Negyvenkettedik évfolyam. 18. szám. *Budapest, 1898. május 1.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HŐGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

KIR. MAGYAR TUD. EGYE
II. SEBÉSZETI KLINIK

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Fauser Árpád: Közlemény a budapesti Irgalmasrend-kórház belorvosi osztályáról. Az euchininről. 210. l.
Marschalkó Tamás: A plasmasejt-vitához 211. l.
Kollarits Jenő: Közlemény a budapesti kir. magyar tud. egyetem II. belklinikájáról (Kétly Károly tanár.) A Basedow-kórról. 213. l.
Weisz Miksa: Apróbbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok. Vérnyomás a menstruatio alatt. 214. l.

Tárcza. *Fanzler Lajos*: Thurzófüredről — Japánba! 215. l.
Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Dr. Julius Pagel*: Einführung in die Geschichte der Medizin. 216 l.
Hetiszemle és vegyesek. Nyilatkozat. — A IX. nemzetközi hygieniai és demographiai congressus. — A főváros egészsége. — Kitüntetés. — Kinevezés. — A homöopathia tanszéke Bajorországban. — Elhunytak. — Érényi Jenő dr. — Mangold Henrik dr. — Szt. Lukács-fürdő. — Herczel dr. 217. l. — Pályázatok. — Hirdetések.
Melléklet: Szliács-fürdő prospectusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti Irgalmasrend-kórház belorvosi osztályáról.

Az euchininről.

Közli: *Fauser Árpád* dr. rendelő főorvos.

Az euchinint 1896-ban a Zimmer és Társa frankfurti chiningyára állitotta elő chlorszénsavas aethylnek chininre való hatásából. Az euchinin — a chinin szénsavas aethylaethere — finom tűalakú jegeczeket képez, 95°-nál olvad, vizben nehezen, alkohol, aether és chloroformban jól oldható. Lúgos kémhatású. Vegyületi képlete: $CO < \frac{OC_2H_5}{OC_{20}H_{23}N_2O}$. Sósavas sója jól, a kénsavas nehezen, a csersavas nagyon nehezen oldható. Kénsavas és sósavas oldata kékesen fluoreskál. Adja a thalleochinin-reactiót.

Majdnem teljesen íztelen, csak ha hosszabb ideig tartjuk szájunkban, érzünk gyenge, pár percz alatt elmuló keserny és ízt. A chinin annyira kellemetlen mellékhatását, melyet a chininmámor neve alatt szoktunk összefoglalni, úgy mint fejfájást, kábultságot, fülzúgást, étvágytalanságot, emésztési zavarokat nem okoz. Legfeljebb csekélyfokú fülzűgást, mely azonban rendesen az első két adat után megszünik. Adható felnőtteknek ostyában vagy a nélkül, gyermekeknek tejben, cacaoban. A betegek igen jól tűrik, hosszú időn át alkalmazható, cumulativ hatása nincs. Sói közül a sósavas vízben jól oldódik, de nagyon keserű, a csersavas teljesen íznélküli.

Noorden,[1] a ki először tanulmányozta hatását, azt találta, hogy 1·0 chininnek 1·5—2·0 euchinin felel meg. Lázas betegeknek 1·0—2·0 grammot adott naponkint; a lázas hőmérsék phthisis 14 esetében napok mulva csökkent, utóbb el is maradt. Tussis convulsiva 15 esetében 12 feltünő gyorsan javult. Supraorbitalis neuralgia egy esetében, mely minden más szereléssel daczolt és csak chinin 0·6 grammjára szünt meg egy óra mulva a roham, 1·0 euchininre volt szükség ugyanazon hatás elérésére. Kellemetlen mellékhatást nem észlelt, betegei az euchinint mind igen jól tűrték, legfeljebb muló fülzúgást okozott pár esetben.

Overlach[2] pneumonia, pleuritis, tüdővész, influenza, typhus és erysipelasban szenvedő betegeken alkalmazta igen jó eredménynyel. Chloroanaemiás betegeknek heteken át pro die 0·15—0·20 grammot adott és a haemoglobin-tartalom nagyobbodását, valamint a vörös vérsejtek szaporodását észlelte. Azt tapasztalta, hogy a chininhez hasonló hatást lehet elérni az euchinin ugyanolyan nagy dosisával. Csak néha észlelt fülzúgást és igen becses szernek tartja különösen olyan esetekben, hol a chinin bármely okból nem alkalmazható, pl. olyan betegeken, kik a chinin ellen idiosynkrasiával viseltetnek.

Goliner[1] különféle lázas betegségben szenvedő betegeknél alkalmazta, 1·5—2·0 adatokban. Hatása fényesen bevált, a chinin értékes pótlószerének tartja.

Fridrich Alajos[2] is alkalmazta az euchinint két malariás betegén. Egy órai időközökben adott 3·0 grammot a roham előtt 9 órával. Másnap ezen dosist megismételte. Mindkét beteg meggyógyult. Daczára ezen kissé nagy dosisnak, kellemetlen mellékhatását nem észlelte, még fülzúgást sem.

A német szerzők az euchinin malariaellenes hatását, ezen orvosságnak úgyszólván tűzpróbáját, nem határozhatták meg, mert ilyen betegek nem állottak rendelkezésükre.

Az elmult év nyarán a Duna nagy áradása után az árterületeken, különösen Ó-Budán és Újpesten hosszú időn át fenmaradó mocsarak kedveztek a malaria keletkezésének és terjedésének. Azonkivül kórházunk szerződéses viszonyban áll a Duna Gőzhajózás-Társaság betegpénztárával, a mely társaságnak az alsó Dunát járó hajósai közül nem egy kerül ezen betegséggel kórházunkba. Igy pár hónap lefolyása alatt 12 malariában szenvedő beteget volt alkalmam észlelni és rajtok az euchinin gyógyító hatását megfigyelni. A betegek kórtörténetének kivonatát a következőkben közlöm:

1. H. J., 20 éves szappanos, l. külső-soroksári-út. Felvétetett 1897. junius 28. Két hét óta naponkint kirázza a hideg. Léptompulat a 7. bordánál kezdődik, lép kitapintható. Vérben félholdalakú malaria-plasmodiumok. 28., 29. és 30-dikán d. u. 4 órakor hő 39°. 30-dikán a paroxismus alatt 1·25 gm. euchinint kap. A következő napokon jól érzi magát, a roham nem ismétlődik; julius 6-dikán gyógyulva távozik, miután ismét kapott 1·25 gm. euchinint.

2. Cs. J., 18 éves napszámos, átutazó. Felvétetett 1897. május 3. Egy hét óta harmadnaponkint kirázza a hideg, utána forróság, majd bő izzadás. Lépnagyobbodás kopogtatás és tapintás által kimutatható. Május 4-dikén reggel öt órakor kirázza a hideg, 8 órakor 40°, május 5-dikéről 6-dikára, valamint 7-dikéről 8 dikára és 9-dikéről 10-dikére virradó éjjel 12 órakor 1·25 gm. euchinint kap két adatban negyedórai időközben a nélkül, hogy a rohamok ismétlődnének. 10-dikén gyógyulva távozik.

[1] Carl von Noorden: Über Euchinin. Centralblatt f. innere Med. Nr. 48. 1896.
[2] Deutsche Medizinal-Zeitung. 1897. Nr. 15.

[1] Allg. Med. Central-Zeitung 1897. Nr. 19.
[2] Fridrich Alajos: Az euchinin malariaellenes hatásáról. Orvosi Hetilap 1898. 1. sz.

3. J. M., 16 éves napszámos, l. Ó-Buda. Felvétetett 1897. május 11. Két hét óta harmadnaponkint kirázza a hideg. Lép megnagyobbodott, jól kitapintható, a tompulat a 7-dik bordán kezdődik. 12-dikén láztalan, 13-dikán d. e. 9 órakor kirázza a hideg, utána a hőmérsék 40·1°. 15-dikén d. e. 6 órakor kezdődik a roham, utána a hőmérsék 40·4°-ra emelkedik. 17., 19., 21. és 28-dikán a kora reggeli órákban 1·25 gm. euchinin. Május 17-dikétől fogva hőmérséke az észlelés egész ideje alatt 37° alatt van. A nagyon lefogyott és elgyengült beteg gyorsan gyarapszik és 30-dikán gyógyulva hagyja el a kórházat.

4. S. T., 20 éves napszámos, l. Ó-Budán. Felvétetett 1897. junius 1. Egy hét óta beteg, feje és lábai fájnak. Állítólag minden harmadik nap kirázza a hideg. Lép megnagyobbodott, jól kitapintható, tompulat a hónaljvonalban 7-nél kezdődik. Junius 2—3-dikán 40°, 4-dikén 40 7°, 5-dikén délben 39·3, a mikor először kap 1·25 gm. euchinint. 6-dikán délben 38°, másodizben kap euchinint. Azontúl láztalan, a rohamok nem ismétlődnek. 7. és 14-dikén kap ismét euchinint. 15-dikén gyógyulva távozik.

5. U. J., 19 éves napszámos, l. gubacsi téglagyár. Felvétetett 1897. junius 3. Egy hét óta beteg, minden harmadik nap kirázza a hideg. Lép tetemesen megnagyobbodott. Junius 4-dikén erős rázóhideg után 41·0°, úgyszintén 6-dikán is felmegy a hőmérsék 40·3°-ra, a mikor a szokásos euchinin adatot kapja, 8-dikán rázóhideg nélkül 37·3°, euchinin, ezután a legnagyobb hőmérsék 36·5°. Junius 14-dikén harmadszor kap euchinint és gyógyultan távozik.

6. J. T., 36 éves hajós, l. a D. G. T. egyik az Aldunán járó propellerjén. Felvétetett 1897. julius 24-dikén. Tíz napja beteg, minden harmadnap kirázza a hideg. Lépnagyobbodás kopogtatás és tapintás által is kimutatható. Julius 26-dikán d. u. kirázza a hideg; hőemelkedés maximuma 6 órakor 39·4. 28-dikán reggel 8 órakor kap euchinint, este 6-kor 39·0°. 30-dikán ugyanazon órában második adat euchinin, este 6-kor 36°. Azontúl láztalan, jól érzi magát, roham nem ismétlődik.

7. M. J., 48 éves napszámos, l. újlaki téglagyár. Felvétetett 1897. augusztus 6. Hat nap óta, minden páratlan napon kirázza a hideg, utána forróság, majd bő izzadás. A lép megnagyobbodott, a vérben plasmodiumok. Augusztus 7-dikén d. u. 2 órakor rázóhideg után 39°; augusztus 9-dikén d. e. 9 órakor 39·3, a roham alatt kap euchinint; augusztus 11-dikén reggel 6 órakor 39°; második adat euchinin; augusztus 13-dikán hőmérsékmaximum d. e. 9 órakor 38·7, harmadik adat euchinin; azontúl láztalan, gyógyultan távozik augusztus 20-dikán.

8. B. J., 16 éves bádogos, l. II., Zsigmond-utcza. Felvétetett augusztus 16-dikán. 4 hét óta beteg, olykor kirázza a hideg. Lépe megnagyobbodott, a roham alatt vett vérében plasmodiumok. Augusztus 17-dikén d. u. 2 órakor erős rázóhideg után 40°; augusztus 18-dikán ugyanakkor 39·3; augusztus 19-dikén reggel 8 órakor 1·25 gm. euchinin, d. u. 39·7; augusztus 20-dikán reggel 8 órakor megismételjük az euchinint, d. u. 2 órakor 36·5. Azontúl roham nem ismétlődik, augusztus 28-dikán gyógyulva távozik.

9. P. S., 14 éves asztalos, l. VIII., Koszorú-utcza. Felvétetett 1897. augusztus 30-dikán. Állítólag harmadnaponkint d. e. tíz óra tájban kirázza a hideg két hét óta. Szeptember 2 dikán délben 40·2°, 3-dikán d. u. 4 órakor 40·1°. Lép tetemesen megnagyobbodott. Szeptember 4-dikén d. e. 11 órakor 40·5°, először kap euchinint a roham tetőfokán, azontúl a rohamok nem ismétlődnek, másodszor 11-dikén, a kórházból való távozás napján kap 1·25 gm. euchinint.

10. F. M., 22 éves kocsis, l. Ó-Budán. Felvétetett 1897. szeptember 2. Az elmult héten több izben kirázta a hideg. A megnagyobbodott lép jól kitapintható. Szeptember 3. és 4-dikén láztalan, 5-dikén reggel 8 órakor erős fázás után 39·8°; a következő két nap ismét láztalan. Szeptember 8-dikán reggel 40°, a mikor 1·25 gm. euchinint kap. Azontúl jól érzi magát, a rohamok kimaradnak, beteg szeptember 18-dikán gyógyulva távozik.

11. M. G., 21 éves hajós a D. G. T. egy uszályhajóján. Felvétetett 1897. szeptember 11. Egy hét óta beteg, több izben kirázta a hideg. Lép jól kitapintható, tompulat a 7. bordánál kezdődik. Szeptember 12-dikén rázóhideg után reggel 5 órakor 40·8°, a következő nap normalis hőmérsék. Szeptember 14-dikén ismétlődik a roham, reggel 6 órakor 40·3, a mikor a láz tetőfokán kap 1·25 gm. euchinint, azontúl kimaradtak a rohamok. Szeptember 18-dikán gyógyulva távozik.

12. Sz. J., 24 éves szolga, l. Békás-Megyeren. Felvétetett szeptember 5-dikén scabiessel. 9-dikén d. e. kirázza a hideg, d. u. 1 órakor 40·2°, másnap a roham ugyanazon időben ismétlődik. Lép megnagyobbodott, jól kitapintható. A roham tetőfokán kap 1·25 gm. euchinint, melynek bevétele után egészen láztalan, jól érzi magát és szeptember 20-dikán távozik.

Ezeken kivül 3 typhusos betegnek adtuk hosszabb időn át az euchinint, a nélkül, hogy az a lázmenetre valami befolyást gyakorolt volna; míg ellenben egy polyarthritis rheumaticában szenvedő betegen, a kinek a natrium salicylicum nem használt, gyógyulást eredményezett.

Az öt mindennapos váltólázban szenvedő beteg közül négy a roham alatt kapott euchinint, háromnál elegendő volt egy dosis, egynél két dosis, de itt is egy esetben a 4. számú betegnek már csak 38° volt a hőmérséke a gyógyítás második napján; a rohamot megelőzőleg csak egy beteg, a 8. számú, kapott két nap egymásután euchinint, a második adat után a roham többé nem ismétlődött. A 10. számú, negyednapos malariás rohamokban szenvedő betegnek is elegendő volt a láz tetőfokán egy adat a gyógyulás elérésére. A hat harmadnapos váltólázban szenvedő beteg közül négy a roham alatt kapta az euchinint, a 3. és 11. számú beteg 1 adat után láztalan, az 5. számú beteg hőmérséke még egyszer felmegy 37·3°-ra, azontúl láztalan; a 7. számú betegnek a gyógyítás daczára három izben volt rohama és csak a harmadik adatra szünt meg. Két beteg a rohamot megelőzőleg 5—6 órával kapta az euchinint, a 2. számú beteg mindjárt az első adat után meggyógyult, a 6. számú betegnek hőmérséke az első adat után még felmegy 39°-ra, a második után azonban többé nem jelentkezik.

A betegek minden alkalommal 1·25 gm. euchinint kaptak két részre osztva fél órai időközben. Mindig ostya nélkül, mert meg akartam győződni, panaszkodnak-e az orvosság izére? Azonban nem találták keserűnek és kivétel nélkül szivesen vették be.

Ezen adat minden esetben elegendő volt a teljes hatás elérésére, akár a roham alatt adtuk be a betegnek, akár a rohamot megelőzőleg 5—6 órával. És minden esetben tökéletes gyógyulást hozott létre a malariás roham minden alakjában, akár mindennapos, akár harmad- vagy negyednapos volt az. Nem osztom a fentebb idézett szerzők véleményét, hogy ugyanazon hatás elérésére majdnem még egyszer annyi euchinint kell adni, mint chinint. Megjegyzem, hogy chininum sulfuricumból is mindig 1·25 gm.-ot adunk a malariás betegeknek.

A chininmámor tüneteit sohasem észleltük, a betegek még csak fülzúgásról sem panaszkodtak.

Az euchinin tehát a malariát ép oly biztosan gyógyítja meg, akárcsak a chinin, melynek minden jó tulajdonságával bir, annak káros, zavaró mellékhatása nélkül. Általa gyógyszerkincsünk megbizható és értékes orvossággal gazdagodott, mely valószinűleg hivatva van tökéletesen pótolni a chinint, de minden esetre már jelenleg is értékes pótlószerét képezi, ha a chinin bármely oknál fogva nem adható. Egyedüli hátránya a chininnel szemben jelenleg még drága volta, grammja 40 krajczár, míg a chininum sulfuricumé 8, a chininum muriaticumé 12 krajczár.

A plasmasejt-vitához.

Marschalkó Tamás dr. egyetemi tanártól.

(Folytatás.)

Bár eddigelé tüzetesebben a pseudoplasmasejtek kérdésével nem foglalkoztam, mégis fel kell vennem, hogy azok tényleg léteznek, miután *Schottländer* és *Krompecher* kartárs úr egyértelműleg konstatálták azok jelenlétét, és azok genesisére nézve is megegyeznek egymással, bár a morphologiai tulajdonságokra nézve annyiban különböznek nézeteik, hogy *Schottländer* szerint ezek sokszor jelentékeny nagyságot érnek el, míg *Krompecher* kartársam szerint azok nem nagyobbak, mint a typikus plasmasejtek.

Ezen felvétel már a priori sem látszik valószinűtlennek, mert hisz miért lennének csak a lymphocyták képesek arra, hogy magasabb fejlődési fokot érjenek el, és bizonyos tekintetben progressiv irányban fejlődhessenek, és ne egyúttal a többi egymagvú leukocyták is. A polynuclearis leukocyták szóba nem jöhetnek; azok szerepével a lobos folyamatoknál tisztában vagyunk, és az én vizsgálataim csak megerősitették az eddigi nézetet, hogy bár a legközvetlenebb reactio azok kivándorlásában áll, azonban szerepük mulékony és magasabb fejlődési fokot nem érnek el, hanem csakhamar tönkre mennek, és azokról egyáltalában nem is szól senki ezen folyamatoknál; az egymagvú leukocytákat ellenben meg vagyunk szokva magasabb sejtfajnak tekinteni, a melyekre a szervezet reactiv folyamatainál nagyobb, maradandóbb szerep vár. És habár az egymagvú leukocyták közül úgy látszik a legfontosabb szerepe a lymphocytáknak van (erre mutat az is, hogy számuk a többi mononuclearis leukocytáknak a négyszeresét teszi ki) és így az azokból keletkezett „typikus plasmasejtek“ is számra nézve — mint ezt *Krompecher* kartársam is konstatálja —

sokszorosan felülmulják a pseudoplasmasejteket; de concedálnom kell, hogy a nagy egymagvú leukocyták is szenvedhetnek egy analog átalakulást mint a lymphocyták, és szintén képezhetnek plasmasejteket, pseudo- vagy atypikus plasmasejteket, ellentétben a typikusokkal.

Csakhogy ismételve hangsúlyozom, hogy ez az én álláspontomon és a plasmasejtek tanán egyáltalán nem változtat; előttem a „typikus" plasmasejt ezután is egy morphologiai egység marad, egy teljesen jól definiált és élesen körülirt sejtfaj, a melyet minden más sejtfajtól, és így az ú. n. pseudoplasmasejtektől is mindig biztosan meg lehet különböztetni. És éppen azért tartom fontosaknak *Krompecher* kartársam vizsgálatait ez irányban is, mert ő is hangsúlyozza, hogy a kettő között olyan morphologiai különbségek vannak, a melyek nem engedik meg azon felvételt, mintha a pseudoplasmasejtek a valódi plasmasejtekből keletkeznének, hanem azokat mint olyanokat mindjárt differentiálni lehet, és a nagy egymagvú leukocytáktól leszármaztatni. Sőt *Krompecher* kartárs úr nagy gonddal készitett szép kivitelű rajzaiban kézzel foghatólag demonstrálja is e különbséget; így a 6. ábrában lerajzolt ilyen pseudoplasmasejtek, a melyek az 5. ábrában foglalt nagy egymagvú leukocytákból keletkeznek, mint a magszerkezet is mutatja, sohasem téveszthetők össze a typikus plasmasejtekkel (1. ábra), a melyek magstructurája, a mag chromatintartalma egészen más és egészen jellegző.

Én vizsgálataim alkalmával sokszor láttam nagy egymagvú leukocytákat, a melyek protoplasmája erősebben volt megfestve, és a hol a sejttest is nagyobb volt, a melyek ennélfogva a plasmasejtekhez bizonyos hasonlósággal birtak, azonban sohasem tévesztém el azokkal. A plasmasejt munkámhoz mellékelt chromolithografikus táblán a 2. ábrában, hol egy nagy véredény keresztmetszetén plasmasejtek láthatók, történetesen szintén van egy ilyen sejt, a mely le lett rajzolva (a jobboldali 3 kifejezett plasmasejt alatt, attól kissé jobbra); a ki érdeklődik iránta, megnézheti és láthatja, hogy ezen sejtnek az alakja teljesen megfelel egy plasmasejtnek, a protoplasma is sötéten van festődve, a sejtmag azonban teljesen különbözik a plasmasejtek typikus magvától, egy behúzódást mutat, és nincs meg a jellegzetes chromatin tartalma.

Az ilyen sejteket én plasmasejteknek sohasem tartottam; ha ezeket pseudo- vagy atypikus plasmasejteknek akarjuk nevezni, ám jól van, ez a typikus plasmasejten semmit sem változtat.

Hogy ezen pseudoplasmasejtekre nézve későbbi vizsgálatok lehetővé fogják-e tenni, azokat szintén mint egy olyan jól definiált, jellegző alaki tulajdonságokkal biró és mindig biztosan felismerhető sejtfajt, mint a valódi plasmasejtek, elkülöníteni, elválik; de én kétlem, és pedig azért, mert a nagy mononuclearis leukocyták magok sem birnak olyan jellegző alaki tulajdonságokkal, mint a lymphocyták, sőt ellenkezőleg, mint ezt már *Hodara* is bővebben kifejti és mint azt mindenki tudja, a ki behatóbban foglalkozik szövettani vizsgálatokkal, az alak és nagyság egy bizonyos polymorphiája jellemzi, míg a valódi plasmasejtek anyasejtjei, a lymphocyták épen alakjuk állandósága által tünnek ki. A lymphocyta, ha szabadon van, mindig gömbölyded alakú, körülbelül állandó nagyságú, mindig kerek, jól kifejezett és sötétebben festődő maggal bir, jellegző chromatintartalommal, a mely különösen azoknál, a melyek épen plasmasejtekké alakulnak át — mint azt plasmasejtmunkámban lobkisérleteimnél részletesen leirtam —, egészen megfelel a plasmasejtek magvának, mint erről mindenki meggyőződhetik, ha figyelmesebben megvizsgál egy sejtcsoportot, a hol a nagyobb kifejlett plasmasejtek között kisebb, kifejlődésben levő plasmasejtek és lymphocyták vannak, és mint ezt *Krompecher* dr. úr is kitünően hozza chromolithografikus táblájában kifejezésre. Méltóztassék csak a 4. ábrában lerajzolt lymphocyta magvakat az 1. és 2. ábrában illustrált typikus plasmasejtek magvaival összehasonlitani. És tényleg ezen egészen jellegző magstructura az, a melyet a plasmasejtek alaki tulajdonságai közül a legfontosabbnak tartok, mert azt semmiféle más sejtfajnál, a melyek szabályos gömbölyű maggal birnak, ily kifejezetten nem találjuk, és a mely nemcsak methylen-kék festésnél, hanem bármely más egyszerű megfestésnél is szembetünő, és a plasmasejtek biztos felismerését a többi alaki kriteriummal együtt lehetővé teszi.

Hosszasabban foglalkoztam a pseudoplasmasejtek kérdésével, de nagyon fontosnak tartom, és szükséges volt álláspontomat kellőkép praecisirozni.

Ezen nem typikus plasmasejteken kivül azonban *Krompecher* kartárs úr megváltozott plasmasejteket is ir le, a melyek biztosan typikus, tehát lymphocytákból keletkezett plasmasejtek, mert *Krompecher* kartárs úr is ezeket érti typikus plasmasejt alatt, a melyeket ő bizonyos kóros folyamatoknál állandóan talált, és a melyeknél nemcsak a magszerkezet mutat annyiban változást, hogy a chromatin nem festődik és csak a magtestecsek maradnak megfestve (*Krompecher* kartárs úr eldöntetlenül hagyja, vajjon ez chromatin-e vagy magtestecs, én azonban saját vizsgálataim után határozottan az utóbbinak tartom), hanem a protoplasma is, a mely bár némelyiknél változatlan és nem különbözik a typikus plasmasejtek rendes protoplasmájától, azonban a legtöbbnél elroncsolódott, göröngyös, a sejt körvonalai ki vannak rágva és igen erősen festődik, úgy hogy a perinuclearis udvar eltünik."

Nem vagyok hajlandó hinni, hogy az ily módon megváltozott plasmasejtek — mint azt *Krompecher* dr. úr állitja — valamennyien elfajulás tüneteit mutatnák, illetve, hogy egy degenerativ folyamat okozná a megváltozott alaki és festési reactiót. Hogy a protoplasma ily kinézéssel már ép plasmasejteknél is birhat, *Krompecher* kartárs úr is concedálja; e mellett azonban magam is észleltem a protoplasma elrongyolódását, szétdarabolását, eltünését olyan plasmasejteknél, a hol ezt határozottan regressiv elváltozásnak kell tartani, úgy hogy végre az egész plasmasejtből csak a mag marad meg, mely jellegző chromatin-rögeivel még mindig elárulja, hogy ott egy plasmasejt volt; végre az is tönkre megy. Ezen vizsgálataimra legközelebb egy másik munkám alkalmával rá fogok térni.

Azt hiszem azonban, hogy azon plasmasejteknél, a hol a protoplasma különben nem változott és csak a mag mutat megváltozott festési reactiót (a chromatin nem festődik, csak a középen marad 1 – 2 megfestett rög, szerintem nucleolus, a mag ennélfogva hólyagszerű külemű), ez csak a szintelenités fokától függ. *Krompecher* kartárs úr ezen plasmasejteket különösen pneumonia caseosa, rákos, gümős, syphilitikus újképződéseknél, lepra, ulcus molle, actinomycosisnál stb. találta. Bár a pneumonia caseosa kivételével mindezen kórfolyamatokat én is vizsgáltam és azok eredményeit plasmasejt-munkámban le is irtam, lehetséges, hogy ezen elváltozások azért kerülték ki figyelmemet, mert nem ügyeltem eléggé reájuk, és azért, ha — másképp formulázva a dolgot — concedálom is, hogy azon ily módon megváltozott plasmasejtek, a melyeket *Krompecher* dr. úr bizonyos kórfolyamatoknál talált és leirt, valamennyien elfajulási jelenségek is (erre mutatna az is, hogy ő talált oly plasmasejteket is, a melyekben kétféle mag volt), de ahhoz határozottan ragaszkodnom kell, hogy olyan képeket, a melyeket *Krompecher* kartárs úr a 10. ábrában lerajzolt, el lehet érni normalis plasmasejteknél is, ha a szintelenitést tovább folytatjuk. Ezt azért állitom, mert erre saját tapasztalásomból jöttem rá, és ezt plasmasejt-munkámban bővebben meg is emlitem (pag. 23—24), mint ezt ő is idézi. Azt tapasztaltam ugyanis, hogy sorozatmetszeteknél, ha különböző ideig folytatjuk az elszintelenitést, különösen kreosolvagy glycerin-aetherrel, rendesen egy oly ponthoz jutunk, a midőn a mag-chromatin már nem festődik, a protoplasma azonban, a mely a methylen-kékhez nagy fokú affinitással viseltetik (itt csakis methylen-kék festésről van szó), még mindig sötéten megfestve marad, és ekkor állnak elő azon hólyagcsás magvú plasmasejtek; míg azon készitményekben, a hol a szintelenitést rövidebb ideig végezzük, a plasmasejtek rendes képet mutatnak. Nekem most is vannak készitményeim éppen egy ulcus molleból, a melyekkel ezt kézzelfoghatólag demonstrálni is tudom. A plasmasejtek magvai már *Unnanak* legelső leirásában is részint mint világos, hólyagcsás képletek, részint pedig mint sötétebben festődő elemek vannak meg

*

említve. Ezen kétféleképp festődő plasmasejtek igen szépen vannak érzékítve az *Unna* könyvében levő chromolithografikus táblán, a hol az I. ábrában lerajzolt plasmasejtek ilyen hólyagcsás magvúak, a II. ábrában levők pedig rendes módon festődnek.

Azon regressiv elváltozásokat, melyeket *Krompecher* kartárs úr a plasmasejteknél ezenkivül leir: vacuola-képződés, hyalin elfajulás és karyorrhexis, én is megerősíthetem, és különösen a hyalin gömbök keletkezéséről a plasmasejtekben bizonyos kórfolyamatoknál bővebben fogok referálni. Egyedül azon leletét *Krompecher* kartárs úrnak nem vagyok képes — legalább eddigi vizsgálataim alapján — megerősíteni, hogy a plasmasejtek protoplasmájában többször olyan basophil szemcsék lépnek fel, a melyek metachromikus methylenkékfestésre cseresznyepiros színben, tehát a hízott sejtek granulatióinak megfelelő módon festődnek, hogy tehát a plasmasejtek és a hízott (Mast) sejtek között bizonyos összefüggés léteznék; készítményeimben többször láttam oly sejteket, a melyek granulatiókat mutattak, de a melyek határozottan nem voltak hízott sejtek, azonban plasmasejtek sem; hogy ezen sejtek hova tartoznak, azt eddig definiálni nem tudtam. Újabb vizsgálataimnál mindenesetre szorosabban fogok ügyelni ezen *Krompecher* kartárs úr által észlelt tüneményre, addig azonban hajlandóbb vagyok magam is *Polyák* kartárs úr nézetéhez csatlakozni, a melynek a discussio alkalmával kifejezést adott, hogy t. i. a hízott sejtek és a plasmasejtek egymással összefüggésben nincsenek.

A legfontosabb része azonban *Krompecher* kartárs úr munkájának az, a melyben arra nézve hoz fel észleleteket és bizonyítékokat, hogy a plasmasejtek direct kötőszövetet képesek produkálni.

Daczára annak, hogy újabb időben mindinkább szaporodik azon buvárok száma, a kik azt vitatják, hogy a leukocyták kötőszövetet produkálni képesek, jelenleg azok túlnyomó száma nem akar azon felfogástól, hogy a leukocyták a lobos újképződésnél csak transitorius, átmeneti szerepet játszanak, és az tisztán a fix sejtek és azok származékaiból keletkezik, eltérni, és így *Krompecher* kartárs úr munkája e tekintetben egy igen fontos elvi jelentőségű kérdés eldöntésére nézve bir fontossággal és horderővel.

Ezen fontosság és horderőnek a praemissája azonban — a mit különösen hangsúlyozok — az, hogy a plasmasejtek tényleg leukocyták, haematogen sejtek, mert ha ebből csak egy csipetnyit is engedünk, úgy *Krompecher* kartárs úr vegső és legfontosabb conclusiója elvi jelentőségét természetszerűleg elveszti.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti kir. magyar tud. egyetem II. belklinikájáról. (Kétly Károly tanár.)

A Basedow-kórról.

Irta *Kollarits Jenő* dr., klinikai gyakornok.

(Folytatás.)

2. S. G.-né, 30 éves, kereskedősegéd felesége, a klinika régi betege. Betegsége előtt három egészséges gyermeket szült és egyszer elvetélt. 1892. év november havában vette kezdetét baja, melyet családi kellemetlenségek előzték meg. Hajlandó betegségét ezekből származtatni. Határozottan állítja, hogy az első tünet a kéz és láb reszketése volt, ezt szívdobogás, majd lesoványodás követte. A strumát és exophthalmust csak három hónappal később vette észre. 1893. február 9-dikén jött először klinikánkra. Struma, exophthalmus ki volt fejlődve. Érverése perczenkint 116 volt. 1894-ben és 1895-ben élő egészséges gyermeket szült, a kik közül egy szamárköhögésben halt meg, a másik él. 1897. februárjában a struma nagy volt, a jobb oldalon nagyobb, tömött tapintatú, fölötte surranást lehetett tapintani és zörejt hallani. Az exophthalmus is a jobb oldalon volt kifejezettebb, de mindkét oldalon elég jelentékeny volt. A szemhéjak szakaszonkint követték a szemgolyó mozgásait. A szemrés tág volta és a szemhéj mozdulatlansága élénk ellentétben a szemgolyó mozgásával sajátszerű nyugtalan ijedt kifejezést adott tekintetének. Összetéritéskor a jobb szem hamar kifáradt. Pupillák középtágak, egyenlők, fényre, alkalmazkodásra jól reagálnak. Érverése perczenkint 104 volt. Szívdobogás-rohamok gyakran kínozták, szivén semmi kórost sem találtunk. Sokszor volt nehézlélegzési rohama is. Keze finoman reszketett, fáradtnak érezte magát. Kedvtelen, türelmetlen, izgatott, ideges volt, sokszor még a hangos beszéd is bántotta. Sokszor étvágytalan volt. Rosszul aludt, álmából sokszor felijedt. Patella reflexei kissé élénkek voltak. Vizeletben sem fehérje, sem czukor nem volt található. Mint bejáró beteg állott kezelésünk alatt. Február és márcziusban szedett thyreoidin-tablettákat és Baumann készítményét, a thyrojodint ugyancsak a klinikai észlelésben, még pedig 17 napig háromszor egy, egy hónapig háromszor két szemet. Úgy vette észre, hogy szívdobogás rohamok ez idő alatt kevésbbé bántották, de folyton étvágytalan volt és erősen megfogyott. A pajzsmirigy-etetést áprilisban újra kezdtük.

Április 5. Érverés 104. Éjjel aludni nem tudott, feje fáj. Szívdobogás erős.

Április 7. Érverés 102. Étvágytalan, hamis éhség érzése van. Éjjel aludni nem tudott, de nyugodt.

Április 11. Érverés 108. Nagyon ideges, nehéz lélegzése, szívdobogása van. Étvágya nincs, 9-dike óta havi baja van.

Április 12-dikétől *reggel és este 2 szem pajzsmirigy-tablettát szed.* Havi baja elmult.

Április 15. Érverés 110. Kissé nyugodtabb. Szívdobogása van.

Április 17. Érverés 116. St. idem. Étvágytalan.

Április 21. Érverés 112. Szívdobogás kis mértékben mutatkozott. Nagyon izzad. A pajzsmirigy-tabletták gyomornyomást okoznak. Ezentúl porrá zúzva veszi ostyában. Étvágyjavitót kap. *Holnaptól reggel, délben és este 2 szemet vesz be.*

Április 23. Érverés 120, Jól alszik. Étvágya jó. Nyugodt. Homályosan lát. Kézi munkát végezni, olvasni nem tud, mert a szeme hamar elfárad.

Május 1. Érverés 120. St. idem.

Május 3. Érverés 122. Egy gyermekét rokonokhoz adta közel a fővároshoz. Nagyon jól érzi magát.

Május 7. Érverés 120. Egészen jól érzi magát, csak tegnap volt szívdobogása és ma éjjel aludt rosszul.

Május 9. Érverés 120. Tegnap este értesült, hogy kis lánya beteg. Ez nagyon felizgatta. Heves szívdobogása van. Éjjel nem aludt. Nehéz lélegzési rohamai voltak. Keze erősen reszket. Ingerült. Fáradt.

Május 14-dikén jött el újra. Érverés 104. Az alatt kis leányánál volt. Kiderült, hogy baja nem volt komoly, csak fogzása volt. Ő is jobban érzi magát; két nap előtt elfogyott a pajzsmirigy-tabletta. A beteg azután a kezeléstől elmaradt, vidékre ment, a hol az egész nyarat töltötte. Nagyon jól érezte magát. 5—6 kilót hízott. Október 20 dikán este megijedt, azóta újra nyugtalan, izgatott, ingerült, szívdobogása van.

E betegünkön a pajzsmirigy-etetés alatt az érverés száma 103-ról 122-re emelkedett, a szer elhagyásakor 104-re esett. A struma és exophthalmus változatlan maradt, a beteg a kezelés alatt nem soványodott. A többi tünetekben a pajzsmirigy-etetéstől függetlenül egyszer havibaja alatt és egyszer mikor kis leánya beteg hirét hallotta, állott be rosszabbodás, míg a nyári vidéki tartózkodás jó hatása nyilvánvaló volt.

3. Özv. J.-né komornán a Basedow-kór első tünetei 1897. februárban egy-két hónappal férje halála után mutatkoztak. Azt mondja, hogy baját a nagy bánattól kapta. Szívdobogással kezdődött az, sokat sírt, haragos, ingerlékeny volt. Aludni nem tudott, éjjel álmából felrettent, különben is a legkisebb zajra összerezzent. Hozzátartozói figyelmeztették, hogy mereven, „vadul“ néz és nyaka duzzadni kezd. 1897. márczius 28-dikán jött a klinikánkra. Érverése 120, kissé szabálytan volt. Strumája kicsiny, puha, felette surranás tapintható. Az exophthalmus is kisfokú volt. Graefe-tünet, Möbius kis fokban kifejezett. Szeme hamar fáradt, olvasni, kézimunkát

végezni nem tudott. Keze reszketett. Fáradt, étvágytalan volt. Mint bejáró beteget kezeltük.

Április 5. Ideges tünetek hevesek. Érverés 120, arythmiás.
Április 7. Érverés 134. St. idem.
Április 10. Érverés 130. St. idem.
Április 15. Érverés 130. St. idem.
Április 21. Érverés 132. St. idem.
Április 26. Érverés 120, szabályos. St. idem.
Április 28. Érverés 118, szabályos. St. idem.
Április 30. Ideges tünetek tegnap óta elmaradtak. Ma is jól van. Érverés 94.
Május 1-től *reggel és este 2—2 szem pajzsmirigy-tablettát szed.*
Május 3. Érverés 96. Jól van, csak a szeme káprázik.
Május 5 Érverés 98. Egész jól van. *Reggel, délben, este 2—2 szemet fog szedni.*
Május 7. Érverés 106. Jól van.
Május 11. Érverés 112. Jól van. Jobb arcza kissé puffadt.
Május 15. Érverés 112. Jól van, a kezelésről elmaradt.

Ezen esetben az érlökés-szám kissé szaporodott a pajzsmirigy-szedés alatt. Az ideges tünetek ezelőtt szüntek meg, ez alatt vissza nem tértek. Gyomortünet nem fejlődött. Struma, exophthalmus nem változott, lesoványodást nem tapasztaltunk.

Áttekintve mindezeket, azt találjuk, hogy a szerzők igen nagy része egészséges embereken és állatokon még óriási mennyiségű pajzsmirigy egyszeri vagy többszöri bevételekor sem láttak más tüneteket, mint legfeljebb az érlökés-szám szaporodását. Hosszabb idei használat után egyesek soványodást és az anyagcsere bizonyos most még nem véglegesen megállapított megváltozását stb. látták (*Magnus Levi*,[42] *Donáth* stb.[16]). A Basedow-kóros betegek pajzsmirigy-kezelése nagyon ellentétes adatokat hozott napvilágra. A rosszabbodások egy része csak gyomortünetekre vonatkozik, máskor csak az érlökésszám szaporodásában állott. Az esetek egy részében a rövid ülés-jegyzőkönyvekben nincs is megmondva, miben állott a rosszabbodás, máskor azonban ez határozottan a Basedow-kóros tünetekre vonatkozik. Sőt a pajzsmirigy-kezelés az esetek igen jelentékeny számát javítani is látszik. A lesoványodás egyes esetekben a gyomorműködés zavarától látszik függeni, de olyankor is beállott, mikor a táplálkozásban hiba nem volt. Hiszen tudjuk, hogy a pajzsmirigy hatását soványító kúrának is felhasználják. A Basedow-kóros beteg is gyorsan sovány szik, *Müller*[43b] úgy találta, hogy a táplálék teljes kihasználása daczára. Látni ebből, hogy pajzsmirigy-etetés sem Basedow-kórt létre nem hoz, tünetei közül is ritkán valamelyiket. A Basedow-kórosok állapotának változásai az adatok ellentétes volta miatt, azt hiszszük, nem is a szertől függenek, hanem a Basedow-kór amúgy is sokszor változékony fordulatainak véletlen összeesései.

E kisérletek csak azt igazolják, hogy a pajzsmirigy váladéka bizonyos értelemben méreg. A mérgező tüneteket azonban csak nagy dosisok hozzák létre, sokszor sokkal nagyobbak, mint egy egész pajzsmirigy. Hogy ezen méreg általában, ha nem is mint Basedow-kór oka, szerepel-e a Basedow-kóros tünetek előidézésében vagy fentartásában, azt egyelőre nem lehet bebizonyítani. Hiszen még azt sem lehet minden bizonyítás nélkül elfogadni, hogy a *kórosan* megnagyobbodott pajzsmirigy több váladékot termel. Az idevonatkozó kórboncztani adatok is, mint láttuk, ellentmondók. Az érlökés szaporodását meg éppen nem lehet bizonyítónak tekinteni arra, hogy a pajzsmirigy-váladék okozza a Basedow-kórban is, hiszen ép a tachycardia van meg sokszor akkor, mikor a struma még nincs meg, a szívdobogás értelmezését pedig sok más módon is adhatjuk.

Ezen ellentmondó dolgok okozták talán, hogy a pajzsmirigy-elmélet hívei közül sokan elejtik újabban a hyperthyreoidálás elméletét és azt mondják, hogy a beteg szerv nemcsak több, hanem megváltozott minőségű váladékot is termel. Igy azt tehetnők fel, hogy a megváltozott minőségű váladék maga is mérgez, vagy pedig mert megváltozott, nem tudja az anyagcsere különben mérgező termékeit közömbösíteni. A dysthyreoidatio ez utóbbi értelemben tulajdonképen a thyreoidatio és éppen azért a pajzsmirigy-etetéssel javult vagy gyógyult eseteket lehet mellette felhozni, mert ezekben pótoljuk az egészséges mirigynedvet, melyből kevés van az anyagforgalom mérgeinek közömbösítésére.

A dysthyreoidálás irányban *Hutchinson*[33] vizsgálatai értékesek, de szintén negativ eredményűek. Ő Basedow-kóros betegek pajzsmirigyeiből készített kivonatot és ezt adta két nem Basedow-kóros betegének, szintén, még nagy adagban is, minden hatás nélkül. Ugyanezen pajzsmirigyből vett colloidanyag azonban 3·5—4·5 gm.-os napi adatokban 2 betegén lesoványodást és lázat hozott létre, egy pajzsmirigyétől megfosztott kutyán sok colloiddal csekély érlökés emelkedésen és lázon kivül más eredménye nem volt. E kisérlet annak is ellene szól, hogy a megváltozott pajzsmirigy-váladék vezetne Basedow-kórra, de nem lehetetlen, ha a hyperthyreoidálást nem is fogadjuk el, hogy a pajzsmirigy megváltozása a Basedow-kór tüneteinek egy részét esetleg befolyásolja.

Möbius maga is bevallja, hogy a hyper- és dysthyreoidálásról szóló fejtegetés csak a jövő zenéje még.

A pajzsmirigy-elmélet hívei a sebészetre is hivatkoznak, kik a beteg lebeny egy karélyának eltávolítása után javulást, sőt gyógyulást is láttak. Ezt még magyarázni lehetne a már elvetett hyperthyreoidálás elméletével, de hogy lehet elképzelni, hogy ha a beteg szervből egy darabot kivágunk, a megmaradt, de még mindig rendellenes terméket szolgáltató szerv most már közömbösíteni fogja az anyagcsere mérgező termékeit, nem igen értjük (*Marcus*). De hiszen éppen ily jó eredményről referálnak azok is, a kik a carotist lekötötték vagy a pajzsmirigy verőerét, vagy kik a pajzsmirigyet luxálták (exothyropexia). Valósággal azonban az eredmények nem ilyen kecsegtetők. A betegek egy része az operatio után meghal. Ilyen eseteket *Diegel*,[64] *Debove* és mások is közölnek. *Buschan* többször tette megbeszélése tárgyává a sebészeti eredményeket és azt találta, hogy a gyógyultaknak mondott esetek tulajdonkép csak javultak, a javulás pedig csak abban állott, hogy a nagy struma miatt trachealis stenosissal küzködő betegek lélegzési nehézsége és az abból folyó tünetek megszüntek, a többi tünetek javulása csak egy és fél vagy két évvel az operatio után következett be, vele tehát összefüggésbe nem hozható, különben struma luxálás, a pajzsmirigy verőereinek lekötése is ugyanilyen jóhatású állítólag.

A statistikák rendkivül elütők. *Buschan*[6] 62 esetből von következtetést, közülök 7-ben a halál rögtön az operatio alatt vagy utána állott be, 17-ben nem volt javulás vagy rosszabbodás állott be, 22-ben volt javulás, 16-ban gyógyulásról szól a szerző. Bár elismerjük, hogy csak súlyosabb beteg veti magát műtét alá, ez eredmény egyáltalában nem csábító, különösen, ha meggondoljuk, hogy a halál egyedüli oka a műtét volt.

A pajzsmirigy-theoria, mint látnivaló, ugyanott tart, mint az együttérző idegrendszer nyaki részének betegségére alapított; hiányzó működés, túlzott működés volt ott a jelszó, mikor a hibás működés még ismeretlen volt.

Ilyen ex juvantibus okoskodással akarják *Reclus, Gerard Marchant, Gayet, Jaboulay, A Hussein, Berrard*[4] a sympathikus theoriát ismét talpra állitani. Ők is sebészeti eredményekre hivatkoznak. Kétoldalt a nyaki sympathikus felső ganglionját és az ideg egy részét kivágták és a betegek hosszabb-rövidebb idő mulva igy is meggyógyultak.

(Folytatása következik.)

Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok.

Vérnyomás a menstruatio alatt.

P., 34 éves asszony, 1896. november 14-dikén a bal alsó lábszár közepén totalis fracturát szenvedett. A teljes gyógyulást gátlá azon körülmény, hogy a felső hegyes törvég az alsó mellett kissé elcsúszott, miáltal a tibia hegyes fragmentvége közvetlen a bőr alá került. Az éles csont felett a bőr sokáig lobos és fáj-

dalmas volt, míg végre 4 hónap lefolyta után a consolidatio tökéletes lett és teljes gyógyulás állott be.

Az asszony most arról panaszkodik, hogy menstruatiója alatt beteg lába mindig fájdalmas lesz és megdagad. Már a menstruatio első napján kezd a láb a callus alatti részén dagadni. A bőr a még mindig hegyesen áttapintható törvég felett élénkpiros és fájdalmas lesz. Bár ez már a menstruatio harmadik napján szünik, az oedema egy hétig el szokott tartani. Menstruatio után a láb ismét egészen normalis.

Ezen érdekes megfigyelés a menstruum alkalmával beállott vérkeringési rendellenességeket egy új oldalról világítja meg. Bár fel kell tennem, hogy a beteg láb distalis, callus alatti részében a véredények sem a régi normalisak, azok bizonyára kevésbbé ruganyosak és talán permeabilisebbekké lettek, a betegség folyamán hosszantartó vérpangás következtében. De mivel a beteg láb nem mindig, sőt inkább csak periodice dagad meg, fel kell tennem, hogy ezen periodusok alatt a vérnyomás fokozódott. Egészséges edényfalak kitartják a vérnyomás eme, bizonyára csak csekély emelkedését, a mire betegesen elváltozott edényfalak oedemával reagálnak.

Érdekes volna kymographikus megfigyeléseket tenni kutyáknál. Egyforma erőben levő kutyáknál a koslatás ideje alatt minden bizonynyal magasabb kymographiai értékeket kapnánk a rendesnél.

Különben más bizonyítékaink is vannak. Egy nő, ki már évek óta mitral stenosisban szenved, 2 évvel ezelőtt kapta az első incompensatiót. Ezóta minden menstruatio alkalmával beáll egy kisebb-nagyobb incompensatio. Hányás, hányinger, köhögés, májfájdalmak, olyguria és oedemák a lábakon; de a pulsus, bár igen irregularis, mégis elég erős; talán még teltebb, mint a menstruatio közti relativ jól érzés idejében.

Sokszor hallok panaszkodni a menstruatio alatt rendesen fellépő fejfájásról. Ez is a vérnyomás fokozódásának tudható be: mert ergotin, mely a vérnyomást csökkenti, rendesen használ.

Hogy miért fokozódik a vérnyomás? A menstruatio alatt egy affluxus áll be a genitaliákhoz. Eme affluxus a splanchnikus idegeknek temporaer gyengülése által idéztetik elő. Stricker kisérletében, midőn ő a splanchnikusokat átvágja, a vérnyomás csak eleinte csökken, később megint emelkedik, mert a test összes véredényei tonust kapnak és szükebbek lesznek. A menstruatio alatt a medencze vérbősége általános anaemiát okozna, ha egy reflectorice, a vasomotorius centrum izgalma által előidézett általános edény-tonus nem állítaná helyre az egyensúlyt.

Weisz Miksa dr.

TÁRCZA.

Thurzófüredről — Japánba!

Egy hajóorvos naplójából.

(Vége.)

November 6-dikán elhagytuk Hongkongot és hat napi botrányos tengeri út után, melyhez kemény északkeleti monzum fütyülte a nótát, Japánba, Yokohamába érkeztünk. Felejthetetlenül van bevésve emlékembe a 13,000 lábnál magasabb szent Fuzsijáma örökös hó födte vulkánikus kúpja, a mint hajónk közeledtekor akár egy óriási, égnek törekvő pyramis, mindjobban kibontakozott a távol homályból. Havas csúcsa a napsugárban fürdött — isteni látvány! Csodálnám, ha a természet e remekét szentnek nem tartanák. Oda is pingálják a japszok büszkén minden skatulyára, legyezőre, teakészletre, meg mindenre, a mi kezükből csak kikerül.

Hajónk horgonyt vetett, én pedig siettem kapitányommal Simon & Evers irodájába, társaságunk képviselőjéhez, hogy az ott számomra váró drága honi leveleimet átvegyem. Hogy irigykedett kapitányom, mikor kezembe nyomtak vagy egy fél kilónyit belőle! Az is igaz, hogy a kapott hírek — *kopott* hírek, 43 naposak voltak már, no de ki nézi ezt ilyenkor? Ilyenkor látszik, ki a jó barát, ki vesz magának fáradságot, a távol világban kóborló barát czíme után tudakolódni, hogy egy meleg kézszorítást küldjön neki a világ végére is.

Itt jártam denique a távol Kelet legmüveltebb népe, a tiszta fekete hajú, sárgás bőrü, erősen kiálló pofacsontokkal biró mongol *rokonaink* között. Különben a japániak úgylátszik különféle fajok összekeveröéséből fejlődtek, melyekből a mongol faj csak a praedomináló. Őseik barlanglakók voltak, kiknek egyenes leszármazékaik az *aïnók (aïnuk)*, kik még most is 10—12,000-nyi számban Jezo, Szachalin, Kuril szigetjein és Kamcsatkában találhatók, hová a mostani japáni fajkeverék által kiszoríttattak. A müvelt japszok roppantul haragszanak, ha azt állítják róluk, hogy ezektől a vadaktól származnak, kik (egy torzonborz, fekete, hosszú hajú, hosszú szakállú, állatiasan szörös, taetovált nép) télen földalatti üregekben, nyáron szalmakunyhókban élnek, köszönésnek orrukat vakarják, csók helyett pedig orruk egymáshoz dörzsölödzését veszik érzelmeik kifejezésének, élő medvét imádnak és a csirkebelet (mindenestül) delicatesse számba eszik. Milne tanár állításaival szemben Baelz tanár az aïnukat nem tekinti a japániak őseinek, még pedig azért, mert a japáni az aïnukkal ellentétben az emberi fajok legkevésbbé szöröseinek egyike. Van egy finomabb úri-, és egy közönségesebb paraszt-typusuk. Magasságuk átlaga csak öt láb, a nőké még kevesebb, minek megfelelőleg testsúlyuk is kisebb a mienknél. Táplálékuk főalkotó része a rizs, mely egyben kenyerük is; húst nem igen sokat esznek, még legjobban a halat kedvelik. Szellemi tehetségük elég magas fokon áll, mit modern iparjuk, kereskedelmük és a tudományok minden ágának modern müvelése eléggé bizonyít.

Szellemi életükre legtöbb fényt vet azonban Japán fővárosában, Tokióban levő egyetemük, az úgynevezett „*Teikoku Daigaku*", mely az országban elszórva volt több rendbeli főiskola egyesítése által létesült, és 1868-ban, vagy japáni időszámítás szerint 2528-ban, mint *császári* intézet mai szervezetét kapta. Öt fakultásból áll: *Igakko* (orvosi), *Hogakko* (jogi), *Kobu Daigakko* (technikai), *Bungaku* (irodalmi és nyelvészeti) és *Rigaku* (bölcsészeti fakultás). Tokióban tartózkodásomkor meglátogattam az egyetemet, megnéztem az egyes fakultások épületeit és berendezéseit, az egyetemi könyvtárt, laboratoriumokat, szertárakat, botanikus kertet s mindent, a mi az egyetemhez tartozik, és mondhatom, ha folyton *kimonoba* öltözött fiatal embereket nem láttam volna magam előtt, úgy semmi sem emlékeztetett volna arra, miszerint a főlkelő nap birodalmában és nem Európában vagyok.

1887. május óta egy császári rendelet alapján két egyetemi fokozatot különböztetnek meg, a *hakushit* (tudori) és a *daihakushit* (nagytudori). Utóbbi quasi egy dísztitulus, mely csak a tudomány előkelő munkásainak lesz megadva. Az orvostudor neve: *igaku-hakushi*, az orvos-nagytudoré: *igaku-daihakushi*. Újabban ők maguk is kissé hosszúknak találván ez elnevezéseket, megrövidítették *igakushi* és *igaku-hakushi*-ra. A jogtudorok czímei így: hogakushi, a mérnököké kogakushi, a bölcsészeké rigakushi, a nyelvészeké bungakushi, a gyógyszerészeké yakugakushi, az állatorvos tudori czíme végre yun-igakushi lett. A legtöbb tanárnak a *nagytudori* czíme is meg van.

Az egyetemi tanszéket egy *tanár* birja, ki mellett *segédtanár* és *tanársegéd* müködik. A diplomát nem az egyetem, hanem a közoktatási minister állítja ki és roppant egyszerü. Kövekezőleg van szerkesztve:

Tudori oklevél.

(Név) . . . . . .

(Titulus, kitüntetés, rang, társadalmi állás, illetőség.)

A *Meiji* (mostani uralkodás) 20-dik évében kelt 13. számú császári rendelet III. szakasza értelmében a . . . . . *hakushi* fokozatot ezennel megadjuk fentnevezett úrnak.

Kelt Tokio . . . . . .

minist. pecsét

. . . . . .

közoktatási minister.

Ugyanilyen a *daihakushi* oklevél is.

Az egyetemi tanács 12 tagból és a rektorból (elnökből) áll. Az orvosi egyetem jelenlegi dékánja (igazgatója) Gentaczu Hamada. Orvos-tanárok: Baelz Erwin (lipcsei titkos udvari tanácsos), bel-

gyógyászat; Scriba J. (heidelbergi), sebészet; Moriji Miura (berlini oklevél), kórboncztan; Kenji Ozawa (strassburgi oklevél), élettan; Yunichiro Simojama (strassburgi oklevél), gyógyszerisme; Nagajoshi Nagai (berlini oklevél), gyógyszerisme; Keizo Tamba (erlangeni oklevél), gyógyszerisme; stb. A többi tanár csak tokiói oklevéllel bir.

Az egyetemi év szetpember hó 11-dikén kezdődik és julius hó 10-dikén végződik. A nyári szünet tehát két hónapig tart. Télen ezenkivül deczember 25-dikétől január 8-dikáig, tehát kéthetes, tavaszkor április 1—8-dikáig, vagyis egyhetes szünidő szakítja még meg az előadásokat.

Az orvosi tanfolyam négy évből áll. *Az első év* tárgyai: leíró és gyakorlati boncztan, szövettan (gyakorlatokkal), élettan és általános kórtan. Heti órák száma legfeljebb 36. *Második év:* gyakorlati és tájboncztan, elméleti és gyakorlati pharmacologia, gyakorlati vegytan, általános kórtan, kórboncztan és kórszövettan, diagnostika, általános sebészet, különös kór- és gyógytan. Heti órák száma legfeljebb 36. *Harmadik év:* Tájboncztan, belgyógyászat (klinikum és poliklinikum), sebészet (klinikum és poliklinikum), szülészet (phantom gyakorlatok), közegészségtan, törvényszéki orvostan. *Negyedik év:* belgyógyászati, sebészeti, nőgyógyászati, szülészeti és gyermekgyógyászati klinikum és poliklinikum; börgyógyászat és bujakórtan, szemészet és elmegyógyászat. Ez utolsó évben a medikusok kora reggeltől késő estig vannak elfoglalva.

Mint a medikusok, úgy a gyógyszerészek is directe a középiskolák (higher middle school) elvégzése után kerülnek az egyetemre. A gyógyszerészeknek nem kell előbb patikában praktizálniok, hanem az egyetemen kapják meg gyakorlati kiképzésüket is. Három évig tart a cursusuk, melyben a fősúlyt analysisre, prakt. pharmaceutikus vegytanra, gyakorlati törvényszéki vegytanra, dispensatiós gyakorlatokra és főkép a japáni pharmacopoeában való gyakorlatokra fektetik.

Az egyetemi hallgatók minden év végén tesznek vizsgát és csak ennek sikeres letétele után jönnek a magasabb tanfolyamba. Egy-két tárgyból való bukás pótvizsgát von maga után, több tárgyból való bukás az év ismétlésére kötelez. Ismételt bukás = elcsapatás. Az egyetemre való felvétel alkalmával az egyetemi polgárok esküszerű fogadalmat tesznek, hogy az előirt törvényeknek szigorúan meg fognak felelni; de még ez sem elég: két jónevű, megbizható egyénnek kell még jótállani mindegyik hallgatóért. Leczkepénz évente körülbelül 10 frt. Vizsgadíj nagyon kevés, úgyszinte a *promoveáltatás* díja is.

Tiszti (physikatusi, államorvostani) vizsgára négy havi cursusban készülnek elő. Tárgyak: kórboncztan, közegészségtan, törvényszéki orvostan, elmegyógyászat és közegészségügyi törvények.

A bába-tanfolyamot, mely 10 hónapig szokott tartani, az egyetemi szülészeti klinikán (a „szanba jozeijo"-ban) végzik.

A kórházi ápolónők cursusa (a kanbio-hokoshu-kwa") egy évig tart.

Az összes klinikáknak csak *egy* igazgatójuk van, és az jelenleg *Hogara Uno* börgyógyász.

A hat rendes tagból álló közegészségi tanács elnöke *Gentaczu Hamada*, a japáni Tauffer.

A kórházaknak és egyetemi épületeknek különálló, a fővárositól független vízvezetékük, gáz- és villanyvilágításuk van, és központi fütésre vannak berendezve. Mindezekre külön-külön igazgató ügyel.

Az egyetemhez tartozik még az állami csillagászati observatorium, *Terao* igazgatóval az élén, ki Párisban végezte tanulmányait, továbbá egy füvészkert (igazgatója Macsumura) és az egyetemi könyvtár. Utóbbi 270,000 kötetből áll és reggel 7 órától este 9 óráig áll az ifjúság rendelkezésére. Egyszerre 300 olvasó foglalhat helyet termeiben. Tagsági díj egy harmadévre egy japáni dollár, vagyis 1 frt 30—40 kr.

Az orvosi klinikák, bár igen egyszerűen vannak berendezve, úgyszólván európai magaslaton állanak. A kórtermek nagyok, szellősek, hygienikusak. A betegek ágyakban fekszenek, habár a japáni nincsen nagyon hozzászokva az ágy nyujtotta luxushoz. Az ápolást feltünő tisztán öltözködő, cursust végzett, előzékeny, buzgó, lelkiismeretes japáni leányok teljesitik. Műtéteknél oly ügyesen segédkeznek, akár a mi vörös-kereszt ápolónőink. A legtöbb kötözést ők végezik.

Nem egy elviruló félben levő „*gésa*" talál itt menedéket és lelki nyugalmat mint ápolónő, nagyon is mozgalmas teaházi élete után.

Baelz és *Scriba* tanárok most már japáni előadásokat tartanak, de azért mondhatnám, teljesen német szellem uralkodik osztályaikon. A tanársegédek, a mennyire lehet, törekszenek elsajátítani a német nyelvet, német könyveket olvasnak és szeretik, ha Tokioba vetődő német hajóorvosok ellátogatnak klinikáikra, hol őket a legelőzékenyebb módon kalauzolják. Ugyanez osztályokon legnagyobb meglepetésemre német fejlapokat, német nyelven vezetett kórtörténeteket láttam! Mikor odajöve, angolul mutattam be magam, egyik japáni orvos mindjárt azzal állt elő, nem tudok e németül, mert ők azt szivesebben cultiválják, mint az angolt.

Láttam itt egy olyan érdekes dolgot, hogy nem hallgathatom el. A mint az egyik női kórteremben ugyanis végigmegyünk, egy még egészen fiatal emberke éppen egy asszony térdét massálta. Jobban odanézve, észrevettem, hogy e masseur vak. Kérdezősködésemre azután hallom, hogy a massaget egész Japánban vakok végzik, még a klinikákon is, és nem dicsérhetik eléggé ügyességüket és megbizhatóságukat. Figyelmeztetve lévén így már, sokszor volt azontúl alkalmam az utczán ily vak masseuröket látni, a mint kis fütyülővel hirdették müvészetüket az arra járókelő publikumnak.

Végül csak még egyet, a tokioi orvos-egyetemi tudományos munkálkodás illusztrálására. Japáni nyelven megjelenő orvosi folyóiratokon kivül van az egyetemnek még egy angol és német nyelvü lapja is, „The journal of the medical colleges", melyben az egyetembeliek dolgozatai a külföld számára tétetnek közre. E lap igen serény orvos-irodalmi tevékenység kifejezője.

Érdemes a japániak előtt kalapot emelni.

Hogy mily nehezen búcsuztam a távol Kelet e müvelt, udvarias, örökké jókedvü népétől, azt csak az tudja felfogni, kinek része volt benne, közöttük magát jól érezhetni és a világon páratlanul álló előzékenységükről személyesen meggyőződhetni.

Fanzler Lajos dr.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Einführung in die Geschichte der Medizin von **Dr. Julius Pagel**, Privatdocent an der Universität zu Berlin. Berlin, 1898. Verlag von S. Karger; egy kötet, 574 lap.

Az utolsó évtizedekben a természettudományok terén általában lefolyt óriási átalakulás és különösen az orvostan terén történt rohamos haladás azzal a káros mellékkövetkezménynyel járt, hogy az egész orvosi világot annyira elfoglalja a mindig új és újabb buvárlatok eredményeinek megismerése és a modern vívmányok birálata és alkalmazása, hogy nem marad ideje a multba való visszatekintésre és tudományunk fejlődésének tanulmányozására. Minden tudományosan gondolkodó orvos átérzi és elismeri ugyan az orvostan történelmének érdekességét és gyakorlati fontosságát, de ennek müvelését mégis mindenütt mindinkább elhanyagolják. Innen van, hogy az orvosi irodalom hatalmas fellendülése daczára az orvostörténelmi irók sora nagyon megritkult; kétszeres örömmel kell tehát üdvözölnünk oly jeles történelmi tankönyvet, a milyen *Pagel*-nek a folyó év elején megjelent müve.

Pagel e munkájában az óriási történeti anyagot huszonöt előadás keretébe szorította és bár müve távolról sem oly nagy terjedelmü, mint *Haeser Henrik* vagy *Baas Ármin* kézikönyve, mégis mindazt megtaláljuk benne, a mi tudományunk történeti fejlődésének átértéséhez szükséges és fontos. *Pagel* ugyanis nagyon helyesen választotta ki azon lényeges történeti eseményeket, melyeknek tárgyalása egy jó tankönyvből el nem maradhat és viszont azokat a kevésbbé fontos részleteket, melyek az összefüggés és az áttekinthetőség megzavarása nélkül egészen elhagyhatók vagy melyeket elegendő néhány szóval érinteni; ez által tért nyert arra is, hogy az orvostan fejlődésének legkiválóbb mozzanatait behatóan és a kellő részletességgel tárgyalhassa.

A mű irálya szabatos, könnyen érthető és sehol sem válik unalmassá; a szerző fejtegetéseit az egyes korszakok általános culturális állapotának rövid ecsetelésével is élénkíti. Emeli a mű értékét, hogy benne már a legutolsó évek történeti kutatásainak eredményei is méltányolva vannak és minthogy *Pagel* művében mindenütt reáutal a nagyobb forrásmunkákra, ez által az egyes korszakok történetének behatóbb tanulmányozását is megkönnyíti.

Pagel azonban tudományunk fejlődését csak a XIX. század elejéig tárgyalja pragmatikusan és — ezúttal legalább — nem is mert megpróbálkozni azzal az óriási és még megoldatlan feladattal, hogy tudományunknak a jelen században végbe ment nagy átalakulásának történetét oknyomozóan megirja, hanem csupán arra szorítkozott, hogy az e korszakra vonatkozó fontosabb adatokat meglehetős pontossággal összegyüjtve közölte művében, úgy hogy ez majd később egy erre hivatott historikusnak forrásmunka gyanánt szolgálhat.

A hazai orvosi közönségnek, mely magyar orvostörténelmi kézikönyvvel — sajnos — még egyáltalában nem rendelkezik, *Pagel* művét melegen ajánlhatjuk. *Tihanyi Mór* dr.

Hetiszemle és vegyesek.

A „Gyógyászat“ f. é. április hó 24-diki számában **„Vidéki gyakorló orvos 50 éves jubileuma és — a facultás“** czím alatt egy közlemény jelent meg, melyben *Szabó Ferencz* dr. kalocsai orvos 50 éves orvosjubileuma alkalmából kért jubiláris oklevél ki nem állítása miatt az orvoskari dekanatus támadtatik. Az orvoskari dékáni hivatal ezen tárgyban az eredeti acták közlésével a következő irattári adatokat közli velünk:

I. ügydarab. „776/1897/98. Nagyságos Ajtai Sándor dr. úr, a magy. kir. tud. egyetem orvoskari dékánjához Budapesten. Alázatos kérvénye *Ringenbach Dezső* dr. járási orvosnak (lakik Kalocsán).

Nagyságos Dékán Úr! Alulirott bátorkodom kalocsai kartársaim megbizásából azon alázatos kérelemmel járulni Nagyságodhoz, hogy Szabó Ferencz dr. helybeli orvostudor részére, ki oklevelét 1848. év márczius hó 29-dikén nyerte el, s igy ez évben ünnepeli 50 éves orvostudori jubileumát, egyetemi díszoklevelet kiállítani s azt czímemre beküldeni méltóztassék, hogy azt az ünnepeltnek átnyújthassuk. Bátor vagyok még megjegyezni, hogy a jubiláns néhai Szabó József dr. hirneves egyetemi tanárnak testvéröcscse és hogy a díszoklevél kiállításával járó esetleges költségek viselését magamra vállalom. Mély tisztelettel maradtam Nagyságos Dékán Urnak Kalocsán, 1898. év február hó 12-dikén alázatos szolgája Ringenbach Dezső dr., járási és tb. megyei főorvos.“

Ezen, folyó évi február hó 12-dikén kelt és f. é. február 15-dikén iktatott beadványban nincsen megemlítve az, hogy a jubileum mely időben fog megtartatni s hogy a díszoklevél kiállítását mely időre kérik.

Határozat. 1. Egyetemi iroda közölje, hogy a jubiláris oklevél kiállítása költsége mennyi, 2. erről folyamodó tudósítandó és felhivandó, hogy a jubiláns „Curriculum vitae“-jét küldje be, 3. az igy felszerelt ügy kari ülés elé elnöki indítványnyal terjesztendő. *Ajtai* dr. s. k.

II. ügydarab. A magyar kir. tudományos egyetem orvoskari dékáni hivatalának Budapest. Szabó Ferencz dr. kalocsai gyakorló orvos 50 éves jubileuma alkalmából márczius hó 29-dikére egy díszoklevél kiadása iránt kérelmeztem még február hó 14-dikén. Ezen kérelmem azonban *érthetetlen okokból mindeddig* még válaszra sem érdemesíttetett, ennélfogva bátor vagyok kalocsai kartársaim nevében tudomására hozni Czímnek, hogy a kért díszoklevélre többé nem reflectálunk. Kalocsán, 1898. év április hó 4-dikén tisztelettel Ringenbach Dezső dr., tb. megyei főorvos.

776/1897/98. Erre adatott a következő: *Végzés.* A tudori oklevelek általában, s igy az orvostudori jubiláris oklevél is nem a karok, hanem az egyetem senatusa által adatnak s administratiójuk is nem a dékáni hivatalok, hanem a központi rectori iroda ügykörében vannak. Ennélfogva a fenforgó ügyben a folyamodó értesíthetése végett a rectori iroda megkerestetett, hogy a kiállítás dísze szerint változó s a concret esetben felmerülhető költségekről értesítést adjon. Ha a költségek fedezése biztosítva van: akkor a részletes „Curriculum vitae“ előterjesztése mellett egy kari ny. r. tanár indítványozza a jubiláris oklevél kiadását a karban, a kar pedig tovább a tanácsnál, mely végérvényesen határoz; s elfogadás esetén a deponált kiállítási költségnek megfelelő oklevél elkészittetéséről és megküldéséről a rectori iroda gondoskodik. Mielőtt a rectori iroda válasza a kiállítási költségről a dékáni hivatalhoz beérkezett volna, folyamodó megbizottja a dékáni hivatalban megjelenvén, mindezekről személyesen kapta meg a választ s ebben minden az ügyre vonatkozó utasítást. Miután pedig ezután a hivatalhoz sem a költségek fedezete, sem a „Curriculum vitae“ beküldése, sem egy ny. r. tanárnak az indítványozásra való felkérése iránt semminemű értesítés nem érkezett: folyamodó 1898. április 4-diki ad 776. sz. beadványában foglalt azon recriminatiója, hogy kérelme érthetetlen okból válaszra nem érdemesíttetett, alaptalan; kalocsai kartársai nevében tett azon kijelentése pedig, hogy „a kért díszoklevélre többé nem reflectálnak“, tudomásul vétetik s az ügydarab irattárba helyeztetik. Budapest, 1898. április 8. *Ajtai* s. k.

Ezekből constatálható, hogy 1-ször: a dékáni hivatal az ügyben szabályszerűen eljárt, 2-szor: hogy a folyamodó dr. Ringenbach megbizottja az ügy tovább kezelése czéljából a szükséges utasításokat személyesen megkapta, 3-szor: hogy a jubiláris okleveleknél taksákról szó sem volt és szó sincs, csupán az ezen hivatalhoz nem is tartozó anyagi kiállítási költségek feletti tájékoztatásról, 4-szer: hogy a folyamodó dr. Ringenbach a tartandó jubiláris ünnepély időpontját és a kiállítandó oklevél mely időben való szükségességét sem az irásbeli beadványban, sem megbizottja szóbelileg a dékáni hivatallal nem közölte, végre 5-ször: hogy a jubiláris oklevélről második beadványában kalocsai kartársai nevében oly időben mondott le, t. i. f. évi április hó 4-én, a midőn annak megszerzéséről még az április 11-dikén tartott ünnepélyig is gondoskodhatott volna.

○ **A IX. nemzetközi hygieniai és demographiai congressus** április 11-dikétől 17-dikéig folyt le Madridban. Spanyolország kínos politikai állapotának semmi nyoma sem látszott a congressus külső képén. A congressus látogatottsága elég jó volt, a tagok száma körülbelül 2000-re rúgott, de ezeknek csak egy ötöde volt idegen nemzetiségű és pedig legnagyobb számmal franczia (111), azután angol (50) és német (48). A congressus tiszteletére rendezett fényes ünnepségek közül különösen kitünt a fogadás a királynőnél, továbbá a belügyminister által rendezett estély az erre a czélra átalakított operaházban. A mi a congressus tudományos működését illeti, a 13 szakosztály (10 hygieniai és 3 demographiai) munkássága nagyjában kielégitette a várakozást. Leglátogatottabb volt — úgy mint a Budapesten tartott előző congressuson is — a bacteriologiai szakosztály, melyben több nagyon érdekes dolgozat került előadásra. Úgy ezekről, valamint a congressus lefolyásáról lapunk más helyén alkalmunk lesz még kimerítőbben megemlékezni, most csak azt jegyezzük még meg, hogy a legközelebbi congressus székhelye Párisban lesz 1900-ban.

△ **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1898. április 10-dikétől 1898. április 16-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 438 gyermek, elhalt 288 személy, a születések tehát 150 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup 1, roncsoló toroklob 7, hökhurut 1, kanyaró 6, vörheny 2, himlő —, typhus abdominalis 4, gyermekágyi láz —, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 2, agykérlob 19, agyvérömleny 4, rángások 9, szervi szívbaj 26, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 59, tüdőgümő és sorvadás 47, bélhurut és béllob 11, carcinomata et neoplasmata alia 9, méhrák 1, Bright-kór és veselob 10, angolkór 1, görvélykór 1, veleszületett gyengeség és alkathiba 15, aszkór, aszály és sorvadás 1, aggkór 12, erőszakos haláleset 26. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2300 beteg, szaporodás 741, csökkenés 744, maradt e hét végén ápolás alatt 2297. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1898. április 16-dikától április 23-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 10 (meghalt 2), himlőben — (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 22 (meghalt —), vörhenyben 28 (meghalt —), kanyaróban 93 (meghalt 5), roncsoló toroklobban és torokgyíkban 15 (meghalt 6), trachomában 22, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 6 (meghalt —), orbánczban 19 (meghalt —), gyermekágyi lázban — (meghalt 1).

○ **Kitüntetés:** A király *Kövér Kálmán* dr. budapesti gyermekorvosnak ebben a minőségben sok éven át kifejtett buzgó és önzetlen működése elismeréséül a királyi tanácsosi czímet adományozta.

= **Filep Sándor** dr.-t az igazságügyminister a csikszeredai törvényszék területén felmerülő törvényszéki orvosi, valamint a csikszeredai fogházorvosi teendők rendes ellátásával bizta meg.

△ **A homöopathia tanszéke Bajorországban.** A bajor pénzügyi bizottságban Landmann képviselő a müncheni egyetemen a homöopathia számára tanszék felállítását indítványozta. A minister azt válaszolta, hogy erre nincs szükség, különben is az egyetem orvosi fakultása egyhangúlag ellene nyilatkozott, mivel „a homöopathia nem tudomány“.

† **Elhunytak:** Dévaványai *Halasy Zdenko* dr., Somogyvármegye kaposvári közkórházának alorvosa 28 éves korában. — *Buzáth Márton* m.-szigeti gyógyszerész, a mármarosvármegyei orvosgyógyszerész-egyesület buzgó választmányi tagja, vm. törvényhatósági bizottsági tag és sziget város képviselő testületének tagja, f. évi április hó 20-dikán éjjel 2 órakor rövid szenvedés után életének 58. évében szivszélhüdésben elhalt. A máramarosvármegyei ovosgyógyszerész-egyesület az elhunytban egyik legtevékenyebb tagját gyászolja.

—r. **Erényi Jenő** dr., karlsbadi fürdőorvos, Karlsbadba utazott és ott orvosi működését ismét megkezdte.

—r. **Mangold Henrik** dr., királyi tanácsos, már megkezdte *Balaton-Füreden* fürdőorvosi működését. A hivatalos fürdősaison ez idén május 22-dikén nyilik ugyan, de azért felkereshetik klimatikai és diaetetikai kurákra előbb és utóbb is ezen kedvező fekvésű gyógyhelyet.

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.

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.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület (XIV. rendes ülés 1898. április hó 23-dikán.) 218. l. — Közkórházi orvostársulat. (VI. bemutató szakülés 1898. márczius 23-dikán.) 219. l. (VII. bemutató szakülés 1898. április 20-dikán.) 220. l. — A német balneologiai congressus tárgyalásai. 221. l.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XIV. rendes ülés 1898. évi április hó 23-dikán.)

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

Jackson-epilepsia operált esete.

Kétly László: E beteget az orvosegyesület f. é. IV. rendes ülésén már bemutatta, akkor nála a jobb kar és vállizmokra szorítkozó és néha a jobb facialis Bell-féle ágaira kiterjedő, óránként 8—10-szer jelentkező tonico-clonicus görcsök voltak jelen vagyis egy status epilepticus. A mellett a jobb kar és kéz erős paresise és erős fájdalmak különösen a jobb vállizmokban és nagyon erős fejfájások, melyek a bal falcsont tájáról indultak ki. E fájdalmak és görcsök a beteget aludni sem hagyták s belső szerelésre (naponta 8 gm. bromkali) sem javultak. E görcsök két általános epilepsiás rohammal kezdődtek és már akkor 2 hónap óta változatlanul állottak fenn. A diagnosis Jackson-epilepsiára lett felállítva és a tünetek és paresis alapján, Hitzig vizsgálatait véve tekintetbe, a baloldali centralis agytekervény mellső részébe helyeztük a bántalom székhelyét és felvettük, hogy itt materialis elváltozásnak is kell lennie. A gócz kórtani minőségéről és keletkezésének okáról biztosat nem tudtunk mondani. A localisatio ily pontos lehetősége alapján és az eset kétségbeesett volta miatt a trepanatiót hoztuk javaslatba. A beteget át is tettük az I. sebészeti klinikára, hol még 2 hétig megfigyelték és állapota nem változván, f. é. február 19-dikén rajta Dollinger tanár Wagner-féle osteoplastikus koponyaresectiót végzett. A dura mater és a csont belső felülete egészen tiszta volt, ellenben a lágy agyburok a praecentralis tekervény fölött hegszerűen el volt homályosodva, megvastagodva és az agykéreggel hegesen összenőve. Az agykéreg állományának mintegy 6—7 mm. széles és 1 cm. hosszú területén az agytekervény domborúságán az agyállományban gombostűfejmekkoraságú, régi vérömlenyekből származó pontok voltak, melyek közül egyik-másik megszúrva, belőle savószerű folyadék ömlött, körülötte pedig az agyállomány részint heges, részint pedig sárga, mintha sáfránynyal lenne megfestve. Ezt a helyet mintegy 5—6 mm. vastagságban lemetszették. A szomszédos agytekervények és sulcusok épeknek találtattak. A seb ezután befedetett és ma, két hónap mulva, már a bőrlebeny is teljesen benőtt, csak az erős heg látszik a bőrmetszés helyén. Az operatio tehát teljesen igazolta a diagnosist és a localisatio helyességét, mert mint látjuk, a mellső központi tekervényen egy előrement encephalo-meningitis maradványát találtuk. Okát illetőleg most sem tudunk többet róla, de talán valószínűnek mondhatjuk, hogy a multkor említett gyakori odaütődések fejével az ajtófélfába a malomban foglalkozása közben okolhatók, de biztosan nem állíthatjuk. A mi az operatio eredményét illeti, arra nézve egészen meg lehetünk elégedve, mert most a betegnél már két hét óta csak naponta egyszer jelentkező s a jobb vállizmokra szorítkozó, a kezet és arczot szabadon hagyó tonico-clonicus görcsök mutatkoznak, a fájdalmak a karban és fejben teljesen megszüntek. A paresis azóta teljesen megszünt, kezével már finom mozgásokat végez, irni is elég jól tud. Az izomerő is visszatért, mert míg az operatio előtt jobb kezével csak 4 kg.-ot volt képes az erőmérőn nyomni, addig most már 50 kg.-ot nyom. A javulás ezen fokra lassan ért el, sőt az operatio után 2—3 napig nemcsak a görcsök álltak fenn változatlanul, hanem még aphasia is lépett fel, ezt azonban abból magyarázhatjuk, hogy a csont alatt egy véredény erősen vérzett pár napig és organtin-csíkokkal tamponálták, ezeknek és a vérnek nyomása hozhatta tehát létre az aphasiát és a vérzés elállítása után meg is szünt és nyoma sem maradt.

Az esetet még teljesen gyógyultnak nem mondhatjuk, mert még egyszer naponta van görcs; de a javulás óriási és remélhető, hogy teljes és állandó gyógyulás is fog létrejönni. De azért az eddigi idevágó irodalom alapján el kell készülve lennünk esetleges rosszabbodásra is. Ezen eset is bizonyítja tehát, hogy a Jackson-féle epilepsiák kétségbeesett alakjainál az operatio megkisérlendő, mert a tapasztalatok azt mutatják, hogy javulás, sőt gyógyulás is lehetséges, míg rosszabbodás nagyon ritkán áll be.

Dollinger Gyula: Miután a corticalis epilepsia sebészeti gyógyitása az agychirurgiának leghomályosabb része, minden egyes esetet érdemesnek tart arra, hogy megbeszélés tárgyát képezze. Ezen esetben a műtét február hó 19-dikén történt morphium-chloroform-narcosisban. A központi tekervény helyét a Müller-Kocher-féle méréssel határozta meg. A koponya megnyitása Wagner-féle osteoplasticus periodicus koponyaresectióval történt, az ajtóként visszahajtott csontlebeny szélessége 5—6 cm., hosszúsága 7 cm. volt. A csonton és a dura materen semmi eltérés sem találtatott, a pia mater 2—3 cm.-nyi helyen tejszerűen el volt homályosodva, és mintegy 6—7 mm.-nyi széles és egy cm.-nyi hosszú helyen a gyrus kéregállományával összenőve. Az agyvelő szövete e helyen sok tűszúrásmekkoraságú vérömlenyt mutatott, a melyek rozsdabarnák voltak, és a melyek között az agyvelő állománya sáfrányszínű volt, ezen kórosan megváltozott agyállományt D. mintegy 5—6 mm. vastagságban kimetszette. Azután az ujjával behatolt a szabaddá tett agytekervények közé és próbapunctiós tűvel egynehány helyen 2—3 cm. mélységbe beszúrt a gyrusba a végből, hogy annak mélyében netalán jelenlevő cystát megtaláljon. E beszúrások semmi hátránynyal nem járnak a betegre, ha vigyázunk, hogy a tűt csupán egy irányban szúrjuk be mindenkor és oldalmozgások, a melyekkel az agyállomány megsértetnék, vele nem végeztetnek. A koponyacsont és a dura mater között két vivőér volt, a melyekből a vérzést csak tamponálással sikerült elállítani. Ez steril organtinnal történt, azután a csontlebeny a helyére visszahajtatott. Műtét után a betegnél aphasia tünetei mutatkoztak. Negyednap a műtét után a csontlebeny ajtószerű'eg kinyittatott, a tamponok daczára a dura mater és a csont közé mintegy 1 cm. vastag véralvadékot képező vérzés történt, a mely el lett távolítva és miután a vérzés a tamponok eltávolítása után nem újult meg, a csontlebeny véglegesen reáhajtatott a koponyadefectusra.

A műtétet követő első napokon, a mig a tamponok és a vérkiömlés el nem távolíttattak, a görcsök majdnem olyan gyakran jelentkeztek, mint a műtét előtt, ezek eltávolítása után valamivel ritkábban jelentkeztek, de lényeges javulás márczius 18-dikától fogva kezdődött, a mely naptól fogva csupán két óránként volt a betegnek görcse, márczius 21-dikétől kezdve pedig naponként csak 4—5-ször. Ezen javulással lépést tartott a kéz erejének emelkedése. A műtét előtt a beteg egészséges kezének ereje a dynamometeren 130 kg., a betegen pedig 4 kg., műtét után a kéz ereje fokozatosan 35—40-re emelkedik, jelenleg pedig a beteg kézzel képes fogni és egyéb coordinált mozgásokat végezni. Megjegyzendő még, hogy általános epileptikus rohamja a betegnek a műtét óta nem volt. A végleges eredményt azonban nem lehet a jelenlegi javulásból megitélni, mert a műtét óta elmult 2 hónap ehhez még rövid idő. A beteg jelenleg csak azért lett bemutatva, mert a kórodát elhagyja. A végleges eredményről is referálni fog.

A mi mások tapasztalatait illeti, a legújabb nagyobb tapasztalaton alapuló dolgozat a Sachs-Gerster féle. E szerzők 19 esetet operáltak corticalis epilepsia miatt. Ezek közül meggyógyult 3, lényegesen javult 5, a többi ugyan nem javult, de a műtétből reájuk semmiféle kár sem háramlott. Miután pedig éppen a corticalis epilepsia javul meg legkevésbbé belső szereléstől és a betegek, ha rajtuk segítve nem lesz, többnyire dementiában pusztulnak el, miután másrészt sikertelenség esetében sem árt a műtét a betegnek, D. corticalis epilepsiánál minél hamarább ajánlja a művi beavatkozást.

Tauszk Ferencz: A mult alkalommal a bemutató által mondott végszavak azon benyomást kelthették, mintha tán félreértés volna köztem és előadó között. Azért szólalok fel, hogy ezen látszólagos ellentétet elenyésztessem. Azon mindenre kiterjedő, pontos, exact kórtörténet alapján, melyet előadó adott, nincs az a hallgató, a ki az ő indicatióját el ne fogadta volna. Megjegyzem, ha azon helyzetben volnék, mint előadó, akkor a műtét indicatióit szintén így állítanám fel. Azt is hozzátettem, hogy előadó elég nagy önmegtagadással egy nézet mellett sem foglalt állást és úgy tárta elénk a kérdést, a mint azt az irodalom és klinikai tapasztalat igazolja. Hogy felszólaltam, azért történt, mert a ki állati kisérletekkel foglalkozott, az hajlandó mindig következtetéseit az emberre alkalmazni. Jendrássik azonban mindjárt mondta, hogy a béka- és nyúlkisérletek emberre nem vihetők egyenesen át. Midőn Korányi tanárral végzett kisérleteinkben motorius zonát előleges ingerlés után tactil ingerrel érintettünk, görcsöket hoztunk létre, és ezt tactil úton azután is elő tudtuk idézni; felvetettem tehát a kérdést, hogy a műtéttel a bántalom okát, vagy székhelyét és esetleg okát távolítjuk-e el? Ez volt felszólalásom oka és nem akarok erőszakos lenni, hogy kisérleiteink meggyőző voltát emberre át akarjam vinni. Hogy az emberen levő viszonyok nem tisztázottak, Dollinger tanár mondotta. Ha 19 eset közül csak egy gyógyult is meg, nem három; ha egy javult is, nem öt, a műtét akkor is feltétlenül végrehajtandó volna. A napokban beszéltem *Wölfler* tanárral, a ki az ilyen eseteket az operatio utáni időben hatósági úton is ellenőrizteti, és a ki legrégibb esetét 6½ év óta észleli, a melynél a tünetek visszafejlődtek, csupán az aphasia maradt meg. Kérem a bemutatót, hogy az eset további sorsáról is szíveskedjék minket értesíteni.

Kétly László: Ugyanazokat mondhatja, a mit akkor mondott. Félreértés nem volt köztük. A kérdést nyiltnak tekinti és állást nem foglal el e kérdésben. De a klinikusok határozottan a cortex theoria mellett vannak. Direct kisérletekkel e kérdést eldönteni nem lehet.

A prognosisra nézve az idő rövid arra, hogy véglegesen lehetne nyilatkozni, de figyelemmel fogja az esetet kisérni. Az encephalomeningitisre nézve a traumát kizártnak tartották, de most megengedik, hogy a gyakori odaveregetésétől a fe'nek az alacsony ajtóhomlokfához, melyet mint molnár gyakran elszenvedett, lehetséges, hogy keletkezett. A daganatot kizárták és ez be is vált. Lehet, hogy a Jackson-féle epilepsia hosszú fennállása alatt a genuin-epilepsiához hasonló elváltozás jön létre, és így az operatio nem használ. Ezért jó minél előbb végeztetni az operatiót.

Primaer bujakóros fekély a szemhéjakon.

Mohr Mihály: A lues a szemhéjakon leginkább gumma alakjában fordul elő. A primaer fekély ritka alak, bár előfordul és kimutatható ok gyanánt szerepel: csók, nyalás, törülköző stb. Esetünkben érdekes a fellépés módja. Az ok, bár gondosan inquiráltuk, nem volt kimutatható. A beteg nem emlékszik semmi olyan körülményre, melynek betegségét betudhatná.

B. J., 35 éves, nős, lakatos f. hó 12-dikén jött az ált. munkás betegsegélyző-pénztár kórházának szemosztályára, állítván, hogy jobb szeme 6 nap óta fáj. Akkor a jobb felső szemhéj duzzadt volt, vizenyős, a duzzanat különösen a belső negyedre szoritkozó, a hol a könyponttól kifelé az intermargotton lencsényi, vörös, kúpalakú halom tetején, gombostűfejnyi sárgás pont ült. Diagnosisunkat, semmi tünet ellene nem szólván, hordeolumra tettük és a szokásos meleg pépes borogatásokat rendeltük. Két nap mulva jelentkezvén újra a beteg, a hordeolum helyén lencsényi, lapos szélű, szürkés, szalonnás lepedékkel fedett anyaghiány van, mely körül a szövetek 5 mm.-nyi szélességben tömötten infiltráltak. A gyanú, hogy ez primaer fekély, azonnal felmerült, melyet a másnap észlelt fülmelletti babnyi nyirokmirigy megerősített. Kétségtelen bizonyitékot azután a fekélynek terjedése, nemkülönben a többi jobboldali nyaki nyirokmirigynek olvasószerű megnagyobbodása, valamint a később megjelenő roseolák szolgáltattak.

Jelenleg a belső szemzúgot úgy a felső, mint az alsó szemhéjon egy 1 cm. átmérőjű, lelapultszélű, szalonnás, részben genyes lepedékkel fedett anyaghiány foglalja el, melynek szélei 8 mm. szélességben porczkeményen infiltráltak, tehát az infiltratio úgy a szemhéjakra, mint az orrhát egy részére átterjed. A jobboldali angulus mandibulaenak megfelelőleg egy diónyi nyirokmirigy, valamint a többi nyaki nyirokmirigyeknek fent említett duzzanata van jelen, azonkivül a szintén már említett roseolák.

Kenőkúra rendeltetett.

Észrevételek Purjesz Zsigmond dr., kolozsvári egyetemi tanárnak „A serumtherapia kritikája" czímű előadására.

Gerlóczy Zsigmond: Purjesz tanár mult év november hó 27-dikén „A serumtherapia kritikája" czimen előadást tartott a budapesti kir. orvosegyesületben, a mely előadásának magva az volt, hogy a diphtheriában való halálozásnak a serumtherapia óta észlelt csökkenését nem a serumnak köszönhetjük, hanem annak, hogy a diphtheria azóta mindenütt különben is csökkenőben van, s hogy virusa enyhült. Fő érveit a belügyminister jelentéseiben előforduló statistikai kimutatásokból veszi. Előadó részletesen czáfolja Purjesz érveit. Igy Behring állatkisérleteire vonatkozólag tett kritikájára *Gerlóczy* párhuzamot von egyéb állatkisérletek között; pl. anthrax, typhus, variola fertőző anyagaival végzett állatoltásoknál egészen más tünetekkel találkozunk az állatnál, mint az embernél és mégis nem lehet tagadni, hogy a fertőző anyag, a mely állatnál más tüneteket idézett elő, ugyanaz volt mint az embernél. Mit sem von le tehát a kisérletek gyakorlati értékéből az a körülmény, hogy a diphtheria-kulturával beoltott állat megbetegedésénél az emberi diphtheria tüneteivel nem azonos betegségi tünetekkel találkozunk, a tény az, hogy azok a tengeri malaczok, a melyek pl. 0·2 cm³ diphth. toxint kapnak, 36—48 óra alatt elpusztulnak, mig azon malaczok, melyek ugyancsak 0·2 cm³ diphth.-toxint kapnak, ha egyszersmind antitoxinnal kezeltetnek, nem pusztulnak el, a miből logikus a következtetés, hogy az antitoxin a diphtheria-toxin ellen hatásos szer.

Gerlóczy kimutatja, hogy azok a statistikai számok, a melyekkel Purjesz a serumtherapia értékessége ellen állást foglal, teljesen megbizhatatlanok s idézi magának a belügyministeri jelentésnek idevágó megjegyzését, hogy t. i. *„az ezekben feltüntetett nagy mértékben ellentmondó számadatok, azon már előző évekről szóló jelentéseimben is érintett sajnálatos körülmény konstatálására kényszerítenek, hogy a fertőző betegségek bejelentése a törvényhatóságok részéről ma is igen hiányosan és megbizhatatlanul történik . . . .*" továbbá, hogy *„az összes halál-okoknak alig felénél állapította meg szakértő orcos a halálokot"*, igy 1896-ban a kimutatott 16,868 diphth.-(?) halálozás eset közül orvosilag csak 8808-nál állapittatott meg a halál-ok.

Ilyen adatokat bizonyítékok gyanánt elfogadni egyáltalában nem lehet, szemben jól észlelt klinikai adatokkal.

