Negyvenkettedik évfolyam. 32. szám. *Budapest, 1898. augusztus 7.*

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.

Schaffer Károly: Közlemény a fővárosi „Erzsébet"-szegényház ideg-elmebeteg osztályáról. A tabeses elfajulás localisatiójáról és lényegéről. 383. l.

Spitzer Gusztáv: Közlemény a szt. Rókus-kórház Donáth m.-tanár vezetése allatt álló idegambulatoriumáról. 384. l.

Justus Jakab: A syphilis malignáról. 386. l.

V. Hajnal Géza: Mania transitoriában szenvedő pellagrabeteg esete Beszterczе-Naszód vármegye közkórházában. 387. l.

Tárcza. *Walla Béla*: Gynaecologia Amerikában. 388. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Schenk Lipót*: A nemi viszonyra gyakorolt befolyás. 389. l. — *Lapszemle. Kutner*: A beékelt húgycsőkő eltávolítása. 391. l. — *Gaglio*: Bőr alá fecskendezésre használható chinin-készítmény. 391. l.

Hetiszemle és vegyesek. Az új szt. János-kórház hivatalos megnyitása. — A főváros egészsége. — Elhunyt. — Szt. Lukács-fürdő. — Herczel dr. — Baumgarten Samu dr. — Kuthy Dezső dr. — Dr. Sedlitzky-féle fürdő-tablettek. 391. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a fővárosi „Erzsébet"-szegényház ideg-elmebeteg osztályáról.

A tabeses elfajulás localisatiójáról és lényegéről.[1]

Irta: *Schaffer Károly* dr. egyet. m.-tanár, szegényházi rendelő orvos.

Tisztelt Orvosegyesület!

A tabes klinikai képe azt bizonyítja, hogy az az egész idegrendszer megbetegedése, mert jól ismeretes, hogy a tabesnek gerinczvelői tünetein kivül elég számban vannak oly jelenségei is, melyek a nyultvelő és a középagy bántalmára vallanak. A tabes kórszövettani képe pedig épenséggel igazolja az említett tételt: a gerinczvelőn kivül a nyultvelőben úgy egyes idegmagvak, valamint bizonyos idegnyalábok, a középagyban a szemmozgató idegek magvai, a trigeminus magva lehet bántalmazva, sőt *Jendrássik* vizsgálataiból azt is tudjuk, hogy a nagy agy kérge is elfajulhat. Ha ehhez hozzáveszszük, hogy a környi idegek is gyakran bántalmazvák, úgy tisztán áll előttünk az a tény, hogy a tabes alatt az egész idegrendszer szenved. Ez alapon tehát helytelen ama régibbi felfogás, mely szerint a klinikai tabesnek mintegy kórboncztani synonimája gyanánt a hátsó kötelek szürke elfajulását tekintették. Mindazonáltal kétségtelen, hogy a tabesnek *állandó* kórszövettani elváltozásai a gerinczvelő hátsó köteleiben fejlődnek ki és találhatók fel; persze egészen más kérdés, hogy mennyiben felelnek meg ezek a tabes bizonyos tüneteinek.

Daczára annak, hogy a tabes gerinczvelői, jelesen hátsó kötegbeli elváltozásai régen ismertek, hiszen ezek ismerete megelőzte a tabes klinikai képének felismerését és felállítását, mindazonáltal épen a gerinczvelőnek tabeses elváltozásai képezik e pillanatban a tabesnek actualis fejezetét, világos jeléül annak, hogy számos vitás kérdés tisztázandó még e helyen. A legutóbbi 5—6 év alatt élénk munkálkodás mutatkozik e téren, melynek eredményeképen a tabes gerinczvelői elváltozásainak ismeretében nevezetes fordulat állott be; erről óhajtok mai előadásomban megemlékezni, miközben rövid áttekintést nyujtanék ama nézetekről, melyeken a tabes kórszövettana kezdettől fogva a mai napig átment.

A hátsó kötelek elfajulása a tabesnél állandóságánál és typusosságánál fogva a búvárok figyelmét olyannyira lekötötte, hogy hosszú időn át, még a nyolczvanas években is a hátsó köteleket tekintették a kórfolyamat székhelyének, bár *Hutin* már 1828-ban kijelentette, hogy a tabeses folyamat anatomiai substratumát a hátsó kötelek elfajulása, a hátsó gyökerek és az opticus atrophiája képezik. Lényegileg kétféle nézet keletkezett ez időben; az egyik azt vitatta, hogy a tabeses elfajulás az idegrostok közti szövetnek, tehát a támasztó szövetnek kóros, lobos túltengéséből keletkezik (*Friedreich, Fromman*), míg a másik felfogás, melynek megalapitója *Leyden*, az idegrostok elsődleges megbetegedéséből származtatta. Volt tehát egy *interstitiumos* és egy *parenchymás* theoria. Az előbbi nem tett sok hívőre szert, valamint a hozzá közel álló *Rumpf-Adamkiewicz*-féle nézet sem, melynek értelmében a hátsó kötelek elfajulása vérerekből indulna ki. Annál elterjedtebb lőn, később pedig általános elfogadásban részesült a parenchymás theoria, a melyet *Charcot*, főleg *Pierret* vizsgálatai alapján magáévá tőn és nagy tekintélyével diadalra segített, de a melyet legszabatosabban *Strümpell* formulázott és az általa eszközölt szövegezésben lelkes és általános fogadtatásra talált.

Strümpell 1882-ben tiz tabeses gerinczvelőnek beható szövettani elemzése alapján ama felismerésre jutott, hogy a hátsó kötelek elfajulása bizonyos typust követ, mely az ágyéki, a háti és a nyaki velőben más-más, de egyenkint jellegzetes képet nyujt. E typusok az által jönnek létre, hogy a hátsó kötelekben csakis bizonyos, meghatározott területek fajulnak el s igy élénken elütnek a szomszédos egészséges területektől. Az ágyéki velőben az elfajulás a legkifejezettebb és a hátsó kötélnek főleg középső és hátsó részleteit éri, míg az elülső, a központi gerinczvelői csatornával határos részlet bántatlan marad. A háti velőben a hátsó kötelek jóformán teljesen elfajulvák, csupán hátsó-külső és elülső részükben mutatkoznak apró ép mezők. A nyaki velőben főleg a Goll-féle köteg és az ú. n. „oldalsó gyökmezők", melyek a hátsó gyökereknek közvetlen folytatását képezik, betegszenek meg. De épek maradnak a nyaki velőben a hátsó kötelek hátsó-külső és elül két oldalsó mező. A mi a leirt elváltozásoknak kezdeti szakát illeti, úgy *Strümpell* kiemeli, hogy az ágyéki velőben tisztán a hátsó kötelek középső mezeje, a háti velőben pedig két vékony terület szenved; utóbbiak részben egy mediancsikot képeznek az egész hátsó kötél hosszában, részben pedig a hátsó szarv fejének nekifekvő területet, mely hátfelé elvékonyul. Korán szenved *Strümpell* szerint a *Lissauer*-féle öv is, melynél fogva a hátsó szarv hegyében levő igen finom rostok eltünnek. Tetemes sorvadást mutatnak a hátsó szarvak és gyökerek is a tabesnél.

A hátsó kötélbeli elfajulás kiterjedésében mutatkozó szabályosság, sőt részarányosság alapján *Strümpell* arra a fel-

[1] Előadatott a budapesti kir. orvosegyesületnek 1898. évi február 19 diki rendes ülésén.

fogásra jut, hogy a tabesnél a hátsó kötelekben bizonyos rostrendszerek szenvednek elsődlegesen s miután e szerző szerint a hátsó kötél több rendszerből alakul, a melyek közül épen a jelzettek betegednek meg a tabes folyamán, azért is *Strümpell* a tabest *combinált rendszerbántalomnak* nevezi.

Strümpell munkájának főérdeme az volt, hogy a hátsó kötelek bántalmának szabályosságát és szabványosságát mutatta ki. Ez által megszerkesztette a hátsó kötelek tabeses elfajulásának typusos képét; annak bebizonyításával azonban, hogy az elfajult területekben bizonyos *rostrendszerek* bántalma nyerne kifejezést, tényleg adós maradt.

Strümpell vizsgálatainak a gerinczet, az alapot *Flechsig* adta meg, ki 1890-ben velőfejlődési vizsgálataival kimutatta, hogy a hátsó kötél meghatározott és typusos mezőkre oszlik, melyek egymástól a velősödés egymásutánja folytán különülnek el. E mezőket *Flechsig* rendszereknek nevezi; alakjuk lényileg megfelel a *Strümpell*-féle elfajulási területeknek.

Flechsig mintegy 35 cm.-es magzatok gerinczvelejében a hátsó köteleket a velősödési folyamat által bizonyos meghatározott mezőkre tagolva találta; az ezek közti határokat magzati velővonalaknak — foetale Marklinien — hívja. E velővonalak által a hátsó kötél egy *elülső* (ventralis), egy *középső* és egy *hátsó* (dorsalis) *gyökmezőre oszlik*. (L. 1. ábra.) Az elülső gyökmező a hátsó eresztékkel és a hátsó szarvakkal határos; a hátsó gyökmező elfoglalja a hátsó kötél háti szélét és egy nyelvalakú nyúlványnyal a hátsó hasadék mentén mellfelé terjed. A hátsó gyökmező egy medialis és egy lateralis részletből áll; utóbbi alatt a Lissauer-féle övet kell értenünk, mely mint ismeretes, a hátsó szarv hegyén igen finom rostokból álló határövet képez a gerinczvelő széle és a hátsó szarv szivacsos állománya közt. A középső gyökmező a leirt két gyökmező közt foglal helyet; lényegileg egy medialis, a hátsó hasadék melletti ú. n. *medianzonából*, és egy ettől oldalt fekvő, a tulajdonképeni középső gyökmezőből áll, mely ismét két részből áll. A velősödés sorrendje szerint első sorban kapja velőjét az elülső gyökmező, utóbb a középső és végül a hátsó gyökmező velősödik. A leirt gyökmezők jelentőségét illetőleg *Flechsig* megjegyzi, hogy az elülső gyökmező részben, de nem kizárólag, hátsó gyökrostokkal összefügg; biztos az, hogy a középső és hátsó gyökmező kizárólag gyökrosttermészetűek; a medianzonára nézve úgy vélekedik, hogy ez gyökrostokkal nem függ össze, vagyis *endogen* természetű terület, szemben a középső és hátsó, részben az elülső gyökmezővel, melyek *exogen* rostokból épülnek fel.

Már most fontos körülmény, hogy a tabes folyamán az ágyéki velőben épen a középső gyökzonának megfelelő terület betegszik meg elsődlegesen; nevezetes, hogy a *Flechsig*-féle medianzonát *Strümpell* eseteiben (az ágyéki velőben) épnek találta. A hasonlatosság a tabeses és a velőfejlődési topographia közt a hátsó kötelekben szembeötlő; ez a körülmény birta reá *Flechsiget* ama kijelentésre, hogy a két folyamat közt párvonalosság áll fenn: „Man mag die foetale Gliederung der Hinterstränge deuten und auffassen wie man will; die Übereinstimmung derselben mit der durch initiale Tabes bedingten bleibt bestehen.“ *Flechsig* hangsúlyozza, hogy a hátsó gyökerek másodlagos elfajulására bekövetkező tagosulása a hátsó köteleknek eltérő a velőfejlődés okozta tagosulástól; utóbbi *rendszereket* tüntet fel, előbbi csupán az elfajult gyökérnek megfelelő *topographiát*. A rendszerek szerinti tagosulásban bizonyos *biologiai* tényezők lelnek kifejezést; a topographia szerinti elkülönülésben inkább *anatomiai* viszonyok érvényesülnek. Ki kell azonban mindjárt emelnünk, hogy *Flechsig* az általa postulált rendszerek élettanát illetőleg absolut nem szolgál közelebbi adatokkal.

Flechsig adatai *Strümpell* felfogásának érvényesülését hatalmasan támogatták. De nemsokára, már 1892-ben új áramlat mutatkozik, melynek lényege röviden az, hogy a *tabeses hátsó kötélbeli bántalom a hátsó gyökökből ered, tehát másodlagos elfajulás.*

Már 1872-ben a kopenhágai *Lange* a caudatumor egy esetében talált viszonyokból azt az éleseszű következtetést vonta, hogy a tabesnél is gyökbántalom szerepel, mert feltünő megegyezést talált a cauda ideggyökeinek roncsolására bekövetkező felhágó elfajulás és a tabeses hátsó kötélbeli bántalom közt. *Lange* továbbá arra a fontos következtetésre jut — mi a hetvenes években nevezetes, sajnos nem eléggé méltatott körülmény volt —, hogy a hátsó kötelek nem hosszanti commissurás rostokból, hanem csupán a hátsó gyököknek a gerinczvelőbe behatoló folytatásaiból alakul. Igy tehát már *Lange* vezette le esetéből azt a felismerést, hogy a tabesnél a hátsó gyökerek intraspinalis folytatásainak másodlagos elfajulása szerepel. S miután e jelenség a Waller-féle törvény értelmében csak akkor következhetik be, ha a hátsó gyök a spinaldúcz és gerinczvelő közt megsérül, azért is *Lange* e helyen lefolyó idült meningitisből származtatja a hátsó gyökök és ezek intraspinalis folytatásainak elfajulását a tabesnél.

Lange esete és fontos következtetései feledésbe merültek és csupán húsz évvel később, 1892-ben éledtek ismét fel *Marie* és *Redlich*, nemkülönben *Déjerine* munkái alapján. *Marie*, főleg *Redlich* a legújabb agyanatomiai kutatásokra támaszkodva, a tabes kórszövettani elváltozásainak megértése okáért a gerinczvelő hátsó kötelének ép boncztani viszonyaiból indultak ki. *Marie* a hátsó gyökrostokat hosszú, középhosszú és rövid rostokra osztván fel, azt tanítja, hogy a hosszú rostok a hátsó kötél medialis, a középhosszúak a középső és a rövid rostok a hátsó kötél széli részében futnak le; e topographiai viszonyokból magyarázza a tabeses elváltozásoknak különböző alakulásait. A kezdeti tabeses elváltozás, mint ismeretes, a hátsó kötél legszélibb részébe — az ú. n. gyöktájékba, zone cornu-radiculaire — localizálódik; ide sugároznak a hátsó gyökök (rövid és középhosszú rostok); a mi a Burdach-féle kötélben kifejezett sklerosist illeti, úgy ez főleg a középhosszú rostoknak elfajulásából vezethető le, szintilyen eredetű a Clarke-féle oszlop reczéjének megritkulása; végül a Goll-féle kötélben mutatkozó sclerosis a hosszú gyökérrostoknak elfajulása által tételeztetnék fel. *Marie* szerint a tabes kórszövettani folyamatának megértése csakis egy alapvető tétel alapján történhetik és ez abban áll, hogy a *tabes gerinczvelői elváltozásai szelvényenként folynak le*, a mennyiben minden egyes hátsó gyökér a gerinczvelőbe való belépése alkalmával az elfajult rostoknak egy újabb contingensét helyezi a hátsó kötélbe. Ez alapon érthetővé válik a lumbalis, a cervicalis és a kephaliás tabes; az első esetben a lumbosacralis, a második esetben a nyaki hátsó gyökök, a harmadik esetben az agyi idegek vannak túlnyomóan elfajulva.

Ugyancsak 1892-ből származik *Redlich* munkája, mely a lumbalis és cervicalis tabeseknek beható elemzésén alapul. E szerzőnek meggyőzően sikerült kimutatnia, hogy a hátsó kötélnek különböző alakulású elfajult területei lényegileg az elfajult gyököktől függenek, vagyis hogy a hátsó kötelek tabeses bántalma minden részletében a hátsó gyökerek intramedullaris lefutásához alkalmazkodik. *Redlich* e dolgozatában egy igen találó kifejezést alkalmaz a hátsó kötél legszélibb pontján, az ú. n. gyöktájban mutatkozó elfajulásra. A gyöktáj elfajulását ugyanis *helybeli tabeses degeneratiónak* — localtabische Entartung — hívja, mely elnevezésnek jelentősége a későbbi fejtegetések folyamán ki fog tünni.

(Folytatása következik.)

Közlemény a szt. Rókus-kórház Donáth m.-tanár vezetése alatt álló idegambulatoriumából.

Irta: *Spitzer Gusztáv* dr., segédorvos.

Az 1897. január elsejével megnyilt szt. Rókus-kórházi idegambulatorium beteganyagának instructiv esetekben gazdagsága ösztönzött e közleményre.

A 763 ambulans közt számra nézve első helyen áll a századvég idegességével a *neurastheniások* 93 esete, a *hysteria* 63 esete. A hysteria 3 esete volt traumás eredetű, 12 esetben a hysteria súlyos tünetei (epileptiform-görcsök, síró-nevető görcsök) psychikus shokra voltak visszavezethetők; ezt meg-

előzőleg azonban már enyhébb hysteriás tünetek állottak fenn. A trauma tehát akár psychikus, akár mechanikus eredetű volt, csak a már fennálló hysteriának váltotta ki súlyos tüneteit, minek orvos-törvényszéki jelentősége félreismerhetlen.

A hysteria oly sokszor más kórkép színeiben járva, chamaeleonszerűségében nem egyszer ad diagnostikus nehézségekre alkalmat. Nem csekély mértékben fokozódnak a nehézségek, ha hysteria és szervi bántalom együtt vannak jelen, akár minden oki összefüggés nélkül, mert hysteriás egyén is szerezhet szervi bajt, akár pedig oly összefüggéssel, hogy a szervi baj a praedisponált egyénnél a hysteriát váltja ki. Ilyen a következő eset:

P B., 22 éves szabó, november 29-dikén küldetett a kórház gégészeti osztályáról rendelésünkre azon panaszszal, hogy 1897. május óta, a mikor nagy esőzés alkalmával övig vízben gázolt, rekedt, bal felső végtagja zsibbad és gyengül, a bal fejfélen s felső végtagban néha fájdalmai vannak, gyakran szédül. Betegnél terheltség nem állapítható meg; 11 éves koráig folyton betegeskedett (himlő, typhus), innen jelen bajáig egészséges volt. Nemi betegséget, potust tagad. Gyengén fejlett s táplált. Jobb pupilla tágabb a balnál, mindkettő kerek, fényre reagál. Sulcus naso-labialis sin. elsimult, bal szájzug lejebb áll, fogcsikorgatásnál kissé elmarad. Baloldali kisfokú garativ paresis, teljes baloldali hangszalaghűdés. Nyelv s kezek kissé reszketnek, bal kéz nyomása jobbénál gyengébb, bal alvégtag goromba ereje csökkent. A bal falcsont mellső része kopogtatásra kissé fájdalmas; a hajas fejbőrön, a hát balfelén, a bal felső végtagon csökkent a tapintás és fájdalomérzés, a mellen, hason, alvégtagokon normalis. Bal nyelvfél, szájpadlás fele, orrlyuk, conjunctiva tapintás és fájdalomérzése csökkent. A gége bal fele sondával érintve nem vált ki köhögési rohamot. Visus mindkét oldalt $^5/_5$, baloldalt 0·5 d. Hpm. Látóterek normalis határúak. Mindkét szemfenéken, különösen a balon feltünő a retinalis visszerek teltsége és kanyarodottsága, a bal papilla pirosabb. Hallás baloldalon 60 cm., jobboldalt 80 cm. Izlés, szaglás mindkét oldalt egyenlő.

A féloldali hypaesthesia és paresis a hysteria keretébe vágók, a concentrikus látótérszűkület hiánya, a facialis paresis, a totalis féloldali gégehűdés hysteria ellen, agytumor mellett szólnak.

Az *epilepsia* 42 esete sorából kerültek ki az utóbbi időben *Jonnesco*-tól ajánlt sympathikus resectiónak alávetett esetek, melyekről más helyen történik bőven megemlékezés. Itt csak annyit említek fel, hogy a mindkét oldali nyaki sympathikus resectiója jól türetik, de az epilepsiára semmi befolyással nem birt. Nem érdektelen megemlítenem, hogy egy epilepsiás betegünknél, kinek autopsiáját láttuk, az Ammonszarv mellső részében és a homloklebenyben székelő körülbelül diónyi csontkemény tumor találtatott, mely a beteg életében az epilepsiánál és kezdődő mindkétoldali opticus atrophiánál egyéb tünetet nem okozott. Nem volt localizálható biztossággal az *agytumor* egy más esetünkben sem, melynek autopsiáját ugyancsak láthattuk.

P. E., 24 éves cseléd, atyja apoplexiában halt meg, anyja ismeretlen okból. Nemi betegségeket tagad. Öt hó óta beteg, fejfájás, szédülés bántja, mely jelentkezésekor is tart, különösen a nyakszirten s homloktájon kiterjedőleg; két hó óta rossz látás. Beteg mellkasi s hasi szervei épek. Koponya kopogtatásra sehol sem fájdalmas. A jobb pupilla tágabb a balnál, különben kerekek, a bal focalis világításnál gyengén, a jobb semmit sem reagál. Kettős látás nincs, szemmozgások minden irányban jók. Mindkét oldalt pangásos papilla kezdődő atrophia n. opticivel. Facialisok jól innerválnak, hallási zavar nincs. Nyelv jól mozog, beszéd vontatott, hosszabb szavakat alig birja kimondani, hangja érdes. Tapintás és fájdalomérzés intact. Triceps reflex, kéztőizületi inreflexek, térdphenomenek fokozvák; mindkétoldali lábclonus. Alvégtagok goromba ereje csökkent, járásnál erősen ingadozik, támaszkodnia kell. Napok mulva hányás lép fel, majd járási képtelenség. Betegnek, ki Barbás főorvos kórházi osztályán meghalt, autopsiájánál a jobb thalamus opticus pulvinarjában székelő tyúkpetényi cholesteotoma találtatott következményes (a plex. choroideus nyomatása folytán) hydroceph. internussal. Az élőben a thalamus tumorra valló féloldali hiánya az arczmimikának nem volt jelen. Az agyalapi idegbénulás hiánya, ugyancsak a motorikus kiesési tünetek, cerebellaris ataxia hiánya, az agyalap, pons, kisagy és a kéreg bántalmazottságát nagyjában kizárni engedé. Hogy ezek mellőzésével épen a thalamus van megtámadva, arra talán a korai látászavar az atrophia n. opticivel szolgáltathatott volna gyanut.

Az agybántalmak közül a 6 *agytumoron* kivül, a *dementia paralytica* 24, a *lues cerebralis* 24 esetét említem itt, mely utóbbiak természetesen a therapeutikus siker esetei voltak, egy beteget kivéve, egy 20 éves leányt, ki Barbás főorvos osztályán embolia art. fossae Sylvii (consecutiv encephalomalaciával) következtében meghalt.

A gerinczagy bajok közül a *tabes dorsalis* 27 esettel volt képviselve. Ezek közül 10 esetben volt a lues előremente biztosan constatálható, 9 esetben csak gyanujelei állottak fenn. A symptomatikus kezelésben par excellence az ataxia ellen a gerinczagy galvanisatiójától kapcsolatban a Bonuzzi-féle gerinczagynyujtásokkal láttunk jó eredményt, különösen egy esetünkben, melyet azért emelek ki, mert ennél a megbizható orvostól diagnostizált első lues tünetet követő negyedik évben voltak már jelen tabestünetek. Mint diagnostikus szempontból érdekes esetet említem a következőt:

S. J., 37 éves szabó 15 évvel ezelőtt luest acquirált. Két év előtt ismert ok nélkül 13 napig tartó heves gyomortáji fájdalmai voltak hányás kiséretében. 1896-diki juniusban ugyancsak ismétlődtek e rohamok három héten keresztül. Ezek szüntével október haváig teljesen egészségesnek érezte magát, ekkor újból, a fájdalomtól összekuporodva jelent meg rendelésünkön. Két héten keresztül rendkivüli fájdalmak mellett szünet nélkül hányt, alig evett valamit, csak a morphin nagy adagjai hoztak némi enyhülést. Beteg a rohamok közti időben teljesen jól érezte magát, étvágya, széke rendes volt. A gyomor most sem mutatott functionalis zavart. A májtájon normalis viszonyok; a vizeletben elváltozás nincs. Bal pupilla tágabb a jobbnál, mindkettő szabálytalan, fényre gyengén reagál. Térdphenomenek megvannak, sensibilitas intact, Romberg nincs jelen. Járás nem ataxiás, csukott szemmel kissé bizonytalan; szemfenéki eltérés nincs.

Tekintve azt, hogy betegnél epe- vagy vesekőre valló minden támpont hiányzott, hogy a gyomor functionalis zavarokat nem mutatott, hogy a fájdalom és hányás a maga csillapíthatatlan makacsságában periodice ismétlődött, azt hiszszük nem tévedünk, ha az esetet tabes incipiensnek tartjuk, melynek első tünetei a kisfokú pupillazavaroktól eltekintve a crises gastriques voltak.

A *myelitis transversa* 6, a *sclerosis multiplex* 4, a *sclerosis lateralis* 5 esetét észleltük. Ez utóbbiak egyike, a melyet a kórház I. orvosi osztályán volt alkalmunk megfigyelni, ileus paralyticus tünetei közt halt meg; az operativ beavatkozás, mint reményt nem nyújtó, nem kiséreltetett meg.

A peripherikus idegbántalmak között *a facialis hűdés* 20, *a radialis hűdés* 8, a *n. peronaeus hűdés* egy esetét észleltük. A 20 *facialis hűdés* között 14 férfi, 6 nőbeteg, 11 jobboldali, 9 baloldali szerepel; korra nézve 10—20 életév közt volt legtöbb, számra nézve 8; 50—60 életév közt legkevesebb, számszerint 2. Mint kórok 12 esetben a meghűlés szerepelt; hogy e mellett még ideges alap is játszanék szerepet, mint azt *Neumann* állitja, nem tapasztaltuk. A többi kórokok közül az otitis media, a caries ossis petrosi, trauma és lues szerepel egy-egy eset kapcsán; az utóbbitól feltételezett hűdés inunctiókra és galvanisatióra gyógyult. A rheumatikus eredetű facialis hűdéseknél az electrotherapiát jó sikerrel használtuk. Faradisatióra — azon esetekben alkalmazva azt, hol a faradikus reactio megvolt — 10 esetünk 2 heti gyógykezelésre gyógyult; csak 2 esetünk állott a gyógyulás beálltáig 2, illetve 3 havi galvanisatio alatt.

A *radialis hűdések* 8 esete közül 6 lépett fel reggel alvás után (kettő közülök a beteg ittas állapotában), egy eset nagyobb teher emelése után, egyik mankó nyomása

*

folytán, melynél eltérve az előbbi hét esettől, hol csak a n. radialis alkart ellátó ágai voltak bántalmazva, a n. radialis egész lefutásában hűdött volt, így tehát a m. triceps brachii is. Ha ez utóbbi beteg felvégtagját felemelte, akkor a triceps hűdés következtében az alkar tehetetlenül az emelve tartott felkarra lebicsaklott. Valamennyi esetünk 4 nap egész 4 hét közötti időben faradisatióra gyógyult.

Az ideghűdések sorában akarok még a *nuclearis oculomotorius bénulás* egy esetéről megemlékezni:

W. I., 47 éves, hivatalszolga, azelőtt egészséges. Két hó óta a jobb szemhéj lecsüng, ennek fellépte után 2 hétre kettős látás, a rendelésünkön való jelentkezése idejében pedig a bal szemhéj ptosisa jelentkezik. A jobb szemen vizsgálatkor mérsékelt ptosist találtunk, internus jól működött, a cornea külső széle körülbelül 2 mm.-nyire elmaradt a canthus externustól; mozgás felfelé kissé korlátolt, lefelé jó; bal szemen erős ptosis, szemrés körülbelül 2 mm. széles, externus jól működik, internus paretikus, a cornea belső széle 3 mm.-nyire elmarad a canthus internustól, fel-, lefelé mozgás korlátolt; pupillák egyenlők, fényre jól reagálnak. Szemfenék ép. Végtagokon hűdés nem észlelhető, de beteg tipegve jár, bizonytalannak érzi magát. Patellaris-reflexek megvannak. Szék, vizelés rendben.

Tekintve a bántalom kétoldalúságát, továbbá azt, hogy az oculomotorius ágai egymásután betegedtek meg, hogy csak a külső ágak vesznek részt a hűdésben, a belsők teljesen épek, az oculomotorius nuclearis bénulását vettük fel s ámbár az anamnesisben luesre nincs támpont, beteget inunctiós kúrának vetettük alá. 25 drb. 3 gm.-os higanykenőcs bedörzsölése után a ptosis megszünt, a bulbusok jól mozognak minden irányban, csak az extrem állásokban reszketnek kissé.

Végül a neuralgiáknál, par excellence az *ischiasnál* gyakorolt therapiánkról számolok be.

Nägeli újabb időben a kézfogások egész sorozatát állapitotta meg a neuralgiák kezelésére, melyek sikerrel biztatnak. Mi ischiasnál, kizárva az egész heveny eseteket, egyrészt az idegnek indirect nyujtását (Bonuzzi), másrészt compressióját alkalmaztuk, ez utóbbit olyképen, hogy a hason fekvő betegnél a trochanter major és tuber ischii közt az incisura isch. majoron kilépő idegre erélyes mélyreható nyomást gyakorlunk, úgy hogy a beteg az ischiadikus végébe kisugárzó fájdalmat érez. Ez eljárást egyszerűsége és jó sikeréért kiemelni akartuk. Vetekedhetik ez a paquelinezéssel, midőn points de feu-t rakunk az ischiadikus mentén, mely utóbbi módszer gyors és fényes eredményeket tud még oly rebellis ischiasoknál is felmutatni, a melyeknél a közönséges gyógymódok, jelesen a meleg fürdők és galvanisatio is cserben hagynak. A mechanikus kezelésnek azonban az az előnye, hogy a beteg minden nehézség nélkül rááll és nem kénytelen egy ideig kötésben és ágyban maradni.

