a serum, mely a diphtheria gyógyítására volna hivatva, mint ezt leglelkesebb védői is elismerik, a hűdések fejlődésére, illetve elhárítására semmi befolyással sem bir.

Miután tehát a legjobb akarat mellett sem indokolható az, hogy a kisérleti diphtheria és az emberi diphtheria azonos betegségek benyomását keltenék, nem volnának a *Behring* és *Wernicke* kisérleti eredményei az emberi therapiába egyszerűen és egyenesen átvihetők még akkor sem, ha nem állana is fenn *Kassowitznak* amaz ellenvetése, hogy abban a közleményben, mely a serumtherapia alkalmazását közvetlen megelőzte, csak egyetlen egy olyan kisérletről történt beszámolás, melynél a kisérlet, mintegy az embernél előforduló viszonyokat utánozva, oly módon lett megejtve, hogy előbb lett az állat diphtheria-cultura befecskendése által megbetegitve és azután nehány óra mulván a serumkezelés megkezdve. Azon nem kételkedem, hogy *Behring* hasonló kisérleteket nagyobb számmal is végzett volt és ez egyet csak mutatványul közölte, valamint az is bizonyos, hogy azóta ezeket mások is végezték elég nagy számmal, de azt mégis jellemzőnek tartom a jelenlegi orvosi generatio gondolatmenetére nézve, hogy ilyen egy kisérlet közlése alapján a serum felfedezője elég bátor lehetett azt remélni, hogy a nagy orvosi közönség (mert hiszen elvégre is ez van hivatva a serum általános alkalmazására) nem fog a kisérleti jegyzőkönyvnek áttekintése után vágyódni, hogy azok révén szerezzen magának meggyőződést arról, hogy joggal lehet-e azokból azt következtetni, a mit a serum felfedezője következtet, hanem egyszerűen el fogja azt *hinni* a mit állít. Hiszen a nagy orvosi közönségre nézve az nem lehet mindegy, hogy azon egy közölt positiv eredményű kisérlet mellett hány volt negativ eredményű. És ha igaza van is egyik orvostársamnak, ki azt állítja, hogy ezek a kisérletek oly könnyen ejthetők meg, hogy azok sikere mintegy mathematikai biztonsággal előre megállapitható, úgy azt hiszem, hogy mégsem lehet minden orvostól, ki a serum állatkisérleti alapjának megbizhatóságáról akar *meggyőződést*, nem pedig *hitet* alkotni magának, azt kivánni, hogy mind e kisérleteket hajtsa végre. Épen azért, hogy a nagy orvosi közönség necsak hinni legyen kénytelen, hanem, hogy meggyőződést szerezhessen magának, áll fenn, a mióta a kisérleti tudomány létezik, az a szokás, hogy a kisérleteknek necsak eredményei, hanem azoknak részletei is közöltessenek.

Nem kevésbbé jellemzőnek tartom azt, hogy *Behring* ama feltételében nem csalódott és a nagy orvosi közönség annyira *hitt* amaz állitásokban, hogy már a további bizonyitékokat is, melyeket a betegágynál szerzett tapasztalatok voltak hivatva nyújtani, csak könnyű szerrel vette és azoknál sem volt arra tekintettel, hogy olyanok-e azok, olyan cautelákkal lettek-e azok beszerezve, hogy valódi és necsak látszólagos bizonyitékoknak legyenek mondhatók.

De bármint vélekedik is a t. egyesület ezen kisérletek értékéről, ily körülmények között úgy hiszem legalább is le kell szállitanunk a serumot ama magas piedestálról, mintha a gyakorlat csak az előzetes kisérletek által megállapitott tényeket lett volna hivatva sanctionálni és olybá kell a serumot tekintenünk, mint más empirikus szert, mint pl. a chinint, a higanyt, melyek mint specifikumok szintén elég gyakran tesznek jó szolgálatot a nélkül, hogy azt a módot, melyen e jó hatásukat kifejtik, kellően ismernők.

Lássuk tehát, hogy a serum, mint empirikus szer miként vált be.

Nem tagadom, hogy valamely empirikus szer gyógyértékéről, különösen, ha az nem valamely absolut halálos, hanem többé-kevésbbé gyógyulékony betegség ellen alkalmaztatik, nem mindenkor könnyű megbizható meggyőződést szerezni és még nehezebb másokat meggyőzni. De határozottan helytelennek kell tartanunk orvostársaim nagy részének azon eljárását, ha a serum esetleges alkalmazása után minden legkisebb kedvező alakulást, melyet a diphtheria folyamata alatt észlelnek, minden eset életben maradását a serumnak tudnak be csak azért, mivel a serumot alkalmazták. Ez csupán akkor volna megengedhető, ha volna azok között bárcsak egy olyan változás, mely serum nélkül esetleg semmi esetre sem jöhetne létre vagy ha serum alkalmazása nélkül eddig egy eset sem maradt volna életben, vagy ha direct lehetne bizonyitani, hogy ezt vagy amazt a változást bizonyosan a serum idézte elő. Már pedig, ha valamely beteg a serum alkalmazása mellett meggyógyul, úgy igen bajos annak *objectiv* bizonyitása, hogy ez serum igénybe vétele nélkül nem következett volna be. Vagy mit szólnának a serum hivei ahhoz, ha valakinek eszébe jutna, hogy minden kedvezőtlen fordulatot, minden halálozást, mely a serum alkalmazása után lép fel, a serumtól származtasson (quid mihi justum, alteri aequum); az egyik eljárás ép oly helytelen, mint volna a másik.

A post hoc, ergo propter hoc — mert hiszen az az eljárás ezen az elven alapszik — kétségtelen a legkényelmesebb, de egyszersmind ez az, mely a therapiában mindenkor a legtöbb zavart okozta. Ez az elv az, melyre hivatkoztak azok, kik a pneumoniánál naponta addig vágtak eret, míg a beteg meggyógyult vagy meghalt; első esetben meggyógyult, hála az érvágásnak, a másodikban meghalt az érvágás daczára, mivel későn alkalmazták. Ez az elv az, a melyre hivatkozik a homeopathia. Ugyanerre az elvre támaszkodva bizonyitották a serum felfedezése előtt egymásután legalább 50 gyógyszerre, hogy a diphtheria ellen jó haszonnal alkalmazhatók, sőt egyet még hivatalból is olyannak declaráltak ép úgy mint a serumot. *Lourdes*, *Kneipp*, *Jaeger* és a többi csodaorvosok, mind a post ergo propter elvén állanak és hóditanak.

(Folytatása következik.)

Hegkeloid (hamis keloid).

Johan Béla dr.-tól Pécsett.

N. E. 32 éves, pécsi nő, 1895. év deczember havának egy éjjelén ágyban fekve egy palaczk füstölgő (kereskedésbeli) kénsavval öntetett le. A merénylet elkövetésekor a felső testet csak ing takarta s így a marósav a nyak baloldalát szabadon érte, innen a mellre lefolyt, a bal fel- és alkart megmarta és szétfrecscsenve, belőle egy kevés a jobb karra és az orr alá az arczra is jutott.

A gyógykezelés eleinte jégborogatásoknak, mészvíz- és lenolajkeveréknek alkalmazásában, három hét után, mivel a sebeken erős sarjadzás lépett fel, két héten át naponta 1—2-szeri pokolkőedzésből állott. Ezen kezelés alatt a sarjadzások szépen visszafejlődtek és a sebek teljesen meggyógyultak: úgy hogy a sérülés utáni nyolczadik hétben a sebek helyét egészen rendeseknek látszó rózsaszínű sebhegek foglalták el, melyek a bőrrel teljesen egy szinvonalban voltak s egyébként is a rendes sebhegektől semmiben sem különböztek; legfeljebb, hogy kissé keményebbek voltak.

De ezen normalisnak látszó állapot nem tartott soká; mert minden látható külső ok nélkül a hegszövet egyszerre vastagodni kezdett, oly nagyfokú túltengésnek indulva, hogy a fényképen látható álképletszerű képződmény támadt. A folyó év junius hó 20-dikán felvett fénykép a képletnek egész kiterjedését tünteti fel, kivéve ama részt, mely gyermektenyérnyi kiterjedésben még a bal scapulára is lenyúl.

A képletnek kiterjedése egészen a kénsav által történt roncsolás kiterjedésének felel meg, általában egy—másfél centimeter vastag, a bőrrel együtt mozgatható, szélei különböző alakúak (a többi közt lécz és rákolló alak is előfordul). A szélek élesen határoltak, úgy hogy az egész a bőrön fekvő idegen test benyomását kelti. Az egész felület világos rózsaszínű, rendkivül finom ránczokkal fedett, száraz, fényes (selyemfényű) s teljesen nélkülözi a bőrszemölcsöket, szőrtüszőket, zsír- és izzadásmirigyeket; tehát a hegképletnek jellegével bir. A képletnek ezen szövettani szerkezete annak egész kiterjedésében még a legkülső széleken is — a hol az általa kissé takart egészséges bőr kezdődik — mindenütt ugyanaz. A képlet körül levő bőr teljesen ép, csak szőrözete mutat rendkivüli nagyságot és durvaságot.

Ezen daganatok — daczára az utóbbi hetek alatt megkisérlett sok szernek — hónapok óta lényegesen nem változtak és tulajdonosuknak, mert a fej mozgását feszélyezik és testhezálló ruha hordását meg nem engedik, igen alkalmatlanok; de ezenkivül néha még nagyobb fokú fájdalmat is okoznak, mely sokszor a daganat egy részének duzzadásával s kis mennyiségű savószerű folyadéknak kiküszöbölésével jár. Máskor minden látható külső elváltozás nélkül pusztán az idegek izgalmára visszavihető fájdalmak is lépnek fel. Egy idő óta a fájdalmak mindig sűrübben jelentkeznek.

A daganatoknak domború alakja felületes megtekintésnél könnyen azon benyomást keltheti, mintha itt nem volna más jelen, mint a hegkötszövet felületes részének egyszerű kinyomatása, kidomborítása az által, hogy a mélyebben fekvő részek összehúzódtak; annál is inkább, mert úgy a nyakon mint a balkaron ez utóbbinak túlfeszítése alkalmával a bőrnek rövidülése észrevehető; csakhogy ezen rövidülés egészen jelentéktelen és jelen esetben tényleg egy igen vastag (a bőr felületét 1—1·5 centimeterrel túlhaladó) ellentálló, mondhatni kemény, álképletszerű kötszövetképződménynyel van dolgunk, melyet mivel a hegszövetnek túltengése által keletkezett és a kénsav által meg nem támadt ép bőrbe be nem hatol, egyszerűen túltengett sebhegnek kellene nevezni, ha a hegkeloid (hamis keloid) névvel való jelzést nem igényelné gyógyult sebhegen való fellépése, hónapokon keresztül változatlan fennállása és fájdalmassága miatt.

A mi ez esetben a keloid fellépésének okát illeti, úgy bár tudjuk tapasztalatból, hogy a kénsavval történt edzés után sokszor nehezen gyógyuló sebek és éktelen vastag sebhegek támadnak; mégis úgy ezen mint a többi marósavakkal való edzés a keloid kóroktanában nem szokott különös szerepet játszani. Bujakór vagy valamely más a keloiddal kapcsolatba hozható véralkati vagy idegbaj ezen teljesen egészséges nőnél nincsenek, és sem nála sem szüleinél nem is voltak jelen. Évekkel ezelőtt kiállott sérülései mind rendes módon gyógyultak.

Nem lehetetlen, hogy az erősebb sebsarjadzás, mely a keloid képződését megelőzte és mely ellen erős pokolkőedzés is alkalmaztatott, a keloid felléptével oki összefüggésben van: Ugyanis lupusnak erős edzéssel történt többidei kezelése után már többször észleltetett a gyógyultaknak látszó sebhegeken — néha még jóval a seb gyógyulása után is — hasonló hegkeloidok fellépte.

A pontok (nyak, mell, arcz, karok), melyeken esetünkben a daganatok elhelyezvék, a bőrgyógyászati könyvekben mint olyanok vannak feltüntetve, melyeken a bőrnek megelőző sérülése után, de a nélkül is keloidok gyakrabban fellépnek.

Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok.

Dermoidcysta mint szülési akadály. Craniotomia. A tömlő bemetszése annak kivarrásával. Gyógyulás.

Mivel nagy ritkaságok közé tartozik, hogy petefészekdaganatok complicálják a szülést, érdemesnek tartom következő, magángyakorlatomban előfordult esetemet közölni:

1897. január 18-dikán reggeli 6 órakor *Bozóky* dr. kartársam és barátom egy szülőnőhöz hitt, kinek állítólag már 36 óra hosszant fájásai vannak, de nem tud megszülni, a mennyiben a koponya a medenczebemenet fölött ballotiroz s onnét nem mozdul. Január 17-dikén este véres nyálka szivárgott ki csekély mennyiségben a hüvelyből, azonban a magzatvíznek elfolyását a bába nem észlelte. Utóbbinak állítása szerint a szülőnek összes szülései nehezen, lassan mentek előre, különösen az utolsó, melyhez orvost is hittak; a szülés azonban spontan folyt le, az orvosnak minden operativ beavatkozása nélkül.

E. K. 43 éves nő, bádogos felesége, 14 éves korában kapta meg először havibaját. Utóbbi rendesen jelentkezett. Hatszor szült rendesen, utoljára 5 év előtt. Jelenleg a terhesség normalis végén áll.

A szülőnő középmagas, erőteljesen fejlett, jól táplált, egészséges kinézésű nő, ki 5—10 percznyi szünetekben erős és igen fájdalmas fájásokat kap; érverés erőteljes, kissé szapora. Hőmérsék rendes. A has a tizedik hónap végén álló terhes méh által tetemesen megnagyobbodott. A magzat szívhangjai, a linea albától jobbra tisztán hallhatók, a rendes

*

szaporaságot mutatják. Második koponyafekvés. A koponya a medenczebemenet fölött könnyen ballotiroz. A symphysis és köldök közepe táján haránt futó sekély barázda, Bandl-féle barázda, mely az alsó méhszelvénynek (Uterinsegment) magasfokú feszültségét jelzi. A belső vizsgálatnál azonnal észreveszem a hüvely felső felének tetemes szűkültségét, melyet egy a hátsó hüvely-boltozatot és a hüvely felső részét kidomboritó tésztatapintatú, helyenkint keményebb, nem hullámzó daganat idéz elő. A daganat kitölti a keresztcsont homorulatot, elállja körülbelül feléig a medenczebemenetet s kiszélesedve a promontorium felé (mely nem tapintható), a hasürbe húzódik. A régi oldalsó berepedések következtében haránt hasadékot mutató portio magasan a fanív fölé van húzva. A méhszáj négy ujj számára kényelmesen átjárható. A cervix eltünt, mindkét kutacs érezhető. A koponya balra van részben a csípőcsont tányérjára eltolva. A daganat által a medenczebemenetben előidézett térszűke tehát ezek szerint igen nagy fokú volt, úgy hogy a koponya abba be nem léphetett és minden fájásnál balra, lefelé csúszott. A daganat minden méhösszehúzódásnál valamivel feszesebb, keményebb lett, de nem szállt mélyebbre.

Hogy a daganat képezi a szülési akadályt, az tisztán állott előttünk; nehéz, illetőleg lehetetlen volt azonban eldönteni a dag minemüségét, vajjon összeálló, vagy cystosus-e, mi a foganatosítandó gyógyeljárásra nézve a legnagyobb fontossággal lett volna. A tapintás által megállapított consistentialis viszonyok inkább szóltak összeálló tumor mellett, ámbár cystát egészen kizárni nem lehetett. Ezek után én mindenekelőtt a dag repositiójára határoztam el magamat, mely azonban, daczára a narcosisnak, eredménytelen maradt.

Mivel tehát valószinübb volt, hogy összeálló daganattal van dolgunk, továbbá, mert utóbbinak pastosus, tésztapuhaságú volta kilátásba helyezte ugyanannak kitérését a magzat kihúzásánál s végre, mivel a koponyát minden különös nehézségek nélkül kézzel elérhettük, s ekként tehát előreláthatólag elég tér kinálkozott a megkisebbített koponya számára, elhatároztam, hogy craniotomiát végzek, annál is inkább, mivel sem a punctiót, sem az incisiót a peritoneumnak magas fertőzési veszélye miatt az által, hogy a csinált nyíláson tömlőbennék (Cysteninhalt) esetleg a hasürbe jut, tekintettel mindenekelőtt a szülőnő életének megtartására, megpróbálni nem akartam.

A spontan szülés lehetetlensége, az alsó méhszelvény túlfeszülése gyors beavatkozást igényelt, miért is folytatólagos narcosisban *Bozóky* dr. barátom szives segédkezése mellett, a koponya külső rögzitése után a megfúrást a Naegele-féle perforatoriummal végeztem, az agyvelőállományt szétroncsoltam és kifecskendeztem, mire a Simpson-Braun-féle kranioklastot alkalmaztam, hogy az extractiót végezhessem. Mérsékelt erős, de óvatos húzás alkalmazása mellett azonban a kranioklast, mely oldalt a koponyához, az os parietale és temporalehoz volt srófolva, kiszakadással fenyegetett, miért is azt levettem és újból az arczhoz erősítettem s óvatosan extrahálni próbáltam; a koponya azonban nem mozdult. Minthogy cysta jelenléte teljesen nem volt kizárva és én ennek esetleges szétrepedését és a bonnéknek a hasürbe való kiömlését erőltetett húzással elkerülni akartam, nem maradt egyéb hátra a császármetszés végrehajtása előtt, mint az ennél nem kevésbbé veszélyes bemetszést a hátsó hüvelyboltozatban végezni. Én tehát körülbelül 6 cm.-nyire felhasítottam hosszirányban a hüvelyboltozatot, de eredménytelenül; ezután tágítottam a nyilást, de szintén a nélkül, hogy valami kiürült volna. Azon feltevésem tehát, hogy összeálló daganattal van dolgom, ezek szerint bebizonyultnak látszott. Midőn azonban ujjammal a bemetszési nyilásba behatoltam, mely erősen vérzett, egy kis almanagyságú hajpamatra akadtam, melyet kampószerűen meggörbített ujjammal megfogtam és kihúztam, mire körülbelül liternyi szürkés, sűrű, habarcsszerű, zsíros tapintatú tömeg ömlött ki. Még három, a már említetthez hasonló hajpamatot kellett eltávolitanom, hogy a tömlőt teljesen kiüríthessem. Ezután mindkét sebszélt golyófogókkal előhúztam, a tömlőt alaposan sublimat-oldattal kiöblítettem és hamarosan egy vastag jodoformgaze-csikot tettem beléje és a fogókat kiakasztottam, mert az akadály eltávolítása után a koponya már lefelé jött. Hogy a szülést gyorsítsam s igy a fertőzés veszélyét lehetőleg kisebbítsem, a koponyára a kranioklastot ráerősítettem és a perforált magzatot minden további akadály nélkül kihúztam. Mivel a hüvelyből erősen vérzett és a méh atonikus volt, a placentát leválasztottam. Ezután ismét előhúztam a sebszéleket és mind a tömlőt, mind a méhet a hüvelyivel együtt feszesen jodoformgaze-zel tamponáltam. Aznap délután a hő 37·5°. Sem peritonealis lobos izgatás, sem vérzés tünetei nincsenek jelen. A méh erősen összehúzódott. Catheterrel körülbelül 300 gm.-nyi vizeletet bocsátottam ki.

Január 20-dikán az összes jodoformgaze-csikok eltávolittatnak, melyek közül a tömlőben fekvők alapos bűzt terjesztenek; a tömlőt sublimat-oldattal kiöblítettem és belőle néhány hajköteget eltávolítottam. A haj hosszasága a félmétert jóval meghaladta. Mivel a beteg a tömlő kiirtásába beleegyezni nem akart, a tömlőt a hüvelyboltozatba kiszegtem és ujjnyi vastagságú gummicsővel draineztem. Naponta kétszeri öblögetés 2% lysol-oldattal.

Január 28-dikán. A varratok eltávolittatnak, a tömlőt kiöblítjük. A drainczső megmarad.

Február 20-dikán. A tömlőt felénél kisebbnek találjuk, a draincsövet felényire rövidítjük. Az erősen bűzös, híg váladék tetemesen megkevesbedett. A beteg, ki már huzamosabb idő óta az ágyon kivül van és a házi teendőket végzi, további gyógykezelésben részesül mint járó beteg.

A jelen eset ritkaságán kivül főleg azért érdekes, mert a vizsgálati leletből lehetetlen volt eldönteni, vajjon összeálló vagy tömlős dag van jelen, miért is én a kraniotomiára nézve látszólag kedvező viszonyok miatt a veszélyes incisio kezdőleges elkerülésével a magzatot feláldoztam. A próbapunctio eredményre nem vezetett volna, mert a canül a hatalmas hajpamatba befúródott volna s ekként meg lett volna akadályozva a bennék aspiratiója. Mivel azonban a megkisebbített koponya a szükült szülutakon, tömlő repedés veszélye nélkül, mely erőltetett húzási kisérleteknél könnyen beállhatott volna, nem haladhatott keresztül, a sectio caesarea előtt, mely összeálló daganatoknál végzendő, mint a minőnek én a jelenvoltat tartottam, nem maradt egyéb hátra, mint a bemetszést megcsinálni, mely szerencsére kedvezően végződött.

Petefészekdagok mint szülési complicatiók igen *ritkán jönnek* elő. *Fehling*[1] szerint a berlini szülészi klinikán észlelt 17,832 szülés közt csupán ötször volt ovarialis tumor mint szövődmény jelen. Hogy mily veszélyes ezen complicatio, legjobban *Jetter*[2] statistikai adataiból derül ki, a mennyiben 110 műtétileg kezelt esetből 47 (43%) tönkre ment. Legveszélyesebbek a kisebb daganatok, melyek a kis medenczét vagy egészen vagy részben kitöltik és ilyetén képen csupán műtéti úton elhárítható igen komoly szülési akadályt képeznek. Ezen kis daganatok közt *Jetter* szerint a dermoidok a leggyakoriabbak. Nagy dagok, melyek a hasürben fekszenek, ritkán zárják el az utat az előrehaladó magzatrészek előtt és csak annyiban birnak befolyással a szülésnél, hogy a magzat hibás elhelyeződését, a fájásoknak rendetlenségét és a hasprés elégtelen működését előidézhetik.

Műtéti beavatkozás nélkül a prognosis itt, mint *Flaischlen*[3] kiemeli, igen rossz. 13 ilyen eset közül, melyeket *Playfair* összeállított, 6 anya meghalt. A legnagyobb veszély a méh megrepedésében vagy a tömlő beszakadásában, a bennék kiürülésével a hasba, rejlik. Ha a daganat dermoidtömlő volt, mely a hasürbe repedt, akkor *Olshausen*[4] szerint rendesen halál következik be, minek oka a tömlő bennékének rendkivül magas fokú fertőzőképessége, különösen oly esetekben, hol az genyes vagy eves, mi elég gyakori.

Mi a petefészekdaganatok által complicált szülések gyógykezelését illeti, kell hogy ahhoz tartsuk magunkat, mint *Hohl*[5] helyesen megjegyzi, hogy minden eset individualizálólag kezelendő, mert sajnos, lehetetlen — mint esetünk is bizonyítja — minden egyes eset számára a neki megfelelő therapiát előre meghatározni. Általában véve azonban a következő, a legújabb szerzők adataiból összeállított szabályok szerint járjunk el.

Első sorban minden esetnél a daganat visszahelyezését kell — ha szükséges — narcosisban megpróbálnunk. Ha ez hanyattfekvő helyzetben nem sikerül, akkor megkisértjük oldal- vagy térdkönyök helyzetben. Hogy a repositio eredményhez vezethet, a többi közt *Flaischlen* két esete bizonyítja, a hol a narcosisban végzett repositio két élő leánygyermek fogóval eszközölt világrahozatalát tette lehetővé.

Ha a visszahelyezés eredménytelen, akkor a daganatot vagy szúrcsapoljuk, vagy pedig a hátsó hüvelyboltozatban tágan bemetszszük. Sem a punctio sem az incisio nem veszélytelen, még aseptikus eljárásnál sem, mert a készített nyiláson át a hasürbe ömlő tömlőbennék, ha infectiosus, például dermoidcystánál, igen könnyen halálos peritonitist idézhet elő. Tanácsosabb minden esetben incisiót csinálni, mert a szúrcsapolás sem a dermoidtömlőknél, sem olyanoknál kocsonyás bennékkel, sem pedig multilocularis tömlőknél czélhoz nem vezet. Hogy a tömlőből kifolyó bennék által előidézhető hashártyalob elkerülhető legyen, azt ajánlotta *Fritsch*,[5] hogy a hátsó hüvelyboltozat átszelése után a hüvelysebszéleket a tömlőhöz varrjuk és csak ezután végezzük a bemetszést. Később drainezzük a tömlőt és izgató oldatokkal öblítgessük, mi által obliteratio jön létre. Hogy ezen methodusnál nem mindig a tömlőnek lochialis infectio által előidézett elgenyedése vagy elevesedése és ezzel kapcsolatban consecutiv peritonitis jön létre, mitől *Flaischlen* annyira fél, esetem bizonyítja, a melyben a tömlő ugyan utólagosan lett kiszegve, de az utókezelés (drainage és öblítés) *Fritsch* szerint jó eredménynyel végeztetett.

[1] Deutsche med. Wochenschrift 1891.
[2] Inaugural-Dissertation. Tübingen 1891.
[3] Zeitschrift für Gynäcologie. XXIX. kötet 1894.
[4] Krankheiten der Ovarien 1886.
[5] Archiv für Gynäcologie. 52. Bd. 1896.
[5] P. Müller, Handbuch der Geburtshülfe, 2. köt. 829. oldal.

Miután azonban ovarialis daganatok a gyermekágyban még normalis viszonyok közt is nagy hajlamot mutatnak az elgenyesedéshez és elevesedéshez, minden körülmények közt helyesebb, gyökeresen eljárni, és ha a külső körülmények engedik, az incisio után a daganatot kiirtani. Az utóbbinak idejére nézve a szerzők közt eltérő vélemények uralkodnak, de mégis mindnyájan odahajlanak, hogy fertőző, genyes bennéknél a kiirtás rögtön a szüléssel kapcsolatban, minden más esetben pedig néhány órával a szülés után, legkésőbb a reákövetkező napon végeztessék.

Ostermayer Miklós dr.

Körfürész okozta súlyos sérülés; ínvarrat.

Több irányban tanulságos voltánál fogva közlöm a következő, még 1892. január havában történt esetet:

A mondott időben egy 16 éves fürészmunkást hoztak a rendelésemre s előadták, hogy ezelőtt hét hónappal a helybeli fürésztelepen súlyosan megsérült. A súlyos sérülés abban állott, hogy a körfürész a jobb alkar lágyrészeit a kéztőizület fölött hat centimeternyire a tenyéri felületen harántul teljesen átmetszette és a csontokat is megsértette. Két orvos (én akkor még nem voltam itt) kezelte a sebét, a mely csak nagyon lassan gyógyult és sok vérveszteséggel járt; de végre is behegedt. Azóta azonban oly irtózatos kínjai vannak állandóan éjjel-nappal, a melyek a kar legkisebb megmozgatásánál kiváltódnak, hogy nemcsak teljesen munkaképtelen, de állapota egyáltalában tűrhetetlen. Ezen kétségbeejtő helyzete hozta hozzám és mindenáron szabadulásért és segítségért könyörög.

Tényálladék. A szenvedő arczkifejezésű, különben teljesen egészséges és erőteljes fiatal munkás, fiatal gyermekkora óta árván maradt, senkije és semmije sincsen s idegeneknél tartózkodik; keze munkájára lévén utalva, mostani körülményei között a legszomorubb jövőnek néz elibe.

A sérült jobb felső végtagot vizsgálva, mindenekelőtt az ujjak állása ragadja meg a figyelmet; ez t. i. kampószerű, felhúzott puskakakashoz hasonló s az ujjak egyoldalúan csakis a feszítő izmok állandó hatásának befolyása alatt állanak. Az ujjak, a kézhát és a tenyér hidegek és kékes-pirosak. A kéztőizület fölött hat centimeternyire a tenyéri felszinen harántirányú, az alkar egész szélességére terjedő, hegyes csúcsú és a középvonalban 5—6 centimeternyire megnyúlt, megszélesbbedett halványpiros heg látható.

Az előadottakból és a tényálladékból azt magyarázhattam ki magamnak, hogy hét hóval ezelőtt a körfürész a hajlító izmok ínainak valamennyiét folytonosságában megszakította, ínvarrat nem alkalmaztatván, az incsonkok a hegbe nőttek és ezt vongálják; ez az örökös vongálás váltja ki a szörnyű fájdalmakat és teszi az állapotot tűrhetetlenné.

Tanácsom ez volt: Nyissuk meg a heget, keressük meg az átmetszett inakat és varrjuk össze, a mit azzal indokoltam, hogy a fájdalmak meg fognak szünni, ha az inakat összevarrjuk, az ujjakba pedig erőt vihetvén által, munkaképessé lesz.

A műtétbe beleegyeztek s ezt még ugyanazon januárban hajtottam végre. A heget a középvonalban az inakkal párhuzamosan nyitottam meg s egyenkint felkerestem az incsonkokat, a melyeket selyemmel összevarrtam s 1 : 1000-hez sublimat-oldattal fertőtlenítés után csomós varrattal zártam a sebet. A gyógyulás egy hónapig tartott s elég jól ment, tekintve, hogy hegszövetben dolgoztam. A mélységben t. i. az összevarrt inak rétegeiben genyedés nem történt, a bőrvarrat niveaujában azonban igen, de azért egy hónap alatt teljes gyógyulás következett be.

A gyógyeredmény egy betüig megfelelt a várakozásnak és az igéretnek, vagyis a fájdalmak teljesen elmultak, az ujjakkal erőt bir kifejteni és képes munkálkodni, sőt az ujjak állása is megjavult kissé.

Már öt esztendőn át figyelem ezen munkást, a ki bizonyára koldulni lett volna kénytelen és kínokkal gyötrött életnek nézett elébe, ha nem lesz rajta segítve; most pedig minden fájdalom nélkül a legnehezebb munkát is végzi és keze munkájával keresi a kenyerét.

Még megemlítem, hogy ezen esettel kapcsolatosan tudományos apróságokra is gondoltam, arra t. i., vajjon hét hónap mulva hogyan találom azon anyagot, a melylyel az átmetszett véredényeket alákötötték? A nemrég elhunyt Kovács tanár hat hónap mulva teljes épségben megtalálta a catgutot, melyet hat hóval azelőtt ugyanazon helyen végzett műtét alkalmával elsülyesztett. Megvallom, hogy e tekintetben ugyancsak megjártam, t. i. miután műtét közben kötőanyagot nem találtam, e pontra nézve felvilágositást kértem később a volt kezelő orvosok egyikétől, a mikor is kitudódott, hogy a vérző véredényeket egyáltalában alá sem kötötték volt.

Közlöm ezen esetet intő jelül, hogy hasonló esetekben az ínvarratot azonnal végrehajtani el ne mulaszszuk, mert nemcsak, hogy sok kíntól mentjük meg a beteget, de oly hibát kerülünk el, a melyet később jóvá sem tehetünk. Hogy pedig egy átmetszett arteria radialist és ulnarist alá kell kötni, ennek magától értetődőnek kellene lennie.

Gedeon János dr.

TÁRCZA.

† Szentiványi Dr. Mészáros Károly.

(1846—1898.)

Folyó év január hó 29-dikén hunyt el orvosi rendünknek egy közadakozásai folytán nagy hirnévre szert tett tagja, a ki nagyszabású adományozásai körébe bevonta az orvostudományok fejlesztésének és a szegény kartársak segélyezésének ügyét is és ezek által megörökitette nevét hazai orvosi rendünk történetében.

Mészáros Károly dr. 1846-ban született Szegeden. A középiskolákat Budapesten a kegyes tanitórend gymnasiumában végezte, azután az orvosegyetemet látogatta, a hol diplomát szerzett. Egyetemi tanulmányainak befejezése után szülészeti assistens, majd honvéd katonaorvos lett és a törzsorvosi rangig vitte. Szerencsés vállalkozások révén óriási vagyonra tett szert s azt mindig igen humánusan használta fel. Különös érdemeket a jótékonyság terén szerzett magának. Ezekért az érdemeiért a király a nemesi rangra emelte.

Alig van az országban emberbaráti egyesület, a melyet kisebb-nagyobb összegekkel ne támogatott volna, alapitványai pedig közel másfélszázezer forintra rúgnak.

Nagyobb alapitványai a következők: a Ferencz József-nevelőintézetnél 20,000 forintos, a Ludovika-akadémia számára 15,000 forintos, a gyakorló orvosok segitő-egyesülete javára 12,000 forintos, a magyar királyi orvosegyesületben tudományos dolgozatok jutalmazására 10,000 forintos, az egyetemi menza akademikának 5000 forintos, a magyar gazdasszonyok egyesülete javára 4000 forintos, a szegedi nőegyesület és az ipolysági kórház javára 2000—2000 forintos alapitványt tett. Ezenkivül az irodalmat számos pályázat kitüzésével pártfogolta. Hogy mennyire lelkesedett a tudományokért is, bizonyitja, hogy a mikor a kultusminister Chinába küldte a mult évben *Cholnoky Lajos* müegyetemi assistenst földrajzi tanulmányok czéljából és a minister rendelkezésére álló összeg erre nem volt elegendő, Mészáros ezer forintot adott át Molnár Viktor ministeri tanácsosnak Cholnoky részére. Egy kedvencz eszméje volt, hogy a millenniumi diszfelvonulást az új országház számára 50,000 forintnyi költséggel megfesteti.

Huzamosabb időn át szenvedett Basedow-betegségben, abból azonban relative kigyógyult. Halálát január 29-dikén, 52 éves korában, előrement emboliás folyamatok után szivbénulás okozta.

Temetése január 31-dikén délután folyt le nagyszámú résztvevő közönség jelenlétében.

Nyugodjanak békében a nemes jótékonyságaival érdemeket szerzett ember és tudománybarát hamvai!

† Dr. Pietro Santa.

(1820—1898.)

A közegészségügynek egyik legrégibb és legszorgalmasabb munkása, a „Journal d'hygiène“ világhírű szerkesztője, Pietro Santa dr. f. év január 25-dikén jobb létre szenderült.

A hálának adóját rójuk le, midőn e jeles kartársunk emlékének e sorokat szenteljük, nemcsak azért, mert a közegészségügyi intézmények előbbrevitelének szentelte életének javát, hanem azért is, mert az általa szerkesztett lapban mindenkor különös figyelemmel tárgyalta és közölte Magyarhon hygienikus ügyeit.

Pietro Santa, III. Napoleon császárnak rokona, Corsicában, Ajaccioban született 1820. junius 26-dikán; megelőző tanulmányait a marseilles-i lyceumban, orvosi tanfolyamát pedig a pisai és montpellieri egyetemeken végezte, mely utóbbitól nyerte tudori oklevelét. III. Napoleon császár által Párisba hivatván, ennek udvari orvosa, később a Madelonettes, Mazas és Santi fogházak főorvosa lett; ily minőségben erélyesen küzdött a magánzárkák rendszere ellen. Az 1857-diki cholerajárvány alkalmával tett fontos szolgálatai elismeréseül a becsületrend lovag-keresztjével lett feldíszítve. 1876-ban alapította a szerkesztése alatt levő lapot és egyik fő előmozdítója volt a franczia közegészségi társulat keletkezésének, mely őt örökös főtitkárának választotta.

Számos munkái közül a következőket említjük fel: Les chemins de fer et la santé publique; L'influence des pays chauds sur la marche de la tuberculose; La nécessité d'une organisation médicale; Essai de climatologie stb.

Az elhunytban nagy mérvben ki volt fejlödve a collegialis szellem; leánya, férjezett Joltrain úrhölgy, helyettesítette a háztartásban ezelőtt három évvel megboldogult és általa folytonosan gyászolt nejét, és St. Cloud-ban levő kastélyszerű villájában, melynek tágas kertjét ő maga művelte és látta el a legnemesebb gyümölcsfákkal s virágokkal, szívélyesen és vendégszeretettel fogadta mindig idegen nemzetbeli kartársait s ezek között e sorok íróját is.

Csatáry Lajos dr.

† O'Dwyer József dr.

Meghalt New-Yorkban 1898. január hó 7-dikén.

Munkás életének delelőjén, 55 éves korában halt el, halálával szakunk egy lelkiismeretes munkást és genialis orvost veszített.

1879-ben lépett a gyermekgyógyászat szolgálatába s 1885-ben már mint egy új műtéti eljárás kezdeményezője vonta magára a közfigyelmet, eleinte csak Amerikában, később Európában is.

Évekig csendben a legnagyobb alapossággal dolgozott eljárásán, a róla elnevezett „*O'Dwyer-eljárás*“-on s 1884. május 21-dikén látta lankadatlan munkálkodásának első gyümölcsét, teljes sikerrel intubálván egy 4 éves diphtheriás leánykát.

Midőn 1887-ben julius havában ő és munkatársai (*Francis Huber, Dillon Brown, W. H. Northrup*) a newyorki orvosi akademiában egy egész előadási sorozatban megvilágították az új eljárást, Amerika első paediatrája, *Jacobi* az elnöki székből a következő szavakkal tüntette ki őt: „*D. O'Dwyer, in planning and perfecting intubation through patient labours extending ower many years, had deservedly earned celebrity for himself and added to the discoveries which shed glory on the American profession.*“

Ma nevét az egész világ ismeri s eljárása mindenhol meghonosult.

Ezer és ezer gyermek köszöni életét s egészségét a genialis elmének, kinek neve orvostudományunk történetében örökké élni fog.

Bókay János

Magyarország közegészségügye 1896-ban.[1]

(Perczel Dezső belügyminister jelentése a képviselőházhoz.)

Az ország közegészségi állapota 1896-ban — csupán a halálozási viszonyokat véve tekintetbe — némileg *kedvezőbb* volt mint a mult évben. A halálozások absolut száma kevesebb volt. Ugyanis 1895-ben 468,449 egyén halt el az országban (a statistikai hivatal adatai szerint), míg 1896-ban csupán 455,969 egyén. A halálozási viszonyok e kedvezőbb alakulása kifejezést nyer a lakossághoz viszonyított halálozási arányszámban: 1000 lakosra 1895-ben 29·5 halálozás esett, míg 1896-ban csupán 28·4.

Legkedvezőbb volt a halálozási arány a Duna jobb partján (1000 lélekre 25·9), azután a Tisza jobb partján (26·1); a Duna balpartja, Duna-Tisza köze és Tisza-Maros szöge egyforma arányokat mutatnak (28·2—28·5); sokkal rosszabbak voltak a viszonyok a Tisza balpartján (30·3) és Erdélyben (31·4) s aránytalanul rosszak Fiumében, hol ezer lakosból 36·9 halt meg.

A születések ezer lélekre számítva 38·6 és 46·4 közt ingadoztak, az átlag 40·4 volt. Levonva az élve szülötteket az elhaltak számából, hazánk lakossága az 1896. évben 191,363 lakossal szaporodott. Halva született 16,171.

A közegészségi állapot mivoltának megitélésénél a halálozások számát véve alapul, 63 vármegyei törvényhatóság közül csupán 28-ban, 26 törvényhatósági város közül 17-ben jelezhető az 1896. évi közegészségi állapot kedvezőbbnek az előző évinél.

1896. évben fertőző betegségekben meghalt:

	törvényhatósági bejelentések szerint:	anyakönyvek szerint:	Az anyakönyvekben kimutatott halálozásokból: orvos által állapíttatott meg	nem orvos által állapíttatott meg
hólyagos himlőben	1107	2,019	985	1034
diphtheria és croupban	7915	16,868	8808	8060
vörhenyben . . .	4670	7,756	4371	3385
kanyaróban . . .	3698	6,444	3074	3370
szamárhurutban .	1781	12,204	3203	9001
hasi hagymázban .	2012	7,322	3639	3683
kiütéses hagymázban	17	647	136	551
vérhasban . . .	586	3,041	885	2156
fültömirigylobban .	8	44	44	—
járv. agy- és gerincz-agyhártyalobban	143	420	420	—
gyermekágyi lázban	260	739	621	118

A hólyagos himlő bár nem jelentékenyen, de mégis kiterjedtebben pusztított, mint az előző években. Ugyanis a betegség folytán 1895-ben 1937 egyén, 1896-ban 2019 egyén halt el.

A diphtheria és croup folytán a járványkimutatások szerint ez évben 7915 egyén halt el, (1895-ben 11.468), az anyakönyvek azonban 16,868 e betegség folytán történt halálozásról adnak számot. Kétségtelennek látszik, hogy ez évben némi hajlamot mutatott az elterjedésre, szemben az előző években kimutatott rohamos csökkenéssel.

A serummal kezelt diphtheritis betegeknek csupán 19·1%-a halt el, míg a serumkezelés bevezetése előtt jelentéseink szerint a halálozás e betegség folytán átlag 40—42% volt. Hogy a a diphtheriára vonatkozó 1896. évi járványkimutatás 33·4% halálozást tüntet fel az országban a serummal való kezelés daczára is, az abban leli magyarázatát, hogy a bejelentett halálesetek mintegy 13%-a egyáltalán nem, vagy serummal nem kezeltetett.

Az *állami serumtermelő-intézet* 1896. folyamán 7373 adag diphtheria-ellenes gyógysavót szállított a belügyministeriumnak.

A *vörheny* 24,386 betegedéssel és 4670 (19·1%) halálozással szerepelt. (1895-ben 19,477 betegedés és 4173 halálozást jelentettek be.)

A *kanyaró* lényegesen kisebb pusztítást okozott 1896-ban, mint az előző évben. Ugyanis 1896-ban 1785 községben megbetegedett 49,985 ember, elhalt 3698 (7·4%), míg 1895-ben 71,344 betegedés közül 4379 végződött halállal.

A *szamárhurut* kimutatásaink szerint tetemesen nagyobb mérvben mutatkozott 1896-ban, mint az előző évben. A járványkimutatás 13,656 betegedést és 1781 halálozást jegyez fel (1895-ben 10,054 betegedés, 1227 halálozás), mig az anyakönyvi

[1] Kivonatos ismertetése a 446 nagy quartlapra terjedő jelentés általános részének.

feljegyzések 12,204 e betegség folytán történt halálozást jegyeznek fel. Ebből nem orvos által 9001, orvos által 3203 eset van megállapítva.

A *hasi hagymáz* járványkimutatásaink szerint 9705 betegedéssel és 2012 (20·7%) halálozással mutatkozott. (1895-ben 8356 betegedés és 1718 halálozás jelentetett be.)

A *vérhas* folytán járványkimutatásunk szerint 2429 egyén betegedett meg s elhalt 586, vagyis 24·1%. (1895-ben a járványkimutatások 2424 betegülésről és 465 halálozásról adnak számot.)

A *járványos fültömirigylob* 2321 betegedéssel mutatkozott. A járványkimutatások szerint e betegség folytán 8 egyén halt el.

A *járványos agy-gerinczagyhártyalob* adatainkból kivehetőleg lassankint meghonosodik az országban s évről évre nagyobb számú áldozatot követel. Még négy év előtt csupán 2 halálos eset jutott tudomásra, 1896-ban a járványkimntatás szerint 111 ember halt el e betegség folytán.

Gyermekágyi lázban a járványkimutatások szerint 541 szülő asszony betegedett meg és 260 (48·0%) halt el. E számadat lényeges javulást mutat az előző évekhez viszonyítva.

Veszett ebmarás a törvényhatóságok jelentése szerint 1709 esetben fordult elő. A Pasteur-intézetben 1475 egyén kezeltetett. Veszettség folytán a haláloki kimutatás szerint 69 egyén (26 nem orvos által, 43 orvos által megállapítva) halt el. A törvényhatóságok jelentése csupán 11 esetről ad számot, míg a Pasteur-intézet csupán 9 ilyen esetről kapott értesülést. E számok is arról tesznek tanuságot, hogy törvényhatóságaink adatszolgáltatása általánosságban teljesen megbizhatlan.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Therapie der Hautkrankheiten von *L. Leistikow*. Mit einem Vorwort von *P. G. Unna*. Verlag von Voss, Hamburg 1897. Preis 6 Mark.

A bőrbetegségeknek modern gyógyítása sok tekintetben különbözik a még néhány évtized előttitől. Míg azelőtt az empiria vezette az orvost a betegségek elleni küzdelmében, addig jelenleg theoretikus és individualizáló szempontok nyomultak előtérbe; és a mennyiben a már használatban levő és újabban ajánlott és alkalmazott gyógyszerek sikerhez nem tudtak vezetni, ezt ma már a gyógyítás technikájának javításával nagyobbrészt elérhetjük. A gyógyítás eszmemenete azonban mindig az egyes kóralakok és ezek boncztani elváltozásainak helyes összeegyeztetésén alapuljon. Szerzőnek műve e tekintetben sikerültnek mondható. Beosztását nem az abc-s rendszerre alapította, hanem csatlakozott Unnának histopathologiájában követett rendszeréhez. A gyógymódok is nagyobbrészt Unnának eljárását tükrözik vissza; mindazonáltal más szerzőktől ajánlott és saját tapasztalataiból szerzett gyógymódokat és gyógyszereket is bőven és részletesen ismertet, ezeknek indicatióit és contraindicatióit minden egyes bántalomnak rövid klinikai leirása mellett világosan és könnyen áttekinthetően szembeállítja. Egyáltalában a könyvnek úgy általános, mint specialis részében a gyógyszerek és gyógymódok oly nagy halmaza van összehordva, hogy a „recept"-irásnak legnagyobb gourmandját is kielégítheti. *Aschner Arthur* dr.

Histologischer Atlas zur Pathologie der Haut von *P. G. Unna*. Heft 1. Verlag von Voss, Hamburg 1897. Preis 4 Mark.

Ezen atlas kiegészítő részét fogja képezni szerző „Histopathologie der Haut" című nagy munkájának és 5—6 füzetnyi terjedelemben fog megjelenni. Az első füzet, mely már megjelent, következő táblákat tartalmazza: 1. Impetigo staphylogenes. 2. Folliculitis staphylogenes. 3. Impetigo, folliculitis és perifolliculitis staphylogenes. 4. Felnőttek furunculusa és újszülöttek abscessusa. 5. A furunculus. 6. Felnőttek furunculusa. Minden füzet elején a mikroskopiai metszeteket magyarázó szöveget találjuk. Minden kép igen jól sikerült, és mindenkinek, a ki a bőrnek pathologiájával foglalkozik, hasznos útmutatóul fog szolgálni.

Aschner Arthur dr.

II. Lapszemle.

A tannigen alkalmazása gyermekeknél. *Schippers* a tannigent 0·1—0·2 grammos adagokban 3—5-ször naponta adagolta az idült vagy subacut diarrhoeákban szenvedő gyermekeknek, a kik kivétel nélkül jól türték s hatása mindig bevált, természetesen az étrend szabályozása mellett. Hosszabb használatnál sem jelentkeztek kellemetlen mellékhatások s az étvágy kárt nem szenvedett. Szerző is ajánlja, mint mások tették, hogy a szer a hasmenés megszünte után még egy ideig vétessék, nehogy visszaesés álljon be. (Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde, 1897. 9. sz.)

Epilepsia ellen *de Cesare* megkisérlette a Bechterew által ajánlott, adonis vernalisból, bromkaliból és codeinből álló compositio használatát. A rendelésmód következő volt: Rp. Infusi adon. vernalis e 1·0 ad 50·0; Kalii bromati 5·0; Codeini 0·04; Syr. simpl. 15·0. M. D. S. Egyenlő mennyiségű vízzel hígítva egy nap alatt elfogyasztandó. A szer 6 héten át használandó. Valamennyi esetben (összesen 8 eset) az eredmény jó volt, a mennyiben rohamok huzamos időn át nem jelentkeztek avagy csak gyenge, rudimentaer rohamok mutatkoztak. A gyógyszert a betegek jól türték, cumulativ hatás nem észleltetett. (Rif. med. 1897. 188. sz.)

Ozaena tiz esetében alkalmazta *Hendelsohn* a rézelectrolysist és egy eset kivételével nem ért el eredményt, miért is az electrolysisről mint gyógyhatányról, mely kifejezett állandó hatást vagy gyógyulást eredményezhetne, szó sem lehet. (Monatschr. f. Ohr.-Kehlk. etc. 1897. 8. sz.)

Az electrolysis alkalmazása az orr- és orrgaratban. *Hecht* 66 esetben különböző esetekben kielégítő eredménynyel alkalmazta az electrolysist. Hosszú tartamú ugyan a kezelés, mely azonban a beteget nem zavarja teendőinek elvégzésében és alig jár fájdalommal, vérzéssel és reactiv gyuladással. (Archiv f. Laryngol. 1897. 2. sz.)

Papilloma durum az orr- és homloküregben. Ezen ritka esetet közli *Hellmann*, mely szövetileg és klinikailag egy jóindulatú képletre vonatkozik. Az ismételt feltárásra azonban a homloköböl-ben egy rákos képlet találtatott. Hogy az átalakulás egyenesen és mikor ment végbe, eldönteni nem lehet. (Archiv f. Laryngol. 1897. 2. sz.)

A psoriasis gyógyításáról értekezik *Herxheimer*. Szerző előadásában behatóan foglalkozik a psoriasisnak arsennel való gyógyításával és ennek újabb bekebelezési módszerét ismerteti. Az arsen belső adagolása psoriasisnál már régibb keletü, habár értékéről a nézetek még ma is eltérnek. Tény az, hogy számos esetben a psoriasis arsen belső adagolása mellett tünetileg gyógyul. Nehéz azt megállapitani, miért marad el a siker a többi esetben, habár nem lehetetlen, hogy ez vagy a csekély dosisokra vezethető vissza vagy pedig a rövid kezelési időre, mert az arsen nagyobb adagokban, valamint hosszabb használat után melléktünetei miatt zavarólag hat a psoriasis gyógyításában. Ezen kellemetlenségek elkerülése végett egyesek a parenchymatosus befecskendezésekkel próbálkoztak meg, de itt is a melléktünetek miatt számos esetben be kell szüntetni ezen eljárást. Midőn Bacelli az intravenosus befecskendezéseket ismét behozta a therapiába, szerző is ezen úton nagyobb mennyiségü arsent juttatott a vérkeringésbe; a siker eddig kielégítő volt. A befecskendezések a könyöktáji venákban eszközöltetnek és pedig kezdetleges 0·001 grammos dosissal minden nap 1 mgrammal feljebb megy, míg a 15 mgrammot elérte és ezen adagnál addig megmarad, míg a psoriasis kivirágzások eltünnek. Ilyen módon gyógyított 25 beteget külső gyógyszerek használata nélkül, ezek közül 10 teljesen gyógyult, 6 nem várta be a gyógyulást, a többi 9 még gyógykezelés alatt áll, ezek is a gyógyulás útján vannak. A gyógyulás tünetei már a 2-dik hét végén vagy a 3-dik hét elején jelentkeznek, a gyógyulási tartam átlag 48

nap. A melléktünetek átlag nagyon csekélyek voltak, megkívántatik természetesen a legnagyobb elővigyázat és körültekintés. Az intravenosus arsenbefecskendezések minden esetre kevesebb veszélylyel járnak a thrombus képződéseket illetőleg, mint az intravenosus sublimatinjectiók. Hogy mennyire képes ezen gyógymód a recidivákat megakadályozni, erre nézve még nincsenek elég adatai. E tekintetben hasonló eljárást kiván, mint azt a syphilis gyógyításánál szoktuk követni. Itt is chronikus intermittáló gyógyítást kell alkalmaznunk, itt is megkülönböztet *fő- és mellékkurákat*. A főkurák az intravenosus befecskendezésekből álljanak, a mellékkurák pedig belső arsenadagolásból. Ha ez irányban a vizsgálatokat és észleleteket még be nem fejezhette is, már most is constatálhatja, hogy az arsen bekebelezési módszerek egyike sem vetélkedhetik ezzel, a mi gyorsaságát és biztosságát illeti.

Aschner Arthur dr.

Hetiszemle és vegyesek.

Az országos orvos-szövetség folyó évi január hó 30-dikán tartotta második ülését, melyben az elnökség a fiókszövetségek megalakulásáról és a történt és tervezett intézkedésekről számolt be. Az országos szövetség tehát megindította az actiót, mely hivatva van az orvosok társadalmi befolyását emelni, erkölcsi és anyagi érdekeit megvédeni s ez által a közegészségügyet is előmozdítani.

A gyülésen jelen voltak: Kétli Károly elnök és Jendrássik Ernő főtitkár; Árkövy József, Barbás József, Csatáry Lajos, Dieballa Géza, Flesch Nándor, Grósz Emil, Hőgyes Endre, Hochhalt Károly, Korányi Frigyes, Müller Kálmán, Schermann Adolf, Tauffer Vilmos, Weszely József fővárosi; Boszkovics Mór, Koreck György, Major Ferencz, Nuszer Lajos, Szabó Dénes, Mátray Ferencz, Konrád Márk, Lenk Gusztáv, Lachne Ernő, Löcherer Lőrincz, Löcherer Tamás, Révfy Jenő, Varga Zsigmond vidéki igazgatósági tagok.

Kétli Károly elnök már *24 fiókszövetség* megalakulását körülbelül *1300 taggal* jelenthette be. Számos szövetség megalakulása pedig folyamatban van. Ezután elhatározták egy „*Országos orvos-szövetség*“ című hivatalos havonként egyszer megjelenő közlöny megindítását, mely az első két évben *minden* gyakorló orvosnak ingyen járna, azontúl pedig csak a szövetség tagjai tagdíjuk fejében kapnák. A lap *kizárólagosan* szövetségi s társadalmi kérdésekkel fog foglalkozni és sem tudományos czikkeket, sem referatumokat nem közöl.

Továbbá elhatározták, hogy a tagdíjaknak a központi pénztárba való beküldésének összegét a folyó évre is visszaható erővel tagonként 1 frtra fogják leszállítani; az alapszabály idevonatkozó reviziójára az előkészületeket pedig meg fogják tenni. A segély- és nyugdíj-ügy valamint az orvosi rendtartás tervezetének megbeszélésére a fiókszövetségeket fogják felkérni s a gyüjtött anyag fogja képezni a tárgyalások anyagát.

Konrád Márk alelnök indítványára továbbá elhatározták, hogy a belügyminister urat felkérik, hogy rendeleteivel hasson oda, miszerint ezentúl a körorvosok fizetéseiket, úgy mint már több vármegyében most is történik, a megyei pénztártól kapják. Az igazságügyministeriumhoz intézendő felterjesztésben pedig az 1897. november 16-dikán kiadott s a fogházakra szóló orvosi díjszabás sérelmes és méltánytalan voltát fogják hangsúlyozni.

Az országos orvos-szövetség tagjainak nagy száma s azok tekintélyénél fogva máris hatalmas testületet képez s ha — mint az eddigiek után bizton várható — az orvosok legnagyobb része belép, oly erőt fog képviselni, mely az orvosok s betegek közös érdekeit képes lesz megvédeni és az orvosi rend erkölcsi és anyagi tekintélyét hathatósan fogja emelni.

* * *

A tüdővészesek sanatoriuma. A *tüdővész-sanatoriumegylet* előkészítő bizottsága f. hó elején ülést tartott *Harkányi Frigyes* báró elnöklete alatt. Miután Harkányi Frigyes báró bejelentette *Mészáros Károly* dr. elhunytát, Korányi Frigyes tanár olvasta fel jelentését a bizottság működéséről, kifejtve a tüdővész-sanatorium felállításának szükségét. A belügyministerium 1896-dik évről szóló jelentése 61,597 halálesetet konstatál tüdővész következtében. Az összes halálozások $13^1/_2$%-a esik erre a rettenetes vészre. Az előadó azután rámutat arra a jelenségre, hogy külföldön mindenütt a társadalom vette kezébe a tüdővészesek gyógyításának ügyét, a kormány csak támogatja őt. A választmány az elmult évben három irányban fejtett ki tevékenységet. Megbizta Korányi Frigyes tanárt és Morlin Imrét alapszabálytervezet készítésével, a melyet most Korányi a bizottság elé terjesztett megvitatás végett. Felkérte a balneologiai egyesületet gyüjtések rendezésére, a melyek az elmult évben az egyes fürdőhelyeken sikerrel folytak. Végül megkereste az országos közegészségügyi egyesületet oly czélból, hogy az egyesület szemeljen ki a főváros határában telket a felállítandó sanatorim czéljára. Ez meg is történt és a Fazekas-hegy oldalán, a nagykovácsii határban találtak is teljesen megfelelő, erdőtől körülvett telket, mely a főváros birtokában van. Végül javasolja az előadó, hogy bizottságot küldjenek ki a telek megszerzésére. Az ezután felolvasott pénztári jelentés szerint az egyesület czéljaira 61,238 forint áll rendelkezésre. Az elnök indítványára végül az alapszabályok megvitatására szűkebb bizottságot választottak, a melynek tagjai lettek: *Korányi Frigyes* dr., *Burchard-Bélaváry Konrád*, *Ormody Vilmos*, *Rákosi Jenő* és *Morlin Imre*. Továbbá egy bizottságot küldtek ki a telek megszerzésére s ennek tagjai: *Falk Miksa* dr., országgyülési képviselő, *Müller Kálmán*, *Jálics Ferencz* és *Korányi Frigyes* dr.

* * *

Hogy fizették kétszáz év előtt az udvari orvosokat? A magyar orvosi rend történetéhez érdekes adat Apafi Mihály fejedelem udvari orvosának, *Köpeczi Jánosnak* eddig ismeretlen díjlevele, mely az *Erdélyi Muzeum-Egyesület gazdag* kézirattárában van meg eredetiben s melyet a *Budapesti Hirlap* részére *Gyalui Farkas* küldött be. A *konvenciós levél* igy hangzik:

Conventio Clarissimi Joannis Köpeczi Medici Nostri, cujus anno incipit die 13 mayi 1673. Leszen készpénzfizetése eö kglmének per anno frt 200. Buzája harmincz köböl. Ruházatjára tiz sing gránátposztó. Edgj rókahát Bőrbéllés két esztendőre. Három pár csizmája. Bor per a. Ur. (urna 10 liter) 80. Verő disznaja kettő. NB. Mikor udvarunknál lészen, ebédgyére vacsorájára konyhánkról fogjának étket. Két feier (fehér) czipója. Két asztali czipója. Nyolcz közczipaja. Három icze bora. Két font húsa. Kétszáz tiukja (tyúk) per. a (évenként 200 tyúkja). Fél font szalonna napjába $^1/_2$. Edj *Eikel* eczet egy hétre. Két sajt edgj esztendőben. Edgj köböl borsó p. a. Edgj *eikl* vai (vaj) két hétre. Edgj köböl köleskása p. a. Kétszáz káposzta fő. Olvasztott fadgiu (faggyú) harminczhat font. Girtiat (gyertyát) nem adok. Edgj köböl köles. Három véka árpakása p. a. Halat mikor vagion napjában egyszer, *nekünk sem lévén mindenkor egyaránt*. Abrakpénzt per a. fl. 6 (6 frt). Fát télen egy hétre két szekérrel, nyárban edgj szekérrel. Ez megirt naponként járó Praebendát úgy kell érteni, hodgj mikor konyhánkból étket fogat, vagy mikor cselédje itthon marad, mindennek felét fogassa s ki is adják. Fele pedig konyhánkból kifogatandó étekre delgutáltassék. Datum in ciistak nostra Albajulia 7 (Gyulafehérvár.) Anno dit. supra Notaril (Kmf.) A *conventiót* maga a fejedelem irta alá. A 200 frt fizetésre megjegyzendő, hogy az mai számitással évi 2000 frtnak felel meg. A sok *deputatum*-ért emberül meg is felelt Köpeczi uram. Igy fenmaradt egy rendelése (recept) a fejedelemasszony részére. A fejedelemasszony torka megdagadt s erre *skorpió*-olajat rendelt udvari orvosa, leirván, hogy az olajban fullasztott skorpió milyen hasznos a hév-nyavalyák ellen. Tény az, hogy az akkori időkhöz képest fényesen honorálták az erdélyi fejedelmi udvarnál az orvost. Hiszen az *ajándékokról* a konvencióban szó sincs, pedig mennyit kaphatott!

A főváros egészsége. *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1898. január 16-dikától 1898. január 22 dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 406 gyermek elhalt 217 személy, a születések tehát 189 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup 1, roncsoló toroklob 2, hökhurut 1, kanyaró 2, vörheny 3 himlő —, typhus abdominalis 5, gyermekágyi láz —, influenza —, egyéb ragályos betegségek 2, agykérlob 16, agyvérömleny 6, rángások 3, szervi szívbaj 16, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 35, tüdőgümő és sorvadás 41, bélhurut és béllob 14, carcinomata et neoplasmata alia 8, méhrák 2, Bright-kór és veselob 5, angolkór 2, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 21, aszkór, aszály és sorvadás 1, aggkór 8, erőszakos haláleset 10. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2396 beteg, szaporodás 700, csökkenés 728, maradt e hét végén ápolás alatt 2370. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1898. január 23-dikától január 29-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 21 (meghalt 2), himlőben — (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 51 (meghalt —), vörhenyben 16 (meghalt 1), kanyaróban 68 (meghalt 3), roncsoló toroklobban és torokgyíkban 33 (meghalt —), trachomában 12, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 20 (meghalt 1), orbánczban 16 (meghalt 1, gyermekágyi lázban 5 (meghalt —).

— **Kinevezés.** Az igazságügyminister *Duschnitz Emil* körorvost a lugosi fogházorvosi állásra kinevezte s őt egyszersmind a lugosi kir. törvényszék területén felmerülő törvényszéki orvosi teendők rendes ellátásával is megbizta.

— Az egyetemi kör elnökévé **Tóth Ödön** orvostan-hallgatót választották meg.

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

Fasor-szanatórium Vízgyógyintézete

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

Téli kúra a Szt. Lukács-fürdőben **Budapest.** rheumatikus bajok, köszvény, ischias stb. ellen

A szállodák és fürdők egy épülettömböt képeznek. *Minden helyiség jól fütve van. Meghülés kizárva.* **Kénes iszapfürdő.** Külön fürdők. Douche-massage stb. Felvonó a vízben. Lift. *Lakás és teljes ellátás hetenként (közepes ár 25 frt).* Prospectust küld az igazgatóság.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület (IV. rendes ülés 1898. január hó 29-dikén) 69. l. — Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete (IV. rendes ülés 1897. május 20-dikán) 71. l. — Közkórházi orvostársulat (I. bemutató szakülés 1898. január 12-dikén) 73. l.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(IV. rendes ülés 1898. évi január hó 29-dikén.)

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

Elnök az ülést megnyitja, azután így folytatja: Mielőtt a napirendre áttérnénk, kénytelen vagyok szomorú kötelességet teljesíteni. Ugyanis tudomásunkra jutott, hogy egyesületünknek egy érdemes tagja *Mészáros Károly*, ki egyesületünknek 1871 óta rendes, 1882 óta alapító tagja volt, a ki egyesületünknek egyik maecenása volt, ki bőkezű adományaival oly alapítványt teremtett meg, mely a tudomány emelését évek hosszú során át fogja előmozdítani, ezen érdemes tagtársunk ma hirtelen elhalt. Kérem a tisztelt tagtársakat, hogy annak idején a végtisztesség megadásán minél számosabban jelenjenek meg.

Kétli Károly: Bátor vagyok igen t. orvosegyesület ezen szomorú bejelentés alkalmával azon tiszteletteljes indítványnyal előállani, hogy épen azon érdemek alapján, melyeket elnök úr elsorolt és melyekkel az elhunyt egyesületünk tudományos emeléséhez lényegesen hozzájárult, az egyesület részvétét fejezze ki jegyzőkönyvileg és ennek leiratát a boldogult özvegyének részvét kifejezése szempontjából szolgáltassa át. (Helyeslés.)

Scleroderma universale esete.

Aschner Arthur: A 62 éves nő a scleroderma universale typikus képét mutatja. Két év előttig egészséges volt, két éven belül gyakori rheumatoid fájdalmak léptek fel a végtagokban. Baja állítólag 6 hónap előtt kezdődött, a mennyiben azt vette észre, hogy a hasa feszülni kezdett, a nélkül, hogy a bőrön különösebb elváltozásokat észrevett volna. Bajának kiindulási pontja tehát a has volt, innen elterjedt majdnem az egész köztakaróra, különösen az alsó végtagokra, annyira, hogy 3 hó óta alig tud járni, a lábait behajlítani nem képes. E mellett általános érzete jó.

A scleroderma betegséget az jellemzi, hogy spontan, fájdalom nélkül vagy körülirt helyeken tallérnyi, tenyérnyi és nagyobb szabálytalan alakú területeken, vagy hosszabb csíkok és sávok alakjában a bőr megvastagodik, megkeményedik, deszkatapintatúvá válik, vagy pedig a bántalom diffuse terjed el nagyobb területekre, egész testrészekre, sőt az egész köztakaróra is. Ha a bántalom nagyobb testrészekre vagy az egész köztakaróra elterjed, mint jelen esetben, a bőr megrövidültnek látszik, a betegek olyan érzettel birnak, mintha a bőrükben nem férnének el, mintha pánczél venné körül őket, az izületek felett elhaladó, megfeszült bőr megakadályozza ezeknek behajlását, a betegek úgy járnak, mint a bábuk. A bőr rendesen sima felületű, vagy pedig repedezett szarúréteggel fedett, fénylő, fehér vagy piszkos-barnás, ránczba nem szedhető, ujjnyomásra bemélyedés nem marad fenn. A bántalom további lefolyása kétféleképen történik. Ezen kötőszöveti túltengés által létrejött bőrmegvastagodások, mely állapotot stadium hypertrophicumnak nevezzük, teljesen visszafejlődhetnek és a bőr régi állapotába visszatérhet, a mi ugyan a legritkább esetben történik; a leggyakoribb azonban az, hogy bizonyos idő mulva, hónapok, évek mulva, a második stadiumba megy át, az úgynevezett stadium atrophicumba, a midőn a bőr egész vékony, pergamenttapintatú, fényes és nagyon megrövidült. Ezen megfeszített bőr nyomása következtében, az alatta levő zsírpárna és lágyrészek is gyakran atrophizálnak, úgy hogy a bőr a csonthoz nőve látszik. Az atrophikus stadiumból a bőr természetesen régi állapotába vissza nem térhet.

Betegünknél a bántalom diffuse terjedt el, elől a csecsbimbók tájékától, hátul a lapoczkák csúcsától a bokákig terjed. A legnagyobb elváltozás látható mindkét czombhajlatban, a hol a bőr majdnem csontszerű, piszkos-barnásan elváltozott, továbbá az alszárak hajlító oldalán. Mindkét alkaron a bántalom hosszú csíkok alakjában mutatkozik. Láthatók továbbá a nyak mindkét oldalán, ennek alsó részén, tallérnyi, hasonló plaque-ok. Mint már említettem, a betegnek általános érzete jó, a mellkasi és haszsigerekben különösebb elváltozásokat kimutatni nem lehet. Csak körülbelül két hó óta léptek fel spontan krajczárnyi egész tallérnyi szétesések a bőrön, a hason és a térdizületek körül, melyek a betegnek fájdalmat okoznak.

A mi a prognosist illeti, ez quoad sanationem vajmi kevés reményt nyujt, már azért sem, mert a bőr már egyes helyeken atrophizál. Számos gyógyszert ajánlottak, azonban rendesen kimaradó eredménynyel. Utóbbi időben Philipson egy esetről értesít, melynél salolnak hosszú adagolása után gyógyulást ért el, meg fogjuk ezt ez esetben kisérleni. Egyelőre betegnél vaselinnel való massaget alkalmazok, mely a bőrnek feszültségét mégis némiképen enyhíti. Quoad vitam sem jobbak a kilátások ilyen esetekben. Ott, a hol a bántalom plaqueszerűen lép fel, ezek a szervezetre közömbösek maradnak. Míg ellenben a bántalom ilyen elterjedése mellett, plane a hol az atrophikus stadium már kezd kifejlődni, marasmus vagy más complicatio után fog az exitus letalis bekövetkezni, mint az a legtöbb esetben előfordul. A mi a bántalomnak aetiologiáját illeti, többek között trophoneurosisra is szokták ezt visszavezetni. Jelen esetben is, úgy látszik, ezt kell supponálni, habár az idegrendszer részéről különösebb elváltozásokat kimutatni nem vagyunk képesek. De ha tekintetbe veszszük, hogy a bántalom ilyen rövid fennállása mellett a bőrön spontan szétesések jöttek létre, ez is feltételünk mellett látszik szólani.

Jackson-féle epilepsia esete.

Kétli László: A betegnél typusos Jackson-epilepsia van jelen, mely a jobb karra és vállra szorítkozik, a görcsök óránkint 5—6-szor lépnek fel, most már 7 hét óta. Eleinte csak hónaponként 1—2-szer jelentkeztek. A beteg meghűlésből származtatja baját és előadása szerint kétszer kifejezett általános görcsökből álló epilepsiás rohama volt és a második után léptek fel a leirt tonico-clonikus görcsök, melyek most egy valóságos status epilepticus alakjában állanak fenn és mindig csak a jobb felső végtagra szorítkoznak és néha átterjednek a jobb facialis ágakra is. A jobb karnak eleinte teljes hűdése volt jelen; most is paresis kimutatható, úgyszintén a jobboldali facialis Bell-féle ágain is. Érzési eltérés nincs jelen, szemfenék ép, a hysteria is kizárható. A görcsöket kiváltó ingert vagyis góczot Hitzig után a baloldali mellső centralis tekervény középső harmadába kell helyeznünk. E helynek megfelelőleg a koponyacsonton kivül egy krajczárnyi nagyságú fájdalmas hely is van jelen, honnan a betegnél újabban fellépő baloldali fejfájások is ki szoktak indulni és ez is támogatja a localisatióját a gócznak. Egész kórtani minőségéről fogalmunk sem lehet, mert sem potus, sem lues, sem trauma ki nem mutatható. Daganat ellen szólna talán az, hogy a görcs már oly rég egy végtagra localizálva marad s így úgylátszik nem növekedett a gócz. A beteg eddig belsőleg bromkalit és jodkalit szedett, de nem javult és így joggal ajánlhatjuk a trepanatio megkisértését, mert a góczot localizálni tudjuk és az eset kétségbejtő, így tehát megvan a Bergmann által felállított két feltétel az operativ beavatkozáshoz. Az operatióról annak idején be fogunk számolni. A prognosis természetesen nagyon bizonytalan, főkép mert nem tudjuk az ingert kiváltó gócz kórtani minőségét.

Tauszk Ferencz: Az esetet feltétlenül elfogadja Jackson-féle epilepsiának. 8—9 évvel ezelőtt szóló *Korányi Sándorral* kisérletileg foglalkozott a kérdéssel és Ferrier szerint az agykéregben gondolták a kórokot és a bántalom székhelyét. Ez volt a kiindulási pont. Házinyulakat trepanáltak és az agykéreg motorius zónáját előbb húskivonattal, majd faradikus árammal izgatva, kisérletileg is létrehozták a Jackson-féle epilepsiát. Később az agykérget eltávolították és tactil befolyásra is létre tudták hozni a rohamot, mikor az előbbi izgalomnak kitett agykéreg már nem volt ott. Tehát nem fogadhatják el azt a nézetet, hogy a kórokkal együtt a bántalom székhelye is az agykéregben van.

Ha a fájdalmas behatások annyira befolyásolják a Jackson-féle epilepsiás rohamokat, hogy azok el is maradnak, kérdés minden esetben trepanálni kell-e és nem érünk-e el oly eredményt, ha nem oly veszélyes, de ép oly arányos fájdalmas műtéttel avatkozunk be. Van *Lépinnek* egy esete, melyet trepanált, a sebet becsukta és a Jackson-féle epilepsiás rohamok elmaradtak. Egyszer elmaradtak kartörés után is. Hangsúlyozza szóló újból, hogy nem mondja, mikép okvetlenül az agykéregben van a bántalom székhelye, hanem csak az oka, a mint különben bemutató is utalt arra. Örömmel kell üdvözölni az ilyen esetet és óhajtandó, hogy a beteg későbbi sorsáról is értesüljünk, mert csak így lesz a kérdés végleg tisztázható.

Jendrássik Ernő leginkább arra akar reflectálni, mit Tauszk mondott. Idegpathologiai szempontból vitatkozás folyik az állatkisérletekkel és emberekkel foglalkozók között sok kérdésben és mig theoretice sok kérdés még eldöntésre vár, addig az embernél practice már el van döntve, így a semidecussatio n. opticorum klinice bizonyos, míg az anatomusok még vitatkoznak felette.

Igy állunk a Jackson-féle epilepsia dolgában is. Ugyanis különbség van ember és állatok között. Az állatok mozgató pályája nem végződik oly határozottan az agyvelőkéregben, mint emberé. Nem évekre, de egész életre kiterjedő elváltozások vannak embernél, ezért mondják a klinikusok, hogy mert az agyvelő kéregben valami elváltozás van Jackson-féle epilepsiánál, bár ki nem mutatható is mindig szövettanilag, de a laesio az agykéregben van. Nem szabad elfelejteni, hogy a Jackson-féle epilepsia csak symptoma, melynek létrejötte még magyarázást kiván. Szóló nem tartja lehetőnek, hogy a nyult velőből jönne létre.

Rákosi Béla mint fegyintézeti orvos észlelt egy esetet. 40 éves embert 8 évre ítéltek el, mert feleségét megölte. Baloldalt a homlok hátsó részén mandolanagyságú, nem mozgatható bemélyedt sebhelye volt, mely a csonttal össze volt forrva. Egy évi fegyházi tartózkodás után egyszerre jobb karjában, jobb arczában rángások léptek fel, egész fejét jobboldalára forditotta és azután ez a rángás átment a bal arczra és súlyos rohamoknál a bal karra is. Két heti megfigyelés után szüntek a rohamok és visszament a munkaterembe. Hónapok mulva nagy fejfájások lepték meg, melyek a leirt forradásból eredtek. Két hét mulva hirtelen meghalt. Bonczoláskor kiderült, hogy a koponyaboltozat a behorpadt helyen össze van nőve a kemény agyburokkal, a lágy agyburok az agykéreggel, melyeknek leválasztása után kitünt, hogy egy diónyi tályog van jelen, mely pus bonum et laudabilevel van tele. Ha szóló bátor sebész lett volna, tán meg lehetett volna menteni az egyént.

Az egyén 7—8 évvel azelőtt korcsmai veszekedés alkalmával sérült, akkor voltak is görcsei, de ezek megszüntek. Kérdés, mi okozta, hogy ezen elváltozás éveken át szünetelt, a nélkül, hogy tüneteket hozott volna létre?

Kétli Károly kiegészitő reflexiót fűz az esethez a topikus diagnosis materialis bizonyitására nézve. Az újabb időben keletkezett jobb karra szorítkozó monoplegia a legilletékesebb hirdetője az agy corticalis állománya sérülésének és a mennyiben ez állandó, mert több hónapja tart, legnagyobb bizonyítéka annak, hogy a bal központi gyrusban van materialis elváltozás és a mennyiben a belorvoslás minden tényezője kimeríttetett és a betegre nézve tarthatatlan helyzet van, bár kétes és sokszor eredmény nélküli a beavatkozás, de máskor sikeres, nyugodt lelkiismerettel kiséreljük meg a trepanatiót.

Tauszk Ferencz úgy érti, hogy a materialis elváltozás, az ok az agykéregben van, de kérdés, hogy a székhelyét is képezi-e ez a bántalomnak, mert ez nem jelenti egyúttal a Jackson-féle epilepsia székhelyét is. A trepanatiót ő is feltétlenül megkisértendőnek tartja, mert ezáltal esetleg nem a bántalom székhelye, de oka lesz eltávolítható.

Minich Károly is bonczolt egy Jackson-féle epilepsia-esetet, melyet egy év előtt trepanáltak a szt. János-kórházban. 4 cm. kiterjedésben trepanálták, de organikus elváltozást nem találtak az agykéregben, melyet meg is pungáltak, de siker nélkül. Az operatio után szabályszerűen ellátták a sebet és másnapra a görcsök megszüntek és egy teljes év mult el görcsök nélkül. Legutóbb pneumonia crouposa miatt vétetett fel, melyben el is pusztult. Bonczoláskor a trepanatio helyén nem volt elváltozás, de a IV-dik agygyomrocs fenekén volt egy borsónyi daganat, mely még szövettanilag vizsgálva nincs, de vagy tuberculum vagy cholesteatoma.

Donáth Gyula Rákosinak azon kérdésére, hogy agytályog egyszer tüneteket okoz, máskor nem, egy anatomiai praeparatum alapján válaszolhat, mely egy hat hét óta férjnél levő asszonytól származott, a ki görcsöket kapott fürdőben és eszméletlen lett. A gyrus centralisba localisálta szóló a bajt. Két nap mulva meghalt az egyén. Tyúktojásnyi tályogot találtak a fehér állományban, a mely felterjedt a corticalisba és ekkor görcsöket, majd be az agygyomrocsokba és ekkor halált okozott. Az asszony félévvel előbb Kovács tanárnál tuberculosus nyaki mirigyek miatt operáltatott, mely után meggyógyult. Valószinűleg innen történt a felszivódás.

Kétli László köszönetet mond a hozzászólóknak; szólót Tauszk úgy látszik félreértette, mert ugyanazt mondotta szóló, a mit ő; t. i., hogy a kisérletezők nem helyezkednek a corticalis theoriára, a klinikusok pedig arra helyezkednek. E miatt vitatkozott *Hitziggel Unverricht*. Szóló nem foglalt állást egyik theoria mellett sem. A prognosisról sem mondhat biztosat. Az indicatiót a beteg kétségbeesése adja meg.