Gerlóczy úgy a serumelőtti évekről, mint azóta egyenlően csoportositott kimutatásokat készített kórházi osztályának diphtheriás beteganyagáról. A táblázatokból különösen kiemeli azt, hogy míg 1893-ban az operált eseteknek 18·8%-a gyógyult, 1894-ben 11·7%-a; addig a serumozott időszakban 1895-ben az operált eseteknek 48·1%-a gyógyult, 1896-ban 42·8%-a és 1897-ben 50%-a. Összehasonlítja a szt. László-kórház adatait a Stefánia-kórház hasonló adataival. Bókay tanárnak a serumtherapia alatti eredményei az operált eseteknél 1894. szeptembertől 1895. deczemberig 49·6%, 1896-ban 49·4% és 1897-ben 58·9% gyógyulást mutatnak. Nem lehet tehát véletlennek tulajdonítani, hogy a két kórház anyagában az elért eredmény megközelitőleg ugyanaz. Felemliti Gerlóczy, hogy Purjesz tanárnak az a különben elfogadható érve, hogy a kedvezőbb eredményhez hozzájárult „a régi és kétségtelenül nem előnyös kezelési módnak elmaradása", az ő eseteire nem alkalmazható, mert Gerlóczy a torokecsetelésnek azelőtt sem volt hive.

Arra a megjegyzésére Purjesznek, hogy a serumbefecskendezés után egyetlen egy klinikai tünetre nézve sincs az észlelők között összhangzó megállapodás, megjegyzi az előadó, hogy a diphtheria nem tartozik a szorosan typikus lefolyású fertőző betegségek sorába, hanem olyan betegség, a hol a localis tünetek változása, a pulsus és testhőmérsék viszonyai esetről esetre mások; s igy Purjesz tanárnak azt az ötletét, melylyel két láztáblát a t. orvosegyesület elé letett örök talányképen, hogy mondják meg, melyik lázgörbe a serumozotté és melyik a serum nélkül hagyotté, csak akkor tekinthetné sikerültnek, ha a diphtheria typikus lázmenettel járó megbetegedés volna. Abban a reményben fejezi be előadását, hogy a t. orvosegyesületet sikerült meggyőznie Purjesz érveinek tarthatatlanságáról, illetőleg arról, hogy diphth.-nál a serum gyógyító hatásában ma már kételkednünk nem lehet.

Grósz Gyula: Engedje meg a t. orvosegyesület, hogy teljes rövidséggel hozzájáruljak az igen érdekes és alapos előadáshoz, mely a statistika alapján czáfolja meg Purjesz tanár statistikáját. Hogy felszólaltam, nem statistikám alapján tettem, mert 42 eset, mely felett akkori felszólalásomkor rendelkeztem, erre kevés, hanem klinikai szempontból, hogy azon benyomásokról tegyek említést, melyek elém tárultak. Két tünet volt különösen, mely arra késztetett, hogy a serum mellett állást foglaljak, de ezekre Purjesz tanár úr nem válaszolt, az egyikre nézve, úgy látszik, meg sem értett. Azt mondtam, hogy összes tiszta torokdiphtheria-eseteink, ha beolttattak serummal, meggyógyultak, nem fejlődött ki gégecroup. Azt kérdeztem, hogy ez véletlenség-e, hogy a torokbeli folyamat nem terjed át a gégére? Én azt hiszem, hogy ez nem véletlenség, mert élénken emlékszem a Stefánia-kórházban töltött időmre, a midőn gégestenosisok a tiszta torokdiphtheria-esetekben kifejlődtek. Ez nálunk a Bródy Adél-gyermekkórházban november 27-dikéig, a mikor felszólaltam, nem történt meg. Mult év májusától ez év április 15-dikéig 51 tiszta torokdiphtheria-esetünk volt, 35 torokdiphtheria crouppal és tiszta croup 11 esetben, összesen 100 eset. Hogy az 54 tiszta torokdiphtheria-esetben nem fejlődött ki croup, azt én a serumnak tulajdonítom. Purjesz tanár úr erre nem válaszolt. Hogy ezt más szerző is tapasztalta, bátor vagyok az Arch. f. Kinderheilkunde-ban (1898) *Baginsky* „Weitere Beiträge zur Serumtherapie der Diphtherie" czimű dolgozatára hivatkozni, melyben felemliti, hogy százakra menő esetekben hasonlót észlelt: „Es ist also bei einer überraschend grossen Zahl eine spontane Rückbildung erfolgt, nachdem sämmtliche schon mit den ausgesprochenen Stenosenerscheinungen uns zugeführt worden waren, meines Wissens nicht ein einziger Fall nach der Seruminjection zu stenotischen Symptomen sich fortentwickelte." Ebből láthatja Purjesz, hogy nem kell éppen százakra menő eseteket észlelni, hogy az ember a serumról itéletet alkothasson magának. Ezt én novemberben mondtam és kérdem ma is Purjesz tanár urat, hogy a véletlen játéka-e az, hogy a folyamat nem terjed át a gégére? Ellenben hozzáteszem, hogy összes stenotikus eseteink, melyek intubatióra kerültek, már mint ilyenek kerültek a kórházba.

Másik a mit felhoztam, egy septikus eset volt, melyben a gyermek a serum hatása következtében nemcsak javult, de 10 nap mulva nem volt diphtheria jelen és a 13-dik napon a gyermek szívhüdés folytán meghalt. Ismerem az irodalmat és Henoch könyvében ismerem a septikus diphtheria kórképét és Purjesz azt mondja erre: „A mi az oly eseteket illeti, melyeket *Grósz* említ, a melyek a serum alkalmazása mellett meggyógyultak, ámbár ő ezt nem várta, ama benyomás után, a melyet reá a beteg tett, ez mit sem bizonyít, mert régebben, a mikor sokkal súlyosabb járványok voltak és serum még nem állt rendelkezésre, szintén gyógyultak esetek." Engedelmet kérek, nem mondottam, hogy meggyógyult, csak azt, hogy reám azt az impressiót tette, hogy a serumnak erre is volt hatása, és Escherich is leir ilyen esetet. Ezt Purjesz úgy látszik, félreértette. Ezért helyre akartam igazítani akkori felszólalásomat.

Közkórházi orvostársulat.

(VI. bemutató szakülés 1898. márczius 23-dikán.)

Elnök: **Rákosi Béla**; jegyző: **Terray Pál.**

(Vége.)

Appendicitis perforativa bélsárkővel a tályogban. Hasmetszés, féregnyujtványresectio. Gyógyulás.

Herczel Manó: Cs. Sándor, 25 éves nyomdász, 6 év előtt hastyphust állott ki. 1897. november óta széke rendetlen, sokszor kimaradt, olykor pedig hasmenései voltak. Deczember vége óta gyakori hasgörcsökben szenved. Január elején több napi székrekedés után hirtelen újból hasgörcsök lepték meg, rázóhideg és forróság kiséretében. Azóta folyton lázai vannak, széke csupán hashajtókra jelentkezik, alhasi tájéka mindinkább fájdalmasabb lett, hasa puffadt, szelek elakadtak, s az utóbbi napokban gyakran hányt és csuklott. Vizelés alkalmával égető fájdalmakat érzett. Január 29-dikén került osztályunkra, hol antiphlogistikus kezelésre a tünetek javultak, a lázak azonban persistáltak, s az alhasi tájékban mindinkább növekedő fájdalmas daganat fejlődött.

Az elég jól táplált férfibeteg mellkasi szervei épek. Has puffadt, a jobb hypogastrium elődomborodó, ugyanott az inguinalis táj medialis felerésze és a hólyagtáj fölött elterülő, tenyérnyi terjedelmű, felfelé jól kitapintható, convex határokkal biró elég tömött, nagy férfiökölnyi resistentia észlelhető, mely felett a jelzett terjedelemben, kissé a bal oldalra is átterjedő félköralakú tompulat kopogtatható ki. Ezen táj érintésre igen fájdalmas, fölötte a bőr normalis, nem oedematosus. Máj- és léptompulat rendesek; a lumbalis tájék mindkét oldalt szabad. Analis vizsgálatkor a Douglas előre ledomborodott, bimanualis tapintáskor jól érezhető az ökölnyi resistentia, mely a Douglasba terjed és fluctuál. Vizelet normalis. *Diagnosis.* Abscessus ex appendicitide perforativa.

Tekintve a resistentia atypikus, jobban a hólyagtájban fekvő helyzetét, a szokásos, a Poupart-szálaggal párhuzamos metszéstől eltérőleg, *Herczel 1898. február 3-dikán* a jobb rectus külső szélén 11 cm. hosszú függélyes metszést ejtett. A rectus rostjainak szétválasztása után a lobosan infiltrált fascia transversán keresztül a resistentiát több irányban pungálta, azonban eredménytelenül, mert genyet nem kapott, valószinűleg azért, mivel a tályogűr mélyen alul, a hólyag mögött, a Douglasban foglal helyet. Nem maradt más hátra, a hasüregbeli viszonyok közvetlen kitapinthatása czéljából, mint a hasüreget a resistentia felett megnyitni, midőn jól kitapintható volt a Douglasból kiemelkedő, s felfelé vastag álhártyákkal határolt tályog felső fala, melynek jobb felső zúgához a majdnem kisujjnyi vastag, 8—9 cm. hosszú féregnyujtvány húzódott. A féregnyujtvány egész szabadon feküdt, csupán annak legdistalisabb csúcsa volt a tályog falához tapadva. Mielőtt a tályogot megnyitotta volna, Herczel a féregnyujtványt közvetlen a vakbélbe való szájadzása előtt resecálta, s annak proximalis csonkját 3 elsőleges és 3 másodlagos varrattal bezárta, majd a mesenteriolumot kettős alákötések után átvágván, ekkép a féregnyujtványt teljesen mobilizálta, úgy hogy az csupán a tályog falával függött össze. Most a szabad hasüreget minden irányban steril gaze-tamponokkal a lehetőségig elzárva, a féregnyujtvány odatapadt csúcsát igyekezett óvatosan a tályog falától leválasztani, midőn az hirtelen leszakadt, a tályog megnyilt, s körülbelül 5 deciliter igen bűzös, zöldes-sárgás geny ömlött elő, majd vele együtt egy körülbelül babnyi, feketés-barna színű, kemény tapintatú bélsárkő került elő, mely egészen szabadon feküdt volt a tályogűrben. A Douglas fenekéig érő tályogürt gaze-csikokkal jól kitörülve, végül tamponálva, a sebet nyitva hagytuk. Fedő kötés.

Lefolyás váratlanul kedvező. A magas lázak a műtét után rögtön teljesen megszüntek. Egy-kétszer még hányt, egy-két napig még ritkán csuklott, de csakhamar ezen tünetek is visszafejlődtek. Széke szelekkel, glycerinklismára, még a műtét napján volt, azóta naponkint hol spontan, hol beöntésre. A tamponáló gaze-csikok harmadnap lazíttattak, ötödnap újakkal cseréltettek fel. Nyolczadnapon a váladék már kevesebb, a sarjadzás megindult. Azóta a gyógyulás fokozatosan halad előre, az üreg lassankint kisebbedett, úgy hogy jelenleg már teljesen kitelődött, csupán egy alig félkrajczárnyi hely nincs még behámosodva. A beteg 1898. márczius 19-dikén hagyta el a kórházat.

Műtett emlőrák-esetek.

Hültl Hümér: Különösen Stiles, Heidenhein és Grossmann vizsgálataiból tudjuk, hogy emlőráknál a ráksejtek nemcsak a tapintható daganatban vannak, hanem az épnek látszó emlőszövetben, a csecset fedő bőrben, a mellizmok fasciáiban futó nyirkedényekben, a hónalj nyirkmirigyeiben is. Nem elégséges tehát a daganatot, mint régen tettük, épben vezetett metszésekkel eltávolítani, hanem minden esetben ki kell irtani az egész emlőt fedő bőrével együtt, a mellizmokat és a hónalj összes kötőszövetét. Az ezen felfogás szerint műtettek közül a véglegesen meggyógyultak 42%-ot tesznek. Mindezek folytán a szt. Rókus-kórház Navratil-féle osztályán a régebbi módot elhagyva, a csecsráknál ezen radicalisabb eljárás lett immár két éve foganatba véve. Minden esetben a test középvonalából kiinduló, az egész emlőt kétfelől megkerülő a hónaljon át a felkarra reáterjedő metszéssel teszszük hozzáférhetővé a mell és hónalj táját. A bőrmetszésből kiindulva két lebenyt készítünk fel, a felsőt a kulcscsontig, az alsót a ferde hasizom eredéseig és hátfelé a serratus tapadásaig.

Ezután átvágjuk a mellizmok tapadásánál inaikat, mire a hónalj nagy edényei szabadon előttünk feküsznek. Ezek kikészítése képezi a legközelebbi mozzanatot. A hónalj összes zsírszövetét, valamennyi a mellkasra lefutó ütő- és vivőeret eredésüknél lekötve, a musculus subscapularis, latissimus dorsi és a serratus látható bőnyéjét, nemkülönben az egész pectoralis major és minort a csecsszövettel és fedő bőrrel egy darabban veszszük ki. Ha szükségesnek mutatkozik, vagy ugyanezen metszésből, esetleg a kulcscsont időleges csonkolásával, vagy egy új metszésből kiüresítjük a kulcsfeletti árkot is. Nagyszámú lekötéssel pontosan csillapitjuk a vérzést és az óriási sebet a lebenyekkel fedjük, a megmaradt hiányt később kell Thiersch szerint behámosítani. A gyógyulás hosszú időt vesz igénybe. A kar a gátolt nyirkvisszafolyás miatt hónapok, sőt évekre oedemássá lesz. Ezen vizenyő erősebben korlátozza hasznavehetőségét, mint a mellizmok kiirtása. A bemutatott négy eset ily módon műtetett. A legidősebb most 1 éves. A műtét egyike a legbehatóbbaknak, de a régi eljárással szemben Makara statistikája szerint 39, illetve 25%-kal jobb eredményt adott, ennek folytán feltétlenül mellette kell állást foglalnunk.

Sarcoma a mesenteriumban.

Hültl Hümér: W. T., 24 éves férfi, 1898. januárban lett beteg. Ezen idő óta csak kevés széke van, nagy erőltetéssel, hashajtó alig segit nála valamit, altestében heves fájdalmakat érez. Felvét 1898. február 25-dikén. A jól fejlett férfi hasát narcosis alatt vizsgálva, a jobb hypogastriumban és a köldök alatt a középvonalban egy tömött daganatot lehet érezni. A végbél felől a daganat nem tapintható, állandóan láztalan. Klin. diagnosis: neoplasma abdominis. Márczius 2-dikán próba-laparatomia. Az egész vékonybél mesenteriuma négy ujjnyi vastag, almányi dudorokat mutató sarcoma képét adó daganattá alakult át. Kiirtás lehetetlen.

Appendicitis perforativa. Peritonitis purulenta universalis.

Hültl Hümér: K. A., 40 éves kazánkovácsnak 15 év óta gyakran voltak appendicitis rohamai. Jelen baja 3 nap előtt szél és székrekedéssel állott be, heves hasfájástól és puffadástól kisérve, majd hányni kezdett. Felvét márczius 8-dikán. Erősen fejlett férfibeteg peritonitikus arczkifejezéssel, nyelve kemény, száraz. Hasa egyenletesen puffadt, mindenütt érzékeny, különösen fáj a vakbéltáj. A has felett dobos kopogtatási hang, kivéve kétoldalt egy-egy tenyérnyi, helyzetváltoztatásnál feltisztuló tompulatot. Beteg gyakran hány, pulsusa 120, hőmérséke 37·4. Klin. diagnosis: Peritonitis appendix átfúródásból. Laparotomia a felvét napján. Metszés a középvonalban. Nagy mennyiségű genyes izzadmány, mindenütt lobos hashárya. A féregnyujtvány végén lencsényi lyuk, a féregnyujtványban datolyamagalakú és nagyságú bélsárkő. Ismert technika szerint appendix resectio. A hasüreg Mikulicz szerint lett alagcsövezve. A műtét után láztalan, de erői állandóan fogynak, a hasból nagy mennyiségű izzadmány ürül a tamponon át. Kilenczed napra halál. A bonczolatnál meglepő volt, mennyire visszafejlődött volt a peritonitis. A halálos kimenet kimerülésnek tudandó be.

Hernia inguino-properitonealis.

Hültl Hümér: P. E., 24 éves hentes. Hetedik életéve óta jobb oldalon lágyéksérve van. Február 21-dikén hirtelen teljes jóllét közepette heves fájdalmakat érzett hasában, különösen a jobb inguinalis táj és a bal epigastrium volt fájdalmas. Ezen idő óta hány, szék és szelek nem mennek. Orvosa próbált rajta beöntéssel és gyomormosással segíteni. Ezek hatástalanok lévén, 1898. február 26-dikán felvétette magát a kórházba. Jelen állapot. Állandó hányás és csuklás, elesettség, felfujt has, szabad sérvkapuk, jobb oldalt szabad lágyéksérv. Klin. diagnosis: Mechanikus belső bélelzáródás. Műtét a felvét napján Fialka dr. segédkezése mellett. 12 cm. hosszú metszés a köldök alatt. A vakbéltől 3 arasznyira levő ileum 5 cm.-nyi darabja egy a canalis inguinalis belső nyilásától medialisan a peritoneum és musculus transversus között fekvő kis almamekkoraságú properitonealis sérvtömlőbe volt kizáródva. A stranguláló gyűrű detridementje után, a kiszabadított kacsot életképesnek találtuk. Ezután egy pince-t betolva a sérvtömlőbe, annak kúpját megfogtuk és a tömlőt keztyűujjszerűleg visszafordítottuk a hasba, majd alapjánál lekötve kimetszettük. Két étageos hasfalvarrat. Közvetetlenül a narcosisból való felocsúdás után 3 kanál ricinus-olaj fekete kávéban, mire nagymennyiségű bélsár ürült. P. p. egyesült sebből a fonalak a 10-dik nap távolíttattak el.

Makara Lajos: Bemutató kiemelte a figyelmet érdemlő pontokat. Csak azért szól hozzá a carcinoma-esetekhez, mert általánosságban még nincs elfogadva ezen radicalis műtét. Ha azon kérdés felett lehet is vitatkozni, hogy a kezdődő esete az emlőráknak ilyen, aránylag nagy sebzéssel távolíttassék el, de hogy előrehaladt eseteknél ez az egyedüli rationalis, ahhoz nem fér szó. És mivel a kezdődő ráknak nincsenek olyan tünetei, melyek azt mutatnák, hol szünik meg a carcinoma helybeli bántalom maradni, mikor meddig terjedett, mikor ilyen negativ tapasztalás áll előttünk és olyan betegséggel van dolgunk, mely ha egyszer elterjedett, az orvosi beavatkozás czéltalan és lehetetlen, ezen nagy áldozat igazolt. Annál is inkább, mert a két izomnak feláldozása tényleg nem befolyásolja a kar működését. Hogy a zsírszövet és nyirkedények eltávolíttassanak ráknál, régi postulatumai a sebészetnek. Nálunk még nincsenek ezen radicalis műtétre vonatkozólag tapasztalatok, mert a legidősebb is csak 1 éves és éppen azért statistikai adatokkal nem is számolhatunk be. De a külföldi adatok határozottan azt bizonyitják, hogy ezen radicalis eljárással a gyógyulási százalék megkétszereződik, megháromszorozódik úgy, hogy 40% a gyógyulás.

Szóló csatlakozik azon felfogáshoz, hogy a radicalis műtét általánosíttassék.

(VII. bemutató szakülés 1898. április 20-dikán.)

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

Impulsiv állapotok koponyasérülés után. (A psychikus epilepsia egy külön formája.)

Donáth Gyula: Ezen esetet kiválóan figyelemre méltónak tartja azért, mivel az a psychiatria ismert typusaiba nem könnyen illeszthető be. A psychikus epilepsiához (psychicus aequivalens) tartozónak véli, melynek azonban egy sajátos alakját képezi, miért is úgy klinikai és törvényszéki, mint általános psychologiai szempontból is felette érdekes.

Ezen 38 éves ácspallér folyó évi márczius 12-dikén jelentkezett szólónál, a Rókus-kórházban.

Nagyszülői, szülői és 6 tesvére egészségesek. Felesége teherben nem volt.

Nyolcz éves korában emeletnyi magasságról fejére esett; hogy eszméletlenül maradt-e, arra nem emlékezik biztosan. Bal homlokán megsérült; két hónapig feküdt, mialatt a seb begyógyult.

Azóta minden esztendőben a baleset évfordulója körül (őszszel), hetekig, utóbb öt hónapig is tartó barangolási vagy utazási „belső kényszer“ fogja őt el, melynek ellenállani nem tud. Már mint iskolásgyermek, ezen időtájban, senkinek sem szólva, hirtelen a szülői háztól eltünt, erdőkben bújdosott, tanyáról tanyára vándorolt, az ottani lakóknak vendégszeretetét és könyörületét igénybe véve; azután ismét hazatért. Későbbi években, hogy ha ezen idő jött, daczára annak, hogy ügyes, önálló munkálatokat elvállaló, jól fizetett munkás volt, legjobb keresetét ott hagyva, egyszerre csak szónélkül eltünt. Ezen évről évre megújuló vándorlások folyamán a legkülönbözőbb magyarországi városokba, sőt Romániába is eljutott; néha egyik vagy másik helyen nehány napra munkába is állott, de azután ismét tovább ment.

Vándorlásai közül azonban a legnevezetesebbet három évvel ezelőtt, ismét őszkor vitte ki, midőn nejétől azon ürügy alatt, hogy anyagot megy vásárolni, 100 forintot vett ki, annak ékszereit — felesége tudta nélkül — magához vette, saját arany órájával együtt elzálogosította és székely lakónelyéről lóháton elindult. A lovat eladta és a legközelebbi vasúti állomásról Budapestre, innen Bécs, Lipcse, Hamburgon át New-Yorkba utazott. *Kiemelem, hogy ezen hosszú útnak minden részletét, éleményeit pontosan ismeri és elmondja.* Beteg azt is határozottan kijelenti, hogy ezen vándorlásainál semmi határozott úti czél előtte nem lebegett. Az amerikai útra is csak úgy határozta el magát, hogy Budapestről Bécs felé utazva, megismerkedett egy megszökött sikkasztóval, ki rábeszélte, hogy ő vele együtt Amerikába utazzék, mire ő azonnal ráállt. Amerikában egy hónapig dolgozván, honvágy fogta el és ismét hazautazott.

Ily vándorlások után, melyek az utóbbi évben 3-szor, 4-szer ismétlődtek, restellést és bánatot érzett fölöttük, már az elvesztett kereset és az eltékozolt pénz miatt is, bocsánatot kért feleségétől; az egész kalandozás pedig daczára annak, hogy az mindig teljes öntudata mellett történt, idegenszerűnek és megfoghatlannak tünt fel előtte.

Ezen vándorlásokra, mint mondja, könnyű szivvel és jókedvvel indult és ekkor somatikus tünetei is voltak: arcza ki volt pirulva, lüktetett és forró volt; a hegben pedig szúrást érzett. Azután pedig oly lehangolt kedélyállapot vett rajta erőt, hogy több izben öngyilkossági kisérleteket tett. Igy 14 éves korában gyufa-oldatot ivott és magát felakasztotta, de idejekorán megszabadították; 1883-ban ismét akasztási kisérletet tett, 1894-ben pedig vízbe ugrott.

Ámbár neje ellen semmi kifogása sem volt, mégis rosszul bánt vele és 10 évi házasság után törvényszék előtt irásban kinyilatkoztatta, hogy vele többé élni nem akar, teljes szabadságát neki visszaadva. Mint neje mondja, iszákos volt, napjában egy liter spiritust is vízzel keverve megivott és sokat tivornyázott. Szép vagyonkája igy elpusztult.

Férjét potensnek mondja.

1878. és 1880-ban gonorrhoeája volt, egyéb nemi betegségei nem voltak.

A zömök, izmos, jól táplált egyénnek bal homlokcsonti táján, közel a sutura coronaria és a középvonalhoz egy, az utóbbi felé ferdén húzódó, 3 cm. hosszú, sarlóalakú bőrheg látszott, mely a megfelelő csontdepressio fölött eltolható és nyomásra fájdalmas volt. Különben az összes sensibilis, sensorius és motorikus sphaerában semmi rendellenes nem volt tapasztalható.

A szeszes italok megvonására és bromkalium adagolására a beteg csakhamar megnyugodott, nejét visszahitta és vele kibékült. A beteg jól érezvén magát, saját kivánságára márczius 24-dikén elhagyta a kórházat.

De már márczius 30-dikán visszatért a kórházba. Neje neki kijelentette volna, hogy azóta mástól teherbe esett. Ez nagy izgalomba hozta, úgy hogy ismét futni vágyott, az emeletről le akart ugorni és maga kivánta az operatiót, melyet első felvétele alkalmából kilátásba helyeztek neki. Megjegyzendő azonban, hogy ezen egész ráfogás feleségére csupán képzelet volt, mint felesége ezt később megmondotta, és hogy a betegnek sokszor alaptalan féltékenységi eszméi voltak. Felesége az alatt csak mint gazdasszony kereste kenyerét.

Április 5-dikén osteoplasticus *trepanatio.* A jó tallérnagyságban kiemelt csontdarab külső felületén erős depressio volt, de a tabula vitrea teljesen ép és simának bizonyult. A dura mater hozzá volt nőve. Ámbár ez semmi rendellenességet nem mutatott, mégis felhasittatott és miután az alatta levő gyrusok épnek találtattak, ismét bevarratott, a csont eredeti helyzetében visszatétetett és a seb bezáratott. A beteg április 16-dikán simán gyógyult sebbel és jó közérzettel a kórházat elhagyta.

Minő kóralakkal állunk itt szemközt?

Tekintve az aetiologiai momentumot: a koponyasérülést és a psychikus tünetek, különösen a vándorlási ösztön periodikus, látszólagos külső okoktól független, hirtelen, explosioszerű fellépését és valószinűleg hasonló gyors eltünését, azonnal epileptikus aequivalensre kell gondolnunk, melynél azonban nemcsak a görcsök, de még az öntudati zavar is hiányzik. *De pótolja az utóbbit az egyéniség jellemének hirtelen megváltozása,* a miért is a vándorlási paroxysmus elmulta után az ez alatt viselt dolgok betegünk előtt oly idegenszerűnek tünnek fel. Bemutató felfogásának segitségére jön azon tapasztalat, hogy az epilepsia larvatanál az amnesiának sem nem mindig teljesnek, sem nem állandónak kell lenni, mint ezt *Tamburini* már 1878-ban kimondotta.

Ezen diagnosis már meg volt állapitva, midőn felesége április 13-dikán arról értesitett, hogy férjén először márczius 29-dikén éjjel 10 órakor alvás közben észlelte az első görcsrohamot. Midőn hánykolódott, vetődött, körmeivel mellét és arczát összemarczangolta Neje minden módon kelteni akarta; következő reggel minderről nem tudott semmit. Soha ő rajta azelőtt ilyesmit nem észlelt. Ez kétségkivül közönséges epileptikus roham volt, s igy a fenti diagnosis biztositva van.

J. Falret „petit mal intellectuel"-jével annyiban egyezik ezen eset, hogy a beteg szintén a bűnös vagy rosszalandó eset elkövetése közben, ennek teljes öntudatában van és szintén ellenállhatatlan kényszer belső hatása alatt áll; de míg a petit mal intellectuel alatt a cselekedetek nagy anxietással és lelki furdalással történnek, addig ezen beteg jó kedvvel vitte azt véghez, és csak azután érezte a bánatot felette.

Ezen eset mutatja bemutató véleménye szerint, *hogy az epilepsia fogalmát még tágabbra kell vennünk, mint ez eddig történt.*

Hültl Hümér: A bemutatott eset műtevésénél mindenben úgy járt el, mint a hogy ilyen esetekben *Navratil* tnr. szokott eljárni. Miután egy félholdalakú metszéssel és a lágyrészek visszatolásával hozzáférhetővé tette az impressio helyét, keskeny éles szobrászvésővel gyermektenyérnyi helyen, körben meredeken átvéste a koponyát. A kiesett csontlemezt gondosan eltette langyos 2%-os bóroldatba. Keen-nek ezen mozzanat elhanyagolása miatt az ilyen replantatiói nem sikerültek. Ezután felhasította a durát és miután semmi látható elváltozást nem észlelhetett, a csontlemezt, melyen az impressio nem terjedt reá a lamina vitreara is, eredeti helyére visszatette, fölébe pedig a bőrlebenyt csomós öltésekkel reávarrta. *Navratil* tnr. oly esetekben, midőn az impressio a vitreat is éri, a netalán szükségelt agyműtét után a kiütött csontlemezt fordítva teszi vissza a hiányba, vagyis úgy, hogy a csontpúp most kifelé tekint. Segédsége alatt 5 ilyen módon operált betegnél a csontdarab mindig kifogástalanul odaforrott. A mondottak illustrálására *Navratil* tnr.-tól operált esetet mutat be.

(Folytatása következik.)

A német balneologiai congressus tárgyalásai.

Bécs, 1898. márczius.

(Folytatás.)

2. **Glax tanár (Abbazia) a különféle balneotherapeutikus eljárásoknak a vizelet kiürítésére való hatását fejtegeti.**

Előadó 25 év óta tanulmányozza azon viszonyt, a mely a szervezet által elfogyasztott folyadék és a kiürített vizelet mennyisége között fennáll, valamint azon eszközöket, a melyekkel a vizelet kiválasztását fokozhatjuk vagy megfordítva a polyuriát csökkenthetjük.

A legegyszerűbb lehetőségből kiindulva tudjuk, hogy hideg víz ivása fokozza egészségesnél a vizelet kiválasztását. Hogy a vizelet felszaporodását ez esetben nemcsak a szervezetbe jutott víz quantitása okozta, ezt eléggé bizonyítja az, hogy langyos vagy forró víznek nem ugyanazon hatása van. A forró víz pl. *Glax* vizsgálatai szerint csak annyiban fokozza a diuresist, a mennyiben a hő inger által a szívműködés is fokoztatik. Forró víznek huzamosabb időn át való használata folytán a vizelet a normalis alá száll. Ha tehát mi tényleg mintegy ki akarjuk lúgozni a szervezetet, úgy ezt hideg víz bő élvezete által érhetjük el, mint ezt *Cantani* és mások typhusban szenvedő betegeknél a szervezetben képződött toxinok kiürítése czéljából ajánlották.

Ha nemcsak a kiürített vizelet mennyiségét figyeljük meg, hanem a víz alakjában és a táplálékban felvett összes víz mennyiségét is, akkor azt látjuk, hogy pathologikus viszonyok között a felvett folyadék kiürítése nem oly szabályos és illetőleg nem ugyanazon szabályok szerint történik, mint egész éges embernél. Lázas betegeknél a víz a szervezetben visszatartatik s ez a retentio vízfelvételre nemcsak hogy nem csökken, hanem még fokozódik. Hasonlóan változnak meg a viszonyok vérkeringési zavaroknál is, a melyeknél nagyobb mennyiségű víz ivása folytán sem szaporodik a vizelet mennyisége. Hideg víznek ivása kúra gyanánt és illetőleg a szervezetnek mintegy kilúgozása czéljából tehát csak akkor engedhető meg, ha a vasomotorok a megivott hideg víz okozta ingerre kellően reagálni képesek.

Egész más hatás érhető el a forró vízzel, a mely hatása alatt a vizelet kiürítése csökkenhet. *Glax* tényleg azt látta, hogy pathologikus állapotoknál forró víz ivása folytán a vizelet mennyisége megkevesbbedik, így nevezetesen diabetesnél, a melynél *Glax* forró vízre úgy a vizelet, mint a czukor mennyiségét csökkenni látta.

Máskép állanak a viszonyok, ha közönséges ivóvíz helyett ásványos vizet iszunk. A hőfok ez esetben is a leglényegesebb ugyan, de e mellett a szénsav s a sók hatása is számba veendő. A mi nevezetesen a szénsavas vizeket illeti, azokról tudjuk, hogy fokozzák a vizelet mennyiségét. Ép így hatnak a könnyen resorbeálható sók is. Azonban ezeknek sem lesz meg a kivánt hatása, ha a szívműködés meg van zavarva vagy meg van nehezitve. Pericarditikus és pleuritikus izzadmányoknál épen ez oknál fogva hiába fogunk ásványos vizeket inni, mert előbb az exsudatum resorbtióját kell előmozditani, melyet a vizeletkiválasztás fokozódása csak később követ. Ellenben lehetséges előadó nézete szerint az, hogy a folyadékfelvétel megszorítása mellett az ivóvizet ásványos vízzel pótolva a vér sótartalmát emeljük, ez által a serosus izzadmányok felszívódását elősegítjük, a szív munkáját megkönnyítjük s így közvetve a diuresist is fokozzuk, a mit azonban nem fogunk elérni akkor, ha az ásványos vizet az ivóvizen kivül adva, fokozzuk a szervezet vízfelvételét.

A mint a víz belső adagolásával, úgy befolyásolhatjuk annak külső alkalmazásával is a diuresist. Hideg fürdőben szaporodik a vizelet mennyisége, meleg fürdők után pedig csökken. Úgy a vizelet felszaporodása, mint annak csökkenése, *Müller Kálmán* vizsgálatai szerint, azon befolyástól függ, a melyet a fürdő hőfoka a vérnyomásra kifejt.

Vajjon egyenlő hőfok mellett a szénsavas fürdők hatása e tekintetben a közönséges vízfürdőkétől különbözik-e, azt Glax az eddigi vizsgálatok által nem látja eléggé megvilágitva, annyit azonban már az eddigi vizsgálatokból is lehet következtetni, hogy hatásuk jóval erélyesebb. A tömény sósfürdőkre nézve ellentétesek az eddigi vizsgálatok eredményei, a mit könnyen megérthetünk, ha számba veszszük azt, hogy mindezen vizsgálati eredmények egyénenkint mennyire változnak. Kétségtelen, hogy a hőfok befolyása úgy a szénsav, mint a sók hatása mellett túlnyomó.

Klimatikus tényezők által is befolyásolhatjuk a diuresist. Száraz meleg levegőben az izzadság felszaporodik, a vizelet csökken; nedves hideg levegő ellenkezőleg hat, mindmegannyi bizonyságául annak, hogy úgy a hydrotherapia, mint a balneo- és klimatotherapia számos módot nyujt arra, hogy a vizelet kiválasztását úgy positiv, mint negativ irányban befolyásolhassuk.

(Folytatása következik.)

Melléklet az „Orvosi Hetilap“ 18. számához. 2. szám. Budapest, 1898. évi május 1.

SZEMÉSZET.

Szerkeszti SCHULEK VILMOS egyet. tanár.

KIR. MAGYAR TUD. EGYETEMI II. SEBÉSZETI KLINIKUM

TARTALOM. *Grósz Emil* dr.: Adatok a látóideg pathologiájához. — *Leitner Vilmos* dr.: Agyalapi bántalomból származó többszörös idegbénulás két esete. — *Könyvismertetés.* — *Irodalom-szemle.* — *Vegyesek.*

Adatok a látóideg pathologiájához.[1]

Irta: *Grósz Emil* dr. egyetemi magántanár, a budapesti egyet. szemklinika adjunctusa.

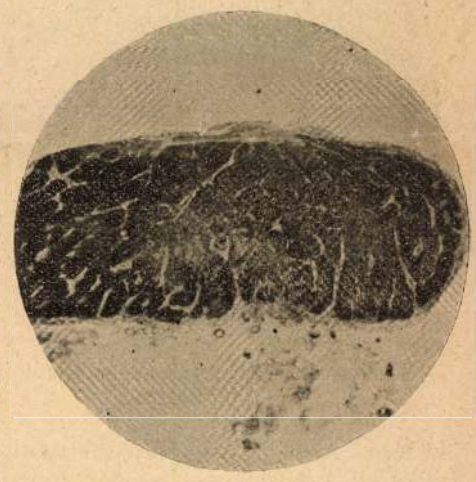
Az utolsó években azon összefüggés tanulmányozását tűztem ki feladatomul, a melyben a látóideg elváltozásai általános betegségekkel állanak. E kapcsolat felderítése theoretikus és praktikus szempontból egyaránt értékes és érdekes, mert egyrészről a látóideg finomabb szerkezetének és működésének felismerésére vezet, másrészről súlyos alkati bántalmak és pedig első sorban a központi idegrendszer betegségeinek korai diagnoskálását, sőt gyógyítását teszi lehetségessé. Épen előbbi szempont az, a mely igazolásomul szolgálhat, hogy a biologiai értekezleten pathologikus esetek tárgyalására bátorkodom időt igénybe venni. Hiszen ismeretes, hogy a látóidegek részleges kereszteződésének, a keresztezett és keresztezetlen rostok, valamint a papillo macularis köteg lefutásának ismeretét épen pathologikus eseteknek köszönhetjük. Azt sem szabad felednünk, hogy a hydrops vaginae nervi optici-t *Stellwag* már akkor felismerte, a mikor *Schwalbe* még nem közölte azon tapasztalatát, hogy az agyhártyák között levő spatium a látóideg intervaginalis űrével közvetlenül közlekedik. Szóval számosak az érintkezési pontok, melyek szorosabbá fűzése az orvosi tudománynak csak hasznára lehet. A jelzett irányban végzett vizsgálatok eredményéről utoljára a *Szemészet* 1896. és 1897-diki évfolyamaiban számoltam be és pedig első sorban a tabeses atrophiáról, másodsorban az agydaganatok kiséretében keletkező papillitisről. Az azóta folytatott vizsgálatokról óhajtok ez alkalommal néhány adatot közölni. A klinikai észlelések folytatása mellett igyekeztem azokat kórszövettani vizsgálatokkal kiegészíteni, mert szilárd meggyőződésem, hogy csakis a *klinika* és *laboratorium* szoros *együttműködése* vezethet eredményre. A jelen iskolai év I. felében az egyetemi szemklinika laboratoriumában ilyen czélból 30 szemet, illetve látóideget vettem munkába, ezek között 2 diabetes mellitus, 9 tabes dorsalis, 12 agydaganat volt. Az anyagot *Genersich* és *Pertik* tanár uraknak, 5 esetben *Schaffer Károly* magántanár úrnak köszönhetem.

I.

A *diabetes mellitus* a lencsén, a retinán és a szemizmokon kivül magát a látóideget is megtámadhatja. Hogy e baj rendesen centralis, negativ színskotomával jár, azt 1875-ben *Leber* deritette ki. E skotoma hasonlónak bizonyult ahhoz, a milyent alkohol és nicotin intoxicatio eseteiben találunk. A mióta azután *Samelsohn*, *Nettelship*, *Vossius*, *Bunge*, *Uthoff* és *Thomsen* ez utóbbi bajban szenvedett betegek opticusaiban a skotoma székhelyéül a papillo macularis kötegek atrophiáját anatomiai úton kimutatták, a diabeteses elváltozás székhelyét is analogia útján ide helyezték. Az analogia felállításának tényleg erős jogosultsága volt, mert az anatomiai vizsgálatok ritka egyértelműséget mutattak s az úgynevezett amblyopia toxica centralis skotomáinak teljesen megfeleltek. Közvetlen anatomiai bizonyíték azonban erre más, mint *Edmunds* és *Lawford* [2] 1883-ból és *Schmidt-Rimpler*-nek [1] 1896-ból származó egy-egy esete nem volt.

Előbbi 29 éves férfira vonatkozik, a kit 1881. deczember 16-dikán vettek fel a londoni St. Thomas Hospitalba s a ki ugyanott már öt nap mulva meghalt. Látása 4 hó óta romlott volt, a vizelet nagyon sok czukrot tartalmazott, a szemfenék épnek látszott. Az anatomiai vizsgálat, mely csak a jobb látóideg szemgödri részére szorítkozott, kideritette, hogy az ideg tengelyében a rostok tönkre mentek, helyüket szemcsés anyag foglalja el, a gerendezet vastagodott; adott esetben tehát már sorvadás következett be.

Schmidt-Rimpler esetében a 29 éves férfi vizeletében 5% czukor volt, látása a jobb szemén a rendes $^1/_4$-e, a balon annak $^1/_6$-a, mindkét oldalon centralis színskotoma; szemfenekek elváltozást nem mutattak. Az anatomiai vizsgálat kideritette, hogy a látóidegek intracranialis részei teljesen épek, az orbitalis részben közvetlenül a szem mögött alul kivül, átmetszetben háromszögalakú, csúcsával a központ felé tekintő, sorvadt köteg van, mely hátrább az ideg tengelyében fut. A rostkötegek lényegesen megkisebbedtek, a közti szövet helyenkint aprósejtes infiltratiót mutat, de lényeges vastagodás vagy burjánzás tünetei hiányoznak. Feltünő azonban az erek teltsége, s helyenkint vérzések jelenléte. A sorvadás tehát úgy látszik a megbetegedett érrendszerrel van összefüggésben.



1. ábra. A látóideg intracranialis részének átmetszete.

E két esethez egy harmadikat csatolhatok, mely tulajdonképen az előbbieket kiegészíti; *Edmunds* és *Lawford* esetében az ideg intracranialis részét nem vizsgálták meg, a *Schmidt-Rimpler*-ében pedig e helyütt nem volt elváltozás; az általam vizsgált eset épen az intracranialis részre vonatkozik, a mennyiben csupán a látóideg keresztezés állott rendelkezésemre. A 63 éves férfibeteget 1897. augusztus 26-dikán kiterjedt lábgangraenával és 1% czukortartalmú vizelettel vették fel *Dulácska* főorvos szent István-kórházi osztályára, hol 1897. október 7-dikén meghalt. [2] A beteg életében, a mint *László Adolf* alorvos úr szivességéből utólag értesültem, látásromlásról nem panaszkodott, részletes szemvizsgálás nem történt.

Az opticusokban ovalis centralis atrophiás terület van (1. ábra) a chiasmában piskótaalakú s a középpontban fekszik,

[1] A kir. magy. természettudományi társulat élettani szakosztálya 1898. márczius 1-i ülésén tartott előadás.

[2] Examination of optic nerve from a case of amblyopia in diabetes by Walter Edmunds and J. B. Lawford M. D. Transactions of the ophthalmological Society of the United Kingdom. Vol. III. 1882/83.

[1] Ueber Maculare Sehnerven-Atrophie bei Diabetes. Bericht über die 25. Versammlung der Ophth.-Gesellschaft Heidelberg. 1896, Wiesbaden.

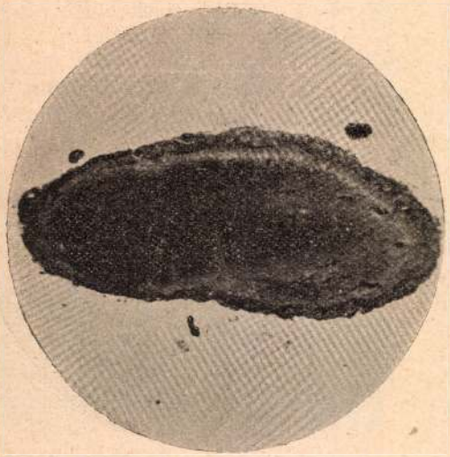
[2] Diabetes mellitus. Atrophia lipomatosa pancreatis. Bronchopneumonia deglutatoria lobi superioris utriusque et dysenteria majoris gradus cum necrosi mucosae intest. crassi. Endart. chron. deform. cum petrificatione maj. grad. praecip. arteriarum extremit. inf. sin, thrombosi vetust. art. tib. post. sin. et mumificatione podis sin. fere tot. Thrombosis art. ves. sin. cum infarctibus haemorrhagicis vesicae urin. Atrophia sen. renum. Anaemia. Synech. pulmon.

úgyszintén centralis marad a tractusokban is. Ez elrendezést *Henschen* schemájával [1] összehasonlítva, melyet a látóideg rostlefutásáról saját és mások vizsgálatai alapján szerkesztett, azonnal feltűnik, hogy a sorvadt részek a papillo macularis kötegnek teljesen megfelelnek.

A localizálásnál nehezebb feladat arra felelni, hogy a diabetes mellitus miért hat épen ezen rostkötegekre?! Erre csak feltevéssel felelhetünk. Hasonló effectust idéz elő a dohány, az alkohol, az ólom, a cannabis indica, a dinitrobenzol, a jodoform, a szénkéneg, a joduret, a thiuret, ilyen módon hat egyes esetekben a meghülés, máskor pedig az öröklött látóideggyuladás eredményekép látjuk. Úgy látszik, hogy a mint ezt *Samelsohn* a toxikus neuritisre állította, valamennyi alaknál a foramen opticum szűk csontos csatornája, valamint a vérerek eloszlása által adott anatomiai viszonyok teremtik a gyuladást gerjesztő anyagok fennakadására és kifejlődésére a locus minoris resistentiaet. Igy válik érthetővé, hogy különböző anyagok és ártalmak hasonló eredményre vezetnek.

II.

A *tabes dorsalis*-ban szenvedők opticusainak vizsgálata azon már 2 év előtt kifejezett nézetemben[2] megerősitett, hogy a látóideg elváltozása a tabes dorsalis egyik legkorábbi és legállandóbb tünetét képezi; fentartom azon felfogásomat, hogy a látóideg sorvadása coordinált, hogy a látászavar főszékhelye az ideg szemgödri része, úgyszintén szaporodtak azon adatok, melyek az atrophia ascendáló jellegét bizonyítják, sőt sok szól a mellett, hogy a kiindulás székhelye a retina dúczsejtrétegében van.



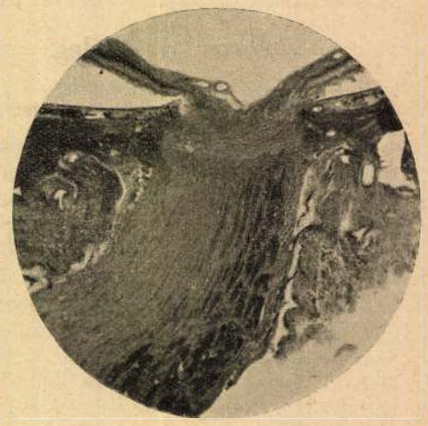
2. ábra. A látóideg intracranialis részének átmetszete.

A klinikus vizsgálatok, melyek részletezését ezúttal mellőzöm, újból azt mutatják, hogy legelőbb a papilla elváltozása objectiv úton ismerhető fel, ezt követi a látótér peripheriás szűkülése és végül a centralis látás csökkenése. Arról is meggyőződhettem, hogy olyan esetekben, a mikor első alkalommal minden functionalis eltérés nélkül csak decoloratiót constatáltam, hónapok multán megjelent a látótérszűkület s még később a sorvadás kifejezett képe állt előttünk. A látóterek hemianopiás jelleget nem mutattak s a szűkület következetesen körzeti volt.

Az elváltozás peripheriás jellegének bizonyítására egy a *Wagenmannéhoz* [3] hasonló esetet is hozhatok fel. G. L. 45 éves férfi első izben 1896. nov. 10-én jelentkezett az egyetemi szemklinikán. Látása mindkét szemén $^5/_{15}$, színlátása jó, a jobb szem látótere szabad, a balé kis fokban peripheriásan szűkült. Anisocoria, Robertson-tünettel, mindkét papilla decolorált, a jobb szem papillájához velős hüvelyű idegrostok pamata csatlakozik. A tabes dorsalis diagnosisát *Korányi Sándor* tanár állapította meg. 1897. január 17-dikén a látás változatlan, de a velős hüvelyű idegrostok észrevehetően megfogytak, 1897. deczember 5-dikén területük nagy fokban megkisebbedett, 1898. február 13-dikán már alig ismerhetők fel s a papillák az atrophia képét mutatták.

A mult évben az irodalomból összegyüjtött 8 (*Leber*, *Poncet*, *Westphal*, *Jendrássik*, *Popow*, *Uthoff*) és saját régebbi 4 anatomiai úton megvizsgált esetemen [1] kivül *Moxter* [2] tanulságos vizsgálata jutott tudomásomra. E szerző azt találta, hogy a retina dúczsejtrétege ritkult, a rostréteg hiányzik, az opticusok sorvadtak, csak a tengelyben van néhány megtartott rost, épen ilyen rostszegény a chiasma, csak a tractusokban jelentkeznek dúsabban kötegek, a corpus geniculatum és pulvinar sejtjei változatlanok. Ujabban 8 eset anatomiai vizsgálatát fejeztem be.

1. K. 55 éves férfi (meghalt az Erzsébet-szegényházban Schaffer Károly magántanár osztályán) a tabes dorsalis úgynevezett paralytikus stadiumában szenvedett. Látása a rendes $^1/_{20}$ volt, látóidegfők élőben a sorvadás kifejezett képét mutatták. Az anatomiai vizsgálat a látóidegfők (2-dik ábra) nagyfokú sorvadását derítette ki, a megtartott rostok az átmetszet alig $^1/_8$-dát képezik. A sorvadás a chiasmán át a tractusokra is kiterjed, de a központ felé terjedelmében veszit.

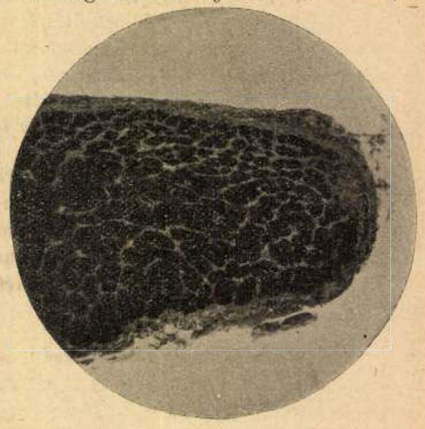


3. ábra. A látóidegfő átmetszete.

2. Cs. nő (meghalt ugyanott). A sorvadás a látóideg széli rostjaira szoritkozik, kivül háromszögalakúra kiszélesedik, a chiasmában még felismerhető, de a tractusokra nem terjed ki.

3. N. Gy. 56 éves férfi (meghalt ugyanott) a tabes dorsalis paralytikus stadiumában szenvedett. Látása a rendes $^1/_{10}$-de, látóterek concentrikusan, de különösen felül-kivül szűkültek, szemfenéken atrophia nervi optici képe. A metszeteken a sorvadás a látóideg széli rostjaira szoritkozik, a tractusokra nem terjed reá.

4. R. B. 55 éves nő (meghalt 1897. márczius 16-dikán Dulácska főorvos szent István-kórházi osztályán) szemfenéken 1896. február 15-dikén a sorvadás tünetei voltak jelen. A chiasma frontalis metszetén csak igen kevés rost ismerhető fel, a tractusok is szerfölött rostszegények, a látóidegben a szélen nehány jól festődő nyaláb ismerhető fel (3-dik ábra). A papilla a sorvadás kifejezett képét mutatja s úgy látszik, hogy a rostréteg és dúczsejtréteg is ritkult, e tény biztos megitélése azonban mint ismeretes, nagyon nehéz.



4. ábra. A látóideg intracranialis részének átmetszete.

5. L. J. 61 éves nő (meghalt 1897. november 11-dikén Korányi Sándor tanár szent István-kórházi osztályán). Szemfenéken kezdődő sorvadás tünetei. A látóidegek medialis oldalán átmetszetben háromszögalakú, körülbelül 10 nyalábot elfoglaló sorvadás, mely területből kiindulva, a széli rostok ritkultak (4. ábra). A sorvadás centripetalisan fogy, de a chiasmában mint keresztezett rostok még felismerhetők.

[1] Dr. Salomon Eberhard Henschen: Klinische und anatomische Beiträge zur Pathologie des Gehirnes. Upsala 1892.

[2] A tabes dorsalis tünetei a szemen. Orvosi Hetilap. Szemészet 1896. 2—3.

A tabeses látóidegsorvadás. Kórszövettani vizsgálatok eredménye. Orvosi Hetilap. Szemészet 1897. jubilaeumi szám.

[3] Schwund markhaltiger Nervenfasern in der Retina in Folge von gemeiner Sehnervenatrophie bei Tabes dorsualis. V. Graefe's Arch. f. Ophth. XL. 4. 256.

[1] L. c.

[2] Moxter: Atrophie des Opticus bei Tabes. Centralbl. für Augenh. 1895. 569.

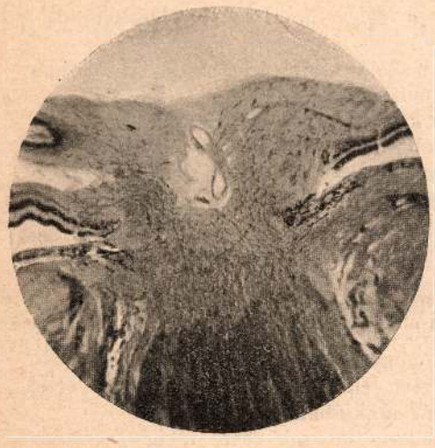
6. R.-nő (meghalt Schaffer Károly magántanár Erzsébetszegényházi osztályán). A látóidegekben a széli rostokra szorítkozó sorvadás, mely egy helyen háromszögalakúvá kiszélesedik. Élőben a papilla decoloratióját constatáltam.

A 7-dik és 8-dik esetben a próbafestések nem mutattak sorvadást.

A sorvadás tehát két esetben igen nagy fokú volt, 4 esetben széli nyaláb csoportokra szorítkozott, valamennyi azonban felfelé fogyott.

2 esetben a vizsgált rész épnek mutatkozott, de hangsúlyoznom kell, hogy a látóidegpálya első tagjának csak egy részlete volt az, mely a vizsgálat tárgyát képezhette.

E 8 újabb esethez, a 4 régebbit hozzászámítva, most már 12 vizsgálat alapján határozottan állíthatom, hogy a sorvadás a látóterekkel egybehangzóan *az ideg széli rostjain kezdődik*. Ma már tehát nem jogosult *Leydennak* a *Nothnagel*-féle nagy gyüjtőmunkában tett azon megjegyzése, hogy „még nincs eléggé felderítve, hogy az atrophia az összes kötegeket egyidejűleg támadja-e meg vagy bizonyos csoportokat előszeretettel keres-e fel". A sorvadás ascendáló jellege is szembeötlő; *Moxter* lelete, a fibrae medullaresek korai szétesését igazoló újabb észlelés, *Usher* és *Dean*[1] kisérletei, melyek szerint a Graefe-késsel sértett retinából centripetalis sorvadás indult meg. Mind csak e felfogás helyességét támogatják.



5-dik ábra. A látóidegfő átmetszete.

Hogy azonban a kiindulás épen a retina dúczsejtrétege, e tekintetben még korai volna végleges véleményt mondani.

III.

Az *agydaganatok* kiséretében állandó tünetkép jelentkező papillitisek keletkezéséről egy évvel előtt azon véleményemet nyilvánítottam, hogy a valódi álképletek a *Schmidt Manz*-féle magyarázat értelmében strangulálás útján idézik elő a papillitist, míg a gumma és tuberculum a gyuladás leterjedése útján. Akkor az érstrangulálás eddig hiányzó anatomiai bizonyitékát adhattam. Azóta több e tárgygyal foglalkozó közlés jelent meg. *Deyl* a vena centralis összenyomásából, *Krückmann* a sejtek által képezett somatogen és autogon eredetű anyagnak tulajdonítja a papillitis keletkezését.

Felfogásomat újabb esetek anatomiai vizsgálatául támogathatom.

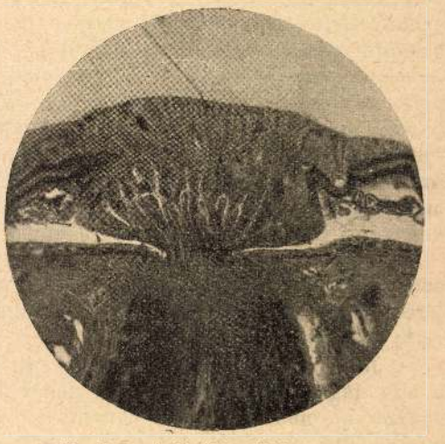
1. W. J. férfi 1897. szeptember 17-dikén *Korányi* Frigyes tanár klinikáján halt meg. A bonczolás kiderítette, hogy a jobb második s harmadik homloktekervény hátsó végén glioma székelt. A papilla 2 mm.-nyire kiemelkedik, a szomszédságában a retina többszörösen ránczolt, levált. Az idegrostok széttoltak, közöttük ürök, helyenkint sclerotikus idegrostokból álló plaqueok; ideghüvely kitágult. A rostok a lamina cribrosa mögött Weigert szerint kifogástalanul festődnek.

2. P. E. 24 éves nőt 1897. junius 19-dikén vették fel Barbás József főorvos Rókus-kórházi osztályára, hol már 3 nappal később meg is halt. 5 hónapon keresztül heves fejfájásban és szédülésben szenvedett volt, látása 2 hó óta romlott; anisocoria. Lassan beszél, hosszabb szavakat nem tud kimondani, ingadozó járás, fokozott térdreflexek. A bonczolás a jobb thalamus opticus pulvinárjának megfelelő helyzetű cholesteatoma jelenlétét mutatta ki, mely a plexust s a venákat összenyomja; hydrocephalus chronicus internus.

A papilla gombszerűen 2 mm.-nyire kiemelkedik, az az oedema előbb vázolt tüneteit kifejezetten mutatja.

3. V. E.-t 1897. szeptember 20-dikán eszméletlen állapotban vették fel Barbás József főorvos osztályára, hol harmadnap meg is halt. A jobb agyfélteke paracentralis gyrusában glioma volt. A papilla mérsékelten emelkedik ki, az erek szerfölött tágak, a rostok széttoltak, az ideghüvely kitágult. A látóideg rostjai épek.

4. A beteg Hochhalt Károly főorvos osztályán 1897. julius 17-dikén halt meg. A negyedik agygyomrocs fenekén angiosarcoma volt. A papillák oedema jeleit mutatják.



6-dik ábra. A látóidegfő átmetszete.

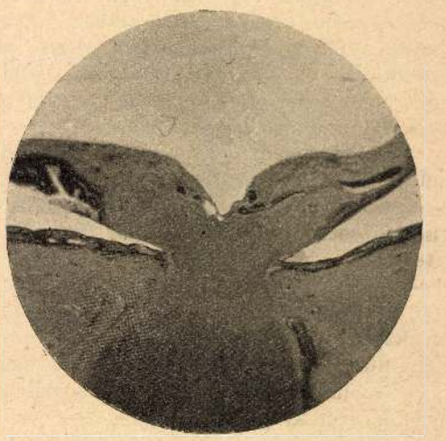
5. Mindezekhez teljesen hasonló képet ad ama eset, a melyben a papillitis oka az orbitában székelő sarcoma localis nyomása volt. A papillák az oedema vázolt tünetei, a kitágult intervaginalis űrben peng nagy vérzés. A látóidegrostjai vezetőképességüket mégtartották.

Arról is újból meggyőződhettem, hogy akkor, a midőn a papilla már atrophiássá vált, a kiindulás jellemző vonásai felismerhetetlenekké váltak. Az egyik eset 23 éves férfira vonatkozik, a kinek bal homloklebenyében osteoma volt, a másik 35 éves nőre, a kinek hypophisis tumor okozta halálát. Mindkét esetben a papillák kötőszöveti vázból állottak, vastagodott érfalzattal, sejtdús közti szövettel és teljesen elsorvadt idegrostokkal.

* * *

A közölt adatok csak töredékek, de egyik-másik irányban, úgy hiszem bizonyitók.

Az eddigi vizsgálatok értékesítését két körülmény nehezítette és nehezíti meg. Az egyik az, hogy a klinikai betegek gyakran eltünnek szemeink elől, az anatomiai vizsgálatra nyert esetekről pedig nem minden esetben rendelkeztem az élőben megejtett szemvizsgálás megbizható adataival. A másik nehézség, hogy csak kevés esetben sikerült a látópálya első tagját *egész* terjedelmében, tehát a retinától az agydúczokig megkapnom. Úgy reménylem, hogy e hiányokon segítve lesz, mivel az illetékes helyeken megtettem a lépéseket, hogy még az élőkből megbizható adatokat szerezhessek, s hogy anatomiai vizsgálatra az egész anyagot megkaphassam. Hiszen mindannyian érezzük, hogy mennyire igaza van *Bucklenek*, a nagy angol philosophusnak, a mikor azt mondja, hogy a tudás nem egy tehetetlen, passiv valami, a mi bennünket meglep akár tetszik, akár nem, hanem, hogy megnyerhessük, kutatnunk kell, ez pedig csak nagy áldozat és munka eredménye!



7-dik ábra. A látóidegfő átmetszete.

[1] Transactions of the Ophthalmological Society of the United Kingdom. Vol. XVI. 1895/96.

Agyalapi bántalomból származó többszörös idegbénulás két esete.

Közli: *Leitner Vilmos* dr. szemklinikai gyakornok.

A budapesti egyetemi szemklinikán legutóbb észlelt két egyénről óhajtok néhány adatot ismertetni, kiknél több agyideg bénulása egyéb elváltozásokon kivül a szemeken is súlyos megbetegedéseket hozott létre.

I. R. S. 38 éves nő folyó év márczius elején azzal a kéréssel kereste fel a szemklinikát, hogy látásán javitsunk. Elmondja, hogy nyolcz év előtt több hónapig tartott fejfájás, szédülés, s gyakori hányinger gyötörte, ágyban fekvő beteg volt s állitólag lázai is voltak. E betegsége kezdete után néhány hétre előbb a jobb, majd a bal szeme is lecsukódott, magától nyitni nem tudta. Nyolcz hónapi villamozás után szemei lassankint nyilni kezdtek, mikor azonban a bal szemhéja már jól emelődött, észrevette, hogy a jobb szemét behunyni nem tudja; ugyanez az állapot fejlődött ki nemsokára a bal szemén is. Rövid idő mulva mindkét szeme romlani kezdett, fájdalmas azonban soha sem volt; látása, mely hat év óta egyformán van, annyira rossz, hogy járáskelésre is alig elégséges.

Egyéb bajokra vonatkozólag előadja, hogy az előadott betegsége előtt orrában sebei voltak, melyek jodkalium szedésére gyógyultak. 18 évi házassága alatt egy gyermeke sem volt; abortus nem fordult elő.

Jelenleg a következő állapot található. A jobb szemrés 6 mm. tágságú, zárása, avagy nagyobb fokban való nyitása önként ki nem vihető. A corneán e mozdulatlan szemrésnek megfelelő szélességű, s a cornea egész harántátmérőjére kiterjedő, élesen határolt, kékes-fehér vaskos, átlátszatlan hegszövet van, melyre a conjunctiva felől néhány ágazatos osztású ér húzódik. Ezen övalakú hegen kivül a corneán több felszines finom áttetsző homály van, melyen keresztül az iris és csarnok fátyolosan láthatók, annyi azonban jól kivehető, hogy az iris a szarúhártya hegével összefüggésben nincs. A szemteke érintés iránt érzéketlen. Mozgásai közül csak a rect. ext. irányában nem mutatkozik hiány, minden más irányban a mozgékonyság korlátolt; a fel- és lefelé nézésnél csak némi hengeredő mozgás észlelhető.

A bal szemrés 8 mm. tág, elég jól záródik, azonban legfeljebb 9 mm.-re nyilik; a corneán a jobb szeméhez egészen hasonló övszerű heg van, egyébként a peripherián tisztább, mint a jobb cornea. Iris szabad. A szemteke érintés iránt rendes érzékenységű, a reflectorikus pislantás pontosan bekövetkezik. A szemteke mozgásai minden irányban korlátoltak, legnagyobb fokban a fel- és lefelé nézés, midőn csak gyenge rotáló mozgások történnek.

A különben békés szemek mélyebb képleteinek megitélése a közegi zavarok miatt lehetetlen. A látóidegek bántalmazottságára azonban gyanut kelt az a körülmény, hogy az áttetsző cornearészletek mögött készült coloboma látás tekintetében az előbbi állapothoz képest alig hozott létre javulást. (1—2 meterről ujjolvasás.)

A szemeket illető ezen elváltozásokon kivül a beteg jobb arczfele teljesen érzéketlen, ugyanezen oldal összes bőrredői elsimultak, mozgásai hiányoznak s a rágás is tökéletlen.

Az idegrendszer vizsgálata a felhozottakon kivül egyebet nem derített ki (Jendrássik).

Összefoglalva a betegnél találtakat, azt látjuk, hogy az agyidegek egész sora kisebb-nagyobb fokban bénult, és pedig mindkét n. III., IV., a jobb n. V. mindhárom ága, a bal n. VI., a jobb VII. teljesen, a bal VII. részben, s valószinűleg mindkét n. II.

A bántalom eredete kétségtelenül agyalapi s az anamnesisből, valamint a bénulások fellépési módja után itélve a legnagyobb valószinűség szerint lueses meningitis, mely roncsolás és heges zsugorodás utján hozta létre az emlitett elváltozásokat. A cornea hegesedése, miután főkép a szemrésbe eső területre szoritkozik a facialis bénulásból származott lagophthalmus következménye, melyhez bizonynyal a trigeminus anaesthaesiája is egyidejüleg hozzájárult, s valóban csodálkoznunk kell, hogy e két veszélyes körülmény összejátszása daczára is a corneákból valamikép működésre képes részek is megmaradtak.

Befejezett folyamatról lévén szó, a bénulások 6 évi fennállása után javulásra alig lehet kilátás.

II. esetünk V. J. 41 éves férfit illeti, ki f. év márczius elején jött az egyet. szemklinikára, előadván, hogy jobb szeme 7 hó előtt fejfájások kiséretében rohamosan megromlott. Azóta folyton heves fejfájásokban szenved, de egyébként egészségesnek érzi magát; feltünt azonban neki, hogy több hó óta jobb oldalán nehezen rág. Más kiállott betegségre nem emlékszik. Luest tagad.

A megejtett vizsgálat azt mutatta, hogy jobb szemén fényérzés sincs. A szemrés valamivel szükebb a balnál, nyitása kissé nehézkes. A szemteke kifelé fordult, s ezen állásából csak az abductio lehetséges, minden más irányban való mozgékonysága hiányzik. A szem külső képletei különben épek; pupilla kerek, a közepesnél valamivel tágabb, fényre és convergentiára nem reagál. A papilla n. opt. fehér, elég éles határú; retinalis venák tágabbak a rendesnél, az arteriák szükültek. Lamina cribrosa likacsai nem láthatók: tehát az egész kép neuritisből származott atrophiának felel meg.

A bal szem látás élessége teljes, színlátása jó, látótere szabad. A szemen külsőleg elváltozás nem látható; a középtág, kerek pupilla jól reagál. A szemfenék venái a rendesnél jóval tágabbak, kanyargósak, arteriák változatlanok. A papilla a szokottnál vörösebb, határai, főleg belül kissé elmósodottak: hyperaemia venosa retinae.

Az ideggyógyászati vizsgálat a jobb trigeminus III. ágának paresisét derítette ki. (Ritoók Zs.)

Ezen esetben tehát a következő agyidegek részéről mutatkozott rendellenesség; a jobb n. II., III., IV. s az V. harmadik ága, valamint jelét találtuk annak is, hogy a bal n. opticus központi vénájából a vér szabad lefolyása akadályt szenvedett el.

E tünetcsoport okát az orbitán kivül, intracranialisan és pedig az agyalapi részén székelő valamely folyamatban kell keresnünk, mely valószinűleg meningealis gyuladásban, illetve vastagodásokban és zsugorodásban áll. A jobb látóideg sorvadása descendáló gyuladás végkimenetele, mig a bal opticuson ez idő szerint a gyuladásnak, illetve compressiónak csak első jelei láthatók a visszeres pangás alakjában.

A betegnél foganatositott, de csak rövid ideig folytatott bedörzsölések és villamozás az állapotban változást nem hozott létre; 12 napi kezelés után a beteg saját kivánságára elbocsáttatott a klinikáról.

KÖNYVISMERTETÉS.

Die Erkrankungen des Auges im Zusammenhang mit anderen Krankheiten von *Prof. Dr. H. Schmidt-Rimpler* in Göttingen. Mit 23 Abbildungen. Wien 1898. Alfred Hölder. 566 oldal. Ára: ?

Schmidt-Rimpler könyve, mely a szembajoknak más betegségekkel való összefüggését tárgyalja s mely mint a *Nothnagel* által szerkesztett belgyógyászat alkotó része jelent meg, a legnagyobb mértékben megérdemli az orvosok érdeklődését. A szembajok nem egyszer kiinduló pontját képezhetik súlyos betegségeknek (rosszindulatú daganatok továbbterjedés és metastasis útján, syphilis, lépfene), s még gyakrabban általános betegségek részjelenségeikép vagy mint azok első- vagy utótünetei jelennek meg (a pangásos papilla agydaganat mellett, az iritis syphilitica, a retinitis albuminurica, a diphtheriás alkalmazkodási bénulás stb.). E jelenségek, különösen a szemtükrözés elterjedése által nyertek nagyobb méltánylást, mert jól hangsúlyozza *Gowers*, hogy az által, hogy a szemfenéken a vér és erei, valamint egy agyideg, helyesebben agyrészlet jelentékeny nagyitásban láthatók, oly elváltozások ismerhetők fel, a melyek máskülönben rejtve maradnak előlünk. A mikor e század közepén a szemorvoslás tudománya páratlanul álló fejlődést mutatott, egy ideig az a veszély forgott fenn, hogy a szemészet elszakadva az orvosi tudományok többi ágaitól a túlságos specializálás által érzékenyen fog szenvedni. De épen legjobbjaink: *Graefe*

s *Arlt* útmutatása e veszélyt egy s mindenkorra elhárította. A szembajoknak diathesisek szerint való osztályozását elejtették ugyan, de e helyett az összefüggés klinikai és kórboncztani alapon való tárgyalása nyert tért. Az első ilyen irányú alapvető munka a *Förster* é volt, mely mint a *Graefe* és *Saemisch* által szerkesztett nagy szemészeti kézikönyv alkotó része jelent meg, s a melyet a magyar könyvkiadó-társulat könyvtára számára *Imre József* még 1877-ben lefordított Maga *Förster* czéljául annak előadását tűzi ki, hogy a szemészet a legbensőbb összeköttetésben érzi magát az orvosi tudomány többi ágaival s hogy téves azt hinni, miszerint annak művelése egyértelmű az orvosi tudománynak összefüggéstelen specialitásra való forgácsolásával. A felosztás alapjául a szervezet betegségeit választotta, míg *Jacobson* 1885-ben megjelent munkájában az összefüggést a szembajokból kiindulóan tárgyalta. Csaknem egyidejűleg jelent meg *Berger* és *Kniess*-nek a *Förster*-éhez hasonló beosztású két könyve, melyek az összefüggést már nagyobb kiterjedésben s a jelentékenyen megnövekedett casuistika alapján tárgyalhatják. Kizárólagosan a szemtükörrel felismerhető elváltozások jelentőségét tartja szem előtt *Gowers* klassikusnak nevezhető munkájában, melynek minden fejezete elárulja, hogy azt egy a belgyógyászatban s a szemészetben egyaránt járatos kiváló tudós irta. Ilyen előmunkálatok után csak természetes, hogy *Schmidt-Rimpler* a felgyült adathalmazt felhasználva egy terjedelmében és értékében az előbbieket felülmuló könyvet nyujtott Helyes kritikával elválasztja azon jelenségeket, melyek jelentősége már tisztázott azoktól, a melyekről még nem bizonyult be az összefüggés. Az anyag feldolgozásában irányadóul azon körülmény szolgált, hogy a könyv tulajdonkép egy nagy belgyógyászati munka kiegészítő része, ezért a gyógykezelésre is kiterjeszkedett. Első helyen természetesen az idegrendszer betegségei állanak, melyek tárgyalása a könyvnek több mint felét elfoglalja, külön fejezeteket szán a vese, az alkati, a vérkeringési és légzési bántalmaknak, valamint a mérgezéseknek, a heveny fertőző betegségek, a nemi bajoknak, az emésztési és bőrbetegségeknek. Az irodalom összeállítását minden fejezet végén közli, mi által a könyv alapos forrásmunkául szolgálhat. Mint az oly számos kiadást ért szemészeti tankönyvét, úgy ezen munkáját is a világos tárgyalási mód s minden tudákosságtól ment valódi tudományos felfogás jellemzi. A részletekben természetesen akadnak ugyan olyan kijelentések, melyekhez szó fér, de egészben véve a munka a gazdag szemészeti irodalomban is jelentékeny nyereség; mint a belgyógyászati kézikönyv alkotó része pedig a szemen felismerhető fontos tünetek értékesítésére megbecsülhetetlen szolgálatot fog tenni. *G. E.*

IRODALOM-SZEMLE.

A műszerek fertőtlenítése irányában *Randolph*[1] nagyszámú kisérletet végzett és következő eredményre jutott: 1. A műszerek az esetek legnagyobb számában az által fertőztetnek, hogy a levegő behatásának vannak kitéve. 2. A minket környező közönséges körülmények közt az alkohol fertőtlenítő hatása kielégítő és értékes desinficiens; de staphylococcus albus tiszta tenyészetével fertőzött műszer még akkor sem veszti el fertőző hatását, ha 20 perczig fekszik alkoholban.

De Haas[2] 49 éves **myopiás** férfi esetét említi, kin 26 évvel ezelőtt cataracta miatt lencse-extractiót végzett. Mütét után látása $^5/_{10}$ volt és a lencse hiányának daczára az ideghártya előrehaladólag myopikus elváltozást mutatott, látása pedig állandóan romlott.

A könytömlő kiirtását *Ahlström*[3] akként eszközli, hogy 4—5 mm.-nyi hosszú metszéssel megnyitja a könytömlő elülső falát, a nyiláson keresztül kis kalapácsnak 8 mm. hosszú, 5 mm. vastag gombját vezeti be. Ezen kalapács segélyével a könytömlő minden irányban könnyen mozgathatóvá lesz, a mi a kiirtás technikáját nagy mértékben könnyíti.

A conjunctivitis blenorrhoica utáni artritis esetét említi Bernstein.[4] Blenorrhoeás asszony újdonszült gyermeke conjunctivitis blenorrhoicában betegedett meg, öt nappal később először a jobb kéztő, később a térdizület lobosodott meg. A gyermek 4 hét mulva meggyógyult. Hasonló esetet említenek *Weiss* és *Klinghöffer*;[1] 25 éves egyén conjunctivitis blenorrhoicában betegedett meg, 4 héttel később jobb térdizülete lobosodott meg, további 2 hét multán a jobb lábtőizület, későbbi 8 nap alatt ez is meggyógyult.

A keratitis interstitialis Greef[2] szerint főkép 40 éven aluli egyének betegsége. Legtöbb esetben veleszületett és csak ritkán szerzett lues az oka. Aetiologikus tényező gyanánt luesen kivül tuberculosis és rheumatikus bántalmak is szerepelnek. Kétségtelen az összefüggése malariával. Senn[3] anilinfestöknél a szarúhártyának szemrésbeli területén sepiabarna, egyenetlen felszínü, apró, víztiszta hólyagocskákból álló csíkot észlelt. Ennek közvetlen oka az anilinfekete felszálló gőzében fekszik. A munkásokat ettől főkép a feltétlen tisztaság és jó szellőzés által lehet megóvni. (Archiv für Augenheilkunde 1897. III.) *Selye Hugó* dr.

Joelson az acromegaliás betegén észlelt exophthalmust és látóidegsorvadást a csontok megvastagodásából magyarázza. Az orbita fala megvastagodván, létrehozza az exophthalmust, míg a foramen opticum megszükülése a benne haladó látóideg összenyomását és sorvadását okozza.

Mac Soren 40 éves nőről tesz említést, kinél a baloldali sinus cavernosus aneurysmája hirtelen állott elő és a szokott tüneteket; (exophthalmus pulsans) okozta. A külső egyenes izom is hüdötte a látásélesség teljes. A bal carotisra gyakorolt nyomás a zörejeks megszüntette. A carotis communis alákötését az edény atheromát elfajulása miatt Kerugorov-ínnal végezték. Mütét után 2 nap alatt a tünetek visszafejlődtek s csak a rect. extern. működési képességének helyreállása vett 3 hetet igénybe. A 2 év előtt végzett operatio óta a jó eredmény tartós. (Archiv für Augenheilkunde 1897. III.)

Fiatalkori hályogban szenvedő család. Schanz dr. három testvér esetét közli, kik körülbelül 20 éves korukban mindkét szemükön hályogot kapván, rövid hónapok lefolyása alatt teljesen megvakultak.

A testvérek atyja 40 éves korában tüdőgyuladásban halt meg; életének utolsó éveiben rossz látásban szenvedett, mely rossz látás betegsége alatt még fokozódott. Orvosai későbbi időre mütétet helyeztek kilátásba.

A testvérek anyja egészséges, ép szemü.

A legidősebb fiú 31 éves, czipész, egészséges, főleg görcsökben soha sem szenvedett. Katonának is bevált, kitünő szeme volt. 26 éves korában egy lövés alkalmával azt vette észre, hogy fátyolszerű zavarosság libeg jobb szeme előtt. Szakértőhöz fordult, ki fél év mulva — mialatt az illető látását teljesen elvesztette — eredménynyel megoperálta. Mütét után a beteg bal szemén, a jobb szeméhez analog elváltozások jöttek létre, melyek a bal szem teljes vakságához vezettek.

Hasonló módon járt említett egyénnek 23 éves szabó öcscse ki ez ideig teljes egészségnek, éles látásnak örvendett. Hónapok lefolyása alatt mindkét szeme hályogban megvakult. Mütétnek vetette alá magát, mely nehézségekbe nem ütközött, a mennyiben a lencse híg kásás anyaggá volt elváltozva.

Egy harmadik testvér 4 éves korában szembajos volt, több napi kezelés alatt állott, mire látása egész türhetővé vált. Ezen fiú folyton gyengélkedett és mirigydaganatokban szenvedett. Miután tanulmányait elvégezte, átvette szüleinek gazdaságát, hol mindkét szemén fájdalom és lob tünetei nélkül tárgylátása rövid idő alatt megszünt.

Ha már ritka dolog az, hogy valaki 20 éves korában minden kimutatható ok nélkül hályogban megvakuljon, úgy még nagyobb ritkaságok közé tartozik, hogy a baj egy ugyanazon család három tagját érje.

E testvérek vizeletében sem czukor, sem fehérje nem volt kimutatható, sem pedig oly szervezeti elváltozások nem voltak jelen, melyek a hályog keletkezésével összefüggésbe volnának hozhatók. Azon körülmény pedig, hogy a betegek más-más helyen

[1] Trans. Amer. Ophthalm. Soc. 1896.
[2] Med. Weekblad 1897. p. 489.
[3] Centralbl. f. pract. Augenheilkunde. 1897. p. 7. 9.
[4] Centralbl. f. pract. Augenheilk. 1896. p. 84.

[1] Zehender's Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. XXXIV. p. 7.
[2] Samml. zwangl. Abhand. a. d. Geb. d. Augenheilk. Herausg. v. Vossius. I. St. 8. 1897.
[3] Cor.-Bl. f. Schweizer Aerzte. 1897. Nr. 6.

tartózkodtak, kizár valamely közös kóros hatányt (pl. naphtalin), mely a betegséget előidézhette; így nem marad más hátra, mint veleszületett hajlam felvétele, mely mind három testvérnél érvényre jutott. (Centralblatt für Augenheilkunde. 1897. szeptember.)

A látó- és hallószerv közötti viszonyról. Az esetek többségében a hallószerv gyakorol befolyást a látószervre. Súlyos otitis mediánál a szem fájdalmas, fénykerülő, könyezik. Moos heves arczfájdalmak egy makacs esetében azt találta, hogy a lobos folyamat a sziklacsont pyramisán keresztül egész a gangl. Gasseri-ig terjedt. Ostmann tnr. egy alkalommal azt tapasztalta, hogy a hallójáratba jutott idegen test folytán fellépő blepharospasmus a hallójáratba történt cocainbecseppentés után azonnal megszünt Ismeretes dolog különben, hogy a hártyás labyrint, akár mechanikus, akár pathologikus elváltozások folytán izgatása, kétoldali nystagmusszerű szemmozgást vált ki.

Normalis viszonyok mellett a középfül részéről nystagmus nem váltható ki, valamint pupillaris elváltozások, szemizomhüdések sem idézhetők elő; ha pedig utóbbiak jelen vannak, ez a középfül megbetegedéséhez járult labyrint, illetőleg agyelváltozásról tesz tanuságot.

A n. fac. területén fellépő reflectorikus tünetek könnyen találják magyarázatukat abban, hogy eme ideg úgy a musc. stap.-t, valamint a musc. orb. p.-t is beidegzi.

Ostmann tnr. egyesek azon nézetével szemben, mely szerint a középfül vagy proc. mast. gyuladásos folyamatai képesek volnának directe szemfenéki elváltozást létesíteni, azon álláspontra helyezkedik, hogy ilyenkor mindig valamely intracranialis complicatio van jelen. (Centralblatt für Augenheilkunde. 1897. szeptember.) *John Miksa* dr.

Dr. **Dagialiski**[1] három esetét irja le a kötőhártya **elsődleges bujakóros keményedésének.** Förster 1877-ben azt mondja, hogy ő nehány lágy fekélyt látott ugyan a szemen, de keményet soha; hasonlókép nyilatkoznak mások is, mint Zeissl, Fournier stb. — Ezek után Neumann 1890-ben összegyüjtött 613 extragenitalis esetből 162 elsődleges keményedést a szemhéjakon. Ugyanazon évben Fortuniades szintén a szemhéjakon előforduló 118 keményedésről tesz említést. Alexander a 931 extragenitalis eset közül 347-et hoz fel, a melyek a szemhéjakon léptek fel. Tepljaschin 1887-ben 7 esetet ir le. Poljokow N. egy esetről szól, a melyhez az orosz irodalomból 34-et említ még fel. Pospelow a Moszkva környéki gyári munkások között 150, és Posoi-Koschitz által összeállított 830 extragenitalis esetből 132 esetben a szemhéjakon volt a keményedés. A szentpétervári kórházban az 1879—1883-ig levő 5025 állandó betege között csak egyetlen egy esetben fordult elő a kötőhártyán az elsődleges keményedés; 1888—1891-ig pedig a 9532 állandó és 70,222 járó beteg között egyetlen egy eset sem említtetik fel.

A szerző felemlíti, hogy az előtte ismeretes irodalomból csak 21 esetet ismer, a melyben az elsődleges keményedés a köthártyán fordult elő.

I. A. Awdotja, napszámosnő, 28 éves, jobb szemének baja miatt 1897. aug. 9-dikén vétetett fel a kórodába. Betegségének kezdetén azt hitte a beteg, hogy szemében idegen test van, a miért is egy ismerőse által kinyalatta a szemét.

Megtekintésnél a jobb felső szemhéj felső felében elöredomborodik, felette a bőr vörös és az egész szemhéj $\frac{2}{3}$-kissé vizenyős. A porcz felett inkább a szemhéj belső felén egy mogyorónagyságú, gömbölyü, lelapult és kemény daganat tapintható ki, a mely felfelé az átmeneti redőbe nyulik. A daganat porczkeménységü és a szemhéj kifordításánál még jobban előtünik, a kötőhártya belövelt, bársonyos kinézésü és egy kis helyen vékony, szürke fibrinosus váladékkal bevont. A fül előtti és az állkapocs alatti mirigyek a jobb oldalon be vannak szürődve.

Az anamnesisben egyedül a szem kinyalása volt a legvalószinübb aetiologikus momentum a daganat fejlődésére. A beteg különben egészséges.

A daganat keménysége, — környezetének beszürődése — és a mirigyek duzzanatából ulcus induratum conjunctivaera lett a diagnosis állapítva, a melynek helyességét bizonyította is a szürkekenöcs bedörzsölés után fellépett javulás. A beteg 23 bedörzsölés után majdnem teljesen gyógyulva szept. 12-dikén távozott a kórházból.

II. J. Nadeshda, 13 éves, 1890. november 22-dikén vétetett fel. Bal szeme ezelőtt három héttel betegedett meg. Betegsége okául semmit sem tud adni.

Jelen állapot. A bal átmeneti redőben, közelebb a belső, mint a külső zúghoz, van egy lencsenagyságú fekély, melynek rendetlen határai vannak és az alapja szalonnás. Úgy a fekély szélei, mint a subconjunctivalis szövet keményen beszürődött, a keménység a szemhéjon keresztül is kitapintható. A szemhéj bőre rendes. Az alsó szemhéj kötőhártyája duzzadt, a többi kötőhártya-részlet pedig ép.

A baloldali fültőmirigyek, valamint az állalatti mirigyek erősen be vannak szürődve és a mellett érzéketlenek.

Therapia: A fekélyre jodoformhintés és az izmok közé 0·06 grm. hydrargyr. salicyl. pro dosi fecskendeztetett be.

Decz. 4-dikén elbocsátáskor a fekély eltünt, a mirigyek duzzadása igen csekély.

III. N. Mária, 25 éves, 1897. május 19-dikén jelentkezett az ambulantián.

Jelen állapot. A jobb szemrés fél akkora, mint a bal; a szemhéjak vörösek, a felső szemhéj belül kissé vizenyős. Az alsó szemhéj közepén kis kiemelkedés van, a mely nyomásra igen ellenálló. A felső szemhéj köthártyája erősen belövelt, különben pedig ép, valamint a tarsalis köthártya az alsó szemhéjon. A fő elváltozás az alsó szemhéj átmeneti redőjében van. Ez vizenyős és nehány, különböző vastagságú és hosszúságú redőből áll. Az alsó szemhéj lehúzásánál e redők közül a legvastagabb igen kemény, vörös és bársonyos sáncz alakjában emelkedik ki, melynek közepén rendetlen határú fekély látható. A fekély környéke beszürődött és vörös, alapja sárgás és piszkos. A fentebb említett kemény, magas sáncz folytonos lelapulás és elvékonyodás mellett átmegy a bulbaris köthártyára egy hasonló de kisebb sáncz alakjában. A két sáncz között, tehát már a bulbaris köthártyán egy az előbbihez hasonló, de csak fél akkora fekély van, mely az erősen beszürődött köthártyán ül. A bulbaris kötőhártya többi része vizenyős és belövelt. Fénykerülés, könyezés kis fokban vannak csak jelen. A szaruhártyán régi foltok. A szemfenék ép.

A fül előtti, az állalatti és a nyakmirigyek be vannak szürődve. A beteg egyébként egészséges.

Bajának okáról kérdeztetvén, a következőket adja elő: Növérével és annak törvénytelen gyermekével egy szobában lakik, a gyermek születése óta beteg. Először penisén volt kiütés, később vörös, széles foltok a végbél körül, homlokáról a bőr lehámlott, körmei lehulltak, orra folyott és hólyagok voltak a fején. Az anya állítólag egészséges.

A beteg csókolta a gyermeket és az arczát is odatartotta a gyermekhez.

Therapia: 3% bórvíz kimosás és inunctio.

Junius 23-dikán a nagyobb fekély eltünt, a kisebb mint egy pontszerü infiltratio van meg. — Papulosus tünetek a karokon és lábakon úgy a hajlító, mint a feszítő oldalon. A betegnek a torka fáj.

A beteg ezentúl nem jelentkezett és nem lett megfigyelve.

Theodorovits Döme dr.

Dr. W. **Dagialiski egy pangásos papillóról** tesz említést, a hol három heti vakság után a látás visszaállott.

G. Pál, 26 éves, 1897. máj. 12-dikén vétetett fel a pétervári szemkórházba, a ki ezelőtt három nappal mindkét szemére megvakult.

Felvételénél a qualitativ és quantitativ fényérzés teljesen hiányzik. V o. utr. = 0, a pupillák ad maximum tágak és a fényre nem reagálnak. A töröközegek tiszták és átlátszók, a szemmozgások rendesek.

Tükörrel mindkét szemen pangásos papilla látható. A pangásos tünet a bal szemén nagyobb, mint a jobbon.

A beteg előadja, hogy 13 éves korában kis szobában egy beteg asszonynyal együtt lakott, vele egy tálból evett és együtt aludtak. Hogy a nőnek miféle baja volt, nem tudja. Nemsokára a betegnek garat és légcső fájdalmai voltak és hangját elvesztette. Ugyanazon évben nagy náthát kapott, az orra megdagadt és kivörö-

[1] Klin. Monatsblätt. f. Aughk. 1898. Jan.

ödött, később pedig nyeregszerűen behajlott. Azután gyakori és éjjelenként jelentkező csontfájdalmai voltak.

A tárgyilagos vizsgálat a syphilitikus infectiót kétségkivül megállapítja. A változások a következők: az orr nyeregszerű behajlása, messziről észrevehető ozaena, a lágy szájpad jobb felén egy nagy lyuk, a jobb tibia megvastagodása szögleteinek eltünésével és nagy exostosis a tibia alsó harmadában. A testen sehol egyéb tünete a syphilisnek. A lágyéktáji és könyöghajlati mirigyek érezhetők.

A letet alapján „Neuritis optica (Papillitis-Leber), Gumma cerebri", állapíttatott meg és antisyphilitikus kezelés alá lett véve, a nélkül, hogy a betegnek valami kilátás nyujtatott volna, hogy látását visszanyeri. 12 nap alatt 8 bedörzsölést kapott a beteg, 4·0 gr. Ung. cin. pro dosi és egyszer vérbocsátás mindkét halántékán Heurteloup-féle vérszivóval. Semmi javulás nem állván be, a beteg máj. 24-dikén elhagyta a kórházat. V = 0.

Junius 1. és 2-dikán a beteg az ambulantian jelentkezett. Ekkor vezető nélkül jelent meg. Újra felvétetett a klinikára a bedörzsölési kúra használata végett.

A junius 5-dikén megejtett vizsgálat nagy változást mutatott: a jobb pupilla csak kis mértékben tágult és fényre jól reagál. A papilla pangásos tünetei elmultak, határa rendes, az edények nem kanyargósak, az edényeket itt-ott fehér sávok kisérik. V + 0·5 D = 0·1. Színlátás jó; a látótér kivül-felül, kifelé és lefelé csaknem a központig, felfelé és befelé 35°-ra és befelé 40°-ra szükült. A színes látóterek a tárgy látótérhez hasonló szükületet mutatnak. A szemmozgások szabadok. A bal szemen a pangásos tünetek fennállanak; a pupilla fényre nem reagál. V = 0.

November 17-dikén. Beteg 18 bedörzsölést kapott. A jobb szem V = 0·2., a bal szem V = 0, a pupilla fényre már reagál. A jobb szemen tükörrel nem lehetett látni atrophiának a jelét, a látótér felül és belül 15°-al, belül 29°-al nagyobbodott. A bal szemen a pangásos tünetek kisebbedtek. V = 0.

November 19-dikén elbocsátás.

Az ilyen esetek igen ritkák és mégis practikus értékkel birnak, mert azt mutatják, hogy a bujakóros alapon fejlődő papillitis után is, mely teljes vakságra vezetett, a látóélesség jó részben helyreállhat. Uthoff 100 agybujakóros esete között két hasonló eset van. Mindkét esetben pangásos papilla lépett fel és teljes vakság után a látóélességnek egy része helyreállott szükült és haemianopikus látóterekkel, persze csak egyik szemen, a másik vak maradt. Uthoff szerint maradandó kétoldali vakság agysyphilis ntán igen ritka. (Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde 1898. Februar.) *Theodorovits Döme* dr.

Hjort[1] 100 eset kapcsán a **nyitott sebkezelésű hályogműtéteiről** számol be, újból hangoztatva e kezelésmód előnyeit. 100 eset közül 1 panophthalmitise volt, melyet haematogen eredetűnek, tehát nem sebfertőzésből származottnak tart 1, szemen iritis után occlusio pupillae következett be megtartott fényérzéssel, 2 esetben nagyobb izgalom volt jelen az iris, illetve a chorioidea részéről. A 61 kerek pupillás operatiója közül 6-nál volt iris előesése; 5 izben volt üvegtestelőesés, mely azonban a sebgyógyulást lényegesen nem zavarta.

Golovin[2] Oroszország 18 intézetéből gyüjtött adatait közli, melyek az eddigi statistikáktól eltérőleg kizárólag a gyermekkori vakságra vonatkoznak. Összesen 522 gyermekre (330 fiú, 192 leány) nézve nyert adatokat, melyeket Magnus systemája szerint csoportosít olyan módon, hogy 1. megkülönbözteti az általános betegségek következtében létrejött vakságot, 2. a szem önálló megbetegedése folytán. 3. veleszülötten és 4. a sérülés következtében támadt vakságot. A legnagyobb százalékot (55·36) az első csoport képviseli, hol ismét a variola szerepel több mint felénél az eseteknek; óriási százalékot szolgáltat (16·60) a második csoportban foglalt blennorrh. neonat. is, úgy hogy mondhatni, miszerint a gyermekkort megvakulással legnagyobb részt a variola és a blenorrh. neonat. veszélyeztetik. Veleszülött volt a vakság 7·1%-ban, sérülésből származott 4·02%-ban, oka nem ismert 7·28%-ban. Mindez adatok lényegesen különböznek a felnőttek statistikájától.

A variolában megvakultak 80·5%-a nem részesült oltásban. Tudva, hogy blennorrh. neonat. ellen a Credé-eljárás, a variola ellen pedig az oltás mily kiváló prophylacticumok, számba véve még továbbá néhány oly esetet, mely kellő gondozás mellett megmenthető lett volna, kiderül, hogy 274 egyén, vagyis 52·49% azért vakult meg, mert nem részesült idejekorán szakszerű kezelésben.