A syphilis malignáról.

Justus Jakab dr., az egyetemi bőrkórtani klinika volt tanársegédétől.

(Folytatás.)

5. S. A., 36 éves betűszedő. Atyja 50 éves korában baleset folytán, anyja 56 éves korában cholerában halt meg, egy testvére 29 éves korában tüdővészben; 7 féltestvére (közös atya) közül egy szintén mellbajban halt el 45 évvel; 5 más féltestvére közül (közös anya) egy carcinomában halt el, 1 él és mellbajos; a többi él és egészséges.

7—8 éves korában lázban szenvedett, mely másodnapos volt, 9 éves korában is szenvedett ebben. 13 év óta nős, neje 3 hóval az esküvő után abortált, azután egészséges élő gyermeket szült, mire egy más abortus és végül ikerszülés következett. Mindhárom gyermek él és egészséges. 1889-ben erysipelas capillitii et faciei-je volt. Az orbáncz után mindkét oldalt számos nyaki és tarkói mirigye elgenyedt, gyógyulásuk majd esztendőt vett igénybe.

1896. februárban fekélyeket kapott, a melyek a sulcusban ültek, egy kisebb pedig a frenulumot pusztitotta el. A fekélyek közül mindenik majd négy krajczárnyi nagyságot ért el és erősen vérzett. Orvosai csak helyi kezelést alkalmaztak. Hat héttel utóbb erős kiütés jelentkezett, különösen a mellen és czombokon, a mely a beteg előadása szerint foltokból állott; azonkivül torokfájása volt. A beteg 24 bedörzsölést végzett egy grammos szürke kenőcs-adagokkal. A kiütés elmult, de salivatio állott be, a mely csak nehezen mult el. Jodkalit szedett és azonközben mindkét alszáron igen számos papulát kapott, a melyek egész körömnyi nagyságot értek el s csakhamar elgenyedtek, gyógyulásuk után kerek, elég mély heget hagyva hátra. Ez időben körömágyi genyedések miatt egynek kivételével valamennyi körmét elvesztette. Juniusban igen heves fejfájás és lázas mozgalmak jelentkeztek. 30 bedörzsölés à 1·5 gm. Egynéhány hét mulva a fejfájás ismétlődik. Újra bedörzsölés és jodkali, azonban az alszárakon megint pustulák lépnek fel. Hat hét mulva újra ismétlődött a fejfájás és a láz. Újra 24 bedörzsölés à 1·5 gm. Ez augusztusban volt. Novemberben ismétlődik a fejfájás és kiütés, hasonlóképen bedörzsölési kúra. A beteg ez idő alatt állandóan gyengének érezte magát s nem tudott munkája után járni. Ez évi márcziusban hereborékján támadt kiütés és újra a temesvári kórházat kereste fel, a hol 30 bedörzsölést végzett à 1·5 gm. Hat hét mulva megint fellép a fejfájás, mely ellen újolag jodkalit kap; a fejfájás erre ugyan elmulik, de megint terjedelmes kiütés jelentkezik, különösen az alsó végtagokon.

Jelen állapot 1897. augusztus 27-dikén.

A magasabb termetű, jól táplált, ép csontrendszerű beteg látható nyálkahártyái halványak. Mellkasa felső része lapos. A mellkasi szervek felett sem kopogtatási, sem hallgatódzási eltérés nincsen. A léptompulat a mellső hónaljvonalban a 9-dik borda felső szélén kezdődik, lefelé a bordaívig, mellfelé a mellső hónaljvonalig s hátrafelé a hátsó hónaljvonalig terjed. Májtompulat nincs megnagyobbodva. A köztakarón a leirandó kiütés a törzsöt majdnem teljesen megkiméltе, ellenben az alkarokat és a kezeket, de legsűrűbben az alsó végtagokat borítja, különösen a feszítő oldalon. A kiütés kerek, borsónyi, egész krajczárnyi, felületesen ülő, barnás-vörös infiltratumokból áll, a melyek középütt zavaros tartalmú halvány hólyagot, avagy sárga genynyel telt pustulát viselnek. Igen számos helyütt a pustula pörkké száradt be, a mely lehullva gombostűfejnyi, egész borsónyi felületes kerek fekélyt hagyott maga után. A kivirágzások elosztódása nincsen a hajtüszőkhöz kötve; köztük számos helyütt sötét barnásan pigmentált bőratrophiák és hegek találhatók, a melyeknek kerek alakja és középütt való bemélyedése elárulja, hogy hasonló pustulosus kivirágzások után maradtak. A tenyéren és a talpon papulosus kiütés csekély maradványai találhatók. A hosszú csontokon nem tapintható megvastagodás. A nyak két oldalán reczés hegek jelzik a mirigygenyedéseket. A száj nyálkahártyája ép, az uvula kevéssé jobbra elhúzódott, a garativeken mellfelé élesen határolt pir.

A kórlefolyást illetőleg csak annyi megemliteni valóm van, hogy a beteg 3 hónapnál tovább tartózkodott osztályunkon s hogy gyógykezelése naponkénti langyos fürdőn kivül csak chininnek refracta dosi adagolásából állott. E 3 hónap alatt nemcsak hogy a pustulák és papulák teljesen meggyógyultak, hanem a beteg meg is erősödött és meghizott.

Példa gyanánt idézvén eme röviden közölt kórtörténeteket, kiséreljük meg ezek, valamint a klinikánkon az utóbbi esztendőkben észlelt további 7 eset alapján kissé behatóbban elemezni azokat a kórtüneteket s a kór lefolyásának, prognosisának és therapiájának azon sajátosságait, a melyeket összességükben a syphilis maligna-alakhoz tartozóknak tekintünk.

Az *initialis manifestatio* a syphilis maligna-esetek legnagyobb részében a nemi szerveken található s nincsen nagyobb százalékkal képviselve e rosszindulatú esetek között az extragenitalis fertőzések száma, mint a többi syphilis eset között. A mi magát az elsődleges keményedést illeti, az az esetek nagyobb számában az autorok s tapasztalataink megegyező tanusága szerint eltérést a rendesen megszokott képtől nem mutat. A mit *Tarnowszky* felemlit, hogy a keményedés igen erősen kifejezett, úgy hogy a sclerosis területén levő edények erősebb megtámadtatása nyilvánvaló és hogy a sclerosis nagy hajlandósággal bir a terjedésre: azt az autoroknak nagyobb száma, így pl. a legutóbbi időben *Neisser* s *Haslund* nem fogadják el s magunk is csak kivételesen találtuk. Az imént leirt 4 eset közül is csak az egyik beteg emlité, hogy fekélye nagy terjedelmű, meg igen erősen kemény lett volna; saját tapasztalataink pedig szintén nem szólnak a mellett, hogy az elsődleges fekély minéműségéből a syphilisnek malignus vagy jóindulatú lefolyására következtetéseket lehetne vonni. Sőt még azon eseteket is, a melyekben a syphilis malignát az ulcus induratum phagadaenismusa előzi meg, Neisser nem úgy magyarázza, mintha az ulcus induratum mérge volna eltérő attól, a mely a rendes esetekben az induratiót előidézi akár quantitás, akár qualitás tekintetében: hanem úgy, hogy az egyénnek fekélye azért lesz phagadaenikussá, mivel a syphilis mérge ellen való ellenállóképesség gyengesége, a mely később a syphilis lefolyását malignussá változtatja, már akkor van jelen az egyénben és nyilatkozik meg. Ezt a következtetést megerősíti még azon syphilis maligna eseteknek megfigyelése s az általunk fentebb leirt

4 eset közül kettő is a mellett szól, melyekben akárhányszor nincs jelen semmi különösség az ulcus induratumon, a melynek következményében azután a syphilis maligna fejlődik ki, másszor pedig az elsődleges laesio phagadaenismusa után épenséggel nem következik be szükségszerűleg a syphilis maligna. Igen szépen egyezik ezen felfogással, a mely az egyén csekélyebb ellenálló képességének tulajdonítja, úgy az elsődleges fekély phagadaenismusának keletkezését, valamint a syphilis maligna beálltát is, Balzer azon észlelete, hogy syphilis malignában szenvedő egyének másféle pl. traumatikus sebzésekre, így egyebek közt a vaccinatióra nem úgy reagálnak, mint benignus syphilisben szenvedő avagy egészséges egyének, hanem a vaccinatio avagy sebzés folytán támadó hólyagok meg pustulák phagadaenikus charactert nyernek.

Rendszerint rövid *incubatio* után, a melynek rövidsége azonban épenséggel sem szolgál szabályul, mert a rendes incubatióval meg is egyezhetik időtartamra nézve, sőt — miként egyik esetünkben — azt még meg is haladhatja: igen heves általános tünetek közt, mint láz, fejfájás, izomfájdalmak, általános kiütés jelentkezik a köztakarón. A kiütés foltokból s papulákból áll, a mely papulák néhány nap lefolyása alatt erősebb lázas mozgalmak között, néha azok hijával, pustulákká változnak, a pustulák 6—7 nap alatt beszáradnak s pörkkel fedődnek. Míg azonban a rendes papulo-pustulosus syphilidről a pörk rövid idő mulva lehull és a közepütt behegedt s benyomódott, lelapult papula marad meg: syphilis maligna eseteiben a pörk hosszú időn át rajtragad és a barna-vörös infiltratum, mely azt körülveszi, a szomszédságban tovaterjedvén, nagyobb területet foglal el, a míg a középhez közelebb eső rész gyorsan genyesen szétesik és megint pörkkel fedődik be. Ha az ilyen efflorescentia növekedését beszünteti, úgy a kórtörténetekben említett barnás-vörös, a bőr fölé kiemelkedő infiltratumon ülő többé-kevésbbé mély fekélyedést találunk, a mely fekély vagy sárgás-barna, néha véres genynyel van fedve vagy pedig a geny felett még vaskos rupiaszerű, közepütt vastagabb, széle felé pedig vékonyodó pörköt visel. Megtörténhetik, hogy a szétesés oly gyorsan halad, hogy a barnás-vörös infiltratumot a pörk körül már meg sem találjuk, hanem a pörk környékét csak egy erythematosus udvar foglalja el. Az ulceratiók alakja, ha a pörköt róluk eltávolítjuk, rendszerint kerek vagy ovalis és megfelel a bőrhasadás irányának. A nagyságuk igen különböző és babnyitól egész féltenyérnyire nőhetnek. Ha egymás szomszédságában keletkeznek a papulák, széli részüknek tovaterjedése folytán egymással érintkezésbe jönnek, sőt összefolynak és ilyenkor a fekélyedések is nem kerek, hanem karélyos alakot nyernek. A mi a fekélyedés mélységét illeti, úgy ez különböző, azonban a subcutisig terjedni nem szokott. A kiütés elfoglalhatja a köztakarónak bármely helyét, néha azt igen nagy mértékben borítja el, másszor azonban, mint különösen eseteinkben is, főleg a hajzatos fejbőrt, az arczot; kevésbbé támadja meg az alsó és felső végtagokat, a hátat.

Már e leirásból nyilvánvaló, hogy az ulceratio mindig a papulából indul ki, tehát az elsődleges elváltozást mindig ez képezi. Haslund, továbbá Dubuck s Bazin szerint megtörténhetik, hogy papulából nem pustula fejlődik s ebből fekély, hanem a papulák középső része közvetlenül necrotizál s így képződnék azután a pörkkel fedett fekély. Mindenesetre azonban az ilyen elváltozás a ritkaságok közé tartozik, mert klinikánkon észlelt eseteinkben nem láttuk. A mi a nyálkahártyák bántalmazottságát illeti, a mely a betegség ezen korszakában a syphilis-esetek nagyobb részében többé-kevésbbé heves tünetekkel szokott jelentkezni: ez az autoroknak meg saját tapasztalatainknak egybehangzó tanusága szerint feltünően csekélyfokú a syphilis maligna eseteiben. Semmi arányosság sem látható azon nagyfokú elváltozások között, a melyek a köztakarón jelentkeznek s ama csekély, néha egyáltalában alig észlelhető nyálkahártya bántalmak közt, a melyeket a szájüregben vagy a torokban, vagy az anus nyálkahártyáján találunk. Eseteinkben is többé-kevésbbé könnyű anginán vagy plaque-okon kivül elváltozásokat találni nem tudtunk. S valamint a nyálkahártyának látható részén nem észlelhetünk elváltozást: úgy tagadja az autorok legnagyobb része, hogy a belső szervekben, a véredényekben, vagy az emésztő szervek részéről volnának olyan tünetek észlelhetők, a melyek ezeknek erősebb bántalmazottságára vallanának. A mi az idegrendszert illeti, erre nézve a szerzőknek egy kisebb része azon álláspontot foglalja el, hogy ha nem is hasonló mértékben, mint a bőr, de mégis inkább bántalmaztatnék, mint a többi belső szerv. Bizonyitékul az erős fejfájást s az igen nagyon kifejezett általános gyengeségi érzést hozzák fel. Mindkettőre nézve azonban nem szükséges felvennünk, hogy az idegközpontok valamely syphilitikus elváltozása idézné azt elő, hanem azon könnyű periostitiseket, sőt talán csak hyperaemiákat okozhatjuk, a melyek a központi idegrendszert környező csontokon és burkokon a secundaer időszakban más benignus syphilis-esetekben is találhatók, továbbá azon prodromalis lázakat, meg elesettséget, a melyek a syphilis maligna eseteiben oly igen nagyon kifejezettek. A csontrendszer részéről könnyű periostitisek ez időszakban nem épen ritkák, a miként azt a hosszabb csontok nyomásra való fájdalmassága jelzi; azonban maradandó csontdeformatiókat létrehozó folyamatok nem találhatók. Az iritisek nem gyakoriak.

(Folytatása következik.)

Mania transitoriában szenvedő pellagrabeteg esete Besztercze-Naszód vármegye közkórházában.

Közli: *V. Hajnal Géza* dr. igazgató főorvos.

A pellagrairodalomban gyakran találkozunk annak a felemlítésével, hogy pellagrabetegeknél sokszor mániás elmezavar mutatkozik. Egy ilyen esetet közlök alább:

Oltyán született Bigyián Iftyinie, 31 éves, gör.-kath. vallású, férjes, sajómagyarosi illetőségű napszámosnőt folyó hó 20-dikán este 7 órakor a helybeli rendőrség elmeállapota megfigyelése végett a kórházba szállította, mert illető 15 hónapos gyermekét a malomárokba akarta fullasztani, miben az arra járók megakadályozták, és mert rendőri kihallgatásakor elmezavartnak bizonyult.

Kisebb termetű, rosszul táplált beteg, látható nyákhártyái halványak, láták középtágak, rendesen reagálnak. Szemek épek. Ajkai szárazak, repedezettek, könnyen vérzők. Nyelve nedves, repedezett; alsó oldalán mákszemnyi, kerek, szürkésen határolt helyek láthatók, melyek felpattant herpes hólyagokhoz hasonlítanak. Foghús halvány. A homlokon, orron és pofacsonton a bőr érdes tapintatú, száraz, sötét-vörösbarna, rajta helyenként apró, sötétbarnásan pigmentált, lehámló epidermislemezek vannak, helyenként pedig, a hol ezek leváltak, hol élénkebb piros, szintén már száraz, fiatal epidermis, hol pedig sárgásbarna pörk látható.

A kézháton, valamint az alkar két alsó harmadán, mindkét karon symmetrikusan, felfelé élesen határolva a bőr sötétbarnásan elszinesedett, száraz, érdes tapintatú, apró epidermis lemezekben hámló, mely elváltozás az alkaron nemcsak a feszítő, hanem a hajlító oldalon is megvan, ámbár csekélyebb mértékben.

Mellén a sternum és jugulum, valamint a két fossa supraclavicularis fölötti bőr sötétpirosan elszinesedett, de nem hámlik.

Mindkét lábháta és az alszár alsó harmadának feszítőoldala fölött a bőr száraz, érdes tapintatú, sötétbarnásan elszinesedett és pikkelyszerűen hámló. A lábak medialis szélein repedések is láthatók, körmök épek. Tüdő és szívviszonyok normalisak. Májhatárok rendesek, lép nem nagyobbodott. Has puffadt. Naponta 3—4 híg szék. Bőr és ínreflexek rendesek. Vizelet fajsúlya 1026, savanyú, szalmasárga, tiszta, átlátszó. Fehérnyét, czukrot nem tartalmaz. Láztalan. Pulsus 88, rendes.

Beteg az egész éjjelt nyugtalanul a szobában fel és alá sétálva töltötte, egyáltalában nem aludt. Helyet és időt illetőleg teljesen tájékozatlan. Midőn az ápolónő bejövetelének okát kérdezi tőle, vagy egyáltalában nem felel, csak magában érthetetlenül mormog, vagy azt mondja, hogy „drága gyermekét senkinek sem adja“, majd szitkozódik.

Julius 21-dikén. Ma reggel nyugodtabb, nem sétál annyit, ágyba is fektetteti magát. Reggelijét, tejet megkóstolja, de kiköpi, a kenyeret azonban, melyet a férje hozott neki, megeszi. Kérdésekre nem felel, azokat gépiesen ismétli. Folyton csendesen magában beszél. Tekintete üres, arczkifejezése bamba. Délután 1 órakor egyházi énekeket kezd énekelni, ismét nyugtalanabb, ruháit kéri, mert el akar menni. Izgatott. A hozzászólókat szidalmazza. Ezen állapot eltart estve 7 óráig, midőn elaludt. Ebédet és vacsorát visszautasított.

Julius 22-dikén. Éjjel nyugodtan aludt. Reggel csendesen fekszik a hátán, magában mormogva. Teljesen apathikus. Láztalan. Hólyag telt. Katheterisatio. Nappal az állapot ugyanaz, mint tegnap volt.

Julius 23-dikán. Egész éjjel jól aludt. Felébredvén, bámulva körül néz, hollétét tudakolja s kérdezi, miért hozták a kórházba. Kérdésekre okosan felel, s bocsánatot kér, ha öntudatlan állapotában valakit esetleg megsértett volna. Eszik. Magától vizel. Helyet és időt illetőleg teljesen tájékozott. Bélhurut állandó.

Azóta elmeállapota egészen normalis.

Julius 27-dikén Beteg aránylag elég jól érzi magát, és oly tisztán gondolkozik, hogy a következő kórelőzményes adatokat mondja el:

Szülei és rokonai ilyen betegségben soha sem szenvedtek. Ő maga folyó év tavaszáig mindig egészséges volt.

Husvét előtt mindkét kezeháta először repedezni, később pirosodni és dagadni, majd újból repedezni kezdett, és annyira égetett, hogy a mezei munkát — rendes foglalkozását — minden második vagy harmadik nap abban kellett hagynia. Ugyanekkor szemei megpirosodtak, s bár nem folytak, reggelenként a belső szemzúgban nedvességet érzett. Rosszabbúl is látott, azaz úgy, mint sűrű fátyolon keresztül. Ekkor kezdett szédülni s úgy érezte, mintha „a nap szeme előtt forogna“, néha feje is fájt.

Hasmenést is kapott, naponként 4—5 híg székkel. Husvét után mindkét lábháta megpirosodott és úgy égetett, „mintha csalánnal verték volna meg“. Azután fehér hólyagok képződtek lábán, melyekből felpattanásuk után világossárga folyadék ürült ki. Ezenkivül erős, égető fájdalma volt, úgy a gyomor táján, mint a has alsó felében. Egyáltalán rosszul, kivált gyengének érezte magát, szóval „nem úgy, mint azelőtt“, miért is akkor még szopó gyermekét elválasztotta.

Pünkösdkor már arcza is pirosodni és dagadni, később repedezni kezdett, de nem égetett. Általános érzése is mind rosszabbodott, úgy hogy ezen időtől fogva mezei munkát már nem végezhetett, csak otthon varrogatott.

Folyó hó 20-dikán gyermekével czéltalanul, férjének tudtán kivül Besztercze felé indult. Hogy azóta ő mit mivelt, vele mi történt, miért került a kórházba, nem emlékszik, csak homályosan arra, hogy rendőrök kisérték be. Állítása szerint a mult tél kezdete óta majdnem kizárólag kukoriczalisztből készült puliszkával és kenyérrel táplálkozott.

Julius 29-dikén. A jellegzetes bőrelváltozástól, valamint az állandóan tartó hasmenéstől és bágyadtságtól eltekintve, beteg jól van. Szellemileg egy tisztességtudó, helyesen gondolkozó, okos asszony benyomását teszi.

Ezenkivül ide melléklem azon pellagrabetegem elég jól sikerült és jellemző arczképét, kinek kóresetét e lapok ez évi 30-dik számában közöltem.

Beszterczén, 1898. julius hó 30.

TÁRCZA.

Gynaecologia Amerikában.

Közli *Walla Béla* dr. II. tanársegéd az egyet. I. számú női klinikán.

(Folytatás.)

A retroflectált méh operativ gyógykezelésénél szembe tünik azon törekvés, hogy a méhet a mennyire lehet, oly helyzetbe hozzák, a mely helyzet a physiologikusnak leginkább megfelel és hogy vele a méh physiologikus működését, vagyis a terhesség lefolyását és a szülést meg ne zavarják. Ebben találom okát annak, hogy nagy része az operálóknak a kóros retroflexiót a ligamenta rotundák megrövidítésével gyógyítja, míg ellenben a vaginofixatiót, mint olyant, mely a méhet ismét csak kóros helyzetbe hozza, csak kivételesen alkalmazza.

Az amerikai gynaecologusok nagy része, a mint már említém, a méh hátrahajlását a ligamenta rotundák megrövidítésével corrigálja és e czélból a ligamentákat különböző úton keresik fel. Legnagyobb elterjedésének örvend azon mód, a midőn a lig. rotundákat a canalis inguinalisban, mint a hogy azt Alexander és Adams tették először, támadják meg; más operálók, főleg azok, kik adhaesiók jelenléténél a has megnyitását tartják szükségesnek, a hasfal, ismét mások a hüvelyboltozat megnyitása után ragadják meg. Azok, kik az inguinalis csatornában keresik fel a lig. rotundákat, előnynek tartják azt, hogy ezzel a mütétellel először is nem nyitják meg a hasüreget, másodszor peritonealis összenövések fejlődését kikerülik és így a méh szabad mozgathatóságát biztosítván, esetleg bekövetkezendő terhesség zavartalanul folyhat le. Ezen mütétel feltételei közé sorozzák a méh szabad mozgathatóságát; ha ez nincs jelen, úgy előbb megnyitják a hátsó hüvelyboltozatot és azon keresztül szétválasztják az adhaesiókat. A boltozatnak bezárása után fognak azután a tulajdonképeni mütételhez. Ezzel ugyan az Alexander-Adams-féle mütétel épen elveszti azon előnyét, hogy a hasüreg megnyitása nélkül végezhető. Hátránya ezen mütételnek, hogy néha a lig. rotundumnak felkeresése nehéz vagy egyáltalában nem sikerül és végre, hogy inguinalis herniák kifejlődésére szolgálhat alkalmul. Az operálók egész sora igyekszik ezeken a hátrányokon javítani. A ligamenták felkeresésére az egyik azt tanácsolja, hogy az inguinalis csatornában haladó kis venát vegyük vezetőül, a mely mindig a ligamentum mellett halad; a másik azt tanácsolja, hogy hasítsuk fel a csatornának mellső falát és emeljük ki csipővel a csatorna egész tartalmát, a melyből azután a ligamentum kipraeparálható. A véletlen úgy hozta magával, hogy jelenlétem alatt épen annak az operálónak, a ki ez utóbbit ajánlotta, nem sikerült az egyik oldali lig. rotundumot ily módon megtalálni. Körülbelül 150 esetében mondá, most hatodszor nem sikerült neki a lig. rotundumot megtalálni és ezt másra nem vezetheti vissza, mint arra, hogy a ligamentum lefutása rendellenes, azaz nem terjed le az inguinalis csatornába, hanem még azelőtt a hasüregben végződik. Ő átlag 10 cm.-nyire húzza ki a ligamentákat és azután az inguinalis csatornát úgy zárja, mint a hogy azt a Bassini-mütételnél szokás. Erre a czélra chromsavas catgut-szücsvarratot használ, a mely varrat egyúttal a ligamentákon is áthalad. Curettezés és ha szükséges, plastikus mütétel előzi meg a lig. rotundák megrövidítését.

Wylie dr. mindazon esetekben, a midőn erősebb álszálagok rögzítik a hátrahajlott méhet, megnyitja a hasüreget a hasfalon keresztül és a ligamenták megrövidítését a hasüregben teljesíti. A látott esetben adhaerált retroflexio uteri miatt az Alexander-féle mütételhez készült ugyan, de már előre kijelentette, hogy azon esetben, ha az adhaesiók szétválasztása narcosisban nem sikerül könnyen, megnyitja az abdoment és a megrövidítést a hasüregben végzi. Az adhaesiók szétválasztása nem sikerült. A linea alban megejtette a hassebet, a méhet ujjaival tompán felszabadította az adhaesiók alól és most az egyik lig. rotundumot a középen fogóval megragadta és erősen kiemelte, ezáltal azt két rétben összehajtotta. A két egymással szemben fekvő peritonealis felületeit a lig. rotundumnak most késsel 4—5 cm. hosszúságban felsebezte és azután a friss sebfelületeket nehány csomós selyemvarrattal egyesítette. Ezáltal a lig. rotundumot 8—10 cm.-rel megrövidítette. Hasonlóképen járván el a másik oldalon, a hassebet bezárta. A méh a mütétel után anteflexioversioban feküdt.

Más alkalommal rögzített retroflexio uteri esetében egy operáló megnyitotta a mellső hüvelyboltozatot, a méhet összenövései alól felszabadította és meggyőződvén a méh függelékeinek egészséges voltáról, az ejtett nyiláson át a lig. rotundákat a méhez való tapadási pontjaiknál a húgyhólyag peritoneumához varrta és az ez alatt levő részét a lig. rotundáknak az

előbb leirt módon megrövidítette, végül a hüvelyboltozatot bezárta. Tehát ebben az esetben vesicofixatio mellett még a lig. rotundáknak megrövidítése is történt a hasüregben a hüvelyen keresztül.

A ventrofixatiónak nagy híve *Kelly* Baltimoreban, a ki retroflexio uteri miatt kizárólagosan csak az ő methodusa szerint végzi ezen műtételt, a melyet a legjobbnak tart. Több mint 300 esetben végezte már eddig ezen műtételét és mint mondá, halál-eset nélkül és recidivája is csak körülbelül 2% volt. E műtétele után már több nő esett teherbe, a kik a terhesség alatt relative jól érezték magukat és magzatjukat is kihordták. A szülések rendesek voltak, csak egynél, a kinél a méhet felfüggesztő fonál körül genyedés volt és így szívós adhaesiók képződtek, kellett a szülést fogóval befejezni. Ő közel a symphisis felett kis hassebet ejt, úgy hogy csak két ujjal tud a hasüregbe behaladni. A méhet felemeli, esetleges adhaesiókat szétválaszt, a függelékek épségéről meggyőződik és ezután két elsülyesztett selyemvarrattal a méh hátsó falát közvetlen a fundus alatt a hasfali peritoneumhoz varrja akképen, hogy a tűvel a hasfalból csak a peritoneumot és a praeperitonealis kötőszövetet karolja fel. E fölött zárja a hassebet.

Az eddig említett eljárásokkal úgy igyekeztek a retroflectált méh helyzetének javítását elérni, hogy a méh testét különböző módon mellfelé húzták és ebben a helyzetben különböző módon rögzítették. *Pryer* dr. azonban ugyanezt a czélt azzal akarja elérni, hogy a cervixet felemelve hátrahúzza, a mi által a méhtest mellfelé bukik és mint a kis medenczébe tartozó szerv ott is marad. Eljárása a következő: megnyitja a hátsó hüvelyboltozatot; az adhaesiókat szétválasztja; a méh függelékeit megvizsgálja és ha azokat megbetegedve találja, rajtuk a megfelelő gyógyító eljárást alkalmazza. Ezután szabályosan összehajtott jodoformgaze-csomót helyez az ejtett seben keresztül a cervix mögé és most bimanualis fogásokkal a méhet a gaze-csomóval együtt en masse anteversióba hozza, a miközben arra figyel, hogy a gaze-csomót ne dislocálja, hogy az a sebnyilásban maradjon és így drainül szolgáljon, továbbá, hogy ne érjen a cervixen felül. Miután a méhet a gaze-csomóval együtt anteversióba hozta, a hüvelyt, főleg annak mellső boltozatát tamponálja, hogy így a tampon a cervixet hátra- és felfelé nyomja. Az utókezelés abból áll, hogy az első napokban a beteg húgyhólyagját minden három órában kiüríti, hacsak az illető ugyanolyan gyakran nem vizel. A vaginába helyezett tampont harmadnaponkint kicseréli; a cervix mögé helyezett csomót pedig a 8-dik napon váltja fel egy újjal, a mit legfeljebb még egyszer 8 nap mulva ismétel. Operatiója, mondja, a keletkezett adhaesiók következtében körülbelül ugyanezt eredményezi, mint a mit a ligamentum sacro-uterinumok tesznek, vagyis, hogy az álszalagok a cervixet olyan positióban tartják, a melynél fogva az intraabdominalis nyomás a méh hátsó falát éri.