A hypertrophiás és atrophiás májlob viszonya egymáshoz.

Tauszk Ferencz: Az előadást lapunk más helyen egész terjedelmében fogja közölni. Tartalmának lényege, hogy klinikai szempontból a hypertrophiás és atrophiás májlob az esetek egy részében tünettanilag jól körülhatárolható megbetegedést képeznek, melyeknek egymáshoz semmi köze. De ha a hypertrophiás lobnál a biliaris kötőszövet megbetegedéséhez a portalis kötőszövet és parenchyma elváltozása járul, akkor egy kifejezett tünetcsoporttal biró vegyes májlob fejlődik ki, melynél a szövettani vizsgálatok inter- és intraacinosus elváltozásokat mutatnak, melyeknek végső stadiuma, ha ugyan az intercurrens halál annak bekövetkeztét meg nem gátolja, a Laennec-féle cirrhosis kifejezett kórképe.

Winternitz M. Arnold: Alkalma volt előadó esetei közül egyiket-másikat bonczolni, azonkivül a szt. Rókus-kórház prosecturájában észlelt analog eseteket. Ezen ascitessel és chronikus icterussal járó cirrhosisok makroskopos, durva boncztani szempontból egy csoportba nem foglalhatók, a mennyiben az által a látott esetekben a májak tetemes megnagyobbodást, majd szembeötlő megkisebbedést mutattak, mely alkalommal azok a typikus Laennec-féle portalis cirrhosistól nem is voltak elkülöníthetők. A makroskopos kép eme incongruentiája daczára összetartozni látszanak szövettani szempontból, a mennyiben különösen azoknál az eseteknél, hol a máj megkisebbedve nem volt, az interstitialis indurativ folyamat szigetszerű fellépése, az újonnan képzett kötőszövet laza, fibrillaris szövése és plasmasejtekben rendkivül dús volta, továbbá azon tény, hogy az indurativ folyamat, minden esetben kivétel nélkül, rendkivül nagyfokú intraacinosus tovaterjedést mutatott, az eseteket szövettanilag a Laennec-féle cirrhosistól mindig megkülönböztette. A kötszövetnek lazábban szövött szerkezete és sejtdússága még oly esetekben is jelen volt, melyek a megkisebbedés legnagyobb fokát már el is érték; ugyanezeknél az intraacinosus folyamat is ép oly, sőt még mondhatni nagyobb fokban volt kifejezve. Szerinte ezen cirrhosisokra a kötszövet sejtdússága, laza szövése és az intraacinosus (centripetalis Dieulafoy) folyamat rendkivül kifejezett, tehát relativ nagy foka tekintendő jellegzetesnek.

Genersich Antal kórboncztani szempontból szól a kérdéshez. Számos esetet látott és határozottan mondhatja, hogy az a megkülönböztetés, hogy atrophiás alak vizkórral, hypertrophiás alak icterussal jár, előtte csinált dolognak látszik, mert májhypertrophia mellett hiányozhatik a sárgaság és lehet mellette vizkór, atrophia mellett viszont lehet sárgaság hydropssal vagy a nélkül. Átmenetek vannak és ezek nem is ritkák. A hepatitis interstitialis chronica diffusának mindenféle alakja vegyesen fordul elő és ha meghatározhatná, hogy a felnőtt egyénnél az atrophiás alaknak legalantibb foka pl. 700 gr.-os máj volna, akkor ettől fogva össze lehetne állitani egy sorozatot 4—5000 gr.-ig. A nagyságkülönbség mérvadó nem lehet azért sem, mert nem ritkák olyan esetek, melyekben a máj egy része cirrhotikus, a másik része pedig hypertrophikus. Ilyet látott szóló Kolozsvárt, midőn a jobb májlebeny atrophiás volt, a bal pedig hypertrophiás. A különbséget tehát makroskopice megtenni nem lehet. Ezért a mikroskopiai vizsgálatra nagy súlyt fektettek. És nincs kétség, hogy némely cirrhotikus alakoknál szépen lehet az interlobularis kötőszövet-túltengést és egyes lebenykéket majdnem egészen ép állapotban kapni, de ezek nem közönséges esetek. Máskor a hepatitis interstitialis hypertrophicánál kötőszöveti túltengést és megszaporodást a lebenyek és lebenykék között, a lebenyek állományába beterjedőleg is találunk. Ha cirrhotikus májat nagyobb kiterjedésben vizsgálunk, akkor nagy kiterjedésben interlobularis kötőszövet-túltengést találunk, mely annak idején intralobularis volt, de az egyes májrészletek tönkrementek és csak festékpetty jelzi a lebenyeket. Az atrophia végleges eredménye egy diffus interstitialis lobnak, mely túlél néhány lebenykecsoportot. Tehát a hypertrophiás és atrophiás alak górcsői megkülönböztetése is tarthatatlan. Még az elkülöníthető esetekben is kimutatható az átmenet. Sokat beszéltek, beszélnek és fognak még beszélni a hypertrophiás és atrophiás alakok megkülönböztetéséről, hogy az újonnan képződött epeutak hogyan viselkednek. Ennek hangsúlyozásánál szóló mindig rosszul érzi magát. Nem tartja bebizonyitottnak, hogy az epeutak megszaporodnak, mert ha számbaveszszük, hogy milyen rengeteg májsejt és lebeny pusztul el, de nem pusztulnak el a hozzátartozó epecsatornácskák, akkor ellentét fog bekövetkezni, mert a májszövetből alig marad valami és a capillaris epeutak megszaporodottnak látszanak. Ez mindkét alaknál igy van. Még leginkább mérvadó volna a kórboncznokra nézve az a támpont, hogy a hypertrophiás alaknál találjuk a jól megtartott májsejteket, melyek meg is vannak nagyobbodva. Túltengés a nemesebb májsejtekben, ezt az atrophiás alaknál szóló nem találta, hanem csak atrophiás alakokat. Ez volna a főkülönbség, de erről szólónak nincs elég tapasztalata, csak általános benyomás szerint szólhat, de nem tudná törvénynek felállitani.

Az okra nézve az alkoholnak van legtöbb befolyása, de biliaris okok is befolynak a hypertrophiás alak keletkezésére, de semmi sem bizonyítja, nem fog-e belőle atrophiás alak keletkezni.

A cirrhotikus alak sem fejlődik mind alkoholismusból.

Szóló szerint a hypertrophiás és atrophiás alakok egyűvé tartoznak, a mint az *Laennec* felvette, a különbség csak esetleges. Ennek két főtényezője van, egyik a betegség *ideje*. A heveny esetek inkább hypertrophikusak, a régiek atrophikusak. A másik tényező a *kor*. T. i. olyan egyéneknél, kiknél a szervezetnek reproductiv ereje megvan, a megtámadott májsejtek mellett regenerálódásra képes sejtek vannak, ezeknél hypertrophiás alak fog fejlődni és ez tarthat odáig, míg az egyén tönkremegy a miatt, hogy a reproductio nem elégséges, hanem sorvadás fog bekövetkezni. De ha a folyamat nagyon kiterjedt, akkor idő előtt elpusztul az egyén és mint hypertrophiás alakot kapjuk a bonczasztalra. Tehát középkorú egyénnél a két alak egymásból kifejlődik. Öregebb egyéneknél, kiknek reproductiv ereje nincs kifejlődve, az ártalom, pl. alkohol következtében tönkremennek a májsejtek, nem jön létre túltengés, hanem eleitől végig degeneratio következik be. A zsírosan beszűrődött májsejtek tönkremennek, a zsiros máj elpusztul és igy lesz cirrh tikussá.

Korányi Frigyes. Az eset, mely a mai discussióra alkalmat nyujtott, szólónak klinikájáról került ki és a discussio azon körülményeket emelte felszinre, melyek a hepatitis interstitialis diffusa hypertrophica és atrophica között az átmenetet képezik.

Felszólal azonban, mert azt hiszi, hogy klinikailag mégsem lehet beleegyezni abba, hogy ezt a két alakot egymással összefűzzük s azt kell mondania, hogy a hepatitis interstitialis hypertrophicát a zsugorodó alaktól klinikailag élesen el kell különiteni. Hiszen tényleg a hepatitis interstitialis hypertrophica kórképnek felállítása klinikai észleletek alapján történt, mert azok, a kik histologiai vizsgálattal nem is foglalkoztak, állitották fel mint külön alakot a h. hypertrophicát, mert azt a kórképet, melyet ők még az icterussal oly szorosan nem kötöttek össze, a máj fokozatos megnagyobbodását, keményedését, a lép megnagyobbodását és a köztáplálkozásnak lesülyedését látták egy betegnél éveken át a nélkül, hogy a májnak megkisebbedése bekövetkezett volna. Az icterusra csak később fektettek oly nagy súlyt és később ismét felvették az icterikus és nem-icterikus alakot.

Szólónak is az az álláspontja, hogy vannak hepatitis interstitialis esetek, melyek májnagyobbodással, fokozott indurational járnak, kisebb-nagyobb fokú icterus csatlakozik hozzá, felváltva ugyanazon esetben is éveken át, lépnagyobbodással (szóló csak most nemrég vesztett el egy ilyen beteget) a nélkül, hogy nagy májból kis máj lett volna. Ezek a a Charcot-Gombault-féle esetek tényleg léteznek.

Más kérdés azonban, a mivel Tauszk is foglalkozott. A hepatitis interstitialis hypertrophica kifejlődik és néha éveken át ilyennek mutatkozik, hogy ilyennek mutatkoznak-e és nem állanak-e ugyanezen kép alatt más folyamatok? A tapasztalás azt mutatja, hogy igen. A histologiai vizsgálat, a mint *Genersich* kifejtette, mutatja az alapját. Nem szól arról, hogy a kötőszöveti inter- és intralobularis kötőszövet-túltengés inkább intralobularis; nem szól arról, hogy a kötőszövet minősége különböző. Mindenkinek feltünik, hogy bizonyos kötőszövet a májban $^1/_2$—1—2 év alatt zsugorodik, a másik pedig 5—6 esztendeig vagy egyáltalában nem zsugorodik. Igaz, hogy voltak histologusok, kik a kötőszövet szaporodását tagadták, pl. *Aufrecht* és *Ackermann*, kik azt mondták, hogy a májsejtek hypertophizáltak és ezek nyomják össze a véredényeket és kötőszövetet és csak látszólagos a szaporodás, de ettől szóló eltekint. De mégis megbizható adat, hogy a hypertrophiás szövet néha oly finom és gyengéd, hogy megegyezik a sclerose en plaque-nál előfordulóval, máskor a szövet minősége olyan mint a bőrelephantiasisnál, hogy nem

zsugorodik. El is nevezték májelephantiasisnak. Tény tehát, hogy különböző kötőszöveti minőségek állanak fenn.

Az epeutak újraképződése nem charakteristikus. Egyes esetekben Janovszky azt mondja, hogy feltünő az új epecapillarisok előfordulása, melyek tökéletlenek, ezenkivül a májsejtek túltengése. Tehát igen különböző elemekből csoportosul a hepatitis interstitialis diffusa hypertrophica kórboncztani és kórszövettani képe.

Igy áll egyszerü esetekben. De ki akarja tagadni, hogy vannak combinált esetek. Ott vannak az alcohol-hypertrophiás májak: hypertrophia icterus-ascites nélkül, lépnagyobbodással, s ezek azok, melyek tényleg átmennek atrophiás májba.

Ott van az epecsatornácskák desquammativ lobja. Szóló észlelt és leirt olyan hepatitis interst. hypertrophica eseteket, melyeknek lefolyása alatt a betegeket elöveszi egy láz, mely lehet intermittens, remittens vagy folytonos, a máj érzékeny, dagad, az icterus növekedik. A láz 10—14 nap mulva megszünik, az icterus 5—8 hétig fennáll, azután kisebbedik. Ezen episodokat összeköttetésbe kell hozni az epecsatornácskák catarrhusával, melyek eldugulnak, concrementumok válnak ki. Természetesen ezek mulékony folyamatok lehetnek. Visszamarad egy bizonyos nagyobbodás és ez a lob újabb inger kötőszöveti megnagyobbodásra. Igy folyik ez éveken át. Néha alcohol-máj járul hozzá, néha bacterium invasio vagy más degeneratiók, necrosisok, szétmállás, zsíros beszürődések, nagyon szövődött folyamatok; tehát ne csodálkozzunk, hogy egyik részében a májnak zsugorodás, a másik részében duzzanat van. Ezek combinált alakok, melyekből nem lehet azt következtetni, hogy a hypertrophiás májnak a cirrhotikus csak individualis módosulása. Az individualis módosulást elfogadná szóló, hogy nem minden egyénnek van egyforma hajlandósága a kötőszövettermelésre és a mit termel, nem mindig egyforma. Ott van az actinomycosis, mely embernél általános genyedéseket idéz elő, a kérödzőknél elephantiasist. Embernél is vannak különbségek. Ezt szóló elfogadja. De ilyen sarkalatos választó vonal, mint az évekig (7—10) fennálló hypertrophiás májlob, mely hypertrophiásan végződik és a fél—egy év alatt vagy még rövidebb idő alatt végződő atrophiás májlob között van, ilyen individualis különbségekbe bele menni nem lehet és a két sarkalatos kórkép különbözőségét fentartja.

Donáth Gyula neuropathologikus szempontból szól a kérdéshez. Az atrophiás májlobnál mérgek okozzák a májsejtek tönkremenését, alcohol, phosphor, ólom, infectiók, míg a hypertrophiás alak aetiologiája ismeretlen. De a hypertrophiás combinálódhatik úgy polyneuritissel, mint alcoholismussal és ez okozza a kapcsot az atrophiás és hypertrophiás alak közt egyrészt, az idegek között másrészt. A tuberculosis is praedisponál a bántalomra, a kornak is nagy befolyása van. Hogy mi okozza egyik egyénnél a hypertrophiát, a másiknál az atrophiát, még nincs eldöntve.

Genersich Antal nagyon helyesnek tartja, ha a klinikus megkülönbözteti az alakokat és szükségesnek is tartja practikus szempontból, de nem tartja a különbségeket olyanoknak, hogy az egyik egész más dolog volna, mint a másik, pl. az aetiologia, vagy a kötőszövet milyensége döntene, mert az aetiologia közös és ez a kötőszövet korával változik.

Tauszk Ferencz azon reményben jelentkezett előadásra, hogy a kifejlődő vita tisztázni fogja az eszméket. *Genersich* bő tapasztalataival igazolja, hogy az átmeneti alakok kórboncztanilag és szövettanilag is gyakoriak.

Szóló nem tulajdonit nagy jelentőséget az újonnan képződött epeutaknak, pl. egy májechinococcus mellett bőven voltak kimutathatók újképződésü epeutak, tehát szóló Genersichhez közel áll. Henicke oly kötőszövet elváltozást irt le, melyet gyakorlott szövetbúvár még normalisnak tart.

Köszönetet mond szóló Winternitznek a szövettani vizsgálatokért. Egyébként Korányi tanár eszméit és nézeteit iparkodott visszatükröztetni.

Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

(IV. rendes ülés 1897. május 20-dikán.)

Elnök: **Navratil Imre**; titkár: **Polyák Lajos.**

Rhinoplastica sclerománál.

Navratil Imre bemutatja azon rhino-cheilo-scleromás 35 éves nőbeteget, kinél előzetesen a felső ajk scleromájának eltávolitása után felső ajakot képezett és a kinél most, miután ezen műtét sikerre vezetett, az orrscleroma kiirtása után orrplastikát végzett. Az orrt a homlokból vette, annak csonthártyájával együtt. A műtét sikerült, a lebeny minden ponton per primam tapadt. Azon oknál fogva, hogy a rhinoscleroma igen nagy kiterjedésü lévén, annak kiirtása az arczra is kiterjedő hegeket hagyott hátra, N., hogy ép alapba fektesse a homlokból átültetendő lebenyt, azt a szokottnál nagyobbra kellett vennie, de még igy is a széles alap miatt az orr a rendesnél valamivel laposabb. Ezen azonban, mint azt a gyógylefolyás bizonyitja, a lebeny zsugorodása még javitani fog, mert már most is, a műtét utáni 4-dik héten a lebeny emelkedettebb, mint volt közvetetlenül a műtét után. A homlok sebe még nem sarjadzott be és a lebeny tövénél is még csekély kosmetikus reparativ műtét fog történni, de szerző azért mutatja be már most e beteget, mert ezen ülés a jelen évszakban az utolsó és a következőig a beteget, ki azalatt orrával már előbb rendben lesz, nem tarthatja. Megjegyzi bemutató, hogy ezen gyökeres scleroma-kiirtással járó plastikai műtétet azért végezte a betegen, mert úgy a felajkon, mint az orrban és a felső állcsonton minden kórost eltávolithatott és a bántalom mélyebbre, gégére vagy légcsőre, nem terjedt volt.

Nagy infractiós orrsövénydeviatio operált és gyógyult esete.

Navratil Imre: Knapp Géza 18 éves géplakatos. Baja állitólag már születése óta fennáll, de hosszú időn át nagyobb kellemetlenségeket nem okozott, csak 3—4 év óta dugul el orra gyakran olyannyira, hogy a miatt nyitott szájjal kénytelen lélekzeni. Sokszor fejfájásban is szenved. Baja ellen két év előtt Bécsben keresett orvoslást, a hol két izben operálták, de ez állapotán nem sokat javitott.

Az orr iránya a középvonaltól jobbra eltér, a mi első tekintetre azonnal szembetünő. A porczos orrsövény, belülről tekintve, ezen eltérést fokozott mértékben feltünteti, főként alsó részében az orrbejáratnál, úgy hogy ez által a jobb ornyilás egy szük réssé alakult át, melyen egy gombos sonda feje alig hogy áttolható. Tükörrel tekintve, a középső orrjárat elég tág. A jobboldali orrfél levegő számára némileg még átjárható. A bal ornyilás rendes tágságú, az alsó orrjárat azonban a sövény jobbra térése folytán öblösebb. A garat hátsó fala száraz.

Deviatio septi nasi dextroversa.

Május 8-dikán műtét chloroform-narkosisban.

A két darabban kimetszett porczrészlet hossza 14 mm., szélessége 9 mm. A varratok részben a 3-dik, részben a 4-dik napon távolittattak el. A seb per primam gyógyult.

A beteg állapota teljesen megjavult, nem kénytelen többé nyitott szájjal lélekzeni, alvás közben is csukott szájjal lélekzik. Fejfájása megszünt. A garat hátsó fala sem száraz.

Az orrháton ejtett ollómetszés nyoma alig látható.

Némai. Egy esetemnél, a hol mindkét orr szükült volt, baloldali kagylótúltengés, jobboldali deviatio és mindkét alsó kagyló hátsó végének szederszerü hypertrophiája folytán, a deviatiót vésővel vettem le. Az eredmény nem volt rossz, de a hat hét előtt ejtett seb még ma sem gyógyult be. A bemutatott esetnél végzett műtét igen szép és alapos, a gyógyulás gyors.

Baumgarten. Hasonló eseteknél én rendesen úgy járok el, hogy első nap a nyákhártyát lebeny alakjában leválasztom, tamponnal csillapitom a vérzést és csak másnap vésem le a porczot, azután pedig előre hajtom a lebenyt.

Zwillinger. A mennyiben más intranasal műtét eredményre nem vezetett, nagyon kielégitő a műtéti eredmény.

Navratil. Beteg már két égető és egy vésőműtétet állott ki eredménytelenül, mielőtt hozzám fordult; ezért egyezett bele a műtétbe és én is csak ezért éreztem magamat indittatva, igy operálni.

Traumatikus eredetü orrcsonthiány miatt végzett osteoplastika esete.

Hültl Hümér: G. I. 29 éves kocsis 10 év előtt a malom kereke alá került; ezen baleset arczát összezúzta és jobb alkarját eltörte. Hosszas betegség után gyógyult meg, de arcza torzult lett. Jelenleg az orrcsontok teljes hiánya mellett, az orrhát helyén tallérnyi defectus van, mely heges szélektől környékezve, a körte idomú nyilás alakját mutatja, s melyet a szabadon álló csontos orrsövény két részre oszt. Az orr lágyrészeiből csak az orrcsúcs, a két orrszárny és a mozgó orrsövény (septum cutaneum) maradt meg. A homlokon ívelt, 10 cm. hosszú eltolható heg látható. A hiánytól eltekintve, a kép egy nagyfokú nyerges orr benyomását kelti. Előadó ismertetve azon kisérleteket, melyekkel Langenbeck, König, Schimmelbusch ily esetekben a képzendő orr profilmagasságát felépiteni iparkodtak, ezen beteg műtevésénél a következő módon járt el.

Felfrissitve a hiány heges széleit, egy megfelelő nagyságú és alakú lebenyt vett a megmaradt lágyrészekből álló orr felső felszinéből s ezt úgy csapva fel, hogy a hámmal fedett rész az orrjáratok felé tekintsen, a hiányba belevarrta. A hiány ez által teljesen fedve volt, másrészt pedig ezen alábélelés gyanánt szerepelő lebeny meggátolta a homlokból vett lebeny későbbi zsugorodását. A lebeny felhajtása által az eredeti defectusnál kétszer nagyobb seb támadt, mely az orrcsúcstól az orr gyökéig ovalis alakban terült el. Ezen hámhiány fedésére egy csontos lebeny képeztetett a homlok bőréből. Pontosan felrajzolva az alapjával a bal felső szemzúgi tájra támaszkodó, megnyúlt ovalis idomú lebenyt a homlok bőrére, ezt éles szikével csontig körül vágta. Ugyanezen vonalon a Krause által mintázott korongfürészszel, mely a fogászok ismeretes forgató gépjébe volt illesztve, átfürészelte a homlokcsont külső lemezét a diploëig. Majd a diploëban haladva finom és igen éles osteotommal leválasztotta a bőrrel és csonthártyával összefüggésben a homlokcsont külső lemezét. Az igy nyert csontos lebenyt közepütt, hosszirányban behajtotta, illetve betörte, és pedig, hogy ez egyenes vonalban történjék, a lebeny csontos részét a már emlitett fürészszel félig átfürészelte. Most be lévén törve a lebeny, s ezen állása néhány varrattal biztositva, egy lágyrészektől bőségesen fedett élt képezett, mely pontosan beleillet a képzendő orrhát helyén levő, az alsó lebeny felhajtása által keletkezett sebbe. A lebenyek per primam tapadtak le.

A képzett orrnak jelenleg nyolcz héttel a műtét után kifogástalan profil-magassága van, bőre az arczbőrével egyenlő szinü, csontos

váza alakjánál fogva alig különbözik a normalis orrétól, teljesen szilárd.

Lupus az arczon és az orrnyákhártyán.

Polyák Lajos: A 17 éves nőbeteg családjában hasonló, vagy gümős megbetegedés nem fordult elő. Az arczon látható folt 4—5 év előtt keletkezett egyidejűleg egy nagyfokú orreldugulással, mely genyedéssel volt összekötve.

Jelenleg az arczon jobboldalt körülbelül koronanagyságú lupus folt látható, egyik oldalán néhány göbbel, a másik oldalon sima, hegos. Az orrűr 2 hét előtt, midőn a beteget kezelés alá vettem, mindkét oldalt ki volt töltve a sövényből kiinduló, genyedő, puha vérzékeny sarjakkal. Currettement és naponta erélyes 80% tejsavbedörzsölések után ma jobboldalt a sövényen a szélen hegedni kezdő luposus folyamat igen jól látható, úgy látszik, hogy hasonlóképen beteg a jobboldali alsó kagyló mellső vége is. A sövényporcz puha tapintatú. A baloldalon az infiltrált szövetből curettel kiemelt helyen a hegedés meglehetősen előrehaladt.

Érdekes a jelen esetben az orrlupus kezdetben szokatlan dúsan sarjadzó alakja a sövény mindkét oldalán, mely miatt előbb tuberculosist voltam hajlandó felvenni, mig a szövettani lelet és a tuberculosis bacillusok igen csekély száma (minden huszadik metszetben egy bacillus) utólag lupus felvételére utalt. Érdekes az arcz és orrbántalom egymástól isolált fekvése egyidejű fellépésük daczára, továbbá azon körülmény, hogy ily nagy kiterjedésű előlfekvő fekélyes luposus folyamatnál az orrbejárat bőrös része ezideig még ép. Megemlítendő még, hogy a jobb tüdőcsúcs felett tompulat van, hangos határozatlan légzéssel, de a lágyulás és szétesés minden tünete nélkül. A beteg láztalan, nem köhög, nem izzad. A tüdőbeli folyamat a phthisis fibrosa felvételére enged következtetni.

Baumgarten. Azért, mert az arczon lupus van, hajlandó mindenki az orrban is lupust felvenni. Egy-két éven át fennálló lupusnál roncsolások és hiányok vannak; ezt az esetet tuberculosisnak tartom inkább, mert itt tumorképződés nyomai vannak mindkét oldalon. A histologiai lelet döntő itt nem lehet a két bántalom rokonsága folytán.

Némai. A megkülönböztetésnek csak akademiai értéke van. Az eset nagyon instructiv.

Navratil. A klinikai kép inkább tuberculosis mellett szól.

Polyák. Az eset képe eleinte tuberculosis mellett szólt A kezelés curette és tejsavból állott. Lupus mellett szól a coincidentia az arczfolttal, továbbá az, hogy a bántalom 4 éves fennállása mellett mélyebb roncsolásra nem vezetett, inkább a felületen maradt, mig tuberculosisnál, még a tumorképződéssel járó tuberculománál is mindig roncsolva, perforálva láttam eddig a porczos orrsövényt.

Prolapsus ventriculi Morgagni esete.

Zwillinger Hugó: A bemutatandó betegnél az idült gégehurut következményei közé sorolt kóros elváltozás van jelen, mely ugyan nem tartozik a nagy ritkaságok közé, szépen illustrálja azonban e kórképet s egyszersmind azt, hogy a beavatkozástól mennyit lehet várni, mennyit lehet vele elérni. Ha megnézik a beteget, látják, hogy a bal ventriculus Morgagni ú. n. előesése van jelen.

Az anamnesis szerint, V. I. 27 éves pinczér, 1896. évi augusztus havában, hideg szeles esős időben tett kirándulás után, hirtelen tökéletesen berekedt, nagyon köhögött. Rekedtsége tanninbelégzésre kissé engedett ugyan, mivel azonban foglalkozása olyan, hogy ép hangjára szüksége van, s miután kórházi és ambulatorikus kezelés állapotján nem javított, más helyen kezeltette magát. November 28-dika és deczember 12-dike közötti időben öt izben lett operálva fogó segítségével és minden alkalomkor kisebb-nagyobb mennyiségű apró „húsdarab" lett eltávolítva gégéjéből. Január dereka táján rekedtsége javulni kezdett, úgy hogy márczius hónapjában hangja egészen tiszta volt. Most hangja azonban megint fátyolozott, mely okból a betegpénztár ambulatorium gégészeti osztályát kereste fel.

A jól táplált, különben egészséges ember orra és orrgaratürege az idült hurut csekély elváltozásait mutatja. Gégetükrözéskor rögtön feltünik azon körülmény, hogy a bal hangszalag csak igen keskeny szürkés-vörös széle látszik phonationál. mely szél az elülső szöglettől körülbelül két-három mm.-nyire hátrafelé és a hangszalag hátsó harmadának megfelelőleg, eltünik, mig inspirationál, mely különben szabad, a szél közepén még keskenyebbé válik. Közelebbről szemügyre véve a dolgot látjuk, hogy egy meglehetős sötét-piros nyálkahártyaredő, mely a bal álhangszalagtól élesen elhatárolódik, fedi legnagyobb részében a bal hangszalagot. Ezen redő a bal Morgagni-féle gyomrocsból türemkedik elő, sonda segítségével hátsó részében kissé felemelhető, a repositio azonban nem sikerül. Azon állapot van jelen, melyet prolapsus ventriculi Morgagninak szokás nevezni. A jobboldali viszonyok rendesek, a jobb ventriculi Morgagni nyilása látható ép úgy mint a hangszalag, mely szürkés-vörös, az idült gégehurut symptomáit mutatja mint a gége többi része. A hangszalagok mozgása rendes. *Esetünkben* a gyomrocs lateralis része látszik megbetegedettnek lenni, nem a bal álhangszalag alsó felülete, mi szintén észlelve lett. A prolapsus és az álhangszalag között, daczára a látható éles elhatárolódásnak, rés nem constatálható, mint azt Schmidt a beteg fejének rázsút tartása mellett egy esetében tehette, azon következtetést vonva le, hogy ezen esetében a gyomrocs aljának, tehát a hangszalaghoz hozzátartozó részének, körülirt lobja van jelen.

Az ú. n. prolapsus keletkezésére vonatkozó magyarázatokra nem akarok e helyen bővebben kiterjeszkedni. Elfogadhatónak tartom Fränkel nézetét, ki azt mondja, hogy szorosan vett előesésről szó nem lehet, szerinte idült túltengéssel járó folyamattal van dolgunk, mely vagy a hangszalag felső felületét — chorditis vocalis superficialis hyperplastica —, a gége külső falát — laryngitis lateralis hyperplastica —, vagy az álhangszalag alsó felületét — chorditis ventricularis interna hyperplastica — támadta meg, vagy ezen három alak combinatiója van jelen; nézete helyességét a górcsövi vizsgálatok is megerősítik. *Felvehető*, hogy jelen esetben a prolapsus belenyult a hangrésbe, nagyobbfokú hangoztatási zavart okozva, ezen részek fogó segélyével eltávolíttattak, mint az az egyenetlen szélein látható felületes hegekből kimagyarázható; a prolapsus typikus alakja igy elveszett. *Az eredmény*, melyet ily esetekben elérhetünk, igen kielégítő, ha sikerül a hangot oly fokban javitani, hogy a beteg hivatásának teljesitésében gátolva nincsen. Természetesen, másként áll a dolog, ha a prolapsus kétoldali és oly nagyfokú, hogy légzési nehézségeket okoz.

Czélszerű a fogóval való eltávolitás, foganatosítható azonban azon eljárás is, melyet Jelenffy ajánlott, s mely abból áll, hogy a prolabált részbe, cachirozott kés segítségével, párhuzamosan az álhangszalaghoz, fokozatos bevágásokat eszközölünk, s igy távolítjuk el azt. Vannak a galvanocauterrel való beavatkozásnak is barátjai.

Polyák. Az esetet nem tartom prolapsusnak, hanem a Morgagni-öbölfal partialis hypertrophiájának. Teljesen *Fränkel* nézetét vallom e tekintetben és a Morgagni-öböl nyákhártyájának teljes prolapsusát az anatomiai viszonyok alapján kizártnak tartom. Kétségtelen, hogy a jelen eset megfelel annak, a mit előbb a Morgagni-öböl prolapsusának volt szokás nevezni, eltérés itt köztem és az előadó úr között csak a folyamat lényegének megfelelő elnevezésben van, szerintem az esetre a chorditis vocalis superior hyperplastica elnevezés illik.

Navratil. Valamint egyes részei a gyomrocsnak hyperplastikusak lehetnek és előtüremkednek, úgy türemkedhetik elő és hypertrophizálhat az egész gyomrocs is. Láttam annak idején a *Jelenffy* esetét is, a hol az egész gyomrocsfal hypertrophikus volt és előesett. A jelen esetnél a hangszalag kis része még látható, a *Jelenffy* eseténél a tumor belógott a hangrésbe.

Az orrsövény köralakú perforáló fekélyének egy esete.

Zwillinger Hugó: Sz. J. 38 éves, pénzbeszedő, hat—hét évvel ezelőtt gyakran szenvedett igen heves orrhurutban, az orra gyakran vérzett, var képződött, mi őt gyakori piszkálásra késztette; a var lekaparása után néha nagyfokú vérzés keletkezett; mostani állapota két—három éve tart, többször lett (szakorvos által is) kezelve. Luesben nem szenved, van azonban idegbaja (neurasthenia), mely miatt hidegvízkurát is használt; most Sarbó dr. kezelése alatt áll. A beteg, mint látják, meglehetősen jól táplált, arczszíne kissé sápadt, különben egészséges ember benyomását teszi, luesnek absolute jele nincs, sem az orrban, sem a torokban vagy gégében, mirigyei megnagyobbodva nincsenek. Az orrát megtekintve látjuk, hogy az orrsövény jobb oldalán, porczos részének megfelelőleg, a cartilago quadrangularis kellő közepén, tehát az ismert praedilektionalis helyen, a nyálkahártya ötfilléres nagyságban szürkésfehér, megvékonyodott, kutasz segítségével le nem emelhető; ezen elszínesedett hely közepén körülbelül borsónagyságú hely, mely kutasz segítségével egyenetlen felületű, keményebb érzést ad, sötét. Kétséget nem szenved, hogy ez a porcz, mely ily kiterjedésben látható és kutaszolható, a fekély közepén fekszik. Hajek beosztása szerint a harmadik stadium van jelen, a porcz szabaddá tétele; a fekély szélei igen vékonyak, az orrsövény környékező részének nyálkahártyája elváltozást alig mutat, kissé sárgás. Az orrsövény ezen részének bal felülete ép, kissé vérbő, más elváltozást, mely szabad szemmel vagy sondával constatálható volna, nem mutat.

Összegezve a mondottakat, azt találjuk, hogy az orrsövény elülső porczos részének jobb oldalán, tehát az ismert praedilektionalis helyen, köralakú fekély van jelen, melynek alját a szabaddá tett porcz képezi, ezen folyamatnak megfelelőleg az orrsövény másik, ez esetben bal oldala ép. Ha már most tekintetbe veszszük, hogy a beteg vegyi szerekkel nem foglalkozik, diphtheritis, hagymáz, tabes, tályog kizárható, s ha az anamnesist tekintjük, akkor nem tehető fel más, mint az, hogy az úgynevezett ulcus septi perforans rotundum van jelen, melynek első stadiumát képezi szürkésfehér elmeszesedése a felső nyálkahártya rétegnek, vagyis ennek leválása utáu felületes fekély, második stadiuma élesszélű fekély a nyálkahártyán, necrotikus törmelék maradványaival födve, harmadik stadiuma a porcz szabaddá tétele, mi esetünknek megfelel, következik ezután a porcz perforálása, később a sövény tökéletes perforálása, és végre tökéletes perforatio behegedt fekélyfenékkel. A baj aetiologiájára nézve tudjuk, hogy rhinitis sicca anterior, trauma, vérzés, a Zuckerkandl féle xanthosis, staphylo- és streptococcus letelepedése, mélyebbreható fekélyesedés, végre a porcz nekrotizálása által jön létre a defectus. Mint látják uraim, én azon állásponton állok mint azok, kik e bántalom aetiologiájára nézve a közvetítő felfogást tartják a helyesnek. A therapiát illetőleg a pécsi vándorgyülésen 1894-ben tartott előadásomra utalok.

Baumgarten: Elválasztja a xanthosis septit az ulcustól. Az esetet xanthosisnak tartja, mert itt bemélyedést nem lát.

A Gasser-féle idegdúcz elsődleges sarcomája, tekintettel a megfelelő oldali hallószerv működésére.

Krepuska Géza: Ezen előadást más helyen egész terjedelmében közöltük.

Közkórházi orvostársulat.

(I. bemutató szakülés 1898. január 12-dikén.)

Elnök: **Rózsaffy Alajos**; jegyző: **Terray Pál.**

(Folytatás.)

Kétség nincs az iránt, hogy, mint Pertik említette, peritonitis felléphet a mesaraikus mirigyek elhalása folytán is. Persze a peritonitis akkor már önmagában is több kilátással kezelhető, mert ilyenkor levegő nem jut be a hasűrbe, csak geny és elhalt mirigy-részlet, mely esetleg helyben marad, míg a bélből kiömlő híg folyadék vagy levegő könnyen összekeveredik és gyorsan általános infectiót hoz létre; de a fodormirigy-elhalása után is keletkezhetik tályog és átfúródás által általános peritonitis. Szóló élénken emlékszik egy 10 éves leánykára, a ki typhus-reconvalescens korában peritonitis következtében néhány nap alatt meghalt. A bélfekélyek meg voltak gyógyulva, de egy mesaraikus mirigyből tályog képződött, mely az általános peritonitist létrehozta. De gyakran az ilyen necrotikus mirigyek betokolódnak, elmeszesednek és minden baj nélkül elviseltetnek. Különben az elgenyedés sem okoz mindig átfúródást, ezek is eltokolódhatnak, de ha át is fúródnak, körülirt peritonitis fejlődhetik és meggyógyulhat. Más okok folytán is előfordulhat peritonitis, de ritkán az epehólyag perforatiója, léptyphus-infarctus demarcatiós lobja, vagy a veséknek miliaris genyes góczokban való megbetegedése folytán, de ezek inkább körülirtak lesznek. Csak az epehólyag perforatiója folytán várható általános peritonitis.

A klinikusra nézve támpont maradhat, hogy azon esetben, ha korán jön létre perforatio, akkor bélfekélyek fúródtak át. Ha nem a bél felől történik az árfúródás, akkor az később következik be. Ha bél fúródott át, akkor az pneumatosissal jár, ha a többi szervek, akkor nincs levegő.

A sebészi beavatkozásra nézve az indicatio vitalis akkor áll elő, ha bélbennék és levegő jutott a hasüregbe, ekkor csak pár órától függ a beteg élete és megmenthetősége. De ez nehezen teljesíthető, mert a collapsus nagy, sebész nincs kéznél és míg előkerül, késő lehet. Azért nem ilyenkor fog a sebész üdvösen és sikeresen behatni, hanem a későbbi átfúródásoknál, melyeknél levegő nem jutott be és a genyedés körülirt marad, de az ilyenek klinikai kezelés mellett is gyógyulhatnak.

Tehát sebészi beavatkozás typhus mentén létrejövő perforatióknál ritkán szükséges, mert ha várható valamely eredmény tőle, későn jön, ha pedig későn történik a perforatio, az ilyen esetek úgy is gyógyulnak.

Hüttl Hümér: Általánosan elfogadott gondolat a genyes hashártyalobot ugy kezelni, mint pl. a pleura genyes megbetegedését, vagy mondjuk, bármely tályogot. A perforatiós peritonitissel szemben nevezetesen kettős a sebész feladata.

1. A hasüregben levő exsudatumot, genyet vagy bélsárt, szóval a lobot okozó anyagokat és lobtermékeket eltávolítani és azok levezetéséről gondoskodni.

3. Ujabb bélsár beömlést meggátolni az által, hogy lehetőség szerint bevarrjuk a bél folytonossághiányát.

Ezen czélok elérésére hosszú metszéssel a köldök alatt a középvonalban lesz megnyitva a has. A lobtermékek és beömlött bélsár eltávolítására legjobb a beleket s a Douglas-üreget száraz moulle-compressekkel kitörülni. Folyadékokkal irrigálni nem czélszerű, mert a circumscript peritonitist könnyen általánossá tehetjük az által, hogy a csirokat mindenfelé széthordjuk. Ennél az oknál fogva is igen tanácsos minél kevesebbet manipulálni a belekkel. A következőkben felkeressük a coecumot, mert Finny statistikája szerint az esetek 12%-ában itt, 5%-ban a processus vermiformison vagy 80%-ban az ileum legalsó szakaszán van a perforatio. Ha ezt megtaláltuk, kettős seroserosus-varrattal zárjuk, a nélkül, hogy a fekély széleit felfrissítenők.

König ezt nem tanácsolja. Rendesen, mint ismeretes, csak egy helyen van perforatio, ha tehát egy lyukat találtunk, felesleges tovább keresgélni. Senn, hogy a perforatio helyére ráakadjon, az anus felől hydrogennel fújja fel a belet. Ez nem lehet jó, mert a lobos bél megrepedhet és mert a hűdött és felfújt bél repositiója igen megnehezíti a műtétet és végre hely foglalása által csökkenti a légzési felületet. Meglehet, hogy nem találtunk lyukat, mert nem is volt, vagy mert már megint összetapadt. Túlsoká nem szabad keresgélni, ellenkezőleg egyszerűség és a legnagyobb sietség van javalva, különben az asztalon marad a beteg.

Azt mondhatnók, teljesen eltérők a sebészek nézetei arra nézve, hogy az exsudatum eltávolítása után mi történjék. Némelyek, azt hiszem egészen helytelenül, újból zárják a hasat, mások drainezni próbálnak. Utóbbi megint egy még megoldatlan kérdés. *Keith*-féle üvegdrainek vagy gummicsövek alig használhatnak valamit, kivéve, ha a beteget állandóan hasára fektetjük. Többet érhet a *Hegar-Kaltenbach*-féle capillaris drainage. De a belek mindenütt, a hol érintkeznek, pár óra alatt újból összetapadnak s az így támadt tasakokban megint felszaporodik az izzadmány.

Peritonitis miatt volt már többször alkalmam laparotomizálni, így legutoljára valószinűleg typhusból származott peritonitist tett át Székács. Azt tapasztaltam, hogy a Mikulicz-féle tamponálás teszi aránylag a legjobb szolgálatokat. A hygroscopikus gaze-zel kitömött jodoform-szövettömlő valóban jól felszívja a Douglasból a folyadékot. De a tömlőt kitöltő gaze-t a jövőben gyakrabban, naponta többször is fogom cserélni.

Ez a Mikulicz-féle tamponade egyike a legszebb haladásoknak a haschirurgia terén, tőle várjuk, hogy a jövőben több peritonitis-esetet fogunk megmenteni, mint eddig.

Az eredményes munkára még egy új felfedezés is biztat, és ez a Schleich-féle infiltratiós anaesthesia. Erről ép oly lelkesülten kell hogy nyilatkozzak, mint Haberern. A peritonealis shokban szenvedők bizonyos százaléka kétségtelenül a narcosis miatt pusztul el, ezt a százalékot lehetséges lesz megtartani a local-anaesthesiával. Az eljárás complicáltabb lesz ugyan, s a beteg szenvedései nagyobbak lesznek, mert a lobos peritoneumot nem lehet érzéstelenníteni, hanem a gyógyulás esélyei szaporodni fognak.

Erre a vigasztalásra igen nagy szükségünk van, mert ma az eredmények épenséggel nem fényesek. Kevés eset van publicálva, hol a beteg typhusperforatióból gyógyult. A közlemények alapján összeállított statistika halálozási százaléka igen magas. Hát még hol vannak a nem publicált esetek! Mégis már 1891-ben Hook W. Chicagóból, ki maga is három esetet operált, egyet sikerrel, 19 műtett és közölt esetről tudott beszámolni, négy gyógyulással (Mikulicz, Escher, Taylor, Hook esetei). Ugyanez évben Krecke közölt 101 acut genyes diffus hashártya-gyuladásról statistikát, 42 eset gyógyult, 59 meghalt. A 101 eset közül 12 esetben typhusperforatio volt a baj oka, s ezek közül 5 gyógyult. 1897-ben *Finny* maga hat esetet operált s az irodalomból 46-ot gyüjtött. Szerinte a sebészek eljárása igen különböző levén, a peritonitis képe pedig sokféle: úgy hogy ma még kötelező szabályokat felállítani nem lehet. Egy azonban biztos, hogy t. i. 52 typhus perforatiós esetből 17 meggyógyult laparotomiára, tehát majdnem $^1/_3$! *Gesselewitsch* és *Wanach* 5 esetet operáltak, de mind az 5 meghalt. Statistikájok 65 esetről szól, 12 gyógyulással, tehát körülbelül 80% mortalitással. Még rosszabb *Monod* és *Vauverts* kimutatása. Ők nem tartják elfogadhatónak a létező kimutatásokat, mert azokban olyan esetek is vannak, melyekről nem kétségtelen a kórisme. Ezért alapos kritikának vetve alá a közléseket, csak 27 kétségtelen typhus perforatio esetre alapitják következtetéseiket. Ezek szerint a műtét után a mortalitás 88%, expectativ kezeléssel 95%.

A jó eredmények tehát ritkák, de a spontan gyógyulás még ritkább, úgy hogy némely szerző egyáltalán tagadja a meggyógyult esetről, hogy ottan perforatio lett volna. Az egyes esettel szemben állva, teljességgel nem lehet reményleni, hogy épen ez lesz az, a mely spontan gyógyul. Ezért jogosnak látszik megpróbálni minden perforált esetet, hacsak a beteg nem moribund, laparatomiával megmenteni. Még az a megnyugvásunk is lehet, hogy a laparatomiával nem súlyosítjuk a szenvedő állapotát, ellenkezőleg a közlések és magunk peritonitis eseteink alapján mondhatjuk, hogy a műtétre minden beteg megkönnyebbedett.

Price a mult évben Philadelphiában egyszerre három esetet mutatott be. A discussióban sebészek és belgyógyászok egyhangúlag megegyeztek, hogy minden perforatiós peritonitist laparatomizálni kell. *Robberts* belgyógyász megjegyezte: hogy egy divatos sebész sem habozik manap a műtéttel, és *Wilson* oda nyilatkozott, hogy minden bélperforatiót azonnal sebész kezére kell adni. E felett a bemutató *Price* fellelkesülve, a következő szavakkal zárta a vitát: Ha nincs idő sebészt hívni, vegye elő az orvos bicskáját, hasítsa fel a hasat, tisztogasson, azután varrja össze egy közönséges tűvel és czérnával a lyukat.

Herczel Manó azt hiszi, hogy a punctum saliens a diffus perforatiós peritonitis sebészi beavatkozásánál azon körülmény, hogy a peritonitis tényleg diffus-e vagy circumscript. Ez a pont az, hol a belgyógyászok és sebészek vétkeznek, mert nincs kiemelve, hogy a perforatio létrejötte általános septikus diffus peritonitist létesít-e összenövések nélkül vagy pedig a perforatio oly módon létesül, hogy az organismusnak még ideje van magát védeni. Ha sero-serosák között létrejön összenövés, de tályogok keletkeznek, ezek a circumscriptek, melyeknek *megnyitása előnynyel jár* és melyek másrészt resorbeálódhatnak, miként az appendicitiseknél. De gyakran elpusztul a beteg, pedig a hasűr nem volt bélsártartalmú és a bélben nem lehetett perforatiót felfedezni, talán nem is volt, mert a nélkül is létre jöhet septikus peritonitis. A belgyógyászok által megfigyelt esetek nagy része az utóbbi categoriába tartozik. Ez nagyfontosságú kérdés, mert a hol összetapadás van és circumscript marad a peritonitis, ezen esetek meggyógyulhatnak, de ezeket meg kell különböztetni az általános diffus peritonitistől. Úgy áll a dolog, mint perityphlitisnél. Bő tapasztalata van az appendicitisekről. A mikor appendicitisnél átfúródás van és diffus peritonitus mellett bűzös genyre akadunk és a hasűr szabad, a belek szabadok, akkor a második etageban már a peritoneum belövelt, az exsudatum genyes, czafatos, zavaros; a harmadikban csak serofibrinosis izzadmány van jelen és a gyógyulások a legnagyobb ritkaságok közé tartoznak. De kellő időben, kellő gyorsasággal végzett beavatkozás segít. Szólónak is van két ilyen esete, míg 6—7 esete halálosan végződött. Typhusnál egy esetben avatkozott be szóló előadónak egy esetében, a negyedik hetében a betegségnek. Scheichhal operálták az inultimis fekvő beteget. Exsudatum a hólyag felett foglalt helyet, egész a szabálytól eltérőleg a középvonalban hatolt be szóló s nagy tályogűrre talált, mely össze volt tapadva a bélkacsokkal, a genyedés a typhlonig terjedt, de felfelé el volt zárva. Óvatos szétválasztása után a beleknek csupán arra szorítkozott, hogy a genyet kibocsátotta és Mikulicz-tampont helyezett be. A geny bélszagú volt, azonban bélsár nem volt a hasüregben, sem gáz. A beteg nyolcz napig jól volt, a kilenczedik napon a seben bélsár ömlött és a beteg nemsokára végelgyengülésben elpusztult. Bonczolásnál kitünt, hogy egy perforatio volt a vékonybél legalsó szakában és egy másik a Bauhin-billentyű fölött 50 cm.-re, egy Payer-plaque helyén. Tehát tényleg typhus volt jelen. De nem volt a perforatio fulminans és a diagnosis nem is volt typhus perforatióban megállapítva.

A dolog lényege az, hogy foudroyans perforatiónál, ha 12—24 óra alatt nem avatkozhatunk be és a hasűrt kitisztítva, a belet nem varrhatjuk be, a beteg elpusztul, míg ha reactive védheti magát a szervezet, akkor az esélyek, különösen a sebészi beavatkozásra kedvezőbbek.

Gerlóczy Zsigmond: Hültl megkereste szólót, hogy perforatiós typhus-esetet operálás végett engedjen át részére. De igen kevés fordult eddig elő és a mi előfordult is, foudroyans-eset volt, gyors collapsus és halállal, a mikor műtéti beavatkozásra nem lehetett gondolni. Régebben, mikor súlyosabb volt a typhus-járvány, gyakoriabbak voltak az ilyen esetek, de néhányszor körülirt peritonitis származott, mely meggyógyult különös beavatkozás nélkül. Ily esetekben, ha alkalom kinálkozik, meg fogja kisérteni a sebészi beavatkozást.

Hochhalt Károly köszönetet mond a kérdés tisztázásáért, különösen Pertiknek a progagált peritonitis aetiologiájának kifejtéséért, hogy ez bacteriologikus úton jön létre. Új momentum, hogy malarián keresztül ment egyéneknél a perforatio gyakoribb. Hogy Gerlóczy az osztályán most kevés perforatiót észlelt, nem csodálható, mert a peritonitis rendesen ambulans typhusnál jön létre. A Hültl által említett oczeántúli statistikához kétely fér, mert a continensbeli eredmények ezekkel ellentétben állanak. Tényleg kevés a gyógyult perforatiós eset. A kilátás szomorú, de ha a sebészi technika jobban fejlődik, jobb lesz talán az eredmény is.

Férfiökölnyi végbél-sarcoma kiirtása 12 éves fiúnál.

Herczel Manó: A 12 éves fiú baja 2 évvel ezelőtt kezdődött görcsös hasfájdalmakkal, midőn egyúttal székletében vér és geny jelentkezett. Négy hónap óta baja súlyosabb mérvet öltött; hasa puffadt és igen érzékeny lett, különösen a fájdalomrohamok alatt, gyakran hányt, állandóan heves székrekedése volt, ürüléke mindig vért és genyet tartalmazott. Az utolsó 2 hónap alatt végbele a legkisebb erőlködésre, sőt a nélkül is előesik. Lázai állitólag nem voltak. Betegsége alatt erősen megfogyott.

Felvételkor a rendkivül lesoványodott és teljesen elesett fiú mellkasi szervei épek. Has puffadt, elődomborodó, feszült, a bal hypogastrialis tájék tenyérnyi terjedelemben tompa, ugyanitt nyomásra fájdalmas. Az anus petyhüdt, tátongó, úgy hogy 3 ujjal kényelmesen behatolhatni. A végbél nyákhártyája teljesen sima, kissé fellazult; a végbél ampullája szokatlanul tág, benne 15—18 cm. magasságban ide-oda mozgatható, jókora almamekkoraságú, dudoros felületü, a végbél lumenjét teljesen kitöltő képlet tapintható, mely a vastagból bal mellső felületén gomba módjára laposan ül. Nagy erőltetéskor a tumor egész a végbélnyilásig prolabál, máskor ellenben oly magasan székel, hogy ujjal el sem érhetni. Az anusból majdnem állandóan híg, rendkivül büzös, vérrel és genynyel kevert bélsár szivárog.

1897. deczember 11-dikén végezte Herczel a műtétet. A nagy Sims-tükrökkel ad maximum tágított anus nyiláson keresztül a tumort Museaux-fogóval megragadva lehetőleg az anus elé kihúztuk, midőn kitünt, hogy az 8—9 cm.-nyi szélességben ül a bélfalon. A bélfalredőt a tumortól circa 5—6 cm.-nyire csipőkkel leszorítva a daganatot bőven az ép szövetben kihámoztuk, mely alkalommal a seb felső zugában a peritonealis ür is meg lett nyitva; ezután a bélfal sebét csomós varrattal egyesitettük, majd a csipőket eltávolitva, a még vérző helyeket körülöltöttük. A bevarrt bélfal reponálása után a hosszúra hagyott fonalak a végbélnyiláson át kilógtak.

Lefolyás teljesen láztalan. A fonalak hatodnapra spontan távoztak; a beteg ezóta napról napra jobban érzi magát, étvágya megjött, székét jól tudja tartani, általános jólérzetnek örvend. Súlyban tetemesen gyarapodott.

Veleszületett atresia ani vaginalis gyökeres műtéte.

Herczel Manó: A 3½ éves leánykát veleszületett fejlődési rendellenessége miatt születés helyén, Amerikában már két izben operálták, minek eredményeként a normalis helyen egy fistulosus anus nyilás van jelen, azonban a bélsár ezen keresztül csak igen kis mérvben, legnagyobbrészt a végbélhüvelynyiláson keresztül távozik. Székletétét e miatt tartani nem tudja.

Felvételkor a műleges anusnyilás 7—8 mm. hosszú, sagittalis résalakú, 10-es angol cathetert befogadó, hegekkel környezett, azonban a sphincter jelenlétét jelző sugaras bőrránczok hiányoznak. A gát 4 cm. hosszú, raphe nincs. Nagy és kisajkak jól fejlettek, urethra nyilása normalis helyen. A vagina hátsó falán, a commissurától hátra ½ cm.-nyire a végbél a hüvelylyel egy 14-es angol cathetert kényelmesen befogadó nyiláson át közlekedik. E mögött a vagina egész hosszában egy sagittalis hártyás sövény által ketté osztott.

1897. deczember 14-dikén végezte Herczel a műtétet chloroformnarcosisban. Az anusnyiláson keresztül, a végbélhüvelynyiláson átvájt sondát vezetve, annak végét előhúzta, s a rajta megfeszülő gát összes képleteit a végbélhüvelysipoly hátsó szélétől az anus mellső széléig vezető metszéssel átvágta. Most az eredeti végbélhüvely fistula proximalis szélén, a hüvely- és végbél-nyákhártya átmeneti redőjét harántmetszéssel megnyitva, a végbél mellső falát a vaginától körülbelül 3 cm.-nyire tompán leválasztotta; ezután a végbelet a leghátsó, alig ½ cm.-nyi rész kivételével körüskörül mobilissá téve, s a vaginától lepraeparált végbélfalat lehúzva, azt 5 silkworm-varrattal a gát sebének alsó zugába kiszegte. Majd a vagina alsó commissuráját catgut-varrattal szükítette, végül a gátat 4 silkworm-varrattal összehúzta. Megjegyzendő, hogy a műtét elején a vagina duplex septumát egy ollócsapással átvágta. Vagina tamponade és végbél bourdonnet.

Lefolyás láztalan. A végbélt kiszegő fonalak jól tartottak. A gátat egyesitő mély varratok a vizelet és bélsár okozta infectio miatt keveset genyedtek, kis helyen széjjelváltak, azonban per secundam e hely is szépen egyesült. Minthogy a sphincterizomzat megvolt és a műtétnél a végbél körül egyesítve lett, a continentia teljesen kielégitő.

Talpi syphilidek óriási szarútúltengéssel.

Róna Sámuel: K. J. 38 éves, férjezett kofa, január 3-dikán jött az V. orvosi osztály ambulantiájára. 2 év óta a talpakon szarúszerű daganatok. Luetikus anamnesis nincs. Nem vetélt. Mindkét sarkon és talp külszélén leginkább köralakban menő, vastag szarúrétegekkel födött syphilidek, egyesek borsónyi és nagyobb, ½ cm.-re kiemelkedő szarúszerű képletek által jeleztetnek. A sarkokon egyes helyeken diffus több mm. vastag repedező keratoma.

A therapia az antisyphilitikus kura mellett localis hatással biró szerekkel történik: fürdők, sapo viridis, kalilúg stb.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

4104/98. szám

Az újonnan szervezett **valaszka-belai trachomaorvosi állás** elnyerését óhajtók felhivatnak, hogy pályázati kérvényüket folyó évi **február hó 21-dikéig** Nyitra-vármegye alispánjához terjesszék be.

A kinevezendő orvos Valaszka-Belán tartozik lakni, javadalmazása pedig évi, egyenlő havi részletekben fizetett, 1100 forintot tesz.

A pályázati kérvények az orvostudori oklevélen kivül a trachoma felismerése és gyógykezelése körül szerzett kellő jártasságot igazoló bizonylatokkal is felszerelendők.

A kinevezendő orvos tartozik állomását azonnal elfoglalni.

Nyitra, 1898. évi január hó 27-én.

1—1 *Alispáni hivatal.*

A kórházi bizottság megbizásából a vezetésem alatt álló vármegyei közkórházban üresedésben levő 360 frt évi fizetéssel, az intézetben szabad lakás, fütés, világitás és I. osztályú élelmezéssel egybekötött **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Felhivatnak ennélfogva pályázni szándékozók, miszerint kérvényüket **f. évi február hó 15-dikéig** alulirott igazgató-főorvoshoz nyujtsák be, megjegyeztetik, hogy a bakteriologiában némileg jártasak előnyben részesülnek.

M.-Sziget, 1898. évi január hó 21-dikén.

3—2 *Szilágyi István* dr., igazgató-főorvos.

HIRDETÉSEK.

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.

Fióktelep:
Berlin N.
Friedrichstr.
No. 131 C.

Reinger, Gebbert & Schall
villamos orvosi készülékek gyára.
WIEN, IX. Universitätsstrasse Nr. 12.
Képes katalogusok ingyen és bérmentve.

Gyár:
Erlangen.

Röntgen-berendezések.

Kedélybetegek és morphinkórosok

a legszorgosabb ápolásban részesülnek

Dr. SVETLIN MAGÁNGYÓGYINTÉZETÉBEN Bécsben

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

Negyvenkettedik évfolyam. 7. szám. *Budapest, 1898. február 13.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIR. MAGYAR TUD. EGYETEM II. SEBÉSZETI KLINIKA

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HŐGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Ónodi Adolf dr.: A perforált újszülött hangképzése. 75. l.
Kossa Gyula dr.: A morphin kimutatása hullákban. 76. l.
Purjesz Zsigmond tnr.: A serumtherapia kritikája. 77. l.
Tárcza. † Jules Emile Péan. 79. l. — Magyarország közegészségügye 1896-ban. 80. l.
Irodalom-szemle. *Könyvismertetés.* Dr. *Wilhelm Türk:* Klinische Untersuchungen über das Verhalten des Blutes bei acuten Infectionskrankheiten. 81. l. — *Lapszemle. Spiss E.:* Hysterikus singultus esete, trionallal gyógyulva. — *Benda* és *Brochert:* Laryngocele ventricularis esete. — *Bricemoret:* A natrium salicylicum és az antipyrin rendelésmódja. — *Rosenberg:* Jodoform befecskendése golyváknál. 82. l.
Hetiszemle és vegyesek. Az országos orvos-szövetségnek újabban megalakult fiókszövetségei. — A „Budapesti orvosok jogvédő-egyesülete". — A főváros egészsége. — Herz Ignácz dr. jubileuma. — Bodor Károly dr. jubileuma. — Csákly János kitüntetése. — Tauscher Béla dr. kitüntetése. — Budapesti önkéntes mentőegyesület. — A budapesti Császár-fürdő kimutatása. — Máltás Károly halála. — Herczel dr. — Szt. Lukács-fürdő. 82. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A perforált újszülött hangképzése.

Ónodi A. dr. egyetemi tanártól.

A hangképző központokra vonatkozó vizsgálataim részletesen vannak ismertetve akademiai munkámban.[1] Egy régi óhajom teljesült, midőn Tauffer Vilmos egyetemi tanár kiváló szivességéből alkalmam nyilt egy perforált újszülött agyvelejét megvizsgálni. A műtétet Neumann Siegfried dr. tanársegéd végezte és az újszülött a műtét után még lélegzett és hangot adott. A megkeményitett agyvelő vizsgálata az agyféltekék sérülései mellett mutatta, hogy az agyvelő a mellső ikertelepek magasságában a nyúltvelőtől el van választva. A hátsó ikertelepek és a Varol-híd teljesen épek, a mellső ikertelepek proximalis részlete és az agykocsányok el vannak roncsolva. A jobb agykocsány roncsolása annak külső áttetsző, alig egy mm. vastag felszinéig terjed. Azonban egy fél cm.-nyire ezen felette vékony összefüggés fölött a látótelepbe hatol kifelé egy 2 cm. mély sérülés, úgy hogy az agyat elválasztó roncsolás csaknem teljesnek mondható. Ezen észlelet, mely emberen végzett kisérletnek felel meg, megegyezik egy állatkisérletünkkel, melynél az agytörzs teljes átmetszésére a mellső ikertelepek magasságában a hangképzés még fennmaradt.

Ezen lelethez egy emberen végzett kisérlet eredményét csatolom. A kettő kölcsönösen kiegészíti egymást és állatkisérleti eredményeinkkel összhangzásban állnak. *Kehrer*[2] tanár egy perforált újszülöttön, mely csak lélegzeni, de hangot adni nem tudott, a légzőközpontra való tekintettel kisérletezett. Az újszülött perczenként hat légvételt tett, a tenyér és talp mechanikus ingerlése a megfelelő végtag reflektorikus mozgásait eredményezi, ellenben a bőr ingerlése nem jár reflex-szel. Levélben is megerősítette *Kehrer* tanár, hogy az újszülöttnél hangképzés nem volt. Tiz percz mulva az újszülött élettani kisérletre használtatott fel. A sertés következtében hiányzott: „das ganze Gross- und Mittelhirn und der grösste Theil des Kleinhirns; vom letzteren waren nur noch Fetzen mit den *Kleinhirnschenkeln* und die Varolsbrücke übrig. Dagegen war das ganze verlängerte Mark erhalten". Egy ollóval a calamus scriptorius közepén átmetszette a nyúltvelőt, de a leirt életjelenségek nem változtak, öt percz mulva egy mélyebb metszésre azonnal megszüntek. Idézzük saját szavait: „Die Durchschneidung der Medulla oblongata 1 Cm. oberhalb der Spitze des Calamus scriptorius weder die regelmässige rhythmische Brustathmung, noch die Hand- und Fussreflexe unterbricht, ja nicht einmal beide Bewegungsarten verändert. Wohl aber zeigt das Ergebniss des zweiten gerade unter der Spitze des Calamus scriptorius gelegten Querschnitts, wonach die Athmung und die Extremitätenreflexe sofort aufhörten, dass in dem durch die beiden Schnitte isolirten unteren Endstück der Medulla oblongata entweder die classischen Athmungscentren oder doch die Wurzeln der wesentlich bei der Athmung betheiligten sensiblen oder motorischen Athmungsnerven enthalten sind. Man muss daraus folgern, dass auch beim Menschen die hauptsächlichen Athmungscentren an denselben Stellen liegen, wie bei den zu den Versuchen benützten Säugethieren." *Kehrer* esetében a nagy agy és a középagy teljesen, a hátsó agy részben volt szétroncsolva, csak az utóagy, a nyúltvelő maradt teljesen épségben, e mellett a légzés fennállott, a hangképzés hiányzott.

A nyúltvelő górcsövi vizsgálatnak is alá lett vetve. Ezen eset megfelel azon állatkisérletünknek, melynél a nyúltvelőnek az ikertelepek mögött és a vagusterület felett történt átmetszése a hangképzést megszünteti.

Az irodalomban még egy esetet találtam feljegyezve, melynél azonban hiányzik a szabatos boncztani vizsgálat. Egy perforált újszülöttnél, mely kiáltott, *Favre*[1] a mutatóujjal az agyrészeket kiürítette, állitólag csak a nyúltvelő maradt meg és a gyermek tovább kiáltott, ekkor a nyúltvelő szétroncsolásával a gyermeknek véget vetett. Ilyen eljárás mellett sajnos, az agyrészek szabatos boncztani vizsgálatnak alávethetők nem voltak és az agyrészeknek az ujjal történt kiürítése után a véres terület, a megmaradt agyrészek csak a fejseben át voltak megitélhetők. Ezen eset ennélfogva értékesitésre nem alkalmas.

Az általunk felemlitett állatkisérletek és kisérleti irány mellett a perforált újszülötteken végzett szabatos boncztani vizsgálatok, esetleg élettani kisérletek kiválóan alkalmasak a subcerebralis központ fontos kérdésének végleges megoldására. Remélhető, hogy a jövőben a perforált újszülöttek ezen irányban alapos boncztani vizsgálatnak lesznek alávetve és hogy a gyüjtendő eredmények ezen kérdés végleges tisztázását lehetővé teszik.

[1] Adatok a gége beidegzésének boncz-, élet- és kórtanához. 1894. Innervation des Kehlkopfes. 1895.
[2] Zeitschrift f. Biologie. 1894, XXVIII. Bd.

[1] Virchow's Archiv 1895. Bd. 139.

Ezzel kapcsolatban terjesztettem kérelmemet a gynaekologiai szakosztály elé, hogy ebbeli törekvésemet támogatni szives legyen és ezt e helyen is ismétlem, midőn a hangot adó perforált újszülötteket vagy csak fejüket a műtét után az agyvelő megkeményíthetése és megvizsgálhatása czéljából Klug Nándor egyetemi tanár élettani intézetébe küldeni kérem.

A morphin kimutatása hullákban.

Kossa Gyula dr.-tól.

A morphin-mérgezésnek konstatálása akár a kórboncztani, akár a chemiai hullalelet alapján, mindig a kényes és nehéz feladatok közé tartozott. Olyan kórboncztani jelenségeket, melyek semmi más pathologikus állapottal vagy mérgezéssel legalább részben közösek ne volnának, a morphin-mérgezés képe nem nyujt; a kétségtelen biztosságú chemiai kimutatást pedig sok mellékkörülmény teheti kétségessé. Ez még kisebb baj, mintha a chemikus szakértő morphint mutat ki ott, a hol az *nincs*, miáltal végzetes következményű birói döntésnek adhatja meg az alapját; már pedig mindenek felett áll annak a bizonyossága, hogy ha valahol kardinalis jelentőségű a „non nocere“ egyszerűnek látszó, de valójában századevek soknemű gyakorlati tapasztalatain felépült elve, úgy ez különösen a törvényszéki chemia terén van igy; mert a *vélt* méregnek az a jóformán mérhetetlen nyoma, mely a chemiai eljárások hosszú sorozatának végén mint *eredmény* a szakértő porczellánlemezére kerül, egy ártatlan életre hozhat közvetlen veszedelmet vagy a mi némelykor rosszabb, gyanut. A toxikologia évkönyvei telve vannak ilyen esetekkel s e végzetes szakértői tévedések sorában ott találjuk különös gyakorisággal a morphint is. *Taylor*[1] említi, hogy 1852-ben, egy mérgezési pörben a szakértő vegyész azt állitotta, hogy Forester őrnagyot morphinnal megmérgezték, mert az elhalt végbeléből, vizeletéből és véréből oly kivonatokat nyert, *melyek kénsavval és kaliumbichromattal zöld színeződést adtak*. Ezen kémlés alapján, melyet tudvalevőleg az organikus vegyületek közül számos ad, eskü alatt bizonyitotta, hogy az elhalt vérében egy angol szemernek (65 milligramm) két ezredrésznyi mennyiségében sikerült morphint kimutatnia! Egy másik esetben (1854) ugyancsak egy angol szakértő azon véleményt adta, hogy az elhalt gyomrában morphinnak nyomai voltak, holott később kiderült, hogy az illető természetes halállal mult ki. Egy harmadik esetben (1874) Gulliver nevű nő hullájában mutatta ki a vegyész tévesen a morphin „nyomokat“. Ugyanez évben történt, hogy Angliában a szakértő hasonló tévedése öngyilkosságba kergette egy orvos özvegyét, a kit az alaptalan vád gyanujával illettek.

De e szomorú tévedések közvetlen oka nem mindig volt a szakértő tudatlansága és az azzal rendesen együttjáró elbizakodás; hanem sok esetben maguk azok a nehézségek, melyek a hullabeli fehérjék elbomlása közben képződő *úgynevezett* ptomainok (helyesebben: ptomatinok) megjelenése miatt a morphin kimutatását komplikálják. Igy (ugyancsak a 70-es években) az állitólag mérgezés következtében elhalt özvegy *Sonzognoné* hullájában, az első szakértők morphint találtak, ezzel szemben *Selmi* határozottan kimutatta, hogy a talált vegyület nem morphin, hanem egy ptomain volt. Ezen eset lényegesen hozzájárult ahhoz, hogy Selmi az ő alapvető munkálkodását a ptomainok chemiai természetére vonatkozólag tovább fejleszsze. (Tudvalevőleg már jóval ő előtte, 1865/66-ban Marquardt orvos, nemkülönben Bence Jones és Dupré találtak alkaloidszerű testeket hullarészekben s igy ezek voltak az *első* leirt ptomainok.[2]) Sőt alig néhány év előtt történt (a 90-es évek elején), hogy *Urbino de Freitas* oportói tanárt ama vád alapján, hogy egy nőrokonát megmérgezte, halálra itélték, mert a szakértők a hullában morphint, narceint és delphinint találtak. Ezzel szemben az elitélt családja német szakértők (Beckurts, Bischoff, Brieger és Dragendorff) felülvéleményét kérte ki, a kik határozottan kimondták, hogy az emlitett alkaloidok jelenlétéről szó sem lehet, hanem csakis peptonszerű ptomainokról és igy elejét vették annak, hogy egy végzetes szakértői botlás vérpadra vigyen egy ártatlant.[1]

A morphin kimutatására, úgy mint az az alkaloidok legtöbbjénél történik, csak szinreactiók állnak rendelkezésünkre. E kimutatásnak egyik nem kielégitő oldala tehát az, hogy a nyert qualitativ eredményt nem támogathatjuk quantitativ azonossági reactiók adataival, másrészt pedig az, hogy e szinreactiók birálatakor jelentékeny szerepe van a subjectiv észlelési képességnek is, annál inkább, mert e szinváltozatok bekövetkeztére, lefolyására más organikus termékek (nevezetesen a hulla-alkaloidok, fehérjék, illatos és szinanyagok stb.) *nyomainak* jelentékeny módositó befolyása van; úgy, hogy ily termékek jelenléte esetében a szinreactiók charakteristikus lefolyására sokszor nem számithatunk. Efféle veszedelem pedig törvényszéki vizsgálatok alkalmával, mikor egyéb organikus anyagoknak nagy tömegéből a keresendő szervi vegyületnek aránylag végtelenül csekély mennyiségét kell kiválasztanunk, mindig közel esik. Mindazáltal a dolog természeténél fogva törvényszéki vizsgálatok alkalmával többnyire meg kell elégednünk a qualitativ szinreactiókkal, mert a kinyert anyag különben is rendesen oly csekély mennyiségű, hogy azon mást mint szinreactiót végrehajtatni lehetetlen. Hogy a kimutatás végső eredménye megbizható legyen, megkivántatik, hogy a vizsgálandó vegyületen mentől több ilyen szinreaktiót ejtsünk meg, mert egy ily reactio magában véve még nem oszlatná el a felett való kétségünket, hogy azt egy más, még nem ismert vagy nem tanulmányozott vegyület is nem adja-e? Csak ha több ily szinreactio kifogástalan pontossággal következik be, akkor állapithatjuk meg kétséget kizárólag az illető vegyület azonosságát.

A morphin kivonása a szervekből kétféle eljárás szerint történhetik: vagy a Stas-Otto, vagy a Dragendorff eljárása szerint. E két methodus használatos ma az alkaloidok izolálására; az előbbinek használata azonban általánosabb. Mindkét eljárás szerint a morphint az alkalikussá tett anyalúgból meleg amylalkohollal rázzuk ki; mert a morphin hideg absolut aetherben, továbbá chloroformban, petroleumaetherben és benzolban oldhatatlan, sőt az amylalkohol is csak 0·26%-ot old belőle hidegben. (Egy rész morphin 61·48 rész forró aetherben, 4379 rész forró chloroforumban, 8930 rész forró benzolban, 91 rész forró amylalkoholban oldódik; ellenben hideg chloroformnak csak 10 ezer, chloroform-alkoholnak pedig 111 részében oldható.)[2] Ilyenformán az amylalkohol legjobban használható a morphin kivonására a hullarészekből; de épen az a kellemetlen oldala az amylalkohol nélkülözhetetlen alkalmazásának, hogy *ezen alkohol a ptomainokat is a legjobban oldja ki* (különösen alkalikus oldatokból) a felsorolt oldószerek közül, mint ezt Brouardel, Ogier és Minovici vizsgálatai bizonyitják. A morphinnal együtt tehát a ptomainok legnagyobb része is kivonódik és ezen ptomainok a morphin némelyik reactióját is adják, úgy a jodsav és ferricyankalium reactiót, továbbá a Fröhde és a Husemann-féle kémlést, bár vannak (Dragendorff[3]), kik azt állitják, hogy a ptomainok által adott szinreactiók nem téveszthetők össze a morphin által létrehozottakkal.

A morphin kimutatását maga az amylalkohol is megzavarhatja, mert azon gyantaszerű elpárlási maradványokban, melyekben a morphin és a ptomainok foglaltatnak, az amylalkohol is visszatartatik, úgy hogy ennek nyomai még huzamosabb időn át 60°-on való melegités után is visszamaradnak és a szinreactiók lefolyását megzavarhatják. Dragendorff emliti, hogy az esetleg megejtendő élettani reactiókra is módosító befolyással lehet az amylalkohol; ez azonban nem áll, mert azon csekély nyomai ez alkoholnak, melyek épen szóban forognak, kimutatható jelenségeket az állati szervezeten nem idéznek

[1] On Poisons. (III. kiadás.) 584. l.

[2] Chemikusaink közül *Liebermann Leó* az elsők közt van, kik hullából alkoloid reaktiót adó testeket izoláltak. Ő egy arsenes hulla törvényszéki vizsgálata alkalmával egy coniinszerű basist talált. (L. Brieger, Ueber Ptomaine. 1885. 7. l.)

[1] Otto: Anleit. z. Ausmitt. d. Gifte. 1896. 120. l.

[2] Breitenstein. Repetit. d. Toxikologie. 14. l.

[3] Dragendorff. Die ger. chem. Ermitt. d. Gifte. 1888. 153. l.

elő s ily kisérletek megejtése a morphinnal teljesen czéltalan is, mert ezen méreg csekély nyomainak hatását hideg és melegvérűeken, melyek a morphin iránt tudvalevőleg rendkivül indifferensek, nem tanulmányozhatjuk. Úgy látszik, hogy azon ptomainok, melyeket az amylalkohol kivon, szintén nem mérgezők; legalább *Graebner* csak „nehány esetben" tapasztalt ily mérgező hatást békákon; (azon ptomainok befecskendése után pedig, melyeket a benzol, chloroform és a petroleumaether von ki, egyáltalán nem).

Általában a ptomainok jelentősége a toxikologiai hatás tekintetében az utóbbi években jelentékenyen redukálódott. Selmi dolgozatának megjelenése idején ezen különben is titokzatos vegyületek mérgező hatását majdnem borzalmas erejűnek vélték. Ezen előitélet nyüge alatt azután a különböző kutatók, kik toxikus hatásokkal, az élettani kisérletezés methodikájával soha addig nem is foglalkoztak, sőt sok esetben kizárólag szakchemikusok voltak, rendesen *egy-két béka-kisérlet* megejtése után világgá bocsátották, hogy az illető basisnak coniin„*szerü*", atropin„*szerü*", muscarin„*szerü*" stb. hatása van. A ki valaha méreghatások tanulmányozásával foglalkozott, tudni fogja, hogy hónapok munkájába kerül, míg a legkülönbözőbb állatfajok szervein megejtett sok és gyakran komplikált berendezéseket kivánó kisérletek után meg lehet állapitani, hogy hol van valamelyik méregnek a helye a toxikologia rendszerében. Az újabb vizsgálatok értelmében igazán nagy mérgeknek a ptomainok közt csak a sepsin, mydalein, aethylendiamin, ptomatomuscarin, ptomatatropin, ptomatocurarin tekinthető, szóval leginkább azok, a melyek a hullarothadásnak későbbi stadiumában jelennek meg. Az is ki van ma már derítve, hogy az oly ptomainok, melyek chemiai viselkedés tekintetében bizonyos alkaloidokra emlékeztetnek, élettani hatás dolgában többé-kevésbbé különböznek azoktól; igy pl. épen a ptomatomorphinoknak egy része teljesen hatástalan, mások ellenben fölötte mérgezők, úgy hogy már kis mennyiségben háziryulakba fecskendezve két percz alatt tetanikus görcsök, látatágulás és szivbénulás jelenségei közben azokat megölik. (Ellenben a növényi morphin 25 cgm.-nyi dosisának subcutan való adása után is csak órák mulva pusztul el a házinyúl, majdnem mindig egyenletesen súlyosbodó coma symptomái közt; tetanikus görcsök rendesen csak ennél sokkal nagyobb dosisok után jelentkeznek s akkor is csak az élet vége felé, rövid ideig.) Mai ismereteink szerint mégis van egy olyan ptomain — de csakis egy, nevezetesen a *hulla-strychnin*; a hulla-atropin, melyről némelyek beszélnek, már nem — mely úgy chemiai, mint élettani reactiókban teljesen egyezik a megfelelő növényi basissal. De még ha gyakoribbak is volnának azon esetek, melyekben alkaloidok és ptomainok chemiai és élettani tulajdonságai egyeznének, még akkor sem valószinű, hogy minden mellékkörülménynyel számoló, a bűnvizsgálat adatait is mérlegelni tudó, *alapos* orvosi képességgel is biró vegyész szakértő ezen kétes esetekben a „Justizmord" eszközévé válhatna. Mindenben hozzá lehet járulni *Ogier* és *Minovici* azon kijelentéséhez, melyet a ptomainok szerepéről (az alkaloidok kimutatásakor) szóló behatótanulmányuk resuméjeképen adnak.[1] „On doit constater que les ptomaïnes sont des causes d'erreurs sérieuses dans la recherche toxicologique des alcaloïdes végétaux. Mais nous estimons que ces causes d'erreurs ont pour principal effet de rendre souvent difficile et quelquefois impossible la caractérisation d'alcaloïdes existant réellement dans les résidus: entre les mains d'un expert soigneux, habitué à juger de l'intensité et de la valeur des réactions et à ne conclure que s'il peut baser son opinion sur un ensemble de faits concordants, nous ne croyons pas que la présence des ptomaïnes puisse fausser les résultats jusqu' à faire admettre à tort l'existence d'un alcaloïde végétal. Pour résumer ce long travail, nous disons donc volontiers que *nos erreurs*, en cette difficile matière de la recherche des alcaloïdes végétaux, *ont pour effet, bien plutôt de faire innocenter un coupable que de faire condamner un innocent.*

(Folytatása következik.)