Stöckl A.[1] Fuchs tanár klinikájáról közöl 2 esetet, midőn az idegen testet a szemben csak a Röntgen-sugarak segítségével volt képes localizálni és eltávolítani. Miután a fej egyszerű átvilágításánál nem kapni éles contourokat, szükséges, hogy tájékoztatás czéljából apró ólomlemezek erősítessenek a beteg arczbőrére, és pedig 1—1 lemez a külső zúg magasságában az orbita külső széleire, a másik pár lemez a sérült szem orbitája alsó, illetve felső szélének közepére helyeztetik. Profilban való átvilágításkor a külső zugoknál levő lemezek éles árnyékának egy vonalba kell esnie; sagittalis irányban világítva át a fejet, az orbita alsó és felső szélén alkalmazott ólomlemezek árnyéka ismét egy függélyesbe esik, mely az előbb említett vonallal egy egymásra merőlegesen álló tengelyrendszert képez, melyhez viszonyítva az idegen test helyzete a szemben megállapítható. Ily módon F. egy sörétet s egy rézszilánkot localizált s távolított el.

Uthoff[2] intracranialis megbetegedés következtében létrejött nagy fokú látászavar ritka esetét közli. A 7 éves leány 3 év előtt meningitis cerebrospinalis epidemicát állott ki, s e baja után rövid idő alatt teljesen megvakult. Majd egy kevés látás lassankint kezdett visszatérni, vezető nélkül járni azonban most sem tud, az útjában álló tárgyakat ki nem kerüli, az eléje tartott tárgyak után nem nyúl, szóval tökéletesen vak egyén benyomását kelti.

A pupillák fényreactiója normalis, convergentiára nem vizsgálható, mert fixálni képtelen; a szemmozgások hiánytalanok, nystagmus nincs jelen. A szemfenéki lelet teljesen negativ.

A klinikára felvett gyermeknél gyakori, s a legkülönfélébb módszeres vizsgálatok foganatosíttattak a látásélesség kiderítése czéljából. Hosszas vizsgálatok után kiderült, hogy a gyermek néha bizonyos dolgokat tényleg meglát; így például a szeme előtt mozgó tárgyakat nagyjából megitéli, az előtte álló akadályt igyekszik kikerülni, sőt egy alkalommal az arczához közel került vizsgálóra reászólt: „mit néz reám?" Máskor ismét egyáltalán nem lát semmit, főleg a szeme előtt levő mozdulatlan tárgyak semmi benyomást sem látszanak benne kelteni.

Ezen ellentmondó adatok, valamint az objective látható elváltozások hiánya a hysteria gyanuját keltették. A hosszú ideig folytatott suggestiv kezelésnek azonban semmi foganatja nem volt, valamint az ismételt ideggyógyászati vizsgálat sem derített ki hysteriára gyanus tünetet.

U. ennélfogva agykérgi organikus elváltozásokat tételez fel a látási centrumban, mely a látásélességet legnagyobb részben és a látótér minden részében egyenletesen tönkre tette. A megmaradt csekély látást a beteg nem használja, mert a 3 éves koráig látni tanultakat elfelejtette, s a későbbi visszatért látás csekély volta elégtelen arra, hogy újból képzeteket tanuljon alkotni arról a kevésről, a mit lát; inkább ép tapintószerveit használja fel a tájékozódásra. A beteg tehát tényleg vaknak tartja magát, s csak hosszas rendszeres tanítás után képes percipiálni a látottakat.

E nagyfokú látásromlás kérgi eredete mellett nyomós érv a pupillaris reactio prompt volta, s az, hogy 3 év után sem látható a legcsekélyebb atrophia sem a papillán.

Meningitis cerebrosp. epid. mellett többször fejlődnek agyalapi eredetű szembántalmak, de a jelen eset is jól magyarázható, tudva, hogy épen az e fajta meningitis az agy convexitását is meg szokta támadni. U. hasonló, ily hosszú idő (3 év) után észlelés alá került esetről nem talált feljegyzést az irodalomban. *Leitner Vilmos* dr.

Egyoldalú neuroretinitis haemorrhagica-nak érdekes esetét közli *Elze*.

Dysmenorrhoeában szenvedő anaemiás leánybetegének egyik szemén a látás hirtelen megromlott. Szemtükörrel neuritis optica, a retinában csíkszerű vérzések, a papillo-macularis tájon pedig egy régi vérzés nyoma volt látható, mely utóbbi — elhelyezéséből érthetően — subjectiv tünetet nem is okozott. A másik szemnek soha sem volt baja.

[1] Centralblatt f. p. Augkh. 1898. Febr.
[2] Ugyanott.

[1] Wiener klin. Wochenschr. 1898. 7.
[2] Deutsch. Med. Wochenschr. 1898. 9.

A vizeletvizsgálat negativ volta és az előzetesen megkisérlett jodkali és natr. salicylic. therapia eredménytelensége után, tekintve a baj egyoldali fellépését és recidiváló természetét valószinűnek látszott, hogy a szemfenék elváltozásai a dysmenorrhoeával állanak összefüggésben, mely felvétel megerősítést nyert abban, hogy vasnak belső adagolására mindkét kórfolyamat javulásnak indult.

Ismeretes a vasnak jó hatása, különösen a chlorosist kisérő menstrualis zavaroknál; azt is tudjuk, hogy chlorotikus egyéneknél gyakran észlelték a látóidegfő gyuladásos tüneteit. Ez alapon gondolja szerző, hogy ez utóbbi tünetek és a szóban forgó esetben észlelt szemfenéki elváltozások lényegükben azonosak, a különbség köztük pusztán fokozati. És ez a nézet annál figyelemreméltóbb, a mennyiben hivatva van megváltoztatni ama fölfogásunkat, hogy a chlorosisnál gyakori neuralgiákat egyszerüen functionalis neurosisnak tekintsük. Mert a látóidegfőn közvetlenül észlelhető objectiv elváltozások nyomán per analogiam nagy valószinűséggel következtethető, hogy az említett idegzavaroknak is határozott boncztani elváltozások felelnek meg. Az a tapasztalat pedig, hogy a klimakteriummal kapcsolatos neuralgiák mellett szintén gyakran ott találjuk a duzzadt és elmosódott papillát, nemcsak szerzőnek fennebbi következtetését teszi jogosulttá, hanem egyszersmind egyfelől a jelzett szemfenéki elváltozásoknak, másfelől pedig a chlorosisnak a genitálkészülékhez való viszonyát is tanusítja. (Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges. 1898. Nr. 20.) *Prohászka László* dr.

Hő által előidézett hályogképződés gyanánt több esetet demonstrált *Hirschberg* a berlini orvosegyesületben. Több éven át üvegfúvással foglalkozó betegeinél feltünő fiatal korban lépett fel hályog, melynek fejlődése eleinte igen lassú, évekre kiterjedő volt, s csak azután lett gyorsabb, a midőn a visus a rendesnek mintegy 1/10 re csökkent. H. e hályogképződést a magas hőnek tulajdonítja, melynek e munkások munkájok közben ki vannak téve. Nézetét támogatja azon tény, hogy a forró égöv lakóin átlag 20 évvel fiatalabb korban végeztetnek a hályogmütétek, mint a mieinken. Az meg éppen mindennapi tapasztalat, hogy a hályogosaknak mekkora majoritását teszik ki a mezei munkások, kiknél egyszersmind előbb is lép föl a hályog, mint a városok lakóinál. Mindezeket tekintetbe véve ajánlja a sugárzó hő ellen védő pápaszem viselését. (Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges. 1898 Nr. 20.) *Prohászka László* dr.

Blenorrhoea neonatorumnak protalgollal való kezeléséről számol be *Fürst*. Közlése 16 esetre vonatkozik, melyek közül kettőnél szövődmény gyanánt keratitis is volt jelen. Az utóbbi két esetben alkalmazott langyos, a többiekben pedig jeges borogatáson kivül a kezelés valamennyinél az első két napon 10%-os, azon túl pedig 5%-os protargol-kimosásban és becseppentésben állott. A kimosást háromszor, a becseppentést pedig kétszer napjában végezte. E mellett szigorúan ügyelt a tisztaságra. 5—10 nap alatt valamennyi esete gyógyult; a gyógyeredmény szerinte úgy gyorsaság mint alaposság szempontjából határozottan felülmulja az eddig használt argentum nitricummal elért eredményt. Csak idő előtt abban ne hagyjuk a kezelést. (Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges. 1898. Nr. 25.) *Prohászka Lássló* dr.

Pagenstecher[1] a sárga praecipitat-kenőcs származásáról és készítési módjáról közöl adatokat. A több éven át családi titkos szert Pagenstecher Sándor vezette be 1851-ben a gyakorlatba. A kenőcs eredetileg 1 rész vörös praecipitat és 8 r. friss vaj keverékéből állott, s kiváló hatását nagy töménységének és igen finom elosztásának köszönte. 1856-ban vörös helyett a sárga praecipitat jött használatba, melynek előállítása amannál könnyebb, gyógyértéke nagyobb. Fődolog az, hogy a vivőanyaggal, mely jelenleg vaselin, pontosan elegyíttessék, a mi fáradság nélkül csak úgy sikerül, ha a gyógyszerész minden alkalommal frissen készült higanyoxydot használ. Miután azonban ez alig kivihető, P. azt ajánlja, hogy a kenőcs egy helyen gyártassék, s mint 10%-os kenőcs kerüljön forgalomba, mely ily módon évekig eltartható s vaselin hozzáadásával tetszés szerint gyengíthető. P. a 10%-os sárga praecip.-kenőcsöt alkalmazza és pedig igen széles körü indicatiók mellett. Ujabban a conjunctivit. vernalis ellen is ajánlja.

Ábel A. dr.

[1] Klin. Monatsbl. f. p. Augenkh. 1898.

VEGYESEK.

— *Becker Ottó* emlékére a heidelbergi szemklinikán életnagyságú mellszobrot állitanak fel a mester tanitványai, kartársai és tisztelői; úgyszintén a ratzeburgi szülőházát is emléktáblával szándékoznak ellátni.

— *Kuhut* tanár, a königsbergi egyetemi szemklinika igazgatója, a porosz kultusminister megbizásából, illetve támogatásával tanulmányútra megy Aegyptomba, Syriába és Palestinába, hogy a ragályos szembajokat s az ott divó kezelési módjukat valódi hazájukban megismerje.

A *Graefe-Saemisch*-féle „Handbuch der gesammten Augenheilkunde“ nagy német gyüjtőmunka II. kiadásában az egyes fejezeteket a következő szakemberek irják:

I.

Anatomie und Physiologie.

I. *Makroskopische Anatomie des Auges.* Prof. *Merkel*, Göttingen.
II. *Mikroskopische Anatomie der Cornea, Sklera, Lider und Conjunctiva.* Prof. *Hans Virchow*, Berlin.
III. *Mikroskopische Anatomie des Uvealtractus und des Glaskörpers.* Prof. *Sattler*, Leipzig.
VI. *Mikroskopische Anatomie der Linse und des Strahlenplättchens.* Prof. *Oscar Schultze*, Würzburg.
V. *Mikroskopische Anatomie der Sehnerven und der Netzhaut.* Prof. *Greeff*, Berlin.
VI. *Mikroskopische Anatomie und Physiologie der Thränenorgane.* Prof. *Eversbusch*, Erlangen.
VII. *Entwicklungsgeschichte des menschlichen Auges.* Prof. *Nussbaum*, Bonn.
VIII. *Die Missbildungen des menschlichen Auges.* Prof. *v. Hippel*, Heidelberg.
IX. *Organologie des Auges.* Prof. *Leuckart*, Leipzig.
X. *Die Circulations- und Ernährungsverhältnisse des Auges.* Prof. *Leber*, Heidelberg.
XI. *Physiologische Optik.* (Raumsinn, Lichtsinn, Farbensinn.) Prof. *Hering*, Leipzig.

II.

Pathologie und Therapie.

I. *Ophthalmometrologie. Die Functionsprüfungen des Auges.* Dr. *E. Landolt*, Paris.
Semiologie der Pupillarbewegung. Dr. *Heddäus*, Essen.
II. *Operationslehre.* Prof. *Snellen*, Utrecht.
III. *Augenärztliche Heilmittel.* Dr. *Hermann Snellen* jr., Utrecht.
IV. *Krankheiten der Conjunctiva, Cornea und Sklera.* Prof. *Saemisch*, Bonn.
V. *Krankheiten der Lider.* Prof. *v. Michel*, Würzburg.
VI *Die Erkrankungen des Uvealtractus und des Glaskörpers.* Dr. *v. Wecker*, Paris.
VII. *Glaucom.* Prof. *Schmidt-Rimpler*, Göttingen.
VIII. *Sympathische Augenerkrankung.* Prof. *Schirmer*, Greifswald.
IX. *Pathologie und Therapie des Linsensystems.* Prof. *Hess*, Marburg.
X. *Die Krankheiten der Netzhaut und der Sehnerven.* Prof. *Leber*, Heidelberg.
XI. *Motilitätsstörungen.* Prof. *Alfred Graefe*, Weimar.
Anamnese und pathologische Anatomie der Augenmuskellähmungen. Prof. *Eversbusch*, Erlangen.
XII. *Die Anomalien der Refraction und Accommodation des Auges mit einleitender Darstellung der Dioptrik des Auges.* Prof. *Hess*, Marburg.
XIII. *Krankheiten der Orbita. Pulsirender Exophthalmus und Basedowsche Krankheit.* Prof. *Sattler*, Leipzig.
XIV. *Erkrankungen der Thränenorgane.* Prof. *Eversbusch*, Erlangen.
XV. *Erkrankungen des Auges in ihren Beziehungen zu Erkrankungen der Nase und deren Nebenhöhlen.* Prof. *Eversbusch*, Erlangen.
XVI. *Beziehungen der Allgemeinleiden und Organerkrankungen zu Veränderungen und Krankheiten des Sehorgans.* Prof. *Förster* und *Grönouw*, Breslau.
XVII. *Verletzungen des Auges mit Berücksichtigung der Unfallversicherung.* Prof. *Wagenmann*, Jena.
XVIII. *Die thierischen Schmarotzer des Auges.* Dr. med. et philos. *A. Kraemer*, Zürich.
XIX. *Hygiene des Auges.* Dr. *Fick*, Zürich.
XX. *Die Blindheit. Ihr Vorkommen und ihre Ursachen.* Dr. *Fick*, Zürich.
XXI. *Vergleichende Augenheilkunde.* Prof. *Schleich*, Tübingen.
XXII. *Abriss einer Geographie der Augenkrankheiten.* Prof. *Hirschberg*, Berlin.
XXIII. *Geschichte der Augenheilkunde.* Prof. *Hirschberg*, Berlin.

— *Új könyvek.*

Ueber den Heilwerth der Therapie bei Trachom. Von Prof. Dr. E. Rachlmann in Dorpat. Berlin. Fischer's mediz. Buchhandlung, 1898.

Ueber die Therapie der Conjunctivitis granulosa etc. Von Prof. Dr. Herm. Kuhut. Königsberg. Verlag von Gustav Fischer, 1897.

Les stigmates ophthalmoscopiques rudimentaires de la syphilis héréditaire. Par le Dr. Albert Antonelli. Paris 1897.

Bulletins et mémoires de la société française d'ophthalmologie. Quinzième année. 1897. Paris, 1897.

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

Negyvenkettedik évfolyam. 19. szám. *Budapest, 1898. május 8.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIR. MAGYAR TUD. EGYETEMI
II. SEBÉSZETI KLINIKUM

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HŐGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Ónodi Adolf: Tüdőbajosok sanatoriumokban és klimatikus helyeken. 222. l.

Marschalkó Tamás: A plasmasejt-vitához 223. l.

Kollarits Jenő: Közlemény a budapesti kir. magyar tud. egyetem II. belklinikájáról (Kétly Károly tanár.) A Basedow-kórról. 225. l.

Tárcza. *Róth Vilmos:* A belgyógyászok XVI. congressusáról. 226. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Bókay, Kétli, Korányi:* A belgyógyászat kézikönyve. 228. l. — *Lapszemle. Neisser:* A heveny gonorrhoeának gyógyítása protargollal. 228. l.

Hetiszemle és vegyesek. Az orvosok jogvédő egyesületének II. évi közgyülése. Az egyetemek kórházegyletének reformja. — A főváros egészsége. — Törvényszéki orvosi vizsgák. — Szegénysorsú tüdőbetegek sanatorium-egyesületének gyülése. — Rózsai-féle akademiai pályadij — A budapesti általános poliklinika forgalma. — Kinevezések. — Závori Sándor dr. — Lakásváltozás. — Trencsén-Teplicz. — Megjelent. — Az anker. — Baumgarten Samu dr. — Szt. Lukács-fürdő. — Herczel dr. 229. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Tüdőbajosok sanatoriumokban és klimatikus helyeken.

Ónodi Adolf dr. egyetemi tanártól.[1]

Előadásomnak czélja személyes tapasztalataimon alapuló nézeteimet, álláspontomat kifejtve tekintetbe venni úgy a sanatoriumokat, mint a klimatikus helyeket. Megfigyeléseimre és benyomásaimra szoritkozva, nem lehet czélom, hogy a tüdővész gyógykezelésének történetével foglalkozzam, ép igy felesleges a tüdővész kórtanára vonatkozó ismereteinket taglalni. A gyógyszerekkel való gyógyitás balsikere általánosan ismeretes, daczára annak a kisérletezés még egyre folyik a várva várt eredmény reményében; e mellett mindinkább előtérbe lép a tüdővésznek sanatoriumi kezelése, a hygienés-diaetás rendszer. A tüdővészeseknek zárt intézetekben való gyógykezelésével szemben állanak a klimatikus gyógyhelyek. Ez utóbbiakat előnyben részesitik úgy az orvosok, mint a betegek, az előbbitől vagy idegenkednek vagy nem is ismerik.

Eredményeket mutatnak fel úgy a sanatoriumok, mint a klimatikus gyógyhelyek. Mégis újabban a sanatoriumok úgy állittatnak oda, mintha az egyedül helyes és biztos gyógytényezők volnának és a sanatoriumi gyógykezelésről úgy irnak és szólanak, mintha már a tüdővész biztos specificuma volna. Általában pedig olyan határtalan optimismussal találkozunk úgy a sanatoriumok orvosainál és hiveinél, valamint a klimatikus helyek orvosainál, hogy meglepetve kérdhetjük, mi igazolja ezt az optimismust. Abban ma már kételkedni nem lehet, hogy a tuberculosis gyógyitható betegség és ha a tüdővészesek halálozásának ijesztően nagy száma mellett bármily csekély is a ténylegesen meggyógyultak száma, ez a tény elegendő, hogy a helyesnek felismert úton hatványozott erővel haladjunk és minden lehetőt elkövessünk, a mi a baj tovaterjedését csökkenteni és a tényleges gyógyulásokat elősegiteni képes legyen. De ezen a törekvésen nem lendit az optimismus, a melynek ma még gyenge alapja van, hanem a humanismus. Ettől a humanismustól várhatjuk, hogy úgy az állam, mint a társadalom közönyét megtörje a szegénysorsú tüdővészesekkel szemben, valamint a jobbmódú tüdővészes egyénekkel szemben az esetek jó részében vigasztalhatlan sorsuknak megkönnyitését. A szegénysorsú tüdővészesek sanatoriumai áldásos működést fejtenek ki, nem lehet eléggé magasztalni azon nemes törekvést, melynek élén minálunk Korányi Frigyes tanár lankadatlan buzgalommal áll, melylyel az államot és a társadalmat szörnyű közönyéből felriasztotta. A humanismus e nemes mozgalmára még rátérünk. Most térjünk át tulajdonképeni tárgyunkra, a sanatoriumokra és a klimatikus helyekre, melyeken jobbmódú tüdővészesek keresnek és találnak gyógyulást.

Jelezni akarjuk álláspontunkat, midőn a sanatoriumi kezelés elveit mint egyedül helyeseket állitjuk fel, ezen elvek mintaszerű alkalmazást nyernek a zárt intézetekben, de megvalósithatók kisebb nagyobb mérvben a klimatikus helyeken is az orvos és beteg által egyaránt, sőt a legeszményibb alakban látjuk azokat megvalósitva a felette nagy vagyon felett rendelkezők részéről.

A szabad légkúra, a jó táplálkozás, az észszerű testedzés és testmozgás azon tényezők, melyeken a hygienés-diaetás, a sanatoriumi gyógykezelés alapul. El kell ismerni, hogy ezen gyógykezelés eddig aránylag fényes eredményeket tud felmutatni. De ezen elvek gyakorlati alkalmazása mellett azon kérdés merül fel, vajjon a sanatoriumban való gyógykezelésre mindenki alkalmas-e. Mi, a kik a sanatoriumi gyógykezelés elveinek feltétlen hivei vagyunk, azon tapasztalatok után, melyeket úgy a sanatoriumokban, mint a klimatikus helyeken tettünk, azt kell mondanunk, hogy a tüdőbajosok egy részét sanatoriumokba helyezni nem lehet. És ennek oka az iskola ridegsége, mely a való kiméletlen feltárásával jár. A tüdővészesek sanatoriumi iskoláját a gyenge idegzetű és kislelkű egyének egyáltalán nem birják el, sokan pedig nem közömbös kedélyhullámzások és izgalmak árán esnek rajta keresztül. Pedig ez az iskola nagy mértékben biztositja az eredményt, ha arra egyáltalán kilátás lehet. A tüdővészes bajának teljes tudatában az önfegyelmezés olyan bámulatos fokát érheti el, hogy könnyű lélekkel resignál mindenről, mely a legcsekélyebb ártalom eshetőségével járhatna, egész gondolkozása, törekvése és cselekvése egy czélban concentrálódik, megküzdeni a gyilkos bajjal, meggyógyulni. Az akaraterőnek teljes elismerést érdemlő nagyságával tud megszokott életmódjáról, élvezeteiről, munkaköréről lemondani, a szigorú fegyelmet megtartja, ellenőrzi lázait és cselekszik az orvosi utasitások értelmében. Egyszóval az orvosi ellenőrzés mellett maga teszi a legnagyobb szolgálatot a gyógyulás elérésében. Ezen iskolának fényes eredményét láttam és különösen áll éppen a tüdővészes egyénekre az a tétel, hogy sok ember a charakterében pusztul el. De másrészt jól tudjuk tapasztalatból, hogy erre az iskolára sok beteg nem alkalmas, hányszor vagyunk abban a helyzetben, hogy a valóval elő nem hozakodhatunk és a beteg tudta nélkül teszszük meg a kellő

[1] Előadta a balneologiai congressuson 1898. évi márczius hó 27-dikén.

intézkedéseket. Az a beteg, kinek nyugodtan feltárhatjuk a valót, azt haladék nélkül küldjük a sanatoriumba és ha esetleg annak légkörével hosszú ideig megbarátkozni nem is tudna, megismerte azt az életet, melynek szellemében élnie kell, hogy meggyógyulhasson vagy legalább megnyújthassa életét. Általában idegenkedés tapasztalható a sanatoriumok iránt és ha a beteg és környezetének választására bizzuk a sanatoriumot vagy a klimatikus helyet, úgy a legtöbb esetben az utóbbira kerül a sor. Ha tekintetbe veszszük azt az elterjedt hitet, mely a tüdővészt gyógyithatlan bajnak tartja, úgy érthető, hogy a betegek egy-egy humanus szóval, a csúcshurut, a hörghurut, a tüdőhurut enyhén hangzó diagnosisával bocsáttatnak a klimatikus helyekre.

A sanatoriumi kezelés és élet magával hozza, hogy a beteg tisztában legyen bajával, ő tudja, hogy tüdőbeteg, hogy lázai vannak, hogy bacillusai vannak, hogy fogy, bizonyos időszakokban megvizsgálják a tüdejét, a köpetét bacillusokra, a testsúlyát, ő maga ellenőrzi naponta többször a lázait, feljegyzi a hőmérsékét, tehát elesik mindattól az enyhítő mozzanattól, melyet a humanismus az orvosnak szájába ad, midőn a valót nem árulja el. És ezen körülmény nem olyan közömbös, mint azt feltüntetni szokás

Ha megfigyeljük azokat a kedélyi izgalmakat, miken egy ilyen iskolázott tüdőbeteg átesik, be fogjuk látni ezen eljárás kiméletlenségét. A beteg négyszer méri magát napjában. Igaz, kimondhatlan öröm fogja el, ha a hőmérő apadást vagy plane lázmentességet konstatál, de sajnos, többször esik meg az ellenkezője, a láz emelkedik, ilyenkor elborul a kedély, kigyulad vagy elhalványodik az arcz és szánalmas izgalom tükröződik vissza, jönnek a kölcsönös kérdezősködések, a kölcsönös vigasztalódások és végre a folyosótól való búcsúzások. Mert az iskolázott tüdőbajos tudja, ha láza a 38-at meghaladta, akkor a szobájába kell vonulnia és ágyba feküdnie és bevárnia az orvosát. Hányszor törtek ki női betegek keserves zokogásba, melyet nehezen lehetett csillapitani. És az az iskolázott tüdőbajos, ki a legszigorubban tartja be az utasitásokat, ilyen ismétlődő izgalmaknál kesereg és csügged. Viszont volt alkalmam észlelni egy beteget, kit lázmentessége nem nyugtatott meg, mert a hőmérőzéseknél azt látta, hogy a hőfok nem éri el a 37-et és folyton azon törte a fejét, miért van neki 36·4, 6 és 8-e, vajjon mit jelenthet ez és ismételten félóráig is mérte magát, azon hitben, hogy nem jól mérte magát.

Látjuk ezen iskolának az előnyét, de látjuk az egyénre nézve annak hátrányos voltát is. Ezek az izgalmak, ha csak muló jelentőséggel birnak, nem okoznak zavart, azt a fokozódó javulással teljesen elfelejti a beteg, sőt a gyógyulás bekövetkeztéig a folytonos ellenőrzés sok ártalomnak veheti elejét. De tudjuk, hogy a tényleges gyógyulások száma aránylag csekély és a legnagyobb része a betegeknek bizonyos időleges javulástól eltekintve, mégsem kerüli el sorsát. És ha ezen eseteket nézzük, úgy látjuk ezen iskolának az egyén kedélyére való káros hatását. Ezek az iskolázott tüdővészesek jól tudják, mit jelent náluk a láz folytonos jelenléte és hogy az izgalmat kikerüljék, el is hagyják a hőmérőzést és csak elvétve veszik elő, ha valami zavarja őket. Ha ezeket a sanatoriumi betegeket azután klimatikus helyeken van alkalmunk megfigyelni, úgy igazi sajnálatunkat ébresztik fel. Egy beteg, a ki ismeri állapotát, a ki a saját bajának orvosa és a kinél a biztatás, vigasztalás meddő talajra talál, a ki ép úgy, mint a hivatásos orvos, ha a tüdőbaj áldozata lesz, azon kimondhatatlan lelki kinokon megy keresztül, melytől sok hasonló laikus beteg megkimélve marad.

Láttunk iskolázott és orvos tüdőbajosokat, kik zokogva keseregtek sorsuk fölött és hallottuk a legkinosabb kedélyhullámzások kitöréseit egyaránt. Ez az iskolázottság kétélű fegyver a betegség különböző phasisain keresztül. Általános az a nézet, hogy a sanatorium légköre, környezete deprimáló hatással bir. Sokan érvnek is veszik, midőn tőle idegenkednek, a sanatorium hivei mesebeszédnek mondják. Ha valaki étkezés alatt belépve a tágas étterembe, melyben vagy 100 betegül, meglepődve venné észre, hogy alig hallatszik egy-egy köhögés, mintha nem is tüdővészesek lakmároznának itt. Már a szabad folyosó a fekvő székek tulajdonosaival, a tüdővész különböző alakjaival, a köhécselések és köhögési rohamok különböző skáláival más benyomást tesz, a közös sors ugyan kibékitőleg hat, egy-egy meghizlalt és javulásnak indult beteg jótékonyan hat és éleszti a reményt. A szomszédok bizalmasabb viszonya, a betegek közlékenysége, mind enyhitik a családi körből kiszakitott beteg helyzetét. Azonban azon tény, hogy a betegek állandóan magukkal és egymással, betegségükkel és sorsukkal foglalkoznak, nagyban hozzájárul ahhoz, hogy annak a légkörnek fájdalmas, sőt nem egyszer nyomasztó jelleget kölcsönözzön. És igy érthető, hogy sok sanatoriumi beteg feléled, midőn más légkörbe, más környezetbe jut, melyben azonban az iskola szellemében tovább él és mozog. És valljuk meg, hogy óriási azon különbség, melyet a tüdőbajos kedélye érez, más a betegek, köztük súlyos betegek légköre egy zárt intézetben és más egy megfelelő klimatikus helyen a légkör. Sajátszerű benyomást tett reám a falkensteini sanatoriumban a rikitó vörös török sapka viselése. Ez egy kör jelvénye volt, melynek tagjai egymás mulattatására társultak, magukat circus tagjainak nevezve, egy körhelyiségben ünnepélyekre összegyültek. Itt felavatták az új tagot, előbb egy tag nagy fakalapácscsal végigkopogtatta a mellét és egy nagy fatrombitával végighallgatta, azután megállapitotta a betegségét és cognacot rendelt orvosságnak és erre megindult a kocczintás és veszszen a bacillus kiáltások között ürültek a poharak. És ugyanott egy exclusiv társaság is volt, mely indiánoknak nevezve tagjait, megfelelő öltözékekben gyültek össze tollas fejdiszszel, övvel, bőrökkel és kedélyes tagfelvételi ceremoniákkal ürítették a cognacos pezsgőt. Van ezekben a sajátszerű erőltetett szórakozásokban valami szokatlan, a mi élénk ellentétben áll a tüdővészesek nyomott légkörével. Mindezek csak azt mutatják, hogy a tüdővészesek ebben a légkörben is jól érezhetik magukat, másrészt azonban ezen zárt intézetek légkörének sajátosan nyomott jellegét megszüntetni nem képesek.

(Folytatása következik.)

A plasmasejt-vitához.

Marschalkó Tamás dr. egyetemi tanártól.

(Folytatás.)

A mi a plasmasejtek kötőszövetté való átalakulását illeti, ezen kérdést már én vetettem fel elsőnek, és behatóbban foglalkoztam is vele mesterséges lobkisérleteimnél. Megemlitém, hogy a lobos sarjszövet egy bizonyos stadiumában azon a helyen, a hol előbb a lobos beszűrődés majdnem kizárólag plasmasejtekből állott (az edények körül), fiatal fibrillaris kötőszövet lép fel, a melynek rostjai között megváltozott alakú (hosszúkás, esetleg egészen orsóalakú) és kissé gyengébben festődő plasmasejtek mint olyanok absolut biztosan felismerhetők. Megemlitém, hogy ezen képek után gondolnunk kell azon lehetőségre, hogy a plasmasejtek direct kötőszöveti sejtekké alakulnak át; de még sem éreztem magam feljogositottnak ezen fontos kérdést készitményeim után végleg eldönteni, bár én a plasmasejtek fejlődését keletkezésüktől fogva figyeltem meg, és kisértem további sorsukat; és bár feltünő volt előttem, hogy daczára a számos fiatal orsóalakú kötőszöveti sejtnek, a melyek ugyanazon a helyen léptek fel, a hol a lob korábbi stadiumaiban majdnem kizárólag plasmasejtek voltak, aránylag oly kevés mitosist láttam; és bár azon körülmény, hogy a plasmasejtekben többször két- sőt több magot is látunk, azok progressiv fejlődési képessége mellett szól.

Azóta azonban ezen kérdés más oldalról is fel lett vetve, *Schottländer* által, a ki hajlandó felvenni, hogy a plasmasejtek epithelioid-sejtekké is átalakulhatnak.

Krompecher kartárs úr munkájában egy új adattal járul a plasmasejtek kötőszövet produkáló képességéhez, vagyis azon elvi jelentőségű kérdés eldöntéséhez, hogy a kötőszövet haematogen eredetű is lehet. Vajjon sikerülni fog-e neki meg-

győzni az ellentábort, nem tudom, de kívánom, hogy úgy legyen; a képek, melyeket *Krompecher* kartárs úr lerajzol, minden esetre a legnagyobb mértékben érdekesek.

Bárhogy is álljon azonban a dolog, *Krompecher* kartárs úr derék munkát végzett, a melyért tőle az elismerés pálmáját senki sem fogja megtagadhatni.

* * *

A mi a *discussiót* illeti, a mely előadásához fűződött, az ott elmondottakra nézve szintén lesz egy pár megjegyzésem.

Az első és legtontosabb kérdés a plasmasejtek *genesisére* vonatkozik, illetőleg kétségbe vonatott annak a tételnek a helyessége, a melyet én — úgy vélem — nemcsak mint egyszerű hypothesist állítottam fel, de elegendő bizonyítékot is hoztam fel annak beigazolására, hogy t. i. a plasmasejtek leukocyta eredetű sejtek és a kis egymagvú leukocytákból, az ú. n. lymphocytákból keletkeznek.

Előrebocsátom, hogy ezen fontos kérdést csak úgy ad hoc készítmények alapján eldönteni nem lehet, ha erre nézve külön vizsgálatokat nem végezünk; ezt hangsúlyozza *Krompecher* kartárs úr is munkálatában és ezért nem döntötte ő el a kérdést véglegesen, daczára annak, hogy ő bizonynyal elég plasmasejt-készítményt vizsgált, hanem csak úgy nyilatkozott, hogy minden a mellett szól, hogy a plasmasejtek lymphocytákból származnak.

Én a nézetem szerint egyedüli helyes módot, a kisérleti buvárlat útját választottam és a plasmasejtek keletkezését lymphocytákból a mesterségesen előidézett lob legelső idejétől fogva tudtam követni; e mellett azonban még más fontos bizonyítékokat is hoztam fel állításaim beigazolására.

És itt azon kedvező helyzetben vagyok, hogy külföldi szerzőkre hivatkozhatom, a kik az én leleteimet mindenben megerősítették.

Azon autorok, a kik munkám megjelenése óta a plasmasejtek genesisével behatóan foglalkoztak, és arra nézve önálló vizsgálatokat végeztek, megerősítették nemcsak azt, hogy azok leukocytaer eredetűek, hanem azt is, hogy azok épen a lymphocytákból keletkeznek, mint azt én állítottam.

Schottländer heidelbergi docens munkájáról már volt szó; ő állatoknál mesterségesen előidézett gümőkóros folyamatoknál tanulmányozta a plasmasejtek eredetét. Mint említők, a „typikus" plasmasejtekre nézve, mint a hogy ő nevezi azon sejteket, a melyeket úgy *Unna*, mint *Jadassohn* és én plasmasejteknek irtunk le, ő is azon eredményre jut mint én, hogy t. i. azok leukocytákból és pedig lymphocytákból keletkeznek. Hogy *Schottländer* e mellett atypikus plasmasejteket is ir le, a melyeket ő a nagy mononuclearis leukocytákból származtat, erre nézve utalok arra, a mit fennebb a pseudoplasmasejteknél mondottam; ez azonban a szóban forgó kérdésre nézve még akkor sem bir semmiféle jelentőséggel, ha tényleg a pseudoplasmasejteket is a typikus plasmasejtekkel egy csoportba akarnók összefoglalni, mert hisz az elvi kérdés tisztán a körül forog: kötőszöveti vagy haematogen eredetűek-e ázok?

Még nagyobb súlyt fektetek azonban azon munkára, a mely ezelőtt rövid idővel látott napvilágot, és pedig azt hiszem elég előkelő helyről és elég kompetens oldalról, *Marchand* marburgi intézetéből került ki: „Über die *Unna*'schen Plasmazellen etc." von *Karl Justi* (Virchow's Archiv Band 150, Heft 2, 1897), a mely szintén nemcsak a plasmasejtek leukocyta eredete mellett foglal állást, hanem még abban is megerősíti nézetemet, hogy azok lymphocytákból keletkeznek.

De tovább megyek. Ha valaki az én munkámat igazán átolvassa és áttanulmányozza, és azután pártatlanul ítél a kérdésben, még az is kénytelen elismerni, hogy az én argumentumaim a plasmasejtek leukocytaer természetére nézve igen is súlyosak és azok felett csak úgy könnyedén átsiklani nem szabad; legalább erre kell következtetnem abból, hogy két oly tekintélyes buvár, mint *Paltauf* és *Lubarsch*, a kik munkámat a *Lubarsch* és *Ostertag* által szerkesztett „Ergebnisse" stb.-ben referálják, oly elismerőleg nyilatkozik róla.

Paltauf (Ergebnisse der allgemeinen pathologischen Morphologie und Physiologie. 1895) a többek között a következőket mondja (l. c. 277 l.):

„*Man muss Marschalkó nur Recht geben, wenn er an diesen charakteristischen Eigenschaften* (t. i. a plasmasejtek alaki tulajdonságai), *die wirklich eine Differenzierung einer bestimmten Zellart gestatten, festhält und Unna nicht auf die Annahmen verschiedenster Modificationen derselben folgt, wodurch ihre Charakteristik verwischt und wieder verschiedenste Zellen zusammengefasst werden*" és tovább (279. l.):

„Bei künstlicher Leukocytose (durch Tuberculininjection) finden sich überall in der Milzpulpa beim Kaninchen schön gefärbte Plasmazellen, sie finden sich aber reichlich auch in den hyperämischen Blutgefässen, *eine Thatsache, die für die leukocytäre Natur der Gebilde an sich, für ihre Abstammung aus ausgewanderten Lymphocyten bei den entzündlichen Processen sehr bemerkenswert, ja beweisend ist.*"

„*Mit der leukocytären Natur der Plasmazellen wird auch Unna's Plasmom hinfällig; Marschalkó's Untersuchungen bestätigen unsere bisherigen Auffassungen über die Histogenese der infectiösen Granulationsgeschwülste.*"

Sőt *Paltauf* még *Unnanak* fennebb idézett válaszára (Über Plasmazellen. Antikritisches u. Methodologisches. Monatsh. XX. Nr. 6) is kiterjeszkedik, midőn (279. l.) következőket mondja:

„*Unna* hat allerdings in einer *Entgegnung versucht Marschalkó's* Resultate als theils bei einer anderen Methode gewonnen, daher inkorrekt, theils von Beobachtungen beim Thiere stammend, und daher nicht für die Verhältnisse beim Menschen beweisend hinzustellen. *Die Untersuchungen Marschalkó's förderten die Kenntniss derselben wesentlich, indem sie diese Zellart nicht nur bestätigten, sondern auch in Einklang bringen mit den bisherigen Untersuchungen über die Zusammensetzung der entzündlichen Gewebsneubildung im Sinne Baumgarten's.*"

Lubarsch pedig (l. c. 362. l.) a következőket mondja:

„Hält man sich aber an seine (t. i. *Unna*) älteren Angaben, und an das, was *von Marschalkó* als *Krümelzellen* bezeichnet (azon elnevezés, melyet a plasmasejt helyett proponáltam), *so ist es wohl doch kaum zweifelhaft, dass es sich um Leukocyten handelt, denn das von Marschalkó hierfür angeführte Beweismaterial erscheint nahezu erdrückend.*"

Ha az én általam felhozott bizonyítékokról egy *Lubarsch* így nyilatkozik, mégis csak azt kell hinnem, hogy egészen hiába való munkát nem végeztem.

De még *Darier* is mellettem foglal állást *Unna*-val szemben, midőn *Unna* könyvének megbeszélése alkalmával a következőket mondja (Annales de Dermatol. T. VI. 1895. p. 1160):

„Dès qu'on sort du type parfaitement défini, intervient une part d'appréciation personelle, et c'est en cela, que la conception de l'auteur (t. i. *Unna*) est attaquable. On peut objecter, qu'il n'a pas fourni la preuve expérimentale de l'origine des plasmazellen aux dépens des cellules fixes; que s'il voit des formes de passage avec ces derniers éléments, *d'autres, et notamment Marschalkó, en trouve entre les plasmazellen et les lymphocytes; que l'apparition précoce des plasmazellen, leur siège périvasculaire, leur division amitotique semblent plaider en faveur de leur origine hématogène plutôt, que l'origine histogène.*"

És később (l. c. T. VII. 1896. p. 118):

„Si l'on admet avec *Unna* que les plasmazellen dérivent des cellules fixes, la portée de la découverte est plus considérable: *malheureusement le fait n'est pas prouvé; j'ai même rappelé, que bien des circonstances plaident en faveur de leur origine hématique.*"

És ha *Beck Soma* kartárs úr ezek után is azt mondja, hogy nem tudjuk megállapitani, vajjon a plasmasejtek lesznek-e kötőszövetből vagy megfordítva, és hogy *Unna* sem a plasmasejtek eredetére, hanem a kettő közötti összefüggésre fekteti a súlyt, úgy erre csak az a válaszom, hogy *most már* erre fekteti a fősúlyt, erről nekem is van tudomásom és a ki *Unna*-nak *Darier*-hez intézett levelét (Bull. de la Soc. Franc.

de Derm. et de Syph. Nr. 7 1895 p. 290), a melyben a többek közt azt irja, hogy „ő maga sincs a plasmasejtek eredete felől tisztában", hogy „ő a plasmasejtek kötőszöveti sejtekké való átalakulását bizonyosnak tartja", hogy „a plasmasejtek viszonya a leukocytákhoz ránézve nincs demonstrálva" stb., ismeri, már ebből is konstatálhatja, hogy ő előbbi merev álláspontját, hogy a plasmasejtek kötőszöveti sejtek, már akkor feladta; a mit velem szemben, a midőn e télen alkalmam volt őt személyesen felkeresni, még inkább hangsúlyozott. Szóval most már neki mindegy, hogy a plasmasejtek kötőszöveti sejtek-e vagy sem; de *Unna* a plasmasejtekről szóló munkáját még 1891-ben publikálta és hogy az neki nem mindig volt mindegy, azt *Beck Soma* kartárs úr, a ki *Unna*-nál dolgozott és a ki az ő további pulicatióit a plasmasejtekről, meglehetős éles hangú vitáját *Jadassohn*-nal és fentebb emlitett megjegyzéseit az én plasmasejt-munkámról bizonynyal ismeri, szintén tudni fogja. De hogy is lehetett volna ez neki mindegy, a mikor az ő óriási nagy munkájában, 1200 oldalas histopthologiájában a plasmasejtek még mindenütt mint egyoldalúlag túltengett kötőszöveti sejtek szerepelnek.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti kir. magyar tud. egyetem II. belklinikájáról. (Kétly Károly tanár.)

A Basedow-kórról.

Irta *Kollarits Jenő* dr., klinikai gyakornok.

(Folytatás.)

Ex juvantibus következtettek már régen azok, kik a vérjavító therapia sikerével kardoskodtak a Basedow-kór vérelromlásból származása mellett.

A Basedow-kórban nagyon gyakori thymus-hypertrophia révén e mirigyet is szerepeltetik a betegség kóroktanában. *Mikulitz*[46] egy Basedow-kóros betege thymusevésre javult. E példát leginkább angolok követték *Normann*[52] egy, *Dawid Owen*[54] két, *Maude*[45] négy, *Todd*[73] egy, *Cunningham*[10] négy, *Nammack* egy esetben láttak vele jó eredményt. Sőt olyan esetük is volt, a melyben valahányszor a szert abban hagyták, rosszabbodott, ha újra megkisérlették, javult a beteg állapota, *Sucliffe* egy betege 7 hónap alatt teljesen meg is gyógyult. Ezzel szemben *Dawid Owen*, továbbá *Taty* és *Guerni* egy-egy, *Mackenzie* 7 esetben teljesen eredménytelenül járt, mig 13 esetben csak mint roboráló szert ismeri el.

Seeligmann 3 betege közül, kik Basedow-kóron kivül ovariumatrophiában is szenvedtek, ovarin bevételekor egy teljesen gyógyult, kettő nagy fokban javult. *Odeye*-nak uterus fibroma eltávolításával sikerült a Basedow-kórt hirtelen gyógyitani, *Spicer* esete uterus-polyp eltávolitása után, *Pigue*-é uterusfibroma operálása, *Bruilly*-é salpingektomia után javult.

Sok Basedow-kór a duzzadt orrnyálkahártya égetése után javult. *Muschold, B. Fränkel, Hack, Bobone, Augérias, Spicer, Hopman, Surucki* közöltek ily eseteket. Némelyek igy reflex úton az orrnyálkahártya részéről a középponti idegrendszerben, pl. a nyultvelőben létrehozott Basedow-kór okát gondolták eltávolitani.

Winternitz[79] 90 esetet kezelt hideg vízzel és csak egy betege halt meg, a többi javult, *Rockmann*[58] 60 beteget hygienés-diaetásan kezelt és mindig meg volt elégedve az eredménynyel, *Trachewsky*[78] betegén a phosphorsavas natrium segitett, *Hoesslinén*[29] a vegetariánus életrend, 3 év alatt. Öt Basedow-kóros beteg ötször naponként vett 1 gm. natrium salicylicumot oly kitünő hatással, hogy a Basedow-kór és köszvény hasonló volta is szóba került és igy tovább. . . .

Látszik ebből, hogy a Basedow-kór magától is hajlandó gyógyulni vagy javulni. *Buschan* 900 esetből meritett statistikájában 11·6% a halálozás. *Williamson*[80] 32 beteget a kórház elhagyása után is figyelemmel kisért, a mikor tehát kezelés alatt sem nagyon állottak, közülök 6 halt meg, 1 él, nem tudja milyen állapotban, 5 teljesen, 2 majdnem gyógyult, 5 erősen javult, 7 kevéssé, 6 állapotában változás nem volt. *Pribram*[57a] betegei közül 30 év alatt csak három halt meg.

A Basedow-kór okát azért keresték mindig az idegrendszerben, mert az idegrendszer megbetegedésére utaltak azon tünetek, melyek miatt a neurosist és a sympathicus nyaki részének betegségét felvették, főleg az öröklékenység szerepe és az összefüggés más idegbetegségekkel, a mely tünetek szintén nem magyarázhatók meg a pajzsmirigy-theoriával. A Basedow-kór tüneteinek legnagyobb részét a nyultvelő betegségeiből meg lehet fejteni és ha mindegyik eredéséről egész biztosat mondani nem is tudunk, az nem a nézet ellen szól, hanem abban találja magyarázatát hogy a nyultvelő működésének részletei közül bizonyosan nem egy ismeretlen és mint fentebb jeleztük, egyes tünetek másodlagos következményei is lehetnek az alapbetegségnek.

Ezen elmélet első hiveként *Benedictet* emlitik, ki a betegség helyét a nyultvelő és gerinczvelő átmeneti részében lelte, mig *Rendu* a nyultvelőben és a gerinczvelő felső részében kereste. Sokan, köztük *Geigel, Fritz Gerald*[22] és *Sattler*[60] csatlakoztak e nézethez. Jendrássik a baj okát keresve, három követelést állit fel: „1. Az okul szolgáló idegelváltozást olyan helyen kell keresni, a hol a megfelelő rostok egymásmellett feküsznek, továbbá szükséges, hogy 2. ott az idegelemek annyira elszigetelve legyenek, hogy egy könnyen más szálakra át ne terjedjen a bántalom és 3. hogy a mennyiben átterjedhet, meg kell találnunk egyes kórtörténetekben annak nyomát". Az első pont megbeszélése az anatomiai viszonyok ismeretlen voltán törik meg. A második pontra vonatkozólag előadja, hogy néha a triasnak egy, máskor mind a három tünete van meg, más idegágakra terjedő baj nélkül. A nyultvelő és középagy hátulsó részén vannak különálló idegmagvak, melyek egy részének betegsége már ismeretes. Egyes idegszálak, melyek a peripheriától a megbetegedettel együtt haladnak, de itt eltérnek, épek is maradnak. A Basedow-kórt a szürke állomány betegségének, poliomyelencephalitisnak tartja. Ha a 3. pont szerint a folyamat, bár rendesen nem szokott, még is tovább terjed, szövődések támadnak, melyek a bántalom kiindulás helyére világot vetnek.

Ilyenek szerinte a diabetes. Kilencz ilyen esetet talált, talált olyat is, a mikor diabetes tachycardiával társult vagy szemizombénulással. Az esetek többségében nem is valódi diabetes, hanem csak glycosuria volt jelen, a melynek összefüggése a nyultvelő bizonyos helyének sérelmével kisérleti tény. Abból indulva ki, hogy a Basedow-kór alapja olyan folyamat a nyultvelőben, mint a poliomyelitis a gerinczvelőben, a Basedow-kórhoz többször szövődött atrophia musculorum progressiva és pseudohypertrophia musculorum analogiája szerint azt hiszi, hogy a retrobulbaris kötőszövet és a pajzsmirigy túltengését az utóbbi bántalom túlképlődésében nyilvánuló folyamathoz hasonló processus támasztja. Négy idevágó esetet (Dreyfuss-Brisac, Cardarelli, Du Casal) emlit, az egyikben a jobb kar izmainak gyengülése, az alkar, thenar, hypothenar és csontközti izmok, a másikban a kézizmok atrophiája volt meg. Egy beteg minden izma annyira gyenge volt, hogy járni nem tudott, a negyedik esetben pseudohypertrophia musculorum csatlakozott a Basedow-kórhoz. A nyultvelőtheoria támogatására Filehne kisérleteit hozza fel, ki házinyúl corp. restiformiainak elülső negyedét sértve, a Basedow-kór triasát, ha nem is egyszerre, előidézni tudta. Előadásában egy esetet mutatott be, melyben a szemizommagvakra, a facialis és trigeminus egy részére is kiterjedt a bántalom, melynek szerinte „állandó s bizonyos körülirt helyre korlátolt megbetegedési gócz felel meg a nyultvelőben, legnagyobb valószinüség szerint a 7 mag magasságában, azonban az agyidegmagvaktól elkülönítve".

E nyultvelő-theoriát azóta sokan vallják. Csak röviden emlitem, hogy a tachycardiát a vagus szivbeli ága magvának bénulása magyarázhatja, mely, ha a lélegző szervhez, gyomorbélhez menő rostok kiindulási helyére terjed, azok baját is létre hozhatja. *Sattler*[60] az érszabályzó bénulásból származtatta a retrobulbaris kötőszövet és pajzsmirigy vérmességét, melyből azok túltengése jön létre. Belőle magyarázható az értágulás,

melegség érzés és taches cerebrales. Az izzadság fokozottságát a hőszabályozó középpontok bénulásából lehet származtatni.

Nincs szándékomban a részletek magyarázatába fogni, sem a bulbustheoria mellett felhozott összes érveket összefoglalni. Megemlítve, hogy *Durdufi*[15] és *Bienfait*[40] Filehne kisérleteit sikerrel ismételték és hogy több szerző, közöttük *Mendel*,[47] fontosabb elváltozásokat is találtak a nyultvelőben Basedow-kórban elhunytakon, azon szövődésekre térek át, melyek a fent említett módon világítják meg a Basedow-kór nyultvelői eredetét.

A Basedow-kór kapcsán támadt czukorvizelésről és diabetesről szóló adatok meglehetősen megszaporodtak. *Souques* és *Marinesco*[66] 25 diabetes esetről adnak számot, melyek közül csak *Grube* egy esetében előzte meg a Basedow-kórt, a többiekben követte. Szerzők ebben is támogatóját látják a Basedow-kór nyultvelői eredetének. A táplálkozási glycosuriára is kiterjed a figyelem. *Goldschmidt*-nak Basedow-kórosokon többször sikerült ezen czukorvizelési alakot kiváltani, mint egészségeseken, *Chvostek*[11] öt eset közül négyben nyert positiv reactiót.

A polyuria és albuminuria is összefüggésben lehet a nyultvelő betegségével.

Jendrássik[35] hangsúlyozta először, hogy a pajzsmirigy túltengése részletjelensége azon túltengéseknek, melyek a Basedow-kóros beteg egyéb szerveiben is feltünnek. Utalt a gyakori szivhypertrophiákra, melyek e bajban előfordulnak, melyeket a boncolás is igazolt. E túltengést a szív fokozott munkájából származtatni már azért sem lehet szerinte, mert sok olyan esetben megvolt, mikor az érlökésszám százra sem emelkedett és sokszor hiányzott, mikor 120—140, sőt magasabbra is ment perczenkint. E szempontból utalt *Godhard* azon Basedow-kóros betegére is, kinek óriási thymushypetrophiája volt és azonkivül nyaki- és trachealis mirigyei is hyperplasiások voltak, és *Trousseau* lesoványodott betegére, kinek emlői tengtek túl. Az ilyen irányú közlések nagy felszaporodása e véleményt megerősíti k. Nem szükséges felsorolni azon eseteket, melyekben a thymus persistentiáját vagy hypertrophiáját irták le. Olyan nagy számúak, hogy *Mackenzie*[43b] majdnem állandónak tartja és mások a thymus és a Basedow-kór közt valami viszonyt keresnek. A nyirokmirigyek túltengésére is nagyobb figyelemmel vannak. Erre vonatkozólag *Gowers*[27] említi, hogy két nővér közül az egyik Basedow-kórban, a másik lymphadenomában szenvedett. Ez összefüggésnek jelentőséget tulajdonít, mert a nyirokmirigyek megnagyobbodása nem ritka jelenség a Basedow-kórban, melylyel kapcsolatban ő háromszor látott lymphadenomát. A trachealis és bronchialis mirigyek túltengését *Mussy* is látta. *Mikulitz*[46] egy férfibetegének mamillái voltak hypertrophiásak, már *Basedow* is észlelte, hogy egy férfibetegének mindkét mammája megduzzadt, benne kemény kötegeket lehetett tapintani. *Mackenzie*[43] is hangsúlyozza e túltengéseket és az említetteken kivül felhozza, hogy a lép és a belek nyirokmirigyei is nem egyszer duzzadtak.

Ezzel ellentétben az atrophiák is gyakoriak. *Huber*[32] a bal kar reszketését és soványodását látta Basedow-kóros betegen, *Silva* az interosseusokban, *Vigoureux* a sternocleidomastoideusban, *Möbius* a nyakizomzatban; *Völkel* a féltest, *Kahler* az egyik láb lesoványodását látta. *Bathurst*[5] dystrophia musculorum progressiva és Basedow-kór együttes előfordulása esetét közli. Az atrophia más szerveket sem kimél meg, leginkább a női nemi szervekben volt feltünő. Magyarázatát adni nem tudjuk. *Hezel* uterus atrophiát észlelt. *Kleinwächter*[37] két esetében az emlők és nemiszervek voltak sorvadtak. *Theilhaber*[72] is több hasonló esetről emlékezik meg. Nevezetes, hogy a pajzsmirigy is sorvadhat és tudjuk, hogy *Moebius* ebből magyarázza a Basedow-kór és myxoedema néha együttes felmerülését. Hajhullás is gyakori jelenség, néha a fej, a hónalj, a nemiszervek hajzata, a szakáll kihull. *Yeo* érdekes esetéről, melynél a szemhéj és szemöldök akkor és ugyanazon szemen hullt ki, a mikor az exophthalmus kifejlődött, már megemlékeztünk. Sclerodermiát is többen észleltek.

Tabes és Basedow-kór szintén sokszor vannak együtt. A szerzők egy része véletlen találkozást lát ebben. *Mannheim* három, *Möbius* két, *Thimotheef*[75a] két, *Barrie* egy, *O. Marie* és *Marinesco*[49a] egy ilyen esetet közölnek. *Joffroy*[34] 7 tabeses betegen látott egyes Basedow-kóros tüneteket, *Mannheim* öt Basedow-kóros betegen tabeses tüneteket. Van szerző, a ki a két betegséget egy közös ideges heredításból származtatja. *Möbius* is a véletlen találkozást hiszi, de azt is el tudja képzelni, hogy a lues pajzsmirigy-betegséget hozhatna létre, melyből azután a Basedow-kór fejlődnék *Thimotheef* egyik ilyen esetében a szemgolyó mozgása korlátolt volt, a nyelv jobbra tért és az alsó facialis ág gyenge paresise volt jelen. Szerinte ez eset bulbaris tünetei is a Basedow-kór nyultvelői eredetére utalnak.

(Folytatása következik.)

TÁRCZA.

A belgyógyászok XVI. congressusáról.

Wiesbaden, 1898. április 16.

A congressus negyedik s utolsó napja! A gyülekezet, mely négy nappal ezelőtt a lüktető, meleg érdeklődés felemelő képét mutatta, megfogyott, ellanyhult; azok ülnek idebent, a kiket a kötelesség tart — kimerülten, unottan, vágyó tekinteteket vetve a nagy, íves ablakok mögött feltünő napsugaras park rügyező bokrokkal szegélyes sétányai felé, s megkönnyebbülten, sietve kiáltják a háromszoros „Hoch“-ot a német uralkodóra, a kinek éltetésével zárja *M. Schmidt*, a congressus igazán „kiérdemült“ elnöke a gyülést; azután elszélednek mindenfelé, a kiket a tudomány iránti érdeklődés tartott néhány napig össze.

A belgyógyászok congressusa t. i. igazán a komoly tudományos törekvés összehozta gyülekezet. A nagy, ünnepségekkel s látványosságokkal kedveskedő congressusok nagyszámú résztvevőjével szemben itt aránylag kevés szakember gyülik össze (250 körül volt a jelen congressus részeseinek száma); ünneplés, látványosság nincsenek a congressus programmjában; s ha van mellékes mozzanat, mely a tulajdonképeni czélon kivül ide csábíthat, azt nem valamely előkészítő bizottság buzgolkodása nyujtja, de a természet, a tavasz ébredése, a mely itt, a Taunus alján, vagy alább, a Rajna méltóságos folyása zöldelni kezdő partjai mentén kétszeresen csábos. S hogy az érdeklődés a hosszú tárgyalások folyamán ellanyhul, kifárad: ki csodálná? Az agy felvevő képessége korlátolt és véges, s egy congressus folyton nyuló tárgysorozatával lépést alig tarthat.

Az emberi agynak ezt a szükre szabott perceptioképességét panaszolta *M. Schmidt* a congressust megnyitó elnöki beszédében; a tudomány minden ága napról napra új kutatási módszerekkel bővül, a melyek révén új s meglepő vizsgálati eredmények kerülnek felszinre. Ám ennek a haladásnak nem örülhetünk úgy, hogy bele ne vegyülne az az üröm, a melyet a dolgozatok megemészthetetlenül nagy „*tömeges productiója*“ okoz. Ebbe a tömeges productióba belevész az orvostudomány egysége! S nem remélhetjük, hogy felmerül — talán a jövő század kebeléből — az a megváltó genius, a ki újból egyesíti a széjjelhuzó szálakat, s újból megteremti az egységes orvostudományt. De azért ne csüggedjünk, s hogy is csüggedhetnénk a tudomány rohamos fejlődésének láttára? Az összefoglalás, összeegyeztetés nem lehet egy ember feladata; ez a feladat a congressusokra hárul. „A congressusokra gyüljenek a tudomány buvárai, ide hozzák vizsgálódásuk s kutatásuk érett, vagy talán kevésbbé érett gyümölcseit, s itt rakják a közjó érdekében a tudomány oltárára.“

Ha az ilyen módon gyümölcscsel dúsan megrakott oltár metaphorája mellett megmaradunk, úgy a congressus által feltálalt gyümölcsöknek kétségtelenül legbecsesebbjei s legérettebbjei az évenként előterjesztett *referatumok*, a melyek a hozzájuk csatolódó vitával élénk és tiszta képét adják a felvetett actualis

kérdés időszerinti állásának, s melyekből nem egyszer számos új nézletpont merül fel.

Széles körök érdeklődésére számíthat a jelen congressus tárgysorozatának élére tűzött referatum thémája: az orvosok klinikai kiképzésének mindenfelé, de különösen Németországban gyakran megvitatott kérdése. Kétségtelenül általánosan elterjedt felfogás, hogy az orvosi kiképzés nem állja meg a gyakorlati élet követelésének tűzpróbáját. Ebben a pontban egyezett a két előadó: *v. Ziemssen* (München) és *v. Jaksch* (Prága) professorok, nem különben ezen álláspontra helyezkedtek a német tanszékek egyéb, a vitában részt vett képviselői, így *Schultze* (Bonn), *Quincke* (Kiel), *A. Hoffmann* (Lipcse), *Jürgensen* (Tübingen), a kikkel szemben épen a fiatalabb orvosi generatio egy önérzetes képviselője: *Ageron* (Hamburg) a mellett kardoskodott, hogy az orvosi kiképzés távolról sem szenved olyan nagymérvü hiányokban, a milyenre a nagy reformkedv engedne következtetni. Ezen felszólalás *Ziemssen*-t álláspontjának olyan közelebbi körülirására késztette, hogy épen csak a *gyakorlati s technikai képzettség hézagossága* képezi az orvosi tanítás reformjának indicatióját, s tényleg *Ziemssen* javaslatai különösen ezen térre vonatkoznak, s ezen szempontból követelik a tanulmányi időnek 10 semesterre való kibövítését, a vegytan, boncztan, élettan, kórboncztan, gyógyszertan terén való kötelező laboratoriumi munkálkodást, gyakorlati tanfolyamokat az összes diagnostikai módszerekben, ugyancsak rendszeres, demonstratiókkal s gyakorlatokkal kapcsolatos előadásokat az általános gyógyító módszerekről (diaetetika, hydrotherapia, mechanotherapia, elektrotherapia, balneotherapia, klimatotherapia). A legutóbbi követelést, a kivitel financialis akadályai ellenében, előadó annál inkább hangsúlyozza, mert így a klinikai tanítás révén a vagyontalan osztály is részesülne ezen oly számos sikert felmutató gyógymódok áldásaiban. Ezen gyakorlati kiképzés kiegészítését képezze a poliklinikumok ambulatoriumának lehető kihasználása, betetőzését végre az orvosi qualificatio elnyerése *után* végzendő egy évi kórházi gyakorlat, a melyet Ziemssen a sikeres orvosi kiképzés elengedhetlen feltételének tart. Súlyt helyez rá, hogy a kórházi gyakorlat az orvosi qualificatio elnyerése (Approbationsprüfung) után követeltessék, csak így hárítható a felelősség s kötelesség a kivánt és üdvös mértékben a fiatal orvosra. *Jaksch* az Ausztriában kötelező 10 semesternek ugyancsak további megtoldását követeli, a mi által pótolandó a középiskolai természettudományi képzettség hézagossága. A klinikai tanulmány alapját heti 10 órás, 4 semesteren át kötelező collegium képezze, a mely ne szoritkozzék a szorosabb értelemben vett belgyógyászatra, de karolja fel a gyermekgyógyászat, syphilis, dermatologia határos terrenumait is. (A mi egyetemeink szervezése *Jaksch* követelésének ezen szempontokból megfelel. Ref.) A betegvizsgálási módszerek külön *kötelező* tanfolyamban taníttassanak. Gond fordítandó természetesen a különösebb szakmákra (laryngoskopia), nemkülönben a gyógyítás diaetetikus s mechanikus módszereire is; de mindez egy *egységes*, egy egyén vezetése s felelőssége alatt álló klinikai tanítás keretében történjék! A gyakorlati évet pótolnia kell a klinikai tanítást betetőző poliklinikai működésnek. Ilyen módon a kikerülő orvosok kellő *általános* kiképzésben részesülnek, s saját magok gondoskodhatnak bizonyos szakmákban való specialis kiképzésükről; a „specialista" orvosok működését külön, újabb vizsgákhoz kell kötni. A megindult vita folyamán, a melyből nagyobb részben a *Ziemssen* ajánlotta gyakorlati év szüksége merült fel, általános helyesléssel találkozott *Quincke* felszólalása, a mely a tanulmányok egyre folyó kibövítése mellett a felesleges túlterhelésnek lehető megszorítását ajánlja („Endlich ist der Student auch nur ein Mensch", nagy derültséget keltő axioma kiséretében), s *Jürgensen* megjegyzése, mely a közvetlen klinikai megfigyelésnek, a bakteriologiai s egyéb laboratoriumi módszerekkel szemben való méltatlan elhanyagolását panaszolja.

A congressus második napjának főtárgyát *a diabetes mellitus kezelése* képezte. Az előadó, *Leo* (Bonn), a diabetes chemismusának elismert tekintélyü müvelője, várakozás ellenére tartózkodott a bőven kinálkozó elméleti kérdések fejtegetésétől, s szorosan a therapiával foglalkozva, a czukorbetegek étrendjét beszélte meg részletesen, hangsúlyozva a szénhydratok teljes elvonásának veszélyeit, majd áttérve a gyógyítás azon módjára, mely a czukorfelvétel megszorítása helyett a czukorkihasználás fokozását igyekszik elérni. Ezen gyógymód eszközeként *Mering, Külz* óta a fokozott izommunka (ennek contraindicatiója esetén a massage) szerepel; *Leo* egy chemiai anyaggal, a *Büchner* által az élesztő gombasejtek kisajtolása útján előállított „*zymase*" segélyével igyekszik ugyanezen czélt elérni. Ezen anyag in vitro ugyanolyan czukorbontó hatással bir, mint az élesztő; kutyákon mesterségesen előidézett mellituria ezen szernek per os (!) adagolása folyamán lényegesen csökkent. Hogy embernél eddig sikert nem ért, azt *Leo* a rendelkezésére álló praeparatum nagy czukortartalmának tulajdonitja. Ezen vizsgálatok által kétségtelenül előtérbe jut a *diabetesnek glykolysist indító szerekkel való kezelése*; ugyanezen irányt erősítik *Blumenthal*-nak *Leyden* tanár klinikájáról eredő vizsgálatai, a melyek folyamán a felszólaló szerzőnek a pankreasból, lépből, májból sikerült glykolytikus fermentumokat előállítani, a melyek a most folyó klinikai alkalmazásukban állítólag kedvező — a glykosuriát lényegesen csökkentő — hatásúaknak bizonyultak. *Minkowski* (Strassburg) hasonló hatású anyagot nyert a pankreasból. Csökkentette ezen felszólalások klinikai érdekét azon körülmény, hogy mindegyikök csak az in vitro folyó glykolysist hangsúlyozta teljes határozottsággal, s a szóban forgó szereknek a szervezetben való hatékonyságára csak feltételesen, inkább remélve mint bizonyítva, utal. A discussio folyamán érdekes vita folyt *Jaksch* s *Minkowski* között; előbbi határozottan a hepatogen diabetes mellett foglalt állást, utóbbi szerint minden „valódi" diabetes pankreas eredetü; meggyőző, imponáló tényeket *Jaksch* hozott fel álláspontja védésére, nevezetesen a phosphoros májelfajulással párvonalosan fejlödő glykosuria általa megfigyelt 28 esetét. A pankreas eredetü diabetes pártolói között kétségtelenül a legtúlzóbb *Oefele* (Neuenahr), a ki szerint minden diabetes esetben constatálható a cauda pancreatis nyomási érzékenysége (!). További felszólalások közül említésre méltó *Strauss*-é (Berlin), a mely a traumás neurosisok túlnyomó számában könnyen kiváltható alimentaris glykosuriára figyelmeztet.

Közvetlenül a diabetes-vita után számolt be *Gumprecht* (Jena) a bőr alá juttatott szénhydratok felszívódását illető igen figyelemre méltó kisérleteiről. Czukoroldat bőr alá fecskendése rövid idő alatt nagy fokban emeli a májsejtek glykogentartalmát, s a legrövidebb idő alatt juttathatunk ilyen módon mintegy 500 caloria értékü tápanyagot az (emberi) szervezet forgalmába. *Leube* (Würzburg), *Jacob* (Berlin) csatlakoznak előadó azon véleményéhez, hogy a szénhydratok bőr alatti alkalmazása a szervezet caloria-készletének gyors növelése szempontjából különösen jelentőséges.

Az anyagcsere szakmájába vágó közlések közül nagy feltünést keltett *Minkowski*-é, mely szerint (bőséges nucleintartalmú) kedeszmirigygyel étetett kutyák vizeletéből igen jelentős mennyiségben sikerült előállítani egy az imidohúgysavak csoportjába tartozó új savat: az „*urotinsavat*" ($C_5 N_5 H_7 O_3$), a mely a nucleinanyagcserének mennyiségénél fogva fontos, eddig nem ismert, tehát figyelembe nem vett terménye. A Krüger-Wolff módszer alkalmazásánál az alloxurtesteken kivül ezen sav is kicsapódik, mi által ezen módszer egészen hamis értékeket szolgáltat az alloxurtestekre vonatkozólag.

Ugyancsak érdeklődést keltettek *E. Roos* (Freiburg), *Baumann* tanítványának fejtegetései a *jodothyrinről*, a melyet *Roos* jellegzetes összetételü, constans jodtartalmú egységes vegyületnek tart. Colloid elfajulásban levő pajzsmirigy feles — tehát nem jodothyrin alakjában jelenlevő — jodot tartalmaz. További fontos észlelés, hogy a jodothyrin „jodirozása" folytán, egy új nagyobb jodtartalmú praeparatum áll elő, mely azonban a jodothyrinnek az anyagcserére való specificus hatását elvesztette. Előbbi észlelés kétségtelenül arra utal, hogy golyvaképződésnél a pajzsmirigynek s a szervezetnek jodchemismusa határozott változásokat szenved, utóbbi újabb bizonyíték a jodothyrin jól jellegzett, egységes volta mellett.

Roos egyébként azon eredményre jut, hogy eddigi tudásunk nem képesit a pajzsmirigy ép és kóros működésének elméleti magyarázására, mely álláspontját *Blum* (Frankfurt am Main) ellenvetéseivel szemben is fentartja. *Róth Vilmos* dr.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

A belgyógyászat kézikönyve. Szerkesztik: **Bókay Árpád, Kétli Károly, Korányi Frigyes.** IV. kötet. 1897. Dobrowsky és Franke kiadása.

(Folytatás.)

A következő nagyszabású fejezet a *rostonyás tüdőgyuladást* foglalja magában *Korányi Frigyes* tanár tollából. A *kóroktani* résznek bevezetésében látjuk, hogy eme betegség a nagyobb nyugateurópai államokban az összes betegségeknek 6%-át, a belső bajok által okozott haláleseteknek 12·7%-át teszi ki. Már maga ez a körülmény is indokolttá teszi ama kiváló gondot, melylyel a szerző az idevonatkozó óriási irodalmat dús tapasztalatainak éles kritikájával oly hatalmas szerves egészszé tömörítette; s ha ehhez hozzáveszszük, hogy ezen kóralak nyujtott talán legtöbb alkalmat a physikalis vizsgáló módszereknek fejlesztésére, bakteriologiai tudásunknak bővítésére, szóval belgyógyászati általános ismereteinknek gyarapítására, fokozott érdeklődéssel lapozzuk át a tartalmánál s ékes előadási modoránál fogva egyaránt nagybecsü fejezetet.

Az atmosphaerikus és talajviszonyoknak, az életkornak stb., majd az alkalmi okoknak beható méltatása után, a betegségnek *járványszerű* jelentkezés módját kitünő példákkal illustrálja, mely körülmény már húsz év előtt a „Realencyclopädie der gesammten Heilkunde“ első kiadásában azon álláspontra birta szerzőt, hogy a rostonyás tüdőlobot *fertőző betegségnek* tekintse. A további megfigyelések pedig „tudományosan megállapították azon felvételt, hogy a tüdőlob nemcsak mint fertőző, hanem bizonyos körülmények között mint *ragályozó* betegség is szerepel“. A következő gazdag bakteriologiai rész rendkivüli praecisitással s világossággal először a kérdésnek történelmi fejlődését, *Fraenkel A.*, *Friedländer* és *Weichselbaum* örökbecsü vizsgálatait stb. ismerteti, majd az egyes pathogen mikrobáknak biologiai viszonyait a tenyészetekben, állatokba oltva, s az emberi szervezeten belül veszi sorra. Kiváló érdekkel bir, főleg a tüdőgyuladás typikus és cyclikus lefolyásának értelmezésére, ama ténynek constatálása, hogy a pneumococcus virulentiája a gyuladás menete alatt gyorsan gyengül, mint azt legmeggyőzőbben *Patella* — a gyuladásos tüdőből naponként fecskendővel kiszivattyúzott nedvben — mutatta ki, továbbá az atypikus és migrans alakok kórnemzőinek virulentiájára vonatkozó adatok. A kórboncztani résznek beható taglalása lényegesen hozzájárul később a physikalis tüneteknek értelmezéséhez.

A *kórtünetek* és *lefolyás*, a *physikai tünetek* a szerző ismert mesteri leirásában, az egyes tüneteknek gondos értelmezésével, a typusos tüdőgyuladásnak hü képét tárják elénk.

A *lefolyási alakok* sorában a rendestől eltérő módon nyilvánuló tüdőlobalakok következnek. Igy a *központi tüdőlob*, *tüdőcsúcslob*, a *saccadált-*, *visszatérő-* és *vándorló tüdőlob*, mely utóbbinak az orbánczhoz való viszonyát meggyőző példákkal bizonyítva találjuk. Az *asthéniás* pneumoniák legkifejezettebb alakjának, a *biliaris* tüdőgyuladásnak tárgyalásában szerző azon klinikusokkal ellentétben, kik ezen alakot a croupos tüdőgyuladás külön válfaja gyanánt tekintik, nem tekinti a sárgasággal járó eseteket különállóknak, egységeseknek, hanem egyszerüen a súlyosabbakhoz tartozóknak és pedig annál inkább, minél kevésbbé ellentállók az illető egyének általánosságban. A *pneumotyphus* különböző jelentkezésmódjának élethü rajza után a pathogenitást illetőleg oda concludál, hogy valamint a pneumococcusok hatási képessége typhoid lefolyásban nyilvánulhat: úgy a typhusbacterium tüdőgyuladást is okozhat, együttesen pedig vegyes fertőzeti alakot hozhatnak létre. Az *intermittens* tüdőgyuladásnak érdekes kórképét személyes tapasztalataiból vett esetekkel illustrálja, majd az *aggok* és *gyermekeknek* tüdőgyuladására s a *másodlagos* tüdőgyuladásokra tér át.

Ezután ama nagyfontosságú kérdést veti fel, vajjon a különböző alakok hasonló természetü, csupán az egyes betegek individualis viszonyai által feltételezett eltéréseket mutató, vagy különböző kórokokból származó betegséget képeznek-e? Az előbbinek bizonyítására egy 1884-ben lefolyt szobajárványból vett fölötte tanuságos esetet, a bonczlelettel és a *Babes* által végzett bacteriologikus vizsgálat eredményével együtt részletesen ismertet, melyben ugyanazon mikroorganismus, mely a többi esetekben genuin croupos, ezen betegen a tüdőlob mellett számos szervnek egyidejü megbetegedését okozva, ily módon súlyos, asthéniás tüdőlobra vezetett. Másrészt elfogadja egyes tekintélyes buvároknak azon adatait is, melyek szerint pathogen mikrobák, melyek rendszerint valamely specifikus általános fertőző betegséget, ú. m. typhust, malariát stb. okoznak, ritkább feltételek között rostonyás tüdőgyuladásra is vezethetnek. Sőt még tekintetbe véve, hogy a „rostonyatermelés sem tekinthető a croupos tüdőgyuladások különálló sajátságának, ezen tüdőgyuladások egységességének alapjául a folytonosságban — lobaris — terjedés módja marad fenn“. Végeredményben pedig oda következtet, hogy valamennyi rostonyás tüdőgyuladást egységes kapcsolatba vonni, sem a bacteriologiai, sem a klinikai észlelés nem engedi meg, „hanem fel kell venni, hogy úgy mint a vesegyuladásoknak lényegben egységes kórboncztani képe alatt különböző pathologiai lényegek rejlenek, a melyek a vesegyuladásoknál elég gyakran a kórlefolyás különbözőségében is nyilvánulnak, úgy a fibrinosus tüdőgyuladás lényegben egységes kórboncztani képe alatt is különböző pathologiai processusok folyhatnak le“.

A *szövődmények*, *kimenetel*, *kórisme*, ez utóbbiban a mellhártyaizzadmánytól való elkülönítésnek részletes tárgyalásával, kiváló praktikus értéküknél fogva kötik le mindvégig figyelmünket.

A *gyógymódnak* szerző gazdag teret szentel. Az immunizálás, bacteriumtermékek és immunizált állatok vérsavójával megkisérlett gyógyítás terén eddig végzett vizsgálatokat méltatva, egyelőre azon álláspontot foglalja el, hogy a croupos tüdőgyuladás lefolyásának megakasztására a tüdőgyuladás valamely specifikus gyógyszerével nem birunk. Ezután a tüdőgyuladás alatt, részben a helybeli folyamat által megváltozott gázcsere és vérkeringési viszonyokra, másrészt a magas hő és toxinok befolyása alatt történt parenchymás elfajulásokból eredő zavarokra, a nyultvelő lélegzési központjának s a bolygó idegnek befolyásolására stb. általánosságban reátérve, ezeknek áttekintéséből szabja meg az indicatiókat a tüdőgyuladás kezelésére. A fürdők és antipyretikus gyógyszerek hatásmódjának s az esetek szerint való megválasztásának szigorú kritikai feltárása, egyéb szerek s ritkán igénybe vett eljárások, ú. m. az érvágás indicatióinak pontos felállítása stb. dús tapasztalatból merített, érdemük szerint eléggé meg nem becsülhető tanácsokat tartalmaznak. Az izgató gyógymód alkalmazásában a következő két szabályt tartja megfontolandónak: 1. hogy minden mesterséges izgatás a feszerőkészletnek rovására helyeztetik működésbe és hogy ennek elhasználása a tüdőgyuladásosnál csak kevéssé vagy talán egyáltalában nem pótolható; tehát ne alkalmazzunk erősebb izgatót, mint a milyent a szív gyengeségi állapota éppen megkiván; 2. szem előtt kell tartanunk, hogy az izgató szerek hatása sokkal hamarább merül ki a lázas szervezetben, mint az egészségesben, tehát az adagnak fokozatos növeléséről s helyettesítéséről gondoskodnunk kell. Az alkohol után a gyógyszeres izgatók közül az inf. rad. valerianaet mindenek elé helyezi.

A *szövetközti tüdőgyuladásnak* kór- és szövettani képét egy gondosan megfigyelt érdekes esetnek részletes ismertetésével kitünően megvilágítva találjuk. A *porbelégzési tüdőbetegségeknek* tömör rajza után 7 oldalra terjedő irodalom tanuskodik azon óriási anyagról, melyen a tüdőgyuladásoknak ezen maradandó becsü fejezete felépült.

(Folytatása következik.) *Dieballa Géza* dr.

II. Lapszemle.

A heveny gonorrhoeának gyógyítása protargollal, irta *Neisser*. A gonorrhoea ellen használatos gyógyszerek számát majdnem minden évben látjuk szaporítani, mert eltekintve a magánérdektől, azon idcális gyógyszer után törekszünk, mely a gonococcust biztosan megöli, de a nyálkahártyát a mennyire csak lehetséges nem alterálja, a lobot és genyedést nem fokozza. Ezen követelményeknek megfelőleg már néhány többé-kevésbbé alkalmas gyógyszernek birtokában vagyunk, ilyen az ichthyol, a hydrarg. oxycyanatum és főleg az ezüstsók (argent. nitr., argentamin, argonin, itrol), valamennyi ma már teljesen bebizonyult

antigonorrhoikum. Utóbbi időben Neisser egy új ezüstkészítménynyel kisérletezett, melynek neve „*protargol*“. Ez az argent. nitr.-nak vegyi összetétele egy protein-anyaggal, sárgás finom port képez, mely úgy hideg, mint meleg vízben könnyen oldódik, az oldat pedig még erős hevítésnél sem lesz zavaros. Lényeges tulajdonsága, mely a többi ezüstsóknál nem oly nagymérvü, hogy a vizes oldat fehérnye, hígított konyhasó, hígított sósav és natronlúg által nem csapódik ki. Ezen tulajdonság még inkább lehetővé teszi, hogy a szövetek mélyébe behatolhasson és a többi ezüstsókat azzal mulja felül, hogy hathatós concentratióiban ($^1/_4$—$^1/_2$—1%) csak igen ritkán nagyon csekély, alig említésre méltó ingert vált ki a húgycsőben. Ezen körülmény a gyógyításnak még azon módosítását engedi meg, hogy a nyálkahártyára való behatási időt jóval meghosszabbíthatjuk a nélkül, hogy a concentratiónak, vagy a mélybe való hatásnak lefokozásától félnünk kellene. Éppen ezért ajánlja szerző, hogy mennél nagyobb a genyelválasztás, a befecskendések is annál többször történjenek, naponta 5—6-szor is, a folyadék öt perczig tartassék a húgycsőben, egyszer napjában $^1/_2$ óráig is. A kezelést $^1/_2$%-kal kezdjük és rövidesen 1%-ig haladunk. Szerző a gyógyszernek ezen tulajdonságát annal is inkább fontosnak tartja, mert azok közé tartozik, kik a mellett kardoskodnak, hogy a gonorrhoea mennél elébb a fertözés után antibacteritikus befecskendezésekkel gyógyíttassék. Számos chronikus esetben a chronikus beszürödések elmulasztására az erősebb ingert kiváltó argentamint nem fogjuk nélkülözhetni, azonban itt is a protargol mélyebb hatásánál fogva előnyösebbnek látszik. Vizsgálatainak végeredményét abban foglalja össze, hogy egy gyógyszerrel sem ért el eddig annyira egyformán jó, biztos és gyors eredményeket. *Aschner Arthur* dr.

Hetiszemle és vegyesek.

— **Az orvosok jogvédő egyesülete** április 28-dikán tartotta II. évi közgyülését *Cs. Papp Samu* orsz. képviselő elnöklete alatt. A nagy tetszéssel fogadott elnöki megnyitó után, mely főként az orvosok egyesülésének fontosságát hangoztatta érdekeik megvédésében, *Mohr Mihály* titkár terjesztette elő jelentését, mely szerint az egyesületi ügyész 1110 frt 70 krt hajtott be az 1897. évben. A pénztáros jelentése szerint a mult évi felesleg 181 frt 06 kr., melyből az egyesület az idén is 50 frtot adományozott az orsz. orvosi segélyegyesületnek; a közgyülés a felmentvényt a pénztárosnak megadta. A közgyülésen még *Némai József* terjesztett elő indítványt a másik hasonló czélu egyesülettel való fuzionálás iránt. A közgyülés hajlandó a fuzióra, de a kezdeményező lépést a másik egyesülettől várja. Végül a választásokat ejtették meg. Választmányi tagok lettek: *Hainiss Géza*, *Temesváry Rezső*, *Rákosi Béla*, *Aujeszky Aladár*, *Patai Samu*.

— **Az egyetemek kórházegyletének reformja.** A napokban tartotta az egyetemek kórházegylete az új városháza tanácstermében, *Csiky János* dr. egyetemi tanársegéd elnöklete alatt évi közgyülését. *Herczegh Mihály* dr. egyetemi rektor, a tanácsülésre hivatkozva, kimentette távollétét. Az évi jelentés letárgyalása után, gróf *Szapáry Pál* és *Parcsetich László* volt elnököknek már a mult évben elfogadott javaslatát vitatták meg. E javaslat czélja, tekintettel arra, hogy az egyesület 6000 tagja közül 2900, azaz az összes egyetemi polgárok 48%-a vette igénybe az egyesület segitségét, alakittassék *Schulek Vilmos* dr. elnöklete alatt egy országos bizottság, mely ezeket az összes európai egyetemek között páratlanul álló nagymérvü betegedéseket a lehető legradikálisabban enyhitse. És pedig először az egyesületi orvosok által kiadandó részletes statistikai adatok, másodszor az új Rókus-kórház tövében épitendő egyetemi kórházpavillon által s harmadszor az ágyalapitványok tételére vonatkozó országos felhivások által. Az egyesület elhatározta, hogy a közegészségügyi előadások tartására orvosi kitünőségeket hiv fel s a diákasztallal párhuzamosan a kötelező tagdíjaknak egy koronával való felemelését fogja kérelmezni. Ezután *Wolfner Pál* indítványára jegyzőkönyvi köszönetet szavaztak az egyesület ügyvezető igazgatójának, *Balassa Antal*-nak. Még *Zsembery István* tett jelentést a választások eredményéről, mire *Csiky János* dr. a közgyülést bezárta.

△ **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1898. április 17-dikétől 1898. április 23 dikáig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 455 gyermek, elhalt 288 személy, a születések tehát 157 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2300 beteg, szaporodás 741, csökkenés 744 maradt e hét végén ápolás alatt 2297. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1898. április 23-dikától április 30-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 11 (meghalt 1), himlőben — (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 31 (meghalt —), vörhenyben 25 (meghalt 3), kanyaróban 78 (meghalt 2), roncsoló toroklobban és torokgyíkban 19 (meghalt 1), trachomában 23, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 12 (meghalt —), orbánczban 13 (meghalt 1), gyermekágyi lázban — (meghalt 1).

— **Törvényszéki orvosi képesitést** nyertek letett vizsgák alapján: *Andreanszky Jenő* (Budapest), *Basku Tivadar* (Beszterce), *Bonecz Lajos* (Sopron), *Pető Lipót* (Szolnok), *Schlesinger László* (Tisza-Füred), *Gerő Sándor* (Nagy-Várad), *Németh Ödön* (Budapest), *Horowitz Lajos* (Eperjes).

○ **A „Szegénysorsú tüdőbetegek sanatorium-egyesülete“** f. hó 3-dikán tartotta alakuló gyülését báró *Harkányi Frigyes* elnöklete mellett. Az alakuló ülést az általános biztositó-társaság nagy gyüléstermében tartották meg. Megválasztották az igazgatóságba: báró *Harkányi Frigyest*, dr. *Korányi Frigyest*, *Jalics Ferenczet*, *Gajári Ödönt*, *Bródy Zsigmondot*, *Hatvany-Deutsch Sándort*, *Ormódy Vilmost*, *Szerb Györgyöt*, *Bélavári-Burchardt Konrádot*, *Rákosi Jenőt*, *Mikszáth Kálmánt*, dr. *Falk Miksát*, báró *Lipthay Bélát*, dr. *Kétly Károlyt*, *Morlin Imrét*, dr. *Schiller Zsigmondot*, dr. *Kuthy Dezsőt*, *Márkus József* főpolgármestert, *Halmos Jánost*, gróf *Batthyány Lajost*, *Burszky Dánielt*, *Geiszt Gyulát*, *Lánczy Leót* és *Herzog Pétert*. A felügyelő bizottság tagjaivá lettek: dr. *Adler Zsigmond*, *Szende Károly* és *Koppély Géza* rendes, *Polakovics Zsigmond*, *Édeskuty Jenő* és *Schanzer Ignácz* póttagok. Végül *Ormódy Vilmos* indítványára jegyzőkönyvi köszönetet szavaztak Korányi tanárnak, mint e mozgalom legbuzgóbb apostolának. Miután Korányi tanár ezért köszönetet mondott, az ülés az elnök bezáró szavaival véget ért.

△ **A Rózsai-féle akademiai pályadíjból** 1898-ra *Hirschler Ágoston* és *Terray Pál* egyet. magántanárok nyertek megbizást *a sók szerepének tanulmányozására az élet- és kórtanban*.

— **A budapesti általános poliklinika** segélyét április hóban 2114 egyén vette igénybe, a kik összesen 11,182 rendelést kaptak.

— **Kinevezés**: Temesvár szab. kir. város főispánja a m. kir. államvasutak temesvári pályaorvosát, *Tänzer Ernő* dr.-t, Temesvár szab. kir. város törvényhatóságához tb. kerületi tiszti orvossá nevezte ki.

— **Lőte József** dr. kolozsvári egyetemi ny. r. tanárt az igazságügyi minister a törvényszéki orvosi vizsgáló bizottság tagjává nevezte ki.

— **Závory Sándor** dr. 29-dik évi fürdőorvosi gyakorlatát f. hó 10-dikén kezdi meg *Gleichenberg*-ben.

— **Lakásváltozás.** *Hochhalt Károly* dr. lakását f. hó 1-étől kezdve IV., Aranykéz-uteza 6 sz. házba helyezte át.

—r. A századok óta világhirü **trencsén-tepliczi** kénesfürdőben ez idén hidegvízgyógyintézet is rendeztetett be, mely május hó 15-dikétől a közönség rendelkezésére álland.

— **Megjelent**: *Bad-Gastein* fürdő leirása *Gayer* dr., kir. tanácsostól (télen Arcoban) *Aug. Hirschwald*-nál Berlinben. — *Roboz József*: Magyar Gyógypaedagogia. 2 füzet. — *Frank Ödön* dr.: A Milleniumi közegészségi és orvosügyi congressus tárgyalásai. Budapest, 1897.

Az „Anker“ élet- és járadékbiztositó-társaság, Bécsben április 13-dikén tartotta XXXIX. rendes közgyülését gróf *Falkenhayn Ferencz* úr ő nagyméltósága elnöklete alatt. Mint a számadási jelentésből kitünik, az 1897. évben 10,208 ajánlat nyujtatott be 24.656,786 frt 41 kr. tőkére és 17,807 frt 47 kr. járadékra és 7923 szerződés 19.020,346 frt 16 kr. tőkére és 15,392 frt 35 kr. járadékra létesittetett. Az év végén érvényben volt 84,717 biztositási szerződés 239.750,553 frt 32 kr. tőkével és 117,221 frt 63 kr. járadékkal. A biztositottak előnye kitünik abból, hogy a nem garantirozott túlélési csoportok tagjai évi részletekben befizetett 780,037 frt 69 kr. betétért 1.416,811 frt 35 krt, a garantirozott túlélési csoportok tagjai a biztositott összegen kivül a garantirozott tőke 13%-át kapták, míg az *A)* osztalékterv szerint halálesetre biztositottak az évi díjnak 25%-át, a *B)* osztalékterv szerint (emelkedő osztalék) biztositottak az évi díj 9, illetve 12%-át kapták nyereményosztalék gyanánt. A biztositéki vagyon számadási jelentés szerint a díjtartalékból (biztositéki alap) 54.683,190 frt 52 kr. összegben, továbbá a részvénytőkéből 1.000,000 frt és a tőketartalék, külön tartalék és az 1897. évi nyereségből átutalt 3.144,053 frt 40 kr., összesen 58 827,243 frt 92 kr. összegből áll. A társaság összes vagyona 61.936,327 frt 28 kr. A vagyon elhelyezése a törvényes határozmányoknak teljesen megfelelően történik és ingatlanokból, pupillaris jelzálogkölcsönökből és pupillaris értékpapirokból áll, melyekből *Magyarországra esik:* Magyar értékpapirokban 8.233,267 frt 05 kr. Jelzálogkölcsönök magyarországi ingatlanokra (6.786,408 frt becsértékben) 2.759,600 frt, továbbá a társaság háza Deák-tér 6. sz. a. (Anker-udvar) 531,884 frt 40 kr., 32,966 frt 17 kr. tiszta jövedelemmel, tehát összesen 11.524,751 frt 45 kr. Ő Felsége uralkodói jubileuma alkalmából 10,000 frt a tisztviselők és szolgák nem nyugdijképes özvegyei és árvái segélyezésére létesitendő alap javára adományoztatik. Az igazgató tanácsból kilépő gróf Zichy Jenő úr ő nagyméltósága az igazgató tanács tagjává ismét megválasztatott. Az 1897. évi szelvény április 15-dikétől kezdve 100 forinttal váltatik be a társaság pénztáránál.

Dr. Baumgarten Samu

Stefánia-út 55. sz. alatti **Sanatorium** sebész-főorvosa osztályán **sebészeti és húgyszervi betegek** külön szobára kitiuő ellátás, gondos ápolás és állandó orvosi felügyelet mellett **napi négy forintért** vétetnek fel. Bővebbet $^1/_2$2—$^1/_2$4-ig járó beteg rendelőjében, Budapest, VI. ker., Teréz-körút 22. szám.

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.

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.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület (XV. rendes ülés 1898. április hó 30-dikán.) 230. l. — Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete. (I. rendes ülés 1898. február 3-dikán). 232. l. — Közkórházi orvostársulat. (VII. bemutató szakülés 1898. április 20-dikán.) 233. l.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XV. rendes ülés 1898. évi április hó 30-dikán.)

Elnök: **Rákosi Béla**; jegyző: **Dieballa Géza.**

Fistula vesico-utero-vaginalis; kolpokleisissel való elzárás; haemometra; ennek megnyitása után teljes gyógyulás.

Elischer Gyula: A jelenleg 23 éves beteg két és fél év előtt nehéz, 5 napi vajudással járó szülés következtében hólyagsipolyt acquirált. A hüvelyből csakis egy, a húgycsőnyilás alatt elterülő 1½ cm. széles részlet maradt vissza; a többi, épúgy mint a portio vaginalis, szétroncsolódott s heges szövetté változott át. A méh fundusa retrovertált s a végbélhez tapadt, mozdulatlan.

Lebenyes részletek lekészítése után a fistula haránt irányú kolpokleisissel záratott s kétszeres műtevés után a continentia urinae helyreállt.

A beteget a méh bekövetkezendő elváltozásaira figyelmeztetve, arra kértük, hogy a hasban fellépő periodikus fájdalmak jelentkezésénél rögtön jelentkezzék. Ezt csakis 2 év mulva tette, a midőn f. é. márczius havában egy majdnem a köldökig terjedő haematometra daganattal mutatkozott be. Ennek megnyitása és a vérgyülem kibocsátása czéljából bemutató a kolpokleisist feloldatta s a septum rectovaginaleban felhaladva, oly szerencsésen nyitotta meg a méhűrt, hogy nemcsak a fistula érintetlen, a continentia teljes maradt, hanem az orificium uteri artificiale jelenleg egy — habár fogyatékos — vagina képzésre vezetett, úgy hogy az előbbi hüvelyzárás által sterillé tett nő jelenleg női hivatásának vissza van adva. A műtétel után 4 hétre menstruatio jelentkezett.