A mi a prolapsus uteri operativ gyógykezelését illeti, a legelterjedtebb módszer a kolporrhaphia anterior végzése, a mit a portio vaginalis amputatiójával és gátképzéssel kötnek össze. Rendes körülmények között először az amputatio collit végzik ékalakú kimetszéssel, utána a kolporrhaphia anteriort oly módon eszközlik, hogy a mellső hüvelyfalon hosszúkás sagittalis irányban futó ovalis alakú felsebzést tesznek, a melynek széleit catgut-, szücs- vagy csomós varrattal egyesítik. Ezután visszatolva az előesett részeket, a műtételt gátplasticával fejezik be. Egy operáló egy alkalommal a kolporrhaphia anterior végzése előtt gátplasticát csinált, azzal az érveléssel, hogy a gátplastica végzése után a hüvely megszükülése következtében a mellső hüvelyfal annyira kisimulhat, hogy ezáltal a kolporrhaphia anterior szükségtelenné válhat. Az adott esetben is a gátképzés után a hüvely lumene annyira megszűkült, hogy a különben jelen volt nagy cystocele teljes eltüntetésére csak a hüvelyfal alsó harmadában igen keskeny ovalis alakú felsebzésre volt szükség.

Rendkivül hosszadalmas kezelésnek veti alá prolapsus uteriban szenvedő betegeit *A. Emmet* dr. Első sorban 3 hétig fekteti őket, a mely idő alatt a metritist gyógykezeli, ezután végzi a portio amputatióját, majd ismét 3 heti fektetés után a kolporrhaphia anteriort és végül két hónapi pausa után a gátplasticával fejezi be az egész gyógykezelést.

Idősb nőnél a Le Fort-műtételt láttam alkalmazni. A méh kikaparása és a portio amputatiója után az operáló a hátsó hüvelyfalon hosszirányban futó téglányalakú felsebzést végzett, a mely a portio vaginalis alatt körülbelül 2 cm.-nyire kezdődött és leterjedt a hüvelyfalnak alsó harmadáig. Ezután ezzel szemközt a mellső hüvelyfalon hasonló alakú és nagyságú felsebzést végezve, a két sebfelületet csomós catgut-varratokkal összefektette. Igy tehát a mellső hüvelyfalnak sebfelületét olyképen egyesítette a hátsó hüvelyfalnak sebfelületével, hogy a méh váladékának lefolyására kétoldalt utat engedett. Miután ebben az esetben nagy cystocele is volt jelen, az operáló a mellső hüvelyfalnak alsó harmadából hosszirányú ovalis alakot is kimetszett és annak sebszéleit egyesítette, végül gátplasticát csinált.

A portio vaginalis lobos bántalmainál a hyperplastikus alakok azok, melyeket operatióval szeretnek gyógyítani, az amputatióval és az Emmet-féle műtétellel.

Az amputatio collit ékalakú kimetszéssel vagy a Schröder-féle műtéttellel végzik. A portio laceratiók gyógykezelésére nagy súlyt vetnek az amerikai orvosok, miután a laceratio gyakran képezi kiindulási pontját a méh és környezete megbetegedésének. Erre az általánosan ismert Emmet-féle műtételt használják. Hogy ha a cervix nyálkahártyájának catarrhusa és erosio van jelen, csak ezeknek meggyógyítása után történik a szükséges plastikus műtétel. Az erosiót hetenkint kétszer acidum pyrolignosummal érintik, a többi napokban jodtincturába mártott vattacsomóval kitörlik a cervicalis canalist; a beteg ezenkivül naponta kétszer forró hüvelyöblítést és glycerin tampont kap.

Az endometritisek kezelésében már sokkal eltérőbbek a nézetek. Vannak, a kik a kezelést curettezéssel kezdik meg, mások a catarrhalis endometritisnél egyáltalában nem curetteznek, hanem megelégesznek és eredményeket látnak a forró irrigatiók és különböző gyógyszerekbe mártott tamponok használata után is. A gonorrhoeás endometritisnél a conservativabbak is már sokkal hathatósabb szerekkel hatnak az endometriumra. Igy kitörlik a méh belsejét 1 : 2000, sőt 1—1000 sublimat-oldattal, vagy tiszta carbolsavval vagy pedig carbolglycerin āā oldatával. A curettezés narcosisban történik. A beteget ép úgy készitik elő, mint bármely más vaginalis operatióhoz. Az asepsis szükségessége ezen műtételnél is ép úgy áthatja az amerikai orvost, mint a laparotomiánál. Ambulanter, mindennapi ruháját viselő nőn, úgy mint Németországban sok helyütt szokás, egy amerikai orvos sem kisértené meg ezen műtételt. Magát a kaparást a cervicalis canalis erőszakos dilatatiója előzi meg, a mely czélra Naegele-féle ollószerkezetü fémdilatatort (Goodell-félét) használnak. Most némely operáló a curette bevezetése előtt kis polyp-fogóval a méh üregébe hatol és azzal nyálkahártya polypusokat keres, a melyek a curettnek gyakran kitérnek; ezután végzik a tulajdonképeni kaparást curettel, Recamier- vagy Simon-kanállal és végül az üreget kitörlik oleum martis-, jodtinctura- vagy tömény carbolsavval. Hogy ezen anyagokat töményen vihessék a méh üregébe, egyesek e czél elérésére cervix-tükröt használnak és a cervicalis canalist csak a kihúzás közben kenik be.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Schenk Lipót dr.: „A nemi viszonyra gyakorolt befolyás." Budapest, 1898. Lampel Róbert (Wodianer és fiai) cs. és kir. udv. könyvkereskedésének kiadása. Ára 2 frt.

Embryologiai vizsgálatairól tudományos hirnévre szert tett szerző, ki a bécsi egyetemi embryologiai intézet vezetője, néhány hó előtt hasonló czim alatt tett közzé németül egy füzetet. A füzet tartalma tárgyánál fogva nagy port vert fel. Sokan magasztalták, többen gyalázták. Miután pár hó előtt a füzet magyarul is megjelent és a napisajtó is sokat foglalkozott azzal, szükségesnek tartjuk, hogy e füzetet szakszempontból szakember által ismertessük meg a magyar szakközönséggel. A dolog természete hozza magával azt, hogy ez ismertetés a kritikába ellenőrző

vizsgálatok és kisérletek hiánya folytán nem mehet által, legfeljebb annyiban, hogy kivánatos lett volna, miszerint szerző e tárgy körüli észleleteit közzététel előtt valamely tudományos egyesületben is bemutatta volna.

A szakember ismertetése a következő:

Szerző a rövid előszó után történelmi reminiscentiákat elevenit fel s különösen a statistikai kimutatásokkal foglalkozik a 3—12. oldalon, de a végén maga is beismeri, hogy a nem keletkezésére nézve a statistika megbizható adatokat nem nyujt. Azután az idevágó irók munkáival foglalkozva, az állatkisérleteket hozza fel, a melyeket kitünő külföldi tudósok és állattenyésztők tettek, a nem meghatározása tárgyában positiv vagy negativ eredménynyel, ismertetvén ezúttal a keresztezett nemi átöröklődés tanát egészen az 50. lapig, a melyen áttér azon kisérletekre, a melyek szerint a szülők jobb táplálkozása is látszólag befolyásolni látszott a fiatalok nemét.

A 70. lapon fog tulajdonképen saját észleleteihez, kezdve a vizelet alkotó részeinek ismertetésén s különösen az abban foglalt szőlőczukorra és a terhesség utolsó szakában megjelenő tejczukorra irányítva a figyelmet.

Szénhydrat (tehát a czukor is) megjelenése a vizeletben azt mutatja, hogy az égési (oxydatiós) folyamat a szervezetben nem volt tökéletes — szerinte (72. l.); azonban tudjuk, de ő is megengedi, hogy egész egészségesek vizeletében is előfordulhat csekély czukor, mint azt Brücke 1858-ban tett észleletei kimutatták. Csak ha a czukor bizonyos százalékos mennyiséget ér el, lehet kóros állapotról szólnunk (74. l.).

Ismeretes a szerző által is említett (75. l.) „*alimentatiós glycosuria*“, vagyis az oly czukorkiválasztás, a mely azáltal jö létre, hogy valamely egyén vizeletében a czukortartalom növekszik nagy mennyiségű czukor élvezete után; de nem minden emberben sikerül ezt létrehozni, mert bennök a czukor elég tökéletesen oxydatio következtében. Itt azután szerző több oldalon ismerteti a czukormeghatározási próbákat. Rátér azután a 85. lapon a *Voit-Pettenkofer* által megállapított táplálkozási normákra.

Tapasztalatai szerint nők vizeletében gyakrabban van czukor, mint férfiakéban, a tápláltatási kisérletek is nőkben kisebb anyagforgalmat mutattak ki, mint férfiban. *Thury* és mások szerző által fentebb emlitett peteérési hypothesiseit is tekintve, szerző a 89. lapon kisérleteinek felsorolása előtt már a következő fontos kijelentést teszi.

„A pete leválása minden esetben függ a táplálkozás és anyagforgalomtól. Oly esetekben, midőn a vizeletben még el nem égetett és melegfejlesztésre még alkalmas anyagok maradékai mutatkoznak: a nőnek képződésben levő petéi nincsenek annyira kifejlődve, mint oly esetekben, melyekben czukor vagy ennek kimutatható nyomai a vizeletben nem találhatók.“

„*Az első esetben nemcsak kevésbbé érett, hanem talán kevésbbé jól táplált petével van dolgunk. Egy ily pete az összes benne rejlő tulajdonságaira és protoplasmájának erejére nézve nem tökéletes természetü és csak nőnemü egyénné leendő fejlődésre látszik alkalmasnak. Ily petében a belőle képződő sejttermékek, melyekből az embryónak kell fejlődnie, nőnemü természetüek lesznek és benne nemcsak a nemzőszervek, hanem a képződő egyén összes elemei nőneműek lesznek.*“

„*Ha azonban valamely anyaegyénnél a szervezetben képződött vagy felvett összes anyagok oly módon égettetnek el, hogy a vizeletben czukor még a legcsekélyebb mennyiségben sem található, oly pete fog fejlödni, mely hímnemü természetü lehet. Protoplasmájából hímnemü sejtek képződnek, melyekből ismét hímnemü egyén szövetei és egyéb alakjai fejlödnek. A sejteknek, melyek a faj fentartását czélzó elemekké fejlödnek, egyrésze hímnemü természetü.*“

Ekként, mint szerző a 90. lapon megjegyzi, következik, hogy jó részben az alkalmazott tápláléktól is, ha a szervezetnek megfelelően választatott, függ azon befolyás érvényesítése, melylyel a petét megérésében oly módon támogatjuk, hogy belőle hímnemü egyén fejlődik, de megjegyzi nyomban, hogy a nem képzésére gyakorlandó befolyás nem egy már megtermékenyitett petére alkalmazandó, hanem oly petére, mely a megtermékenyítés előtt fejlödésben van. Tehát az anyát megfelelően táplálni kell a fogamzás előtt is s azután is. És pedig a conclusio az, hogy akként kell táplálni, hogy vizeletében a legcsekélyebb czukor se legyen kimutatható, vagyis anyagcseréje a legtökéletesebb legyen.

Ha semmi czukor sincsen a nő vizeletében (többjében tiszta hústáplálék mellett is van), akkor annak más táplálkozás nem kell, csakis a termékenyítést kell szerző szerint ajánlani neki, úgyis fiúgyermek lesz; ha azonban minimalis mennyiségü czukor is van jelen, oly táplálék kell, a mely azt eltünteti, ellenben legyenek benne az ú. n. reducáló anyagok. Ugyanis fiúgyermekek anyja vizeletében szerző czukrot nem, de több reducáló anyagot talált; ekként tehát a táplálkozással a reducáló anyagok szaporitását is egybe kell kötnünk. E mellett bizonyos specifikus ingereknek, ingerlő nedveknek kell a petéhez jutni, ha hím- vagy nőnemü lesz az embryo. Milyenek ezen ingerek, szerző nem mondja, de nem is tudja, sőt kimondja, hogy azok előtte ismeretlenek (97. lap). Ezen hypothetikus ingerlő nedvek felvételével felveszi továbbá, „*hogy valamely petéből akkor várhatunk hímnemü egyént, ha oly szervek képződnek, melyek a hímnemre functionalis inger gyanánt hatnak*“ (97. l.). Ezek biztosan akkor keletkeznek szerinte, ha az anyaegyént oly módon tápláljuk, hogy annak kiválasztott vizeletében a czukornak legkisebb nyomait sem találjuk, ellenben reducáló anyagok fokozottabb kiválasztását *nitrogentartalmú anyagok aránylag nagy forgalma alatt*. Ezen tények tehát csak a szervezetben végbemenő folyamat egy tünetéül szolgálhatnak. Feladatunk tehát szerző szerint az lesz, hogy ezen tünet feltételeinek különböző esetekben megfeleljünk az által, *hogy az anyaegyént hatásos ingerek létrehozására képesitő módon tápláljuk*, mit reducáló anyagok fokozott kiválasztása és a normalis vizeletczukor eltüntetése által biztonsággal elértünk szerző szerint. Szerző is látott már esetet, hogy bizonyos nők makacsságot mutatnak e tekintetben s a czukor vizeletükből el nem tünik s ezeknél nem is befolyásoltathatott a pete megfelelő kifejlődésére.

Vizsgálataihoz szerzőnek a következő eset adta az impulsust. Egy nő, a ki öt fiúgyermeket szült, hirtelen czukorbeteg lett. Mint czukorbeteg kétszer szült s mindkét esetben leánygyermeke lett, illetőleg az egyikkel elvetélt.

Más családoknál is tett vizsgálatokat. Egy leányzó vizeletét megvizsgálva, abban czukrot talált. Az illető menyasszony volt; túlnyomóan leánygyermekeket jósolt neki s csakugyan öt leánynak s egy fiúnak adott életet. De előfordul, hogy czukros vizeletü hölgynek is lehet fiúgyermeke.

A 103. lapon szerző a következő helyes és fontos kijelentést teszi:

„*A nem fejlődésének összefüggése a tápanyagok tökéletlen elégésével csak akkor tekinthető bebizonyitottnak, ha képesek leszünk ez irányban végzett pontos kisérletek által oly eredményeket elérni, melyek minden kétséget kizárólag bizonyitják a nem képzésére gyakorlandó befolyás lehetőségét.*“

Ugyancsak közöl egy pár családban végzett kisérletet. Eljárása a következő volt: ha ki van mutatva, hogy czukor van a vizeletben, akkor diaetás eljárás foganatosítandó, mindaddig, míg a czukornak legcsekélyebb nyoma is eltünik a vizeletből. „Az anyának tehát főképen nitrogentartalmú táplálékot adunk zsírral és hozzá csak épen annyi szénhydratot, mely megakadályozza, hogy ennek hiánya érezhetővé váljék.“ E táplálást még hosszabban a czukor eltünte után is kell folytatni. Leghelyesebb a táplálék változtatást, a termékenyítés előtt bizonyos idővel (körülbelül 2—3 hónappal) megkezdeni. Mivel a nemi különbség az embryóban a terhesség harmadik hónapjában lép fel s a negyedikben teljesen ki van fejeződve, a táplálékváltoztatást a harmadik hónap kezdetéig be kell tartani.

Felhozza egy esetét, a hol mindig leánygyermekek születtek s czukor volt a nő vizeletében és két izben egymásután ilyen táplálkozásra fia született az említett nőnek. Most öt évig nem volt gyermeke. Öt év után ismét hasonló kezelés mellett újból fiúgyermeket szült. Most újból terhes lett két évre reá s erös kedélyizgalmak következtében elvetélt öt hónapos fiúmagzatot; a táplálkozás ugyancsak a fenti volt. Négy hó mulva újra terhes lett, újból hasonló tápláltatás mellett fiúmagzatot vetélt el.

Ellenkező kisérlet is van; oly nő, ki a fenti táplálkozás mellett kizárólag fiúgyermeket szült, máskor a táplálkozási mód-

szer mellőzésével leánygyermeket szült. Hatszor szült a fenti eljárással fiút s a hetedik leány volt az eljárás nélkül.

Hogy mit kell tennie azon nővel, a ki leánygyermeket óhajt szülni, azt nem tudja szerző sem. Befolyást oly czélból, hogy nőnemü egyén keletkezzék, szerző nem gyakorolhatott.

Még két más esetre is hivatkozik szerző (111. l.), a melyekben eljárására fiúgyermekek születtek; sőt még (112. l.) négy más megfigyelt esetről is tesz említést, a hol normalis czukormennyiség mellett befolyás nem gyakoroltatva, három esetben leánygyermek született. A negyedikben negativ eredménye volt. Ez utóbbi esetben csak ritkán vizsgálhatta a vizeletet.

A 114. 115. lapokon a vizeletgyüjtés és a vizelet vizsgálás menetét irja le, nemkülönben a 115. 116. lapokon a reducáló anyagok megvizsgálását; végül a nitrogen mennyiségének meghatározásáról szól (116. 117. l.), a mely az anyagforgalom mérlegét adja.

Azután anyagcsere analysiseit mutatja be a 117—120. lapokon. Végül azon tanokra és tényekre terjeszkedik ki szerző munkája végén, a melyek az ő tanával ellenmondásban látszanak lenni. Zárszava a 122. lapon a következő:

„Ha az általunk adott viszonyok között ajánlott táplálkozási mód a nőnél keresztülvihető és a jövendő nem elérésére megfelelő hatással van, akkor egy tényhez jutunk, melynek magyarázata következő volna: azzal, hogy a nő az általunk követett módon táplálkozik, oly életphasisba juthat, melyben nemileg a férfi felett áll és a keresztezett nemi átöröklődés törvénye szerint, hímnemü utódot hoz világra.“ —*a*—

II. Lapszemle.

A beékelt húgycsőkő hét évig okozott vizeletnehézségeket egy 13 éves fiúgyermeknél, a mi szintén arra int bennünket, hogy a klinikai tünetek mellett ne mulaszszuk el a vizsgáló műszerek alkalmazását. Ez eset különben azért is érdekes, mert a kő a sinus bulbi előtt fészkelt. A kő előbb szétmorzsoltatott s úgy távolíttatott el a fogóval s húgycső-öblítésekkel. (*Kutner.* Allg. med. Centr.-Ztg. 1897.) *Novotny* dr.

Bőr alá fecskendésre használható chinin-készítményt kapunk *Gaglio* tanár szerint olyan módon, ha 1 gm. chininum hydrochloricumot vagy hydrobromatumot 50 centigramm urethannal keverve, 1 cm³ vízben melegben oldunk. Ily módon körülbelül 2 cm³ oldatot kapunk, mely közömbös kémhatású és nem izgató, úgy hogy jól használható subcutan vagy intravenosus befecskendezésekhez. (Semaine médicale, 1898. 30. sz.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1898. augusztus 5.

Az új szt. János-kórház hivatalos megnyitása Budapesten f. hó 2-dikán történt. Ez új kórházat a Kútvölgyön, a budai hegyek aljában, a régi budai szt. János-kórház helyett építtette a fő- és székváros, egészen a kórház berendezés modern igényeinek megfelelőleg. Az ünnepély következőleg folyt le:

A főváros közegészségügyi osztályának meghivására számosan jelentek meg a városi különböző hatóságok és az egyetem részéről. A megjelenőket *Ludvik Endre* dr., a kórház igazgatójának élén a kórház orvosai és személyzete fogadták és rövid mise és a közkórház egyházi felszentelése után az egyik pavillon nagy termébe vezették, a hol *Viola Imre* tanácsos, mint a főváros közegészségügyi osztályának vezetője mondotta el a kórház építésének történetét, melynek befejeztével átadta a kész kórházat a főváros törvényhatóságának. Ennek nevében lendületes beszéd kiséretében *Halmos* polgármester vette át a kórházat és átadta azt *Ludvik Endre* igazgató felügyelete alá, ki azt köszönettel szép beszéd kiséretében vette át, az orvosi személyzet nevében igérve, hogy azon lesz, hogy e kórház nemcsak az orvosi tudománynak rideg csarnoka, hanem az igazi emberszeretetnek felszentelt temploma legyen.

Az ünnepélyes átadás után a megjelentek *Becsey* mérnök és a kórházi orvosi személyzet kalauzolása mellett a kórház-telepet részletesen megtekintették.

A kórház részletes ismertetését más alkalomra tartjuk fenn, jelenleg csak a következő főbb adatokat közöljük a *Ludvik* dr. által szerkesztett és a megjelentek között szétosztott ismertetésből:

A telek, a melyen a kórház áll 58,547·50 négyszögmeter kiterjedésü s igy egy betegre (a kórház 425 beteg befogadására készült) 139·40 négyszögmeternyi terület esik. A betegágyak igy oszlanak meg a pavillonokban: a sebészi pavillonban négy teremben 72 ágy és a külön szobákban 8, a két belgyógyászati pavillon mindegyikében 3 teremben 90 ágy, a külön szobákban 12 ágy, a nőgyógyászati, szemészeti és gyermekpavillonokban mindenütt két teremben 24 ágy és a külön szobákban 4 ágy, a ragadós gyermekbeteg-pavillonban összesen 50 ágy. A szellőzés olyan berendezésü, hogy minden ágyra óránkint 100 köbmeter levegő jut. A friss levegőt arra való gépek portalanitják és permetezőkkel megnedvesitik, a fütés alacsony nyomásu gőzlégfütés. A világitás villámossággal történik az egész telepen s a villámosságot két darab, egyenkint 32,000 *wattos* Schubert-féle 115—150 *voltos* dinamogép szolgáltatja. A betegtermekben egy négyszögmeterre mintegy négy normalgyertyafényü világosság jut, de minden betegteremben úgy lehet kapcsolni a világitást, hogy vörös izzó legyen, a mi kellemes félhomályt idéz elő s éjjeli világitásnak fölötte alkalmas. Az egész telep világitása mintegy 600 darab 16 normalgyertyafényességü izzólámpának felel meg. A villámos világitás berendezését *Fischer Sándor* czég teljesitette 24,000 frtért. A betegtermek úgy épültek, hogy egy betegre 50—56 köbmeter ürtartalom levegő jut. Az egész kórház összes épitési és berendezési költségai 1.352,472 forint 90 kr-ra rúgnak, úgy hogy egy ágyra 3220 frt költség esik. A földmunkák okoztak legtöbb költséget; egész hegyoldalt kellett leásni és kiegyengetni, a mi 529,885 frt 67 krba került.

E kórház-teleppel a fő- és székváros ismét egy újabb modern berendezésü humanistikus intézménynyel lett gazdagabb, a melynek létesitése körül közreműködő tényezők a rohamosan emelkedő főváros fejlődésének történetében kétségen kivül kulturmissiót teljesitettek: óhajtjuk, hogy annak mihamarabb folytatása legyen a főváros részéről a balparti nagy Rókus-kórháznak és az állam részéről egy már régen szóban forgó és közszükséget pótló országos közkórháznak felépitésével.

△ **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1898. julius 17-dikétől 1898. julius 23 dikáig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 424 gyermek, elhalt 246 személy, a születések tehát 178 esettel multak felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup —, roncsoló toroklob 1, hökhurut 3, kanyaró 7, vörheny 4, himlő —, typhus abdominalis 1, gyermekágyi láz —, influenza —, egyéb ragályos betegségek 3, agykérlob 13, agyvérömleny 8, rángások 9, szervi szivbaj 12, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 30, tüdőgümő és sorvadás 35, bélhurut és béllob 62, carcinomata et neoplasmata alia 11, méhrák 5, Bright-kór és veselob 4, angolkór 1, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 13, aszkór, aszály és sorvadás 2, aggkór 12, erőszakos haláleset 9. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2020 beteg, szaporodás 735, csökkenés 690, maradt e hét végén ápolás alatt 2065. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1898. julius 23-dikától julius 30-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 6 (meghalt 3), himlőben — (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 9 (meghalt 1), vörhenyben 40 (meghalt 4), kanyaróban 122 (meghalt 8), roncsoló toroklobban és torokgyíkban 22 (meghalt 2), trachomában 20, vérhasban 1 (meghalt —), hökhurutban 21 (meghalt 2), orbánczban 10 (meghalt —), gyermekágyi lázban 1 (meghalt —).

† **Elhunyt.** *Dittel Lipót* lovag, udvari tanácsos, bécsi egyetemi orvostanár 83 éves korában, Bécsben. *Fulnek* szileziai városban született, fiatal éveiben orvos volt Trencsén-Tepliczben. Ő hozta be a Lister-féle sebkezelést először 1875-ben a bécsi közkórház sebészeti osztályán. Specialista volt a hólyagbántalmakban. 1880-ban felajánlották neki *Dumreicher* tanszékét, tekintettel azonban öregségére, nem fogadta el. Hosszú és érdemes működéseért számos kitüntetés érte. — *Löwinger Ede* dr. újvidéki orvos Bécsben öngyilkosság folytán.

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.
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.

Fasor-szanatórium Vízgyógyintézete
Budapesten, a Herczel-féle szanatóriumban (VII., városligeti fasor, 9. szám). Czélirányos berendezés. — Villámos fényfürdő. — Bejáró és benlakó betegeknek. — Egész éven át nyitva van. — Szigorú orvosi vezetés. — Rendelő orvos: **Dr. Kuthy Dezső**, a vízgyógyászat magántanára. (Lakik: augusztus 1-jétől: VII., Csengeri-utcza 24.).

Dr. Sedlitzky-féle fürdő-tablettek természetes sós-, fenyü- és kénfürdőkhöz gyermekek számára is, továbbá **Dr. S.-féle anyalúgsava** mindenütt kapható. Főraktárak **Mattoni H.** és **Dr. Rosenberg gyógyszerésznél.**

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: A budapesti kir. orvosegyesület stomatologikus szakosztálya. (VIII. ülés 1897. november 3-dikán.) 392. l. — Biharmegyei orvos-gyógyszerészi és természettudományi egylet Nagyváradon. (Szeptemberi és októberi szakülés.) 393—394. l.

A budapesti kir. orvosegyesület stomatologikus szakosztálya.

(VIII. ülés 1897. november 3-dikán.)

Elnök: **Turnovszky Jenő**; jegyző: **Hattyasy Lajos.**

Napirend: **„Dr. G. V. Black vizsgálatai a fogállományok és a foncsortömések physikalis sajátságairól és ezek mérlegelése a klinikai tapasztalatok szempontjából.“** Az eszmecserét bevezeti **Bauer** dr. A *dentinre* vonatkozó *Black*-féle kutatások eredményei merőben ellentétben vannak eddigi nézeteinkkel. Eddig azt hittük, hogy egyik egyén fogai jóval tömörebbek, mint máséi, s ezért állanak részben inkább ellent a szúvasodásnak, más szóval vannak úgynevezett puha fogak, melyeket gyorsan pusztít el a fogszú, a töméssel sem conserválhatók hosszú ideig, sőt fémtöméssel még kevésbbé, mint cement vagy guttaperchával. Ép úgy azt tartottuk, hogy gyermekek fogaiba — épen csekélyebb mészsó-tartalmuknál fogva — fémtömések nem valók; azt tartottuk, hogy a sárga fogak ellentállóbbak, mint a fehéres-kékesek. *Black* mindezeket — látszólag minutiosus és exact vizsgálatok alapján, melyek bámulatunkat érdemlik ki — tagadja. S valljuk be, hogy némi reflexiók után hajlandók leszünk neki igazat adni, legalább nagyrészt. Közelfekvő tehát *Black* azon nézete, hogy a *szúvasodásra való hajlam lényegileg nem a fogakban magukban, hanem azokon kivül eső okokban keresendő.* Kiemeljük, hogy lényegileg, mert a szúvasodást elősegítő momentum jelen lehet részben a fogon is, mint pl. gödröcskék, fissurák, helytelenül képzett interdentalis űr stb.

Hogy a fiatal egyén foga ellentállóbb, elastikusabb, mint az öreg egyéné, az teljesen quadrál azon észleletekkel, melyek a csontok ellentállási képességére vonatkoznak: erre bővebben talán felesleges lesz kiterjeszkednem.

Áttérhetek már most a *Black*-féle kutatások második és gyakorlatilag sokkal nagyobb horderejű csoportjára: a *foncsorok* physikalis sajátságaira. *Black* vizsgálataiból levonható legfontosabb következtetések az alábbiak; az azokra vonatkozó észleleteimet a következőkben van szerencsém előterjeszteni:

1. *A foncsorok a fokozatosan beható nyomásnak engednek*, ép úgy, mint a nyújtható fémek. Ebből azon gyakorlati következtetést kell levonnunk, hogy nem elég az, hogy az amalgam-töméseket csak közvetlen készítésük után finirozzuk, hanem a *finirozást időnként ismételni kell.*

2. *Black* azt találta, hogy a foncsor-tömések contractio és expansiónak, bizonyos esetekben csak expansiónak vannak alávetve. E tünemény több tényezőtől függ, melyek közül legfontosabb az ötvény összetétele; s nevezetes, hogy a rezet kivéve, a többi fém, arany, platina stb. nem birnak a contractio-expansióra befolyással! Továbbá, minél kisebb a higanytartalom, azaz minél szárazabban dolgozzuk fel az amalgamot, annál csekélyebb az expansio-contractio. Ez az empiriával teljesen egyezik. S végül befolyással bir a contractióra a tömés készítésmódja. Hogy ez mennyire fontos, kiderül abból, hogy *Black* képes volt egy különben erősen contrahálódó amalgamnál a tömési mód változtatása által expansiót előidézni.

Black kutatásai folyamán azon fontos felfedezést tette, hogy a *tömésen fellépő contractio-expansio különböző a szerint, hogy mennyi idő telt el a reszelék vágása és amalgamálása közt s hogy mily hőbehatásnak lőn a reszelék kitéve.* Vagyis azt találta, hogy az ötvényreszelék napról napra *változtatja* tulajdonságait.