[1] Brouardel et Ogier, Le laboratoire de toxicologie. Paris, 1891. 152. lap.

A serumtherapia kritikája.

Purjesz Zsigmond dr. egyetemi tanártól.

(Folytatás.)

Ettől az elvtől, illetve ennek egyszerű, minden körültekintés nélkül való alkalmazásától tehát, tisztelt közgyülés, a mi a józan és rationalis empiria helyett a legvadabb empirismushoz vezet, nekünk orvosoknak, kik természettudósok akarunk lenni, távol kell magunkat tartani.

Annyira *subjectiv álláspont* ez, hogy ezen az alapon czélhoz vezető objectiv discussiót folytatni nem lehet és igy azokkal, kik a serum mellett ezen a post hoc ergo propter hoc elvén alapuló subjectiv álláspontjukon kivül egyéb indokot fel nem hozhatnak, előadásom fonalán nem is foglalkozom. Tehetem ezt annál inkább, mivel mindazok, kik nagyobb számú esetek alapján védik a serum megbizhatóságát, subjectiv nézetük mellett még oly adatokat is hoznak fel, melyek objectiv birálat tárgyát képezhetik. És bizonyára helyeselni fogja a tisztelt közgyülés, ha azon véleményen vagyok, hogy ama subjectiv nézet is csak addig jogosult, mig a támogatására felhozott indokok helyesek. Mihelyt ezek helytelenségéről meggyőződtünk, önként következik, hogy subjectiv nézetünk csalódás volt.

Foglalkozzunk tehát ezen rövid kitérés után, melyet azonban a fundamentum divisionis praecizirozása szempontjából szükségesnek tartottam, a serum megbizhatósága mellett felhozott azon okokkal, melyek az objectiv mérlegelés tárgyát képezhetik.

Ám lássuk mindjárt ezen érvek legerősebbikét. Urbi et orbi, hivatalos és magánoldalról folyton azt halljuk, hogy a diphtheriahalálozás azóta apadt, a mióta a serumot alkalmazzák. Méltoztassanak megtekinteni ezt a táblát (lásd I. tábla), mely a belügyministerium hivatalos adatait tünteti fel. Igen tanulságosan mutatják ezek a hivatalos számok, hogy a diphtheriában való halálozás és igy kétségtelenül a diphtheriában való megbetegedés is 1892 óta, tehát jóval korábbi időtől fogva, semmint a serumot felfedezték, állandóan és egyenletesen csökkent, úgy hogy 1893-ban 15,298, 1894-ben 11,978 és 1895-ben 6756 egyénnel halt meg kevesebb diphtheriában, mint az előző évben.

I. tábla. Diphtheriahalálozás Magyarországon:

1892-ben	49,481	
1893-ban	34,183	15,298
1894-ben	22,205	11,978
1895-ben	15,449	6,756

Hogy ez a csökkenő irány nemcsak nagyjában az egész országban, hanem annak körülirtabb kisebb helyén is megvolt, kitünik a második táblából (lásd II. tábla), mely a budapesti diphtheriahalálozást tünteti fel, valamint kitünik a 3-dik táblából (lásd III. tábla), hogy e csökkenés hazánktól távol eső helyen, pl. Párisban is megvolt.

II. tábla. Diphtheriahalálozás Budapesten:

1892-ben	898
1893-ban	687
1894-ben	484
1895-ben	225

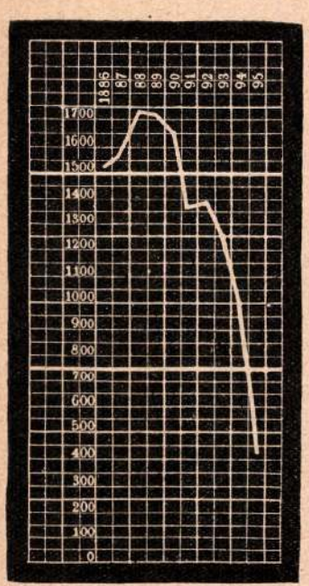
III. tábla. Diphtheriahalálozás Párisban:

1886-ban	1524	1891-ben	1363
1887-ben	1565	1892-ben	1398
1888-ban	1718	1893-ban	1262
1889-ben	1706	1894-ben	993
1890-ben	1639	1895-ben	411

Akkor tehát tisztelt közgyülés, midőn azt látjuk, hogy a diphtheria halálozása már régen apad, akár az egész országot, akár annak egy körülirt részét tekintjük, a midőn azt látjuk, hogy ez az apadás más helyen is mutatkozik, és pedig mutatkozik jóval előbbi időről, semmint a serum csak felfedezve is lett: akkor úgy hiszem merőben lehetetlen e számokkal azt

*

bizonyítani, hogy a halálozás eme csökkenése a serummal állana összefüggésben, vagy hogy e számokból arra lehetne következtetni, miszerint a serum a diphtheriahalálozást kedvezően befolyásolta.



Diphtheria-halálozás Párisban.

Hogy nálunk nemcsak a diphtheriahalálozás, hanem a diphtheriában való megbetegedés is apad, azt az előbb említett számokon kívül még a következő (l. IV. tábla) tábla is mutatja, mely a Budapesten előfordult megbetegedéseket tünteti fel, és melyből kitünik, hogy daczára a lakosság szaporodásának és a kétségtelenül pontosabb bejelentésnek, Budapesten a diphtheriában való megbetegedés 1892 óta folyton csökken és 1892-től 1895-re felényire leapadt. Érdekes volna annak kideritése, hogy más városok miként viselkednek eme viszonyokra nézve. Berlinből pl. folytonosan azt olvashatjuk, hogy a diphtheria-esetek az utolsó években nem apadtak, pedig ezt alig lehet joggal állítani, ha meggondoljuk, hogy Berlinben pl. 1886-ban 1,315,287 lakos mellett 6968 eset lett bejelentve, holott 1895-ben 1,678,859 lakos mellett 6106 diphtheriás beteget jelentettek.

IV. tábla. Összmegbetegedés Budapesten:

1892-ben	2683
1893-ban	1912
1894-ben	1550
1895-ben	1324

A felsorolt számok azonban még más körülményre is képesek világot vetni, mely körülmények a serum megbizhatóságának kérdésével szorosan összefüggnek.

Méltóztatnak tudni t. k., hogy a serum értékének elbirálását még az is nehezíti, hogy vannak olyanok, kik az utóbbi időben észlelt és fentebbi táblázatokban kétségtelenül demonstrált kedvezőbb absolut halálozási viszonyt, valamint a relativ halálozási viszony kedvezőbb alakulását annak tulajdonítják, *hogy a diphtheria virusa enyhült*, míg a serumban hivők ezt tagadják és a kedvezőbb alakulást, különösen a kedvezőbb relativ halálozást a serum befolyásának tulajdonítják. Ha e négy táblán feltüntetett számokat mérlegeljük és nem tévesztjük szem elől azt a sokszoros tapasztalatot, hogy a járványos betegségek a járvány csökkenésével enyhülnek, a midőn azután a könnyebb esetek is szaporodni szoktak, akkor úgy hiszem, *nehéz volna elvitatni annak a következtetésnek jogosultságát, hogy a diphtheria az utóbbi években tényleg enyhült*, mit különben mindazok megerősíthetnek, kiknek tapasztalata valamivel több időre nyulik vissza, miután azokat a súlyos eseteket, minőkkel ezelőtt léptennyomon találkoztunk, ma már csak elvétve látjuk.

Az esetre, ha a serum védői a bemutatott számok daczára is tagadnák a járvány enyhülését, úgy valóban kiváncsi vagyok, hogy miként értelmezik azt, hogy 1892-től 1894-ig, tehát három oly év alatt, a midőn még serummal nem rendelkezhettünk, a halálozás felényinél többre apadt. Én részemről azonnal készen vagyok a serum védőinek álláspontját elfogadni, mihelyt elfogadható okot tudnak nekem felhozni arra nézve, hogy mi idézhette hát elő, ha nem a járvány enyhülése, azt, hogy már a serum felfedezése előtti három évben szinte felényire leapadt a diphtheria-halálozás; vagy ha plausibilis magyarázatot tudnak adni arra nézve, hogy miért kell az 1895-diki 7 ezernyi apadás értelmezése czéljából a serumra appellálni, akkor, midőn az azt megelőző sokkal nagyobb, húsz ezernyi apadás létre tudott jönni serum nélkül. Míg e körülményre más elfogadhatóbb magyarázatot nem tudunk adni, a járvány enyhülésének elismerését ki nem kerülhetjük. S ha netalán azt állítaná bárki, hogy a halálozási viszonyok javításában a járvány enyhülésén kivül még a serum alkalmazása is szerepelt, a mi természetesen csak az utolsó, az 1895-dik évre szólhatna, úgy ez utóbbit még bizonyítani kellene. És pedig azért kell ez *utóbbit* bizonyítani, mivel azt, hogy járványok enyhülhetnek és esetleg el is mulhatnak, a sokszoros tapasztalatból tudjuk, míg az, hogy serummal diphtheriát lehet gyógyítani, még bizonyításra vár. És tényleg hoznak fel olyan adatokat, melyekkel azt akarják bizonyítani, hogy a serum alkalmazása mellett a diphtheria *relativ halálozása* apad, azaz, hogy bizonyos számú beteg közül kevesebb hal el, ha a serum alkalmaztatik, mintha a nélkül hagyatnak vagy más módon kezeltetnek a betegek.

Lássuk tehát ezeket az adatokat és engedje meg a t. k., hogy azokat a könnyebb áttekintés és megbeszélés czéljából két csoportba oszthassam.

Soroljuk az első csoportba azokat a gyüjtés útján szerzett adatokat, midőn kisebb vagy nagyobb territoriumon, pl. egy városban, megyében vagy akár egy országban gyüjtjük egy bizonyos idő alatt bejelentett eseteket, a serummal kezelteket ép úgy, mint az a nélkül hagyottakat, hogy ezeket egymással szembe állítva következtessünk a serum befolyására, illetőleg értékére. Számos ilyen észlelet áll rendelkezésünkre és ha részletezésünk alapjául csak egyet emelünk ki, úgy ezt annak hangsúlyozásával teszszük, hogy mindaz, mit ezen egy észlelettel szemben fogunk felhozni, egyaránt áll valamennyi hasonló módon gyüjtött bel- és külföldi észleletre nézve.

Mint minket legközelebbről érdeklőt, lássuk azt a kimutatást, melyet a belügyministerium egészségügyi osztálya említ, midőn azt mondja, hogy: „Az eddig beérkezett adatok szerint az 1895-dik év folyamán 12 törvényhatóságban (névszerint felsorolva) a diphtheriában megbetegült 3761 gyermek közül serummal gyógyítottak 872-öt; ezek közül meghalt 156, vagyis 17·9; serum nélkül gyógyítottak 2889 gyermeket, kik közül 1187, vagyis 41·1% mult ki.“

Kétségtelenül igen szembetünő eredmény. Az egyik oldalon 17·9%, a másik oldalon 41·1% halálozás *oly feltünő különbség, hogy az esetre, ha e számok a tényleges viszonyokat tüntetnék fel, a serum megbizhatósága más bizonyításra nem szorulna.*

De sajnos, ama számok nemcsak hogy nem hibátlanok, hanem *nagyon is erős correctióra szorulnak*. Azt nem is említem, hogy milyen nehezen lehet ilyen gyüjtés útján szerzett adatok egyöntetűségét és megbizhatóságát elérni, ha meggondoljuk, hogy az egyes adatok beszerzésénél mily számosan működtek közre, kiknek diagnostikai képessége, kritikája arra nézve, hogy mit tekintsen diphtheriának, mit nem, mit súlyos, mit könnyű esetnek, a hány annyiféle. Erre nem reflectálok, mivel oly nagy aránytalanság, mint 17 : 41-hez csupán az egyöntetűségnek ilyen apró okokból eredő hiányából nem keletkezhetik, s ha ama számok sokkal nagyobb belső hibát nem rejtenének magukban, úgy a serum megbizhatósága discussio tárgyát többé nemcsak nem képezhetné, hanem nagyon felelősségterhes dologra vállalkoznék az, ki ily körülmények között az új gyógyszer hitelét megingatni akarná; de másrészt ép oly felelősségterhes mulasztást követne el az, ki látva ama számok megbizhatlanságát, szótlanul tűrné, hogy az azokból levont s az igaznak csupán látszatával biró következtetések meggyökerezzenek akkor, midőn tulajdonkép nem csak arról van szó, hogy a diphtheria ellen egy új szer birtokába jutottunk-e vagy nem, hanem arról, hogy az új módszer, mely ha beválik, a therapiát volna hivatva egészen más irányba terelni s melynek ez a serum csak első szülöttje, bevált-e vagy nem. Mert hiszen nem szenved kétséget, hogy mindamaz új serumok keresése, melylyel évek óta buvárjaink legjobbjai foglalkoznak, csak abban a feltevésben leli alapját, hogy a diphtheria seruma megtartotta azt, a mit felfedezője igért és a mit az orvosok oly nagy része oly hamar el is hitt. Már pedig ama számok oly hibásan vannak összeállítva, hogy azoknak egymással való szembe-

állítása úgy, a mint ez ma nálunk és a külföldön általában dívik, egyáltalán meg nem engedhető.

Hibásak azok az adatok, mivel ismeretes adatokat állítanak szembe ismeretlen adatokkal, a mit tenni nem csupán therapeutikai statistikai, hanem egyszerű számtani szempontból sem szabad.

Hogy a fentebbi számoknál maradjunk, úgy ott kétségtelenül ismeretes, miszerint ama 156 haláleset olyan 872 diphtheriás beteg közül került ki, mely 872 eset mindegyikének serum lett befecskendezve, de arra már alig tudnánk határozott feleletet adni, hogy az a 1187 serummal nem gyógyított haláleset hány olyan eset közül került ki, mely serumot nem kapott. Igaz, a hivatalos jelentés azt mondja, hogy 2889 serummal nem kezelt beteg közül. De a ki az ilyen jelentések természetét ismeri, az jól tudja, hogy volt ott még sok olyan beteg, ki serumot nem kapott, csakhogy ezeket nem jelentették be. És vajjon a hivatalos bejelentésekből milyen betegek szoktak rendszerint kimaradni. Azok, a kik elhalnak, többé-kevésbbé mind bele kerülnek, miután azok okvetlen hivatalos tudomásra jutnak; belekerülnek még a többé-kevésbbé súlyos esetek is, a mennyiben az orvos tudomására jutottak; hanem kimaradnak azok az esetek, melyek sem el nem halnak, sem nem oly súlyosak, hogy az orvos tudomására jutnának, szóval *a könnyű és legkönnyebb esetek.* A viszony tehát most már olyan lesz, *hogy míg az az eset, mely serummal lett kezelve, okvetlenül belekerül a jelentésbe, ha még oly könnyű is*, miután az orvos tudomására jut, addig a serummal nem kezeltek közül *sok épen azért nem került bele a jelentésbe, mivel enyhe lefolyású volt s így hivatalosan róla nem tudtak. Az egyik oldalon tehát az enyhe és súlyos esetek együtt vannak, a másikon épen az enyhe esetek hiányoznak.* Az egyik oldalon az enyhe esetek felvétele javítja a statistikát, illetve a relativ halálozást, a másik oldalon az enyhe esetek kimaradása rontja azt. Ily módon azután nem meglepő, ha a serummal kezeltek 17%, a serummal nem kezeltek 41% halálozást mutatnak. Az ilyen egyenlőtlen mérték szerint összeállított statistikából azonban sok mindent lehet következtetni, csak azt nem, hogy a serum az, a mi a relativ halálozást 17%-ra javította, vagy hogy a serum hiánya oka a 41% halálozásnak.

A második csoportba soroljuk azokat az eseteket, melyeket nagy számban egy észlelő észlelt és kezelt serummal és melyek halálozási viszonyát szembe állítja az előbbi években más kezelési mód mellett elért halálozással. Ilyen esetek természetesen leginkább kórházakból kerülhetnek ki, és ha a sok közül, mint minket legközelebbről érdeklőt, a budapesti kórházak észleleteit veszszük részletezésünk alapjául, úgy ez alkalommal is ki kell jelentenünk, hogy mindaz, a mit ezekre nézve felhozunk, egyaránt vonatkozik valamennyi, úgy bel-, mint külföldi hasonló közleményre. Méltóztatnak tudni, hogy a budapesti Stefánia-gyermekkórházban 1896. január 1-jéig 402 esetet kezeltek serummal 22·5% halálozással, míg a szt. László-kórházban 500 esetet és ezek közül 21·6% halt meg.

Oly javulása ez az azelőtt megszokott és olykor a 40%-ot is meghaladó halálozásnak, hogy az esetre, ha ez az eredmény a tényleges viszonyoknak megfelelne, úgy hogy a serum alkalmazása és a diphtheria halálozási viszonyát ez alapon általánosítani lehetne, a serum megbizhatósága többé discussio tárgyát nem képezhetné. *Ez általánosítás azonban, sajnos, meg nem engedhető, mivel a halálozás e javulása nem a serum alkalmazásának, hanem egészen más körülményeknek következménye is lehet.*

Ha figyelembe veszszük az ezen táblán (lásd V. tábla) feltüntetett adatokat, melyek kétségtelenül mutatják, hogy Budapesten 1892. óta a diphtheriában megbetegedett és elhaltak száma folytonosan és egyenletesen csökken, úgy hogy szemben az 1892-diki 2683-ra menő megbetegedéssel 1895-ben, ámbár a lakosság szaporodik, és a bejelentések pontosabban történnek, 1324-re, tehát felényire is kevesebbre apadt, úgy a már előbb mondottak értelmében könnyű volna arra hivatkoznom, hogy a járvány charactere is enyhült, a mi már magában véve is eléggé magyarázhatná a halálozási aránynak egészben vagy részben javulását. De mivel a kórházak általam igen tisztelt főnökei határozottan kiemelik, hogy az esetek súlyossága miben sem tért el a nagy halálozási arányt mutató előbbi évek eseteinek súlyosságától — úgy nem bánom, a dolog egyszerűsítése kedvéért, tegyük fel, hogy Budapesten 1895-ben a diphtheria-járvány csak oly súlyos volt mint 1892-ben, a midőn pl. a Stefánia-kórházban a halálozás 40%-on felül volt. Azonban ezzel a concessióval mit sem használok, mivel ha — jobb meggyőződésem ellenére — concedálom is azt, hogy 1895-ben csak oly súlyos volt a járvány, mint az előbbi években, úgy az 1895-ben észlelt relativ halálozási javulás még sem tudható be egyszerűen a serumnak, mivel egészen más összetételű beteganyag került 1892-ben a kórházba, mint 1895-ben, úgy hogy azokat egymással összehasonlítani nem lehet. Ez azonnal kitünik, ha azt méltóztatnak figyelembe venni, hogy 1892-ben a Budapesten előfordult 2683 beteg közül a Stefánia-kórházba felvettek 325, azaz 12%-ot, 1895-ben pedig a Budapesten előfordult 1324 beteg közül 302-őt, azaz 22%-ot. A szt. László-kórházba 1893-ban, a Budapesten előfordult 1912 beteg közül felvettek 313-at, azaz 11%-ot, míg 1895-ben 1324 beteg közül 401, azaz 30% került oda. A két kórház tehát az előbbi 23% helyett 50%-ot vett fel.

V. tábla. Budapesten előfordult összmegbetegedés diphtheriában:

1892-ben	2683,	898 halálozás
1893-ban	1912,	687 „
1894-ben	1550,	484 „
1895-ben	1324,	225 „

(Folytatása következik.)

TÁRCZA.

† Jules Emile Péan.

(1830—1898.)

Az emberiség egyik jóltevőjét, az orvosi tudomány egyik úttörő bajnokát szólította magához mult hó 28-dikán a kérlelhetetlen halál. 68 éves korában fejezte be *Péan* dr. hirtelen halállal, utolsó perczéig tevékeny életét.

Született Châteaudun-ben 1830. november 29-dikén. Középiskoláit Chartres-ben végezve, eleinte a festői pályára készült, melyet azonban komoly irányú természetével nem tudott megegyeztetni s csakhamar az orvosi pályára szánta magát. 1849-ben kezdte orvosi tanulmányait s előszeretettel foglalkozott az anatomiával, mely őt teljesen lebilincselte. Éjjeleit is nappallá tette, alig aludt négy órát, s midőn 1860-ban prosectorrá nevezték ki, nagy hévvel és buzgalommal tartott előadásokat. Ugyanez évben jelent meg első nagyobb dolgozata: „*De la scapulalgie et de la résection scapulohuméraire*“. 1865-ben lett a Bureau-central, 1866-ban a Hôp. des Enfants assistés-, 1867-ben a Loureine-, 1872-ben a Saint-Antoine-, 1876-ben a Saint-Louis-kórház sebésze, a hol tizenhat évig működött s körülrajongva nemcsak franczia, de a világ minden részéből oda sereglett tanítványai által, alaposan kidolgozott előadásokat tartott.

1892-ben előrehaladott kora miatt tanári állását ott kellett hagynia; nyugalomba vonult. Életereje s munkakedve azonban nem hagyták pihenni, s ezen időtől fogva saját intézetében a Rue de la Santé-ban folytatta áldásos működését és végezte műtéteit az utolsó időkig.

Tudománya, tapasztalata az utókornak is visszamaradt, mert bámulatos munkaerejével az irodalmat is tekintélyes munkákkal szaporította. Nevezetesebb művei: „*L'ovariotomie peut-elle être faite à Paris avec des chances favorable de succès? Observations pour servir à la solution de cette question.*“ (1867). „Hystérotomie. De l'ablation totale ou partielle de l'utérus par la gastrotomie etc.“ (1873). „*De la forcipressure ou de l'application des pinces a l'hêmatostasie chirurgicale.*“ (1874). „*Du pincement des vaisseaux comme moyen d'hémostase.*“ (1875). „*Leçons de clin. chir. professés a l'hôp. Saint-Louis.*“ (4 kötet.) A *Nélaton*-féle 4 kötetes mű „*Élements de pathol chirurg.*“ átdolgozásánál 3 kötetet ő szerkesztett stb. stb.

Hírnevét nagygyá, a világ minden orvosa előtt ismertté *vérzéscsillapítási eljárásával* tette. A kést valódi művészettel vezette s a gyorsaság, melylyel műtéteit végezte, bámulatba ejtette minden szemlélőjét, noha vaskos nagy kezei s athletaszerű testalkata legkevésbbé sem engedték meg e feltevést.

Életét teljesen tudományának szentelte. Hajnalban kelt, reggelijéig előkészítette előadásait s 8 órakor már általánosan ismert kocsiján a kórházba hajtatott, a hol a déli órákig foglalkozott. Délben végezte magánműtéteit, 3 órakor vette második reggelijét, mely után késő estig rendelt. Korán feküdt, hogy másnap pihenve foghasson ismét munkájához. Szórakozása a vasárnapi vadászatból s nyári nagyobb utazásokból állott, melyeken családja mindig elkisérte. Magyarországot is több izben kereste fel s mindig örömmel emlékezett vissza itteni tartózkodására.

Modora rendkivül kellemes s barátságos volt, betegei imádták, mindegyikhez volt egy vigasztaló szava. Nem csoda, ha a gyakorlat terén is fényes anyagi sikereket aratott s nagy vagyont gyüjtött. Tevékenysége a franczia akademiai tagsággal s a becsületrend középkeresztjével lön elismerve.

Benne Franciaország legkeresettebb sebészét s a sebészet egyik legtevékenyebb munkását vesztette el. *Kuzmik P.* dr.

Magyarország közegészségügye 1896-ban.

(Perczel Dezső belügyminister jelentése a képviselőházhoz.)

(Vége.)

A gyermekhalandóság még mindig ijesztő nagy s a helyzet alig mutat némi hajlamot a javulásra. Mint az előző évben, úgy 1896-ban is a 7 éven alul elhaltak száma több mint felét teszi ki az összes elhaltaknak. 455,969 elhalt közül ugyanis 240,958 hét éven aluli volt.

Megdöbbentő az országban a *gümőkór* pusztítása. 61,597 e betegség folytán beállott halálesetről adnak számot az adatok. Majdnem nyolczezerrel magasabb e szám az előző évi halálozásnál. E feltünő különbözet azonban nem jelenti egyúttal a bántalom terjedését. Előző években ugyanis a halálokok között csupán a tüdők gümőkóros megbetegedése (tüdővész) szerepelt, ez évi kimutatásainkban pedig az orvos-halottkémek adatai szerint gümőkór alatt az összes, ezen czím alá tartozó megbetegedések folytán történt halálozások fel vannak jegyezve. A tüdővészesek számára emelendő sanatoriumok segélyezésére már ez évben is 10,000 forintot utalványoztam ki tárczám terhére.

A részletes *trachoma*-kimutatás szerint az 1896. év végén az egész országban 27,677 valódi trachoma-beteg maradt gyógykezelés alatt, tehát daczára az újabban felfedezett góczoknak 244 beteggel *kevesebb*, mint a megelőző év végén. Ezen évben az állami trachoma-kórházakat is szaporítottam. Mult években már létesült a brassói, szegedi, kalocsai és a perlaki trachoma-kórház, ez évben pedig megnyilt Trencsén vármegyében a zsolnai és Bács-Bodrog vármegyében az ó-becsei és zsablyai állami trachoma-kórház. A trachoma kór-oktanának és legjobb gyógymódjának tanulmányozására való buzdítás czéljából pályadíjat tüztem ki 2000 korona erejéig a fenti két kérdést megoldó munkára, mely 1899. évi junius hó 30-dikáig hozzám benyújtandó.

A fertőző betegségek elleni küzdelem egyik leghathatósabb eszköze, *a gőzfertőtlenítő gépek* ez évben 59-czel szaporodtak.

Az *országos közegészségi tanács* 132 ügyben adott szakvéleményt. Megszerkesztette a függeléket a magyar *gyógyszerkönyv* II. kiadásához és az új gyógyszerárszabványt, mely szerint a gyógyszerek árai leszállíttattak. Kimerítő javaslatot tett az úgynevezett specialitásoknak forgalomba hozatalát illetőleg és törvényjavaslatot készített a közveszélyes hevenyfertőző betegségek terjedésének meggátlására.

Az *orvosok* száma 1896-ban 4637-et tett ki, a mi a mult évi számmal (4424) szemben 213 főnyi emelkedést jelent. Kevésbbé örvendeteset mutat az orvosok *megoszlása vármegyék és városok szerint;* azt látjuk ugyanis, hogy az orvosok kevés hajlandóságot mutatnak a vármegyékben való megtelepedésre, hanem inkább a városokba törekszenek.

Az orvosok a városok felé való torlódását legszembeszökőbben mutatja maga az 1896. évre kimutatott orvostöbblet megoszlása, a mennyiben a 213 orvos közül csak 64 = 30% telepedett le a 13.800,000 lakost számláló vármegyék területén, ellenben az 1.400,000 lakossal biró városokban, a hol pedig épen nincs hiány orvosokban, 149 = 70% orvos kereste megélhetése módját.

Az orvosok megoszlása az *egyes vármegyékben* is jelentékeny különbségeket mutat; Torda-Aranyosban 10,000 lakosra 0·9; Ugocsában, Kolozsban 1·2; Árvában, Maros-Tordában s Szilágyban 1·3; ellenben Brassó vármegyében 3·9; Szepesben 3·6; Moson vármegyében 3·5; Esztergom vármegyében 3·3 orvos jut.

A *városokban* is nevezetes különbségek vannak az orvosok megoszlása tekintetében. Aránylag legkevesebb orvos van Hódmezővásárhelyen: 3·2 10,000 lakosra; kis számmal szerepelnek még Szabadka és Kecskemét: 4·1, Versecz 4·5. Legtöbb orvos van (Budapestet nem tekintve, a hol 10,000 emberre 22·1 orvos jut), Kolozsvárott, t. i. 15·9. Számos orvossal szerepel Nagyvárad 11·4, Pozsony 11·3, továbbá Pécs 10·6, Szatmár 10·6 és Kassa 10·4 stb.

Az ország 4637 orvosa közül 2161 orvos volt hivatalos alkalmazásban. Volt ugyanis:

		kiknek összes javadalmazása								
tiszti főorvos	90	113,695	frt,	mely	összegből	1-re	átlag	1263	frt	jutott
járásorvos ...	398	242,836	„	„	„	„	„	610	„	„
r. tan. v. orvos	172	86,884	„	„	„	„	„	505	„	„
városi alorvos	139	150,380	„	„	„	„	„	1081	„	„
községi orvos	404	234,103	„	„	„	„	„	573	„	„
körorvos ...	958	579,597	„	„	„	„	„	605	„	„
Összesen ..	2161	1.408,035	frt,	mely	összegből	1-re	átlag	651	frt	jutott.

A hivatalos alkalmazásban lévő orvosok száma ez évben 52-vel, összes fizetésük pedig 51,243 frttal gyarapodott.

A be nem töltött orvosi körök száma ez évben 178 volt, vagyis négygyel kevesebb, mint a megelőző évben.

A *halottvizsgálat* teljesítése körül is javulás volt tapasztalható a megelőző évhez képest: az orvos-halottkémek száma 45-tel, a képesített nem orvos-halottkémek száma 309-czel szaporodott.

A foghúzással foglalkozók száma 166-tal szaporodott.

Vérbocsátással az erre jogosított szakembereken kivül 940 egyén foglalkozott, kik közül 921 borbély és 10 egyéb foglalkozású volt.

Az *okleveles bábák* száma ez évben összesen 8189-et tett ki s így a csökkenés a megelőző évhez képest igen nagy, t. i. 293. Ennek a magyarázata az, hogy a székes fővárosban a gyakorlattal felhagyott (elhalt, elköltözött stb.) bábák az utolsó években a nyilvántartás figyelmét elkerülték s a bábák sorából nem törültettek. A tévedés 1896-ban került nyilvánosságra, a mikor is e hiba helyrehozatott. Ilyenformán 1896-ban a székes fővárosban magában 330-czal kevesebb bába van kimutatva, mint volt 1895-ben. Az ország 8189 okleveles bábája közül hivatalos állásban 3303 bába volt ez évben, összesen 186,341 frt fizetéssel, az előbbi évhez képest a szaporodás tehát 121 bába 6234 frt javadalmazási többlettel. Egy bábára átlag 56 frtnyi fizetés esett.

A személyes jogú *gyógyszertárak* száma 24-gyel, a házi gyógyszertáraké 1-gyel, a kézi gyógyszertáraké 19-czel szaporodott, a gyógyszertárak összes szaporodása 1896-ban 44, tehát az összes nyilvános, házi és kézi gyógyszertárak száma volt 1799.

Hat nagyobbszabású *kórház* készült el ez évben, melyeket kellő berendezésüknél s felszerelésüknél fogva közkórházi jelleggel ruháztam fel, úgymint: a szolnoki, érsekújvári, szigetvári, kiscellkemenesaljai, módosi és zsombolyai kórházakat. Az ország területén levő kórházak és gyógyintézetek számát a következő kimutatás tünteti fel:

	1894-ben	1895-ben	1896-ban
Országos tébolyda	3	3	4
Országos kórház (szem- és trachoma-kórházakkal)	6	7	11
Közkórház	61	64	70
Magánkórház és gyógyintézet . .	167	171	167
Irgalmasrendi kórház	12	12	12
Kir. javító s fegyintézeti kórház .	11	13	13
Kir. börtön-kórház	70	65	65
Járásbirósági fogházi kórház . . .	—	7	7
Összesen . .	330	342	349

A kórházakban ápolt betegek száma az 1896. év folyamán összesen 171,302 volt (105,635 férfi és 65,667 nő). Ezek közül gyógyulva elbocsáttatott 68,876 férfi, 40,844 nő; javulva 17,823 férfi, 11,484 nő; gyógyulatlanul 4469 férfi, 3233 nő; meghalt 6873 férfi, 4495 nő. E szerint a halálozás 6·6%-nak felelt meg. Az év végén gyógykezelés alatt visszamaradt 7594 férfi, 5611 nő.

A *járványkórházak* és azok felszerelt ágyainak *száma* kisebbnek van kimutatva, mint a megelőző évben, mert több helyütt, ha huzamosabb ideig járvány nem fordult elő, az e czélra szánt vagy kijelölt helyiségeket másra használják.

A *négy állami elmegyógyintézetben* összesen 2480 elmebeteg ápoltatott, mely szám a mult évi 2124-gyel szemben 356-tal több ápoltat mutat. Ugyancsak 409 elmebeteggel több ápoltatott az 1896. évben a magántébolydákban, a kolozsvári egyetemi elmebeteg-kórodán, a budapesti gyüjtőfogház megfigyelő és a kórházak elmebeteg-osztályain, a mennyiben ezen intézetekben az 1896. évben összesen 3342 beteg állott ápolás alatt.

A nagykállói intézetben folytak az építkezések, úgy hogy az 1897-dik évben még 170 beteg lett ott elhelyezhető; a nagyszebeni tébolydában megtörténtek az előmunkálatok az iránt, hogy két újabb pavillon emeltessék, egy a sínylők számára, egy pedig a jobbmódú közönség részére; ezen kibővítések által 100 betegnek nyeretik majd férhely. A pozsonyi országos kórház tébolydai osztályának újjáépítése és kibővítése annyira haladt, hogy a tervek elkészültek. A kaposvári közkórház ez év folyamán megtett minden intézkedést arra, hogy 100 elmebeteg számára pavillont építsen; a sátoraljaújhelyi közkórház szintén tanulmányozta a kérdést, mert újonnan épitendő kórházának területén, 100 elmebetegnek szolgáló külön házat akar emelni; a nyitravármegyei közkórház pedig elhatározta, hogy 30 elmebetegnek szolgáló pavillonját 100 ilyen beteg számára fogja átalakítani.

Az elmebetegügy rendezése czéljából általában, úgyszintén a meglevő elmegyógyintézetek, valamint a kórházak tébolydai osztályainak állandó ellenőrzésére, új elmegyógyintézetek felépítésének tervezésére és azoknak felszerelésére, valamint az elmebeteg-üggyel összefüggő minden kérdés szakszerű és egyöntetű kezelése végett a központban — egyelőre ideiglenesen és kisérletképen — a központi intézetek egyikében már tényleg alkalmazott szakférfit szemeltem ki, hogy őt felügyelői hatáskörrel felruházzam, és e végből útiköltségei és napidíjai fedezésére 2000 forintot az 1897. évi költségvetésbe beállítottam.

Részemről meg vagyok győződve arról, hogy a colonialis rendszer felel meg hazai, de főleg alföldi viszonyainknak leginkább, s azért ezen irányban a jövő évben szándékozom az elmebetegügynek fejlesztését gyorsabb lépésben megindítani.

Az *oltások* ez évi száma 92,406-tal több, mint az 1895. évben. Az oltások többletéből az első oltásokra esik 16,855, mi különösen felemlítendő azon körülménynyel szemben, hogy a megelőző években az első oltások száma mindig csökkenést mutatott. Az újraoltások száma 75,551-gyel több mint 1895-ben.

Az élelmi és élvezeti szerek, italok, valamint az egészségre veszélyessé válható egyéb tárgyak, mint edények, használati czikkek, ruhaszövetek, gyermekjátékok, mérgek, ragályos ruhák stb. megvizsgálása végett összesen 217,482 szemle tartatott.

A gyermekekre való felügyelet gyakorlásának adatait a következők szolgáltatják: a hatóságok 3000 lelenczet (2301-gyel kevesebbet mint 1895-ben) és 9423 dajkaságba adott gyermeket (710-zel többet mint 1895-ben) vezettek nyilvántartásban.

Hét évesnél fiatalabb gyermekek gyógykezeltetése összesen 30,773 esetben (1895-ben 41,112 esetben) mulasztatott el. Ily czímen összesen 8136 esetben történt elmarasztalás.

Prostituált nő 7864 (776-tal kevesebb mint 1895-ben) vezettetett nyilvántartásban. Az orvosi vizsgálatok a legtöbb helyen hetenkint kétszer, de néhol háromszor is végeztettek. Bujakór 4655 esetben (381-gyel több mint 1895-ben) találtatott, a mely esetekben a beteg kéjhölgy kényszergyógyítás végett kórházba szállíttatott.

A fürdő- és gyógyhelyek fejlődésével nem tartott lépést 1896-ban a fürdők látogatottsága. Míg az előző évben észrevehetőleg gyarapodott gyógyhelyeink állandó látogatóinak száma, ez évben az 1895. évhez képest emelkedés az állandó vendégek számában alig tapasztalható.

Az *egészséges ivóvíz* szerzése terén a lefolyt évben is jelentékeny haladás volt észlelhető, a mennyiben az egészséges ivóvizet nélkülöző városok és községek vízvezetékek létesítése, artézi és mély kutak fúrása körül kiváló buzgóságot fejtettek ki.

Ennek következtében az 1896. év folyamában az ország 17 törvényhatósági városában és 250 községében újból:

	létesült	kivitel alá vétetett	elhatároztatott
vízvezeték . . .	16	7	18
artézi kút . . .	55	33	59
fúrt kút . . .	166	15	117

A tiszti orvosi vizsgát ezen évben Budapesten 79 s Kolozsvárt 26 orvos tette le sikerrel. Ezekkel együtt volt 1896. év végén 500 tiszti orvosi képesítéssel biró orvosunk.

A közegészségi felügyelők a törvényhatóságok közegészségügyi közigazgatásának ellenőrzését rendszeresen gyakorolták.

Közegészségi osztályom tevékenységét ez évben 31,003 oda érkezett ügydarab feldolgozása vette igénybe. Valamennyi el lett intézve.

Végül a nagyobb jelentőségü rendelkezések közül felemlítendők: Az 1888. évben megjelent „Magyar Gyógyszerkönyv II. kiadása“ az újabb gyógyszereket magában foglaló „Függelékkel“ kiegészíttetett s az azóta megváltozott áraknak megfelelő új gyógyszerárszabvány adatott ki.

A szomszédos határszéli forgalomban cholera idején alkalmazandó óvó rendszabályok iránt Olaszországgal és Svájczczal egyezmény köttetett.

A hullarészek, valamint emberi váladékok és folyadékok postai szállítása szabályoztatott.

A paizsmirigy-készítmények eladása a gyógyszertárakra korlátoltatott és orvosi rendeléshez köttetett.

Az ország számos vidékén a vándorczigányok részéről tapasztalt himlőragályozási veszély csökkentésére ezek kényszerbeoltása iránt az eljárás alakiságát enyhítő engedmény tétetett.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Klinische Untersuchungen über das Verhalten des Blutes bei acuten Infectionskrankheiten. Von Dr. *Wilhelm Türk*, Assistenten der Wiener II. medizinischen Klinik (Hofrath Prof. Neusser). W. Braumüller, Wien und Leipzig, 1898.

Türk dr. neve újabb orvosi irodalmunkban nem ismeretlen. Jó hírét minden esetre gyarapítani fogja az előttünk fekvő kötet, mely a szerző által a Neusser professor klinikáján nagy gonddal és szorgalommal végzett vérvizsgálatok eredményeiről számol be. Ezen vérvizsgálatok a heveny fertőző betegségek haematologiájának több felette fontos, de eddig még nem minden tekintetben méltatott kérdését óhajtották tisztázni. A szerző maga is bevallja, hogy a rendelkezésére álló anyag (12 fertőző betegségnek összesen 52 esete) nem elégséges arra, hogy a belőle levont következtetések minden esetre általánosíthatók volnának, s hogy a nyert kisérleti eredmények még csak kezdetét jelezhetik egy, ezen irányban tovább folytatandó munkálkodásnak: mi azonban hozzátehetjük, hogy a fertőző betegségek haematologiája ezen vizsgálatok által minden esetre számbaveendő, értékes adatokkal gazdagodott.

A könyv két főrészre oszlik. Az első részben a szerző azon vizsgálati eljárásokkal foglalkozik, melyeket kisérleteinél alkalmazott. A második rész tartalmazza a vizsgált esetek leirását és a vizsgálati eredményeket.

A tanulmányozott esetek száma az egyes fertőző betegségek között következőképen oszlott meg: pneumonia crouposa 18, typhus abdominalis 5, ptomain intoxicatio 1, rheumatismus articulorum acuta 8, meningitis cerebrospinalis epidemica 3, meningitis tuberculosa 3, septicaemia 2, parotitis epidemica 1, erysipelas 2, scarlatina 2, morbilli 3, malaria 4 eset. A szerző az egyes esetek kórtörténetének leirása után a reájok vonatkozó vérvizs-

gálatok táblázatos összeállítását közli. Hogy ezen táblázatok mennyire áttekinthetőkké teszik az egyes eseteket, azt eléggé igazolja az, ha azon kérdések címeit közöljük, a melyekre nézve a táblázatok felvilágosítást nyujtanak. Ezek: a vizsgálat ideje, a betegség tartamának ideje, a beteg testének hőmérséke, az erythrocyták és leukocyták száma, a haemoglobin meghatározása (Fleischl szerint), a vérlemezekre, fibrinre és a vérsejtek egymáshoz állására vonatkozó viszonyok friss készítményeken, a leukocyták egyes alakjait illető számok, a beteg táplálkozására és therapiájára vonatkozó megjegyzések és végül a betegség lefolyásában észlelhető változások. Mindezeket azután egyenkint beszéli meg a szerző s a vizsgálataiból levonható következtetéseket az egyes fertőző betegségekről szóló fejezetek végén összegezi.

Türk könyvét olvasva, meggyőződhetünk róla, hogy a heveny fertőző betegségek diagnosisának és prognosisának felállításánál a vérvizsgálat adott esetben jelentékeny segítségünkre lehet, azonban értékét túlbecsülnünk nem szabad. Mert mai ismereteinket tekintve tényleg úgy áll a dolog, a hogy a szerző helyes kritikával mondja: „A vérvizsgálati lelet a fertőző betegségeknél csupán *egy* symptoma, mint akár a többi; minden esetre gyakran elég jelentős, néha kardinalis symptoma; azonban valamely fertőző betegségre absolute jellegző morphologikus vérlelet nincs.“ —*ky.*

II. Lapszemle.

Hysterikus singultus esete, trionallal gyógyítva. *Spiss E.* Jassyban igen makacs singultus esetről referál, mely 20 éves hysterikus leányt illet. Apja potator, anyja gyakran féloldali fejfájásokban szenved. A betegnek magának erős testalkata volt kimutatható szervi bajok nélkül. Az igen heves rekeszgörcs ellen előbb tinctura valeriana aethereát vett siker nélkül, később kal. bromat.-oldatot kapott s miután az sem használt, az elektromos áram alkalmaztatott, de szintén siker nélkül, mert a csuklás egyforma hevességgel tovább tartott. Spiss ekkor trionalt rendelt 0·2 grammos adagban két óránként. A harmadik por vétele után a görcs hevessége engedni kezdett és a trional folytatása mellett néhány nap mulva teljesen megszünt. (Roum. Médical, 1897. 18. sz.)

Laryngocele ventricularis esetét közlik *Benda* és *Borchert*, mely egy 43 éves munkás halálát okozta. A tasak hossza $4^1/_2$ cm., szélessége 2 cm. volt. (Verhandl. d. laryng. Gesellschaft, Berlin. Bd. VII. 1897.)

A natrium salicylicum és az antipyrin rendelésmódját illetőleg *Bricemoret* ellenzi a por alakban adagolást a gyomornyákhártyára való káros hatás miatt. Szerinte a salicylsavas natriumot legalább 20-szor annyi vízzel, az antipyrint pedig szénsavtartalmú italban kell adni. Igy a natrium salicylicum czélszerüen következőleg rendelhető: Rp. Natrii salicylici 6·0—8·0; Syr. cort. aurant. 60·0; Curacao 30·0; Aqu. destill. 100·0. D. S. Egy nap alatt elfogyasztandó; minden adag egy pohár szénsavas vízzel elegyítendő. Az antipyrin rendelésmódja pedig a következő lehet: Rp. Antipyrini 4·0; Natrii bicarbon. 2·0; Syr. simpl. 15·0; Aqu. destill. 45·0. M. D. S. Egy evőkanálnyit (megfelel 1 grammnak) bevenni és utána azonnal ugyancsak egy evőkanálnyit a következőből: Rp. Acidi citrici 2·0; Syr. citri 15·0; Aqu. destill. 50·0. (Wiener mediz. Presse, 1897. 52. sz.)

Golyváknál *Rosenberg* jodoform befecskendéseket alkalmazott jodoform 1·0, aether, ol. oliv. aa 7·0 oldatával. A befecskendést gyenge égető érzés követi, nagyobb zavarok nem lépnek fel, egyeseknél köhögés, gyorsan muló szédülés, émelygés. 30 esetében 13-szor a légzés tekintetében kielégítő eredményt, 13 esetben teljes gyógyulást ért el. A gyógyult esetek $1^1/_2$—2 évig ellenőrzés alatt álltak. (Verh. d. lar. Ges., Berlin. Bd. VII. 1897.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1898. február 10.

Az országos orvos-szövetségnek újabban következő fiókszövetségei alakultak meg: *Aradmegye:* elnök: Issekutz Károly; alelnökök: Institoris István és Csikay Ignácz; jegyző: Brück Gyula; pénztáros: Klein Béla; *Pozsony város:* elnök: Tauscher Béla; alelnök: Haiser Ernő; jegyzők: Bogsch Géza és Fürst Lajos; pénztáros: Vámossy István; *Szatmármegye:* elnök: Serly Gusztáv; alelnökök: Áldor Adolf és Lovrich Gyula; jegyzők: Aáron Sándor és Sternberg Géza; pénztáros: Somossi Ignácz; *Udvarhelymegye*: elnök: Szabady Ferencz.

* * *

A „Budapesti orvosok jogvédő-egyesületé“-nek elnöksége a következő körözvényt küldötte szét a budapesti orvosokhoz: *Igen tisztelt kartárs úr!* Az 1896. esztendőben alakult *„budapesti orvosok jogvédő-egyesületé“-nek czélja, az orvosok gazdasági érdekeinek megvédése,* ehhez képest az egyesület elvállalja a tagok orvosi ténykedéséből származó tiszteletdíj és kiadás követeléseinek az egyesületi ügyész útjáni behajtását. A tagok évi 3 korona tagdíjat fizetnek, mely szolgáltatás fejében az ügyészi iroda fentebb körülirt követeléseiket békés, ha kell peres úton olykép hajtja be, hogy az egyesületi tagot még az esetre is, ha a beperesített követelés behajthatlanná válik, *tehát legrosszabb esetben, csupán az ügyészi iroda részéről felmerült készkiadás terheli,* mig az ily esetekben nagyban felszaporodni szokott ügyvédi munkadíj végkép elesik. A behajtott követelések után, eddig egyesületi illeték czímén levonásba helyezett 10% az ügyész indítványára közgyülési határozattal *végkép töröltetvén,* a jövőben a behajtott követeléseknek csupán 1%-a s illetve 2% a, az is a *budapesti orvosi kör országos segélyegyletének* javára fog levonásba helyeztetni, úgy hogy tagtársainkat követeléseik behajtása körül jóformán semmi költség sem terhelendi.

Ezen, *külföldön egyébként már rég meghonosodott intézményünk gyakorlati voltát* mi sem bizonyitja jobban, mint azon körülmény, hogy a lefolyt esztendőben, *eltekintve a nagy számú békés elintézéstől,* az egyesületi ügyész *peres úton 2286 forintot hajtatott be 78 tételben.* Midőn még felemlitjük, hogy az ügyészi iroda mint eddig, úgy a jövőben is kivánatra a behajtáshoz szükségelt informatio megadása végett, nyomtatott űrlapokat bocsát a t. tag urak rendelkezésére, úgy hogy az ügyészi irodába való *időtrabló feljárás is szükségtelenné válik,* kérjük t. tagtárs urat, méltóztassék, a mennyiben tagjaink sorába óhajtana lépni, ebbeli szándékát a választmánynak való bejelentés czéljából dr. *Halmai Elemér* ügyvéd úrral (lakik: V., Arany János-utcza 9.), mint *egyesületi ügyésszel tudatni.* Budapest, 1898. február havában. Kartársi tisztelettel *Barbás József* dr. elnök, *Mihajlovits Miklós* dr. titkár.

A főváros egészsége. *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1898. január 23-dikától 1898. január 29-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 458 gyermek elhalt 243 személy, a születések tehát 215 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup —, roncsoló toroklob —, hökhurut 1, kanyaró 4, vörheny 1, himlő —, typhus abdominalis 5, gyermekágyi láz 2, influenza —, egyéb ragályos betegségek 2, agykérlob 16, agyvérömleny 7, rángások 10, szervi szívbaj 15, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 47, tüdőgümő és sorvadás 57, bélhurut és béllob 11, carcinomata et neoplasmata alia 13, méhrák 4, Bright-kór és veselob 6, angolkór 1, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 13, aszkór, aszály és sorvadás —, aggkór 11, erőszakos haláleset 9. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2370 beteg, szaporodás 761, csökkenés 714, maradt e hét végén ápolás alatt 2417. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1898. január 29-dikétől február 5-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 30 (meghalt 3), himlőben 1 (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 22 (meghalt —), vörhenyben 16 (meghalt 3), kanyaróban 54 (meghalt 1), roncsoló toroklobban és torokgyíkban 18 (meghalt 1), trachomában 11, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 15 (meghalt —), orbánczban 15 (meghalt —), gyermekágyi lázban 1 (meghalt 2).

— **Herz Ignácz** dr. járásorvos Lublón f. hó 1-jén ünnepelte működésének 30 éves jubileumát. Számos küldöttség kereste fel a jubilánst és este fényes banketet rendeztek tiszteletére.

△ **Bodor Károly** dr. kartársunk N.-Váradon f. hó 6-dikán tartotta orvosdoktorsága 30-dik, irói működése 40-dik évfordulójának jubilaeumát. Irók és kartársak számosan üdvözölték és tiszteletére banketet tartottak.

○ **Csákly János** vésztői községi és tiszteletbeli járásorvosnak a király a közegészségügy terén szerzett érdemei elismeréseül az arany érdemkeresztet adományozta.

△ **Tauscher Béla** dr. Pozsony város főorvosának ezen minőségben tett sok évi buzgó szolgálatai elismeréseül a király a királyi tanácsosi czímet díjmentesen adományozta.

△ **A budapesti önkéntes mentő-egyesület** segélyét 1898. január hóban 1057 esetben vették igénybe; fennállása óta pedig 90,824 esetben.

— **A budapesti Császár-fürdőben** 1898. január 1-től január 31-dikéig 27 személy lakott és 17,736 személy fürdött.

† **Elhunyt**: *Máltás Károly* dr., Selmeczbánya városának 40 éven át volt tiszti főorvosa, 1848—49-es honvédtiszt, f. hó 6-dikán rövid betegség után meghalt.

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.

Téli kúra rheumatikus bajok, köszvény, ischias stb. ellen **a Szt. Lukács-fürdőben Budapest.** A szállodák és fürdők egy épülettömböt képeznek. *Minden helyiség jól fütve van. Meghülés kizárva.* **Kénes iszapfürdő.** Külön fürdők. Douche-massage stb. Felvonó a vízben. Lift. *Lakás és teljes ellátás hetenként (közepes ár 25 frt).* Prospectust küld az igazgatóság.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület (V. rendes ülés 1898. február hó 5-dikén) 83. l. — Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete (V. rendes ülés 1897. október 15-dikén) 85. l. — Közkórházi orvostársulat (I. bemutató szakülés 1898. január 12-dikén) 86. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 86. l.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(V. rendes ülés 1898. évi február hó 5-dikén.)

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

Szemhéj és arczrák műtett esete.

Ifj. Siklóssy Gyula: Az egyén 69 éves, izr. vallású, saktersegéd Orosházáról, kinek mindkét szemhéját, a szem kötőhártyáját, a belső egyenes izom mentén az orbitalis kötőszövetet, az orr és arcz bőrét teljesen elfoglalta a felhám eredetű újképlet, mely 6 éven át nőtt. A műtét másfél évvel ezelőtt történt, 1896 augusztusában és az újképlet eltávolításában állott. A hiány plastikus úton pótoltatott egy 16 cm. hosszú és 6 cm. széles homloklebeny segélyével, melyet 60° alatt fordított le s varrt be a hiányba, direct az orrhát közepébe, az orrczimpa alsó határába, az arcz és a halánték bőrébe.

A lebeny teljesen fedte a — különben látó — szemet.

Másfél év mulva kis kölesnyi kiújulás az orrhát közepén; ennek eltávolítása nyujtott alkalmat a beteg bemutatására.

A lebeny terime-viszonyai ez idő szerint 10 cm.-nyi hosszúság (2/3-ad része az eredetinek) és 5 cm.-nyi szélesség (5/6-od része ugyanannak). A másodlagos anyaghiány 16 cm. helyett 10 cm. hosszúra és 6 cm. széles helyett 1½ cm. szélesre húzódott össze. Ily súlyos esetnél sem a beteg kora, sem az eltávolítandó (resp. pótlandó) terület nagysága, sem az a körülmény, hogy látószemet el kell zárnunk a használattól, nem szolgálhat akadályul.

Kétoldali primaer tonsillaris sanker esete.

Moskovitz Ignácz: A 32 éves férfi beteg néhány nap előtt azon panaszszal keresett fel, hogy 2 hó óta nyelésnél fájdalmai vannak. A torokba tekintve, mindkét tonsillán, azoknak egész felületét elfoglaló, kráterszerűen bemélyedő, tallérnagyságú fekélyek láthatók, melyek alapja piszkos, zöldes-szürkés lepedékkel fedett, szélei erősen infiltrálva, *porczkeménységet* mutattak.

Kétségtelen, hogy elsődleges tonsillaris sankerrel volt dolgom.

Ha nem is mondható az, hogy az extragenitalis infectiók különböző alakjai között ezen tonsillaris a legritkábbak közé tartozik, de áll az, hogy az infectio genesisének pontos megállapítása ezen formánál kelti a legnagyobb érdeklődést.

Tudjuk azt, hogy az extragenitalis infectio létrehozatalánál sokféle ok működhetik közre, t. i. evő- és ivó-eszközök, orvosi műszerek, borotva, fésű, szivacs, törlő stb. stb. Mindezen eszközök a test külső felületén létesülő infectiónak lehetnek okozói. Másképen áll azonban a dolog esetünknél.

Hogy az infectio genesisét magunknak megmagyarázhassuk, szükséges ismerni a tonsilláknak egy physiologikus sajátosságát, t. i. *felszívódási képességét idegen testek és bacteriumokkal szemben.* Nem az egész felülete a mandoláknak bir ezen képességgel, csupán a laza nyákhártyával kibélelt tüszők (laennák) birnak azzal.

Az így felszívódott idegen test vagy bacterium a nyirkutakon keresztül halad a nagyobb kötőszöveti ürök felé.

Mindezeket előrebocsátva, könnyen ki lesz magyarázható, miként létesült az infectio.

Betegünk előadja, hogy lakik vele egy férfi, ki azon időben, mikor beteg lett, syphilis ellen gyógykezelte magát. Ezen luetikus egyén szivarral kinálta meg a beteget, melyet azonban az már előzőleg szívott, illetőleg arra már előzőleg rágyujtott. Könnyen magyarázható ekkép, hogy az inficiált szivarról bacillusok jutottak a szájüregbe, honnét azok a tonsillákra jutottak, mit a duplicitás is igazol.

Elsődleges májadenocarcinomák egy esetének készítménye.

Winternitz M. Arnold: Bemutató egy kórboncztani készítményt demonstrál, mely egy 51 éves férfitől származik, kinél mult év decz. közepe táján icterus s májtáji fájdalmak kiséretében a májtompulat gyors megnövekedése mellett a jobb epigestrialis tájban egy nap-nap mellett gyorsan növekedő terimenagyobbodás jött létre, mely a hasfalakat ökölnyi területen gömbszerüleg előboltosítva, kifejezett fluctuatiót mutatott. A beteg 1898. január 10-dikén váratlanul elhalt. Sectiónál constatáltatott, hogy a hasűrben 1600 cm³ híg, folyós víz foglal helyet, a hasfalon át érezhető s fluctuáló tumor pedig a máj elülső felszinén a lig. susp. hepatis jobb oldala mellett ülő, gyermekökölnyi tumorgócz által van feltételezve, melynek vékony peritonealis boritéka tallérnyi területen czafatos szélű folytonossághiányt mutatott, melyen át ujjal a véresen beszűrődött, lágy tumorgöb állományába lehetett jutni.

Evidens volt, hogy a beteg eme lágy májbeli tumorgócz peritonealis boritékának megpukkadása folytán keletkezett hasűri vérzésnek lett áldozata. Ezen nagy megpukkadt góczon kivül a máj még számtalan, az egyes májacinusok mekkoraságát alig tulhaladó, egész diónyi nagyságú, rendkivül lágy, szürkés-pirosas színű, igen erősen vascularizált s csaknem szétfolyó tumorgöböktől behintett, melyek közül különösen a nagyobbak a szomszédos, igen erős localis icterus folytán olajzöldesen festenyzett májállomány felé rendkivül erősen, látszólag egy különálló ½ mm. vastag tok által vannak elhatárolva. Ezen nagyobb góczok rendkivüli dús vascularisatiók folytán szürkés-pirosas színűek, s oly lágyak voltak, hogy átmetszéskor azok pulposus állományának jó része a kés pengéjén tapadva maradt. A kisebb, fiatalabb góczok sem a dús vascularisatiót, sem az éles körülirottságot nem mutatták, s halványabb szürkés-sárga színűek voltak.

Epehólyag, epeutak teljesen szabadok, az egész szervezetben egy oly gócz, mely helyzetét, nagyságát, structuráját tekintve, elsődlegesnek lett volna tekinthető, nem találtatott; a jobb tüdőcsúcsbeli, tallérnyi, lágy s evidensen fiatalabb göb másodlagosnak tekintetett, annyival is inkább, mivel a portalis nyirkmirigyek már részben beszűrődve voltak. Szövettani vizsgálat, melyre a fiatal, apróbb góczocskák, különösen pedig a tüdőgócz mutatkozott alkalmasnak, kimutatta, hogy hámeredésü daganat, adenocarcinoma forog fenn. Érdekességet az esetnek anatomiai tekintetből ama körülmény ad, hogy ez esetben nem cirrhotikus májban keletkeztek az elsődleges májadenomák, mint a hogy az leggyakrabban történik, mely fajtát Hanot „cancer avec cirrhose" név alá foglalt össze, hanem egy cirrhosis nélküli elsődleges májadenocarcinoma ritkább esete forog fenn. Annak eldöntésére, vajjon a tumor a májsejtek, vagy kisebb epeutakból vette-e kiindulását, histologiai támpontot a készítmények nem nyujtottak.

Compressionalis bélobstructio egy ritka esete

Winternitz M. Arnold: Egy 17 éves fiúról referál, a ki recidivtyphussal feküdt a dologkórházban s kinél az utolsó 5 napon bélobstructio tünetei állottak fenn. Bonczolatnál a typhus-recidiva boncztani elváltozásai mellett előadó azt találta, hogy a gyomor rendkivüli módon ki van tágulva, s híg epés bennékkel ad maximum telve. A tágulat oly fokot ért, hogy a gyomor nagy hajlatának hossza 78 cm. s legmélyebb pontja 3 harántujjnyira volt a symph. felett. Az összes ileumkacsok a gyomortest súlya által a kismedencze fenekére voltak letolva. A gyomor felemelésekor meg lehetett győződni, hogy a gyomron kivül még a duodenum felső harántja, leható, és ez alsó harántja ága is azon ponton, hol az a mesenterium radixa alá tér, rendkivül tágulva s bennékkel ad maximum telődve van, az ezen túl, a gerinczoszlop előtt elhaladó részlet pedig, valamint a többi jejunum s ileumkacsok teljesen összeesve s üres állapotban vannak. Evidens volt, hogy az elzáródás helye a duodenum alsó harántja, a gerinczoszlop előtt s a radix mesenterii alatt elfutó részletének megfelelőleg, pontosan a gerinczoszlop előtt fekszik.

Okául a rendkivül tágult s telt gyomornak teljes súlyával a gerinczoszlop — mint kemény alap — előtt fekvő alsó horiz. duodenumrészletre való nehezedése volt tekinthető, melyhez még ama körülmény is szegődött, hogy a tágult gyomortest elől a kismedencze fenekére leszorított vékonybélkacsok megfeszülő mesenteriuma, különösen pedig a benne húrszerűleg megfeszülő arteria mesenterica superior is comprimálólag hatottak a szóban forgó bélrészletre.

Genersich Antal: A második esethez szól. Igaz, hogy előadó esetében a keringési akadály annak tulajdonítható, hogy a vékonybélnek azon része, mely a radix mesenteriin keresztül haladt, le volt nyomva és az art. mesaraica superior húrszerűleg ki volt feszítve felette. Megjegyzi, hogy a gyomor erős teltsége megakadályozza a további keringést, ha nem is mutatható ki pontosan. Ugyan szóló kisérleteket végzett, a gyomorba folyadékokat öntött be és egy idő mulva a gyomor nem bir több folyadékot felvenni és ha fokozzuk a beöntést, megszakad a gyomor vagy a belső bélrészletek. Néha ott van a fennakadás, a hol a nyomóbél a radix mesenteriin áthalad, de nem mindig, mert esetleg a vékonybél felső részében itt vagy amott akad meg és ritkaság, hogy a folyadék az anuson keresztül halad. Fennakadhat a vékonybél alsó harmadában is vagy még alább. E dolog fontos, mert szóló nem egyéninek tartja e tüneményt, hanem általánosnak és ritkák a kivételek, hogy 5 éven felüli kortól kezdve keresztül haladjon a folyadék. Ilyen keringési zavar bizonyára gyakori az életben, de ha valakinek teltségi érzete van a gyomrában, nem fog több folyadékot felvenni, mert különben megreped a gyomra. És hogy mégis oly ritka az átszakadás, annak oka, hogy rendes viszonyok között a gyomor kiveti magából a folyadékot és a közlekedés helyreáll; másfelől a vékonybelek is összehúzódnak ismét és a súlyos következmények kimaradnak. Ha spontan nem ürülne ki a gyomor, az orvosnak kötelessége a gyomortartalmat kibocsátani.

Pertik Ottó az adenomára kivánja a figyelmet felhivni. Volt alkalma régebben ilyen eseteket bemutatni, a melyekben cirrhosis volt jelen. Cirrhosisnál előfordulnak esetek, midőn az egyenetlen göbös felszinen szabad szemmel a kötőszövetben a májszövettől különböző halványabb, sárgás vagy szürkés-fehér szigetek láthatók, melyek górcsővileg a rákhoz állanak közel. A rák a májsejtekből indul ki olyan burjánzással, mely a májsejtekhez hasonló, de később máskép festődik, chromatinban gazdagabb. Szóló figyelemmel kisérte öket. 19 májrákesetet közölt, melyben az epeutakból indult ki a folyamat az elsődleges portalis kötőszövetből. Szoros kapocs, de elmosódott határ van a compensatorius májtúltengés, adenoma és rosszindulatú májrák között. Bonczolt

szóló esetet, melyben a felényire zsugorodott májnak lobus Spigeliije helyén volt kétökölnyi újonképződött májszövet. Az ilyen compensatorius túltengés gyakori. A májsejt structuráját megtartja, az egyes acinusok rendes nagyságúak, de néha negyedkrajczár nagyságúak. De az egyes acinusok között is képződnek új májsejtek. Hogy ilyen körülmények között a régi májsejtekből indul-e ki képződésük, nem mutathatjuk ki, de adatok vannak erre nézve, mert karyomitosis van jelen. De nem lehet tagadni, hogy a compensatorius túltengés a hozzáirányult igények fokozódásának helyt állani látszik; máskor vannak esetek, mikor nem egyes területek tengenek túl, hanem egyes góczok. A májszövet-újképződések különböző szakában borsónyi és nagyobb, tokkal körülvett góczok képződnek újdonképzett májsejtekkel. Ilyen módon képződött adenoma multiplex átmehet rákba: a francziák „cancer avec cirrhose“ esetei. A jelen esetben nincs cirrhosis. Nagy májszövetpusztulás nem mutatható ki.

Hertzka Imre a bemutató által felemlített második esethez fűzve kérdést intéz bemutatóhoz, hogy voltak-e a betegnél görcsök, mert szólónak volt egy esete, a milyenek Leube és mások által is leirattak, melyben nagy gyomortágulásnál tetaniaszerű görcsök léptek fel. Szólónak sikerült ezen esetben a gyomor-tartalom eltávolítása és a gyomor kiöblítése után a görcsöket megszüntetni.

Winternitz M. Arnold: Nincs tudomása az eset kórlefolyásáról. Ileustünetek voltak, a melyek miatt Székács főorvos a bonczolást elrendelte. Az arteria mesaraica megfeszítésére azért helyezett szóló súlyt, mert a telt gyomor felemelésével még nem szünt meg az obstructio. De Genersich tanár kisérleteiből kitünik, hogy sokszor e nélkül is létrejöhet obstructio.

Röntgen-sugaraknak a belgyógyászati kórjelzés terén való alkalmazásáról.

Áldor Lajos: (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük)

A tüdővész ellen való védekezés kérdése Magyarországon.

Farkas Jenő: Általános érvényű elméleti ismeretek adják meg az irányt a gümőkór ellen való védekezés kérdésében, épen úgy mint más közegészségügyi kérdésekben, de az intézkedések sikere attól függ, hogy azok a szükségletnek s különösen a közigazgatási és közgazdasági állapotoknak megfelelnek-e. Az előadó ebből a szempontból foglalkozik a tüdővész ellen való védekezés kérdésével Magyarországot illetőleg.

A tüdővész fertőző anyagának az állatokról az emberre való átvitele megakadályozása céljából kivánatosnak látja, hogy az 1893. évi II. t.-cz. mintájára, a mely a ragadós tüdőlob miatt kiirtott marhákért állami kárpotlást ad, hasonló rendelkezés történjék a gümőkóros állatokra vonatkozólag is, hogy igy ezek husa és teje a közhasználatból kitiltható legyen. Addig is szükségesnek tartja a városok közelében lévő nagyobb tejtermelő telepek kötelezését időnkénti diagnostikus Kochin-oltások végeztetésére és ezek alapján a gümőkóros tehenek kiselejtezésére. Figyelembe ajánlja az istállók hygienejének nagy fontosságát is.

Ennél még fontosabb és nehezebb kérdés a gümőkór emberről emberre való terjedésének megakadályozása. Előadó úgy véli ugyan, hogy a közvetlen fertőzés veszedelme jelenleg túlbecsültetik, de hogy az fenforog, az tagadhatatlan. A fertőzés ellen való rendszabályokat megnehezíti a betegek igen nagy száma, a betegség hosszú tartama és az, hogy a gümőkóros betegek betegségük nagyobb részében munkaképesek s igy minden szigorúbb rendszabály, mely őket foglalkozásuk ellátásában gátolja, vagy épen attól teljesen eltiltja, nagyon terhes reájuk nézve és igen nagy terhet rak a társadalom vállaira is, a melynek ily esetben nemcsak őket, de hozzátartozóikat is el kell tartania.

Figyelemre méltó az is, hogy bizonyos kiméletlenség van abban, hogy olyanokkal, a kik nincsenek ezzel tisztában, tudassuk, hogy gümőkórosok, mert a nagy közönség a gümőkórt gyógyíthatatlan betegségnek tartja, annyival inkább, mert rövid idő előtt, az első Kochin felfedezése idején, az újságczikkek a legkiválóbb szakemberek nyilatkozatait közölték, a melyek szerint a gümőkór *akkor* tuberculin nélkül gyógyíthatatlan volt.

A sanatoriumok szerepéről az előadó, hivatkozva az e tárgyról közelébb megjelent számos jeles munkára, röviden szól s figyelmeztet arra, hogy ezektől a fertőzés alkalmának jelentékeny csökkentését nem várhatni, mert nem remélhető, hogy annyi sanatorium épüljön, hogy azokban a betegek nagyobb része helyet találhasson.

A tüdővészre vonatkozó ismeretek-szétterjesztését az előadó kétélű fegyvernek tartja. Kellő alapismeretek hiányában a közönségben a közötte szétterjedt tanokból tudákosság sőt babona válik. A fertőzéstől való óvakodás mértéktelen rettegéssé fajúl. Máris mutatkoznak oly törekvésnek, a melyek a középkor lepra elleni intézkedései közé illenek.

A tanítás különben is csak egy bizonyos rétegig jut el, a legszegényebb néposztályokban nem terjed el, pedig a tüdővész ott pusztít a legjobban. Ezeket csak a sanatoriumokban, kórházakban, példa útján lehet megtanítani arra, hogy hogyan kell élnök, de e tanításnak csak akkor lehet eredménye, ha módjuk is van ilyen életmód követésére. Utal az előadó a magyarországi munkásnép lakási, táplálkozási viszonyaira, s szükségesnek látja mindenekelőtt az intéző körök felvilágosítását, hogy a tüdővész elleni sikeres védekezés első feltétele a gondoskodás arról, hogy a lakosság minél kiterjedtebb rétegei oly módon élhessenek, a mint az elkerülhetetlenül szükséges ahhoz, hogy ne képezzék a tüdővésznek valóságos tenyésztalaját.

Tárgyalja ezután a fertőzés megakadályozására ajánlott hatósági intézkedéseket: a köpet kezelését, fertőtlenitést. Ezeket csak a nagyobb városokban hiszi kivihetőknek. Kiemeli a lakásügy javításának fontosságát s utal arra, hogy Angliában is az általános közegészségügyi állapotok javulása következtében csökkent a gümőkór gyakorisága.

A tüdővész ellen való védekezés sikere a betegek és az egészségeseknek öntudatos és áldozatkész közreműködését teszi szükségessé.

A betegnek úgy kell berendeznie egész életét, hogy ne legyen fertőzés forrása a körülötte lévőkre nézve.

Az egészségeseknek magukra kell vállalniok azokat a nagy terheket, a miket a betegek gyógyítása, segélyezése, a hajlamosoknak a nekik megfelelő életmódhoz való segítése, a szegényebb néposztály életviszonyainak megjavítása igényel.

Ha a mai társadalom talán nem is képes *altruismus* olyan fokára, a mi ehhez szükséges, bizhatunk abban, hogy a jövő társadalma erre érett lesz.

Az orvos, a ki mint természetvizsgáló tudja, hogy az *evolutio* folyamata végetlen idők óta szakadatlanul tart, kell hogy meg legyen győződve arról, hogy ez az evolutio ma nincs bevégezve. Az orvosnak hinnie kell az emberi társadalom tovább fejlődésében, és ezt senki sem szolgálhatja jobban mint ő.

Korányi Frigyes: A tárgynak elsőrendű fontossága indítja szólót arra, hogy az előadásra reflectáljon, azonban úgy gondolja, röviden fogja azt tehetni. Nemcsak az előhaladott idő miatt, legkevésbbé e miatt, mert meg van győződve, hogy ilyen fontosságú kérdésnél az orvosegyesület engedelmet adna arra, hogy szóljon. Röviden szólhat azért, mert a mit előadó a tüdővész elleni védekezésről mondott, lényegében megegyezik azon elvekkel, melyeket ezen kérdésre vonatkozólag különböző helyeken és különböző alkalommal szóló kifejezett. Persze nem minden foglaltatik azon feliratban, melyet szóló a közegészségi tanács elé terjesztett és melyet a közegészségi tanács magáévá téve a minisiteriumhoz felterjesztett. Czélja volt alapelveket lefektetni azon bizalommal, hogy az alapelvek, ha elfogadtatnak, akkor maga a minister közegészségügyi hatósága által fogja az elveket kifejtetni, gyakorlati alakba öntetni és kivinni. Hanem le vannak téve szólónak azon legutolsó, de tán legelső munkájában, melyet 20 év előtt irt a tüdővészről. Ha jól értette szóló, előadó vele minden lényegesben megegyezik és azt hiszi, abban is, hogy valamely eljárás czélszerűségét, jelentőségét, indokoltságát egyáltalában nem alterálja az, ha annak kivitele közben abderitismusok vagy túlhajtások fordulnak elő. Még nincs 2 éve, hogy szóló a tüdővészelleni védekezés kérdését a nyilvánosság elé hozta, szabad mondania a nyilvánosság elé, mert a collegák és barátai, kiket tudományos tekintetben elvtársainak nevezhet, tudják, hogy van 15 éve, hogy ezen védekezési kérdésekkel szóló foglalkozik, csak nem találta időszerűnek, hogy a nyilvánosság elé lépjen vele, mert nem tartotta a közvéleményt elég érettnek, hogy ne kelljen attól félnie, hogy a részvétlenség megöli. Még akkor is, mikor szóló felszólalt, két aggodalma volt. Az egyik az, hogy nem lesz képes a kérdés azt a részvétet és érdekeltséget felkelteni, mely a siker biztosítéka. Erre vonatkozólag azt kell mondania, hogy a siker minden reményét felülmulta. Ez nem szóló érdeme, hanem onnan származik, hogy a kérdés fontossága napról napra jobban elismertetik. A másik aggodalma az volt, a mire az előadó is reámutatott, hogy túlzások a legjobb dolgot, a legátgondoltabb tervet és legczélszerűbb eljárásokat is megfojtják.

Az érdekeltségnek kellő megindokolása leginkább a ministeri kimutatásokban fekszik és e tekintetben épen ezen a helyen, itt az orvosegyesület keblében fontosnak tartja szóló a figyelmet ezen kimutatásokra terelni. Két év előtt reámutatott szóló, hogy az 1892-diki közegészségi kimutatásban a phthisis-halálozás kerek számban 45,000 volt, 1893-ban 46,000, 1894-ben 46,900, 1895-ben 53 ezer és néhány száz. Mikor szóló a sajtóban és a főrendiházban felszólalt, azt mondta, ez nem fejezi ki a teljes halálozást, ez csak bizonyos százaléka az igazinak. Mert 1895-ben 125,000 volt a ki nem mutatott halálokok száma, melyben azt lehetett mondani, ugyanazon százalékkal szerepel a tuberculosis, mint a kimutatott halálokok számában, azért szóló 60,000-re tette a tüdővészben elhaltak számát. Több oldalról hallotta, hogy számításai túlzások; és az 1896-diki kimutatásban a phthisis-esetek száma a 61,000-t meghaladta, de 93,000 a ki nem mutatott halálokok száma és miután a tüdővészben elhaltak száma 13%-a az összes halálozásoknak, ennek 13%-át még hozzáadva, bátran 74,000-re tehetjük a tüdővészben elhaltak számát Magyarországon. És ha azt az egészen alaposnak mutatkozó számitást veszszük, hogy 1/7 rész hal meg átlag évenként, most már szóló nem mint 1896-ban 400,000, hanem 500,000 betegre számit. Nem él szóló abban az illusióban, hogy 1894-ről 1895-re realis a nagy emelkedés, már 1892-ben többet mutattak volna ki, ha jól utána jártak volna. Azt azonban minden orvos, a ki a gyakorlat terén mozog, megmondhatja, hogy azt a benyomást kell kapnia, hogy a tüdővész terjed és pedig nemcsak nálunk, hanem Németországban, Skandináviában is. Nincs igy Angliában azon okoknál fogva, melyeket előadó felhozott. Tehát az érdeklődés nagyon indokolt.

Kérdés, hagyjuk-e platonikus kérdés gyanánt felemelkedni és lelohadni? Gondolja valaki, hogy a tüdővész nem fertőző betegség? Azt hiszi szóló, ez a kérdés már most túlhaladott. Gondolja valaki, hogy a fertőző betegség nem fog továbbterjedni és fertőzni? Úgy gondolja szóló, hogy orvosi gondolkodással és orvosi tapasztalattal erre sem fog senki igennel felelni. Ha fertőző betegség a phthisis és a fertőzet terjed, akkor nem követeltetik az, hogy azt, a mit tenni tudunk, legyen az sok,

legyen az kevés, teljes erővel ezen fertőzet terjedése ellen meg ne indítsuk.