Defectus fibuale sinistrae congenitus.

Kármán Samu: Az eset egy 4 hónapos csecsemőre vonatkozik. Hetedik gyermek, 5 testvére él és egészséges, fejlődési rendellenességtől mentesek. Az anyja a hatodik terhessége alatt terhességének hatodik hónapjában a padlásról leesett, minek abortus volt a következménye. A hetedik terhesség ezután nyolcz év mulva következett be, a terhesség, a fekvés és a szülés normalis volt. A gyermek a bal alsó végtagtól eltekintve jól fejlett és táplált. A bal alsó végtag 2 cm.-nyi rövidülést mutat, a mely az alszárt illeti. A lábon feltünő, hogy az ötödik ujj és metatarsus hiányzik, hogy az körülbelül ⅓-dal keskenyebb, mint a jobb; a talp kitöltött. A láb abductióban, pronatióban és dorsal flexióban van, melyből könnyen redressálható. A külboka táján egy bemélyedés látható. Az alszár vékonyabb, térdizületben 2½, az alszár közepén 1½ és a boka alatt 1 cm.-rel keskenyebb az ellenoldalinál. Az alszáron csak egy csont tapinthatő és pedig a tibiának megfelelő, mely sem vastagodást, sem egyenetlenséget vagy irányeltérést nem mutat. Fibula nem található. A Röntgen-átvilágítás a felvételt igazolja. A betegnél tehát veleszületett fibula hiány van, a mely a kis ujj hiányával jár, éppen úgy mint a radius hiány pollex hiánynyal vagy durványos pollex-szel.

Miután a láb könnyen redressálható, a járási képesség kifejlődéséig pólyázások fognak alkalmaztatni, később támasztó készülék.

A Hirschberg-féle mágnesműtét egy sikerült esete. Siderosis iridis.

Vermes Lajos: Szili két, Weisz (Fejér) egy sikerült esetet már bemutatott ugyane helyen. Hogy kiválóbb súlyt fektetünk a Hirschberg-féle mágnessel műtett eseteknek bemutatására, ez okát leli egyrészt abban, hogy daczára eddigi jelentéseinknek, nem jutott tudomásunkra, hogy e műtéttel nálunk máshol is foglalkoznának, azonkivül azért, mert az esetekből merített tanulság világot vet a Haab-féle nagy mágnes extraoculaer és a Hirschberg-féle kis mágnes intraoculaer használatának jogosultságára. Egy 22 éves lakatosról van szó, kinek 5 héttel ezelőtt acczélék verése alkalmával kis acczéldarab pattant jobb szemébe és a sclera alsó külső negyedében a szem mélyébe hatolt. Egy csepp vér jelentkezett szemén, azt ictörülte és tovább dolgozott. Egy hétig látásában nem volt megzavarva, csak azután kezdett szeme vörös lenni és káprázni, úgy hogy munkaképtelen lett. Az izraelita kórház szembeteg osztályán a sérülés utáni 14. napon jelentkezett, a midőn a mellső törőközegeket átlátszónak találták, a sclerán kis sebzés nyomai, az üvegtest fenekén fölhalmozódott üvegtest-homályok, mérsékelt ciliaris izgalmi tünetek mellett a pupilla atropinra közepesen tágult. Az idegen testet magát látni nem, csak sejteni lehetett.

Az anamnesis és a lelet összevetésével az idegen testnek a szemben való jelenléte kétségtelennek látszott. A Hirschberg-mágnesműtét másnap délelőtt végeztetett mély narcosisban. Félköralakú conjunctivalis lebeny készítése után a lándzsával a külső egyenes izom rostjainak lefutási irányában meridionalis seb ejtetett a sclerába, körülbelül 6 mm.-nyire a külső cornea széltől. A magnes vastagabb, hajlitott illesztékének harmadszori besülyesztésére az idegen test finom csengő hang kiséretében odatapadt. Harmadszori besülyesztésre azért, mert az első kettő túlságosan óvatos és felületes volt.

A sebben e közben kis üvegtestgyöngy mutatkozott, a mely azonban visszahúzódott, úgy hogy üvegtestveszteség egyáltalában nem volt. Utána a conj. lebeny catguttal varratott Az idegen test 1½ mm. hosszú, 1 mm. széles és 4 mgr. súlyú, éles szélekkel biró, egészen lapos aczéldarabkának bizonyult. A gyógyulás zavartalanul történt, az üvegtest-homályok nagyrészt feltisztultak, és a látás máris $^6/_{24} = ^1/_4$, tehát teljesen hasznavehető látóképesség. A látótér, eltekintve kis belső felső látótér kieséstől, szabad. A szem jelenleg csupán a conjunctivalis sebzés helyén injiciált kissé, egyébként egészen nyugodt és reméljük, hogy ez állandó is marad, a mint azt több esetben tapasztaltuk.

Ezen eset kapcsán nem érdektelen a másik eset, hol 8 hóval ezelőtt szintén ékütéskor a kalapácsról egy aczéldarab ugrott a beteg bal szemébe.

Pályaorvosa nem tulajdonított bajának nagyobb fontosságot. Szeme nyugodt is maradt, csak 5 héttel ezelőtt lett véres, a mi néhány nap mulva spontan elmult. Jelenleg a cornea külső alsó szélén kis szürkés-fehéres heg, a melyhez az iris lapjával odahúzódott. Az iris színe teljesen elütő a másik szem színétől; rozsdabarna színű, rajzolata jól látszik, a p pilla nem reagál, számos vastag hátsó synechiával bir, a lencsetokon pigment-lerakodás; a lencse centr. része átlátszó és azon keresztül a szemháttér jól látható A szem visusa H 0·5 $^6/_{20}$. A látótér felül és belül nagyon fogyatékos, a mi megfelelne az idegen test külső alsó fekvésének és behatolási helyének is.

Jelen esetben tekintetbe véve az anamnesist, a behatolási hely észlelhetését, a szivárványhártya jellegzetes siderotikus elszínesedését és a látótér megfelelő kieséset: az idegen testnek a szemben való jelenlétét teljes biztonsággal megállapithatjuk, támogatná persze ezt esetleg Röntgen-vizsgálat, és különösen az Assmus-féle sideroscop, melylyel sajnos, eddigelé Budapesten nem rendelkezünk.

A Hirschberg-mágnesműtéttől az utóbbi betegnél eredményt nem igen várhatunk, mert 8 hó óta az idegen test körül képződött izzadmányba úgy be lehet az idegen test ágyazva, hogy a mágnes hatása ezen keresztül alig érvényesülhet. A szem jelenlegi conditiója mellett a Hirschberg-féle eljárással csak árthatnánk a szemnek, hanem mihelyt Haab-féle mágnessel rendelkezni fogunk, ennek fogjuk kitenni a szemet és reménylhetőleg sikerülni fog az idegen testet a mellső csarnokba terelni.

Az izraelita kórházban a Hirschberg-féle mágnesműtétet néhány év óta elég gyakran alkalmazzuk, az utolsó 3 évben 16 esetben. 10 esetben az idegen test eltávolodott, ezek közül 6 hasznavehető látóképességgel bir; minden esetben arra a tapasztalatra jutottunk, hogy a sclerán ejtett sebzés igen jól gyógyult; ezt alkalmunk volt látni nemcsak a normalisan lefolyt eseteknél, hanem oly bonczolt szemen is, a melyet a megkisérlett Hirschberg-féle eljárás után enucleálni voltunk kénytelenek, mert az idegen test erős beágyazódása miatt nem volt eltávolitható a szemből, valamint egy esetben, hol a szem oly nagyfokú elváltozásokat szenvedett már, hogy az idegen test eltávolitása daczára táplálkozási zavarok folytán később atrophiába ment át; és a bezsinórodása a szemnek nem a műtét helyéről indult ki, hanem az eredeti behatolási sebhelyből.

A Hirschberg-féle eljárásnak a Haab-féle eljárás fölött határozott előnyt adunk azon okból, mert a Haab-féle eljárásnál a nagy Rumkorff-féle electromágnessel az idegen testet a szemből csak úgy vagyunk képesek eltávolítani, ha azt a mellső csarnokba juttatni sikerült, a mi az átlátszó törőközegeknek sérülése mellett lehetséges csupán, a mint azt újabban Lehmann is Berlinben demonstrálta. Sérüléses hályog árán jutottunk el oda, hogy az idegen test extractióját a mellső csarnokból egy újabb cornealis műtéttel, az azzal járó complicatiók számbavételével, mint iris becsipődés, astigmat. stb. kiséreljük meg ismét. Nekünk is alkalmunk volt nagyobb mágnessel kisérleteket tenni, a műegyetem electrotechnikai osztályán, hol 25 Ampère-erejű, 15 Volt feszültségű electromágneshez alkalmas illesztéket készittettünk és ennek segélyével egy alkalommal sikerült is az idegen testet a mellső csarnokba húzni. Ezen eset különben Szili tanár úrnak legközelebb megjelenő kiadványában részletezve lesz. A Hirschberg-féle eljárásnál a szem átlátszó törőközegei kárt nem szenvednek. A nagy mágnes alkalmazása csakis azon esetekben tartható indicáltnak, ha a behatolás mellülről történvén, már sérüléses hályog áll fenn. Ezzel szemben az esetek tulnyomó számában a Hirschberg-mágnes sokkal jobb szolgálatokat tesz és elvünk ezentúl is az lesz, hogy a Hirschberg-féle mágnest fogjuk alkalmazni ottan, hol az idegen test a sclerán keresztül hatolt be, és a Haabot csakis azon esetekre hagyjuk fenn, a hol a behatolás mellülről történvén, sérüléses hályog ment előre.

A tüdő megbetegedésének kérdése az ipari munkások között.

Friedrich Vilmos: *Meghűlés, a munkatermek változatos hőfoka, vízgőztartalma* és *hiányos élenymennyisége*, nemkülönben ártalmas alkatrészek állandó belégzése mind oly tényezők, melyek a tüdőkben kóros folyamatokat fentartanak és így fertőző csiroknak letelepedésére és fejlődésére a talajt előkészitik.

Az ártalmas alkatrészek lehetnek gőz- vagy gáznemű testek, továbbá ásványi, növényi és állati pornemek.

Némelyek szerint legjobban sért a növényi, mások szerint az ásványi por.

A porbelégzés folytán idővel az orr nyálkahártyája, melynek porfelfogó és csirokat elpusztító szerep jut, tönkremegy s így az ártalmasságok közvetlenül az alsóbb légutakba jutnak. A míg a csilló-szőrös hám ép, addig ez visszahajlás útján köhögési ingert vált ki s ily módon távolítja el az idegen alkatrészeket. Ha e védőkészülék tönkremegy vagy megsérül, lob, az ellentálló képesség csökkenése, fekélyképződés, pneumoconiosis a következmény. Ha a munkás a betegség kezdeti szakában hagyja abba e foglalkozási körét, akkor restitutio jöhet létre, de ha azt folytatja, akkor az említett szenvedések lánczolatán megy keresztül, mely mint említém, a tuberculosis fellépésének egyengeti az útját.

Hogy a statistika teljes legyen, annak az összes foglalkozásokat kell felölelnie és egységes rendszeren felépülnie, s a következő sarkalatos kérdésekre kell felvilágosításokat adnia:

Vajjon gyakrabban lép-e fel a tuberculosis egyes foglalkozásoknál és mely korban leginkább? Van-e a *nem* befolyással a fellépés gyakoriságára.

A kórházi anyag egyedül nem alkalmas, mert a tuberculosis hosszú tartama miatt egy beteg többször keresi fel a kórházat s így többször szerepelne, így tehát egy olyan egyéni statistikára kellett szert tenni, mely egy nagyobb zárt körre vonatkozik. E czélra a budapesti kerületi betegsegélyző pénztár öt évi anyagát, megbetegedési és halálozási anyagát dolgozta fel, nagy súlyt helyezvén arra, hogy szigorúan elkülöníttessék a tüdőtuberculosis a tüdőmegbetegedésektől, úgy hogy a tuberculosis-osztályba sorolta az orvosok által tüdőgümőkórnak bejelentett eseteket, a 6 héten túli lázas csúcshurutokat és a tüdővészeseket. Ezen táblák áttekintése után szembeszökő a megbetegedési és halálozási szám közötti különbözet, a mely azt bizonyítja, hogy a tüdőbaj mint ilyen nem veszélyes, mert a megbetegedettek alig egy $^1/_{30}$-a halt meg ebben, hanem veszélyes gyakori előfordulásánál fogva, valamint az oknál fogva, mert a munkás a kisebb bajt elhanyagolja s így az ártalmas foglalkozásba állva, a tuberculosis letelepedésére a legalkalmasabb talajt adja.

A tüdővészben megbetegedetteknek majd $^1/_4$ része halt meg, mi annál feltünőbb, mivel ezen számot meg kellene toldani azokkal, a kik a 20-dik héten túl haltak meg, mert ezen statistika csak a 20-dik héten belül elhaltakat öleli fel. Ez tehát egy minimalis érték, melyet a meghaltak száma túlhalad, de a mely minimalis voltával is bizonyítja, hogy a munkások — ipari és kereskedelmi alkalmazottak — között a tüdővész sokkal gyakoribb, mint más foglalkozásbeliek között, hogy a foglalkozás minősége a tüdővészre praedispositiót rejt magában. *Ha tehát a tüdőtuberculosis nem is foglalkozásbeli megbetegedés, mégis oly megbetegedésnek tekintendő, melyet a jó vagy rossz, azaz helyesebben hygienice kifejezve, az egészséges s kevésbbé egészséges foglalkozás befolyásolni képes.*

A halálozási statistika szerint az összhaláleseteknek majdnem $^1/_4$-ében tüdőgümő volt a halál-ok. A correctiós pótlékokkal e szám majdnem $^1/_2$-re igazítható ki, holott Budapesten *Körösi* szerint a haláleseteknek csak $^1/_3$-át képezi a tüdőgömőkór.

1000 halálesetből állandóan több eset esik nőre, mint férfira, minek oka egyrészt a socialis viszonyok, melyek nagyobb terhet rónak a nőre mint szülőnőre, mint gyermeket szoptató és fentartó anyára, másrészt kisebb keresettel birván, nem képesek helyesen táplálkozni és így nem birják a nehéz munkát. Czélszerű törvénynyel védeni kellene a nőket a fárasztó munkánál, olyformán, hogy a munkaidőnek kisebbnek kellene lenni, mint férfiaknál és hogy a nőknek védelmét különösen azon gyárakban, hol nagy számmal vannak foglalkoztatva, szövő, fonó, juta, dohánygyárak, női iparfelügyelőkre kellene bizni. A halálozás feltünő azon foglalkozásoknál, melyeknél a munkát a nap nagy részén át ülve folytatják, varrónő, csomagolónő, takácsnő.

Hogy arról alkothassunk véleményt, hogy a tuberculosis terjedt-e vagy csökkent úgy a fővárosban mint a vidéki ipari munkásság között, ahhoz az egész (betegpénztári) anyagnak hasonló irányú feldolgozására volna szükség, a mi azonban a különböző pénztárak statistikájából ma teljesen lehetetlen, mivel a pénztárak rossz alapra fektetett, tudományos czélra teljesen hasznavehetetlen, csakis általánosságban tartott statistikát tüntetnek ki.

Pedig úgy a tudományos, *mint a magasabb közgazdasági s indirecte állami érdek követelné, hogy az állam a pénztárakat egy egységes, könnyen áttekinthető, a fontosabb betegségi csoportokat érintő egyénenkénti statistika vezetésére kényszerítené, mely a foglalkozás pontos megjelölése mellett az életkort, a pontos megbetegedési kórismét is feltüntetné.*

A meghaltak csak 36·3 átlagos életévet értek el, a mi összevetve *Lombard* észleleteivel feltünő alacsony szám. A statistika bizonyítja, hogy tüdőtuberculosis minden korban léphet fel és nincs oly kor, mely a megbetegedés fellépését vagy az elhalálozást megakadályozni tudná. A 14. évtől a 30. évig a halálozás emelkedőben van, 30—35. év között legtöbben halnak meg, ezentúl csökkenőben van az elhalálozás.

A tüdővész minden foglalkozás mellett elég nagy számban lép fel, mégis a súlyos munka a szabadban végezve nem oly veszélyes. Tüdőbaj és tüdővész között antagonismus áll fenn oly foglalkozásoknál, melyeknél nehéz munka szabad levegőben végeztetik, mert ezeknél sokkal több a tüdőbaj mint a tüdővész, e foglalkozásnál a tüdővész halálozási aránya nem tér el sokkal a főváros lakosságának összhalálozási arányától.

A légzőszervek megbetegedéseinek, tüdőbaj gyüjtő név alatt összefoglalt betegségnek, ki vannak téve leginkább ama foglalkozásbeliek, kik a munkát nagy hő mellett végzik, hol a munka s a küllevegő közti hő különbség jelentékeny. Ezen ú. n. meghülésre való hajlam meg van úgy azoknál, kik a nap nagy részét szabadban, állandóan friss levegőn töltik, mint azon foglalkozásoknál, melyeknél a munka rosszul szellőzött műhelyekben végeztetik.

Tüdőgümőkór kiválóan a kisiparral foglalkozók között van elterjedve, minek oka, hogy az e foglalkozásbeliek viszonyai roszabbak mint a gyári munkásokéi, minek oka ama feltünő különbség, mely egészségi viszonyok tekintetében fennáll gyári üzemek és műhelyek között és mely annál nagyobb, mert kisiparnál az állami felügyeletnek teljes hiányát tapasztaljuk.

A kisiparnál felmerülő ártalmasságok kimerítő felsorolása és minden egyes tényezőnek bírálása után előadó áttér a különböző pornemek befolyására a gümőkór keletkezésére, mely az ipari munkások között jóval magasabb, mint a lakosság egyéb rétege között és más foglalkozásbeliek között.

A nagy halálozási számok evidenter bizonyítják, hogy gyári és ipari munkásoknál a por, a rossz levegő, a piszok és tisztátlanság, a rossz lakviszonyok a tüdőgümőkór felléptét és gyors terjedését elősegítik, különösen ha a táplálkozás nem elegendő és a munkaidő túlságos hosszú.

A tüdőgümő fellépésének nagy száma szükségessé teszi a leghathatósabb óvintézkedéseket, mivel a megbetegedés kórokozóját ismerjük s mivel az orvosok kötelessége a betegség elhárításán fáradni. Ez óvintézkedés annál szükségesebb, mivel a gyógyítás és gyógykezelés sokkal körülményesebb és drágább mint más fertőző bajnál és mivel a gyógyszeres kezelésen kivül a hygienikus életmódnak is szerep jut.

Meg szabad kisérteni mindent a terjedés ellen, még ha nem is absolute jó, csak ne ártson, ne lőjjön túl a czélon és ne legyen felesleges hatósági vexatio. Igaz, hogy a fertőzés terjedése ellen való rendszabályokat megakadályozzák a betegek nagy száma, a betegség hosszú tartama, mely megnehezíti a munkára képeseket hosszabb időre a munkától távol tartani vagy eltiltani, de hisz ez ép ellenkezően kötelességünkké teszi kétszeres erélylyel fellépni s egyrészt a közönség körében a baj gyógyíthatóságát, valamint a gümőkór terjedésének okait ismertetni, másrészt oda hatni, hogy a betegségre való hajlam s a fertőzés kikerültessék, s végül, hogy a betegség gyógykezeltessék.

Sokkal fontosabb s nagyobb fejezetének tartja e tárgyat a modern hygienének, mintsem hogy e felolvasás függelékekép ezzel röviden végezni lehetne s így csak röviden kiemelni óhajtja, hogy a tüdőgümőmegbetegedések számbeli csökkenését el *lehet* érni, de csakis úgy, hogy a közegészségügy terén a legerélyesebb s legmesszebbmenő intézkedéseket iparkodunk keresztülvinni, következetes szigorral s czéltudatos akaraterővel, főleg a prophylaxis terén. Ilyennek kell tekinteni: a munkaidőnek törvénybe iktatását s lehető megrövidítését, a nőknek s a 16 éven aluliaknak teljes kizáratását a veszélyes foglalkozásoktól, nőknek az éjjeli munkától való eltiltását, az éjjeli munka lehető korlátozását, munkaszünetek pontos betartását, tanonczok s fiatal munkások munkaidejének törvényszerű megállapítását a különböző — veszélyes s kevésbbé veszélyes — foglalkozások szerint, a tanonczügy rendezését, a munkanélküliek segélyezését, a munkás táplálkozás javítását, az alkohol veszélyességének ismertetését, a munkásoknak szoktatását a tisztaságra (nép- vagy ingyen-fürdőkkel, gyári fürdők s zuhanyokkal), a kisiparnak, műhelyeknek s gyáraknak szigorúan keresztül vitt hatósági felügyeletét, a lakásügy rendezését, könnyen kezelhető s fertőtleníthető köpőcsészék felállítását műhelyekben s gyárakban, a műhelyek s gyáraknak kellő szellőzéséről s levegő tartalmáról való gondoskodást és ugyanott a tisztaságra való ügyelést stb.

Hogy e mellett az általános közegészségügyi szabályokat — mint a városok fásítása, kövezése, öntözése, beépítése, csatornázása, jó ivóvízzel ellátása — sem szabad szem elől téveszteni, az ép oly természetszerű, mint odahatni, hogy kórházakban a gümőkórosok külön osztályon elhelyeztessenek, mint üdülő helyekről, de különösen tüdővészesek számára felállítandó kellő számú sanatoriumokról gondoskodni s odahatni, hogy minden gümőkórban elhalt egyén után a lakás fertőtleníthető legyen.

A tüdőgümőkór ellen való védekezés az ipari munkások közt nem egyedül közegészségügyi beavatkozást igényel, mert nagyrészt fontos, mélyrehatóan socialis kérdések megoldásával jár kapcsolatosan: ezekkel azonban foglalkozni kell, lassan s óvatosan kell kezdeni a védő küzdelmet, hogy annál alaposabb legyen a kilátás a jövőbeni reményben s a biztos győzelem sikerében.

Farkas Jenő: A mi előadó úr számait és következtetéseit illeti, azokhoz nehéz első hallásra hozzászólni, mégis nem gondolom, hogy ezen számok maguk mindazon következtetéseknek biztos alapját képezhetnék. Pl. azon feltünő dolog, hogy azon foglalkozás ágakban, a hol általában véve a tüdőbetegségek gyakoriak, ott a tüdőgümőkór ritkább volna, ezen rendkivül feltünő állítást én egy bizonyos fokig a priori, mert bizonyítékokkal nem rendelkezem (de még előadó úr bizonyítékai értékét sem tudom méltányolni), valószinűtlennek tartom; éppen azért, mert a statistikájának bizonyos tökéletlenségei vannak, pl. hogy a 20. héten túl tuberculosus betegek elhalálozását nem vette tekintetbe, pedig éppen ez a gyakori eset, ezen ismereteinkkel összhangzásba nem hozható körülmény pontosabb és nagyobb számú esetekre vonatkozó statistikát igényel.

Legyen szabad még egy körülményre felhivnom figyelmét. És ez az, hogy akkor, mikor a halálozás arányának összehasonlításáról van

szó, pl. Budapest város lakosságának halálozási arányával, szükségesnek tartom, hogy ez a korviszonyok tekintetbe vételével történjék. Ezt említette előadó úr, de nem ezen alapon tette. Vajjon van arra külön táblája, ezt nem tudom, de minden esetre arra igen nagy szükség van, mert a munkások abba a korba esnek, mikor a tüdővészben való halálozás sokkal gyakoribb az azt megelőző csecsemő- vagy gyermekkorbeli elhalálozásnál, míg másrészről Budapest lakossága halálozásának nagyobb részét a csecsemő- és gyermekhalálozás teszi.

Legyen szabad reflectálnom még előadó úr végső szavaira. Úgy mondotta, nincs velem egy nézeten, hogy „a tuberculosis elleni védekezésben csak jót és jól tegyünk". Igaz ugyan, hogy a mikor felsorolja az arra alkalmazandó eszközöket és mikor elmondotta azt is, hogy rendszabályaink ne legyenek se túlságosak, se zaklatók, se céltalanok, úgy látom, hogy velem egy nézeten van, mert én ezeket jóknak tartom, de rossznak tartom azokat, melyek ezzel ellenkeznek és a melyek eredményhez nem vezetnek, ezeket feleslegesnek tartom.

Azon indítványokat, melyeket előadó úr felemlített, mint kívánatost magunkévá teszszük, de csalatkoznánk, ha ezeket gyorsan vagy egyáltalán belátható időkben végrehajthatónak tartanánk. Előadó pl. a munkaidő törvény által való rövidítését kívánja. A munkaidő megrövidítése egyike a legfontosabb, nemcsak social-politikai, de közegészségi intézkedéseknek, ezt mindenki kénytelen elismerni, de kénytelen elismerni, hogy ez rendkivül nehéz kérdés, és kérdés, hogy helyes és sikerre vezető módja-e az állami törvénybe való beiktatása? Bátor vagyok felhozni, hogy Angliában bizonyos munkásoknál az a nézet van, hogy az állam által való megállapítás keveset ér és a munkások maguk a *trade union*-jukkal egyedül képesek a munkaidő szabályozására.

Igazat ad előadónak, hogy fontos momentum az, hogy a kisiparban súlyos a tuberculosis pusztitása. Már most kérdem, hogy a kisiparra vonatkozólag várhatjuk-e a munkaidő állami szabályozásának eredményét? hogy a foltozó varga, szabó, kisiparos, kik otthon darabmunkát végeznek, munkaidejüket megrövidítsék? Azt sem tudom, hogy azok az iparosok, kik bizonyos socialis, közgazdasági körülmények miatt azért dolgoznak sokszorta több órán át, mert másképp megélni nem tudnak, ha vajjon ezeknek munkaidejét leszállitanák és kiküldenék őket a szabad levegőre, hogy ott sétáljanak, de nem gondoskodnának, hogy kenyerük legyen, nem tudom, sikerrel járna-e ez a tuberculosis elleni küzdelem? Ezek mind közgazdasági kérdések. Legközelebb az orvosegyesületben egy rövid bemutatás kapcsán néhány szót fogok e kérdésről szólani.

De ugyanazt kell mondanom arra is, a mit előadó a nők és gyermekek munkájának korlátozásáról vagy betiltásáról mondott. A míg a munkásosztály családfeje nem képes annyit keresni, hogy nejét és gyermekét eltartsa, addig mindazon intézkedés, mely a nőnek és gyermeknek a munkába való menetelét megtiltja, bizonyos körülmények között kegyetlen és sikertelen.

Ugyanezt kell mondani azon papiroson és ideában helyes szabályrendeletről is, mely Budapesten megszabja a műholyek kellő térfogatát, levegőtartalmát, mert a kisiparos tengődése miatt nagyobb műhelyt tartani képtelen és abban lakik is, és ez szolgál neki boltul is. Ezt gyakran látom.

Hangoztassuk ezen idoákat és kivánom, hogy a társadalomnak az a része, mely tehet e tekintetben valamit, tegye meg, hogy a munkásosztálynak sorsa javuljon; legyen tisztában azzal, hogy a míg a társadalom egy része ilyen állapotban kénytelen tengődni, míg a lakása, műhelye ilyen rossz, míg a kenyér drága, míg az asszony és gyermek munkába kénytelen járni még terhesség alatt, szülés után is, addig a közegészségügy javulását várni lehetetlen és legyen tisztában, hogy ilyen dolgokat nem rendelkezéssel, hanem a mód megadásával lehet elérni.

Friedrich Vilmos: Nagyjában egyetért felszólalóval. Arra, hogy felszólaló nem gondolja, hogy ezen szám teljesen megbizható és nem jogos belőle következtetéseket levonni, azért, mert bizonyos antagonismus van a tüdőmegbetegedések és a tüdőgümőkór között, az a megjegyzése szólónak, hogy ez tulajdonképen igaz, hogy relativ fogalom, a mennyiben a nagyobb számú tüdőmegbetegedés rovatában igen sok könnyebb hörghurut stb. kisebbszerű megbetegedés foglal helyet.

Hogy ezen statistikát nem lehet használni, mert tökéletlen, a mennyiben a 20. héten túl meghaltakat hozzá kell venni, kiemelte szóló, hogy ez minimalis relativ szám, melynek valóságban sokkal nagyobbnak kell lenni, különösen, ha kis csoportban is ilyen nagy halálozást kapunk.

A mi felszólalónak a fővárosi halandóságra vonatkozó megjegyzéseit illeti, megnyugtathatja szóló, hogy az ő beteganyaga, mely 14—60 éves korbeliekre vonatkozik, kik közül legtöbb volt a 18 s 40 év közt, még akkor is jóval magasabb az összlakossághoz viszonyított halálozáshoz, ha a 0—14 éves korbeli tüdőgümőben elhaltakat levonjuk vagy leirjuk.

Kijelenti szóló, hogy ezen relativ, minimalis számból következtetni lehet, hogy a munkásoknál feltünő a tüdőgümőbeli halálozás s hozzá kell tenni, hogy csak lassan és óvatosan lehet ellene tenni.

Ha felszólaló a munkaidő leszállitását majdnem lehetetlennek mondja (hisz tudja szóló, hogy a *trade unionok* szervezkedése az állami intézkedésnél többet ér), ott kell keresni a hibát, hogy nálunk kevés az iparfelügyelő, kevesebb mint Svájcz egy kantonjában, de azért le lehet a túlmagas 11—16 órás munkaidőt szállítani a gyárosok megbüntetésével.

Azt mondja felszólaló, hogy a kisiparban nem ér a munkaidő leszállításának törvénybe iktatása; igenis érne, ha kisipari felügyelőink volnának. Concedálom, hogy az ú. n. Stückarbeitert nem lehet controlálni, de el fogjuk érni, hogy olyan állapotok nem lesznek, hogy a bolt egyszermind lakás, étkező stb. legyen, hanem úgy képzeli szóló, hogy az ily kisiparos nem kap műhelynyitásra engedélyt s kénytelen lesz gyárba menni.

A nők és gyermekeknek munkából való eltiltását nem említette szóló, csak azt mondotta, hogy a nők és gyermekek a veszélyes és mérges foglalkozásoktól eltiltandók.

Szóló a felemlített tényezőkkel az egészségügy javítását gondolja elérni, nem gyorsan, hanem az általános javulással a tuberculosis is csökkenni fog számban s éppen ezen feltünő számok kötelességükké teszik a hatóságoknak és magasabb forumoknak, hogy a közegészségügygyel foglalkozzanak.

Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

(I. rendes ülés 1898. február 3-dikán.)

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

Bulbaer paralysis esete.

Baumgarten Egmont: A 40 éves korcsmáros nehezített és érthetetlen beszéde miatt panaszkodik, nemkülönben hibás nyelésről ivás és evés közben. Beteg felső ajkát már nem birja emelni és a felső fogakat nem tudja mutatni, a fütyülés nehezére esik. Nyelvét nehezen ölti ki, az kissé jobbra tér el, a bal nyelvfél kissé sorvadt, nemkülönben a nyelvet emelni már nem képes. Az ínyvitorla az *A*-mondáskor 1—2-szer mozog kevéssé, azután mozdulatlan marad, úgyszintén a garat constrictorai is. A beszéd nehezen érthető s az ínyvitorla hűdése következtében *rhinolalia aperta* áll fenn s a többi izmok hűdéséből kifolyólag *paralytikus alalia*. A gégefedő fel van emelve, a gégébe könnyen be lehet látni, a depressor epiglottidis hűdése miatt a gégefedő a phonatio, belégzés és köhögésnél mozdulatlan, mi miatt a beteg csak elővigyázattal tud enni és inni, nehogy hibásan nyeljen.

A nyelés még elég jól megy. A jobb hangszalag minden excursiónál feltünően renyhe, mind a két oldalon a thyreo-arytaenoidei interni hűdése van jelen. Az érzékenység némileg alább szált, a reflexek még jól kiválthatók s villamos izgékonyság kivehető. Előadó arra a körülményre tesz figyelmessé, hogy a központi hűdéseknél a reflexek még soká állanak fenn, azután eltünnek, a környi és toxikus hűdéseknél azonban rendesen azonnal eltünnek és gyorsan visszatérnek.

Miután a bulbaer paralysisnái a ganglion-sejtek betegszenek meg, azért a hűdés rendszerint kétoldalú, miért is mi ezen megbetegedéseket a hűdésekből magukból kórismézni képesek vagyunk. A hypoglossus, glossopharyngeus, vagus-accessorius, de még a facialis, abducens és trigeminus magvai is megtámadtatnak. Az acustikus többnyire megkiméltem marad. *Duchenne* és *Trousseau* ezen bántalmat *paralysis glosso-labio-laryngea*-nak is nevezte. Mi laryngologosuk képesek vagyunk ezen betegséget csak a hűdésekből kórismézni úgy, miként néha való szinűség szerint a tabest, más központi megbetegedést azonban még nem. A bemutatott eset a kifejezett tünetek miatt is könnyen felismerhető, a folyamat azonban még nem haladt igen előre.

Keményszájpad-fekélyek.

Baumgarten Egmont: Beteg 18 éves, egy év óta áll megfigyelés alatt. Tavaly jelentkezett nálam rekedtsége miatt és figyelmessé tett engem kemény szájpadjának érdességére. Az érdességeket nyelvének hegyével tapintotta ki, de ezek miben sem okoznak neki kellemetlenséget. Belső szervei teljesen épek és egészségesek, a nyaki mirigyek beszűrődöttek. A kemény szájpadon, a középvonalban, tallérmekkoraságú szabálytalan, sárgás, szemcsés fekély, ép ily 2—3 kisebb fekély a jobb oldalon, közel a fogsorhoz. A fekély éles szélű, érintésre nem fájdalmas. A szélek érintése azonban igen érzékeny, a kutasz mindenütt a csonthártyáig hatol, miközben a fekély alig vérzik. A vizsgálat először tuberculosis vagy lupusra irányult, de sem a váladékban, sem a kiirtott szövetdarabban nem voltak bacillusok kimutathatók, a szövetben — egy második darab a szélekből lett kimetszve — csakis lymphoid elemek voltak láthatók, sehol sem óriássejtek. A beteg erre hosszabb időn át jodkaliumot szedett, később nagyobb adagban, a fekély maga sokféle szerrel lett cesetelve, később edzve, de mindez nem járt eredménynyel. Miután a nyaki mirigyek még jobban megdagadtak, egy időn át arsen, később jodkalium adagoltatott, mire a mirigyek sokkal megkisebbedtek. A beteg ezután elmaradt s én csak 6 hónap után láttam újra. A jobb oldalon több apró fekély támadt, a középső nagy fekély változatlanul fennállott, nem nagyobbodott, mélyebbre sem hatolt. Betegnek soha sem volt lues-e s hímvesszején nincs elváltozás. Luetikus jellegű fekély azóta már a mélybe tört volna, a csonthártya még mindenütt érintetlen, a luetikus fekélyek jóval érzékenyebbek, szélei infiltráltabbak, a fekélyek szoktak terjeszkedni, ezen esetben pedig nem, csak egynéhány új keletkezett. Előadó a jelenlevőket kéri, a betegség illetve a fekély lényegét, mibenlétét illető nyilatkozatra. A fekély váladékából nem sikerült bacteriumokat kitenyészteni.

Zwillinger: A fekély külleme, öblös volta, a fekély szomszédságában számos apró fekélytől eredt öblösödések, bár göbök nincsenek jelen, azon feltevésre késztetnek, hogy itt lupus van jelen, bár góresövileg bacillusok nem voltak találhatók, de a mirigyek már e mellett szólnak. A gégeleletet nem ismerem, erről talán előadó úr lesz szíves felvilágositást adni.

Némai: Midőn a makro- és mikroskopikus lelet negativ és midőn a kezelés is negativ eredményű, arra a conclusióra kell jutni, hogy nem tudunk eligazodni, mi a beteg baja. Hogy mit tegyünk vele ily körülmények közt, az már egyszerűbb, t. i. exspectative kell eljárnunk. Azt kell hinnem, hogy a kórkép itt a kezelés által van megzavarva. Sürgős beavatkozásra nem lévén szükség, várjunk néhány hónapig, hogy mi lesz a dologból.

Polyák: A diagnosist positivitással bár nem lehet felállítani, de szabadjon elmondanom a megtekintés által nyert benyomásaimat. Az itt látható fekély élénken emlékeztet a gummás nyákhártyasyphilid azon alakjára, melyet *Lewin* irt le *kis nodulosus syphilid* név alatt, sétegész borsónyi, erősen határolt, kissé kiemelkedő és sűrűn egymás mellé helyezett göbök alakjában, nagy hajlammal a felületes fekélyedésre. Támogatja ezen nézetemet a fekélyek környezetében a reactiv lob teljes hiánya és azon fekélyes, de részben már hegedő hely a lágy szájpadon az uvula felett, hol a heges zsugorodás nyomai jól kivehetők, továbbá azon körülmény, hogy a fekély érzéstelen. Láttam ezelőtt néhány évvel egy hasonlóan kétes esetet, nagy szétesö fekélylyel a garat hátsó falán, hol a fekély és környéke szintén érzéstelen volt. *Haberern* barátom, kinek az esetet consultatio czéljából bemutattam, a fekélyt a „mal perforant du pied"-hez hasonlította. A fekély több energikus higanykurára sem változott, végre fél év alatt jodkalira egy csillagalakú heggel gyógyult. Az esetet, bár antiluetikus kezelés eddig czélhoz nem vezetett, *syphilisnek* tartom.

Navratil: Határozott diagnosist csinálni nem lehet. Lupusnak vannak ugyan némi jelei, de ezek nem jellegzők. Syphilis ellen szól, hogy a fekély szélei nem élesek, nem felhánytak, ellene szól még a szövettani lelet és az antiluetikus kura sikertelensége. Actinomycosisra is lehetne gondolni. Leginkább plausibilis a *Némai* nézete, hogy ez egy mixtum compositum és nem tudjuk, a kezelés mennyire befolyásolta a kórképet; ezért a várakozó álláspontra helyezkedünk és antiseptice, de nem izgatólag járunk el, és ha nem is gyógyul, tisztább kórképet kapunk.

Baumgarten: Tuberculosis és lupus kétszeri szövettani vizsgálat alapján kizárható volt. Lues azért zárható ki, mert a specialis kúra nem vezetett czélhoz. A kezelés a képet nem zavarta meg, mert már 6—7 hó óta nem nyultam a fekélyhez.

Meg akarom még jegyezni, hogy a szövettani vizsgálat alkalmával *Preisich*-nek feltünt a sok lymphoid-sejt. Ezért gyanakszom valamely lymphoid újképletre. A szétesés hiánya lues ellen szól. Actinomyces gomba sem volt található. Ezért lymphosarcomára kell gondolni. Megemlítendő még, hogy az epiglottis üvegszerűen infiltrált.

Carcinoma auris kórszövettani készítményének bemutatása.

Váli Ernő: Bemutatja a multkori (1897. november 11-dikén bemutatott) eseténél készitett praeparatumokat és hozzá újakat is, melyeket egy második műtét után nyert és fentartja a diagnosist.

Krepuska: Köszönettel tartozunk *Váli* és *Minich* uraknak, hogy ezen készítményeket bemutatták. En az eset bemutatásakor hangsúlyoztam, hogy sem a diagnosis mellett, sem ellene állást foglalni nem akarok, csak azt mondtam, a mire a tapasztalat tanitott, hogy kis dolgokból histologice, különösen átmeneti helyeken. pl. a hangvezetőben, a hol mindenféle képlet van és a hol felléphetnek más fekélyesedéssel járó folyamatok, ha a vizsgálandó szövetrész kicsiny és ha nem figyelmeztetjük a szövetbúvárt a metszet irányára, akkor tévedésekre nyilhat alkalom. Ezt jeleztem akkor is és nagyon örvendetes lett volna, ha előadó már akkor bemutatta volna a metszetet. A látottak után most előttem is kétségtelen a carcinoma diagnosis.

Minich: Az első alkalommal figyelmeztettem a bemutató urat, hogy hozza el a készítményt. Osztom *Krepuska* nézetét, hogy a szövettannal foglalkozónak sok dolgot kell figyelembe venni a diagnosis felállításánál, ezért pl. mindig figyelembe veszszük a beküldő véleményét is.

Közkórházi orvostársulat.

(VII. bemutató szakülés 1898. április 20-dikán.)

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

(Folytatás.)

Osteoplastikus trepanatio esete.

Hültl Hümér: F. B. 17 éves, fodrász, 5 év előtt fürdés alkalmával a Maros hídjáról leesett, mely alkalommal feje betörött. Eszméletlen lett és sokáig volt beteg. Majd $2^1/_2$ évvel ezután egy este gazdája erősen megzörgette azon szoba ablakát, melyben ő tartózkodott. Ekkor igen megijedt, eszméletét vesztette, görcsök lepték meg. Jelen állapot. A jól fejlett fiú koponyáján a bal falcsontnak megfelelőleg 4 cm. hosszú V-alakú heg és tenyérnyi $^1/_2$ cm. mélyre becsült süppedés van. A beteg naponta sokszor (40-szer is) pár perczre elszédül, máskor, különösen éjjel, clonikus görcsök lepik meg, melyeket különösen jobboldali alsó végtagját illető, általa közelebbről meg nem határozható sensatiók előznek meg, a melyek a test jobb oldaláról a bal oldalra terjednek át. Mai tudásunknak megfelelőleg a trepanatio végeztetett, meg akarván szabaditani az agyvelőt a besüppedt koponyacsont nyomásától. A műtétet 1898. február hó 1-én Navratil tnr. úgy végezte, mint a hogy azt előadó fentebb leirta. P. p. sebegyesülés. A csontdarab 3 héttel a műtét után keményen megerősödött. A műtét eredménye az, hogy a beteg nappal most egészen jól érzi magát, 2—3 napig is teljesen rohammentes, mire éjjel 5—6 rohamot is kap, melyeknél a görcsök a jobb alsó végtag izmaiból indulnak ki és terjednek át a jobb felső végtagra, arczra, majd az egész bal oldalra.

Empyema cystidis felleae.

Herczel Manó: S. K., 39 éves, bérkocsis neje, 1897. junius havában hirtelen lázas lett és colicaszerű rohamai keletkeztek, melyek az epehólyag tájára concentrálódtak. Ugyanekkor rendetlen székelése volt, sárgaság nem jelentkezett. Ez idő óta folyton emésztési és székelési zavarai vannak, étvágya nincs, felböfögésben szenved, néhány hó óta pedig májtájékán egy folyton növekedő, kemény, fájdalmas daganata fejlődik. Soha nem hányt, véres széke nem volt.

A jól táplált nőbeteg mellkasi szervei épek, a jobb hypochondriumban az epehólyag táján két férfiökölnyi, egész a köldökig érő, tömött, sima tapintatú, tojásdad daganat foglal helyet, mely a légzési mozgásokat követi, elég nagy határok között ingaszerűleg ide-oda mozgatható. A daganat felett tompa a kopogtatási hang, a gyomor nem tágult, a vastagból felfuvásakor a daganat a hasfalhoz szorul, a tompulat felette változást nem szenved. Többi szervei épek, lázai jelenleg nincsenek.

Mindezek folytán valószinű volt, hogy *epehólyagdaganattal* állunk szemben, és az 1898. márczius 28-dikán *Herczel által végzett laparotomia* teljesen igazolta a feltevést. A hasüreg a bimbóvonal meghosszabbításában 12 cm. hosszú metszéssel lett megnyitva; rögtön előtolult a férfiökölnél jóval nagyobb, sima, feszes falú, halvány-kékesszínű epehólyag, mely alsó csúcsával a colon transversummal volt összenőve. Próbapunctio genyet eredményezvén, Herczel az epehólyag kivarrását és secundaer történendő felnyitását határozta el. E végből annak $1^1/_2$ ezüstforintnyi nagyságú, legelőbbre eső felületét 10—12 sero-serosus-varrattal szegte ki. Jodoformgaze-tamponad, kötés.

A lefolyás annyiban volt zavarva, hogy a műtétet követő éjjel, erős köhögési rohamok következtében, a jobboldali varratsor engedett és egy gyermektenyérnyi cseppleszdarab esett elő, ezt resecálván, a varratokat kiegészitettük. Nyolczadik napon az epehólyagot megnyitottuk, belőle mintegy 100 cm^3 geny ürült. Eleinte az epehólyag üréből sok genynyel kevert epe ürült, jelenleg még egy a kisujj hegyét alig befogadó, élénken sarjadzó üreg van jelen, melyből azonban epe már nem ürül. A beteg láztalan, étvágya igen jó, fájdalmai nincsenek.

Gastroenterostomia retrocolica jóindulatú pylorus-szűkület miatt.

Herczel Manó: G. Józsefné, 46 éves, gyomorpanaszait 9 év előttre vezeti vissza. Ekkor kezdett gyakori gyomornyomásban, felböfögésben és étvágyhiányban szenvedni. Ezelőtt hat évvel jelzett tünetekhez 2—3 naponként jelentkező hányás is társult, a hányadék véres nem volt, csupán emésztetlen és félig emésztett ételmaradékokból állott. Orvosi kezelésre ezen tünetek alig javultak, állapota fokozatosan rosszabbodott, különösen mult év nyara óta a hányások naponta jelentkeznek és a beteg rohamosan lesoványodott. Egy hóval ezelőtt nagy gyengesége miatt ágyba került, legutóbbi napokban pedig heves gyomortáji fájdalmak kiséretében bő, véres és kávéaljszerű hányadéka és utána feketés szinű széke volt.

Felvételkor a rendkivül lesoványodott nőbeteg mellkasi szervei épek. A vékony hasfalakon keresztül igen jól kivehető, miszerint a felfúvott, nagy fokban tágult és süllyedt gyomor nagy görbülete a symphysist érinti, a kis görbület pedig a köldök fölött két ujjnyira kezdődik. A pylorikus rész a jobb bordaív alatt a bimbóvonalban tömöttebb, hüvelykvastag köteg alakjában tapintható ki.

A törzs rázásakor, a hasfalak gyenge ütögetésekor élénk locscsanás hallható. Gyomorbennék vizsgálata szabad sósav jelenlétét mutatta ki, tejsav nyomokban. A többi szervek épek. Testsúly $33^1/_2$ kg.

Tekintve a bántalom évek hosszú sorára terjedő fennállási tartamát, körülirt keményebb, nagyobb tumor hiányát és a gyomorváladék chemiai vizsgálatát, *jóindulatú heges pylorus stenosis diagnosisát* állapitottuk meg, mely fokozatos és lassú fejlődése alatt a gyomornak óriási consecutiv tágulását eredményezte. Ezen nagyfokú mechanikus insufficientiát megszüntetendő, Herczel a betegen, kinek aggasztó elesettségét napokon át folytatott mesterséges táplálással sikerült csak megjavítani, 1898 márczius 11-dikén aether-narcosisban Hacker-féle gastroenterostomiát végzett.

A hasüreg megnyitásakor kitünt, hogy a gyomor pylorikus része egy alig diómekkoraságú, sima felületű, tömött tapintatú, gyűrű alakú tumorrá alakult, mely annak belűrét ad maximum szűkítette. A gyomor egyéb részén hegesedések nem voltak, a szomszédságban mirigyeket nem tapintottunk. Ezen objectiv lelet tehát a diagnosis helyességét megerősítette. A gastroenterostomiát Herczel a gyomor legmélyebb pontján ez esetben varrattal végezte és pedig 10 + 11 Czerny-, 10 + 10 sero-serosus Lembert-selyemvarrat eszközlésével.

A lefolyás igen kedvező és teljesen láztalan volt. Szék, szelek másodnapon spontan; hányás, csuklás nem jelentkezett. Varratok kivétele hetedik nap, prima intentio. Eleinte híg eledelekkel és a végbélen át tápláltuk, hatodik napon befött húst kapott. A beteg azóta kitünő étvágynak örvend, rohamosan gyarapszik, testsúlya jelenleg 45·5 kg., tehát már a kórházban 12 kilogrammal gyarapodott.

(Folytatása következik.)

Negyvenkettedik évfolyam. 20. szám. *Budapest, 1898. május 15.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIR. MAGYAR TUD. EGYET
II. SEBÉSZETI KLINIKA

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HŐGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Lantos Emil: Hydramnios hármas terhességnél. 234. l.

Ónodi Adolf: Tüdőbajosok sanatoriumokban és klimatikus helyeken 235. l.

Marschalkó Tamás: A plasmasejt-vitához 237. l.

Tárcza. † Charles West. — *Róth Vilmos:* A belgyógyászok XVI. congressusáról. 239. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Fraenkel Albert:* A tüdőbetegségek diagnostikája és általános tünettana előadásokban. — *Lapszemle. Verneuil:* A higany-oxycyanür használata a sebészetben 241. l.

Hetiszemle és vegyesek. A budapesti orvosok szövetsége. — Külföldi vendég a Pasteur-intézetben. — A főváros egészsége. — Jóváhagyás. — Rózsai-féle díj nyertesei. — Pályadíj-nyertes orvostanhallgatók. — Egyetemi alkalmazások. — Az orvostanhallgatók önképző köre. — A vörös-kereszt egyesület közgyülése. — A szülészeti poliklinikum forgalma. — Esztergom város közkórházának betegforgalma. — University-exstension. — Fürdőorvosok. — A budapesti Császárfürdő forgalma — Szt. Lukács-fürdő. — Herczel dr. — Baumgarten Samu dr. 241. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Hydramnios hármas terhességnél.

Közli: *Lantos Emil* dr. nőorvos.

Azon határ, melynél a magzatvíz mennyisége kórosnak nevezhető, pontosan meg nem állapitható. Bizonyára elég gyakoriak a relativ hydramnios esetei, melyek azonban, miután semmi feltünőt nem mutatnak, az anyának pedig semmiféle kellemetlenséget nem okoznak, fel sem ismertetnek. Igy értelmezhető, hogy az irodalomban csupán oly hydramnios esetek vannak feljegyezve, hol a magzatvíz mennyisége túlságos nagy volt, hol a hydramnios a terheseknek subjectiv kellemetlenségeket okozott. Spiegelberg szerint már hydramniosról szólhatunk, ha a magzatvíz mennyisége 2—3 liter; bár találhatók az irodalomban esetek, hol az 15 litert tett ki (Fehling), sőt Schneider esetében 60 fontot is.

Hydramniosnál gyakran észlelték a magzat hiányos fejlődését (Sallinger 80 eset közül 11 torzképződést látott), azonkivül ikerterhességet is (Clintock 22 esete közül 11-szer).

Mint kóroktani tényezők hydramniosnál többek között: spina bifida, hemicephalia, főleg azonban a foetus betegségei és rendellenességei, mint a köldökzsinór elváltozásai (torsio, stenosis), a máj, szív és tüdő megbetegedései (főleg syphilisnél) szerepelnek. Különös érdekességet nyujt a hydramnios oly egypetéjü ikreknél, a hol a magzatvíz csupán az egyik peteüregben halmozódik fel túlságosan; létrejövetelét Fehling és Schatz a placentaris edényterületek anastomosisának szabálytalanságából magyarázzák.

Ha Clintocknak azon felvétele, hogy hydramnios főleg ikerterhességgel szövődve lép fel, teljességben el sem fogadható, úgy mégis tagadhatatlan, hogy az itt aránylag gyakoribb. Mig ikerterhességnél előfordult hydramnios-esetek nagy számban vannak leirva, hydramniossal párosult hármas terhesség esetére nem sikerült bukkannom a rendelkezésemre állott irodalomban, a miért is indíttatva érzem magam következő, kóroktani szempontból is figyelmet érdemlő esetemet közölni.

Mult év október 30-dikán A.-néhoz hivtak, ki már hat izben szült és négyszer vetélt. Első szülése 12 év előtt ment végbe, másodizben érett, de halott (nem macerált) magzatot szült, harmadik szülése ikerszülés volt, a következő három rendesen folyt le; ezen hat szülést négy vetélés (körülbelül a 3—4. hónapban) követte, utoljára 1 év előtt. Betegnek, ki mindig egészséges volt, havi baját pedig rendesen kapta meg — utoljára mult év május 12-dikén —, feltünt, hogy ezen terhességben nem érzi magát oly jól, mint az előzőkben, de ezen változásnak semmi különös jelentőséget nem tulajdonított. A has térfogata, mely a terhesség első hónapjaiban a rendes határokon belül terjeszkedett, szeptember 15-től, vagyis azon időponttól kezdve kezdett feltünő gyorsasággal növekedni, a mikor először érezte a magzatmozgásokat. A has növekedésével az alhasi fájdalmak mindinkább gyötrőbbekké váltak, elannyira, hogy öt nap előtt ágyba volt kénytelen feküdni, a melyben következő jelenállapottal találtam: Mérsékelten táplált, de jól fejlett test; szív, tüdő rendelleneset nem mutatnak. A has a processus xyphoideus magasságáig hordószerűen ki van tágulva, mindkét ágyéktáj erősen előredomborodott; a bőr erősen feszült. A kopogtatási hang a hason, az ágyéktájon levő kis területek kivételével, mindenütt tompa; hullámzás, főleg a köldöktől felfelé és helyenkint a jobb hypogastriumban mutatható ki; a bal hypogastriumban egy mérsékelten mozgatható, el nem határolható, valószinűleg a foetusnak megfelelő ellentállás tapintható. Szivhangok nem hallhatók. A belső vizsgálat eredménye: magasan álló hüvelyes rész; szüken ujjnyi nyakcsatorna; mindkét hüvelyboltozat üres; magzatrészek nem tapinthatók.

A havibaj kimaradása idejének tekintetbe vételével, jelen esetben „excessiv hydramniost a terhesség 5—6-dik havában" kórisméztem, egyben azon gyanúnak is adva kifejezést, hogy, a hydramniosnak inkább acut jellegét szem előtt tartva, valószinüleg ikerterhesség forogh fenn. Az eset további megbeszélése kapcsán azon esetre, ha a has a következő napokban terjedelemben még inkább növekedve, nehélyek, főleg légszomj, fellépnének a hólyagrepesztést helyeztem kilátásba. A november 1-jére kitüzött újabb tanácskozás alkalmával szándékom volt pontos alhasi méréseket eszközölni, de aznap reggel, még a megállapitott óra előtt, sürgősen kérettek a beteghez, kinél a magzatvíz még október 30-dikán este óta lassan szivárog, a szülőfájdalmak pedig az éjjel óta tartanak. Elég erélyes szülőfájdalmak mellett, betegünk d. e. 9 órakor (november 1) egy fiúgyermeket szül (koponyafekvés), melynek születése után közvetlenül körülbelül 6—7 liter magzatvíz ürül ki. A lepény önként távozott, de teljesen el nem volt távolitható és továbbra is kénytelen volt az ágyaljon megmaradni, a mennyiben a burkok tenyérnyi terjedelemben a hüvelyben vagy még magasabban tapadni látszottak. A has térfogata most már lényegesen csökkent, de a hasfalakra feltett kéz meggyőződhetett, hogy a méhben még egy magzat van. Újból fellépő szülőfájdalmak alatt burok képződik, mely $^1/_2$10 órakor megrepedt, a mikor is rendes mennyiségü magzatvíz folyik el. 15 percz után betegünk egy farfekvésben levő

magzatot, újabbi 10 perez mulva pedig még egy koponyafekvésűt szül. A lepény nemsokára, a méhre gyakorolt csekély nyomásra távozik, a mikor is kiderül, hogy az első lepény már említett tenyérnyi burokrészlete ennek a lepénynek hasonló terjedelmű részletével össze volt tapadva. Az első lepény maga nem mutat semmi különöset; petezsákja azonban feltünően tág, köldökzsinóra pedig feltünően rövid, 27 cm. hosszú és velamentosus tapadású. A második — az ikrekhez tartozó lepény — nincs két részre választva, a két peteüreget elválasztó réteg csupán egy amnios-kettőzetből áll, tehát egypetéjű ikrek; mindkét köldökzsinór rendes hosszúságú és excentrikus tapadású. Az első, vagyis a hydropikus petezsákból eredő fiúmagzat 32 cm. hosszú volt; az ikrek leányok voltak és mindegyikük 29 cm. hosszú vala. Hiányt egyik magzaton sem lehetett felfedezni, májtájékuk nem volt előredomborodva. Mindhárman élve jöttek a világra; a fiú azonban még az nap este, a két leánymagzat pedig november 3-dikán délelőtt, vagyis körülbelül 48 órával születésük után haltak meg. Betegünk szülés után elég jól érezte magát, a vérzés a lepény távozása után elég csekély volt; a méh jól fejlődött vissza, a gyermekágy pedig teljesen rendesen, láztalanul folyt le.

A hydramnios létrejövetében szereplő és fent röviden említett kóroktani tényezők közül esetünkben egy sem szerepelt; syphilis biztossággal ki volt zárható. A gyermekek boncolása ugyan elmaradt, de minden jel arra mutatott, hogy elváltozások, főleg a májban nem voltak jelen. Esetünkben a hydramniost kétségtelenül a köldökzsinór feltünő rövidsége — 27 cm. — és velamentosus tapadása okozta, a mennyiben ezen rendellenesség vértorlódást és igy folyékony alkatrészek átizzadását (transsudatio) képes eredményezni. Truzzi és Winckel találtak ugyan hydrocephalus és velamentosus tapadású köldökzsinór mellett hydramniost de eseteik itt már csak azért sem értékesíthetők, mert syphilissel voltak társulva, egy körülmény, mely egymaga okozhat hydramniost. Csupán Margiagalli (l. Winckel, Lehrbuch der Geburtshülfe) közöl a mienkhez sokban hasonló esetet; bár csak ikerterhességgel volt társulva a hydramnios, azonban az egyik petezsák szintén hydropikus volt, a két lepény edény-communicatio nélkül és a köldökzsinór 28 cm. hosszú és velamentosus tapadású.

A magzatvíz-mennyiség esetünkben jelentékenynek mondható, a mennyiben a szülés után kiürült körülbelül 6—7 literen kivül, a szülést megelőző $1^1/_2$ napon szintén (legalább is 1—2 liter) magzatvíz ürült. Vajjon nem járult-e még a jelentékeny hydramnios létrejövéséhez a positiv leleten kivül (rövid köldökzsinór, velamentosus tapadás) a fokozatos feszülés az alkarban, mely vérkeringési zavarokat okozhat, hozzá, biztosan nem állithatom, de kizártnak sem tekinthetem.

Tüdőbajosok sanatoriumokban és klimatikus helyeken.

Ónodi Adolf dr. egyetemi tanártól.

(Vége.)

A fegyelem a zárt intézetekben szigorúan vétetik általánosságban, van intézet, hol a vak engedelmességet drákói szigorral érik el. Vannak betegek, kiket fegyelmezni egyáltalán nem lehet és kik zárt intézetekben nem egyszer vétenek az orvosi utasitások és egészségük ellen. Egyes helyeken kitiltatnak, másutt elnézik. Ez a fegyelem nagy dolog, szinte megható az egyéni erőktől telhető küzdelem és ragaszkodás az élethez. Vannak betegek, kiket fegyelmezni egyáltalán nem lehet, kik megszokott életmódjukról lemondani nem képesek és inkább könnyelmüen elejtik a gyógyulás lehetőségét. Ilyen betegekkel szemben czéltalan a humanismus lágy szava, épügy mint a halállal való dobálódzás, a tönkremenéssel való ijesztgetés Általában pedig a fegyelmet a humanismus fegyvereivel jobban el lehet érni, mint a durva ijesztgetés rémületével. Volt alkalmam ezen ijesztgetések hatásait egyeseken észlelni, ezek egyrészt nem érnek czélt, másrészt nem alkalmasak az amúgy is könnyen deprimálható kedélyállapotok sanálására. Általában nem lehet eléggé hangsúlyozni, hogy mennyire szükséges és elengedhetetlen, hogy a tüdővészesekkel szemben a humanismus a legszélesebb mederben gyakorolja jótékony hatását.

Nem tekintve azt a hatást, melyet az egyes tüdővészes kedélyében előidéz a sanatoriumi iskola nyiltsága, el kell ismernünk annak óriási horderejét a tüdővészes egyének környezetére nézve. A sanatoriumi beteg tudja, hogy köpetében bacillusok vannak és hogy köpete fertőz, ismeri az óvintézkedéseket is és ezért vagy a kézi köpőjét vagy a köpetgyüjtő tálakat veszi igénybe. Az étkezés alatt sem restelli kézi köpőjét elővenni és azt discrete használni. Ha elhagyja a sanatoriumot, a legnagyobb gondot fordit otthon övéi körében, épügy mint klimatikus helyeken idegenek közt a köpetére, vagy a kézi köpőjét vagy a zsebkendőjét használja. Ha megfigyeljük a klimatikus helyeket, különösen a tüdővészesek gyülőhelyeit, undorral és megbotránkozással látjuk, hogy a tüdővészesek, a hol állnak, járnak vagy ülnek, odaköpnek, sok lusta egy lépést tenni, hogy egy köpőcsészét vagy egy korsót igénybe vegyen, sokan az étkező helyeken az asztal alá köpnek, egyrészt aesthetikai és orvosi szempontból egyaránt botrányos viszonyokról kell tudomást vennie a megfigyelőnek. És itt látjuk azt az óriási különbséget, a mi a sanatoriumi beteget a többi tüdőbajos fölé helyezi. Klimatikus helyeken a sanatoriumi beteg minden irányban másként él és viselkedik. Ha nincsen kézi köpője, úgy rendszerint használja a zsebkendőjét, bármikor és bárhol legyen is. És csodálatos, hogy a ki a sanatorium iskoláján át nem esett, annak többször hiába is magyarázzuk ennek jelentőségét, hiábavaló a figyelmeztetés, hogy a salonban és az étkezés alatt tegyen úgy mint nehányan teszik, használja a zsebkendőjét, ő mégis mindannyiszor lenyeli a köpetét. Szomorú példája a sanatoriumi nevelés hiányának.

Nézzük közelebbről azon gyógytényezőket, melyeken a sanatoriumi kezelés alapul A legfontosabb az ú. n. szabad légkúra, a tiszta levegő folytonos élvezete.

E czélból vannak védett szabad folyosók, fekvőszékekkel, itt tölti a sanatoriumi beteg idejének nagyobb részét; az ágyhoz kötött betegeknek czélszerű berendezéssel éjjel is az ablakon át jut a friss levegő. A védett folyosón való pihenés az absolut nyugalom mellett biztositja a szabad levegő állandó élvezetét, a czélszerű berendezések a legnagyobb hideg mellett is lehetővé teszik a szabadban való tartózkodást. És tényleg elvitázhatatlan az, hogy a tüdőbajosok a czélszerű berendezések folytán a sanatoriumokban tartózkodhatnak legtöbbet a szabad levegőn. Ha ezzel egybevetjük a klimatikus helyeket, úgy óriási a különbség, a szállókban, a pensiós helyeken erre nézve nem találunk berendezést, csakis külön bérelt villákban vagy erkélylyel ellátott lakásokban vihető keresztül, de ott is hiányosan, mert az esetlegesen használható erkélyek és terrasseok a sanatoriumi szabad folyosók fedett és védett helyzetével nem birnak. És igy tényleg úgy áll a dolog, hogy a klimatikus helyeken ezen czélszerű berendezés hiánya a szabad levegőn való fekvőkúrát szabatosan kivihetetlenné teszi. És ezt a hiányt a sanatoriumból kikerült betegek érzik meg legjobban, mert hozzászoktak és tudják annak szükségét. Az említett hiány mellett a téli időjárás változatossága sokban meghiúsitja a szabad légkúrát. Azonkivül a beteg egyedül türelmét veszti, hogy egy helyen órákat üljön vagy fekvőszéken pihenjen, ezt a türelmet a sanatoriumi nevelés adja meg, de könnyebben kivihetővé is teszi, mert a szabad folyosó állandóan benépesedik, a beteg nem érzi magát elhagyatva, szomszédaival cseveghet és körülötte élet van, habár a maga sajátszerűségében is. Eszményileg talál kivételt a fekvő szabad légkúra a nagy vagyon fölött rendelkező betegek részéről, kik családjaikkal vagy hozzátartozóikkal saját vagy bérelt villáikban, saját vagy bérelt hajóikon végzik ezt a kúrát. Különben klimatikus helyeken csak gyéren látjuk alkalmazását. A Rivierán Nervi, San Remo, Ospedaletti gyógyhelyeken három szálló rendelkezik egy kisebb nagyobb fedett terrasse-szal, melyeken ismét csak a sanatoriumokból kikerült tüdőbajosok helyezkednek el a maguk megszokott módja szerint. A klimatikus helyeken e tekintetben is elül a sana-

toriumi beteg, a ki teljesen dressirozva végzi szabad légkúráját. Órákon át ül fekvőszékén a terrasseon, a kertben olvas vagy pihen, vagy fásultan hallgatja a tenger hullámainak egyhangú zaját; ő a klimatikus helyeken is a viszonyok lehetősége szerint alkalmazza a szabad légkúrát, teljesen kiaknázza a szabadban tartózkodást és ha nincsen fekvőszéke a szabadban, erkélyén használja a szobai chaise-longue-ot, a sanatoriumi nevelés folytán könnyű megadással egyedül is ül fekvőszékén, míg a nem iskolázott tüdőbajosnak nagy önmegtagadásába, leküzdésébe kerül ez a magános fekvés, sokszor egyáltalában nem tud beletörődni. A klimatikus helyeken, a szállósok és betegek egyaránt okai annak, hogy alkalmas terasseok és fekvőcsarnokok nincsenek. A szállók tulajdonosai nyiltan megmondják, hogy nem akarnak kórházi jelleget szállójuknak adni, másrészt a betegek egy része nem tudván, hogy tüdőbajos, fél és kerüli a tüdővészeseket, szobát cserél, hogy a köhögős szomszédtól távolabb legyen vagy el is hagyja a szállót. Ezt a jellemző körülményt illustrálja a következő: egy rivierai szálló nagy parkjában több sanatoriumi beteg unszolására a szállós elhatározta, hogy egy fekvőcsarnokot emel, hozzá is fogott az építéshez, megrendelte a hohenhoneffi sanatoriumból a fekvőszékeket és mire teljesen elkészült a csarnok, visszarendelte a székeket szállótársainak intésére, kijelentve, hogy akkor szállóját úgy a beteg, mint az egészséges vendégek elhagynák.

Azonkivül a klimatikus helyeken csak elvétve találunk oly czélszerű berendezéseket, melyek az ablaknak tetszés-szerinti nyitvamaradását lehetővé teszik.

A másik főtényező az észszerűen vezetett táplálkozás, mely a szabad légkúrával, a megfelelő edzés és testmozgások mellett meglepő eredményeket tud felmutatni. Azt lehetne mondani: egy hizlalókúra a szabadban. A naponta ötszöri étkezés, az étrendek gazdagsága és czéltudatos összeállítása egy kipróbált rendszer keretében olyan fontos tényező, melyet eléggé hangsúlyozni nem lehet. Bizonyos, hogy a klimatikus helyek table d'hote-jai messze elmaradnak a sanatoriumokéitől, másrészt azonban az is áll, hogy a nagy vagyonnal rendelkező betegek a helyes orvosi ellenőrzés mellett a táplálkozásban is a legtökéletesebbet érhetik el. Különösen áll az olyan betegekre, kik a rendszeres etetésnek alá nem vethetők, kiknek gyenge gyomruk van vagy a gyomor mechanismusában és chemismusában vannak zavarok, ezek a betegek tapasztalataim szerint, úgy a sanatoriumokban, mint a klimatikus helyeken a közös étkezések mellett határozottan rosszabbodnak. A sanatoriumokban nem térnek el szivesen a rendszeres etetéstől, sőt nem egyszer hiábavaló módon forcirozzák úgy a részvételt a közös étkezéseken, mint az ú. n. tejkúrát. Az első esetben megesik, hogy a beteg az étrendből válogat és sok olyan ételhez nem nyúl, melyről tudja, hogy gyomra nem tűri, a másik esetben egy ideig hiábavaló módon küzködik a tej ivásával, míg nem a pusztulással való ijesztgetés daczára abbahagyja. Vannak e tekintetben túlzók is.

Egy schwarzwaldi sanatorium vezetője a rendszeres etetést kivétel nélkül fentartja, mert nézete szerint a gyomornak legenyhébb indispositiója és fokozatosan a legsúlyosabb zavarok a bacillusok által termelt mérgező anyagnak a behatásától erednek.

A gyomorbajos beteg épúgy a sanatoriumokban, mint a klimatikus helyeken is az orvos által megszabott külön diaetát megkaphatja, de sok esetben eredményesen csak külön háztartással érhető ez el, minek jó példáit a klimatikus helyeken látjuk. Azonkivül szem előtt kell tartani, hogy egyes betegek a sanatoriumi légkör izgalmait nem birják és kedélydepressióik lényegesen hozzájárulnak az étvágy csökkenéséhez, épúgy mint a tüdővészesek gyülőhelyein, egyes klimatikus helyeken, egyes betegekre éppen a környezet bir olyan deprimáló, izgató hatással, mely a táplálkozás lényeges kárára válik.

A sanatoriumok egyik kiváló előnye, az állandó orvosi felügyelet, azon betegeknél szembeszökő, kik vért köpnek, lázasak és a tüdőbajhoz egyéb bántalmak csatlakoztak. Különösen a vértköpő betegekre hat jótékonyan az orvos ottlétének tudata. Klimatikus helyeken az állandó orvosi felügyeletet csak egyes nagy vagyon felett rendelkező betegeknél találjuk, különben iskolázott ápolók és testvérek, különösen az utóbbiak egyes klimatikus helyeken valóban nagyon becses szolgálatot végeznek.

Mielőtt a sanatoriumok és klimatikus helyek előnyeit és hátrányait összefoglalnók, legyünk tisztában azzal a ténynyel, hogy a sanatorium nem képezi a tüdővész gyógyításának specificumát, hanem az eddigi tapasztalatok szerint a sanatoriumi gyógykezelés elvei mint leghelyesebbek kell, hogy elismertessenek. De e mellett látjuk, hogy a tényleges gyógyulások eseteiben szerepel egy x, egy bizonyos valami, melyet közelebbről megnevezni nem tudunk és csak általánosságban a szervezet szivósságának, ellentállóképességének, rendkivüli gyógyhajlamának szoktunk mondani és a mely nélkül nincsen gyógyulás, épúgy a sanatoriumban kezelt betegnél, daczára a legszigorúbb fegyelemnek és vak engedelmességnek, mint a klimatikus helyeken tartózkodó vagyonos betegnél, daczára a legeszményibb alakban alkalmazott hygienés-diaetás tényezőknek.

A sanatoriumi iskola nyiltsága magával hozza, hogy a beteg bajának tudatában van, az engedelmességhez, fegyelemhez szokik, ellenőrzi hőmérsékletét, gondosan bánik köpetével, czéltudatosan kerüli a káros behatásokat, egy szóval az orvosnak törekvését a maga részéről hathatósan támogatja. Ez a nevelés nagy horderővel bir úgy a betegre, mint a környezetre nézve, mert egyfelől a beteg hozzátartozóira és környezetére való tekintettel mindig szem előtt tartja az óvintézkedéseket az érintkezésben és a köpetét illetőleg, másfelől a sanatoriumi iskola szellemében él és mozog továbbra is, melylyel meg is gyógyulhat, de bizonyára megnyujthatja életét. A sanatoriumi iskolának, a leghelyesebb gyógytényezők rendszeres alkalmazásának nagy előnyei mellett csupán egy árnyoldalát ismerjük és ez az esetek jó részében beáll, midőn a beteg mindinkább meggyőződik gyógyithatatlan állapotáról és az iskolázott tüdővészes tudása lelki állapotán bosszulja meg magát.

És éppen a psychikai mozzanatok azok, melyek a betegek nagyobb részét a sanatoriumoktól távoltartották eddig és távol fogják tartani a jövőben is. A sanatoriumi iskola nyiltsága, a légkör és környezet mind olyan körülmények, melyeket ideggyönge, kislelkű betegek meg nem birnak. Igen sok esetben a beteg és a hozzátartozói kötik meg az orvos kezét, miért is a való feltárása, a tüdővészesek sanatoriuma szóba sem jöhet és rendszerint a klimatikus gyógyhelyek jönnek javaslatba. De ezen intézkedésnek is nem egyszer látjuk rossz hatását, midőn az ilyen betegek a tüdővészesek gyülőhelyeire küldetnek, hol a sanatoriumi gyógykezelés előnyei elesnek és a környezet folytán kedélydepressióktól megkimélve sem maradnak. Miután a betegek egy részét a mondott okokból sanatoriumba nem helyezhetjük, nem hangsúlyozhatjuk eléggé, hogy a klimatikus helyekre küldött tüdőbajosok a sanatoriumi gyógykezelés elveinek szellemében kezeltessenek. S bár sajnosan kell felemliteni, hogy sokszor egyes lényegtelen dolgok, mint a gyógyvizek ivása, az inhalatiók, mint fontos tényezők állnak az előtérben, sőt megesett, hogy bőrizgató tapaszokkal akarták a beteg tüdőt gyógyitani, mégis nagy örömmel konstatálhatom, hogy a klimatikus helyeken a viszonyok szabta lehetőség keretében a sanatoriumi gyógykezelés elvei lelkiismeretesen és eredményesen alkalmaztatnak. Ezen tény nagy fontossággal bir olyan betegekre nézve, kik a mondott okokból nem helyezhetők el sanatoriumban. Ezen betegeknél kettős feladat vár az orvosokra, a hygienés-diaetás elveknek megvalósítása a lehetőség keretében és a betegnek fegyelmezése az adott viszonyok szerint, de ezt megnehezitik a kellő berendezések tökéletlensége és a kinálkozó társadalmi szórakozások ártalma. Teljesen jó eredménynyel használhatja ki tartózkodását a klimatikus helyeken a sanatoriumban nevelt tüdőbajos, kit az orvos fegyelmezve talál, ki utasításait szigorúan követi és már maga garantiát nyujt, hogy az egyes ártalmak elől kitérni tud és fog. A klimatikus helyen a szabad légkúra

*

kisebb méretben ugyan, de kivihető, az időjárás szerint a szabadban vagy nyitott ablak mellett a szobában, a jó táplálkozásra a kellő gond fordítható, a symptomatikus kezelés, az észszerű testedzés és mozgás eszközölhető, e mellett gondosan kerülhetők a káros behatások és az orvos által végzett hőmérések által felesleges izgalmaktól a beteg megkímélhető.

Meggyőződtünk, hogy klimatikus helyeken olyan betegek, kiket sanatoriumba helyezni nem lehetett, a sanatoriumi gyógykezelés elveinek szellemében kezeltettek és megkíméltettek mindama kedélyizgalmaktól, melyeket náluk a valónak rideg feltárása, a napontai hőmérőzések eredményei, a sanatoriumi légkör és környezet okvetlenül felidéztek volna.

Tapasztalataink alapján tehát feltétlenül a sanatoriumi gyógykezelés elveit mint egyedül célirányosokat és helyeseket ismerjük el. A sanatoriumban való tartózkodást, az önfegyelmezés kitünő iskoláját, nyiltságával és hasznos oktatásával minden tüdőbajosra kívánatosnak tartjuk. Olyan betegek, kik a sanatoriumoktól idegenkednek vagy oda nem helyezhetők, olyan megfelelő klimatikus helyre küldessenek, melyeken a sanatoriumi kezelés elvei lehetőleg tág alkalmazást nyerhessenek.

A mi a sanatoriumokat illeti, azok többnyire magaslati éghajlattal birnak, vannak alacsonyabb fekvésüek is, mint a falkensteini 400 m., a hohenhoneffi 200 m. A mi a levegő tisztaságát illeti, tényleg nagyobb előnynyel birnak a nagy magasságban létesített sanatoriumok, mint a davosi, arosai, les-avanti stb. Ezen magaslati helyeket azonban sok beteg nem birja el, azonfelül nem is tartom szerencsés gondolatnak, hogy olyan nagy hidegeknek tegyük ki a betegeket, minőkkel rendes tartózkodási helyükön sohasem találkoznak. Azonkívül ezen szokatlan nagy hidegek, mint egyáltalában a forcirozott edzés káros következményekkel jár olyan betegeknél, kiknél úgy az ellentállóképesség hanyatlott, mint a légzőszervek és utak érzékenysége nagyfokú. A sanatoriumban elhelyezendő betegeknél mindig legyünk tekintettel azok rendes tartózkodási helyeire és annak megfelelően válaszszuk meg az illető sanatoriumot. A klimatikus helyek közül különösen a téliek jönnek tekintetbe, miután nyáron az ismert klimatikus helyeken kivül számos nyaraló- és üdülőhely is hasznonnal igénybe vehető és a szabadlégkúra könnyebben megvalósítható. A téli, valamint klimatikus helyek közül azokat válaszszuk, melyek leginkább teszik lehetővé a szabad légkúrát és ezek közül Európában a Riviera, Afrikában Egyptom és különösen a Canari szigetek alkalmasok. Ez utóbbiak közül Teneriffe szigetén az Orotava völgye az, mely eszményi klimatikus viszonyokkal bir, négy fok lévén a napi hőingadozás maximuma.

Szándékosan mellőzöm az egyes klimatikus helyek összehasonlitását, az előnyök és hátrányok egybevetését. Sajnosan kellett sok hátrányról meggyőződni, melyek a természeti viszonyokban és a hiányos berendezésekben lelik magyarázatukat, de a melyeken egyelőre segitve úgy sem lesz. A klimatikus helyek árnyoldalainak részletezése nélkül is tisztán domborodik ki az a tény, hogy a sanatorium mindent felölel, a mit a tüdőbajos sikeres gyógyitására a tapasztalat legjobbnak mutatott és azt megközelíteni vagy teljesen elérni klimatikus helyen csak nagy vagyon fölött rendelkező betegeknek adatott meg.

A sanatoriumban nevelt beteg a klimatikus helyek előnyeit teljesen kiaknázhatja és azoknak hátrányait képes csökkenteni, a mennyiben fegyelmezett életmódjával és céltudatos óvatosságával az ártalmak elől kitérhet, de hogy ezt a lehetőség szerint a sanatoriumi nevelést nélkülöző beteg tehesse, az jó részt a klimatikus orvos kezében fekszik, kinek módjában van a viszonyok szabta lehetőség szerint betegeinél azok különböző egyéniségeinek és állapotainak megfelelően a sanatoriumi nevelés és gyógykezelés elveit alkalmazni.

És ha lehet, a mint láttuk, a fölött vitatkozni, kit helyezzünk el sanatoriumban és kit klimatikus helyen, úgy teljesen kivül áll a vitán a szegénysorsú tüdővészes sorsának és elhelyezésének a kérdése. A szegény tüdővészest kiragadni abból a légkörből, mely rá nézve a biztos pusztulást jelenti, a humanismus műve, az állam, a társadalom kötelessége. Nem lehet feladatom e kérdést fejtegetni, mert ezt az égető kérdést az érvek és adatok meggyőző erejével, nemes melegséggel és ékesszólóan a nyilvánosság elé tárta Korányi Frigyes egyet. tanár. Ez a nemes mozgalom már eddig is megteremtette gyümölcsét, mert úgy a kormányt, mint a nagy társadalmat egyaránt foglalkoztatja és közelebb viszi a felvetett nagy eszmét a megvalósuláshoz. A magam részéről ez alkalommal a congressus figyelmét akarom e nagy mozgalomra irányitani, hogy a maga hatáskörében is tegyen meg minden lehetőt a czél érdekében.

A plasmasejt-vitához.

Marschalkó Tamás dr. egyetemi tanártól.

(Vége.)

De hát hogy is lenne ez mindegy, a mikor a két dolog egymással homlokegyenest ellenkezik. Mert hiszen azt *Beck* kartárs úr concedálni fogja, hogy azon kérdés, vajjon a plasmasejtek leukocytákból keletkeznek-e vagy kötőszöveti sejtekből, olyan természetű, hogy az egyik éppen az ellenkezője a másiknak; és ezen kérdésnek ama másikhoz, hogy képesek-e a plasmasejtek kötőszövetet produkálni, annál kevesebb köze van, mert ez csak akkor jöhet számba, ha felveszszük, hogy azok tényleg vérsejtekből keletkeznek; ha ellenkezőleg már eleve kötőszöveti sejteknek tartjuk azokat, úgy senki sem fog abban valami nagyon meglepő dolgot találni, hogy azok tényleg kötőszövetet produkálnak.

Egyáltalán nem akarom *Unna* felfedezésének nagy jelentőségét, hogy a plasmasejtekkel megismertetett, kisebbiteni, ez azonban akkor is megmarad, ha *Unna* eredeti téves álláspontját azok eredetére nézve feladja; és hogy erre nézve benne a hajlandóság meg van — a mi különben eltekintve az én munkámtól, a fennebb idézett többi munkák és szakvélemények után csak egész természetesnek látszik — azt fennebb jeleztem.

És ha *Beck* kartárs úr azt hozza fel, hogy typikus plasmasejtet véredényben soha sem lehet találni, hát erre csak az a megjegyzésem, hogy én ezt kimutattam, demonstráltam és le is rajzoltam; igaz, hogy ez oly állati lép véredényeiben volt, a hol mesterséges leukocytosist idéztem elő bakterium proteinek befecskendezése által, de hát ez a plasmasejtek histogen vagy haematogen eredetének eldöntésére nézve meglehetősen közömbös. Különben is az eddigi vizsgálatok szerint fel kell venni, hogy a lymphocyták csak kivándorlásuk után alakulnak át plasmasejtekké; erre mutat a többek között azon körülmény is, a mit nemcsak én találtam, hanem *Justi* is megerősitett, hogy azon kivándorolt lymphocyták, a melyekből plasmasejtek lesznek, úgy sejtmagvuk mint protoplasmájuk élénkebb színeződése által tünnek ki; és úgy látszik, csak bizonyos helyeken és bizonyos körülmények között lehet azokat már a véredényekben megtalálni, pl. egy oly lépben, a hol mesterséges leukocytosis van jelen, a mely szerv tudvalevőleg mint a leukocyták és különösen lymphocyták termelő helye szerepel; a mire nézve ismét az én vizsgálataim is szolgáltattak adatokat.

Különben a plasmasejteknek a véredényekben való kimutatása csak egy láncszemét képezi a bizonyitékok azon hosszú sorának, a melyeket én a plasmasejtek lymphocyta természete mellett felhoztam.

Ezek a megjegyzéseim *Beck* kartárs úr észrevételeire a plasmasejtek genesisét illetőleg, miután ő ebben a tekintetben talán a legmerevebb negativ álláspontra helyezkedett.

A mi *Tauffer Emil* kartárs úr erre vonatkozó megjegyzéseit illeti, a fentebbiekhez csak annyit toldhatok, hogy tisztán átmeneti alakokkal soha sem lehet valamely sejtfaj természetét minden kétséget kizárólag eldönteni; és ha én tisztán átmeneti alakokkal dolgoztam volna, úgy conclusióimat nem fektethettem volna biztosabb alapokra.

Ha azonban a plasmasejtek leukocyta természetét más alapokon, mint azt én is tettem, kimutatjuk, úgy, miután azt mint olyant minden körülmények között felismerjük már

jellegző alaki tulajdonságainál fogva, meg van az első lépés arra nézve, a mit, mint *Tauffer* kartársam konstatálta, eddig nélkülöztünk, hogy t. i. a lobos folyamatokban a fehér vérsejtek részvételét a kötőszöveti lobos folyamatoktól elkülönítsük.

Óvatosabban nyilatkozik e tekintetben *Polyák* kartársam, a ki mint tudjuk, a plasmasejtek kérdésével már eddigelé több jeles munkájában behatóan foglalkozott. Ő ugyanis szíves megemlíteni, hogy vizsgálataim után tudjuk, miszerint a plasmasejtek egy része lymphocytaer eredetű. Ha *Polyák* kartársam ez alatt azt érti, hogy pseudoplasmasejtek is vannak a fennebbi értelemben, a melyek más leukocytákból keletkeznek, úgy erre nézve utalok arra, a mit fennebb azokról mondottam; ha azonban *Polyák* kartársam ezt úgy érti, hogy plasmasejtek lymphocytákból is, kötőszöveti sejtekből is keletkezhetnek (nem tudom, hogy helyesen interpretálom-e azt, a mit midőn e tárgyról több izben volt alkalmam vele értekezni, velem közölni szíves volt): úgy nagyon sajnálom, hogy ebben a tekintetben egyáltalában nem érthetek vele egyet, mert a plasmasejtek egységéhez, mint egy egészen jól jellegzett különálló sejtfajhoz annál is inkább és minden körülmények között ragaszkodom, mert ha ezt elhagyjuk, úgy egyáltalában megszünik az egész plasmasejt-kérdés és ezt különben is eddig — mint láttuk — mások is megerősítették. Mert egy sejt, a mely egyszer leukocytákból, máskor kötőszöveti sejtekből keletkezik, már nem lehet egyféle sejt, a plasmasejtek pedig mindig ugyanazon sejtek, feltéve persze, hogy plasmasejt alatt az itt szóban forgó elemeket értjük és nem nevezünk minden sejtet, a melynek protoplasmája methylen-kékkel kissé erősebben festődik, plasmasejtnek.

Nékám kartársam nem ugyan a *Krompecher* dr. úr előadását követő discussióból kifolyólag, de attól függetlenül egy legutóbb megjelent munkájában (A bőr leukaemiás megbetegedései. Magyar Orvosi Archivum 1897. VI. 6.) szintén foglalkozik e kérdéssel, és megemlíti (573. l.), hogy leukaemiás bőrtumoroknál, daczára annak, hogy a kivándorolt sejtek főtömege lymphocytákból áll, az általam leirt átalakulás kis lymphocytákból plasmasejtekké „úgy látszik itt legalább nem következik be".

Bár *Nékám* kartárs úr szóbeli közléséből tudom, miután szíves volt előttem megemlíteni, hogy ezen kijelentésével egyáltalán nem oda czéloz, mintha leleteimet kétségbe akarná vonni, mégis kénytelen vagyok félreértések kikerülése végett megemlíteni, hogy ha figyelmesen olvassuk *Nékám* kartársam dolgozatát, úgy ennek csakhamar megtaláljuk a magyarázatát. Azt mondja ugyanis, hogy plasmasejteket egyáltalában csak nagyon ritkán látni, a végconclusióban pedig pláne az áll, hogy a plasmasejtek az említett daganatokban *teljességgel hiányoznak*. Ebből azt hiszem, hogy őt egyáltalán nem a fenti czélzat vezette, a mit — ismétlem — szíves volt előttem hangsúlyozni is.

A plasmasejtek genesisén, mint legfontosabb kérdésen kivül csak pár megjegyzést teszek még egy és más dologra nézve, a melyek a discussióban felhozattak.

Így a mi az *elnevezés* kérdését illeti, a mit *Tauffer* kartárs úr hozott fel, soha eszem ágában sem volt, hogy én a plasmasejt elnevezést *Unna*-tól el akarjam vitatni és magamnak vindikálni, vagy azt akarjam, hogy a plasmasejt rólam neveztessék el. Hogy azonban akkor, midőn én plasmasejt munkámat megirtam, ez elnevezés ellen kikeltem és helyette egy másikat proponáltam, arra okaim voltak. Akkor ugyanis plasmasejt alatt még egészen más valamit értettünk, a *Waldeyer*-féle plasmasejteket, a melyeket *Unna* kezdetben az ő saját sejteivel azonosoknak tartott. Miután azonban úgy *Jadassohn*, mint az én vizsgálataim kimutatták, hogy ezen sejtek amazoktól teljesen különböző képletek, természetes, hogy ha *Waldeyer* is fentartotta volna az elnevezést az ő sejtjeire nézve, *Unna* is, ez csak zavarokra adott volna alkalmat. Ezért proponáltam én akkor a protoplasma sajátságos szervezetének megfelelő „Krümelzelle" elnevezést.

Ezen kérdést azonban *Waldeyer* döntötte el végérvényesen, a ki egy munkájában, a mely az én munkám után jelent meg („Über Bindegewebszellen, insbesondere über Plasmazellen." Sitzungsber. d. kgl. pr. Akad. d. Wissensch. Phys.-math. Kl. 11. Juli 1895), határozottan kijelenti, hogy újabb vizsgálatok meggyőzték őt arról, miszerint az ő (*Waldeyer*) plasmasejtjei az *Ehrlich*-féle Mast-sejteknek felelnek meg és *Unna* plasmasejteihez semmi közük nincsen, ezért *Waldeyer* ezen elnevezésről az ő sejtjei számára *Unna* javára lemondott. Ezzel tehát a névkérdés végérvényesen el lett intézve, és az általam proponált elnevezés magától érthetőleg elesik.

Nekem egyáltalában nincsen is szükségem arra, hogy a plasmasejt az én nevemmel illettessék; azért mégis azt hiszem, hogy a plasmasejt-kérdést attól különválasztani nem lehet; és talán azon állitást is megkoczkáztathatom, hogy abban, hogy a plasmasejteknek ma már oly nagy irodalma van, hogy *Unna*-nak ezen — mindig hangsúlyozom — igen fontos felfedezése nem ment veszendőbe, hanem az számos más vizsgálatnak és fontos felfedezésnek szolgál már eddig is, és fog szolgálni esetleg csupán is kiindulási pontul, az én munkámnak is van egy kis része, mert mint legelső a kisérleti buvárlat terén én foglalkoztam a plasmasejtekkel.

A mi *Tauffer* kollega úr azon megjegyzését illeti, hogy a plasmasejtek csak chronikus gyuladásoknál fordulnak elő, úgy ez ellen is határozottan tiltakoznom kell, a mennyiben én mesterségesen előidézett lobkisérleteimnél minden kétséget kizárólag kimutattam, hogy azok már 24 órával a lobos behatás után fellépnek.

A mi meg az ugyancsak általa felhozottakat illeti arra nézve, hogy ép szervekben plasmasejtek nem fordulnak elő, e tekintetben saját és *Jadassohn* vizsgálatain kivül hivatkozom első sorban magára *Unna*-ra, a ki észleleteimet a fehér patkányok egész normalis lépében előforduló plasmasejtekre nézve maga megerősíti, a midőn többször idézett czikkében (Monatshefte f. prakt. Dermat. XX. Nr. 9. 1895) a 495. lapon ezeket mondja.:

„Wie steht es aber nun mit dem faktischen Vorkommen der Plasmazellen in den normalen blutbereitenden Organen? *Da gebe ich Marschalkó vollkommen Recht, soweit es sich um weisse Ratten handelt. Bei diesen finden sich schön ausgebildete Plasmazellen* im Knochenmarke, und *in der Milz, speziell in den diese durchsetzenden festeren Trabekeln.*"

Úgy hogy ő nézetét oda formulázza, hogy a plasmasejtek csak a bőrre nézve képeznek pathologikus képleteket. Hogy *Schottländer* normalis szervekben szintén talált plasmasejteket, már említém.

* * *

A plasmasejtek tehát igenis lymphocytákból keletkeznek, a mit most már nemcsak az én vizsgálataim után lehet mondani; és azért, ha szabad még egy megjegyzést koczkáztatnom, mielőtt czikkemet befejezném, sajnálom, hogy ezt *Krompecher* kartárs úr nem hangsúlyozta eléggé a zárszóban; pedig mi sem lett volna könnyebb rá nézve, mint az én vizsgálataimon kivül még *Schottländer* és különösen *Justi* munkájára, mint egy feltétlen kompetens oldalról, *Marchand* laboratoriumából megjelent dolgozatra hivatkozni, melyet mint *Krompecher* kartárs úr szóbeli közléséből tudom, ő is igen jól ismer, annál is inkább, mert hisz *Ziegler* folyóiratában megjelenő munkálatának végconclusióiban a 4-dik pontban egészen határozottan kiemeli, hogy a plasmasejtek lymphocytákból keletkeznek s így előadása alkalmával zárszavában nem védte meg elég hatásosan nemcsak az én, de egyúttal saját maga álláspontját.

Mert *Krompecher* kartárs úr munkája — ismétlem — csak akkor tarthat igényt arra, hogy nagy elvi jelentőségűnek tekintsük, ha a praemissája a plasmasejtek leukocyta természetében gyökeredzik; csak ez esetben lehet szó arról, hogy képesek-e a leukocyták kötőszövetet produkálni.

Már pedig úgy tudom, hogy *Krompecher* kartárs úr hosszadalmas és fáradságos munkája első sorban, a dolog természetéből kifolyólag, ezt czélozta. És ha — mint ő zárszavában kifejezi magát — csak *valószinűnek* tartjuk, hogy a plasmasejtek lymphocyták, akkor, feltéve, hogy az ő leleteit

mások is beigazolják és a plasmasejtek kötőszövetté való átalakulása kézzelfoghatólag be is leend bizonyítva, még akkor sem lehet majd arról szólni, hogy a leukocyták tényleg képesek kötőszövetet produkálni, mert akkor még mindig azt kellene majd előbb bebizonyítani, hogy a plasmasejtek tényleg leukocyták-e vagy sem.

A plasmasejtek lymphocyta természete az, a mi mindennek kiindulási pontját kell hogy képezze; ez képezi szerintem, együttesen azon körülménynyel, hogy a plasmasejteket most már mint egészen jól definiált, jellegző és mindig könnyen felismerhető külön sejtfajt ismerjük, a haladást is a kérdésben és az első lépést arra, hogy a lobnál a leukocyták szerepét a kötőszövetétől külön válaszszuk; ha ezt az álláspontot elhagyjuk vagy meglazítjuk, magunk alatt vágjuk a fát és meggyengítjük későbbi munkálkodásunk eredményeit.