E jelenségekhez, azt hiszem, addig nem szólhatunk hozzá érdemileg, míg azok valóságáról vagy téves voltáról kisérleti úton bizonyságot nem szerzünk. De a hypothesis, melylyel *Black* e tüneményt magyarázni törekszik, a valószinűség látszatával bir. Ugyanis tudvalevőleg igen sok test vagy elem allotropikus változatait ismerjük, azaz azon tulajdonságát, hogy az atomok vagy moleculák másképen sorakoznak egymáshoz egyik, és másképen egy másik esetben. A moleculák változó sorakozása szerint az illető anyag physikalis tulajdonságai is változást szenvednek. Legfeltünőbben mutatkozik az allotropia a különböző hőfokoknál. Igy pl. a horgany (zincum) közönséges hőmérséknél törékeny, 100°-nál nyújtható, 200°-nál igen merev. Mért ne volna lehetséges, hogy a foncsortömésekhez használt ötvényreszelék a reszelés folytán más molecularis összetételű lesz, mint volt maga az ötvénydarab, ép úgy, mint pl. az aranyhuzal kalapálás vagy kihúzás által más physikalis tulajdonságokkal bir, mint eredetileg vagy kihevités után? Ámde e tünet és magyarázata nem képezheti discussio tárgyát, mert ahhoz csak kisérletek alapján lehetne hozzászólani.

3. *Black* azt állítja, hogy a foncsortömés ellenállási képessége vagyis keménysége a kellő higanymennyiség hozzáadásától függ; több vagy kevesebb ezen ellenállási képességet csökkenti. Eddigi feltevéseinkkel ezen állítás merőben ellenkezik; eddig azt hittük, hogy a lehető legkevesebb higanynyal készült foncsor a legjobb, a mint *Fletcher* és *Bonwill*, az amalgam-tömések két lelkes előharczosának methodusai is igazolják. Pedig maga a természet is — legalább látszólag — Black állítása mellett bizonyít, a mennyiben a természetben található arany- és ezüst-amalgamok közül nem épen az a legkeményebb, mely a legkevesebb higanyt tartalmazza!

Black határozottan rossznak mondja azon tömésmódot, mely a foncsort az üregben eldörzsöli, az ú. n. „burnishing methodust“ (Einpolieren).

Talán ennek is a molecularis rendeződés megzavarása volna az oka, vagy mint már egy amerikai collega is állitotta, az, hogy e módszernél a higany egyenletes elosztása változást szenved.

Még számos állítás s kérdésről számolhatnék be, azonban befejezem felszólalásomat, mert türelmüket erős próbára téve már úgyis túlléptem a discussio-bevezetőt megillető időt, másrészt pedig azt hiszem, hogy a t. szakosztály amúgy is minden oldalról meg fogja vitatni és világítani e nagyfontosságú kutatásokat, melyekhez foghatókat talán egy évtizeden belül nem végeztek szaktudományunk terén.

Biró dr. theoretikus irányban kiván hozzászólni. A fog szilárdságának annak structurája az oka, mert valószinű, hogy e tekintetben a *dentincsatornácskák sűrűsége*, különösen pedig az egymás közt és a mészsókkal történt összefüzésük és összeforrásuk szerepet játszik, mire azon körülmény is mutat, hogy *Black* szerint a szilárdság némi összefüggésben volt a dentin színével, már pedig a színe a fentebbiektől függ.

Black vizsgálatainak 2. seriese a fog physikalis tulajdonsága és a caries közti viszonyra vonatkozik és itt azon eredményre jutott, hogy ezek közt semmi összefüggés nincs. Ebből az következik, hogy a cariest és az ahhoz való hajlamot nem a fogra magára, hanem külső okokra kell visszavezetni. E mellett szól *Black* eredményein kivül az is, hogy épen azon állapotok, melyek egy acut praedispositiót hoznak létre, olyanok, melyek első sorban a szájnedvek minőségét változtatják (lázas betegségek, graviditas). Hogy a szájnedv milyen alkatrésze az, mely a cariesnél tekintetbe jön, az nyilt kérdés. *Black Miller* követőjeként a carieshez való hajlamot a bacteriumok antitoxinjai kisebb vagy nagyobb mértékben való jelenléte által véli magyarázni.

Árkövy fontosnak tartja a *Black* vizsgálatai alapján felsorolt tényeket, a mennyiben ezek elfogadása megváltoztatná álláspontunkat a gyakorlatban és felfogásunkat a dentin iránt; de egyúttal megváltoztatná a tömő-anyagok választásának, valamint magának a fogtömés műtétének indicatióját, s igy az egész szakma ki lehet téve oly áramlatnak, mely csak azért keletkezett, hogy később visszatérjünk a régi állásponthoz.

Nézete szerint igen fontos tudni, hogy mennyit lehet azokból elfogadni, mert hát a legnevesebb búvárok (Koch) is tévedhetnek, mert létezik error in experimento és úgy látszik, *Black* vizsgálataiban is van ennek nyoma. Igaz ugyan, hogy *Black* experimentumainak nem vagyunk képesek e pillanatban hasonértékű, vagyis experimentális control-vizsgálatokat szembeállítani, s igy, a midőn csupán klinikai tapasztalatokra támaszkodva biráljuk *Black* kisérleteit, nem egyenlő fegyverekkel állunk ki a küzdtérre; azonban jogosult a kritika mégis, mert *Black* kisérletei nem abstract, hanem gyakorlati tárgyra vonatkoznak és méltán követelhetjük, hogy a kettő között — experimentum és praxis — összhangzást legyünk képesek találni.

Addig is, míg ez bekövetkezik, bizonyos reservát kiván ezzel szemben a gyakorlatban tartani, nehogy a gyakorlat különböző áramlatoknak legyen kitéve.

A mi a fogak szilárd állományát illeti, *Fouchard* óta a kékes s a sárgaszínű fogak között mindig különbség tétetett s most egyszerre ne legyen? Eltekintve a mindennapi tapasztalattól, újabban itt vannak a *Röse*-féle statistikák és vizsgálatok, melyek szerint a „perlgrau“ fogak tényleg nagyobb caries-frequentiát adtak, sőt azok a talajvíz és táplálkozási viszonyokkal egyenes arányban levőknek találtattak általa.

Ha ezen sok ezerre menő vizsgálatot nézzük, úgy az azokba vetett hitet megingatni nem könnyű. A törékenységnek idővel történő fokozódása élettani dolog. Viszont azonban bajos *rövidesen* elfogadni azt a *Black*-féle tételt, miszerint nagyon ifjú (gyermek) egyének fogai ép oly alkalmasak pl. aranytömések alkalmazására mint meglett korúaké, midőn a pontos észleletek azt tanusítják, hogy azoknál igen sokszor áll elő caries recidiva nemcsak approximál, de még centrál cavitások mellett is, holott viszont a csekélyebb vagy semmi erőfeszítést igénylő egyéb tömő-anyagok alkalmazása után ugyanily ifjúkorú, sőt ugyanazon egyéneknél úgy a tömés, mint a fog nagyon jó karban maradnak meg egész hosszú időn át. De más körülmények is ellentmondók: igy a pubertas ideje alatt 12—18 év között oly mértékű caries-frequentiát lehet constatálni mint sem azelőtt, még inkább, sem azután. Leányoknál a genitaliák fejlődési ideje alatt sokszor 3 hó mulva már 5—8 újabb cariosus-üreget találni. Igaz, hogy a szájfolyadék aciditása nagy hatással lehet, de folytonos alkalikus szájfürdő mellett sem lehet ezt megakadályozni és igy nézete szerint a *fogban kell, hogy szerves elváltozás* legyen, s talán van ilyen vagy hasonló gravidáknál is. És hogy ez, ha nincsen is *kisérletek* által bebizonyítva, legalább lehetséges, vagyis a felvételt jogossá teszi, azt bizonyítja az osteomalacia.

Kibúvó ajtót kell tehát hagynunk, melyen át majd később magyarázatát adhassuk azon tényeknek, melyeket ma a gyakorlati életben tapasztalunk, de melyek magyarázatát ma még megadni nem tudjuk.

Utal *Ch. Tomes* vizsgálataira az amalgam molecularis elváltozására vonatkozólag s az itt (System of Dental Surgery, Fourth ed.) leirt jegeczekre a felületen.

Higanykérdésben *Black*-kel egyetértőleg azt találta, hogy excessiv mennyiségű higany sokkal keményebb, vagy legalább összeállóbb koronákat adott az amalgam contour-koronák készitésénél. De ellentétes felfogása van az egyszerű töméseket illetőleg, a hol felszólaló előnyt ad az úgynevezett száraz amalgamnak. E kérdés megitélése teljesen egy practikus fogás alkalmazásától vagy mellőzésétől függ: ha centrifugal-erővel (rotatio) történik a száraz amalgam behajtása a cavitásba, minden tekintetben oly kielégitő eredményt lehet elérni, mint csak egyáltalán amalgammal lehetséges és a higany surplus hátrányai elesnek.

Még felhozza *Ch. Tomes* nézetét a palladium amalgamról, melyről azonban személyes tapasztalatokkal nem rendelkezik.

Mielőtt felszólalását befejezné, újolag hangsúlyozza, hogy czélszerűtlen volna a *Black*-féle áramlatot vakon követni s a tömőanyagok indicatióját ez alapon megváltoztatni, melyek annyi észlelet, tapasztalat alapján lettek felállitva; várni kell, a mig control-vizsgálatok kerülnek napfényre.

Bauer zárszavában hangsúlyozza, hogy *Black* nem azt állitja, hogy a sárgás fogak ép annyira szenvednek a cariosus-folyamattól mint a fehérszínűek, hanem azt, hogy a *sárgás fogak nem tömörebbek, mint a fehéresek*, tehát azon feltevés, hogy tömörségüknél fogva állanak inkább ellen a cariesnek, téves. Hogy vajjon sárgás fogakban az organikus rész mennyiben különbözik a fehéres fogak organikus anyagától s mennyire bir ez befolyással a caries terjedésére: ez még nyilt kérdés.

Árkövy azon kérdést vetette fel, miért nem tartanak egész fiatal egyéneknél oly jól az aranytömések, mint idősebbeknél, holott *Black* szerint a fog szilárd állománya mindkét korúnál körülbelül egyforma? Azt hiszi, hogy ennek oka másban is rejlik, mint magában a fogállományban. Idősebb egyéneknél többnyire csak akkor készitünk aranytömést, ha látjuk, hogy nem nagy a cariesre való hajlam s gondosan ápolt szájjal van dolgunk; fiatal egyéneknél az ránk, fogorvosokra nézve, még nyilt kérdés! Továbbá fiatal egyéneknél nincsen a cariosus-folyamat teljesen kifejlődve, nem terjedt ki minden fissurára, igy meg van a hajlandóság, hogy ne excaváljuk oly extensive, minek következménye könnyen előrelátható!

Palladium-amalgam tudta szerint intensiv melegfejtés közt keményedik s igy talán csak devitalizált fogaknál használható.

Egyébiránt teljesen osztja Árkövy tnr. nézetét, hogy *Black* állitásait s következtetéseit csak cum grano salis fogadjuk: a „festina lente“ elvét ez esetben is jó lesz szem előtt tartani.

Elnök az ülést bezárja.

Biharmegyei orvos-gyógyszerészi és természettudományi egylet Nagyváradon.

(1897. szeptemberi szakülés.)

Elnök: **Konrád Márk**; titkár: **Berkovics Miklós.**

1. **Gerő Sándor** dr. **Exsudatum pleuriticum sero-purulentum esete** czimen a következő előadást tartja:

Kórelőzmény: A beteg kórelőzményi adatként előadja, hogy a mult év február havában erősen meghült, kezelő orvosa tüdőhurutot constatált. Körülbelül 2 hétre tüdőlobot, majd valamivel később hozzácsatlakozó mellhártyalobot kapott, mely utóbbi betegségben csaknem május végéig kezeltetett. Bajából nem teljes gyógyulással vidékre, légváltozás végett utasittatott, hol némi könnyebbülést érzett is. Ez év tavaszán feltünt a betegnek, hogy a bal mellkas fele, különösen az alsó részletén jobban kifelé domborodott, mint azelőtt és pedig a jobboldalihoz hasonlitva nagy részaránytalanságot is vett észre. Ezen kifelé domborulása a bal mellkasfélnek fokozódott, a melylyel egyidejűleg légvételi nehélyei is lépést tartottak, úgy hogy augusztus elején bejött városunkba. Itt azonban nem mindjárt vett igénybe orvosi gyógykezelést, csak augusztus vége felé, 29-dikén, mikor a bal mellkasfél feltünő részaránytalanságot mutatott a jobboldalihoz képest, a mikor légzési nehélyei oly nagyok voltak, hogy beszélni alig volt képes, a mikor hanyatt vagy oldalt fekvés csak másodperczig és a legnagyobb kinok közepette volt kivihető, hivatott el a beteg, kit a következő jelen állapottal vettem gyógykezelés alá.

Jelen állapot. A középtermetű, ép csontrendszerrel biró, mérsékelten lesoványodott férfibetegnél már az első megtekintésnél feltünő a bal mellkasfél nagyobb teriméje a jobboldalihoz képest. A beteg küleme kissé cachektikus, halaványa; a kötőhártyák, az ajk nyákhártyái halványak. Beszélgetésnél a nagy légszomj szembeötlő. A nyak kissé hosszú, sovány. A legnagyobb elváltozások a bal mellkasfélre szoritkoznak. A méretek a felső, közép és alsó részen a bal mellkasfélen (a gerinczoszloptól a sternum közepéig) 9—12—10 cm.-rel többet mutatnak a jobboldalihoz képest.

A szivcsúcslökés jobboldalt a mellső hónaljvonalban a 4-dik bordaközben emelőleg praesentálja magát. Kopogtatásnál úgy mellül, mint hátul tompa a kopogtatási hang, a mely alá felé a rendes határt másfél ujjal túlhaladja és a léptompulattal foly egybe. Hallgatódzásnál légzési hang absolute hiányzik. A tompulat jobbfelé a jobb szegyszélen egy ujjnyival terjed tova. Jobboldalt a kopogtatási hang légtartalmú területet csak a 2-dik borda alsó részéig mutat, aláfelé a szivtompulat kezdődik az 5-dik bordán, hol egy másfél ujjnyi léghangot jelző terület után a májtompulat kezdődik. Hátul jobboldalt catarrhalis tünetekkel léghangot lehet constatálni. Próbapunctio megejtésével sárga, kissé tapadós, átlátszatlan sűrű folyadékot nyerünk, mely górcső alatt igen sok különféle alakú szemecsék, majd elzsirosodásnak induló fehér vér-, illetve genysejtet mutat. *Diagnosis*: Exsudat. sero-purulent. óriási mennyiségben, mely a mellkasi zsigerek leirt dislocatióit eszközölte. *Therapia*: punctio, utána esetleges thoracocenthesis.

Weisz Márton dr.: Szerinte az előadás diagnosticai részéhez nem fér szó, csupán a tervbe vett therapiára nézve van némely megjegyzése. Hogy a betegnél oly óriási exsudatum képződhetett s a beteg azzal hónapokon át járt-kelt, minden esetre a kezelésben tanusitott nagy indolentiára mutat. Jelenleg az a főkérdés, mi történjék a beteggel, mily beavatkozás volna reá nézve a leghasznosabb. Előadó a punctiót emliti. Ez néhány hetes exsudatumnál talán czélhoz vezetne, de az adott esetben nem remél tőle hasznot. Radicalisabb beavatkozásra van szükség, pl. incisio drainage-zsal, a Bülau-féle eljárás, esetleg bordaresectio.

Gerő Sándor dr. kijelenti, hogy a beteg — a kinek exsudatuma bár fél év előtt kezdődött — csak néhány nap előtt került kezelése alá.

Berkovits Miklós dr. az eset diagnostikus részéhez fűz megjegyzéseket. Mielőtt ezt tenné, ő is csatlakozik Weisz dr. nézetéhez, ő is feleslegesnek, mert czélhoz nem vezetőnek tartja a punctiót, mert az adott körülmények közt nagyobb műtét van javalva.

Diagnostikus szempontból kifogásolja, hogy előadó a próbapunctióval nyert geny bacteriologiai vizsgálatát elmulasztotta, holott ez minden esetre oly adatokat szolgáltathatott volna, melyek a gyógybeavatkozás módjának megválasztásában is irányt adhatnak. Igaz, hogy a tuberculosis bacillusa ily esetben ritkán mutatható ki, de esetleg található lett volna pneumococcus, streptococcus vagy staphylococcus. Az első eset pl. metapneumonikus góczra utalt volna, abscessusra, mely esetben esetleg a punctio is elegendő volna.

Előadó locscsanásról is tett említést. Felszólaló szerint ennek észlelése csak az esetben lehetséges, ha a genyen kivül a mellűrben levegő is foglaltatik, azaz pneumothorax van jelen s ez a tuberculotikus kórszármazás mellett szólna. Említést tesz Schede kiváló gyógyeredményeiről tuberculotikus eredetű exsudatumnál és pneumothoraxnál és a jelen esetben is a radicalisabb beavatkozástól jó eredményt vár.

2. **Weisz Márton** dr. **a morbus Basedowi**-ról tart előadást egy, a helybeli izraelita kórházban észlelt betegnek bemutatásával.

A negyvenes években Basedow volt az, ki az ismert három tünet alapján e betegségnek kórképét megállapitotta. Azóta ismert dolog, hogy a kór akkor is felismerhető, ha a három cardinalis tünet egyikemásika hiányzik is vagy nincs kifejlődve.

A bemutatott esetben észlelhető szivpalpitatio, a szivcontractiók száma ma is, midőn a beteg javult állapotban van, 100—120. Hypertrophia, dilatatio nincs, de egyáltalában szivbillentyű-bántalom sem mutatható ki. A szivet illetőleg két eset lehetséges. Az első az, hogy a betegnek már eredetileg szivbillentyű bántalma van és ennek következményeként tengene túl a szív, vagy az az eset áll be, hogy a túltengett szív erősebb hatása az endocardiumra lesz megbetegedésének okává.

A struma e betegeknél nem oly jelentékeny, mint az idiopathikus golyva, nem is oly indurált, a mi annak a jele, hogy nem a mirigyszövet betegsége okozza a golyvaképződést, hanem a benne lévő véredények tágulása.

Az exophthalmus kétoldali. A szemen pupilla-differentia nincs, a szemtükri lelet negativ. Az exophthalmus hiányozhatik is, a mely esetben a Graefe-féle tünet pótolja, mint a bemutatott esetben is, a mely a felső szemhéj beidegzési zavarában találja okát, úgy hogy annak bizonyos irányú mozgása akadályozott.

A betegség kórszármazását több theoria magyarázza. Vannak, kik a chlorosisra vezetik vissza, de ez ellen szól, hogy férfiaknál is előfordul és nőknél is oly körban, a melyben nem szoktak chlorotikusok lenni.

Másoknak az a nézete, hogy e kórforma oka a sympathikus idegrendszer megbetegedése és e nézetöket bonczleletekkel is igazolják.

A bemutatott beteg 20 éves nő, ki három év óta van férjnél és egy gyermeket szült. Az első tünet, a mely figyelmét felkelté, a szivdobogás volt. Ez mindinkább fokozódott, légzési nehézsége is támadt, de orvosi segélyt nem vett igénybe. Néhány hét után észrevették, hogy nyaka vastagodik. Jelenleg két tünet, a struma és szivdobogás kifejezett, utóbbi mellett azonban se billentyű-bántalom, se hypertrophia és dilatatio nem mutathatók ki.

Az exophthalmus csak jelezve van, de a Graefe-féle tünet kifejezett.

Az ily esetekben teljes gyógyulás ritka, de lényeges javulás gyakori, főkép, ha a szíven lényeges elváltozás nem észlelhető.

A betegség évekig, sőt évtizedekig elhúzódhatik és rendszerint valamely intercurrens betegség vet a beteg életének véget. A jelen esetben a prognosis nem kedvező, mert a betegség a betegnek már fiatal korában lépett fel és igy előreláthatólag később a súlyosabb jelenségek is jelentkezni fognak.

A therapia a szokásos symptomatikus (bromkali, a sympathikus galvanizálása).

Az előadáshoz *Berkovits Miklós* dr. fűz néhány megjegyzést. Ha a történelmi igazsághoz híven akarunk eljárni, a szóban forgó betegséget morbus Gravesiinek kell neveznünk. Előadó — úgymond — nem volt tekintettel az orvosi literatura újabb adataira. Ma a sympathikus theoria teljesen el van ejtve, valamint a haematologiai magyarázat is. Az újabb búvárlatok bizonyos fermentumról szólnak, a mely a paizsmirigyben foglaltatnék és a melynek e betegség származásában szerepe volna és annak megfelelőleg a thyrojodinkezelés ajánltatik, bár e mellett a brom, vas és arsen is szerepel.

Előadó utólag kijelenti, hogy erről van tudomása és a beteg újabban thyrojodin-tartalmú tablettákat szed. Azóta javulás is constatálható, a nyak körfogatán eszközölt mérések után itélve.

Konrád Márk dr. az eset kapcsán megemlíti, hogy számos javult esetről van tudomása. Az esetek jelentékeny számában a genitaliákban is elváltozást talált, úgy hogy az általános kezelést a localissal, a genitalis baj kezelésével kellett összekötni.

3. **Konrád Márk** dr. elnök egy műtett és életben maradt nőnek **eltávolított uterusát** mutatja be. A nő 44 éves, négyszer szült. E szülések közben és után a gyermekágyban beteg nem volt. Mintegy három év előtt rendetlen időközökben jelentkező profus-vérzéseket kapott. Ugyanez időtől kezdve hasa nőni kezdett, a méh a köldökig ért. A has peripheriája e helyen 88 cm. A vizsgálat egy szabadon mozgatható, egyenletes, sima felületű, tömött képletet derített ki, a mely az uterussal volt összefüggésben. A hüvelyvizsgálatnál tág hüvely, hypertrophizált cervix, zárt méhszáj és normalis petefészek találtatott. A nagy vérzés oka tehát egy egyenletesen nagyobbodó *intrauterinalis submucosus solid tumor: fibroma* volt. Minthogy a vérzés nagy volt, a dag növekedése gyors, a műtét indicálva volt. A hasmetszés a linea albában végeztetett, az uterusra elastikus ligatura alkalmaztatott és az uterus felhasítása után a kétökölnyi dag eltávolíttatott. A dag az uterus fenekén volt és helyenként annyira el volt a fala vékonyodva, hogy muscularisnak csak nyoma volt. A kifejtés kellő óvatosság mellett sikerült. Előadó azt remélte, hogy az uterus megtartható, kétszeres etage-varrattal egyesítette falzatát és a ligaturát eltávolította. A ligatura eltávolítása után azonban oly erős vérzés jelentkezett, hogy a műtét sikerét kétessé tette és esetleges infectiótól is tartani lehetett. Ily körülmények közt az uterus eltávolítását határozta el és végrehajtotta az *uterusnak supravaginalis amputatióját*. A gyógyulási folyamatot láz nem zavarta meg, a seb szépen gyógyult és a műtét helyét jelenleg csak egy granuláló sebfelület jelzi.

(1897. októberi szakülés.)

1. **Fráter Imre** dr. **„Három nyaksérülés esetről"** referál, melyeket a vezetése alatt álló közkórházi osztályon észlelt. Értekezése következő:

A vezetésem alatt álló biharmegyei közkórházban előforduló öngyilkossági eseteknek elég nagy százalékát képezik azon esetek, midőn az illetők öngyilkossági szándékból a torkukat metszik át valamely éles eszközzel. Régebben ezen esetek rendesen halállal végződtek és pedig nem a sérülésből folyó nagy edénysérülés folytán, mert csodálatos módon ezek a legritkább esetben fordulnak elő, a két sternocleido-mastoideus izom erős gátat képezve a nagy edények előtt, hanem utólagosan, complicatiók és pedig leginkább tüdőlob következtében.

Jelenleg, ha csak már nem valami decrepid állapotban kerülnek hozzánk, sikerül őket az életnek megtartanunk.

Eljárásunk minden gége és oesophagus sérülésnél következő:

Az alaposan letisztított betegnél először tájékozódunk a sérülés foka, iránya és minősége felől. A rendesen faluról beszállított és napok óta étlen-szomjan szenvedő betegeknél azután az átmetszett oesophagust keressük meg, s a beteget az ebbe bevezetett gyomorcsövön keresztül tejjel, cognackal megetetjük. Igaz, hogy ez alkalmatlan annyiból, hogy utána sokkal bővebb a nyálelválasztás a szájban, s ez a nyitott garaton át folyton a sebbe csurog, s ha vérzés is van jelen, kettőssé teszi az assistensek dolgát a terrenum tisztántartásában, de mindamellett jobbnak látom eljárni így azért, mert a meglehetős hosszadalmas és rendesen narcosis nélkül végzett beavatkozást így nagyobb erővel tűrik el és az egyesített seb nyugalmát így inkább lehet biztosítani.

Ezután kivétel nélkül minden esetben, akár van a gége teljesen átmetszve, akár csak partialis sérülés van rajta, akár van nehéz légzés, akár nincs, tracheotomiát végezünk és pedig mindig lehetőleg távol a sebzéstől, hogy ezutáni működésünkben a canule ne zavarjon. Tamponcanulere még idáig nem volt szükségünk. Elegendő volt a rendes fém- vagy celluloid-canule is. Nyaksérüléseknél a tracheotomia különben igen könnyen megy, az eredeti nyaksebből kiindulva pár metszéssel készen vagyunk.

Ezután kis selymes tűkkel egyesítjük előbb az esetleg átmetszett oesophagust, azután a gégeporczokat s végül bőrvarratot alkalmazunk és jodoformos kötést. Én első nap teljesen étlen hagyom a betegeket, a második napon már folyadékok lenyelését megengedjük, a 6—7. napon pedig hagyjuk visszatérni rendes táplálkozásához.

Három ilyen módon kezelt esetemet vagyok bátor jelenleg bemutatni.

1. K. J., 19 éves, ref., férjtelen napszámosnő felvétetett a biharmegyei közkórház sebészi osztályára 1897. május 29 dikén. Környezete előadta, hogy a mezőn dolgozva munkaadója erőszakos nemi közösülést akart rajta elkövetni, s miután czélját a leány ellenkezése miatt nem érhette el, oldalzsebéből kirántott nagy zsebkésével a torkát átmetszette. A leány e percztől fogva hangját teljesen elvesztette és táplálkozni nem tud. A hirtelen előhivott orvos ideiglenesen összeöltötte a bőrszéleket s kórházba utasította őt, ő azonban csak három nap mulva ezután jött a kórházba.

A gyengébben fejlett nő rendkivül gyenge, elesett, lázas (39·5), sokat köhög s zöldes, genyes köpetet ürít. A nyak középvonalában egy az állcsonttal párhuzamosan futó, körülbelül 20 cm. hosszú bőrvarrat, melynek egyes öltései között levegő jár ki és be, s genyes váladék ürül. A tüdők felett kiterjedt hurutos zörejek hallhatók. A légzés nagyon nehezített. Pulsus 120. Szétvevén a varratokat, egy bűzös, genynyel és ételmaradékokkal tele üreg tárult elénk, melynek alapján az epiglottis és gégefő között átmetszett gégét, e mögött az oesophagust, fent pedig a magánosan maradt epiglottist és egy köralakú nyilást találtunk, mely az átmetszett garatnak felelt meg.

Fentebb vázolt eljárásunk ez esetben módosítást szenvedett, miután itt annyira fertőzött szövetekkel volt dolgunk, hogy azoknak egyesítésével a fertőző anyagokat a nyak mélyebb izmai közé bizonyára beplántáltuk volna, itt a tracheotomia után egyebet nem cselekedtünk, mint hogy az üreget alaposan kitisztítottuk és jodoformos kötést helyeztünk reá. Nem engedte máskülönben a hosszabb beavatkozást a beteg gyengesége sem, s azon remény, hogy később majd tisztább szöveteket egyesíthetünk.

A lefolyás egy hétig lázas, azontúl teljesen láztalan volt s a beteg a mesterséges táplálás mellett kitünően erősödött. A seb lassan akart tisztulni, sarjai mindig halványak, szennyesek voltak, de üregе napról napra szűkült és azt vettük észre, hogy a varrás már itt nem igen kell, magától is beheged a seb. Ugy is történt, körülbelül öt hét alatt zárult az üreg és ő a szájon keresztül tud jól táplálkozni, a canule azonban el nem távolítható, miután e nélkül lélegzeni nem képes, el lévén záródva a hangszálak táján a sarjak által a larynx lumene. Oesophagusa nagy hajlandóságot mutat a szűkülésre, sondirozás által azonban hamar elnyeri ismét előbbi caliberét.

2. Második esetem következő:

F. A., 31 éves, református, nős, földmíves, felvétetett a biharmegyei közkórház sebészi osztályára 1897. junius hó 1-én. Környezete előadja, hogy előtte való napon öngyilkossági szándékból torkát egy borotvával átmetszette.

Jelen állapot: Az erőteljes férfi a vasúttól gyalog jött be, nem lázas, nem köhög. A nyak mellső részén egy 10—12 cm.-nyi nyilás, melynek alapján az átmetszett cartilago thyreoidea látszik. Az átmetszés ferdén fut a porcz felületén, azt teljesen át nem metszi s a hangszalagokat sértetlenül hagyja. A szájba vett folyadék a szintén átmetszett oesophagus falon át kiürül.

Therapia: Tracheotomia, előzőleg egyesítése az oesophagusnak, azután a porczoknak, bőrvarrás. A lefolyás teljesen láztalan. A nyak sebe per primam intentionem gyógyult. A nyelés rendes, a hang egészen jó, beszéd érthető.