Nagyon távol esik tőle, hogy a tanulságos és tömött előadásra megjegyzéseket tegyen, de egy felvetett pontjára csak megvilágítás gyanánt reflectál, melyben szóló és előadó egyetértenek. Épen szóló a phthisisről irt munkájában azt mondja, hogy a házasfelek közt „egy optikus csalódás“, hogy oly gyakorinak vétetik a phthisis, mert mindazon esetek felszinre hozatnak azért, mert régebben nem akarták hinni a fertőzés lehetőségét, de ismeri az érvelésnek gyenge oldalát. Először, hányszor tudjuk kimutatni, hogy a tuberculosus ember hol szerezte a fertőzést, miután a lappangási időszak határozatlan. Nem tudhatjuk, hogy évek előtt hol szedte fel és nem is tudjuk, ki volt a fertőző? Hiszen fele az embereknek tuberculosus, csakhogy a tuberculosis nem fejlődik ki phthisissé és az egyén mint egészséges szerepel. Ez is bizonyítja, hogy a fertőzés lehetősége olyan nagy, hogy ellene cselekedni kell: de kérdés, hogy mit? Az előadó egyetértőleg szólóval a dispositio kérdését állitotta előtérbe és ismételve reátért az ismert igazságra, hogy a közegészség és jólét javulása egyike a védekezési pontoknak, melyen a tüdővész megtörik. De nem ért egyet szóló előadóval, ha ő Beregmegyét olyannak ismeri, melyben megtalálható az a levegő, melyet mi a tüdővészeseknek keresünk. Meg a mezőn, de nem az utczán, a házban épen nem. Azt mondja előadó helyesen, hogy a vagyonosság, a czélszerű diaetai eljárás, a roborans életmód szintén gátja a tüdővész terjedésének. Igaz, hogy szegények között jobban terjed, de nem ismerünk-e mindannyian elég gazdag családokat, melyekben egyik a másik után roskad össze és az egész család 40—50 év alatt kipusztul? És nem mutathatunk-e reá, hogy Magyarország leggazdagabb vidékein, Heves, Jász-Nagy-Kún-Szolnok, Szeged, Temesvár, Bács, Csongrádban, a hol a legvagyonosabb népesség lakik, a tüdővész olyan pusztítást viszen végbe, mint a többi vármegyékben nem; talán Mosonmegye, ez a gazdag megye, az első a tüdővész halálozásban és ez sem a levegőnek, sem az életmódnak nem tulajdonítható. Hogy az életmód nem dönt, mutatja Liptómegye, a hol kisebb a halálozás, bár ezek sem pontos adatok. Minden kedvező körülmény daczára terjedhet a tüdővész; a sarokpont: *a védekezés az infectio ellen.* És ha a köpőcsészékben van a fertőző anyag is, ha a lakosság ezt nem könnyen fogadja el, abból nem az következik, hogy a köpőcsészéket hagyjuk el. És ha mindazon ellenkezéseket, ellenállásokat, melyeket a himlőoltás ellen felhoztak, tekintetbe vettük volna, hol állanánk a himlőoltás dolgában? De a helyett, hogy ezt az ellenállást védték volna, igyekeztek azt legyőzni és megszabadultunk olyan pusztításoktól, a minők azelőtt voltak. Hát a tuberculosis elleni védekezés ellen kifejtett ellenállásból azt következtessük, hogy ne tegyünk semmit? Az intézkedésekben elkövetett abderitismusok felsorolását szellemi pihentető pontnak elfogadja szóló, de irányitónak nem.

Hogy áll a dolog a sanatoriumok dolgában? Ki fogja azt úgy felállítani, hogy 500,000 beteg részére 30 millió költséggel és 7 millió évi fentartással létesittessenek. De ha ez fel is volna állítható, ez tisztán ki van lökve. Ez az a túlzás, a melytől szóló félt. Miért? mert egy oly betegséggel szemben, mely minden családban terjed, minden neveltséggel, neveletlenséggel összeköttetésben van, lehet-e ezt megakadályozni azzal, hogy bedugjuk a kórházba, az egyiket meg hagyjuk ott halni, a másikat kibocsátjuk ép oly oktalanul, mint a hogy felvettük? De 500,000, 50,000, 20,000, 10,000 beteget oktatni egyszerre nem lehet, még a katonaságot lépésekre tanítani is nagy dolog. Tisztában kell arra nézve lenni, hogy ez olyan actio, mely most kezdődik, nem betűszerint, mert Angliában 1814-ben kezdődött és a halálozás egy harmaddal leszállt, hanem Európa nagy területén csak most kezdődik. Szóló nem abban látja a súlypontot, hogy minden sanatoriumba 50—500 beteg vétessék fel; vétessék fel 20, de olyan, a ki lehetőleg meggyógyul és ott legyen addig, míg az elbánást megtanulja. De lehet, hogy 20 közül csak 5 tanulja meg, de a ki kimegy a maga családjába és ott terjeszti ez ismereteket. Ezen ismeretek terjedése civilisatio, mely az egész közegészségtannak veleje.

Hogyan feljődött oda a dolog, hogy most azt mondjuk, hogy a betegek száma csökkenésének jelentékeny részét képezik a javult közegészségi viszonyok? Ezek is lassan fejlődtek. Tessék visszaemlékezni, hogy a betegek a hidegtől úgy féltek, hogy éveken át kellett Hebrának irni, hogy a kataplasmák nélkül, a hideg víz alatt is lehet élni. Szólónak meggyőződése, hogy azon nehézségek okos, helyes számítás és következetes munka által elháríthatók. Ha az emberek a himlőtől, pestistől megszabadultak, úgy szóló a jövőben látja annak lehetőségét, hogy az emberiség a tuberculosistól megszabaduljon, olyan értelemben mint a pestistől. Nem egyezik meg szóló szerint az ember faji culturalis képességével, hogy mihelyt felismertük a baj fertőző voltát, ismerjük is az utakat, melyeken terjed, tudjuk mi hozza létre; még nem ismerjük ugyan a gümőbacillus minden hozzákötött tulajdonságait, ez akadálya lehet haladásunknak, de mihelyt ezeket ismerjük, rövid idő kérdése, mikor fejlődik ki ellene a védekezés. Előadó azt mondta, Angliában 1200 ágy áll rendelkezésre, bocsánat, 7000 ágy áll rendelkezésre. Előttünk vannak a civilizált Europa példái. Hónapról hónapra emelkedik új sanatorium és Németországban alig van város, melyben nem alapítanának ilyet. Hogy Magyarország ebben elmaradjon, ezt elképzelni szóló nem tudja. Hogy a belügyminister által adott pénz sok-e, kevés-e, nem lényeges. Ki van benne mutatva a szükség és a kétség. Szóló a kérdés jövője fölött nem aggódik, persze, ha 1600 a differentia a halálozásban 5 év alatt, akkor kivánatos, hogy minél előbb megindultjon és ehhez mindenekelőtt a collegák hozzájárulása kivántatik meg. Ha a collegák a maguk körében továbbfejtik és érvényre juttatni segítenek az eszmét, hamar létesülhet a tüdőbetegek sanatoriuma, hamarább mint másutt. Másutt sem ment könnyen. A bécsi már áll, de Schrötter 11 évig agitált mellette. Ezek az elvek mindnyájunk előtt tisztázottak, az irány ki van tűzve, és ha mi orvosok a mi hatáskörünkben kifejtjük mindazon befolyást, melyet kifejthetünk, akkor Magyarországon, melynek népessége közt nagyobb a veszély mint egyebütt, áldásdús ügyet hozunk létre.

(A vita folytatása a jövő ülésre marad.)

Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

(V. rendes ülés 1897. október 15-dikén.)

Elnök: **Navratil Imre**; titkár: **Polyák Lajos.**

Deviatio et crista spina nasi.

Navratil Imre: A beteg 17 éves, könyvelő, orra már kis korától fogva ferde növésű és baloldalt rosszul szelelt; 3—4 év óta baloldalt egyáltalán nem kap levegőt. Utóbbi időben állandóan náthás, nyitott szájjal alszik.

Az orr külsőleg is ferde. A csontos rész bal felé, a porczos rész jobb felé görbült. Az orrbejárat mindkét oldalt szabad, azonban baloldalt az alsó orrjárat a bejárattól számított 5 mm.-nyi magasságban teljesen megszűkül a porczos orrsövénynek félgömbalakban való kidomborodása által, mely oly nagyfokú, hogy a porczos orrsövény érintkezik az orrszárny belső felületével; egy gombos sonda kis feje csak az orrüreg fenekén jut át nagy nehezen a szűkületen. A jobb alsó orrjárat a csontos sövényig kiöblösödött. A choanák szabadok; idült garat- és gégehurut. A beteg éjjel nyitott szájjal alszik.

Műtét 1897. október 5-dikén chloroform-narcosisban. A bal orrüreg egy az orrcsontokig terjedő paramedian metszéssel (ollóval) meg lett nyitva. Ekkor kitünt, hogy a sövény nemcsak elhajlik, hanem a csontos sövény határán éles porczos léczczel is bir, mely odafekszik az orr bal oldalfalához. A nyákhártya és perichondrium harántbemetszés után raspatoriummal letolattak és a lécz, úgyszintén az elgörbült sövény egy része resectio útján eltávolíttatott. Vérzés ellen tamponade. Seb egyesités csomós öltésekkel. Gyógyulás per primam. Fonalak eltávolítása október 7-dikén. Akkor az első tampon kicseréltetett. Az orr bal fele levegő számára teljesen átjárható.

Azóta a beteg állapota teljesen jó, saját alvás közben is csukva tartja. Gége-garathurut visszafejlődőben.

Baumgarten. A mult ülésen bemutatott hasonló eset kapcsán már mindnyájan jeleztük álláspontunkat és én ez alkalommal is arra hívom fel a figyelmet, hogy még oly esetekben is, a midőn a spina oly nagy, hogy összenő az alsó kagylóval, még akkor is sikerül intranasal műtéttel az orrt szabaddá tenni.

Polypus laryngis.

Navratil Imre: T. M. 48 éves napszámos 3 év óta rekedt. Rekedtsége utóbbi időben fokozódott, sőt néha fuladási rohamai is voltak.

Jól fejlett és táplált férfi ép mellkasi szervekkel. Orr, száj, garat feltünő változásokat nem mutatnak. A mellső commissura alatt egy majdnem szilvanagyságú, két lebenyű, halavány szürkés-vörös, csúcsán kissé lepedékes, széles kocsányon ülő, minden kilégzésnél a jobb hangszalag felé vetődő, belégzésnél a gégeűrbe húzódó daganat, mely a hangrés nagy részét elfoglalja. Rekedt hang, jelenleg nyugodt légzés. A hangszalagok belöveltek, mozgásuk szabad.

Ez esetben ritka nagyságú, de jóindulatú polypust kell felvennünk. Vajjon az fibroma vagy nyálkahártya habarcz-e, azt az eltávolítás után lehet majd megállapitani. Előadó inkább nyákhabarcznak tartja; az eltávolitást ez esetben szerinte czélszerübb lenne laryngofissio útján végezni, mert csak igy lehet a commissura alatt ülő daganatot gyorsan és teljesen kiirtani.

Baumgarten. Ily nagy álképletet intralaryngealis úton aligha lehet eltávolitani és igy teljesen osztom az előadó nézetét, azon megjegyzéssel, hogy előnyt adnék a transversalis megnyitásnak a laryngofissio felett, mert közelebb és jobban lehet általa ez esetben a tumorhoz hozzáférni.

Polyák. Szabadjon mindenekelőtt a daganat kinézésére tenni megjegyzést. Én úgy láttam, hogy ezen nagy daganat, mely kocsányon ül és szabadon mozog, egyenetlen felületü, apró dudorokkal és bő genynyel borított; a daganat csúcsán egy babnyi, felhányt szélü mély fekély van, mely alapján szennyes törmelékkel fedett. Nem gondolnám, hogy ezen daganat egyszerü polyp, tehát túltengett nyákhártya, hanem azt vagy fertőzéses granulomának, valószinüleg tuberculomának, vagy malignus újképletnek tekintem; ez utóbbi ellen szól ugyan a hangajkak rendes motilitása és látszólag intact volta. A bántalom természetének ilyen felfogása mellett tartom én is indicáltnak az extralaryngealis műtétet.

Paunz. Nem osztom Polyák kartárs úr nézetét, mintha ez malignus újképlet volna, már a tükörrel való inspectio is ellene szól ennek. Az ott látható felhámfoszlás a légzőmozgások folytán beálló flottirozás következménye.

Zwillinger. Jóindulatú újképletnek, oedematosus fibromának tartom. A per os műtétet, mint általánosan elfogadott eljárást ezen esetben, mivel az oedemás fibroma nagy, úgy hogy körülbelül a határán áll annak, hogy gondolni lehetne laryngofissióra, kevésbbé tartom alkalmasnak, mint a laryngofissiót.

Navratil. A diagnosist illetőleg majd a kürtás után fogok nyilatkozni. Hangoztatásnál ballottirozást én is veszek rajta észre és daczára annak, hogy széles alapon ül, az alapszövet nincs megtámadva, így tehát nem valószinű, hogy rosszindulatú tumor volna.

Az orbita felé domborodó rostasejt empyema.

Baumgarten Egmont: A 12 éves beteg ezelőtt két esztendővel vörhenyt állott ki s körülbelül egy év óta a bal mellső felső szemzúgban egy fájdalmas kiemelkedő terimenagyobbodást vesz észre. Szili tanár volt oly kegyes nekem ezen esetét szemklinikájáról átküldeni, mivel ezen bántalom eredetét valamely orrbajban sejtette.

A bal szemüregben, a könycsontocskának megfelelőleg egy borsónyi dag volt észlelhető, mely felett a bőr pirosan elszínesedett, érintésre a daganat érzékeny s hosszabb vizsgálat után a fluctuatio tüneteit véltem észlelni.

A bal orrüregben, mely a jobbhoz viszonyitva valamivel tágasabb, látható a középső kagyló mellső vége rendes nyálkahártyával fedve, azonban a csont körülbelül háromszorosan megnagyobbodott. Én a csontnak ezen hólyagos túltengését azonnal megnyitottam s a kemény csontlap egy részének eltávolitása után egy üregbe jutottam, mely sarjadzásokkal és genynyel volt tele. Az üregnek megtisztogatása után sondával képes vagyok egy bizonyos járaton keresztül annak mellső, külső és felső részébe jutni. Midőn én a daganatot az orbitában nyomást gyakoroltam, észrevettem, hogy a fentemlitett járaton vastag tejfelszerű geny folyt az üregbe és így lassan sikerült a szemüregben levő daganatot teljesen kinyomni.

Az üreg tágitva lett és nyitva tartatik, a kis beteg maga tudja magának naponta a genyet kinyomni s most 3 hó mulva oly kevés a váladék, hogy az elődomborodás csak akkor mutatkozik, ha 2—3 napon át szünetel a kinyomás.

Nálunk hazánkban *nyilt* empyemák a rostacsontban gyakoriak, *zártak* kevésbbé, a szemüreg felé való áttörés pedig felette ritka (Amerikában és Angliában gyakoriabbak), miként én ezt már egy előbbi előadásomban hangoztattam is; még a szemorvosoknak is csak ritkán van alkalmuk ezt látni. Mellküregek empyemái a gyermekkorban hasonlókép ritkán és elvétve fordulnak elő vörheny, influenza s más hasonló betegségek folyományaképp.

Orrsövény-resectio.

Polyák Lajos: A készitmény, melyet itt bemutatni szerencsém van, egy 40 éves férfibetegtől származik, kinél az orrsövénynek cristás deviatiója a bal orrfél teljes eldugulására vezetett. A crista csúcsa teljesen neki feküdt az orrszárnynak, mély barázdát szoritva be az alsó kagyló testébe. A műtétet cocain érzéstelenités mellett végeztem. Először hegyes végű fürészt kellett használnom, mivel magát azt az utat, a melyen át a fürészt a sövényre illeszthettem, is forcirozni kellett, úgyszintén a helyi viszonyok folytán a szokottól kissé eltérőleg alólról felfelé kellett végezni a fürészműtétet. A teljes lefürészelés után ezen eltávolitott rész, mely 2½ cm. hosszú és 1 cm. magas, még annyira be volt ékelve az orrjáratba, hogy azt csak nagy erőkifejtés mellett lehetett fogóval, idegen test módjára extrahálni.

A mint a készitményen látszik, a crista nem csupán porczos, hanem jó részt csontos volt. A műtét után tampon csak 24 óráig feküdt az orrban. Ma a 7-dik napon a sebgyógyulás már nagyon előhaladt, az orr jól szelel.

Közkórházi orvostársulat.

(I. bemutató szakülés 1898. január 12-dikén.)

Elnök: **Rózsaffy Alajos**; jegyző: **Terray Pál.**

(Vége.)

Diphtheria cutis esete.

Gerlóczy Zsigmond: Diphtheria, mint heveny fertőző betegség, ismert tüneteivel a garat, orr és gége képletein jelentkezik és ritkább esetekben többnyire a beteg autoinfectiója folytán mint átterjedő folyamat a szem kötőhártyáján, a vulva és penis nyákhártyáján, bármely külső ok folytán sérült bőrfelületen is észlelhető. Elsődlegesen a garat, orr és gége nyákhártyáin kivül egyéb nyákhártyafelületeken, vagy a bőrön csak szerfelett ritkán van alkalmunk diphtheriát észlelni. Egy ily ritka esetet van szerencsém a tisztelt társulatnak bemutatni.

Az egy éves fiucska 1897. november hó 29-dikén a Stefánia-kórházból diphtheritis cutisnak bacteriologikus alapon is megállapított diagnosisával került a Szt. László-kórházba. Anyja elmondása szerint a gyermeknek torokbaja nem volt; 3 hét óta beteg, a mikor is bal czombhajlásában apró hólyagcsás kiütése támadt; pár nap mulva a hólyagocskák felpattantak és helyükön fekély támadt, mely rohamosan terjedt s ez okból anyja a Stefánia-gyermekkórház ambulantiájára vitte gyermekét. Ott a fekély diphtheriás külleme arra indította a rendelő orvost, hogy a fekély felületéről bacteriologikus vizsgálat czéljából oltást eszközöljön. Az oltás Loeffler-féle bacillusra positiv eredményt adván, a gyermeket kórházi felvételre a szt. László-kórházba utasították.

Jelen állapot a felvételnél:

A bal inguinalis tájékon egy ovalis, mandulanagyságú fekély látható, melynek alapja és szélei, valamint környezete piszkos-szürkésfehér diphtheria lepedékkel van fedve. Garat- és ornyákhártya épek, normalisak. Torok-diphtheriának semmi tünete. A fekélyről levett váladékból Loeffler-féle vérsavóba oltva, mi is diphtheriára positiv bacteriologikus eredményt kaptunk.

Ellenben a torokból vett és ismételt oltások diphtheriára negativ eredményüek voltak.

A gyermeket ezek alapján mindjárt felvétele napján 1500 egység Roux-féle serummal oltottuk be s miután harmadnap a fekély változást alig mutatott, deczember 1-jén újból 1500 egység serumot kapott.

Hogy a serumnak hatását láthassam, a fekélyt semminemű desinficiens folyadékkal avagy antiseptikus kötéssel nem kezeltem, sőt egyenesen a sebészet legelemibb követelései ellenére egyszerűen vízbemártott compressel borítottam be, ezt is csak azért, hogy a nedvező fekélyre ne tapadjon rá a gyermek inge vagy takarója.

Deczember 2-dikán a fekély kevéssel tisztább, de terjedelme változatlan s deczember 5-dikén már teljesen feltisztult és sarjadzó felületnek adott helyet. Ettől fogva a sarjadzás gyorsan haladt előre, úgy hogy mintegy két hót mulva már lapissal kellett érintenünk a túlságosan sarjadzó sebfelületet. Időközben a bal mellkas félen, a serum-injectio helyén abscessus fejlődött, melyet deczember 12-dikén megnyitottunk. A gyermeket január hó 6-dikán teljesen gyógyulva bocsátottuk ki a kórházból.

Az esetet érdemesnek tartottam bemutatásra egyrészről azért, mert primaer diphtheritis cutis igen ritkán előforduló alakja a diphtheriának; másrészről mert fényesen bizonyítja a serum gyógyító hatását.

Strictura recti syphilitica.

Pálka Géza: A végbél-sphincter tájéka nagyon beszűrődött, merev, rugalmasságát elvesztette, kifekélyesedett és szűkült. Nem annyira ezen strictura miatt, mint a végbélnyilást koszorú alakban körülvevő hatalmas (elephantiastikus) növedékek miatt mutatja be, melyek épen úgy kisérhetik a gonorrhoeás, mint a luetikus végbél-stricturákat és a melyeket néha rendkivül nehéz egymástól elkülöníteni. A baja úgy kezdődött, hogy két évvel ezelőtt a végbélnyilásban — állítólag nehéz szülés után — egy fekélye támadt, majd kis csomók, melyek azóta folyton szaporodtak és növekedtek. A végbélben, daczára a többszörös vizsgálatnak, gonococcust nem találtunk. A diagnosis tehát valószinűségi. Megjegyzendő, hogy úgy syphilitikus, mint gonorrhoeás fekélyesedő folyamatoknál még ezeknél is sokkal nagyobb, mogyorónyi egész diónyi elephantiastikus hypertrophiák észlelhetők. Az antiluetikus kura — 20 bedörzsölés à 3 grm. és helybelileg empl. hydrargyri — a növedékek tetemes megkisebbedését okozta.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Az eucasinról tartott előadást *H. Weiss* a „Wiener medicinischer Club“ deczember 15-diki ülésén. Az eucasin tejből előállított fehérjekészitmény, melynek tápláló értéke rendkivül nagy (95·65% fehérje). A készitmény nagyon könnyen felszivódik és nem bomlik, a mi minden esetre nagy előny a könnyen bomló és így káros termékek képződéséhez vezető húskészitményekkel szemben. A régebbi eucasinnak kellemetlen szaga volt, az újabb készitménynek azonban alig van szaga; különösen szivesen veszik a betegek az eucasinból készült cakes-eket, melyek olyan izűek, mint a közönséges theasütemény. Előadó Schrötter tanár klinikáján 79 betegnél használta az eucasint; valamennyi esetben súlynövekedés mutatkozott. Az eucasin az étvágyat nem zavarta, a gyomor-bélcsatorna nyákhártyájára izgató hatással nem volt. Végbélen át táplálásra is jó eredménynyel használható. Minthogy a készitmény tejcaseinból áll, nucleinokat tehát nem tartalmaz, a húgycsőképződést csökkenti; ennélfogva húgysavas diathesisnél, rheumatismusnál stb is sikerrel járhat használata. Olcsósága miatt az eucasin a szegénygyakorlatban is alkalmazható. Az adag 3—4 kávéskanálnyi naponként; legczélszerűbben nyákos levesben, meleg tejben, chokolade-ban adható; hideg folyadékokban kevésbbé szivesen veszik a betegek. Végül még megjegyzi előadó, hogy az eucasin a gyomorban a sósav-secretiót is fokozza.

Hypertrophikus májcirrhosis egy esetét ismertette *Ewald* a „Berliner medicinische Gesellschaft“ 1897. deczember 1-én tartott ülésén. Az illető férfiú 1894-ben betegedett meg hirtelen, typhusra vagy malaria larvata-ra utaló tünetekkel; a lép azonban nem volt nagyobb, a máj azonban igen. A beteg lassanként meggyógyult, mája azonban nagyobb maradt, sőt még nagyobb lett. Lépdaganat ekkor sem volt, icterus, ascites szintén hiányoztak. A diagnosis ekkor még májcirrhosis és májdaganat között ingadozott. Az egészségi állapot e mellett eléggé kielégitő volt. Az elmult nyáron vérhányás és véres székelés állott be, a minek folytán most már a májcirrhosis diagnosisában állapodtak meg. Néhány hónap mulva a vérzés ismétlődött, a mi halálos kimenetelhez vezetett. Bonczoláskor csakugyan hypertrophikus májcirrhosist találtak; az oesophagusban varicosus véredénytágulatok voltak, melyek egyike megrepedt. A pangási tünetek tehát ezen esetben a vena portae és oesophagus-venák közötti anastomosisok miatt nem jöttek létre. A cirrhosis aetiologiája ezen esetben homályos; sem alkohol, sem syphilis, sem malaria nem szerepeltek létrehozásában.

Az előadáshoz fűződött eszmecserében *Rothmann* egy 3 év óta kezelése alatt álló betegét emliti, a kinél szintén hypertrophikus cirrhosis van jelen és a kinél a 2 év óta fennállott tetemes ascites pneumonia átállása után eltünt.

Negyvenkettedik évfolyam. 8. szám. *Budapest, 1898. február 20.*

ORVOSI HETILAP.

KIR. MAGYAR TUD. EGYETEMI II. 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.

Ifj. Siklóssy Gyula dr.: A subconjunctivalis sublimatinjectiókról és a heveny takáros kötőhártyagyuladásról. 87. l.

Kossa Gyula dr.: A morphin kimutatása hullákban. 88. l.

Purjesz Zsigmond tnr.: A serumtherapia kritikája. 90. l.

Tárcza. *Hőgyes Endre* tnr.: A budapesti Pasteur-intézet működésének rövid ismertetése az 1897-dik évben. 93. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés.* Dr. *Georg Rosenfeld:* Die Diagnostik innerer Krankheiten mittels Röntgenstrahlen. 93. l. — *Lapszemle. Barlow* dr.: A heveny gonorrhoea gyógyítása protargollal 94. l.

Hetiszemle és vegyesek. A közoktatásügyminister nyilatkozata a felsőbb oktatás némely kérdéséről. — A főváros egészsége. — *Konrád Márk* és *Hertzka Imre* kitüntetése. — Herczel dr. — Kuthy Dezső dr. — Szt. Lukács-fürdő. 94 l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Melléklet: Szemészet 1. száma.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A subconjunctivalis sublimatinjectiókról és a heveny takáros kötőhártyagyuladásról.

Ifj. Siklóssy Gyula dr. kórházi rendelő főorvostól.

A szem külső hártyáinak megbetegedései között a legsúlyosabb, mert következményeiben végzetes lehet, a heveny takáros kötőhártyagyuladás. Genetice ez a betegség neve. Sajnos, hogy a nomenclaturában a gonorrhoeát még nem választják el teljesen a blennorrhoeától, sőt Neissernek 1889-ben tett felfedezése után 8—10 évvel kiadott tankönyvekben a gonorrhoea, melyet minden esetben a Neisser-féle coccus okoz, nincs elkülönítve attól a kóralaktól, mely egyéb pathogen microorganismussal, főleg a Löfler- és Fränkel féle coccussal, valamint a streptococcussal történt fertőzés következtében áll elő. Valamint nem különítjük el elég szigorúan az újszülöttek ophthalmogonorrhoeájától azt a chemikus hurutot, melyet a magzatvíz okoz vagy azt az ophthalmiát, mely újszülötteknél nem megy ritkaság számba.

Neisser felfedezése előtt jogos volt a blennorrhoea diagnosisa: egyedüli tünet, melyből ezt felállíthattuk, a genyfolyás megindulása volt. Igaz ugyan, hogy a szemorvosok abban az időben is felismerték a gonorrhoeát, mely a nemi szervek takáros kifolyásával történt fertőzésre állott elő: nem a külső jelekből (melyek alá a szemhéj vizenyőjét, a kötőhártya duzzadását, beöveltségét, ciliaris injectiót és chemosist és sánczszerű emelkedést sorozom), hanem a lefolyás minéműségéből. A genyfolyás sajátos megindulása, annak besűrűdése, majd elapadása, továbbá a szarúhártyai szövődmények bekövetkezése tették kétségtelenné a betegség takáros eredetét. Sokszor megesett azonban, hogy a diagnosis felállításában való késlekedés vészt hozott a szemre nézve. Mert az első symptomák megjelenésekor, mikor még nem tudjuk, hogy egy igen nagy ophthalmiával vagy conjunctivitis infectiosával vagy pedig egy ophthalmogonorrhoeával van dolgunk, nem lehet oly erélyesen fellépnünk, mintha ezt az utóbbi diagnosist feltétlen biztossággal rögtön megállapítottuk.

E biztossághoz pedig egyedül a Neisser-féle coccus keresésével, resp. kimutatásával juthatunk el. Ez a fedőlemez-készítmény segélyével oly csekély fáradtságot s rövid időt veszen igénybe, hogy azokkal a nagy előnyökkel szemben, melyeket a betegség takáros eredetének kimutatásával magunknak, a betegnek s a környezetnek nyujtani képesek vagyunk, ez számításba sem jön.

A Neisser-féle coccus kimutatásának szükséges voltát én nem hangsúlyoznám, ha nem láttam volna Prof. H. Cohnnak nagy horderejű statistikájából, hogy mily ritkaság számba megy az, ha valamely szemorvos magán- vagy kórházi gyakorlatában ezt megteszi, ezt feljegyzi s mikor tisztán tudományos czélzattal kérik tőle, az így nyert adatokat a gyüjtőnek rendelkezésére bocsátja. Mert nem képzelem, hogy az a 104 szemorvos, a ki 302,971 szembeteget kezelt az 1895-dik évben, s a ki ezt megirta H. Cohnnak (az ő kérdésére), ne adta volna át neki egytől egyig azokat az adatokat is, melyek azt mutatták volna, hogy az 1938 esetben, melyben blenn. neonatorumot állapítottak meg, hányszor találtak gonococcust a váladékban.

Feltehető tehát, hogy valahányszor a váladékot megvizsgálták arra, vajjon van-e benne gonococcus, ezt meg is irták H. Cohnnak, a ki épen ezeket az adatokat gyüjtötte legszorgalmasabban. 1938 ophthalmo-blennorrhoea közül pedig csak 486-ról irja azt H. Cohn, hogy a váladék gonococcusra megvizsgáltatott és pedig 293-szor tényleges eredménynyel, míg 193 esetben a vizsgálás negativ eredménynyel járt. Ez utóbbi tétel teljesen hamis. Hogyan lehetséges akkor kétféle genyfolyásos kötőhártyagyuladást, azt, melynél a genyben van Neisser-féle coccus és azt, melynél az a genyben hiányzik, egy kalap alá foglalni? Hogyan lehetséges a Crédé-féle vagy a Küssner-féle eljárásról itéletet mondani? Hiszen így igazságos itélet hozása, de biztos diagnosis felállítása is lehetetlen.

Távolról sincs szándékomban, hogy H. Cohn nagy horderejű munkájának értékét csökkenteni kivánjam ezzel a megjegyzésemmel, sem pedig azzal, a mit még tenni szándékom. Vonatkozik ez pedig annak a kijelentésére, hogy a szemészetben a a heveny takáros megbetegedéseknél nem úgy áll a dolog a Neisser-coccussal, mint a női vagy a férfi nemiszervek takáros bántalmainál. Egy urethritis, melynél Neisser-féle coccust találunk, mindig gonorrhoeás eredetre mutat, de ha az hiányzik, abból nem következtethetünk az ellenkezőre. Épen így vagyunk egy para-, vagy perimetritissel stb. Csakhogy a heveny kötőhártya-takárnál, mely segélyünket igényli, mindig jelen van a Neisser-féle coccus; annak még nem volt ideje eltünnie, kivesznie, úgy, hogy ha van ophtholmo-gonorrhoea, mindig találunk gonococcust, és ha találunk gonococcust, úgy a betegség gonorrhoea.

A mint említettem, a fedőlemez-készítmény a gyakorlati élet czéljaira teljesen elégséges és teljesen megbizható. Ezt a kijelentést Neisser tette 1896-ban s én annak igen nagy jelentőséget tulajdonitok. Ugyanis a tiszta tenyésztés akkora fáradsággal jár, oly nagy laboratoriumi berendezést és készültséget

igényel, hogy egy erre vonatkozó kívánalmat jogosan mint kivihetetlent kellene a gyakorló orvosnak visszavetnie.

Hogy áll a dolog az állat-kisérletekkel? Tudjuk, hogy egyáltalán az volt a hit, hogy az állatok a gonococcussali fertőzésre immunisok, s hogy az ember a kankót privilégizálta magának. (M. Sée.) Minden oly irányú kisérlet, hogy bármiféle állatra kankót vigyünk át, meghiusult. Okát ennek abban véltük lenni, hogy az állatok hőmérséke magasabb, s ezt a gonococcus el nem tűri. Azonban Heller tavaly egy genialis ötletével jelentékeny felfedezéshez jutott, t. i. újszülött házinyulak kötőhártyájára oltott Neisser-féle coccust s kisérletei kivétel nélkül sikerültek. Azt hiszem e felfedezés horderejét nem szükséges fejtegetnem. Megnyitotta előttünk azt az utat, melyen át a takáros kötőhártya gyuladás patholog-anatomiáját tanulmányozhatjuk, de meg egyersmind azt is, melyen át a virus lefokozásához, a toxinok előállításához, a védő és a gyógyító oltásokhoz juthatunk el.

Nem foglalkozom annak az eszmének fejtegetésével sem, melynek gyakorlati kivételét mindez ideig a helyi viszonyok gátolták, értem a Neisser-féle coccusnak mesterségesen lenyomott hőmérsékű házi állatokra való kisérleti átoltását. Tudjuk, hogy antipyretikus szerekkel képesek vagyunk 30°-ra sőt még lejebb is lenyomni pl. a házinyúl hőmérsékét, legalább a budapesti tudományos egyetem gyógyszertani intézetében Bókay tanár vezetése alatt végzett ilyen kisérletek teljes eredményhez vezettek. Ha sikerülnek ezek az oltások s a felnőtt kutya, házinyúl stb. ophthalmo-gonorrhoeáját tanulmányozhatom, akkor már csak néhány lépés a kisérletileg előidézhető betegség fokozása, csökkentése s ugyanarra az útra való jutás, melyen Heller is megindult. Míg ellenben, ha a kisérletek negative ütnek ki, akkor meg van az a hasznunk, hogy kimondhatjuk, miszerint a gonococcus Neisseri iránt az állatok nem a hőmérséki viszonyok miatt refractaerek.

Félek, hogy olyan térre megyek át, mely messze elvezet tulajdonképeni tárgyamtól, mely nem egyéb, mint hangsúlyozása annak a jó hatásnak, mely a sublimatnak a conjunctiva alá való fecskendését követi a heveny takáros kötőhártyagyuladásnál. E befecskendezések semmiképen sem teszik nélkülözhetetlenekké a jeges borogatásokat, sem a légenysavas ezüsttel való étetést, mégis a kezelésnek, főleg cornealis complicatio eseteiben, elengedhetetlen postulatumait képezik.

A subconjunctivalis injectiók kérdésével 5 esztendeje foglalkozom. Részt vettem 1892/93-ban, mint Dufour professor assistense, azokban a kisérleti befecskendezésekben, melyeket ő mind nagyobb és nagyobb lelkesedéssel adott betegeinek a lausannei szemklinikán. Hozzávetőlegesen mondhatom, hogy legalább száz befecskendezésnek voltam ez idő alatt tanuja. A befecskendezéseket legmkább iritis, keratitis parenchymatosa, hyalitis, myopia excessiva és chorioiditis eseteiben tartottuk indicáltaknak. A limbushoz nem messze fecskendeztünk be 1 : 1500 = 1 : 2000 oldatból egy osztályrészuyit.

1893. augusztustól 1894. juniusáig a Rókus-kórház szemosztályán végeztem 135 esetben subconjunctivalis injectiókat. Ezekről a Magyar Orvosi Archivum 1894. év október és deczemberi számában számoltam be. A 135 esetnél 504 befecskendezést adtunk, egynél átlag 3—4-et. Az anyag gazdagsága, melyen megfigyeléseimet folytathattam, megengedte, hogy a legkülönfélébb eseteken próbálkozzam azokkal. Nem is maradt a hazai és külföldi szerzők ajánlotta indicatiók közül egy sem megkisérletlenül. Ezen a 135 eseten végzett 504 befecskendezéssel kisérleteimet e téren befejeztem s később már csak azoknál az eseteknél alkalmaztam, melyekben a subconjunctivalis sublimatinjectiókat therapiánkra nézve nyereségnek tekinthettem.

Nem akarom felsorolni mindazokat a diagnosisokat, melyeknél (2—3—6—8 esetben) az eddig szokásos kezeléssel elérhető eredménynél jobbat nem tudtam felmutatni. Csak arra akarok röviden kiterjeszkedni, hogy 1894 közepe óta sublimatinjectiókat adok heveny gonorrhoeánál, ha cornealis complicatio áll fenn vagy pedig, ha olyan rosszindulatú alakkal állok szemben (és nincs is még jelen szemhártyai complicatio), melynél ez semmi szin alatt ki nem marad, s a melynél a szervezet igen renyhén reagál az igen virulens fertőzésre. Sublimatinjectiókat adok továbbá trachomatosus pannusnál, mely néhány napja áll fenn, melynél a szarúhártyai egyenetlenség szürkés infiltratio, fekély vagy felrakódás és jelentékeny fényiszonynyal jelentkezik. E két esetben feltétlenül indicáltaknak, sőt nélkülözhetetleneknek tartom a sublimatinjectiókat; hasznot lehet várni tőlük (de csak akkor, ha a szokásos kezelési mód nem alkalmazható vagy eserben hagyott) genygyülemes szarúfekélynél és üvegtest-zavarodásnál.

Ez utóbbi pontnál néhány szót akarok ejteni a közbevetett megjegyzésem magyarázására. Genygyülemes szarúfekélynél minden versenytárs nélkül áll a ferrum candens, akár Paquelin, akár galvanocauter alakjában. Azt hiszem azonban, hogy mindenkivel előfordult már, hogy a cauter épen a válságos pillanatban felmondta a szolgálatot. Vagy pedig a beteg maga irtózik az operatio gondolatától, pedig hogy valamit akarok szemén végezni, azt mégis előre meg kell neki mondanom. Nem tartanám helyén valónak thermocauterrel dolgozni valakinek a corneáján, ha azt neki be nem jelentettem. Ha e bejelentés még oly óvatosan történik is, megeshetik, hogy a beteg abba nem egyezik bele vagy ha bele egyezik is, legnagyobb óvatosságunk daczára meglátva az izzóvégű vasat, felkel és nem hagyja magát. Vagy a hozzátartozók közül fejt ki valaki olyan ékesszólást, mely az illetőnek elhatározását nemcsak megingatja, de meg is dönti.

Az üvegtestzavarodásnál legtöbb eredményt ad a pilocarpinnak bőr alá fecskendése. Ámde olyan egyéneknél, kiknek szivizomzata hájas elfajulásban szenved, nem adhatok pilocarpint a bőr alá, ugyancsak nem tehetem ezt, ha szervi szivbajjal állok szemben; ilyen esetekben alkalmazható a sublimatinjectio a conjunctiva alá.

Már 1894-ben kifejtettem nézetemet a felől, hogy mily tévedésnek tartom azt, hogy az irodalomban nem különböztetjük meg határozottabban, hogy az ajánlott eljárást ebben és ebben az esetben lehet-e alkalmazni vagy pedig kell-e azt alkalmazni! Én a magam részéről a subconjuntivalis injectiók lehetősége indicatióját elismerem mindazon esetekben, melyekben az ajánlva lett. Például elismerem, hogy adhatok sublimatot a conjunctiva alá iritisnél, keratitis parenchymatosánál, retinitis diffusánál vagy neuritis opticánál. Nem is marad ilyen beavatkozásom siker nélkül, ha iritisnél nem sajnálom az atropint s ha specifikus alakkal állok szemben, szürke kenőcsöt dörzsöltetek be, ha pedig rheumatikus alapon fejlődött az iritis, bőven adagolok salicylt; eredményt fogok elérni sublimatinjectiók mellett keratitis parenchymatosánál, ha szintén kitartóan használok atropint s a beteget roboráló gyógymódban részesítem. Retinitisnél és neuritisnél sem marad siker nélkül a subconjunctivalis injectio, ha e mellett még félhomályban tartom a beteget s rendes antiluetikus kurának vetem őt alá.

(Folytatása következik.)

A morphin kimutatása hullákban.

Kossa Gyula dr.-tól.

(Vége.)

A mennyire nem kielégítők a ptomainok hatására vonatkozó ismereteink, ép oly alapos kifogások emelhetők azok chemiai osztályozása ellen. A „ptomainok“ labilis gyüjtő neve alá foglalnak mindent, a minek többé-kevésbbé alkaloidszerű jellege van. Némely chemikus, a mint valamely elpárolási maradvány alkaloid reactiót ad és *mákos kalács* (!) szaga van, mindjárt kész a kijelentéssel, hogy az ptomain! Mások a moschus, sperma, narancsvirág, galagonya, guano, orgonavirág[1] stb. szagot emlitik fel bizonyos ptomainok charakteristikus tulajdonságául, pedig nyilvánvaló, hogy ilyen elpárolási maradványok mindig fertőzve vannak a hullából származó szaganyagokkal, huminekkel stb., melyek vegyileg még ki sem mutatható csekély nyomokban okozhatnak ilyenféle szagokat.

[1] U. o. 141. l.

A ptomainok összetételének tanulmányozása Selmi, Brieger és Gautier óta nagyon el lett hanyagolva és azért van, hogy ma már ezen elnevezés alá vannak foglalva a legheterogenebb anyagok, különösen fehérje-származékok, protein-anyagok, peptonok, albumosék stb., melyek az általános alkaloid reagensekkel kezelve az igazi alkaloidokhoz hasonló csapadékokat és színváltozatokat adnak, úgy hogy a legújabb vizsgálók közül *Kippenberger*[1] ismételten kifejezést adott abbeli meggyőződésének, hogy a hullarothadáskor *sohasem* képződnek oly termékek, melyek a valódi alkaloidok systemájába illeszthetők és a pyridinnel vagy a chinolinnal, vagy azon más gyökökkel, melyekből újabb felfogás szerint a növényi alkaloidok egyesei leszármaznak,[2] bármiféle vonatkozásba hozhatók volnának.

A hullákból nyert morphinnak a ptomato-morphintól való megtisztítása természetesen fölöttébb kivánatos és minthogy a ptomainok eltávolítására specialis módszerek nem állnak rendelkezésünkre, ezt csak úgy érhetjük el, ha a kinyert morphinos maradékot sósavval gyengén megsavanyított vízben ismét feloldjuk, ez oldatot amylalkohollal ismételten kirázzuk; az így nyert rázalékokat félretéve, a morphintartalmú oldatot ammoniával ismétl úgossá teszszük és végre újból amylalkohollal kirázzuk. Ezen oldatból, ha a morphin nagyobb mennyiségben volt jelen, annak jellemző kristályalakját is előállíthatjuk és pedig úgy a tiszta morphint, mint a még jellemzőbb (sugaras elrendeződést mutató tűalakú) morphinchloridét.[3] Természetes azonban, hogy törvényszéki esetekben ritkán van alkalmunk a kristályalakra támaszkodni, mert azt csak kellő mennyiségű és absolut tisztaságú méreg jelenléte esetén tanulmányozhatjuk; annál fontosabb a morphin *azonossági reactiójának* megejtése.

E czélból előpróbául az úgynevezett *jodsav reactiót* szokás megejteni, mely azon alapszik, hogy a morphin savanyú oldatban a jodsavból jodot tesz szabaddá. E reactio igen érzékeny ugyan ($^1/_{50}$ milligram morphin még kimutatható vele), de magában véve nem jellemző, mert a ptomainok és más organikus anyagok is adják. A *Fröhde-féle reagenssel* (molybdaensavas natriumnak conc. kénsavban való oldata) $^1/_{200}$ milligramm morphin még kimutatható; ezzel eleinte szép ibolyaszín keletkezik, mely azonban csakhamar zöldbe, majd sárgába s végül halvány rózsaszínbe megy át. A kémlés a molybdaensavas natrium reductióján alapszik és nem kizárólag jellemző a morphinra, mert a ptomainok is adják. Igen érzékeny reactio még ($^5/_{100}$ milligrammig menő érzékenységgel) a *Husemann-féle,* mely a magyar gyógyszerkönyvbe is fel van véve; ez abban áll, hogy a morphinnak concentrált kénsavban való oldata kevés conc. salétromsav hozzáadásakor megvörösödik. Egy magában véve ezen reactio sem jellemző a morphinra, mert a ptomainok is adják. A kémlés azon alapszik, hogy a morphinból vízelvonás által kénsavval apomorphint képezünk, melynek a salétromsav tudvalevőleg rendkivül érzékeny reagense. Ugyanez a magyarázata a morphin legfontosabb (bár nem legérzékenyebb) reactiójának, az úgynevezet *Pellagri-félének.* Ennek kivitele úgy történik, hogy a morphint egy, legfölebb 2 cm^3 füstölgő sósavban feloldjuk, az oldathoz 1—2 csepp conc. kénsavat csöppentünk, azután víz- vagy olajfürdőn 100—120°-on az egészet bepárologtatjuk; a halvány biborvörös maradékot kevés híg sósavban ismét feloldjuk s az oldatot natriumhydrocarbonattal óvatosan telítjük vagy gyengén alkalikussá teszszük. Ha most a nyert folyadékhoz üvegbottal jodtincturát adunk mindaddig, míg az smaragdzöld színű lesz és azután aeterrel jól kirázzuk, akkor az aeteres oldat szép biborveres- vagy rózsa- vagy amethystszint ölt. Egymagában véve ezen szép reactio sem jellemző, mert azt a codein és *némely ptomainok is* adják.[4] Épen azért, különösen a morphin kimutatásánál igen fontos, hogy lehetőleg mentől több színreactiót ejtsünk meg; mert csak így lehet annak felismerése biztos.

[1] Kippenberger, Grundl. f. d. Nachw. d. Giftstoff. (Berlin. 1897.) 71 l.

[2] Lásd Pictet. La constit. chimique des alcal. végétaux. (Paris, 1897.) 2. l.

[3] A morphin kristályainak mikroskopos képe feltalálható *Taylor* „Orvosi Jogtudomány"-ában (ford. Balogh K., Pest, 1869. 445. lap.); a chloridé pedig: *Binz,* Vorles. üb. Pharmakol. (Berlin, 1897.) 46. l.

[4] Nevezetesen az aetherrel kivonhatók (Breitenstein i. m. 140. l.)

Morphinmérgezések kétes eseteiben indokolva volna még a hullarészekben azon bomlástermékeket is keresni, melyek a szervezeten belül a morphinból képződnek. Már régen ismeretes, hogy bár vannak esetek, mikor a morphin még hónapok mulva is kimutatható a hullában (sőt Stas egy esetében még 13 hónap mulva is kimutatta), legtöbbször mégis nemsokára a halál, sőt a bevétel után legnagyobb részben elbomlik a szervezetben, úgy hogy mint morphin vagy épen nem mutatható ki többé, vagy pedig csak nyomokban. Már *Christison* (1831) említi, hogy egy fiatal nő hullájában, a ki két uncia opium bevétele után *5 órával* halt meg, egyáltalán nem sikerült neki a morphint kimutatni. *Taylor* egy esetében ugyancsak egy nő sörben bevett $1^1/_2$ uncia opiumtól 9 óra mulva halt meg; a morphin és mekonsav kimutatása nem sikerült, még az opium szaga sem volt észlelhető a gyomorban. Taylor még több ilyen esetét is említi ezen ma már közismeretes ténynek,[1] melyet Lassaigne, Cloëtta, Buchner is megerősit. Minél hosszabb idő telt el a méreg bevétel és a halál ideje közt, annál kevesebb reményünk lehet a morphin kimutatására, mert a vizelettel is gyorsan kiürül az, úgy hogy Bouchardat tapasztalatai szerint a bevétele után 7—10 óra mulva már nyoma sem található fel abban. Mindezeknél fogva közel eső volt felvenni, hogy a morphin röviddel a szervezetbe jutása után gyorsan és *in toto* elbomlik. E föltevést azonban ma már óvatosan kell fogadni, mert az újabbkori analysisek egész sora mutatja, hogy gondos vizsgálat mellett a morphin *nyomai* mégis feltalálhatók, némelykor még hetek mulva is.[2]

Marmé (1883) keresve azon bomlástermékeket, melyek a morphin beadása után a szervezetben képződnek, *oxydimorphint* talált s ő ezen vegyülettel hozta oki összefüggésbe azon súlyos mérgezési symptomákat is, melyek a chronikus morphinismust jellemzik; de ez az állitás (Magendie, Tóth Lajos és Kobert vizsgálatai után) ma már feltétlenül meg van czáfolva. Kétségtelen azonban, hogy a morphinmérgezés chemiai meghatározása tekintetében nagy fontossággal birhat az oxydimorphin vegyi kimutatása, a mint ezt az újabb irók[3] hangsúlyozzák is, habár az oxydimorphin után való keresés a valóságban még mindig el van hanyagolva a törvényszéki chemiai laboratoriumokban.

Legújabban (1896) a morphin elbomlásának kérdése fontos módositást szenvedett. Ugyanis *Marquis*[4] Kobert vezetése alatt ezen kérdést állatkisérletek összekapcsolásával tanulmányozva, azt találta, hogy a venákba fecskendezett morphin mint ilyen csak körülbelül 15 perczig marad meg a vér savójában és mint morphin kimutatható a májban, vesékben, vizeletben, gyomorban, belekben, tüdőkben, nyálban és a bélsárban is; ezen időn túl azonban valami más módosulatba megy át, melyet ő részben a „párosult", részben „módosult" (umgewandeltes) morphinnak nevez. Az előbbi amorph; konstitutiója még ismertlen és a Fröhde féle reactiót nem adja, a többi reactiókat is csak tökéletlenül. Ezen vegyület nem megy át sem a savanyú aetherbe, sem a savanyú amylalkoholba. A „módosult" morphin oldódási viszonyai hasonlóak, csakhogy a Fröhde- és a Marquis-féle reagenssel jellemző színváltozatokat mutat. Ezen vegyületek pontos ismerete természetesen rendkivüli fontossággal birna a morphinmérgezés chemiai diagnostizálásában, de ez irányban további vizsgálatok eredménye várandó be.

Régen ismert tény (már Taylor is említi), hogy a *gyermekeken történt* morphinmérgezések vegyi úton való konstatálása csak a legritkább esetekben szokott sikerülni. Ennek oka egyrészt az, hogy a gyermekek tudvalevőleg felettébb érzékenyek a morphinnal szemben, úgy hogy már elenyésző csekélységű dosisok elegendők a halálos mérgezésre. Kobert[5] említi, hogy egy 4 hetesnél fiatalabb gyermekre 0·001 gm. opium halálos hatású volt; sőt az ötödik életévig a gyermekek

[1] Taylor, On Poisons: 583. l.

[2] Kobert, Lehrbuch d. Intoxicationen. (1893) 563 és. 565. l.

[3] Kippenberger l. c. — Az oxydimorphin reactiói részletesen le vannak irva Kobert Lehrbuch-jában (567. l.).

[4] Kobert, Arbeiten XIV. 116. l.

[5] Kobert, Gyakorl. méregtan, fordította Lányi Pál (1892) 204. l.

*

általában nem ritkán halnak meg 1—3 cgm. morphintól. Még a száraz mákfejek héjából készített szörpök (Syr. diacodii, az angoloknál a *Syrup of poppies*, *Soothing syrup* stb.) is az eseteknek igen nagy számában okoztak már morphinmérgezést gyermekeken. Nem is olyan régen azt hitték, hogy az ilyen szárított mákfejekben, melyek *Capita* vagy *Capsulae papaveris* név alatt a legtöbb gyógyszerkönyvben (nálunk is) hivatalosak, semmi morphin sincs; újabban azonban német vegyészek kimutatták, hogy a morphin nyomai azokban is előfordulnak; sőt száraz mákmagvakban is biztosan kimutatható a morphin, mint ezt *Dobos Ferenczne*k a budapesti kereskedésekben kapható mákon is sikerült megállapitani.[1] E körülményből megmagyarázhatók azon már régi időkből datálódó megfigyelések, melyek a mákos tésztákat élvezett apró gyermekeken olykor észlelt morphinmérgezésről szólnak. (Sobernheim már 1844-ben közöl ily mérgezést, de azóta is Accarie, Meurein és mások.) Ez adatoknak ismerete természetesen rendkivül fontos törvényszéki tekintetben, mert előfordulhat azon eset, hogy valaki közvetlenül nagyobb mennyiségű mákos ételek evése után mérgezésre gyanus jelek között hirtelen meghal és azután a chemikus a morphinnyomokat a hullában csakugyan kimutatja.

Magamnak is többször volt alkalmam tapasztalni, hogy gyermekhullákban olyankor is, mikor a vizsgálat adataiból kétségtelenül kitünt, hogy a gyermek morphinmérgezés következtében pusztult el, nem sikerült a morphin kimutatása. Ily mérgezések rendesen könnyelmű vagy rosszindulatú dajkák vagy tapasztalatlan anyák által a mákfejekből készített főzet beadása által idéztetnek elő. Vannak egyes vegyészek, kik apodictice kimondják, hogy ilynemű mérgezések esetében egyszer s mindenkorra lemondhatunk arról, hogy a hullában a morphint chemiai úton kimutassuk. Szerencsére e mérgezések alkalmával többnyire segitségünkre jön a mákfejek és magvak törmelékeinek mikroskopos képe; ily törmelékeket a főzet üledékében rendesen feltalálunk. A mákfejekben különösen jellemzők a bennük lefutó tejedények; a vesealakú magvak törmelékei pedig arról ismerhetők fel, hogy felszinükön éles sarkú, megnyúlt parenchymsejtek által alkotott pigmentréteg van; továbbá a testának (külső magburoknak) nagy táblaalakú epidermis sejtjei is jellemzők, a mennyiben azok oldalfalai (ellentétben a felső és alsó határokkal, melyek behorpadtak), erősen kiemelkednek s ez által már szabad szemmel is feltünő hálózatot képeznek, különösen a fehér máknak (*Papaver somniferum var. album*) magvain, ellenben sötét szinü mákmagvakon kevésbbé kifejezett az.[2]

A serumtherapia kritikája.

Purjesz Zsigmond dr. egyetemi tanártól.

(Vége.)

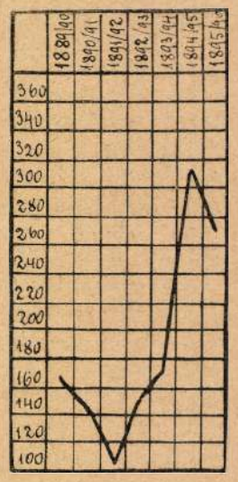
Jól tudjuk mi, tisztelt kartársak, hogy a kórházak mindenkor a súlyosabb esetek gyülhelyei. Ha tehát azt látjuk, hogy 1895-ben aránylag sokkal többen keresték fel a kórházat, mint azelőtt, vagy azt kell mondanunk, hogy ebben az évben Budapesten oly súlyos járvány uralkodott, hogy e miatt került sokkal több beteg a kórházba vagy, mivel azt, hogy súlyosabb lett volna a járvány, maguk a kórodai főnökök sem concedálják, valamint ellene szól ennek az, hogy az összmegbetegedés lényegesen apadt, azt kell következtetnünk, hogy felvétette magát az idén sok oly *nem súlyos* eset is, minők ezelőtt a kórházat felkeresni nem szokták. Már pedig ha ez igy van, akkor természetes, hogy *nem lehet többé az anyag egyformaságáról, annak összehasonlíthatóságáról szólni,* mint ezt a kórházi jelentések teszik, valamint természetes az is, hogy az anyag ilyen változott összetétele mellett leszállhat a halálozás 40%-ról 20%-ra és esetleg még kevesebbre; *de mindennek igy kell ily körülmények között történni, ha a betegek egy csepp serumot sem kaptak.*

És hogy ez igy történt, azt bizonyitja az a körülmény is, hogy más városokban, más kórházakban egészen igy alakultak a viszonyok. A következő tábla mutatja a berlini Charité-kórház felvételét 1889/90—1895/96-ig. Azt látjuk e táblából, hogy mig 1894 közepéig a Charitében a diphtheriás betegek száma 104 és 168 között ingadozott, addig 1894/95-ben, midőn elterjedt annak hire, hogy a Charitében meg van a diphtheria biztos specificuma, a felvétel rögtön felszökött 306-ra.

VI. tábla. A berlini Charité diphtheria felvétele:

1889/90	. . .	167 eset
1890/91	. . .	140 „
1891/92	. . .	104 „
1892/93	. . .	152 „
1893/94	. . .	168 „
1894/95	. . .	306 „
1895/96	. . .	265 „

És hogy mi birhatta a betegeket arra, hogy a serum aerája alatt oly nagy számmal keressék fel a kórházakat és felvétessék magukat olyanok is, kik különben a kórházakat nem szokták felkeresni, azt talán egy orvosokból álló gyülekezet előtt, miután mindannyian ismerjük az emberi természetet, a beteg ember psychologiáját, nem kell külön fejtegetnem.



A berlini Charité diphtheria-felvétele.

Nagy volt a serum gyógyitó hatásának a hire. El volt hiresztelve, hogy a serum a diphtheriát, a miről sok laikus még most is azt hiszi, hogy soha sem gyógyul önként, biztosan meggyógyitja, de csak akkor, ha elég korán fecskendeztetik be az emberi szervezetbe. Hol kaphatta volna a gyermeke életéért aggódó anya ez arcanumot biztosabban, gyorsabban és tegyük hozzá olcsóbban, mint ha gyermekét a kórházba viszi. Hiszen addig, mig rendes orvosához juthat, esetleg órák telnek el és akkor is, ki tudja van-e seruma, fecskendője stb. Mindennek elejét lehet venni, ha a gyermeket gyorsan a kórházba viszik.

Ezekben a tisztán emberi és mindennapi motivumokban látom én okát annak, hogy a budapesti (és természetesen a berlini és más városbeli) kórházakba oly szokatlanul nagy számmal vétettek fel a betegek, hogy felvétettek oda oly enyhe esetek is, minők máskor oly nagy számmal a kórházba alig kerültek, *mi már egymagában véve is eléggé megmagyarázhatja a halálozási aránynak 40%-ról 20%-ra való leszállítását, még ha teljesen figyelmen kivül hagyjuk is a diphtheriának időközben mind tovahaladó enyhülését* (mi mellett az I., II. és IV. tábla tanuskodnak) *és az addig divott barbár kezelési módnak elmaradását.*

És ha azt látjuk, hogy az intubált betegek gyógyulási aránya a serum alkalmazása óta sokkal rohamosabban javul, mint a minő rohamosságot mutat a betegfelvétel nagyobbodása, úgy nem szabad felednünk, hogy a diphtheria enyhüléséhez és a több felvételhez csak akkor szegődött a relativ halálozás javulásának harmadik tényezője, t. i. a régi és kétségtelenül nem előnyös kezelési módnak elmaradása. Vagy azt hiszik a serum hivei, hogy ama kezelési mód nem szolgált a betegek hátrányára?

Már multkor tartott előadásomban voltam bátor a t. egyesület figyelmét arra felhivni, hogy a serum értékének bizonyitásában mindezeket a hibákat el fogjuk követni, ha az

[1] Magyar Chemiai Folyóirat. 1895. 26. l.

[2] A mákfejnek jó mikroskopos képe látható *Vogl* Atlasában („Anat. Atlas zur Pharmakognosie. Wien, 1887." 30. és 31. táb.); továbbá *Hérail* és *Bonnet* jeles munkájában: Manipul. de botanique médicale. (Páris, 1891. 33. tábla.) A tejedények harántmetszetű rajza feltalálható *Moeller* könyvében (Lehrbuch d. Pharmakogn. 1889. 374. l.) A mákmagnak makroskopos képe ugyanitt, a 185. lapon, továbbá *Leunis*: Synops. d. Pflanzenkunde (1883), I. 324. A magvaknak jó mikroskopi képe látható a *Moeller-Geissler*-féle Realencyklopédia VII. köt. 416. lapján.

adatok beszerzésénél és mérlegelésénél nem járunk el kellő körültekintéssel és ha figyelmen kivül hagyjuk a numerikus módszer legelemibb szabályait. Akkor természetesen e körülményeket csak jelezhettem, számok akkor rendelkezésre még nem állottak. Most számok alapján voltam kénytelen bebizonyitani, *hogy ama hibákat tényleg mind elkövettük.*

Egyike igen tisztelt orvostársaimnak ugyanerről a tárgyról szólva, az általam tett megjegyzésekre reflektálva, azokat rabulistikának mondotta. Ez annyira subjectiv szólásforma, annyira nélkülözi az objectiv czáfolat legelemibb kellékeit, hogy azokra természetesen tekintettel nem lehetek és csak annyit jegyzek meg, hogy ez nem rabulistika, hanem therapeutikai statistika, melynek az egyszerű számokon kivül a mellékkörülményekkel is számolni kell és melynek oda kell törekedni, hogy az összehasonlitás alá kerülő esetek lehetőleg egyenlők legyenek és csupán a beavatkozás módjára térjenek el.

A serumot védők egyik, úgy a laikus, mint sajnos még az orvosi közönségre is fascináló hatást gyakorló argumentuma az, hogy a serum annál biztosabban hat, a kezelés alá került betegek közül annál kevesebb hal el, minél korábban alkalmaztatik a serum. Majdnem minden észlelő, ki nagyobbszámú esetre támaszkodik, hangsúlyozza ezt és még legutóbb is olvashattuk egy 400 esetre vonatkozó beszámolásban, hogy a betegség első napján kezelés alá kerültek 4%, a második napon kezelés alá kerültek 11%, a harmadik napon 15%, a negyedik napon 25%, az ötödiken 50%, a nyolczadikon 70% halálozást mutattak.

Méltóztatnak talán emlékezni t. k., hogy multkor tartott előadásom alkalmával én is hivatkoztam egy esetre, melyben a betegség első napján lett a serum alkalmazva s mivel ez a gyermek, daczára e korán foganatositott kezelésnek, meghalt, azt mondottam, hogy egy ilyen eset többet bizonyit a serum specificitása ellen, mint tiz gyógyult eset bizonyithat mellette, miután régebben a serum előtti időben is gyógyultak diphtheriás betegek. Ezen egy esetem ellenében fel lett itt az egyesületben hozva az, hogy concret esetben igen bajos azt megállapitani, hogy a betegség hány nap óta áll fenn, miután nem rendelkezünk olyan klinikai tünetekkel, melyekből biztosan lehetne a betegség tartamát oly pontosan meghatározni. Mint méltóztatnak emlékezni, én ez ellenvetés jogosultságát elismertem és hangsúlyoztam, hogy ezt az esetet sem hoztam volna fel, ha nem vonatkozott volna olyan gyermekre, ki *Wiederhoffer* klinikáján feküdt, diphtheriában szenvedve serummal kezeltetett, állitólag ettől meg is gyógyult, de mivel a serum még akkor új volt, gyógyulása után további observatio kedvéért a kórházban visszatartatott, midőn reconvalescentiájának — ha jól emlékszem — harmadik hetében újra diphtheriába esett; ekkor lett, betegsége első napján a serum alkalmazva, de a gyermek, mint emlitém, ennek daczára elhalt. Ezek a mellékkörülmények birtak engem arra, hogy a betegség kezdete gyanánt bemondott első napot *ténynek* vegyem, miután nem szabad feltennem, hogy ilyen, diphtheriából gyógyult és az observatio kedvéért a kórházban visszatartott betegnél annyi vizsgáló szem figyelmét kikerülte volna a betegség kezdete. A magam eseteit, melyekről a kórházakba hozatalkor azt mondották, hogy betegségük csak 1—2 nap óta áll fenn, nemcsak azért nem vettem figyelembe, mivel olyan klinikai tüneteket nem ismerek, melyek segitségével a valódi tényállásról meggyőződhettem volna, hanem mint ezt a multkor emlitettem, még arról sem voltam meggyőződve, hogy nem vagyok-e szándékos félreértésnek kitéve, miután tartanom kellett attól, hogy a szülők tudva, miszerint mi szivesebben látjuk, ha a betegeket mindjárt a betegség kezdetén hozzák a kórházba, egy-két naposnak mondják annak tartamát, bár tudják, hogy az nem felel meg a valónak.

És most mit látunk? Majdnem mindegyike azon észlelőknek, kik a serumról kedvezően nyilatkoznak, nem egy, hanem az esetek nagy számában egész pontosan megmondják azt, hogy a betegség 1—2—3—6—8 stb. napos-e. Miután tudtommal olyan kriteriumok, melyek segitségével a diphtheria tartamát pontosan meg lehessen itélni, ma sem léteznek, önként következik, hogy az ilyen határozott categoriák felállitása, hogy ennyedik napon történt befecskendésre ennyi a százalékos gyógyulás, nagyon labilis igazságot fejez ki.

De ha eltekintünk is az egyszerű bemondáson alapuló kiinduláspont megbizhatlanságától és figyelmen kivül hagyjuk is azt a régi ismert tényt, hogy fertőző bántalmakban szenvedő betegek annál kedvezőbb gyógyulási arányt mutatnak, minél korábban kerülnek czélszerű gondozás alá, úgy abból, hogy a betegség első napjaiban befecskendezettek például 5%, a nyolczadik nap befecskendezettek pedig 75% halálozást mutatnak, még nagyon merész és kevés orvosi logikára valló eljárás volna annak következtetése, *hogy mindez csak azért történik igy, mivel a betegek egyik csoportja a betegség első napján, a második csoport pedig annak 8-dik napján lett befecskendezve.* Vagy azt hiszik a serum hivei, hogy az a beteg, kit betegsége 8-dik napján hoznak először orvoshoz vagy kórházba, csak annyiban különbözik attól, kit már első nap hoztak oda, hogy az egyik korán, a másik későn kapott serumot? Hiszen azt a beteget, kit betegsége 8-dik napján hoznak az orvoshoz, már csak azért hozzák, mivel folytonosan súlyosbodott; ha nem súlyosbodott volna, ép úgy nem praesentálják, mint a mint nem hozták addig és a mint nem hozzák esetleg beteg társait, kik nem súlyosbodtak, daczára annak, hogy nem kaptak serumot. Vagy azt hiszik a serum hivei, hogy azon gyermekek között, kik első nap kaptak serumot, nincs akárhány, ki, ha nem lett volna befecskendezve, serum nélkül is javult volna 8-dik napra annyira, hogy már ekkor nem hozták volna a kórházba? Mindezt csak akkor szabadna felvenni, ha a serum felfedezése előtt a 7-dik vagy 8-dik napra soha sem javult volna egy diphtheriás gyermek sem, a mit talán a serum legnagyobb enthusiastái sem fognak állitani. Ha pedig ezt nem állitják, akkor újra azon játék áll előttünk, hogy az egyik oldalon (t. i. a 8-dik napon befecskendezettek) csak a súlyos eseteket számitjuk, a másik oldalon (t. i. az első napon befecskendezettek) súlyos és könnyű eseteket vegyest veszünk tekintetbe. Igy azután, t. k., igen könnyen jutunk ama tetszetős következtetéshez, melylyel oly nagy hatást lehet a laikus közönségnél elérni, hogy az első napon serumozottak közül csak 5%, a 8-dik napon serumozottak közül pedig 75% hal el.

Vagy azt gondolják, t. kartársak, a serum hivei, hogy én túlzásba esem, midőn azt állitom, hogy a betegség nyolczadik napján orvoshoz hozott betegek többnyire súlyosak és azt hiszik, hogy ellenkezőleg hozatnak oda a betegség nyolczadik napján lévő könnyű esetek is, a mit, hogy elvétve egyszer-egyszer megtörténhetik, én sem akarom tagadni, ép úgy, mint tudom azt, hogy hoznak pneumoniában, typhusban szenvedő betegeket közvetlen a lehevülés beköszöntése előtt a kórházba. De ha ez ellenvetést elfogadom és concedálom, hogy a nyolczadik napon hozottak között ép úgy vannak súlyos esetek, mint könnyűek, akkor még különösebb viszony fog kifejlődni. Mert az tagadhatatlan, hogy azon esetben, midőn a betegség nyolczadik napján behozott gyermek *még* könnyű vagy *már* könnyű megbetegedés képét mutatja, akkor emberi számitás szerint (az utóbántalmaktól, melyektől a serum sem óv meg, eltekintve), az a beteg már úgyis meggyógyulna és teljesen fölösleges volt azt serummal tractálni és pedig annál inkább, mivel a serum felfedezője is csak az első napokban alkalmazott serumtól vár hatást. Méltóztatnak már most látni t. k., hogy milyen különös helyzetbe jutunk az ilyen könnyű esetekkel. *Mindegy akár fecskendezünk be nekik serumot, akár nem*; ha nem fecskendezünk, javitjuk vele a serum nélkül gyógyultak statistikáját és rontjuk a serumozottak statistikáját, a mennyiben ez eseteket abból a statistikából kivonjuk; ha pedig fecskendezzük, akkor minden indok nélkül javitjuk a serumozottak statistikáját és rontjuk a serum nélkül hagyottakét, szóval, *az eredmény minden koczkázata nélkül egészen tetszésünkre van bizva, hogy a serumozottak, vagy a serum nélkül hagyottak statistikáját javitsuk, vagy rontsuk-e.*

De hogyan is lehetne a befecskendés napja és az elért gyógyeredmény között bárminő összefüggést keresni, akkor, midőn a serum két oly jeles védőjének, mint *Heubnernek* és *Baginskynek* egy városban, ugyanazon évben, tehát az eredmény egyöntetűségére nézve a legkedvezőbb viszonyok között

szerzett adataik oly eltérők. Míg *Heubner* pl. a betegség negyedik napján befecskendezettek részéről 5·5% halálozást kapott, addig *Baginszky* a negyedik napon befecskendezettek között 23·07% halálozást észlelt. Ilyen eltérések — ha a serum csakugyan olyan specifikus, mint a minőnek hirdetik és a statistika jól lett alkalmazva — érthetetlenek vagy érthetők, de akkor a serum nem specifikum vagy a statistikát alkalmazták hibásan vagy mindkettő áll. Nem tudom a serum hívei ez alternativák melyikét választják, de mi alig mondhatunk mást, mint hogy a felhozottakból eléggé kiviláglik, miszerint *ilyen ingadozó, minden objectiv alapot nélkülöző, az egyéni tetszés szerint oly könnyen változtatható statistikából sok mindent lehet következtetni, de azt, hogy a diphtheriás betegek annál inkább gyógyulnak, minél korábban kapnak serumot, ilyen statistika alapján állítani nem lehet; ezen az alapon sem azt nem lehet bizonyítani, hogy a serum specifikus hatással bir, sem azt, hogy a diphtheriára általában valamely hatással birna.*

Az addig felhozottakból eléggé kitetszik, hogy sem a kisérleti alap, sem a statistikai adatok, melyeket a serum védelmére felhoztak nem olyanok, hogy azok okvetlen a serum gyógyhatása mellett szólnának. Nézzük tehát mennyiben szólnak a klinikai tünetek a serum gyógyértéke mellett.

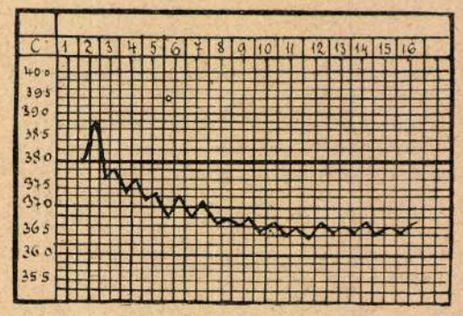
Igen röviden foglalhatom azokat össze, a miket e tekintetben felhozni lehet és e kevésből is ki fog tünni, hogy milyen messze áll az eredmény attól, a mit *Behring* a serum kriteriuma gyanánt állít fel, midőn azt mondja, hogy: „Das einzig sichere Kriterium eines Mittels, welches zuverlässig und zu allen Zeiten bei einer Krankheit Bedeutung behalten wird, ist die Constanz, die Specificität seiner Wirkung; wie in einem gut gelungenen Experiment müssen bestimmte Veränderungen in dem erkrankten Organismus mit Sicherheit vorausberechnet werden können nach der Application des Mittels, und diese Veränderungen müssen zu dem Wesen der Krankheit in intimen Zusammenhang stehen und auch objectiv nachweisbar sein“, mi mellett részünkről épen az utolsó szókra *(objectiv nachweisbar)* fektetjük a fősúlyt.

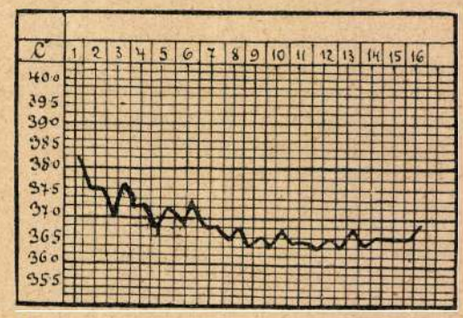
Ha áll az, hogy jóval a serum felfedezése előtti idő óta folyton apadt nálunk a diphtheriában való megbetegedés és halálozás; ha áll az, hogy a kórházi anyag úgy nálunk, mint másutt a serum aerája alatt összetételében változott, a miket addig, míg az előbb felsorolt adatok megczáfolva nem lesznek, kétségbe vonni nem lehet: akkor ezeknek elengedhetetlen természetes következménye nem lehet más, mint az, hogy úgy a magángyakorlatban, mint a kórházban gyakrabban kell enyhébb, könnyebb alakkal találkoznunk. Fog ez mutatkozni abban, hogy az általános tünetek enyhébbek, de enyhébbek lesznek a helyi tünetek is. Utóbbiak nem lesznek olyan intensivek, hamarább fognak határolódni és visszafejlődni, mi által ritkábban lesz szükség az operativ beavatkozás és ha szükséges lesz, kedvezőbb eredménynyel fog járni. Minél hamarább fejlődnek vissza a localis tünetek és minél kevésbbé intensivek azok, annál kevesebb alkalom lesz a másodlagos infectiosus és talán toxikus megbetegedésekre; *mindez végre abban fog mutatkozni, hogy kevesebb beteg hal el.*

Hogy a viszonyok ilyen kedvezőbb alakulásának előidézésében a járvány enyhülésén, a kórházi anyag változott összetételén és az addig divott káros kezelés elmaradásán kivül, még a serumnak is jut-e rész, ezt még bizonyítani kellene és épen ennek bizonyítására volnának a klinikai tünetek hivatva. De sajnos, ily bizonyítékokkal, legalább olyanokkal, melyek objectiv alappal birnának és nemcsak egyesek egyéni nézetét képviselnék, nem rendelkezünk.

Vagy ha ez nem áll, hát mondjanak nekünk a serum hívei csak egyetlen egy tünetet, melyre nézve összhangzóan megállapodtak, hogy a serum befecskendezése után egyöntetűen módosul. Nézzük a localis tüneteket. A fecskendés után azonnal megszünik tovaterjedésük, mondják egyesek; mások szerint ez csak a befecskendést követő 2—3. napon történik, míg ismét vannak olyanok, kik ilyen befolyást a serumtól nem észleltek. *Soltmann* pl., a serum egyik igen lelkes szószólója, maga mondja, hogy: „Andererseits muss ich auch diesesmal, wie in meiner ersten Mittheilung ausdrücklich hervorheben, dass ich auch trotz Seruminjection descendierenden Croup bis in die feinsten Bronchien und Alveolen hinein, unter Bildung ausgedehnter pulmonaler Entzündungs-Herde zu Gesichte bekam“ és *Soltmann* egyúttal hivatkozik Wiederhoferre, ki azt mondja, hogy „die meisten Serumkinder starben an fortgepflanzten Croupformen“.

Ugyanilyen ellentétesek a nézetek vagy mondjuk a tapasztalatok a pulsusra, a hőmérsékre és az általános közérzületre nézve. Itt van szerencsém a következő láztáblákat bemutatni, melyek *Leyden* eseteitől származnak; mindegyik táblán egy serumozott és egy serum nélküli beteg hőmenete van feljegyezve és én igen fogok örvendeni, ha a serum híveinek sikerülne kellően indokolva azt megjelölni, hogy melyik lázgörbe a serumozott, melyik a serum nélkül hagyott betegé. Ugyanezt mondhatom az itt bemutatott két lázgörbéről, mely az előbbiekből készült diagramm.





Hogy mennyire meg nem egyezők a nézetek az általános tünetek magatartását illetőleg, az legjobban kitünik, ha azt olvassuk, a mit *Soltmann*, a serumnak, mint említém, meleg barátja mond erre nézve: „und gerade so verhält es sich mit dem Verhalten des Pulses, der Temperatur, des Allgemeinbefindens Dennoch wird ein ziemlich jähes Absinken der Körpertemperatur und Schlagzahl des Pulsus auf die Antitoxinwirkung bezogen; vor Allen von *Baginsky* und *Heubner* . . . *Drasche* leugnet das; *Ganghofner, Körte* und *Kohts* finden Puls, Temperatur und Allgemeinbefinden *nicht typisch* beeinflusst; auch *Vierordt* überzeugte sich nicht von einer prompten Beeinflussung der Temperatur. *Wiederhofer* gesteht die Pulsaufbesserung zu, sah den Temperaturabfall aber nur vereinzelt.“ És igy megy ez tovább.

„Auch mit der Albuminurie unter der Serumbehandlung können wir nicht viel anfangen“, mondja *Soltman*. „*Heubner* fand sie in 27%, *Mölber* in 42%, *Kossel* in 39%, *Körte* in 48%, *Monti* in 52% der Injicirten“. *Heubner* úgy vélekedik, hogy a serumkezelés inkább akadályozza az albuminuria kifejlődését. „Meine eigene Erfahrungen sind gerade entgegengesetzt“, mondja *Soltmann*.