TÁRCZA.

† Charles West.

Ch. West, a britt gyermekorvosok nestora, márczius hó 19-dikén, 81 éves korában elhunyt.

Ő volt a gyermekgyógyászat tulajdonképi megalapítója Angliában s mint tudóst nemcsak hazájában, hanem a külföldön is nagyrabecsülték. Midőn 1838-ban Londonban megtelepedett, *J. Cheyne* és *Underwood*-tól létezett csak rövid vázlatos tankönyv angol nyelven. *West* már 1848-ban, klinikai észleletek alapján, nagy tudományos készültséggel, feltünést keltő gyermekgyógyászati szakkönyvet irt („*Lectures on the diseases of infancy and childhood*"), mely csakhamar a legtöbb európai nyelvre lefordíttatott, sőt még arab fordításban is megjelent. (A német irodalomba *Wagner* és *Henoch* ültették át.)

Élete idealját egy gyermekkórház létesítése képezte s ezen tervét 1852-ben *Barry* barátjával és jótékony adakozók segélyével sikerült is keresztül vinni. Az általa alapított s ma is működő londoni „*Children hospital in Great Ormond street*", hol *T. Holmes* híres sebészszel működött együtt, az első gyermekkórháza volt Angliának, az 1769-ben *Armstrong* s *Davis* által létesített „*Royal infirmary of children*" ugyanis csak nyilvános ambulatorium volt.

Mi magyar orvosok annál nagyobb kegyelettel kell hogy megemlékezzünk Anglia e híres paediatrájáról, mert ő és *J. Clarke* voltak azok, kik 1849-ben a forradalom után hontalanná vált jelesünket, *Schoepf-Merei*-t, a pesti szegénygyermek-kórház volt első igazgatóját arra biztatták, hogy Angliában telepedjék le s lehetővé tették neki, hogy Manchesterben mihamarább előkelő működési teret nyerjen. *Bókay János.*

A belgyógyászok XVI. congressusáról.

Wiesbaden, 1898. április 16.

(Vége.)

A congressus harmadik napjának főthémája a *bélből eredő autointoxicatio s a bél antisepsise. F. Müller* (Marburg) terjedelmes, erős kritikával megirt referatumából kitünik, hogy milyen széles körre terjesztik különösen franczia szerzők *(Bouchard, Charrin)* a pathogenesis ezen problematikus tényezőjének hatását. A kritika ezt a mesterséges épületet alapjából megdöngeti. Már a czim, a kiinduló pont paradox. *Autointoxicatio alatt* szorosan véve *a szervezet intoxicatióját értjük a saját sejtjei által termelt mérgező anyagokkal;* ilyen értelemben autointoxicatio az uraemia, a czukorbetegek comája stb. A bélből eredő „autointoxicatio" ellenben nem a bél sejtjeiből, de *a bélfelület bacteriumainak toxinképző működéséből* veszi kiindulását. Ezen bacteriumok lehetnek notoriusan kivülről eredettek, példa reá a húsmérgezés azon neme, a melyet a *van Ermengem* által kitenyésztett *bacillus botulinicus*, illetve ennek toxinja okoz, de érheti felelősség *a bélben rendesen jelenlevő saprophytákat*, a melyek bizonyos körülmények között a béltartalom abnormis, méregtermeléssel járó hasadását idézik elő. Ezen rendellenes hasadás kiindulása a *béltartalom pangása*, innen van, hogy az „autointoxicatio" az obstipatióhoz vagy a teljes bélelzáródáshoz csatlakozik. Másrészről nagyon kétes, vajjon az autointoxicatio tüneteit tényleg egyébként ártalmatlan saprophyták okozzák, s nem-e inkább *contagium* szerepel? Hogy morphologiailag az ártalmatlan saprophytákkal azonos alakok tenyészthetők ki, nem érv, hiszen a diphtheria-bacillus vagy a pneumoniacoccus is jelen van az egészségesek szájüregében, azért a diphtheriát még sem „autoinfectio", de contagium okozza, s manapság már számos speciest összefoglaló csoport az, melyet *Müller „pathogene Bacterien mit unschädlichem Doppelgänger"* névvel jellegez. S hogy a szóban forgó autointoxicatio (a mely esetenként lehet *autoinfectio*, a mérget termelő csíroknak a vérpályába jutása) tényleg átragadáson alapul, azt támogatja az ilyen typusú gyermekkori bélmegbetegedések endemiás fellépése. A kivülről eredő fertőzés, vagy a saprophyták érvényrejutása fehérjerothadást indit, ezen fehérjerothadás megnyilatkozik a kiválasztott aetherkénsavak meggyarapodásában; de a quantitative meggyarapodott fehérjerothadás még nem okoz intoxicatiót; kétségtelen, hogy sajátos méreganyagok, valószinüleg *toxalbuminok* szerepelnek, ezek kikutatása a jövő feladata. A „bélből eredő autointoxicatio" tana mai állásában tehát nem annyira positiv axiomákból, mint meg nem oldott kérdésekből tevődik össze; annál nehezebb rosta alá fogni mindazon elméleteket, a melyek a *migraen*, az *epilepsia* bizonyos eseteit, a *diabeteses comát*, a *tetaniát*, a *leukaemiát*, *rachitist* ezen tényezőre szeretnék visszavezetni: „Je luftiger eine Hypothese, desto schwerer ist sie zu wiederlegen".

A gyógyítás: a bél antisepsise legczélszerübben a bél kiürítése, kimosása útján történik, ilyen értelemben jó szer a calomel is, ellenben ne sokat reméljünk a bélbe hozott antisepticumok hatásától.

Második előadóként *Brieger* (Berlin) az autointoxicatio chemismusát tisztázni czélzó (nagyrészt magától az előadótól eredő) vizsgálatokról számol be, a melyek folyamán ugyan sikerült esetenként egyes ptomaïnokat (neurin, muscarin, cadaverin, putrescin) mutatni ki a béltartalomban, a melyekből azonban felderítő világosság az autointoxicatio genesisére eddig nem hárul.

Ewald és *Albu* felszólalásából viszont olyan következtetés vonható, hogy a theoria nagy hézagosságával szemben a klinikus elég gyakran állapítja meg kellő biztossággal a bélből eredő autointoxicatio diagnosisát, a mely azután alapul szolgál a sikeres gyógyító beavatkozásnak. Éppen az utóbbi szempont — a therapia útja és módja — domborodott ki a tovább induló vitában. *Müller*-rel szemben a bélantisepsis számos pártolóra akadt, így *Rosenheim* (Berlin) a mentholt, *Boas* (Berlin) a salicylsavat, *Strauss* (Berlin) a mentholt és thymolt dicséri, *Fürbringer* (Berlin) szerint a calomel korántsem egyszerü evacuáló szer, igen számba jő a belőle képződő sublimat bacteriumölő hatása. Érdekes *Quincke* észlelése, mely szerint az élesztőgombák tiszta tenyészete lényegesen csökkenti a bélben folyó fehérjerothadást, illetve az abból eredő hasmenést s indicanuriát, hogy tehát a „mikrobák antagonismusa" gyógyító hatásokra értékesíthető. Említendő végre, hogy *Boas* szerint az autointoxicatio létrejöttéért nem kis részben felelősek a *vesék*, a melyek a felszívott toxinok kitakarításáról hézagosan vagy egyáltalán nem gondoskodnak, miből közvetlenül folyik a diuresis-indítás indicatiója.

A referáló előadásokon kivül különös érdeket *Edinger* és *Helbing* közlése keltett, tabes dorsalishoz hasonló betegség kisérleti előidézéséről. Az eléterjesztett kisérletek kiinduláspontja *Edinger* ismert elmélete a tabes keletkezéséről, a melynek értelmében a túlságba vitt működés, a melyet a szervezet valamelyes károsulása (lues, heredítás) folytán nem követ a működő, tehát magokat emésztő idegelemek restitutiója, a tabeses kötegelfajulás oka. A kisérletben is ezen két mozzanatnak, a túlműködésnek, s a restitutio meghiúsításának kell közrehatnia. Az elsőt a szerzők úgy érték el, hogy kisérleti állataikat — patkányokat — farkuknál fogva felfüggesztették, miáltal mértéktelen, s tetszésszerinti időre nyujtható izommunkát tudtak kiváltani. Ezen körülmény egymagában elegendő volt a hátsó kötegek s hátsó ideggyökök jellegzetes, bár kisebb mérvü elfajulásának előidézésére. Könnyebben s gyorsabban jött létre az elfajulás, ha a kisérlet mesterségesen anaemiás állaton történt, ha tehát a fentebb említett momentumok másodika is hathatósan közreműködött. *Edinger* ezzel kisérleti bizonyítékát

szolgáltatja tabes-theoriája valószinüségének. További bizonyítékként hangsúlyozza, hogy a munkaexcessust minden tabes-esetében ki tudta mutatni, hogy továbbá bő tapasztalása szerint a leghathatósabb tabes-therapia, a mely a folyamat tovaterjedése elé gátat vetett minden esetben, a testi nyugalom, a mi most, midőn a tabes mozgásokkal való therapiája kap lábra, nagyon hangsúlyozandó. A tornatherapiának nyomban védelmére kelt *Jacob* (Berlin), hangsúlyazva az ez úton elért kedvező eredményeket, méltányolva egyébként *Edinger* álláspontját s éppen ezért súlyt fektetve a tabesesek tornázásának óvatos s szakavatott orvosi vezetésére. *Schultze* (Bonn) a túlfunctio elméletéből nem tudja megmagyarázni, miért éppen a gerinczagy hátsó kötegei s nem a nagyobb mérvben igénybe vett idegpályák, minők a szívhez vagy nyelvhez vezetők, miért éppen centripetalis pályák s nem a mozgató neuronok fajulnak el? s éppen ezért a fősúlyt ezentúl is specifikus méreghatásokra fekteti, elismerve egyébként az *Edinger* által követett új irány jelentős voltát; *Edinger* viszont zárszavában készségesen elismeri, hogy a sajátos méreghatás felvételétől egyelőre el nem tekinthetünk, a mi nem zárja ki a functio közrehatásának kellő méltánylását.

A tabesesek tornáztatásának erős szószólója, *Jacob* (Berlin, Leyden tanár klinikája) egy újabb therapiás beavatkozás előmunkálatait terjeszti a congressus elé. A módszernek, a *duralis infusionak* szülője a *lumbalis punctio*, a melynek előadó szerint csak diagnostikai értéke van, de nem valamelyes gyógyhatása. A lumbalis punctióval folyadékot távolitunk el a subarachnoidealis üregből, ugyanezen úton folyadékot, nevezetesen gyógyszereket (carbol, chloralhydrat, jodkali) juttathatunk ugyanoda: ime a duralis infusio, a melyről szerző eddigi, állatokon s paralytikus embereken végzett kisérletei alapján állíthat annyit, hogy a mivelet káros hatással nincs, s hogy bizonyos szerek, így a jodkali, ezen úton kétségtelenül felszívódnak; továbbiak kiderítése, nevezetesen a módszer gyógyításra való értékesítése a jövő feladata.

Még mindig az újdonság ingerével hatottak a *Röngten*-sugarak alkalmazásáról szóló közlések. Egy gyakorlatilag nagyon alkalmas újítást mutatott be *Ziemssen* tanár: a hajlítható bariumplatincyanür-ernyőt, mely teljesen a vizsgált testrészre lévén idomítható: annak topographiai átvizsgálását lényegesen megkönnyíti. *Ziemssen* tanár véleménye szerint a Röngten-átvilagítás a diagnosis megállapításánál egyébként csak kisegítő jelentőséggel bir s a physikalis vizsgálati módszerek értékét nem befolyásolja, illetve azokat nem pótolja. *Ziemssen* s utána *Hoffmann* (Düsseldorf) hangsúlyozzák továbbá, hogy a *Röntgen*-sugarakkal, a keletkezett kép projectiós jellegénél fogva, a valódi szív, tüdő stb. határok, illetve ezen szervek valódi nagysága ki nem deríthető. *Hoffmann* a projectiós képet maga szerkesztette egyszerü s könnyen kezelhető készülékkel méri s a méretek arányából a szív megbetegedéseinél ugyanolyan következtetésekre jut, mint a melyek a kopogtatás régi módszerének alkalmazásából folytak. *Th. Schott* (Nauheim) Röngten-szívphotographiái sem nagyon alkalmasak valamelyes következtetés vonására, s az előadó által vont consequentiák nagyon skeptikus fogadtatásban részesültek.

A vérkeringés pathologiájára vonatkozott *H. Pässler* érdekes közlése *Curschmann* lipcsei klinikájáról, a mely intézet számos s érdekes dolgozattal gyarapította újabb időben a kórbuvárlás ezen nem könnyen hozzáférhető mezejét. *Pässler* azon általa s *Romberg* által régebben bizonyított s hangsúlyozott tényből indul ki, hogy az acut fertőző betegségek folyamán fellépő keringési zavarok okát nem szívgyengeség, de a véredényszükítő központ hüdése képezi. Ha így: a gyógyító beavatkozásnak támadáspontjául is az edényközpontnak kell szolgálnia s tényleg a véredényekre ható *coffein* s *coriamyrtin* segélyével *Pässler* kisérleti állatain az infectio folytán leszállt vérnyomást újból s huzamosabban eredeti magasságára birta emelni; míg a szívszerek, különösen a digitalis készítmények hatása kimaradt. Ezen kisérleti eredmények klinikai utánvizsgálását *Pässler* melegen ajánlja.

Feltünően háttérbe szorult az idei congresusson az utóbbi évek gyülekezésein lényegesen előtérbe jutott bacteriologia. *Koch* intézetét egyedül *Brieger* képviselte előadói minőségben. *Müller*nek az autointoxicatióról szóló referatuma a bacteriologiai kutatásnak inkább árnyoldalaira, mint fényes vívmányaira utal. *Jürgensen* kifakadása a bacteriologiai módszerek túlságos klinikai kultiválása ellen élénk visszhangra talált s *Jaksch* ugyancsak tetszést aratott következő kijelentésével: „die Bacteriologie ist auf einen todten Punkt angelangt", a melynek bővebb kifejtésével egyébként adós maradt. Feszült várakozással néztünk a *van Niessen* által igért *syphilis-bacillus* demonstratiója elé. *van Niessen* az initialis sclerosisból, a syphilitikusak véréből, örökölt bujakórban elhalt csecsemők epiphysiseiből egy coccust tenyésztett ki, a mely azonban egyrészről különböző változatokat mutatott, másrészről egyéb mikrobákkal combinálódott, minélfogva előadó a syphilis előidéző okának „*multiplicitása*" mellett foglalt állást. Ezen körülmény természetesen igen megesorbította a van Niessen bacillusának „specifikus" voltában való bizalmat, s a felül vergődő skepsist az ezután ismertetett állatkisérletek, melyek folyamán állítólag sikerült a fenti coccusok beoltásával házinyulakon stb. syphilisszerű betegséget előidézni, sem birták megtörni. Egyéb a bacteriologiába vágó közlések közül figyelemre méltók *Trumpp* (München) fejtegetései az *agglutinatio* s *immunitás* viszonyáról, melyek szerint a savó immunizáló s agglutináló hatékonysága nagyjából párhuzamoson halad; mely eredmény helyességét egyébként *R. Stern* (Breslau) saját vizsgálódásai alapján kétségbe vonja.

A nagyszámú, e helyen tér szüke miatt nem említhető közléstől eltekintve, legyen itt még két, tisztán therapeutikus vonatkozású közlemény említve: *Mendelsohn* (Berlin) egy a helyi forró légfürdő applicatiójára szolgáló kazánszerű készüléket mutat be. A kazánon belül a végtag 120–140° C. hőmérséknek van kitéve, mely hőmérsék eltürése az égetés érzésével azért nem jár, mert a bőr nagyfokú perspiratiója a határos légréteg állandó lehütéséről gondoskodik. Ezen perspiratio olyan nagyfokú, hogy az általa elért súlyvesztesség 1 órai localis légfürdő alatt 750 gm.-ot tesz ki. Ha az arthritis különböző alakjainál alkalmazott fürdőzés irányadó mozzanata — a mint az eleve valószinü — a hőhatás: úgy ezen készülékkel fogjuk ezen irányadó tényező működését ad maximum fokozni. *Rosin* (Berlin) a chlorosist meleg (32° R.) fürdők alkalmazásával gyógyítja; ezen úton sikert ért állítólag olyan esetekben is, a melyek minden egyéb kezeléssel daczoltak.

Therapiába vágó közlést egyébként a congressus tárgysorozata nem sokat mutatott fel s ezen tárgysorozat inkább támogatásául, mint czáfolásául szolgálhat annak az oly gyakran, s különösen a most folyó vivisectio ellenes mozgalom keretében újra s újra felmerülő szemrehányásnak, hogy az elméleti orvostudományt a gyakorlati alkalmazástól alig áthidalható ür választja el. Hogy azonban ezt az ürt áthidalni képes a merészen kitartó, czéltudatos munka, annak eleven és imponáló példája tárult a congressus azon tagjai elé, a kik útjukba vették a közel eső *Höchst am Main*-t s a gyárváros diphtheriaserum-telepein szemmel követhették, hogyan válik az elméleti tudás a gyakorlat fegyverévé az emberiséget irtó nyavalya ellen: felemelő s vigasztaló impressio, apotheosisa az előretörő emberi elme lassú, következetes munkájának, symbolum, mely serkent a folyton folyó harczban újabb diadalok felé! *Róth Vilmos* dr.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

A tüdőbetegségek diagnostikája és általános tünettana előadásokban. Orvosok és orvostanhallgatók számára irta: **Fraenkel Albert** dr. egyet. tanár, fordította szentgyörgyi **Jordán Ferencz** dr. közkórházi főorvos. Franklin-társulat kiadása. 1898. Ára 3 frt.

Fraenkel A. tanár előadásai a tüdőbajokról méltán keltettek nagy érdeklődést, a midőn Berlinben megjelentek; egyike a leghatározottabb klinikai érzésü buvároknak e szerző, a ki az anatomia, a physiologia és az általános kórtan szolgáltatta adatokat nagy körültekintéssel s gyakorlati tapasztalattal egyeztette össze. Szellemes előadása pedig egyaránt tanulságos és élvezetes olvasmánnyá teszik e művet, a mely most *Jordán Ferencz* főorvos fordításában hazai nyelvünkben is hozzáférhetővé vált. A fordítás igen sikerült, a német eredetiben oly határozott logikai

formákban tartott mondatok tisztán érthető s egyszerű nyelvezeten kerültek a magyar szövegbe, csak egyes műszavakon és megszokott szerkezeteken szerettünk volna haladást látni. A mű tiz előadásból áll, ezek a lélegzéssel általában, a mellkasfalon észlelhető rendellenességekkel, a tüdő physikai vizsgálatával, a köhögéssel, a köpetek tanával, az érlökéssel s a lélegzési és vérkeringési szervek között fennálló viszonyokkal, a hőmérsékkel, a vizelettel, az emésztő csatorna állapotával és az idegrendszer befolyásával a tüdőbajokra foglalkoznak. A ki alapos, tanulmányokban gazdag s a gyakorlati irányt mindig szem előtt tartó könyvet óhajt tehát a tüdőbajok kórjelzéséről, az vegye kezébe ezen szép munkát. A mű a Franklin-társulat ismert jó kiadásában jelent meg.

II. Lapszemle.

A higany-oxycyanür használata a sebészetben. *Verneuil* már három év óta jó eredménynyel használja a sebkezelésnél, valamint a sebészi eszközök fertőztelenítésére a higany-oxycyanürt 1 pro mille oldatban; az oldatot kevés pikrinsavval sárgára festi. Előnye a sublimattal szemben az, hogy az eszközöket — kivéve az aluminiumból készülteket — nem támadja meg. Vigyázni kell arra, hogy csakugyan higany-oxycyanür, ne pedig egyszerűen higany-cyanür használtassék, mert ez utóbbi gyakran cyanatot is tartalmaz, mely a fémekre még a sublimatnál is károsabb hatást gyakorol. (Sem. méd. 1897. 59. sz.)

Hetiszemle és vegyesek.

⊠ **A budapesti orvosok szövetsége** *Müller Kálmán* egyetemi tanár elnöklete alatt havi ülést tartott. A tagok szokatlanul nagy számban jelentek meg. Az orvosi nyugdíjügy volt napirenden. A sajtó egy részében támadást intéztek egyik orvosi kitűnőségünk ellen. Az orvosok szövetsége szükségét érezte annak, hogy ezzel szemben állást foglaljon és elégtételt adjon a megtámadottnak. A támadás gerincze az volt, hogy Schwimmer tanár halála után az orvosi fakultás *Kétly* tanárt bizta meg a megüresedett tanszék ideiglenes felügyeletével és ő ezért 1000 forint díjazásban részesült, holott ő megint mással helyettesitteti magát. *Kétly* tanár azonban e felügyeletéért, mint az kiderült, semmiféle díjazást nem kap. *Flesch Nándor* a következő javaslatot terjeszti a havi ülés elé elfogadás végett: „Az „Országos Hirlap" ez év április 10-diki számában közölt „Schwimmer tanár tanszéke" czímű névtelen cikkben sértő támadás érte *Kétly Károly* tanárt, az országos orvos-szövetség elnökét. *A budapesti orvos-szövetség kijelenti, hogy a gyanunak még árnyéka sem férhet Kétly Károly önzetlen, önfeláldozó működéséhez, úgy a tanítás, mint az orvosi közügyek terén, kijelenti továbbá, hogy változatlan az a tisztelet és nagyrabecsülés, a melyben a magyar orvosi kar e kiváló tagját tartja.*" A javaslatot lelkes éljenzéssel egyhangúlag elfogadták. *Klein Fülöp* ajánlja, hogy eszközöljje ki a szövetség, hogy az orvos esetleg birólag behajtandó honorariumát, szintúgy mint az ügyvédek, a kezelés helyén eszközölhesse. *Müller* elnök megigérte, hogy e fontos tárgyban szakemberekkel fog érintkezni és ha nem valami nagyok az akadályok, az igazságügyministerhez fog fordulni. *Fried* dr. fogorvos azt óhajtja, hogy a szövetség hasson oda, hogy a publikum félrevezetésére használt „dr. dent." és egyéb külföldi czimek, melyek nálunk érvényteleneк, a mennyiben az illetők nem orvosok, hanem csak fogászmesterek, tiltassanak be és erre ajánlja, hogy a fennálló rendeleteк szigorúbb keresztülvitelét sürgessék. *Müller* tanár elnök megigérte, hogy ez ügyben a fővárosi tanácscsal lép érintkezésbe és hiszi, hogy semmi akadály sem lesz óhajuk megvalósításában. Ezek után a tulajdonképeni napirendre tértek, a melynek tárgyalását azonban az előhaladott idő miatt a következő ülésen is folytatják. Teljes mértékben hozzájárulunk a szövetségnek Kétly tanárra vonatkozó fennebbi határozatához, bár azt részünkről feleslegesnek tartjuk. Ama téves értesülésen alapuló hirlapi czikkek annyival inkább, mert a czáfolat a dolog lényegére mindjárt az első czikkre megjelent, bizonyára senkit sem ingattak meg egyetemünk e jelese iránt való tiszteletben. Hozzájárulunk mindazonáltal ama határozathoz azért, mert negative legalább kimondja azt, a mit szerintünk positive kellett volna kimondania, hogy elitéli és nem illő cselekedetnek tartja a budapesti orvosi szövetség ama hirlapi czikkek névtelen szerzőjének azon eljárását, hogy az orvosi rend egy tagját nem igaz értesülésen elindulva könnyelműen megrágalmazta.

— **Az általános kórtani intézettel kapcsolatos Pasteur-intézetnek** kiváló vendége volt az elmult hét folyamán. *Pfeiffer Richard* dr. a berlini *Koch*-féle „Institut für Infektionskrankheiten" tanára kereste fel azt kormánya megbizásából, hogy *Högyes* tanár veszettségellenes védoltó módszerét tanulmányozza, miután Berlinben a Koch-féle intézet keretében szintén tervben van egy ilyen antirabikus védoltó osztály berendezése. Németország ez egyik legkiválóbb bakterologja a lognagyobb figyelemmel tanulmányozta végig a módszert és annak eredményeit, és be fogja azt hozni a felállítandó antirabikus osztályban. Tudományos intézeteinknek előhaladottsága őt is, mint más idegent, várakozáson felül meglepte, csak az iránt fejezte ki csodálkozását, hogy a Pasteur-intézet még mindig olyan szűk helyen szorong, holott forgalma vetekedik a párisi Pasteur-intézet forgalmával. Ugyancsak az elmult hét folyamán kereste meg az olasz kormány consulatusa útján a Pasteur-intézetet statistikai adatainak elküldése végett, mit az rövid idő mulva teljesiteni fog.

△ **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1898. április 24-dikétől 1898. április 30 dikáig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 402 gyermek, elhalt 253 személy, a születések tehát 149 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2295 beteg, szaporodás 739, csökkenés 798, maradt e hét végén ápolás alatt 2236. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1898. április 30 dikától május 7-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 16 (meghalt 1), himlőben — (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 16 (meghalt —), vörhenyben 29 (meghalt 1), kanyaróban 70 (meghalt 1), roncsoló toroklobban és torokgyíkban 28 (meghalt 2), trachomában 10, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 4 (meghalt 1), orbánczban 13 (meghalt —), gyermekágyi lázban 1 (meghalt —).

□ **Grósz Emil** dr.-nak a szemklinika mellé adjunctussá megválasztását a közoktatásügyi minister jóváhagyta.

— **A Rózsai-féle díj nyertesei.** Az idei Rózsai-féle 500 frtos díjakat a M. Tud. Akademia III. osztálya *Székely Ágoston* dr. egyetemi adjunctus „A vérsavótherapia kérdése, tekintettel a lépfenére és a veszettségre" továbbá *Landauer Ármin* dr. „A máj epeelválasztó működése" czímű, megbízás folytán saját vizsgálatok alapján készült dolgozatainak itélte oda.

△ **Pályadíj-nyertes orvostanhallgatók.** Az egyetemen f. hó 13-dikán tartott évforduló díszülésen hirdették ki az orvosi kar 1897/98-diki pályázatok eredményét. Pályadíjat nyertek: a bonczτanból: *Navratil Dezső* II. éves, ifj. *Genersich Antal* V. é. oth.; az élettanból: *Entz Béla* III. é. oth.; a kórszövettanból: *Koch Béla* V. é. oth.; a szemészetből: *Hauer Ferencz, Schwitzer Hugó* és *Pólya G. Sándor* V. é. oth. Az Arányi-féle bonczolási pályázatnál nyertesek voltak: *Entz Béla, Boleman Béla, Gerzson Sándor* orvostanhallgatók.

— **Egyetemi alkalmazások.** *I. sz. kórbonczτani intézet: Záborszky István* dr. díjazott gyakornok; *Boleman János* V. éves o. t. h. díjazatlan gyakornok. *Gyógyszertani intézet: Thaly Loránd* sz. o. díjazott gyakornok. *II. sz. szülő- és nőgyógyászati klinika: Csiky János* dr. és *Rácz Ödön* dr. díjazatlan gyakornokok. *Élettani intézet: Szabó József* dr. díjazott gyakornok.

= **Az orvostanhallgatók önképző köre** pályázatot hirdet idegen nyelvű munkák ismertetésére, érdekesebb eset leirására, esetleg értekezésre. Pályamunkákat e hó 20-dikáig kell jeligés levél kiséretében benyujtani, a melyek legjobbikát 20 koronás aranynyal jutalmazzák.

— **A magyar vörös-kereszt egylet** országos közgyülését ez évi május 26-dikán, csütörtökön délután 4 órakor Budapesten az első magyar általános biztosító-társaság dísztermében tartja meg. A közgyülést megelőzőleg délután 3/4 órakor értekezlet és nyomban a közgyülés után központi választmányi ülés lesz.

— **A szülészeti poliklinikum** segélyét f. é. április havában 76 műtéttel 104 esetben vették igénybe.

○ **Esztergom város közkórházának** betegforgalma az 1897. évben, mint *Gönczy Béla* dr. kórházi igazgató-főorvos kimutatásából kitűnik, 700 ápolt beteget tett ki, kik közül gyógyult 381 = 54·43%, javult 171 = 24·44%, gyógyulatlan maradt 43 = 6·14% és meghalt 55 = 7·85%. Ezen 700 beteg összesen 15,036 ápolási napot (egy beteg 21·48 napot) vett igénybe. Műtét összesen 137 végeztetett, a műtöttek közül 3 meghalt. Ezeken kivül 531 járó beteget részesitett a kórház orvosi segélyben, kiken összesen 45 kisebb műtét hajtatott végre.

+ **University-extension.** Az egyetemi külső előadások tárgyában az egyetem tanácsa legközelebb azt határozta, hogy osztja azok czélszerűségére vonatkozólag a közoktatásügyi minister nézetét és hajlandó azoknak megvalósítása érdekében a maga részéről is önkéntes közreműködésre birni az egyetem tanárait.

— **Fürdőorvosok.** *Jármay László* dr. f. hó 16-dikán *Tátra-Füreden*, *Hintz Henrik* dr. e hó utolsó hetében *Bártfán* kezdik meg fürdőorvosi gyakorlatukat. *Gáger Károly* dr. kir. tanácsos e hó elején *Gastein*-ban, *Ullmann Károly* dr. e hó elején *Baden*-ben Bécs mellett már megkezdték azt.

△ **A budapesti Császárfürdőben** 1898. január 1-től április 30-dikáig 133 személy lakott és 82,195 személy fürdött.

Szt. Lukács-fürdő
téli és nyári
gyógyhely.

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú nyitott és zárt medenczéiben a forrásvíz naponként négyszer megújul. Mindennemű gyógy- és üdítő-fürdők. *Lakás és teljes ellátás hetenként 27 f t (közepes ár).* Prospektust küld ingyen az igazgatóság **Budapesten.**

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

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület (XVI. rendes ülés 1898. évi május hó 7-dikén.) 242. l — Közkórházi orvostársulat. (VII. bemutató szakülés 1898. április 20-dikán.) 244. l. — Máramarosvármegyei orvosgyógyszerész-egyesület. (Évi rendes közgyülés 1898. február 27-dikén.) 245. l. — A német balneologiai congressus tárgyalásai. 245. l.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XVI. rendes ülés 1898. évi május hó 7-dikén.)

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

Veleszületett csípőizületi ficzamodás operált esetei.

Horváth Mihály: A 2 eset bemutatásával azt demonstrálja szóló, hogy a veleszületett csipőizületi ficzamodásnál a Lorenz-féle eljárás útján nemcsak időleges javulást czéloznak, de szóló reménye szerint teljes gyógyulást is érhetünk el. E 2 beteg, kiknél először végezte a repositiót, 1½ év óta áll kezelése alatt s így joggal vethetné fel valaki a kérdést, hogy vajjon lehet-e 1½ évig tartó kezelés után máris gyógyulásról beszélni. Minden mellékteketetet félretéve, ez időt maga is elégtelennek tekinti arra nézve, hogy egy gyógyeljárásról ezen esetek alapján végérvényes itéletet alkothassunk. De ha mégis a legnagyobb bizalommal tekint betegeinek sorsa elé, ezen meggyőződését éppen eddigi tapasztalataira alapitja. Az egyik bemutatandó esetben a beigazítás alkalmával az tünt ki, hogy ha a lábat a legnagyobb abductio- és hyperextensióból csak a legcsekélyebb mértékben is kimozditottuk, a reluxatio rögtön bekövetkezett. A repositio tehát rendkivül labilis volt, legnagyobb valószinűség szerint a kedvezőtlen anatomiai viszonyok miatt. S még ez esetben is sikerült 1½ év óta a fejet az izvápában megtartani; a gyermek az utolsó 4 hónap óta teljesen szabadon mozog, s daczára annak, hogy minduntalan ki volt téve annak, hogy egy esésnél, helytelen mozdulatnál (abductio) a czombfej ismét elhagyja az izpávát, ez még sem következett be.

Egy másik, még jelenleg is kezelés alatt álló eseténél, egy kinálkozó alkalommal narcosisban győződött meg a repositio solidságáról, a reluxatio még elég nagyfokú abductiónál sem állott be.

Kitünik ezekből is, hogy a czomb fejecse, ha alkalmas kötésekkel az izvápába rögzittetik, a functio segitségével csakugyan képes azt annyira mélyiteni, hogy a kezdetben teljesen labilis repositio egy állandó, soliddá változzék át. Természetesen időt kell biztositanunk, míg a fej magának a biztos helyet, mélyedést kikészíti. S ezt a kellő ideig alkalmazott, s az abductiót és hyperextensiót biztositó merev kötés adja meg. Azon körülményben, hogy a gyermekek még akkor is, a mikor minden kötés nélkül járnak, ösztönszerűleg távolitott helyzetben tartják lábukat, szintén egy biztositékát látja a további gyógyulásnak. Reluxatiót főleg oly esetben látott, ha az első kötés nem a kellő mértékü abductio és hyperestensióban fixálta a reponált lábat.

Első betegénél, kinél baloldali luxatio volt jelen, majdnem 3 cm. rövidüléssel, a repositiót 1896. októberben 8 napi előzetes nyujtás után végezte. A gyermek akkor 22 hónapos volt. November hó elején reluxatiót constatálva, a műtétet ismételni kellett, mely alkalommal a lábat a repositio labilitása miatt a legnagyobb távolitás és túlfeszitésben rögzitette. A kötést átnedvesedés miatt igen gyakran (körülbelül 20-szor) változtatta, a mely alkalmakkor meggyőződhetett, hogy a fejet a kellő helyen tapinthatni.

Időközben a lábat fokozatosan közelitette, s 1897. szeptemberben a gypskötést egy bőrtokkal helyettesitette, s ekkor a rendszeres massage és tornázást is megkezdette. Ez év január első napjától a bőrtokot is elhagyta, s azóta a gyermek szabadon jár. Járáskor kezdetben a csipőizületet teljesen mereven tartotta, s csak az utóbbi időben tapasztal nála ez irányban is lényeges javulást.

Jelenleg a végtaghossz mindkét oldalon 45 cm. Mindkét trochanter a RN. vonalban fekszik. Trochanter távolsága a középvonaltól az operált oldalon 9 cm., a jobboldalon 8·5 cm. Az ingu. hajlatban a spina ant. sup.-tól le- és befelé a caput femorist tapinthatni. A végtag mozgásai teljesen szabadok; a végtag feltolásánál kemény ellenálló felületre akadunk. Állásnál a medencze, valamint az alsó végtagok elég symmetrikus képet adnak, eltekintve attól, hogy a gluteus táj domborulatát, valamint a czomb teltségét még nem nyerte teljesen vissza. Az izomzatnak ezen csekély atrophiája okozza, hogy a bal lábat a gyermek még nem használja egészen úgy, mint a jobbat; az izomzat erősödésével az utolsó 2 hónap alatt igen lényeges javulás állott be.

A napokban felvett Röntgen-kép szerint a czombcsont fejecse tényleg az izvápában helyezkedik el. Teljesen azonos képet a 2 izület még nem mutat, a mennyiben az ép oldalon a fej mélyebben helyeződik el az izvápában. A reponált oldalon feltünő az izvápa alakja: annak boltozata ugyanis sokkal meredekebb, s nem annyira kivájt, mint az ép oldalon. Hogy az izületi fej nem helyeződött el még oly mélyen az izvápában, meg nem lephet senkit sem; az 1½ év erre tényleg nem elég, nem pedig ilyen esetben, a midőn a repositio nagyfokú labilitásából máris igen kevéssé kifejlett, vagy idegen szövetekkel teljesen kitöltött izvápára kellett gondolnunk. Talán az e korban még gyakran jelenlevő lig. teres szintén akadályozza az izvápa kiképződését. Mindezek daczára a repositiót elég solidnak tekinti; míg az ép oldalon körülbelül 15—17 mm. mélységü boltozathoz támaszkodik az izületi fej, addig ez a reponált oldalon körülbelül 12—13 mm.-re tehető. További kezelésre szükség nincs, a gyermeknek teljes mozgási szabadságot adhatunk, s minden eltöltött, mondhatná átugrált 24 órával kisebbedik annak valószinűsége, hogy a most concentrikusan reponált fej elhagyja az izvápát.

Második esetét, melyet sokkal kedvezőbb anatomiai viszonyokkal az előbbi esettel egy időben operált, máris mint teljesen gyógyultat mutatja be a t. orvosegyesületnek. A operatio idejében 3 éves leánykánál a jobboldali luxált végtag 3 cm. rövidülést mutatott. A repositio minden nehézség nélkül 15 perczen belül sikerült, s már körülbelül 35—40°-nyi abductióban is oly biztosan állott a fej, hogy csak a korábbi tapásztalaton okulva határozta el magát arra, hogy az első rögzitést annál nagyobb távolitásban eszközölje. A gyermek a kötéssel mindjárt az első időtől fogva járt. ½ év mulva a lábat tetemesen közelitette a másikhoz. 1897. szeptemberben, tehát 10 hónapi fixálás után levehető tok-készüléket kapott, s azóta massirozva és tornáztatva lett. 4 hónap óta teljesen szabadon jár.

Jelenleg mindkét alsó végtag egyenlő hosszú. Trochanter mindkét oldalon a RN. vonalban.

A mult év végén felvett Röntgen-képből az tünik ki, hogy az izvápa boltozata jól képezett, s teljesen elegendő arra, hogy az alátámaszkodó czombfejet az izvápában megtartsa. Oly kitünőek az anatomiai, oly kifogástalan a functionalis eredmény, hogy szinte teljesen kizártnak kell tekinteni a reluxatiót.

Midőn ezen 2 betegét a gyógyulás ezen előrehaladott stadiumában bemutatja, tartózkodik attól, hogy a gyógyeljárás értékéről végérvényes véleményt mondjon. Annyit azonban már most is bátorkodik jelenteni, hogy a vértelen repositióval sokkal idealisabb gyógyulást gondol elérhetni, mint véres műtéttel, mert az izület alkatrészeinek épségét jobban képes megóvni. Mind a két műtéti eljárásnak határozott indicatiói vannak, egyik a másikat teljesen feleslegessé tenni nem fogja, de erős a reménye, hogy a két eljárást a kellő indicatiók alapján alkalmazva, ezen sokáig gyógyithatatlannak tartott bántalomnál az esetek nagy részében nemcsak functionalis, de anatomiai értelemben vett gyógyulást is képesek leszünk elérni.

Choledocho-duodenostomia és annak nyilt kezelése.

Dollinger Gyula: A 43 éves nőbeteg Korányi tanár klinikájáról tétetett át a sebészeti kórodára. A betegnek ½ esztendő óta 7—8 napi időközökben kólikaszerű fájdalmai voltak, a melyek a hátára is kisugárzottak. Egy hónap előtt egy igen erős rohamja volt és utána icterust kapott, a mely azóta el nem mult. A jobb parasternalis és papillaris vonal között a máj széle alatt egy körtealakú kemény testet lehetett érezni, a mely a légzési mozgásokat követte. A beteg étvágytalan, nagyon erőtlen, székletéte agyagszerű volt. A műtét f. év márczius hó 26-dikán történt. A hasüreg a jobb bordaiv alatt ferde metszéssel nyittatott meg. A hasfalon át érezhető kemény test a kitágult epehólyag volt. Ennek alapja mintegy 4 □cm.-nyi területen a felület fölé 2 cm.-nyire kiemelkedő, rendes hashártyával fedett kiöblösödést mutatott. A hólyagból, a mely e helyen megnyittatott, opalizáló, kevés epesárral kevert nyák ömlött ki. A kiöblösödés helyén a hólyag belső felületén egy sekély, szemcsés alapú, felhányt szélű fekély foglalt helyet, a mely már szabad szemmel való vizsgálatnál is rákosnak tünt fel, és a melyet később górcsövi vizsgálat alapján Genersich tanár adenocarcinomának diagnostizált. Ezt a fekélyt, illetőleg a hólyag alapját kimetszve, a hólyag sebét bevarrta, miután még előbb arról győződött meg, hogy a ductus cysticus el van zárva. Az icterus okának kiderítése végett D. előbb végig tapintotta a choledochust és annak subduodenalis vége alatt egy tömött képletet érzett, a melyről a choledochus kipraeparálása után kitünt, hogy az e helyen rendesen feltalálható, és ez esetben rákosan elfajult nyirkmirigyek által képeztetik. A choledochus a supraduodenalis részben nyittatott meg mintegy 2 cm. hosszúságban, mire belőle sok híg epe folyt ki. A metszés a rákos mirigyekig meghosszabittatott, s ekkor kitünt, hogy a rákos folyamat ezekről a choledochus falára is átterjedt, nyálkahártyáját elpusztitotta és üregét a belétüremkedő rákos burjánzásokkal elzárja. A rákos folyamat innen a szomszédságra is átterjedt úgy, hogy annak teljes eltávolításáról le kellett mondani, azonban a choledochus-sipoly nyitvatartásával gondoskodni kellett az epe lefolyásáról. Ez vagy a hasfalra nyiló epesipoly képzése által lett volna lehetséges, vagy az által, hogy a choledochus és a duodenum között létesitendő közlekedő nyiláson át az epe a bélbe vezettetik. Ez utóbbi, a choledocho-duodenostomia sokkal nehezebb kivitelű műtét, de a mennyiben a beteget a külső epesipoly sok nyomorúságától megmenti, tökéletesebb és azért D. ezt választotta. Először a duodenum savós hártyája varratott oda a choledochus külső kötőszöveti falához, azután a duodenum a choledochussebbel egyenlő hosszúságban megnyittatott, a duodenum és a choledochus nyálkahártyája a két nyilás körül összevarratott, és végül a duodenum savós hártyája mellül is odavarratott a choledochushoz. A choledochus egész fala igen szakadékony volt, a fonál több helyen bevágott, miért is D. nem bizott teljesen abban, hogy a szűcsvarrat vízmentesen fog zárni, s ezért a hassebet nem zárta el, hanem a sipolynyilásig egy vastag draincsövet vezetett be és a májkapu, a duodenum

és a colon által határolt területet steril mullal lazán kitömte, a hassebet pedig nyitva tartotta.

Ezen óvrendszabály igen hasznosnak bizonyult, mert a kötésben már másnap egy kevés epés átivódás mutatkozott, később pedig a kötés több izben nyákosan ivódott át. A beteg a műtét után láztalan maradt, icterusa gyorsan szünt, bélsara barna szint öltött, étvágya gyorsan emelkedett, a beteg megerősödött, a hasfalseb pedig a mulltampon elhagyása után összehúzódott és helyén jelenleg csupán egy 5—6 □cm.-nyi, sarjakkal borított hely van. Az egész termelt epemennyiség a közlekedő sipolyon át a duodenumba vezettetik. Ez az első eset, a melyben D. choledochus-varrat után a sebüreget tamponálta; eddigi eseteiben, a melyekben choledochus-kő eltávolítása után varrt, a choledochus fala nem lévén ilyen szakadékony, a hassebet bezárta és a varratok jól zártak, mert betegei meggyógyultak.

Kenyérminták bemutatása.

Farkas Jenő: Kenyérmintákat óhajt bemutatni, melyek bizonyos tekintetben illustrálják az ország egyik-másik vidékének élelmezési viszonyait. De mivel ezek vizsgálat czéljából, a közgazdasági egyesület szivessége folytán kerültek hozzá: az egyes minták, arra való tekintettel, hogy megvizsgálásuk lehető legyen, egymásután érkeznek, s így egyrésze a most bemutatott, Arad vármegye lakosságának táplálkozását illustráló mintáknak már régi és meg is romlott. Némi önző czél is vezeti ebben a bemutatásban, hogy a t. o. e. figyelmét igénybe veszi, és felkéri azon kartársakat, kik a munkások közt forognak és a munkások élelmezési viszonyaival ismeretesek, hogy ezen tanulmányokat pártfogolják és lehetőleg erre vonatkozó adatokat szerezzenek és bocsássanak rendelkezésére.

Vidéki hivatalos utain járva, gyakran tapasztalja, hogy a nagy közönség, de még a hivatalánál fogva csak félig laikus közönség is, melynek hivatása volna a közegészségügyet szolgálni, azt hiszi, a közegészségügy nem egyéb mint árnyékszék- és szemétdombügy.

Úgy képzeli szóló, hogy ez a dolog a hivatalos személyekben még a régebben a központból is gyakorolt felfogásnak eredménye. 1553-ban a bécsi orvosoknak egyesülete egy szabályrendeletet dolgozott ki a pestis ellen és egészen a legújabb időkig, ha a chobra elleni rendeleteket átnézzük, ezekben bámulatos módon megújul, a mi az 1553-diki rendeletben benne van, kivéve a boróka-füstölést.

Ez a felfogás az, mely azt tartja, hogy a közegészségügy javulását rendelkezés útján lehet elérni. És ha látjuk, hogy még azt is elrendelik, hogy a lakosság cholera-időben jó kedélyű legyen, ez nem nagyobb képtelenség, mint azt várni, hogy a kibocsátott rendelettel reá lehet szoktatni tisztaságra valakit, a ki piszokban volt kénytelen felnövekedni, vagy hogy, a ki olyan gazdasági viszonyok között él, hogy tápláléka ilyféle kenyérből áll, mint a bemutatott (Soborsin), erre egy közelgő pestis-járvány idején reá lehet parancsolni, hogy jól táplálkozzék.

Nem szükséges fejtegetni, hogy a rossz táplálkozás mennyire alászállítja az ellenállási képességet a fertőző betegségek ellen, csak felemliti a *Niedermann* igazgató úrtól nyert adatokat, melyek szerint a lipótmezei tébolydában a tüdővészben való halálozás is bámulatos módon volt befolyásolható azáltal, hogy az élelmezés a vállalkozó kezéből kivétetett és házilag kezeltetett.

A dolog nagy fontossága szükségessé teszi, hogy a lakosság élelmezési viszonyait ismerjük. A mit erre vonatkozólag Magyarországról tudunk, az a nullához közel áll. Ezért szóba hozta e kérdést a közgazdasági egyesületben és ennek segítségével a földmívelési és belügyministerium megbizásából foglalkozik szóló e kérdéssel. Először a földmívelő munkását tanulmányozta. És hogy jó adatokat kapjon, nem elégedhetett meg, hogy egy vármegyét, élelmezési viszonyait tekintve, külön egésznek tekintsen, hanem annak különböző községeiből is kért adatokat és tápszermintákat és tényleg nem lehet az egész megyét egységesnek venni, mert némelyik megye egyes részeiben egészen különbözők a lakosság táplálkozási viszonyai. Igy például Aradmegyében elkezdve a tiszta buzából készült kifogástalan kenyértől le egész a kukoriczából készült lepényig, mely rossz szagú és megkóstolásra sem alkalmas, a különböző kenyerek egész sorozatát mutathatja be. Mindjárt meg lehet mondani, melyik kenyér való magyar, melyik német, melyik oláh faluból. A magyar ember előszeretettel eszik buzakenyeret. A német lakosság többnyire rozskenyeret eszik, bár jó anyagi viszonyok között van. Ilyet esznek pl. a gazdag szászok is, míg az oláhok kukoriczakenyeret esznek. Elkezdve a bemutatott aránylag magas kenyértől le egész a lepényig, mind tengeriből készült. Nagyjelentőségű a kukoriczakenyér használata. *Felix* ennek tulajdonítja a Romániában az oláhok között fellépő pellagrát (7000 eset van) és ez nálunk is jelentkezik egyes oláhoklakta vidéken.

Bemutat még, mint szomorú különlegességet, Zemplénmegyéből vad tatárkából készült kenyeret, a mi szörnyűséges táplálkozás.

A táplálkozáson természetesen rendelkezéssel javítani nem lehet. A közgazdasági viszonyok javulásától várhatni e téren a javulást. De nemcsak a szegénység az oka a rossz táplálkozásnak, hanem némely vidéken az is, hogy az asszonyok nem tudnak jó anyagból sem jó kenyeret sütni. Vannak vidékek, a hol egyáltalán kenyeret sem tudnak sütni, csak vízzel összefőzött tengeri- vagy árpa-zabliszt pótolja a kenyeret. Ebben a tekintetben a néppel érintkező s az ő vezetésükre hivatott körök igen sokat tehetnének.

Tihanyi Mór: Ma már nemcsak az orvosok, hanem az intéző körök is át vannak hatva attól a törekvéstől, hogy a népesség táplálkozási és egyéb életviszonyai a hygiene követelményeinek megfelelőkké tétessenek, de ennek gyakorlati keresztülvitele oly nehéz socialpolitikai kérdést képez, melynek megoldásán eddig sikertelenül fáradozik az egész világ.

A mit a modern közegészségtan az anyagcserére vonatkozólag eszközölt bonyolult vegyi és élettani kisérletek alapján megállapitott, hogy t. i. az emberre nézve legelőnyösebb az úgynevezett vegyes étrend, s hogy mely ételek, mily alakban emészthetők a legkönnyebben, azt részint helyes ösztönből, részint tapasztalatból már a legrégibb korban is tudták. Igy pl. *Hippokrates* már 23 évszázad előtt a diaetetikát illetőleg oly helyes elvekkel birt s oly helyes tanokat terjesztett, melyeknél jobbakat ma a legmodernebb hygienikus sem hirdethetne.

Ha tehát még ma is egyes vidékeken a nép oly egészségtelen és rossz izű kenyérrel táplálkozik, milyeneket *Farkas* ma bemutatott, úgy ennek oka természetesen nem a nép hiányos tudásában, hanem a fölötte rossz anyagi helyzetében rejlik.

Impetigo herpetiformis esete.

Justus Jakab: K. H. 27 éves, nyerges neje, hatodik hóban viselős. Több mint egy hó előtt a mellkas felső részén apró hólyagok keletkeztek. Azután lefelé terjedt a kiütés a hasra, az alsó végtagokra a térdekig és legutóbb végül a háton jelentkeztek apró, viszkető hólyagok. A kiütés meglehetős, bár nem túlságos nagyfokú viszketéssel járt.

Jelenleg a mellkas bőrén szabálytalan alakú csoportokba verődött gombostűfejnyi, egész körömnyi, halvány barnás-vörös, éles szélű, legtöbbnyire különálló, de itt-ott egymással összefolyott kivirágzások láthatók. A kivirágzások közül a legapróbbak a bőr szine fölé kevéssé kiemelkedő, vékonyfalú, zavaros tartalmú hólyagcsákból állanak. A nagyobbak a bőr szine fölé kiemelkedő, fénylő ránczos hólyagok, a melyek tartalma felszívódott s a melyeknek fala az alapra újolag rátapadt. A jobb váll, a bal emlő, a gyomortájon, az alhason összefolytak a hólyagok oly módon, hogy krajczárnyi, egész gyermektenyérnyi felület van általuk elborítva. Ilyen nagyobb felület középütt vaskosabb pörkháttal van fedve, szélről pedig, a mint ez különösen az alhas oldalsó részén látható, gombostűfejnyi, egész borsónyi apró hólyagcsák köralakban veszik körül a középső pörkös beszáradt részt. A végtagokon, majdnem kizárólag a hajlító oldalon, a hónaljakban, az alsó végtagokra lefelé a térdig, kevésbbé már az alszáron, szintén főleg a hajlító oldalon vannak a kivirágzások, itt-ott csoportba verődve, részben az imént említett jellegzetes alakban, részben magánosan elhintve. A háton, különösen a tarkótájon, a derékon és a segpofákon jelentékeny számmal vannak jelen a kivirágzások. A hajzatos fejbőrön még itt-ott kivirágzás nyoma található; beteg előadása szerint több volt a hajzatos fejbőrön. A külső halljáratban szintén volt beteg előadása szerint efflorescentia jelen. Tenyerek, talpak, kézhát s a lábhátak mentesek. A nyelv bal szélén, azt majdnem egészen elfoglalóan hámhiány látszik, a melynek karélyos széle világosan mutatja, hogy lekopott hólyagokból eredt.

Ama súlyos megbetegedést, melyet impetigo herpetiformis név alatt ismerünk, Hebra irta le 1872-ben. Már az ő esetei között is a nagyobb szám halálosan végződött s a közlései óta az irodalomban található eseteknek több mint 70%-a volt végzetes kimenetű. A megbetegedés majdnem kizárólag terhesség avagy gyermekágy alatt lép fel, hosszas tartamú, hónapokon át elhúzódik, kisebb-nagyobb remissiókat, sőt intermissiókat is mutathat. Jelen esetünkben feltünő, hogy az általános tünetek, melyek az imp. herp.-nál általános rosszullétben, rázó hidegekben, lázban, fejfájásban jelentkeznek, s mely tünetek különösen minden újabb eruptiót rövidebb-hosszabb idővel megelőznek, majdnem teljesen hiányzanak. A nem túlságos fokú viszketést és gyengeségérzést leszámítva, a betegnek nincs panaszra oka. Azonban tudjuk, egy még Schwimmer osztályán észlelt esetünkből, hogy néha nemcsak hónapokig, de esetleg esztendőkig is elhúzódhatik a baj, eme mondott súlyos tünetek nélkül, ámde ha azok egyszer beállottak, tartósan megmaradnak a halálig. A prognosis tehát ebből a szempontból igen súlyos volna s esetünkben abban reménykedhetünk első sorban, hogy ha a lázak a terhesség végeig elő nem állanak, úgy valószinűleg a szüléssel vagy a gyermekágy után a bőrbaj meg fog szünni.

De eme reménység értékét leszállítja az a tapasztalás, hogy még az esetben is, hogyha terhesség vagy gyermekágy végével a baj megszünt, több példa szerint a legközelebbi vagy a későbbi graviditások egyikében újra előállott és súlyos lefolyást vett. Az orvoslás csak symptomatikus.

Dermatitis herpetiformis.

Deutsch Arthur: A 40 éves nőbetegnél nyolcz év előtt jelentkezett az első eruptio, azóta évenkint rohamokban ismétlődik, részint a graviditas alatt vagy közvetlenül utána, máskor azzal össze nem függően. A bántalom tünetileg megegyezik azzal, a mit Duhring mint dermatitis herpetiformist irt le először, valamint megfelel ennélfogva a Brock által dermatite polymorphe douloureuse subaigue recidivante névvel megjelölt kórfolyamatnak. Esetünkben a *Brock* által megjelölt négy főjellemvonást megtaláljuk: 1. polymorphiát a kütegben: erythemák, papulák, pustulák, vesiculák stb.; 2. a fájdalmasságot, viszketést; 3. a hosszú tartamot; 4. a közérzet meg nem támadottságát.

Érdekes esetünknél, hogy az egyik roham graviditas alatt jelentkezett, a mi a francziák által herpes gestationis, *Brock* szerint dermatite polymorphe douloureuse recidivante de la grossessenek nevezett bántalommal való rokonságot látszik igazolni.

A dermatitis herpetiformis nálunk ritkán lép fel, a klinikán az utóbbi években összesen öt esetet észleltek, egy esetben férfinál.

Közkórházi orvostársulat.

(VII. bemutató szakülés 1898. április 20-dikán.)

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

(Folytatás.)

Interstitialis, üszkös lágyulású fibromyoma uteri. Totalexstirpatio.

Herczel Manó: B. Jánosné, 52 éves napszámosnő. Négyszer szült. 4 év óta hasában mozgatható daganatot vesz észre, mely lassan ugyan, de fokozatosan nőtt. Menstruatiója, mely eddig csak 2—3 napig tartott, igen bő lett, 7 napig is tartott; utolsó 5 hó óta 5—7 napi szünetektől eltekintve, majdnem állandóan vérzik, annyira elgyengült, hogy járni nem tud.

Felvételkor: A nagy fokban anaemikus, rendkivül elgyengült nő hasa erősen előredomborodik. A hasüregben egy emberfejnél valamivel kisebb, körtealakú, sima felületű, tömött, könnyen mozgatható daganatot lehet tapintani, melynek felső határa a köldököt 2 ujjal meghaladja és lefelé a kis medencze ürege felé folytatódik. Vaginalis vizsgálat: méhnyak elongált, felfelé kiszélesedve megy át a tumorba, melynek mozgásait praecise követi. *Diagnosis: fibromyoma uteri.*

Az állandó vérzések folytán igen anaemikus betegnél *a műtét* indikálva levén, azt Herczel 1898. márczius 15-dikén végezte.

A hasfalakat a középvonalban a köldöktől a symphisisig felmetszvén, a daganatot kigörditette. A ligamentum latumot mindkét oldalon csipőkkel lefogván és átszelvén, az arteria uterinákat alákötötte és a tumort mindkét ovariummal egyetemben kiirtotta. A portio vaginalis csonkját Chrobak szerint látta el, azon megtoldással, hogy a kiégetett csatornán át mindkét oldalt a parametriumokba vékony sterilizált gazecsikot vezetett. Ezen csikok az esetlegesen képződő sebváladékot biztosan levezetik, s igy az akadálytalan gyógyulást biztosítják; műtét után 4—6-od napon a vaginán át eltávolíthatók.

A lefolyás, daczára az asszony excessiv vérszegénységének, kedvező és állandóan láztalan volt. A seb alsó zúgában kis mogyorónyi hasfal-tályog keletkezett ugyan, de ez csakhamar kiürült s meggyógyult.

A hatalmas daganat Genersich tanár vizsgálata szerint egy a méh falában ülő, helyenként necrotikusan ellágyult fibromyomának bizonyult.

A méhfibromyoma radicalis kiirtásánál a Chrobak-féle eljárás előnyei szembeszökők. Herczel e módszerrel utóbbi időben közvetlen egymásután 11 esetben ért el akadálytalan gyógyulást.

Megrepedt colloid cysta complicálva dermoid petefészektömlővel.

Herczel Manó: M. Ferenczné, 35 éves, molnár neje. Négyszer szült. 5 hónap óta veszi észre, hogy hasa rohamosan nő, 1 hónap óta kínos légszomj gyötri, úgy hogy járni sem tud, miért is Korányi tanár klinikájára vétette fel magát, honnét osztályunkra utasították. *Felvételkor* a lesoványodott, halvány bőrszinű beteg hasa hatalmasan előmborodik, feszes, bőre fénylő, legnagyobb kerülete 104 cm. A hasüregben egy 3 emberfejnyi gömbölyded, rugalmas tapintatú, minden irányban egyformán hullámzó, alig mozgatható terimenagyobbodást lehet homályosan tapintani. A daganat legmagasabb pontja 6 cm.-nyire van a bordaív alatt, meglehetősen symmetrice tölti ki a hasüreget, oldalszélei a Poupart-szálagok közepéig követhetők. A kopogtatási hang ezen határoknak megfelelőleg tompa, a lumbalis tájékokon tompult dobos, a vastagbél felfúvásakor azonban élesen dobos, oldalt fektetésnél a tompulat határa az illető oldal felé kiszélesedik, a mi részben szabad folyadékgyülem mellett szól. Per vaginam: méhtest anteflectált, könnyen mozgatható, a daganat alsó határa ujjal el nem érhető. Beteg láztalan. *Valószinűségi diagnosisunk: petefészektömlő, szabad hasvízkórral.* Az 1898. márczius hó 3-dikán végzett műtétnél, a hasfalaknak a köldöktől a symphisisig terjedő metszéssel való megnyitása után igen érdekes leletre akadtunk: a hasüregben szabadon a belek között körülbelül 12 kg.-nyi sárgás kocsonyaszerű colloid-anyag, melynek eltávolítása majdnem 1 órai időt vett igénybe. A visceralis, de főleg a parietalis hashártya élénken belövelt, a belek helyenként rostonyás izzadmány által lazán összetapadtak.

A kis medenczéből egy hatalmas dudorokból álló igen vékonyfalú, vastag nyelen ülő tömlő emelkedik ki, mely elől-alul meg van repedve. A tömlőnek megrepedése és tartalmának a hasüregbe ömlése okozta a nagy diagnostikai nehézségeket. Az 5 kilós tömlő, mely Genersich tanár úr vizsgálata szerint egyik nagy rekeszében vajsárga, kocsikenőcsszerű, szőrökkel kevert anyagot tartalmazott, kiirtatván, kocsonyának typikus ellátása után hasfalvarrat.

A lefolyás igen kedvező volt. A műtét után 4 órával a hőmérsék 38·3°-ra emelkedett ugyan, de még aznap leszállt, és a beteg ezentúl mindig láztalan volt, egyszer sem hányt. Első szék műtét utáni harmadik napon, hetedik napon varratok eltávolíttatnak, tizenhatodik napon az ágyat elhagyta.

19 kg.-os többrekeszű cysta 71 éves betegnél.

Herczel Manó: J. Róza, 71 éves, 4 év óta veszi észre hasának fokozatos nagyobbodását, az utolsó évben azonban hasa rohamosan növekedett, gyakori szívdobogásban és kinzó nehézlégzésben szenvedett, miért is osztályunkon keresett segítséget. *Felvételkor* az elég jól táplált nőbeteg hasa, melynek kerülete a köldök magasságában 110 cm., gömbszerűen előmborodik, a has bőre nagyfokban feszült, fényes. A hasnak ezen óriási megnagyobbodását egy gömbölyded, élénken hullámzó, majdnem az egész hasüreget kitöltő daganat okozza, mely felfelé a bordaívekig ér, és melynek jobboldali része tömöttebbnek látszik és kevésbbé hullámzik. A kopogtatási hang a hason, kivéve 4 ujjnyi széles területen a kardnyujtvány alatt és tenyérnyi területeken mindkét ágyéktájon, mindenütt tompa, oldalt fektetésnél ezen viszonyok észrevehetőleg nem változnak. Per vaginam: méhtest bal- és hátrafelé süllyedt, ezen helyzetből könnyen kimozdítható, hátulsó boltozat daganat által ledomborított.

Diagnosis: jóindulatú többrekeszű ovarium-cysta ascites nélkül. Az 1898. márczius hó 26-dikán végzett műtét diagnosisunk helyességét igazolta, egy rendkivül nagy, teljesen szabad tömlőt talál, tunk, melyből 18½ liter barnás, nyúlós folyadékot bocsátván ki, kitünt hogy annak jobb alsó segmentumához egy másik gyermekfejnyi, tiszta nyúlós folyadékot tartalmazó cysta van széles alappal odanőve. A jobboldali ovarialis cysta 10 cm. széles kocsánya 6 erős körülöltéssel lett alákötve, a csonk typikus ellátása után a 18 cm. hosszú hasfalseb egy etageban összevarratott. *A lefolyás* teljesen láztalan volt, hetedik napon varratok kivétele, prima intentio, tizennyolczadik napon beteg felkel.

A Quincke-punctio diagnostikus értékéről, néhány gyógyult cerebrospinalis meningitis kapcsán.

Koffler Adolf: Előadónak az utóbbi időben alkalma volt nehány mening. cerebrospin. epidemica esetet észlelni, melyeknél a tünetek oly kevéssé voltak kifejezve, hogy a diagnosist alig lehetett volna megállapitani, ha a végzett Quincke-punctio eredménye a diagnosisra nézve biztosságot nem szerez.

Az esetek bacteriologikus vizsgálatát *Minich* dr. végezte; 7 vizsgált eset közül 5 esetben a meningococcus *Jäger-Weichselbaum* volt kitenyészthető.

A Quincke-punctiót más eseteknél is, összesen vagy harminczszor végezték az osztályon, s az mindig döntő volt a diagnosisra nézve. Részletesebben tárgyal egy esetet, mely az észlelők előtt betegedett meg járványos agyhártyagyuladásban, miután előzetesen luese miatt 5 higanytourt végzett, a mi előadó szerint egyrészt azt bizonyítja, hogy a higany jótékony hatása a szóban forgó bántalomnál nem alapszik azon, hogy a higany a betegség fertőző virusát gyengíti, másrészt bizonyítja a bántalomnak eminens fertőző voltát. A Quincke-punctio technikájára, valamint diagnostikai jelentőségére vonatkozó tapasztalatai megegyeznek mások tapasztalataival.

Minich Károly: A cerebrospinalis meningitis azon eseteiben, a melyekről *Koffler* beszámolt, a vizsgálatot akként végezte, hogy a Quincke-punctióval nyert folyadékot steril bouillonnal keverte össze s culturalis úton vizsgálta meg; 24 illetőleg egyes esetekben 48 óra mulva a thermostatban tartott eprouvetták bouillonja bacteriumok jelenléte esetében diffuse megzavart, s az igy felszaporodott mikroorganismusok vétettek górcsői vizsgálat alá.

Régóta ismeretes, hogy mening. cerebrospin. izzadmányban coccusok vannak, a melyeket régebben azonosnak tartottak a diplococcus lanceolatussal, a pneumonia crouposa okozójával. Ezen eddigi felvételt döntötte meg Jäger, a ki 1895-ben közzétett dolgozatában a mening. cerebrospin. epidemica okozója gyanánt egy sajátlagos diplococcust jelölt meg, a mely sok tekintetben különbözik a *Fränkl-Weichselbaum*, helyesebben a Pasteur-féle diplococcustól.

Nevezetesen a sejteken, sőt a sejtmagvakon belül való elhelyezkedése egyik feltünő tulajdonsága; culturalis vizsgálatnál: mesterséges táptalajon sokkal könnyebben tenyészthető, mint a Pasteur-féle; továbbá ezen *Jäger* által leirt, lelapított, vágott zsemlyéhez hasonló coccus mesterséges culturában tetrad alakokat, lánczokat alkot és ezen lánczokban az egyes diplococcusok harántul rendeződnek el olyformán, hogy az egyes diplococcusokat szétválasztó vonal a láncz hossztengelyét képezi. Különbözik a Pasteur-féle diplococcus lanceolatustól abban is, hogy a meningococcus állatoknál subcutan injiciálva vagy egyáltalán nem pathogen vagy csak localis elváltozásokat hoz létre, míg a Pasteur-féle lanceolatus 24 óra alatt tengeri malaczot biztosan megöl.

Míg továbbá a pneumonia okozója csak folytonos állatkisérletek közbeiktatásával oltható tovább mesterséges táptalajainkon, addig a Jäger-féle egy-két hónapig igen könnyen tovább oltható.

Jäger-nek ezen vizsgálati eredményeit minden tekintetben megerősítik a Budapesten észlelt meningitis cerebrospinalis esetek is. Szóló már 1896. folyamán beszámolt a budapesti kir. orvosegyesületben az eddig észlelt mening. cerebrospin. esetek bacteriologikus vizsgálatairól, s már akkor is azon eredménynyel, hogy az elsődleges mening. cerebrospin. esetekben a Jäger-féle diplococcus mindig ki volt mutatható, és hogy ezenkivül egyes esetekben staphylococcus aureus és citreus culturái is megeredtek a beoltott agaron; *Preisz* 1897-ben számolt be észlelt eseteiről. Ő szintén a Jäger féle diplococcus mellett foglalt állást.

Azóta a szt. István kórházban bonczolt meningitis-esetek s a szt. János-kórházban eszközölt Quincke-punctio folyadék bacteriologikus vizsgálatai is megerősítik *Jäger* felvételét, mely szerint a meningitis cerebrospin. epidemica eseteiben az aetiologikus tényező a *Jäger* által leirt meningococcus intracellularisban keresendő s mindazon esetekben, hol csak másféle mikroorganismus találtatik, a meningealis folyamat minden valószinűség szerint másodlagos természetű.

Bókai János: A Quincke-punctióval szóló is foglalkozik, részint diagnostikus, részint therapeutikus czélból. 15 esetben alkalmazta, ezek közül volt meningitis tbc. 5, mening. cerebrospin. 1, hydrocephalus acut. 1, hydrocephalus congenit. 4, tumor cerebri 5, panophthalmitis 1, tuberculosis pulmonum 1 eset.

A mi a technikát illeti, a punctiót a leírások után végezte; az első nehezen ment, de azután hamar belejött s azt hiszi, hogy ha szigorúan a leíráshoz tartjuk magunkat, a gerinczcsatornába könnyen bejutunk és a punctio könnyű; különösen fontosnak tartja szóló, hogy a beteg gerinczoszlopa ad maximum görbíttessék, mert csak így tehetjük lehetőleg szabaddá az interarcualis térséget s így a tű — középvonal felé irányítva — könnyen bejut a gerinczcsatornába; eleinte szóló a közönséges troicart használta, később a Lautenschläger-félét, a melylyel könnyebb dolgozni.

A mi a folyadék mennyiségét illeti, az különböző volt, a legtöbb esetben csak 1—2—3 cm³, máskor 10—20 cm³, sőt egy hydrocephalus congenit. esetében 90 cm³ folyadékot üritett ki, a nélkül, hogy a betegnél a punctiót bármilyen reactio követte volna.

Kellemetlen tünetet szóló csak egy esetben látott, de ez sem birt jelentőséggel: egy kis 2 hónapos hydrocephalus congenit. esetben a beszúrás alatt ecclamptikus rohamot kapott a gyermek, de ez pár pillanat alatt elmult.

A mi a szóló vizsgálati eredményeit illeti, megemliti, hogy mening. cerebrospin. esetében ő is megtalálta a diplococcust, meningitis tuberculosa esetei közül csak egyben találták meg a Koch-bacillust. Sajnálja szóló, hogy állatkisérleteket nem végeztek, jövőre diagnostikus szempontból ily esetekben nagyobb súlyt helyez az oltási kisérletekre, mint a górcsői vizsgálatra.

Kérdés, hogy érdemes-e egyáltalán a lumbalpunctióval foglalkozni; fontosnak tartja, hogy általában hangsúlyozzák, hogy eltekintve nehány szerencsétlen esettől, kellő cautelák mellett ártalmatlan az eljárás.

A másik kérdés, hogy diagnostikus szempontból értékesíthető-e s therapeutikus szempontból van e valami haszna?

A mi diagnostikus értékét illeti, erre *Koffler* előadása után szóló nem terjeszkedik ki, mert előadó eléggé kifejtette, hogy mening. cerebrospin. epid. kétes esteiben útbaigazitást nyujthat, azonban szóló részéről óhajtja, hogy a nyert folyadéknak ne csak bacteriologikus, hanem chemiai és physikai tulajdonságait is szem előtt tartsuk. Csak röviden emliti szóló, hogy *Wentworth* (Transactions of the american pediatric society, eigth session 1896) 29 pontosan észlelt eset alapján bizonyítani kivánja: 1. hogy a lumbalpunctio veszélytelen eljárás, 2. hogy a normal liquor cerebrospinalis zavarodástól ment, 3. hogy a zavarodás liquor cerebrospinalisban pathognomikus meningitisre. *Wentworth* észleleteit a következőkben foglalja össze: 1. A normalis liquor cerebrospin. nem zavaros, sejtektől és fibrin-alvadékoktól ment. 2. Meningitisnél a liquor cerebrospin. zavaros, mely zavarodás arányos a folyamat súlyosságával. 3. A zavarodás, mely néha minimalis, sejtek által okoztatik; állás közben a folyadékban kisebb vagy nagyobb mértékben képződik fibrin. 4. A meningitisek különböző fajai közt a differentialis diagnosis górcsői bacteriologikus és oltási úton történhetik; utóbbi módszer a legbiztosabb a meningitis tbc. constatálására. 5. Meningitisnél a liquor cerebrospin. fehérnyetartalma magasabb, mint rendes viszonyok között.

A további kérdés, hogy a lumbalpunctiónak lehet-e vagy van-e therapeutikus értéke? Az eddigi közlemények azt mutatják, hogy csakis diagnostikus értéke van, de egyes esetekben pl. meningitis cerebrospinalisnál a lumbalpunctio jó hatással járó therapeutikus beavatkozásnak tekinthető.

Szóló nemcsak diagnostikus czélból végzi, hanem directe pungál, mert azt hiszi, hogy vele a meningitis kezelésénél a rationalis therapeutikus eljárásokhoz végre eljutunk. Hogy erre vannak kilátásaink, bizonyítják az irodalomban erre vonatkozó közlemények; igy felemliti szóló, hogy *Caillé* New-Yorkban, ki ezen kérdéssel behatóan foglalkozik, mening. basilaris tuberculosa két esetében a Quincke-punctióval különböző összetételü folyadékokat fecskendezett a dura-zsákba. Az egyik esetben — nem tudja szóló mi czélzattal — 5 cm³ natrium salicylicumot, a másik esetben 5 cm³ steril vízben suspendált jodoformot fecskendezett be, s a beteg jól tűrte a befecskendést, a beavatkozás reactio-tüneteket nem idézett elő; a betegek később elhaltak.

Sokkal érdekesebb egy orosz eset, melyet *Szokoloff* közöl a szt.-pétervári Elisabeth-gyermekkórházból.

A 4 éves fiúbetegnél mening. cerebrospin. miatt lumbalpunctiót végeztek (a liquor cerebrospin. kifejezetten genyes), a fiút nem rögzitették eléggé, a beszúrás alatt megmozdult, s a tű a mélybe beletört; *Andrée*, a kórház sebésze erre operálta a fiút: mélyen bemetszett, resecálta a proc. spinosusokat, s eljutván a dura-zsákig, azt felhasította, mire a gerinczcsatornából bő genyes liquor ürült ki, a tű nem került elő; a beteg sebészi kezelés alá került s a sebet drainirozták. Jelentékeny javulás után a beteg 2 hónap mulva elhalt; a boncolásnál vastagodások voltak a pián és arachnoideán. Továbbá összenövések az agyacs és medulla oblong. között s a halál oka hydrocephalus intern. volt, mely a foramen Magendie és a IV. gyomrocs oldalsó nyilásai elzáródása folytán jött létre.

(Folytatása következik.)

Máramarosvármegyei orvosgyógyszerész-egyesület.

(Évi rendes közgyülés 1898. február 27-dikén.)

1. **Ábrahám Béla** dr. egyesületi alelnök nagy tetszéssel fogadott elnöki megnyitójában azon kérdéssel foglalkozott, hogy a közegészségügy, továbbá rendünk tagjainak anyagi, erkölcsi helyzete miért nem haladt. „Szomorú jelenség“ úgymond, „melynél elszomorítóbb csak az, hogy ennek oka nagyrészben önönmagunkban keresendő. Hiányzott és hiányzik bennünk a közösügy iránti érdeklődés, az összetartozandóság érzetének kifejtése; közönynyel találkoztunk mindenütt, nem tudtuk és nem tudjuk megérteni, hogy erőink szétforgácsolása végeredményében is rendünk anyagi és erkölcsi tekintélyének hanyatlására, sülyedésére vezetend.“ A továbbiakban az egyesület elmult évi működéséről emlékszik meg röviden és munkásságra buzdítja a tagokat: „Munka a mi létezésünk főtörvénye, s mert önönmagunkra vagyunk utalva és rendünk erkölcsi, anyagi tekintélyének emelését csak önmunkásságunk útján remélhetjük — ebben igyekezzünk magunkat kitüntetni, egymást felülmulni, hogy minden egyes nyugodtan mondhassa el magáról: Absolve animam meam, megtettem kötelességemet.“

Végül kegyeletes szavakkal emlékezett meg Kutka Kálmán megyei alispán elhunytáról.

2. **Lengyel Soma** dr. egyesületi titkár évi jelentése szerint az egyesület az elmult évben 7 választmányi, 1 rendes évzáró és 3 rendkivüli közgyülést tartott. Szakülés volt 2, melyen 4 előadó tartott előadást, igy a többi közt *Bukovszky Endre* dr. a roncsoló toroklobról, *Munkácsy Pál* pedig a bélsebészet modern átalakulásáról. Az ez évi tevékenység főrészét a felmerült orvos-társadalmi kérdések tanulmányozása és megvitatása képezte (orvosi kamarák tervezete, a betegsegélyző pénztárakkal szemben való harcz, a mikről annak idején e lapok hasábjain már megemlékeztünk). Az egyesület augusztus hó 8-dikán *Kádár László* meghivására Rahó községben megtartotta első vándorgyülését. Ez alkalommal *Heller Jakab* dr. a képzelt betegségekről tartott népszerű előadást, *Kádár László* dr. pedig Rahó egészségügyi viszonyait és ásványvizét ismertette. Augusztus 5-dikén az egyesület a Pável-féle sósfürdő igazgatóságának meghivására e fürdőhelyre társas kirándulást rendezett, a mikor is meggyőződést szerzett arról, hogy e fürdő menynyivel jobb sorsra volna érdemes. A tagok száma az elmult évben 49 volt, tehát ugyanannyi, mint az előző évben.

3. A közgyülés folyamán lett bemutatva az „Országos orvosszövetség“ átirata, melyben fiókszövetség alakitása iránt intéz felhivást az egyesülethez. A közgyülés a választmány azon javaslatát fogadta el, mely szerint a fiókszövetség megalakitásával szemben egyelőre még várakozó álláspontot foglal el.

A német balneologiai congressus tárgyalásai.

Bécs, 1898. márczius.

(Folytatás.)

III.

3. **Benedikt tanár a balneotherapia terén való helyes következtésekről és illetőleg azoknak rendszeréről** tart előadást. Igaz, úgymond, hogy egy s ugyanazon baj ellen gyakran a legkülönfélébb fürdőgyógyászati eljárások ajánltatnak. Ennek oka azonban csak az, hogy ily esetekben magára a baj lényegére nézve is eltérők a nézetek. Itt tudományos magyarázat hiján az eddigi tapasztalatok a mérvadók épúgy, mint a carlsbadi, gräfenbergi, lindewiesei monumentalis kúrák is már akkor megállapittattak, mikor még az anyagcserére vonatkozó tanok nagyon is fogyatékosak voltak, bizonyitékául annak, hogy gondos megfigyelés által tapasztalati törvények állapithatók meg, mielőtt az elmélet a megfigyelések s a következtetések közötti összefüggést kimutatni képes volna. Ép igy van ez a vegyalkatuk tekintetében különböző ásványvizekre és azoknak eltérő hatására nézve.

Benedikt tévesnek tartja azt a régismert nézetet, hogy a fürdőkúrák kedvező hatása utólag jut érvényre. Ily felfogás sok esetben káros is lehet s azért elvünk csak az legyen, hogy egy gyógyeljárás tartama alatt sem szabad a betegségnek s a betegség tüneteinek rosszabbodni.

Végül kivánatosnak tartotta *Benedikt* tanár, hogy a fürdőorvosok necsak a jó eredményeket, hanem a sikertelen fürdőkezelési eseteket is feldolgozzák, mert ezek gyakran igen fontos tanulságokat rejtenek magukban.

4. **Weltendorfer** (Baden) **a gyógyhelyeken észlelhető visszás állapotokról beszél** s a többi között kifogásolja azt, hogy a fürdők orvosi rendelés nélkül használhatók.

Liebreich tanár megjegyzi, hogy a német balneologiai congressus a balneologia tudományos művelését tűzte feladatául s azért nem kivánatos, hogy azon társadalmi kérdések kerüljenek tárgyalásra. Ezután:

5. **Liebreich** tanár két **formalinnal való fertőtlenitéshez** használható lámpát mutat be.

Ezen eljárás előadó vizsgálatai és tapasztalatai szerint teljesen alkalmas arra, hogy az eddig szokásos s nehezen kivihető módszereket pótolja, sőt kiszoritsa s miután egyúttal igen olcsó, különösen fürdőhelyek és gyógyintézetek számára ajánlható.

6. Végül **Liebreich** egy általa szerkesztett **ásványvizes palaczkot** mutat be, a mely nézete szerint különösen a vastartalmú vizek töltésére és szállitására volna előnyösen használható. E palaczk feneke ugyanis vékony s a vízzel szemben egészen közömbös nickelfenékkel van ellátva, mely dugaszolásnál a nyomásnak könnyen enged s igy lehetővé teszi, hogy a palaczkokban eddig mindig fenmaradt légűrt elkerülhessük. Miután éppen ez a légűr volt oka mindig a vizek elváltozásának, e palaczkok első sorban a vegyelemzés czéljából szállitott vizek számára lesznek ajánlhatók.

(Folytatása következik.)

Negyvenkettedik évfolyam. 21. szám. *Budapest, 1898. május 22.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIR. MAGYAR TUD. EGY
II. SEBÉSZETI KLINI

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HŐGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Tauszk Ferencz: Közlemény Korányi Frigyes ny. r. egyetemi tanár I. belklinikájáról. A hypertrophiás és atrophiás májlob viszonya egymáshoz. 246. l.

Jutassy József: Hypertrichosis gyógyítása Röntgen-fénynyel. 247. l.

Weisz Ede: Néhány szó az ischiasról. 249. l.

Bosányi Béla: Fürdőorvosi tapasztalatok. 250. l.

Tárcza. *R.*: Az orvostanhallgatók számának csökkenése és annak oka. 251. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Dr. F. Moritz*: Grundzüge der Krankenernährung. — *Lapszemle. Bannatyne*: Arthritis deformans gyógyítása. — *Louvel-Dulonprè*: Szemölcsök eltávolítása. — *Elden*: Alszárfekélyek gyógyítása.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — A budapesti orvosok szövetsége. — Kinevezés. — A trencsén-tepliczi megyei sanatorium. — Megjelent füzetek. — Torda-Aranyos vármegye nyilvános közkórházának kimutatása. — Fürdőorvosok. — A VI. nemzetközi bőrgyógyászati congressus. — Iskolaorvosok — Orvosi ügyek a porosz képviselőházban. — Rajeczfürdő. — Szt. Lukács-fürdő. Herczel dr. Baumgarten Samu dr. 253. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Melléklet: Alsó-Tátrafüred gyógyfürdő ismertetése.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény Korányi Frigyes ny. r. egyetemi tanár I. belkórodájáról.

A hypertrophiás és atrophiás májlob viszonya egymáshoz.[1]

Tauszk Ferencz dr. első tanársegéd és egyetemi m. tanártól.

A Berlinben 7 év előtt tartott nemzetközi congressuson *Rosenstein* a hypertrophiás májlobról értekezett. A nagy tárgynak csupán egy pontjára terjeszkedett, midőn azon kérdés tisztázását tűzte maga elé, vajjon az icterussal kapcsolatos májnagyobbodás, mely idült lefolyású, melynél bonczolatoknál az epelefolyás akadályozása a nagyobb epevezetékekben ki nem mutatható, melynél a nagyobbodás okát kötőszöveti túltengés képezi, egy önálló megbetegedés-e vagy csak a máj kisebbedéssel járó hepatitis interstit. atrophicának első stadiumát képezi? Fejtegetései — melyeknek egyes fontosabb pontjaira még visszatérek — érdekesek és elfogulatlanok. Végeredményképen állítja, hogy a hypertrophiás és atrophiás májlob két külön megbetegedés és hogy utóbbi sohasem fejlődik előbbiből.

Élénken emlékezetemben van, midőn *Rosenstein* a meggyőződés hangján előadott fejtegetései közben kérdést intézett a congressus egybegyült tagjaihoz, hogy ki látta kórházban vagy magángyakorlatban — bár évek hosszú sora alatt is — a hypertrophiás májlob ezen átalakulását atrophiás lobbá? Élénken emlékezetemben van várakozó magatartása, midőn kérte, hogy az, a ki ilyen átalakulást valaha észlelt, lépjen elő, mert egyetlen egy eset is tisztázná a sok vitatkozásra okot adó kérdést. De felszólítását siri csend követte. Ott, hol tudományunk nagyjai egybegyülve voltak, kiknek neveihez tapasztalat, klinikai mult, éles megfigyelő képesség fűződik, nem találkozott senki, a ki a felvetett kérdésre igenlő választ adott volna.

És nem kell csodálkoznunk ilyen körülmények között, ha én, ki ezen jelenetnek szemtanuja voltam — mint különben nálamnál kevésbbé impressionista is tett volna — azon meggyőződéssel hagytam el a congressust, hogy a nagy májból sohasem lesz kicsiny és hogy tankönyveink — melyek lépten-nyomon hirdetik ezen átalakulást — egy semmivel sem indokolt orvosi tévedés terjesztői.

[1] Előadatott a budapesti kir. orvosegyesület 1898. január 28-dikán tartott ülésén.

Ha a májlobra vonatkozó történeti adatokat veszszük szemügyre, úgy látjuk, hogy a hypertrophiás és atrophiás májlobok különválásának kimondása az újabb buvárkodás eredménye. Nem szenved ugyan kétséget, hogy a májlobok egyes módozatait vagy helyesebben mondva féleségeit a legrégibb orvosok is ismerték, de még *Laennec* is, kitől a szemcsézett máj találó kórbonczlani képe származik, *Bright*, ki e betegség klinikai képét oly tisztázottnak tüntette fel, *Hallmann*, ki a szövettani vizsgálatokat teljesitők közül e téren úttörőnek mondható, csupán májatrophiában nyilvánuló májlobot ismertek. Csak e század közepe táján találjuk az első positiv feljegyzéseket és pedig *Requin*-től, hogy vannak májcirrhosis esetek, melyeknél ellentétben az általánosságban észlelt kórképtől, a máj lobos folyamata nem annak kisebbedéséhez, hanem nagyobbodásához vezet és a mire talán a figyelmet újból felhivni nem felesleges, már ezen szerző is ezen nagyobbodást állandónak találta. Utána *Todd* hivta fel az orvosi közönség figyelmét újból arra, hogy a máj megnagyobbodása állandóan fennállhat egészen a betegség halálos kimeneteléig. *Cohn* ezen hypertrophiás májlobra az icterus jelenlétét jellegzőnek mondotta és a lobfolyamat kiindulási pontját a tágult epeutakban kereste. Az ily módon megkezdődött elkülönítését a kétféle májlobnak *Olivier*, *Hayem* és főleg *Hanot* vizsgálatai folytatták, kik megkülönböztetik a májcirrhosis olyan eseteit, melyek a máj véredényeiből, és olyan eseteit, melyek az epecsatornácskákból indulnak ki.

Nálunk a hypertrophiás májlobot, mint külön kóralakot ismertették *Korányi* és *Kétly* tanárok, utóbbi a bántalom egy typikus esetét néhány év előtt az orvosegyletben bemutatta. A kérdések tisztázásához nálunk még hozzájárultak *Müller Kálmán, Lenhossék Mihály, Hochhalt, Déri, Purjesz.*

Ma nem szenved kétséget, hogy találkozunk úgy kórbonczlanilag, mint klinikailag a májlob egy sorvadásos és túltengéses alakjával és hogy a kifejezett eseteket véve szemügyre, a kettő megkülönböztetése semmiféle nehézségekkel nem jár.

Az elkülönítési felfogás megerősítést nyer, ha a két bántalom fejlődési és kórbonczlani mozzanatait külön-külön veszszük szemügyre.

A ma uralkodó felfogás szerint a hepatitis interstitialis diffusa chronica vagy másképen a cirrhosis hepatis lényege a máj, főleg véredények mentén, kötőszövetének elsőleges túltengés utáni zsugorában nyilvánul, karöltve a máj parenchymájának tönkremenetével. Fontosnak tekintik, hogy a kötőszöveti zsugor a vena portae kicsiny interlobularis ágainak átjárhatlanságát eredményezi és a zsugorodó kötőszövet kiterjedésétől függ, hogy a máj atrophiája szemcsés vagy sima

atrophiát eredményez-e, a mi az által van feltételezve, hogy a túltengő kötőszövet nagyobb májszigetecskéket zár-e körül vagy egyszersmind ezen májszigetecskék belsejébe is hatol-e? Az epevezetékek nagyobbára épek — kivált a lebeny közt elhelyezettek — sőt az epecsatornácskák újdonképzése is bebizonyított ténynek tekinthető. A makroskopikus képet a végső stadiumban csak igy akarjuk jellegezni: májkisebbedés.

A hepatitis interstitialis hypertrophica vagy cirrhosis hepatis hypertrophica lényegét a máj kis epevezetékeinek megbetegedésében keresik, illetőleg az azokat környező kötőszövet túltengésében. Ezen túltengés lehet primaer, de lehet másodlagos, ha az epeutaknak valamely okból létesült eldugaszolásához járul. A kötőszöveti túltengés — és ebben a kétféle túltengéses májlob között különbség nem mutatkozik — az epevezetékek körül látható és annak falától az interlobularis kötőszövetre terjed át. A májsejtek, ellentétben az atrophikus alaknál észlelt viszonyokkal, degenerativ hajlamot alig mutatnak. A kötőszöveti túltengéssel arányos az epecsatornácskák újdonképződése, míg a vena portae ágai bántalmazottak. *Ackermann* állítja, hogy a hypertrophiás májcirrhosis a lobos eredetű kötőszöveti újdonképződésektől egyáltalán elválasztandó és az elephantiasisszerű hypertrophiás daganatok közé sorolja. Szabadjon a makroskopikus boncztani kép lényegét ismét csak egy szóval jelölnünk: májnagyobbodás.

A kóroktani mozzanatok és klinikai kép figyelembe vétele — de ismételten utalok rá, csak a bántalom kifejezett stadiumában — mintegy igazolni látszik, hogy a májnak két külön megbetegedését képviselik, melyeknek egymáshoz köze és viszonya nincsen.

Sokkal ismertebb azon befolyás, melyet a kóroktan szempontjából az alkoholnak tulajdonitanak a cirrhosis atrophica létrejöttére, semhogy az e helyen bővebb részletezésre szorulna, bár *Kabianoff* túlzottnak mondja az alkoholnak tulajdonított befolyást és *Kahldeen* kisérletileg alkohollal májcirrhosist nem tudott létesíteni. Éppen ilyen ismert a fűszerek és egyes fertőző bántalmak szerepe. A májlob túltengéses alakjánál a viszonyok nem oly egyszerűek. Külön választandó itt a hypertrophiás májlob azon neme, mely okát tartós epepangásban találja, legyen ez epekő, a choledochust kivülről comprimáló daganat, heg, melyről mint másodlagos, biliaer májlobról emlékeztünk meg, a májlob azon túltengéses alakjától, melynél a nagyobb epevezetékek szabadok maradnak, mely a *Hanot*-féle „Cirrhose hypertrophique avec ictère chronique“ képe alatt folyik le és melyet primaer biliaris cirrhosisnak mondunk. *Ackermann* és *Rosenstein* a kóroktanban itt az alkoholnak minden szerepét levitatják. *Hanot* és *Charcot* a kötőszöveti túltengést az epevezetékek idült lobjától származtatják a nélkül, hogy annak eredete felől nyilatkoznának, de az alkoholnak ők sem tulajdonitanak szerepet. *Senator* fertőző eredetűnek mondja, mely nézethez közel áll *Goluchoff*, ki szerint a bacteriumok a vérből vagy bélből vándorolnak az epevezetékekbe. *Heineke* támaszkodva saját tapasztalataira, valamint *Neuhäuser* statistikai összeállitására, határozottan állitja, hogy az alkohol nem lehet a biliaris cirrhosis direct okozója: „egy negativ eredmény“, a mint mondja, „melylyel szemben positiv eredmény nem állitható“. Azon tényezők természete és eredete felől, melyek az idült cholangitis és pericholangitis kiindulási pontjául szolgálnak, ez idő szerint tisztán feltevésekre vagyunk utalva. *Senator* szerint a biliaris cirrhosis kezdetét jelző icterus mindenben megfelel a hurutos sárgaságnak és nyilván egy specifikus — talán fertőző — hatány által okoztatik, mely tovaterjedve, az epevezetékre ráterjed. Bacteriumoknak jelentőséget ugyancsak *Vincenzo* is tulajdonit a kóroktanban. *Heineke* oltási kisérletei azonban eredménytelenek maradtak. *Litten* sem hiszi, hogy az alkohollal való visszaélés szereppel birna a hepat. hypertrophica kóroktanában, de nagy szerepet tulajdonit e tekintetben az ismételten előrement icterusnak, legyen ez hurut, kő vagy más által okozott. *Bäumler* egy igen fontos momentumra hivta fel a figyelmet a berlini nemzetközi congressuson. Csaknem valamennyi boncolás alá került májhypertrophia esetében miliar tuberculosist talált. Szerinte a cirrhosis hypertrophica és gümőkór között szoros viszony áll fenn, lehetséges, hogy olyan értelemben, miszerint a cirrhosis hypertrophica a gümőkóros fertőzéshez a dispositiót szolgáltatja, egyes esetekben azonban nyilván oly módon, hogy gümőkóros fertőzés a hypertrophiás cirrhosis legfontosabb kóroktani mozzanata.

Fontos megkülönböztetést nyujt a két bántalom kórlefolyása. Az alkoholismus kifejezett tünetei képezik a bevezető momentumokat cirrhosis atrophicánál, mihez a máj kisebbedésével arányos hydrops ascites és lépnagyobbodás társulnak. Igaz, hogy egyes szerzők — igy *Korányi* tanár — kezdetben májnagyobbodást irnak le, de erre később kell még visszatérnünk. A hepatitis hypertrophica lényegét még ma is találóan *Hanot* definitiója jellemzi: „Cirrhose hypertrophique avec ictère chronique“, a mit egyrészt lépnagyobbodás egészit ki, melynek eredete felől *Stadelmann, Senator* stb. feltevései daczára biztosat nem tudunk, de melyet túlnyomóan a cirrhosis atrophicánál pangásból származottal ellentétben fertőző eredetűnek mondanak és a *Hanot* által *poussées*-nek mondott tünetcsoport, mely szabálytalan, rendszerint több havi időközökben jelentkezik s az összes tüneteknek láztól kisért periodikus rosszabbodásában nyilvánul.