Négy hét alatt hagyta el a kórházat.

3. Harmadik esetem következő:

U. I., 38 éves, református, nős, földmíves, felvétetett a biharmegyei közkórház sebészi osztályára 1897. szeptember 18-dikán. Környezete előadja, hogy öngyilkossági szándékból tegnap torkát átmetszette.

A jelen állapot, úgy az egyén erőbeli állapota, láztalan volta, mint a sérülés minőségét illetőleg előbbi esetünkhöz feltünően hasonló, különbözik tőle abban, hogy itt az epiglottis táján történt a porczos gége megsértése, a varrásnak is tehát ide kellett jönnie. Therapia és lefolyás ugyanaz az előbbivel. A seb per primam gyógyult és 10 nap alatt gyógyulva hagyta el a kórházat.

Két utóbbi esetünknél a canule a 7-dik napon lett eltávolítva.

E három esetet azért voltam bátor egymás mellett bemutatni, hogy a különbségre reámutathassak, mely az eredményt illetőleg a rendesen és szabályszerűen ellátott két utóbbi eset és az elhanyagolt első eset között fennál. Amazoknál sikerült a restitutio ad integrum, itt pedig állandó canule és az oesophagus sonda gyakori alkalmazása teszik kellemetlenné a szegény fiatal nő életét.

2. **Grósz Menyhért** dr. **Traumás neurosis egy esete.** (Betegbemutatás.)

Az eset kettős okból érdemes a bemutatásra; egyrészt klinikai, másrészt baleset-biztosítási szempontból.

A baleset-biztosítási társaságtól azon felszólítást kaptam, hogy Sz. I., gázgyári munkás állapotáról adjak véleményt. A felszólításhoz csatolva volt egy orvosi vélemény, mely szerint sérült gerinczagylobban (myelitis) szenved s hogy baja gyógyíthatatlan.

A körelőzményi adatokból a következőket emelem ki:

Sz. I., 45 éves, gázgyári földmunkás, 1897. január 25-dikén délelőtt 11 órakor egy szekérről hátrafelé esett s e közben egy ruhadarabjánál fogva fennakadva, a kocsi által még mintegy 10 lépésnyire a kövezeten vonszoltatott. Nehéz földmunkáját estig zavartalanul folytatta. Másnap reggel azonban nem tudott ágyából felkelni s ágyéktáját igen fájlalta. Ez időtől fogva állandóan beteg s bár április 21-dikén reggel külvárosi lakásától a jó távolra eső gázgyárba gyalog — bár nehezen — elment, egy óránál tovább dolgozni nem volt képes s haza is csak kocsin mehetett. Ez időtől fogva folyton ágyban sínylődik. Szeszes italokkal mérsékelten él. Syphilise nem volt.

Jelen állapot: A magasabb termetű, mérsékelten táplált férfibeteg tengéleti szerveiben semmi eltérés sem mutatható ki. Az eltérések az idegrendszer körében találhatók. Teljes jobboldali anaesthesia, analgesia, úgy hogy ez oldalon a legerősebb faradikus áramot sem

Negyvenkettedik évfolyam. 33. szám. *Budapest, 1898. augusztus 14.*

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. EGYET[illegible] SEBÉSZETI KLINIKÁ

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Sarbó Arthur: A tabes therapiája aetiologiai szempontból. 395. l.
Schaffer Károly: Közlemény a fővárosi „Erzsébet"-szegényház ideg-elmebeteg osztályáról. A tabeses elfajulás localisatiójáról és lényegéről. 397. l.
Justus Jakab: A syphilis malignáról. 399. l.
Csikós Sándor: Az agy sebészetéről. 400. l.
Lengyel Soma: Újabb pellagra-eset a Máramaros vármegyei közkórház belgyógyászati osztályáról. Halálos kimenetel. Kórbonczolat. 401. l.

Tárcza. A pellagra Olaszországban. 402. l.
Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Prochnov József:* Útmutató a hadsebészetben. 403. l. — *Lapszemle. Tarnowsky és Jakowlew:* A syphilis gyógyítása higannyal kezelt állatoknak vérsavójával. 404. l.
Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Hazai fürdőink személyforgalma. — A budapesti császárfürdő forgalma. — A budapesti általános poliklinika forgalma. — Elhunyt. — Szt. Lukács-fürdő. — Herczel dr. — Baumgarten Samu dr. 404. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A tabes therapiája aetiologiai szempontból.[1]

Irta: *Sarbó Artur* dr. m.-tanár.

Tisztelt Orvosegyesület!

Végigtekintve az utolsó évtizedek ideggyógyászati munkálkodásán, óriási halmaza az új ismereteknek tárul elénk. Haladás mutatkozik a klinikai észlelet, valamint a kórboncztan és szövettan terén is, ezzel szemben szomorú a kép, ha a therapiát tekintjük meg Nem mintha nap nap után újabb, biztosan gyógyító gyógyszerek és gyógyeljárások közlésében szűkölködnénk — erről úgy a napi, mint a szaksajtó bőven referál —, hanem kietlen és puszta a tudásunk e téren, daczára a fennen hirdetett biztos gyógyításnak. Ily végnélküli a gyógyszerek és eljárások száma, mely a tabes gyógyítása körül lett ismertté. Megkezdte a sort a gyógyszeres gyógyítás, majd a galvanotherapia jött pótlólag hozzá, eljött és le is tünt csakhamar a suspensiós gyógymód fénykora és végül az organotherapia is alkalmazva lett. Mindegyik gyógyeljárásnak akadtak hívői, dicséröi. Bámulatos az a hiszékenység, mely úgy orvosok, mint a szenvedő emberiség részéről mutatkozott és mutatkozik még mindig minden új gyógyeljárás iránt. Élénk emlékezetünkben van mindnyájunknak a Kochaera ijesztő példája és daczára annak, nem szününk meg therapeutikus eljárásainkban a leglehetetlenebb eszközöket kipróbálni.

Joggal kérdezhetik e sötét beismerés után, hát mit akarok én újat mondani, a ki ily skepsissel vagyok minden gyógyeljárás iránt? Feleletem rá, hogy a tabes therapiája újabban igenis örvendetes változást mutat fel és e változás oka abban rejlik, hogy sikerült a tabes aetiologiai oldalát felderiteni és ez a legelső és legfontosabb oldala egy rationalis therapiának. Mert az aetiologia a betegségek Achilles-sarka; ezt felfedezve, felvehetjük a küzdelmet a legerősebb ellenséggel is, mert kezeink közt van egy hatalmas fegyver, melylyel ép egyszerűségénél fogva legtöbbször csak félvállról bánunk el, és ez a *prophylaxis*. Ha paradoxonnak tünik is fel, azt kell hogy mondjam, hogy a tabes-therapia legfontosabb része annak prophylaxisa. Mai előadásomban a tabes therapiájának csak ezen aetiologiai szempontból való tárgyalását tűztem ki czélomul, a tabesnek tüneti therapiáját ma nem érintem.

[1] Előadatott a budapesti kir. orvosegyesület 1898. márczius 5-diki ülésén.

Közismeretes, hogy az utolsó években minden oldalról újabb és újabb adatokkal bizonyították azt a tételt, hogy a tabes aetiologiai factorai közül a syphilis a legfontosabb. Leyden berlini professor és iskolája az, mely az összefüggést még mindig tagadja. A magam részéről 1894-ben az orvosi körben tartott előadásomban (A lues szerepe a tabes és paralysis progressivánál czimen) összegeztem mindazon érveket, melyek az összefüggést bizonyitják és akkor *Möbius* álláspontját fogadtam volt el, hogy a tabes minden esetben lueses eredetű. Azóta ezen nézet mindinkább megszilárdult és csodálkozással kellett a mult hetekben itt lefolyt tabes-vitánál hallanom egyik szakkartárs részéről, minthogy csak statistika bizonyitja az összefüggést, ő nem fogadja el a tabes lueses eredetét. Mai előadásomban nem tértem volna ki e kérdésre, ha szakemberek részéről nyilvánitott vélemény nem kényszeritene reá, hogy — ha röviden is — vele foglalkozzam. Mindenekelőtt ki kell hogy jelentsem, hogy nemcsak a statistika az, mely ezen összefüggést bizonyitja; nem térek reá az összes egyéb bizonyitékokra, legyen elég fenti előadásomra utalni.

Azon ellenvetés, hogy a statistika nyujtotta adatok nem vehetők oly fontosaknak, hogy azokra a tabes és lues közötti összefüggést biztosnak tekintsük, el nem fogadható; mert nézetem szerint más móddal tudásunk jelen állásánál oki összefüggést kimutatni nem vagyunk képesek. Jogos követelmény az, hogy jó statistika legyen az, melynek bizonyító erejében higyjünk; jó oly értelemben, hogy megbizható adatokat tartalmazzon, tehát oly egyénekre vonatkozzék, a kik értelmisége oly magaslaton áll, hogy azon kérdésünkre, volt-e chancreje, syphilise, hogy lett kezelve, megbizható feleletet adhassanak. Ily szempontból készült *Erb* statistikája, a ki 900 a jobbmodúakhoz tartozó tabesesnél 90% előrement syphilist constatálhatott. Ugyancsak *Erb* megcsinálta az ellenpróbát is: 6000 felnőtt nem-tabeses egyén kórelőzményében csak 20—25% syphilist talált. Ez adatok világosan beszélnek, commentar nem kell hozzájuk. Nézetem szerint helyes *Möbius* álláspontja, a mely a hátralevő 10% tabesre nézve is kiterjeszti a syphilis kóroki összefüggését. Támogat e nézetemben azon *Hirschl* által felderitett körülmény, a ki a paralysis progressiva és syphilis közti összefüggést tanulmányozva, azt kutatta, vajjon a tertiaer syphilisben szenvedők kórelőzményében a syphilises fertőzés mennyiben mutatható ki és azon meglepő eredményre jutott, hogy ilynemű esetek 36·5%-ában az anamnesis sem acquirált sem heriditarius syphilist nem tüntet fel. Mi csodálni való van ezek után azon, ha tabes esetek 10%-ában syphilist nem tudunk kimutatni. Egy pillantást vetve a többi aetiologikus factorra, be kell, hogy lássuk, hogy azok elenyésző számban fordulnak elő a

syphilishez képest. Mi jogosít fel bennünket arra, a meghülést fontos kóroki mozzanatként felvenni? Ismét csak az egymásutáni sorrend, melyben a tabes ezt néha követi: azaz semmivel sem több, mint a mennyit a syphilisre nézve tudunk; de egy körülménynyel kevesebb, u. is a gyakoriságot illetőleg, a syphilis sokkal, de sokkal mulja felül valamennyi többi aetiologikus momentumot együttvéve! Nem-e jogosultabb kórokul tekinteni egy oly megbetegedést, melyről tudjuk, hogy alig hogy a szervezetbe felvétetett, máris általános mirigybeszüremkedést eredményez, melyről tudjuk továbbá, hogy évekig, évtizedekig lappangva jelen lehet a szervezetben?

Nem tartozik mai előadásom keretébe bővebben foglalkozni e kérdéssel, mellőzöm tehát az összes többi okok felsorolását, melyek a szoros összefüggés mellett szólnak és mint elfogadott nézetet állítom oda, hogy minden tabeses esetben a syphilis játsza a kóroki szerepet. Egyet azonban még meg kivánok jegyezni és az az, hogy én sem állítom, hogy a syphilis egyedüli oka a tabesnek; mivel ha az volna, tekintve a syphilitikusok óriás számát, sokkal többnek kellene lenni a tabeses megbetegedésnek, mintsem tényleg van, de ugyan melyik betegség az, melynél csak egy kóroki mozzanat szerepel; nem kell-e hogy még más okokat vegyünk fel a a tuberculosis létrehozásánál, mint csak a tuberculosis bacillusát?

Ne vegyék szerénytelenségnek, ha 1894-diki előadásom végszavait idézem, mert az ott mondottak képezik kiindulási pontját mai fejtegetéseimnek:

„Jelen esetünkben pedig annak kimutatásából, hogy mily fontos szerepe van a luesnek a paralysis és tabes létrejötténél, az következik, hogy kellő figyelemben részesítsük a luest, annak első megjelenésekor és tőlünk telhető tudással iparkodjunk elfojtani a bajt csirájában, nehogy végzetes következményei beálljanak; de másrészt az is következik fejtegetéseimből, hogy sokszorosítani kell figyelmünket a lues prophylaxisát illetőleg is; minthogy, ha elég kellemetlenek és súlyosak a lues specifikus elváltozásai, annál veszthozóbbak annak következményes bántalmai, mint a milyenekül a tabest és a paralysis progressiva nagy százalékát tanultuk megismerni!“

Elfogadva tehát a tabes syphilises eredetét, prophylactice első követelményünk az, hogy a syphilis prophylaxisa és kezelése körül összes erőnkből a szükségeset megtegyük. E téren a feladat a syphilidologokra hárul. A magunk részéről azt tartjuk, hogy biztos ulcus durum esetén a legvégletekig menő antilueses kezelés szükséges és ezt azért tartjuk szükségesnek, mert eseteink megtekintésénél feltünő, hogy sok esetben csak ily kemény chancre jelen volta forog fenn és ezek azon esetek is egyúttal, melyek antiluetice alig vagy egyáltalán nem lettek kezelve. Egyáltalán feltünő, hogy a tabesek egy nagy százalékában a jelen volt lues alig kezeltetett. E körülményre már más szerzők is felhivták a figyelmet. Saját eseteim ez észlelet helyességét bizonyitják.

A következőkben felsorolt eseteimben az anamnesis pontos felvétele nem volt lehető, mert túlnyomólag müveletlen munkásegyénekre vonatkozik, ezért a syphilis kérdést illetőleg eseteimből, és ezt különösen hangsúlyozom, következtetést vonni nem lehet és jelenleg csak azért hozom fel őket, hogy igazoljam azon állításomat, hogy az esetleg jelen volt lues mily hiányosan kezeltetett.

Eseteim a következők:

1. M. György, 27 éves, betűszedő. Öt év előtt kemény chancre. Nyolcz toura kenőkúra. Fél évre reá lágyékmirigy elgenyedt.

2. G. György, 55 éves kapus. 15 év előtt chancre. Két toura kenőkúrát használt.

3. A. József, 46 éves, művezető. 15 év előtt chancre és bubo, mely „kechlikre“ megpuhult és felfakadt. Kenőkúrát nem kapott soha. Két évre reá újból chancre, maga használt ólomvizet, a seb nyolcz nap alatt begyógyult. Öt év előtt kezdődtek lanciniáló fájdalmak.

4. B. György, 40 éves, fütő. 12 év előtt chancre és syphilises kiütés. 30 kenőcsöt és jodkalit használt. Öt év után ismét kiütés volt tagján, ugyanekkor (12 év előtt) kettős képek. Hat év óta erős szaggatások alsó végtagokban.

5. F. Ferencz, 54 éves hajóslegény. 21 év előtt kemény chancre, dobja is volt. Antiluetice kezelve nem lett, de toroktünetek is voltak jelen. Hat év óta lanciniáló fájdalmak.

6. U. Gyula, 41 éves, szolga. 15 év előtt kemény chancre, kiütést 1 év mulva vett észre. Mindössze 2—3 bedörzsölést kapott. Gégebaja is volt, melyet ecseteltek. Három év óta lanciniáló fájdalmak.

7. H. Lőrincz, 29 éves, szolga. Évek előtt chancre és syphilises kiütés. Kezelve nem lett.

8. M. Mór, 44 éves, számtiszt. 1879-ben kemény chancre, utána kiütés a testen, nem kapott kenőkúrát, csak jodkalit ivott. 1882-ben lanciniáló fájdalmak. 1890-ben externus hűdés a jobb szemen.

9. W. Miklós, 34 éves, gyógyszerész. 1879-ben chancre, melyről Kovács professor azt mondta, hogy syphilises eredetü, mig segédei lágynak tartották és a szerint kezelték, kenőkúrát nem használt. Másodlagos tünetek nem voltak soha. 1897-ben lanciniáló fájdalmak.

10. F. Lőrincz, 44 éves, hivatalnok. Hat év előtt chancre durum, ugyanakkor syphilises kiütés, ez ellen kenőkúra.

11. F. Márkus, 36 éves, kereskedő. 1886-ban chancre, kenőkúrát nem kapott; jodkalit ivott. Kiütése nem volt. Neje háromszor abortált. Hat év óta lanciniáló fájdalmak.

12. D. Sándor, 50 éves, hivatalnok. 30 év előtt lágyfekély, másodlagos tünetek nem voltak. Antiluetice kezelve nem lett. Neje első gyermekét abortálta, azóta egyszer volt teherben és a ma is egészséges leányt szülte. Hat év óta lanciniáló fájdalmak.

13. B. Nándor, 40 éves, hivatalnok. 18 év előtt chancre. Másodlagos tünetek nem voltak. Antiluetice kezelve nem lett. Két év óta lanciniáló fájdalmak.

14. B., Rudolf 14 év előtt chancre másodlagos tünetekkel, 20 bedörzsölést kapott és azután 2 éven át még jodpilulákat szedett. Higanyt nem kapott többé. Öt év óta lanciniáló fájdalmak.

Elfogadva a tabes lueses eredetét, ez észleletek azt követelik, hogy minden luesest kitartó kezelésnek vessünk alá, még akkor is, ha nyilvánvaló tünetei a bajnak hamarosan el is tünnek a kezelés alatt. Ez irányban természetesen a syphilidologokat illeti a megejtendő antilueses kezelés időtartamának megállapítása, a szükséges eljárás foganatosítása. A mi szereplésünk a tabes prophylaxisát illetőleg ezzel véget ért és kezdődik Golgothaútunk ott, a hol a rendszeres antilueses kezelés foganatosítva nem lett és ennélfogva kifejlődtek a tabes tünetei; ezzel korántsem akarom azt mondani, hogy a tabes a leglelkiismeretesebben kezelt lues után is ne léphetne fel; hisz tertiaer syphilidek is felléphetnek, a primaer és secundaer tünetek még oly szorgos kezelése után is.

És itt vessük fel a kérdést általánosságban, vajjon a tabeses folyamat gyógyítható-e vagy sem. Hogy erre a feleletet megadjuk, kórtani és kórboncztani ismereteinket kell segítségül felhivnunk. Ott, hol a tünetek hátterét rostok szétesése, sejtek tönkremenése képezi, nem igen várhatunk semmi néven nevezendő gyógyulást, mert új rostok, sejtek képződését nem hozza létre semminemü gyógyeljárás. A tabeses folyamat kórboncztana és kórtanában még annyi a vitás kérdés, hogy csak tapogatódzva tudunk eligazodni. Mindinkább bebizonyosodó tétel a gyökmegbetegedésben mint elsődleges megbetegedésben keresni a kiindulási pontot. A tüneteket véve szemügyre, azt kell hogy valljuk, hogy a lanciniáló fájdalmak azok, melyek leggyakrabban képezik az első tünetet és évekkel előzik meg a kiesési tüneteket. Kórtani tudásunk mai állásánál fogva azt kell, hogy feltegyük, hogy e tünet a gyökmegbetegedés izgalmi stadiumának a kifolyása, mig a későbbi tünetek, mint térdtünet hiánya, sensibilitas, hólyagzavarok stb. már kiesési tünetek, ezek háttere már rostelfajulás kell, hogy legyen. Ha igaz ezen feltevésünk, úgy therapeutice azon következtetést kell hogy levonjunk, hogy a tabes kezdeti szakában, a hol csak fájdalmak vannak jelen, gyógyeljárásunk legsikerhezvezetőbb lehet, ha van rá alkalmas gyógyhatányunk, úgy ez ekkor érvényesülhet még teljes sikerrel, a betegség ezen stadiumában lehet még arról szó, hogy nemcsak a továbbterjedést akadályozhatjuk meg, hanem teljes gyógyulást is remélhetünk. Akkor mikor már kiesési tünetek vannak jelen, teljes gyógyulásról már nem lehet szó, itt therapeutikus eljárásunk eredménye csak localizálás és a továbbkifejlés megakadályozása lehet.

(Folytatása következik.)

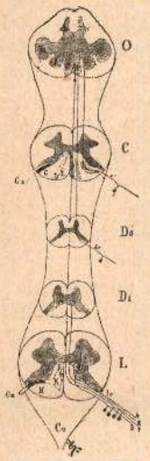
Közlemény a fővárosi „Erzsébet"-szegényház ideg-elmebeteg osztályáról.

A tabeses elfajulás localisatiójáról és lényegéről.[1]

Irta: *Schaffer Károly* dr. egyet. m.-tanár, szegényházi rendelő orvos.

(Folytatás.)

A tabes gerinczvelői elváltozásainak kérdése fentiek után a hátsó gyöktől függ; érthető tehát, hogy a tabesnél előforduló elfajulásai a hátsó kötélnek helyesen csakis a hátsó kötélnek ép szövettani viszonyai alapján értelmezhetők. E felfogás jogosultsága azonnal kitünik, mihelyst meggyőződünk arról, hogy a hátsó kötélben mutatkozó tabeses elfajulások változatos alakjai egyenesen megfelelnek ama elfajulási területeknek, melyek a hátsó kötélben létrejönnek akkor, midőn a hátsó gyökerek akár állaton kisérlet czéljából a kés által, akár az emberen valamely kóros folyamat által lettek roncsolva. Nem terjeszkedhetem ki ez alkalommal a hátsó kötelek ép szövettanára behatóbban, csupán az alapvető viszonyok rövid feltüntetésére akarok szorítkozni. (L. 1. ábra.)



O = nyultvelő, Es = elülső szarv, Hs = hátsó szarv, B = Burdach-köteg magva, G = Goll-köteg magva, C = nyaki velő, L = lumbosacral rostok pályája, D = dorsal gyökök pályája, C = cervical gyökök pályája, cr = nyaki érző gyökér, c = zona cornu-commissuralis, Gz = gyökzóna, Ds = felső háti velő, dr = háti érző gyökér, Di = alsó háti velő, cl = Clarke-féle mag, L = ágyéki velő, lr = ágyéki érző gyökér, 1 = hosszú gyökrost, mely a Goll-féle nyultvelői magban végződik, 2 = középhosszú, a Clarke-féle oszlop magvában végződő rost, 3 = középhosszú, az elülső szarvban végződő rost, az úgynevezett reflex collateralis, 4 = rövid rost, mely a hátsó szarvban bomlik fel, Gz = gyökzóna, H = hátsó gyökzóna. Flechsig, K = középső gyökzóna, Flechsig, E = elülső gyökzóna, Flechsig, z = medianzóna, Flechsig, Co = conus medullaris.

Az ábra a hátsó gyökereknek lefutását a hátsó kötelekben sémásan érzékíti. A jelzett rostlefutási viszonyokból könnyen érthetők azok a képek, melyek a tabesben a nyaki velő magasságában mutatkoznak; e képeket jelzik C-nél az átsraffirozott helyek.

1. ábra.

A hátsó gyökerek a ganglion spinale gömbölyű, körteképű idegsejtjeinek T-alakú törzsökös tengelyfonalából, mint központi tengelyfonalágak erednek; e rostok a hátsó kötélnek legszélibb részébe, mely a hátsó szarv hegyével határos, az úgynevezett gyökérzónába (gyöktájék, Gz) hatolnak be, szorosan a hátsó szarv széléhez odasimulva. E helyen (l. 1. ábra Cr) a hátsó gyök különböző alkatú rostelemei felbomolnak: *a) rövid* és *vékonyabb rostokra* (4), melyek a hátsó szarvban végződnek végágazatosan illetve a hátsó szarv hegyén helyezkednek el, mint igen finom velőjű rostréteg (Lissauer-féle öv); *b) középhosszú* és *vastagabb rostokra* (3, 2), melyek részben mint *reflex-collaterálok* a szürke állományt átszelve, az elülső szarv mozgató idegsejtjei körül bomolnak fel végágazatosan (3), részben mint a Clarke féle oszlopban (Di, cl) végződő rostok (2) ismertek; *c) hosszú* és *vastag rostokra,* melyek külön leirást igényelnek. A hosszú gyökrostok első sorban a gyökzónát foglalják el a hátsó kötélbe való hatolás magaslatában; a legközelebbi gyökmagasságban a megfelelő hátsó gyök foglalja el a gyökzónát, mert hiszen ez az a hely, a hova minden hátsó gyök behatol. Ez által az alsóbb hátsó gyök beljebb tolatik a hátsó kötélbe, de ugyanez történik *minden* hátsó gyökkel a legközelebbi magasabb gyökszintben. E viszonyokból könnyen érthető, hogy a legmélyebb hátsó gyökerek, ilyenek a sacral illetve a lumbal gyökök, a legnagyobb fokú beljebbtolatást fogják elszenvedni, vagyis, hogy a hátsó kötélnek legmedialisabb részébe, mely a hátsó sövénynyel határos, helyezkednek el. A lumbosacral gyökereknek, pl. valamely daganat okozta másodlagos felhágó elfajulása a szóban forgó hosszú gyökrostoknak elhelyezkedését pontosan mutatja meg: a nyaki velőben a hátsó sövénynyel határos háromszögletű, ékalakú terület jelentkezik elfajultnak (L. *C,* L), mely a lumbosacral gyököknek hosszú rostjait tartalmazza. Ezek után nem igényel különösebb magyarázatot, hogy a nyaki velőben (*C*) a lumbosacral rostoktól oldalt a háti velő (Ds, Di) hosszú gyökrostjai (D) helyezkednek el és ezektől még oldaltabb a nyaki velő gyökrostjai (C), miután a lumbosacral gyökrostokat a háti velő gyökerei szorítják befelé a hátsó kötélben és utóbbiakat viszont a nyaki gyökök. A hátsó kötélben lefolyó eme gyökrost elhelyezkedés az úgynevezett *Kahler*-féle törvény. A hosszú gyökrostok a nyultvelő magvaiban, Goll- és a Burdach-féle kötél magvaiban (G, B) végződnek végágazatosan; nevezetesen a lumbosacral gyökrostok a Goll-félében, a cervical gyökrostok a Burdach-félében. Csak épen megemlíteni kívánjuk, miszerint minden hátsó gyökrost nem csupán felszálló, hanem leszálló rostokkal is bir; a hátsó gyökér rostjai a gyökzónában villa-alakú hasadást szenvedvén el, egy erőteljesebb és hosszabb felhágó és egy gyengébb, rövidebb lehágó ágra oszlanak szét, mely utóbbi a legközelebbi gyökmagaslatban a szürke állományba betér és ott végződik is.

A hátsó kötelek jóformán egészben illetve *túlnyomóan* a hátsó gyökökből, vagyis kivülről behatoló tehát *exogen-rostokból épülnek fel.* Vannak azonban a hátsó kötelekben oly rostok is, melyek nem kivülről jönnek, hanem a gerinczvelő szürke állományában eredve, rövidebb lefutás után a hátsó kötélben ismét a szürke állományba térnek be, a hol végződnek is. E rostok a hátsó kötélnek a hátsó eresztékkel közvetlenül határos területét, a *Marie*-féle „zone cornu-commissurale"-t (l. 1. ábra *C,* zc) foglalják el; ezek a hátsó kötélnek úgynevezett *endogen rostjai.* Van ugyan még endogen jellegünek tartott terület a hátsó kötélben és az a Flechsig-féle *medianzona* (l. 1. ábra *L,* z) vagy *dorsomedial sacralköteg,* de ennek tisztán endogen természete kétséges.

Végül még csak annyit jegyeznénk meg a hátsó gyökökre nézve, hogy ezeknek fentartó, trophikus gócza a ganglion spinale, vagyis ha ez szenved, úgy a hátsó gyöknek is el kell halnia vagyis másodlagosan elfajulnia és pedig a hátsó kötélben felfelé.

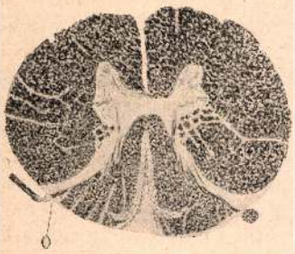
Ezen anatomiai megjegyzések után vessük össze a tabeses képeket a nem tabeses eredetű gyökbántalomra következő elfajulási képekkel.

Ismeretes, hogy a tabesnek két alakját különböztetjük meg kórszövettani szempontból. Az esetek túlnyomó számában a tabeses folyamat a lumbosacral gyököket illeti, ez a *lumbaltabes*; sokkal ritkábban illeti a cervical gyököket s ez a *cervicaltabes.* Ha a tabes gyökérbántalom, úgy a fentebb ismertetett gyöktopographia alapján a lumbaltabes képének pontosan meg kell felelnie oly nem tabeses eredetű gyökbántalomnak, mely a lumbosacral gyökrostokat roncsolta; ily eset a cauda equina daganatja esetén adva van. És tényleg a két kép, vagyis a lumbaltabes és a caudatumor okozta hátsókötélbeli degeneratio *teljesen* egybevág, mert a lumbalvelőben az egész hátsó kötél, kivéve az endogen területet, elfajultnak mutatkozik és a nyaki velőben az ismert ékalakú mediánterület, a Goll-féle köteg látszik degeneráltnak, úgy az egyik, mint a másik esetben. A cervicaltabes esete pedig egybevág a nyaki gyökök nem tabeses eredetű elfajulásának képével; úgy az egyik, mint a másik esetben a Goll-féle köteg ép és az elfajulás csupán a Burdach-féle kötegben, mely mint ismeretes, a cervical gyökrostokat tartalmazza, jelentkezik.