Igen érdekes az is, hogy miként nyilatkozik *Soltmann* az utólag bekövetkező hűdésekre nézve, midőn igy folytatja: „Was endlich die postdiphtheritischen Lähmungen anlangt, so herrscht auch hier nur in dem einen Punkt völlige Übereinstimmung, dass das Heilserum dieselben nicht zu verhindern im Stande war. Im Übrigen dieselbe Unklarheit, dieselben Gegensätze.“

Midőn azt látjuk, t. k., hogy a klinikai tünetek és serum közti viszonyra nézve ilyen ellentmondó, hogy ne mondjam chaosszerű magatartást vélnek az észlelők constatálhatni, áll-e fenn a jogosultságnak még csak látszata is arra nézve, hogy a serum és eme tünetek között valamely okozatos összefüggést vegyünk fel; nem-e egyszerübb — és ne feledjük sigillum veri simplex — és nem bir-e több jogosultsággal az a következtetés, hogy a serum és a klinikai tünetek alakulási viszonya közt semmi összefüggés nem létezik. Vagy tekintenők-e a

chinint, a higanyt csak egy perczig is specificumnak, ha a megfelelő tünetek azok alkalmazása után ilyen chaosszerű magatartást tanusitanának.

Én, t. k., nem mondom azt, hogy a serum nem lehet a diphtheriának becses gyógyszere; de joggal meg lehet követelni azoktól, kik a serumot ilyennek mondják, hogy az esetre, ha nem csupán subjectiv nézetüket fejezik ki, hanem objectiv okokkal akarják nézetüket támogatni, hozzanak fel olyan indokokat, melyek megbizhatóbban szólnak amaz állitásuk helyessége mellett, mint teszik ezt az eddig felhozottak.

A mig ezt nem teszik, a felemlitettek után azt hiszem még több jogosultsággal mondhatom, mint multkor tartott előadásom alkalmával, hogy „*nem subjectiv benyomásoknak, hanem jól megfigyelt és a természettudományi gondolkodás kritikáján átszűrt tényeknek, a czélnak megfelelőleg berendezett észleleteknek kell a fölött dönteni, hogy elérkezett-e már a serumtherapia órája*“. És ha *Heubner*, Wiesbadenben tartott előadásában azt mondja *Behringre* vonatkozólag, hogy „und wenn das Genie zeitweilig seine Phantasie den Thatsachen vorauseilen lässt, so soll man darob nicht allzuhart mit ihm ins Gericht gehen“, úgy mi ezzel szemben csak azt hangsúlyozhatjuk, hogy addig, míg az orvostudomány és igy a therapia is a természettudományokkal kötött kapcsot fenn akarja tartani, nem szabad, hogy a phantasia szüleményei által vezéreltesse magát, hanem a tényekhez kell ragaszkodnia; egyedül a tényekhez való szigorú ragaszkodás, egyedül a szigorú inductio útján való haladás óvhatja meg a bár tetszetős tévedésektől.

TÁRCZA.

A budapesti Pasteur-intézet működésének rövid ismertetése az 1897-dik évben.

A budapesti Pasteur-intézetet 1897 folyamán összesen 1685 veszett vagy veszettségre gyanus állat marta egyén kereste fel védőoltás elnyerése végett. Ezek közül 58-ra a védőoltások alatt és után kiderült, hogy a maró állat nem volt veszett, minélfogva 1627 egyén tekinthető olyannak, a kit csakugyan veszett vagy veszettségre gyanus állat mart meg. Ezek közül veszettségben elhalt 15 egyén, tehát az egyetemes halálozás: 0·91%.

Az elhalt 15 egyén közül 9 azonban olyan volt, a kin a veszettség mindjárt az oltás elején vagy annak a folyamán, vagy pedig annak befejezése után 14 napon belül tört ki: a kik tehát már későn jöttek a védőoltásokra, a kiknél a veszettség fertőző anyaga már a védőoltások megkezdése alkalmával az agy-gerinczagyba jutott el, a midőn a védőoltás már sikertelen, a kik tehát olybá vehetők, mint ha védőoltásokra meg sem jelentek volna.

E 9 egyén levonásával 1618 védoltott egyénre 6 lyssa halál esik, a mi 0·37% halálozásnak felel meg.

Antirabikus védőoltások nélkül a veszett vagy veszettségre gyanus állat marta egyének között Magyarországon 1890—1896 között 13·28% volt a halálozás. Tehát mondható, hogy a veszettség ellenes védőoltás az 1897-dik év folyamán a 13·28% halálozást leszállitotta 0·37%-ra.

***

Az intézet fennállása óta, 1890 április 15-dikétől kezdve 1897 végéig összesen 8199 egyénnek szolgáltatott antirabikus védőoltásokat, kik közül összesen 131 egyén kapta meg a veszettséget, a mi 1·6% halálozásnak felel meg. E számból levonva 73 egyént, a ki elkésve jött védőoltásokra és teljes védőoltásban már nem részesülhetett, a halálozási arány következőleg alakul: 8126 teljes védőoltást kapott egyén közül 67 halt el veszettségben, azaz 0·84%.

***

Az 1897-dik év folyamán az antirabikus védőoltás az intézetben, úgy mint az előző évben is, kizárólag a saját módszerem szerint, t. i. a fix virus dilutiók successiv befecskendezésével történt. E módszer határozottan kedvezőbb gyógyulási százalékot és alacsonyabb mortalitást ad, mint az eredeti Pasteur-féle szárított velő befecskendezés módszere. E tapasztalati tétel felállítására jelenleg már emberekre vonatkozólag is elegendő adattal rendelkezünk. Az intézet fennállása óta az eredeti Pasteur-féle szárított velő módszerrel 3410 egyént védoltottunk: ezek közül 51 egyén, tehát 1·49% kapta meg a veszettséget; míg a saját módszerem szerint védoltott 4735 egyén közül e napig csak 16 egyén halt meg veszettségben, azaz 0·33%.

***

A marássebek súlyossága szerint való gyógyulásra, a maró állatok minőségére, a mart egyének nemi, korbeli, foglalkozásbeli viszonyaira nézve a számarányok 1897-ben is nagyban és egészben véve megegyeztek az előbbi évek ide vonatkozó számarányaival. Úgy látszik, évről évre megerősíti a tapasztalat a következő tételeket:

Az arczon és csupasz kezeken marottak közül kapja meg legtöbb egyén a veszettséget a védőoltások daczára is. A kutya az, a melynek marása legtöbbször ad alkalmat a veszettséggel való fertőzésre. A földmives- és iparos-osztály 5—15 éves fiugyermekei azok, a kik legnagyobb contingensül szolgálnak a védőoltásra, tehát ezek vannak leginkább kitéve a veszettség fertőző anyagának.

A védőoltás végett megjelent 1685 egyén közül 1473 volt tisztán magyarországi, 12 pedig fiumei; Horvátországból jött 80, Bosznia-Herczegovinából 51, Ausztriából 1 egyén: Magyarország és Ausztriából tehát összesen 1617 egyén. Ezeken kivül Németországból 3, Szerbiából 59, Montenegróból 5, Bulgáriából 1 egyén kereste fel védőoltások nyerése végett az intézetet. Az intézet segélyét tehát az 1897-dik év folyamán ismét számosabban keresték fel úgy Magyarországból, mint a külföldről, annak jeléül, hogy az intézet veszettségellenes védőoltásai sikerességében való bizodalom és igy az intézet jó híre évről évre gyarapodik.

***

A Pasteur-intézet ezen örvendetes eredményü működésével sajnos ellentétben áll még mindig annak hiányos, és tekintve annak folyton növekedő nagy forgalmát, botrányosan szük és czélszerütlen elhelyezése. Tavaly ilyenkor épen e helyről hangsúlyoztam ez intézeti helyiségek szégyenletes mizériáit, a tudományos cultura és humanismus ez ügyére felhíván a kormányzat, a törvényhozás és a társadalom figyelmét.

E felhivásnak, sajnos, eddigelé még kevés a kézzelfogható eredménye.

E tél folyamán különösen éreztük az intézeti helyiségek szük voltának nyomorúságait. A Sylvester-esti gázrobbanás — mi mellett a védoltó-anyagot adó állatok szerencsére épen maradtak — összerombolta az intézet egyetlen nagyobb szobáját, melynek helyreállításáig úgyszólva félig a folyosón kellett végezni az intézeti személyzet egészségének folytonos veszélyeztetése mellett a didergő, veszett ebmarta egyéneken a védőoltást, kiknek száma pedig naponként többnyire meghaladta a százat.

A kis Romániának már a második Pasteur-intézetét is berendezték, a szentpétervári kisérleti orvostani intézetnek egész telep kisebb-nagyobb, úgyszólva minden fertőző betegség tanulmányozására külön épület és nagy kert áll rendelkezésére 133,000 rubel évi átalánynyal és a felmerülő egyes kisérletek költségeire korlátlan hitellel, pedig amaz intézeteknek felényi betegforgalma sincs, mint a mienknek. Oroszországban a szentpétervári intézeten kivül hasonló, bár kisebb intézetek létesittettek minden nagyobb egyetemi székhelyén a nagy birodalomnak. Olaszországban magában 5 ilyen intézet létezik.

Ha e körülményeket figyelembe veszem, azt hiszem, kötelességem ismételve felemelni a nyilvánosság előtt panaszaimat és ismételve hangsúlyoznom a budapesti Pasteur-intézet sürgős felépitésének szükségét. *Högyes Endre* tnr.

Jelentés a M. T. Akadémia III. oszt. 1898. febr. 14-diki ülésén.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Die Diagnostik innerer Krankheiten mittels Röntgenstrahlen. Von Dr. Med. *Georg Rosenfeld*, Specialarzt für innere Krankheiten in Breslau. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann. 1897.

A Röntgen-sugarak felfedezése óta ugyan még nem fordult nagyot az idő kereke, de a reájok vonatkozó irodalom máris

tekintélyes számú közleménynyel dicsekedhetik, sőt a nagyobb terjedelmü munkák száma is egyre gyarapodik. Ez utóbbiak sorába tartozik *Rosenfeld* dr.-nak nemrégen megjelent müve is, mely a Röntgen-sugaraknak az orvostan terén, különösen a belorvosi diagnostika mezején való alkalmazásáról nyujt összefoglaló átnézetet.

Szerző, miután *bevezetésül* élénken, ámbár röviden tárgyalja a Röntgen-sugarak alkalmazásának történetét és az eljárási methodusban való tökéletesedés fejlődését, sorra veszi az emberi test egyes részeit s ezeknek orvosi szempontból való átvilágítását taglalja. A fej- és arczkoponyának, majd a szemnek és nyaknak a kathod-sugarakkal való átvizsgálásával röviden végez; de annál bővebben tárgyalja a mellkasi és hasüregi szervek átvilágítását, reámutatva azon nehézségekre, melyek a hasüreg szerveinek átvilágításánál, szemben a mellkasi szervekével, fennállnak. A szív alakjának, helyzetének és functiójának megváltozását előidéző betegségeknek, a nagy edények alakját megváltoztató kóroknak, a tüdő szövetét vagy functióját befolyásoló bajoknak, valamint a mellhártya, diaphragma, nyeldeklő és a mediastinalis mirigyek betegségeinek mindazon eseteit behatóan ismerteti, a melyeknél a Röntgen-sugarak a diagnosis megállapítására több-kevesebb sikerrel használhatók. Jóval kevesebb hasznát veszi az orvos a kathod-sugaraknak akkor, midőn segítségükkel a hasüreg zúgaiba akar betekinteni, de azért hasznuk itt sem kicsinylendő. A máj határainak képét, a gyomor egy részének, a lépnek, a veséknek és a hasnyálmirigynek átvilágítását diagnostikus czélból sok esetben igen jó sikerrel alkalmazták. Rosenfeld könyvének ezen részét a végtagok átvilágítását tárgyaló szakasz fejezi be.

Külön fejezet szól azon óvóintézkedésekről, melyek a Röntgen-sugarak esetleges káros hatásainak (börgyuladás, eczema, az ozon belélegzésének kellemetlenségei stb.) elkerülését czélozzák. Az eljárás technikájára vonatkozólag egy másik fejezetben találunk oktatást.

Négy sikerült fénykép zárja be a kötetet, melyek a szövegben felemlített érdekesebb kóreseteket illustrálják. *A.*

II. Lapszemle.

A heveny gonorrhoea gyógyítása protargollal. *Barlow* dr., müncheni egyet. docens, a *Neisser* által jelzett eljárással nagyobb számú heveny gonorrhoea esetet kezelt a nevezett szerrel, lassan emelkedő, 1/4, 1/2—1% os oldatokban és a nélkül, hogy a leghevenyebb stadiumban is izgatás jelei mutatkoztak volna. Ezen kezelés alatt gyorsan tünnek el a gonococcusok a váladékból. Továbbá meg lehet állapitani, hogy protargol-kezelés alatt a gonorrhoea sokkal gyakrabban korlátolva marad a húgycső elülső részletére, mint más kezelések mellett. A pars posterior urethrae kezelésénél Barlow öblögetéseket alkalmaz irrigator nyomással, és pedig protargol-oldatokkal 1:2000 egész 1:1000-hez, vagy 0·25:100 egész 0·9:100-hoz. Utóbbi esetben az izgatási tünetek csekélyek maradtak, az előbbinél épen nem voltak. Barlow tapasztalatai folytán kijelenti, hogy Neisser a protargolban új szerrel szolgált, mely heveny kankónál kitünő jó hatással van és melyet a betegek, miután nem izgat, kivétel nélkül jól türnek.

Hetiszemle és vegyesek.

A közoktatásügyi minister a felsőbb oktatás több fontos kérdéséről a f. hó 15-dikén tartott nagy parlamenti beszédében következőleg nyilatkozik:

„T. ház! Még csak a felsőbb oktatásra vonatkozólag óhajtanék igen röviden nyilatkozni. A mult évben hosszasabban szóltam arról, hogy a felsőbb oktatásnak törvénynyel való szabályozását tartom szükségesnek; mert ha a népoktatás, a középoktatás törvénynyel van szabályozva, úgy a felsőbb oktatás sem lehet el a nélkül és itt is vannak oly erős érdekek, a melyek feltétlenül parancsolják, hogy ez az ügy törvényhozási szabályozásban részesüljön. De hozzáteszem, hogy a megoldást időhöz nem kötöm. Kényes és nehezen megoldható kérdés ez. Az előkészületeket azonban megtettem és az első az volt, hogy felszólítottam az egyetemet az összes meglevő szabályzatok összegyüjtésére és egybeállítására; mert ilyen nagyfontosságú kérdéshez csak a történeti jog alapján lehet hozzányulni s azért első dolog az összes szabályzatok összegyüjtése.

Hanem e tekintetben előre is kinyilatkoztatom, nehogy bárkinek is az a gondolata támadjon, hogy mikor a felsőbb oktatás törvényhozási szabályozásáról szólok, akkor talán az egyetemek megrendszabályozására, vagy autonomiájuk megnyirbálására gondolok: nekem erre nézve az a nézetem és meggyőződésem, hogy Magyarországon a tudományos testületi autonomiákat izmositani, erősíteni kell, nem pedig megnyirbálni. A tudományos életnek nélkülözhetetlen kelléke, hogy azon tényezőket, melyek a tudományos életet fokozhatják, emelnünk kell, nem pedig kicsinyes, szűkkeblű rendszabályokhoz nyulnunk akkor, a mikor talán itt-ott egy-egy esetleges visszaéléssel találkozunk.

Egy törvényjavaslattal adós maradtam, pedig szeretem igéreteimet beváltani. Ez a törvényjavasat a jogi szakoktatás reformjára vonatkozik. Tárgyalok most e kérdésben az igazságügyminister urral, a mi igen természetes, mert az egységes gyakorlati jogi vizsgálat feltételei egyenlők lévén, ez a kérdés csakis az igazságügyminister úrral egyetértőleg oldható meg. Annyit azonban jelzek, hogy úgy akarom megoldani, hogy a jogakademiákat lehetőleg versenyképessé tegyük; természetesen az oly jogakademiákat, a melyek nem tudnak megfelelni a feltételeknek, nem kivánom fentartani. A vizsgák számát kevesbiteni akarom a felsőbb iskolákban, ezek helyett inkább a kötelező colloquiumokat és kötelező seminariumokat óhajtom behozni. A bifurcatio megszüntetését czélzom és a második az, hogy a gyakorlati vizsga egyenlő feltételekhez legyen kötve, t. i. a kötelező tudorság ne kivántassék meg.

Csak egy dolog van, a mire nézve — egész őszintén megmondom, minthogy a dolog igen nagy horderejü — még nem vagyok elhatározva. Ha arról van szó, hogy a jogászi nemzedék szinvonala esetleg a reformmal emeltetik-e vagy leszállittatik-e, méltóztassanak megengedni, hogy az elhamarkodás veszélyesebb volna, mint néhány hónapi késedelem. Az tehát, mi felett még nincs biztos megállapodásunk, az, hogy egyáltalában a tudori vizsgának semminemü minősitő hatása ne legyen-e vagy pedig esetleg minősitő hatása is legyen. De egy egészen bizonyos, az tudnillik, hogy a kötelező tudorságot el kell ejtenünk.

Tisztelt képviselőház! Az orvosszigorlati szabályzat egészen kész, csak egy körülmény hátráltatta eddig a közrebocsátást, tudniillik az orvosi oklevelek érvényességének kérdése tekintetében kellett a monarchia két állama között megegyezést létrehozni. A nélkül, hogy a monarchia két állama között az iránt megegyezés létre ne jöjjön, én az orvosszigorlat szabályzatainak reformjához nem nyulhattam.

T. ház! Talán nem kerülte ki figyelmüket, hogy az „University extension"-nel is kisérletet óhajtok tenni s e czélból a főiskolákhoz leiratot intéztem, azon felszólitással, hogy az „University extension" eszméjét karolják fel, hogy tudniillik a tanárok, különösen a vidéken is, tartsanak tudományos felolvasásokat a müvelt közönség részére. A felnőttek oktatására vonatkozó ezt a rendszert Magyarországon is létesiteni óhajtom; szóval ugyanazt a feladatot, melyet jelenleg itt a fővárosban a „Szabad Lyceum" sikerrel tölt be, szeretném én nagyobb mérvben az egyetem és az akademiák segitségével, a vidékre kiterjesztőleg is létesiteni. És miután remény van arra, hogy ezen intézkedés a magyar intellegentiának kétségtelenül buzgó felkarolása folytán sikerre vezet: én ettől is igen üdvös eredményeket várok.

T. ház! Arra nem akarok kiterjeszkedni, hogy az egyetemi épitkezések minő mérvben folynak. Tudja a t. képviselő uraknak csaknem mindegyike, különösen az, a kit érdekel, hogy úgy Kolozsvárott, mint itt Budapesten az orvos-egyetem számára igen tekintélyes számban emelkednek új épületek; tudják azt is, hogy a polytechnicum tekintetében szintén tárgyalások folynak.

Ennél még nincs egészen tisztába hozva, hogy hol legyen. Én a Lágymányoson óhajtottam és óhajtom; de megvallom egész őszintén, hogy kissé drágább a telek, mint a hogyan én számitottam."

A főváros egészsége. *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1898. január 30-dikától 1898. február 5 dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 434 gyermek elhalt 222 személy, a születések tehát 212 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2417 beteg, szaporodás 706, csökkenés 657, maradt e hét végén ápolás alatt 2466. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1898. február 5-dikétől február 12-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 34 (meghalt 5), himlőben — (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 40 (meghalt —), vörhenyben 15 (meghalt 1), kanyaróban 45 (meghalt —), roncsoló toroklobban és torokgyíkban 20 (meghalt 4), trachomában 8, vérhasban 1 (meghalt —), hökhurutban 8 (meghalt 1), orbánczban 14 (meghalt 1), gyermekágyi lázban — (meghalt —).

○ **Kitüntetések** *Konrád Márk* dr. a nagyváradi bábaképző-intézet igazgatójának Ő Felsége a királyi tanácsosi czimet adományozta. — *Hertzka Imre* dr. budapesti orvos és karlsbadi fürdőorvosnak a német császár a porosz kir. egészségügyi tanácsosi czimet adományozta.

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

Fasor-szanatórium Vízgyógyintézete

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

Téli kúra a Szt. Lukács-fürdőben **Budapest.** rheumatikus bajok, köszvény, ischias stb. ellen

A szállodák és fürdők egy épülettömböt képeznek. *Minden helyiség jól fütve van. Meghülés kizárva.* **Kénes iszapfürdő.** Külön fürdők. Douche-massage stb. Felvonó a vízben. Lift. *Lakás és teljes ellátás hetenként* (*közepes árban 25 frt*). Prospectust küld az igazgatóság.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület (VI. rendes ülés 1898. február hó 12-dikén) 95. l. — Közkórházi orvostársulat (II. bemutató szakülés 1898. január 26-dikán) 98. l.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(VI. rendes ülés 1898. évi február hó 12-dikén.)

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

Napirend: Discussio Farkas Jenő „A tüdővész ellen való védekezés Magyarországon" című előadása felett. (Folytatás.)

Friedrich Vilmos: Előadó felemlítette és mintegy például állította elénk Angliát, hol a tüdővész halálozási száma csökkent és ezt igen helyesen a közegészségügyi viszonyok javulásának tudta be. Ez tény, mivel a tüdővész csökkenése a közegészségügy javulásával párhuzamosan tart lépést, s minden ország közegészségi viszonyainak javulására lehet következtetni a tüdővész számbeli csökkenéséből. Csakhogy míg Angliában, hol már 1814-ben nép-sanatoriumok lettek felállítva, hol 1841-ben a munkáskérdéssel komolyan foglalkoztak, erre közel egy évszázadnak teljes szigora a közegészségügy terén volt szükséges, ezt egyes államok aránylag rövidebb idő alatt a tüdővész elleni védekezésnek és óvintézkedéseknek meghonosításával érték el.

Svájczban pl., ama kiválóan iparállamban, *Rosenblatt* közlése szerint a tüdővész az utóbbi időben 10%-kal csökkent. Németországban, mint ezt *Cornet* 1895-ben a berlini orvosegyesületben tartott előadásában kiemelte, a tüdővész 1876—1893-ig csökkent, úgyannyira, hogy Poroszországban magában az 1889—1893-dik esztendőre tuberculosisban 70,000 emberrel kevesebb halt meg. Bár a magam részéről ezen feltünő nagy halálozási csökkenést túlmagasnak kell tekintenem, mégis az elért eredmény a Cornet vizsgálatain alapuló úgynevezett Heller-féle óvóintézkedések elfogadásának, melyet a kormány is magáévá tett, kell betudni. Ezzel szemben nálunk ama szomorú tényt látjuk, hogy a tuberculosis az utolsó években nem csökkent, sőt, míg 1892-ben 46,097 ember halt meg tüdővészben, addig 1896-ban már 60,000-nél több.

Ezen szám talán emelkednék, ha az orvosok nem egy izben tüdőbajt jelentenének be tüdővész helyett. A fertőzésnek veszélye tehát nem túlbecsültetik, bár nem akarom tagadni, hogy túlkapások és túlbecsülések, mint mindenütt, úgy itt, ezen a téren sem kerülhetők ki.

Ily viszonyok mellett, különösen, ha tudjuk, hogy a tüdővész oly megbetegedés, melyet megakadályozni sokkal könnyebb, mint gyógyítani vagy javítani, a prophylaxisra, az óvóintézkedésekre kell a fősúlyt fektetni.

A tuberculosis elleni védekezésnek tulajdonképen két csoportja van, ú. m.: a foglalkozáson kivüli és a foglalkozáson belüli, melynek mindkettője egyaránt fontos.

A foglalkozáson kivül való védekezés az, mire előadó is reámutatott, mire én is felhívtam a figyelmet, a gyárak egészségügyi viszonyairól szóló felolvasásomban, mert akkor magam is kiemeltem, hogy a nemzetgazdasági viszonyok javulásával a munkás egészségi viszonyai is javulni fognak.

Hisz erre következtetni lehetett Kőrösinek 1874—1885-ig terjedő statistikája alapján, mely szerint 1000 gazdag ember közül meghalt tüdővészben 114; 1000 középosztályú közül 164; 1000 szegény ember közül 239; vagyis több mint kétszer annyi szegény ember hal meg tüdővészben, mint gazdag.

Mivel azonban azon társadalmi viszonyokon egyhamar nem segíthetünk s mivel a táplálkozás javulására való czélzás különösen inséges esztendőkben teljesen meddő volna: oda kell törekednünk, hogy azon esztendőkben, midőn a termés jobb, midőn a munkás keresete nagyobb, hogy azokban az esztendőkben czélszerübben s jobban táplálkozzék a munkás, hogy ez által is növelje szervezetének ellenálló képességét, valamint oda kell hatni, hogy oly intézkedés válhassék lehetségessé, mely a társadalmi viszonyokon kivül is lehetséges.

Ha ugyanis azon szegény osztályt tekintjük, mely a tüdővész halálozásának nyujtja a legnagyobb arányszámot, úgy mindenütt az tapasztalható, hogy nem annyira a mezőgazdasági munkás, mint inkább az ipari alkalmazott képezi a főcontingenst és pedig egyes foglalkozások szerint különböző mérvben. Ezt némileg megvilágítani akarnám egy teljesen megbízható, zárt körre vonatkozó statistikámmal, mely Budapestnek körülbelül 40,000 munkását foglalja magába s melyre alkalomadtán bővebben fogok reflectálni. E statistika szerint az 1893/96. évben elhalt tüdővészben 382‰ (pro mille) vagyis a Kőrösi-féle számoknál 143-mal több. Ezen számot felbontva tapasztalhatjuk, hogy míg a férfiak halálozási száma 364 ‰, addig a nőké 463‰ vagyis 264‰-del több a halálozás mint a Kőrösi-féle számnál. Ezeknek átlagos élettartama csak 34·3 év volt. Egyes foglalkozások szerint pedig feltünő, hogy 1000 halálesetből mennyi esik tüdővészre. Első sorban állanak a csiszolók, kárpitosok, takácsok, nyomdászok, kőfaragók, szűcsök 777·7, 777·7, 727·2, 708·3, 695·6, 666·6‰-del, azután következnek a kisipart üzők, végül azok, kiknek foglalkozása kevésbbé veszélyes s inkább szabad levegőn történik. Ezen számaimat mintegy megerősíteni látszik a bécsi ipartestületi pénztáraknak 1896. évről szóló, 100,000 munkást magába záró kimutatása, mely szerint a tuberculosis a kisipari munkások között ijesztő módon szedi áldozatait. A tüdővészben meghaltak átlagos %-a ezen pénztáraknál 60·2, az élettartam pedig 32·7 volt. Az ipari munkások között előforduló nagy halálozást nem kis mérvben elősegítheti a veszélyes foglalkozás, rossz levegő, por és piszok, mérges vagy gáznemű anyagok belégzése.

És ha mindezek után ama kérdés merül fel, hogy e megbetegedés ellen mikép védelmezzük és óvjuk magunkat, úgy nézeteim főleg az ipari munkásokra, valamint a fővárosi viszonyokra a következők:

Ott kell kezdeni az óvintézkedést, midőn az illető bizonyos munkához szegődik, vagyis a *tanoncz-ügyet* kell rendezni. Nem szabad megengedni, hogy tanoncok bizonyos koron alul gyári és ipari foglalkozásra felvétessenek.

Ki kell zárni a gyönge, vézna, esetleg beteg vagy tüdővészes megbetegedésre hajlamosított egyéneket az ilyen foglalkozásoktól, ez pedig elérhető, ha a tanoncz a mesterségére csak előzetes orvosi vizsgálat után, hatósági bizonyítvány alapján vétetik fel.

Nők és 18 éven alóli munkások fiatal munkásoknak tekintve, a törvény bizonyos oltalmában részesitendők.

Ez pedig, mint erre a gyári czikkemben részben reámutattam, elérhető részben a közigazgatás keretén belül is és pedig az *1876: XIV. és 1884: XVIII. ipartörvény pontjainak legszigorúbb betartásával esetleg e törvény módosításával.*

A tüdővész ellen bevált óvintézkedés a munkaidőnek megrövidítése. Ez pedig nemcsak a socialis mozgalomnak megvalósítható követelménye, hanem a munkások egészségügyi és erkölcsi fejlődése által megkövetelhető szükségesség. Hogy pedig a 12—14—16, sőt egyes esetekben éjjeli és nappali munkának lejebb szállítása sem a munkás keresetében, sem a munkát adót jövedelmében nem kisebbítik, ezt bizonyítják az angol gyárak statistikái, hol a munkaidő leszállításával a munkások majdnem ép annyit kerestek, mert munkájuk intensivebb volt s az üzem csak annyit jövedelmezett mint azelőtt. E mellett az egészségügyi viszonyok ezen helyeken lényegesen javultak. Míg t. i. 1871-ben a gépmunkások között Angliában az átlagos élettartam férfiaknál 38¼, nőknél 37¼ volt, addig 1889-ben, midőn ugyanis 1872-től fogva a munkaidő 9 órára lett leszállítva, az átlagos élettartam 48¼ illetve 43-ra emelkedett; s míg azelőtt a megbetegedettek száma 10—12% volt, addig később a megbetegedés 5⅒-re szált alá.

A munkás *táplálkozás javítása, az életmódnak megváltoztatása s tisztaságra való szoktatás* nem csekély mérvben mozditanák elő az egészségügy javulását. Csakhogy mindazt már korán kell kezdeni. A népiskolákban kell kezdeni az oktatást az általános közegészségügyi tételekre, *felvilágosítást adni a nicotinnal való túlságos visszaélés hátrányairól s az alkoholnak a szervezetre való veszélyéről.*

Ezen népszerű egészségügyi ismeretek terjesztése a polgári, a tanoncz, ipar és vasárnapi iskolákban folytatandó.

A czélszerű táplálkozás mellett nagyobb gond fordítandó a *munkáslakásokra* és itt szomorúan kell megemlékezni arról, Thirring statistikája alapján, hogy Budapest 1874—1893. cyclus alatt azon városok között, melyeknél 11 egyénen fölül lakott egy szobában, Budapest az utolsó-előtti helyet foglalja el, mert míg a laksűrűség a lakásokban Budapesten 3·7% volt, addig Berlinben 0·8, Münchenben 1·5, Hamburgban 1·8, Bécsben 2·9 és csak Lembergben volt 4·9%.

A munkáslakások jobbá és olcsóbbá tételét előmozdítani kellene, nemcsak társadalmi úton, hanem franczia és belga minta szerint törvényhozási úton.

Mindezen óvintézkedésekhez csatlakozni kell az egyéb egészségügyi tényezőknek: az építkezési szabályok ellenőrzése, városok befásítása, gyermekjátszó helyekkel, sétaterek és parkokkal ellátása, helyes öntözés és csatornázás, kövezés stb.

Azok után pedig, miket Korányi tanár multkori felszólalásában a *sanatoriumokról* elmondott, csak két megjegyzésem volna. Nem az a fő, hogy a sanatorium hegyes vagy lapos vidéken emeltessék, állandó meleg helyen vagy csak védett helyen, hogy külön építendő-e sanatorium nők és gyermekek vagy férfiak számára, hogy abba csak a gyógyulásra hajlammal biró, a tüdővész legkezdetlegesebb stadiumában levők veendők fel, hanem az a fő, hogy az illető a saját otthonához hasonló égaljban levő sanatoriumban nyerje vissza az egészségét, vagyis, hogy egyáltalában legyen sanatorium, de nem elszórtan csak egy vagy kettő, hanem minél több.

A második megjegyzésem, a mire különben a mult ülésben e kérdésnek legnagyobb ismerője hazánkban, Korányi tanár is reá mutatott, az, hogy mily fontos szerepe jut a sanatoriumoknak, nem egyedül a tüdővész javulására vagy gyógyulására, hanem főleg a tüdőbetegeknek egészségügyi nevelése tekintetében. Hogy ezen utóbbi tételt még jobban feltüntessem, ez okból felolvasom a német ministernek egyik leiratát, mely szerint ő is igen javalja a sanatoriumoknak felállítását szegény betegek számára, mert ezek szerfelett áldásthozóan működnek, mivel az onnan elbocsátott tuberculosusok felvilágosítják környezetüket a tüdővész elleni védekezés felől. A minister ezen leirata szerint a lakosságot fel kell világositani arról, hogy a tuberculosis a környezetre ragályossá lehet s hogy ezen fertőzés óvintézkedések betartásával jelentékenyen korlátozható.

Ha tehát Németország egészségügyének legfőbb őre ily módon nyilatkozik a sanatoriumokról és a tüdővész-fertőzés tanának ismerteté-

séről a nép között, nekünk sem lehet okunk egyikben is legkevésbbé kételkedni, hanem úgy az egyiket, mint a másikat el kell fogadnunk.

Mindezek után *véleményem oda irányul, hogy a tüdővész megbetegedésének számát csökkenteni lehet, de csakis közegészségügyi tényezők közreműködésével, az összes közegészségügyi szabályok felhasználásával, betartásával s azok legszigorúbb keresztülvitelével.*

Medvei Béla: Valahányszor a tüdővész terjedését gátoló módszerekről hallunk vagy olvasunk, rendszerint egy sajátságos körülmény tünik fel; t. i. az, hogy jóllehet az összes szerzők és kutatók csaknem kivétel nélkül megegyeznek abban, hogy a tüdővész terjedésének egyik főoka a betegség természetében rejlő *öröklékenység*: mégsem méltányolják eléggé azt a módszert, mely a tüdővészre disponált magzatok számát csökkenti. Értem azt a módszert, mely a *tüdővészes egyének házasságát megakadályozza* illetve korlátozza.

Az előadó is, tömörre fogott előadásában csupán azokról a módszerekről szólt, a melyek a tüdővész ellen, mint fertőző betegség ellen jöhetnek alkalmazásba. Pedig a tüdővész nemcsak fertőző, hanem öröklékeny betegség is és arra, hogy valaki tüdővészben megbetegedjék, nem elegendő a tüdővész fertőző anyaga, hanem szükséges még egyéni dispositio is. A dispositiónak egyik fajtáját, a szerzett dispositiót még érintette az előadó, a mikor előadásában táplálkozási, lakási és egyéb hygienikus viszonyokról beszélt; Friedrich is szolgáltatott erre értékes anyagot, de az öröklött dispositióról és arról a módszerről, mely a tüdővésznek ez úton történt terjedését csökkenthetné, mitsem hallottunk.

Sőt arra a veszélyre is, mit a tüdővészes szülő családjára nézve magában hord, csak úgyszólván akaratlanul tereli figyelmünket az előadásába beleszőtt azon eset felemlítése által, melyben egy fiatal intelligens apa attól a perctől, hogy tüdővészes bajának tudatára jut, többé nem engedi gyermekét magához, még halálos órájában sem, hogy azt meg ne fertőzhesse.

Pedig ha elénk tárjuk azt a szomorú képet, mit a tüdővész terjedése elénk fest, s a mit Korányi tanár mult heti felszólalásában számszerűleg is kifejezett, hogy 70,000-nél többre rúg azok száma, kik az országban tüdővész következtében évente elpusztulnak, s hogy félmilliónál többen szenvednek tüdővészben: akkor úgy hiszem, lehetetlen csak egy tényezőt is figyelmen kivül hagynunk azok közül, mik e szomorú eredmény létesítésében közrejátszanak.

Nem akarom felsorolni azon okokat, melyek e módszer helyességét beigazolják, úgy hiszem, eléggé megindokoltam ezt akkor, mikor e tárgyban először felszóltam az orvosi congressuson, a mikor conclusio gyanánt azt kellett kimondanom: „köteleztessék minden házasuló arra, hogy házasságkötés előtt magát orvosi vizsgálatnak alávesse; s ha nála *fertőző tuberculosis vagy syphilis* constatálható, a házasságtól eltiltassék".

Az ellenvélemények, mik e nézettel szemben felmerülnek, főleg két irányban csúcsosodnak ki. Az egyik nézet szerint e módszer az egyéni szabadság korlátozásával jár; a másik ellenvélemény szerint pedig czéltalan, mert, ha tüdővészes egyéneknek meg is tiltjuk a házasságot, akkor házasságon kivül születnek meg a tüdővészre hajlamosított gyermekek.

A mi az első nézetet illeti, úgy hiszem, az a jelenlegi viszonyok és körülmények közt meg nem állhat. Hiszen használunk mi másutt is oly rendszabályokat és intézkedéseket, melyek az egyéni szabadságot korlátozzák. Hogy mást ne említsek, csak a quarantaine és vesztegzári intézményeket hozom fel. Vagy nem a személyes szabadság korlátozásával jár az a rendszabály, a melylyel bizonyos fertőző betegeket néha kényszereszközök alkalmazásával is arra szorítunk, hogy magukat kórházban kezeltessék. Természetesen csak akkor nem fogunk emelni ily módszerek ellen kifogást, ha azok tényleg a közjó és közegészségügy érdekében történnek.

A mi a másik nézetet illeti, úgy hiszem, senki sem fogja gondolni, hogy az említett módszerrel megszüntetjük az öröklött dispositióval biró gyermekek születését. Hiszen a cohabitatiót nem szüntethetjük meg s így azt sem, hogy tüdővészes embereknek gyermekei legyenek. De nem is megszüntetni, csak csökkenteni akarjuk ez úton az öröklött dispositióval biró gyermekek világra hozatalát.

Itt azonban egy még sokkal fontosabb momentumot is figyelembe kell venni. A tuberculosisra hajlamosított gyermekeket lehetőleg meg kell óvni a fertőzés veszélyétől. Már pedig, hogy arra a példára hivatkozzam, mit az előadó is említett, a tüdővészes apa közvetlen közelében, vele folytonos érintkezésnek kitéve a családi életben sokkal inkább ki van téve a gyermek a fertőzés veszélyének, mint ha ez a körülmény elesik. Azért tehát, mert egyrészről a tüdővészre disponált gyermekek száma csökken, másrészt a fertőzés veszélye is csekélyebb, ajánlom e módszert az előadó figyelmébe.

Kuthy Dezső: Nem kiván most reflektálni *Friedrich* tagtárs érdekes fejtegetéseire, nem szól hozzá *Medvei*-nek a társadalmi és családi élet rendjébe mélyen benyúló javaslataihoz, csupán arról a benyomásról kiván számot adni, melyet *Farkas Jenő* előadása reá általánosságban gyakorolt.

Több jeles phthiseotherapeutának az a vezérlő jelmondata, hogy conditio sine qua non orvosi működésünkben — mikor a tüdővészszel sikeres megküzdésről van szó —, hogy mi magunk absolute bizzunk a bántalom gyógyíthatóságában s adott esetet véve: a beteg jó szerencséjében, hogy ő nem azon szerencsétlenek egyike, a kik nem fognak meggyógyulni. Csakis így lehetséges, hogy a tüdővészszel küzdés hosszú, rögös útján megtegyünk a beteg érdekében mindent s el ne mulaszszunk az ő érdekében semmit. Mi magunk, orvosok, legjobban tudjuk, hogy e bizalom a sikerben, sajnos, nem egyszer optimista színébe állít bennünket, az optimismus bizonyos fokára azonban szükségünk van, hogy ne lankadjunk a jónak ismert úton ernyedetlen haladni előre.

Bevallom, *Farkas Jenő* tagtárs előadása viszont azt a benyomást tette rám, mintha némileg túlsötéten látna. Hiszen sok homály van még a betegség kórszármazásában is, melyről szólunk. Hogy egyebet ne említsek, ott vannak a sanatoriumok évi jelentéseinek azon adatai, melyek igazolják, hogy nap nap után tüdővészszel foglalkozó specialista orvosok nem birják az esetek igen jelentékeny számában kimutatni a gümőbacillust, úgy hogy „von einer nicht bacillären Phthise" kezdenek beszélni stb.; annál inkább eltérők a vélemények, a mi a kezelés módjának részleteit illeti. A tapasztalat azonban ma már mégis elég adatot szolgáltatott kezünkbe, hogy kimondhassuk a tételt: jelenleg a tüdővész ellen biztosabb fegyverünk nincsen, mint a minden ízében rationalis ú. n. hygienés-diaetás therapia. S mivel ez sanatoriumokban vihető csak végbe kellőleg, küzdelmünkben a tüdővész ellenében sanatoriumokra vagyunk rátalva.

Persze a sorvadás elleni védekezés egész menete igen költséges. Mert hisz a vagyontalan betegnek sanatoriumi elhelyezésével még nem tettünk eleget, ott van még a honnmaradottak segélyezése, a kikről kenyérkeresőjük, mig az intézetben van, nem gondoskodhatik, és sok más megoldandó feladat.

Az ügy sikere általában javarészt pénzkérdés. Találóan mondja *Léon-Petit* „L'Hôpital de Villiers" czímű munkájában: „A tüdővész medicatiójában eddig a jod, arsen, vas szerepeltek, ezentúl másfajta fémek jutnak fontossághoz: az ezüst, az arany és a bankjegy; hisz mennyi cotelette van egy oly kis kék papirosban!"

Pénz, sok pénz kell a tüdővész elleni sikeres küzdelemhez. De nem kell ennek egyszerre történnie. Anglia, a mely 100 év előtt kezdte specialis gyógyintézeteit megalkotni s melynek orvosi közvéleménye a hygienés-diaetás eljárástól mi által sem hagyta eltéríteni magát, s e tanokat *Cormack* tollával már Brehmer előtt érvényre juttatta, Anglia sem haladt e téren másként, mint successive. Ma Anglia ott van, hogy egy-egy, főleg tüdővész-gyógyító intézete évente 8—10,000 font sterling jövedelemmel rendelkezik, jórészt közadakozásokból.

Nos, ilyesmire a gazdag szigetország rátermett, mi szerényebb eszközökkel fogunk csak fegyverkezhetni. De fölfegyverkezünk! Megvetjük az alapokat, hogy utódaink felrakhassák az épületet s unokáinknak, vagy azok utódainak *már kevesebb tüdővészessel* kelljen foglalkozniok!

Megvallom, engem nem bir megnyugtatni a *Reibmayr*-féle fejtegetés, melyet az 1894-diki budapesti congressuson magától szerzőtől hallottunk. E szerint a tüdővész az emberfaj autoinoculatiója útján önmaga emelne terjedésének korlátokat s előbb-utóbb megszünnék veszedelmes ellenségünk lenni. Nos ez okoskodás időszámításában egyrészt igen hosszú terminusokról van szó, másrészt megbizhatósága sem kérdésen kivüli. Magyarországon pl. *Reibmayr* szerint elérkeztünk volna ahhoz az időponthoz, a hol a tüdővész terjedése fennakadni kezd; mennyire áll ez, mutatják a legújabb belügyministeri jelentések idevágó adatai.

Sorompóba kell tehát szállnunk a tüdővész ellen haladéktalanul és minden eszközzel, az actiót meg kell indítani s hogy *Farkas Jenő* tagtárs a kivitel gazdasági nehézségeire rámutatott, csak örvendetes, mert így erősebb lesz a kitartás azokban, kik az ügy sikeréhez bizalommal vannak!

Hutyra Ferencz: Csak az előadás azon részéhez akar megjegyzéseket fűzni, mely az állatok gümőkórjával foglalkozik. Ezen résznek nagy fontosságához mérten előadó utalt azon veszélyekre, melyek az embereket az állatok részéről fenyegetik, a mennyiben az állat gümőkórja is átragadhat az emberekre érintkezés, még inkább állati nyers termények útján, és tekintettel ezen veszélyekre kívánatosnak tartja azon intézkedéseket, melyek lehetővé tegyék az emberek megvédését, a gümőkór kiirtásával az állatok közül. Számol ugyan nagy nehézségekkel, de mégis nem tartja olyannak a kérdést, melyet megoldani nem lehetne, egyszerűen pénzkérdésnek tekinti. Kétségtelen, hogy ezen veszélyek léteznek, hiszen talán leginkább a gyermekek nyaki mirigy-scrophulosisa, bélfodri mirigyek scrophulosisa eléggé utalnak arra, hogy a fertőzés ezen esetekben a tápcsatorna útján történik és azon tápszerek közt, melyek a fertőzést közvetítik, kétségtelenül szerepel az esetek nem csekély részében a tej. Kétségtelen, hogy a tehenek teje némelykor tartalmaz virulens fertőző anyagot; azonban másfelől az is áll, hogy a tej az eseteknek csak csekély részében fertőz, fertőz akkor, mikor a tőgy beteg és tuberculosus szövettörmelék keveredik a tejhez és némelykor olyankor fertőz, mikor a tőgyben nem lehetett kimutatni a tuberculosus gócot, de ilyenkor egyébként a tuberculosis már előrehaladott stadiumban volt. Németországban a malaczokat lefölözött tejjel etetik, melybe átmennek a bacillusok és melyhez a centrifug dobjában összegyülő szenyes réteg is hozzákeveredik. Ezek között a malaczok közt a tuberculosis terjed. De ha tekintetbe veszszük, hogy a tüdővész helybelileg terjed continuitás utján és a vérben ritkán vannak virulens bacteriumok és kérdés, ezek átmennek-e a tejbe, akkor mégis kétségtelen, hogy midőn a betegség csak egyes szervekre van korlátozva, nem lehet feltételezni, hogy ilyen esetekben a tej fertőz.

Jóval csekélyebb a veszély, mely a gümőkóros állatok húsának élvezete által okoztatik. A hasba történt oltások is ritkán sikerülnek, csak ritkán sikerült kimutatni, hogy a hús tényleg tartalmaz fertőző anyagot, azonkivül étetési kisérletekkel nem sikerült gümőkórt létesiteni. Másfelől bonctanilag a tuberculosis jelenlétét az izomban nehéz kimutatni. Ha bacteriumokat fecskendezünk a vérbe, néhány nap mulva eltünnek és az izomnedvben nem mutathatók ki. És ha hozzáveszszük, hogy nálunk sütve-főzve élvezik a húst, és negativ eredményre vezettek

a kisérletek, positivra csak akkor, ha nagyon beteg volt az állat, akkor túlzottnak kell tekinteni azt a kivánságot, hogy minden gümőkóros állat vonassék ki a közhasználatból.

A betegség rendkivül el van terjedve. Magyarországban nincsen erről statistika, de Németországban pontos adatok vannak, melyekből kitünik, hogy a levágásra került állatok közül 27—28—30% volt gümőkóros. Tehát az állatok 1/3-át el kellene vonni a használattól. De ezen eljárás megnehezíti az embereknek hússal való ellátását, pedig ennek könnyitése egyike azon tényezőknek, melyeknek nagy szerepe van a gümőkór elleni védekezésben. Itt is a bonczolati lelet alapján meg lehet mondani, hogy van-e fertőző bacterium a húsban vagy nincs. A bonczolati lelet alapján kiválaszthatók a fertőzők a nem fertőzőktől. Egyáltalában a betegség ellen való védekezés néha nehézségekbe ütközik, pedig a tuberculin segélyével meg birjuk itélni, melyek a beteg állatok. Idevonatkozó vizsgálatokat Dániában végeztek, 50,000 állat közül 30% volt tuberculosus. Nagyobb gazdaságokban felment 60—80%-ra. Németországban is hasonlók az eredmények. Magyarországon is végeztek hasonló oltásokat, bár nem nagy számban és az eredmény az, hogy a megbetegedési arány nem volt kevesebb 50%-nál, de 70—76% is volt a tuberculinra reagáló állatok száma. Magyarországon 6.700,000 a szarvasmarha, ezek közt 3 millió a tarka állat (ezek közt több a tuberculosus) és ha csak 10%-ot veszünk fel fertőzöttnek, ennek kisajátitása olyan áldozattal járna, mely elő nem teremthető. De ez nagy visszahatással volna a nemzetgazdaságra is, tehát annál kevésbbé lehet szó minden tuberculosus állat kiküszöböléséről. De azért kivánatos a küzdés a tuberculosis ellen és erre megvan az eszköz. Ez a tuberculin, melynek reactiója által külön kell választani a fertőzött állatokat a nem fertőzöttektől és ez utóbbiakat külön kell tartani. Kedvező körülmény, hogy a betegség ritkán öröklötetik át, t. i. fél éven aluli állatok közt 0·3—0·4%-ban fordul elő a tuberculosis. Az állatok egészségesen jönnek a világra, ezeknek külön tartásával, külön nevelésével meg van a mód arra, hogy erősen fertőzött állományokból a fertőzés kiküszöböltessék. Ez sikerült is már Németországban némely helyen.

Donáth Gyula: Előadó tartalmas előadása pessimistikus, melyről nem óhajtja szóló, hogy kifelé terjedjen a publikumba Hogy nálunk a tüdővész kérdésében valamit tenni kell, talán még inkább, mint más országokban, kitünik ez a sorozási számokból, melyek mutatják, hogy nálunk a népnek elsatnyulása rengeteg arányokat ölt. A sanatoriumok felállitását nemcsak a humanitás parancsolja, hanem ez közgazdasági kérdés is és hogy ez mennyire vihető ki, mutatja a brémai rokkant biztositó-társaság directorának, Gebhardtnak eljárása, a ki, hogy a társaságot a tuberculosusokra költött sok kiadástól megkimélje, szövetkezett a nyilvános betegsegélyző-pénztárral és együtt alapitottak sanatoriumot. Ez hasznára volt mindkét intézetnek, fejenként és pro die 3 márkáért elláttatnak betegek. Nincs 30 millióról szó, hanem előteremthető összegekről, a miknek előteremtése a társadalom kötelessége. Ilyen sanatoriumok létesülése lehető volna, ha a kormány kényszerítené a tömérdek számú betegpénztárt, hogy bizonyos quotával járuljanak a költségekhez. A mi a privat jótékonyságot illeti, erről a németországi tapasztalatok szomorúak; ezzel czélt érni nem lehet.

Jendrássik Ernő: Csak pár szót óhajt szólni a tej érdekében. Mindenki, a ki belorvoslattal foglalkozik, tudja, mily nagy fontossága van a tejkurának s tudja azt is, milyen, többnyire legyőzhetetlen nehézségekbe ütközik forralt tejnek oly mennyiségben elfogyasztása, a milyen az orvoslás szempontjából kivánatos. Milyen álláspontot foglaljunk el ezen állatkisérletekkel szemben? Hallottuk, hogy csak gümőkóros tőgyű állatoknak teje veszedelmes s ezen veszedelem eléggé ellenőrizhető, s bizonyára nem gyakori; az állatkisérletekben a fertőzés módja sem hasonlitható egyszerűen össze a tejivással. Ha a gyermekek nyaki mirigyei beszűrődöttek, ez még nem bizonyitja, hogy a tejivástól származott ez, mert sokkal több alkalom van arra, hogy a porral beleheljük a gümőkóros fertőzést, mint a mennyi veszedelem a tejben rejlik, annyival is inkább, mert ez a gyomorba jutva, savanyú kémhatást nyer s megemészt ődik. Ha a malaczok az emlitett tejetetés mellett nagy számban lettek gümőkórosakká, ezt talán annak is lehet tulajdonitani, hogy az erősen lefölözött tejjel csak kevés táplálékot s igen sok vizet kaptak, tehát ellenállóképességük gyengült. *Hoffenreich* néhány nagyon figyelemre méltó dolgot suggerált felszólalónak; igy hogy a tej ellenőrizésével nincsen arányban a pékek, gyümölcsárusok, a mosónők stb. fertőző képessége, pedig pl. a pék, ha gümőkóros s piszkos kezeivel fogdossa sütéményét, jelentékeny veszedelmet kelthet, mert itt higitatlanul kapja a fertőző anyagot a fogyasztó.

Fodor József: Sajnálja, hogy az előadáson nem lehetett jelen és ezért szélesebb körben nem szólalhat fel. Felszólalásra a Jendrássik megjegyzése birta, a ki azt mondta, hogy a gyakorló orvosnak szüksége van a forralatlan tejre, azután megtámadja a hygienet, mely sürgetően tiltja a forralatlan tejet a gyermeknek. Szóló aggódik, hogy Jendrássik felszólalása másokban is azt az eszmét kelti, hogy a tej felforralása indokolatlan sürgetés volna. Szólónak tudományos meggyőződése azon alapul és erősödött meg, hogy mindenekelőtt városokban különösen, nagyon fontos betegség a béltuberculosis és Budapesten 100,000-ből tüdőtuberculosisban meghal összesen 600, egyéb tuberculosisban 50—60, és ezek között a nagyobb rész a béltuberculosisra esik. És ez is óriási szám, a mikor hozzáveszszük, hogy ez a gyermeksereget pusztítja, és hogy oly okból származik, mely ok elhárítható, t. i. a gyomron, belen át való fertőzése a gyermeknek. A tejjel való fertőzés nagy városokban azért minden családban Damocles kardja, mert Budapesten sejtelmünk sincs, milyen tejet kapunk és milyen tejet adunk a gyermeknek. A központi tejcsarnok százakra menő tehenekből keveri össze a tejet. A kicsiny majorokban megborzad az ember, milyen viszonyok közt tartják a szarvasmarhát, melyek közt nem 20—30%, hanem 70—80% tuberculosus. Ilyen viszonyok közt aggodalmas a városi tej és ha a gyermek veszi be a gyomrába, még aggodalmasabb, mert a gyermek szervezete nem oly ellenálló. Ha már most nem tudjuk, milyen tejet kap a gyermek, kivált ha nagy mennyiségű tejet iszik meg, akkor szólónak nincs bátorsága ezt máskép adni, mint jól felforralva. Ezért szóló nem biztatná a gyakorló orvost, hogy nyers tejet itasson. Ellenkezőleg, mert gyakori a gyermekek közt a béltuberculosis, leghelyesebb, ha forralt tejjel táplálják a gyermeket, kivált a fővárosban.

Jendrássik Ernő: A mi a béltuberculosist illeti, gyermekeknél szóló nem tudja, hogyan van, de felnőtteknél absolute meg nem állhatnak e statistikai adatok, hogy felnőtteknél 10% lenne a béltuberculosis; béltuberculosisnak mondják a halálokot, mert hasmenése volt a betegnek, de a tüdő az a szerv, mely legjobban inficiálódik, és a bélbe a sputum lenyeléséből jut bele a bacillus.

Kivánjuk, hogy ellenőriztessék a tej, de az a haszon, a melyet nyerhetünk a nyers tejivástól, szemben a fertőzés veszedelmével, a gyakorló orvos előtt a mérleg serpenyőjét mélyen lenyomja. Azután tekintetbe kell venni, ha a gyermeket jól tartjuk tejjel, akkor jobban meg tud küzdeni a fertőzés ellen, mely másfelől, pl. gümőkóros emberek csókja, a gyermekeknek pedig azon szokása révén fenyeget, hogy mindent kezökbe vesznek, s kezöket minduntalan szájukba viszik.

Minich Károly: Pár kórboncztani tapasztalatot közöl. Gyakran fordul elő tuberculosis a mesaraicus mirigyekben (tabes mesaraica), másutt tuberculosis nincs, tehát csak elsődleges lehet, nem átterjedés útján létrejött. Ezen betegség ép bél mellett okozhatja a gyermek halálát. Ezt úgy szokás magyarázni, hogy a tuberculosis-virus a bélhuzam útján vétetett fel, onnan felszivódott és fennakadt a mesaraicus mirigyekben és ott az elváltozásokat létrehozta. Szóló egy katonát bonczolt, a ki diagnosis nélkül halt meg a katonakórházban; bonczoláskor kiderült, hogy a mesaraicus mirigyek elsődleges tuberculosisa átterjedt a hashártyára. Ilyen esetek elég gyakoriak.

Hutyra: Megjegyzi, hogy a lefölözött tejjel tartott sertések épen a nyaki és a bélfodri mirigyekben szoktak megbetegedni. A maga részéről szükségesnek, de egyúttal kielégítőnek tartja a tehenészetekből minden tőgybeteg és minden olyan tehén kirekesztését, melyen a gümőkór klinikai tünetek észlelhetők. A húst illetőleg a húsvizsgálat országos rendezése szükséges, hogy minden helyen arra képes és illetékes egyének mondjanak véleményt arról, vajjon az állat húsa fertőzhet-e vagy nem, és az előbbi húsféleségek elvonassanak a közfogyasztástól.

Farkas Jenő: Köszönetet mond az orvosegyesület azon tagjainak, a kik hozzászóltak és magas szinvonalú vitát indítottak meg. Mielőtt azonban erre kitérne, foglalkozni akar azon kérdéssel, mely a tuberculosis ellen való védekezésnek szorosan elkülöníthető részét képezi. Ez a beteg állatról az emberre való átszármazása a tuberculosisnak és az ellene való védekezés. Szóló előadásában nem úgy állitotta oda azt a kérdést, mintha feltétlenül szükségesnek tartaná azt, hogy minden tuberculosus marhát kipusztítsunk.

A további részben is hivatkozott arra, hogy daczára annak, hogy azok a kisérletek csak bizonyos relativ veszélyességét tüntetik fel a tejnek és húsnak; akkor, mikor azt látja, hogy a tuberculosistól való félelemben, különösen a külföldön, pl. New-Yorkban túlzottan, a tuberculosusok élet módjába benyúló intézkedéseket hoztak létre, mielőtt ilyen fegyverekkel emberek ellen mennénk, előbb a könnyebb, kevesebb áldozattal járó intézkedéseket foganatosítsuk, tán a kellő mértéken túl is, az állatoktól való védekezés terén. Ugyanakkor röviden emlitette szóló már azt, hogy a nyers tej veszélyessége jelentékenyebb, mint a húsé. Jendrássikkal szemben felemlíti, hogy a kezeiben lévő angol királyi commissio jelentése szerint 3 tuberculosus emlőjű tehén tejével táplált 15 állat közül mind a 15 megbetegedett, másik 2 hasonló tehén tejéből táplált 10 állat közül pedig 4. A tejjel való fertőzés ellen tehát minden biztosítékot meg kell szereznünk, így azt a bizonyítékot is, melyet a közegészségügyi tanács és szóló is ajánlott, t. i. a tuberculinnal való beoltását az állatoknak diagnostikai czélból és a tehenészeteknek felügyelet alatt való tartását. Hogy ez kivihető és szükséges, abban mindnyájan megegyezünk.

Következik a hússal való fertőzés. Teljesen igazat ad szóló Hutyrának, hogy ennek gazdasági jelentőségét és pénzügyi oldalát kell első sorban tekintetbe venni: hiszen ugyanezt emlitette szóló egyéb kérdésekben is. Szóló nem gondolja, hogy máról holnapra az 50% marhát ki kell irtani; kezdjük meg ebben az irányban a védekezést ott, a hol a hygienében előttünk járó Anglia is megkezdte, t. i. a nagyobb városok tehenészeteire való felügyelettel

Nem tudja szóló, nem értette-e félre Jendrássikot, hogy a gyermekek közt nem volna oly gyakori a tuberculosus fertőzés, különösen a béltuberculosis, a mint azt Fodor állitotta; sajnálja, hogy nem hozott magával valamely ismert statistikai összeállitást, a mely mutatja, hogy gyermekek között a tuberculosis gyakori és főként a béltuberculosis.

A szóló által felemlített angolországi 1200 ágyszámot Korányi kijavította 7000-re. Az adat, a honnan szóló az 1200 kerek számot vette, Lindsaynek, az Ulster Medical Society elnökének előadása, mely a Lancet 1897. decemberi 4-diki számában jelent meg, tehát két hónappal ezelőtt, a melyekben Lindsay, a ki adatait első kézből levelezés útján szerezte be, 1160 ágyat mutat ki. A 7000 szám az évi betegforgalomra vonatkozik. A német irodalomban és magyar közleményekben is olvassuk és Korányi is mondja, hogy a tuberculosis a civilisatióval minden államban emelkedik, kivéve Angliát. Ha ebben az Angliában mutatkozó eltérésben olyan nagy részük van a sanatoriumoknak, mint némelyek állítják és olyan kevés része a közegészségi állapotok javulásának, akkor ez a kérdés nagyon könnyű volna. Ha Angliában, a hol

39 millió a lakosság és 1160 ágy áll rendelkezésre, rövid idő alatt felére csökkent a tuberculosisban való halálozás, akkor legnagyobb reménynyel kellene a tuberculosis kérdése elé nekünk tekintenünk, mert nálunk kisebb lakosság mellett sokkal kevesebb ágy is ezen eredményt fogná adni. Szinte képzeli szóló az ellenvetést. Angliában, azt mondják, már régen kezdték és a közönségben már általánossá lett a tudat, hogy a tuberculosis fertőző betegség. Német közleményekben ezt lehet olvasni. Szóló azonban meglehetős gonddal utána keresett angol közleményekben, de ilyen nyilatkozatot nem talált. *Lindsay* azt mondja, hogy „a szárazföldön a contagiosus nézetnek tág tere van, nálunk ez nem tudott gyökeret verni". *Williams* szerint Angliában a tuberculosis csökkenése az általános közegészség- és a munkástörvény hozásának köszönhető. *Williams* épen a Brompton Hospital főorvosa. Tehát nemcsak nem terjedhetett ezekből Anglia egész lakosságára ki az a tudat, hogy a tuberculosis ellen való védekezésben annak fertőző volta a fődolog, de még ezeknek a kórházaknak orvosi személyzetében nincs meg e tudat. Magyarországon a bromptoni kórház ú. n. tüdőbeteg-sanatoriumnak tekintetik. Itt van a kórház kimutatása. A gyógykezelt betegek között 54 emphysemás férfi, 15 emphysemás nő, 48 szívbajos férfi, 67 nő volt, ezenkivül mediastinalis tumorok, oesophagus carcinomák stb., mert ez a kórház is, mint a többi, melyet tüdővészes kórházként emlegetünk, a *mellkasüri betegségek* kórháza és felvesznek különböző betegségeket, tehát nem tüdővészesek isolálására való, nem is szolgálja ezt a czélt. De el kell szólónak ismerni, hogy az újabb nézetek benyomása alatt a tüdővészes fertőzés ellen való védekezés tekintetében intézkednek. Köpőcsészék mellett ugyan zsebkendőket is használnak, melyeket elégetnek e czélra való külön kályhákban, melyben a fejlődő gőzök még egyszer elégettetnek. De a betegek ezt hiába tanulják meg, ilyen kályhájuk nekik nincs.

Korányi tanár hivatkozott a m. kir. belügyminister jelentésére és ha jól értette szóló, azt egy bizonyos fokig felhasználta annak bizonyítására, hogy a tüdővész terjedésére a jobb anyagi viszonyoknak, a szegénységnek nincs befolyása. Ha jól emlékszik szóló, hivatkozott Korányi Liptómegye, Küküllőmegyére, a melyekben kevés a tuberculosis, míg Békésmegyében sok a tuberculosis. Az orvosegyesület tagjai közt, ha valakinek, úgy szólónak kötelessége azt a jelentést, a mennyire lehet, tisztelni és nem devalválnia, azért hivatkozik arra, a mit Korányi úgy mondott: „erre súlyt kell fektetni, ha azt a megszégyenitő hibát nem teszszük fel, hogy ugyanaz a hiba évről évre ismétlődik". Szóló tehát kérdi, hogy ez a hiba megvan-e? és azután, ha megvan a hiba, megszégyenitő-e? Meggyőződése, hogy ez a hiba évről évre előfordul, mert ha pl. Liptómegyének vagy Kisküküllőnek egyik évben tökéletlen a kimutatása, ugyanazon ok miatt a jövő évben, de még sok éven át az lesz. A hiba oka a halottkémek minőségében rejlik.

Arra a kérdésre pedig, hogy ez megszégyenitő-e? azt kell mondani, megszégyenitő volna, ha tudnánk rajta segiteni. A segitésnek csak egy módja volna, t. i. „állami halottkémi állások" rendszeresitése olyan községekben is, hol évenkint 10 halott van.

A lakosság táplálkozási viszonyainak megjavitásában a tanitástól kevesebb javulást vár, mint Friedrich s nem gondolja, hogy azért táplálkoznak rosszul, mert nem tudják, hogyan táplálkozzanak, s hogy mitől tartózkodjanak. Az orvosegyesület tagjai tudják, hogy a nicotin túlságos élvezete ártalmas, de azért sokan vannak köztük, kik tudásukkal szokásaikat legyőzni nem tudják. Ezért ez irányban a munkástól sem lehet sokat várni. A munkástörvénytől is sokat vár Friedrich. Szóló csak a pékműhelyekre hivatkozik. Ha az ipartörvény megfelelő szakaszai végre volnának hajtva, más állapotok volnának, de azok nincsenek végrehajtva, mert nem lehet őket végrehajtani. De egyetért Friedrichhel szóló abban, hogy a munkaidő leszállitása a tuberculosis kérdésében egyike a legjelentőségteljesebb dolgoknak. Szóló csak kerülve czélzott arra, a midőn kérdezte, hogy mely foglalkozás alkalmas a tüdővészesnek. Szóló magában már akkor levonta a következtetést, hogy fontos, mikép lehetőleg csökkentessék *minden* szakma ártalma. Jó levegő élvezése, családi élet, a korcsma elkerülése, mind csak a munkaidő leszállitásával érhetők el.

Kuthy az optimismus hiányát, *Donáth* a pessimismust hibáztatják felfogásomban. Bizonyos fokig Korányi is arra czélzott, hogy az abderitismusok és túlzások felemlitése csak pihenő pontokul jók, de irányitásul nem. Erre szánta azokat szóló is, pihenő pontokul, bölcs Salamon példabeszéde szerint: „ha az ember új úthoz ér, akkor álljon meg a régi úton és nézze meg, melyik a jó út". Ilyen megállapodást minden új úton, a hygienében is szükségesnek tart. Donáth nem jól értette szólónak számitását. Donáth szerint naponta 3 márkából kitelik egy beteg eltartása. Szóló 30 milliós számitását csak minden ötödik tuberculosisra alapitotta és nem egész két márkát, csak egy forintot vett fel egy napra. Donáth adatai alapján számitva, legalább 200 millió frt kellene a berendezésre és évente több, mint 40 millió frt a sanatoriumok fentartására. Hát pessimismus az, hogy ennek rövid idő alatti beszerzésében szóló nem bizik?

Úgy mondotta Donáth, „valamit tenni kell". Szóló sem ebben, sem másban a „valamit tevést" nem tartja helyén valónak. Mindig *„jót, jól"* kell tenni, azért Kuthyval szemben azt hiszi, hogy nem szabad egy beteg embernek orvosságot optimismusból rendelni és az orvos a tuberculosist se kezelje optimismussal, mert Kochinnal kezelték sokan optimismusból a betegeket még akkor is, mikor mások már régen tudták, hogy az árt. Egyes embereknél sem előnyös az orvos optimismusa, de a hygienére nézve sem, hanem a tárgyilagos, kritikus, logikus gondolkozást tartja szóló szükségesnek.

A rendkivül szigorú newyorki rendeletekről szólva, egyik amerikai orvosi lap azt mondta, „a kik ezeknek eredményeiben nem hisznek, haligassanak, mert ha beszélnek, kegyeletlenek". Elhiszi szóló, hogy ez kegyeletlenség, de olyan, mint a XV. században Joubert franczia sebész kegyeletlensége, a ki azt mondta, „nem kell szentelt vízzel gyógyitani a sebeket, hanem tiszta vízzel". Korányi befejező szavait, hogy „minden orvos a maga erejével járuljon hozzá", szóló úgy érti, hogy hozza el a kérdéshez minden orvos azt a tulajdonát, a mi legbecsesebb: tapasztalatát, higgadt itéletét, mert szólónak meggyőződése, hogy ebben a nehéz kérdésben sokat látó sok szemre van szükségünk.

Közkórházi orvostársulat.

(II. bemutató szakülés 1898. január 26-dikán.)

Elnök: **Rózsaffy Alajos**; jegyző: **Terray Pál.**

Multiplex tendovaginitis gonorrhoica esete.

Róna Sámuel: A gonorrhoeás metastasisok között az izületek, nyálkatömlők és inhüvelyek megbetegedései kiváló helyet foglalnak el. Egyes esetekben a punctio által nyert izzadmányban a gonococcust ki is mutatták és ezzel már adatokat nyujtottak azon felvétel támogatására, hogy az esetek bizonyos számában a complicatiók a vérben keringő gonococcusok által idéztetnek elő, azaz, hogy a gonorrhoea általános vérfertőző betegséggé is válhat. 1896-ban a gonorrhoeás lázról értekezvén, úgy mások mint saját észleleteimből eseteket hoztam fel, melyekben gonorrhoea kapcsán kimutatható complicatiók hijával is lázas mozgalmak észlelhetők, melyek esetleg általános gonococcus-infectio létezése mellett szólhatnának, de egyben kijelentém, hogy sem az én, sem mások vérbeli vizsgálatai ezen felvételt még nem támogatják, mert a vérben a gonococcust addig senki kimutatni nem tudta. 1887. elején jelent meg *Ahmannak* fontos dolgozata, melyben arról referál, hogy neki sikerült a vérben keringő gonococcust kimutatni; complicált lázas gonorrhoeánál (cystitis, nephritis, különböző izületi fájdalmak és tendovaginitis) a felkarvénából Pravaz-zal vért szivattyúzva ki, ascites agarra oltott és positiv eredményt kapott, majd a tiszta culturából müvi talajon tovább oltott és az 5-dik generatióból ép férfi húgycsőre juttatott és typikus, igen súlyos complicatióktól kisért gonorrhoeát idézett elő. Ezzel eldöntetett a metastasisok jó részének kérdése. A most bemutatandó betegnél is supponálnunk kell általános infectiót, mert bár a vérben gonococcust kimutatni nem sikerült, az időközökben a genitalis gonorrhoeához csatlakozott inhüvelylobok erre vallanak.

St. E., 19 éves, 2 hó előtt coitált először, 2 hét óta kéjnő. 1897. október 30-dikán heveny húgycső-, hüvely- és méhnyakkankóval jött az osztályra. E mellett a bal praepatellaris bursa, a bal kéztő, kézhát, kézujjak fájdalmas duzzanata volt jelen és sem a kéztőt, sem az ujjakat hajlitani nem tudja. Csekély láz csak bejövetele utáni 5-dik napon jelentkezett. A duzzanat és fájdalom tetőfoka a flexor digit. comm. inait ös zefoglaló hüvelyben van. Deczember 20-dikán a kéztőizület és a flexor digit. comm. duzzanata és fájdalmassága tetemesen csökkent, de a bal biceps ina duzzadt meg, igen érzékeny és mérsékelt fokú contractura van. Deczember 28-dikán az egész könyökizületet körülvevő szalagok duzzadtak és fájdalmasak és a bal pectoral. major ina. A complicatiók makacsan ellenállottak az antirheumás therapiának, a javulás csakis rögzitő kötésre állott be, sőt a fájdalmak is csak erre enyhültek. A fájdalmak megszünése után a kötés eltávolittatván, contractura, korlátolt mozgathatóság maradt vissza; ezen most rendszeres massage-al javitunk.

Havas Adolf: Tegnapelőtt bocsátott ki osztályáról egy beteget, kinek szintén gonorrhoea infectiója volt és kinél a kórházban a bal kéztőizületben nagy duzzanata, fájdalmai léptek fel, láz nélkül. A betegnél első időben vulvitis volt és a vulvában soorhoz hasonló fekélyek. Később cervicitis és vaginitis gonorrhoicát mutattak ki. Rheumának tartották a fájdalmas izületi gyuladásokat. *Haberern* az izületet pungálta és a folyadékban gonococcusokat találtak. Tehát arthritis gonorrhoica volt. A gonorrhoea megszünt, az izületek fix kötésre meggyógyultak, csak kevés merevség maradt vissza.

Gyurmán Emil: A mióta König az arthritis gonorrhoicáról egy évvel ezelőtt előadást tartott, figyelemmel kiséri és szorgosan vizsgálja, hogy az arthritises betegeknek nincsen-e gonorrhoeájuk? Ezen egy év alatt annyi, de túlzottabb, egész ankylosisra vezető izületi megbetegedést talált olyanoknál, kiknek gonorrhoeájuk volt, hogy érdekes kérdés, vajjon előadó és szaktársai is annyi ilyet látnak-e, vagy csak szóló áll suggestio hatása alatt. Rendesen hosszú lefolyásuak az esetek, nem mind lázasok és antirheumaticumra nem javulnak, csak fix kötésre, massage és meleg fürdőkre.

Goldzieher Vilmos: Oly időben, mikor a bakteriologia még nem létezett, a 70-es években egy hires szemorvos, *Förster* figyelmeztetett arra, hogy gonorrhoea után fejlődhetik általános megbetegedés, mely izületi lobokat idéz elő és melynek lefolyásában *iritis* fejlődhetik. *Förster* irta ezt le először. Szóló megfigyelései szerint ezen összefüggés sokkal gyakoribb, mint a gyakorló orvos sejti, arthritissel, vagy a nélkül. Sokszor látott olyan esetet, melyben gonorrhoeában szenvedő embernél iritis lépett fel, mely makacs volt, de a szokásos iritis-therapia nélkül gyógyult. Iritis gyakran függ össze syphilissel és ösztönszerüleg rendeljük a higanykúrát. De ezen gonorrhoeás iritisek gyógyulnak higany nélkül is. Külsőleg is különbözik az iritis syphiliticától, mert a gonorrhoeás iritis határozottan serosus jellegü, gyér synechiákkal, melyek könnyen megszakadnak atropinra, de az összenövések nyomai megtalálhatók a lencse elülső tokján, mint kis pigmentfoltok. Hangsúlyozza szóló, hogy ezen iritis gonorrhoicát sokszor megtalálta arthritis nélkül is; mig rendesen gonitis előzi meg az iritist. Nem volt alkalma ilyen

Melléklet az „Orvosi Hetilap“ 8. számához. 1. szám. Budapest, 1898. évi február 20.

SZEMÉSZET.

Szerkeszti SCHULEK VILMOS egyet. tanár.

KIR. MAGYAR TUD. EGYET. II. SEBÉSZETI KLINIKA

TARTALOM. *Grósz Emil* dr.: A rövidlátás operálása. — *Mohr Mihály* és *Schein Mór* dr.-ok: Keratosis conjunctivae (A kötőhártya elszarusodása). — *Leitner Vilmos* dr.: Cataracta diabetica. — A moszkvai XII. internationalis orvosi congressus szemészeti osztályának tárgyalásaiból. — *Könyvismertetés* I—III. — *Irodalomszemle.* — *Vegyesek.*

A rövidlátás operálása.[1]

Grósz Emil dr. egyetemi magántanár, szemklinikai tanársegédtől.

Tisztelt Orvosegyesület!

A rövidlátás operálásának kérdése az utolsó években folyvást napirenden van; a szaklapokban állandó rovatot képez, az orvosi congressusokon pedig a tárgyat ismételten s alaposan megvitatták. A mi egyesületünk is foglalkozott egyes bemutatások kapcsán a kérdéssel, de a dolog természeténél fogva a bemutatás szűk kerete sem az előadónak, sem a hozzászólónak nem ad elégséges időt, hogy az egyesület tagjai a vitából kellő tájékozást nyerjenek. Ez szolgáljon mentségemül, hogy az egyesület figyelmét újból a rövidlátás operálására bátorkodom felhívni.

Ezúttal ugyanis az a szándékom, hogy az összes felmerülő kérdésekre kiterjeszkedve részben *Schulek Vilmos* tanár egyetemi szemklinikáján szerzett saját, részben mások tapasztalatai alapján, megjelöljem az álláspontot, melyet ez idő szerint elfoglalok, de egyszersmind alkalmat is óhajtok adni másoknak, hogy ellenkező nézetüket kifejthessék.

A tárgy számos theoretikus kérdést hozott napirendre, melyek tisztázása a physiologikus optica újabb haladásának tekinthető, de e mellett egy, elterjedésénél és jelentőségénél fogva igen fontos betegségre vonatkozván: minden gyakorló orvos érdeklődését megérdemli.

E czélból mindenekelőtt vázolni fogom a kérdés *fejlődését*, ismertetni fogom annak *jelen állását*, mérlegelni fogom az operálás által nyujtott *előnyöket*, szemben az általa okozott *veszteségekkel* és *veszélyekkel* s ki fogom fejteni azon *következtetéseket*, a melyek megtételére e mérleg feljogosít.

* * *

Mint ismeretes, *Fukala* 1889. november 8-án a bécsi orvosegyesületben igen szerény modorban két általa operált beteget mutatott be, kiknek 20 Dioptriás myopiája az átlátszó lencse eltávolítása után közel emmetropiává alakult. Eljárása abban állott, hogy a lencse tokját finom eszközzel — discissiós vagy Graefe-féle késsel — meghasította s a duzzadó lencse tömeget pár nap mulva linearis seben át kieresztette.

A tárgyhoz elsőnek *Fuchs*, a bécsi egyetem egyik szemésztanára szólott, ki elitélőleg nyilatkozott. Szerinte az alkalmazkodás feláldozása jelentékeny veszteség, az ismételt operativ beavatkozás pedig az ablatio retinae keletkezését elősegitheti. Ilyen körülmények között szerinte a lencse eltávolítása nemcsak fölösleges, hanem veszélyes is lehet. Még lesujtóbb volt *Königstein* nyilatkozata, ki azt tartotta, hogy az eljárás egyáltalán nem indicált. Fukala 14 esetére hivatkozva megjegyezte, hogy az ellenvetések csak feltevéseken alapulnak, melyeket a tapasztalat nem igazol.

Vacher, *Fukala* közléséről mitsem tudva, a nagyfokú rövidlátás haladásának meggátlására és a fenyegető ideghártyaleválás megelőzésére az átlátszó lencse közvetlen eltávolitását ajánlotta. Eljárásáról első izben 1890. május 7-ikén a franczia szemorvosok congressusán szólott, de ajánlata annyira nem részesült figyelemben, hogy a szaklapok referatumaikból ki is hagyták, midőn pedig a következő évben indítványát részletesebben kifejtette, *Wecker*, *Parinaud*, *Galezowsky*, megannyi tekintélyek, erélyesen ellene szóltak s csak *Abadie* volt az, a ki *Vacher* védelmére kelt.

A rövidlátás operálásának eszméje tehát, mint látjuk, sem Bécsben, sem Párisban, nem részesült kedvező fogadtatásban. Alighanem ebben az is közrejátszott, hogy egyiküknek sem volt elég tekintélye, hogy a mult traditióit leküzdve, eljárásuknak azonnal híveket nyerhessenek.