És mig az atrophiás bántalomnak tartamát 2—3 évre tehetjük, most is van észlelésem alatt egy beteg, ki már 7 év óta keresi fel hepat. hypertr. kórismével kórodánkat nagyobb időközökben a nélkül, hogy jelenállapotában szembetünőbb változás volna észlelhető.

A cirrhosis atrophica aránytalanul gyakoribb megbetegedés. Kórodánkon 7—8 atrophiás jut egy hypertrophiásra és a ritkább előfordulást semmi esetre sem lehetne olyképen magyarázni, hogy hypertrophiás májlob enyhébb tünetei nem késztetik orvos felkeresésére a beteget. Tapasztalatból állithatom, hogy az icterus, mely pedig a hypertrophiás kórkép egy korai jelensége, sokkal gyakoribb indító ok erre, mint a kezdeti hydrops ascites. Ilyen számos megkülönböztető jel volna felhozható a két bántalom kórlefolyásának elkülönítésének magyarázataképen, de ha szigorúan csoportositjuk a kórtüneteket, úgy azt fogjuk látni, hogy a cirrhosis a trophicánál észlelhető tünetek nagyobb része — bizonyos másodlagos elváltozásokkal egyetemben — mind olyan, mely kóroktanilag egy közös csoportba vonható és idült alkohol-mérgezésből származottnak tekinthető; ezzel ellentétben a hepatitis hypertrophica tüneteinek egy része feltétlenül fertőző folyamatokból magyarázandó. Ebből magyarázandók többek között a periodikus hőemelkedések, az icterus daczára fennálló szapora ütérlökés, a mire különösen *Fürbringer* hivta fel a figyelmet.

(Folytatása következik.)

Hypertrichosis gyógyitása Röntgen-fénynyel.

Irta *Jutassy József* dr.

Ugyanezen czim alatt volt szerencsém az „Orvosi Hetilap“ 1897. 24. és 25. számában folytatólagosan egy kifejezett hypertrichosisnak Röntgen-fénynyel kezelt esetét közölni.

Első kisérletem óta több mint egy esztendő mult el, elérkezettnek tartom tehát az időt, hogy arról beszámoljak és ezzel kapcsolatban közzétegyem azon positiv tapasztalataimat, melyeket számos újabb esetem alapján szereznem sikerült.

F. Gizella kóresetének leirását ott hagytam el, hogy a patiens melléről, nyakáról és arczáról 1897. április havában spontan kihullott szőrök ugyanazon év junius havában sem nőttek vissza.

A kezelés eredménye jelenleg a következő:

A mellen beállott *alopecia állandó*, a mennyiben visszanövés a mai napig nem constatálható; ugyanez áll a nyakról is. Az arczon fellépett alopecia azonban csak ideiglenes volt, a mennyiben julius hóban a szőrök vissza kezdettek nőni. Ezen új szőrnövés azonban sokkal gyérebb és gyengébb a réginél.

A bőr felszine az arczon és nyakon normalis, a mellen is nagyrészt, csak a genyes lobot kiállott bőrfelület centrumában látható egy koronanagyságú fényes, sima, kissé pirosas heg.

Itt ismételnem kell a következőket:

A megvilágítás egy körülbelül 20 cm. szikratávolságú Röntgen-lámpával történt.

A kisérlet tulajdonképeni tárgyát képező mellre 10—14 cm. távolságból a Röntgen-fény magva, tehát függőleges kathodsugarak estek. A nyakra 20—30 cm. távolságból már többékevésbbé párhuzamos, s az arczra 30—40 cm. távolságból már majdnem kizárólag párhuzamos sugarak jutottak.

Azon bőrfelületen, melyre közelről estek a függőleges sugarak, 14 órai megvilágítás után genyedő lob támadt, melynek gyógyulása majdnem 3 hónapot vett igénybe, fájdalommal járt és részben heget hagyott.

Azon bőrfelületen, melyre már távolabbról s nem oly directe estek a sugarak, egy elsőfokúnak mondható dermatitis keletkezett, mely a felhám leválásában végződött és gyorsan helyreállott.

Azon bőrfelületen pedig, melyre már majdnem fél méter távolságból estek a párhuzamos sugarak, csak gyenge, mulékony hyperaemia keletkezett, mely kifejezett bőrlobbá nem fokozódott.

Tehát ezen egy esetben három stadiumban jelentkezett a Röntgen-fény által előidézett reactio; mind a háromban alopecia volt az eredmény, de ez csak azon bőrfelületeken maradt állandó, a melyek a hyperaemia stadiumán túl lobosodtak. Az ideiglenes alopecia $2^1/_2$ hónapig tartott, a mennyiben a szőrök effluviuma után ennyi időre megkezdődött azok restitutiója.

Ezen tanulságos eseten felbátorodva, 1897. juliusban tovább folytattam kisérleteimet. Elv gyanánt állitottam fel azt a törekvést, hogy a végleges siker czéljából addig világitsam meg a kezelendő bőrfelületet, a mig azon nagyobb reactio, azaz lob nem keletkezik.

A kezelés saját Röntgen-laboratoriumomban történt, mely egy 40 cm. szikratávolságú Rhumkorff-inductorral van felszerelve. Az áramot az utczai egyenáram-vezeték szolgáltatja, melynek szabályozását parallel kapcsolt lámpák és egy rheostat teszik lehetővé; a szaggatást egy külön Kohl-féle higanyos dynamomotor végzi.

Tudnivaló, hogy a radiografiához egy 20—25 cm. szikratávolságú inductor elegendő; a lámpák (vacuumcsövek) is nagyrészt ezen méret szerint készülnek és általuk úgy a fényképen mint a baryumplatincyanür-ernyőn kitünő éles csontkép nyerhető. Intensivebb fény a csontokon is áthatol, azért azok kevésbbé sötéten, tehát kevésbbé élesen látszanak.

Ámde a bőrre gyakorolt hatás — a mint később látni fogjuk — annál nagyobb és annál biztosabb, minél intensivebb a Röntgen-fény, tehát minél nagyobb szikratávolsággal dolgozik a készülék. Nagyobb inductor már azért is ajánlatos, sőt szükséges, mert a teljes szikratávolság kihasználása mellett az inductor secundaer spiralisának vékony vezetéke gyorsan átmelegszik, a szigetelés leolvad, mire szikraátütések, zavarok támadnak; a szikratávolság felének vagy két harmadának igénybevétele mellett ez nehezebben fordulhat elő, ha órák hosszatt működik is az apparatus.

Ezt a kitérést azért tartottam szükségesnek, hogy okát adjam, miért dolgoztam eddig és dolgozom jelenleg többnyire 25—30 cm. szikratávval, valamint később azt is ki fogom mutatni, hogy a nagyobb szikratávra készült lámpák epilatióra alkalmatlanok.

Julius hónap óta körülbelül negyven esettel rendelkezem.

A kiirtandó szőröket mindenkor sikerült önkényes kihullásra bírnom.

Ez az eredmény ma már nem szenved kétséget, mert a Röntgen-fénynyel dolgozó orvosoknak majd mindegyike tapasztalta.

Marcuse, Sehrwald, Leppin, Gilchrist, L. Freund és *E. Schiff* tapasztalataira már első közleményemben hivatkoztam.

Újabban *Forster* (D. med. Woch. 1897. 7.), *Oudin*, *Barthèlemy* és *Darier* (Monatsh. f. pr. Derm. XXV.), *Sorel* (Sem. méd. 1897. 22.), *Gocht* (Fortschr. a. d. Geb. d. R.-Str. 1897. I.), továbbá *Fuchs, Tarkhanoff* és *Balthazard* esetei érdemelnek említést.

Apostoli a legutóbbi moszkvai congressuson egy esetére hivatkozott, hol kétszeri átvilágitás után gangraena lépett fel; újabban (Acad. d. Scienc.) egy másik esetről referál, hol 40 perczuyi megvilágitás után intensiv, pörkkel gyógyuló dermatitis keletkezett.

Egyedül *Schwertzel* (Alcona) vonja kétségbe a kathodsugarak lobokozó és epiláló hatását, mert átvilágitásai közben azt egyszer sem tapasztalta; ezen vélemény realis voltát el kell fogadnom már azért is, mert eddigi eseteim közt csak egy volt olyan, mely 3 órai exponálásra heves bőrlobbal reagált, jóllehet rendkivül intensiv fénynyel dolgozom.

Ezen tapasztalatok mellett még mindig nyitva maradt a *prognosis* kérdése. Az esetek gyorsan közöltettek és csak egynehánynak lefolyásáról találunk az irodalomban felvilágositást annyiban, hogy a kihullott szőrök 2—$2^1/_2$—3 hónap mulva visszanőttek; *Foveau de Courmelles* esetében pláne egy hónap mulva.

Hosszabb ideig tartó alopeciáról nem tudok, azért saját első esetemet, melynél már 13 hónapos az alopecia, e tekintetben a legrégibbnek kell tartanom.

Úgy látszik, hogy az eddig referált esetekben, melyek — a *Freund* esetének kivételével — nem annyira a direkt kisérletnek, mint inkább a véletlennek eredményei gyanánt tekinthetők, a bőr oly jelentéktelen elváltozást szenvedett, mely nem involválta a bulbus pili degeneratióját, miért is restitutio ad integrum következett.

Nekem azonban czéltudatos munkámban — kevés kivétellel — sikerült tartós eredményeket elérnem, azaz olyan alopeciákat előidéznem, melyek közül a legtöbb már túl van a féléven.

Ezekről fel kell tenni, hogy a kathodsugarak behatása alatt a szőr hagymája és tüszője azon szövetbéli elváltozást szenvedte, melynek mikroskopiai leirása lejebb olvasható; ennek alapján a restitutio ki van zárva.

Jelen közleményemben csak azon eseteim leirására szoritkozom, melyek már legalább fél évesek, tehát azokra, melyeket 1897. julius, augusztus, szeptember, október és november havában kezeltem.

1897. julius hó.

1. Egy 39 éves barnabőrű nő. Hypertrichosis totalis. Erős, fekete, dús szőrnövés az állon és a nyak mellső részén; gyenge, pehelyszerű, barnaszinű szőrök az arczon.

Megvilágitásra 25 cm. szikratávolságú natron-üveg lámpa használtatik, mely czitromzöld fényt ad.

Patiens arczczal a lámpának (en face), attól 30 cm. távolságra ül, úgy hogy a fény állát és nyakát direkte, azaz függőlegesen, orczáit részsút, azaz már nagyrészt párhuzamosan éri. Azonfelől olyan álarczot kap (2 mm. vastag ólomlemezből), mely az ajkakat is elfedi s arczát csak az alsó ajktól a fülek felső széleig haladó vonalban hagyja szabadon. Exponálás d. e. 2 óra, s d. u. 2 óra, napjában tehát 4 órán át.

Az ötödik nap reggelén, tehát 16 órai exponálás után gyengén piros a bőr.

Várakozás 8 napig. Ez alatt patiens semmit sem érez. Minthogy a pirosság tünni kezd, újra exponáltatik 2 napon, azaz 8 órán át. Ekkor — tehát összesen 24 órai exponálás után — újra megjelenik a pirosság és exponálás nélkül napról napra fokozódik. Egy hét lefolyása alatt barna-piros lesz az erythema, az állon a szőrtüszőknek megfelelőleg apró pustulák mutatkoznak, az egész arcz viszket. A 12. napon az áll bőre excoriálni kezd, majd nedvedző, felhámfosztott kis területek keletkeznek nemcsak az állon, hanem a nyakon is.

Ugyanekkor a szőrök spontan hullani kezdenek s a meddig az excoriatio halad, kopasz szigetek keletkeznek.

A lob nem ölt nagyobb mérvet, 5% bórvaselin kezelésre gyorsan gyógyul, csak a hámlás terjed minden irányban, lefelé a mellre 5 ujjnyira, oldalt a vállakra és felfelé az orczákra, a fülek előtt azonban körülbelül két ujjnyira megáll.

A megvilágitás befejezte után nem egész négy hétre a reactio megszünt, a gyógyulás teljes, a hypertrichosisból csak a fülek előtt maradt meg 2 ujjnyi (Backenbart), minthogy azonban itt eredetileg gyérebb, gyengébb és világosabb szinü volt a szőrnövés, patiens annak eltávolitására nem reflektál.

Az új felhám ekkor kissé simább, fényesebb; légváltozás iránt érzékeny, könnyen pirul, de 2 hónap mulva az is megszünik, a bőr normalis.

Visszanövés szeptemberben 2 szál mutatkozott, mely elektrolysissel eltávolittatván, jelenleg az arcz szőrmentes.

Ezen esetben tehát két szakaszban, összesen 24 órai megvilágitásra egy erythema lépett fel, mely önmagától savós lobbá fokozódott; ez

*

— miként más dermatitis — gyorsan gyógyult, de vele együtt egy mélyebben fekvő degenerativ folyamatnak is létre kellett jönni, mely a szőrhullást okozta és vissza nem fejlődött A lob leggyorsabban és legerősebben azon helyen lépett fel, mely legközelebb volt a lámpához, a melyre tehát a kathodsugárkéve magva függőlegesen esett, ellenben a már távolabb eső arczrészeken, melyekre jobbára párhuzamos sugarak estek, gyengébb volt a lob; a még távolabb eső bőrfelületeken pedig csak gyenge hyperaemia támadt, mely néhány nap alatt elmult és szőrhullásra nem vezetett

2. Egy 22 éves szőke nő. Sűrű szőrnövés az áll alatt (Kossuth-szakál), mely hosszú és vastag szálakkal vegyes pehelyszerű szőrökből áll. Anyja és idősebb nővére ugyanezen bajban szenvednek.

25 cm. szikratávolságú lámpa fényének hátrahajtott fejjel en face exponáltatik, a lámpától 20—22 cm.-nyire; arcza és a lámpa közé 2 mm. vastag ólomlemez tétetik, melynek egy megfelelő hézagán át csak a kezelendő bőrfelületre esnek a sugarak.

Napjában 4 órán át exponálva, a 3. nap reggelén már gyengén piros a bőr; a 4. napon, tehát 12 órai megvilágitás után már oly nagyfokú az erythema, hogy a megvilágitást beszüntetem, annyival is inkább, mert az exponált arczrész meg van dagadva és nyomásra fájdalmas. A daganat és fájdalomérzés 2 nap alatt megszünik; az erythema folyton sötétebb színű lesz, egy hét alatt barna-vörös; ekkor viszketés kiséretében excoriatio mutatkozik, majd bullák támadnak, melyek összefolynak, úgy hogy az egész megvilágitott bőrrész egy barnavörös, száraz, élesen határolt, fluctuáló hólyagban felemelkodik; szúrásra véres-genyes váladék bőven folyik belőle. 5% bórkenőcsöt jól tür, a hólyag leválik; alatta egy 7 cm. hosszú, 3 cm. széles hámfosztott, genyedő, könnyen vérző sebfelület mutatkozik, melyen szúró fájdalmat érez. 1‰ sublimatmosásra és bórkenőcs kötésre a gyógyulás megindul, a sebszéleken mutatkozó gr nulatio gyorsan halad és 3 hét alatt befejeződik.

A szőrök a felbőr leválásával eltünnek; górcső alatt azt a destructiót mutatják, melyet már az első közleményben leirtam: a gyök hiányzik, a szőrszál leszakadt vége vagy hegyes, vagy rostosan szétágazó, a velő és kéreg határa eltünt, szétdult.

A megvilágitás befejezte után 5 hétre a gyógyulás teljes, az új felhám azonban pirosabb és fényesebb a réginél, tapintásra göröngyös, hidegre, melegre érzékeny; 10% zinkoxyd-fedőkenőcsre javul, de csak szeptember végén lesz teljesen normalis.

Visszanövés mai napig nincs.

Ezen esetben tehát a 25 cm. szikratávú fény már 12 órai exponálásra egy olyan erythemát váltott ki, mely önmagától fokozódva 2 hét alatt genyes bőrlobbá fejlődött; ugyanekkor az effluvium is fellépett s az alopecia tartós.

(Folytatása következik.)

Néhány szó az ischiasról.[1]

Közli: *Weisz Ede* dr., püstyéni fürdőorvos.

Tisztelt uraim! Azon kérdésnek, vajjon egyes esetben az ischias neuralgikus vagy neuritikus természetű-e, egyesek a kezelés szempontjából nagy gyakorlati horderőt tulajdonitottak.

A többi között *Schustert* említem, a ki ugyanezen a helyen 15 év előtt tartott előadásában ezt mondja: „Különbséget kell tennünk neuralgia s neuritis ischiadica között. Utóbbi esetben antiphlogistikus kezelés van helyén.“

E szerint az ischias bizonyos eseteit a meleg fürdőzésből egyenesen ki kellene zárni. De ezen következtetés nem jogosult.

Vajjon lehet-e a „functionalis“ és „molecularis neurosisok“ bizonytalan korszakában a neuralgia s neuritis között mindig határozott határvonalat vonnunk? Lehetséges-e ez az ischias minden esetében? S vajjon kell-e a neuritisből eredő ischiast tényleg a meleg fürdőkből kirekesztenünk?

Benedikt a neuralgia kifejezését, mely szó szerint idegfájdalmat jelent, tautologiának mondja. Benedikt szerint a terminologia minden hibáját helyes definitióval helyreütthetjük.

De hol találjuk a neuralgia megdönthetetlen definitióját?

Megszoktuk ugyan, hogy a neuralgia fogalmával szemben a neuritissel s kóbor fájdalmakkal bizonyos képzeteket összekössünk, igy a hely állandóságát, a fájdalmak időszakosságát, a points douloureux-t, a fájdalom hevességét s az ideg lobmentességét.

Ámde mindezen tünetek a neuritisnél ennek különböző foka s minősége szerint szintén többé-kevésbbé jelen lehetnek. Nem jogosult tehát, hogy diagnostikai tekintetben ennyire ingatag alapon ellentétes gyógyelveket fejleszszünk.

[1] A német balneologiai társulat XIX. congressusán tartott előadás.

Seeligmüller szerint a neuritis s neuralgia közti differentialis kórismének semmi értéke sincsen, mert a neuralgia boncztani háttere ismeretlen.

Áll ez különösen a balneotherapiára nézve.

Számos ischias-esetet látunk Pöstyénben. S bár a kórisme neuralgia s neuritis között elégszer el nem dönthető, betegeink egyaránt gyógyulnak. Sőt a neuritis esetei tapasztalataim szerint különösen hálásak. Polyneuritis eseteit is láttam fürdőink használata folytán gyógyulni. El nem fogadhatom tehát azon tételt, hogy a neuritis a meleg fürdőknek ellenjavalata.

A mi az ischias tüneteit illeti, többször láttam, hogy a beteg, a kinél a közönséges ischias-tünet (fájdalom a kóros végtag emelése közben) ki nem váltható, fájdalmat érez, ha álló helyzetben törzsét előrehajtja.

Scoliosist az esetek 10 százalékában láttam, az esetek több mint $^2/_3$ részében heterolog vala, az esetek nem egész $^1/_3$ részében homolog.

A bajnak kétoldalúságát 15%-ban észleltem. Igaza van tehát *Hasse*-nak, hogy a bilateralis ischias nem oly ritka dolog. Semmi esetre se felejtsük ilyen esetekben a tabes tüneteit kutatni.

A bilateralitas kérdése szorosan összefügg a baj vándorlásával, a mely hol jobbról balra, hol hátulról előre, hol meg alulról felfelé a plex. sacralistól a plex. lumbalisra vagy fordítva történik, többnyire lobos természetű folyamatképen, néha azonban „ugró“ ischias esetében a gerinczagyat elkerülve disseminált vagy sympathikus neuritis képében.

Néhány szót óhajtanék most mondani az ischias-betegek járásáról.

Sok beteg járásában nincsen semmi feltünő.

A kóros járásnak ischiasnál háromféle oka lehet:

1. Magasabbfokú scoliosis, mely járás s állás közben is kóros helyzetet teremt;

2. járásközbeni heves fájdalom, mely a megbetegedett végtag kiméletét sürgeti;

3. végre egyes izomcsoportok hűdése.

A scoliosis ischiadicával járó kóros járás más scoliosisbelivel azonos, s e helyen közelebbről nem tárgyalandó.

A mi a fájdalmat illeti, ez egyoldalú ischiasnál a járás részarányosságát rendesen megbontja.

Ritka esetben a két oldal közti részarányosság fenmarad, azonban a törzs merev tartása mellett a járás habozóvá s kis léptüvé válik.

De rendszerint, mint mondám, a járás részarányossága megszünik.

Ezen esetek legnagyobb részében a beteg csipő- és térdbeli flexióval igyekszik a kóros ideget ellazitani. Ha a fájdalom heves marad, a beteg a hajlitott végtag talpával fel sem lépvén, a kóros végtagon mintegy átúszik.

Ha flexiónál a fájdalmasság engedett, a beteg a talpra rálép s egyszerűen biczeg.

Néha a beteg kóros végtagját nyujtott s abducált helyzetben biztosabbnak véli.

Hűdéses járások közül többször észleltem, hogy a kifáradt beteg végtagját agyhűdött módjára vonszolja.

Néha kifejezett peroneus-hűdést láttam a láb ismeretes surolásával.

Végre néhányszor a törzsnek a kóros oldalra való bukását láttam az adductorok hűdése folytán.

A kóros járásnemek mindenféle faját látjuk ischiasnál. Csak röviden érintém azokat, de bizonyára meggyőződtek arról, hogy ischiasra jellegző járás nincsen.

Ép ezen okból óvakodjunk — csak a coxitis eshetőségére utalok — tévedéstől.

Helyén volna itt az *Erben* által talált érdekes bőrbeli hőváltozásokról is megemlékeznem. Ebbeli vizsgálataim befejezetlenek lévén, sietek előadásomat zárni.

Aetiologiai tekintetben legérdekesebb vala baloldali ischias scoliotica férfinál, a vena cava inferior luetikus thrombosisa után s egy másik bilateralis eset nőnél, a czombvisszér kétoldali thrombosisa után. Egyszer influenza, egyszer hosszas

kocsizás után láttam ischiast, többször medenczebeli tumor, diabetes, trauma vagy erőszakos hidegvizgyógyászati beavatkozás folytán, leginkább azonban csúz, köszvény, gonorrhoea s syphilis következtében.

Therapeutice a sok módszer közül csak a Pöstyénben régóta kipróbált gyógymódot óhajtom röviden érinteni. Használtatunk víz- s iszapfürdőt, kád- s medenczefürdőt (25—30—34° R.) 10—30 perczig, szoros vagy laza begöngyölést ugyanannyi ideig s ezután közvetlenül 1—3 órányi ágyban fekvést.

Látják uraim, hogy ezen sok módszer közül kiragadott gyógymód is tág határok között mozog. Alig hihető, de tény, hogy ischias bizonyos eseteiben 1—2 foknyi hőváltozás óriási gyógykülönbséget rejt magában.

Gondos észlelés, czéltudatos kezelés s téves iránynál kellő fordulat, ez képezi az ischias kezelésének is biztos kulcsát.

Fürdőgyógyászati tapasztalatok.

Orvosi jelentés a *szt. Lukács-fürdő* 1897. évi betegforgalma felől.

Közli *Bosányi Béla* dr., a gyógyfürdő főorvosa.

Forrásaink üdvös gyógyhatásának élénk bizonyítékát nyujtják az évről évre fokozódó számban a fürdőt felkereső betegek. Nem kevésbbé továbbá az előforduló kóralakok változatossága és komoly természete. A beteganyag nem rendelkezik oly változatosság felől, mint azt kórházakban észlelni szoktuk és körülirt határok közt mozognak a fürdőnkben megállapítható kórismék. De éppen e kénes hévvizekhez segély végett forduló betegségek természete, osztályozása, elnevezése stb. felől érdekes felvilágosítást nyujtanak az előforduló kóresetek és mivel ezek egy része felett nincsenek megállapodott nézetek, az alábbiakban felsorolandó tapasztalatok és casuistika némileg hozzá akarnak járulni a kérdések megvilágításához.

Noha a megelőző 1896. évi millenniumi ünnepségek folytán gyógyfürdőnk beteganyaga jelentékenyen felszökött, a lefolyt 1897. év *nem hozott visszaesést;* sőt tekintve a közgazdasági helyzet kedvezőtlen voltát, a csökkenés kimaradása újbóli tanúságát nyujtja gyógyfürdőnk *folytonos gyarapodásának.*

Hónapok szerint elosztva a beteganyagot, a következő hullámzásokat látjuk:

Hónapok:	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.
Betegszaporodás %-ban	6·7,	6·4,	5·4,	5·8,	13·1,	13·0,	14·3,	13·2,	9·0,	5·7,	5·4,	3·1.

A kezelt betegek *illetőségük* szerint következőkép oszlanak meg:

Budapest főváros	12%
Városok lakói	33%
Vidék lakói	48%
Külföldi	7%

A fővárosi betegek kisebb arányszáma azon körülményben leli magyarázatát, hogy a helybeli betegek tekintélyes része saját orvosának tanácsa szerint, nagyon gyakran pedig egyáltalán orvosi útbaigazítás nélkül használja a fürdőt és bizonyára nem téves azon vélemény, hogy túlnyomólag a főváros lakossága, a fürdő közelségénél fogva, szolgáltatja a beteganyagot. Mindamellett nagyon tekintélyes a magyarországi városok és helységekből származó látogatók száma. Jelentékeny emelkedést tapasztalunk ez évben a külföldi betegeknél, kik a megelőző évben a beteganyag csakis 4 százalékát képezték, az utolsó év 7 százalékához képest. A külföldiek leginkább a következő országokból származtak: Ausztria, Németország, Románia, Szerbia, Olaszország, Észak- és Délamerika és elvétve egyes más államokból. A külföldi gyarapodás jobbára Romániából és Szerbiából érkezett nagyobb számú vendégek által létesült, mely országokból fürdőnk látogatottsága folyton emelkedőben van, az ausztriai tartományokból azonban még mindig elég gyéren érkeznek betegek és csakis Galicziából bőségesen érkező szegénysorsú betegek emlékeztetnek bennünket az osztrák szomszédainknak irányunk táplált jóindulatára.

A fürdővendégek összes számát ez ideig meghatározni nem lehet, mert eltekintve azon körülménytől, hogy a fővárosi lakosokat, melyek mint fürdővendégek szerepelnek, egyáltalán nem lehet kimutatni, a fürdőtelep környékén kiadható lakásokban elhelyezkedő idegenek felől sem lehet tájékozást szerezni; pedig ez felettébb nagy érdekkel birna, mivel a főváros intéző körei csak ily úton szerezhetnének tudomást az új életre ébredő budai fürdőélet felől és megtanulnák továbbá jobban becsülni és istápolni azon ritka kincset, melyet a természet fővárosunk kebelében helyezett el. A fürdőtelep környékének végleges rendezése, egyes gyógyfürdői követelményeknek kielégítése csak az esetben lenne remélhető, ha a mérvadó tényezők számszerüleg szerezhetnének meggyőződést a gyógyfürdő fejlettsége és közgazdasági becse felől. Egyedül az iszapfürdőben megfordult fürdőzők számából lehet némileg következtetést vonni a gyógyfürdő forgalmára és mivel az ott kiadott fürdők összege 78,359-re rúgott, tekintve, hogy egyéb fürdőinket is látogatják szenvedők, *a fürdővendégek számát több mint 4000-re* becsülhetjük.

A nem helybeli fürdőzőknek csakis egy harmadrésze helyezkedik el az intézet saját, minden méltányos igényeknek megfelelő szállóiban, a többi — eltekintve a pesti oldal nagy szállodáiban, vagy pedig a rokonok vagy ismerősöknél szállást keresőktől — a fürdő környékén levő szerényebb vendégfogadókban és magánlakásokban talál hajlékot. Felettébb kivánatos volna, ha a nevezett magánlakások erélyesebb hatósági ellenőrzés tárgyát képeznék, mivel egy részük sem hygienikus, sem tisztasági szempontból nem felel meg a jogos kivánalmaknak.

Nemre nézve volt 58% férfi és 42% nő. A mult évi téli kimutatásban azon arányszám 72% férfit és 28% nőt tüntetett fel. A nők nem lévén hivatásbeli foglalkozás által évszakhoz kötve, a nyári időt használják fel gyógykezelési czélokra, míg a férfiak egy része nyáron nem szabadulhat munkájától és a téli szünet alatt megy gyógyfürdőzni. A jelzett körülmény a téli kúrák czélszerü volta mellett tanuskodik.

A kezelt betegek *kor* szerint igy oszlanak meg:

1—20 évig	4·5%
20—30 „	12%
30—40 „	25%
40—50 „	25%
50—60 „	18%
60—70 „	11%
70 évnél idősebb	4·5%

A legfiatalabb beteg $4\frac{1}{2}$ éves, a legöregebb 89 éves volt.

Az összes, kezelésben részesült betegek *49 százaléka mint ambulans* szerepel, ellenben *51 százalék a vállalat saját házaiban*, illetve az egy épülettömböt képező szállodákban lakott, melyek a fürdőkkel organikus összefüggésben vannak.

A komolyabb bajokban szenvedők, hacsak viszonyaik azt lehetővé teszik, nyáron is a legtöbb kényelmet nyujtó fürdőszállodákban laknak. A téli kimutatás szerint 81% lakott a fürdőszállodákban, a nyár ehhez képest természetszerüleg apadást mutat, mivel a nyári fürdőközönség nagy része könnyebb bántalmak gyógyítására használván a fürdőt, nincs arra utalva, hogy a fürdők közvetlen közelségében helyezkedjék el.

Az észlelés alá került bántalmak százalékok szerint következőkép oszlanak meg:

Idült izületi és izomcsúz	31·2%
Idegzsábák, ideglob	19·1%
Hevenycsúz utóbajai	14·3%
Központi idegrendszeri bántalmak	4·2%
Gonorrhoeás izületi bánt. (zsugorod.)	4·1%
Periph. idegbajok (neuros. és neurasth.)	3·5%
Köszvény és húgysavas diathesis	3·0%
Nem csúzos izületi lobok	3·0%
Visszérlob	3·0%
Tüdő- és szivbántalmak	2·5%
Külsérülések	2·6%
Csontok bántalmai	2·1%
Gyomor-, bél- és vesebajok	1·6%
Lues	1·4%
Egyéb és nem kórismézett bántalmak	5·4%

Ezek szerint a *csúzos izületi és izombetegségek*, valamint az *idegzsábák az összes betegek két harmadát* képezték. A megelőző évek arányszámaihoz most sem találunk eltérést, azok állandó-

sága a hévvizeink hatékonyságának minemüségére nézve fontos és tanulságos adatot nyujtanak. *Ezen számok mutatják legtermészetesebb módon, mely bántalmak ellen bizonyult be leginkább forrásaink gyógyító ereje és ezekből lehet a javalatokat legbiztosabban meghatározni.*

Idült izületi és izomcsúz.

Az ezen csoportba tartozó betegek 44 százaléka férfi- és 56 százaléka nőbeteg volt. Felvettem ide mindazon betegeket, kik: 1. hevenycsúz lezajlása után több mint egy évvel izületi vagy izombántalmakban szenvedtek, 2. a genuin idült izületi csúzos formákat, 3. a különféle idült lobosodással együtt járó és gyakran az izületek eltorzításához vezető arthritis-eseteket, melyeknél húgysavas diathesis *nincs* jelen, 4. az arthritis deformans változatos eseteit.

Azon, most már számos szaktekintély által elfogadott elvhez járultam én is, hogy az idült izületi csúz, az arthritis és arthritis deformans rokonbántalmaknak tekintendők. Nem ritkán nyilik alkalom ugyanazon egyén izületein ezen tétel helyességének megitélésére. Látjuk például éveken át a palpabilis-elváltozások nélkül járó idült izületi csúz fennállását; később egyik-másik izület kissé duzzad, subacut módon lobosodik, crepitatio lép fel, a mozgások fájdalmasakká lesznek. A lob húzódik, az izület mozgásai korlátozódnak és végül létrejő lassankint az arthritis deformans szomorú képe. E közben újabb izületekben indul meg a hasonfolyamat és ilykép ugyanazon egyénen a betegség összes stadiumait lehet néha látni. Észleltünk ez évben egy esetet, melyben alig két év alatt jöttek létre az összes és nagyon súlyos izületi eltorzulások.

Továbbá fontos kérdés az, vajjon a hevenycsúz átmehet-e az idült alakba, okozhat-e utóbb arthritist, és hogy a hevenycsúzból fejlödött izületi eltorzulások azonosak-e a fentebb jelzett deformans-sal?

A baj eredete és az elváltozások természete a két bántalomnál teljesen eltérök és elméleti szempontból a két folyamatot nem lehet azonos gyanánt felfogni.

Tekintettel továbbá azon felettébb gyakori tapasztalatra, hogy a hevenycsúz elmultával utóbb az idült izületi csúz jelenségei mutatkoznak, talán inkább valószinü a véletlen összejátszása. Hiszen ugyanazon egyén nagyon könnyen birhat dispositióval mindkét bántalomra, a két betegség egymásutáni fellépte nem bizonyít feltétlen okozati összefüggés mellett. Gyakorlati és fürdészeti tekintetből azonban nem kell különbséget tennünk, mivel gyógyászati eljárás dolgában mindkettő ellen egyenlö módon küzdhetünk.

Noha a fentebb közöltek szerint fürdönkben a férfiak vannak átalában túlsúlyban, ezen kórfajnál a *nök nagyobb számmal* vannak képviselve, mivel az idült izületi csúz a 40—50 közti korban, kapcsolatosan az azon években beálló változásokkal, feljegyzéseim szerint felettébb gyakori, elannyira, hogy a tekintélyes számú női betegek túlnyomó részénél a bántalom keletkezését összefüggésbe kell hoznunk a szervezet és nevezetesen az idegrendszernek azon időpontbani alteratiójával. A családi dispositio szintén közremüködik a bántalom létesülésére, a mint azt számos idevonatkozó tudakozódás bizonyítja.

Nemkülönben gyakran láttam, hogy előszeretettel lép fel az elhájasodott egyéneknél és szövödik a szív elzsírosodásához.

A leggyakrabban megbetegedő izület *a térd*, mely az esetek több mint háromnegyed részében volt kóros; utána a boka és vállizület következnek, ezek körülbelül hasonló arányban vesznek részt; jóval ritkábban szokott a csipö és kéz megbetegedni.

A térdizület fájdalmassága számos beteget akadályoz a szervezet épségben tartására szükséges testmozgásban, minek folytán az elhájasodásra különben is hajlandó egyének súlyukban növekszenek és ilykép néha valóban szánandó circulus vitiosusba jutnak.

(Folytatása következik.)

TÁRCZA.

Az orvostanhallgatók számának csökkenése és annak okai.

Azon örvendetes lendület, mely alkotmányunk helyreállítása óta mint minden téren úgy hazánknak tudományos életében és tudományos intézményeiben is mutatkozott, élénken nyilvánult a tudományos pályákon foglalkozók számának gyors növekedésében is. Ezek között rohamos és folytonos emelkedéssel szaporodott egyetemünkön az orvostanhallgatók száma is, mely 1871-töl 1883-ig 579 rendes és 66 rendkivüli o. t. h.-ról 1046 rendes és 110 rendkivüli o. t. h.-ra szökött fel. Egyetemi intézeteinknek a régiebbeknél sokkal tökéletesebb felszerelése, karunk új építkezései, a tanszékeknek időszerü átalakítása és szaporítása, az orvosi és általában a tudományos pályán foglalkozók számára megnyilt tágabb müködési tér és az ország kereskedelmének, iparának s általában anyagi helyzetének javulása könnyen érthetövé tehették ezen szaporodást és a természetes fejlödés következményeül tüntethették fel.

Azonban alig telt el 5 év s már 1888. óta egyetemünk orvostanhallgatóinak száma ismét fogy, fokozatosan kisebbedik évről évre s leszállott ismét az 1896/97. tanév I. felében 734 rendes, 19 rendkivüli és ugyanazon tanév II. felében 694 rendes, 13 rendkivüli hallgatóra, tehát annyira mint az 1879/80-dik, illetve 1878/79-dik tanévben volt.

S mégis egyetemünk orvosi kara azóta sem felszerelésében, sem tanintézeteiben visszaesést nem mutatott, tanári kara kevés változással ugyanaz, intézeteiben élénk s az orvosi tudomány haladásával lépést tartó serény munkálkodás foly, s az orvosi kar tanárai tanitói hivatásuk betöltésében ép oly lelkiismeretesek, mint két évtized elött! Bécs, melynek régibb jelesei elhaltak, ma nem gyakorol több vonzóerőt orvostanhallgatóinkra, mint két évtized elött, hiszen a magyarországi illetőségü orvostanhallgatók száma pl. az 1895/96. I. félévben a bécsi egyetemen összesen 163 rendes és 53 rendkivüli, holott még 20 év elött 4—5-ször annyira rúgott. Kolozsvárott nehány év óta szintén apad az orvostanhallgatók száma. A külföldi egyetemeken tanuló magyarországi orvostanhallgatók száma ma sem nagyobb, mint két évtized elött és az utolsó két évtized alatt!

Orvosi karunk berendezése, intézeteink dologi és személyi viszonyai tehát nem lehetnek okai annak, hogy orvostanhallgatóink száma fokozatosan csökken évek óta.

Más okait kell e jelenségnek kutatnunk.

Nyilvánvaló, hogy általában az orvosi pályára készülök száma csökken évről évre s ez egyik oka annak, hogy orvostanhallgatóink száma fogy.

I. Magyarország belügyminisiterének jelentései az ország egészségügyi állapotáról igen kimerítő és nagyon tanulságos adatokat közölnek közegészségügyi viszonyainkról, melyeket nem hagyhatunk megfigyelés nélkül akkor, midön orvostanhallgatóink már több év óta tapasztalt és fokozatosan haladó megfogyásának okait kutatjuk.

Élénken szólanak ezen jelentések számai; hangosan tanusitják Magyarország egészségi személyzetének helyzetét a városokban és a községekben, a központban és a vidéken. És ha e számok szavát megértjük, utat is mutatnak a javításra.

Az összes (1117) orvosi körök közül — így bizonyítja pl. a belügyminisiternek 1894-diki jelentése — 178, tehát több mint egy hatodrésze nincsen betöltve körorvossal s pedig a szegényebb megyékben épúgy (Zólyomban 9 közül 7 nincs betöltve, Máramarosban 19 közül 14 üres), mint az úgynevezett gazdag megyékben (Vas, Veszprém, Zala stb.).

A jelentés szerint 1893. évhez képest 1894. évben az összes vármegyékben a lakosság számához viszonyítva, az orvosok száma 4%-kal megfogyott.

A jelentés szerint Magyarország 11,105 községében egyáltalában nem lakik semmiféle orvos s az országnak 15 millió lakosa közül csak 6.732,000 — tehát kevesebb, mint fele — lakik olyan helyeken, hol orvosi segítség van rendelkezésére. Míg 1893-ban 4854 lakosra jutott a megyékben egy orvos, 1894-ben 4993 lakosra esik egy orvos.

Magyarország összes orvosainak száma 4280, kik legnagyobbrészt a nagyobb városokban telepedtek le, a hol átlag 898 lakosra esik egy orvos. De magukban a városokban is igen egyenlötlen az orvosok száma s pl. H.-M.-Vásárhelyen 3467, Szabadkán 2909, Kecskeméten 2552, Verseczen 2186 egyénre esik egy orvos; ezek pedig „gazdag“ városok!

Ezen számadatok elég hangosan bizonyítják, hogy a megyékben úgy mint legtöbb városunkban az orvosok száma semmi-

esetre sem oly nagy, hogy már fokozást el ne birna, sőt nagy része községeinknek — az ország tehetősebb vidékein ép úgy, mint a legszegényebb vidéken — minden orvos nélkül van. Tanusítják e számok, hogy az orvosok nagy része a városokban telepedik le s kerüli a vidéki községeket.

Hazánkban tehát orvosokra még mindig nagy számmal van szükség s oly túltermelés e téren nincs, mely az orvosképzést természetes módon csökkentené s így az orvostanhallgatók számának fogyását megfejthetné.

Ha azonban az országnak még mindig szüksége van orvosra s az orvosi pályára mégis mind kevesebben készülnek, úgy kétségenfelül az orvosi pálya viszonyaiban kell keresnünk első sorban ifjúságunk ezen pályától való idegenkedésének okát.

Igen élénken szól a vidéki orvos anyagi helyzetéről a belügyminisztertek már említett jelentése. A be nem töltött orvosi körökben 200 frt (Máramaros), 250 frt (Zólyom), 300—400 frt (Fogaras, Vas, Veszprém, Zala) az orvos évi fizetése, kinek a fizetni képes betegektől nappali látogatásért 20 kr., éjjeli látogatásért 30—40 kr., néha még ennyi sem jár. Ezen díjait pedig a községi elöljáróságoktól kapja olyan kisebb-nagyobb részletekben, minőknek azt a birónak behajtania sikerült.

Mennyivel jobb az állami állatorvosok helyzete hazánkban, kiknek 800 frtra rúgó fizetése, mindenféle mellékdíjai vannak, kik fizetésükben és rangjukban előhaladhatnak s őrnagyi rangig vihetik.

Valóban elszomorító ezeréves államunkban az, hogy a mit már régen „az ember legnagyobb kincsének“ tartottak, az egészség és az egészség gondozásának rendezése, az orvosok helyzete még mindig ilyen lehet! Azon függő viszony, melyben a szó szoros értelmében arcza verejtékével megkeresett fillérjei tekintetében a vidéki orvos a községi elöljáróssággal, bíróval stb. van, könnyen érthető módon megbénítja az orvos közegészségi ténykedéseit is, melyekben a törvény értelmében amúgy is csak initiáló joga van. Hogy e viszony az orvos tekintélyének csökkentésére vezet, az csak természetes. A kinek a községben szava súlylyal nem bir, a kit akkor fizetnek, ha éppen tudják vagy kedvük van, a kit álmából felköltenek bármikor oly potom díjért, minővel a cselédek meg nem elégedhetnek, annak tekintélye sem lehet a községben.

De a vidéki hivatalos orvos anyagi helyzete mellett mint hivatalos közeg is szánalomra méltó helyzetben van. A községi elöljáróság, a központi egészségügyi hatóság, a belügyministerium mint legfőbb egészségügyi hatóság, oly tömeg administrativ teendöt — nyilvántartások, jelentések, kiküldetések stb. alakjában — ró a hivatalos orvosra, hogy valóban hivatalnokká kell lennie, ha ezeket lelkiismeretesen és pontosan akarja teljesíteni s azon csekély szabad időt, mit betegei ellátása után szakíthat magának, teljesen ezen administrativ teendőkre kell szentelnie. És mindezt a napszámosénál alig nagyobb fizetésért és más hivatalnokénál sokkal nagyobb felelősség mellett!

Kevés módosítással ép oly szomorú a vidéki magánorvos helyzete is. A létérti küzdelemben nem egyedül szakértelme és ügyessége alapítják meg gyakorlatát s ezzel anyagi jólétét, hanem azon ravaszkodás is, melylyel versenyző társai fölött győzedelmeskedni tud. Az orvosi gyakorlat a századnak végén minderősebben fejlődött kereskedői szellem befolyása alatt sok orvos kezében ma már üzletté kezd alacsonyulni s a közönség itt is a reklám által félrevezethető. Így a komoly és képzett orvos megélhetése a vidéken napról napra nehezebbé válik, mit még inkább fokoz a vidéken is mindinkább terjedő drágulása az élet szükségleteinek az orvosi kereset és díjazás emelkedése nélkül.

S a mi áll a vidékre, az áll a városokra, sőt a székes fővárosra nézve is, hol az orvos megélhetését még inkább nehezíti a concurrentia nagyobb száma. A hivatalos orvos a városokban, sőt Budapesten is túl van terhelve administrativ teendőkkel; az orvosi állások legújabban jobban javadalmaztatnak ugyan, de több igénynyel is vannak az orvos iránt, kinek majd minden idejét lefoglalják. Tekintélye a hivatalos orvosnak a hatóság előtt ép oly kevés, mint vidéken, előléptetésre kilátása nincsen, fizetésemelés ezen állásoknál nincs. A magánorvosok helyzete szintén nehéz a városokban és a fővárosban, hol ép úgy kell a legmesszebb menő találékonysággal felfegyverkezett concurrentiával küzdenie, mint a vidéki kartársaknak, s azonfelül a nagyszámú betegsegélyző-egyesületekkel, melyek alkalmazott orvosaikon igyekeznek megnyerni a tagoknak fizetendő segélypénzeket. *R.*

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Grundzüge der Krankenernährung. Einundzwanzig Vorlesungen für Studirende u. Ärzte, von Prof. Dr. **F. Moritz**, Vorstand der medic. Universitätspoliklinik in München. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke. 1898.

A diaetetikának folytonos térhódítása, a növekvő érdeklődés az ezirányú kérdések iránt kifejezést nyer a mindinkább nagyobbszámú ily tárgyú közleményekben, azonban éppen nem bővelkedik az orvosi irodalom a számos kérdést megvilágító s kisebb terjedelmű, áttekinthető diaetetikus művekben; Moritz müncheni orvostanár végezte ezen dicséretes munkát, melylyel föként a gyakorlati szakférfiaknak tett nagy szolgálatot. Az egész diaetetikát systematikusan felölelő mü, melyben föként az általános kérdések és szempontok nyernek beható méltatást, mint legközvetlenebbül ható, vonzó irályú 21 előadás alakjában. Moritz az első előadásaiban Rubnernek az organikus tápanyagok egységes jellegéről szóló nézetét fejtegeti, bár röviden, azonban igen áttekinthető, világos alakban; majd áttér az egyes organikus tápanyagok specifikus sajátságaira s a már rendkivül lábrakapott fehérjetúlbecsüléssel szemben a szénhydratok s zsíroknak kiváló jelentőségére utal magának a fehérjenemü anyagoknak a szervezetben való felhalmozódásánál is, mint azt elősegítő tényező. Beható tárgyalásnak veti alá a tápanyagok tápértékének pénzegyenértékét s számításának alapjául egy caloriának pénzértékben 0·03 *l* német birodalmi fillért vesz fel, melynek alapján bármely tetszésszerinti tápanyag tápértékének pénzegyenértéke könnyen kiszámítható; a következő előadásokban a tápanyagok izgató- és mellékhatásait, továbbá kihasználási fokukat ismerteti részletesen táblázat segélyével.

A mü második része az egyes tápanyagokról s élvezeti czikkekről szól; első sorban is a húsról, kiemeli a húsdiaetának stimuláló hatását; viszont a veseizgalmat kerülő étrendek összeállításánál felhivja a figyelmet az újabban felderített tényre, t. i. a xanthintesteknek a nucleoalbuminokból (nucleinek) való származására; a különböző húsnemüek emészthetőségét feltüntető táblázat fejezi be az előadást. A tejnek s tejsavónak beható tárgyalása után igen szakszerü megbeszélés tárgyát képezik az újabban föként a tüdővészesek hizlaló gyógymódjánál igen kedvelt kefirpraeparatumok, melyeknél, minthogy a casein nem alvadó, részben acidalbumin, hemialbumose, részben pedig peptonná alakíttatik át, az emésztési szervek munkája lényegesen megkönnyíttetik. Felhivja a figyelmet a sajtnemüeknek gazdag fehérje s zsírtartalmuk és jutányos áruk alapján a szegényebb néposztályok táplálkozásánál való jelentőségére.

A következő fejezetek a növényi tápanyagoknak részletes ismertetését foglalják magukba; a különböző gyermekliszt-készítmények értékéről is ad e fejezet bővebb felvilágosítást; függelékképpen tárgyaltatik a víz és a só jelentősége a szervezetre nézve.

Hogy a szerző az élvezeti czikkek tárgyalásának oly bő tért engedett, minden esetre bizonyítéka annak, hogy ezen anyagok értékére nézve Förster nézetével egyezik: „Dass sie (die Genussmittel) in der menschlichen Kost ebenso nöthig sind, wie die Nährstoffe selbst.“ Megszívlelendő Moritznak intő szava az alkoholnak a betegágynál való bő adagolásának mérsékletére vonatkozólag, minthogy élénkítő hatása legalább is kérdéses.

A legapróbb részletekre is kiterjedő méltatásban részesülnek a már oly nagyszámú mesterséges tápkészítmények, melyeknek mindinkább növekvő számánál fogva tápértékükre vonatkozó ismereteink éppenséggel nem tisztázottak; mint legelterjedtebb ilynemü készítménynek, a somatosenak tápértékét nem becsüli tekintélyesre és kedvező hatását a gyomornyákhártya izgalmára és ennek folytán a fokozott gyomornedv-elválasztásra vezeti vissza-

Az újabban caseinből előállított fehérjenemű készítmények, ú. m. a nutrose és eucasin is rövid ismertetésben részesülnek.

A mű befejező részét a táplálkozás pathologiai körülmények között képezi; első sorban emésztési zavaroknál, itt nyer részletes megbeszélést a csecsemők nagyjelentőségű mesterséges táplálása, továbbá a therapiában ma már általános alkalmazásnak örvendő Weir-Mitchell- és Playfair-féle hizlaló gyógymód. Külön fejezetet szentel Moritz a par excellence diaetetikus kezelést igénylő czukros húgyárnak, kiemelvén a zsírok alkalmazásának jelentőségét a diabetikusok étrendjében; ezt követik a különböző angyagcserebántalmaknál alkalmazandó diaetetikus eljárások, első sorban a húgysavas diaethesisnél, melynek vitás kérdéseiben mintegy közvetítő állást foglal el Moritz; végül a légző- és vérkeringési szervek megbetegéseinek diaetetikus kezelése; a mesterséges táplálás rövid ismertetésével fejezi be szerző a művet.

Mindazok, kik a diaetetikának kiváló jelentőséget kellőleg méltatva ugyan, de nem lévén azon helyzetben, hogy az eredeti czikkek és nem ritkán terjengős munkálatok nagy halmazát áttanulmányozhassák, minden esetre szerzőnek ezen művét örömmel fogják fogadni, mely alkalmat nyujt a diaetetika terén elért eredmények rövid kritikai áttekintésére. *Kövesi Géza* dr.

II. Lapszemle.

Arthritis deformans gyógyítására *Bannatyne* a guajacolcarbonat belső használatát ajánlja; naponként 3-szor ad 60 centigrammot por- vagy labdacs alakban. Egyidejüleg a megtámadott izületekre közönséges guajacol és oleum olivarum egyenlő mennyiségéből készült keveréket is alkalmaz; a guajacol szagának leplezésére a keverékhez néhány csepp essentia caryophyllorum tehető. (Sem. méd. 1898. 1. sz.)

Szemölcsök eltávolítására *Louvel-Dulonprè* chromsavas kalium forró vízben telített oldatát ajánlja, a melylyel a szemölcsök naponként egyszer beecsetelendők. Ezen fájdalmatlan eljárás állítólag rövid idő alatt gyógyuláshoz vezet. (Monv. thèr. 1897. 20. sz.)

Alszárfekélyek gyógyítására *Elden* következő kenőcsöt használ, melyet naponként alkalmaz: Rp. Acidi carbol. 2·0; Acidi borici 10·0; Camphorae pulv. 7·5; Ichthyoli 20·0; Ol. amygdal. 9·5; Ungu. zinci 100·0. M. f. unguentum. (Wiener mediz. Presse. 1898. 7. sz.

Hetiszemle és vegyesek.

△ **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1898. május 1-étől 1898. május 7-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 422 gyermek, elhalt 232 személy, a születések tehát 190 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup —, roncsoló toroklob 3, hökhurut 1, kanyaró 2, vörheny 4, himlő —, typhus abdominalis 3, gyermekágyi láz —, influenza —, egyéb ragályos betegségek 3, agykérlob 10, agyvérömleny 8, rángások 3, szervi szívbaj 14, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 50, tüdőgümő és sorvadás 60, bélhurut és béllob 11, carcinomata et neoplasmata alia 15, méhrák 3, Bright-kór és veselob 2, angolkór 3, görvélykór 1, veleszületett gyengeség és alkathiba 18, aszkór, aszály és sorvadás 6, aggkór 3, erőszakos haláleset 13. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2236 beteg, szaporodás 770, csökkenés 782, maradt e hét végén ápolás alatt 2224. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1898. május 7-dikétől május 14-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 14 (meghalt 1), himlőben — (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 11 (meghalt —), vörhenyben 31 (meghalt —), kanyaróban 77 (meghalt 5), roncsoló toroklobban és torokgyíkban 27 (meghalt 2), trachomában 19, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 7 (meghalt —), orbánczban 18 (meghalt —, gyermekágyi lázban — (meghalt —).

— **A budapesti orvosok szövetsége** az orvosi nyugdíj-szabályzatot f. hó 17-dikén tartott ülésében letárgyalta és azt egészben véve elfogadván, az *Országos orvosi szövetség*-hez teszi át.

△ **Antal János** dr.-t, az egyetemi fogászati klinika tanársegédjét az Irgalmas-rend budai kórházában a fogászati osztály főorvosává nevezték ki.

□ **A trencsén-tepliczi megyei sanatoriumban** mint bennünket *Heinrich Adolf* dr., a sanatorium orvosa értesit — *szegény betegek egész ingyen részesülnek teljes ellátásban.* (Fürdő, lakás, reggeli, ebéd, orvos, patika.) A fürdőbiztoshoz intézett felvételi kérvényhez szegénységi és orvosi bizonyitvány csatolandó. (Mind a három bélyegmentes.) A felvételi értesitőt a beteg lakhelyére küldve kapja meg. Oly szegény betegek kérvényei, kik mérsékelt díjazás mellett külön elhelyezést óhajtanak, a megyei alispánhoz intézendők.

= **Megjelent füzetek**: *Schenk Lipót* dr. A nemi viszonyokra gyakorolt befolyás. Ára 2 frt. — A budapesti kir. orvosegyesület könyvtárának szakkatalogusa. Összeállitották: *Török Lajos* és *Temesváry Rezső* egyesületi könyvtárnok. — Dr. Pápay Vilmos-féle oltó-intézet jelentése 1897-ről, szerkeszti *Székely Ádám* dr. ig. orvos. Ez intézet május 1-től kivánatra diphtheria-ellenes serumot is küld szét, mint Paltauf tnr. bécsi serumtermelő intézetének bizományosa. — *Grünwald Mór* dr. *Szliács* leirása. II. teljesen átdolgozott kiadás. A fürdőirodalmi könyvtár (szerk. Preisz Kornél dr.) kiadása. Budapest, Eggenberger-féle könyvkereskedés (Hoffmann Alfréd). — Dr. *Julius Dmáth*: Die Anfänge des menschlichen Geistes. Stuttgart, 1898. — Prof. *Luigi Conatti*: L'organo-therapia nelle nefrite della infanzia. Róma 1898.

= **Torda-Aranyos vármegye nyilvános közkórházában** az 1897. évben — a mint azt *Borbély Samu* dr. jelentésében olvassuk — összesen 801 beteget (502 férfi és 299 nő) ápoltak. Egy betegre átlag 20·7 ápolási nap esett. A halálozási százalék 3·9 volt. A jelentés a statistikai adatokon kivül az előfordult nevezetesebb kóresetek leirását is közli. Igy a belgyógyászati csoport statistikája után gégegümőkór egy esetének ismertetését találjuk; a pneumonia crouposa eseteket a betegség 5—6. napján fellépett dysenterikus jellegű hasmenések súlyosbitották, melyek ricinus-olajra, majd natrium salicylicumos magas beöntésekre szépen gyógyultak; tüdővészes betegeknél thymollal tettek kisérleteket, eredmény nélkül; 3 nephritises betegnél ezen betegség malaria után jelentkezett; epilepsiánál az atropinnal jó eredményeket értek el. A sebészeti esetek közül herniotomia két esetének kimeritő leirását kapjuk, továbbá hymen imperforata, valamint a gát szülés után fellépett gangraenája egy-egy érdekes esetének ismertetését; ráknál a pyoctaninnal nem mentek sokra. A szemészeti csoportban a hályogműtéteket ismerteti, úgyszintén az ophthalmoblenorrhoeák kezelés módját; két esetben a felső szemhéj ketté vágása késztetett művi beavatkozásra. A 3 szülészeti eset közül az egyik nem igényelt művi beavatkozást; egynél fordítás, egynél pedig extractio végeztetett. A jelentés a 60 betegre berendezett új kórház leirását is tartalmazza, őszintén bevallva a hibákat és hiányokat is, a melyek berendezésénél elkövettettek.

— **Fürdőorvosok.** *Grünwald Mór* dr. *Szliácson*, *Fornet Elemér* dr. volt belklinikai tanseged *Marienbadban* e hét elején megkezdik fürdőorvosi működésüket.

— **A VI. nemzetközi bőrgyógyászati congressus** 1900-ban Párisban fog megtartatni, még pedig a nemzetközi orvosi congressussal egy időben. A bőrgyógyászati congressus tagjai ugyanazon előnyökben fognak részesülni, mint a nemzetközi orvosi congressus tagjai, a nélkül, hogy kénytelenek volnának az utóbbira is beiratkozni. A párisi előkészitő bizottság Török Lajos tanárt választotta meg magyarországi titkárnak.

△ **Iskolaorvosok.** A berlini orvosi egyesületek választmánya iskolaorvosok alkalmazását sürgeti.

— **Az orvosi ügyek a porosz képviselőházban.** *Bosse* porosz közoktatásügyi minister a költségvetési vita alkalmából az orvosi ügyekről nagy jelentőségű nyilatkozatokat tett. Az orvosi reformtörvények mielőbbi beterjesztését kilátásba helyezte s kijelentette, hogy az államministerium legközelebb foglalkozni fog az orvosi ügyeknek a vallás- és közoktatásügyi ministeriumból a belügyministeriumba áthelyezése kérdésével. Az ok, a mely az áthelyezést napirendre hozta, a vallás- és közoktatásügyi ministerium túlterhelése. Maga Bosse személyesen nem lelkesedik a tervért, de mint mondja, nem is fog elébe akadályokat gördíteni. *Virchow* is úgy nyilatkozott, hogy az áttevés nem fog ártani; pedig igaza volt Rickert képviselőnek, a mikor az mondotta, hogy az orvosi ügyeknek a tudománynyal szoros kapcsolatban kell maradniok. Igy gondolkozott Humboldt is.

—r. **Rajeczfürdőn** a néhány meleg májusi nap teljes pompájába öltöztette a természetet. A regényes és mégis enyhe, minden oldalról védett rajeczi völgy naponta újabb és újabb csodálni valót nyujt. De nemcsak a természet, hanem a törekvő emberi kéz nyomai is valósággal bámulatra ragadnak. Rajeczfürdő csak a tavalyi év folyamán 5—6 új igen diszes villával gyarapodott, úgy ezek, mint a már régebben fennállók, teljes kényelemmel vannak berendezve s szobái a korai május daczára is már telnek. Mint igen fontos újitást tudatják velünk, hogy a fürdőben pensio-rendszert és a betegeknek szükséghez képest állandó orvosi felügyelet alá való helyezését (sanatoriumot) is létesiti a fürdő hivatalos orvosa *Gara Géza* dr.

Szt. Lukács-fürdő
téli és nyári
gyógyhely.
Rheuma, köszvény, neuralgiák, ischias stb. ellen. **Nagy kénes iszapfürdő,** douche-massage, kő-, kád- és gőzfürdők, uszodák. *Lakás és teljes ellátás hetenként 27 frt (közepes ár).*
Prospektust küld az igazgatóság
Budapesten.

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

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Magyar Tudományos Akademia. (III. osztály ülése 1898. május 16-dikán.) — Budapesti kir. orvosegyesület (XVII. rendes ülés 1898. évi május hó 14-dikén.) — A budapesti kir. orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya. (X. ülés 1897. október 12-dikén.) 254. l. — Közkórházi orvostársulat. (VII. bemutató szakülés 1898. április 20-dikán.) 257. l.

Magyar Tudományos Akademia.

(III. osztály ülése 1898. május 16-dikán.)

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

Orvosi érdekű előadások voltak a következők:

1. **Klug Nándor** r. tag bemutatja **Bugarszky István** és **Tangl Ferencz** tanároknak az állatorvosi akademia vegytani és élettani intézetében készült s „**a vérsavó molekularis concentratio viszonyait**“ tárgyaló dolgozatát.

Szerzők több mint 50 különböző emlős állattól (ló, marha, sertés, birka, kutyától) származó vérsavót vizsgáltak meg, megállapítván annak fajsúlyát, fagyáspontját, elektromos vezetőképességét, fehérje-, chlor- és hamútartalmát. A nyert kisérleti adatokat azután felhasználták a szerzők, hogy a savóban az összes, továbbá külön a szerves és külön a szervetlen (sószerű) alkatrészek concentratióját mind ugyanazon egységekben, az egy literben foglalt gramm-molekulák (molok) számában kifejezzék.

Vizsgálataikból a következők tüntek ki: 1. A különböző emlős állatok vérsavójának concentratiója egymástól kissé eltér; legmagasabb a birka, legalacsonyabb a ló vérsavójának concentratiója.

2. Az összes molekularis concentratio ugyanazon állatfaj vérsavójában sem szigorúan állandó, hanem szűk határok között ingadozik.

3. A serumban oldott összes molekuláknak közel $^3/_4$ része szervetlen s csak $^1/_4$ része szerves.

4. Míg a szerves molekulák concentratiója meglehetősen ingadozik, addig a szervetlen molekuláké igen állandó.

5. Úgy a savó konyhasótartalma, mint a többi szervetlen alkatrészek együttes concentratiója meglehetősen ingadozik; ezen ingadozásokat azonban az a törvényszerűség jellemzi, hogy a mennyivel a konyhasó concentratiója csökken, ugyanannyival szaporodik a többi szervetlen molekulák száma és megforditva, úgy hogy a már előbb kiemelt s az összes szervetlen molekulák concentratiójára jellemző állandóság megzavarva nem lesz.

2. **Klug Nándor** bemutatja **Szontágh Felix** dr. és **Wellmann Oszkár**-nak vizsgálatait **a normalis és diphtheriás lóserum összetételéről**, melyeket Tangl Ferencz tanár intézetében az állatorvosi akademián végeztek.

Szontágh Felix és *Wellmann Oszkár* normalis lóserumot és diphtheriás serumot összehasonlító vizsgálatnak vetették alá és mindenekelőtt meggyőződtek arról, hogy, *Vaughan* állítása ellenére, a gyógyító savó hatása nem alapulhat a savó nagyobb nucleoalbumin-tartalmán. Sem az ép, sem a diphtheriás savóban emésztéssel nucleoalbuminok nem voltak kimutathatók. A vizsgálatokból továbbá kiderült, hogy a diphtheriás savó fagyáspont-csökkenése, hamútartalma, chlortartalma és elektromos vezetőképessége valamivel kisebb, fehérjetartalma ellenben nagyobb mint a normalis savóé. A fehérjetartalom növekedése és a vezetőképesség csökkenése úgy látszik némileg arányos a savó antitoxin-tartalmával, a mi mellett különböző erősségű höchsti és bécsi gyógyító savókon végzett vizsgálatok is látszanak szólani. További vizsgálatok által megerősítve ez a lelet alkalmassá válhatik arra, hogy a vezetőképesség meghatározásával a savó antitoxin-tartalmának növekedéséről immunizálás közben igen gyorsan lehessen majd megközelítő tájékozást nyerni.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XVII. rendes ülés 1898. évi május hó 14-dikén.)

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

Hippokrates élete és működése.

Tihanyi Mór vázlatos ismertetést nyujt e nagy orvosi iró életéről és működéséről irodalomtörténeti tanulmányai alapján.

Abonyi József: Szóló is foglalkozott Hippokrates működésével, áttanulmányozta *Littré*-t és *Haeser*-t s egyiknél sem találta megemlítve, hogy *Hippokrates* fogászattal is foglalkozott, pedig Hippokrates munkáiból kitünik, hogy a fogászat már akkor is igen kifejlett volt.

Coecum carcinoma következtében keletkezett intussusceptiónak resectio által gyógyult esete.

Hültl Hümér: S. L., 45 éves gazdász, jelen baja kezdetéig mindig teljesen egészséges volt és hivatásával járó fáradságos testi munkáját könnyen végezte. Mult év november közepe táján állítólagos meghülés után hasmenés lépett fel, majd gyomortáji fájdalmak jelentkeztek, mihez nagyfokú étvágytalanság és általános gyengeség érzete társult. Kezelésre hasmenése némileg javult, kínzó hasfájdalmai, melyek különösen étkezés után voltak a legintensivebbek, továbbra is fennállottak. Ez év márczius hónapjában vette észre, hogy erősen soványodik, és hogy hasában egy fájdalmas daganat van, mely azóta lassan növekedik. Betegsége egész lefolyása alatt egyszer sem hányt.

Bajától szabadulandó, Hirschler tanár ajánlatára 1898. április hó 13-dikán a kórházba vétette fel magát. Jelen állapot: Erősen lesoványodott, petyhüdt izomzatú, halaványbőrszínű férfibeteg. Csontrendszer, mellűri és vizelet-elválasztószervek épek. A has mérsékelten előredomborodó, benne az epigastrialis tájnak megfelelőleg, különösen jobboldalt, egy lefelé a mesogastriumot kitöltő és a hypogastriumba is leérő daganat tapintható. A daganat medianfelé a jobb parasternalis vonal meghosszabbításába képzelt egyenesig terjed, tömött tapintatú, dudoros felszinű, jól elhatárolható, könnyen ide-oda lökhető. Nyomásra igen fájdalmas. A has fölött váltakozva dobos a kopogtatási hang. A daganat fölött mélyítve ujjunkat, tompult dobos kopogtatási hangot nyerünk. Panaszát gyomortáján székelő fájdalmak, nagyfokú étvágytalanság és fokozatos elgyengülés képezik.

Műtét 1898. április 19 dikén. Chloroform-narcosis tartama 55 percz. 14 cm. hosszú metszéssel a középvonalban lett megnyitva a has. A colon ascendens karvastag, benne egy mozgatható tömött tumor érezhető. Coecum hiányozni látszik Közelebbi megtekintésnél a lelet egy 12 cm. hosszú, a coecumot magában foglaló, tumor által okozott invaginatiónak mutatkozik. Jesset-Barker és Rydygier eljárása szerint egy körkörös szűcsvarrattal egyesítette előadó az invaginatio nyakánál az invaginanst és invaginatumot Ezután a colonon egy hosszcsiknak megfelelőleg 8 cm. hosszú metszést ejtett, hogy az invaginatumot kihúzhassa. Ezen nyiláson át a legbelsőbb lumenbe vezetve ujját, meggyőződött annak átjárhatóságáról, mire néhány csomós öltéssel a két réteget a nyaknál egyesítette, vigyázva arra, hogy a mesenterium edényeit is belevegye az egyik varratba. Az invaginatumot a varrat előtt lemetszette, a colon hosszsebét pedig kétsoros szűcsvarrattal bezárta. A bél sülyesztése után toilette és két etageos hasfalvarrat.

Teljesen láztalan lefolyás. Ötödnap beöntésre székletét. A per primam egyesült hassebből a fonalak tizednap távolíttattak el. A beteg a műtét óta kifogástalan közérzetnek örvend és erősen hízik.

A kiirtott tumor ökölnyi, dúdoros, Krompecher tanár vizsgálata szerint carcinoma gelatiniforme alveolare. Ezen ökölnyi daganaton kivül még 12 cm. hosszú invaginatum lett kiirtva, mely részint vastag-, részint vékonybélből áll. Összesen tehát a coecum és 24 cm. bél lett resecálva.

A budapesti kir. orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya.

(X. ülés 1897. október 12-dikén.)

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

Elnök melegen üdvözli a tagokat a nyári szünet után.

Temesváry Rezső titkár jelenti, hogy a szakosztály 1896. évi tárgyalásai évkönyv alakjában magyar és német nyelven megjelentek és a tagoknak szétküldettek. A magyar kiadás az „Orvosi Hetilap“-ban megjelent tudósításokat, a tagok névsorát és a szakosztály ügykezelési szabályait tartalmazza. A német kiadás a „Centralbl. für Gynaekologie“-ban megjelent tudósítások különlenyomataként jelent meg és néhány példánya arra használtatott fel, hogy ezek útján a külföldi gyógyászati társulatokkal szakosztályunk csereviszonyba lépjen. Eddig a hamburgi, lipcsei, drezdai és amsterdami társulatoktól érkezett kedvező válasz és ezek küldték be egyszersmind utolsó évi jelentéseiket is. Különösen Fritsch és Sänger tanárok üdvözölték szakosztályunkat igen melegen.

Elnök köszön tet mond a titkárnak eddigi fáradozásáért és megbízza azzal, hogy más hasonczélú társulatokkal is csereviszonyba lépjen. A beérkezett évkönyvek a szakosztály könyvtárában helyeztetnek el.

Sarcoma tubulare ovarii esete.

Elischer Gyula: A petefészek tömör daganatai sokkal ritkábbak, mint a tömlős tumorok. Jóllehet gyakoriságuk az utóbbiakhoz viszonyítva némely műtő által 3—4%-ra tétetik, azt véli, hogy itt az esélynek nagy szerep jut; az ő észlelése alá e kóros elváltozás neméből alig 1—1·5% jutott.

A tömör nagy daganatot H. F.-né IV P. nőtől távolította el. Első szülése 10 év előtt, utána lázas gyermekágy. Kezelő orvosa már akkor egy, a bal ovariumtájon elhelyezett ökölnyi tumort diagnostizált; de — miután az sem a hószámra, sem a közérzetre semmi hatással nem volt — a beteg figyelembe sem vette. A közben történt két szülésnél a daganat részéről semmi akadály, csak az utolsó, $2^1/_2$ hónap (10 hét) előtt a felvételtől számítva bekövetkezett rendes szülés után a has rohamos növekvése és gyors lesoványodás. Felvétele alkalmával főleg a rövid légzés és nehéz mozgékonyság képezi főpanaszát.

Felvételnél az erősen lesoványodott betegnél a has szerfelett nagynak találtatott. Körfogata a köldök fölött 112 cm. A proc. xyph.-től a symphysisig 52·5 cm., köldöktől a symphysisig 30 cm. Jobboldalt köldök-crista ileiig 23·5 cm., baloldalt 29 cm. Köldök elsimult; Medusa-fej. A hasűrben szabad hasvízkór mellett egy könnyen mozgatható, tömör tapintatú, dudoros daganat. A hüvelyen át a daganat nem érhető el, az előrehajlott s jobbra eltolt méh szabad; ilyen mindkét parametrium is. Az alszárak kissé vizenyősek; vizeletben idegen alkatrész nincs. Szeptember 24-dikén műtét. A hasűr megnyitása után körülbelül 10 liter, előbb tiszta, majd vérrel kevert savó lecsapolása. A daganat a csepleszszel igen kiterjedt mérvben összenőtt, s a hasűrből csak a csepleszt leválasztása és a hassebnek a köldök fölött 10—12 cm.-rel való meghosszabbítása után emelhető ki; előbb azonban még a lépet és a daganatot összetapasztó, porczkemény két ujjnyi adhaesiót is kellett leválasztani. Most a daganat kiemelhető, de magával vonja az odatapadt colon descendenst és vékonybél részeket is, melyek a Douglasban a méh hátsó lapjához rögzítettek. Csak ezeknek teljes leválasztása után sikerült a daganatot két ujjnyi széles kocsányától, melylyel a lig. tubo-ovaricumon ült, leválasztani. A csonknak peritoneummal való fedése után a leválasztott bélrészlet felületét a peritoneum összehúzása által biztosította. A jobboldali ovarium vizsgálásánál kitünt, hogy az két cseresznyenagyságú tömlő kivételével rendes nagyságú és tapintatú. A tömlők felhasittattak. A peritoneum catgut-szűcsvarrattal, a hasbőr silkworm-csomósvarrattal egyesittetett.

A műtét alatt 2 aether-, 2 coffein-injectio. A nagy nedv- és vérveszteségre való tekintettel 50 gr. physiolog. konyhasó-oldat a mellbőre alá fecskendeztetett. Műtét után temp. 38·5, P. 128, száraz nyelv. Reggel 36·5, P. 92 és így is maradt. Október 6-dikán a varratok eltávolításánál egyik szúrcsatornából kevés geny. A daganat macroscopikus képe egy halhúsállományú vérszegény tumor, melynek felületétől befelé néhány tömörebb lécz vonul, s melynek közepén a szövetek sárgás-zöld, szétfolyó törmelékké változtak. A környi részeken egyes rózsaszínű, véredényekben kissé dúsabb, de mindig tömör összeállású részletek.

A fiatalabb daganatrész górcsövi vizsgálata tömör, szívós s hosszúkás magvakkal ellátott kötőszöveti réteg között nagyobb magvakban bővelkedő, inkább a laposokhoz hasonló sejteket mutat. Miután pedig ezen sejtek nem hámszerűek s a közbeneső kötőszöveti léczeket beborítók, sugárszerűen elhelyeződtek, nyilvánvaló, hogy az intercellular anyag hiánya mellett a daganat kórismeje csak sarcoma, még pedig Billroth szerint sarcoma alveolare lehet. Gyenge nagyításnál meggyőződhettünk ezen sejtvonalak radiaer elhelyezéséről, mi feljogosit az újabb kórszövettani elnevezés, vagyis sarcoma tubulare használatára is. Erős nagyitás alá helyezve ezen tubulusokat és különös figyelemre méltatva a nagy intra-alveolaris sejteket, szemünk elé lép az ovarium physiologikus szerkezetének képe, a folliculusok csöveinek endothelszerű kibélelésével. Pathologikus értelemben ezen képeket alkalmasnak véli annak a bizonyitására, hogy a sarcoma és carcinoma közötti megkülönböztetés csakis a fejlődés és elváltozás különböző korszakára vonatkoztatható, de hogy tényleg a sarcoma csak előzetes formája az utóbbinak. Ezt a klinikai megfigyelés jelen esetben is igazolja. Ha el is fogadjuk a beteg állitását, hogy a daganat 2½ hónap alatt jelenlegi nagyságára nőtt, kételkednünk kell abban, hogy első lázas gyermekágya után mindig egészséges volt, de a rohamos fejlődést elfogadni mégis kényszerülünk, valamint a gyors lefogyást is. Mindez klinice rosszindulatú daganatra vall.

Az utolsó hetekben végzett hasmetszések közül ez a hatodik, melynél a peritoneumot catgutos szűcsvarrattal zárta el; háromnál a fasciát is egy és ugyanazon fonállal egyesítette. A hasseb mindnél simán gyógyult. A jó eredményt nem annyira a kisebb feszülésnek, mint annak tudja be, hogy a fasciát csipővel kevésbbé bántjuk s a szűcsvarrattal a sebet hosszában megrövidítve, a fascia és peritoneum közötti ürökot lehetőleg kiküszöböljük.

A hasseb sima gyógyulására újabb időben a nedves eljárást, a Tavel-féle oldattal való locsolást ajánlották. Ezen eljárást már régebben elhagyta, mert azt véli, hogy ez által az alsó rétegek (fascia és hashártya) kis üregeibe besajtoljuk a környezet és a levegő csiráit. Czélszerűbbnek találta a hasfalakon hosszabb műtét alatt beszáradt zsirrészeket felületesen lemetszeni, ez által friss, sőt kissé vérző felületet teremteni s ezen az öltéseket bevezetni, csak a csomózás előtt szárazra letörülni. Tapasztalatai szerint egészen közömbös marad, vajjon a fesztelenitő és egyesitő öltéseket tiszta selyemmel vagy silkwormmal végezzük és hogy egy vagy több rétegben alkalmazzuk ezeket; ez a hasfalak vastagságától függ.

Clitoris és húgycsőrák egy-egy esete.

Lovrich József: A clitoris-carcinoma egy 56 éves VIII P.-nál fordult elő; nyolcz év óta a nagy szeméremajkon viszketést érzett, a mult év ősze óta pedig a nagy ajkak megdagadtak és megkeményedtek. Az I. szülészeti klinikára való felvétele alkalmával exulcerált clitoris carcinoma diagnoskáltatott és el is távolittatott. A daganat körülbelül tyúktojásnyi, a clitoris és ajkak körül terjedt el, főleg felfelé, úgy hogy a mogyorónyi és teljesen daganattá alakult clitoristól felfelé és balra mindenütt feltalálható. A clitoristól balra körülbelül tallérnyi területen a tumor kifekélyesedett, felhányt szélű, lepedékes alapú kráterr képez; a daganat 2 cm. mélyen terjed be a szomszédos szövetekbe és diffushatárral végződik, carcinomatosus rajzolatot mutatva, mely vakarásra tejfelszerű váladékot ad. A górcső a latt alaphámrák képét látjuk, számos elszarúsodott hámgyöngygyel. A clitoris-carcinoma sokkal ritkább, mint a méhrák; nevezik carcinoma vestibularenek is. Rosszindulatúságát bizonyitja a szomszédságba való gyors beterjedése, hirtelen szétesése, metastasisok s a cachexia.

Az *urethra-carcinoma* egy 40 éves VII P.-nál fordult elő; a betegség felvétele előtt két hóval általános bágyadtsággal és nagy gyengeséggel kezdődött. Az eltávolított tumor körülbelül két tallérnyi, az urethra körül elhelyezett, számos apró göbecskékkel boritott, exulcerált, lepedékes; fötömege az urethra környékét lepi el, beburjánozva a mellső hüvelyfalba. A metszfelület rákos rajzolatot és vakarásra tejfelszerű váladékot ad. Az előbbi daganattól annyiban különbözik, hogy górcső alatt alig találunk epithelialis gyöngyöket.

Mindkét beteg gyógyultan hagyta el a klinikát.

A méhtest rosszindulatú megbetegedésének három esete.

Lovrich József: Az első eset egy 47 éves 0 P.-ra vonatkozik, ki a klimakteriumba való lépése után 2—3 hónaponkint rendetlenül vérzett. A klinikai diagnosis interstitialis fibromyomára tétetett, mely miatt a vaginalis totalexstirpatio hajtatott rajta végre. A kiirtott méhtest erősen megnagyobbodott, férfiökölnyi és hátsó falában egy körülbelül tyúktojásnyi fibromás gócz van. A méhtest nyálkahártyája helyenkint 2 cm.-nyire is megvastagodott, málékony, dudorzatos daganattá alakult, mely helyenkint a méh izomzatába 1 cm. mélyen is beterjed, úgy hogy a körülbelül 2 cm. vastag, lágy tésztatapintatú méh falát az endometriumon ülő daganat diffus határával koskenyíti. A szövettani vizsgálatnál kitünt, hogy glandularis carcinomával (adenoma malignum) van dolgunk, mely mirigyhez hasonló typusú szövetburjánzás által jellegeztetik oly elrendeződéssel, hogy a mirigyszerű képletek közvetlenül foglalnak helyet egymás mellett, a nélkül, hogy őket bármely interstitialis állomány is összefűzné. E mirigyszerű képletek szabálytalanul törnek a méh izomszövetébe s belfelületük csupán egy soros cylinderhámmal van kibélelve. Ehhez teljesen hasonló képet nyujt a második eset, mely egy 62 éves IV P. nőnél találtatott, ki 13 éves menopausájának utolsó 6 évében időnkint vérzik. Curettezés útján nyert szövet górcsövi vizsgálata a méhtestből kiinduló adenocarcinomát mutatott. Vaginalis totalexstirpatio. A méh gyermekökölnyi, lágy, főleg testében megnagyobbodott. Nyákhártya a belső méhszájig ép; ezenfelül, különösen a fundus felé egy mogyorónyi növedék van rajta. A daganatos szövet a méh falába körülbelül tyúktojásnyi nagyságban nyúlik be s külső határa a méhet boritó peritoneumtól alig 1—2 mm.-nyire végződik.

A harmadik készitmény egy 56 éves II P.-től származik, ki 10 év előtt lépett a klimaxba s négy év óta újra vérzett. A tágult nyakcsatornán át bevezetett ujj a méhtest belfalán igen vérzékeny, könnyen szétmálló góczokat tapintott. Vaginalis totalexstirpatio után a felmetszett méhen ugyanezt találjuk. A nyakcsatorna nyákhártyája ép. A górcsövi metszetek szerint carcinoma alveolarevel van dolgunk az itt-ott előjövő adenocarcinomán kivül, úgy hogy a fent leirt mirigyszerű structura mellett még solid rákos csapokat is találhatunk, melyek vagy élesen elhatárolt szigetenkint vagy nyulványok útján összekapaszkodva találhatók.

A bemutatott készitmények közül a két első beigazolja a górcsövi vizsgálat szükségét, annál is inkább, mert a ritkábban előjövő corpus carcinomák klinikai kórismeje sokszor cserben hagyhat.

Igazolja ezen három eset azt is, hogy a méhtest rákja a belső méhszájig terjed éles határral, ezen alul a cervix nyálkahártyája egészen ép és igy jogos azon boncztani osztályozás, mely szerint külön beszélünk a méhtest-, portio-, illetve cervicalis uterus carcinomákról.

Cystosarcoma ovarii esete.

Lovrich József: A 36 éves nő alhasi fájdalmak miatt keresté fel az I. szülő- és nőbeteg-klinikát. Laparotomiánál az emberfejnyi daganat eltávolitása csak annyiban volt nehéz, hogy az a köldöktájon gyermektenyérni területen a hasfalhoz s a bélhez volt nőve; az összenövések azonban könnyen voltak leválaszthatók. Az ovarialis tumor 1½-szer volt kocsánya körül csavarodva. A daganat felületén számos apró mogyorónyi, kis diónyi cysta látható. Átmetszés után egy sokrekeszű cystosus, nagyjában solid tumort látunk, melyben a cysták nagysága mogyorónyi, egész férfiökölnyi. A tumor solid része kocsonyásan rezgő, áttetsző, halvány-szürkés, rózsaszínű, vizenyős, egyneműi, a metszlap fölé emelkedő. Górcsövi vizsgálatnál látjuk, hogy multilocularis cystoma papilliferummal van dolgunk s a daganat solidabb részei górcsövi és vegyi vizsgálat szerint colloidnak mutatkoztak. A cystoma falában elszórtan sarcomatosus góczok is találhatók. A cystákat csillószőrös hengerhám béleli ki papillaris structurával. A tumor peripheriáján körülbelül gyermekökölnyi terjedelemben egy necrotizált gócz látható, melynek eredete a daganat torsiójára vezethető vissza.

Az igen cachectikus nő 4 nappal a műtét után meghalt. A sectiónál kiderült, hogy a vékonybél fala a coecumtól 70 cm.-nyi távolságban körülbelül lencsényi terjedelemben megsérült és így általános heveny peritonitis lépett fel. A vékonybél sérülése a daganatnak összenövéséből való kifejtése közben történt.

Megrepedt petefészektömlő.

Tóth István: N. S., 28 éves, I P. 1½ év előtt. F. év márcziusában férje figyelmeztette arra, hogy talán terhes, mivel hasa jelentékenyen megnagyobbodott. A nő maga is igy vélte, bár havi baja csak e hóban maradt ki. Hasa oly gyorsan növekedett, hogy augusztusra várta a szülést, pedig magzatát csak juliusban érezte először mozogni, de ezt elég későn érezte I. terhességénél is.

F. évi augusztus 21-dikén bőséges ebéd után, ölében tartott gyermeke megrúgta; pár óra mulva rosszul lett, erősen hányt, hasa igen fájdalmas lett; azt hitte a szülés következik be; orvosa külső vizsgá-

lattal constatálja, hogy a gyomorgödörig érő méhben (?!) contractio nincs, gyomorrontásnak véli a dolgot, hashajtót rendel.

Másnap az orvos collapsus tüneteit látja, p. 140—150, debilis, légzési nehézségek, hányás, csuklás; has puffadt, igen érzékeny, tapintás lehetetlen; egy ujnyi méhszáj, semmis méhtevékenység. Magas beöntést adnak, mert bélelzáródásra gondolnak. Analepticumok. Hő normalis.

Következő napra a nő kissé összeszedi magát, hányás stb. csökken, bélhuzam át nem járható, szülési fájdalmak, méhszáj két ujjnyi.

Negyedik napon az erőhanyatlás fokozódik, has ad maximum növekszik.

Bemutatót ezen nap estéjén hívják a beteghez. Láztalan állapot, 140—150 gyönge pulsus, folytonos csuklás, nehéz légzés, has ad maximum tágult, kevéssé érzékeny, benne határozottan nagyobb mennyiségű szabadon mozgatható folyadék mutatható ki; a köldök s a symphysis közti terület resistensebb, tompa kopogtatási hangot ad; részleteket, határokat a rendkivül feszes hasban kimutatni nem lehet. Szülőfájások.

Három ujjnyi elvékonyodott szélű méhszáj, álló burok, melyen át egy feltünően szabadon ballottálható magzatrész (fej vagy far) érezhető.

Felkél a gyanú arra, hogy koraibb terhességgel van dolgunk, a mire mutat a havibaj járása, a magzatmozgás első érzésének ideje s e mellett egy folyadékot tartalmazó daganata volt a betegnek, mely már a terhesség bekövetkezte előtt nagyobbította a has térfogatát, a mely tünetet a férj s a beteg terhességnek vélt, másrészt a megbetegedés első óráiban előhivott orvos egy a gyomorgödörig érő s általa terhes méhnek tartott rugalmas képletet talált, mely másnap a collapsus idején már nem volt tapintható; e mellett az egész tünetcsoport azon feltevésre vezet, hogy ez esetben egy daganat volt a terhes méh mellett, melynek torsiója, majd consecutiv rupturája következett be.

A késő éjjeli órákban minden készültség nélkül hasmetszés nem végezhető, de helyesebbnek is látszik előbb a méh kiürítése, a mi után a diagnosis is biztosaban állapítható meg.

Burokrepesztés: bő magzatvíz, elölfekvő far, egyik láb lehúzása. Magzat 6 hónapos, lassú extractio. Lepény egy órával később születik meg, kevés vérzés. Szülés után a has feszülése csökken, beteg némileg megkönnyebbültnek érzi magát. A hason át való tapintás még most is lehetetlen.

Éjjelre laudanum, pezsgő. Az éjet nyugodtan tölti, hányás nincs; az aludttejet, pezsgőt megtartja.

Másnap (a betegség 5. napján) légzési nehézségek fokozódtak, folyton csuklik. T. 36·5, p. 140, gyenge, eszmélet zavartalan. Állapot desperatus, a peritonitis halad; a suffocatio veszélye beavatkozást tesz szükségessé.

A vidéki kartársak olyan műszertárt, sterilisatort stb. tudtak rendelkezésére bocsátani, hogy a laparotomiához hozzáfoghatott. Hasmetszés cocain-anaethesiával, majd gyenge narcosis-chloroformmal. A hashártya megnyitása után 15—20 liter genyes váladék, sűrű, nyúlós colloiddal keverten; kiürítés után a tapintó kéz egy a hasfallal, csepleszszel, béllel összenőtt baloldali tumort érez, melynek két ujj széles kocsánya egy teljes csavarodást szenvedett, fala vérömlenyes, nekrobiotikus. A daganatban egy ujjnyi s e mellett több apró (rostaszerű) nyilás, a melyen át tartalmának jó része a hasűrbe ömlött. Leválasztás, alákötés. A hasűrt lehetőleg kiürítjük. Tekintettel arra, hogy a hasűr tisztára nem törülhető, hogy a belek erősen belöveltek, peritonitis van jelen, nem zárja a hasűrt, hanem Mikulicz-féle tamponnal biztosítja a kivezetést.

Beteg a műtét után kissé összeszedi magát; majd azonban ismét előtérbe lép a peritonitis, s a beteg 48 óra mulva meghalt.

A leirt eset diagnostikus szempontból is érdekes. Nem tartja valószinünek, hogy a kis gyermek rúgása hozta létre a repedést; valószinűbb az, hogy előzetes torsio okozta vérömleny következménye volt az.

Fibromyoma cysticum.

Tóth István: L. S., 52 éves, II P., utolsó 24 év előtt. 6 év óta climax, azelőtt rendes hószám. 4 év óta hasa lassan, de egyenletesen nő, 7 hó óta rohamos növekvés, gyakori rosszullét, hányás, légzési nehézségek, gyakran kénytelen feküdni, makacs székrekedés, gyakori vizelési inger.

Mérsékelten lesoványodott, gyenge nőbeteg. Nagy diónyi köldökséry: a tágult hasat egy a gyomorgödörbe felterjedő, több osztatú rugalmas daganat tölti ki, tapintata nagy feszülés alatt álló folyadékra, vastag falzatra vall. Mérsékelt ascites.

Szűk hüvely, mely közvetlen a symphysis mögött meredeken halad fel jobbra, kis mogyorónyi, lapos, csak nehezen elérhető portio, méh külön nem tapintható, elvész a daganatban, de határai a daganat alsó jobboldali felszinén jelezhetők, ide vezet a méhkutató is. Diagnosis: fibroma cysticum. A gyors növekvés, nyomási tünetek indicálják a beavatkozást.

Hasmetszés a hibás köldökön át, 700—800 gm. ascites; a daganaton cseplesz; béltapadás; a megkisebbített tumort kiemeljük; fibroma cysticum, mely a méhtest mellső falából fejlődött ki; érdekes, hogy a vékony méhnyak körül közel 180° csavarodást szenvedett az egész képlet; hólyag hátra-jobbra vongálva. Typikus hysterotomia, de később a tumor felmetszése után gyanú kelvén rosszindulatúságra, a csonkot is kivette, körülöltvén a hüvelyboltozatot, melynek falait a hüvely felé vezette ki, a peritoneumot felette zárta. Teljesen zavartalan, láztalan gyógyulás.

A daganat közel két emberfej nagyságú, több kisebb s egy nagyobb rekeszből áll; ez utóbbi belsejében mállékony, necrobiotikus szövetrészletek, falzata czafatos, míg a kisebb üröké sima. A nagy rekesz tartalmazta a fentemlített 8—9 liter véres savót. A mikroskopikus vizsgálat szerint a daganat fibroma cysticum teleangiectaticum

Myofibroma cervicale két praeparatuma.

Dirner Gusztáv: *a)* Az első egy 40 éves III P.-tól való, utolsó 11 év előtt. Vizsgálatnál a symphysis fölött meg tudta különböztetni a méh testét, mely egy látszólag mögötte s alatta a kis medenczében ülő tumoron mozgatható volt. A vagina felől egy elastikus, határozottan fluctuáló daganatot talált, mely mélyen lenyulva, az egész kis medenczét kitöltötte, kiszorítva a méhet, melynek portióját csak nehezen tudta a symphysis mögött, annak felső széle magasságában elérni. Ebből retroperitonealis cystára következtethetett csak és ebben a tudatban fogott a műtéthez. A has megnyitása után azonban az uterus mellett annak ép adnexáit ismerte fel és a peritoneum alatt egy fluctuáló daganatot talált. Sem az anatomiai viszonyok, sem a subjectiv panaszok nem szóltak myoma mellett, mert a mensesek rendesek, bár kissé bővebbek voltak s egy év óta csupán 2—3-szor volt a nőnek vizeletrekedése, úgy hogy csapolni kellett. Hirtelenében azt a conclusiót vonta le, hogy talán echinococcus tömlővel áll szemben s elhatározta, hogy azt a hüvely felől nyitja meg és ha lehet fejti is ki.

A próbapunctiónál tiszta sárgás folyadékot nyert. Jól hozzáférhető lévén az elődomborodó hátsó hüvelyboltozat, ott egy hosszmetszéssel behatolt a daganatig s kezdte annak egy körsegmentumát tompán lefejteni. Csakhamar meggyőződött azonban ennek lehetetlenségéről. A daganatba bemetszve, csak igen kevés folyadék ürült ki. Ekkor lett csak világossá, hogy cystikus fibromyomával van dolga. Elejétől kellett tehát hozzáfogni e tumor kiirtásához, a mi természetesen csak a méh totalis exstirpatiója mellett vált lehetségessé.

Az operatiónál a két peritonealis szélt sero-serosus szűcsvarratokkal egyesítette, t. i. úgy, hogy a hashártya szélét mintegy beszegve varrta egymáshoz. A holt űrt lazán tömött jodoformos gaze-zel a hüvely felé drainezte. A hüvely hátsó fala hosszmetszetét összevarrta. Beteg simán gyógyult.

A górcsövi vizsgálat, melyet Minich dr. végzett, kiderítette, hogy a daganat egy fibromyoma teleangi- et lymphangiectaticum et inde partim cysticum.

b) Ezen eset után nehány nappal Bartha tanár szívességéből az ő osztályán hasonló fejlődésű fibromyomát látott, melyet együtt operáltak meg. A praeparatum egy 26 éves 0 P.-tól való. Az anamnesisből érdekes, hogy a nő, ki két év előtt ment férjhez, miután daganata, melyről előbb tudomása sem volt, az utolsó évben látszólag gyorsabban nőtt, magát terhesnek tartotta, miben orvosai is megerősítették, mert emlőiben tejet találtak. Tisztulás erős, egy év óta rendesen görcsökkel járt, morphium-injectiókat is kapott.

A daganat a cervix hátsó falából fejlődött és a corpust feltolta a symphysis fölé, a hol ki is volt tapintható. A tumor kiválóan fibrosus, tömött s itt különben sem lehet kétség annak természete iránt. A fibroma mellett az egyik oldalon egy kis ökölnyi parovarialis cysta, a másik oldalon diónyi sacto-salpinx is volt. Az eset tökéletes prima intentióval gyógyult.

A petefészek dermoid elfajulásának két ritkább alakja.