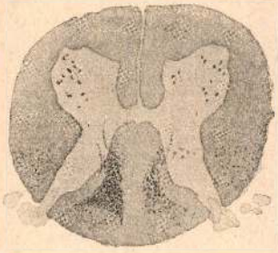
De nem csupán a tömeges gyökbántalomra előálló elfajulás a hátsó kötélben igazolja a tabesnek gyöki jellegét, hanem a tabeses és nem-tabeses hátsó kötélbeli elfajulás még a legfinomabb részletekben is megegyező. Igen meggyőzőek azok a képek, midőn csupán *egyes* gyökerek szenvednek a tabesnél; alább két készítmény rajzát mutatom be, melyek közül az első a VII. nyakiidegnek kétoldali isolált tabeses degeneratiójából jött létre; ez a kép teljesen megegyezik a nem-tabeses eredetű gyökbántalomra beálló elfajulással, a melyet *Pfeiffer, Dejerine* és saját vizsgálataim mutattak ki. A másik készítmény az V. ágyéki idegnek kétoldali nem-tabeses elfajulására bekövetkezett másodlagos elfajulását a hátsó kötélben ábrázolja; e kép teljesen megfelel

*

a kezdeti lumbaltabes képének, midőn pontosan a Flechsig-féle középső gyökzóna szenved.



2. ábra. Felső nyaki velő lumbaltabes esetéből. Figyelemre méltó, hogy az elfajult Goll-kötegtől kétoldalt egy-egy kampószerű sclerotikus csík mutatkozik, mely megfelel az esetben isolált tabeses degeneratióban levő 8. nyaki gyöknek. O = Obersteiner-féle befűződés helye.



3. ábra. Isolált nem-tabeses elfajulása az 5. ágyéki gyöknek; ez okozza a hátsó kötél közepén fekvő háromszögletű elfajult mezőt (Marchi módszerrel kimutatott myelin-rögök halmaza), mely pontosan megfelel a kezdeti lumbaltabes képének.

Még számos hasonló példával tetézhetném a fenti példákat, de meggyőzőbbet nem tudnék bemutatni. Szabadjon már most a fent mondottakat összegeznem:

1. A tabesnél mutatkozó hátsó kötélbeli bántalom és a hátsó gyökerek elfajulása állandó, sohasem hiányzó kórszövettani lelete a tabesnek.

2. A tabes hátsó kötélbeli bántalom és a hátsó gyökereknek nem tabeses bántalmára bekövetkező hátsó kötélbeli elfajulás *azonos* képeket ad. Tehát a tabeses hátsó kötélbeli elfajulás topographiája teljesen és tökéletesen megfelel a hátsó gyököknek valamely daganat avagy meningitikus túltengés okozta roncsolására bekövetkező másodlagos elfajulásnak a hátsó kötélben. Ezek szerint a tabeses hátsó kötélbeli bántalom gyöktermészetű, vagyis a hátsó gyökerek bántalmára ezek intramedullás folytatásainak bekövetkező másodlagos elfajulása a hátsó kötelekben.

3. Minden elfajult gyök az elfajult rostoknak egy bizonyos tömegét viszi be a hátsó kötélbe, jelesen ennek legszélibb részébe, az úgynevezett gyökzónába. Tehát minden elfajult gyöknek legelső nyoma a hátsó kötélben a gyökzónában van; ennek a képnek adta *Redlich* az olyannyira jellegző „local-tabische Entartung“ című elnevezést. A gyökelfajulásnak további nyomát a magasabb szintájakban a gyökzónától beljebb találjuk a *Pierret*-féle „bandelettes externes“-nek megfelelően; ez egy a hátsó szarv belső szélével egyközűen haladó csík, a mely azonban a hátsó szarvtól több-kevésbbé széles ép velőállomány által el van különítve. A mennyiben az elfajult gyök egy nyaki gyök, úgy az elfajult csík megtartja a Pierret-féle szalagnak megfelelő helyét, tehát az úgynevezett Burdach-féle kötélben marad; a mennyiben pedig az elfajult gyökér valamely lumbo-sacralis ideg, úgy az elfajulási csík még beljebb, a hátsó hasadékhoz szoríttatik, a hol végleges megmarad. Tehát az elfajult lumbo-sacralis idegek nyomát a nyaki velőben a hátsó hasadék mellett az úgynevezett Goll-féle kötélben találjuk; innét van, hogy a lumbalis tabes esetében a nyaki velőben a Goll-féle köteg elfajult. S mivel a nyaki idegek elfajulására a sklerotikus csík a Burdach-kötélben van, érthető, hogy az úgynevezett cervicaltabes esetében a hátsó kötélbeli elfajulás a Burdach-féle kötélre szorítkozik.

Miután a hátsó gyököknek a hátsó kötél alakulásában viselt igen fontos szerepe épen az utóbbi 10 év ép és kóros szövettani kutatásai által tisztázva lett, érthető, hogy annak felismerése, mely szerint a hátsó kötélbeli elfajulás gyöktermészetű, nem késhetett. Bátran mondhatom, hogy manapság a tabes kórszövettanával foglalkozó búvárok közt teljes megegyezés jött létre a jelzett pontra nézve. E felismerés azonban logice a következő kérdés felvetésére vezetett: *honnét indul ki és mi által okoztatik a tabesnél a hátsó gyökök elfajulása?* A felvetett kérdés tehát két részből áll: 1. a tabes gerinczvelői elváltozásainak localisatiója és 2. a hátsó kötélbeli elfajulást megindító folyamat lényege.

Fentebb mondók, hogy a hátsó gyökök fentartó gócza a ganglion spinaleban van s így észszerű, helyes eljárás a tabeses elfajulás kiinduló pontját itt keresni. *Marie* egyike ama szerzőknek, ki legmelegebben kel a tabesnek szóban forgó localisatiója védelmére; ő azt vitatja, hogy a tabes hátsó kötélbeli elváltozásai semmiképen sem képezik egy elsődleges rendszerbántalom eredményét, hanem a spinalis dúczsejteknek és az ő hypothetikus körzeti dúczsejtjeinek („cellules ganglionnaires périphériques“) bántalmából eredő folyamatnak veszi. *Marie* teljes joggal mondja, hogy a tudomány jelen állása alapján elsődleges kötél-, illetve rendszerbántalmat felvenni lehetetlen, mert ahhoz, hogy valamely idegrost elfajuljon, arra nézve első feltétel, hogy eredő sejtjének trophikus behatása reá nézve megszünjön; egy önálló, elsődleges rostmegbetegedés, függetlenül eredő sejtjétől, nem létezik. Tehát a gerinczvelőnek valamennyi rendszer bántalma másodlagos, s így első sorban mindig a beteg sejt után kell kutatnunk. E felfogás alapján *Marie* természetesen a spinalis dúczsejteknek bántalmát tételezi fel. Nézete szerint azonban léteznének teljesen a körzeten oly idegsejtes elemek, melyekből eredő idegrostok a hátsó gyökökön át a gerinczvelő hátsó kötelébe jutnának. A bőrben, az izmokban, az inakban, a bőnyékben elhelyezett úgynevezett idegvégződések ugyanis részben eredő sejtek lennének, a melyekből kiinduló idegrostok a nagyobb idegtörzsek és a hátsó gyökök útján a velőbe jutnának. Ezekre a körzeti dúczsejtekre illetve a spinalis dúczsejtekre hatna azután *Marie* szerint a syphilis toxinja és így felfogása szerint a tabeses folyamatban az elsődleges jelenség mindig a sejtbántalom, melyből másodlagos folyamatként a hátsó gyökök és ezek intramedullás folytatásainak elfajulása indulna ki.

Bármily észszerűnek is lássék *Marie* hypothesise, mégis elfogadhatatlan, mert nélkülöz minden tényleges kórszövettani alapot. *Wollenberg, Stroebe*, legutóbb pedig *Redlich* vizsgálták a tabeses spinalis dúczokat s bár találtak egyes elváltozásokat, minők a protoplasma zsíros zavarosodása, festenyfelszaporodás, zsugorodás stb., mindazonáltal ezek nem eléggé jelentékenyek, hogy belőlük oly súlyos bántalmat, minő a hátsó gyökök *teljes* elfajulása, levezessünk. És tényleg a spinalis dúczsejtek elváltozásához képest aránytalanul nagyok és súlyosak a hátsó gyökök elváltozásai. A jelzett sejtelváltozások azonban még a régi, sejtes elváltozások szabatos megállapítására alkalmatlan módszerekkel lettek kideritve, ezért határoztam el magam a *Nissl* festésével, tehát egy elsőrangú structuralis tinctióval a tabeses spinalis dúczsejtek vizsgálatára. Ezek azonban teljesen *negativ* eredményűek voltak. Ez különben előrelátható volt, mert hiszen, ha a spinalis dúczsejt bántalmából eredne a hátsó gyökér elfajulása, úgy mindenesetre a spinalis dúczból a hátsó gyökkel *közösen*, a T-tengelyfonálból eredő környi érző idegnek is súlyosan kellene elfajulva lenni, a mi pedig nem áll. A mi pedig a *Marie*-féle körzeti dúczsejteket illeti, úgy ezek létele merő kérdés, még kevésbbé ismerjük ezeknek elváltozásait. Mindezek alapján a tabesnek sejtes bántalomból való származtatása ez idő szerint — indokolatlan eljárás.

A csigolyaközti dúczban nem kereshetvén a tabes elfajulás kiinduló pontját, a szerzők figyelme magára a hátsó gyökre irányult.

Fentebb említők, hogy még a 70-es években *Lange* úgy vélte, hogy a tabesnél meningealis túltengések lehetnének a gyökelfajulásnak s így egyúttal a hátsó kötélbeli degeneratiónak okozói. Ezek nyomást fejtvén ki a hátsó gyökre, azt elvágják trophikus góczától, a gangl. spinaletól, mire egy másodlagos felhágó elfajulásnak kell bekövetkeznie. Lényegileg *Lange* nyomán, bár talán tőle függetlenül, és új, értékes adatokat deritve ki, haladtak *Obersteiner* és *Redlich*, nemkülönben *Nageotte*, midőn a hátsó gyökérben keresték a tabes gerinczvelői elfajulásának kiindulási pontját. E szerzők — egymástól függetlenül — kimutatták, hogy a tabesnél a gerinczvelő érző gyökerei, a spinalis dúczsejt és a gerinczvelő közti részükben, egy kötőszövetes túltengésnek illetve retractionalis folyamatnak székhelyét képezik. Ez által a hátsó gyökerek tönkretételén, megfelelően a Waller-féle törvény-

nek, egy felhágó másodlagos elfajulás áll elő a hátsó gyökerek intramedullás folytatásaiban. A tabesnél mutatkozó hátsó kötélbeli elfajulás tehát következménye a hátsó gyököket elsődlegesen érő hyperplasiának, mely az idegrostot mintegy megfojtja. Bár nagyjában a bécsi és a franczia szerzők megegyeznek, a részletekben azonban eltérnek egymástól.

(Folytatása következik.)

A syphilis malignáról.

Justus Jakab dr., az egyetemi bőrkórtani klinika volt tanársegédétől.

(Vége.)

A kór lefolyását illetőleg a syphilis maligna egyes esetei nagy különbségeket mutatnak.

Saját észleleteinkre visszatekintve, találunk olyanokat, a kik csak néhány hétig tartózkodtak kórházunkban, míg ellenben mások hónapokig, sőt egyik betegünk már harmadik esztendeje, majdnem megszakítás nélkül, lakója kórtermünknek. Azonban az ilyen folytonos, hosszas tartam minden esetre a nagy kivételek közé tartozik. A nagyobb részt, úgy látszik, inkább a gyakori kiújulások képezik. Alig hogy valamely roham, a mely a fentebb leirt tüneteket a bőrön létrehozta, elmult; alig hogy egy-két hónapig zavartalan jó érzésnek örvendett a beteg, gyakran minden külsőleg kimutatható ok nélkül, másszor valamely physikai ok, pl. közbejött betegség avagy valamely moralis szenvedés következtében amaz újra megkezdődik. Ekkor újra kezdetét veszi a papulák s az ezekből fejlődő fekélyedések gyors egymásutánban való feltünése, néha hasonló elesettségtől kisérve, mint a milyen az első kitörést előzte volt meg, másszor azonban, különösen akkor, ha a kivirágzásoktól ellepett terület kisebb, nagyjában zavartalan erőbeli állapot mellett. *Haslund* csak ritkán észlelt recidivákat, csak 3 férfiún (18 beteg közül) s 3 nőn (13 beteg közül), kiken minden esetben az utóbbi kitöréseknek is malignus jellege volt. Az egyik fél évvel az első kitörés után kapta a recidivát, a második 6 héttel azután, egy pedig ötször kezeltetett osztályán. Másodszori kezelésre a beteg 9 héttel kórházból való kibocsátása után jött vissza, a harmadik kezelésre egy hónappal azután és a negyedikre majdnem nyomban elbocsátása után. Volt olyan beteg, a ki fél esztendőn át folytonosan fekélyeket viselt a bőrén. Saját betegeink közül, kiknek kórtörténetét fentebb leirtam, az egyik áprilistől juniusig kezeltetett az izraelita kórházban, csakhogy úgy látszik, hogy akkori syphilis kitörése nem volt malignus jellegű, junius hó végén már újra torokfájdalma támadt és augusztus hó közepén kezdődött a malignus charaktert viselő eruptio. Azóta pedig egész deczemberig, a míg osztályunkra vétette fel magát, folytonosan új fekélyedések képződtek nála.

A második számú betegen szintén juniustól deczemberig képződtek új meg új fekélyek, a míg osztályunkra került és a harmadik három hónappal az elsődleges keményedés után a dolog-kórházban kezeltetett, a honnan 1898. junius 25-dikén kiment, de két héttel utóbb újra bejött s egy hónap mulva távozhatott. Távozása után már 14 nap mulva arczán kezdődött újolag fekélyes kiütés és a mikor október elején osztályunkra helyeztetett át, még a hajzatos fejbőrön, az arczon és elszórva a végtagokon is számos tovaterjedő fekély volt észlelhető. Negyedik betegünkön fél évvel az első kitörés után következett a második s egy éven belül még két új kitörés állott elő. Mindezekből csak az tünik ki, hogy a syphilis maligna lefolyása valamely határozott szabálynak nem hódol s hogy ép oly kevéssé tudjuk megmondani a recidivák számát vagy meghatározni idejüket, mint a többi syphilis-alakoknál, csakhogy általában véve a gyors kiújulásra a malignus-esetek sokkal inkább hajlamosak emezeknél.

A syphilis malignában szenvedő egyén kórállapotát illetőleg a *prognosis* általános szabály felállítását nem egy könynyen engedi meg. Mert csak az imént láttuk, hogy a recidivákat illetőleg még kevésbbé vagyunk képesek jóslást koczkáztatni, mint a többi syphilis-alaknál. A mi az egyes roham lefolyását illeti, az nem annyira a kiütés terjedelmétől, súlyosságától függ, mint az egyén erőbeli állapotától. Syphilis malignában szenvedő beteget mindenkor gyenge ellenálló képességűnek tekintsük, még olyan esetben is, ha különben szervezete megvizsgálásakor az általános táplálat, valamint az egyes szerveknek állapota valamely öröklött vagy szerzett kórállapotra gyanunkat fel nem kelti. Azonban az esetek nagyobb számára nézve csak megegyezünk a szerzőkkel, mikor kedvező lefolyást jóslunk az egyes kitöréseket illetőleg. *Neisser* azt mondja, hogy mindenkor enyhe lefolyást észlelt, *Haslund* sem tartja annyira rossznak a lefolyást, mint az autorok egy más része. Ellenben már *Tarnowsky* ir le a többek között egy megbetegedést, a melyben a halál állt be egy kitörés közben, a mely igen nagy számú, egész 3 cm.-nyi átmérőjű papulákkal és fekélyekkel, intermittáló lázakkal járt s a mely specifikus kezelés ellenére új göbök képződése közben a beteg erejét teljesen kimeritette. Másszor már a kitörés előtt áll be tapasztalataink szerint 38—39½° láz éjszakai izzadásokkal s heves fájdalmakkal a hosszú csontokban meg az izületekben. A beteg gyorsan lefogy, anaemiája igen nagy fokúvá válik. A mikorra a papulák kitörnek, a lázak kissé engednek, de csakhamar a papulák elgenyedésével újra jelentkeznek s néha heteken, másszor hónapokon át tartanak. Legtöbbnyire azonban nem maga a syphilitikus eruptio vagy annak közvetlen következményei okozzák a beteg halálát, hanem valamely intercurrens megbetegedés, pneumonia, végzetes bélhurut és a gyengébb testalkatú betegeknél könnyen beálló s gyorsan terjedő tüdőtuberculosis. Öt évvel ezelőtt feküdt osztályunkon syphilis malignában szenvedő beteg, a ki egész tenyérnyi nagyságú vaskos rupiákat viselt köztakarója számos helyén, hosszas kezelés után lassú gyógyulás következett be, azonban mindkét tüdőcsúcs beszüremkedése vált észlelhetővé. A beteg egynéhány hónap mulva újolag visszakerült osztályunkra, egy állitólagos új kitöréssel. Megvizsgálva ezt, apró vörös papulákat találtunk, a melyek sűrű csoportokba verődve borították a mellkas meg a hát bőrét. Ezen elváltozás nem volt syphilitikus, hanem lichen scrophulosorumnak bizonyult, a mely csukamájolaj belső adagolására s helyi kezelésre javult. Tavaly a beteg újra jelentkezett klinikánkon, a tüdő-beszüremkedés tovább halad, azonfelül pedig újolag, bár kisebb, rupiás fekélyek jelenkeztek a köztakarón.

Az erősebb szervezetű betegeket pedig azok a fertőző bántalmak fenyegetik, a melyeknek az oly számos helyütt epidermisétől megfosztott bőr kaput tár. Hat évvel ezelőtt feküdt klinikánkon kiváló erős testalkatú 26 éves fiatal ember, ki fél tenyérnyi, igen vaskos s rendkivül számos rupiával került felvételre; röviddel azután erysipelast kapott, a mely a pörköt elveszített fekélyekből indult ki s melyhez csatlakozott meningitis s pneumonia a beteget néhány nap alatt sirba döntötte. Az eset bonczolatra került, a belső szervekben syphilitikus elváltozást találni nem lehetett, megerősítéséül amaz elébb felállított tételünknek, hogy a syphilis maligna a belső szervekben vagy egyáltalában nem, vagy hasonlíthatatlanul csekélyebb elváltozásokat hoz létre, mint a köztakarón.

A gyógykezelést illetőleg homlokegyenest ellenkező véleményekkel találkozunk a szerzőknél. Ez ellenmondásokat könnyű megmagyarázni, ha számba veszszük, hogy magának a kór fogalmának definitiója is nemzetenkint és iskolánkint különböző s hogy ennélfogva a syphilis gravis s syphilis abnormalis gravis esetei is sokszor a syphilis malignához számittatnak. Eltekintve amaz ide nem tartozó kóralakoktól, tapasztalatainkat összefoglalva a következő eredményeket állithatjuk fel: a higanyos gyógyítás a syphilis maligna eseteiben nem oly megbizható gyógyitásmód, mint a syphilis többi nemeiben, úgy hogy ezelőtt látszólagos jogosultsággal állitották fel szabályul, hogy a syphilis malignában szenvedőt sohase kezeljük higanynyal. Úgy látszik azonban, hogy ez a félelem mégis csak túlzott. A higanykezelés eltiltását ne fogadjuk el absolut értelemben, hanem igen is mondjuk ki, hogy olyan betegnek, a kinek erőbeli állapota akár maga ezen kórállapot, akár pedig más, vele szövetkezett vagy belőle folyó megbetegedés miatt erősen szenvedett, ne rendeljünk higanyt, főleg pedig

ne rendeljük nagy adagokban. A lázas, csökkent erejű betegnek tilosak az oldhatlan higanysók befecskendezései, inunctiók nagyobb dosisokkal, avagy a higany belső, nagyobbmérvű adagolása. Ellenben megkisérelhetjük a pilulákat, például a hydrargyrum salicylicumból 3—6 centigrammos adagban naponként. Ha e szabálytól eltérnénk s megkisérlenők a luestünetek látszólagos súlyosságához képest mért adagokban kezdeményezni a kénesős gyógyítást, úgy egykönnyen igen súlyos tüneteket, collapsust, heves, sőt véres bélhurutot, albuminuriát találunk vele előidézni. Tartsuk szabály gyanánt, hogy első sorban a beteg erőbeli állapotát emeljük s csak azután kezdjük meg vele a specifikus kezelést. Az erőbeli állapot emelésére chinin-készitmények, vas, jó hygienikus s diaetikus körülmények, első sorban tengeri levegő, megfelelő táplálat s rendezett életmód tartandó szem előtt.

Ez általánosan ismert tényezőkön kivül osztályunkon a legutóbbi 4 év alatt még egy új tonicummal, a sperminnel, a melyet *Poehl* tanár bocsátott rendelkezésünkre, tettünk kisérleteket. A részletekre nem akarok kiterjeszkedni, mert e gyógykezelés bővebb leirása másutt fog megjelenni, azonban annyit már megirhatok, hogy a spermin a tonicumok között minden esetre kiváló helyet foglal el. A syphilis maligna 5 esetében igen jó szolgálatot tett nekünk, úgy hogy 15—20, naponkint adott 1—1 cm^3-nyi spermin injectio után számos bőrfekély specifikus kezelés nélkül is begyógyult, a megmaradottak pedig higany belső adagolására vagy a már ekkor megengedett erélyesebb kezelésre gyors javulásnak indultak. A jodkaliumnak, mint specifikus szerelésnek a syphilis maligna eseteiben hasznát nem igen láttuk. Csodálatosnak ezt a tünetményt nem mondhatjuk, mert elébb okadatolt felfogásunk szerint a syphilis maligna efflorescentiái a secundaer syphilidek közé tartoznak, a melyek ellenében a jodkalinak alig van hatása; de van a jodkaliumnak egy más előnye, a mely adagolását számos esetben igen kivánatossá teszi. Ez pedig abban áll, hogy lázleszállító és fájdalomcsillapító hatása a kitörést megelőző s kisérő hőemelkedéseknél és az éjszakai fájdalmaknál semmi másféle szer által nem potolható.

Hogy tehát röviden összegezzem az eddig mondottakat: a syphilis maligna kezelésekor első szabály a beteg szervezetnek megerősitése a szokásos tonicumok és spermin által, fájdalom- és lázcsillapító gyanánt jodkalium adagolása és csak azután, ha a beteg erőbeli állapota emelkedőben van: óvatos specifikus kezelés megkezdése, a melyet azonnal hagyjunk el, ha akár a béltractus, akár a száj nyálkahártyája, avagy a vesék részéről aggodalmat keltő tünet jelentkeznék.

Megjegyezhetem még, hogy ugyanazon betegnek is a higanynyal szemben való viselkedése nem egyforma a különböző kitörések alkalmával és ezt minden autor megerősiti. Betegeink között is volt olyan, ki első kitörése alkalmával igen rosszul türte a higanyt, a mig későbbi kitörések erélyes higanyos kezelésre gyors javulásnak indultak. Hogy végül milyen antisyphilitikus kezelést alkalmazzunk az adott esetben, mely kénesős készitményt és mely adagolási módot válaszszuk, arra nézve a betegnek általános állapota, a helyi tünetek súlyossága, az esetleg már előzőleg megkisérlett gyógyitás és az anamnesis lesz mérvadó.

Az agy sebészetéről.

Felolvasta a debreczeni orvos-gyógyszerészegyesület 1897. évi november havi ülésén *Csikós Sándor* dr.

(Folytatás.)

Ha azt kérdezi valaki, hogy a Jackson-féle epilepsia gyakori betegség-e s a közönséges epilepsiához viszonyitva milyen arányban fordul elő: nagyon nehezen tudunk kielégitő feleletet adni. Az egyes buvárok számadatai lényegesen eltérnek egymástól. Nyilvánvalóan észlelési hibákat rejtenek magukban. Ezért csak mellesleg emlitem meg, hogy Star 427 egymást követő epileptikus eset között csupán 26 Jackson-félét talált.

A Jackson-féle epilepsiát nagyon sok agybántalom okozhatja.

Traumatikus, syphilitikus vagy tuberculotikus pachy- és leptomeningitisek; a kéregben vagy kéreg alatt fejlődő újképletek; apró vérömlenyek helyén keletkezett cysták, emboliák vagy thrombusok után fellépő agylágyulások; agygyuladások, hegek vagy keményedések mind okozhatják azokat az ingereket, a melyek az epileptikus tüneteket kiváltják.

Az itt felsorolt kóros elváltozások jó részét traumák okozzák. Annyira, hogy a trauma nyomait a Jackson-féle epilepsiánál mindig keressük. Ha a trauma és a localis tünetek az agy ugyanazonos helye megbetegedésére utalnak, akkor diagnosisunk kétszeresen biztos. Ha a kettő nem esnék össze, a localis tünetek az irányadók.

Megtörtént, hogy a trauma helyén az agy ép volt s egy másik helyen, néha ép az ellenkező oldalán, egy lepattant csontszilánk ingerelte az agyat. Sőt megtörtént az is, hogy a koponya a trauma helyén be volt horpadva s a műtét alkalmával eltávolitott csontszilánk másutt feküdt, más helyen sértette az agyat s az epilepsia a koponyahorpadás daczára meggyógyult.

Ha műtét alkalmával az epilepsia okát nem találjuk, faradikus árammal megkereshetjük azt a helyet az agy kérgén, a melynek az ingerlése hasonló tüneteket okoz. Sokan az ilyen kéregrészletet eltávolitják s igy vele együtt az epilepsia fészkét is.

A kimetszés után lassan javuló hűdés támad.

Kérdés, szabad-e épnek látszó, betegnek képzelt agyrészleteket eltávolitani. Ne vádoljuk-e könnyelműséggel azokat, a kik képzelt bajok miatt valóságosokat okoznak. Nagyon nehéz kérdés ez. Csak az összes mellékkörülmények szigorú elbirálása után dönthetjük el. Gondoljuk meg, hogy az ilyen műtéteket követő hűdések rendesen javulnak, sőt teljesen el is mulnak ugyan; de az agy hege, mely a kimetszés után képződik, egy újabb ingert képez, a mely az epileptikus tüneteket, a görcsöket kiváltja.

Végre szóba jöhet a trepanatio olyan esetekben is, a mikor localis tünetek nincsenek, de az idiopathikus jellegü epilepsia koponyasérülés után lépett fel.

Ilyen esetekben a trepanatio csupán explorativ jellegü. Nincs egyetlen adatunk se, a melyre támaszkodhatnánk. Nem tudjuk, hol vágjunk léket a koponyán. Gyógyulást nem igen várhatunk, de néha mégis észlelünk.

Mostanában az epileptikusokat széltére operálják a franczíák és németek is; de ezen a téren legelől az angolok s főleg az amerikaiak járnak.

Laurient 102 esetet gyüjtött. Ezek között 54 meggyógyult; 20 javult; 17 nem javult; 2 rosszabb lett és 7 meghalt. Körülbelül hasonló eredményt értek el mások is.

A műtét nem túlságosan veszélyes. A halálozás alig 7%. Operálhatnánk bátran, de a műtéti seb gyógyulása még nem jelenti egyszersmind az epilepsia gyógyulását is.

Az operáltak egy része nem javul. Másik része egy időre meggyógyul, de azután visszaesik, egy bizonyos számú esetben a rohamok enyhébbek és ritkábbak lesznek; sőt vannak azután olyanok is, a kik végleg teljesen meggyógyulnak. Számuk ugyan kevés; kevesebb mint az orvosi közlemények feltüntetik.

Az eredmények ilyen különböző voltát az előidéző okok különfélesége magyarázza meg. Egy behorpadt csontot kiemelhetünk, egy cystát kiüríthetünk, egy tumort eltávolithatunk, melyek az agyat nyomták; de azokat az összenövéseket, a melyek a dura és lágy agyburok és az agy között mutatkoznak, nem gátolhatjuk meg. Szétválaszthatjuk azokat a hányszor csak tetszik; összenőnek megint, kérlelhetetlenül mindig.

Ha a piából kötőszövetnyulványok nyomultak be az agy sejtjei közé, azok ott ingert okoznak s csak az agy megfelelő részletével együtt irthatók ki. De a kiirtás után újabb hegre s újabb ingerre van kilátásunk. Vannak azután tumorok is, még más elfajulások is, a melyektől az agyat soha semmi körülmények között sem szabadithatjuk meg.

Igy állván a dolgok, megint csak azt kérdezzük, operáljunk-e? Ha a gyógyulás csak kivételes volna, természetesen

le kellene mondani a műtétekről. De ha meggondoljuk, hogy a műtét maga nem veszélyes, hogy sok esetben kiváló javulásokat és enyhüléseket érünk el, sőt néha betegünket tökéletesen meg is gyógyítjuk s végre, hogy azt a kérdést, vajjon műtétünk sikerülhet-e, műtét nélkül el nem dönthetjük: „azt kell mondanunk, hogy addig, mig valaki valami jobbat, biztosabbat, könnyebbet s veszélytelenebbet ki nem talál, csak operálgassunk nyugodt lelkiismerettel ezután is".

Térjünk át a microcephalia sebészeti gyógyítására.

A kisfejűségen alapuló gyámoltalanságot gyógyíthatatlan betegségnek ismerjük. Nem csoda tehát, ha úgy a nagy közönség, mint az orvosok nagy örömmel fogadták a craniotomiákat. Türelmetlenül várták az eredményét, nagy reményeket fűztek hozzá és csalódtak; főleg Launelongue lelkesült e műtétekért. Azt hitte, hogy az agy kifejlődését a suturák elcsontosodása akadályozza meg s ha mesterségesen suturákat készítünk, az agy tovább folytatja félbe maradt növekedését. Tehát a kisfejű idiota meggyógyul. Feltevése hamis. Nem azért akad meg az agy növése, mert a koponyacsontok korán összeforrtak, hanem azért nőnek össze a csontok túlkorán, mert az agy fejlődése megakadt.