Több év tapasztalata kellett, hogy nagyobb számú operálás eredménye támogassa az inditványozók akkor még hiányzó tekintélyét. Úgyszólván minden nemzet szemorvosa részt vett a kérdés tisztázásában s ennek köszönhető, hogy ma már elégséges adattal rendelkezünk az eljárás jogosultságának megitélésére. Fukala számitása szerint körülbelül 2000 operálásról tudunk, különösen becsesek *Sattler* és *Hippel* közlései, melyek körülbelül 100—100 esetre vonatkoznak.

A megejtett történeti kutatások csakhamar kideritették, hogy az átlátszó lencse eltávolitása nem új dolog, mert *Desmonceaux* abbé már 1776-ban dicséri az eljárást. 1858-ban pedig *Weber* a heidelbergi gyülésen újból ajánlotta, de *Graefe* s később *Donders* is olyan határozott állást foglaltak el a mütéttel szemben, hogy *Mooren* kivételével más nem is mert vállalkozni annak végrehajtására, sőt egy rosszul végződött operálás (iridocyclitisben megvakult) egy időre *Mooren*-t is visszatartotta. *Graefe* különösen azt hangsúlyozta, hogy a lencse eltávolitása az alapbántalmon: a scleroticochorioiditis posterioron nem segithet, *Donders* pedig az accomodatiót nem akarta feláldozni, különben abban az időben, a mikor a hályogoperálások alkalmával is 5—10 s még nagyobb százalék volt a veszteség, valóban lelkiismeretlenség lett volna egy látó szemet az oly gyakori infectio koczkázatának kitenni. Nem is talált *Ruiz* és *König* 1888-ban közölt ajánlatuk visszhangra, ők ugyanis a a lencse eltávolitását nagyfokú myopia esetén indicáltnak tartották. Arról, hogy *Smith* Chicagóban 1880-ban 20 D. myopiást a lencse eltávolitása által sikerrel megoperált, a tudományos világ csak 1890-ben *Wood* közléséből értesült. Ilyen körülmények között *Fukala* elvitázhatatlan érdeme, hogy meggyőződését nem csekély tekintélyekkel szemben fentartotta s azt érvényre is juttatta. Ha ma sok pont még vitás is, de az kétségtelen, hogy a myopiások átlátszó lencséjének eltávolitása a szemoperálások között polgárjogot nyert s most már csak az a kérdés, hogy a műtét mikor indicált.

Ennek megitélésére számba kell vennünk az elérhető *hasznot* s az operálás folytán keletkező esetleges *hátrányt* s mindenekelőtt annak *veszélyességét.*

A *haszon*, melyre kezdettől fogva biztosan lehetett számitani: a refractio csökkenése volt. Az már *Boerhave* óta ismeretes, hogy olyan szürke hályogos, ki baja kezdete előtt myopiás volt, az operálás után üveg nélkül jól látott; azt is már régen tudták, hogy az emmetropiás hályogosok a lencse eltávolitása után távolra convex 10—11 Dioptriás üveggel látnak jól.

Ezen tapasztalati tényekből azon plausibilis nézet keletkezett, hogy a kinek 10 D. myopiája volt, az műtét után emmetropiássá lesz, a kinek myopiája 16 Dioptriás, annak 6 D. myopiája marad.

[1] A budapesti kir. orvosegyesületben 1897. november 13-ikán tartott előadás.

Igy tanitották ezt *Snellen* és *Landolt*, igy adtuk elő mi is. A tapasztalás azonban csakhamar megdöntötte ez okoskodást. Kiderült, hogy 18—20 D. myopiások, a műtét után emmetropiások lettek, a 10 D. myopiás pedig hypermetropiás. Ezt azután úgy akarták magyarázni, hogy a myopiás lencséje nagyobb értékű, mint az emmetropiásé (*Schweigger*, *Thier*, *Fukala*), tehát a mit már *Boerhave* oly szabatosan megmondott: „Si enim oculus duorum hominum in omnibus convenit, verum in uno homine longior est, quam in altero et humores in eadem proportione differunt, tunc *longior oculus erit myops*“; s a mit *Arlt* 1854-ben bebizonyított, hogy a myopia lényege a szem hosszabb voltában rejlik: csakhamar elfeledték s a lencse-myopia fogalma újból divatba jött. Szerencsére az empirikusok mellett akadtak olyanok is, a kik a physiologikus optikában járatosak voltak s csakhamar kiderült, hogy a myopiás lencse fénytörése nem különbözik az emmetropiásétól, hanem az eltérés onnan származik, hogy a szem hosszabb voltának más az értéke a teljes szemben, mint az aphakiásban. Erre első izben *Oswalt* utalt, később *Schön, Eperon* s legújabban *Hirschberg*.

Az emmetropiás szemnél minden millimeterrel hosszabb szem 3—3 Dioptriánál több myopiának felel meg. Ez az ismeret $l_1 l_2 = F_1 F_2$ képletből folyik, a melyben l_1 = a tárgy távola a mellső főgyülőponttól, l_2 = a kép távola a hátsó főgyülőponttól, F_1 = a mellső főgyülőtávol, F_2 = a hátsó főgyülőtávol. Ha az értékeket a *Donders* egyszerüsitett mintaszeme adataiból vesszük, akkor:

$$l_1 = \frac{15 \times 20}{l_2};$$

ha $l_2 = 1$ mm., akkor $l_1 = 300 = 3$ D,
ha $l_2 = 2$ mm., akkor $l_2 = 150 =$ kb. 6 D.

Ha az értékeket *Helmholtz* adataiból vesszük, akkor

$$l_1 = \frac{15{\cdot}498 \times 20{\cdot}713}{l_2} = \frac{321}{1} = 3 \text{ D.};$$

ha az értékeket *Tscherning* adataiból vesszük:

$$l_1 = \frac{17{\cdot}13 \times 22{\cdot}89}{l_2} = \frac{392}{l_2} = \text{kb. } 2{\cdot}5 \text{ D.}$$

Ellenben az aphakiás szemben más a főgyülőtávolok értéke, és pedig *Helmholtz* adatait véve:

$$l_1 = \frac{23{\cdot}266 \times 31{\cdot}095}{l_2} = \frac{723}{l_2} = 1{\cdot}38 \text{ D.};$$

Tscherning adataival pedig:

$$l_1 = \frac{24{\cdot}40 \times 32{\cdot}61}{l_2} = \frac{795}{l_2} = 1{\cdot}25 \text{ D.}$$

A különbség tehát minden milliméternél $1^1/_4$—$1^1/_2$ D.-t tesz ki.

Mennél nagyobb a myopia, annál nagyobb a fénytörés csökkenése.

A 3 Dioptriás myopiás szem fénytörése tehát nem 10 D.-val fog csökkenni s a lencse eltávolitása után nem 7·0 D. hypermetropiás lesz, hanem 10—1·5 = 8·5 D. H.; a 21 D. myopiás szem aphakiás állapotában: 10—10·5 = 0·5 D. M.; a 30 D. myopiás szem 10—15 = 5 D. myopiássá alakul. A különbség tehát:

3 D.	myopiásnál	11·5 D.
21 D.	„	20·5 D.
30 D.	„	25 D.

Ez alapon *Hirschberg* a következő egyszerű képletet ajánlja arra, hogy a különbséget előre meghatározzuk. Differentia $= \left(10 + \frac{M x}{2}\right)$ D.; az új fénytörésre pedig: $R_2 = \left(10 - \frac{M x}{2}\right)$ D.

Az igy nyert értékekkel megegyezik a tapasztalat is s erre *Hirschberg* gyakorlatából 8 meggyőző példát hoz fel. Az egyetemi szemklinikán operáltak refractiójának csökkenése megfelel e számításnak. Azon myopiások, kiknek fénytörése 18—22 D. között volt, körülbelül 18—20 D.-t nyertek, azok pedig, kiknek myopiája 14—15 D. volt, 15 D., azaz végeredményben a 20 és 15 D. myopiás is emmetropiássá lett. Hogy egyesek adatai nem egyeznek teljesen az előre kiszámított értékkel, annak két oka van és pedig a mint *Schön* kimutatta, mindenekelőtt a csarnok mélységének is van befolyása az eredményre, ez azonban alig tesz 1—$1^1/_2$ D.-nál nagyobb különbséget.

Nagyobb hibaforrást képez a myopiának szokásos üvegekkel való meghatározása. A javitó üvegeket ugyanis a szem elé helyezzük és pedig körülbelül 10 millimeterrel a cornea elé, azaz körülbelül 2 cm.-rel a csomópont elé. Ez annyit jelent, hogy azon szem myopiája, melyet 10 D. concav üveg javít, tulajdonképen csak 8·5 D., továbbá a 20 D. üveggel javított myopia valódi értéke tulajdonképen 14 D. s igy tovább.

Ezért nem is szabad megelégednünk azzal, hogy a refractiót üvegekkel határozzuk meg, hanem minden operálandó esetben meg kell határoznunk a távolpontot is s az eredményt objective skiaskopiával is ellenőrizzük. De még igy is elég ingadozásra nyilik alkalom. A távolpont lemérése a vizsgált egyén kimondásain alapul, a skiaskopia pedig épen a legnagyobb fokú myopiánál sokat veszit biztonságában! Mindez eléggé igazolja az előbb emlitett számitástól való eltéréseket, de ha e hibaforrásokat minden egyes esetben számba vesszük, akkor minden nagyobb meglepetéstől megmenekülhetünk. Mint látni fogjuk a fénytörés fokának mérlegelése az indicatiók szabatos megállapításakor nagy szerepet játszik s az előbb emlitettek számbavételével nem fog többé előfordulni az, a mi sokakkal megesett, hogy a betegek operálás után erős convex üveg viselésére szorultak.

A második haszon, mely az operálásból származik, a *látás élességének* emelkedése. Az által, hogy a nagy fokban myopiás emmetropiássá vagy majdnem emmetropiássá lesz, máris nagyon sokat nyer. 8—10 D.-nál erősebb concav üveget még a legnagyobb fokú myopiások sem szoktak viselni, mivel a még erősebbek igen nehezek, hasábos hatásúak, hamis projectiót adtak s szerfölött kicsinyitenek. Már pedig a myopia fokánál jóval gyengébb üveggel a látás távolra még akkor is szerfölött gyenge, ha különben az absolut látásélesség (azaz teljesen corrigált myopia mellett) tűrhető. Ha most a beteg nem szorul többé üvegre, egész látását értékesitheti: ez az eredmény előre volt látható, az eredmények azonban újból felülmulták a várakozást. Kiderült ugyanis, hogy operálás után az úgynevezett absolut látásélesség is emelkedett. Ennek az a magyarázata, hogy a *kép nagyobb* és *világosabb* lett. A concav üvegek ugyanis a hátsó csomópontot hátrább helyezik, minek természetes következménye az, hogy a képet kicsinyitik, mi a látás élességének rovására történik. Ezenkivül a concav üvegek, mint ismeretes, a fényt szórják, a kép tehát épen a legfontosabb helyen sötétebb lesz.

Leber és *Schanz* számitásaiból kiderül, hogy a concav üvegek ezen hatása az absolut látásélességnek 2—3-szoros javulását érthetővé teszi, de nem magyarázza azon eseteket, a melyekben 7—8—10-szeres javulásról beszélnek.

Hippel azt hiszi és *Fukala* is osztozik ezen nézetben, hogy a retina ilyenkor mintegy begyakorolja magát a távoli tárgyak felismerésébe. Több valószinűsége van azon feltevésnek, hogy a javulás ezen meglepő nagy fokának létrehozásában több vizsgálati hiba működik közre. Első sorban a nagyfokú myopiások kijelentései megbizhatatlanok, különösen, ha egészben véve nagyon csökkent látásról van szó; az is számba jön, hogy az operatio után az astigmatismus correctiójával mindenki maximalis visus kimutatására törekszik s csakugyan *Sattler* 85 esete közül csak négyszer volt a javulás több mint 3-szoros s ezek is, a mint azt *Otto* hangsúlyozza, olyanokra vonatkoznak, kiknek adatai koruknál s szerfölött csökkent látásélességüknél fogva megbizhatlanok. *Pflüger* is csak 2—3-szoros javulást tapasztalt s a mi eseteinkben is a javulás egyetlen kivétellel nem lépte át e határt ($^5/_{70}$-ről $^5/_{15}$-re). E két nyereség: a refractio csökkenése és a látásélesség emelkedése kétségtelen, de ezeken kivül még más előnyök is számba jönnek.

Nagyfokú myopiásoknál *binocularis* látásról szó sem lehet, mert a néhány centimeternyi távolságra nem képesek convergálni, de operálás után a binocularis látás néha helyreáll. Még fontosabb nyereség volna azonban, ha *Fukala* és *Vacher* azon várakozása igazolást nyer, hogy a myopia haladása megszünik. *Graefe* azt hitte, hogy a lényeg a sclerotico chorioiditis posterior s ezen a műtét nem változtathat s így a myopia haladása sem fog szünetelni, míg *Fukala* és követői épen abból, hogy az accomodatio és convergentia káros tényezői megszünnek, a myopia haladásának megállapodását is várják. Most már az a kérdés, hogy mit mond a tapasztalás? *Wecker*, *Fuchs*, *Parinaud* a cataracta zomularis operálásának analogiájából egyes esetekben a myopia progressivitásának fenmaradását akarták bizonyitani, de *Fukala* 5 éven át, *Sattler* és *Hippel* 2 éven át s a saját megfigyeléseink semmivel sem igazolják, hogy a myopia a lencse eltávolítása után is jelentékenyen vagy gyakran progrediál. Sőt az is kétségtelen, hogy az accomodatio kizárásával egy a myopiát növelő tényező — ennyit mindenkinek el kell ismerni — elesik. E tekintetben azonban, készségesen bevallom, nem áll rendelkezésükre elég idő, hogy végleges véleményt mondhassunk. Szerencsére az indicatiók felállítására e körülménynek nincs nagy befolyása, mert annyi kétségtelen, hogy a myopiás aphakiás állapotában e tekintetben nem lesz rosszabb helyzetben, mint azelőtt volt. Legrosszabb esetben csak képzelt előnyről, de semmi esetről, sem hátrányról lehet szó.

Ezen *nyereségekkel* szemben most már csak az a kérdés, hogy milyen *hátránynyal* s milyen *veszélyekkel* jár a műtét végrehajtása?

A mi a hátrányt illeti, mint láttuk, *Donders* és *Fuchs* az accomodatio hiányát s az ebből származó kárt nagyon kiemelték. Pedig, a mint azt *Mauthner* is hangsúlyozta, már a priori sem lehetett számbajövő veszteségről szólani. 20 éves 20 Dioptriás myopiás távolpontja 5 cm.-re van, közelpontja $3^1/_2$ cm., az alkalmazkodás területe tehát mindössze alig 2 cm. De még akkor is, ha 10·0 D. üveget visel, a terület alig tesz ki többet, mint néhány centimetert. Azzal szemben tehát, a ki egyetlen síkban lát élesen, a nagyfokú myopiás nincs valami nagy előnyben. De a tapasztalás újból felülmulta a várakozást. Az ilyen aphakiások, kik nem szorulnak erős convex üvegre 21—51, tehát 30 cm. közben jól olvasnak, szóval az accomodatio pótlására tettek szert. Így találta ezt *Thier* (22—42), *Pergens* (22—51), *Pflüger* (20—40), *Sattler* (17—24) s erről győződhettünk meg a klinikai esetekben mi is.

E kedvező körülménynek az a forrása, hogy az emmetropiás retináját aphakiás állapotában az erős convex (13—15 D.) üvegek által összegyüjtött sugarak meglehetősen tompa szögben érintik, míg a myopiás szem hátrább fekvő retinájára hegyes szögben esnek. Veszteségről tehát szó sem lehet, sőt mivel az accomodatio a myopia progressivitásának mégis csak jelentékeny tényezője, annak eliminálása: inkább nyereség.

A másik szempont az operálás által nyujtott előnyökkel szemközt az, hogy végrehajtása mennyiben *veszélyes*. Épen ez az a szempont, melynek megitélésében a legnagyobb objectivitásra van szükségünk. Minden túlzás a betegek érdekét érzékenyen sújtja, pedig bizonyára ezt, s csakis ezt szabad a műtét megitélésekor szem előtt tartani. Ha egy oldalról azt teljesen veszélytelennek tüntetik fel, egyetlen balsiker az egész eljárást discreditálhatja. Ezért a következőkben alapos birálat alá fogom venni azon körülményeket, a melyek az eredményeket koczkáztatják.

Ezek egy része magával az eljárással függ össze, másik része pedig mint annak indirect következménye szerepel; az első csoportba tartozik az *infectio* és *glaucoma*, a másodikba a *chorioretinitis*, a *haemorrhagia retinae* s az *ablatio retinae*.

Lássuk ezeket sorban.

Még pár évtized előtt az átlátszó lencse eltávolítása épen az *infectio* veszélye miatt nem lett volna indokolt; e helyen fölösleges részleteznem, hogy a szemoperálások mennyit nyertek biztonságban, csak arra óhajtok hivatkozni, hogy több száz egymásután operált szürke hályogos közül egyet sem veszitünk el. De ez korántsem jogosit fel arra, hogy a myopia operálását teljesen veszélytelennek tüntessük fel. Az eddigi tapasztalatok meg épenséggel nem jogositanak fel erre. *Sattler* és *Hippel* adatai 3% infectiót tüntetnek, *Gelpke* 1%, *Kayser* é 4%, *Darier* 18 operateur 142 esete alapján 2% infectio útján bekövetkezett megvakulást emlit. Pedig *Sattler* és *Hippel* operateuri ügyességük s megbizhatóságuk általánosan ismert tény. Az egyetemi szemklinikán eddig operált 15 szem közül egyetlen veszteségünk sem volt, s mégis azt kell mondanom, hogy e műtétnél az infectio veszélyét ez idő szerint nem lehet olyan biztonsággal kizárni, mint a szürke hályog operálásakor. Ennek oka a mai technikában rejlik.

Az átlátszó lencse eltávolítása előzetes discissio nélkül erőszakos eljárás, melyről *Vacher* s néhány követője kivételével ma már minden gyakorlott operateur lemondott. Az általánosan elfogadott műtéti mód a *Fukala* által ajánlott eljárás. Mindenekelőtt az átlátszó lencse elszürkitésére törekszünk. *Knapp* ismert késecskéjével, *Sattler*, *Schulek* tanár és iskolája a *Rosas*-féle kis sarlóval hasitjuk meg az elülső lencsetokot. A discissiót kiterjedten végezzük, mert felszines behasítás a beavatkozás ismétlését szokta maga után vonni, de a legnagyobb gonddal kerüljük a hátsó tok berepesztését. *Thier* épen ellenkezőleg, szándékosan az egész lencsét átvágja, de hogy ilyen módon a punctio alkalmával üvegtest fog a sebbe tolulni s hogy épen ettől kell legjobban óvakodnunk, az bővebb magyarázatra nem szorul. A punctiót 3—5 nap mulva szoktuk végezni. *Hippel* a limbusban, mi a tágitott pupillával szemközt szúrjuk be a lapjára hajlitott lándzsát; túlzott sietség nem czélszerű, mert akkor igen sok a maradék, mi újabb és újabb punctiókat tesz szükségessé, viszont glaucomás roham esetén nem szabad várni, nehogy a látás ez által állandóan meggyengüljön. Több hét után rendesen még egy műtét: extractio linearis simplex vagy discissio lesz szükséges, néha azonban, főleg fiataloknál, a visszamaradt részek teljesen fel is szivódhatnak. Minden körülmények között azonban kénytelenek vagyunk *ismételve* operálni, a mi által nemcsak *szám szerint* szaporodik az infectio alkalma, hanem *hatványozódik* is. Más dolog egy különben teljesen ép szemen operálni, mint olyanon, melyen az első beavatkozás után keletkező izgalom, a kötés által növelt vagy előidézett hurut egyrészt a szövetek ellentállását alászállitotta, másrészt pedig a rendesen jelenlevő pathogen mikroorganismusokat megszaporitotta.

Hogy ismételt beavatkozásra van szükség, azt a következő adatok is bizonyitják: *Sattler* egyetlen esetében volt elégséges 1 operálás, 39 esetben 2-szer, 30 esetben 3-szor, 12 esetben 4-szer, 1 esetben 5-ször, 2 esetben 6-szor operált.

Ugyanezt bizonyitják *Hippel* adatai is, s a mi eseteinkben is rendesen 3, sőt egy esetben 6 beavatkozás volt szükséges. De ez nem is lehet másképen! A lencsének egyetlen discissio után bekövetkező felszivódására csak gyermekkorban számithatunk, a punctio alkalmával pedig minden lelkiismeretes operateur óvakodni fog a maradékok erőszakos kiürésétől, nehogy az annyira kerülendő üvegtestelőesés következzék be. De a tapasztalat azt is bizonyitja, hogy épen a későbbi operatiók veszélyesek; az eddig tudomásunkra jutott infectiók mindegyike a 2-ik vagy 3-ik beavatkozás után következett be.

Ime ezen körülményekben rejlik a veszély! *A beavatkozások ismétlése az eljárás lényegéhez tartozik, ez pedig hatványozza az infectio veszélyét.* Pedig ez súlyos dolog! Hályog operálásakor arról van szó, hogy egy vak ember látását legjobb tudásunk s az egyedül rendelkezésünkre álló módon megkiséreljük visszaadni s legrosszabb esetben, vagy kivételkép, előbbi helyzetében van, de ha egy myopiás operálásunk következtében elveszti látását, s fájdalom, a külföldi tapasztalatok szerint ez 1—2%-ban megtörténik, ez igen súlyos beszámitás alá esik.

Sattler egyik esetében a beteg látása concav 16·0 D.-val $^6/_{36}$ volt, egy másikban concav 20·0 D.-val $^6/_{36}$, s az operálások után mind a két szem megvakult!

Úgy hiszem, a mondottak eléggé igazolják, hogy az infectio eshetősége olyan veszély, melylyel az indicatiók felállításakor számolnunk kell.

A másik veszély, mely a szemet közvetlenül a műtét után fenyegeti: a *glaucoma*. A discindált lencse ugyanis felduzzad s valószinűleg az elvezető zsilipek elzárása útján másodlagos glaucomát idézhet elő. *Hippel*, *Vossius* az esetek 4%-ban, *Gelpke* 38%-ban, mi pedig egy esetben láttuk. Ezen complicatión azonban elég könnyen segithetünk, mert a cornea punctiója a feszülést alászállítja s a fájdalmat és izgalmat megszünteti, de hogy rossz vége is lehet, azt *Hippel* egy esete bizonyítja. Különben e complicatiót nem szabad kicsinyelnünk, mert igen zajos tünetekkel (fejfájás, álmatlanság) járhat, mi nemcsak a betegre nézve kinos, hanem az operálás szabatos végrehajtását is megnehezíti. Nem említem az iridencleisist, oly complicatiót, mely ugyan a szem elvesztésére is vezetett (Schröder), mivel úgy tartom, hogy ezt minden esetben ki kell kerülni.

Az operálással csak indirecte függnek össze az *érhártya* és *retina* részéről fenyegető veszélyek. A mi a *chorioretinitist* illeti, az eddigi tapasztalatok azt bizonyítják, hogy az operálás nem segíti elő a folyamatot, sőt az accomodatio szünetelése még kedvező befolyást gyakorolhat, de hogy friss góczok is keletkezhetnek, azt Hippel négy esete igazolja. Ilyen körülmények között a sárga folt közelében keletkező s haladónak igérkező chorioretinitis az operálás elhalasztását indokolttá teszi. Nagyobb veszélyt rejtenek magukban a vérzések, melyek keletkezésére az operálás alkalmával s utána bekövetkező tensio emelkedés és csökkenés cleg alkalmat ad. Ha egyesek azt állítják, hogy az operatio meglevő vérzések felszivódására ad impulsust, úgy mások (*Hippel*, *Schröder*) friss vérzések keletkezését is látták. Ezen veszély szerencsére inkább az idősebbeket fenyegeti, kiknek érfalzata különben is kevésbbé ellentálló, e korban pedig mégis ritkábban operálunk.

E két complicatiónál fontosabb az *ablatio retinae*. A kérdés a körül forog, hogy az ablatio retinae operálás után gyakrabban fordul-e elő vagy a nélkül. A felelet igen nehéz, mert nem elég az esetek száma, hanem hosszú észlelési idő is szükséges.

Fukala Mooren adataiból azt igyekezett bizonyítani, hogy a nagyfokú myopiások 22%-ában leválik a retina, *Otto* ugyanezen adatokból 6%-ot hozott ki, úgy hogy ma még ilyen módon nem lehet biztos számbeli adatokat nyerni. Hogy az operálás után közvetlenül nem gyakori a retinaleválás, azt már most is állíthatjuk s ha az ismert eseteket közelebbi birálat alá vesszük, akkor kiderül, hogy *Sattler* azon három esetében, a melyben utólag spontan ablatio keletkezett, az operatio alkalmával üvegtest veszteség volt. E körülményt *Otto*, *Hirschberg* s *Uthoff* is hangsúlyozzák; megfoghatatlan, hogy még mindig vannak egyesek, kik az üvegtestveszteségnek alárendelt szerepet tulajdonítanak. Természetesen túlzás volna azt állítani, hogy az operálás megakadályozza a retina leválását. *Hippel*, *Wray*, *Wecker*, *Alt*, *Szili* közlései eléggé igazolják, hogy a myopiás szem aphakiás állapotában sem mentes e veszélytől.

Ma legfeljebb annyit mondhatunk, hogy a leválás operálás után nem gyakoribb, mint a nélkül.

Ha most ezek után azt kérdezzük, hogy a nyujtott előnyök és az eredményt koczkáztató veszélyek *mérleye* milyen következtetésekre jogositanak, azt kell mondanom, hogy tekintettel azon helyzetre, a melyben a nagyfokú myopiások vannak, a mely helyzet a kereset- és munkaképességet a legnagyobb mértékben befolyásolja, esetleg teljesen lehetetlenné teszi: az operálás *jogosult*. Minthogy azonban végrehajtása nem veszélytelen, a következő *korlátozások* indokoltak:

1. A mi mindenekelőtt a rövidlátás fokát illeti, 14 D.-n alul nem jogosult; mennél nagyobb a myopia foka, annál nagyobb a nyereség.

2. Fiatalabb *korban* kevesebb a koczkázat s igy az ajánlat is indokoltabb, kivételes esetben s e kivételt épen az egyén helyzete adja, előrehaladott korban is végrehajtható.

3. *Egyszerre* csak *egy* szemen operáljunk, a másikon csak akkor szabad az átlátszó lencsét eltávolítani, ha az első izben operált szem már látóképessé lett. Ez óvatosság még öregkori hályogokkal szemben is helyes, de sokkal szükségesebb a myopia eseteiben.

4. Olyanok operálása, kiknek csak *egy látó szemük* van, ez idő szerint még egyáltalán nem engedhető meg.

5. A macula lutaea szomszédságában levő friss *chorioretinitis* s kiterjedt *vérzések* az operálás *elhalasztását* teszik ajánlatossá.

6. Végül nem szabad felednünk, hogy a kiknek látásélessége megbizható és ismételt látásvizsgálat után is $^5/_{70}$-nél kevesebb, az operálástól keveset nyerhetnek.

Ilyen korlátozások mellett sem magunk, sem betegeink nem fognak az operálásban csalatkozni. S tényleg az egyetemi szemklinikán eddig végzett operálások egyikében sem volt okunk a beavatkozást megbánni. 1895. márczius 28-dikától 1897. augusztus 31-dikéig összesen 12 esetben végeztük. (Ezeken kivül 3 most áll kezelés alatt.) Ez bizonyára nem nagy szám, hiszen egyetlen év alatt (1896) 9763 új ambulans beteg közül 46 egyén szenvedett olyan nagyfokú myopiában, hogy az operálás egyáltalán számba jöhetett volna s ugyanezen évben 1026 nagyobb szemoperálást végeztünk, de úgy hiszem nincs okunk ez óvatosságot megbánni! *Hirschberg* (20), *Schmidt-Rimpler* (12), *Fuchs*, *Panas*, *Haab* (22) is ma még keveset operálnak, pedig beteganyaguk és operálási képességük megvan. A mi az eredményeinket illeti, a fénytörés két esetben 15 D., a többiben 18—20 D.-t csökkent, az absolut látásélesség emelkedése egy izben ötszörös (?), 2 esetben kétszeres, a többiben kevesebb, mint kétszeres volt.

Veszteségünk, mint említettem, nem volt, glaucomás roham egy izben fordult elő, de punctióra megszünt; iridectomiát egy esetben végeztünk.

A műtéteket *Schulek Vilmos* tanár és segédei hajtottuk végre.

Mindezekből kiderül, hogy *Fukala*-nak igaza volt, a mikor 8 év előtt az ellenvetésekkel szemben a tapasztalásra hivatkozott, mert ma is áll az, hogy „die Zeit nur macht die feine Gährung kräftig".

Keratosis conjunctivae (A kötőhártya elszarúsodása).[1]

Irták: *dr. Mohr Mihály* szemész-főorvos és *dr. Schein Mór* rendelő bőrorvos az ált. munkás betegsegélyző pénztár kórházában.

A „Gyógyászat" 1896. évi 35. számában egyikünk[2] leirt egy bőrbetegséget a „pityriasis rubra pilaris"-t, melyet eddig a szemen nem ismertek. Ugyancsak ezen dolgozatban felsorolta azon acut és chronikus infectiosus betegségeket, melyekben bőrbaj előfordul, a mely a szemre is átterjedhet. Hasonlóképen felemlitette azon idült bőrbetegségeket is, melyekben a szem is participál. És ezek közé sorolta a szemen eddig le nem irt „pityriasis rubra pilarist" is.

Ma ismét a bőrnek egy állapotáról óhajtunk szólani, mely eddig a szemen leirva nincs. T. i. a „keratosis conjunctivae"-ről.

A keratosis a bőrön eléggé ismert állapot. Erről tulajdonképen nincs mit mondani. T. i. ez a bőrön a normalis állapot. Csak arról lehetne szó, hogy különböző esetekben az elszarúsodás különböző módon változik. Igy pl. psoriasisnál az által, hogy a papillaris edények tágulnak, holott tyúkszemnél (clavus) az által, hogy a szarúréteg a többi réteg rovására vastagodik.

A kötőhártya mint minden más nyálkahártya utánozza a bőr normalis szerkezetét azzal a különbséggel, hogy határozott papillaris réteg nem constatálható rajta és hogy verejték-faggyúmirigyek és szőrtüszők nincsenek benne. Hámrétegből és substantia propriából áll, csakhogy ezen összetétel a kötőhártya különböző helyein különféle módosulatot szenved. A hámréteg a belső szemhéjszéllel párhuzamosan haladó zónában, mely a musc. ciliaris Riolaninak felel meg, többrétegű és mint a szemhéjszél epidermis rétegében és a bőrben még

[1] Előadta *dr. Mohr Mihály*, a magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyülésén Trencsénben 1897. aug. 24-ikén.

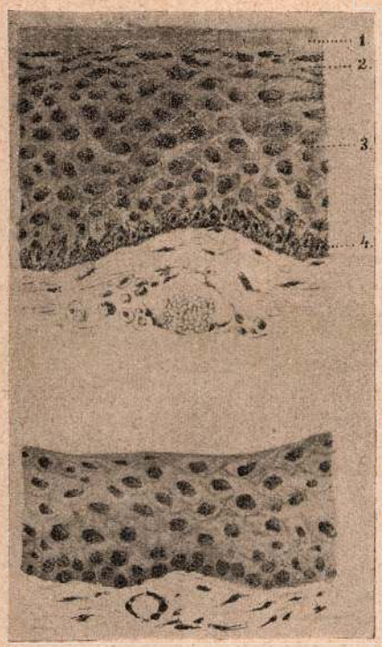
[2] *Mohr Mihály*, „Szembántalmak összefüggése bőrbajokkal".

papillák is nyomulnak a szövetbe. A m. Riolani barázdáján túl (mely a felső szemhéj kifordításakor tünik fel) a hám csak kétrétegű, belső köbalakú és külső hengeralakú sejtekkel. De a fornixon az epithel megint többrétegű lesz és ilyen marad a szemtekei kötőhártyán is és pedig többrétegű *kövezetsejtes felhám*, melynél a sejtek egymás mellé vannak rakva és kevés ragasztó anyaggal vannak egymáshoz fűzve; a sejtek nagyok, laposak, egynemű sejttestűek és egy vagy két maggal birnak.

A substantia propria conjunctivae kötőszövetből áll, melyben a kötőhártya edényei haladnak; feltünik e szövet hálószerű szerkezete által.

Most áttérünk esetünk[1] ismertetésére. Fénusz Lajos, 46 éves takács 1897. január 18-ikán jelentkezett az ált. munkás betegsegélyző pénztár kórházában, előadva, hogy bal szemén egy év óta képződik egy sajátságos állapot, melyet ő maga is képes megszüntetni az által, hogy a képződményt leemeli, de ez újra nő.

A cornea felső széle fölött a kötőhártyát 1 □-cm. nyi területen elborítja fehér, sajátságos merevségű vékony lemez, mely beszáradt szappanhabhoz hasonlit, redőbe nem emelhető, hanem a mely egész tömegében elsiklik a sclerán és keskeny ép rész által választatván el a szarúhártyától, erre részben reátolható. Kötőhártya egyébként ép, csekély fokban hurutos. A szem átlátszó közegei tiszták, szemfenék ép, látóképesség $= \frac{5}{7}$.



Zeiss obj. E. oc. III.

Diagnosisunkat makroskopice a kötőhártya felhámjának elszarúsodására tettük és „keratosis conjunctivae“ alatt vezettük be a protocollumba. Nagy részét kimetszve absolut alkoholban megkeményitettük, celloidinba ágyaztuk, mikrotommal metszettük, azután haematoxylinnal vagy pikrokarmintimsóoldattal megfestettük.

A vizsgált kóros kötőhártyarészlet hámrétegén több stratum különböztethető meg, melyek közül az alsó sokszögletű és hólyagcsás maggal ellátott tüskés sejtek 2—3 rétegéből áll, melyek legalsóbb sejtjeiben néhány magoszlás látható (l. ábra 4). E fölött egy egész határozottan kifejlődött szemcsés réteg (3) élénken látható keratohyalin szemcsékkel (2) következik, mely mindenütt egy sejtcsoportból áll. Ezt vékony szarúréteg fedi be (1).

Tehát a mint a praeparatumon látni méltóztatnak, itt a kötőhártya elszarúsodásával van dolgunk.

A kötőhártyán előfordul elszarúsodás azon kóralaknál, melyet *xerosisnak* hivunk és fontos feladatunk kóresetünket éppen a xerosistól elkülöniteni.

Xerosis alatt, a mint minden szemészeti tankönyvben olvasható, a kötőhártyának azon állapotát értjük, melyben a kötőhártya száraz. Felülete ezen helyeken zsirosan fénylő, fehéres és vagy epidermisszerű, vagy olyan, mintha beszáradt habbal volna fedve. A kötőhártya itt vastagabb, kevésbbé hajlékony és merev redőkbe rakódik. A köny ezen helyeken lefut, a nélkül, hogy megnedvesednének e helyek. Súlyos esetekben a könyelválasztás el is apad. A szarúhártyán is felléphet e folyamat, mikor is a szarúhártya felülete bágyadt, fénytelen, száraz, megrepedezik, szövete megzavarodik és átlátszóságát elveszti (xerosis corneae).

Oka e bajnak vagy *helybeli* vagy *általános*.

Helybeli ok: a) A kötőhártya heges elfajulása, a mi előfordul trachoma végkimenetelénél, pemphigusnál, diphtheritisnél, égetések, étetések, különösen edző szerek huzamos alkalmazása után.

b) A kötőhártyának hiányos befedetése esetében a kötőhártya kiszárad a levegőn; ectropiumnál, lagophthalmusnál fordul elő. Amott a szemhéji kötőhártya, emitt a szemtekei kötőhártya szárad ki, epidermisszerű rétegek képződnek, melyek a mélyebb rétegeket a további kiszáradástól megóvják.

Általános megbetegedések közül *a)* a *könnyű* alak előfordul lesoványodott, rosszul táplált felnőtt egyéneknél (Bitot), rendesen hemeralopia kiséretében. Apró, kása- egész kenderszemnyi háromszögletes, beszáradt szigetek képződnek a szemtekei kötőhártyán a szemrés irányában (Cohn).

b) A *súlyos* alak gyermekeknél fordul elő, kik súlyos általános megbetegedésben pusztulnak el, rendesen *keratomalaciával* kapcsolatban. A xerosis a szemrés irányában lép fel a bulbaris kötőhártyán, de átterjed a szarúhártyára is, mely genyesen szétesik. Táplálkozási zavarként fogandó fel e folyamat.

Xerosis parenchymatosát is különböztetünk meg, a melyek helybeli folyamatokkal szövődnek, míg a *x. epithelialis* csak az epithelt éri általános megbetegedésnél. Némelyek *x. partialist* (s. glabra) és *x. totalist* (s. quammosa) különböztetnek meg.

A xerosisnál a szövettani elváltozás főként az epitheliumra vonatkozik. A legfelső sejtrétegek elszarúsodottak, az utánuk következő sejtek elaïdinceseppeket tartalmaznak. Ezért az epithelium megvastagodott, fehér, zavaros, epidermisszerű. Azonkivül a Meibom-mirigyek faggyúszerű váladéka is bevonja és ezért a köny nem tapad rajta és ez az oka a szárazságnak is, mely a beteget is kinozza. *Leber* szerint, ha szappannal e helyeket beecseteljük, akkor a zsirtól megszabadulva megnedvesednek e helyek. A kötőhártya *Bock* és *Wedl* szerint atrophiás, az egyébként laza nyákhártya-alatti kötőszövet merev, rostos kötőszövet által van helyettesitve.

Reymond, Colomiatti, Kuschbert, Neisser kimutattak itt egy bacillust, de az még bebizonyitva nincs, hogy ez volna a kór okozó. *Bock* és *Wedl* coccusokat találtak, de ezt *Kuschbert* tagadja.

Utóbbi időben, bár kerestünk, sajnos, nem észleltünk xerosis conjunctivaet, ennek semmiféle alakját sem úgy, hogy legnagyobb sajnálatunkra ebből górcsövi készitményt nem készithettünk, de az atlaszokban is alig találjuk nyomát. A *Wedl*-féle „Atlas der pathologischen Histologie des Auges“ III. tábláján a 22. ábra *atrophia tarsi in xerophthalmo* és a 30. ábra *atrophia strati muscularis canaliculi lacrymalis in xerophthalmo* és az V. tábláján a 43. ábra *xerosis corneae* mutatnak elszarúsodott hámsejteket. De ha e rajzokat megtekintjük, lehetetlen őket a mi praeparatumunkkal összetéveszteni. A mig a keratosis praeparatumában az elszarúsodott hámsejtek sürün és szorosan egymás felett fekvő rétegeket képeznek, addig xerosisnál, a mint a leirás is mondja, „Wulst“-okat képeznek, „igen merevek és szakadékonyak“. Kiemelik mindenütt az elaïdinceseppeket (Fuchs) és a zsirceseppeket (Wedl), a melyeknek praeparatumainkban semmi nyomuk. Továbbá a Wedl-féle canaliculus lacrymalis „mit verhornten, zusammengeballten Epithelzellen verstopft“.

De a makroskopiás kórkép is elüt. A parenchymás vagyis a kötőhártya heges alakjainál fellépő xerosisnál az egész szem a trachoma, pemphigus, étető szerek stb. által zsugorodott. Esetünkben ennek semmi nyoma. Hasonlókép ki van zárva esetünkben a kötőhártyának kiszáradása hiányos befedetés miatt. Általános kór mellett fellépő könnyű Bitot-féle alak ellen szól először a helye t. i. nem a szemrés irányában foglal helyet és a characteristikus hemeralopia hiánya; a súlyos keratomalaciás alak ellen pedig az egyén kora és a szarúhártya ép volta.

[1] Az eset bemutattatott a budapesti kir. orvosegyesület 1897. nov. 13-dikán tartott XXII. rendes ülésén. A hozzáfűzött vitát lásd „Orvosi Hetilap“ 1897. évi 47. számában.

Ennélfogva úgy a klinikai, mint a mikroskopiai kép alapján mondhatjuk, hogy a *keratosis conjunctivae* önálló kóralak, mely eddig leirva nincs.

Pathologiás folyamat, mely abban áll, hogy a kötőhártya elszarúsodott, mely folyamat a xerosisnál is előfordul, de a klinikai kép miatt attól határozottan elkülönitendő.

A *diagnosisra* vonatkozó adatokat fennebb emlitettük.

Prognosis kedvezőnek mondható annyiban, hogy a kiirtott része a keratosisos kötőhártyának nem szarúsodott el újból, hanem ott a kötőhártya hegesen regenerálódott.

Therapia a kiirtásban áll, ha nem túlságos terjedelmű a folyamat.

A górcsői készitmény rajzát *dr. Vermes Lajos* úr készitette, a miért is neki e helyen köszönetet mondunk.

Irodalom:

Graefe-Saemisch: Handbuch der gesammten Augenheilkunde. IV. kötet.
Fuchs: Lehrbuch der Augenheilkunde. 1897.
Stilling: Grundzüge der Augenheilkunde. 1897.
Schmidt-Rimpler: Augenheilkunde.
Zehender: Handbuch der ges. Augenheilk.
Goldzieher: A szemészet kézikönyve.
Wedl und Bock: Pathologische Anatomie des Auges. 1886.
Wedl: Atlas der pathologischen Histologie des Auges. 1861.
Kuschbert und Neisser: Breslauer ärztliche Zeitschrift. 1883. 4.
Leber: Archiv f. Ophthalmologie. Bd XXIX. 3.
Kuschbert: Deutsche med. Wochenschrift. 1884. 2.
Cohn: Über xerosis conj. Inaug. Dissert. 1868.
Bitot: Gazette medical. 1893.
Thanhoffer: A szövetek szerkezete. 1895.

Cataracta diabetica.

Irta *Leitner Vilmos* dr., szemklinikai gyakornok.

A szem diabeteses megbetegedéseinek nagy részét teszi ki a hályog. Gyakorisága egyes szerzők szerint különböző, középértékben azonban a diabetes betegek 5—10%-ában találjuk fel. Vannak, kik a cataractát a diabeteses szembajok közt általában a leggyakoribb bántalomnak állitják, mig mások egyéb eltéréseket emlitenek első helyen. Ugy látszik, az alkalmazkodás zavarai és a retinitis diabetesnél nem sokkal maradnak mögötte számbelileg a hályognak; már a ritkábban előforduló diabeteses betegségek közé tartozik a látóideg sorvadása, amblyopia, a külső szemizmok bénulása, neuritis retrobulbaris, a hemianopia. A corneán és conjunctiván található elváltozásokat nem ismeri el minden észlelő a diabetessel összefüggőnek, az emlitett többi szembántalmakra nézve azonban az általános bajjal való összefüggés elismert tény. Csak a keletkezés módja lel különböző magyarázatot.

A diabeteses hályogra vonatkozó kórszövettani, kórvegytani és kisérleti kutatások sem vezettek még megállapodott felfogásokhoz az aetiologiában. A buvárok egy része a lencsében való czukorfelhalmozódást tartja a cataracta okának, mások az üvegtest és csarnokviz czukortartalmát teszik felelőssé a hályogképződésben, mely e szerint a környezet részéről való vizelvonás folytán keletkeznék. Ismét mások sem a lencsében, sem az üvegtestben czukrot kimutatni nem tudtak. *Kunde* és *Heubelnek*[1] sikerült békáknál cataractát létrehozni, ha bőrük alá konyhasó-oldatot fecskendeztek. Tehát elégséges volt egyszerűen a vér összetételét megváltoztatni, hogy a lencse elhomályosodjék. Miután pedig diabetesnél a vér a rendestől tényleg eltérő összetételű, s a szervezet minden része szenved a megváltozott anyagcsere miatt, nem lehetetlen, hogy a cataracta képződésének közvetlen oka a lencsetok epitheljének megbetegedése a szem megváltozott táplálkozási viszonyai folytán. Igy érthető volna, hogy miért keletkezik hályog a diabetesnek csak egy bizonyos, s rendesen több évi fennállása után, akkor t. i., midőn epithelnek emlitett elváltozása már bekövetkezett.

Hogy czukor-oldatba helyezett lencsék rövid idő alatt elhomályosodnak, ez csak azt bizonyitja, hogy az elhalt lencsetok úgy viselkedik, mint az állati hártyák, azaz a czukor-oldatból a lencsébe czukor, ez utóbbiból pedig viz megy át. Vagyis a lencse elhomályosodása tisztán diffusis eredménye. Élő lencsetok nem játszik azonban ily passiv szerepet, hanem a lencse táplálásában active is részt vesz. Egészséges lencsehám normalis táplálékot nyujthat a lencsének akkor is, ha az üvegtest vagy csarnokviz czukortartalmú is; a mint azonban e természetes szabályzó készülék megromlik, a lencse elszürkülése is csakhamar bekövetkezik. Fiatalabb egyéneknél a diabetes általában súlyosabb lefolyású lévén, tényleg azt tapasztaljuk, hogy a cataractaképződés gyakoribb és gyorsabb menetben történik, mint előrehaladottabb korúaknál; a lencse gyorsan duzzad és nagy hajlandósága van regressiv folyamatokra.

A hályogban szenvedő diabetikusoknál többnyire nagy a vizelet czukortartalma, az egyén testileg rendszerint erősen megfogyott, bár nem tagadható, hogy aránylag még jó karban levőknél is található hályog, sőt olykor éppen a cataracta az egyedüli panasz, melylyel a diabetes-beteg az orvost felkeresi. Nem végzünk tehát fölösleges munkát, ha minden fiatal- és középkorú cataractás egyén vizeletét megvizsgáljuk.

A felhozott összes diabeteses szembántalmak gyógyitása — a hályog kivételével — az alapbántalom kezelésében áll főkép. Nem hiányoznak ugyan észleletek az irányban sem (*Seegen*, *Gerhardt*),[1] hogy karlsbadi kúra alatt a hályog visszafejlődött volna, ez azonban oly kivétel, mely mellett szabály marad, hogy a cataracta diabetica gyógyitása csak operativ lehet.

Az aggodalom, melyet a diabeteses hályog operatiója prognosis tekintetében, különösen régebben keltett, mai sebkezelésünk mellett mondhatjuk, a minimumra csökkent. Bizonyos, hogy a közönséges hályoggal szemben a diabetikus hályog műtéténél igen jelentős súlyosbitó tényező szerepel, az, hogy a műtétre kerülő betegek nagy része elgyengült, az alapbántalom folytán elsatnyult egyénekből áll, kiknél az operatio maga ugyan nem jár nagyobb nehézségekkel és veszélylyel, mint az egyszerű hályogoknál, de az utókezelésben mégis inkább fordulhatnak elő kellemetlen, sőt végzetes szövődmények, mint egyébként egészségeseknél. Igy emlit *Jackson*[2] egy esetet, melynél a diabetikus hályog operatiója simán, s a gyógyulás is egy ideig teljesen jól ment; az 5-dik napon azonban nagy izgalom, iritis keletkezett hypopyonnal, 1 héttel utóbb a karokban is fájdalmasság jelentkezett. Nemsokára az egyén cerebralis thrombosis következtében elhalt. Az agyi thrombosishoz hasonló folyamatnak tulajdonitja Jackson az uvea és a kar részéről észlelt tüneteket is.

Máskor genyes gyuladások emlittetnek az operált szem elpusztulásának okaiként. Ezeknél nyilván infectio következett be. Kérdés, tulajdonitható-e valami közvetlen befolyás a diabetesnek ily genyedéseknél?

Eddigi biztos ismereteink szerint annyit mondhatunk, hogy diabeteseseknél egyebütt a testen történt műtétek tényleg rosszabb gyógyulási hajlamot mutatnak, s inkább állnak be genyedések, mint nem diabetikusoknál.

A hályogműtétnél azonban mégis másképen állnak a viszonyok. Itt csak kicsiny, s igen hamar záródó sebről van szó, melynél a szövetek zúzódást alig szenvedtek el, s a vérzés sem számbavehető. Ha tehát sebészileg tisztán jártunk el, s magunk nem fertőztük a sebet, nem következik be genyedés. A csira, mely a sohasem sterilizálható kötőhártyazsákból kerülhet esetleg a sebhez, vagy a sebbe, azt ép oly ártalomnak kell tekintenünk, mint egyszerű hályog esetében. Mert az egyáltalán nincs bebizonyitva, hogy a diabetes betegek csarnokvize a fertőző csirok számára jobb tenyésző talaj volna, mint az egészségeseké.

Hogy miért törekedjünk a cataracta diabetica operatiójánál mégis a lehető legtökéletesebb, ha szabad mondanunk, fokozott asepsisre, ennek okául inkább azt a körülményt kell szem előtt tartanunk, hogy ily betegeknél az operatio után nem ritkán jóval nagyobb reactio szokott mutatkozni, mint egészséges egyéneknél, minek magyarázatát

[1] Schmidt-Rimpler. Lehrbuch d. Augenhk. 355. l.

[1] Graefe-Saemisch: Handbuch d. gesammt. Augenhk. V. B.
[2] Centralbl. f. Augenhk. 1896.

Becker[1] úgy adja, hogy az erősen duzzadó diabetikus hályog az irist, s általában az uveát hosszabb ideig bizonyos állandó izgalomban tartotta. Tehát az a hatány, mely egyszerű cataractásoknál nyomtalanul kiküszöbölődhetik, ilyen izgalomra esetleg már a priori disponált szemeken súlyosabb elváltozásokat is okozhat.

Szigorú asepsissel operálva, magunk részéről mindent megtettünk a beteg érdekében, s az esetek legnagyobb részében a siker ép olyan jó lesz, mint közönséges hályogoknál. (*Hirschberg*).[2] A táplálkozási viszonyok csökkent volta, a megrongált szervezet legfeljebb a további lefolyásban okozhat kellemetlenséget, de magára a műtéti beavatkozásra nem lehet valami különösebb befolyással, hiszen akkor az asepsis előtti időben minden operált diabetikus szemnek tönkre kellett volna mennie. A mi azonban szerencsére tényleg nem történt meg.

Már hogy a beteg látása sikeres műtét után is lesz e oly jó, mint egyszerű hályog esetében, ez természetesen más kérdés. Elég gyakori ugyanis ily diabetikus hályogok mellett a látóideg vagy a retina egyidejű bántalmazottsága, miért is csak a fényérzésnek és a projectiónak gondos vizsgálata óvhat meg ily természetű prognostikus tévedéstől.

A következőkben két diabetikus betegről óhajtok adatokat szolgáltatni, kiket az egyetemi szemklinikán hályog miatt operáltunk.

P. J. 63 éves férfi jobb szemét hályog miatt másutt operálták s 1893. márczius 27-dikén a miatt jelent meg a klinikán, hogy ezen operált szem rossz látásán javítsunk. Sok hártyás secundariája volt, melyet tényleg széthasítottunk, mire a látása $^4/_{70}$-ről $^5/_7$-re emelkedett. Bal szemén éretlen, még duzzadásban levő cataractája van, melynek megoperálását egy későbbi időre helyeztük kilátásba. 1895. április 6-dikán újból jelentkezett. Bal szemének hályogja még nem teljesen érett, kissé gyöngyházfényű, de azért operálható. Ez alkalommal elmondja, hogy egy idő óta igen sokat iszik és vizel s e mellett állandó szomjúsága van s folyton soványodik. Vizeletében, mely naponta hat literre is felszaporodott, sok czukrot találtunk. A beteget animalis étrendre szorítottuk s 6 nap után a bal szem hályogját Graefe módszere szerint megoperáltuk. A műtét rendes és sima lefolyású, a gyógyulás zavartalan, úgy hogy 9 nap elteltével a beteget elbocsátottuk. Távozáskor a bulbaris conjunctiva kissé belövelt, a seb lapos, coloboma szárai szabadok s a pupilla területében kevés vérrel festett secundaria volt. Látásélessége + 10 D. üveggel: $^4/_{70}$.

Ez esetben tehát diabeteses egyénnél teljesen normalis gyógyulás következett be hályogműtét után. A beteg közérzete az operatio után nem volt ugyan kifogástalan, mert szüntelen szomjúság gyötörte, a vizelet czukortartalma sem apadt jelentékenyen, de a szem részéről még a rendesnél nagyobb izgatottság sem mutatkozott. Hogy a hályog maga diabeteses eredetű volt-e avagy sem, az nem változtat a dolog megítélésében, mert a műtétnél kétségtelen diabetes volt jelen, a beteg nagymérvű lesoványodásával és erőbeli hanyatlásával.

Második betegünk T. S. 33 éves nő, ki 1895. deczember 26-dikán kétoldali hályogja miatt vétette fel magát az egyetemi szemklinikára, előadván, hogy körülbelül 8 hó előtt mindkét szeme rohamosan megromlott s csakhamar hozzátartozói is észrevették, hogy pupillái szürkék. Állítja, hogy 2 év óta szenved diabetes mellitusban. A felvételkor megejtett vizelet-vizsgálat (Vas B. és Gara G. dr. poliklin. laborat.) 7·2% czukortartalmat deritett ki; ezenkivül sok aceton és minimalis fehérje találtatott. Az üledék mikroskopi vizsgálata elvétve nehány fehér vérsejtet, nagy lapos polygonalis hámsejtet, húgysavas sójegeczeket, 1—1 hyalincylindert tüntet fel. Az egyén igen lesoványodott, gyenge.

Mindkét lencse selyemfényű, kérge egyenletesen elszürkült, egyes részek azonban duzzadtaknak látszanak. Deczember 28-dikán bal szemén Graefe-féle hályogoperatiót végeztünk, mely alkalommal minden rendben folyt le. Következő napra a felső szemhéj vizenyősen megduzzadt, maga a szemteke azonban teljesen halvány. Seb záródott. Harmadnap a bal szemhéj puffadtsága csökkent, de ugyanily duzzadás mutatkozott a szintén bekötött jobb szemhéjon is. Két nap mulva a szemhéjak duzzanata elmult, a szem teljesen halvány. Műtétet követő 20-dik napon a beteg a klinikát elhagyta: operált szeme teljesen békés, pupilla majdnem ad maximum tág, coloboma szabadszárú, területében finom pókhálószerű secundaria van. Látása convex 12·0 D.-val: $^4/_{30}$. A vizelet czukortartalma távozáskor 4%-ra csökkent volt.

A beteg 5 hó mulva diabetesének áldozata lett, látása azonban haláláig jó volt.

Ezen eset is meggyőzhet arról, hogy súlyos diabetesnél is jó sikerrel operálható a hályog.

A moszkvai XII. internationalis orvosi congressus szemészeti osztályának tárgyalásaiból.

A keratitis aetiologiájáról. Stoewer (Bochum). Megfigyelései alapján valószinűnek tartja, hogy a sör rózsaszínű élesztőgombája keratitist képes előidézni. Három keratitises esetet említ, melyeknél a bacteriologiai vizsgálat az említett gombát ki tudta mutatni. Viszont tengerimalacz corneájába hályogtüvel rózsaszínű élesztőgombát oltva keratitist tudott létesíteni, melynél egyéb bacterium az említett gombán kivül nem volt kimutatható. A megbeszélésnél Peters, Bellamirnoff és Knapp arra utalnak, hogy szarúhártyafekélyekben véletlen leletképen gyakran találhatók élesztőgombák, de ezek azért kórokozóknak nem tekinthetők.

A pangásos papilláról. Deyl (Prága). Az agyi eredetű pangásos papilla az által létesül, hogy a vena centralis ott, a hol a látóidegtörzsöt elhagyja, összenyomatik. A látóideg és hüvelye közti hézag elülső része kitágul, a kemény agyburoki hüvely megfeszül és ez által összenyomatik a vena centralis. Szemgödörbeli daganatoknál a vena összenyomatása közvetlenül a daganat nagyobbodása által jöhet létre. Deutschmann házinyulakon akként idézett elő papillitist, hogy a vena centralist összenyomta.

A hályogműtétről. Knapp (New-York) 1050 hályogműtétről számol be, melyek közül az utolsó 400 eset statistikája a complicált hályogeseteket is magában foglalja. Előadónak műtéti módja következő: közönséges hályogoknál a sebet közvetlenül a cornea limbusán készíti. A seb nagysága a cornea felét foglalja magában. A sebkészítésnél a kés pontosan párhuzamosan halad az iris síkjával, kis kötőhártyalebenyt is készít. Iriskimetszést nem végez. Ezen eljárást tartja előadó a legczélszerübbnek és a legkevésbbé veszélyesnek. Ugyanis a cornea átlátszó részében készített sebek irisbenövés és szarúhártyalobra, a hátrább a limbus mögött készített sebek pedig iriselőesésre és cyclitisre hajlamosítanak. A conjunctivalis lebeny megvédi a sebet a másodlagos infectiótól. A tokrepesztést igen finom és éles cystotommal végzi. A tokrepesztés helye az iris felső része mögött van a lencse aequatorjának szomszédságában, kiterjedése 6—7 millimeter. A tokrepesztés ezen módja engedi meg legkönnyebben a lencsét csekély nyomással kibuktatni, továbbá az iris széle nem jön érintkezésbe a repesztett tokkal és igy még azon esetben is, ha az iris még volna sértve, nem jöhetnek létre hátsó synechiák. Ha az iris nem helyeződik vissza önmagától, azt reponálja, kötést alkalmaz mindkét szemre, melyet 24 óra mulva felvált; ilyenkor pontosan megvizsgálja a szemtekét és a sebet, ha iris előesett, azt lemetszi. Eredményei az utolsó 400 esetben, melyekből a complicált esetek sincsenek kivéve, nem voltak egészen oly kielégítők, mint a megelőző 600 esetben. Jó látás volt az esetek 93%-ában, középszerű 4·5%-ban, látás elveszett 2·5%-ban.

Az iriselőesés és annak prophylaxisa. Pflüger (Bern) azon kérdést veti tárgyalás alá, hogy melyek azon hályogműtéti esetek, melyekben az iridectomiát nem lehet elkerülni a nélkül, hogy a szemet nagy veszélynek tennők ki?

Az iriselőesés keletkezése három tényezőtől függ: A hályog nemétől, a műtéti módszertől és a beteg általános egészségi állapotától és viselkedésétől. A hályog túlérettsége nagy mértékben nehezíti az iridectomianélküli műtétet, avagy lehetetlenné teszi. Ha a zonula hiányos, a lencsét kanál segélyével ép pupillán keresztül hozni igen nehéz. Pflügernek van két ily esete kitünő ered-

[1] Graefe-Saemisch: Handb. d. ges. Augenhk. V. B.
[2] Deutsch. med. Wochenschr. 1891. Centralbl. f. Augenhk. 1891.

ménynyel. Az átlátszó cornea határán készített seb, melynél a beszúrási és kiszúrási pont 1 mm.-nyire van a cornea vízszintes delelője felett, könnyíti a lencse kibuktatását. Ha a sebet egyenes késsel készítjük, a nyélnek mozgatása nélkül, legbiztosabban kerülhetjük el az iriselőesést. Tokrepesztő csípő használatát csak azon esetekre kell szorítani, midőn tokvastagodás van jelen iridodonesis nélkül. Félénk és nyugtalan betegeknél, továbbá olyanoknál, kik vérkeringési zavarokban szenvednek, nehéz az iridectomiát elkerülni. Azon esetek, melyekben főkép kell számolnunk az iriselőeséssel következők: a midőn a pupilla műtét után nem húzódik össze rendesen, vagy ha szabálytalanul tágult, ha az irist kétszer vagyunk kénytelennek visszahelyezni és végre, a midőn a beteg nyugtalan. Ily esetekre vonatkozólag Pflüger kis peripherikus iridectomiát ajánl, úgy hogy a kettős pupillaris nyilás daczára sem legyen kettős látás.

A megbeszélésben részt vesznek: Kuhnt (Königsberg). Iridectomia okvetlen szükséges: 1. Olyanoknak, kiknek csak egy szemük van. 2. Oly egyéneknél, kiknek hályogjuk nagymagvú, annyira, hogy az ad maximum tágított pupillán sem fér ki. 3. Igen hosszú ideig fennálló és még sem egészen érett hályogoknál. 4. Azon esetekben, midőn kénytelenek vagyunk altatni. Vacher (Orléans) rövid ideig fennálló iriselőeséseknél (36 óra a maximalis időtartam) széles iriskimetszést készít, ennél hosszabb ideig fennálló iriselőesésnél csak több hónap mulva avatkozik be.

A retina kórbonczlana. Michel (Würtzburg) átmetszette a látóideget és a harmadik napon változásokat észlelt a retina dúczsejteiben, melyek sorvadásra emlékeztetnek. Ugyanolyan változásokat talált atrophia nervi optici esetében egy tabetikus egyénen. Ez által azon feltevés, hogy a tabes peripherikus elváltozását idézi elő a látóidegnek bebizonyítottnak és a korai látóidegsorvadás tabes esetén megmagyarázottnak látszik. Retinitis albuminurica esetében Michel következő elváltozásokat észlelt: a dúczsejtek nagyobbak, duzzadtak, csekélyebb mértékben festhetők, magvuk sorvadt és zsírosan elfajult, a külső szemcsés réteg sejtmagvai elváltozottak, diffus vérömlenyek s fibrinosus exudatio a Müller-féle rostok hézagaiban, hyalin- és amyloidtömegek, a verőérfalak megvastagodottak, a vivőereken varicositások vannak fibrinlerakódással a belső falon. A dúczsejtek elváltozásai nagy fontosságúak. Szerinte kétféle sorvadást kell megkülönböztetni, az olyant, mely táplálkozási zavar folytán áll be az atrophia inactivitatistól.

A glaucoma műtéttel való kezeléséről. Wagner (Odessa) 19 évvel ezelőtt öt magát operálták meg glaucoma ellen. Iridectomiát végeztek rajta, még pedig tökéletes és tartós eredménynyel. Már ez által is nagy mértékben lévén érdekelve, a glaucoma gyógyíthatóságáról statistikai adatokat állított össze. 73,930 beteget észlelt, ezek közt volt 1227 glaucomás. Statistikája alapján azon eredményre jutott, hogy a nők inkább hajlamosak glaucomára mint a férfiak, hogy a faj is bir befolyással ezen betegség keletkezésére, hogy a glaucoma gyógyítható, de csak ha rövid idő óta áll fenn, végre, hogy az iridectomia alkalmas műtét arra, hogy e betegséget állandó eredménynyel gyógyítsa. Logetschnikon szerint, a műtét képes a glaucomás folyamatot bizonyos időtartamra megállítani, de azt állandóan meggyógyítani nem képes. Vannak azonban ritka kivételek, ugyanis, a midőn a műtétet heveny glaucoma eseteiben korán, vagy pedig a prodromal stadiumban végezik, a mikor még állandó elváltozások nem létesültek. Pflüger egyetért Wagner véleményével, a mennyiben ő azt a glaucoma inflammatoriumra vonatkoztatja. A glaucoma simplex sokkal rosszabb indulatú. Graefe 2% veszteséget említ iridectomia esetén, valójában a viszonyszám sokkal kedvezőtlenebb. Glaucoma simpl. eseteiben inkább a sclerotomiát pártolja.

A trachomáról. Hirschberg (Berlin). Statistikai adatokat közöl annak fellépéséről különböző államokban. A Svájcz majdnem trachomamentes. Igen ritkán fordulnak elő trachoma-esetek Franczia- és Angolországban. Belgium és Németország keleti részében már több a trachomás. Oroszországban úgy látszik nincsen is trachomamentes vidék. Faji hajlam úgy látszik nem bir befolyással a trachomára. Rossz földrajzi viszonyok főleg posványos vidékek határozottan kedveznek a trachoma tovaterjedésének. Prophylaxis tekintetében gondoskodnunk kell arról, hogy menhelyek, iskolák, családokban minden egyénnek külön mosdókészlete legyen. Hogy jó és nagymennyiségü víz álljon a lakosság rendelkezésére. Idegen vidékről jövő munkásokat, iskolába belépő gyermekeket, családba felfogadott szolgálati személyzetet e tekintetben meg kell vizsgálnunk. Szükséges az országok különböző helyein trachoma-kórházakat felállítani. Magyarország e tekintetben mintaszerüleg van berendezve. A mi a kezelést illeti, súlyos esetekben műtéti beavatkozás van helyén, könnyebb esetekben Arg. nitr., cupr. sulf.

Kuhnt. A különböző trachoma elleni gyógyeljárás közül legczélszerübbnek tartja az áthajlási redő kimetszését, mely az ő módszere szerint végezve, kitünő eredményeket biztosít. Ha a tarsus dagadt vagy infiltrált, belőle is kimetsz egy megfelelő darabot. A mi a kórismézést illeti, bizonyos, hogy vannak esetek, melyeknél lehetetlen a trachomát a conjunctivitis follicularistól megkülönböztetni, ilyenkor prophylactikus szempontból czélszerübb az esetet trachomának tartani és úgy kezelni, mintha conjunctivitis follicularissal állnánk szemben. *Nenadovics* előadását a „Szemészet" 1897. 3—4. számában egész terjedelmében közöltük.

Kastalsky Katharina (Moszkva) a trachomás kötőhártyákban (40 megvizsgált eset közül valamennyiben sajátságos hyalingöbcséket talált, melyek Gram szerint könnyen festődnek és pikrinsavra elszintelednek. Ezen göbcsék a conjunctivának subepithelialis rétegében feküsznek és gyakran nagy mennyiségben vannak jelen. A hegesedési stadiumban csak csekély mértékben vannak jelen, de ilyenkor is mindig kimutathatók. *Peters* (Bonn) szintén látta ezeket az erősen festődő göbcséket, de nem tartja azokat jellegzeteseknek trachomára, mert egyéb conjunctivitiseknél is találhatók.

Nagyfokú myopia operativ kezelése. Fukala (Bécs) két kérdést vet fel: 1. Melyik módszer szerint lehet a legjobb eredményeket elérni? 2. Melyik módszer segítségével lehet a czélt legrövidebb idő alatt elérni. A mi a módszert illeti a discissio, melyet később extractio követ, czélszerübb az átlátszó lencsének közvetlen extractiójánál. Fukala 162 esetet operált meg ily módon. A műtéti eljárás öregebb egyéneken ép olyan mint fiatalokon, mert a lencse magja csak a 65-dik életévben keményedik meg. A discissio Graefe-féle késsel nehezebb, discissiós tüvvel veszélyesebb. Fukala függélyesen metsz be a lencsébe a pupilla felső szélétől annak alsó széleig kiterjedőleg. Az extractiót akkor kell végezni, mikor ciliaris izgalom tünetei mutatkoznak, a mi az ötödik napon szokott bekövetkezni, ritkán előbb. 2—3 millimeterrel a cornea határán belül metsz be, oly helyen, hol a bemetszés legtávolabbra esik a lencsetok sebétől, hogy kikerülje a tok benövését a sebbe. A műtétet 2—3-szor kell ismételni. Legczélszerübb műszer egy keskeny és hosszú lándzsa. Bemetszés után a lándzsa hátát könnyedén oda kell támasztani a hátulsó sebajkra, hogy a folyékony lencsetömeg a lándzsa felszinen kifolyjanak. Üvegtestelőesés néha kikerülhetetlen. Retinaleválás létrejöhet üvegtestelőesés nélkül is, valamint üvegtestelőesés daczára nem kell hogy a retina leváljon. Minden esete, melyben üvegtest előesett, szépen gyógyult A retinaleválás leggyakoribb oka a szemet érő valamely trauma. Kellemetlen complicatiók: iritis, lencserészletek becsípése a sebbe (ezeket Graefe-féle késsel tanácsos lemetszeni), ellülső odanövések. Oly betegeknél, kik a gyógytartam alatt sokat kiabáltak, vagy nagyon előrehajolva tartották fejüket, a lencsetömegek oda feküsznek a cornea hátsó lemezéhez, a mi gyógyíthatlan cornealis homályokat hágy maga után. Javallatok. Határt képez felnőtteknél 10 D.-ás, gyermekeknél 8 D.-ás myopia. A műtét előtt czélszerü a szemet Westien-Zehender-féle loupéval megvizsgálni, rejtett lencsemag jelenlétére vonatkozólag. A szemtengely hossza operatio előtt és után nem egyforma, innen magyarázható, hogy a lencse eltávolítása oly különböző mértékben csökkenti a myopiát. Schleich például a myopiának 12 D.-tól 22 D. ig terjedő minden fokánál látott már emetropiát lencse-extractio után. *Vacher* (Orléans) 48 sikeres műtétet végzett nagyfokú myopiásoknál és hű marad műtét módjához az extractióhoz. Az tény, hogy nagyobb a beavatkozás, de azt is tekintetbe kell venni, hogy csak egyszer szükséges operálni. Iridectomiát nem végez. Az iridectomia iris vérzés által inkább hátrányos volna a műtétre.

Pflüger a discissió híve. A punctio sebét a limbushoz közel kell alkalmazni, kivévén, ha nagyfokú astigmatigmust akarunk corrigálni; vigyáznunk kell üvegtestveszteségre, mert ennek retinaleválás lehetne a következménye. Azért helyteleníti Fukala eljárását, ki magával a lándzsával nyomja le a hátsó sebajkat, mert a lándzsa hegye felhasíthatná a hátsó tokfalat. Ajánlja, hogy a műtét javallatait inkább szükebb körre szorítsuk. (Annales d'oculistique 118. 5. 1897. nov.)

Selye Hugó dr.

KÖNYVISMERTETÉS.

I.

Az asztigmásság gyakorisága. *Stocker* Friedrich dr. luzerni szemorvos egy érdekes füzetet bocsátott közre, melynek címe: *Die Augen der Schüler und Schülerinnen der Stadtschulen von Luzern.* Érdekessé különösen az teszi e füzetet, hogy szerzője egy eddig jobbára figyelmen kivül hagyott szempontból tette meg a szokásossá vált iskolai szemvizsgálatokat, t. i. azt kutatta, milyen arányban van meg az asztigmásság az asztigmásnak nem látszó szemekben.

Megvizsgálta 2307 iskolás gyermeknek 4614 szemét, 1132 fiúét, 1175 leányét.

A látás élességét villámos világitásban 10 méternyire levő Pflüger féle látáspróbákon határozta meg, az 5 méter hosszú szobában tükör segitségével érte el a 10 méternyi távolságot. Minden szem szarúhártyáját a Javal-Schiötz oftalmométerjével is megvizsgálta.

Az asztigmás szemü ember is emmetropiásnak, teljesen jól látónak tetszett, ha az alkalmazkodása a lencséje domborúságának részleges megváltoztatásával eltüntetheti az asztigmás fénytörését.

Ezt a szerző az *asztigmásság neutrálozásának* nevezi.

Vizsgálatainak eredményében meglepő, hogy 2307 gyermek között csak 77-et talált, a kinek mind a két szeme mentes volt az asztigmásságtól, tehát *csupán 3·3%-ban volt a szarúhártya teljesen szabályos görbülésü.* Azonkivül egyik szeme volt ilyen 185 gyermeknek, még pedig a jobb szeme 88-nak, a bal 97-nek. Összesen tehát csak 339 szem nem volt asztigmás vagyis a vizsgált szemek 7·3%-a. *„A természet ritkán ragaszkodik alkotásaiban a tiszta matematikához, hanem a szervezet hibájának szabályozását a szervezet fiziológiai müködésére bizza.“*

A megvizsgált 2307 gyermek közül 2230 vagyis 96·6% bizonyult legalább egyik szemén asztigmásnak; fiúkra nézve 95·4%, leányokra nézve 97·8% az arány, még pedig 91·4% fiú és 92·3% leány mindkét szemén asztigmás volt.

Az As középszáma 0·91 D. volt, fiúkra 0·78 D., leányokra 1·05 D. a középszám. Tehát általában a leányok szemén nemcsak gyakoribb az As, hanem nagyobbfokú is.

Az As legkisebb mérhető foka 0·25 D., a legnagyobb 7 D. át tett. Az As kisebb fokai gyakoribbak a fiúkon, a legnagyobb fokát három izben találta leányok szemén, a fiúk maximuma 6 D. volt (két szemen). A leggyakoribb fok 0·5 D., 866 fiú és 796 leány szemén. Gyakori az 1 D. is, még pedig ez már 605 leány és 459 fiú szemén.

Az As nagyobb fokai tetemes ambliopiával járnak, ha csak egyik szem asztigmás; ellenben jobb a látótehetség, ha mindkét szem asztigmás, jobban megtanulja az ember az As kiegyenlítését.

Az As inversus 57 esetben volt megállapítható, vagyis 1·2%-ban.

A déllök iránya szerint 82·9%-ban a vízszintes déllő volt a leggyöngébb fénytörésü, még pedig többnyire mindkét szemen. A két szem déllöinek egyenes vagy ferde állásai alapján 8 típust szerkesztett. Leggyakoribb a 2. típus volt, vagyis a jobb szemen a leggyöngébb hajlású déllő vízszintes volt, a bal szemen fölülről és balról irányult le- és jobb felé.

A szarúhártya sugarának középszáma 7·9 mm. volt, a legerősebb görbülés sugara 6·8 mm., a leglaposabb görbülésé 9 mm., úgy azonban, hogy aránytalanul legtöbb szemen 7·6—8·4 mm. volt a görbület sugara. A mérések megerősitik Donders tapasztalatát, hogy a miopiás szemek szarúhártyája alig különbözik a hipermetropiásokétól. Ugyanazon egyén két szemének szarúhártyája többnyire egyforma görbületü.

Az iskolai szemvizsgálatok eddigelé leginkább csak a miopiát vették számba. Cohn H. vizsgálatai óta mondhatni az volt az egyetlen czél, hogy megállapitsák, melyik iskolában milyen arányú a M., meg arra az aggodalomra gyüjtöttek bizonyitékokat, milyen lehet a közellátó tanulók jövendő sorsa a M. haladása folytán. A magam részéről az iskolaorvosoknak tartott szemészeti előadásaimon hangsúlyozni szoktam, hogy a H. okozta kellemetlenségek elhárítása is nem kisebb feladata legyen az iskolaorvosnak. Hasonló méltatást érdemel szerzőnknek az a fejtegetése, mely az As-nak a látás élességét rontó hatására irányítja a figyelmet. Az egyszerü As eseteiben a szerző a 2 Dioptriát tevő As mellett 148 közül csak 55 szemen talált normalis vagy a normalisnál nagyobb látásélességet, 2·5 D. mellett 42 közül 6-on, 3 D. mellett 57 közül 4-en, 3·5 és 4 D. mellett 38 szem között csak 1 akadt, melynek rendes volt a látása, a még nagyobb fokokon 26 között szintén 1 volt rendes látású (6 D.). De még a kisebb fokokon is tetemes arányú volt a látás csökkent volta; igy 1·5 D. mellett 351 közül 230 szemen, 1 D. mellett 904 közül 698-nak volt a látása rendes vagy a rendesnél jobb; söt még az 1 D.-nál csekélyebb fokú As mellett is 2019 szem közül 365-nek nem volt teljes a látása élessége. Általában pedig azt tapasztalta, hogy a fiúk között 19·5%, a leányok között 21·8% az olyan szem, mely As miatt nem éri el a rendes látásélességet. Hogy a többség mégis jó látású, abból magyarázható, hogy az iskolázás korában a legtöbb gyermeknek megvan az a tehetsége, hogy alkalmazkodással győzze le az As-t a rendes, söt a rendesnél nagyobb látást érjen el. A határ, melyen ennek a tehetségnek tetemes megfogyatkozása beáll, a 2 D.

E számokra azonban meg kell jegyeznünk, hogy a szerző a teljes látás mértékének nem a Snellen-féle $V = \frac{5}{5} = 1$ értéket veszi, hanem 1·25 látást követel, mert fiatal korban a látás leggyakoribb élessége 1·5.

Részünkről nem tartjuk megokoltnak, hogy a teljes látás határát eltolják. A Snellen mértékének e megváltoztatására semmi ok sincs. Hiszen jól tudtuk eddig is, hogy gyakori az ú. n. szupernormális látás, de azt is tudjuk, hogy Snellen a látás élességének bizonyos közepes értékét állitotta mértékül, mint a mennyi a látás gyakorlati szükségleteiben teljes látásnak fogadható el. Ez úgy szólván a küszöb, melyen a jó látás kezdődik. A látás élessége meghatározásával gyakorlati czélt követünk, erre való tekintettel fölösleges azt a küszöböt fölebb emelni. Hiszen ha már szigorúbb mértékkel akarnánk mérni, nem is szabadna újabb egyéni kitoldásoknál maradni, hanem az ideghártya csapjai vastagságára alapított pontos mértéket kellene egységül állitani. Csakhogy az olyan elméleti egység helyett a gyakorlatban a Snellen mértékével is éppen olyan jól beérhetjük, a hogy a miopia fokait 0·25 D.-nál kezdjük számitani, holott valójában 4 méteren túl még nem kezdődik azonnal a ∞, s az olyan értékek, mint teszem föl 0·00001 D. vagy akár csak 0·1 D. is, csupán elméleti optikai számitásokba valók, nem pedig a szemüveges szekrénybe.