Bäcker József: 1. P. H.-né 47 éves II P., utoljára 3 év előtt. 20 év óta vizeletcsurgása van; orvosa állítása szerint 10 év óta köve van. Az egy ujj számára átjárható urethrán át a hólyagba jutva, egy közel lúdtojásnyi kőre akadt, mely rétegesen leválik s alatta kitapintható a hólyag vertexének hátsó segmentumából kiinduló polyposus daganat, mely teljesen kővel van borítva. A hólyagot kiöblítve, a tág urethrán át kényelmesen le voltak szedhetők polypfogóval a kövek s ezután a következő megszabaditott tumort Muzeux-vel megragadva, egy selyemfonalat áthúzva, lekötötte és levágta. A csonkon visszamaradt a hosszúra hagyott selyemfonál. A tumor jó galambtojásnyi, külső felszinén két fog és hosszú szőrök láthatók; solid, belsejében csontmagvak érezhetők. Tehát a húgykövek magvát egy a hólyag falával összefüggő dermoid alkotta, mely kocsányos alakjánál fogva a rendkivül ritka primaer hólyagdermoidok közé látszott tartozni. A rendkivül cachectikus beteg műtét után láztalan, de rendkivül gyenge, minden táplálékot kihány és 8 nappal később marasmus tünetei közt meghal.

Rendkivül érdekes a sectio azon adata, hogy a jobboldali rendes nagyságú ovarium a húgyhólyag azon részéhez volt odanőve, a honnan kiindult a polypszerű álképlet; tehát a dermoid nem primaer, hanem ovarialis eredetű s a hólyagba áttört alak volt. Különben az évtizedek óta fennálló bajnak megfelelő volt a sectio többi lelete, t. i. pyelonephritis et cystitis chron. Calculi et arena renalis phosph. Catarrhus ilei. Atrophia universalis.

2. Sz. M.-né, 27 éves, I P. 10 hó előtt; szülés és gyermekágy rendes. 8 hó előtt 5 hétig feküdt hashártyagyuladásban, de azután 3 hóig jól érezte magát. 4 hó óta veszi észre, hogy hasa nagyobbodik. F. év augusztus 10-dikén vétetett fel cystoma ovarii lat. dextri diagnosissal. A tumor három ujjnyira közelitette meg a köldököt. A műtét november 12-dikén végeztetett. Már a praeperitonealis kötőszövet véressavós beszűrődést mutatott. A hashártya mindenütt szorosan odanőtt a cystafalhoz; ez odanövést egyelőre változatlanul hagyva, átmetszése a tumor közel 1 cm. vastag falának, mire körülbelül 1½ liter piszkos, vörhenyes, barna folyadék ürül ki. A tumor fala két rétegből áll. A belsőt óvatosan lefejtve, egy körülbelül emberfejnyi hólyagot húzott ki; belsejében egy körülbelül 2 cm. hosszú, embryóra emlékeztető képlet volt. A tumor kihámozása után kitünt, hogy a tumor kisujjnyi, sorvadt kocsány útján függ össze a méh jobb szélével. A kocsány sorvadását 2½-szeres jobbról balra való csavarodás okozta. Lekötés és

lemetszés. A másik oldalon levő, salpingo-oophritis képét mutató adnexumok szintén eltávolíttattak. Zavartalan gyógyulás. A tumor belső felszinén szőrpamatokat talált, s a medenczo felé néző részében szintén porcz- és szőrképletek voltak kimutathatók, fog- és csontállomány nélkül. Tehát egy cystosus daganat falában solid dermoid-képlet foglal helyet, mely a dermoidok legritkább alakja.

Retroperitonealis tumor.

Bäcker József: P. A., 62 éves, hajadon. F. év október 7-dikén jelentkezett. Utolsó menses 12 év előtt. Tavasz óta észleli hasa növekedését. A hasban a köldököt négy ujjnyira meghaladó, gömbölyded, elastikus, de egyenetlen consistentiájú tumor, mely helyenkint undulatiót mutat, másutt apróbb kemény göbök érezhetők benne. A köldöktájon a hasfal bőre nehezen mozgatható el a tumor fölött. Kopogtatási hang tompa, körülötte dobos. Combinált vizsgálatot megnehezíti a medenczébe nyúló daganat, mely a kis, atrophikus uterust kissé jobbra és hátrafelé tolja. Kocsányos összeköttetés nem mutatható ki, de a tumort, helyzete után itélve, ovarialis eredetűnek gondolták.

Hasmetszés október 11-dikén. A tumor falában az edények kétrétegű lefutása az intra-, ill. retroperitonealis jelleget mindjárt elárulta. A retroperitonealis tumor könnyen volt kihámozható, főtömege a flexura sigmoidea mesocolonjába nőtt be. Kiemelésekor egy három ujjnyi kocsány képződött, mely a vesetájjal függött össze s lekötés nélkül vált le a vesetokról. A tumor eltávolítása után a vesemedenczén közel 3 cm.-nyi hasadás látható; ennek egyesítése után nehány öltéssel a vese zsíros tokját varrják a helyére, s végül a tumor borítékát képező peritonealis lebenyeket megkurtítva, egyesítik. Zavartalan gyógyulás. A vesedaganat szövettani diagnosisa: Sarcoma.

Közkórházi orvostársulat.

(VII. bemutató szakülés 1898. április 20-dikán.)

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

(Folytatás.)

Adatok a budapesti kéjnők statistikájához.

Pálka Géza: (Lapunk más helyén egész terjedelemben közölni fogjuk.)

Carcinoma gelatiniforme infiltrans uteri, perforatio spontanea, peritonitis; resectio portionis pyloricae ventriculi, gastro-duodenostomia sanata.

Minich Károly: Cs. Mária, 47 éves cselédet 1897. év tavaszán Herczel osztályán pylorus carcinomája miatt megoperálták és ez alkalommal a gyomor pylorikus részletét kiirtva gastro-duodenostomiát végeztek rajta. A műtét után zavartalan gyógyulás per primam; a kiirtott gyomorfalban az egész falat elfoglaló carcinoma gelatiniforme volt jelen és ezen kórismét a szövettani vizsgálat is megerősítette. A gyógyult beteget Herczel tanár a kir. orvosegyesület 1897. április 3-dikán tartott ülésén be is mutatta. A jelen év első hónapjában ezen beteg újolagosan fellépett hasfájdalmai miatt a szt. Margit-kórházba vétette fel magát, a hol egyfelől diffus peritonitis jelenségeit, másfelől pedig egy műtétre nem alkalmas méhrákot kórisméztek nála. Ezen beteg 1898. január 10-dikén a kórházban elhalt és a megejtett bonczolásnál a következő lelet találtatott: A nagymértékben lesoványodott női hulla halvány, a hasfal középvonalában egy 10 cm. hosszú, a köldökön át haladó síma fehér hegvonal, a hasűr kis medenczei részében kevés genyes rostonyás izzadmány, a foltonként élénk-pirosan belövelt hashártyán kevés genyes rostonyás lepedék, a mely a vékonybeleket egymással lazán összetapasztja; a méh gyermekfejnyi, a kis medenczét teljesen kitölti, a fali hashártyával oldalt és hátul a végbéllel hártyásan összenőtt, a Douglas-űr ez által nagyobbrészt elzárt, a méhfenék bal széléhez vékonybelek tapadvák rostonyahártyák segélyével és ezek eltávolítása után egy 5:1 cm. méretű tölcsérszerű rés mutatkozik a méhfenéken; a résnek szélei lepedékesek, mállékonyak, részben szenyes sárgásszürkén színeződtek és a rés a mélység felé egy kisujjnyi csatornába folytatódik, a melybe bevezetett sonda a középvonal és jobb felé tolható előre. A mellső hasfal a leirt hegvonal táján tenyérnyi területen a zsigerekkel összekapaszkodott; a gyomor legnagyobb része a hasfalhoz és máj alsó felületéhez tapadó hártyák miatt nem látható, az igen kicsiny kis ökölnyi gyomorfenék a bal bordaív alatt tünik elő, felülete sima, kevés genyes rostonyás izzadmánynyal bevont. A mellkasi szervekben sorvadásos jelenségeken kivül kóros elváltozás nincsen. Lép kicsiny, vesék épek. A máj kicsiny, a gyomorral és a rekeszszel kötőszövetesen összenőtt, sorvadt. A gyomor 18·7 cm. méretű hengerded képletet alkot, a melynek felső vége a fenéknek felel meg, míg a köldök alatti tájon a hasfalhoz nőtt, alsó csúcsa a resecált pylorusrészlet maradványa által képeztetik; ezen alsó csúcs diónyi kitüremkedésként tünik elő, a mennyiben a gyomor hátsó falán a cardiához közelebbi helyen találjuk a pylorikus szájadéknak megfelelő nyilást; a gyomornyákhártya mindenütt halvány, kissé duzzadt, hosszirányú ránczokba szedett, a mellső falon a kitüremkedésszerű alsó csúcsban és fölötte egy kissé kiemelkedő nyákhártyaredő mellett sima és rögzített hegvonalat látunk, a mely a gyomorfallal és a hasfallal hegesen összenőtt, rögzítve van; a kitüremkedés csúcsában pedig babnyi heges csomó érezhető. A nyombél a gyomor hátsó falából 9 cm. kerületű oly nyilással ered, a mely a cervixtól 8 cm.-nyire fekszik; a gyomor és bél nyákhártya találkozási helyén egy sánczszerűen előemelkedő redő mellett, vonalszerű rögzített hegesedés van és ebben néhány varrat maradványaként szürkés és fekete fonalak ismerhetők fel; a gyomorfal többi rétegei mindenütt kissé vékonyabbak, újképletes elváltozás a resectio helyén nincsen jelen. Belekben eltérés nincsen, a nyákhártya ép. Hasnyálmirigy vérszegény. A hashártyamögötti mirigyek közül néhány babnyi nagyságúban egyes kocsonyásan áttünő áttételi góczok. Fodormirigyek kicsinyek. A méh a nyakcsatornával együtt 15:15:14 cm. méretű, gömbölyded, hullámzóan lágy tapintatú, a savós borítéka vékonyodott, részben halvány, részben belövelt, mindenütt kocsonyásan áttünő és egyes babnyi, diónyi szürkés kiemelkedésektől egyenetlenül dudorzatos; a leirt tölcsérszerű nyilás környezetében, valamint a hátsó felületen krajczárnyi területen a savós hártya szürkés-sárga, fakó, lágyult és törékeny. A kürtök, petefészkek nem találhatók, helyükön egy nagyobb ugyancsak kocsonyásan áttünő dudorzatos kiemelkedés van, a mely a szomszédsággal hártyásan összeforrt. A méhfalzat a fenéktáján 3 cm.-nyi, mellül 6 cm. vastag, míg a belső méhszájtól a portio vaginalisig a falzatvastagság 2½, illetőleg 1½ cm.-nyi; ezen falzat mindenütt szürkésen áttünő kocsonyás szövetté alakult át, a melyben egyes keskenyebb-vastagabb kötőszövetes léczek hálózatos elrendeződésben mutatkoznak; az igy keletkezett hézagokból az egészen lágy, kocsonyás, rezgő, enyvszerű anyag a metszéslapon többé-kevésbbé elődomborodik, részben ki is folyik; a méh izomszövetének csak a mellső fal nyakcsatornával szomszédos részében találjuk nyomát, a mennyiben e helyütt a hashártyai boríték alatt 2—3 mm.-nyi réteg alakjában kevés izomszövetre akadunk, a mely legyezőszerűen sövényekre oszlik és egyes szigetekben kocsonyás anyagot fog közre.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

1475/1898. szám.

A lemondás folytán üresedésbe jött **gyantai körorvosi állásra** pályázat nyittatik.

Felhivatnak a pályázni óhajtók, hogy az 1876. évi XIV. és az 1886. évi I. t.-cz. értelmében szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényüket folyó évi **junius hó 8-dik** napjának d. u. 5 óráig a főszolgabirói hivatalhoz nyujtsák be.

Ezen állás 720 frt 96 kr. készpénz fizetéssel, Gyanta községben lakással, 20 kr. vényirási, 40 kr. látogatási és a hivatalos látogatások alkalmával községi ingyen fuvarral van egybekötve. Körorvos a hivatalos látogatási napokon kivül teljesitendő gyógykezeléseiért a nagyváradi kerületi betegsegélyző pénztártól, a nagyváradi lat. szert. káptalani uradalom kisházai gazdaságától és az egészségügyi körhöz tartozó községek lakosaitól mintegy 400 frt jövedelmet remélhet.

Tartozik a megválasztott körorvos a körhöz tartozó: Gyanta, Kápolna, Belényes-Széplak, Kisháza, Karaszó, Petegd, Mocsár, Kocsuba, Urszád, Sólyom, Belényes-Szent-Miklós, Belényes-Orvényes és Havas-Dombrovicza községeket havonta egyszer, járvány esetén havonta többször is hivatalból meglátogatni.

A választás folyó évi junius hó 11-dik napjának d. e. 9 órakor Gyanta községházánál fog megtartatni.

Megválasztott körorvos a választás jogerőre emelkedése után állását azonnal elfoglalni köteles.

Tenke, 1898. május hó 10-én.

3—1 *A főszolgabirói hivatal.*

4123/98. kig. szám

Temes vármegye, fehértemplomi járásához tartozó, lemondás folytán megüresedett **károlyfalvi körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A körorvosi járandóságok:

Évi fizetés 600 frt, lakbér 200 frt, a nappali látogatási dij 40 krban, az éjjeli átogatási dij 1 frtban és a halottkémlési dij pedig 40 krban van megállapitva.

Mig az állatorvosi állás betöltve nem lesz, a hússzemlélés után évenként 150 frt jár.

A kör székhelye: Károlyfalva, a melyhez a 4 kilométer távolságra eső állami út mellett fekvő Temes-Miklós község tartozik; a két község lakosságának száma 8000.

Károlyfalván nagy heti- és országos vásárok vannak; székhelye a kir. járásbiróságnak, kir. tkvi hatóságnak, m. kir. csendőrőrsparancsnokságnak, van posta- és távirda-, nem különben távbeszélő-hivatal. Ugy Károlyfalva, mint T.-Miklós vasúti állomással bir.

Károlyfalván németek és Temes-Miklóson oláhok laknak, minélfogva a német és román nyelveknek birása feltétlenül kivánatos. E nyelvismeretek birása igazolandó.

Pályázati határidő: **1898. évi junius 5-dike.**

A választás határnapja és helye 1898. évi junius 8-dika, d. e. 10 óra, Károlyfalva községháza.

Felhivom pályázókat, miszerint a képesitettségüket igazoló okmányaikkal és szolgálati bizonyitványaikkal felszerelt kérvényüket az adott határnapig hozzám beterjeszszék.

Fehértemplom, 1898 május 5.

3—1 *Somogyi Gyula*, főszolgabiró.

3925/1898. sz.

A járásomba beosztott, népes puszták által környezett és magában is a 3000 lelket meghaladó **Jászkerekegyház nagyközség** üresedésbe jött **orvosi állására** ezennel pályázatot nyitok.

Ezen állás javadalmazása a következő:

1. Tiszti fizetés évi 600 frt.
2. Látogatási díjak vényirással:
   a) a községben nappal 30 kr;
   b) a községben éjjel 50 kr;
   c) a tanyákon nappal 40 kr;
   d) a tanyákon éjjel 80 kr;
3. Halottkémlésért 20 kr.
4. Orvosi látlelet kiállításáért 1 frt.

Ha az orvos a segédkezést saját lakásán teljesiti, nemkülönben a 7 éven aluli gyermekektől is a 2. *a)—b)* alatti dijazás fele jár. Vagyontalan betegek ingyen gyógykezelendők.

Felhivom tehát mindazon orvostudorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy okmányolt kérvényüket hozzám folyó évi **junius hó 6-dikáig** bezárólag mutassák be.

Kún-Szent-Miklós, 1898. május hó 14-én.

2—1 *Szondy Dénes*, főszolgabiró.

Negyvenkettedik évfolyam. 22. szám. *Budapest, 1898. május 29.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

KIR. MAGYAR TUD. EGYETEM
II. SEBÉSZETI KLINIKUM

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HŐGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Purjesz Zsigmond: A pellagra kérdése hazánkban. 258. l.
Jutassy József: Hypertrichosis gyógyitása Röntgen-fénynyel. 260. l.
Kollarits Jenő: Közlemény a budapesti kir. magyar tud. egyetem II. belklinikájáról (Kétly Károly tanár.) A Basedow-kórról. 261. l.
Bosányi Béla: Fürdőorvosi tapasztalatok. 263. l.
Tárcza. *Marschalkó Tamás:* A pellagra Erdélyben. 264. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Dr. E. Gurlt:* Geschichte der Chirurgie und ihrer Ausübung. — *Lapszemle. Cipriani:* A pustula maligna kezelése chinosollal. 265. l.
Hetiszemle és vegyesek. Korányi Frigyes tnr. elnöki megnyitója. — A főváros egészsége. — 50 éves jubileum. — Utazó-ösztöndij adományozása. — Egyetemi alkalmazások. — Közkórházi orvostársulat. — Trachoma-tanfolyam. — A gömörmegyei közkórháznak kimutatása. — Áthelyezés. — Fürdőorvosok. — Gleichenberg gyógyfürdő. — Szt. Lukács-fürdő. — Herczel dr. — Baumgarten Samu dr. 266. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A pellagra kérdése hazánkban.[1]

Purjesz Zsigmond dr. tanártól.

Tisztelt szakülés! Néhány kóresetet szándékozom a t. szakülésnek bemutatni, melyek úgy hiszem nagymértékben megérdemlik több tekintetből szives figyelmüket.

Nehány héttel ezelőtt, rövid nehány napi időközben, Kolozs vármegyének egymással szomszédos három községéből négy beteg jelentkezett a kórodán. A kórtünetek, melyek náluk észlelhetők voltak, a fokbeli különbségtől eltekintve, azonosak voltak és igy talán szivesebben látja a t. szakülés. ha a kórtörténet kissé hosszadalmas előadása helyett, azonnal reá térek a szembeötlőbb tünetek részletezésére.

Valamennyi betegnél a kézháton a bőr az alkarra kisebb-nagyobb mértékben felterjedőleg erősen megbarnult; ez enyhébb esetben, melyet szerencsém van itt bemutatni, ezen barnás szineltérésen kivül még csak az tünik fel, hogy a bőr meg van vastagodva, érdes, pergamentszerű. Ebben a súlyosabb esetben, melyet figyelmükbe ajánlok, már a kézháton és az ujjak háti részén a bőr jóval vastagabb, inkább barnás-vöröses, sőt a kézhát közepe táján mintegy ezüstforintos kiterjedésében élénk pirosas és mintha az epidermis hámlásnak indult volna; egyúttal látni, hogy különösen az ujjakon a vastag bőr mély repedéseket mutat (rhagades). Eme még súlyosabb esetben a bőr beszűrődöttsége még kifejezettebb, úgy hogy az izületek contourjai ki sem vehetők, a rhagades, különösen az ujjak izületeinek megfelelőleg és a tenyéri felületbe mintegy átmenve, kifejezettebbek; egyúttal látjuk, hogy nem úgy mint az előző két esetben, hol a tenyér bőrének inkább halvány, sima és puha volta tünt fel szemben a kézhát barna, vastag érdes bőrével, már a tenyéren és az ujjak hajlító oldalán is kemény a bőr, repedezett, vastag czafatokban hámlik; egyes helyeken az irha egészen szabadon fekszik, mig más helyeken vastag, majdnem szarúkeménységű, sárgás-szennyes színű pörkszerű anyag található, mely némely helyen, főleg az ujjakon, egész 1 cm. hosszú, fél cm. széles és majdnem oly vastag tömegeket képez. Jól látni, hogy bár ennél a férfibetegnél a tenyér bőrén a vastagodás, repedezés és hámlás elég jól kifejezett, a barnás színezés mégis csak a kézhát és az alkar említett részének bőrére szorítkozik. Eme legsúlyosabb eltéréseket mutató nőbetegnél, méltóztatnak látni, hogy a kéz háti és *tenyéri* oldalán, nemkülönben az ujjakon az irha nagy kiterjedésben szabadon fekszik, mintha nyúzva volna, úgy azonban, hogy ezen részek nem mindenütt képeznek egy folytonosságot, hanem helyenként barna, vastagon beszűrődött bőrrészletek vagy az előbb mondott és bemutatott sárgás szennyes pörkök által vannak elválasztva egymástól; a repedezettség, a czafatos hámlás itt is észlelhető; helyenkint pedig mogyorónyi, zavaros bennékű hólyagok láthatók.

Úgy ezen, mint a még később emlitendő betegek nagy részénél még az arcz bőrén is észlelhetünk eltéréseket. Nevezetesen vagy csak az orr bőrén és pedig majd csak az orr porczos, majd egyúttal a csontos rész és az orrszárnyak bőrén, nemkülönben a járomcsont fölötti bőrre átterjedőleg, a bőr sötét barnásan, helyenkint barnás-vörösen színezett, megvastagodott, kérges, kemény tapintatú; láttam esetet, mely azonban nem jött a kórodára és igy nem mutathatom be, melyben az orr bőrének ez elváltozása a szemöldíven át egészen a homlokra is folytatódott, a midőn azután itt is ép úgy voltak azok az elváltozások láthatók, melyeket azonnal lesz szerencsém említeni. Majdnem valamennyi betegnél láthatjuk t. i., hogy az orrhát és orrczimpák, sőt némileg még a szomszédos arcz bőre is sűrűn egymásmellett álló, a faggyúmirigyekből kinyuló, sárgás-szenyes csapocskák által van ellepve, melyek nem könnyen törülhetők le, de egyenkint könnyen kihúzhatók, a midőn néha a faggyúmirigy tátongó nyilását lehet látni. Enyhébb esetekben e csapok kisebbek, de súlyosabb esetekben 1—2 mm. hosszúságúak is lehetnek és nagy, bizonyára több százra menő számuk által az orr bőrének különös küllemet kölcsönöznek.

Mint méltóztatnak látni, egy-egy esetben az állon, az ajak szélén, a szájzúg körül, nemkülönben a nyakon, egy esetben még a tarkón is megvastagodott a bőr, barnásan, barnás-vörösen színezett, kemény, érdes tapintatú és némely helyen sárgás-szennyes pörkkel fedett, másutt kisebb-nagyobb, elég vastag czafatokban hámlik.

E betegek valamennyien határozottan azt állitják, hogy soha ezelőtt hasonló betegségben nem szenvedtek és hogy ez az idén néhány hét óta mutatkozik náluk.

A t. szakülés csak természetesnek fogja találni, ha nálunk feltünést keltett az, hogy ilyen szokatlan kóralakkal, melynek természetére nézve később még vissza fogok térni, három szomszédos községből egyszerre jelentkezik több beteg. E tünődésünk még fokozódott, midőn kérdezősködésünkre a betegektől azt hallottuk, hogy az ő községükben még több ilyen beteg is fordul elő. Hogy ennek a valóságáról és egyidejüleg több más viszonyokról is meggyőződést szerezzünk magunknak, több tanár- és orvostársammal, a megyei főorvos kalauzolása

[1] Előadatott az Erdélyi muzeum-egylet orvos-természettud. szakosztályának 1898. május 20-diki ülésén.

mellett az elmult héten kirándultunk Oláh-Bikalra, a hol tényleg találtunk még hét, egészen hasonló eltéréseket mutató beteget, kik közül kettőnél még a lábfőn is voltak a kézháton levőkhöz hasonló elváltozások.

Időközben nálunk a benfekvő betegek száma hatra szaporodott, kettő tegnap jelentkezett az ambulantián és három Marschalkó tnr. úr osztályára vétetett fel s kiket a tanár úr a mai ülésre szíves volt idehozatni, úgy hogy rövid idő alatt összesen 19 beteg került szemünk elé, nem szólva arról az esetről, mely a mai ülésen *Lechner* tnr. úr osztályáról szintén be fog mutattatni és a ki oda más vidékről küldetett. Ez az eset, melyet nekünk *Lechner* tnr. úr szíves volt még előbb, semmint a most általam bemutatott esetek jelentkeztek volna, demonstrálni, a maga jól kifejezett mivoltában kétségtelenül nagyban hozzájárult ahhoz, hogy ezen szokatlan kóralakkal szemben azonnal tájékozódhassunk.

Szándékosan irtam le ezeket a részleteket t. sz. olyan körülményesen, miután úgy hiszem, hogy ily módon leginkább fog a t. szakülés velem együtt arra a meggyőződésre jutni, *hogy egy nálunk eddig elő nem fordult kóralaknak mondhatni tömeges megjelenéséről* lehet szólni. Hangsúlyozva mondom, hogy eddig elő nem fordult kóralak, mivel sem nekünk nem volt alkalmunk ilyent észlelni, sem a betegek lakóhelyén gyakorló orvosok nem láttak ilyeneket, de meg a betegek is egytől-egyig határozottan azt vallják, hogy náluk e bántalom ez idén először mutatkozott, valamint nem tudnak arról mit sem, hogy a falubeliek között valaha előfordult volna.

Arra nézve, hogy milyen kóralakkal van dolgunk, leginkább azon (sit venia verbo) szerencsés véletlen által adhatjuk meg a feleletet, hogy egyszerre több ilyen eset jelentkezett és igy a tünetekre nézve egymást mintegy kiegészitik.

Ha csupán a legszembeötlőbb tünetek anatomiai viszonyait és azok megjelenési helyét veszszük tekintetbe, úgy be kell vallanom, hogy a kézen és az arczon előforduló pir, beszűrődés, hámlás stb. még leginkább emlékeztet az erythemára és részben az erysipelasnak bizonyos torpid chronikus alakjaira, de azért teljesen még sem felel meg egynek sem. Jól kifejezett esetekben, mint a minő volt pl. a kórházba jövetele alkalmából ez a nő, a kézhát bőrének intensiv beszűrődése jóval túlhaladta azt, a mit erythemáknál szoktunk látni és mégis a környezethez való viszonya, tapintata és az erysipelas többi tüneteinek hiánya által, utóbbitól nagyon is eltért.

Idült eczemával szintén nem téveszthető össze, sem hólyagcsák, sem viszketés, sem vakarási nyomok nincsenek jelen, a mik ilyen helyen levő eczemánál alig hiányoznának. Rhagades az emlitett bántalmaknál szintén fordulhatnak elő, de ilyen mélyrehatók, mint a minőket itt észlelünk és ilyen számban alig találhatók. Sajátszerű az a vastag, majdnem szarúkeménységű, sárgás-szennyes pörkszerű állomány is, mely helyenkint leginkább az ujjakon látható.

Feltünők az orron megjelenő és néha még a homlokra is átterjedő pirosas bőrön nagy mennyisegben egymás mellett álló, sárgás-piszkos színű csapok, melyek a faggyúmirigyekből kandikálnak ki és mi által ez a terület némileg a tallóhoz hasonlit.

Mindezek alapján a bőrnek oly különböző helyein megjelenő elváltozásait sajátszerűeknek kell tartanunk, melyekről nem mondom, hogy egyik-másik tulajdonságaikra nézve nem hasonlitanak más ismert kóralakok némelyikéhez, de összeségükben azoktól mindamellett még a helyi jelenségekre nézve is eltérnek. Egy — a bőrön észlelhető elváltozáson alapuló — esetleges elnevezéssel, mint a minő pl. erythema solare, még akkor sem tarthatjuk e tünetek jelzését kimeritettnek, ha számba veszem is azt, hogy ez elváltozások tavaszkor jelentkeztek és főleg oly helyeken mutatkoznak, melyek a nap behatásának ki vannak téve, mint az arcz, a kézhát, a nyak. Hogy azonban ezek nem csupán napsütötte helyeken fejlődhetnek, azt legjobban illustrálja ez a nő- és ez a férfibeteg. A nőnek alhasán felfelé a két spina ossis ilaei anterior superiort összekötő vonal által határolva, leterjedőleg a czombok belfelületére és a nagyajkakra ugyanazok az elváltozások, pir, beszűrődés, hámlás, rhagades észlelhetők, mint a minők a kézháton voltak és melyek a kórházban való tartózkodása alatt egyszerűen jó táplálás és indifferens kezelés mellett ép úgy gyógyultak, mint ezek, még a gyógyulás haladásának fokára nézve is lépést tartva egymással. Ez a férfi, kinek kezén és pedig úgy a kézháton, mint a tenyéren ez elváltozások igen jól kifejezetten észlelhetők, ez idén a szabadban még nem is dolgozott, de még ha dolgozott volna is, a napsugarak ép oly kevéssé hatottak a tenyerére, mint ennek a nőnek a hasára és a czombok belfelületére és nemzőrészeire. De ha ez a nő véletlen épen testének ezen részeit tette volna ki a nap behatásának, úgy nem volna érthető, hogy határolódik pl. felfelé ezen elváltozás olyan élesen, mint ezt itt méltóztatnak látni.

Egy morbus sui generisnek kellene tehát a bőrön mutatkozó ezen helyi eltéréseket tartanunk még akkor is, ha önmagukban állanának fenn. Még inkább kell ezt tennünk, ha azt látjuk, hogy minő számos más tünetekkel társulva fordulnak elő.

Valamennyi betegnél találunk úgy az általános táplálkozás, mint az idegrendszer és az emésztési szervek működési zavaraira mutató jeleket, melyek esetenkint természetesen különböző fokban vannak kifejlődve és melyekre nézve — ha a kórrajzokat egész terjedelemben olvastam volna fel — meggyőződhetett volna a t. szakülés, hogy nem egyszer sokkal előbb vannak jelen, mint a bőrön mutatkozó eltérések.

Majdnem valamennyi beteg, a kit alkalmunk volt künn a falun látni, ép úgy mint a kórházban ápoltak, a rossz tápláltság, a vérhiány jeleit mutatják; a vér haemaglobin tartalma pl. ennél a gerőmonostori származású Veszár Vonneznál leszált 55%-ra. Mindannyi nagyon gyenge, egyeseknél az izomgyengeség nagyon feltünő; mindannyi többé-kevésbbé nyomott kedélyhangulatban van, mi különösen e bemutatott nőn volt a kórházba jövetelekor észlelhető; az a beteg pedig, kit *Lechner* tanár úr lesz szíves ma bemutatni, az elmezavar kifejezett tüneteivel került a kórodába. Egyeseknél hiányzik a patellaris reflex, másoknál az jól kiváltható; ép igy viselkedik a facialis mechanikus ingerlégenysége, mely egyeseknél hiányzik, másoknál jól kifejezett, mint a tetaniánál, úgy hogy ujjal, vagy kopogtató kalapácscsal ütést gyakorolva azonnal láthatjuk, hogy a facialis által beidegzett izmok gyors összehúzódást végeznek. Van e betegek közt olyan is, kinél a facialis-tünet csak az egyik oldalon váltható ki.

Majdnem valamennyi betegnél vannak, illetve jelen voltak jól kifejezett stomatitis tünetei; a nyelven mély barázdák észlelhetők. Kifejezetten észlelhetők továbbá a gyomor és bél működési zavarai, főleg hasmenés. Legfeltünőbb volt az e nőbetegnél, kinek még most is van naponta többször hig ürülése, melyet néha még most is maga alá ereszt.

Az elsorolt tünetek majdnem mindegyike kisebb mértékben van ma már jelen, mint volt akkor, midőn a betegek a kórházba jöttek. Igy pl. némely betegnél a kézen, az arczon előfordult elváltozásoknak csak nyomát látjuk annak, a mi bejövetelük alkalmával észlelhető volt; de a javulásban legelőbbre haladottnál is más tapintatú a kézhát, mintegy pergamentszerű, most már jóval vékonyabb kérges és barrásan festenyzett bőre, mint a minőknek a parasztoknak napbarnitott bőrét szoktuk találni. Ép úgy visszafejlődtek, vagy visszafejlődésben vannak az idegrendszeren és az emésztési szerveken mutatkozott zavarok.

Ha mindezen tüneteket nem egyenkint, hanem összegükben veszszük tekintetbe, már pedig, hogy igy kell őket elbirálnunk, az onnan is kitetszik, hogy — habár különböző fokban — valamennyi esetben jelen vannak: akkor úgy hiszem lehetetlen a fölött kételkedni, hogy egy sajátszerű kóralakkal, egy morbus sui generissel van dolgunk, mely eddig itt elő nem fordult és igy azt észlelni alkalmunk nem volt, de mely más országokban, mint Ausztriában, Romániában, Olaszországban, Spanyolországban elég nagy számban fordul elő t. i. *a pellagrával*.

Szándékosan indokoltam t. szakülés a pellagra felvételének jogosultságát ez esetekkel szemben oly részletesen, részben azért, mivel, mint emlitém, ez a betegség nálunk nem észleltetett, részben pedig azért, mivel néhány év előtt még vita

tárgyát képezte az Orvosi Hetilap hasábjaiban nemcsak az, hogy hazánkban fordul-e elő pellagra, hanem még az is, hogy általában jogosult-e a pellagrának, mint külön kóralaknak felvétele; és ennyiben van e kérdésnek nálunk már irodalmi multja is, melyről nehány szóval megemlékezni annál inkább tartom kötelességemnek megemlékezni, mivel ez által alkalmam nyilik orvosi rendünk egyik igen tiszteletre méltó tagjának elégtételt szolgáltatni.

1885-ben megjelent tankönyvemnek pellagra-fejezetében tett egy megjegyzésem alapján t. i., melyet különben már a későbbi kiadásban rectificáltam, Nagy-Somkúton gyakorló orvos *Takács Sándor* dr. t. barátom indíttatva érezte magát arra, hogy e lapnak 1889-diki évfolyamában közölje tapasztalatait, melyek annak bizonyítására voltak hivatva, hogy a volt *Kővár* vidéken s a *Szilágyság* szamosmenti részén a pellagra egy igen gyakran előforduló s az emberiséget keservesen sujtó betegség. Igen alapos s mondhatom, hogy most, midőn magamnak is volt alkalmam hasonló eseteket látni, a leghűbbnek és legtalálóbbnak tapasztalt leirása némi vitát provocált az Orvosi Hetilap hasábjain, melyben *Róna, Schwimmer, Major* és újra *Takács* vettek részt, kik közül *Takács* és *Major* tapasztalataik alapján a bántalom létezése mellett szálltak sikra, míg *Schwimmer* a nélkül, hogy az eseteket látta volna, a pellagra létezését tagadta, hangsúlyozván, hogy a másutt is pellagra gyanánt leirt kórkép nem levén egységes, felesleges, hogy hazánkban egy új kóralakot honosítsunk meg.

A látott és bemutatott esetek alapján, melyek legelsőjét épen Takács dr. úr volt szíves az általa említett vidékről beküldeni, úgy hiszem nem lehet többé a felett kételkedni, *hogy hazánkban a pellagra már évek óta előfordul*, valamint nem lehet kételkedni a felett sem, hogy itt, t. i. Kolozsvár környékén ez a betegség az idén lépett fel először, és hogy az általunk látott esetek képezik az első példányokat. Ennek az utóbbi körülménynek megállapítása előttem igen fontosnak látszik. És ha ez alkalommal nem terjeszkedem is ki a pellagrát illő ismeretek részletes tárgyalására, úgy a t. szakülés ezt nekem bizonyára meg fogja bocsátani. Hiszen még sokkal rövidebb idő telt el azóta, mióta ez eseteket észleljük, semhogy egyebet mondhatnék, mint a mit mások leirtak. És ha mégis bátor voltam az esetek bemutatásával szíves türelmüket igénybe vanni, úgy tettem ezt egyrészt azért, mivel mint méltóztatnak tudni és a miről ez eseteknél is meggyőződhettek, a tünetek hovatovább a nyár felé javulnak, esetleg egészen visszafejlődnek és igy nem lehetetlen — bár ez inkább óhajtás csak, semmint alapos remény — hogy jövőre ilyen esetek bemutatására nem is lesz alkalmunk; tettem másrészt azért, *hogy a figyelmet e bántalomnak hazánkban való előfordulására és itt nálunk egy új góczpont képződésére felhivjuk a czélból, hogy minden elkövethető legyen tovaterjedésének meggátlására és kifejlődési viszonyainak tisztázására most, midőn kezdetben ezek sokkal áttekinthetőbbek lehetnek, mint később, midőn a baj már messze területekre elharapódzott.*

Ámbár a mondottak után csakis a bántalom egyszerű casuistikus bemutatására szorítkoztam, egy aetiologikus momentumot még sem akarok emlittetlen hagyni, mely egyúttal nem csupán mint aetiologiai mozzanat bir fontossággal és érdekkel, hanem érthetővé teszi azt is, hogy miért mutatkozott e bántalom vidékünkön most először és pedig azonnal oly jelentékeny számban.

Méltóztatnak tudni, hogy a kukoriczalisztt el való táplálkozás a legtöbb észlelő szerint fontos szerepet játszik a pellagra aetiologiájában, ámbár eme szerep lényegének mibenléte még controversia tárgyát képezi és az sincs még eldöntve, hogy e mellett mennyire jutnak más tényezők, mint nyomor stb. érvényre. Ebből a szempontból fontos adatot képez az, hogy úgy a betegek maguk, mint a falubeli egészségesek, nemkülönben a köztük élő biró és orvos, valamint a vidékbeli birtokos urak, egyhangúan oda nyilatkoznak, hogy azon a vidéken, a honnan ezek a bemutatott betegek kerülnek, az alsóbb néposztály is rozs- és buzalisztt el táplálkozik, csupán ez idén volt kénytelen 3 évi rossz termés után igényeit alábbszállitani és főleg vagy kizárólag kukoriczalisztt el táplálkozni. Hogy a többi viszonyok, t. i. a kukoriczalisztt el való táplálkozásnak módozatai, a táplálék módja, a táplálékban való változatosságnak hiánya (tekintettel a sertésvészre), a kukoricza romlott vagy romlatlan volta, a romlott vagy romlatlan kukoriczából készült pálinka, a kukoricza provenientiája, a mennyiben ez idén főleg Romániából ide került kukoriczát fogyasztottak, birnak-e és mennyiben birnak e bántalomra befolyással, csak további beható vizsgálatok révén lesz tisztázható.

Hypertrichosis gyógyitása Röntgen-fénynyel.

Irta *Jutassy József* dr.

(Folytatás.)

Augusztus hó.

1. 43 éves barna nő. Hypertrichosis totalis faciei, erős sürű, fekete szörnövéssel.

A megvilágitás 40 cm. szikratávolságú lámpával, tehát Rhumkorff-készülékem teljes kihasználásával történik. A lámpa Siemens és Halske berlini gyárában erős angol ólomoxyd-üvegből készült és kékes fényt ad, mely oly intensiv, hogy a vékonyabb hengeres csontokon áthatol s a medenczének éles képét adja.

Patiens a lámpától 30 cm.-nyire en face ül és olyan ólomálarczot kap, mely a felső ajkat is szabadon hagyja; a lámpához közelebb nem hozható, mert akkor az ólomlemez alatt folyton szikrákat kap.

Napjában 2 órát exponálva, 24 órai ülés után az arczon semmiféle elváltozás sem látható; egy heti várakozás hasonlókép eredménytelen. Ekkor 20 cm.-es lámpa zöldes fényének, 15—20 cm. távolságból újra exponáltatik. 18 órai megvilágitás után az erythema megjelenik és 10 nap alatt heves lobbá fokozódik. Az ajkak megduzzadnak, kicserepesednek s patienst az étkezésben gátolják. Az előarcz szintén infiltrált, skarlátvörös, viszketés közben excoriál, nedvedzik, s a szőrök az állról, nyakról, felső ajkról s az arcz mellső részeiről kihullanak. A fülek előtt 2—3 ujjnyira azonban ez nem történik, a bőr absolute nem mutat elváltozást; itt a szőrök megmaradtak.

Augusztus végén az egész előarczon genyes a váladék. Patiens nehány napig torokfájásról panaszkodik, majd szúró, égető fájdalomról az egész lobos felületen; álmatlanság gyötri. Sulfonalt kap, arczára hideg borogatást, a lob pedig a sebészet szabályai szerint kezeltetik: napjában egyszer 1‰ sublimat-oldattal mosások végeztetnek és 5% bórvaselin-borítás fölé hideg borogatások jönnek.

Ilyen kezelés mellett a dermatitis, mely az ólomálarcz széleinek megfelelőleg élesen demarkálódott, lassan gyógyulni kezd. A granulatio rendkivül lassan halad; a genyes lepedék tamponáláskor könnyen leválik, vérzik, de 24 óra alatt újra képződik.

Legelőbb meggyógyul a felső ajk és megjelenik az ajkpir. A granulatio az orczákról az ajk felé halad; ez eltart egész szeptemberben s csak október végén gyógyul meg teljesen. Helylyel-közzel lencse- egész fillérnagyságú fehér szigetek, hámcsomók jelennek meg, melyeket lapis mitigatus-szal kell szétroncsolni. Különben az epidermisképződés szépen és kitartóan haladt, csak az egyik szájzúg mellett és az állon, a hol a granulatio összeért, támadt heg.

Ekkor az exponált arczrész bőre kissé elüt a normalis bőrtől, ennél kissé fehérebb, simább és jóval érzékenyebb, de két hónap mulva megerősödik, a normalistól megtekintésre nem különbözik, csak tapintásra kissé feszesebb. A két heg ma is megvan, arczporral könnyen palástolható.

Visszanövés nincs.

Ezen esetben tehát a nagy szikratávolságú lámpa intensiv kék fénye 24 órai exponálásra sem váltott ki reactiót. A 25 cm. szikratávolságú zöld fény azonban olyan genyes lobot idézett elő, melynek gyógyulása 3 hónapot vett igénybe, s minthogy csak két kis heg maradt utána, lefolyása elég kedvezőnek mondható.

2. Egy 30 éves nő, hypertrichosis csak a felső ajkon. Elővigyázatból csak 1 órát ül napjában; 5 órai megvilágitás után gyenge hyperaemia látszik. Egy hét alatt a szőrök kihullanak, patiens semmit nem érez, lob nem jelentkezik.

Hat hét mulva a szőrök teljesen visszanőnek.

Az eljárás 1898. január havában megismételtetvén, nagyobb dermatitis nélkül mai napig fennálló alopecia támadt.

3. Ezen harmadik eset kezelését ugyan augusztusban kezdettem, de csak szeptember végén fejezhettem be.

Egy 24 éves nő teljes hypertrichosisáról van szó; az epilatiót pincettával szokta végezni, kérésem daczára sem engedte a szőröket megnőni, minélfogva alkalmam volt constatálni, hogy a szőrök növekvése már nehá y órai megvilágításra megszünik; viszont lehetetlen volt az effluvium napját fixiroznom.

Az exponálás naponként 2 órán át történt, még pedig külön a jobb és a bal oldal, mindegyik 6 óráig, mire alig észrevehető erythema jelent meg a bőrön. Ez csak 2 hét mulva vált vörössé, egész terjedelmén excoriált s csak az orczák közepén sebesedett ki egy koronanagyságú, szabálytalan felületen. Legkisebb volt a reactio a felső ajkon és az állon; az ajkpir ólommal volt védve.

A dermatitis sublimat-mosásra és dermatolkenőcs-kötés alatt 3 hét alatt teljesen gyógyult; addig megszünt a bőrhámlás is, a bőr

*

nem üt el a normalistól, csak az álarcz szélének megfelelőleg maradt meg egy sötéten pigmentált határvonal. Ez utóbbi 1% corrosiv-filmogen (Schiff) ecsetelésre 1 hét alatt eltünt.

Az egész arcz megtisztult a szőrtől, csak a filtrum körül látható ma egynehány szál, egyébként visszanövés nincs.

Szeptember hó.

1. 21 éves nő. Szőrnövése csak az állon dús és erős, felső ajkán és orczáin pehelyszerű, szőke, cosmetikai szempontból nem csunya, azért csak az álla exponáltatik; még pedig kisérletkép a kék fénynek.

Egy heti munka eredménytelen; patiens változatlan hypertrichosissal november hónapban jelentkezik újra, midőn is 10½ órai exponálásra a zöld fénynyel sikeres a kúra.

2. Egy 37 éves szőke nő; erős, majdnem férfias szőrnövés (bajusz) a felső ajkon.

Minden másodnap egy órán át exponálva 30 cm. szikratávolságú natronüveg-lámpa zöld fényének, 6 órai exponálásra erythema jelent meg a bőrön, mely harmadnapra már skarlát-vörösre vált. Ugyanekkor gyenge húzásra (akár a koppasztás) valamennyi szőr kijön, az ajk megdagad és a legközelebbi napokban savós-genyes dermatitist mutat.

Jeges borogatásra a fájdalom megszünik s aseptikus kezelésre, xeroformmal behintett bórkenőcs-fedés alatt a gyógyulás 3 hét alatt tökéletes. Heg nem maradt s az alopecia mai napig tart.

Ezen esetben 6 órai exponálásra heves lob lépett fel, melynek gyors gyógyulása és szép bebőrösödése annak tulajdonitható, hogy a lob csak kis bőrrészletet vett igénybe.

3. 36 éves férfi, katholikus pap. Dús szakál és bajusz. Érzékeny arczbőre lévén, gyakori szőrtüszőlobbal, „a borotválkozás gyötrelmeitől megszabadulandó", veszi igénybe a Röntgen-kúrát.

Napjában 2 órán át exponáltatik egészen új 25 cm.-es natronüveg-lámpa zöld fényének, felváltva jobb és bal oldal.

Erős erythema előidézéseig 16 óráig exponáltatik; ebből esik a jobb oldalra 6, a bal oldalra 6 és en face 4 óra. Úgy a jobb, mint a bal oldal a megvilágitás harmadik napján erősen megdagad, de a kezelés további folyamán minden beavatkozás nélkül leapad; fájdalmat vagy működési, rágási zavart nem okozott.

Legelőbb az ajkak cserepesedtek ki, majd az orrsövényen, orrszárnyakon és az el nem fedett fülczimpákon lépett fel gyenge lob; ezen helyekről indult ki és terjedt egymás irányában az excoriatio, s ezzel karöltve a szőrhullás, mely csak szeptember elején fejeződött be.

Nagyobb lob nem fejlődött, a mi talán annak tulajdonitható, hogy prophylactikus szempontból nappal jeges borogatásokat, éjjel 5%-os zinkoxyd-fedőkenőcsöt alkalmazott a patiens. Reggelenkint a fedőkenőcsre tapadva czafatokban vált le az epidermis, s alatta kissé fényes és sima a bőr felülete. Csak az orr- és fülczimpák körül volt nagyobb a gyuladás, ott a bőr kissé göröngyös maradt, mely csak kénkenőcsnek 1 hónapi használata után simult el.

Október végén különben normalis a bőr, visszanövés nincs, s a mi legfeltünőbb, azóta az acne-képződés is megszünt.

Október hóra két, *november hóra* ismét négy hypertrichosis-kezelés esett, melyeknek bővebb leirását nem tartom szükségesnek. Közülök három sima lefolyású, a mennyiben a lámpa minősége szerint 6—15 órai megvilágitásra gyenge bőrlob folytán effluvium és tartós kopaszság következett be. Egy másik esetben már 3 órai megvilágitásra hatalmas genyedő lob támadt; egy másiknál alig észrevehető erythema után recidiva következett; egynél pedig csak 28 órai exponálás után volt észrevehető az erythema.

Ez utóbbi egy középkorú, pirospozsgás, szinte livid arczszinű nőre vonatkozik, a ki vidékre távozván, határozott utasitásom ellenére csak későn fordult orvoshoz, midőn az inficiált sebek nagy fájdalmat, sőt lázat okoztak, mely ágyba döntötte a patienst. Gyógyulása 4 hónapnál több időt vett igénybe és arczán égési sebekhez hasonló hegeket, nyomokat hagyott.

Kisérletképen egy esetben hetenként csak egy órán át exponáltam az arczot, de 6 héten át sikertelenül, a miből azt következtetem, hogy a Röntgen-fény cumulatiója egy hétre ki nem terjed.

A leirt kóresetekből látható, hogy eddig mindenkor egy olyan reactio előidézésére törekedtem, mely egyszerre sikeres epilatióra vezet. A folyó évben azonban már tettem kisérleket azon methodussal, melyet *Schiff* és *Freund* Bécsben is követnek, hogy t. i. többszöri kisebb lob felhalmozásával chronikus degeneratiót okozzunk a szőr hagymájában.

Erről azonban most csak annyiban nyilatkozhatom, hogy a kopaszság előidézése minden nagyobb reactio nélkül sikerül.

A közölt esetekből az is látható, hogy a sikeres gyógykezelés rendkivül sok körülménytől függ; az elégséges fény mennyiségét előre meghatározni szinte lehetetlen; az orvos csak szemmértékére támaszkodhatik; számolnia kell nemcsak a betegek individualitásával, hanem az apparatusnak és Crookes-csöveknek szeszélyeivel is.

Annyi megfigyelésem után nem győzöm eléggé ajánlani az óvatosságot.

Valamennyi esetem lefolyásában megkülönböztethető volt a következő 4 szak:

1. *Stadium cumulationis*, a megvilágitás szaka.

2. *Stadium hyperaemicum*, a bőr kivörösödésének szaka, melyben effluvium felléphet, de csak lassan fejeződik be s az alopecia csak időleges. Tartós alopecia csak ezen szak megismétlése után várható.

3. *Stadium inflammationis*, a bőr lobos szaka; ez mindenkor a hyperaemiából fejlődik és savós vagy genyes dermatitisben jelentkezik. Magán viseli a lobnak minden charakteristikumát s ha nagyfokú, heggel gyógyul. Aseptice kezelendő. Az effluvim rohamos s az alopecia tartós.

4. *Stadium regenerationis*, a visszanövés (recidiva) szaka, melyről csak tökéletlen megvilágitás után lehet szó; ez az effluvium után 2—3 hónapra szokott bekövetkezni. *Később ezen stadium nem áll be* és kimaradása azt mutatja, hogy a megvilágitás tökéletes s az alopecia teljes, állandó.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti kir. magyar tud. egyetem II. belklinikájáról. (Kétly Károly tanár.)

A Basedow-kórról.

Irta *Kollarits Jenő* dr., klinikai gyakornok.

(Vége.)

A Basedow-kór nyultvelői eredetét leghatalmasabban azon esetek bizonyitják, a melyekben a Basedow-kór mellett a nyultvelő betegsége be volt bizonyitva.

Ide tartozik *Cohen*[40] esete, melyben egynéhány nappal bulbaris apoplexia után Basedow-kór állott be, ez csakhamar elmult. *Marina*[41] esete is igazolja, hogy nemcsak állatkisérletekben hozza létre a nyultvelő sértése a Basedow-kór egyes tüneteit. Egy 41 éves férfinak, ki régen köszvényes, egy pár hónap óta tarkója fáj. Diplopia, profus izzadás mutatkozik. Szemtekék kis fokban előállók, pupillák jól reagálnak. A bal rect. ext. paresisos. A bal felső szemhéj nem ér a corneáig és nem követi a szem mozgásait. Érverés 100—110. Patellareflex élénk. Polyuria, néha albuminuria is van. Az aorta II. hangja ékelt. Később a pupilla reactiója kissé renyhe lesz, majd a beszéd válik dysarthriássá. Egy idő mulva Graefe-tünet és exophthalmus két oldalt látható, a bal facialis gyengébb a jobbnál. Pharynx-reflex gyenge, velum paresisos. Tremor az ujjakban, érverés perczenként 120. Cerebellaris ataxia. Nyelés nehéz, hány. Később baloldalt hemiparesis támadt. A beteg meghalt. Boncolláskor kitünt, hogy az arteria basilaris hátulsó része aneurysmásan kitágult és mint ovalis diónagyságú tumor az oblongata felső részét és a hátulsó pons-felet eltakarta. Az aneurysma, fibrinnel és vércoagulumokkal telt vékonyfalú zsák, a mondott részeket nyomta, jobbra és előre eltolta. Szövetelváltozás a nyomott részekben nem volt. Ez esetben tehát a bulbusra gyakorolt nyomás a Basedow-kór több tünetét hozta létre. *Buschan*[6] emliti, hogy *Makeigh Jones, Gauthier* Basedow-kóros esetben a nyultvelőben tumort találtak. *Lewin* betege, 9 éves fiú, megijedt, reszketett, akadozva beszélt és a tünetek lassú súlyosodásával 17 éves korban a Basedow-kór teljesen kifejlődött.

Basedow-kóros betegen *Ballet* előbb az egyik, azután a másik láb bénulását, *Kahle* peroneus bénulást, *Peregaux*[55] Duchenne-Erb-féle gyök bénulást, *Teissier*[71] paraplegiát, *Ballet* érzészavarnélküli hemiplegiát látott, *Sainte Marie*[61] három hemiparesist talált az irodalomban. *Potain* és *Rosenthal* az arczizmokban láttak bénulást.

A mondottakban volt szó egynehány Basedow-kóros esetről, melyekben a nyultvelői idegmagvakból eredő bénulások bizonyitottak a Basedow kór bulbaris eredete mellett. A következőkben a szemizombénulásokról akarok még szólni, melyre mi is tanulságos esettel rendelkezünk.

Sattler[69] emliti, hogy már a régibb szerzők határozottabb adatok nélkül szólnak a Basedow-kóros kancsalitásról. *Romberg* egy esetben a jobb m. rect. int. és a két rect. ext. bénulását, *Stellwag* és *Eulenburg* egy-egy abducens bénulást irtak le Basedow-kóros betegen. *Degranges*, *Chvostek*, *Roth*

eseteiben a szemgolyó felfelé nem mozdult. *Sattler* már kimondotta ezekre, hogy nem az exophthalmus folytán keletkeztek.

Pedrono[56] 1885-ben foglalkozott a Basedow-kóros szemtünetekkel. Sokszor talált accommodatio zavarokat, melyek inkább asthenopiások, mint bénulásból származók voltak, azaz a Brücke-izom fixáláskor előbb helyesen működött, de hamar elfáradt, tehát a beteg hosszabb ideig varrni, olvasni, hímezni nem tudott; azonban sokszor bénult is a Brücke-izom, ilyenkor a beteg mindig homályosan lát. Az exophthalmus kisebbedésével a baj javult, sőt el is tünt. Az ilyen tüneteket ő és *Dianoux* is úgy magyarázták, hogy az exophthalmus vongálja a látó és ciliaris idegeket. Ez azonban nem fogadható el, mert sokszor igen nagy exophthalmusban sincsenek jelen, máskor meg a szemizombénulás megelőzi az exophthalmust. Felemliti *Trousseau*, *Rendu*, *Daubresse* szemizombénulásos eseteit, maga is észlelt kettős képeket. A külső szemizombénulásokat is az idegek és izmoknak az exophthalmusból folyó megnyulásából magyarázta. Ő említette meg, hogy az exophthalmusban a szemgolyók többnyire kifelé néznek, ezt leginkább a rect. int. gyengülésével lehet összefüggésbe hozni.

Moebius[44b-c] érdeme a Basedow-kóros convergentia insufficientia megfigyelése (1883); mikor 1886-ban újra irt e tárgyról, 8 esete közül hatban találta. Hatszor egészséges, de kiállószemű emberen is látta, de mert e jel az exophthalmus nagyságával és változásaival nem haladt együtt, kimondotta, hogy más körülmény is van rá befolyással. E mellett felemlítette, hogy ideges kifáradáskor is lustán mozog a szem s más működési neurosisban szemkidülledés nélkül is látta, *Parinaud* pedig s mi is neurastheniásokon gyakran észleltük. E jelnek tehát, melyet *Charcot* nevezett el Möbius-féle tünetnek, többféle alapja is lehet s más bántalmakban is elég gyakori.

De eltekintve ettől, sokszor találunk Basedow-kórban valódi szemizombénulást, sőt tabesen kivül nincs is betegség, melyhez ilyen gyakran járulna. Még azok is, kik nem hívei a bulbaris elméletnek, elismerik, hogy e szemizombénulások rendszerint magi eredetűek. Ezeket, valamint a velök sokszor szövődő más agyideg bénulásait úgy magyarázza Möbius, hogy e magok a Basedow méreggel szemben kisebb ellentállással biró helyek. *Lemke*[39b] a pajzsmirigyváladékot sajátos izomméregnek tartja és a szemizombénulásokat ez úton akarja magyarázni. Részünkről ezen elektiv hatást teljesen légből kapottnak tartjuk.

Buschan[6b] összeszedte a szemizombénulásokat 1894-ig. Kettős látásról szólnak egyes izmok paralysise vagy paresisa alapján *Trousseau*, *Smidt*, *Chvostek*, *Stellwag*, *Impaccianti*, *Strümpell*, *Müller*, *Lang-Pringle*; rectus int. bénulásról: *Wert*, *Homén*, *Cohen*, *Wertedt*, *Romberg* (ez utolsó két esetben mindkét izmon); rect. ext.bénulásról *Schoch*, *Rotmann*; rect. ext.-ról *Kurella*, *Mackenzie* (több eset) *Eulenburg*, *Stellwag*, *Makeigh Jones*, *Liebrecht*, *Dyson*, *Ballet*, *Cohen*; rectus superior bénulásról *Sollier*, *Fischer*, *Kahler*, *Roth*, *Schlesinger*, *Chvostek*; a trochlearis bénulásról *Ferreol*. Szemhéjptosist említ *Maude*, *West*.

Szemizombénulással járó Basedow-kórt *Jewsejenko* észlelt lovon, mely azóta szemét egy irányban sem tudta mozgatni, *Röder* tehenen, melyen a baj strabismus convergenssel együtt fejlődött, mikor már négy éve volt exophthalmusa.[6b]

Basedow-kóros emberen ezenkivül *Rummel* féloldali, *Volkmann*[76] kétoldali ptosist említ; *Fitz Gerald*[22] említi *Schiff* szemhéjbénulással, *Chamberlain*[8], *Tillaux* kettős látással társult esetét. *Demme*[17] kétoldali abducens, *Ditisheimb*[14] a rect. ext. és int. együttes bénulását látta. *Mannheim* három esetben ptosist látott, egyben a szemteke egyik irányban sem mozgott jól, egyben pupilla differentia, ptosis, lagophthalmus volt és a jobb m. rect. sup., a bal ext., mindkét int. gyengén működött.

A szemizombénuláshoz Basedow-kórban más idegek bénulása is csatlakozott sokszor. Így *Ditisheimb* egy esetében előbb a jobb, azután a bal szemen fejlődött ptosis. A szemteke befelé fordítása nehéz lett, a jobb nasolabialis árok elsimult, egy napig kettős képei is voltak. A váll izmai is megbénultak. E betegnek pupilladifferentiája, könnyű pupillamerevsége, fájdalomérzés késése is volt. Patella reflexe előbb gyenge volt, majd kiváltani nem lehetett. Szürkekenőcs használata után a facialis és internus paresisa eltünt. *Mannheim* idézi *Chevalier* betegét, a kin a rect. obl. bénulása az 5. és 6. idegpárban mutatkozó zavarokhoz társult.

Jendrássik mondta ki először a szemizombénulások és a Basedow-kór közti összefüggést. E következtetést a következő érdekes esetből vonta le. 16 éves fiut hirtelen kettős látás ért. Egy hónap mulva a vizsgálat kiderítette, hogy a beteg nyelve, ajka nehezen, szemtekéi éppen nem mozognak, de a fejforgással egybekötött associált szemmozgás ép maradt. Egyéb tünetek: bal felső szemhéj paresisos, lagophthalmus jobbon, kisfokú strabismus divergens, kettős látás, a facialis két alsó ágában paresis, velum, rágó izmok, vállöv paresisa, alsó végtagjai gyengék, exophthalmus, struma, szivtompulat nagyobb, érverés 120, érzés rendes, pupilla ep. *Jendrássik* e betege ma 28 éves, szemtekéi nem mozognak, Basedow-tünetei kissé enyhültek, egészségi állapota különben kitünő s általában meg van elégedve sorsával.

Az irodalomban még a következő, Basedow-kóros betegen észlelt ophthalmoplegiákat találni. *Maude*[45b] betegén kétoldali ptosis, 11 nap mulva bal facialis bénulás, 2 nappal utóbb bal ophthalmoplegia externa fejlődött ki és beszéde akadozó volt. *Marina*[41] még a következőket gyüjtötte össze. *Bristowe* esetében, kétoldali ptosis, külső szemizmok paresisa, jobboldali hemianaesthesia, szinvakság, szük látótér, jobboldali agusia és anosmia; otitis, süketség, orr-, fülvérzés, epilepsiás rohamok, jobboldali kontrakturával, hányás, occipitalis fájdalom volt jelen. *Ballet* esetében a tünetek következők: szivdobogás, a nyak duzzadt, a külső szemizmok bénák, ptosis nincs, kétoldali facialis paresis, kétes, nem állandó kétoldali hypoglossus paresis, anaesthesia, izomérzés hiány, szorító érzés a nyakon, hyperaesthesiás zónák. *Saundby* esetében a szemgolyók mozdulatlanok, *Rothman*-ében a jobb szemhéj, rect. int., sup. és ext., a bal szemhéj emelő, rect. int. és ext. béna. *Warner* esetében kétoldali ophthalmoplegia externa volt trigeminus és facialis paresissal. *Liebrecht* egy teljes ophthalmoplegia externát, egy nem teljes ophthalmoplegia externát kettős látással és egy jobboldali abducens bénulást, *Finlayson* oculomotorius bénulást látott. *Marina* esetében a két rect. sup. paresisos volt, a jobbon kifejezettebben, az externusok majdnem teljesen bénák voltak. Strabismus convergens diplopia nélkül állott fenn A pupilla működése valamennyi esetben rendes volt, a tabeses szemizombénulástól azonkivül abban is különböznek, hogy kétoldaliak és tartósak, míg amazok egyoldaliak és mulók (Jendrássik).

Azon körülmény, hogy a pupillák állapota a Basedow-kór tabessal nem kapcsolt eseteiben rendszerint ép, különös érdekességet kölcsönöz egy esetünkben, melyben ophthalmoplegia interna előzte meg a Basedow-kórt. Ilyen esetet az irodalomban nem találtam felemlítve. (1. sz. eset.) A mikor mind e szemizombénulások, melyek legnagyobb része magi eredetű és a vele gyakran járt más nyultagyi magvak bénulása a Basedow-kór szövődéseként lépnek fel, a Basedow-kór nyultvelői eredetének fontos támogatói.

A szemizombénulások közül még azok érdekelnek, melyek a maguk bulbaris eredetével valószinűvé teszik, hogy azon szövődések, melyekkel járnak, szintén a nyultvelőből származhatnak, különösen fontos tehát, ha e szövődések máskor Basedow-kórban is előfordulnak. Így *Marina*-nak a szemizombénulásról irt könyvében 11 diabetessel v. glycosuriával complicált szemizombénulást találunk egybegyüjtve. A 3. idegpár, a trochlearis, a jobb abducens, az oculomotorius is bántalmazott. Egyszer féloldali ophthalmoplegia interna és externa keletkezett, javulásakor a másik oldalon támadt oculomotorius bénulás. Egyszer kétoldalt teljes ophthalmoplegia externa diabetesen kivül albuminuriához is társult, egyszer a jobb abducens és oculomotorius külső ágai, a bal rect. sup. és inf. bénulása, a bal r. int. és obl. inf. paresisa, baloldali ptosis glycosuriával, a hypoglossus és facialis alsó ágának paresiséhez járult. Lehet ezek között környéki eredetű véletlen összeesés is, vagy diabetes neuritisen alapuló, de feltünő a Basedow-kóros esetek

sorában elég gyakran előforduló diabetes vagy egyszerűen alimentaris czukorvizelés összeesése.

A felhozottak tehát mindinkább bizonyítanak a Basedow-kór nyultvelői eredete mellett, a mely theoriát a mai napig is a legvalószínűbbnek kell tartanunk.

* * *

Végül nem mulaszthatom el, hogy kedves kötelességet ne teljesítsek, mikor *Jendrássik* tanár úrnak, ki könyvtárát rendelkezésemre bocsátotta, és a kérdés kidolgozásakor sok becses tanácsot adott, hálás köszönetemet fejezem ki.

Irodalom.

[1] Auld: Therap. Monatshefte 1894. [2] Becker: Deutsche med. Wochenschrift 1895. [3] Béclerc: Rev. neurol. 1895. [4] Berrard: Bull. méd. 1897. [5] Bathurst: Lancet 1895. [6] Bogroff: Schmidt Jb. 1895. [6] Buschan: Encycl. Jahrb. 4—5. k. és Über Basedow'sche Krankheit 1896. [7] Bruns: Schmidt Jb. 253. k. 69. l. [8] Chamberlain: Thése de Paris 1894. [9] Chretien: Thése de Paris 1888. [10] Cunningham: Schmidt Jb. 248. k. [11] Chvostek: Wien. klin. Woch. 1892. [12] Debove: Therap. Monatsh. 1897. [13] Dreyfus-Brisac: Rev. neurol. 1895. [14] Ditisheim: Inaug. Diss. Basel 1895. [15] Durdufi: Deutsche med. Woch. 1887. [16] Donáth: Magy. orv. Arch. 1895. [17] Ehrlich: I. D. 1890. [18] Edmunds: Neurol. Centralbl. 1895. [19] Ewald: Berl. klin. Woch. 1896. [19a] Farner, Virchow Arch. 1896. [20] Friedenberg: Graefe Arch. f. Ophth. 41. k. [20a] Ivat: Schmidt Jb. 253. [21] H. Fränkel: Neur. Centr. 1894. [22] Fritz Gerald: The theory of central lesion in exophthalmic goitre. 1886. [23] Gadelius: Neur. Centr. 1894. [24] Gram: N. C. 1896. [25] Georgiewsky: Zeitschr. f. klin. Med. 1897. [26] Goldschmidt: Schmidt Jb. 1897. 8. sz. [27] Gowers: Lehrbuch 1894. [28] Hoemig: Arch. f. kl. Chir. 1896. [29] Hoeslin: Ther. Woch. 1897. [30] Hock: Neur. Centr. 1897. [31] Howitz: Rev. neurol. 1896. [32] Huber: Deutsche med. Woch. 1888. [33] Hutchinson: Brit. med. association 1896. [34] Joffroy: Rev. neurol. 1895. [35] Jendrássik: Orvosi Hetililap 1885. és Archiv f. Psychyatrie 1886. [35a] Inglass, Ohls: Revue neurol. 1895. [36] Kronthal: Neur. Centralblatt 1893. [37] Kleinwächter: Zeitschrift für klin. Geburt und Gynäkologie 1889. és 1892. [38] Lanz: Deutsche med. Wochenschr. 1895. [39] Lemke Neur. Centralbl. 1896, Deutsche med. Woch. 1894. [40] Mannheim: Über Morbus Gravesi. 1894. [41] Marina: Über Augenmuskellähmungen 1896. [42] Magnus Lewy: Zeitschr. f. kl. Med. 1897. [43] Mackenzie: Therap. Woch. 1897, Lancet 1890. [43b] Müller: Deutsches Arch. f. kl. Med. 1893. [44] Möbius: Centralbl. f. Nervenheilk. 1887. Schmidt Jb. CC. és CCXII., Über Morbus Basedowi, Nothnagel: Allg. Path. u. Therap. 1896. [45] Maude: Neur. Centr. 1896, Brain 57. k., Schmidt Jb. 252. [46] Mikulicz: Verhand. d. Ges. f. Chir. 1896, Schmidt: Jb. 247. [47] Mendel: Deutsche med. Woch. 1892. [48] Morin: Ther. Monatsh. 1895. [49] Moyan: Schmidt Jb. 1895. [49a] Marie et Marinesco: Rev. neurol. 1893. [50] Nasse: Berl. kl. Woch. 1895. [51] O'Neill: Lancet 1878. [52] Normann: Brit. med. Jour. 1896. [53] Oppenheimer: Schmidt Jb. 1896. [54] Owen: Brit. med. Jour. 1896. [55] Perregaux: Rev. neurol. 1895. [56] Pedrono: Thése de Paris 1885. [57] Reviliod: Schmidt Jb. 248. k. [57a] Pribram: Schmidt Jb. 269. k. [58] Rockwell: Therap. Woch. 1897. [59] Rummel: Inaug. Gött. 1890. [60] Sattler: Gräfe-Sämisch Handbuch VI. k. [61] Sainte Marie: Thése de Paris. [62] Silex: Berl. kl. Woch. 1896. [63] Saenger: Neurol. Centr. 1895. [64] Siegel: Berl. kl. Woch. 1896. [65] Scholtz: Schmidt Jb. 1896 [66] Souques et Marinesco: Bull. méd. 1897. [67] Spencer: Schmidt Jb. 1897. [68] Sollier: Revue de méd. 1891. [69] Stabel: Berl. kl. Woch. 1896. [70] Taty és Guerin: Schmidt Jb. 248. k. [71] Teissier: Rev. neurol. 1893. [72] Theilhaber: Arch. f. Gyn. 1895. [73] Todd: Schmidt Jb 252. [74] Traczewsky: Neurol. Centrlbl. 1897. [75] Trousseau: Bull. de l'Acad. de méd. 1862. [75a] Timotheef: Neur. Centralbl. 1894. [76] Volkmann: I. D. 1888. [77] Vámossy és Vas: Magy. orv. Arch. 1897. [78] Voisin: Rev. neur. 1895. [79] Winternitz: Schmidt Jb. 1897. 8. sz. [80] Williamson: Brit. med. Journ. 1896. nov.

Fürdőgyógyászati tapasztalatok.

Orvosi jelentés a *szt. Lukács-fürdő* 1897. évi betegforgalma felől

Közli *Bosányi Béla* dr., a gyógyfürdő főorvosa.

(Folytatás.)

A térdizületeknek épen említett gyakori megbetegedése nagyon számos esetben társulva járt az alsó végtag visszeres rendellenességeivel, elannyira, hogy ezen körülményt a térdizületi bántalmak létesülésével némileg kapcsolatba kell hoznunk. Különösen gyakori ez az úgynevezett „arthritis sicca"-nál, mely az izület kisebb-nagyobb fokú dudorodásával, keményedésével és a mozgásoknál észlelhető crepitatióval jár. Ez utóbbi néha több lépésnyi távolságban hallható. Megjegyzendő azonban, hogy az izületi crepitatiót *elégszer* láttam visszeres bántalmaknál vagy a nélkül de az izület fájdalmassága *nélkül*. Szintúgy előfordult például mindkét térd intensiv crepitatiója, midőn csak egyik izületben volt fájdalmasság. Végül pedig crepitáló izületek fájdalmassága gyakran nagy mértékben enyhült, míg a crepitatio változatlanul fennmaradt. Ceteris paribus ugyanazt lehet mondani a többi nagy izületekről, melyek azonban aránylag jóval ritkábban mutatják az említett jelenségeket. Számos idevonatkozó eseteink után csak annyit lehet mondani, hogy a visszerek idült lobja stb. által felidézett táplálkozási zavar nagy mértékben elősegíti az idült izületi csúz elnevezése alatt ismeretes és különösen a térdekben nagy számban fellépő bántalmat és hogy az izületek crepitatiója valószínűleg a trophikus rendellenesség által okozott elváltozás gyanánt tekinthető.

Az idült izületi csúzra vonatkozó számos kórtörténeteink közül aránylag csak kevés képez eltérést a rendes képtől; lefolyásuk — értve a fürdőkúra alatti észlelést — szintén megfelelt a várakozásnak.

A kúra kezdetén néha észlelhető hevesebb fájdalmasság, melyre utóbbi időben, mint a bántalomra jellemző tünetre ismételten utaltak, nem lépett fel oly szabályszerűséggel, hogy abból diagnostikai következtetéseket vonhatni lehetne. Az esetek *egy részében* azonban tényleg látjuk a fájdalmas reactio fellépését és még azt szabad talán hozzátenni, ha a fájdalmasság nehány nap multával szünik, a prognosis egyáltalában kedvező. Másrészt néha a kúra alatt folytonos fájdalmasság állott fenn és csak utóbb, a beteg hazatérte után, értesültem a beállott javulás felől. Az utólagos tudósítást sok esetben lehetetlen megkapni és ilykép a thermalis kúra úgynevezett utóhatása felől nagyon nehéz a tiszta kép megszerzése.

Mint ritkább esetek, a következők említendők:

Idült izomcsúz kitapintható csomósodásokkal. Sz. esztergommegyei földbirtokosnak a bal felszár izomzatában hónapok óta járás közben oly heves fájdalmak léptek fel, hogy néhány lépésnél többet alig tehetett. A java férfikorban levő beteg szerveiben teljesen normalis, vizeletben rendellenes alkatrészek nincsenek.

A bal alsó végtag adductor- és extensor-csoportjában több mintegy lencsenagyságú vastagodás egész pontossággal tapintható. A csomók mozgathatók, nyomásra kissé érzékenyek; ezen elváltozástól eltekintve, egyéb tekintetben semmiféle kóros jelenséget nem lehetett találni.

31° R. iszapfürdő és massage használatára három hét alatt a csomósodások egy része eltünt, a járási képesség fokozódott, izomfájdalmak már csak szórványosan jelentkeztek. A kúra utáni két hóval a javulás tökéletes volt, de a csomók egy része még érezhető volt. Ezen eset mint a nem complicált idült izomcsúz tiszta példája érdemel említést; a kitapintható keményedések az izomzat és a bőralatti kötszövetben aránylag ritkán található csúzos vastagodások, hegek (rheumatische Schwiele) gyanánt tekinthetők.

Említést érdemel továbbá a diabetes mellitushoz szövődött idült izületi csúz két esete. Az egyik beteg egy németországi kereskedő, kinél már évek óta jelentkeztek időnkénti nagyon fájdalmas izületi rohamok és ki meglehetősen elhájasodott; az idült izületi csúz nem okozott tapintható elváltozásokat, míg a másik betegnél, egy szintén nagy mértékben elhájasodott hölgynél, különösen a térdizületek jelentékenyen deformáltak, elannyira, hogy a beteg nem volt képes alsó végtagjait használni.

Mindkét betegnél a szivizom elégtelensége lévén jelen, a melegvízi kezelést nagy óvatossággal kellett alkalmazni. Férfibetegünk a douche-massage négy heti használata után elég jó eredményt ért el, míg a női beteg, a nagy deformatiók folytán, noha fájdalmai némileg szüntek, természetesen a kúra után sem tudta végtagjait használni.

Sajátszerű és a szokott képtől teljesen eltérő a torzító izületi lobnak a következő, nagy gyorsasággal fejlődött és a legtöbb nagy izületre terjedő esete:

D. szabolcsmegyei kereskedő, február havában történt felvétele előtt mintegy másfél évvel betegedett meg. Biztosan meg nem állapítható előzmények után (gonorrhoea és egyéb fertőző betegség nem előzte meg baját) gyors egymásutánban, nehány heti időközökben, az alsó végtag izületei fájdalmasak lettek, megduzzadtak, de lobosság jelei csak kis mértékben voltak jelen. A bántalom fennállásának második félévében a felső végtagokra került a sor. Midőn a beteg fürdőnkbe jött, állapota következő volt: Erősen kifejlett csontrendszer, izomzat a végtagokon fonnyadt, gyengébb. A végtagok kültakarója halaványy, keményebb (sclerotikus) tapintatú és vékonyodott; látható nyákhártyák kékes-pirosak. Az alsó végtagokon a térdek és bokák, a felsőkön pedig mindkét váll, jobb könyök, mindkét kézizület merevek; a bőr az izek fölött a fentemlített elváltozáson kivül feszült és fényes, némely részén melegebb. A beteg izek vastagodottak és terime nagyobbodásuk úgy a lágy, mint kemény részekre terjed, mozgékonyságuk nagy fokban korlátolt, a térd és boka passiv hajlításánál sajátszerű csikorgás hallható és érezhető, mi azon benyomást teszi, mintha a synovia az ízből hiányoznék és az izület száraz lenne; vizelet rendes, belszervek változatlanok.

A beteg anyagi viszonyai hosszas fürdőkúrát nem engedvén meg, lehetetlen volt a bántalom huzamosb észlelése, a harmadik héten annyira javult, hogy mégis el tudta hagyni ágyát és csakis éjente gyötörték még fájdalmak. Ilykép *javult állapotban* hagyta el fürdőnket.

Hogyléte iránti tudakozódásomra nem kaptam választ.

Idegzsábák és ideglobok.

Összes betegeink mintegy ötödrésze ezen csoportba tartozik. Férfibeteg volt 64%, nőbeteg 36%.

Idegek szerint elosztva a következő arányszámokat kapjuk:

Ischiadicus	59%
Lumbo abdominalis	12%
Brachialis	9%
Occipitalis	4%
Intercostalis	3%
Cruralis	2%
Trigeminus	1%
Egyéb idegek	4%
Ideglob, illetve annak következményei	6%

Az egyes idegek megbetegedésére nézve szintén a férfiak voltak túlsúlyban a brachialis zsábájának kivételével, mely nőknél többször fordult elő.

Az ischiadicus zsábája ezen összeállítás szerint fürdőnkben a leggyakoribb kóralakok közé tartozik és ha tekintetbe veszszük, hogy a lumbaris táj idegeinek zsábája sok esetben összefüggésben van az ischiassal és hogy nagyon gyakran annak hirnöke, úgy ezen két csoport együttvéve 71%-át teszi a fürdőnkben észlelt környi idegbetegségeknek.

Bernhardt (Die Erkrankungen der periph. Nerven. Wien, 1897) adataival összehasonlítva összeállításom eredményeit, azt látjuk, hogy a nemek aránya nála a férfiakra nézve nagyobb (73%). A bántalom helyére nézve ugyanő a következő fokozatot állítja fel: 1. ischiadicus, 2. trigeminus, 3. brachialis, 4. intercostalis, 5. occipitalis, 6. cruralis, 7. lumbo-abdominalis, 8. coccygodyn.

Ehhez képest csak annyiban találunk eltérést, hogy a fürdőgyógyászati kezelésre nem alkalmas trigeminus kivételével körülbelül ugyanazon sorrendet kaptuk.

A bántalom okát legtöbb esetben hülés képezte, a mellett még 10 esetben külsérülés, 6-szor diabetes, 4-szer lues és 3-szor gonorrhoea, 2-szer carcinosis idézte fel a zsábát. Számos zsábaeseteinkben a sokat és sokszor vádolt meghüléstől eltekintve, a húgysavas diathesist kellett kórok gyanánt feltételeznünk.

Noha az összeállításban különbség van téve zsába és ideglob közt, az utóbbi csakis a polyneuritikus folyamatra és annak következményeire vonatkozik. Az egyes idegek vagy idegfonatok fájdalmas bántalmai azonban neuralgia és neuritis szerint nincsenek szétválasztva.

Sok esetben lehetetlen ugyanis eldönteni, vajjon van-e szöveti elváltozás az idegben és vajjon jogosítva vagyunk-e a lob fogalmához fűződő folyamatot feltételezni. A *Gowers* és mások által felállított symptomatologia a két forma megkülönböztetésére a gyakorlatban korántsem elegendő és nagyon is merész dolog volna pl. a fájdalmak állandóságából a neuritist kórismézni.

A neuralgiák *gyógyulási* folyamatát figyelemmel kisérve, évek óta láthattam hévforrásaink specialis hatását.

Pontos adatokat a gyógyulási arány felől csakis a fürdőben lakó betegeknél lehet ugyan megállapitani; az ambulatorice kezelt betegek túlnyomó részénél akadályokba ütközik a folytonos észlelés, nevezetesen pedig a végeredmény megállapitása a fürdőn kivül lakó betegeknél gyakran kivihetetlen. Mindamellett alapos következtetést vonhatunk ezek gyógyulási arányára az azon betegeknél elért eredmények alapján, kik mint az intézet benlakói mindvégig az orvos szemei előtt vannak.

Kivéve a gyógyíthatlan, jobbára súlyos boncztani elváltozások (daganatok) által okozott, továbbá a diathetikus alapon fekvő zsábák egy részét, a kellő erélyt eltürő esetekben a thermalis beavatkozás, sok százra menő észleléseim alapján, úgyszólván biztosnak mondható. A gyógyszeres házi kezelésnek hetekig és hónapokig ellentálló zsábák gyakran már a fürdőzés első hete után javultak és a szokott négy hét az esetek több mint 80%-ában ezen időn belül gyógyul, avagy jelentékenyen javul. Sajátszerü és érdekes a zsábáknak gyógyulási menete, mely különösen a nagyon súlyos természetü eseteknél észlelhető. Több napi változatlan fájdalmasság után beáll az első, néha csak egy pár órára terjedő remissio. Néhány nap mulva megjelenik a második, rendesen már hosszabb tartamú fájdalomnélküli szünet. Ezen euphorias időszak a harmadik héten mindinkább bővül a fájdalmas idő rovására, mely utóbbi a kezelés 4—5. hetében már csak mint zsibongás, hangyamászás érzete vagy egyéb paraesthesia alakjában lép fel.

Tekintve a hévvízi kúrák tartamának korlátolt határait, a kezelésnél többféle segédszert kell igénybe vennünk, mivel a legtöbb fürdőbeteg igyekszik minél gyorsabban visszatérni házi tüzhelyéhez és a fürdőbeni tartózkodás rendszerint záros határidőhöz van kötve.

Legfontosabb a massage és villamozás. Az elsőt mindazon esetekben lehet jó sikerrel alkalmazni, hol lob, túlságos egyéni érzékenység nincsenek jelen. A villamozást és pedig rendszerint a faradikus áramot csakis akkor használom, ha az első ülések után a beteg, hacsak néhány perczre is, enyhülést érez. Gyakorlati tapasztalatom szerint, melyet kimagyarázni eddig nem tudok, mindazon esetekben, midőn azon említett enyhülés beáll, nagyon kedvező kórjóslatot szabad koczkáztatni. Általában pedig különösen az idegzsábák kezelésénél észlelhetjük ama állítás helyességét, hogy „le sentiment a toujours raison". *Kellemetlenül ható procedurákat idegzsábáknál sohase használjunk.*

(Folytatása következik.)

TÁRCZA.

A pellagra Erdélyben.

Marschalkó Tamás dr. kolozsvári egyetemi tanártól.

Azt hiszem érdekelni fogja orvosi közönségünket, ha a fenti kérdésről, mely pár nap előtt már úgy itteni, mint fővárosi napilapokban is szellőztetve volt, röviden beszámolok, előre is kijelentvén, hogy nem tudományos dissertatiót akarok tartani a pellagráról; e kis közlemény czélja egyedül az, hogy kartársaimat az e kérdéssel összefüggő mozzanatokról röviden értesitsem.

A pellagra kérdése hazánkban nem új; az O. H. olvasói bizonyára emlékezni fognak még ama vitára, mely e lap 1889-diki évfolyamában egyrészt *Takács*, *Major* és *Róna* kartárs urak, másrészt bold. *Schwimmer* tnr. között látott napvilágot. Mig *Major* dr., ki már az O. H. 1888. évfolyamában közölt a Bukovinából bevándorolt és kukoriczával táplálkozó csángók között előforduló, általa észlelt pellagra-eseteket és ezen állitását azon alkalomból, hogy *Takács* dr. nagysomkúti orvos a Szilágyságban élő és főként kukoriczával táplálkozó román nemzetiségü lakosság körében észlelt, 5 pellagra-esetet közölt az O. H. 1889. évfolyamában, ismételten hangsúlyozta; és mig *Róna* is szükségesnek tartá az illető betegséget tanulmányozni és ez által ama kérdést, hogy előfordul-e Magyarországon pellagra vagy sem, tisztázni: addig *Schwimmer* egész kategorikusan kijelentette, hogy ő a szóban forgó eseteket nem tartja pellagrának és ezen új megbetegedési alak behozatalát Magyarországon teljesen feleslegesnek tartja, a mennyiben a pellagra még azon országokban is, a hol azt azelőtt évtizedeken át mint endemikus betegséget ismerték, már alig jő mint olyan tekintetbe.

Schwimmer ezen kategorikus kijelentésével az egész pellagrakérdés akkor elszunyadt, daczára annak, hogy úgy *Major*, mint *Takács* replikáztak és állításaikat vele szemben egész terjedelmükben fentartották.

Pedig úgy látszik nagy kár volt, hogy akkoriban ezen fontos kérdés lekerült a napirendről, legalább a mostaniak után több mint valószinünek kell tartanunk, hogy az akkor *Major* és *Takács* kartársak által közölt esetek tényleg pellagrás megbetegedésekre vonatkoztak.

Hogy ez évben figyelmünk a pellagrára ismét fel lett hiva, és hogy eddig már egy egész kis epidemia számba menő gyanus megbetegedési eseteket sikerült aránylag rövid idő alatt felfedeznünk, az első sorban szintén *Takács Sándor* dr. kartársunk, Szilágymegye tb. főorvosának köszönhető, a mit szivesen hangsúlyozunk, és ki ezzel a közegészségügynek bizonnyal nagy szolgálatot tőn. Ő ugyanis f. évi április havában közölte *Lechner* tanártársammal, hogy egy jól észlelt pellagrás betege van, kinél már elmezavar tünetei mutatkoznak, és hogy hajlandó azt észlelés végett átengedni. Ezen pellagrás eset volt az első, melyet *Lechner*

és *Purjesz* tanártársaimmal együtt észlelni alkalmunk volt (az eset az Erdélyi muzeum-egylet o. t. szakosztályának e hó 20-dikán tartott ülésén *Strobel N.* dr. elmekórtani tanársegéd által be is lett mutatva és arról máshol lesz szó). Csakhamar ezután *Purjesz* tnr. kórodájának járó-rendelésén jelentkezett két ambulans, gyanus megbetegedéssel, kiknek egyike előadta, hogy falujában, Kolozsmegye M.-Gy.-Monostor és szomszédos Oláh-Bikal községében még több hasonló megbetegedés van. Ennek folytán *Purjesz* tanártársam indíttatva érezte magát *Farkas Géza* dr. megyei főorvos közbenjárásával, egy kis expeditiót szervezni az említett községekbe, a végből, hogy meggyőződjünk, vajjon ott több gyanus megbetegedés tényleg létezik-e.

Ezen expeditión f. hó 8-dikán *Purjesz* és *Lechner* tanártársaimon és *Farkas Géza* dr. megyei főorvoson kivül *Genersich G.* dr. egyetemi docens, *Hevesi* dr. sebészeti, *Jancsó* dr. belgyógyászati és *Papp E.* dr. bőrgyógyászati tanársegédek, meg saját csekélységem vettek részt, miután *Vendelin* dr. és *Hruska* dr. kartárs urak — előbbi bánffihunyadi járásorvos, utóbbi meg m.-gyerő-monostori körorvos, kik már előbb értesítve lettek — szintén hozzánk csatlakoztak és már előre megtették a szükséges intézkedéseket, egyrészt az említett községekben előfordult megbetegedések kipuhatolására, másrészt arra nézve is, hogy azokat az expeditio otthon találhassa. Oláh-Bikal községben (bánffihunyadi járás), tényleg 6 olyan esetet találtunk, a melyeket részint a jelenlevő erythemás kütegből, részint pedig egyéb tünetekből *pellagra*-gyanusoknak kellett tekintenünk.

Időközben úgy *Purjesz* tanártársam, mint saját kórodám járó-rendelésén újabb pellagra gyanus megbetegedettek jelentkeztek, úgy hogy jelenleg az ő kórodáján 5, nálam meg 4 ily beteg ápoltatik.

Ez okból *Purjesz* tanártársam indíttatva érezte magát az Erdélyi muzeum-egylet o. t. szakosztályának f. hó 20-dikán tartott ülésén a pellagra-kérdést szóba hozni. Ezen ülésen mutatta be úgy ő, mint én a kórodáinkon észlelt eseteket.

Hogy vajjon tényleg pellagra-megbetegedéssel van-e dolgunk, azt eddigi észleleteink után absolut biztossággal még nem mondhatjuk, annál kevésbbé, mert hisz sem *Purjesz*, sem nekem, sem másnak itteni kartársaim közül nem volt még eddig alkalmunk a megbetegedésre vonatkozólag bővebb tapasztalásokat gyüjteni; azok után azonban, a miket már eddig is láttunk, hallottunk s tapasztaltunk, ezt már most is több mint valószinünek kell tartanunk. A tünetek valamennyi betegnél többé-kevésbbé kifejezett cachexia, kisebb-nagyobbfokú elesettség, izomgyengeség, tünetek a gyomor s bélhuzam részéről, némelyeknél az idegrendszer részéről; a bőr részéről valamennyinél megvoltak vagy vannak a többször leirt erythemák, melyek majdnem kivétel nélkül a szabadon levő bőrrészeken, kézhát esetleg tenyér, alkar alsó részlete, arcz ritkábban, lábfej lépnek fel rendesen az első napfényes tavaszi idő beálltával, s melyek pár heti fennállás után lefolynak, sötét pigmentatiót hagyván maguk után, melyeket azonban a magam részéről, mint dermatologus, a pellagrára absolut pathognostikusnak nem vagyok hajlandó elfogadni; e mellett feltünő valamennyi betegnek egybehangzó bemondása, a mit különben a környékben levő birtokosok is, mint *Purjesz* kartársam mondja, megerősitenek, hogy ezen emberek, kik azelőtt jobb viszonyok között voltak, s kiknek táplálékában a kukoricza azelőtt igen mellékes szerepet játszott, az utolsó két inséges év alatt annyira jutottak (különösen egyes községekben, a hol mint a már emlitett Bikal községben a jég tavaly a még megmaradt silány kis termést is tönkrette), hogy nemcsak kizárólag kukoriczából készült kenyeret ettek egész télen át, hanem némelyeknek egész táplálékát is majdnem kizárólagosan a kukoricza (málé, mamaliga, puliszka) képezte, és hogy ezen kukoriczának egy része valószinüleg oláhországi eredetü, a hol mint tudjuk, a pellagra állandóan előfordul.

Az említett 9 a kórodán fekvő megbetegedett, a kik között azonban nem foglaltatnak benn az Oláh-Bikalon talált esetek, valamennyie *Kolozsmegyéből* s pedig *Meregyó, Pányik, Fejérd, M.-Gy.-Monostor, Erdőfalva, Ajton, Diós, Retyiczel* községekből való s csak egy lakik *Alsó-Fülén* (Torda-Aranyosmegye), de ezen község is Kolozsmegye határán van.

Úgy *Purjesz* kartársam, mint magam is hangoztattuk az említett szakosztályi ülésen, hogy főczélunk a betegek bemutatásával egyelőre csakis az volt, hogy jelezzük, miszerint mi a magunk hatáskörében megtettük kötelességünket, s idejekorán felhivtuk az egészségügyi kormányzat figyelmét, hogy az azután saját hatáskörében a szükségesnek mutatkozó intézkedéseket egyrészt a baj kipuhatolására, másrészt meg sanálására belátása szerint még idejében megtehesse.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Geschichte der Chirurgie und ihrer Ausübung. Von **Dr. E. Gurlt**, Prof. der Chirurgie in Berlin, 1898. Verlag von Hirschwald.

Hosszú évek fáradságos kutató munkálkodásának eredménye az a három vaskos kötet, mely rövid idő előtt említett czímen Gurlt tanár tollából került ki. Magas szinvonalon álló, lelkiismeretesen és sok szeretettel megirt munka, mely felöleli a sebészet történelmét az ó-kórtól fogva egész a XVII-dik századig, a késő renaissance-korszakáig. G. a nagy anyagot két és fél köteten át korszakok szerint (ó-kor, középkor, renaissance) osztotta be, s azokban az egyes népek és országok sebészeti története alcsoportokban van tárgyazva. Ezt megelőzőleg a népies sebészetet (Volkschirurgie) dolgozza fel és pedig a történelmileg még felkutatható időkön kezdve, egész a jelenkorig; történelmi méreteit véve tehát művének legtökéletesebb része. A 3-dik kötet második felében az *egyes* sebészi betegségek történetének visszapillantó összefoglalását adja. Ezen részben tehát már nem a korok alá csoportosítja a betegségeket, hanem ez utóbbiakat egyenkint, történetük szerint irja meg.

G. mellőzte a korszakonkint egymást megdöntő és felváltó elméletek fejtegetését. Czélja a *gyakorlati* sebészet történetének megirása volt. Az adatokat nem mérlegeli, hanem eredetiségükben állitja elénk, hogy a modern tudományos ismeretek által befolyásolt nézőpontok alól kivonja s ily módon történelmi értéküket ne csorbitsa. Noha oly kiváló orvos-történetirók, minők Sprengel és Haeser e tárgyról irt (1805, illetve 1879) szakmunkáikkal már útját törték az orvosi történelem e specialis ágának, G. mégis nagy és egészen új munkát végezett az által, hogy messze az említett dolgozatok határain túl terjeszkedik ki feladatára és szinte beláthatlannak tetsző terrainjét sokkal körültekintőbben tárja elénk.

Különös figyelemmel kiséri könyvében a *sebészi tanitás- és rendtörténetet.* Megismertet vele, hogy a különböző időkben és helyeken, kiknek a kezébe volt letéve a sebészet; mily kiképzésben részesültek ezek; mily viszonyban állottak egymáshoz, a közönséghez és a hatóságokhoz.