A kisfejű félkegyelműeket 3 főcsoportba osztjuk be.

Az első csoportban a motorikus tünetek lépnek előtérbe. Hemiplegiák, kisebb-nagyobb fokú izomhűdések mutatkoznak egyes izomcsoportokban, vagy a test összes izomzatában, epileptikus tünetekkel párosulva, vagy a nélkül. A hűdési tünetek egy bizonyos fokig javulhatnak, de azontúl azután megmaradnak. A test megfelelő része elsorvad, elsatnyul, összezsugorodik, nem nő. Gépekkel, műtétekkel, villanyozással, massagezsal némi javulást mutathatunk fel. De teljes gyógyulásra ne számítsunk soha.

A második csoportban főleg elmebajok szerepelnek. A beteg beszél, ir, olvas s más egyebet is megtanul. De hosszasabban nem foglalkozik semmivel s nehezebbb dolgokat nem tanul meg sohasem. A jót a rossztól nem különbözteti meg. A büntetések és jutalmak nincsenek reá hatással; nem ismeri annak az értékét. De vannak azután olyanok is, a kik annyira buták, hogy beszélni sem tudnak, sőt még a rend és tisztaság iránt sincs érzékük. Nem viselnek tiszta ruhát; nem tudják mire jó az.

A harmadik csoportban az érzéki szervekben nyilvánulnak a fogyatkozások. Siketség, némaság, félvakság stb.

E 3 typus többszörösen átmegy egymásba s ez által rendkivül bonyolult kórképek jönnek létre.

De bármilyen bonyolultak legyenek a tünetek, bármilyen tünetcsoport lépjen előtérbe, s bármilyen különböző kórboncztani elváltozásokat találjunk: a baj végső oka mindig ugyanaz: agysorvadás sclerosissal.

Annak a megtudása végett, hogy a félkegyelműséget milyen boncztani elváltozások okozzák, Star 343 esetet állított össze az amerikai casuisticából. Valamennyi igen jól meg volt észlelve.

132 esetben kisebb-nagyobb fokú porencephaliát talált. A porencephaliát sorvadás; vagy fejlődési hiba okozta, s rendesen az agy állományában lyukak, üregek képződtek, a melyek néha az oldalgyomrocsokba is betörtek.

97 esetben atrophia sclerotica szerepelt. A kötőszövet felszaporodott, az idegelemek eltüntek.

32 esetben az agy fejlődése minden kimutatható ok nélkül megakadt. Az agy sejtjei gyermekkori fejletlen alakjukban megmaradtak.

23 esetben az atrophia agylágyulás után lépett fel.

21 esetben meningocephalitis,

14 esetben cysták,

18 esetben haemorrhagia, s végre

6 esetben hydrocephalus szerepeltek a félkegyelműség kapcsán.

Az itt felsorolt kórboncztani elváltozások jórészén semmiféle műtét sem segit.

150 van köztük olyan, a melyekben a műtét, az agynyomás megszüntetése, s az agy növekedésére talán befolyást gyakoroló inger által, esetleg áldásos lett volna.

Csak az a bökkenő, hogy a kórboncztani elváltozásokat műtét nélkül nem ismerjük fel, sőt sokszor még a műtét sem nyujt felvilágositást.

Ha nézzük a sebészek eredményeit, meglehetősen sivár kép tárul fel előttünk.

A Star gyüjteményének 34 operált esete közül 14 meghalt; 20 meggyógyult, vagyis túlélte a műtétet. Köztük csak egy van, a ki két év mulva még egészséges volt. A többieknél a legjobb esetben is kisebb-nagyobb fokú javulás mutatkozott csupán.

Barbaut (1895) 89 esetre 16 halálesetet számit csupán. Statistikája tehát jóval kedvezőbb. Azok a műtők, a kik nagy gyakorlottságuk s ügyességükben bizva, vakmerően operáltak, eseteiket még nem közölték.

Különben ezek a műtétek meglehetősen kimentek a divatból.

Teljes gyógyulást a műtéttel járó nagy veszélyek daczára sem érünk el; a felgyógyulás pedig rosszabb, mint a semmi. Egy idiota, a ki annyira birta, hogy folytonos felügyeletet igényel, csak haszontalan terhe a társadalomnak. A kiterjedt műtői kedv egy részétől ezeknek megszabadítja ugyan a társadalmat, ha az operatio nem sikerül. De másfelől az egész idiotákat fél idiotákká változtatja át. A fél idiota pedig születhető gyermekei révén, az átöröklés miatt már nemcsak teher, hanem kész veszedelem a társadalomra. Azt hiszem egyik sem a sebészek feladata. Nem vagyunk spártaiak, hogy a gyengéket és betegeket elpusztítsuk; de legyünk annyi humanismussal a társadalom irányában, hogy ne nyujtsunk segitséget az idioták elszaporodására.

Végezetül megemlitem, hogy az idiotismus meggyógyitására rémséges műtéteket gondoltak ki és hajtottak is végre. Azok, a kik koponyát az orr tövétől, a sulcus longitudinalis mentén a tarkóig, néha mind a két oldalon is felhasitották, nem a legmerészebbek. Voltak olyanok is, a kik a koponya felső részét mint a bonczoláskor körüskörül lefürészelték.

Találtak ki sok másféle műtéti modort is, de ezek felsorolására ne vesztegessük a drága időt. Haladjunk tovább. Térjünk át az agyvérömlenyek miatt végzett műtétekre.

(Folytatása következik.)

Ujabb pellagra-eset a Máramaros vármegyei közkórház belgyógyászati osztályáról. Halálos kimenetel. Kórbonczolat.

Közli: *Lengyel Soma* dr. kórházi másodorvos.

Buben Jerina, 60 éves, görög-kath. levélhordóné Szarvaszón, felvétetett 1898. julius hó 8-án.

Április hó óta beteg, ekkor kezdettek fájni végtagjai, később hasmenések léptek fel nála. Fő táplálékát kukoriczakenyér és tokány (kukoriczalisztből készült eledel) képezte. Búzakenyeret soha, húst vagy pedig tejet igen ritkán evett.

A glabella, a járomcsontok, az orrszárnyak bőre, úgyszintén mindkét kézháton az alkar középrészéig, valamint a csuklók hajlító felületén is a bőr újonnan képződött, puhább, élénkebb piros, fénylő. Csak helyenként találhatók pikkelyszerűen vastagodott, barnán színezett, hámlásnak induló epidermis-szigetek. A nyelv kissé duzzadt, oldalán fogbenyomatok.

Szívhangok tompák. Érverések száma perczenként 72, légzések száma 16. Hőmérsék 37—36° között váltakozik. Hasfalak igen kevéssé feszültek, belek kissé puffadtak. Gyakori hasmenés van jelen.

Beteg igen gyenge, esékeny, nagymértékben lesoványodott.

Julius 25-dikén betegnél elmezavar tünetei lépnek fel. Tévengések, egész éjjel futkos, a földre fekszik, ágybelijét széttépi stb. Profus hasmenések.

Julius 25-től julius 29-dikéig a kórkép mitsem változik, absolute nem táplálkozik, s kimerülés tünetei között julius hó 29-dikén exitus letalis.

Kórbonczolat. Külvizsgálat. 60 éves női hulla, csontvázszerűleg lesoványodott, végtagjai merevek. Kevés halvány hullafolt a háton. A keresztcsont és a czombcsontok külső bütykei felett kisfokú decubitus.

Bőre halvány, szennyes-sárga, mely főleg a mellkaron korpádzó. Bokák vizenyősen duzzadtak.

Homlokon, glabella, járomcsontok felett, a manubriumon, kezek dorsalis felületén, alkaron annak közepéig a bőr barna szarúpikkelyekkel fedett, a kézhátakon igen finom halvány bőr. Lábhátakon csupán erősebb korpádzás, fel egészen az alszár közepéig.

Haj ősz. Szemek mélyen beesvék, kötőhártya fehér, száraz. Iris barnás, bal láta haránt ovoid és tágabb a jobbnál, mely kerek. Lencsék füstszerűleg elhomályosodottak.

Száj fogtalan, nyákhártyája halvány, nyelv kissé barázdált. Ajkak vértelenek.

Nyak sovány. Mellkas keskeny, hosszúkás, ad extremum lesoványodott. Emlők üres tasakok. Has teknőszerűen behúzódott, gerinczoszlop teljesen keresztül tapintható.

Belvizsgálat. Fejbőr igen halvány, száraz. Musculus temporalis halvány, áztatott hússzerű, szakadékony. Koponyaboltozat 1 cm. vastag, tömött.

Kemény burok könnyen leválik, vastag, mérsékelten feszes, öbleiben sötét vér. Közte és a lágy burok között mintegy 30 gm. zavaros savó. Lágy burok véredényei hollótoll vastagságnyira teltek; az edények mentén tejszerű elhomályosodás.

Az agy súlyos, vizes, tapintata szívós, metszlapján fényes, savódús, kevés vérponttal. A fehér és szürke állomány színe között kevés differentia. Gyrusok domborulata lelapult, vékony.

Agygyomrok üresek, gyomorbélés és sövény szívós. Agyalapi lágyburok könnyen levonható, véredények puhák, teltek.

Gége és légcső nyálkahártyája igen halvány, száraz.

A jobboldali mellűrben 1 deciliter, a balban 2 deciliter sárga, zavaros savó.

Tüdők összeesettek, széleik és a csúcsok pókhálószerű álhártyákkal odanőttek. Színük feketés-kék, szürke. Állományuk az alsó lebenyekben tömöttebb, de mindenütt légtartalmú. Metszlapjuk a felső lebenyekben szintén erősen festenyzett, kevés habzó vakarékot nyujtó, alsó lebenyek metszett lapja vörös-rozsdásszínű, sok véres, habzó savót tartalmaz.

Szívburok vékony, űrében 10 gm. zavaros savó.

Szív gyermekökölnyi: 8 cm. hosszú, 9 cm. széles, 18 cm. kerületű. A balszív izomzata eléggé tömött, vastagsága 1 cm. A jobbszív lágy, szinte hőnyeszerű tapintattal, izomzata 3—4 mm. vastag. Izomzat színe chocoladebarna. Szívüregekben sok coagulum. Billentyűk és szájadékok épek.

Máj 17 cm. magas, 23 cm. széles. Felülete megvastagodott, inszerű. Metszett lapja vérdús, barnás-sárga, zsírfényű

Lép 10 cm. hosszú, 7 cm. széles. Tokja ránczos, vastag. Állománya rozsdabarna, kivakarható, fehér tömött rostozattal.

Vesék tokja vastag, ínas, nehezen levonható. Bal vese 10 cm. hosszú, 6·5 cm. széles. Tapintata szívós. Metszett lapján a corticalis vékony, kiemelkedő, halványsárgás. A jobb vese metszett lapja igen halvány, szerkezete elmosódott. A hasüregben semmi szabad folyadék, hashártya fénylő, sima. Mesenterialis edények mérsékelt teltséggel.

Gyomor ökölnyire összehúzódott, a bal hypochondrium elrejtett. Vékonybelek a kis medenczébe süllyedtek, kisujjvastagságúak. A haránt remese kissé puffadt, a leszálló remese és a flexura sygm. összeesett, térfogatuk vékonybélnyire szűkült.

A gyomor üres, izomfala vastag, savós hártyája halvány.

A vékonybelek nyákhártyája élénken redőzött, duzzadt, szennyesvörös.

A felhágó remese nyákhártyája élénkebb színeződésű, elsimult, fekélyek nincsenek, a haránt remese egész állománya megvékonyodott, sorvadt, falai átlátszók, nyákhártyája halvány, elsimult, megvékonyodott. A leszálló remese alsó részlete, különösen pedig a flexura sygmoid. erősen összehúzódott állapotban, szűkült lumennel, nyákhártya erősen redőzött, halvány, húsveres.

Kórisme: Emaciatio universalis enormis. Anasarca pedum. Hydrocephalus externus. Atrophia cortic. cerebri. Atrophia brunea cordis. Catarrhus chronicus sine ulcer. tractus intestinalis totalis. Atrophia colon transversi, lienis et renum.

Az „Orvosi Hetilap“ folyó évi 28-dik számában közöltem Dán Jónás és Beres Jerina pellagrában elhaltak bonczleleteit.

Míg ezeknél a bélhuzam rendkivüli nagyfokú sorvadása állott előtérben, addig a jelen esetben e szervekben csak bélhurut van jelen, egyedül a colon transversum mutat nagyobbmérvű sorvadást, de az sem oly papirvékonyságú, mint az előbbieknél.

A jelen esetben a szív, máj, lép és vese kifejezett sorvadása található, míg e szervek a fenti két esetben csak vérbőséget mutattak. Különösen érdekes a szívnek elváltozása, mely az atrophia brunea cordis idealis képét adja.

Mind a három esetben egyformán fennállott a hydroceph. externus, a gyrusok lelapulása, sorvadása, és az egész agyállomány savós beivódása, mely körelváltozás az élőknél is rokonvonású elmetüneteket: izgatottság, zavartság, tévengések stb. váltott ki. Azt hiszem, a kórkép ismeretlen volta, a bonczlelet változatossága, minden egyes kórbonczolat közlését jogosulttá teszi.

TÁRCZA.

A pellagra Olaszországban.

Fenti czímen *Niedermann Gyula* dr. ministeri tanácsos, a lipótmezei elmegyógyintézet igazgatója, *Konrád Jenő* dr., a nagyszebeni elmegyógyintézet igazgatója és *Farkas Jenő* dr. közegészségügyi felügyelő terjedelmes jelentést nyujtottak be a belügyministerhez, melyben a pellagra ügyében Olaszországban tett tanulmányútjuk eredményéről számolnak be. Terünk szük volta nem engedi meg, hogy az érdekes jelentés minden részére kiterjeszkedjünk, s azért csak a pellagra ellen Olaszországban tett intézkedésekről emlékezünk meg, valamint szószerint közöljük a jelentés ama részét, mely a nálunk foganatosítandó intézkedéseket tartalmazza.

A mi a pellagra ellen Olaszországban — a hol körülbelül 100,000 pellagrás van — követett intézkedéseket illeti, ezek kétfélék. Az egyiknek alapját az képezi, hogy a többnyire nedves és romlásra hajlandó késői tengeri-termésnek használhatóvá tétele czéljából annak mesterséges szárítása szükséges és e czélból erre szolgáló kemenczékről gondoskodnak, melyeknek lényege az, hogy a kályha hőségének kitett tengeri a szárítás alatt mozgásban tartatik. Az a lanyhaság azonban, melylyel a kiküldöttek ezen intézkedések végrehajtása körül találkoztak, azt a benyomást keltette bennük, hogy a tengeri-szárítástól maguk az olaszok sem várnak valami sokat.

Sokkal fontosabbak azon intézkedések, melyeknek czélja a lakosságot a kizárólag tengerivel táplálkozástól elterelni, továbbá a pellagrában már megbetegedetteket kellőleg táplálni és gyógyítani.

A kórházi ápolást még nem igénylő pellagrás betegeknek a tengeri helyett másnemű tápszerekkel ellátása czéljából a számos községben régi idő óta meglevő, a községek által fentartott népkonyhákon (cucina economica) kivül Olaszország egyes tartományaiban külön e czélra szolgáló tápintézeteket (locanda sanitaria) állítottak fel. Ezek mindig tavaszszal nyittatnak meg 40—60 napig terjedő időre (szükség esetén továbbra is és őszszel szintén). A Velencze tartományban lévő 4 locanda következő tápszerekkel látja el a betegeket: egy liter minestra (hosszú lére eresztett zöldség) vagy leves, 100 gramm tésztával, rizszsel vagy főzelékkel, 100 gramm sovány marhahús, 300 gramm jó búzakenyér és 450 gramm 10—12 fok alkoholtartalmú bor. A Padova tartományban levő 25 locanda húst és bort nem ad.

A már valamivel előrehaladottabb pellagra-eseteket, a hol állandó orvosi felügyeletre és ápolásra van szükség, erre a czélra szolgáló külön intézetekbe, az úgynevezett pellagrosariumokba veszik fel. Ilyen jelenleg már több van Olaszországban; az első 1883-ban létesült a Velencze melletti Mogliano-Veneto-ban. Ebbe a betegeket illetőségi és orvosi bizonyítvány alapján veszik fel, mely utóbbi azt tanusitja, hogy a megbetegedés a pellagra első két stadiumát nem haladta túl. Az ápolásért járó illetményeket (felnőttekért naponként 70 centesimi, gyermekekért 40 centesimi) 3 havonként utólag fizetik meg. Az intézet 124 pellagra-beteg befogadására szolgál; az intézethez tartozó 30 hektárnyi földeken és kertekben a munkaképes betegek megszokott foglalkozásukat folytatják és a czélszerű földmívelési módokat is megtanulják. Az 1897. évben ezen intézetben egy betegre átlag 108 ápolási nap esett; a halálozás 2·58%-ot tett.

Végül a következőkben — a mint már említettük — szószerint közöljük azon javaslatokat, a melyeket a jelentés szerzői a pellagrának Magyarországban elterjedése meggátlására ajánlanak.

„A pellagra ellen való sikeres küzdésnek első nélkülözhetlen feltétele a baj kiterjedésének ismerete.

Ezért szükségesnek véljük, hogy a pellagrás betegek évente összeirassanak s az összeirás ideje után felmerült esetek is az egész év folyamán jegyzékbe vétessenek, a mint ez Olaszországban is megtörtént.

Az összeirásnak és a jegyzékbe felvételnek oly módon kell megtörténnie, hogy a feljegyzések a pellagra ellen való intézkedéseknél s így a pellagrás betegek segélyezésénél is alapul szolgáljanak. Ezért szükséges, hogy minden betegnek neve, nationaléja, valamint az is felvétessék, hogy nála a megbetegedés mint recidiva mutatkozik-e.

A pellagra tünetei tavaszszal mutatkoznak, az év előrehaladottabb szakában a táplálkozási viszonyok megjavulása mellett rendszerint annyira visszafejlődnek, hogy sok esetben a betegség felismerése igen nehéz. Ez a körülmény, valamint az, hogy a mezei munkások, kik a pellagrának legjobban ki vannak téve, nyáron ide-oda vándorolnak, szükségessé teszi, hogy az évenkénti összeirás a tavasz közepén, *április hónapban, esetleg május*

15-dikéig történjék meg s mély tisztelettel kérjük Nagyméltóságodat, hogy a jövő év április havában az ország azon vidékein, a hol a földmívelő lakosság tengerivel táplálkozik, a pellagrás betegek összeirását elrendelni, valamint az orvosokat a későbben esetleg tudomásukra jövő pellagra-eseteknek a hatóságoknál való bejelentésére kötelezni méltóztassék.

Az így nyerendő adatok fognak útmutatásul szolgálni a további teendőkre nézve.

Még az esetben is, ha azok a körülmények, a melyek a folyó év tavaszán jelenkezett súlyos pellagra-endemiát létre hozták, a jövő évben már nem mutatkoznának is, az ez évi nagy kiterjedésű pellagra-endemia utókövetkezményei aligha fognak elmaradni, minthogy azok, a kiknél a pellagra már kifejlödött, még valamivel megjavult táplálkozási viszonyok mellett is hajlamosak a visszaesésre.

Ezért már idejekorán kivánatos volna az intézkedések megtétele, hogy a jövő tavaszszal előreláthatólag megbetegedő pellagrás betegek a szükséges gyógykezelésben részesülhessenek s ily módon a baj súlyosbbodása megelőztessék.

A pellagra gyógyitásánál a legfontosabb tényező a betegeknek a tengerivel való táplálkozástól elterelése és egészséges tápszerekkel való ellátása.

Mindenféle tekintetben kivánatos, hogy azok a betegek, a kiknek nincsen mulhatatlanul szükségük a kórházi ápolásra, otthonukban maradjanak s ott részesüljenek gyógykezelésben.

Minthogy a gyógykezelés költségeinek viselése viszonyaink között a magánjótékonyságtól nem igen várható, a pellagra nagy jelentőségére való tekintettel, tiszteletteljes nézetünk szerint, teljesen indokolt volna, ezeknek az állampénztár és illetőleg megfelelő, állami kezelés alatt álló alapokból való ellátása, annyival is inkább, mert ezen, a betegség kezdeti szakaiban alkalmazásba vehető intézkedések elmulasztása a pellagrából származó elmebetegségek nagymérvü megszaporodása útján az állampénztárra róna később rendkivüli súlyos terheket.

Oly községekben, a hol az összeirt pellagrás betegek száma nem nagy, azok gyógykezelése legczélszerübben élelmiszerek kiosztása útján volna lehető. Felnött pellagrások számára búzakenyér, burgonya, bab és szalonna, gyermekek számára ezeken kivül még tej, tojás és turó kiosztására volna szükség. Oly községekben pedig, a hol az összeirt pellagrás betegek száma 30—40-nél magasabb, czélszerü lenne tápintézetek felállítása, a melyek ily esetben gazdaságosan kezelhetők s azon előnynyel járnak, hogy a pellagrás betegek számára jobban emészthető, főtt ételeket szolgáltatnának.

Az ily tápszerkiosztások és tápintézetek helyi bizottságok felügyelete és orvosi ellenőrzés alá lennének helyezendők.

Azokat a pellagrás betegeket, a kik a baj előrehaladottabb volta vagy egyéb körülmények miatt otthonukban nem ápolhatók, a kórházakban kell elhelyezni. Ennek megkönnyítése érdekében kivánatos volna a pellagrás betegek ápolási díjainak behajtására nézve a bujakórosok, trachomások, elmebetegek és szülőnőkre nézve fennálló határozmányokat kiterjeszteni, minthogy a pellagra a legszegénycbb községek lakossága között fordul elő s igy a községekre nézve a pellagrás betegek gyógykezeltetése elviselhetetlen teher lenne.

Egyelőre nem látjuk szükségesnek azt, hogy a moglianovenetoi pellagrosariumhoz hasonló külön intézetek felállítását indítványozzuk; de ha a pellagra az országban nagy intensitással állandóan otthonos maradna, ilynemü intézetek létesítése, a melyekben a pellagrás betegek olcsón ápolhatók, indokolttá válnék.

Az elmebeteg pellagrások csak az elmegyógyintézetekben helyezhetők el. Erre vonatkozólag el nem mulaszthatjuk Nagyméltóságod magas figyelmét felhivni arra, hogy a pellagra folytán az elmebetegek számának jelentékeny emelkedése várható, a kiknek elhelyezéséről előre kell gondoskodni, az elmegyógyintézetek férőhelyeinek szaporítása által. Különösen a pellagra által meglátogatott vidékek közelében lévő nagyszebeni elmegyógyintézet még kiépítetlen oldalszárnyainak elkészítésével 80—100,000 frt költséggel 200 elmebeteg számára volna férőhely nyerhető.

A létesítendő colonialis elmegyógyintézetnek szintén nagy szerepe lesz a pellagrás elmebetegek gyógykezelésében, minthogy ezek épen a földmívelő osztályból kerülnek ki.

A most felsorolt intézkedéseknél, a melyek a pellagrában megbetegedettek gyógykezelése érdekében szükségesek, még nagyobb jelentőségüek azok, a melyek a pellagra felléptének megelőzésére hivatvák.

A pellagra fellépése közgazdasági viszonyokkal függ össze. Ott mutatkozik, a hol a lakosság tápszere legföképen a tengeriből kerül ki s különösen a hol még e mellett szükséget szenved.

Ha sikerül elterelni a földmíves munkást a tengeriből való táplálkozástól, ha sikerül reászoktatni és képessé tenni arra, hogy az egész éven át jobban táplálkozzék s húst is fogyaszszon, akkor a pellagra minden további intézkedések nélkül megszünik.“

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Útmutató a hadsebészetben. Irta: **Prochnov József** dr. egyet. m.-tanár. Budapest, Franklin-társulat. 1898. Ára 3 frt 50 kr.

Szerző valóban hézagpótló művel gazdagította irodalmunkat, midőn könyvét megirta, mert — mint ő maga is előszavában megemlíti — „magyar nyelven ily munka még nem jelent meg“. Nagy hasznát vehetik nemcsak a honvédorvosok, kiknek a mü segédkönyvül szánva van, hanem a gyakorló orvosok is, különösen a mütéttani résznek, az orvostanhallgatók is.

Előszavában különben ezeket mondja: „Boldogult Kovács József tanár a munka első íveit látta, de megjelenését fájdalom nem érhette meg. A hála és kötelesség sugallatát követem, ha a könyvet, mely az ő buzdításának köszöni megjelenését, emlékének szentelem.“

A könyv három részre van osztva, ú. m. I. a háborúban előforduló sérülések; II. tábori egészségügyi szolgálat; III. rövid hadsebészeti mütéttan.

Az I. részben két nagy fejezet van: *a*) a lött sérülések; *b*) a szálfegyver okozta sérülések, melyek megint több kisebb fejezetre vannak felosztva.

A lött sérülések tárgyalása a modern lövőfegyverek és lövegek ismertetésével kezdődik. Az ezután következő lapokon olvashatunk a lövedékek hatásáról szilárd, rugalmas és folyékony közegekben, a lött sérülés alakjairól a lágyrészekben, csontokban és izületekben, valamint azoknak lefolyásáról. Érdekesen vannak leirva a lött sérüléseket kisérő tünetek. A lövedék megkeresése és eltávolításánál a Röntgen-eljárást is megemlíti, de a Röntgenfény előállítása nézete szerint ma még a harcztéren nagyon meg van nehezítve. Sebkezelésnél az aseptikus és antiseptikus sebkezelési módokról s az antisepticumok mérgező hatásáról és a mérgezés tüneteiről is értekezik. A lágyrészek lött sérüléseinek kezeléséről röviden és általánosságban, a csontok és izületek sérüléseinek kezeléséről bővebben szól. Ugyancsak bővebben tárgyalja a járulékos megbetegedéseket, a kötőszövetlobot, nyirkedény és mirigylobot, ev- és genyvérüséget, kórházi üszköt, orbánczot, tetanust.

Következik a lött sérülések részletezése az anatomiai tájékok szerint; itt különösen a vérző edények anatomiájára helyez súlyt, a mi a legelső szükséges beavatkozás, a vérzéscsillapítás szempontjából nagyon fontos.

A fej sérüléseinél részletezve találjuk a csontok, valamint a lágyrészek és érzékszervek sérüléseit, azoknak következményeit s kezelését és az agysérülések rövid diagnosticáját. A nyak lött sérüléseinél szépen vannak leirva az egyes idegek sérülését kisérő tünetek. A mellkas lött sérüléseinél a mellkasi szervek, a has lött sérüléseinél a hasi szervek sérüléseit s azok kezelését találjuk; a hasmetszés javallatáról szólva, igen helyesen említi fel még azokat a körülményeket, melyek a hadsebészeti gyakorlatban a hasmetszés végrehajtását befolyásolják. Ezután következnek a nemzőszervek és medencze sérülései, majd a gerinczoszlop és gerinczagy sérülései, ez utóbbinál részletezve vannak a fellépő mozgási, érzési, táplálkozási, vasomotorikus stb. zavarok, végül a felső és alsó végtagok lött sérülései, hol különösen a csonttörések és azok kezelése vannak bővebben tárgyalva.

Következő fejezet a „szálfegyverokozta sérülések“.

Nagyon röviden és általánosságban szól a szálfegyverek (szurony, kard, lándzsa) okozta szúrt, metszett, vágott és zúzott sebekről, azoknak lefolyásáról és kezeléséről.

A könyv II. része a tábori egészségügyi szolgálat.

Első fejezete a hivatalos szervezet és határozmányok rövid ismertetése: a hadra kelt sereg tagozódása, vezető katonaorvosok, egészségügyi szolgálat a csapatnál, gyalog hadosztály, egészségügyi intézet, segélyhely, kötözőhely, ambulance, tábori kórház, tartalék-kórház, tábori gyengélkedő ház, betegnyugállomás, betegtovábbítás és szétosztás, egészségügyi szolgálat hegyi háborúban, egészségügyi szolgálat hadilag felszerelt erődített helyen.

Második fejezete a sebesültek kezelése, szállítása és elhelyezése. A sebesültek kezelése, ha csak lehet az asepsis elvei szerint, vagy pedig antiseptikus eljárás szerint történjék. Részletesen fejtegeti az aseptikus eljárás nehézségeit a háborúban, mely fejtegetések különösen a vidéki sebészeti gyakorlatot folytató orvosoknak igen tanulságosak, kik néha hasonló viszonyok közé juthatnak.

Azután részletesen van leirva a sebesültek szállítása embererővel, állaterővel, vasúton, hajón, majd a sebesültek elhelyezése, a fekvőhely, a berendezés a sátorban, bódéban, kunyhóban, barakban, kész épületekben.

A mű harmadik része rövid hadsebészeti mütéttan. Ezen rész az, melyet a honvédorvosok az ismétlő tanfolyam alkalmával, de az orvostanhallgatók is szigorlataikhoz kitünő segédkönyvül használhatnak, mert a typikus mütéteknél követendő eljárás és az egyes fogások részletesen és kezdőknek is könnyen érthető modorban vannak leirva.