De igy vagyunk jó részben az As ama nagy arányaival is, melyeket a szerző vizsgálatai tárnak elénk. Tudományos szempontból rendkivül érdekesek ezek az adatok, de ne csábitsanak arra, hogy az 1 D.-nál csekélyebb, normálisnak vehető asztigmásságot is cilinderes üvegekkel akarjuk megjavitani. Ne azért, mert a szerzővel szólván, mint túlontúl okos emberek, nem akarjuk, hogy a fele világ ablakos szemmel járjon, hanem azért, mert nem akarunk a természetnél is okosabbak lenni, melyről a szerző olyan szépen mondja, hogy ritkán alkalmazza alkotásain a tiszta matematikát, hanem a fiziológiai müködés saját szabályozó tehetségére bizza a hiányzók pótlását. A míg a szem maga le birja győzni az asztigmás torzulást, tehát a míg ebből fogyatékos látás avagy asztenópia nem származik, addig az optikai pótlás fölösleges s igy fölösleges a szerzőnek az az óhajtása is, hogy az állam atyai gondoskodása tenné lehetővé az asztigmás egyéneknek a szemüveg megszerzését.

A füzet még a H.-ról, M.-ról, a színtévesztésről, a megvizsgált gyermekek haja és szeme színéről szól. Ezeket mellőzve, csupán azt említjük még meg, hogy a szerző vizsgálatai igazolják, hogy némely makacs szembajok, a kötőhártya, szarúhártya, szemhéjak bajai, a görcsös alkalmazkodás, továbbá ideges fejfájás az As alapján támadnak s ennek elhárításával elmulaszthatók.

Csapodi István prof.

II.

A syphilis korai szakában előforduló szembetegségekről.[1] *Wilbrand* és *Staelin* a syphilis korai időszakában levő 200 egyén-

[1] *Ueber die Augenerkrankungen in der Frühperiode des Syphilis.* Von Dr. H. Wilbrand und Dr. A. Staelin. Mit einer farbigen Tafel und 8 Abbildungen im Text. Verlag von Leopold Voss. Hamburg und Leipzig, 1897.

nek rendszeres vizsgálati eredményeit közlik. A vizsgálatokat mindig ugyanaz végezte s így körülbelül egyenértékü adatokat nyujt a szem minden egyes képletének megbetegedését illetőleg, mely a syphilis első idejében észleltetett A beteganyagot az alsóbb osztályokhoz tartozó munkások és hajósok s kizárólag férfiak szolgáltatták.

Ezen 200 syphilitikus egyén 400 szeme közül 80 tökéletesen egészségesnek bizonyult, míg a többi 320 nál valami, bár gyakran csekély kóros elváltozás találtatott. Mután a statistika csak a luetikus infectio korai szakát öleli fel, érthető, hogy a szembetegek legnagyobb száma a 20—30-dik életévek közé esik; a 30—40-dik év között a megbetegedési arányszám már tetemesen csökkent, míg a 48-dik éven túl csak elvétve akad egy-egy.

A mi a szem egyes szerveinek bántalmazottságát illeti, vizsgálók úgy találták, hogy a *szemhéjakon* elváltozás 400 szem közül 95-nél fordult elő; közöttük 5 olyan eset is szerepel, melynél az ok valószinüleg nem lues. A megbetegedések közt előfordul a szemhéjszélek hyperaemiája, oedema, blepharitis ciliaris, ptosis, chalazion, hordeolum, papilloma, papula és könypontok kifordulása. Hogy eddigelé oly kevés gondot fordítottak a szemhéjak kisebb jelentőségü bántalmaira, annak oka az, hogy csak a szembeötlőbb és érdekes elváltozásokat, mint a primaer sclerosist vagy tarsitis syphiliticát kisérték figyelemmel. A kérdés az, hogy az észlelt elváltozások közül melyek voltak jelen már a syphilis előtt is s melyek keletkeztek közvetlenül a lues gyengítő hatása következtében. Egyébként ismert dolog, hogy a syphilitikus böreflorescentiák és eruptiók minden alakja előfordul a szemhéjakon is; a hajnak kihullását (alopecia syph.) gyakran kiséri a szempillák, különösen pedig a szemöldök szőreinek kihullása is. Primaer sclerosis a szemhéjakon egy betegnél sem fordult elő; az extragenitalis infectiónak ezen alakja általában nem gyakori. A fertőzést közvetíthetik az ujjak, csókolódzás, továbbá különösen az oroszoknál dívó azon szokás, hogy idegen testeket a conjunctiváról és corneáról mások a nyelvökkel nyalják le; egy kuruzslónőre például rábizonyitották, hogy ily módon 34 embert tett syphilitikussá. Fehérnemü, főleg törülköző, közös használatban szintén közvetítője lehet a fertőzésnek.

A *conjunctiván* 165 szemnél volt található több-kevesebb elváltozás. Feltünő számmal szerepel a kötőhártya vérbősége (68) és idült hurutja (34); néhányszor a rendesnél jóval vérszegényebb conjunctiva is észleltetett, valószinüleg az általános chlorosis részjelenségeként. Egyéb kötőhártyabántalmakként említtetnek: vérzések, follicularis hurut, melynél a szomszédos mirigyek is élénken résztvesznek, papulák, főleg a carunculán és a plica semilunarison, továbbá széli phlyctaena, a könycsövecske szükülete, hegek a conjunctiván és pterygium. Szerzők esetei közt elsődleges fertőzés a kötőhártyákon nem fordult elő; ez általában ritka is, de hogy előfordulhat, mutatják a felhozott irodalmi adatok.

Az *episcleritis* szintén a ritkább luetikus szembántalmak közé tartozik; a vizsgálat alá került 200 egyén közül csak 1-nél fordult elő. Egészen azt a benyomást kelti, mint más alapon, többnyire általános bajok kiséretében keletkező episcleritis, csak az a különbség, hogy antiluetikus kezelés mellett gyors gyógyulás következik be.

A *cornea* syphilitikus megbetegedése diffus parenchymás keratitis képében jelenik meg. Volt idő, mikor általában tagadták, hogy ily keratitis a szerzett lues következtében is előfordulhatna s kizárólag csak a hereditaer lues részjelenségének tartották. Vannak azonban kétségtelen bizonyitékok, hogy aquirált lues is okozhat, bár sokkalta ritkábban, mint az öröklött, keratitis parenchymatosát. Szerzők is észlelték egy esetben. Az eddig tett tapasztalatokból itélve úgy látszik, hogy szerzett lueses alapon a keratitis inkább nőknél fejlődik ki s csak az egyik szemre korlátozódik.

Syphilis okozta elváltozásokként az *irisen* szerzők az iris hyperaemiáját, iritist és hátsó lenövéseket találtak; az elsőt és harmadikat is, mint kezdődő, illetve lefolyt gyuladást is iritisnek véve, a 400 szemre vonatkozólag iritis 3%-ban volt jelen. Ez arány körülbelül egyezik Fournier vizsgálati eredményével is, ki úgy találta, hogy a luetikusoknak átlag 3—4%-a szenved iritisben; Seggel már 7·5%-ot mutatott ki. Különböző vizsgálók statistikájának összevetéséből kitünik, hogy valamennyi syphilitikus szembántalomnak körülbelül fele iritis; hogy azonban az iritis általában mily gyakran keletkezik luetikus alapon, erre nézve már sokkal eltérőbbek a nézetek. Valószinü mégis, hogy az összes iritiseknek jó harmadrésze, sőt fele is luetikus eredetü. Az iritis megjelenése az infectiót követő 2 éven belül a leggyakoribb, különösen áll ez a papulás kóralakokra, melyek a luesnek mindig secundaer tüneteivel kapcsolódnak, míg a valódi iritis gummosa tertiaer jelenség. Tünetileg a luetikus iritis, eltekintve a papulás alakoktól, miben sem különbözik a más okokból származott szivárványhártya-gyuladásoktól, ellenben a complicatiók gyakorisága, különösen a chorioidea részvéte, valamint a kiújulásra való hajlam inkább a syphilitikus iritiseknek a tulajdonsága.

Chorioidealis bántalom a vizsgáltak 2·5%-ában találtatott, melyből 2%-ot tesz ki a Förster-féle chorioretinitis, a többi neuroretinitissel és retinalis vérzésekkel complicált érhártyagyuladás. A fertőzéstől a chorioiditis keletkezéseig körülbelül annyi idő szokott eltelni, mint az iritisnél. Badal szerint a chorioiditis megjelenése leggyakrabban a 8-ik hónapba esik. Szövődménykép többször lép fel az érhártyagyuladásnál iritis, mint viszont. Általában az a tapasztalás, hogy minél renyhébb lefolyású valamely luetikus szembetegség, annál gyakoriabbak és súlyosabbak a complicatiói.

A *pupillákon* talált elváltozások közül csak a 3 szemen jelen volt hátsó lenövések tudhatók be, mint lefolyt iritis maradványai, luesnek. A többi rendellenesség pupillaris differentiára és a fényreactio abnormitásaira vonatkozik, okuk azonban nem derült ki.

Az *üvegtest* és a *lencse* csak közvetve vesznek részt a luetikus megbetegedések sorában. Porszerü homályok az üvegtestben a Förster-féle chorioretinitis állandó és jellemző tünetei s az említett esetekben is szerepelnek. A lencse affectiójára is több példát nyujt az irodalom. Fuchs említ egy esetet, melyben egy papula az irist a ciliaris szélről letolta s hátrafelé a lencsében vájt magának helyet, felszivódásra birva a megfelelő lencserészletet.

A *látóideg* és *retina* aránylag gyakran mutatott eltéréseket a rendestől. Feltünő nagy számban észlelték a papilla hyperaemiáját: 200 egyén közül 38 esetben (19%) és pedig 30-szor mindkét szemen, 8 izben csak egy szemen, midőn 3-szor a másik szem neuritis vagy neuroretinitis képét mutatta. A papilla hyperaemiájának megitélésénél vizsgálók számba vették a szemek refractióját is. A centralis látásélesség csak 5 szemen nem volt rendes, részben astigmatismus, részben veleszületett amblyopia miatt, egy izben concentrikus látótérszükület kisérte a rossz látást, míg egy más esetben a látás csökkenésének egyéb oka nem volt kideríthető. Teljes látás mellett is 11-szer, köztük 5-ször csak az egyik szemen, észleltek concentrikus látótérszükületet, mit azonban nem a papilla hyperaemiájának directe, hanem általában a luesnek tulajdonítanak (functionalis idegzavar). 3 esetben anisokoria kisérte jó fényreactióval a pap. vérbőségét; 14-szer találtatott egyidejüleg a szemhéjakon és a conjunctivákon is hyperaemia. A vizsgálóknak csak egy része osztja ama felfogást, hogy luetikusoknál a papilla hyperaemiája gyakori jelenség, míg mások tagadják e tünetnek a syphilissel való összefüggését. Annyit szerzők is constatáltak, hogy e vérbőség a látásélességet nem igen szokta befolyásolni, többnyire igen makacsul áll fenn és az antiluetikus kúra nem befolyásolja feltünő módon.

Neuritis optica 12 esetben észleltetett 16 szemen (6%). A látásélesség 3 eset kivételével normalis volt. 9 szem látótere mutatott kisebb nagyobb fokú concentrikus szükületet, míg egy egyénnél már az infectio előtt is jelen volt s nicotin abususnak tulajdonitható centralis scotomák találtattak. A luetikus infectiótól a neur. optica keletkezéseig eltelt legrövidebb idő 6 hét, a leghosszabb 53 hét volt.

Neuritisből származott *atrophiát* 17 szer állapitottak meg. Januszkiewicz összeállításából kitünik, hogy a látóideg syphilitikus megbetegedésének 150 esete között 47 *genuin* és 62 *tabicus* atrophia fordult elő; az infectiótól a teljes megvakulásig eltelt időszak előbbinél ½—5 év, az utóbbinál 1—8 év volt. Az atrophia az esetek túlnyomó számában a tabes kezdeti szakában került észlelés alá, egy izben a látás megromlása a tabes fennállásának 14-dik évében kezdődött.

A megvizsgált 200 luetikus egyén közül 1-nél találtak *retinitist*, a retinalis erek megbetegedésével, melynek kifejlődését valószinüleg már az infectio előtt jelen volt öregkori atheromás elváltozás is elősegítette.

A *szemizmok* részéről luesnek tulajdonítható rendellenesség nem fordult elő.

A *látótérben* kimutatott eltérések jó része (32%) functionalis zavarokon alapuló concentrikus szűkületben állott, melyet szerző a retinának csökkent fényérzékenységéből magyaráz. Egyéb, organikus megbetegedésektől feltételezett látótér abnormitások közé tartozik a centralis és paracentralis scotoma, melynek oka lehet egy atrophiás chorioretinalis gócz a maculán vagy a látóidegnek retrobulbaris bántalmazottsága. Ez utóbbi lues kiséretében igen ritka, szerző is csak 2 esetre emlékszik magángyakorlatából. A látótér peripheriás zonularis hiányait a látóidegnek a szemteke mögött székelő interstitialis luetikus gyuladásából magyarázzák.

Leitner Vilmos dr.

III.

A fény hatása a szemre.[1] Szerző munkájában részint mások, részint saját tapasztalatai alapján a legérdekesebb kérdések egyikével, a fénynek a szemre való behatásával foglalkozik, mely nagy jelentőségénél fogva méltán érdekli úgy a tudomány, mint a gyakorlat emberét.

Könyvének *első fejezetében* — miután bevezetésképen a fénynek az életműködésekre való általános hatására utal s a szénanyagcsere előmozdító tényezőjét nevezetesen a rövid hullámú sugarakban ismeri föl — a physiologikus hatással foglalkozik. Szerinte a fény hatása a szemre lényegében megegyezik a bőrre gyakorolt s objectiv vizsgálatok által beigazolt hatással s a vér- és nyirokáramnak idegbefolyás alapján való gyorsításában áll; oly körülmény, mely a fokozott elválasztás által közvetve egyfelől a lencse és üvegtest táplálkozási viszonyaira, másfelől a látóanyagok képződésére hat kedvezően. De viszont a már kész látóanyagokat a fény elbontja, minélfogva azoknak épp e bomlás arányában pótoltatniok kell, hogy meg ne zavartassék a „dissimilatio" és „assimilatio" közt fönnálló labilis egyensúly, vagyis az adaptatio. Ha a fény intensitása fokoztatik, eljő egy határ, melyet szerző „a fényadaptatio felső határá"-nak nevez, melyen felül a dissimilatio nagyobb lévén, mint az assimilatio a retina kifáradási, káprázási tüneménye gyanánt látászavar áll be. Eme felső határnak megfelelőleg felvesz egy „alsó ingerküszöb"-öt, melynél a fény inger gyanánt kezd hatni. A kettő közt van az adaptatioképesség területe. E területen belül a hirtelen fényváltakozásra beálló kifáradási tünemény csak relativ, mert csakhamar megszünteti az adaptatio; ilyenkor t. i. a fényelnyelő retinapigment bevándorolva a pálczikacsapok külső tagjai közé, némileg paralyzálja a fény photochemiai hatását. A káprázással járó fájdalomérzet okát a dissimilatio alkalmával keletkező bomlásterményeknek (CO_2 stb.) a ciliaris idegekre gyakorolt izgatásában látja.

A *második fejezetben* az extrem erős fény által okozott kóros elváltozásokat tárgyalja. Ezek erős napfény behatásánál főleg a retinában és chorioideában találhatók s typikus esetekben a macula táján fellépő chorioretinitis képében nyilvánulnak. Enyhébb fokú laesio esetén a megfelelő functionalis zavarok utalnak a baj fovealis természetére. A hó- és villamos ívfény behatásánál ellenben a kórképben objective túlnyomóan a conjunctiva, a cornea és az uvea mellső részeinek lobos tünetei dominálnak, míg a chorioidea és retina bántalmai ritkák s negativ tükri lelet mellett rendesen csak functionalisak. A villám hatására a cataractaképződést tartja jellemzőnek.

Szerzőnek úgy saját, mint másoknak s ezek közt különösen *Widmark*-nak vizsgálataiból egybehangzóan kiderül, hogy a jelzett elváltozásokat főleg a hyperibolyás sugarak okozzák; a hősugarak szerepe e téren jóval kisebb, ellenben a pupillareactiót — úgylátszik — ezek váltják ki. A hősugarak behatására az izgalmi tünetek csakhamar jelentkeznek, de gyorsan is mulnak, míg ha hyperibolyás sugarak hatoltak be, több óra alatt, sőt csak másnapra fejlődnek ki teljesen és csak lassan tünnek el.

A lencse és üvegtest, bár nagyfokban absorbeál hyperibolyás fényt, mégis ép marad, mert nagy fluoreskáló képességénél fogva megváltoztatja a hyperibolyás sugarak lengési számát s azokat hosszabb hullámú világító sugarakká alakítja át. Innen van, hogy lencsehomályosodás csakis oly concentrált hyperibolyás fényre volt észlelhető, a minő a közvetlen közeli villámcsapás alkalmával hat be, vagy a minővel *Widmark*-nak és *Hess*nek kisérleti úton is sikerült lencsehomályokat létrehozni. Ugyancsak innen érthető, hogy aphakiás egyének érzékenyebbek a spectrum ibolyafeletti része iránt, mely körülményt a hályog-extractiók után jelentkező „subjectiv kéklátással" hozza oki összefüggésbe.

Kizárólag a hyperibolyás fénynek tulajdonítja a retinalis pigmentvándorlást, mely tudvalevőleg hathatós védő momentumot képez ama fény fokozott dissimiláló hatása ellen, míg a pigmentnek hiányos fejlettsége viszont disponálja a szemet a retina functionalis, illetve súlyosabb laesio esetén organikus megbetegedéseire: ezekért tehát ugyancsak a hyperibolyás sugarakat teszi felelőssé.

Érdekes tanulságos példákkal ismerteti ama becses védőberendezéseket, melyek a szemet káprázás ellen óvják: az erősen fejlett szemöldökív, a kiálló orr, a reflexpislogás és a pupilla szükülése a fény távoltartása által védenek, a szem nagy felületű pigmentrétegei, a sárga maculapigment s a korral előhaladólag mindinkább sárgára színeződő lencse és üvegtest a fényelnyelés, ez utóbbiak még a fluorescentia által is közvetlen védő hatásúak. Közvetett védelmet lát a pislogásnál és bulbusmozgásoknál, de különösen az accomodatiónál kifejtett izomműködésben, mely gyors vér- és nyirokáramlást s ez által a bomlástermények eltávolítása mellett fokozott látóanyagképződést eredményez. Önként következik, hogy e védő berendezések egyik-másikának hiánya által föltételezett „dispositio" esetén már „physiologicus fényingerek" is kóros elváltozást provokálhatnak a szemen.

Megemlékezik az idiopathikus hemeralopiáról s annak epidemikus jellegéről a tavaszi hónapokban; miután pedig ilyenkor a levegő igen könnyen átbocsátja a rövidhullámú fényt, aligha nem indokolt ama következtetése, hogy a hyperibolyás sugarak közös aetiologiai momentumát képezik az idiopathikus hemeralopiának és az ugyancsak tavaszszal gyakori conjunctivabajoknak, talán oly értelemben, mint azt szerző a xerosis epithelialis keletkezésére nézve gondolja, hogy t. i.: photochemiai úton az epithelben kaput nyitnak a xerosisbacillusok invasiójára.

Végül a könyv gyakorlati fejezetének nevezhető a *harmadik*, a mennyiben a jobbára tudományos észleletekből levont gyakorlati következtetéseket foglalja magában. Röviden méltatja a manapság már exactabb ismereteken nyugvó fénytherapiának jogosultságát oly bajoknál, melyek lényegileg az anyagcsere renyheségén alapulnak. A szemre nézve pedig részletesen bírálgatja a fény okozta bajokkal szemben követendő prophylaxis elveit. Ismeretes, hogy oly szembajoknál, melyek adaptatiozavarral járnak, tanácsos a beteget besötétített szobára utalni; miután azonban a sötétség úgy a vegetatio mint a psychikus működésekre nézve kedvezőtlen, a szemre pedig főleg csak a rövidhullámú sugarak ártalmasak, ennélfogva szerinte rationalisabb volna ily betegeket *vörös- vagy sárga-fénynyel* megvilágított helyiségekben tartani. Gondoskodnunk kell továbbá a beteg számára czélszerű védőüvegről. E czélszerűség pedig függ az üveg alakjától, anyagától és színétől. Legjobbnak tartja a félgömb-, illetve kagylóalakot, mert ez a sclerát is védi az oldalról beeső fénytől. Anyagnak az üveg igen jó, mivel a hyperibolyás sugarakat nagy mértékben elnyeli, míg az optikusok által nagyban földicsért hegyikristály bőségesen átbocsátja, azért elvetendő. A még mindig kedvelt kék üvegeket csak az esetben tartja megengedhetőknek, ha az adaptatio egyensúlya rendes és nem forog fönn dispositio káprázási bajokra; különben pedig a vörös vagy sárga színüeket, különösen pedig a Fieuzal által ajánlott sárgás-szürke üvegeket pártolja, melyek szürke árnyalatuk által az összes fény erejét mérséklik s így az összes követelményeknek a legteljesebben megfelelnek.

Prohászka László dr.

[1] Einfluss des Lichtes auf das Auge in physiologischer und pathologischer Beziehung von Oberstabsarzt Dr. H. Krienes, Privatdocent an der Universität Breslau, Halle a/S. 1897.

IRODALOM-SZEMLE.

Szemen történt műtétek után kötetlenül hagyja az illető szemet *Hjort*[1] és 1896. október hó 14-dikétől 1897. január hó 2-dikáig eszközölt 39 szemtekemegnyitással járó műtéte után mindannyiszor idealis volt az eredmény. (Könnyebb tisztántartás szempontjából a ciliáknak dr. Schiötz által ajánlott epilatióját is alkalmazta.)

[1] Nordisch. med. Archiv, Festband 31. Stockholm 1897.

A Leber óta általánosan elterjedt nézettel szemben, hogy a **Descemet-féle hártya endothelje** akadályozza meg a csarnokvíz átszűrődését, *Mesmet*[1] azt állítja, hogy ezen feladatot a szarúhártya hámrétege végzi. Bizonyítékai: 1. Boncztanilag a Descemet-féle hártya endothelje csak igen kevéssé tér el a szintén mesoderma eredetű serosus hártyák szerkezetétől, melyek tudvalevőleg a szűrődést nem akadályozzák, míg a szarúhártyahám az ectodermából származik. 2. Klinikai tekintetben: köztudomású, hogy a glaucomát néha complicáló keratitis bullosa lényege a szarúhártyahám elemelésében áll. Ily esetekben a fokozott nyomás a szarúhártya imbibitióját létesíti, mert a nyomás fokozódás gátja a szarúhártya elülső részében van.

VEGYESEK.

— *Szemorvosi adatok a belügyminiszter jelentésében.* Perczel Dezső belügyminiszternek az 1896. esztendőről szóló jelentésében a szemorvosokat érdeklő részek is vannak. Ezeket a következőkben ismertetjük.

A trachoma ellen való védekezést folytatták, még pedig egyes helyeken kielégítő eredménynyel, bár a rendes orvoslásnak sok akadálya van. Nemcsak hogy a keresetük után járás vonja el a betegeket a nyilvános rendeléstől, hanem az utak járhatatlansága is.

Új góczokat fedeztek fel Liptómegyében a rózsahegyi és újvári járásokban, valamint Barsban az aranyosmaróthi járásban. A nagyobb rajokban kivonuló munkások hozták haza a ragályt.

1896 végén 27,677 trachomás maradt orvoslás alatt, 244-el kevesebb, mint az előbbeni évben.

Tizenhárom törvényhatóság területén 31 trachoma-orvos működött az állam költségén. Ezeket a budapesti szt. István-kórházban a szakértő közegészségi felügyelő oktatta. Azonkivül a trachoma orvoslásával foglalkozó járási, községi és körorvosok közül is 36 kapott buzgalma elismeréseül összesen 5000 frt jutalomdíjat, öt más körorvos összesen 1500 frt évi díjat, az állami trachoma-kórházakban működő 7 orvos együtt 1700 frtnyi díjazást, tehát 48 orvos 8200 frtot. A déli törvényhatóságok orvosai számára külön kurzusokat is tartott a közegészségi felügyelő.

A brassai, szegedi, kalocsai és perlaki (Zalamegye) trachomakórházakhoz járult a mult évben a zsolnai (Trencsénmegye), az óbecsei és zsablyai (Bácsbodrogmegye). Tárgyalás alatt van a liptószentmiklósi megyei kórház trachoma-osztálya.

A trachoma kóroktanának és legjobb gyógyítása módjának tanulmányozására a belügyminiszter 2000 korona pályadíjat tűzött ki.

A részletes táblázat szerint a következő törvényhatóságokra terjed ki a járvány: Bács-Bodrogmegye 13 járására, 5 városára, Barsmegye 3, Békésmegye 4, Biharmegye 2, Brassómegye 2 járására, 1 városára, Csanádmegye 4 járására, 1 városára, Csikmegye 2, Csongrádmegye 3 járására, 2 városára, Fogarasmegye 2 járására, Hajdúmegye 5 városára, Háromszékmegye 4, Kolozsmegye 2 járására, 1 városára, Krassó-Szörénymegye 2, Liptómegye 2, Máramarosmegye 1, Nyitramegye 5, Pest-Pilis-Solt-Kis-Kúnmegye 7 járására és 5 városára, Pozsonymegye 1 járására, 1 városára, Sárosmegye 1, Somogymegye 3, Sopronmegye 2, Szebenmegye 1, Szolnok-Dobokamegye 2, Temesmegye 5, Torontálmegye 13 járására, 3 városára, Trencsénmegye 11 járására, Udvarhelymegye 1 járására 1, városára, Vasmegye 1, Zalamegye 3 járására, azonkivül Budapestre és Fiuméra.

A kórházak működéséről a szemorvos csupán az országos kórházakra nézve szerezhet értesülést, a törvényhatósági és magánkórházakról nincs részletes jelentés. A *pozsonyi* országos kórházban ápoltak 419 szembajost 42 ágyon; szemoperálás 67 volt, ezek közül 54 hályogkivevés, gyógyult 50, javult 1, gyógyulatlan 3; járó beteg 974 volt. A *kolozsvári* országos kórház egyetemi szemklinikáján 171 szembajost ápoltak; ezek közt hályogos volt 51, kik közül 23 gyógyult, 16 javult, 10 (!) gyógyulatlan maradt, 2 a kórházban maradt, a hályogosokra 1420 ápolási nap jutott; iridectomia volt 65, pterygium-műtét 11, staphylomaműtét (operatio staphylomae!) 7, jégárpa-kiirtás (exstirpatio chalazionis!) 5, enucleatio 5, ektropion-műtét 4, szemhéj-daganat kiirtása 4, tenotomia 3, prolapsus iridis, punctio, keratotomia 2—2, sclerotomia, iridotomia, Petitféle műtét 1—1, összesen 180. A *marosvásárhelyi* országos kórházban 89 szembajost ápoltak; hályogos volt 13, gyógyult 8, javult 1, gyógyulatlan maradt 3, az ápolási napok száma ezekre nézve 460. A *brassai* szemkórházban 631 szembajost ápoltak, köztük 72 hályogost, kik közül 64 gyógyult, 7 javult, 1 maradt gyógyulatlan.

Az állami trachoma-kórházak közül a *szegedíben* 157 beteg feküdt, műtét 33 történt, bejáró beteg 572 volt. A *kalocsaiban* 22 beteget ápoltak, a *perlakiban* 101-et. Ugyanitt 5 hályogkivevés is történt. A *zsolnaiban* 12, a *privigyeiben* 149 szembajost ápoltak. —*di.*

— *Intézetek vakok számára Németországban.* Poroszországban 17 nyilvános intézetben 1420 vakot tanítanak, Bajorországban 5 intézetben 200-nál többet, Szászországban 5 intézetben 300, Württembergben 2 intézetben 130, Badenben, Hessenben, Mecklenburg-Schwerinben, Szász-Weimarban, Hamburgban egy-egy intézetben összesen körülbelül 200 vakot tanítanak és ápolnak. A német birodalom tehát nyilvános intézetekben körülbelül 2250 vakról gondoskodik, ezzel szemben Magyarországon egyetlen intézet van, mely alig 100 vak befogadására elégséges.

— A nemrég megalakult „a testi és szellemi fogyatkozásban szenvedőket gyámolító országos egyesület"-nek a vakok ügyével foglalkozó szakosztálya (Hampel Józsefné Pulszky Polixéna és Beniczky Lajos társelnökök) e hiányon társadalmi úton óhajt segíteni. Sajnos, magának az anyaegyesületnek is ez idő szerint alig van 8000 forintnyi alaptőkéje, pedig az oly sürgős új intézet s gyakorló műhely felállítására mindenekelőtt pénz szükséges! Még legtöbb eredmény volna várható az intézeteknek vidéken való felállításától, a hol a helyi hatóságok s a megyei intelligentia érdeklődése fenmaradásukat jobban biztosithatná, mint a főváros és a fővárosi lakosság közönye!

— Az orosz *Mária*-társaságnak a vakság ellen irányuló tevékenységéről *Bellarminoff* a moszkvai internationalis congressuson a következő adatokat közölte: A *Mária Alexandrowna* császárné nevét viselő egyesület főczélja a gyógyithatatlan vakok gyámolitása. Az első vaknevelő-intézetet Szent-Pétervárott Valentin Haüy alapitotta; 1881-ig, a társaság alapításáig az intézetek 6—7-re szaporodtak, míg az utolsó 15 év alatt 22 új iskolát, 2 nagy műhelyt és 3 agg asylumot nyitottak meg; sok ezer, *Braille* methodusa szerint nyomatott könyv felett rendelkezik, egy újságot állandóan kiad; tőkéje 2 millió rubelnél nagyobb; jövedelmét tagdíjak, adományok és a templomi gyüjtések képezik. Oroszországban a statistika szerint 190,000 vak van, 20:10,000, de úgy látszik, hogy valójában 35:10,000 a vakok arányszáma. Ezen kétségbejtő helyzet javítására legújabban a társaság a vakság keletkezésének meggátlásával is foglalkozik. E czélból a társaság a vidékre expeditiókat szervez, melyekben szemorvosok, tanulók és ápolónők vesznek részt. A helyi hatóságok mindenütt támogatják az expeditiókat. 1893-ban 7, 1894-ben 21, 1895-ben 24, 1896-ban 21 ilyen expeditiót szerveztek, utóbbiban 80 orvos és 14 tanuló vett részt, 1½—3 hóig tartanak, egy-egy expeditio 300—800 rubelbe kerül. 1893—1896-ig 114,790 beteget ápoltak, 32,547 operálást végeztek (közöttük 3839 hályogoperálást), 8.950 gyógyithatatlanul vakot láttak. A vakság leggyakoribb oka a trachoma volt, magas százalékkal szerepel a glaucoma, hólyagos himlő, syphilis és az újszülöttek szemgyuladása. A humanus czélon kivül ez eljárásnak jelentékeny értéke van a tudományos munkásságban és az oktatás szolgálatában. Ezenkivül állandó szemkórházakat is fentartanak, a melyekben 1896-ban 20,000 beteget gyógyitottak, 3217 operálást végeztek.

— *A IX. hygienikus és demographikus congressust* 1898. április hó 10—17-dikéig Madridban tartják meg. Az előleges programm szerint a 6-dik sectio: gyermek- és iskolai egészségügy tárgyalásai között két szemészeti thema fordul elő: az újszülöttek szemgyuladásának prophylaxisa; a látás és a ragályos szembajok hygieneje az iskolákban. A congressus hazai bizottságának elnöke: Pertik Ottó, egyetemi tanár (Gróf Károlyi-utcza 16).

— *Berlin* a rostocki egyetem szemésztanára meghalt. Előbb Pagenstecher oldalán működött, később Bruns assistense volt. 1861-ben Stuttgartban magán-szemkórházat alapitott s csak 1875-ben habilitálta magát az állatorvosi akadémián, hol az összehasonlító szemészetet adta elő. Az egyetemi tanszéket 1890-ben foglalta el.

— *Burchardt*, a német hadsereg vezértörzsorvosa, a berlini Charité szemészeti osztályának vezetője meghalt. Internationalis látáspróbái általánosan elterjedtek. A berlini szemorvosok társaságát ő alapitotta s haláláig elnöke volt.

— *A rostocki* egyetemen Berlin utódjául *Axenfeld* magántanár a boroszlói egyetemi szemklinika assistensét, a berlini *Charité* szemészeti osztályára *Burchardt* utódjául Greeff magántanárt, a berlini egyetemi szemklinika assistensét hivták meg.

— *Hippel* magántanárt, a heidelbergi egyetemi szemklinika I-ső tanársegédjét, rk. tanárrá nevezték ki.

— *Greeff* magántanárt, a berlini egyetemi szemklinika volt tanársegédét, rendkivüli tanárrá nevezték ki.

— *Röntgen-sugarak a szemészetben.* Charles A. Oliver három esete alapján közli, hogy a szemben vagy az orbitában székelő idegen testek helyzete a Röntgen-sugarak segitségével mathematicai pontossággal meghatározható. Két, különböző irányból való felvételre van szükség s a Crookes-csőnek a felvételi laptól való távolságából, valamint az idegen test árnyékainak egymáshoz való helyzetéből egyszerű háromszögtani szabályok útján kiszámitható, hogy az idegen test az orbitának vagy a szemnek mely részében foglal helyet. (Annals of Ophthalmology.)

— *Brandt* élőkön végzett kisérletei alapján állitja, hogy ép szemek azért nem veszik észre a Röntgen-sugarakat, mert a lencse absorbeálja az x-sugarakat s e tekintetben a tiszta és átlátszatlan lencse egyformán viselkednek. (Revue générale d'ophthalmologie 1897. febr.)

— *Új könyvek. Schmidt-Rimpler:* Die Erkrankungen des Auges im Zusammenhang mit anderen Krankheiten. Wien, 1898. A. Hölder.

Tscherning: Optique physiologique. Paris, 1898.

Uthoff: Ueber neuere Fortschritte der Bacteriologie. Halle.

Fick: Die Entwicklung des Auges. Breslau, 1897. (Magnus Unterrichtstafeln, Heft XIII.)

Wintersteiner: Die partiellen stationären Staare. (U. a. Heft XI.)

Bach Herm.: Zur geographischen Verbreitung des Trachoms. Giessen 1897.

Bach L.: Histologische und klinische Mittheilungen über Spindelstaar. Leipzig, 1897.

Silber St.: Statistische Zusammenstellung von Augenmuskellähmungen. Würzburg, 1897.

[1] Soc. de biol. 9. Jan. 1897.

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

Negyvenkettedik évfolyam. 9. szám. *Budapest, 1898. február 27.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

KIR. MAGYAR TUD. EGYETEMI II. SEBÉSZETI KLINIKUM

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HŐGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Kovács József és Móricz Ernő dr.-ok: Közlemény a Korányi Frigyes tnr. vezetése alatt álló I. belgyógyászati kóroda laboratoriumából. A vizelet alkata infectiosus lázas bántalmaknál. 99. l.

Stern Samu dr.: Tumor mediastini esete. 101. l.

Ifj. Siklóssy Gyula dr.: A subconjunctivalis sublimatinjectiókról és a heveny takáros kötőhártyagyuladásról. 102. l.

Tárcza. A nyilvános ingyenes rendelések szabályozásáról. 103. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Than Károly:* A kisérleti chemia elemei. 104. l. — *Lapszemle. Jakob Pál:* Creosotallal való gyógyitás. — *Englisch:* A vizeletrekedés gyógyitása prostata-túltengés esetében. 106. l.

Hetiszemle és vegyesek. Korányi tnr. levele az Orvosi Hetilap szerkesztőségéhez. — A pestis Indiában. — A főváros egészsége. — Előkészítő tanfolyam a tisztiorvosi vizsgákra — *Mann Jakab* kitüntetése. — *Leukart Rudolf* és *Feuer Dávid* halála. — Herczel dr. — Szt. Lukács-fürdő 109. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

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

A vizelet alkata infectiosus lázas bántalmaknál.

Közlik: *Kovács József* és *Móricz Ernő* dr.-ok.

Alig van a pathologiának egy része, mely a közelmultban annyi physiologiai s klinikai vizsgálat tárgyát képezte, mint a láz, illetőleg a lázas betegek anyagcseréje. Az a körülmény pedig, hogy ezek a vizsgálatok a legrégibb, kevésbbé praecisektől kezdve a legújabb exact vizsgálatokig megközelitőleg egyező eredményeket nyujtanak, arra vall, hogy a láznak határozott irányitó befolyása van az anyagcserére, hol más tényező, pl. a tápfelvétel csak másodrangú befolyást gyakorolhat. Midőn a láznak befolyásáról az anyagcserére általában van szó, az összanyagcserének két részét a N és Cl anyagcserét kell külön-külön figyelembe vennünk s kiemelnünk, mint olyat, melyek itt bizonyos antagonistikus viszonyban állanak. Vogel, Liebermeister, Voit, Naunyn, Riess, Klemperer, Noorden s másoknak különböző lázas betegeknél végzett anyagcsere vizsgálatai azt mutatják, hogy lázas betegeknél a N kiválasztás az egészséges emberéhez képest fokozódott, sőt lázas beteget és láztalan egyént ugyanazon életviszonyok közé hozva, természetesen ugyanazon étrendet is feltételezve, a lázas beteg N kiválasztása a láztalan egyénét $^1/_3$-ával, sőt felével is meghaladja.

A chloridok magatartására vonatkozólag lázas bántalmaknál Redtenbacher végezte az első vizsgálatokat 1850-ben, pneumonikus betegnél, kinél a chloridokat természetesen feltünően csökkenve találta. Redtenbacher kezdetleges vizsgálataihoz képest nagy haladást jelentenek Röhmannak Cl vizsgálatai, melyek elég alaposan ismertetik a különböző lázas betegeknél megváltozott Cl kiválasztás viszonyait, ha mindjárt mi már ezen Cl kiválasztás okait nem is fogadjuk el. Jelenleg legtöbb figyelmet érdemelnek Terraynak exact Cl anyagcserevizsgálatai a különböző lázas bántalmaknál.

Mi a Korányi Sándor fagyasztási módszere alapján tüztük ki magunknak feladatul lázas bántalmaknál egyrészt a vizelet alkatát és ezzel együtt a kiürült chloridok és achloridok közti viszonyt, másrészt a vesefunctio erőbeli állapotát vizsgálni.

Vizsgálati eljárásunk értelmében a betegnek 24 órai vizeletét gyüjtöttük, meghatároztuk ennek mennyiségét (X), fagypontsülyedését (Δ) és százalékos Cl tartalmát; ezen adatok alapján továbbá kiszámitottuk a vizeletben kiürült összes szilárd alkatrészek konyhasó-egyenértékét s ebből levonva a chloridok értékét, megkaptuk a chlormentes szilárd alkatrészeket Na Cl egyenértékben.

A vizelet alkatát vizsgálva, egy lázas betegnél legállandóbb s szembeszökő különbséget találunk a chloridok és achloroidok ép embernél csak szük határok közt ingadozó viszonyértékében és azért ezen szempont szolgálhat legjobb alapul a lázas bántalmak osztályozásánál.

Részint Terraynak, részint saját vizsgálataink alapján ezen viszonyok szempontjából két csoportra osztjuk a lázas betegségeket: az elsőbe tartoznak a pneumonia, typhus, polyarthritis, tuberculosis, ezeknél az achloridok felszaporodása és a kiválasztott Cl-nak feltünő csökkenése gyakran azt eredményezi, hogy az achloridok láznál 15-, sőt 20-szoros értékét teszik ki a chloridoknak. A II. csoportot a malaria képezi; ott is megvannak szaporodva a lázas roham előtt az achloridok, csakhogy egy különálló tényező által feltételezett felszaporodása a chloridoknak amazokat annyira túlszárnyalja, hogy a viszony a chloridok javára lesz eldöntve.

Az első csoport tárgyalásánál ennek keretében ismét olyan különbségek merülnek fel, melyek czélszerűvé teszik az idetartozó kórokat különválasztani; igy pl. a typhus és pneumonia adatainak az áttekintésénél tagadhatatlanul sok hasonlatosság tünik szembe, de ezek csak mint két megközelitőleg egyforma anyagcsere-viszonyokkal biró lázas betegség eredményeiként szerepelnek, lényegében pedig a kétféle betegségnél annak lefolyása kezdetétől egész végéig a vesefunctio mégsem mondható azonosnak.

Ezért a typhust és a pneumoniát külön-külön kell tárgyalnunk. (L. a táblát.)

Vegyük most a következő táblázat adatait sorra: Δ a vizelet fagypontsülyedését jelenti, mely arányos annak osmotikus nyomásával, illetőleg concentratiójával. A normalis vizelet fagypontsülyedése Korányi Sándor vizsgálatai szerint $1{\cdot}50^0$—$2{\cdot}20^0$ közt ingadozik. A typhus-megbetegedés első napjaiban ezen fagypontsülyedését a vizeletnek tényleg ezen két határ közt látjuk többnyire, a megbetegedés további folyamában azt észleljük, hogy Δ fokozatosan kisebbedik és ilyen marad a reconvalescentia első napjaiban is, hogy azután újból emelkedjék. Első tekintetre Δ ezen magatartása összefüggésben látszik lenni a lázmenettel. Más lázas betegeinknél végzett vizsgálataink hasonlóképen azt mutatják, hogy a láz fokával némileg lépést tart Δ nagysága. Hisz a lázas betegek concentrált vizelete régi klinikai tapasztalat.

I.

Datum	X	Δ	NaCl%	NaCl	a	Δ / NaCl%
XI/8	920	1·92	0·48	4·41	28·79	4
9	900	1·99	0 67	6·03	29·16	2·97
10	900	1·90	0·64	5·76	27·9	2·97
11	1180	1·74	0·42	4·95	33·39	4·14
12	730	1·72	0·82	5·98	20·41	2·1
14	820	1·60	0·42	3·44	21·4	3·81
23	1480	0·88	0·49	7·25	21·16	1·20
24	1960	0·83	0·52	10·19	24·46	1·6
26	2010	0·85	0·52	14·61	27·78	1·25
27	2400	0·85	0·73	17·52	33·36	1·16
29	1840	1·06	0·88	26·19	31·83	1·21
			II.			
II/13	1320	1·08	0·12	1·58	23·23	9
14	1160	1·14	0·22	2·55	21·57	5·1
17	1000	0·93	0·13	1·3	15·1	7·1
19	1400	0·91	0·32	4·48	20·72	2·9
20	1500	0·87	0·50	7·5	21·3	1·74
25	1420	1 03	0·61	8·66	23·85	1·7
26	1320	0·80	0·48	6·33	17·16	1·66
27	900	0·73	0·54	4·86	10·71	1·35
28	920	0·81	0·52	4·78	12·14	1·56
III/1	1380	0·69	0·49	6·76	15·45	1·41
4	1600	0·58	0·42	6·72	15·04	1·4
6	720	0·77	0·54	3·88	9	4·42
			III.			
XI/30	680	1·89	0·17	1·15	21	11·1
XII/1	790	1·79	0·19	1·5	13	9·4
2	600	1·92	0·09	0·54	19	21·3
4	600	1·78	0·08	0·48	17·4	22·25
5	750	1·65	0·08	0·60	20·25	20·62
7	1340	1·26	0·19	2·54	27·47	6·63
8	1220	1·11	0·24	3·92	22	4·63
12	2030	0·65	0·17	3·45	22	3·82
13	1240	0·74	0·22	2·72	15	3 36
14	1080	0·90	0 23	2·48	15·8	3·91
21	1200	1·27	0·27	3·24	25	4·7
23	720	0·83	0·16	1·15	10·3	5·5
I/4	1020	1·25	1·0	10 20	20·7	1·25
			IV.			
II/28	2020	0·72	0·36	7·27	23·63	2
III/1	2000	0·71	0·35	7	23·4	2
3	2020	0·79	0·39	7·88	26·05	2
21	2060	1·5	0 87	17·92	33·57	1·15
			V.			
XI/30	760	1·77	0·38	2·89	21·88	4·65
XII/1	710	1·84	0·32	2·27	21·3	5·75
2	780	1·81	0·44	3·43	23·01	4·11
5	1500	1·31	0·31	4·65	31·95	4·22
6	1100	1·30	0·20	2·20	23·32	6·5
7	1040	1·34	0·36	3·74	22·88	3·7
8	920	1·50	0·46	4·23	22·45	3·3
13	760	1·40	0·36	2·73	17·32	3·88
18	1380	1·16	0·37	5·1	26·12	3·1
19	1660	1·12	0·36	5·97	30·21	3·1
22	1420	1·32	0·26	3·69	30·53	5
27	2020	0·92	0·34	6·86	30·30	2·7
I/2	1600	1·54	0·98	15·68	40·16	1·5

De tüzetesebben összehasonlítva *Δ* magatartását a lázmenettel, mégis azt kell mondanunk, hogy *Δ* összefüggése és parallel haladása a lázmenettel valami közvetlennek nem mondható.

Igy pl. a II. számú táblázatban világosan tünik fel, hogy napokon, hol a hőemelkedések igen közel járnak eredeti magasságukhoz, *Δ* csaknem függetlenül ettől egyre sülyed lefelé és csak midőn betegnél valóságos recidiva jelentkezik, mutatkozik a *Δ* csekély emelkedése. Typhusnál tehát a betegség első napjaiban nagy *Δ*-t kapunk, későbbi folyamán azonban azt látjuk, hogy a magas hőemelkedések daczára *Δ* egyre fogy és csakhamar eléri azt a fokot, midőn a kis *Δ*-jú vizeletből a vizeletképzés minőségére következtetést vonva, a betegnél végbemenő vizeletképzést Korányi Sándor szerint hyposthenuriával jelöljük.

Δ ezen viselkedésének magyarázatát a következőkben találjuk. *Δ* értéke függ a vérkeringési sebességtől, a vese épségi állapotától és részben a kiürítendő szilárd alkatrészek mennyiségétől is. A mint később „a“ tárgyalásánál látni fogjuk, hogy typhusnál, mint láznál egyáltalában kiürítendő szilárd alkatrészek mennyisége közel jár a normalishoz: ezt a tényezőt tehát figyelmen kivül hagyhatjuk. A másik két tényező a következőket eredményezheti; ha a vérkeringési sebesség, azaz a vesék átáramoltatása a rendesnél nagyobb lesz és a vesék épsége változatlan: sok, de kis *Δ*-jú vizeletet kell várnunk; ha a vesék átáramoltatása csekély, de a vesék épsége szintén nem változott: egy concentrált nagy *Δ*-jú vizelet várható. Ha végül a vesék átáramoltatása csekély, de a veseműködés leszállított, akkor ismét sok kis *Δ*-jú vizeletet kapunk. A typhus első szakában rendszerint kevés s concentrált nagy *Δ*-jú vizelet ürittetik. A fenti tényezők tekintetbe vétele mellett nem is várhatunk egyebet. Typhusnál, mint súlyosabb lázas bántalmaknál egyáltalában a vesék átáramoltatása csekélyebb két okból: 1. mert a szivműködés erélytelen, mihez 2. talán hozzájárulhat, hogy a láz alatt kitágult edények több vért fogadván magukba, a veséknek kevesebb juthat. Ha a typhus későbbi szakában több és kis *Δ*-jú vizelet ürittetik, úgy az csak arra vezethető vissza, hogy a vesék már nem képesek működésüknek megfelelni, azaz a húgycsatornácskákban a resorptio szenvedett, a mint az másutt részletesebben van kifejtve; ezt kell felvennünk, mert hisz ebben a szakban a szivműködés még jobban szenved már. Ezen felvételünket teljesen megerősitik klinikai észleleteink: először is azt látjuk, hogy azon esetekben, hol a megbetegedés kezdeti szakában is súlyosabb vesealteratiót észlelünk — ezt az ilyenkor fellépni szokott albuminuria árulja el —, ott már ebben a stadiumban is több kis *Δ*-jú vizelet ürittetik és másodszor, a mint azt később a pneumoniánál hasonlóképen látni fogjuk, hogy ezen szakban digitalis adagolása, azaz a vér áramlási sebességének növelése által ugyancsak sok kis *Δ*-jú vizeletet kapunk. És végül támogatják ezen felvételünket Korányi Sándornak Succival végzett vizsgálatai; ezek ugyanis azt mutatják, hogy az éhezés későbbi szakában, a midőn a hiányos táplálkozás folytán a veseepithel degenerál és albuminuria lép fel, ugyanekkor *Δ* értéke is egyre esik lefelé.

„a“ a vizeletben kiürült alkatrészek konyhasóegyenértéke grammokban — Korányi Sándor vizsgálatai szerint 30—50 gm. között ingadozik normalis viszonyok között — a Cl-tartalmú és Cl-mentes moleculák mennyiségét jelenti együttvéve. Minthogy azonban typhusnál a kiürült Cl-tartalmú moleculák csak igen kevés ingadozást mutatnak, „a“-nak változása első sorban a N anyagcsere által szabályoztatik. Ebből természetszerűleg az következnék, hogy „a“ szorosan a lázgörbe nyomában haladjon, de csak akkor, ha a hőfok által vele arányosan támadt bomlási termékek mindenkor prompt üríttetnek ki a vesék által.

„a“-ra vonatkozólag typhusnál a következőket észleljük: „a“ typhusnál rendszerint normalis értékének alsó határán áll, sokszor azonban annál is jóval kisebb, különösen a lázgörbe végső és a reconvalescentia első szakában. Ha typhusnál „a“-ból Na Cl levonása által az (a—Na Cl)-t, azaz az achloridokat számitjuk ki, azt látjuk, hogy a tápfelvétel hiányossága daczára — melytől pedig első sorban függ „a“ értéke — az a typhus első napjaiban egy normalisan táplálkozó embernél található értékek közt ingadozik, itt-ott kisebb-nagyobb kitéréseket tüntetve fel. Vagyis ugyanazt mutatja, a mit másoknak lázas betegeknél végzett anyagcsere-vizsgálatai igazolnak, hogy láznál a N bomlási termékek a normalishoz képest csakis a bevett fehérjéhez képest vannak megszaporodva. A betegség későbbi szakában a lázgörbe sülyedése közben „a“ értéke is leszáll, azonban nem arányosan a lázmenettel, hanem fokozottabb mérvben és ez arra figyelmeztet, hogy az ezen szakban fellépő hyposthenuria mellett a vesék nem képesek kiüríteni a N bomlási termékeket és azok a szervezetben felhalmozódnak.

(Folytatása következik.)

Tumor mediastini esete.

Közli: *Stern Samu* egyet. m. tnr.[1]

A beteg, kit a t. collega uraknak bemutatok, 22 éves hivatalnok. Körülbelül négy héttel ezelőtt láttam először, a mikor arról panaszkodott, hogy három hét óta, tehát most 7 hete veszi észre, hogy arcza feltünően kék lesz, duzzad, hogy nyaka vastagszik s a gallérját, mely előbb igen kényelmes volt, most nem tudja begombolni, mert szük lett, e mellett különösen reggelenkint légzése nehéz s ökröndözik. A beteg előadja, hogy jelen baja fellépteig teljesen egészséges volt, atyja is erősíti, hogy bár gyenge gyermek volt, de komoly betegségben soha sem szenvedett.

A beteg vizsgálata következőket mutatja: az arcz duzzadt, az ajkak, fülek, orrcsúcs cyanotikusok, a duzzadás a nyákhártyákra is kiterjedt, ha az alsó ajkat kifordítjuk, akkor a duzzadás igen jól kivehető, a garat belövelt, a gége vizsgálata normalis viszonyokat mutat, a mit nyomatékkal akarok megjegyezni. A nyak, különösen annak alsó része igen vastag, körfogata 43 cm., megjegyzem, hogy a beteg 39-es számú gallért viselt s így a a növekedés jelentékeny. Ha figyelmesen nézzük a nyakat s az arczot, feltünik, hogy a nyak s az arcz bal fele erősebben duzzadt. A nyak ezen megvastagodása legnagyobbrészt a venae jugulares nagyfokú megteléséből származik, ha a vért belőlük kisajtoljuk, kisebbithetjük a nyak körfogatát s ellenkezőleg a visszeres vér visszafolyásának akadályozása által — lefekvés, köhögés stb. — a duzzadás fokozható. A légcsőn ki lehet venni, hogy ez nem median állású, hanem kissé balfelé tér ki, légzésnél s nyelésnél a gégével a normalis mozgásokat végzi. Pajzsmirigy nem tapintható. Az incisura jugularisban, különösen, ha mélyebben benyúlunk, tömött, egyenetlen felületü idegen testet találunk a légcső előtt, e tünet még két hét előtt nem volt meg. A kulcsfeletti tájon mindkét oldalt s a hónaljárkokban megnagyobbodott nyirkmirigyek tapinthatók ki, melyek jobboldalon valamivel nagyobbak. A mellkas megtekintésénél feltünik, hogy a szegycsonton s annak szomszédságában tágult visszerek hálózata mutatkozik, ezen tünet két hét előtt jelezve volt, ma márteljesen kifejezett collatelaris vérkeringési kör képződik s ennek tulajdonitható, hogy — a mint a beteg maga is észreveszi s én is constatálhatom — az arcz s nyak duzzadása valamivel csekélyebb, mint az első vizsgálat alkalmával. A mellkas gyengén fejlett, a csontrendszeren rhachitis jelei vehetők ki, a skoliosis, a bordák rendellenes lefutása folytán a mellkas két fele részaránytalan. A légzés hasi-mellkasi jellegü, mindkét mellkasfél kitérése egyenlő, a légzések száma perczenként 20. A szivcsúcslökés az V. bordaközben a bimbóvonalon belül tapintható ki, gyenge. A mellkas kopogtatása adja a leglényegesebb s a kórisme megállapításához legfontosabb jeleket. A betegnél a szegycsont markolatán lefelé a második borda magasságáig, jobbfelé majdnem a szegymelletti, balfelé majdnem a bimbóvonalig terjedő területen tompulat van jelen, melynek alakja szabálytalan s mely balfelé jobban nyúlik lefelé s a szivtompulattól éles hangot adó csik által van elválasztva. Egyébként a kopogtatási viszonyok a mellkason a rendesek, a tüdő határai rendesek, a szivtompulat rendes. Hallgatódzásnál a tüdő felett hurut állapitható meg; csak a bal tövisfeletti tájon hallható határozatlan be- s hörgi kilégzés, e tünet magyarázatára vissza fogok térni. A szivhangok tiszták, gyengék. Az ütérlökés gyenge, az üterek feltünően vékonyak, de a részarányos üterek egyenlő erejüek s egyidejüek. A hasban rendellenesség nincs. A vér- s vizelet vizsgálata rendes viszonyokat tüntet fel. A beteg panasza a duzzadt arcz, nyak, nagyobb testmozgásnál fellépő nehéz légzés.

A tünetek elősorolása után czélszerü lesz azokat a könnyebb áttekinthetőség kedvéért összegezni s megmagyarázni. Találtunk az arczon cyanosist, duzzadást, a nyakon a visszerek nagyfokú teltségét s ezzel összefüggésben collateralis vérkeringési kört, mely hivatva van a keringési zavart csökkenteni. A tünetek ilyetén fellépése kétségen kivül mutatja, hogy keringési akadály van jelen azon visszérgyökben vagy gyökökben, melyből azon ágak tevődnek össze, hol a cyanosis, visszerek teltsége észlelhető. S így már a betegnek megtekintése is arra következtetésre vezet, hogy a betegnél a gátorüregben kell lenni valami oknak, mely az itt lefutó visszerekben a keringés akadálytalan menetét megzavarja. S hogy ez így van, az a többi tünetekből kétségtelenül kiderül. Találunk ugyanis a mellkas felső részén rendetlen alakú tompulatot, mely azt mutatja, hogy itt e helyen légtelen test fekszik, melynek felső csücskét az incisura jugularisban ki is lehet tapintani, tehát daganat van jelen a felső gátorüregben. E felvétel megmagyarázza a következő tüneteket: a daganat nyomása folytán előidézi a cyanosist, a nyaki visszerek teltségét, a légcső eltolását balfelé s a bal tüdőcsúcs összenyomása folytán az ott hallható határozatlan be- s hörgi kilégzést. Hogy csakugyan daganattal van dolgunk, azt az emlitett tünetek kétségen kivül mutatják, de bizonyitja még a betegnél eszközölt Röntgen-felvétel is. A Röntgen-felvétel Kiss tnr. laboratoriumában eszközöltetett, s miután a fényképezés nem igért tiszta képet, az ernyőn látható képet Feldbaum dr. úr lerajzolta. A képből kitünik, hogy a mellkas felső részében, a szivvel összefüggésben álló nagy árnyék mutatkozik, mely a kopogtatási viszonyoknak megfelelően baloldalt nagyobb. Teljesen egészséges embernél is találunk a mellkas átvilágitásánál a fluoreskáló ernyőn a szegycsontnak megfelelő árnyékot, de ez nem oly nagy terjedelmü s nem részaránytalan mint a jelen esetben. S így a terimenagyobbodás szemlélhetővé is van téve. A többi tünetek, melyek a betegnél feltalálhatók, a daganattal összefüggésben nincsenek. Az üterek feltünő vékonysága alapján felvehető hypoplasia arteriarum, a csontrendszeren mutatkozó eltérések a gyengén fejlett szervezet jelei.

Ha odáig jutottunk, hogy megállapitottuk azt, hogy a gátorüregben daganat van, az a kérdés merül fel, hogy mi az a daganat. A gyógykezelés, kórjóslat megkivánják a kérdés megoldását. S itt a combinatiónak tág tere nyilik. A kórisme ezen részének megállapitása nagy nehézségekbe ütközik, úgy hogy csak több-kevesebb valószinüséggel határozhatjuk meg, hogy mily természetü s honnan indul ki a daganat. Tekintetbe kell venni azon képleteket, melyek itt előfordulnak s így szóba jöhetne első sorban ütértágulat, ez azonban már az első pillanatban elejtendő, mert semmi olyan tünet nincs, mely e felvételt csak legtávolabbról is támogatná. Előfordulhat itt a Wölfler-beosztás szerinti szegymögötti golyva, de ez ellen szól a lefolyás, a gyors növekedés s az ily golyváknál mindig ki lehet mutatni az összefüggést a pajzsmirigygyel, a mi ez esetben nemcsak hogy nincs meg, de még magát a pajzsmirigyet sem lehet kitapintani. Számitásba jő a thymus, mely itt fekszik, de ilyen életkorban a leirt nagyságot nem mutatja, hacsak belőle vagy maradványaiból új képlet nem fejlődik, mely a daganat jelét adhatja. S így erre gondolni kell. Végül mirigyek fekszenek itt, melyek megnagyobbodásuk által a daganat jeleit adhatják. A mirigyek megnagyobbodása gümőkór, syphilis, Hodkin-féle betegség által lehet előidézve s végül újképletek által. Gümőkór, syphilis jelei teljesen hiányoznak, a Hodkin-féle betegség felvételére sincs elég támpontunk, úgy hogy nem marad más hátra, mint újképletet feltételezni. E mellett bizonyit a daganat gyors növekedése, az emlitett mirigynagyobbodások a kulcsfeletti s a hónaljárkokban. Az irodalmi adatok is azt mutatják, hogy itt e helyen leggyakrabban sarkomák fordulnak elő, melyek vagy a nyirkmirigyekből vagy a thymus maradványából indulnak ki. Kiegészitésképen felemlitem még, hogy le vannak irva e helyen rost-, zsirdagok, echinococcus s dermoidcysták, teratoma myomatodes, de ezek ritkaságuknál fogva s a lefolyás alapján kizárhatók. S így összegezve sarkomával van dolgunk, mely vagy nyirkmirigyekből vagy a thymusból indul ki. A kezelés arsen adagolásából áll, az eredmény eddig semmi.[1]

[1] Bemutatás a budapesti poliklinikai egyesület április 9-dikén tartott estélyén.

[1] A mint értesültem, a beteg a bemutatás után három hét mulva fuladás tünetei között meghalt.

*

A subconjunctivalis sublimatinjectiókról és a heveny takáros kötőhártyagyuladásról.

Ifj. Siklóssy Gyula dr. kórházi rendelő főorvostól.

(Folytatás.)

Ilyen formán fogom fel azt a nemes erőlködést is, mikor olvasom, hogy 20—40—60 subconjunctivalis injectióban részesítenek franczia collegák atrophia nervi opticiben szenvedő betegeket. Az alatt a 6 esztendő alatt, a mióta szembetegeket látok, atrophia nervi opticiben szenvedő beteggel sokszor volt dolgom. Éreztem azt a moralis depressiót, melylyel annak kinyilatkoztatása jár, hogy itt segíteni nem vagyok képes. Sokszor voltam abban a helyzetben, hogy a beteghez tartozók rimánkodva kértek, hogy kezeljem legalább a beteget. Néha meg is kisérlettem, néha ideiglenes javulást értem el strychninbefecskendezésekkel, néha villanyozással, többször (5—6%-ban) antipyrin-befecskendezésekkel s egyebekkel, a mi e téren ajánlva van. Ha jó eredményhez nem is, de néha ideiglenes javuláshoz mégis eljutottam. Hogyan, mi módon javult a strychninre, az antipyrinre, az állandó áramra a betegség? nem fejtegetem, de kezelésem alatt jobb volt az étvágya, gondot fordítottam székletétére, sétáira, a nagy világosság kerülésére, lakásában magam ellenőriztem a félhomályt, egyszóval a kezelés ürügye alatt rendeztem életviszonyait, káros hatású dolgokat eltávolítottam, növeltem bizodalmát, jobb kedélyben tartottam meg. Hogy ez hálátlan feladat, azt elismerem, de hát hálás dolog-e egy florid tuberculosist gyógyítani vagy meningitis cerebrospinalist gyógykezelni?

S a belgyógyász nem látogatja-e meg az exitus lethalis előtt való napon is 2—3-szor súlyos betegét? Ha arról volna szó, hogy családom tagjai közül valakinek meg kell halnia egy gyógyíthatatlan betegségben, azt kezelés nélkül várnám-e be jó szívvel, vagy iparkodnék megtenni mindent, a mit csak lehet, hogy napokkal, hetekkel meghosszabbíthassam életét? Bizonyosan ez utóbbit tenném. Ha feltétlen bizonyos, hogy valakinek látását el kell veszítenie, nem kell-e mindent elkövetni, hogy ez csak minél később következzék be? Okvetlen. Ha tehát nincsen heroikus és specifikus gyógyszerem e hatás elérésére, akkor az életmód, a mellékkörülmények rendezésével kell arra hatnom. De ez csak hosszabb időn át lehetséges, ez a hosszabb idő pedig csak akkor áll rendelkezésemre, ha tudom a beteget foglalkoztatni. *És erre lehet jó a sublimatinjectio.*

Positivebb eredményt láttam chorioiditisnél és nagyfokú rövidlátásnál, bár nem tudom, hogy ez eredmények csakis a sublimatinjectióknak tudhatók-e be, vagy pedig a velük kapcsolatos pihenésnek és egyéb gyógyszerelésnek. Minden esetre a helyi kezelés felkelti a beteg bizalmát egyrészről és megtartja a beteget az orvos közelében másrészről. Kétségtelen az is, hogy nagyfokú chorioidealis elváltozásokkal találkozunk, melyek a látélességet, a kerületi látást kevésbbé befolyásolják károsan, mint adott esetben objective sokkal kisebbnek tünő folyamat. Igy meg vagyunk kötve abban is, hogy véleményt nyilvánítsunk az iránt, vajjon egy bizonyos eset milyen lefolyású lett volna a sublimatinjectiók nélkül, de egyáltalán kezelés nélkül is. Az észlelt esetek mindig csak egyes példányokra szorítkoznak, ha általános értékűt akarnánk mondani, akkor nem fejezhetjük ki magunkat tüzetesen. S ez az utóbbi esik meg rendesen a tankönyvek idevonatkozó fejezetével.

Igy előrebocsátva általános tapasztalataimat a subconjunctivalis injectiókról, szabadjon egyet-mást emlékezetünkbe felidézni azokból az adatokból, melyeket az utóbbi évek szolgáltattak e kérdés történetéhez.

Ez adatok három részre oszthatók[1] és pedig olyanokra, a melyek 1. a subconjunctivalis injectiók hatását dicsérik, 2. a melyek a subconj. inj. eredménytelenségét, káros voltát, az általok okozott kellemetlenségeket emelik ki, 3. a melyek a subconjunctivaliter adott folyadék további sorsára vonatkoznak,

[1] Az előző évek irodalmát e tárgygyal foglalkozó két értekezésemben (Magyar Orvosi Archivum 1894 és Szemészet 1894) állítottam össze. Utaltam még reá a Budapest fővárosi közkórházak Évkönyvében 1895-ben megjelent czikkemben.

Diagnosis	A subconjunctivalis injectiókkal	
	jó eredményt ért el	nem ért el eredményt
Trachoma	Ifj. Siklóssy 1894 (28 eset pannusnál)	Van Millingen 1893 (2 eset nem folytathatta kisérleteit a reactiótól való félelmében), Dransart 1893 befecskendéseit főleg abból a czélból végezte, hogy az átmeneti redőt könnyebben kefélhesse
Ophthalmogonorrhoea acuta	Ifj. Siklóssy 1894 U. a. 1897 (43 eset)	
Erosio corneae	Darier 1893	
Keratitis		Schmidt-Rimpler 1895 (2 e.)
Ulcus corneae phlyct.	A. Dufour 1896	
Ulcus serpens	Secondi (1894/95) a thermocautert egyidejüleg használván, Marti 1893 (konyhasóval)	Schmidt-Rimpler 1895 (9 esete közül csak 1 javult, a többi 8-at meg kellett operálni) (Saemisch)
Infiltratum corneae	Schmidt-Rimpler 1895 (egy esetben cornea globosánál), Marti 1895 (konyhasóval)	
Ulcus corneae infectum	Sgrosso és Scalinci 1893 (68 eset), Kortnew 1895, Katzaurow 1895 (110 esetben kisérletezett 3% konyhasóval), Marti 1895 (konyhasó), A. Dufour 1896	
Hypopion keratitis	Ifj. Siklóssy 1894 (thermocauter, módosított Hirschberg-oldat), Gagarin 1893, Gozetti 1893, Mellinger 1893, Kortnew 1895, Marti (konyhasó) 5 eset, 1895, de Wecker 1895 (nagy adagok, egyidejüleg eserin vagy atropin)	Bach 1894 (állatkisérletek)
Keratitis parench. circumscripta	A. Dufour 1896	
Keratitis parench. diffusa	Ifj. Siklóssy 1894 (módosított Hirschberg-oldat), Zossenheim 1894 (19 eset), (megrövidíti a betegség tartamát), Darier (atonicus, reactiónélküli esetekben)	Bochi 1894, Gepner 1894 (10 esetből egy javult), Guttmann 1894, Katzaurow (3% konyhasó-oldat) 1895, Schulte (3 eset) 1895, Schmidt-Rimpler (9 eset) 1895, A. Dufour 1896
Kerato-iritis		Schulte (2 eset) 1895
Scleritis	Bull 1895	A. Dufour 1896
Episcleritis		Schmidt-Rimpler 1895 (nem érnek semmit), Zossenheim (6 eset; 3 javult, 3 változatlan)
Iritis acuta	Ifj. Siklóssy 1894 (kitünő eredmények a módosított Hirschberg-oldattal), Zossenheim (atropin és egyéb kezelés nélkül) 1894, Kortnew 1895, Schmidt Rimpler 1895	Abadie 1893, Bochi 1894, Schulte 1895
Iritis plastica	Zossenheim 1894 (általános kezelés is)	
Iridocyclitis	Gagarin 1893, Kortnew 1895 (5 esetben az enucleatiót el lehetett kerülni)	Pflüger (jodtrichlorid) 1893, Bochi 1894, Schmidt-Rimpler 1895 (4 eset)
Cyclitis		Fick (3 eset) 1893
Irido-chorioiditis	Pflüger 1893 (jodtrichlorid), Gagarin 1893, Bull 1895	
Chorioditis disseminata	A. Dufour 1896	Schulte 1895 (6 esetből kettő javult)
Chorioiditis non myopica	Ifj. Siklóssy 1894 (általános kezelés, nyugalom), Schulte 1895, A. Dufour 1896	Zossenheim (igen különböző eredmények) 1894, Schmidt-Rimpler 1895 (6 esete közül 1 javult)

Diagnosis	A subconjunctivalis injectiókkal	
	jó eredményt ért el	nem ért el eredményt
Chorioiditis macularis myopica	Peunow 1893, ifj. Siklóssy (nyugalom) 1894, Geppner 1894 (20 eset), Secondi 1895, A. Dufour 1896	Abadie 1893, Schulte 1895, de Bourgon 1896 (6 eset), Canoux 1893 (13 esetből 2 javult)
Hyalitis	Grandclément 1893, ifj. Siklóssy (pilocarpin alá) 1894, Schulte 1895, A. Dufour 1896	Schmidt-Rimpler 1895
Retinitis specifica	Peunow (igen jónak látja) 1893, Schulte 1895 (1 eset)	
Ablatio retinae		Pflüger 1893 (jodtrichlorid)
Neuritis optica	Schulte 1895 (2 eset)	
Neuritis retrobulbaris		Pflüger 1893 (jodtrichlorid), Schulte 1895, Schmidt-Rimpler 1895
Iridocyclitis symp.	Simi 1895 (5 mgm. hydrarg. cyanatumot adott 20 nap alatt 8-szor; nagy reactio, de jó eredmény)	Bochi 1894
Opthalmo symp.	Peunow 1893 (a subc. subl.-injectiók helyettesítik az enucleatiót), Gosetti 1893, Seggel 1895, Luciani 1895 (egy izben az enucleatio után, egy izben az előtt), A. Dufour 1896	
Infectio oculi post traumam	Darier 1893, Seggel 1895 (perforaló seb esete, iris- és üvegtest-előeséssel), ifj. Siklóssy 1894, A. Dufour 1896	Schmidt-Rimpler 1885
Infectio oculi post operat.	Sgrosso és Scalinci 1893, Deutschmann 1894, Seggel 1895, A. Dufour 1896	
Panophthalmitis	Parisotti 1895 (három esetében 1—2 injectio megszüntette a bajt)	
Phlegmone orbitae metastaticum	Seggel 1895	

különös tekintettel arra, hogy a sublimat mint ilyen, átmegy-e a szem belsejébe.

Az első és második pontot az összehasonlítás kedvéért egymás mellett tárgyalom, míg a harmadik pontba a nem teljesen odavágó észrevételeket is besoroztam.

Azok közül az adatok közül melyek arra vonatkoznak, hogy vajjon a conjunctiva alá befecskendett folyadék bejut-e a szem belsejébe, felemlítem Panas kérdését (1893.), a ki szerint tudni kellene azt, hogy ha be is jut a sublimat a szembe, ott ez a homoeopathikus adag hogyan érvényesül? Ha csak a derivativ hatásra számítunk, akkor ennek elérésére egyszerűbb eljárást is találhatunk.

Peunow arra a conclusióra jut (1893), hogy a subconjunctivalis injectiók jó hatásának az az oka, hogy a sublimat resorbeáltatik, másodszor pedig a nagy reactio következtében növelik az anyagcserét.

Sgrosso és Scalinci (1893) zinkchlorürrel mutatták ki a sublimatot a subconjunctivalis injectio után a szem belsejében és pedig a szarúhártyában és a csarnokvízben 3 óra mulva (nyomokban), 24 óra elteltéig mind több és több volt kimutatható; 3 nap alatt eltünt az utolsó nyom is. A chorioideában, retinában és az üvegtestben is találtak sublimatot, míg legkevesebbet mutathattak ki a sclerában.

Bach és Gürber (1894) kutattak a sublimat után, a kisérletileg előre bevitt sublimatból $^1/_{200}$ mgr.-nyi mennyiséget még ki tudtak mutatni, subconj. subl. injectio után azonban még ezzel az érzékeny próbával sem találtak sublimatot.

Mutermilch 1894-ben felveszi, hogy a befecskendett folyadéknak $^1/_3$-ad része hatol be a szembe, ez $^1/_{60}$-ad mgr.-nyi mennyiség, vagyis 0·00017 gr. Ezt a kis mennyiséget a szem térfogatához viszonyitja s igy kimutatja, hogy a szembe jutó sublimat úgy aránylik a teke térfogatához, mint 1 : 400,000-hez. E tényben leli magyarázatát az a körülmény, hogy az injectióknak antiseptikus hatása egyáltalán nincsen; myopiánál pedig úgyis a kapcsolatos nyugalom hat.

Deutschmann (1894) szerint a luesnek a szem bármely részén jelentkező alakja a legalkalmasabb a sublimatinjectiókkal való kezelésre.

(Folytatása következik.)

TÁRCZA.

A nyilvános ingyenes rendelések szabályozásáról.

A budapesti orvosok szövetségének választmánya a szövetség február 22-dikén tartott havi szakülésére e tárgyban a következő javaslatot terjesztette be:

Tisztelt szövetség! Kétséget nem szenved, hogy a nyilvános rendelő intézetek bizonyos előfeltételek mellett a humanismust szolgálhatják és hogy bizonyos körülmények között ebből folyólag némi szükségletnek is megfelelhetnek. De ép oly bizonyos az is, hogy ezen intézmények működése körül, saját belső szervezésükben, úgy a segélyt keresőkre kifelé, mint közvetve az összes fővárosi orvosgyakorlatra kiható olyan visszásságok állhatnak elő, a melyek, ha egyszer az intézet működésének humanistikus becsét jelentékenyen csökkenteni képesek, más túlhajtott esetekben azt egyenesen csak üres ürügygyé sülyesztik.

Nézetünk szerint tehát a fővárosban létező és esetleg még létesíteni szándékolt rendelő intézetek tekintetében az a két fő szempont kell, hogy legyen az irányadó:

1. Hogy azok csakugyan a szükségnek feleljenek meg.

2. Hogy alapszervezetükben és működésük kellő ellenőrizésében legyen megadva a biztosítéka annak, hogy a fent említett visszásságok elkerültessenek.

Az 1876. évi XIV. t.-cz II. rész 1. fejezetének 13. és következő §§-ai alapján a törvényhatóság fontos és nem kevésbbé terhes feladata a hatósága területén lévő szegény betegeiről gondoskodni. E feladatnak a hatóság nagy áldozattal hatósági orvosai által, valamint kórházai és egyéb irányú jótékony intézetei által felel meg.

A szegény járó betegek előre megállapított időben és helyen a kerületi orvosok ingyenes rendeléseinél orvosi tanácscsal, nélkülözést szenvedők még ingyenes gyógyszerrel, kötszerrel, sőt esetleg anyagi segélylyel is láttatnak el. Körülbelül ugyanilyen ellátásban részesülnek a szegény járó betegek majdnem kivétel nélkül valamennyi egyetemi kórodán, valamint számos felekezeti intézetben. A fekvő betegek pedig a főváros kórházaiban nyernek elhelyezést és teljes gondozást.

Ilyen nemes és jótékonyczélú nyilvános és magánintézetek teljes méltánylást érdemelnek; és a mig e czélnak és a szükségnek megfelelnek, addig kellő támogatásuk a hatóságnak jól felfogott érdeke is.

Egészen más szempont alá és ennélfogva jelentékenyen eltérő elbirálás alá esnek a főváros területén mindinkább szaporodó nyilvános ambulatoriumok és rendelő intézetek, a hol csak járó betegek nyernek tanácsot. Még pedig *állitólag fizetni képtelen*, azaz *szegény betegek*, a hol tehát ezekkel szemben a kitüzött czél első sorban és kiválóan humanistikus volna.

Ha utalással valamennyi kórháznak, az egyetemi kórodák és felekezeti intézetek ingyenes rendeléseire, már önmagában is jogos kételyünk támadhat az iránt, hogy vajjon mindezen ingyenes rendelések nem képesek-e kellően ellátni a szegény sorsú járó betegeket, hogy van-e a fővárosban fizetni nem képes járó beteg, a ki e felsorolt ingyenes rendelések bármelyikében kellően el nem láttatnék, ezzel együtt természetszerüen az a második kérdés is vetődik felsziure, hogy van-e egyáltalán szüksége a fővárosnak, megbizható orvosszolgálata szempontjából újabb ilyen rendelő intézetek felállítására, hogy ilyen újabb rendelő intézetek csakugyan valamely szükségletet pótolni lehetnek-e hivatva?

E kérdésre a válasz vajmi könnyü. Bátran kimondható, hogy az ingyenes rendelést igénylőknek és az ingyenes rende-

lések *számszerinti* aránya már ez idő szerint annyira egyenlő, hogy e tekintetben szükségletről határozottan szó nem lehet.

Kissé eltérő eredményre jutunk, ha a szegény lakosságnak és az ingyenes rendeléseknek *topographikus* elhelyezését veszszük összehasonlítás alapjául, a melyből kiderül, hogy a nyilvános rendelő intézetek a szegény lakosság érdekében hangoztatott humanistikus irányuk és céljuk daczára nem mindig oly városrészekben állíttatnak fel, a hol az a legszegényebb nép lakik, mely első sorban van ingyenes rendelésekre utalva. Igy pl. a VIII. kerületnek 3 városi, 5 egyetemi, 2 egyleti kórházán kivül (hol naponta tartatnak rendelések) több más rendelő intézete is van, holott sok más kerületnek egy intézete sincs.

Ha ilyen rendelő intézetek jogosultságukat némi látszólagos szükséglettel akarják indokolni és működésükkel e szükségletnek kivánnak öszintén és igazán megfelelni, akkor nézetünk szerint a jövöben minden esetre szem előtt volna tartandó az, hogy ilyen nyilvános rendelő intézetek, a mennyire lehet a fővárosnak területén *egyenletes elosztásban* helyeztessenek el; még pedig külön tekintetbe vételével azon városrészeknek, a melyekben csakugyan a szegényebb sorsú nép tömegesen lakik és a hol ennélfogva *humanistikus* céljuknak jobban meg is felelhetnek.