Pontos megbeszélés tárgyát képezi a *hadi sebészet.* Könyve a XVII. századdal végződvén, értékesitetlenül maradt e téren első munkája, mely évekkel ennekelőtte jelent meg és Poroszország utolsó másfél századának hadi sebészetét tárgyazza. Már ezen themájáért is e mü nemcsak az orvos, hanem a *κατ' ἐξοχήν* történetiró figyelmét is le fogja kötni, még pedig müvelődéstörténeti szempontjainál fogva. És még inkább áll ez G. könyvének legnagyobb terjedelemben kidolgozott részére: a *nép-sebészetre.* Nem lenne helyes dolog, ha a müveletlen és az úgynevezett vadnépek orvosi és természettudományi nézeteit, gyógyitó eljárásait épenséggel semmibe se vennők; mert sokszor nehezen hozzáférő magyarázhatóságuk által legabsurdabbaknak tetsző dolgaikban is végül fellelhető az igazságnak, a helyesnek, egy bármily kicsiny, de meglévő magja. S ha nem a modern tudomány szemüvegén keresztül, de a történelem magaslatáról nézünk e meggyőződésekre és szokásokra, bizonyára toleransabbak is leszünk irányukban és a nálunk alig többet tudó laikus közönséggel szemben.

(Folytatása következik.) *Győry Tibor* dr.

II. Lapszemle.

A pustula maligna abortiv kezelését chinosollal ajánlja *Cipriani.* Noha a carbol- befecskendezések szintén jó eredménynyel járnak, a mennyiben 60 eset közül csak 1 végződött halálosan:

a kellemetlen melléktünetek és a hosszú, 15—20 napra terjedő kezelési tartam arra birták, hogy a chinosollal tegyen kisérletet. Az eredmények kitünőek voltak. 1⁰/₀-os chinosol-oldatot használt, melyből 2 nap alatt 3 cm^3-t fecskendett be; e mellett ugyanezen oldattal borogatásokat is végeztet. A gyógyulás legkésőbb 5 nap alatt következett be.

Hetiszemle és vegyesek.

☒ **Az igazságügyi orvosi tanács** f. hó 20-dikán teljes ülést tartott, a melyet Korányi Frigyes a tanács elnöke következő beszéddel nyitott meg:

„Tekintetes igazságügyi orvosi tanács! Áthatva levén azon meggyőződéstől, hogy az igazságügyi orvosi tanács hivatáskörét képező törvényszék-orvosi felülvéleményezéseknek szellemére, valamint nyomatékára csak előnyös lehet, ha a rokonszakokat mívelő szakférfiak között minél bensőbb contactus létezik a tanácsban, és az által lehetővé tétetik, hogy tudományuk összehatása és egymássali eszmecsere útján járuljanak a fenforgó kérdések megvilágitásához; előterjesztést tettem az igazságügyi minister úr ő nagyméltóságának, a melynek minden lényeges részét összefoglaltam azon felhivásban, a melyet e hó 9-dikén a tanács tisztelt tagjainak megküldeni szerencsém volt. A mint azon felhivás tartalmából meggyőződni méltóztatott, előterjesztésem két pontba foglalható össze. Az első az: hogy a felülvéleményezési tárgyak tudományszakok szerint csoportositásának lehető tétele végett engedje meg ő nagyméltósága, hogy a tárgyak felülvéleményezésének 2 hétre kiszabott határideje nemcsak, mint most, az előadó kivánatára tétethessék át a 3-dik hétre, hanem ezt az elnök az ügyek szakszerinti csoportositása érdekében is megtehesse.

Ezen csoportositásnak természetszerű következését képezi az, hogy megállapittatván azon törvényszék-orvosi esetek csoportjai, a melyek szakrokonságuknál fogva egy tanácskozási ülés alatt vétetnek tárgyalás alá, ezen szakokat képviselő tanácstagok is állandó tagjait kell hogy képezzék a megfelelő tanácsnak. A referensek szaknak megfelelő kijelölésére már ügyrendünk 1. §-a utasitja az elnököt, és ez az észszerűség követelményét is képezi. Az egyes törvényszéki eseteknek gyakran többoldalú tudományszaki vonatkozása követeli azután azt is, hogy az alapszakok azon kiegészitő szakokkal legyenek ellátva az egyes tanácsokban, a melyeket a tanács tisztelt tagjainak megküldött iratomban összeállitottam.

Ezen viszonyok folytán elérhetőnek láttam, hogy megszüntetve legyen azon eljárás, mely szerint az elnök minden egyes tanácsnak tagjait, minden egyes alkalommal külön jelölje ki, és e helyett az egyes tanácsok állandó tárgyainak szakképviselőit hosszabb időre — nézetem szerint czélszerűen egy évre — kértem kijelölhetni ő nagyméltóságától a minister úrtól, kiegészitve a csoportot részint az állandó szerves összefüggésben levő egyéb szakok képviselőivel, részint behivott tagok gyanánt azokkal, a kiknek jelenlétét valamely concret eset épen szükségesnek feltünteti.

Ő nagyméltósága, a mint értesülni méltóztatott, előterjesztésemet elfogadta, kijelentvén, hogy azt ideiglenesen életbeléptetendi és a gyakorlati élet tapasztalásaitól teszi függővé, hogy annak állandósitását elrendelje-e? Egyszersmind meghagyta ő nagyméltósága hivatolt leiratában, hogy a tanácsot e tárgyban meghallgatva és az ügyrendnek inditványozott módositásait kellően szövegezve, ő nagyméltóságának felterjeszszem.

A mélyen tisztelt tanács tagjait bátor voltam f. hó 17-dikére egy szabad értekezletre meghivni, s e helyen is legmélyebb köszönetemet nyilatkoztatom azért, hogy csaknem teljes számban méltóztattak az értekezleten megjelenni, s a szőnyegen levő javaslatot beható, kimeritő birálat tárgyává tenni, a mely birálat engemet több felmerült módositás czélszerűségéről meggyőzött, de viszont azon jóltevő tudatot hagyta maga után bennem, hogy a tisztelt tanácsnak minden jelen volt tagja helyesli a javaslat kiindulási pontját és lényegét, a tárgyak szakok szerinti csoportositását.

Az elvi, általános megegyezés elérve lévén, a tanács annál behatóbban foglalkozhatik a részletekkel.

Azon meggyőződéssel üdvözlöm a tisztelt tanácsot, a jelenlegi összes ülés alkalmából, hogy tanácskozásának eredménye czélszerű alakulásokhoz fog vezetni.

Egyébiránt úgy a mint a minister úr ő nagyméltósága is hangsúlyozza: a gyakorlati életnek kell a tervezett módositások czélszerűsége vagy czélszerűtlensége fölött dönteni, s az ez iránybani vélemény-nyilvánitás természetszerűen, de ügyrendünk szerint is a tanácsot fogja megilletni. Arról biztositom a tanácsot, hogy teljes igyekezettel fogom magam részéről a szemünk előtt lebegő czélt előmozditani és minden telhető elfogulatlansággal megfigyelni a tervezett módositások hatását, valamint arról is, hogy a tanácsnak erre vonatkozó vélemény-nyilvánitását a maga teljes nyomatéka szerint méltatni és érvényre juttatni törekedendem."

Az igazságügyi orvosi tanács beható eszmecsere és némely módositásoknak a szövegezésbe való felvétele után, az elnök javaslatát egész terjedelmében és egyhangúlag magávé tette.

* * *

△ **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1898. május 8-dikától 1898. május 14-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 471 gyermek, elhalt 244 személy, a születések tehát 227 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup —, roncsoló toroklob 3, hökhurut —, kanyaró 3, vörheny 2, himlő —, typhus abdominalis 2, gyermekágyi láz 1, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 3, agykérlob 10, agyvérömleny 5, rángások 3, szervi szívbaj 15, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 51, tüdőgümő és sorvadás 46, bélhurut és béllob 14, carcinomata et neoplasmata alia 9, méhrák 2, Bright-kór és veselob 8, angolkór 2, görvélykór 1, veleszületett gyengeség és alkathiba 22, aszkór, aszály és sorvadás 3, aggkór 10, erőszakos haláleset 8. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2224 beteg, szaporodás 717, csökkenés 696, maradt e hét végén ápolás alatt 2245. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1898 május 14-dikétől május 21-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 10 (meghalt 2), himlőben — (meghalt —), álhimlőben 1, bárányhimlőben 20 (meghalt —), vörhenyben 30 (meghalt 4), kanyaróban 87 (meghalt 4), roncsoló toroklobban és torokgyíkban 18 (meghalt 2), trachomában 10, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 13 (meghalt —), orbánczban 10 (meghalt —), gyermekágyi lázban — (meghalt 1).

— **Baumer Jakab** dr., tisza-földvári községi és tiszai alsójárási orvos, f. hó 25-dikén tartotta 50 éves orvosdoktorságának jubileumát. Különös tevékenységet fejtett ki 1869, 1873 és 1874-ben a cholera-járvány alatt. A köztiszteletben álló öreg kartársunkat tisztelői ez alkalommal több rendbeli ovatiókban részesítették.

— **Pfeiffer Gyula** dr.-nak a közoktatásügyi minister 200 frt utazó-ösztöndijat adott külföldi klinikák látogatására.

○ **Egyetemi alkalmazások.** Az orvoskari tanártestület legutóbbi ülésén következők nyertek alkalmazást: *A szemklinika mellé: Blaskovics Fridolin* dr. mint I. assistens, *Scholtz Kornél* dr. mint II. assistens, *Prohászka László* dr. mint díjazott gyakornok; *az I. sz. szülészeti klinika mellé: Walla Béla* dr. mint poliklinikai tanársegéd, *Lovrich József* dr. mint díjazott gyakornok, *Káldy Gyula, Palotai Andor, Fischl Ármin, Székely Zsigmond, Trebits Gyula, Walkó Rezső* dr.-ok mint díjazatlan gyakornokok; *a II. sz. belgyógyászati tanszék mellé: Zirkelbach Antal* dr. mint díjazott gyakornok, *Viszneky Béla* dr. mint díjazatlan gyakornok; *a fogászati intézetben: Biró Zsigmond* dr. mint díjazott gyakornok.

= **A közkórházi orvostársulat** X. bemutató ülését junius hó 1-én az ó-budai szt. Margit-kórházban tartja, mely alkalommal *Irsai Arthur* fogja bemutatni az új kórházat.

△ **Trachoma-tanfolyam.** *Feuer Náthán* dr. egyetemi ny. rk. tanár és kir. közegészségi felügyelő a vezetése alatt álló fővárosi szt. István-kórházi trachoma-osztályon f. é junius 5-dikén *ingyenes* trachoma-tanfolyamot fog kezdeni. Jelentkezés az említett osztályon naponta d. e. 8—10 óráig. A hallgatók száma a tárgy természeténél fogva korlátolt lévén, előnyben azon orvosok fognak részesülni, kik trachoma-orvosi állást elnyerni óhajtanak.

— **A gömörmegyei közkórházban** — mint azt *Löcherer Tamás* dr. igazgató-főorvos kimutatásából olvassuk — 1897. folyamán 1035 egyén nyert ápolást; nagyobb műtéteket végeztek 133 sebészeti és szemészeti esetben. Az orvosi szolgálatot teljesitették az igazgatón kivül: *Szabó Károly* dr. és *Kármán Aladár* dr. osztályvezető orvosok, a kiknek segitségül volt a műtéteknél *Csesznok Pál* dr. gyakorló orvos is.

△ **Kelen István** dr. svéd gyógygymnastikai massage és testegyenészeti intézetét a nyár folyamára a fővárosból *Új-Tátrafüredre* helyezte át.

△ **Fürdőorvosok** *Gámán Béla* dr. *Rohits-Sauerbrunn*-fürdőn, *Hintz Henrik* dr. *Bártfán* fürdőorvosi gyakorlatukat megkezdették.

— **Papp Samu** dr. országgyülési képviselő fürdőorvosi gyakorlatát *Alsó-Tátrafüreden* megkezdette.

—r. **Gleichenberg gyógyfürdő.** Styriának ezen fürdőjét Ausztria gyógyhelyei sorában joggal az első helyek egyike illeti meg, részint mindenütt ismert jó hatású ásványvizeit, részint kedvező klimatikus viszonyait tekintve, melyeknek kitünő hatása a légzési szervek bántalmaira általán el van ismerve. De Gleichenberg mintaszerűen berendezett gyógyintézetei és sanitarius berendezései, valamint kedvező lakás- és élelmezési viszonyai is az első rangot biztositják neki a gyógyintézetek sorában. Erről tanuságot tesznek azonkivül a bécsi jubileumi kiállításon közszemlére hozott forrástermények és egyéb tárgyak is, melyek az igazgatóság dicséretes törekvéseit a gyógyhely emelését illetőleg a legfényesebben bizonyítják.

Szt. Lukács-fürdő téli és nyári **gyógyhely.**

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú nyitott és zárt medenczéiben a forrásviz naponként négyszer megújul. Mindennemű gyógy- és üdítő-fürdők. *Lakás és teljes ellátás hetenként 27 frt* (*közepes dr*). Prospektust küld ingyen az igazgatóság **Budapesten.**

A fürdő rendelő-főorvosa: **Dr. Bosányi Béla.**

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

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület (XVIII. rendes ülés 1898. évi május hó 21-dikén.) 267. l. — A budapesti kir. orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya. (XI. ülés 1897. deczember 21-dikén.) 268. l. — Közkórházi orvostársulat. (VII. bemutató szakülés 1898. április 20-dikán.) 270. l. — (VIII. bemutató szakülés 1898. május 4-dikén.) 271. l.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XVIII. rendes ülés 1898. évi május hó 21-dikén.)

Elnök: **Moravcsik E. Emil**; jegyző: **Dieballa Géza.**

Synechia totalis pericardii cum atrophia cordis.

Grósz Gyula: A hat éves fiú f. évi márczius 4-dikén vétetett fel a Bródy Adél-gyermekkórházba. Az anamnesisből a következőket tudtuk meg: a gyermek több mint félév óta beteges, betegsége kezdetén lázai voltak, a melyek nehány hétig tartottak, azután a gyermek állapota javult. A felvétel előtt körülbelül két hónappal azt vették észre, hogy lábai és alsó végtagjai megduzzadtak, majd a has tágulni kezdett, a scrotum és penis is megdagadt. Időnkint a lábak, a scrotum és penis duzzanata csökkent, a has azonban folyton nagyobbodott.

A felvétel alkalmával a következőket találtuk (és itt csak a főbb tüneteket említem). A gyermek korához képest gyengén fejlett és táplált. A tüdők fölött mellül sem kopogtatási, sem hallgatódzási eltérések nincsenek. A szívtompulat felső határa a 4. borda alsó szélénél kezdődik, belső határa a sternum bal széléig, külső határa a bimbóvonalig terjed. Szívlüktetés csak gyengén tapintható, a szivcsúcslökés biztosan *nem* tapintható. A szív és nagy edények hangjai tompák, de *tiszták*. Hátul mindkétoldalt a scapula csúcsáig a kopogtatási hang rendes, a scapula csúcsától lefelé tompa; hallgatódzásnál a tompulat felső határán hörgi jellegű légzés, lefelé a légzés gyengült. A májtompulat a rendes határoknál kezdődik, lefelé úgy a sternalis, mint a bimbóvonalban a bordaívet körülbelül 3 harántujjnyira túlhaladja. A has nagy mértékben tágult, mérsékelten feszült; legnagyobb körfogata 71 cm. A máj jól kitapintható, úgy jobb, mint bal lebenye megnagyobbodott, éles szélű, tömött, jól körültapintható. A léptompulat nincsen megnagyobbodva. Has fölött kifejezett fluctuatio; az alsó és oldalsó részek fölött tompult kopogtatási hang, mely helyzetváltoztatás alkalmával változik, tehát *szabad hasvízkór* mutatható ki. Az alsó végtagok egész kiterjedésükben oedematosusak. Vizelet teljesen normalis, idegen alkotórészeket nem tartalmaz. Pulsus középhullámú és -teltségű, rhythmikus.

Ilyen körülmények között tehát jelen volt: hydrothorax mindkétoldalt, a máj megnagyobbodása, ascites és az alsó végtagok oedematosus duzzanata.

Az észlelés további folyamán ezen tünetek alig változtak, talán csak annyiból, hogy az anasarca felterjedt a scrotumra, a penisre, a has bőrére, az arczra és végre a felső végtagokra.

A has is mindinkább tágult és feszült, a has körfogata egészen 74 cm.-ig megnagyobbodott.

Hogy ezen oedemák mi által okoztattak, azt a folytonos észlelés, a gyakori vizsgálat el nem döntötte.

A vizelet napi mennyisége 300—500 cm³ között ingadozott, fajsúlya 1012—1015.

A vérvizsgálatból kiderült, hogy a haemoglobin-tartalom 69%, a vörös vérsejtek száma 4.900,000, a fehér vérsejteké 24,000 volt.

Az egész kórkép olyan benyomást tett, mintha incompenzált szívbajjal lett volna dolgunk. Sem a szív részéről, sem a vesék részéről azonban oly elváltozást nem tudtunk constatálni, a melyekből a tüneteket megmagyarázhattuk volna, úgy hogy már ekkor azon gyanunak adtam kifejezést, hogy itt a szívizomzat működésének insufficientiájával van dolgunk, a mely mindeme tüneteket előidézte. Hogy a szívizomzat működésének insufficientiája mi által okoztatik, azt természetesen eldönteni nem lehetett, mert erre nézve semmi támpontunk nem volt.

Ezen felvételből kiindulólag *több izben calomelt* adtunk a gyermeknek, a melynek hatására az oedemák majdnem teljesen eltüntek, a has teriméje kisebbedett, a vizelet mennyisége fokozódott egészen 1800 kcm.-ig. A has kisebbedése alkalmával a májat jól ki lehetett tapintani.

A mint azonban a calomelt elhagytuk, az oedemák csakhamar újból felléptek, még pedig ugyanazon sorrendben, mint a hogy azt incompenzált szívbajoknál tapasztaljuk, t. i. a bokáknál kezdődött az oedema és felhaladt az alszárakra, czombokra stb., újból ascites és hydrothorax lépett fel. Ilyen váltakozó állapotban volt a gyermek, majd jobb, majd rosszabb közérzet mellett. Étvágya csak kevés volt, többnyire hasmenésben szenvedett, a mely csak időnkint javult, a gyermeket azonban nagy mértékben gyengítette. Végre a csillapíthatlan hasmenések és az erőbeli állapot folytonos csökkenése következtében a gyermek f. hó 8-dikán meghalt.

A másnap megejtett boncolás a következőket derítette fel: A szívburok két lemeze egymással egész terjedelemben különválaszthatlanul összenőtt, helyenkint 4—5 mm. vastag, szívós, majdnem porczkeménységű. A szív izomzata halvány-barna, mérsékelten szívós, petyhüdt. A bal gyomrocs falzata körülbelül olyan vastagságú, mint újszülöttnél (4—5 mm.); izomgerendái nagyobbára czérnaszálvastagságúak, fehérek, izomrostnélküliek. A jobb gyomrocs falzata 2—3 mm. vastag; a pericardium és ennek zsírszövete nélkül pedig 1 mm.-nél alig több. A billentyük úgy a visszeres, mint az üteres szájadékon épek.

Egyébként jelen volt: Hydrops universalis mediocris gradus. Hepar moschatum. Tumor lienis chronicus. Catarrhus chronicus ventriculi et intestinorum. Induratio cyanotica renum. Haemorrhagiae pulmonum.

Ezek után már most az egész kórkép meg van magyarázva és nyilvánvaló, hogy a szívizomzat működésének elégtelenségét egyrészt a pericardium teljes obliteratiója, másrészt az ebből eredő szívatrophia okozta.

A pangási tünetek mind a szívizomzat működésének elégtelenségéből erednek. A szívizomzat atrophiája következtében a vér egy része a gyomrocsokban és a pitvarokban visszamaradt, pangott, a mi azután a többi pangási tüncteket előidézte.

Utóbb tudomásomra jutott, hogy a gyermek mult év augusztus és szeptember havában a „Stefánia"-gyermekkórházban pericarditis és pleuritis exsudativa ellen kezeltetett és ezen bajból gyógyultan távozott. Nyilvánvaló, hogy a pericardium obliteratiója az acut pericarditis lezajlása után fejlődött.

Az irodalomból ismeretes, hogy a pericardium teljes synechiája lehet jelen valamely egyénben a nélkül, hogy az az élőben tüneteket okozna. A synechia tüneteket csak akkor idéz elő, a mikor maga a szívizomzat elváltozik, mint a mi esetünkben, mindazonáltal jellemző tünetek, a melyekből a synechiára következtetni lehet, nem léteznek.

A diagnosis felállitására fontos az *anamnesis*, a melyből a synechiát *sejteni ugyan lehet, de biztosan diagnostizálni nem*, mondja *Rosenbach*. Ha a pericarditis lefolyása után súlyos keringési zavarok maradnak vissza, azok myocardikus eredésűek is lehetnek. Ezen complicatiónál azonban a pulsus nagyon gyakran rendetlen. A mi esetünkben a pulsus mindig gyenge, rhythmikus volt.

Berend Miklós: Grósz esete kapcsán érdemesnek tart röviden felemliteni egy esetet, mely a Stefánia-gyermekkórházban került észlelés alá. Egy 12 éves fiúgyermek szivdobogás és légzési nehézségek miatt vétetett fel a kórházba. A relativ szivtompulat a II. bordán kezdődött, jobbfelé majdnem a parasternal-vonalig ért, míg balfelé összefolyt egy, az egész bal hónaljárkot kitöltő, a hátsó hónaljvonalig terjedő tompulattal. A szívcsúcslökés a VI—VII. bordaközben jól látható és tapintható, elég körülirt és emelő. Ezt az absolut szivtompulat mintegy 2 cm.-rel haladja meg, befelé a szegycsont jobb szélén 1 cm.-rel terjed túl, fenn a III. bordán kezdődik az absolut tompulat. A szivtompulat alakja egy óriási laposra nyomott háromszög, melynek alapja a diaphragma, bal határa pedig a hátsó hónaljvonalban vész el. A *Traube*-féle tér kisebbedett. Szivcsúcs táján systolikus surranás tapintható, a csúcslökés a carotisokkal synchron, ellenben mindkét radialis késést mutat. Bal II. bordaközben kis systolikus behúzódás vehető ki. A nyaki venákon diastolikus collapsus. Szivcsúcson erősen fúvó systolikus zörej, mely az egész szív fölött hallható, de punctum maximumát a csúcs tája képezi. Pulmonalis II. hangja ékelt. Tüdők fölött hurut, csekély májmegnagyobbodás egészitették ki a kórképet. Ha a beteget jobboldalra fektetjük, feltisztul a bal hónaljban található tompulat, a szivcsúcslökés a parasternal-vonalig befelé tér s a szivtompulat határa jobb oldalt 1 cm.-rel közeledik a jobb hónaljvonal felé. A bal hónaljban levő tompulat fölött gyöngült légzés hallható, mely jellegét akkor sem változtatja, ha a beteget jobb oldalra átfektetjük, mikor a tompulat eltünik.

Ezen physikalis tünetekből kétségkivül következtettünk egy bicuspidal insufficientiára és nagyfokú szivmegnagyobbodásra, valamint azt is fel kellett vennünk, hogy a szívburok is chronikus lobot mutat, hogy nagyobb mennyiségű exsudatum tágitotta ki a szívburkot, de partialis synechiáknak kell jelen lenni, melyek miatt a szív a burokban nem sülyedhetett és ugyanezen oknál fogva maradtak jól hallhatók a szivhangok. A partialis synechiákat csakis a szivcsúcs táján vehettük föl, másként a tünetek nem értelmezhetők. Hosszabb kórházi tartózkodás után, miközben a szívincompensatio tünetek mindjobban előtérbe léptek, intercurrens orbánczban elhalt a beteg, s a boncolat a kórismét teljesen megerősitette. A szívburok óriásilag ki volt tágulva, körülbelül 600 cm³ sanguinolens savót tartalmazott. Körülbelül 2 cm. hosszú finas köteges összenövés kötötte oda a szivcsúcsot a pericardiumhoz, míg a szivbasison összenövések nem voltak. Ez eset főleg annak képezi bizonyitékát, hogy a szivcsúcs systolikus behúzódása nem pathognosticus tünete a synechiának, hanem az könnyen kimaradhat, ha a szívbasison nincsenek összenövések.

Rózsa Felix: Bemutató esete illustrálta, hogy a pericarditis adhaesiva diagnosisa nehéz. A pesti izr. kórházban szóló egy esetet észlelt, melynél egy tünet sem volt, mely a szívre utalt volna, sőt egy más kórkép álarcza alatt folyt le. 40—45 éves férfi nehezen nyelt pár hó óta és bejövetelekor szilárd táplálékot nem tudott venni. Objectiv tünet nem volt, csak a bárzsing volt teljesen átjárhatatlan és ezért oesophagus neoplasmára gondoltak; a hőemelkedések se vethettek világot a kórfolyamatra. Boncoláskor a szívet 2—2 5 cm. vastag mészkéreg vette körül, pecsétgyűrű módjára, széles feje a szívet borította, a

keskeny rész hátraterjedt a gerinczoszlop felé, mely a bárzsingot átjáratlanná tette.

A diabetes diaetetikus gyógykezeléséről.

Lengyel Loránd: (Ezen értekezést lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.)

Terray Pál: Előadó fejtegetései két részre oszthatók: theoretikus és praktikus részre.

A theoriát illetőleg szólónak nincs megjegyezni valója.

Fontosabb az előadás második, a praktikus része, melyben előadó két súlyos diabeteses beteg anyagcseréjének vizsgálatáról, kezeléséről és az elért eredményekről számol be. Az eredmények igen szépek s élénken illustrálják a bemutatott táblázatok, hogy a diabeteses betegek anyagcsere vizsgálata nagyon fontos. Nagyon fontos dolog, a mint a táblázatból kiderül, hogy a súlyos diabeteses betegnél a fél és egész főzelékes napok beiktatása által sikerült a glykosuriát megszüntetni, sőt a szervezet tolerantiája a szénhydratok iránt növekedett. Ezen főzelékes napok beiktatása — a mi *Morton* érdeme — kiméletesebb mint *Cantani* és *Lanton* eljárása, kik teljes éheztetést hoznak be; itt kellő mennyiségű kaloriát kap: kevés szénhydratot, sok zsírt s így alkalma van a szervezetnek megerősödnie s a test súlya emelkedik.

Megjegyzi azonban szóló, hogy a diabetesnek diaetás kezelése az éremnek csak egyik oldala, melyet *Noorden* vezetett be s csak kis része a diabetes gyógykezelésének. Előadó felemlített néhány alapelvet, a melyek ma érvényesek, azonban ezekre eseteinek előtérbe helyezése miatt nem fektetett elég súlyt, pedig a praktikus orvost ezen irányelvek nagyon is érdeklik s azért fogja szóló ezeket röviden körvonalozni.

A diabetes származására vonatkozó vizsgálatok, az anyagcsere vizsgálatok és klinikai tapasztalások alapján azt mondhatjuk, hogy a diabetesnek diaetás kezelése meglehetősen meg van állapítva; ezen alapelvek között sok olyan van, a mi eminens fontossággal bir a gyakorló orvosra nézve.

Igy először, nem szükséges, sőt nem is tanácsos állandóan kizárni a kosztból a szénhydratot, hanem csak egy időre és ebben is individualizálni kell, mert a szervezet szénhydratelbontó képessége különböző s nem is minden czukorfajjal szemben mutat egyforma csökkenést s ezen képessége változó, tehát ne tekintsük a szénhydratok elvonását panaceának, ne tartsuk mindenkor czélhoz vezetőnek, hanem individualizáljunk s állapitsuk meg, a diabetesnek milyen alakjával, fokával van dolgunk, képes-e a szervezet a szénhydratokból még valamit felhasználni, elégetni, vagy csak nagyon keveset vagy épen semmit, vizsgáljuk meg, hogy az egyes czukorfajokkal szemben minő a szervezet tolerantiája, minő a betegnek fehérje anyagforgalma; fontos, hogy ezeket necsak először, hanem minél gyakrabban tegyük, mert a változások gyakoriak.

Egy második pont, hogy az ú. n. szigorú és legszigorubb animalis diaeta hosszabb ideig nem ajánlatos, nem is vihető keresztül s ez nagyfontosságú, mert ezen kúra alkalmazása közben a szervezetnek ideje van kipihennie magát, javul a tolerantiája s a czukorkiválasztás megszünik. Nem lehet azt állitani, hogy a szigorú húsdiaetát a szervezet ne tudná elviselni; ezt bizonyítja br. Lüdorf — *Kültznek* volt betege —, ki könyvet irt diabeteses laikusoknak; 11 hónapig szigorú húsdiaetán élt s 11 hónapig nem volt a vizeletében czukor; *Naunyn*-nak két betege 1000—1500 gm. húst kapott naponta s súlyuk gyarapodott. Azonban hosszabb ideig a húsdiaetát nem lehet betartani, mert fehérjevesztség éri a beteget, már pedig az sokkal veszedelmesebb, mint a czukorveszteség.

Belátván a húsdiaeta anomaliáját, már száz évvel ezelőtt ajánlották a zsírt, mely a diabeteses betegre nézve fontos; a hús- és zsírdiaeta képezi az idealis diaetát, mert a zsirból nem képződik czukor s a zsír concentrált táplálkozási anyag, mely több mint kétszer annyi meleget fejleszt, mint egyéb tápanyag; egyes betegek 100—150, sőt 300—500 gm. zsírt is képesek voltak elfogyasztani naponta, persze ez a zsírmennyiség roppant nagy feladatot ró a bélcsatornára s a betegek nagyobb emésztési zavarok nélkül nem tűrik el.

Fontos a hús- és zsírdiaetánál a székürülések megvizsgálása, hogy mikép assimilál a szervezet.

A zsírt különböző alakban ételhetjük: tojás sárgája, kövér hús, kövér sonka, halak, vaj, disznózsír, libazsír, édes-savanyú tejfel, kövér sajtok, sesam-olaj, lipanin, csukamáj-olaj stb. alakjában. Szóló az élettani intézetben végzett meghatározásai alapján azt találta, hogy a kiolvasztott disznózsír 99·8%, libazsír 99·7%, halmayonnaise 87·8% zsírt tartalmaz; vizsgálatait a Soxleth-készülékkel végezte; a szalonnák közül különösen a magyar szalonnának a zsírtartalma igen nagy, mig *König* 77·8, *Norden* 90% zsírt talált, szóló az egy esztendős fiatal sertéstől származó finom pörköltszalonnának zsírtartalmát 98·2—98·9%-nak találta, bőrével vegyesen még mindig 94% volt a zsírtartalma; a paprikás szalonna zsírtartalmát 82—85%-nak, a közönséges szalonnáét 89·8%-nak találta.

Épen azon nagy változatosság miatt, melyet a zsírfogyasztás megkiván, szükséges, hogy a diabeteses beteg számára külön főzzenek, s az olyan esetek számára, melyekben ez nem lehetséges, jó volna czélszerűen berendezett gyógyintézeteket felállítani, melyeket a beteg az első szigorú diaeta-kúra idejére felkeresne néhány hétre, hogy azután otthon folytathassa kúráját.

A hús- és zsírdiaeta jelentősége a súlyos diabeteseseknél a legnagyobb, mert ezeknél a fehérjék mennyiségét is reducálni kell s még inkább növelni a zsír mennyiségét.

Ha azt veszszük észre, hogy a beteg a hús- és zsírdiaetát nem tűri, akkor ezt nem forcirozzuk, hanem megengedjük, hogy főzeléket, kenyeret egyék, hogy ezzel is változatosságot hozzunk a kosztba.

Mikor van helyén a szénhydratok elvonása és hogyan történjék ez? Számba kell venni, hogy a szénhydratok roppant nagy változatosságot képviselnek, kitünő fehérje- és zsirvivők, fehérjepótlók s nem szivesen mondunk le róluk, azért itt is individualizálnunk kell. Az eddigi eljárás az volt, hogy rögtön megvonták a szénhydratokat; a tapasztalat azt mutatja, hogy nem szabad gyorsan, hanem fokozatosan kell reducálni a szénhydratokat, a betegek is jobban tűrik; e tekintetben sokszor küzdeni kell a beteggel: ha az állapota javul, nem mer enni; szólónak is volt ilyen esete: szigorú húsdiaeta mellett betege lefogyott, sok czukor volt a vizeletében, nem mert enni, s csak nagy nehezen tudta rávenni szóló, hogy egyék kenyeret, tejet, mire állapota javult, testsúlya növekedett a nélkül, hogy a czukorkiválasztás fokozódott volna. Egy másik betegét szintén úgy kellett biztatni, hogy egyék szénhydratokat: s most a kenyeret jól eltűri, eszik liszttel készült főzeléket, sört iszik, a nélkül, hogy ártana neki.

A czukorbetegek szervezete nem képes felhasználni azon potentialis energiát, melyet a szervezetbe szénhydrat alakjában bevisznek s így elgyengülnek, saját zsírjukat és fehérjéjüket emésztik; a mi feladatunk tehát csak az lehet, hogy a czukorkiválogatás ellen küzdjünk és a szervezet czukorbontóképességét a szénhydratok megvonásával emeljük; ez nem megy mindig simán, mert a beteg veszthet zsírt és aceteczetsav reactio is léphet fel, azonban az állapot később javul. Az eredmény a szénhydratok megvonásával nem lesz mindig egyforma: a középsúlyos esetekben az eredmény elég jó, a könnyű esetekben szembetünő és tartós az eredmény: a szervezet szénhydratbontóképessége javul.

A táplálék mennyisége is megállapítandó és pedig nemcsak a szénhydrat, hanem a fehérje mennyisége is, átlag egy 70 kg. testsúlyú egyénnek 1 kg. testsúlyra 35—40 caloria szükséges, hogy nitrogen egyensúlyát megtarthassa; minél súlyosabb a diabetes, annál inkább szorul a beteg fehérjékre és zsírokra.

A czukorbetegek az egyes czukorfajokkal szemben nem egyformán viselkednek: legrosszabbul értékesíti a szőlőczukrot, nádczukrot, maltosét, már jobban a gyümölcsczukrot, tejczukrot, inulint.

A vizelet gyakran vizsgálandó fehérjére, β-oxysavra, aceteczetsavra, acetonra; a tapasztalás azt mutatja, hogy az acetonkiválasztás csökken, ha a táplálkozás javul; ha β-eczetsav lép fel, a diaetát meg kell változtatni, mert a beteget coma fenyegeti.

A könnyű esetek nagyon könnyen átmennek a súlyos esetekbe, már csak azért is, mert az orvos nem veszi észre; a súlyos és legsúlyosabb esetek a szegényosztályból valók, mert itt a könnyű diabetes csakhamar átmegy a súlyosba, mivel a szegényosztály főtáplálékát a szénhydratok képezik.

A prophylaxist illetőleg, feltétlenül és korlátlanul csak a zsír van megengedve; könnyű esetekben 120—130 gm. fehérje, 80—100 gm. zsír adható, a többit folyadék, tej, kenyér, alkohol pótolja; sok fehérje káros, mert növelheti a szénhydrat kiválasztását: ne tegyen a fehérje többet ki mint 1 kg.-ra $1^1/_2$ gm. fehérjét. Csak a reménytelen esetekben engedhető meg a korlátlan diaeta.

A diabeteses beteg tápszereit illetőleg: a főzelékek nagyjában meg vannak engedve, sajtokból a zsírosak, hús mindenféle alakban, csak a májat és panirozott húst nem szabad adni; tejet középsúlyosaknál csak akkor, ha a kenyeret kihagyjuk; tej helyett adhatunk kephirt, *Gärtner-*, *Norden*-féle diabeteses tejet, mely a rendesnél kevesebb fehérjét és több zsírt tartalmaz.

A kenyérsurrogatumok nem válnak be. Graham-kenyér, mandula, kenyér 7% szénhydratot tartalmaz, az aleuronat növényi casein: szárazolcsó, jó zsírvivő, de kevés szénhydratot szintén tartalmaz, ép úgy mint a durván őrölt lisztből készült pumpernikel; az a nézet, hogy a pirított kenyér kevesebb szénhydratot tartalmaz, téves.

Az ételeket nem szabad fűszeresen és sósan főzni, mert a betegek úgyis szomjaznak.

Italul könnyű bor, pezsgő, liqueur, szénsavas ásványvizek, ászok és márcziusi sör, édesítésre a saccharin, kevésbbé a dulcin használható.

Lengyel Loránd: A zsírok alakjára nézve tett vizsgálataiból kitünt, hogy a sesam-olajból készült zsíremulsio cognac, saccharin és $^1/_2$ liter vízzel 1000 caloriának felel meg.

A tejet illetőleg most olvasok Nordennek mesterséges tejéről, mely caseint és tejczukrot tartalmaz.

A budapesti kir. orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya.

(XI. ülés 1897. deczember 7-dikén.)

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

Elnök jelenti, hogy Reismann és Lukatos tagtársak vidékre költözvén, a szakosztályból kiléptek.

Tauffer Vilmos ajánlja, hogy a vidékre távozó tagtársak a szakosztály levelező tagjaivá választassanak.

Elnök azt javasolja, hogy a kérdés a tisztikarnak adassék át tanulmányozás végett; a tisztikar jelentése felett majd a legközelebbi közgyülés határoz. Elfogadtatik.

Temesváry Rezső titkár jelenti, hogy az utolsó ülés óta a müncheni és kölni nőgyógyászati társulat küldte be évkönyvét; az utóbbi elnöke, Frank, legújabb munkáját is.

Elnök köszönetet mond a titkárnak buzgó működéséért. Egyúttal jelenti, hogy Ónodi tanár felkéri az egyesület tagjait, hogy excerebrált vagy hemicephaliás magzatokat, melyek születésük után hangot adtak, neki átküldeni szíveskedjenek, hogy a hang keletkezésére irányuló vizsgálatait ez irányban is kiterjeszthesse.

Koponyahorpadás extractio folytán.

Schultz Henrik: Középtermetű, igen elhízott nőnél bemutató 5 év előtt perforatiót, 2 év előtt magasfogót s nehány nap előtt extractiót végzett. A két év előtti magasfogóval s a nehány nap előtti extractióval világra hozott magzatok fejméretei egyenlők voltak, t. i. bitemp. 45 cm., bipariet. 10 cm., fronto-occip. 12 cm., fejkerület 36 cm. Medenczeméretek: Sp il. 26 cm. Cr. il. 29 cm. Conj. diag. 10·5 cm.

Két év előtt a szülés két napig tartott, mert a magzatviz korán folyt el s a heges méhszáj lassan tágult. A magasfogó műtéte erős húzásra sikerült; a született magzat koponyáján mély behorpadás keletkezett a promontoriumnak megfelelőleg. A gáton 3 cm.-nyi középfokú szakadás. A koponyahorpadás kiegyenlítődött lassankint s a ma két éves gyermek jól fejlett, jár és beszél.

A nehány nap előtti szülésnél haránt fekvés volt s a fejrefordítás kísérlete közben burokrepedés történt s a bal láb előesett. Öt óra mulva a far megszületett, a karok kifejtése könnyen ment, a fejet azonban nagyon nehezen, a különböző kézfogások egymásutáni alkalmazása után sikerült csak keresztülhozni. A magzat mély asphyxiában született, melyből csak 100-on felüli Schultze-lóbálásra jött magához. A koponyán itt is oly mély horpadás keletkezett, mint a magasfogónál a halántéki és falcsont találkozási helyén. A gáton 2 cm.-nyi szakadás.

Mindkét esetben a gyermekágy lefolyása normalis volt. A szülés tovább tartott a magasfogónál, miután lábrafordítás után a far jobban tágított, viszont azonban az extractio a műtét alatt, sőt utána is rosszabb prognosist nyujtott, mert másnap a magzatnál gyermekölnyi cephalhaematoma s a bal alsó végtagnak térdkontrakturája is lépett fel.

Berczeller Imre: **Mola hydatidosa** készítményét mutatja be, mely egy körülbelül 50 éves nőtől származik.

Tuszkai Ödön: Minthogy az újabb vizsgálatok mindinkább azt bizonyítják, hogy összefüggés van a mola és a deciduoma malignum között, azt hiszi, hogy minden olyan esetben, a hol molát találunk, ki kell kaparni az uterust. A legújabb vizsgálatok a mellett szólnak, hogy a deciduoma rosszindulatú álképlet.

Kézmárszky: Ezen eset adatot szolgáltat arra, hogy a mola hyd. képződésének oka nem a deciduában, hanem magában a petében rejlik. E mellett azt hozzák fel, hogy feltünő, hogy a mola vagy nagyon fiatal, vagy nagyon idős terheseknél fordul elő. Az előbbieknél a pete még nem érett meg teljesen, az utóbbiaknál a Graaf-féle tüszők már visszafejlődésben vannak. Ezen esetben ő sem gondolt volna terhességre.

B.-nek felemlített II esetére vonatkozólag megjegyzi, hogy a mola többé-kevésbbé deciduával van körülvéve. Ha ez elég vastag, nem válhatik le in toto olyan rétegben, hogy kiürülhetnék. Tuszkai felszólalására vonatkozólag megemlíti, hogy a mola eltávozása után fennálló vérzések nem oly veszélyesek, hogy azok miatt okvetlenül be kellene avatkoznunk, sőt igen tekintélyes észlelők úgy nyilatkoznak, hogy visszamaradt kicsiny részletek eltávolítását a természetre bizhatjuk. Minthogy pedig a mola szereti a méh izomzatát szétdúlni, a méh falát usurálni, ezért nagyon kell óvakodni, hogy kényszerítő ok nélkül mola után ne curettezzünk, mert megeshetik, hogy egy ilyen usurált helyen a méhfalat átfúrjuk. Vizsgálat czéljából is csak kivételesen volna hajlandó megengedni a kaparást.

Tuszkai azért ajánlotta jelen esetben a curettaget, mert a nő már idős és mert a deciduoma malignum a carcinomához hasonló rosszindulatú képet, úgy hogy az utóbbira is gyanakodhatunk. Fiatal nőknél csak akkor végezné, ha valamely symptoma szükségessé teszi.

Berczeller megjegyzi még, hogy a nő szülés közben igen sok vért veszített, pulsus nélkül volt. A méhfal feltünően vastag volt, úgy hogy valószinűleg myomatosus degeneratio volt jelen.

Petefészek-daganat kocsányának strangulatiója.

Tóth István: 41 éves nőnél jobboldali petefészektömlőt operált Tauffer tanár; a tömlő tartalma vérömlenyes, számos összenövés; a kocsány vizsgálatánál kitünik, hogy a vélt torsio helyett egy a baloldali medenczefaltól kiinduló jó tollszárvastag álhártyás köteg strangulálja a kocsányt, a mely a strangulatio helyén egészen elvékonyodott. Minden tünete meg volt a torsiónak, az anamnesis is utalt rá.

Minden esetre ritka jelenség; Tauffer tanár közel 1000 laparotomiája között egyszer sem találkozott e képpel.

Tauffer: Az esetet úgy képzeli, hogy egy zsineg lazán van kifeszítve a medencze két fala között; egy kis daganat kocsányával körülfogja, úgy hogy a zsineg a daganatot alulról megkerüli. A daganat tovább nő és növekedésében végre meghúzza a zsineget maga körül; tehát a csavarodás olyanformán jött létre, mint pl. a köldökzsinór csomói.

Kézmárszky ugyanezen véleményen van.

Az eclampsia kezelése narcotikus szerekkel.

Doktor Sándor: Más helyen egész terjedelmében fog közöltetni.

Tóth István: Eclampsiánál a prognosis biztossággal sohasem állítható fel. A szülészeti poliklinikum 116 eclampsia-esetben nyujtott 1896. közepéig segélyt. Megesett, hogy olyan esetek, melyek jó kilátást nyujtottak, rosszul végződtek. Az utóbbi napokban pl. egy nőnek 6 rohama volt; a szülést fogóval fejezték be, a nőt jó állapotban hagyták vissza és 1½ óra mulva meghalt. Láttak egy roham után is már halálos kimenetelt. Épen ezért, mert a prognosis megállapítása ilyen nehéz, a therapia sincs határozottan megállapítva.

Az eclampsia gyógyítására nézete szerint a következő pontok az irányadók: 1. Vajjon a rohamok gyakorisága súlyosbítja-e az esetet, vagy nem. Erre határozottan igennel kell felelnünk. 2. Vajjon a szülés befejezésével megszünnek, vagy legalább gyérülnek-e a rohamok. Az esetek jó részében a szülés befejezése után a rohamok 1—2 roham után megszünnek. Kivétel van.

Mindezek alapján azt hiszi, hogy fel kell használnunk az eclampsia gyógyítása terén azon eszközöket, melyek a szülést befejezhetik. Természetes, hogy ezen eszközök csak olyanok legyenek, melyek a nőnek nem ártanak; csak az anya életét nem fenyegető műtétet szabad végezni.

A II. szül. klinika szintén híve a morphiumtherapiának; az orvosok nagy része azonban még most is idegenkedik a morphintól; tanácsosnak tartja, hogy szaklapok útján hivják fel a figyelmet a morphin e hatására. Mert hiszen nap-nap után tapasztalhatjuk, hogy az orvos görcsök esetén aethert szagoltat, vagy legjobb esetben chloralhydratot rendel minimalis dosisokban stb. Gyakorlatában, különösen 2 esetben, tapasztalta, hogy mennyire félnek az orvosok a morphintól. Vidékre hivták eclampsiához és ő a kezelő orvosnak megsürgönyözte, hogy addig is, míg megérkezik, adjon morphint; az orvos ½ centigrammot adott.

Az adag nagyságát illetőleg eddig 10—12 centigr. volt a legnagyobb adag, melyet egy nőnél adtak. Nem egyezik meg Doktorral arra nézve, hogy a szülészeti eljárás teljesen exspectativ legyen, mert hisz tudjuk, hogy a szülés befejezése a prognosist lényegesen javítja.

A II. szül. klinikán morphin adása mellett mindent megtesznek a szülés enyhe módon való befejezésére. Igy igen jó sikert láttak a colpeuresistől. Különösen, ha olyan esethez jövünk, melynél már előzetesen orvosi segély hiánya, vagy hibás kezelés folytán több roham ment előre, várakozni nem szabad. A colpeuresis-esetek statistikája bizonyosan nem jobb, sőt talán még rosszabb az eclampsia statistikájánál, azonban itt más tényezők is tekintetbe veendők: az eclampsia általános statistikájában az enyhe esetek is előfordulnak, míg az olyan esetek, a hol a szülést sürgősen befejezzük, mind súlyosak. Több esetben subjective azon benyomást nyerte, hogy a szülés befejezése mentette meg a nőt.

Sajnálja, hogy Doktor statistikája a magzat életére vonatkozó adatokat nem tartalmazza. A magzat élete szempontjából is ajánlja a szülés befejezését.

A II. szül. klinika anyagában 1881-től kezdve összesen 31 eclampsia fordult elő; meghalt 7 (=22·6%). A statistika azért rosszabb, mint Doktoré, mert a poliklinikum súlyos esetei is a klinikára hozatnak. A 7 haláleset közül egy agoniában hozatott be, kettő gyermekágyi megbetegedésben halt el, úgy, hogy magára az eklampsiára 4 eset (=13%) jut. A poliklinikum statistikájában a mortalitás 23·6%.

Ő tehát feltétlen híve a morphintherapiának, de nem ad oly nagy adagokat, mint Doktor. Ezenkivül pedig a szülést, ha enyhébb műtéttel lehetséges, befejezendőnek tartja. Ezenkivül jó hatást látott a chloralhydratnak per rectum való alkalmazásától.

Bäcker József: Szintén azon nézeten van, hogy statistika az eclampsia gyógykezelése terén nem dönthet, mert az esetek igen különbözők. Subjectiv benyomása az, hogy a morphint nagy adagokban alkalmazni nem helyes. Az I. szül. klinikán 1—1 centigr. morphin adagolása után igen jó eredményeket értek el. Mindjárt az első roham után adtak 1—2 centigrammot, azután minden roham után 1—1 centigrammot. Egy esetében a terhesség 7. havában levő I. gr.-nál lépett fel az eclampsia; az első roham után nem kapott injectiót; azután minden roham után egy-egy centigr.-ot, ezenkivül fürdő, izzasztás, chloroform. Ezen eljárással egy hét alatt lefolyt az eclampsia; összesen 12 roham volt; a szülés 3 héttel később következett be (macerált magzat, melynek szívhangjai 6 nappal a szülés előtt szüntek meg) eclampsia nélkül. Egy másik esetben szintén a terhesség alatt lépett fel eclampsia egy IX P., a climaxhoz közel álló nőnél. Összesen 4—5 roham volt; mindig 1—1 centigr. morphin. A rohamok kimaradtak, de rákövetkező éjjel a nő a rohamok ismétlődése nélkül, szívszélhüdés következtében meghalt. Minthogy tehát sohasem tudjuk, hogy a terhesség alatt melyik roham az utolsó, híve az exspectativ eljárásnak. A colpeuresis sem közönbös eljárás, mert reflex úton görcsöket képes kiváltani. Az először említett nő II. szülésénél jelentéktelenebb beavatkozás — a placenta expressiója váltott ki rohamot. Dührssen-féle bemetszést egy esetben végzett; accouchement forcé; a nő a rohamok ismétlődése folytán meghalt.

Tauffer a szülés befejezését eclampsia esetén szükségesnek tartja és pedig — elhagyva az empiriát — anatomikus alapon. Kundrat bécsi anatomus u. i. sok esetben azt találta, hogy eclampsiában elhalt nőknél az aorta bifurcatiója abnormis helyen megy végbe, tehát nem a IV. ágyékcsigolya táján, hanem magasabban (III. á. cs.), vagy mélyebben (V. á. cs.). Az oszlásból származó art. iliaca ext. kereszteződik az ureterrel, ott, a hol az utóbbi a linea terminalist érintve, elhalad. Ha az oszlás normalis, akkor az arteria az ureterre dislocáló hatással nem bir. Ha azonban feljebb, vagy lejebb oszlik, akkor úgy mozdíthatja ki, hogy létrejön az általa észlelt elváltozás. Azt találta t. i., hogy az ureternek az art. iliacával való kereszteződése helyétől felfelé az ureter tágult, fala pedig túltengett. A tágulás néha a vesemedenczéig is felterjed és oka az, hogy az ureter hosszú ideig tartó nyomásnak van kitéve a fej részéről. A nyomás következtében vizeletpangás jön létre; ez a vérben intoxicatiót

idéz elő, melyet a vér vegyi vizsgálata útján ki is mutatott. Ezenkivül felveszi még azt is, hogy a magzat és anya anyagforgalmi viszonyaiban olyan körülménynek kell lennie, mely a vérben felhalmozódott abnormis részeknek normalis kiürülését megakadályozza. Ebből magyarázza az ú. n. hepatitis haemorrhagicát, mely Virchow szerint állandóan kiséri az eclampsiát. A vizeletpangás és intoxicatio eredménye a reflexingerlékenység fokozódása, melynek következtében már kis ingerre is görcsök lépnek fel. A morphintherapia épen a reflexirritabilitás csökkentésére szolgál. Helyesnek tartja Doktor azon nézetét, hogy a morphin talán ellenméreg a vér vegyi elváltozásaival szemben, mert hisz a morphinból az eclampsiás abnormis nagy adagot bír el. Az előbbi gondolatmenet alapján azonban szükségesnek tartja, hogy az uretert azon nyomás alól, mely közvetve eclampsiát idézett elő, felszabadítsa, vagyis, hogy a szülést befejezze.

Tuszkai megjegyzi, hogy nemcsak az eclampsiások, hanem némely más betegségben szenvedők is nagy adag morphint tűrnek el, így pl. az epileptikusok. Egy esetében a terhesség 7-dik havában lévő nőnél csillapíthatatlan hányás lépett fel; a beteg napjában 6—8-szor hányt és 20 kg.-ot fogyott. A nőnek 10 óra alatt 15—20 centigr. morphint adott, 12-őt bőr alá, a többit suppositoriumban. Az inanitio megszünt, a szülés normalis volt. Híve a morphin nagy adagban való adagolásának. Indikáltnak tartja a szülés befejezését. Egy esetben egy idős I. P.-nál jó hatást látott a rigid méhszáj bemetszésétől.

Kézmárszky: Az exspectativ eljárás eclampsiánál úgy értendő, hogy akkor fejezzük be a szülést, ha a műtétnek minden feltétele meglévén, az könnyen kivihető. Az indicatio felállítása természetesen részben subjectiv benyomásoktól függ, részben a tapasztalás adja meg az alapot. A méh alsó szakaszának és a méhszájnak colpeurynterrel való tágítására nézve nem mondhat ítéletet, mert még kevés esetet észlelt. Ha azonban az igazán könnyű műtétnek bizonyul, a szülés befejezésére felhasználható. A szülés befejezésével a rohamok legtöbbnyire megszünnek, vagy gyérülnek, de megtörténhetik az is, hogy tovább is fennállanak. Minthogy tehát sohasem tudhatjuk, meg lesz-e a szülés befejezésének a kivánt eredménye, ő is Veit nézetén van, hogy t. i. a szülést csak az anya veszélyeztetése nélkül szabad befejezni. Mélyebb beavatkozás nem indikált. Néha azonban kénytelenek vagyunk nagyobb műtétet is végezni. Egy esetben eclampsiánál fordítást és extractiót akart végezni, vizsgálatnál azonban kitünt, hogy a magzat fejlettségével szemben a medencze szük. A gyermek szívhangjai jók lévén, császármetszést végzett jó eredménynyel. Ez azonban csak kivételes eset.

Közkórházi orvostársulat.

(VII. bemutató szakülés 1898. április 20-dikán.)

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

(Vége.)

A méhfenéki átfúródás szomszédságában, valamint a méh hátsó talán a leirt fakó folt alatt a kocsonyásan átalakult méhfal sárgásszürkésen színezett, a többi ugyancsak lágy részleteknél még puhább és bomlatag; az átfúródási csatorna belső nyilását az erősen elődomborodó, kocsonyás tömegben meglátni alig lehet, csak a kivülről bevezetett kisujj vagy kutató segélyével lehet kimutatni, hogy az átfúródási csatorna belső vége a méhfenék közepe táján van elhelyezve. Nyákhártya sehol sem látszik, helyén egyenetlenül dudoros, részben csapadékos felületű kocsonyás szövetet kapunk, a mely az egész méhüreget kitölti. A nyakcsatorna, a mely 2 cm. hosszú és mutatóujj számára könnyen átjárható, falzatának külső felében izomszövetből áll, míg a belső felében ugyancsak kocsonyás szövetté alakult. A méh hüvelyes része igen alacsony, alig néhány mm.-nyire emelkedik a hüvelybe és a külső méhszáj körül egy ezüstforintnyi fekélyt mutat, a melynek alapján reczézetes kocsonyás anyag domborodik elő. A hüvely 8 cm.-nyi kerületű, a kis ajkakon a hám foltonként fehéres. A húgyhólyag kicsiny, összehúzódott. A végbél falzata elváltozást nem mutat.

Szövettanilag úgy a gyomor mellső falán talált, mint a gastroduodenostomia helyéből készített metszeteken teljesen ép nyákhártya képezi a belső réteget; maga a hegvonal csak a nyákhártya alatti rétegben, illetőleg az izomrétegben található fel, a hol ugyanis egy keskeny, a bélfalra ferdén harántul illeszkedő kötőszöveti sáv jelzi a műtét helyét; sem lobosodás, sem rákos kiújulás nyoma górcsövileg sem található. A hashártya mögötti mirigyekben a kocsonyásan áttünő szigetek kötőszöveti hálózatban foglalt fonalas nyákos anyagból állanak, a melyben egyes hámsejt-csoportok itt-ott megláthatók. A mirigyszövet sorvadt, tokja megvastagodott.

Az aránylag legkevésbbé elváltozott cervicalis csatorna falából készített metszeteken igen sok szabálytalan, világos, áttetsző szigetecske látszik, a melyek fonalas nyálszerű anyagot tartalmaznak és helyenkint hámsejteket, illetőleg azok maradványait is magukba foglalják. Ezen szigetek között egyfelől síma izomszövetet, másfelől pedig igen véredénydús kötőszövetet láthatunk, a mely az első és másodlagos sövényeket alkotja. Ezen sövények ezenfelül gömbsejtesen is beszűrődöttek.

Ezen adatok alapján a méh falát teljesen infiltráló kocsonyás rák és ezen rákos méhfal spontan átfúródása derül ki oly elváltozás gyanánt, a mely Cs. Mária halálát okozta. A rákos újképződés a méhben aránylag elég gyakori, csakhogy azok a legtöbb esetben, a mikor a méh hüvelyes részén fejlődnek, epithelialis jellegűek, vagy pedig azon esetekben, a midőn a méhtestből, esetleg nyakcsatornából veszik kiindulásukat, közönséges mirigyhámrák jellegével birnak. A rákos újképletek többi kedvencz előfordulási helyeihez viszonyítva igen ritkán találkozunk oly esetekkel, a melyekben a rákos újképződés úgynevezett kocsonyás alakja lép fel a méhben; valamint egészen szokatlan jelenség az is, hogy ilyen módon elváltozott méhfalban elhalásos góczok útján átfúródás keletkezzék. A rákos újképleteknél ugyanis rendszerint igen korán kötőszövetes álhártyákat találunk a megbetegedett szerv környezetében és ezek az esetleges átfúródás alkalmával a savós üregek fertőzését többnyire megakadályozzák. A bemutatott esetben a méhbeli elváltozás úgy kiterjedésénél, mint különösen elhelyeződésénél fogva figyelmet érdemel. Vajjon ezen méhbeli folyamat elsődleges vagy másodlagosnak tekintendő-e, arra csak valószinűséggel válaszolhatni. Tekintettel ugyanis arra, hogy ugyanazon egyén 9 hónappal halála előtt egy a gyomorban fejlődött hasonló természetű rák miatt műtetett is, a méhen pedig ez alkalommal semmiféle elváltozás jelen nem volt, valószinűnek vehető, hogy a méhbeli elváltozás másodlagos. A rákos újképletnek szokásos átterjedése a nyirk vagy vérerek útján ez esetben a folyamat elhelyeződését magyarázni nem alkalmas, még retrograd metastasis felvételével sem és így legvalószinűbbnek kell tekintenünk azt, hogy az áttétel per seminium jött létre és a méh serosája alatt ezen áttéti gócz tovább burjánozva, fejlődött ki a méh ilymérvű rákos infiltratiója.

De több tekintetben tanulságos a gyomorbeli lelet is, mert képét adja azon változásoknak, a melyek a resectio után a gyomorban fellépnek. Míg ugyanis 1897. év folyamán végzett műtét előtt a gyomor nagy görbülete a köldök alatt három harántujjnyira volt található, eddig a bonczolatnál — mint azt a bemutatott készítményen is látni — egy aránylag igen kicsiny, sorvadtnak mondható gyomort kaptunk, a melynek fala sehol megvastagodást nem mutatott. A műtét óta tehát a gyomor túltengett falzata inactivitás folytán sorvadásnak indult és ez jórészt az aránylag nagyon is tág és így minden ételt gyorsan átbocsátó új pylorus szájadéknak tudható be. De másfelől demonstrálja a bemutatott készítmény azt is, miszerint gyomorresectio után per primam történt gyógyulás alkalmával oly minimalis hegszövet képződik, hogy abból további veszély a hegszövet zsugorodása által sem fejlődhetik, sőt az új pylorusszájadék mérsékelt zsugorodása csak kedvező befolyást gyakorolhat a gyomor functiójára.

Ulcus tuberculosum linguae.

Minich Károly: Folyó év február 9-diki közkórházi ülésen *Polyák Lajos* dr. egy 58 éves beteget mutatott be, a kinek nyelvén gümőkóros fekélye volt; ezen beteg időközben a szt. János-kórházban elhalt. A bonczolatnál mindkét tüdő felső lebenyében kiterjedt phthisisnek megfelelő elváltozások és a mellett disseminált elrendeződésben sajtos gümők és különösen a bal tüdőben peribronchialis és bronchopneumoniás sajtos góczok voltak találhatók; mindkét mellűr kötőszövetes hártyákkal régen lefolyt mellhártyagyuladás maradványaként elzárt; az aortán és a bal szív billentyűin atheromatosus elváltozások, a szívizomzaton barna sorvadás; általános lesoványodás és vérszegénység; a felső légutakban, nevezetesen a légcső felső részében, gégében, valamint a garatűrban, a nyelvcsapon és lágy szájpadon a nyákhártya megvastagodott, egyenetlen felületű és beszűrődött, kisebb-nagyobb kimaródásokkal folytonosságában megszakított; a valódi hangszálagok erősen megvastagodottak és ez által a Morgagni-öböl keskeny réssé szükült, a jobb valódi hangszálag hátsó vége fölött egy lencsényi, porczhártyáig terjedő, egyenetlen duzzadtszélű fekély van, a gégebemenet nyákhártyája megvastagodott, beszűrődött, a garat hátsó és bal oldalsó falán egy szenyes sarjakkal borított, egyenetlen felületű, majdnem gyermektenyérnyi kimaródás, a nyelvgyök a duzzadt papillák miatt egyenetlen felületű, göbcsös; a nyelv rövid és kissé vaskos, $7 \times 4\frac{1}{2} \times 2$ cm. méretű, nyákhártyája a domborulaton és különösen a bal szél és a csúcs mentén megvastagodott, porczellánfehér hámréteggel takart és egyes mákszemnyi süppedékes kimaródásoktól eltekintve sima felületű; a nyelv bal szélén a csúcstól 3 cm.-nyire egy 3 cm. hosszú, 2 cm. széles, részben a nyelvhátra, részben pedig a nyelv alsó felületére is átterjedő fekély van, a mely a nyelvszélnek megfelelőleg $\frac{1}{2}$ cm. mély, tölcsérszerűen bemélyedő, míg oldalfelé sekélyen lejtős és ez által inkább kimaródáshoz válik hasonlóvá. Ezen fekély szélei egyenetlenek, zegzugosak, részben letapadók és itt megvastagodott hámborítékkal fedettek, a fekélyalap egyenetlen, szenyes szürkés, vörhenyes, kissé vizenyős sarjakkal bélelt; a fekély alapján és szomszédságában a nyelv szövete tömöttebb, infiltrált.

Górcsői vizsgálatra a nyelven levő fekély hossztengelye irányában, tehát a nyelv széle mentén metszetett be s az így kimetszett darabka vétetett vizsgálat alá. Ez alkalommal a fekély alapján fiatal sarjszövetre akadunk, a mely gömbsejtesen sűrűn infiltrált és a felületen számos sejttörmelékkel, kevés nem festődő elhalt sejtes anyaggal fedett; ezen sarjréteg alatt rostos kötőszövet, a melynek egyes nyalábjai hálózatos elrendeződésben vannak, alkotja az alapszövetet és a hálózat hézagjaiban a felületes sarjakhoz hasonló sejtes szigetek lobosan beszüremkedve és számos sejttörmeléket is magukba fogadva lelhetők fel; ezen szigetek közötti kötőszövetben elvétve már egyes erősen sorvadt izomrostokra is akadunk, a melyek mindegyike kötőszövetes rostoktól van körülövezve; a mély rétegekben harántcsíkolt izomrostok még egyes nyalábokban rendeződvék, de az egyes nyalábok között ugyancsak gömbsejtesen infiltrált és részben törmelékesen szétesett sejtes szigetek mutatkoznak. A fekély szomszédságában, a hol a nyákhártya hámrétegének megvastagodása következtében a lapos hámréteg rövidebbhosszabb nyújtványok alakjában a mélybe terjed és ott e nyujtványok összefolyása által hálózatosan egybeolvad, a szövettani lelet fekélybeli el-

változásokkal teljesen egyező, a mennyiben egyfelől kötőszöveti rostok felszaporodása, sejtes szigetek fellépése és az izomrostnyalábok dissociálása alkotja itt is az elváltozás lényegét. Az egész fekély vizsgálata alkalmával aránylag igen kevés óriás sejt volt található és ezek részben egészen atypikus jellegűek voltak; a szokásos peripherikus magelrendeződés csak egyes helyeken látszott, a legtöbb óriás sejtben pedig a magvak minden rend nélkül voltak eloszolva. Sajtosodás csak egész kicsiny szigetekben mutatkozott. Az egész szövettani kép legélénkebben emlékeztet a lupusnál található elváltozásokra, még az óriás sejtek aránylag csekély száma is növeli a kettő közötti hasonlatosságot. Annál meglepőbb eredményt adott a bacteriologiai vizsgálat, a mennyiben a tuberculosisra történt festésnél a metszetekben a sejtes szigeteken belül a tuberculosis bacillusok oly tömege volt kimutatható, hogy már közönséges IV-es nagyitással ezen pirosra festődött bacteriumhalmazok felismerhetők voltak.

Ezen adatok alapján kétségtelennek tekinthető, hogy a nyelvbeli elváltozás tuberculosus alapon fejlődött ki, valamint kétséget nem szenved az sem, hogy a nyelvbeli fekély másodlagos, a tüdőből felköhögött váladék infectiója, tehát autoinfectio útján jött létre. Indokolttá teszi ezen elváltozás másodszori bemutatását nemcsak az, hogy a nyelvbeli fekélyedések diagnosisa átlagosan is számos akadályba ütközik és az elfogadott differentialis diagnostikus jelek igen sokszor cserben hagyják az orvost, de különös érdekkel bir a jelen esetben a fekélyedés alakja, a mely kráterszerű küllemével és nagy kiterjedésével a tuberculosus eredet ellen látszik szólani. A fekély környezetében található hámmegvastagodás valószinűleg másodlagos, legalább az alatta talált kiterjedt elváltozás inkább ezen felvételt támogatja.

(VIII. bemutató szakülés 1898. május 4-dikén.)

Elnök: **Rákosi Béla**; jegyző: **Terray Pál.**

Jelenlegi trichiasis-műtéteim.

Feuer Náthán: Ismételten voltam bátor figyelmüket a distichiasis, illetve trichiasis műtétekre felkérni és minden ily alkalommal hangsúlyoztam, hogy a Flarer-féle műtét a *felső* szemhéjon egészen mellőzendő. Eltekintve ugyanis az eltorzitástól a szemhéjszőrök hiánya folytán, az ezen műtét után mindig képződő éles szemhéjszél, valamint a szemhéj belső felületére gyakran átnyuló vagy egészen befordulo bőr a szarúhártyát folyvást sérti, ott gyakori herpetikus pannust és mindinkább haladó zavarodást idéz elő.

Ezen hátrány miatt a felső szemhéjon még akkor is, ha akármily okból csak kevés szőr van jelen, Flarer helyett a transplantatio egyik vagy másik módját alkalmazom.

Már volt szerencsém a tisztelt közkórházi társulatnak több ily beteget bemutatni. A műtét, melyet akkor gyakoroltam, röviden vázolva abból állott, hogy az intermarginalis metszés után a szemhéjszéltől 4—5 mm. távolságban harántmetszést ejtettem, a felső sebszélt aláástam és azután az alsó sebszélt, illetve a szemhéjszőrtelepet a fascia tarso-orbitalishoz varrtam, míg az intermarginalis sebbe a felső sebszélből vett bőrcsikot ültettem. Ezen bőrcsik vagy egészen le lett vágva eredeti helyéről vagy Spencer Watson és Vossius szerint az egyik zúgban, vagy végül Scinemi szerint mindkét zúgban összeköttetésben maradt eredeti helyével.

Az *alsó* szemhéjon, hol a szőrök hiánya kevésbbé feltünő és fenti transplantatiók végzésére a körülmények kevésbbé alkalmasak is, egy ideig még a Flarer-féle műtétet végeztem; de már az 1896. évi november 24-dikén tartott közkórházi orvostársulati ülésben három beteget mutattam be, kiknél öt alsó szemhéjon szintén a szőrtelep bizonyos átültetését végeztem.

Az intermarginalis metszést, illetve a szemhéjnak két lemezre való osztását folytattam egészen a fascia tarso-orbitalisig, azután a mellső lemezt lefelé toltam a porcz domború szélén túl és ott három öltéssel rögzítettem.

Az öltések olyképen történnek, hogy minden fonal 2 tüvel láttatik el, melyeket 2—3 mm. távolságban egymástól a kötőhártyán be- és lehúzott szemhéjszőrtelepen át kiszúrok, hol azután a csomózás megtörténik.

Ha a meztelen porcz szörhagymákra gyanus, melyek kaparás útján biztosan el nem távolithatók, akkor ezt a galvanocauterrel érintem.

Miután a fonalak az 5. vagy 6-dik napon kivéttetnek vagy kigonyedtek, a porczon képződött sarjadzás zsugorodása folytán a mellső lemez ismét visszahuzatik; de megmarad bizonyos lépcső a két lemez között, azaz a szemhéjszőrtelep kissé lejebb marad és a szőrök rendesen állanak.

Miután ezen egyszerű műtét az alsó szemhéjon oly jól vált be, ezt a felsőre is gondoltam átvihetni, és itt is az eredmény az eddig ily módon operált 16 betegen kifogástalan volt.

Bátor vagyok itt mindenek előtt egy beteget bemutatni, ki 1896. évi november 23-dikán az elsők közt az emlitett mód szerint operáltatott. Az eredmény ma is tökéletes. Ezen betegnek másik első szemhéján több évvel ezelőtt más helyen Flarert végeztek és ezen szem folytonos panaszokra ad okot, melyek a szemhéjszőrök hiányában és az éles szemhéjszélben lelik okukat, míg a fenti módon általam operált szem egészen nyugodt.

Később — ámbár recidivát nem észletem, mire az idő rövid is volna — biztositani óhajtván a szemet az ellen, hogy a felső lemez túlságosan lehúzassék, a meztelen porczra a kar ól vett Thiersch-féle epidermiscsikot, vagy — eddig csak egy esetben — az ajakból kivágott nyákhártyacsikot ültettem, melyek mindig odanőttek és bizonyos spatiumot biztositanak a két lemez szélei között, illetve széles szemhéjszélszegélyt képeznek.

Látható ez a többi, itt bemutatott négy betegen, kik közül különösen egy román nő nagyon érdekes. Súlyos himlő következtében mindkét szemen, úgy a felső, valamint az alsó szemhéjon distichiasis állott volt be. Más intézetben a négy szemhéjat állítólag már nyolczszor operálták; de mikor nálunk felvétetett, mind a négy szemhéj széle egészen éles volt és részint e szélből, részint pedig még a szélen túl a kötőhártyából jöttek ki a nagyon ritkult szőrök. Nem annyira ezen kevés szőr kimélése, mint inkább az éles szélek javítása czéljából végeztem négy és két héttel ezelőtt három szemhéjon az épen leirt transplantatiót, míg a bal alsó szemhéjon az összehasonlithatás kedvéért Flarert hajtottam végre. A jobb felső szemhéjon ajkat ültettem a tarsusra, a jobb alsó és a bal felső szemhéjon pedig epidermis-csikot.

A többi három beteg közül az egyik egy évvel, a másik két hónappal, a harmadik egy héttel ezelőtt operáltatott.

Új műtétem, mely — mint később találtam, midőn az irodalmat erre nézve átkutattam — Oettingennek egy eljárásához hasonlit, sokkal egyszerűbb, mint az előbb gyakorolt transplantatiók és az átültetett epidermis-csik nem tartalmaz lanugókat, melyek a Vossius, illetve Scimeni-féle bőrcsikot néha nagyon kellemetlenné teszik.

Syphilis ulcerosa esete.

Havas Adolf: 58 éves nőbeteg, állítólag nyolcz év óta szenved azon bőrbajban, a melynek tünetei ma is láthatók rajta. Betegnél az orr és a szomszédos arczbőr köztakarója egyenletesen rézvörös, duzzadt, a körny felé egyes különálló, ugyancsak rézvörös, nyomásra el nem tünő, a felületen kissé kiemelkedő, lencsényi göbökkel ellátott. Az orr csúcsi részlete részben hiányzik és helyén élesen határolt, barnás pörk vagy sárgás detritussal fedett fekélyedés található. Maga az orr kissé belapult. Két betegség okozta elváltozás lehet az ép most leirt u. m.: lupus vulgaris és syphilis ulcerosa. A lupus vulgarisnál az orr lassanként consummálódik és zsugorodik úgy, hogy úgy néz ki, mintha elkopott volna, míg a syphilisnél a keletkezett fekélyek élesen határolt, mintegy vágott széllel birnak, azonkivül mint ez esetben is a vomer hiányzik. Ez utóbbi körülmény mindig syphilis mellett szól, mert lupus által a vomer nem megy tönkre.

Dermatitis exfoliativa universalis esete.

Havas Adolf: Ezen beteget egyszer már bemutattam volt, mint a psoriasis universalis esetét. Kijelentettem volt akkor, hogy a betegnél akkor észlelt elváltozások tisztán a psoriasisnak tudandók be és csak azért öltöttek oly bizarr alakot, mert a beteg bőre debilis. Azóta a betegnél érdekes változáson ment keresztül a bőr. U. i. a psoriasis universalis tünetei körülbelül két hét alatt elmultak, a köztakaró halavány és sima lett, míglen egyszerre egy izzadásból kiindulólag az egész köztakaróra kiterjedő acut papulosus eczema lépett fel, mely által a beteg állapota majdnem tűrhetetlenné lett, a bőr feszült volt és a mozgékonyság korlátolt. Pár hét multva ezen változás is elmult és a betegnél a psoriasis typikus képe jelentkezett, a mely ellen pyrogallus-kenőcsöt kiséreltem meg, de alig pár napi használat után abban kellett a kezelést hagyni, mert a beteg bőrén ismét a reactio tünetei jelentkeztek. A dolgok ilyetén állása mellett minden behatóbb gyógykezelést abban kell hagyni, míg a beteg bőre kevésbé irritabilis lesz. Most pedig azért mutatom be a beteget, hogy újólag demonstráljam az immár a dermatitis exfoliativa universalisból meggyógyult betegen, *hogy az alapbetegség nála a psoriasis universalis és hogy a mint már többször volt alkalmam állítani, a dermatitis exfoliativa universalis nem önálló megbetegedés, hanem tünet, a mely a legheterogenebb módon idézhetnek elő.*

Syphilis papulosa miliaris.

Havas Adolf: E leánybeteget bemutattam volt a bántalom virágzó szakában, a mikor a differentialis diagnosis a scrophulotikus egyénen fellépett syphilis papulosa miliaris és a lichen scrophulosorum között volt teendő. Mai bemutatásom czélja, hogy demonstráljam azon változást, a mely a beteg bőrén az antiluetikus kúra következtében beállott. Mindenütt ott, a hol előbb egy miliaris papula volt, most egy barnásan festenyzett heges kis gödröcske észlelhető. A betegnél 54 bedörzsölés végeztetett és most jódvasat fog szedni.

Róna Sámuel: A mikor *Havas* ezen esetet először mutatta be, akkor azt jegyezte meg szóló, hogy a beteg térdén psoriasis laesiót lát s visszakövetkeztetett egy a psoriasishoz társuló dermatitis exfoliativára; egy kartárs mint tuberculumot fogta fel, erre is reflectálva, mondta a szóló, hogy hasonló szövődmények megitélésére csak nagyobb klinikai tapasztalatok alapján vagyunk képesek.

A mit akkor mondott szóló, bevált, mert az alapbántalom psoriasis vulgarisnak bizonyult.

Tihanyi Mór: A most bemutatott beteget szóló küldte be a kórházba a IV. ker. rendőrkapitányságtól, s minthogy Havas kifejtette, hogy ebben az esetben meglehetősen nehéz a differentialis kórisme a bujakór és lupus között, megjegyzi szóló, hogy ő már akkor, mikor a beteget a kórházba utalta, a kórházi utalványon a helyes kórismét: „*Ulcera syphilitica nasi*“ tüntette fel.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

1475/1898. szám.

A lemondás folytán üresedésbe jött **gyantai körorvosi állásra** pályázat nyittatik.

Felhivatnak a pályázni óhajtók, hogy az 1876. évi XIV. és az 1886. évi I. t.-cz. értelmében szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényüket folyó évi **junius hó 8-dik** napjának d. u. 5 óráját a főszolgabirói hivatalhoz nyujtsák be.

Ezen állás 720 frt 96 kr. készpénz fizetéssel, Gyanta községben lakással, 20 kr. vényirási, 40 kr. látogatási és a hivatalos látogatások alkalmával községi ingyen fuvarral van egybekötve. Körorvos a hivatalos látogatási napokon kivül teljesitendő gyógykezeléseiért a nagyváradi kerületi betegsegélyző pénztártól, a nagyváradi lat. szert. káptalani uradalom kisházai gazdaságától és az egészségügyi körhöz tartozó községek lakosaitól mintegy 400 frt jövedelmet remélhet.

Tartozik a megválasztott körorvos a körhöz tartozó: Gyanta, Kápolna, Belényes-Széplak, Kisháza, Karaszó, Petegd, Mocsár, Kocsuba, Urszád, Sólyom, Belényes-Szent-Miklós, Belényes-Orvényes és Havas-Dombrovicza községeket havonta egyszer, járvány esetén havonta többször is hivatalból meglátogatni.

A választás folyó évi junius hó 11-dik napjának d. e. 9 órakor Gyanta községházánál fog megtartatni.

Megválasztott körorvos a választás jogerőre emelkedése után állását azonnal elfoglalni köteles.

Tenke, 1898. május hó 10-én.

3—2 *A főszolgabirói hivatal.*

4123/98. kig. szám

Temes vármegye, fehértemplomi járásához tartozó, lemondás folytán megüresedett **károlyfalvi körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A körorvosi járandóságok:

Évi fizetés 600 frt, lakbér 200 frt, a nappali látogatási díj 40 krban, az éjjeli látogatási díj 1 frtban és a halottkémlési díj pedig 40 krban van megállapitva.

Mig az állatorvosi állás betöltve nem lesz, a hússzemlélés után évenként 150 frt jár.

A kör székhelye: Károlyfalva, a melyhez a 4 kilométer távolságra eső állami út mellett fekvő Temes-Miklós község tartozik; a két község lakosságának száma 8000.

Károlyfalván nagy heti- és országos vásárok vannak; székhelye a kir. járásbiróságnak, kir. tkvi hatóságnak, m. kir. csendőrőrsparancsnokságnak, van posta- és távirda-, nem különben távbeszélő-hivatal. Ugy Károlyfalva, mint T.-Miklós vasúti állomással bir.

Károlyfalván németek és Temes-Miklóson oláhok laknak, minélfogva a német és román nyelveknek birása feltétlenül kivánatos. E nyelvismeretek birása igazolandó.

Pályázati határidő: **1898. évi junius 5-dike.**

A választás határnapja és helye 1898. évi junius 8-dika, d. e. 10 óra, Károlyfalva községháza.

Felhivom pályázókat, miszerint a képesitettségüket igazoló okmányaikkal és szolgálati bizonyitványaikkal felszerelt kérvényüket az adott határnapig hozzám beterjeszszék.

Fehértemplom, 1898. május 5.

3—2 *Somogyi Gyula,* főszolgabiró.

3925/1898. sz.

A járásomba beosztott, népes puszták által környezett és magában is a 3000 lelket meghaladó **Jászkerekegyháza nagyközség** üresedésbe jött **orvosi állására** ezennel pályázatot nyitok.

Ezen állás javadalmazása a következő:

1. Tiszti fizetés évi 600 frt.
2. Látogatási dijak vényirással:
   a) a községben nappal 30 kr;
   b) a községben éjjel 50 kr;
   c) a tanyákon nappal 40 kr;
   d) a tanyákon éjjel 80 kr;
3. Halottkémlésért 20 kr.
4. Orvosi látlelet kiállításáért 1 frt.

Ha az orvos a segédkezést saját lakásán teljesiti, nemkülönben a 7 éven aluli gyermekektől is a 2. *a)—b)* alatti dijazás fele jár. Vagyontalan betegek ingyen gyógykezelendők.

Felhivom tehát mindazon orvostudorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy okmányolt kérvényüket hozzám folyó évi **junius hó 6-dikáig** bezárólag mutassák be.

Kún-Szent-Miklós, 1898. május hó 14-én.

2—2 *Szondy Dénes,* főszolgabiró.

2845. ki. sz.

Baranya vármegye pécsi járáshoz tartozó Ráczpetre, Devecser, Kassa, Magyarpeterd, Gyula, Belvárd, Nagy-Budmér, Kis-Budmér, Egerágh, Herend, Szemely, Lotárd, Birján, úgy a siklósi járáshoz tartozó Ivánbattyán, Jakabfalu, Németpalkonya, Kövesd, Kistótfalu, Vokány községekből alakitott **ráczpetrei körorvosi állás** üresedésbe jövén, arra pályázatot hirdetek.

A körorvos évi fizetése 600 frt és ingyen fuvar.

Ráczpetrén a halottkémi díj 50 kr., nappali látogatásért 50 kr, éjjeli 1 frt.

Egerágh, Herend, Lotárd, Szemely és Birjánban nappal 50 kr, éjjel 1 frt.

Magyarpeterd, Devecser és Kassán nappal 75 kr., éjjel 1 frt 50 kr.

Vokány, Kistótfalu, Németpalkonya, Gyula, Belvárd, Nagy-Budmér és Kis-Budmérban nappal 1 forint, éjjel 2 frt.

Ivánbattyán, Jakabfalu és Kövesden nappal 1 frt 50 kr., éjjel 3 frt.

Ha a körorvos egy községben — Ráczpetrét kivéve — több beteget látogat meg egy napon, látogatási dija a betegek közt úgy osztandó fel, hogy egy napi látogatási összes dija ugyanazon községben 5 frtnál több nem lehet.

Vagyontalanokat ingyen tartozik gyógykezelni és az orvosi rendelvény irásáért külön dij fel nem számitható.

Az éjjeli idő este 8 órától, reggeli 5 óráig számitandó.

Felhivom pályázókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 1—9., illetőleg az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében felszerelt kérvényeiket f. évi junius 12-ig nálam annál is inkább beadják, mert a később beérkező kérvények figyelembe nem vétetnek.

A választás határidejéül f. évi junius hó 14-dik napjának délelőtti 10 óráját a ráczpetrei körjegyzői irodához ezennel kitüzőm.

Pécs, 1898. évi május hó 20-dikán.

1—1 *Wanisz Sándor,* főszolgabiró.

187/98. eln. sz.

A pozsonyi kir. állami kórházban a szemészeti osztályának elsőd-orvosi állása megüresedvén, annak betöltésére a nagyméltóságú belügyminister úrnak f. évi május hó 13-án kelt 49,480/VI—b. számú magas rendelete alapján pályázatot hirdetek.

Felhivom azon orvos urakat, kik ezen 1100 frt fizetéssel és 280 frt lakpénzzel egybekötött állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. törvényczikk 9. §-ban megkivánt minősitést igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványukat hozzám f. évi junius hó 10-dikéig nyujtsák be.

Pozsony, 1898. évi május hó 17-én.

3—2 *Dr. Pantocsek József,* igazgató-orvos.

154/98. kig. főorv. sz.

A **szegzárdi Ferencz-közkórházban** egy újonan szervezett **alorvosi állásra** ezennel pályázat hirdettetik.

Az alorvos 3 évre neveztetik ki, javadalmazása 500 frt évi fizetés, szabad lakás, fütés, világitás és élelmezés.

Az állásra csak nőtlen orvosok, esetleg orvos-szigorlók pályázhatnak.

Az okmányokkal felszerelt folyamodványok gróf Széchenyi Sándor v. b. t. t. főispán úr ő nagyméltóságához intézendők s a szegzárdi Ferencz-közkórház igazgatóságánál f. évi junius hó 1-ig nyujtandók be.

Szegzárd, 1898. évi május hó 8-dikán.

3—3 *A szegzárdi Ferencz-közkórház igazgatósága.*

7926/1898. szolgabirósági szám. 2—1

Miután Udvarhely vármegye székelykeresztúri területén **Magyar-Zsákod** község székhelylyel megüresedett **körorvosi állás** betöltése tárgyában a „Közegészségügyi Kalauz" idei 13. számában és az „Orvosi Hetilap" 18. számában közzétett pályázati hirdetmény eredménytelen maradt: ennélfogva az eredeti hirdetményben felsorolt feltételek mellett a magyarzsákodi körorvosi állásra ismételten pályázatot nyitok.

Felhivatnak a pályázni kivánók, hogy szabályszerűen felszerelt pályázati kérésüket alulirthoz f. évi junius hó 25-dikéig annál is inkább adják be, mert a később beérkezendő folyamodványok figyelembe nem vétetnek.

A választás M.-Zsákod községében f. é. junius hó 28-án fog megtartatni.

Sz.-Keresztúr, 1898. évi május hó 24-dikén.

Gálffi Károly, h. főszolgabiró.

3358/1898. K. 1—1

Szabolcs vármegye dadai felső járásához tartozó s elhalálozás folytán üresedésbe jött **bújl körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az egészségügyi körhöz tartoznak **Búj** székhelylyel Ibrány, Paszab és Berczel községek.

A körorvos évi javadalmazását képezi 400 frt fizetés, 200 frt úti átalány s Búj község pénztárából halottkémlésért évi 50 frt.

A látogatási díjak a következőkben vannak megállapitva:

Kör látogatás alkalmával nappal a községházánál történt látogatásért 20 kr., ugyanez alkalommal a beteg házánál 40 kr., éjjeli időben ennek kétszerese, 80 kr. Az orvos lakására viendő betegek megvizsgálásáért nappal 20 kr., éjjel 40 kr. A kör látogatáson kivül a természetben kiszolgáltatandó fuvar mellett nappal 1 frt, éjjel 2 frt, mely dijakért körorvos a vényt is kiállitani köteles.

Köteles körorvos a kör községeiben hetenként egyszer megjelenni s a szegényeket ingyen gyógykezelni.

Választási helyül és határidőül Búj községházához f. évi junius hó 25-dik napjának d. e. 9 óráját tűzöm ki.

Felhivatnak a pályázni óhajtók, hogy kérvényeiket a törvényszabta okmányokkal felszerelve, hivatalomhoz f. évi junius hó 22-dikéig annyival inkább beadják, mivel a később beérkezettek nem fognak figyelembe vétetni.

Gáva, 1898. évi május hó 24-dikén.

Kömmerling, főszolgabiró.

HIRDETÉSEK.

TERMÉSZETES

BILINI SAVANYUVIZ!

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

Pastilles digestives de Bilin

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

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

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

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi-, górcsöi- és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN

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

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

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

GLEICHENBERG GYÓGYHELY Stiriában.

Gyógyeszközök: Égvényes sós gyógyforrások: **Constantin- és Emma-forrás.** Égvényes sós vasas savanyúvíz: **Johannisbrunnen**; tiszta vasas savanyúvíz: **Klausenforrás, savó, tej** (száraz ápolkozás), **Kefyr, Forrásiúg-belélegzés** egyes fülkékben; **fenyőár-gőz-belégzés; Légzési készülék; pneumatikus kamarák. Édes ásványvíz** és **pezsgő Calorisator-fürdők, fenyőár-** és **aczélfürdők. Nagy hidegvízgyógyintézet. Enyhe, nedvas-meleg, por- és szélmentes levegő, erdős-dombos fekvés.** Ellenjavallat: **phthisis.**

Tenger felett 300 méter. — **Évad május 1-étől októberig.** — Tájékoztatás és prospektusok ingyen.

Lakásrendelések **Curdirection Gleichenberg.**

BÁRTFA-FÜRDŐ

Dr. HINTZ HENRIK az orsz. közegészségi tanács rk. tagja, a Ferencz József-rend lov gja, **fővárosi nő- és gyermekgyógyász** e nyáron is (12-edszer) **hivatalos fürdőorvosként** működik Bártfa-gyógyfürdőn és szívesen ad felvilágositást ezen gyógyhelyről.

MATTONI ERZSÉBET SÓSFÜRDŐJE

19

Gyógyhely Budapesten (Budán).

Idény május 1-től szeptember 30-dikáig.

A gyógyhely forrásai ajánlhatók: a **belek bántalmainál, alhasi** és **általános vérbőségnél, májbajoknál, arany-érnél, túlságos elhizásnál, köszvénynél** és **női bajoknál.**

Rendelő fürdőorvos: *Dr. Bruck J.* úr a m. közegészségügyi tanács tagja, Nagykorona-utcza 23.

Egészséges fekvés, jutányos lakások, jó vendéglő. Pontos közlekedés a társaskocsikon, reggeli 5 órától kezdve. Állomási hely: **Ferencz-József-tér**, a régi Lloyd-épület közelében.

Tulajdonos: **Mattoni Henrik.**

Járványmentes hely. Állandó fürdőorvos.

KLIMATIKUS GYÓGYFÜRDŐ ÉS HIDEG-VIZGYÓGYINTÉZET.

Remek szép fekvéssel, kiránduló helyekkel és sétányokkal.

GYÓGYESZKÖZÖK: Hidegvízgyógyintézet, vasas és égvényes savanyúvíz és fürdők, **sós- és fenyő-belégzési intézet,** villanymassage, természetes meleg-tej, kefir, juhsavó; mindezek czélszerű használatára a gyógyfürdő orvosa ügyel fel.

UJONNAN épült vasuti állomás,

Gyógyjavallatok: **Tüdőbajok, malária** (mocsárláz), gége-, hörg- és tüdőhurut, gyomorhurut, emésztetlenség, máj- és lépdaganatok, vízhólyaghurut, specifikus és görvélyes csontbántalmaknál. Mindenféle idegbántalmak, fejfájás, migraine, hisztéria, szé ülés, nehéz légzés, hypochondria. Vérbajok, köszvényt görvély, bujakór, delirium trem. potat. Női bajok, fehér folyás, sápkór, havi zavaroknál.

SZOLYVA-HÁRSFALVA.

Kitünő ellátás és lakás.

Prospektussal és egyéb felvilágositással szivesen szolgál **a fürdőigazgatóság.**

Gyógyszertár. Idény: Májustól Októberig. Két vendéglő.

CSORBA FÜRDŐ.

Ezen klimatikus gyógyhely 1357 méternyi magasságban a Magas Tátra déli lejtőjén fekszik. Felülmulhatatlan légző, emésztő, szervi és örökölt bajoknál, valamint különféle idegbetegségeknél. **Van állandó fürdőorvosa, házi gyógyszertára, posta- és távirda-hivatala. Kaphatók meleg és hideg kádfürdők, fenyőerdő, szabad és zárt uszoda-fürdők. Vasúti állomástól a fürdőig fogaskerekű vaspálya vezet.**

Az idény május 15-én kezdődik.

A főidényben (julius—augusztus) teljes ellátás naponta 3 frt 50 krtól 5 frt 50 krig. Elő- és utóidényben 30%-al olcsóbb.

Kivánatra bővebb felvilágositással szivesen szolgál vagy prospektust küld a **FÜRDŐIGAZGATÓSÁG,** valamint a **GYÓGYFÜRDŐK, ÜDÜLŐHELYEK és UTAZÁSI központi iroda,** BUDAPEST, V., Dorottya-utcza 13.

BAD-GASTEIN

fürdő leirása **dr. Gáger** kir. tanácsostól (télen Arcoban) megjelent **Aug. Hirschwald**nál Berlinben.

Vegyi, górcsövészeti és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUM

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

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

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

Dr. Fuchs Sándor

száj- és fogorvos

lakása május 1-től a szomszéd házban

Kerepesi-út 14. szám I. 6. alatt.

Dr. JÉKEL LÁSZLÓ

min. eng. nyilvános

VÉDHIMLŐNYIRK-TERMELŐ INTÉZETE

Nagy-Károlyban.

A m. kir. honvédség és m. kir. államvasutak egyezményes szállitója. Egységes árak:

3 egyénre		**1 phiolában**	**frt**	**—.40**
10	„	1 „	„	1.—
20	„	1 „	„	1.50
50	„	1 „	„	2.50
100	„	2 „	„	4.—
100	„	5—10 „	„	5.—

Csomagolás 10 kr. Ajánlási dij 20 kr.

Oltó eszközök gyári árban. Tartó készülék tömeges oltáshoz **dijtalanul.**

Hitel megegyezés szerint.

ÉRTESITÉS.

Van szerencsém a t. kartárs urakat tisztelettel értesiteni, hogy fürdőorvosi működésemet

SZLIÁCSON

ismét megkezdtem.

A nőgyógyászaton kivül ideg- és villamgyógyászattal is foglalkozom s különösen figyelmeztetem a t. kartárs urakat a Dr. Althaus londoni professor által ajánlott s eddig egyedül általam alkalmazott **nyúlgeriuczvelő** anyagból készült injectiókra, melyekkel a **hysteria, neurasthenia** s **tabes**-ben szenvedőknél meglepő eredményeket értem el.

Szliács, 1898. május hó.

Dr. Stern Ignácz,
egyetemes orvostudor.

Halli jodfürdő Felső-Ausztriában.

Május 1-jétől fogva **SPITZMÜLLER V. dr.** fürdőorvosi működését ismét megkezdte.

(Télen Arco.)

Univ. med. Dr. PÉCSI DANI

nyilvános

tehénhimlő-termelő intézete

BUDAPEST, II., Margit-körút 45. sz.

tömeges oltásokhoz, jó és biztos hatékonyságú oltóanyagot a következő árakon szállit:

1 fióla 2—3 egyénre	120 fillér
10 vagy több fióla á	100 fillér
1 fióla 10—15 egyénre	3 korona
1 fióla 50 egyénre	450 fillér
1 fióla 100 egyénre	9 korona
Epidermin, egy tubus	100 fillér
Üres fióla darabonkint	2 fillér
„ fövőcső darabonkint	4 fillér
Tárgylemez darabonkint	8 fillér
Oltó gerely kaucsuk-tokkal	2 korona
Portóért és csomagolásért	80 fillér