Eltekintve attól, hogy a nyilvános rendelő intézeteknek ilyen, a hatóság által eleve kijelölt egyenletesebb beosztása és elhelyezése a főváros orvosszolgálati érdekének is inkább megfelelne, ezzel együtt megszünnének egyszersmind azok a visszásságok is, a melyek a rendelő intézetek kisebb területre való zsúfolása mellett elkerülhetlenül beálló, még pedig nem mindig egészséges jellegü konkurrentiának természetes és szükségképeni következményei.

Áttérve ennek kapcsán arra, hogy ezen intézetek szervezetében gyökeredző vagy működésükben nyilvánuló egyéb visszásságok elkerültessenek, és különös tekintettel arra, hogy ezen intézetek nem állanak folytonosan közvetlen hatósági felügyelet alatt, szükségesnek tartanók, hogy *az általok hangoztatott* nemes céljuknak csakugyan megfeleljenek és ettől semmi módon és semmi ürügy alatt el ne térjenek.

Az általok kitüzött humanus czélt, az *ingyenes rendelést* kellően biztositottnak pedig csak úgy találjuk, ha ottan bármi czímü adakozás, gyüjtés, *perselyezés* stb. már előzetesen el van tiltva.

Egy további visszásság abból növi ki magát, hogy az ilyen rendelő intézeteknek *be nem vallott*, de a rendelők előtt nem kevésbbé fontos, ha nem fontosabb czélja a *didacticus*. A tapasztalat azt mutatja, hogy a fiatal egyetemi hallgatók ezen rendelő intézetekben gyakorlati ismeretek és kézi ügyesség szerzésére bő alkalmat és anyagot találnak. A rendelésre hatósági engedélyt nyert orvos egy rövid órán belül elég időt talál nemcsak arra, hogy egy-egy érdekesebb betege felett hallgatói előtt előadást tartson, hanem arra is, hogy azonfelül az ingyenrendelésre várakozók nagy számának rendeljen is. Minthogy pedig elég gyakran az egész óra az előadással telik el, nem ritkán esik meg, hogy a rendelésre hatósági engedélyt nyert orvos helyett „assistens“ czímen valamelyik fiatalabb kartárs végezi a rendelést, a kiről az engedélyező hatóságnak saját lakossága egészségügyi érdekében még az a megnyugvása sincs, hogy az a fiatalabb kartárs csakugyan okleveles és hogy mint ilyen egy nyilvános rendelő intézetben önálló működésre elkerülhetetlenül szükséges ugyanazon előfeltétellel rendelkezik-e, mely előfeltétel nélkül orvosgyakorlatot a főváros területén egyáltalán nem üzhet.

Megtörténik pedig, ennek folytán, hogy a kik a betegek közül nem az assistensnek, hanem magának a rendelő orvosnak rendelését óhajtják, hogy azok csakugyan magához a rendelő orvoshoz — de a magánlakásra, *tehát nem ingyenes rendelésre* — utasíttatnak. A rendelő intézetek beléletének ezen viszonyai határozottan igazságtalan előnyt biztositanak a rendelő orvosoknak a többi fővárosi gyakorló orvosok nehezebb küzdelmével szemben és csak azt bizonyítják, hogy egy nyiltan bevallott humanismus *helytelen gyakorlat* mellett indirecte egyesek egyéni érdekeit szolgálja és hogy ezen következményében hatósági támogatásra határozottan nem érdemes.

Mindezek alapján és azon nézetből indulva ki, hogy a székesfővárosi orvosi gyakorlat terén nyilvánuló bajokban nagy szerep illeti meg ama nyilvános rendelő intézeteket, melyek betegeknek válogatás nélkül ingyen rendelnek, s a melyeknek czélja csak az lehet, hogy a fővárosnak tényleg *szegény betegei* minél könnyebben jussanak *ingyenes*, egyúttal *megbizható szakszerü orvosi segélyhez*, a következő javaslatot van szerencsénk elfogadásra ajánlani:

1. A nyilvános ingyenes rendelő intézetekben (a *klinikák*, kórházak, poliklinikák stb.-ben) csakis *„járó szegény betegek“* nyerhetnek orvosi segélyt, a mely körülményt úgy az intézetek czímtábláján, mint helyiségeiben és nyomtatványain világosan meg kell jelölni.

2. *Nem szegény betegek* csak abban az első segélyben részesülhetnek, melyre a törvény kötelez.

3. Olyan betegeknél, a kiknek szegénysége *kétes*, a rendelés egyedül a haladékot nem türő első orvosi segélyre szorítkozzék; a további rendelésben csak úgy részesülhet, ha a szegénységét *megbizható* módon (hatósági vagy egyéb igazolvány, orvosi ajánlat stb.) igazolja.

4. A nyilvános ingyenes rendeléseken a *perselyezésnek* helye nincs, mert az ellentmond az *ingyenes* és *szegény rendelés* fogalmának, visszaélésekre alkalmat ad és a közönségben azt a hitet kelti, mintha az orvost díjazta volna és ebből a gyógyitásra jogigényt támaszthat.

5. Minthogy tehát mindezen intézetekben csakis *szegény* betegeknek és csakis *ingyen* rendelhetnek, az intézet orvosai az oda járó betegektől semmi czímen sem követelhetnek vagy fogadtathatnak el honorariumat, szolgálataikat nem kinálhatják és mások által sem kinálhatják fel.

6. A nyilvános hatóságilag engedélyt nyert rendelő orvos tartozik a bejelentett és megállapitott napon és órában személyesen rendelni, erről pontos jegyzéket vezetni; az ágyban való kezelést igénylőket, valamint a netalán elutasitottakat külön rovatban kimutatni és a rendelésből kikerült minden vényt személyesen aláirni.

7. A mennyiben a nyilvános rendelések humanistikus czélok mellett tanitási czélokra is szolgálnak, a rendelés — megbizhatóság és a gyógyitás szakszerüsége czéljából — a rendszeres előadások idejével nem eshetik össze.

Az ily ingyenes rendelésekben a rendelő orvost csakis a hatóságnál bejelentett orvos helyettesitheti.

8. E határozatokat a nyilvános rendelő intézetek várohelyiségeiben kell kifüggesztani.

E javaslatot a havi szakülés beható eszmecsere után a fentjelölt szövegezésben elfogadván, az az évnegyedi közgyülésre fog beterjesztetni, a melyen azon módok iránt is javaslatot nyujt be a választmány, a melyekkel a szövetség e megállapodásainak lehetőleg érvényt lehet szerezni.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Than Károly: **A kisérleti chemia elemei.** I. kötet 2-dik könyv. Az elemi testek leirása. Budapest, 1898. A magyar tudom. Akadémia könyvkiadó hivatala bizománya.

Néhány nap mulva megjelenik Than Károly föntebbi czímü munkájának második könyve, melylyel e munkának első kötete be van fejezve. A mult évben már megjelent első könyv az általános chemiát tartalmazta, melyet részletesebben mult évi 4. számunkban ismertettünk és itt csak a teljesség kedvéért röviden ismételjük annak főbb tartalmát. Ez első könyv a bevezetés után a chemiában is fontosabb physikai alapfogalmakat ismerteti és az általános energiákat kiváló részletességgel, világosan és érthetőleg fejtegeti. Az első rész *a testek chemiai szerkezetének alaptörvényeit*, tanulságos és nagyobbrészt eredeti kisérletek alapján, tapasztalati úton vezeti le. Ezzel kapcsolatban az atomhypothesis, az elegyek, az alkatrész fogalma, az egyenérték és vegyérték tétele, a gyökök chemiai jelleme, a vegyületek szerkezete és végül a chemia systematikája vannak kifejtve. A kezdőre való tekintettel, e fejezetek mind érthető modorban, de az eddigi könyvektől eltérőleg részletesebben és szabatosabban vannak megirva.

Az első könyv második része *a testek chemiai átváltozásainak törvényeivel* foglalkozik. Előbb a chemiai átváltozások egyes alakjait és az átváltozás tapasztalati szabályait megismertetvén; áttér a thermochemiára és annak alkalmazására. Ezután az elektrochemiában föképen az elektrolysis egyszerűbb törvényeit fejti ki. A chemiai mechanika elemei czímen behatóan és világosan tárgyalja az általános chemia újabb vívmányait, ú. m. a tömeghatás törvényét, a reactiók teljességének feltételeit és a vegyületek reactióképességét. A következő fejezet a tömeghatás törvényének elméleti megokolásával foglalkozik: ez alapon megállapítja, modern értelemben véve, a chemia rokonság fogalmát. Végül a chemia történetének rövid vázlata és a chemiai szakirodalom áttekintése fejezik be az első könyvet.

A munka ez általános része a tudomány újabb haladásának szellemében van tartva; a fontosabb új vívmányok ismertetésén kivül föképen azon törvényeket és fogalmakat tárgyalja, melyek a részletes chemia megértéséhez és áttekintéséhez szükségesek. Szerző különösen ezeknek világos és szabatos megértetésére törekedett, hogy ekként a részletes chemia tényei fölött az áttekintést az emlékezet túlterhelése nélkül megkönnyítse.

A most megjelenő második könyv, mint az általános chemia kiegészítő része „*az elemi testek leirásával*“ foglalkozik és a tartalomjegyzékkel együtt mintegy 26 ívre terjed.

A bevezetésben szerző az elemi testeket chemiai sajátságaik hasonlatossága alapján két nagy részre, a *fémekre* és a *nemfémekre* választja szét. E két részen belül az összes elemeket öt nagyobb osztályra és huszonkét kisebb csoportra osztja be. Függelékképen az ismeretlen jellemű két új elem, a helium és az argon, az utóbbiról elnevezett 23-dik csoportba van állítva.

A beosztás a mellékelt táblából tekinthető át, melyben az osztályok és az egyes csoportok elnevezése is elő van tüntetve. A csoportok elnevezése az illető csoport legfontosabb tagjának nevétől van kölcsönözve:

A positiv elemi gyökök vagy fémek.

Első osztály: A valódi fémek.

1. Hydrogen	H					
2. Kalium-csoport	K	Rb	Cs	(H_4N)	Tl	
3. Natrium-csoport	Li	Na				
4. Calcium-csoport	Ca	Sr	Ba	Pb		
5. Zink-csoport	Be	Mg	Zn	Cd		
6. Yttrium-csoport	Sc	Y	La			
7. Aluminium-csoport	Al	Ga	In			
8. Cerium-csoport	Ce	Th				

Második osztály: A platinoid-fémek.

9. Vas-csoport	Cr	Mn	Fe			
10. Kobalt-csoport	Co	Ni				
11. Réz-csoport	Cu	Hg				
12. Ezüst-csoport	Ag	Au				
13. Platina-csoport	Pt	Pd	Ir	Rh	Os	Ru

A negativ elemi gyökök vagy nem-fémek.

Harmadik osztály: Az oxygenoidok.

14. Chlor-csoport	Fl	Cl	Br	J
15. Oxygen-csoport	O	S	Se	Te

Negyedik osztály: A metalloidok.

16. Molybdaen-csoport	Mo	W	U		
17. Nitrogen-csoport	N	P	As	Sb	Bi
18. Vanadium-csoport	V	Nb	Ta		
19. Silicium-csoport	Si	Ge	Sn		
20. Tisanium-csoport	Ti	Zr			
21. Bór	B				

Ötödik osztály: A szén.

22. Szén	C

Ismeretlen jellemű elemek.

23. Argon-csoport	He	A

Az elemek e beosztása röviden következőkép jellemezhető:

Az első osztályba tartoznak a chemiai értelemben vett *valódi fémek*, ezek mint elemi gyökök legnagyobbrészt állandó vegyértékűek és határozottan positiv jelleműek, tehát oxydjaik és hydroxydjaik bázisok; a sókban csaknem mindig mint positiv fémgyökök szerepelnek. Vegyületeik többnyire színtelenek.

A második osztályba összefoglalt *platinoid-fémek* vegyületeikben változó vegyértékűek; kisebb vegyértékű alakjaikban mint positiv fémgyökök szerepelnek, míg nagyobb vegyértékű alakjukban inkább a (halogen-) sók savmaradékában fordulnak elő és így átmenetet képeznek a metalloidok osztályához. Vegyületeik többnyire színesek.

A harmadik osztályba tartozó *oxygenoidok* a legnegativabb elemi gyökök, a mennyiben kisebb vegyértékű alakjukban (mint haloidok és amphidok) csaknem minden só savmaradékának ez elemi alkatrészek kölcsönzik a határozottan negativ jellemet.

A negyedik osztályban felsorolt elemi gyökök nagyobbrészt változó vegyértékűek. Az oxygenoidokkal vegyülve, kivált nagyobb vegyértékű alakjaikban, mindig a savmaradékok alkatrészei, de kevésbbé határozottan negativ jelleműek, mint az előbbi osztály tagjai. A nagy atomsúlyú tagok kisebb vegyértékű alakjukkal a sókban mint fémek is szerepelhetnek, pl. az U, Bi és Sn. Ez osztály elemeit röviden *metalloidoknak* hivjuk. Ezekhez sorolhatjuk jellemük alapján az oxygenoidoknak nagyobb vegyértékű alakjait is.

Az ötödik osztályban a *szén* egymaga van. Ez állandón négy vegyértékű elem, mint fémes gyök soha sem szerepel és savmaradékot föképen csak az oxygenoidokkal egyesülve alkot, ennélfogva metalloid. A többi metalloidtól azonban abban különbözik, hogy atomjai nagy számban önmagukkal egyesülhetnek, és az így képződött szénatom-csoportok vegyértékei a hydrogennel, az oxygenoidokkal, a nitrogennel stb. nagy változatosságban egyesülhetnek. Ez az oka, hogy a szén vegyületei igen nagy számúak, miért is a tanítás szempontjából czélszerű a szenet a többi elemektől elkülöníteni és vegyületeit összefüggőleg külön tárgyalni.

Az újabban felfedezett heliumnak és argonnak eddigelé egyetlen vegyületét sem sikerült előállítani; e miatt öket mint *ismeretlen jellemű elemeket* a többi elemek közé egyelőre nem oszthatjuk be.

Az elemek ez összeállításában, *az ugyanazon csoportba foglalt elemi gyökök jelleme hasonló, vegyértékük és annak esetleges változása megegyező*, ezért a tanulás czéljainak megfelelő.

A bevezetés végén szerző a fontosabb elemek előfordulását a természetben áttekinthető módon ismerteti.

Az elemek fentebbi beosztásának megfelelőleg a második könyv két nagy részre oszlik; az első rész a fémek leirását, a második rész a nem-fémekét tartalmazza.

Az első rész kezdetét a fémek fontosabb közös physikai és chemiai sajátságainak áttekintése képezi. Ezt követi a fémek elektrochemiai jellemének elmélete, egy ívnyi terjedelemben. E czikkben az úgynevezett folyadékelemek, a concentratio-elemek és a Volta-féle elemek osmosis-elmélete van kifejtve, az új Nernst-féle levezetés alapján. Ezzel kapcsolatban tudományos szigorúsággal ismerteti a fémek absolut potentiáját és úgynevezett elektrolytos oldási feszülését. Ez értékek manapság nagy fontosságúak, mert ezek a fémek chemiai rokonságának szigorú mértékei. Végül a fémek ionosodáshőjének levezetése zárja be e czikk tartalmát.

Az egyes elemek leirása az öt osztályba és 23 csoportba beosztva, olyan sorrendben következik, mint a fentebbi táblán látható, úgy hogy az egyes csoportokban előforduló elemek leirása egymás mellé jut. Az egyes osztályok elején az osztály elemeinek közös sajátsága kissé részletesebben van körvonalozva. A tárgy ilyen beosztásának czélszerűsége kiderül a 482-dik lap következő soraiból. „Ilyen módon nemcsak a leghasonlóbb elemi testek, hanem e sorrend alapján a vegyületek részletes ismertetésekor is (a II. kötetben) a leghasonlóbb elemek és vegyületek kerülnek egymás mellé és így az emlékezet túlterhelése nélkül világosan ismerhetjük fel az elemek és a vegyületek sokaságában a hasonlóságot és különféleséget. A fontosabb testeket behatóbban, a kevésbbé fontosakat csak röviden tárgyaljuk.“

A fontosabb elemek leirásakor szerző nagy gondot fordít az elemi test *physikai* és *chemiai sajátságaira*, ezzel kapcsolatban megismerteti *előállításukat*, analytikai *meghatározásuk* módját.

Tekintettel van a természetben való *előfordulásra*. Végül néhány szóval az elemre vonatkozó ismereteink fejlődésének *történetét* vázolja. A gyakorlatilag fontos elemeknél azoknak közönségesebb *alkalmazásait* is megemlíti.

Nagy gondot fordított szerző a gyógyszerkönyvben foglalt testek előállítására, azok szenyezéseinek kimutatására, esetleg tartalmuk meghatározásának módjára. E rész kiváló érdekű az orvosra és gyógyszerészre nézve. (Folytatása következik.)

II. Lapszemle.

A creosotal-ról előadást tartott a Charité orvosok társulatában Jacob Pál főorvos, mely szerint a Charité poliklinikáján Berlinben creosotallal kezelt 60 phthisikusnál a legjobb eredményeket constatálták. Majdnem minden esetben javult az étvágy és a testsúly, valamint a közérzet is. Éjjeli izzadások s a láz rövid idő mulva megszüntek, a kiköpés kevesbedett. Az adagolás napjában háromszor 5 csepp, naponként 3 cseppel emelkedve háromszor 25 cseppig. Ezen adagnál maradunk 1—4 hétig; azután háromszor 10 cseppig visszamegyünk és ismét emeljük az adagot háromszor 25 cseppig. Gyermekeknél, hol három esetben kitünő sikere volt, naponta háromszor 1 csepp adatik 6 napon át, később emeljük azt háromszor 10 cseppig. A phthisikusok hasmenései creosotal által kedvezően befolyásoltatnak és ezek a creosotal alkalmazása alatt soha sem szoktak beállni; valamint más bajoknál, pl. typhusnál is ajánltatik a creosotal, miután az egyszersmind kitünő desinficiens és az egész bélcsatornát gyökeresen kitisztítja. (Berliner klinische Wochenschr. 1897. 49 sz.)

A vizeletrekedés gyógyítása prostata-túltengés esetében. Englisch irodalmi munkálkodásával, mint a jelen esetben is, leginkább a gyakorlat terén mozog. Hasznos útmutatást ad a gyakorló orvosnak arra nézve, hogy mit tegyen, ha prostata-túltengésben vizeletrekedés köszönt be. Az öregek e súlyos baja ellen a legjobb módszer a puha, vagy többé-kevésbbé rugalmas catheterrel történő lecsapolás. A lecsapolással utat nyitunk a húgyhólyagban felhalmozódott vizeletnek, s így mesterséges módon ürítjük ki a vizeletet. A szegény prostatikusok állapota csak azóta türhető, a mióta ily enyhe módon járunk el s a mióta elvetettük a nagy görbületü, durva fémműszereket. A lecsapolással azonban ennek daczára óvatosan kell eljárnunk, mert a műszerrel izgatjuk a húgyutakat s ha nem ügyelünk a tisztaságra, könnyen fertőzésre adhatunk alkalmat, midőn részint mechanikus, részint bakteriumos gyuladás támadhat a húgycsőben és a húgyhólyagban. Hogy mit jelent a prostatikusnál beálló urethritis és cystitis, azt csak az tudhatja, kinek alkalma volt e kínos betegséggel bajlódni. Urethritisnél a catheter bevezetése igen fájdalmas s így nem csoda, ha a beteg lehetőleg elodázza a lecsapolást, mi természetesen a pangó s bomló vizelet miatt még inkább súlyosbítja a bajt. Cystitisnél pedig a szapora s minduntalan beálló fájdalmas inger gyakori csapolásra ösztönöz, mi ismét az ismétlődő mechanikus beavatkozás miatt ártalmas. Míg tehát egyrészt a lecsapolással megmenthetjük a beteget, addig másrészről arra kell törekednünk, hogy a csapolással járó irritatiót és fertőzést elkerüljük. Nagyon fontos dolog, hogy a nagyon telt hólyagot ne ürítsük ki hirtelen. Legjobb eljárást követünk, ha nem bocsátunk le több vizeletet 200—250 gm.-nál. Az így lebocsátott két deciliter húgy helyett pedig fecskendezzünk be egy deciliter bórsavas oldatot. Azután ismét lebocsáthatunk 2—3 deciliter vizeletet, mely után hasonló módon, mint az előbb, ismét bórvizet fecskendezünk be s e manipulatióval így járván el, megakadályozzuk a vérzést, mely rendesen beáll, ha a hólyag a nagy nyomástól hirtelen megszabadul, mely azután azért is igen veszedelmes, mert a vérerek repedésein át húgymérgezés támadhat, mely nagy lázzal jár s halállal végződhetik. Ha e szabályt tehát megtartjuk s a vizeletet ily módon lassan bocsátjuk le, nem fenyegeti a beteget semminemü veszély. Vannak azonban esetek, hogy cathetert nem lehet könnyen bevezetni, midőn attól tarthatunk, hogy a következő csapolás nem fog sikerülni, ez esetekben czélszerü a puha cathetert állandósítani, azaz 2—3 napra bennhagyni, mely idő alatt a húgyszervek megnyugosznak, mire azután a lecsapolás márkönnyebben végezhető. Sőt vannak kétségbeejtő esetek, hogy a cathetert 2—3 hétig is benn lehet hagynunk, ha a húgycsövet és a hólyagot rendszeresen mosogatjuk. A mi a sebészeti beavatkozást illeti, a castratio sokszor enyhiti a súlyos tüneteket. (Wien. Klinik. 1897.) *Novotny* dr.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1898. február 24.

Korányi tanár levele az Orvosi Hetilap szerkesztőségéhez. Tisztelt szerkesztőség! A budapesti kir. orvosegyesületben f. é. február 12-dikén a tüdővészről tartott eszmecsere alkalmából — a melyen jelen lenni akadályozva voltam — Farkas Jenő dr. úr egyebek közt felhozta, hogy az angolországi tüdővész-sanatoriumoknak általa 1200-zal felemlített ágyszámát én 7000-re javítottam ki.

Ezt tényleg mondtam és habár nem a ma rendelkezésre álló ágyak számára fektetem a fősúlyt, hanem arra, hogy ma már kivétel nélkül mindenütt, a hol a tüdővész elleni védekezés ügyével foglalkoznak, a tüdővészesek számára külön felállítandó gyógyintézetekre és azok tovább fejlesztésére helyezik a fősúlyt, mégis, hogy ne úgy látszassék, mintha alap nélkül ötletszerüen hoztam volna fel a 7000 számot, a nagy számú munkák közül, a melyekben ezen szám szerepel, ide iktatom *F. Penzoldt* „Die Behandlung der Tuberculose, Handbuch d. Therapie innerer Krankheiten“ 1897-ben megjelent 2-dik kiadásából a következő szavakat:

„England ist in dieser Beziehung schon lange allen übrigen Nationen voraus. Dort sind circa 18 eigene Hospitäler *zur Aufnahme von bis 7000* unbemittelten Lungentuberculösen bereit.“ Midőn jelen soraim felvételét kérném, maradok kiváló tisztelettel *Korányi Frigyes.*

A pestis Indiában — mint az angol lapok irják — az utóbbi hónapokban ismét gonoszabb jelleget öltött. Bombayban a február 3-ával végződött héten 927 pestis-haláleset fordult elő, azóta pedig még fokozódott a szám, a mennyiben naponként átlag 200 ember pusztul el pestis folytán. Pornában csökkent a járvány; előbb 80 ember halt meg naponként, most már csak 15. Az egyes vidéken a lakosok még mindig nagy ellentállást fejtenek ki az egészségügyi intézkedésekkel szemben. *Haffkine* védoltásai mindinkább terjednek; 8142 védoltott közül Bombayban csak 18 betegedett meg és 2 halt el. Védoltó módszerének hatásosságát Haffkine következőleg demonstrálta: egy Európából érkezett hajón 20 patkányt összefogatott és ezek közül 10-et védoltott, 10-et nem; azután mind a 20 patkányt egy szekrénybe zárva, hozzájuk egy pestisben szenvedő patkányt bocsátott; az eredmény az lett, hogy a nem oltott 10 patkány egy híján mind megkapta a pestist, a védoltottak közül pedig csak egy.

A főváros egészsége. *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1898. február 6-dikától 1898. február 12-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 423 gyermek elhalt 270 személy, a születések tehát 153 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup 1, roncsoló toroklob 5, hökhurut 1, kanyaró —, vörheny 2, himlő —, typhus abdominalis 6, gyermekágyi láz 1, influenza —, egyéb ragályos betegségek 1, agykérlob 21, agyvérömleny 4, rángások 9, szervi szívbaj 22, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 48, tüdőgümő és sorvadás 55, bélhurut és béllob 15, carcinomata et neoplasmata alia 20, méhrák 5, Bright-kór és veselob 4, angolkór —, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 14, aszkór, aszály és sorvadás 1, aggkór 12, erőszakos haláleset 13. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2466 beteg, szaporodás 739, csökkenés 776, maradt e hét végén ápolás alatt 2429. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1898. február 12-dikétől február 19-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 18 (meghalt 4), himlőben 1 (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 17 (meghalt —), vörhenyben 16 (meghalt 2), kanyaróban 49 (meghalt —), roncsoló toroklobban és torokgyíkban 18 (meghalt 4), trachomában 12, vérhasban 1 (meghalt —), hökhurutban 8 (meghalt —), orbánczban 11 (meghalt 1), gyermekágyi lázban 1 (meghalt —).

○ **A tiszti orvosi vizsgákra** előkészítő tanfolyam Kolozsvárt április 12-dikén kezdődik. Bővebb felvilágositást nyujt *Jakabházy Zsigmond* dr. gyógyszertani tanársegéd Kolozsvárt.

— **Kitüntetés.** *Mann Jakab* dr. a szegedi bábaképző-iskola igazgatójának e téren kifejtett érdemei elismeréseül Ő Felsége a kir. tanácsosi czímet adományozta.

† **Elhunytak:** *Leukart Rudolf*, a lipcsei egyetemen az állattan hírneves tanára f. hó 6-dikán 75 éves korában. Legnagyobb hírnek örvendenek a belférgekre, különösen a trichinák és hólyagférgekre vonatkozó kutatásai. — *Feuer Dávid* dr. fővárosi gyakorló orvos 72 éves korában. Az elhunyt fiatalabb éveiben buzgó érdeklődéssel viseltetett minden honi tudományos orvosi mozgalom iránt. Benne *Irsai* tnr. elhunyt édesatyját gyászolja.

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.

Téli kúra rheumatikus bajok, köszvény, ischias stb. ellen **a Szt. Lukács-fürdőben Budapest.** A szállodák és fürdők egy épülettömböt képeznek. *Minden helyiség jól fütve van. Meghülés kizárva.* **Kénes iszapfürdő.** Külön fürdők. Douche-massage stb. Felvonó a vizben. Lift. *Lakás és teljes ellátás hetenként (közepes ár 25 frt).* Prospectust küld az igazgatóság.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület (VII. rendes ülés 1898. február hó 19-dikén) 107. l. — Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete (VI. rendes ülés 1897 november 11-dikén) 108. l. — Közkórházi orvostársulat (II. bemutató szakülés 1898. január 26-dikán) 110. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 111. l.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(VII. rendes ülés 1898. évi február hó 19-dikén.)

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

Kétoldali papillo-retinitis haemorrhagica 19 hónapos gyermeknél.

Weisz Gyula: Egy 19 hónapos, nyomorúságos viszonyok között élő gyermeket mutat be, ki korához képest satnya fejlettségű, gyengén táplált, kissé vérszegény és rhachitikus. Három testvérje közül egyedül él. Előzetes bajára nézve gondozója vajmi kevés adattal szolgálhat, sőt azon állítása is, hogy 3—4 hó előtt szamárhurutban szenvedett, nem egészen megbizható. F. hó 9-dikén a gyermeknél, állitólag minden előzetes betegségi jel nélkül eclampsiák léptek fel, melyek két napon át állottak fenn. Azóta veszi észre, hogy a gyermek nem lát. A szemeken a következő lelet található: Mindkét szem állandóan jobbra néz, feltünő főkép a jobb szem divergáló kancsalsága. A pupillák tágak fényre sem directe, sem synergice nem reagálnak, fénytörő közegek tiszták. A papillák nagy mértékben duzzadtak, az egész retina duzzadt, borús, tele van szórva kisebb-nagyobb vértócsákkal. Az edények, küllönösen a venák erősen teltek, kacskaringósak és mint feltünő kötegek vonulnak végig a duzzadt reczehártyában. A papillo-retinitis haemorrhagica kórképe mindkét oldalon ki van fejezve, de a jobboldalon sokkal nagyobb mértékben. A gyermek tényleg semmit nem lát, az elébe tartott fénylő tárgy vagy gyertya nem alterálja és ha váltakozva egyik vagy másik szemét fogjuk be, ezen körülmény sem indítja sirásra, mi bekövetkeznék, ha valamelyik szemével csak keveset is látna.

Sajátszerű ezen esetben azon körülmény, hogy a somatikus vizsgálat a szembántalom kellő megvilágosításához ez időszerint semminemü adatot nem szolgáltat. A koponya rendes alkotása, a környi beidegzés normalis volta, a gyermek — mondhatni — vidám kedélyállapota egy jelenlevő központi megbetegedés felvételét nem igazolja, a catheterrel vett vizeletben idegen alkatrészeket találni nem lehetett. Ez esetben talán a szemtükri lelet fog irányadóul szolgálni a belgyógyászati észlelést illetőleg, sőt valószinünek tartja, hogy a constatált papillo-retinitis egy még a prodromalis időszakban álló encephalitikus folyamat előtünete lehet.

A szemfenéki elváltozások a meningealis és központi bajok kórismejénél elsőrendű szerepet játszanak. Kivált az érhártya tuberculumainak constatálása biztositja teljesen a diagnosist, bár annak hiánya nem szól a meningitis b. tuberculosa ellen. *Heinzel* meningitis tub. basilaris 31 esetében egyszer sem talált chorioidealis tuberculumot sem az életben, sem a halál után, de igenis talált 15-ször neuroretinitist és pangási papillát, mely valószinüleg a hydrocephalikus agygyomrocskák nyomásából származott. *Albutt* 38 bonczolt esetnél csak hatszor talált papillo-retinitist és 23-szor csekély elváltozást, mely a reczehártya vérbőségére szoritkozott. *Leber* azon véleményen van, hogy az acut meningealis esetekben a papillo-retinitis igen ritka. *Sieffert* észlelt egy esetet, hol chorioidealis tuberculum kétoldali neuritis opticával combinálva volt.

Az esetet azon körülmény teszi érdekessé, hogy a gyermekkorban úgyis ritka kétoldali papillo-retinitis kórképe mellett sem környi, sem centralis kórjeleket találni nem lehet és egyedül a szemtükri lelet tesz bennünket a még lappangó centralis bajra figyelmessé.

A tabeses elfajulás localisatiójáról és lényegéről.

Schaffer Károly: Előadó mindenekelőtt kiemeli, hogy a tabes úgy klinikai, mint kórszövettani szempontból az *egész* idegrendszer bántalma. Mindazonáltal a gerinczvelőben fejlődnek ki a tabes legállandóbb elváltozásai, a melyek a legújabb időben boható tanulmány tárgyát képezik. Ezek eredménye, hogy a tabeses hátsókötélbeli elfajulás származását illetőleg új nézet alakult, t. i. az ú. n. *gyöki eredete* a degeneratiónak.

Előadó sorra veszi a tabes gerinczvelői elváltozásainak eredetére vonatkozó nézeteket; a rövid életű *interstitiumos theoria* (Friedreich, Fromman) után a *parenchymás theoria* keletkezett, melynek megalapitója *Leyden*, eredményes fejlesztői *Strümpell* és *Flechsig* voltak. E szerzők szerint a tabesnél a hátsó kötelekbeli *elsődleges rendszerbántalom* szerepel, a mennyiben csak bizonyos területek, rostrendszerek azok, melyek typusosan és elsődlegesen megbetegedve, képezik a hátsó kötélnek tabeses elfajulását. E felfogást *Flechsig* velőfejlődési vizsgálataival hathatósan támogatta. A *Strümpell-Flechsig*-féle nézetet azonban 1892-ben *Marie* támadta meg, helyesen és joggal mondván, hogy *elsődleges* rostbántalom a tudomány jelen állása alapján fel sem vehető, mert hogy bármely rendszer megbetegedjen, ahhoz első sorban az *érző sejteknek* a bántalma, a hátsó kötelek esetén tehát a *ganglion spinale* megbetegedése szükséges. Ide localizálja *Marie* a tabes eredetét. Miután azonban a gangl. spinale sejtjei épeknek találtattak, *Redlich, Obersteiner* és *Nageotte* a hátsó gyökökben keresték a bántalom székhelyét. *Obersteiner* a hátsó gyöknek a gerinczvelőben behatolása helyén keresi a gyökbántalom kiindulási pontját, a hol a hátsó gyökér a piagyűrű részéről jelentékeny befüződést szenved el, a mely helyen a velős hüvely tetemesen elvékonyul, illetve helyenként meg is szünik. Meningealis megvastagodások avagy kötőszöveti zsugorodás e vulnerabilis helyen a gyöknek agyonfojtását s igy másodlagos felhágó elfajulást okozhatnak a hátsó kötelekben. *Nageotte* a hátsó gyökérnek a dura zsákjában való belépése helyén nagyfokú embryonalis sejtekből álló beszürődését mutatta ki; ez a „névrite transverse" N. szerint arra alkalmas, hogy a nyirokhüvelyeket eldugaszolva, táplálati zavart s igy másodlagos felhágó elfajulást okozzon az érző gyökben.

Ezek alapján tehát a tabeses elfajulása a gerinczvelőnek gyöki jellegü bántalom és a tabeses képeknek boható elemzése ki is derítette, hogy ezek *pontosan a hátsó gyököknek a hátsó kötélben történő lefutásához alkalmazkodnak* (Marie, Redlich). A gyökbántalom részben *sommásan*, részben *elective*, túlnyomóan utóbbi mód szerint támadja meg a gyökrostokat. Előadó továbbá *Leyden* és *Jendrássik* hypothesiseit ismertetvén, előbbit pathologiai, utóbbit ép- és kórszövettani ellenmondásaiknál fogva elfogadhatlanoknak nyilvánítja. Befejezésül a *Hoche* által az agydaganatoknál talált optikus, hátságyökbeli associált bántalomra hivatkozik, mint oly szövődésre, mely a tabesnél is gyakran fennáll. És úgy, mikép az agydaganatnál a jelzett combinált bántalmat fokozott agynyomás mint *közös tényező* okozza, ép úgy a tabesnél a *syphilis* szerepel mint *közös ok*, egyrészt az opticus, másrészt a hátsó gyökök megbetegedésénél. A syphilisre vezetendő vissza a hátsó gyököknek beszürődése, mely nyirokpangást okoz; előadó kezdeti tabesnél a gyökök nagyobb ereiben jelentékeny elváltozásokat (az érfalzat megvastagodása, az endothelsejtek mitotikus oszlása) mutathatott ki, mely körülmény határozott táplálati és keringési zavarra vezet.

A nyirokpangás és keringési zavar a gyök duzzadására vezethet, minélfogva ez az Obersteiner-féle resistens piagyürű részéről zsinegelést szenved el. Előadó tehát a tabeses gyökbántalom létrejöttéhez úgy a *Nageotte*, valamint az *Obersteiner* által hangoztatott tényezőknek *együttes* működését szükségesnek tartja: döntő momentumnak tekinti a strangulatiót, mely a hátsó gyök intramedullás elfajulását okozza közvetlenül. Befejezésül hangsúlyozza a gyökbántalom korai szakában való vizsgálatnak szükségességét; miután pedig e czélra a tabeses gyökök alkalmatlanok, mert a betegség hosszas fennállásánál fogva csak a lefolyt folyamat végeredményét, t. i. hegesedést mutatnak, azért is fontosnak tartja a tabeses folyamattal oly bensően rokon paralytikus hátsókötélbeli, illetve gyökbeli folyamatnak, mint *abortiv tabesnek* boható tanulmányozását.

Jendrássik Ernő: Mikor szóló 1886-ban e tárgyról előadását megtartotta, pár dolgot fejtett ki, melyet előadó szerint jóval később mások mondottak ki. De a kérdés fejlődése mutatja, hogy szólónak kiindulása volt helyes. Ott foglaltatik az állítás, hogy a systema-megbetegedés másodlagos megbetegedés. Előadó ezt Marienak tulajdonítja. Hogy az agyban keresendő a tünetek javarészének kútforrása, azt is szóló mondta először, ezt *Raymond*-nak tulajdonítja előadó. És ha nem a legutolsó autorokat citálják csak, akkor szólót is kell idézni.

Szóló emlitett előadásában foglalkozott a hátulsó nyaláb megbetegedésével és azt másodlagos degeneratiónak tudta be szemben a parenchymás vagy interstitialis gyuladással. Az előadó által emlitett újabb vizsgálatból kifolyó eredmények mind megvoltak már akkor. A mit azóta kaptunk, új nevek, de nem új fogalmak. Hogy a ganglion interspinale ép, hogy a hátulsó gyök is beteg, már mindenki tudta, sőt más dolgokat is, melyek azóta többé-kevésbbé philosophiai systemába helyezve új rendszerbe foglaltattak. A kérdés lényege, honnan származik a degeneratio. Új és újabb meggyőződések támadtak, melyeket a legközelebbi autor megsemmisitett. Ilyen volt a *Marie* nézete is és az, hogy a gyökben van az elsődleges elváltozás. Lehet a gyökrostok elfajulását valami külön dolognak tartani? Nem, mert a hátulsó gyök direct folytatása a hátulsó nyalábnak és annak meg kell betegednie folytatásképp. És mivel a cauda equina is beteg, szóló nem hiszi, hogy a strangulatio okozhatná a másodlagos degeneratiót. Nem akar szóló bővebben kiterjeszkedni, de azt kell mondania, hogy első dolgozata óta odajutottunk, hogy általános elismerésben részesült a nézet, hogy a hátulsó nyalábok megváltozása másodlagos. Találtak elváltozásokat az agyvelőben és vannak, kik szóló álláspontjára helyezkednek. Nem lehet eldönteni a tabes kérdését, ha csak a gerinczvelőt nézzük, mert a hátulsó nyaláb csak egy rész, melylyel a tüneteket nem lehet egybefüggésbe hozni. Szóló csak mint véleményét emlitette — mely meglehet, hogy hamis, de meglehet, hogy nem hamis —, hogy a hátulsó gyököknek és nyaláboknak elváltozása, melyet másodlagosnak jelzett, az agyvelő elsődleges megbetegedésének következése, az elfajulás azonban nem direct lefelé terjed, hanem alulról felfelé történik, tehát kezdődik alul és megy felfelé. Hogy hogyan történik ez? Miután e rostok megtörnek a nyúlt velő magjaiban, tehát egy folytonosságban nem történhetik. De a mai litteraturában mind gyakoriabbak a közlemények, hogy agybántalom mellett másodlagos elváltozásokat találunk, a hátulsó nyalábokban is, melyeket előadó úgy magyaráz, hogy nyomásból származnának, de ezt a vizsgálatok nem bizonyítják.

Minden esetre van itt egy nagy kérdés. A tabes kérdése ma is úgy áll, mint azelőtt! Szóló nem tartja helyesnek, hogy apodictice mondunk véleményt, mint a hogy az szokásban volt, mert nézeteink

változhatnak. A míg nem látjuk a primaer okot, főkép az aetiologiát, addig lebegni fog a kérdés. Előttünk van egy másodlagos degeneratio, melyről ma többet nem lehet mondani.

Sarbó Artur: Az a kérdés, agyi megbetegedés-e a tabes, vagy gerinczagyi? Szóló a klinikai tüneteket véve figyelembe, oda concludál, hogy a gerinczvelőben kell keresni a bántalom kiindulási pontját, azért, mert majdnem minden tabes-esetben dominál egy tünet, mely évekkel megelőzhet minden más tünetet, ez a lancináló fájdalom a test különböző részein, mely a gyök bántalmának felel meg és a gyökfájdalom jellegével bir. Csak azután jönnek a kiesési tünetek a gerinczagy és agy részéről. Tehát a primaer localisatiót illetőleg szóló előadóhoz csatlakozik.

Eltér azonban szólónak felfogása az előadóétól abban, hogy a Redlich-Obersteiner-féle elméletet feltétlenülhelyesnek nem fogadhatja el; ép az előadótól hangoztatott Nageotte-féle lelet, mely szerint a mellső gyökök körül is észlelhető meningitis, mely azonban rostelfajulásra nem vezet, int óvatosságra. Nem igen érthető, hogy a mellső gyök körüli meningitis motoros rostokban változást ne hozzon létre, a mely rostokról tudjuk, hogy klinikailag tekintve a tüneteket, kevésbbé ellentállók, mint a sensibilisek (pl. az ólommérgezési radialis hüdésnél). Nem érthető, hogy az ily évek óta fennálló meningitis a hátsó gyökökben igen, és a mellsőkben ne hozzon létre elváltozást.

Bár a ganglion spinaleban nincs kimutatva elváltozás, másrészt figyelembe véve, hogy minden tabes-esetben syphilis szerepel, a syphilis megváltoztathatta éveken át a nyirok-vérrendszert és hozhatott létre elváltozást a gerinczvelőben, a ganglion spinaleban, az agy különböző részeiben. Figyelmeztet szóló még az Edinger-féle functionalis theoriára, mely szerint az a rész betegszik meg inkább, mely többet használtatik. Igy az Argill-Robertson-féle tünetnél a fényre való reactiója szünik meg a pupillának, mert ezt gyakrabban teljesíti a sphincter, mint az alkalmazkodásra való reactiót, mely tehát még akkor is megvan, mikor amaz már hiányzik. Daczára annak, hogy neves buvárok nem találtak a ganglion spinaleban elváltozást, ilyenek jelen lehetnek.

Donáth Gyula: A Nissl-féle sejtfestéssel túlhajtásba estek, a mint ezt előadó is említette. Classikus példa erre a polyneuritis, melynél e szerint fel kell venni, hogy a magvakban van elváltozás, pedig a perifériában lépett fel elváltozás az idegsejtek megbetegedése nélkül. És ez miért ne lehetne? a legtávolabb levő idegrostok legkevésbbé tápláltatnak és így áldozatul esnek az ártalmaknak. Nem akarja szóló ezzel a vitát eldönteni, de hogy a tabes mindig a gerinczvelőből indulna ki, ezt szóló nem fogadhatja el. Tudjuk, hogy a legelső tünetek közé tartoznak az optikus elváltozások, különösen a szemmozgató idegeknek muló nuclearis hüdései, melyek a lancináló fájdalmak előtt lépnek fel, és melyekre esetleg reáfogják, hogy rheumás eredetüek, pedig ezekből fejlődik ki — esetleg 10 év mulva — a tabes vagy dementia paralytica.

A mi azon kérdést illeti, hogy a syphilis a tabesnak kizárólagos oka-e, erre szóló szintén nemmel válaszol. A statistika legfeljebb mutathatja a tabes és a syphilis közti összefüggést, de a causalis nexust nem mutatja. Mivel főként a lumbodorsalis segmentumban szokott kezdődni, lehet, hogy a nemi excessusok az okai, Hermanides is említ egy esetet, melyben a beteget folyton ismerte, nem volt syphilise és tabese lett. Szóló említ egy esetet, melyben valakinél tabes fejlődött, háromhónapos syphilis-tünetekkel. Valószinű, hogy az első syphilisében eredt a tabes és a quaternier stadiumban új infectiót kapott. A syphilis és paralysis progressiva kérdésének összefüggése ezzel analog. Szóló itt sem ismerheti el a syphilist kizárólagos oknak. Mert a szervezet különböző behatásokra egyformán reagálhat. A veleszületett gyengeséget, excessusokat jelentékeny tényezőknek tartja.

Róna Sámuel: Kérdi, hogyan van az, hogyan syphilises nőknél oly ritka a tabes?

Schaffer Károly: Az előadása kapcsán felhangzott vélemények közül a Jendrássikéval foglalkozik először. Nem annyira személyes, mint subjectiv momentumként felemliti, hogy legkevésbbé se állította, hogy nem Jendrássik lett volna az első, a ki a tabeses agykéregben elváltozást mutatott ki. Nem kutatja, mikor mutatta ki Jendrássik a tabes és paralysis közti relatiót. Természetes, hogy ez arra késztette szólót, hogy a tabesesek agykérgével foglalkozzék. Hat esetben vizsgálta meg az agykérget és átnézetes sémába táblán állította egybe az credményeket. Eddig nem szólt róla, mert nem gondolta, hogy a vita szélesebb mederben fog folyni. Számokkal jelezte szóló is az elváltozások fokát, a táblán 0 semmi, 1 kevés, 2 nagy elváltozást jelent. Azt találta, hogy súlyos tabesnél az elülső hemisphaera nagyon szenvedett, de a hátulsó is. Azt a Jendrássik által felállított localisatiót, hogy paralysisnél az elülső hemisphaera, tabesnél a hátulsó hemisphaera szenved, szóló nem fogadhatja el. Azért sem, mert a paralysisnél a rostkiesések kardinalis tünetek és a kéregbeli kiesések nagyobbak, mint tabesnél. Paralysisnél a hátulsó kötegbeli elváltozás gyengébb, mint genuin tabesnél.

Arra, hogy Jendrássik volt az első, a ki kimondotta, hogy a tabes rendszerbántalom másodlagos degeneratióval, erre az a válasza, hogy Lange 1872-ben kimondotta, hogy a hátulsó kötélbeli elváltozás másodlagos és Jendrássik 1887-ben adta elő. Egyáltalában Jendrássik felfogását illustrálja saját kijelentése, „a hátulsó gyök folytatása a hátulsó nyalábnak", ez anatomice és pathologice fordítva áll, t. i. a hátulsó gyöknek folytatása a hátulsó nyaláb. Szóló előadásának tárgya a tabeses elfajulás a gerinczvelőben és ennek eredete. Szóló maga is készséggel elismeri, hogy az agykéreg szenved, de tudjuk, hogy a középagy, nyúltagy, idegmagvak is szenvednek. Hogy Jendrássik nem fogadja el, hogy agydaganatnál a hátulsó kötélbeli elfajulás gyöki természetű, hivatkozott szóló régi vizsgálatokra, melyek kétség nélkül állítják a gyöki eredetet. Ha tuberculum veszi körül a hátsó gyököt, ez degenerálódik. A legheterogenebb localisatiójú daganatoknál látták a hátulsó kötegek degeneratióját. A tabes kérdése eddig lebegett, most már közelebb jutottunk a kérdéshez, melyet közelebbről tudunk megmarkolni. Szóló azt hiszi, hogy az újabb kutatások nem új nevet adnak régi dolgoknak, hanem új tényeket derítenek fel.

Sarbó joggal kérdi, miért nem szenved az elülső gyökér, a mikor azt is éri az infiltratio. Erre nézve az a nézete szólónak, hogy úgy a nyirokpangás, mint az endotheliitis által létrejött pangásos oedema duzzasztja a hátulsó gyököt és ezt strangulálja az Obersteiner-féle gyűrű. Az elülső gyökér nem szenved, mert annak ilyen histologiai szerkezete nincs, vagyis az elülső gyökérnek nincs piagyűrűje, mely tehát duzzad, de nem strangulálódik. Hogy a motorius rostok érzékenyebbek lennének, annak szóló vizsgálatai ellentmondanak. Érző rostok hamarabb degenerálódnak, mindazáltal szóló meghajlik a klinikai észleletek előtt és nyilt kérdésnek tekinti ezt.

A mi a Julius Berger nézetét illeti, hogy a ganglion spinaléból van a kiindulás, tulságos specialis fejtegetésekbe kellene bocsátkozni.

Donáthtal szemben megjegyzi, hogy természetes, mikép a rostok megbetegedhetnek elsődlegesen, de a Nissl-festéssel a sejtcsoportokban is találtak elváltozásokat. Szóló nem állította, hogy a degeneratio a gerinczvelőből indul ki. A mi a syphilis szerepét illeti, ez nem tartozik a mai előadás keretébe. Ez a válasza Rónának is, bár mondhatja, hogy Moebius a női tabes-esetekben a syphilist ki tudta mutatni. Természetes, hogy a syphilis egyetlen ok nem lehet, de a syphilis más tényezőkkel együtt kiválthatja a tabest.

Jendrássik Ernő: Előadó válaszában azt mondotta, hogy szóló előtt már más mondotta, hogy a tabes másodlagos nyaláb-megbetegedés. Erre vonatkozólag nem akar vitatkozni, hiszen szóló tudja, hogy agyvelőbeli elváltozást is találtak előtte, sok függ azonban attól, hogyan mondották. Szóló csak arra reflektál, hogy primaer systema-megbetegedésnek másodlagos jellegét általában ő mondta ki először.

Táblákat is hozott előadó, a mi szólóban nagy örömet kelt, mert előadó is talált elváltozásokat az agyvelőben. A midőn szóló első vizsgálatait közölte, csak két esetet közölhetett, és ennek alapján csak hypothesist adott, a melynek egy része már bevált, meglehet, hogy más része még módosítandó. Nem gondolja meg előadó, hogy az agyvelőben óriási felület van, melyből 6—7 μ metszetet vizsgálhatunk csak meg, ha ebben egy-két rost hiányzik, ez az egész agyvelő-kérgen milyen óriási rostkihullásnak felel meg! de nagy számnak felel meg már, ha csak egy gyrusra szorítkozik is.

Schaffer Károly: A hyperaesthesiát nem tartja olyan tényezőnek, mely a discussióba tartozna. Arra a megjegyzésre, hogy a kieső rostokat kiterítve gondoljuk, az a válasza, hogy ezért említette a paralytikus kiesést.

Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

(VI. rendes ülés 1897. november 11-dikén.)

Elnök: **Navratil Imre**; titkár: **Polyák Lajos.**

Laryngofissio útján eltávolított polypus laryngis.

Navratil Imre: A beteg a mult ülésen bemutatás tárgyát képezte. A jobb hangszalag mellső része alatt tapadó majdnem szilvanagyságú polypus laryngofissio útján egyetlen ollócsapással távolíttatott el. Vérzés minimalis volt. A laryngofissio az esetben is tracheotomia nélkül végeztetett f. év október 21-dikén. Azóta a beteg haza is bocsáttatott. Miután igérete daczára ma nem jelentkezett, előadó nincs azon helyzetben, hogy a beteget is bemutassa, de bemutathatja a praeparatumot. Kétségtelen, hogy polypus mucosus, a mit különben a szövettani vizsgálat is beigazolt. A beteg úgyszólván teljesen ép gégével távozott, csak a jobb hangszalag mutatott kisfokú belöveltséget. A hangszalagok pontosan egy niveauban fekszenek. A hang tisztán csengő. A gyógyulást egyetlen bőrvarrat genyedése kissé hátráltatta.

Laryngofissio útján eltávolított papilloma multiplex.

Navratil Imre: A 47 éves férfi f. év november 1-én vétetett fel. Már 16 évvel ezelőtt Bécsben daganatot állapítottak meg gégéjében. De ezzel nem törődött, bár hangja mindig rekedt volt. Négy hét óta lélegzési nehézségek, néha fuldoklás. A bal hangszalag alatt egy jókora mogyorónyi szemölcsös dag foglal helyet, mely kilégzésnél a hangrésbe kerül s azt majdnem egészen elzárja. A jobb hangszalag hátsó része alatt egy kisebb szemölcsdag. November 2-dikán tracheotomia nélkül laryngofissio, midőn a két említett nagyobb s azonkivül két kisebb szemölcsdag is eltávolíttatott. A beteg még ápolás alatt van, ezért ez esetben is csak a praeparatumot mutathatja be előadó.

Bemutató általában hive a laryngofissiónak nagyobb daganatok eltávolításánál és pedig, ha lehet, tracheotomia nélkül. Ez szemölcsdaganatoknál a nagy vérzés miatt nem mindig keresztülvihető. Szemölcsdaganatok endolaryngealis eltávolítását csak azon esetben ajánlja, ha azok kisebbek, jól hozzáférhetők s ha nem papilloma multiplex-szel van dolgunk.

Laryngitis fibrinosa esete.

Navratil Imre: A beteg a szt. Rókus-kórház gége-osztályának ambulantiáján jelentkezett. A baj néhány nap óta áll fenn, a beteg nehezen nyel. A száj feltünő változások nélkül, a garat és gége belövelt. A jobb kannaporczon pirosabb udvartól környezett, szabálytalan

háromszögalakú, 10 fillérnyi terjedelmű fibrinosus felrakódás. Ez a hideg idő beállta óta a második eset, melyet bemutató észlel. Általában azt tapasztalta, hogy valahányszor hirtelen bekövetkezik a hidegebb időjárás, a laryngitis fibrinosa is gyakrabban észlelhető. A bántalom ezen körülirt alakjában meglehetősen ritkán kerül észlelés alá.

Némai. Ritka dolog, hogy oly nagy daganat, mint az I. esetbeli, mely körülbelül 20 cm. hosszú és 8—10 cm. vastag, fuldoklást ne okozzon. Ez úgy történhetett, hogy magának tért csinált, hogy ott, a hol ült, bizonyos tasakot képezett az oldalfal nyomása által; helyzetét úgy a be-, mint a kilégzésnél változtatta, hol a hangrés alá, hol e fölé került és azért nem okozott nehéz légzést, mert mint egy szelep, mindkét irányban engedett és a levegő járását nem gátolta. Mégis azt hiszem, hogy kitágította a Morgagni-tasakot és mivel kilégzésnél a hangrés alá került, nyomta a légcső falát és abban is képezett magának tasakot: az előadó ezt a dolgot nem említette, a beteg pedig már eltünt szemeink elől, azért kérdem az előadót, nem vette-e észre a daganat által okozott kiöblösítését a Morgagni tasaknak?

Az ilyen nagy daganat kiirtása per vias naturales sokkal nehezebb, mint a gége felhasításával. Ugyanez áll a II. esetre is, hol a tumor szintén nagy volt és kényelmesebben lehetett laryngofissio útján eltávolítani, de lehetséges lett volna a természetes úton is.

Szenes: A III. esetben előadó az aetiologiát illetőleg a temperatura gyors átmenetét említette. Csak kiegészítés végett említem, hogy a közelmultban láttam egy pár otitis mediát, melyeknél feltünt a fibrinhártyák tömege, a bő váladék és a váladék fibrinosus jellege. Jellegző volt az intensiv fájdalom; 4—5 eset volt ilyen, a rendestől eltérő képet mutató. A bemutatott esetben feltünt nekem, hogy a beteg füle be volt dugva, de csak otalgia miatt, a fül ép.

Navratil: Az első esetben a Morgagni-tasakba a polypus részben be is ágyazta magát, egyéb kiöblösödést, mint azt *Némai* felveszi, nem lehetett látni, de ki kell még emelni, hogy a műtétnél feltünt a beteg gégéjének igen öblös volta, a mi leginkább magyarázza azt, hogy a betegnél a nagy daganat nem okozott permanens fuldoklást.

Csontos orrplastika esete.

Hültl Hümér: Ezen beteget már 1897. juniusban bemutatta szóló. Utalva tehát az akkor mondottakra, pótlólag hozzáteszi, hogy a lebeny szárának átmetszése, s más kisebb correctiók után a képzett orr mennyire javult. A bemutatott beteg orra jelenleg mindenben egy normalis profilmagasságú orr benyomását adja. Bőre olyan, mint a többi arcé. Az eredmény cosmetikus szempontból alig kifogásolható.

Carcinoma epitheliale auris.

Váli Ernő: *Sch. Sándor* 39 éves, sütő 1897. október 30-dikán vétetett fel osztályomra az Irgalmas-rend budapesti kórházában.

Bántalmára vonatkozólag előadja, hogy jobb füle, általa ismeretlen okból, már öt év óta folyik; ez időtől fogva mostanáig bár fülét folyton tisztán tartja, a váladék bűzös, genyes volt. Ez év augusztus havától fogva pedig véres-genyes váladék ürül s azóta *fájdalmas* is. Utóbbi hetekben orvosi kezelés alatt állott s ekkor a fülét öt héten át valamely gyógyszerrel fecskendezték; javulás azonban e gyógykezelés mellett sem állott be. Kórházba való felvétele előtt pár nappal a fájdalmak fokozott mérvben léptek fel, majd pedig fájdalom és duzzanat jelentkezett az alsó állkapocsi izület tájékán is, úgy hogy a beteg a száját kinyitni képtelen lévén, napokon át csak hig táplálékot vehetett magához. Ekkor jelentkezett felvételre kórházunkban a következő *jelen állapottal:*

Gyengén táplált, lesoványodott, cahectikus kinézésű betegnél az arcz jobb felülete, különösen a külfül és az alsó állkapocs izületének megfelelőleg jelentékenyen duzzadt, kiemelkedő; e duzzadt részletre a fül felé gyengébb nyomást gyakorolva, a külfülből bőven ürül véres, genyes, bűzös váladék. A külső hangvezeték külső nyilásánál véressavós genytől körülfolyva egy szemcsés küllemű, szürkés-pirosan színezett, érintésre könnyen vérzékeny, kemény, majdnem kisujjnyi vastagságú rúdalakú képlet nyomul elő; e képletet sondával mindenütt körül lehet járni s a kutató a dobhártya normalis helyének megfelelő mélységen (a külhangvezeték hátsó fala mentén 30 millimeternyire) túl vezethető be.

A külső hangvezeték falán érdes csontra találni nem lehet; nem juthatni be az alsó állkapocsi gödörbe sem. A csecsnyujtvány felett rendellenesség nincs. A nyaki nyirokmirigyek kis fokban duzzadtak.

Beteg az alsó állkapocsi izületét mozgatni nem birja; szilárd ételt nem bir magához venni, beszédje szinte érthetetlen.

Hallásvizsgálat. A beteg bemondása szerint hallása már öt év óta lassanként, de állandóan lefokozódik, a nyár óta pedig rohamosan csökken. *Jobboldalt* óraketyegést ad concham sem hallja, *Rinne* „—“, *Weber*-kisérlet bal felé lateralizálódik. *Baloldalt* óraketyegést 1 meterről hall, *Rinne* „+“, suttogó beszédet 3 meterről.

A betegnek osztályomon tett néhány napi megfigyelése után az alább elmondandó okoknál fogva, bár a diagnosis felől szinte tisztában voltam, mégis szükségesnek tartottam az újképlet egy kivágott részletét kórszövettanilag is megvizsgáltatni. A vizsgálatról *Minnich* barátomnak a véleménye ez volt:

A külső hangvezetékből kivágott szövetrészlet szövettanilag igen laza, sejtdús, helyenként kocsonyás kötőszövetes alapszövetből áll, a melyben szabálytalan fészkek és a felületről benyuló csapok alakjában lapos hámsejtek vannak elhelyezve; az egyik felületen többrétegű laphám mutatkozik; az alapszövet mindenütt igen sok, vékonyfalú és tág edénytől van átszöve. *Diagnosis: carcinoma epitheliale.*

A kórkép — a most ismertetett szövettani vizsgálat ismertetése nélkül — összetéveszthető leginkább *sarcomával* és *papillomával*. Ez utóbbi mint jóindulatú képlet a kórlefolyásból azonnal felismerhető. A sarcoma inkább fiataloknál jelentkezik; gyorsan nő és meglehetősen nagy tömegre szaporodik fel: jelen esetben sarcoma ellen szól a szövettani vizsgálat is.

Betegünknél a fellépett kórképet tehát úgy a klinikus megfigyelések mint a szövettani vizsgálat alapján, valamint kizárás útján is *carcinoma epithelialenak* nevezhetjük. *Kiindulási pontjául* pedig — ép a külső hangvezetékben talált negativ lelet alapján — a dobüreget vélném felvenni. Támogatja e felvételt a hallási vizsgálat eredménye is. Mint ilyen, meglehetősen ritkán észlelt megbetegedés; az irodalomban alig 20 eset van felemlítve. A dobüregben *primaer* is felléphet e bántalom; előjövetelét ilyenkor úgy lehet magyarázni, hogy már előzőleg epidermis részlet nőtt a külső hangvezetékből be a dobüregbe; vagy pedig a dobüreg nyálkahártyájának hengerhámsejtje — külső izgatás folytán — változik át lapos hámsejtté; de átalakulhatnak a hengerhámsejtek egyenesen ráksejtekké is úgy, mint azt a béltüszőmirigyek kivezető csöveinek rákos elfajulásánál láthatni.

A dobüreg rákját — úgy mint kóresetünkben is láttuk — majdnem mindenkor pár évig genyes fülfolyás előzi meg. Majd egy piszkos színezetű, szemcsés felületű solid tumor emelkedik ki a dobüregből, mely széles alapon ül, érdes és kemény tapintatú, érintésre igen vérzékeny. A ráksejtek felszaporodásával gyorsabban indul meg a szétesési folyamat s ekkor gyorsan is terjed már át a folyamat a szomszédságra. A bántalom szétterjedési irányának megfelelőleg fellép szédülés, nehéz hallás, fülzúgás, állkapocsmerevség, arczideg-hűdés; majd a folyamat tovább a mélyrehaladva szétroncsolja a pyramist, a csecsnyujtványt, az arcz- és nyakszirtcsontot, betör az agyhoz és meningitis tünetei között halálos kimenetelű leszen. A lefolyás 1—2 esztendő.

A *prognosis*, a dolog természeténél fogva is, igen kedvezőtlen. *A szerzők megegyeznek abban a véleményben, hogy az újképletnek kiirtása a dobüregből és esetleg annak melléküregeiből alig lehetséges.* Könnyitünk a beteg helyzetén, ha időnként eltávolítjuk a felületesen fekvő daganatrészleteket, hogy így a váladék levezetéséről gondoskodva legyen és esetleges vérzéseket szüntethessünk meg. Természetesen nagyon problematikus értékű az ilyen partialis daganatkiirtás; olykor ép ez által lesz a végkimenetel siettetve.

Esetünkben a stadium még nem olyan előrehaladott, hogy — valószinűleg a kagyló ideiglenes leválasztása útján — a solid tumor egy nagyobb részét művileg eltávolítani lehetségesnek nem tartanám.

Krepuska Géza: A bemutatott esethez az a megjegyzése, hogy czélszerűnek látszott volna a szövettani készítmények bemutatása is, a mennyiben épen a külső hangvezetőben kifekélyesedésekkel járó sarjadzásoknál, a melyekre a hám könnyen reákapaszkodhat, könnyen lehet oly képeket nyerni a metszeteken, különösen, ha azok széli apró darabból és a hámréteggel párhuzamosan készültek, a mely képen a *carcinoma* képét utánozhatják. A felszólaló sem a diagnosis mellett, sem ellene állást foglalni nem akar, minthogy a mélyből vett, nagyobb szövetdarabnak az átvizsgálása — különös tekintettel a metszet síkjára — látszik szükségesnek, annyival inkább, minthogy macroscopice a bemutatott eset lehetne épen úgy kifekélyesedett nagyobb granuloma, tuberculum vagy condyloma latum. Felszólaló 2 év előtt mutatott be szövettani készítményeket egy betegéből, a hol elsődleges hámrák volt a külső hangvezetőben, ott azonban a roncsolás és szétesés volt a legnagyobb mérvű. Felszólaló a műtéti beavatkozást indicáltnak tartja.

Baumgarten: A külső vizsgálatból itélve, az eset alkalmas a műtétre, mert ha rák van is jelen, a mi mellett a górcsövi lelet szól, meg kell kisérteni a daganatot kiirtani és pedig minél előbb.

Szenes Zsigmond: A bemutatott esetben foganatosítandó beavatkozást illetőleg kétségtelen, hogy mindenki a betegnél, tekintettel a jelenleg még fennálló kedvező körülményekre, mihamarább fog operative eljárni. Azonban a műtéttől várható eredményre vonatkozólag két esetet említhetek, melyek a *carcinoma aetiologiájára* és fejlődésére nézve különös suppositióra késztetnek. Az egyik esetben, egy 40 éves tanítónál, évekig fennállott jobboldali *otitis med. suppur.*-hoz *caries proc. mast.* társult, mi miatt operálva is lett. A beteg hozzám hónapokkal a műtét után került, foetorosus folyással a dobüregből, facialis hűdéssel és a csecsnyújtványon végig haladó linearis, pörkkel fedett folytonossághiánynyal; a pörk alatt *caries*. A csecsnyújtványnak rögtön foganatosított tág kitárása és a cariosus csontrészletek eltávolítása daczára a folyamat javulni nem akart és egy második műtétemet tette szükségessé. Az ekkor szalonnásan beszűrődött bőrrészletek microscopice *negativ* leletet nyújtottak a mindjárt gyanított carcinomát illetőleg. Az utolsó műtét után a gyógyulási hajlam még inkább csökkent, a *caries necrotica* képe még jobban előtérbe lépett és csak hónapok mulva jelentkezett a *carcinoma epitheliale* képe, elterjedvén a fej egész jobbfelén egy gyermektenyérnyi folytonossághiány körül. A második esetben egy 40 éves betűszedő, ki gyermekkora óta mindkétoldali fülfolyásban szenvedett, erős baloldali fülfájdalmak miatt keresett fel s több heti sikertelen antiseptikus kezelés után baloldalt *radicalis* műtétet végeztem a csecsnyújtványon, műtét közben a még meglevő cariosus üllőt is eltávolítván. Az ejtett sebzés gyógyulni nem akart, kezdetben facialis hűdés lépett fel, majd *caries necrotica* klinikus képe a csecsnyújtványon. Egy második műtét 3 hóval később a bécsi poliklinikán ejtetett meg, s miután ez sem vezetett eredményre, harmadizben az első sebészi klinikán operáltatott, hol mikroskopice *caries tuberculosa* volt a diagnosis. Hónapokkal ezen 3-dik műtét után fejlődött ki a cachektikus küllemmel párosult *carcinoma*. Ezen két esetben mindig azon impressio alatt állottam, hogy

a műtvi beavatkozás adta meg az impulsust a carcinoma fejlődésére, vagyis gyanum volt, hogy a műtét a carcinoma fejlődését siettette. A *carcinoma* kezdetben még mikroskopice sem volt kimutatható és klinice is csak a *caries necrotica* képét mutatta. Kérdés tehát, vajjon a bemutatott esetben egy esetleg mélyebbre ható műtét nem fogja-e a máris mikroskopice diagnostizált carcinoma tovafejlődését siettetni.

Váli Ernő: A competens helyről nyert szövettani leletben nekem annyival inkább meg kellett nyugodnom, mert megerősítette a klinikai képet A mi a műtvi beavatkozást illeti, az excochleatio ellen, mélyen a képletekbe belenyulni aggályaim volnának, hogy ezzel siettetnők a folyamatot. A kiálló rész eltávolítását magam is el fogom végezni, mélyebben beavatkozni sem szükségesnek, sem hasznosnak nem tartom.

Condylomata lata auriculae et meat. aud. ext. l. d.

Váli Ernő: *B. Péter* 26 éves, rendőr, 1897. november 2-dikán került Perémi Dezső rendőrkórházi orvos barátom szívessége folytán észlelésem alá.

Beteg elmondja, hogy 1895-ben kemény fekélye volt, mely ellen két hónapon át végzett kenőcs-kurát a budapesti rendőrkórházban. Utána egy ideig jól érezte magát, majd torokfájással több izben került a rendőrkórházba, hol is a bántalma ellen 21 injectiót kapott. Ez év augusztus havában észrevette, hogy jobb fülén egy babnyi, kiemelkedő pattanás képződött; ez igen viszketett, levakarta; többszöri levakarás után a belőle lefolyó kevés savós-sárgás váladék az egészséges helyeken is hasonló pattanásokat és fekélyeket okozott.

Vizsgálatnál az egész kagylót, de főleg az antihelix tájékát élénkpirosan színezve, infiltráltnak találtam; a fossa intercruralisban, az incisura intertragicaban és az antihelix behajlott felületén babnyi egész fillérnyi, egymással összefolyó, piszkos-sárgás-szürkés váladékkal fedett, felhámtól fosztott, kissé kiemelkedő helyeket láthatni. Az egész külső hangvezeték hasonlókép pirosan színezett s infiltrált; az alsó-mellső felületen apró kis szemölcsszerű kiemelkedések, melyek némelyike már feltört s felületén savós-sárgás-szürkés, kissé büzös váladékot termel. A nyaki nyirokmirigyek meg vannak nagyobbodva.

Hallás: jobboldalt óraketyegés 1 m.; *Rinne*-kisérlet „+", *Weber*-féle kisérlet jobbfelé lateralizálódik; suttogás 6 m; *baloldalt* normalis.

A külfülön — úgy mint a test bármely más részén — a lues legváltozatosabb alakjai a legkülönbözőbb fejlődési stadiumban fordulhatnak elő. Előjönnek tehát úgy a specifikus hámló, pustulás és papulás exanthemák, a felületesen elhelyezkedő, vagy pedig a porczig és a csontig behatoló pusztító fekélyesedések stb.

Primaer úton is állhatnak elő; fellépésük körülménye eddig ismeretlen, kivéve azokat, melyek csók vagy harapás útján állanak elő. Gyakoriabbak a *secundaer* úton létrejöttek; ezek közül is a macula, a papula és a condyloma.

Ez alakok mind, állítólag *nőknél* gyakrabban jönnek elő, nevezetesen olyanoknál, kiknek szűk a külső hangvezetőjük, a lues már manifest s máskülönben is tisztátalanok, avagy genyes fülgyuladásuk van; némely szerző szerint a nőknél azért is gyakoriabbak a fülön a secundaer tünetek, mert a kagylóra fésült haj folyton irritálja azt. A *secundaer affectiók* leggyakrabban a porczos meatus mellső felületén jelentkeznek. Ilyenkor a duzzadás és beszűrődés miatt a külhangvezeték megszűkült s belőle büzös savós váladék ürül, mely a külsőbb részeket könnyen excoriálja. Később a condyloma fekélyesedése *hegesen* gyógyul s ha több volt közel egymáshoz, úgy *torzító szűkület* támadhat a külső hangvezeték belvilágában.

Könnyebb jellegű luesnél a condyloma kezdetben összetéveszthető *perichondritis*-sel és *furunculus*-sal. A condyloma lassan fejlődik, nem fájdalmas, csak lassan gyógyul s akkor is csak antiluetikus gyógykezelésre és a környezet mirigyei infiltráltak.

A *therapia* esetünkben sublimátos borogatásokból, higanykenőcsből, higanytapasz- és sublimat-injectiókból állott.

A betegség, miként látható, jelenleg már a gyógyulás stadiuma felé halad.

Közkórházi orvostársulat.

(II. bemutató szakülés 1898. január 26-dikán.)

Elnök: **Rózsaffy Alajos**; jegyző: **Terray Pál.**

(Vége.)

Perémy Dezső: Taufferral szemben megjegyzi, hogy heveny izületi csúznál peliosis gyakran van kankó nélkül is. Azután kérdés, a pustulák nem származtak-e a borogatásoktól? Szóló mindig kétségesnek tartja, hogy ilyen általános elváltozásokat a gonococcus idéz-e elő.

Tauffer Emil megjegyzi, hogy nem alkalmaztak előbb borogatásokat, mert a beteg a pustulás kiütéssel jött be.

Róna Sámuel: A Gyurmán kérdésére megjegyzi, hogy csak pár évi tapasztalatról szólhat, a mióta minden egyes esetben górcsőileg csinálják meg a diagnosist és nem sokkal több, mint néhány %-ban láttak gonorrhoeás arthritiseket, bursitiseket. Lehet, hogy más anyagon inkább előfordul. Ez praedispositi dolga is.

Az ankylosis súlyos esetekben, mikor az ínhüvelyek is participálnak, elő szokott fordulni, ha nem kellőképen kötéssel, massages-zsal és fürdőkkel kezeltetik, mert a gonorrhoeás lob odanövésekre vezet.

Van egy eset közölve, melyben gonorrhoeás infectio mellett herpes gestationist észleltek és a hólyagban festéssel csak gonococcust birtak kimutatni.

A mi a klinikai szempontot illeti, nem lehet tagadni, hogy a purpura rheumatica és polymorph erythemának sok alakja van és ez összefüggésben lehet blennorrhoeás megbetegedésekkel, de ez még nincs biztosan kimutatva.

Periarthritis syphilitica esete.

Róna Sámuel: K. M. 29 éves 10 év óta kéjnő. 1897. deczember 14-dikén jött az osztályra. Sohasem lett antiluetice kezelve. Egy év óta a bal térd táján fájdalmak. Három hó óta e helyen duzzanat és azóta alsó végtagját kinyujtva hordja.

Status praesens: A bal térd és környéke tetemesen duzzadt, a patella felett mérve kerülete 37 cm., az ép oldalié 32 cm.; a condyl. femor. táján 39 cm., az ép 34 cm., a bal czomb az alsó és középső harmad között 39 cm., az ép 36 cm. A megnagyobbodás főleg az izületkörüli szövetekre és szalagokra szorítkozik leginkább diffus beszűrődés alakjában. Különösen beszűrődött a czomb alsó harmada és pedig úgy, hogy a duzzanatban nem lehet az izmokat és inakat a csontalaptól elkülöníteni. A bal czomb alsó harmadán küloldalt egy diónyi subcutan félig elpuhult gumma. A térdizület gyengén tompa szög alatt áll. Az izületet körülvevő képletek szintén diffuse beszűrődöttek. Magában az izületben izzadmány ki nem mutatható.

Ezenkivül csak a jobb arcus palato-glossuson és tonsillán látható elváltozás kerek hegek alakjában.

Az esetet kétségtelen tertiaer syphilisnek kellett felvennünk, a hol a gummás laesio a czombcsont alsó harmadát, az azt fedő izmokat, inakat, továbbá a térdizületet körülvevő szalagokat, képleteket foglalta el.

Néha igen nehéz a periarthritis lueticát, ha izületi izzadmány is van jelen, a primaer arthritistől megkülönböztetni, mert az izületből is kifelé terjedhet a folyamat. Ebben az esetben az elkülönítés könnyű volt, az izület jóformán szabad volt és csak környéke volt beszűrődve. A kezelés eleinte higanykenőcs-bedörzsölésből állott, majd miután 5 bedörzsölésre súlyos stomatitis keletkezett, jodkaliból; erre tetemes javulás.

Dermatitis exfoliativa universalis esete.

Havas Adolf: A társulat deczember hó közepén tartott ülésén bemutatott beteget ez idő szerint nem presentálhatja, mert nála oly súlyos tünetek léptek fel, hogy lehetetlen őt most az ágyból kivenni. A betegnél a deczember havi bemutatás alkalmával a psoriasis universalis tünetei voltak észlelhetők. E tünetek a betegnél majdnem minden therapia nélkül körülbelül 3 hét alatt visszafejlődtek. Az egész bőr lekorpádzott és utána a köztakaró puha, sima és halavány lett, úgy hogy a restitutio ad integrum tökéletesnek látszott lenni. Egyszerre csak a hónaljakban bővebb izzadás lépett fel és a bő verejték irritatiója elég volt arra, hogy a betegnél egy az egész köztakaróra terjedő eczema lépjen fel. Igy most a hónaljak, könyökárkok, térdaljak és nyak köztakarója vörös és nedvedző. A többi bőrrészlet pedig mákszemnyi egész kölesnyi erősen viszkető göbcsök vagy hólyagokkal fedett. A beteg folytonosan fázik, igen nyomorultnak érzi magát. E most fellépett tünetek igazolják azt, a mit már a multkori bemutatás alkalmával kifejtett volt, hogy a dermatitis exfoliativa universalis nem önálló megbetegedés, hanem csak egy symptoma, a mely egyszer a psoriasis képében, máskor az eczema képében stb. nyilvánul. Egy szóval a bőr ellentállóképességének csökkenése és sebezhetőségének fokozódása.

Elephantiasis faciei szokványos orbáncz után.

Pálka Géza: Az alszárakon szokványos erysipelas után elég gyakran észlelünk elephantiasist. Az arczban — mint ezen esetben — aránytalanul ritkábban, jóllehet szokványos orbáncz az orr sebzéseihez, eczemájához, az orrszőrök sycosisához, lupus vulgarishoz elég gyakran társul. Ezen 26 éves varrónőnek körülbelül 20-szor volt orbáncza, nála mindkét arczfél, homlok, szemhéjak, alsó-felső ajak erősen duzzadtak és az ujjnyomást már meg nem tartják, mintegy 1887 óta maradt ez a duzzanat stabil s azóta folyton fokozódott. Az erysipelas az orr eczemájából indult ki, mely utóbbi most is fennáll rhagadesekkel. Egyedüli és valamit igérő therapia a massage, ezt alkalmazzuk itt is. Tekintve, hogy a bántalom igen régi és hogy kevés a resolutiv elem, a prognosis nem kedvező.

Havas Adolf: Egy magán betege, szintén varrónő, erysipelas nasiból kiindulólag féloldali arczorbánczban szokott szenvedni. Az egész arczfél ezen betegnél megnagyobbodott és teljes aránytalanság van a két arczfél között. Az elephantiasist még a kezdeti szakban kapta szóló és faradizálás és részben massage által annyira javult, hogy csak a figyelmes szemlélő veszi észre a két arczfél közti különbséget. Ha kötőszöveti hyperplasia lépett már fel, akkor nem igen lehet valamit tenni még massages-zsal sem.

Göbös syphilidek vakolatszerű varakkal.

Róna Sámuel: X. Y. 38 éves nő 15 év előtt törvénytelen gyermeket szült és ez most a szt. Rókus-kórház gége-osztályán syphilis