Először szól az altatásról chloroformmal, majd a sebek egyesítéséről, különböző varratokról, vértelenítésről, vérzés csillapításról. Az üterek lekötésénél részletesen ismertetve vannak az anatomiai viszonyok s a képletek rétegenként, míg a lekötendő ütérhez jutunk. A csonkító mütéteknél a gyakrabban használt régibb módszereket találjuk, de meg vannak említve a legújabb eljárások is; ugyanigy az izületi csonkolásoknál. Végül következik néhány különös mütét, ú. m. koponyalékelés, felső állcsontcsonkolás, állkapocscsonkolás, gége- és légcsőnyitás, mellkas, has megnyitása, bélvarratok, vizelet lecsapolása, hólyagszúrcsapolás és hólyagmetszés, monyecsonkítás, herekiirtás, vesemetszés és kiirtás, farcsik, keresztcsontcsonkolás.

Az egész művön meglátszik szerzőnek bőséges sebészeti ismerete és tapasztalata; ki tudta választani belőlük azt, a mi egy útmutató keretében a legszükségesebb, elkerülvén a felesleges szószaporitást. *Illyés Géza* dr.

II. Lapszemle.

A syphilis gyógyítása higanynyal kezelt állatoknak vérsavójával; irták *Tarnowsky és Jakowlew*. Szerzők 3 csikónál calomellel böralatti befecskendezéseket végeztek, az állatok $2^1/_2$ hó alatt 16—30 befecskendezést kaptak és ezen állatoktól nyert vérsavóval, melynek vételénél a stomatitis mercurialis biztos tünetei jelen voltak, azonkivül a higanyt a serumban is ki tudták mutatni, gyógyítási kisérleteket végeztek syphilitikus egyéneknél. Ezen serummal 16 syphilitikus beteget oltottak és pedig hetenként 3—4 szer 10—20 cm^3 mennyiségben a hátba, a befecskendezések száma átlag 17 volt. Ezen 16 beteg közül 11 a syphilis másodlagos, 5 pedig a harmadlagos stadiumában volt. Az eredmény negativ volt. Az elsők közül 7 még az első eruptio előtt állott. A serumbefecskendezések nemcsak hogy meg nem akadályozták az első eruptio kitörését, hanem ennek lefolyása is változatlan maradt, a legtöbb esetben még a prodromalis tünetek sem hiányoztak, az első eruptionalis tünetek elodázását sem tudták elérni, mint azt olyan egyéneknél szoktuk tapasztalni, kik preventive higanynyal gyógyíttatnak. A vérsavó ugyan látszólagosan befolyásolta a syphilitikus tüneteket, a mennyiben a befecskendezésekre láz lépett fel és ha ez néhány napig fennállott, az eruptio ugyan szünetelt vagy a kiütések tünni kezdtek, mihelyt azonban a befecskendezések már lázt nem tudtak előidézni, a kiütések rendes lefolyásúak voltak. A többi 4 közül 3 éppen az eruptionalis stadiumban volt, a 4-diknél $1^1/_2$ év utáni papulo-pustulosus kiütés volt jelen; mind a 4 esetben a syphilitikus manifestatiónak további typikus lefolyása változatlan maradt és a betegség úgy haladott tovább, mint a nem kezelt eseteknél. Ezen eseteknél a láznak előbb említett hatása még jobban volt észlelhető. Megjegyzendő, hogy mind a 11 beteg azelőtt sem higanynyal sem joddal nem lett kezelve. Végre a 16 beteg közül 5 tertiaer stadiumban volt. Ezen betegeknél a vérsavó-befecskendezések semmikép sem tudták a bántalmat befolyásolni; sőt ellenkezőleg egyeseknél még a fennálló gummákhoz újak társultak, ott a hol a gummák még consolidáltak voltak, ezek szétesésnek indultak, úgy hogy a higany-jodkezeléshez kellett folyamodni, mire a tünetek gyógyultak. A vérsavó-befecskendezések kellemetlen melléktünetekkel is jártak. A betegek lesoványodtak, a láz mellett purpura, izület- és izomfájdalmak léptek fel, továbbá fehérnyevizelés, a vörös vértestecsek száma tetemesen apad, a fehéreké pedig szaporodik. Szerzők ezek után tehát úgy a tiszta vérsavóval (melynek eredményeiről már beszámoltam, ref.), valamint a higanynyal kezelt lovaknak vérsavójával való gyógyítási módszert syphilitikus egyéneknél nem ajánlhatják, sőt ellenkezőleg kerülendőnek tartják, mert a betegnek szervezete az állati vérsavó behatása alatt csak kárt szenved. (Archiv f. Dermat. u. Syph. Bd. XLI. Hft. 2.) *Alpár (Aschner) Arthur* dr.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1898. augusztus 12.

△ **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1898. julius 24-dikétől 1898. julius 30 dikáig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 424 gyermek, elhalt 292 személy, a születések tehát 132 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup —, roncsoló toroklob 3, hökhurut 3, kanyaró 9, vörheny 8, himlő —, typhus abdominalis 4, gyermekágyi láz 1, influenza —, egyéb ragályos betegségek 1, agykérlob 11, agyvérömleny 1, rángások 6, szervi szivbaj 15, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 28, tüdőgümő és sorvadás 48, bélhurut és béllob 65, carcinomata et neoplasmata alia 5, méhrák 2, Bright-kór és veselob 5, angolkór 1, görvélykór 1, veleszületett gyengeség és alkathiba 18, aszkór, aszály és sorvadás 4, aggkór 10, erőszakos haláleset 7. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2020 beteg, szaporodás 735, csökkenés 690, maradt e hét végén ápolás alatt 2065. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1898. julius 30-dikától augusztus 6-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 6 (meghalt 3), himlőben — (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 11 (meghalt —), vörhenyben 20 (meghalt 2), kanyaróban 94 (meghalt 8), roncsoló toroklobban és torokgyíkban 13 (meghalt 1), trachomában 19, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 5 (meghalt —), orbánczban 10 (meghalt —), gyermekágyi lázban 1 (meghalt —).

— **Hazai fürdőink személyforgalma**: *Bártfa* VIII/2. 2864; *Budai Erzsébet-sósfürdő* VII/31. 553; *Csorbai tó* VIII/1. 2020; *Herkulesfürdő* VIII/2. 5485; *Korytnicza* VII/27. 876; *Lipik* VIII/1. 1791; *Lubló* VII/30. 579; *Tátrafüred* VIII/7. 3304; *Uj-Tátrafüred* VIII/5. 2050; *Balaton-Füred* VIII/1. 2698.

△ **A budapesti császárfürdőben** 1898. január 1-jétől julius 31-dikéig 673 személy lakott és 236,753 személy fürdött.

— **A budapesti ált. poliklinikán** julius hóban 2320 új beteg jelentkezett; a rendelések száma 11,763 volt. A laboratoriumban 25 vizsgálatot végeztek.

† **Elhúnyt.** *Csávásy Kiss Károly*, a budapesti Kígyó-gyógytár tulajdonosa, cs. és kir. udvari gyógyszerész, folyó hó 8-dikán 78 éves korában.

Szt. Lukács-fürdő
téli és nyári
gyógyhely.
Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú nyitott és zárt medenczéiben a forrásvíz naponként négyszer megújul. Mindennemü gyógy- és üdítő-fürdők. ***Lakás és teljes ellátás hetenként 27 frt*** *(közepes ár)*. 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/_2$2—$^1/_2$4-ig járóbeteg rendelőjében, Budapest, VI. ker., Teréz-körút 22. szám.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: A budapesti kir. orvosegyesület stomatologikus szakosztálya. (IX. ülés 1897. deczember 1-jén.) 405. l. — Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete (IV. rendes ülés 1898. április 28-dikán.) 406 l.

A budapesti kir. orvosegyesület stomatologikus szakosztálya.

(IX. ülés 1897. deczember 1-jén.)

Elnök: **Turnovszky Jenő**; jegyző: **Rozgonyi Sándor.**

Arkövy tnr. két ritka kóreset felett értekezik s a mondottak megvilágítására gyps-mintákat mutat be. Első esetben egy 42 éves férfinél a felső jobb II. molaris fogon, mely szilárd állományában ép volt: periodontitis unilateralis következményeként *pulpitis acuta ascendens* lépett fel. Második esetben egy 30 éves nőnél a megdőlt alsó ép I. molaris fogon, valószinűleg erőművi behatásra, periodontitis acuta, nyilván purulenta diffusa, keletkezett, melyhez rövid idő alatt abscessus alveolaris circumscriptus szegült. Extractio után kiderült, hogy a periodontitis csak a labialis felületre terjedt ki.

Napirend: **Hattyasy Lajos** előadása **„Kisérletek a sterilitas kérdéséről cariosus tömött fogakon, különböző eljárások és tömő anyagok mellett“** czimen:

Évek óta foglalkozik a klinikán ezen tapasztalati és gyakorlati szempontból egyaránt érdekes kérdéssel és igy jelen előadása számos kisérlet eredménye.

A fogcaries kezelése — mint az más tudományos kérdéseknél is volt — megelőzte a patholog-anatomiai kérdéseket, mig gyakorlati tekintetben az igazi mederben folyt. Még mielőtt a caries aetiologiája illetve bacteriologiája kifejlődni kezdődött, már szokásban volt excavatio után a cavitast creosollal, később különböző illatos olajokkal, majd carbol vagy más fertőztelenítő szerrel kimosni. Ma, midőn a bacteriumok életfeltételei számos kutatás tárgyát képezik, világosan kitünt, hogy az anaërob bacteriumok még a legjobban záró tömés alatt is tenyészni képesek.

Különösen kedvezők a körülmények a bacteriumok szaporodására akkor, ha a cavitas fenekén cariosus dentin maradt szándékosan, avagy az excavatio nem elég praecise vitetett véghez. Ilyen esetekben a caries a tömés alatt nemcsak, hogy továbbterjed, hanem egy félesége a fogbéllobnak léphet fel az űr fenekén képződő bacteriumok mennyisége és minősége szerint. A caries tovaterjedése és az ebből keletkező fogbélbántalmak a mikroorganismusoktól függnek, úgy hogy a legnevesebb kutatók, mint *Leber, Rosenstein, Wedl, Underwood, Black, Allan, Miller* stb. véleménye szerint *caries minden esetében mikroorganismusok vannak jelen és azok jelenléte nélkül caries semmikor sem volt constatálható.*

A caries tovaterjedését meggátolhatjuk, a cavitas megtömésén kivül, fertőtlenitők és részben fertlötlenitő tömőanyagok alkalmazása által.

Miller, ki kisérletei közben annak megismerésére jutott, hogy szükséges volna még tudni, mily mérvben és mily gyorsan képesek az illető fertőztelenitő szerek a megbetegedett dentint áthatni, kivált czélja volt megtudni, mennyi idő alatt képesek a különböző fertőztelenitő szerek mésztelenitett dentinen áthatolni, főleg azonban az: mennyi idő szükséges a meglágyult dentin sterilizálásához?

Saját kisérleteim ezen kisérleti vizsgálatokból fejlődtek. *Miller* következő eredményre jut: *Cariosus-űr teljes sterilisatiója meglehetős sok időt vesz igénybe, többet, mint a mennyit mi rászánni szoktunk, különösen akkor, ha cariosus dentin visszamaradt. Meglágyult dentin vastagabb rétegének sterilisatiójához szükséges, hogy a fertőztelenitő szert* 1/2 *egész 1 óráig hatni engedjük.*

A magamnak felvetett kérdések ezek voltak:

1. *Vajjon a praxisban lehetséges-e tömés előtt a cariosus cavitast sterilizálni és mily mértékben?* 2. *A sterilizálás milyen foka érhető el bizonyos idő multán a tömés alatt?* 3. *Mi a különbség a különböző fertőztelenitő módszerek között?* 4. *Különböző tömőanyagok ugyanazon mód szerinti alkalmazásánál van-e különbség?* 5. *Van-e különbség, ha egy és ugyanazon személynél különböző methodusok alkalmaztatnak?*

A fogak következőleg kezeltettek:

1. *A teljesen excavált cavitast egy fél órán át folyékony tömény carbolsavval desinficiáltuk és a tömést 6 különböző tömőanyaggal végeztük.*

2. *A teljesen excavált cavitas* 5%-*os sublimattal egy fél órán át desinficiáltatott és a fog ugyanazon tömőanyaggal tömetett.*

Ezen két módszer röviden *„Miller-féle módszer carbollal* és *Miller-féle módszer sublimattal“* nevezhető el.

3. *Teljesen excavált cavitasok tömény carbollal lettek kitörülve és különböző anyagokkal tömve.*

4. *Teljesen excavált cavitasok* 5%-*os sublimattal lettek kitörülve és különböző anyagokkal tömve.*

Ezen methodusokat *gyakorlati módszernek* lehetne elnevezni és pedig: *„gyakorlati módszer carbollal* és *gyakorlati módszer sublimattal“.*

5. *Teljesen excavált cavitasok a 3. mód szerint kezeltettek azzal a különbséggel, hogy azok carbollal nemcsak kitörülve lettek, hanem a tömés előkészítése alatt a carbollal áztatott gyapotgomoly a cavitasban hagyatott. Ez a „protrahált carbol-módszer.*

6. *A cavitas fenekén cariosus dentin hagyatott és folyékony carbolsavval egy fél órán át fertőztelenittetett. Ez Miller-féle módszer cariosus dentinnel“ nevezhető.*

7. *Teljesen excavált cavitasok borszeszszel kitörültettek és töméssel lettek ellátva. Ezt a módszert „fertőztelenités nélkülinek“* nevezem.

Mindenik esetben a következő sorrend lett betartva: *a)* az űr alakitása és felületes exaválása után úgy a fog, mint környezete borszeszszel és körkefével megtisztittatott; *b)* rubberdam alkalmazása; *c)* a fog mosása alkohollal és megszáritása; *d)* teljes excaválás; *e)* fertőztelenités az egyik fent leirt módszer szerint; száritásra sterilizált asbest használtatott; *f)* fogreszelék vétele bacteriologus vizsgálat czéljára; *g)* a tömés maga.

Az eljárás körüli szabályok a következők voltak:

1. Lehetőleg egyforma acut caries-esetek vétettek látható és könnyen hozzáférhető helyen.

2. Lehetőleg egy egyénnél többféle kisérlet tétetett.

3. A kezelt egyének kora 16—28 év közti volt; azonban constitutionalis bántalommal gyanusított egyén nem lett kisérlet tárgya.

4. Minden műtét egy ülésben végeztetett.

5. Műtevő, esetleg segédek kezeiket gondosan megmosni és sublimattal fertőzteleniteni tartoznak.

6. Csak gondosan desinficiált műszerek használtattak, melyekkel semmihez sem (Rubberdam, Clamps stb.) szabadott érni.

7. Egyéb kellékek (dörzscsésze, óraüveg) gondos tisztitás után alkohollal lettek kiégetve.

8. A tömő-anyagok nem vétettek a kézbe.

9. Fújtató csak arany- és óntömésnél használtatott, mely esetben a ballon belseje és külseje sublimattal kimosva, csöve a lángon sterilizálva lőn s száritásnál csak a ballonból kiáramló levegő használtatott.

10. Guttaperchatömésnél a jobb elzárás végett a szélek chloroformmal lemosattak.

„A rendes műszerek sterilizálására *Árkövynek* 1893-ban közölt eljárását követtem azon hozzáadással, hogy a műszereket, az alkoholt leégetve, ismét tűzön áthúztam.

Desinficiálás után a vakarék (excavatum) kiskanalas excavatorral vétetett, még pedig minden egyes esetben négyszer a következő módon:

A sterilizált excavator lángon áthúzva, a segéd által tartott bouillonban lehűtetvén, vakarék lőn a bouillonba téve. Ugyanezen excavatorral tettünk vakarékot gelatinára, majd agar-agarra, végre előzetes vizsgálat megejtése czéljából függő cseppbe. Ezen kulturák megfigyeltettek. Azon kisérleti eset, melynél nem fejlődött 4 nap alatt colonia, *steril*-nek tekintetett; az olyan eset azonban, melynél 4 napon belül a gelatinán avagy agar-agaron colonia fejlődött vagy a bouillon megzavarodott, *inficiáltnak* vétetett.

A vakarék vétele után ugyanazon antiseptikus szerrel- illetve alkoholba mártott asbestgolyócskával lőn az űr kitörülve és lángon sterilizált asbesttel kiszáritva, arany- és óntöméseknél azonfelül kifújtatva.

Ezután következett a nagy gonddal alkalmazott tömés. A tömőanyagok kézbe nem vétettek és a kisérleti czélra külön tömő-anyagok tartattak készletben.

Fél év mulva vagy azon túl, midőn egy kisérlet tárgyát képező egyén megjelent, a kisérlet ugyanazon módozatok szerint tovább folytattatott, illetőleg befejeztetett.

A kisérleti terv szerint minden egyes methodusból és minden egyes fogtömő-anyagból egy-egy teljesen befejezett kisérlet volt szükséges, tehát 42.

Jól tudom, hogy ily csekély számú esetből következtetést vonni nem igen lehet, de végre is be kellett számolnom és tekintse a t. szakosztály ezen kisérleteket útmutatásul hasonló kiterjedtebb vizsgálatokhoz.

Ha ezen összegezéseket egymással szembeállitjuk, úgy kis eltérés figyelmen kivül hagyásával látjuk, hogy a *gyakorlatban jelenleg alkalmazott tömő-anyagokkal, fertőztelenitő szerekkel és eljárási módozatokkal teljes sterilitás el nem érhető, hanem inficiált marad a tömött fogak* 1/3*-da a Miller-féle módszerinti eljárás mellett, fele a gyakorlatban dívó eljárásoknál tökéletes excavatio mellett, mig cariosus rész benhagyása esetében, vagy ha a desinficiálás nem a kellő gonddal vagy épen nem történt meg, úgy a tömött fogak mind inficiáltaknak tekinthetők.*

A tömő-anyagokra nézve *három* csoport állitható fel:

Az *elsőbe* tartozik *az ón, cement* és *guttapercha,* melyek kivétele után, illetve a tömés alatt a viszonyok *rosszabbultak* a sterilitást illetőleg; a *másodikba* tartozik az *arany-* és az *ezüst-amalgam,* mely tömések kivétele után a *viszonyok ugyanazok maradtak;* a *harmadikba* tartozik a *réz-amalgam,* melynél a *viszony* javult.

Ezen kisérletek mellett még egy függelékes kisérlet is tétetett azon czélból, hogy a plastikus tömőanyagok esetleges zsugorodása vagy a szájnyálnak áthatoló képessége mily befolyással lehet a sterilizálásra?

Ennek eredménye ez: a *cement* anyagába átszivárgás és szélein is beszivárgás jön létre, e miatt *záró képessége nem teljes;* a *guttapercha* anyagába átszivárgás nem történik ugyan, de szélein beszivárgás mutatkozik, tehát *záró képessége szintén nem teljes;* ellenben az *amalgamok*

záró képessége — legalább a kisérleti 8 hónap alatt — *elég jónak bizonyult.*

Resumé: A kisérlet adatai alapján a megelőzőleg felvetett kérdésekre a következő válasz adható:

1. A felsorolt eljárási módok szerint *tömés előtt* sterilisatio el nem érhető.

2. Tömés kivétele után teljesen excavált üregeknél a sterilitás a szúvas üregek $^2/_3$-ánál, infectio $^1/_3$-ánál volt, tehát a viszony rosszabbodott. Nem teljesen excavált vagy nem desinficiált szúvas üregeknél — egy jól excavált s rézzel tömött szúvas-űr kivételével — az infectio maradandó volt.

3. *Miller*-féle mód szerint eljárva, az esetek $^2/_3$-a, *praxis-mód* szerint pedig az esetek számának fele sterilnek vehető; nem teljesen excavált vagy nem desinficiált üregek teljes számban inficiáltaknak veendők.

4. A tömő anyagok közül a sterilitás elérhetése czéljából legjobb a réz-amalgam, ezután következik az arany-, ezüst-amalgam, már kevesebb sikert igérnek az ón, guttapercha és cement.

5. Ugyanazon egyénnél különböző eljárás mellett kezelve az egyes fogakat, előnyösebbnek látszik a *Miller*-féle mód a praxis-módnál és a sublimat (a hol alkalmazni lehet) a carbolnál. Hátrányban maradnak mindig a cariosus rész benhagyása mellett és desinficiálás nélkül végzett esetek az előbbi módok egyike szerint végzett esetekkel szemben.

Ha mindezekből a *gyakorlat* számára tanulságokat akarnánk meríteni, úgy azok a következők lehetnek:

Minthogy az eddigi eljárási módok mellett sterilitásra biztosan számítani nem lehet, de minthogy a behatóbb antiseptikus eljárás a sterilitás elérhetésére előnyös, az nemcsak megtartandó mai formájában, hanem még lehetőleg fokozandó is, esetleg még hatásosabb desinficiensek alkalmazása által: igy a jod, thymol, arg. nitr. stb. szilárd állapotban, mint a hogy azt már mások is ajánlották. Az igy kezelt fogakkal hasonló kisérletek volnának teendők; de itt sem volna szabad az első kisérlet-sorozatnál megállapodni, hanem addig kellene azt folytatni, míg a sterilitás elérhető.

A most divó desinficiensek hatását fokozni lehetne azoknak még több ideig tartó behatása által vagy ideiglenes antiseptikus tömések által.

Ajánlatosnak látszik a desinficiáló hatással biró tömőanyagoknak minél kiterjedtebb használata. Tömés-újítás alkalmával a régi tömőanyagot távolitsuk el egészen.

Feltétlenül igyekezzünk minden, már tömött fog újból való tömését javasolni, ha azt látjuk, hogy a benne levő tömés az üreget nem zárja hermetice vagy ha bármely ponton legkisebb fokú caries recidiva kimutatható.

Vonakodva mondja ki a szót, azonban ezen kisérletek azon nézetet érlelték előadóban, hogy az ideiglenes tömő-anyagok feladata csak bizonyos meghatározott időre korlátolandó, mondjuk 2—3 évre; különösen caries acuta eseteiben és ott, hol kétely merül fel az üreg sterilitása iránt.

Előadását azon megjegyzéssel rekeszti be, hogy nem akkor *gyógyítjuk* meg a beteg fogat, mikor azt teljesen vagy nem teljesen excaválva egy szép töméssel elláttuk, hanem midőn a caries tovaterjedése garantiáját (a sterilitást), azaz a cariesből való kigyógyulást elérnünk sikerült. Ezt igyekezzünk fokozottabb mértékben elérni, mert a mint a gyakorlat és ezen vizsgálat bizonyitja, még sok esetben szükségünk van rá.

Az élénk tetszéssel fogadott előadáshoz szólottak:

Bauer, ki előadónak a szakosztály nevében ezen érdekes, tanulságos és sok munka eredményét képező előadásért köszönetet mond. Bátran állitja ezen kisérleti munkát hasonló elismert dolgozatokkal pl. a *Black*-félével egy sorba, de a következtetésekben nem ért teljesen egyet előadóval. A kisérletekből levont és levonható következtetések nem quadrálnak egészen az empiriával. Nem osztozik azon aggodalomban, hogy a sterilitás, ha csak oly mértékben is érhető el, mint azt előadó kisérleteinél találta, a praxis követelményének nem felelne meg eléggé. Nem kétli, hogy az a kisérleteknél úgy van, mint előadótól hallottuk s a kutató bacteriologus szempontjából az eredmények épen nem kielégitők, ámde a gyakorlat sokkal kedvezőbb eredményeket mutat fel.

Berger, Bilásko, Láng és ismét *Bauer* felszólalása után *előadó* válaszában köszönetét fejezi ki dolgozatának a szakosztály részéről történt szives fogadtatásáért s *Bauer* tagtárs elismerő szavaiért. Igazat ad *Bauer*-nek, hogy a gyakorlatban helyes és gondos eljárás mellett azon eredményeket találjuk, mint azt ő találta és jelezte. Ámde a gyakorlatban nem válogatjuk ki az eseteket, hanem minden cariosus üreg gyógykezelve lesz s igy az arányszám kedvezőbbnek mutatkozik, míg a kisérlet esetei *csak fiatal egyének* lehettek, a hol *caries acuta* találtatott s még itt is inkább nők vétettek, mint férfiak; tehát hivatkozva ép a mult szakülési előadásra, azon esetek, melyek a gyakorlatban a leginkább kétes eredményűek. Csakis ezekről szólva s csakis kisérleti vizsgálat alapján mondva birálatot, jutunk az előadott következtetésekhez; mert azon esetek, a hol — a tömés eltávolitása mellett — infectio találtatott, a gyakorlatban semmi beavatkozást nem kivántak volna s ki tudja, évek hosszú során át megmaradhatott volna a tömés, úgy a mint volt.

A többi tagtárs felszólalására azt jegyzi meg, hogy a cariest s a pulpabántalmakat okozó mikroorganismusok között igenis vannak anaërob-pathogen bacteriumok, mint az — eltekintve a gyakorlati élet tapasztalataitól — a fogászati klinikán is kimutatva lett s melyről egy sokkal szebb és érdekesebb dolgozatban igen t. elnökünk fog — rövid idő alatt — a szakosztálynak beszámolni, addig is csak annyit, hogy még oly jól záró tömés alatt is a kóros folyamat tovább terjedhet s más pl. bizonyos fogbélbetegség is fejlődhetik ki.

Elnök-helyettes az ülést berekeszti.

Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

(IV. rendes ülés 1898. április 28-dikán.)

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

Chorditis haemorrhagica esete.

Morelli Károly: A beteg 59 éves hajadon szakácsnő, a ki f. év márczius hó 24-dikén jelentkezett ambulantiámon először. Baja állitólag 14 év előtt vette kezdetét, mely száraz köhögés, torokfájás, nehéz nyelés és beszéd, valamint rekedtségben nyilvánult. Baja majd minden évben ismétlődött. Jelen baja 8 nap előtt keletkezett, fuldoklás, rekedtség, erős köhögéssel, főleg éjjel s igy két izben vért is köpött. A vizsgálatnál a gége-légcső vastag tapadó nyákkal fedett, a hangrés a hangszalagokra tapadó nyáktól mintegy behálózott. A harmadik napon a kórkép annyiban változott, hogy az ál- és valódi hangszalagok biborvörösek, bársonyszerűek s fedve vannak véralvadékkal, mely állitólag előtte való nap véres köhögéssel jelezte magát. Ez tartott 30-dikáig, a mikor *utoljára* láttam, mert a bemutatás napján csak este vizsgáltam; s ekkor már a véralvadék eltünt, a hangszalagok bár élénk pirosak, de nem fellazultak, nem bársonyszerűek; mit részemről a 2%-os carbolglycerin-ecseteléseknek tudok be, melyektől általában mindig, évek óta, a legmakacsabb száraz hurutnál feltünő javulást, a nyák gyors leválását tapasztaltam, s ez esetben is e szer kitünőnek bizonyult, miért is hasonló esetben az eddigi használt lapis-ecsetelések helyett a 2%-os Piktet carbolglycerin-ecseteléseket bátorkodom ajánlani.

Engedjék meg, hogy ez alkalommal a chorditis haemorrhagicára vonatkozólag azon nézetemnek adjak kifejezést, hogy tapasztalataim szerint úgy láttam, hogy rendesen először száraz hurut alakjában jelentkezik, mint azt Gottstein is tapasztalta, s kivételesen talán az erős köhögés és rázkódással váltja ki a vérbőséget és vérzést, melyről épen igen tisztelt elnökünk, Navratil tnr. úr, tesz említést 1871-ben, de már azon stadiumában a bajnak, mikor már a hangszalagok sötét-barna véralvadékkal voltak fedve, melynek az ecsettel való eltávolitása után a hangszalag vörös saturált, duzzadtnak látszik, s igy joggal nevezte el *chorditis haemorrhagicának*, melyről *Strübing* sajnos futólag, mások pedig épen nem tesznek méltó említést.

A kórképet illustrálandó, a Strübing-féle eset képét javitottam, ki azt élénkebben szinezte, a mint eseteimben láttam. (Laryngologische Beiträge cz. munkájában.)

Zwillinger: Bemutató úr azt mondja, hogy esetében laryngitis sicca volt jelen, mely mint tudjuk, bő, száraz pörkképződéssel jár. Lehetséges, hogy itt a vérzés mechanice okoztatott és nem laryngitis haemorrhagica sensu strictiori — mint azt *Strübing* is kizárja — volt jelen. A laryngitis haemorrhagica csak olyan acut laryngitist jelez, melynél a kép a vérzés által modificáltatik.

Én is elfogadom azt a felvételt, hogy ily esetekben circulationalis és véredényfal elváltozások vannak jelen; ily esetem nekem is volt, egy a VI. hónapban gravid nő, kinél heveny laryngitis következtében a jobb hangszalagon egy nagy véralvadék volt látható; tehát ez azon esetek közé sorolandó, melyeket *Strübing* laryngitis haemorrhagicának sensu strictiori akar tekinteni.

Baumgarten: Osztom *Zwillinger* nézetét és csak azon eseteket tartom laryngitis haemorrhagicának, melyeknél ez az egyedüli tünet; mihelyt laryngitis sicca van jelen, a laryngitis haemorrhagicát kizárjuk. A bemutatott esetet a leirás után nem tartanám laryngitis haemorrhagicának, miután pörkképződés volt jelen és nem vérrögök.

Navratil: Még 1869-ben irtam le egy esetet, mely mint ilyen első volt az irodalomban és gyakorlatomban is. A betegnél 1—2 napos heveny laryngitis állott volt fenn. Én azért neveztem a bántalmat chorditis haemorrhagicának, mert mikor leváltak a vérrögök, melyeket a hangszalagokon jól lehetett észlelni, akkor tisztán láthattam egyes pontokon a vérzést, a hol ismét alvadékok képződtek; erős ecsetelésre újra leváltak és vérzettek. Egy ilyen acut baj, mint azt többször észleltem, 10—15 napig tartott, mig a biborvörös, duzzadt hangszalag rendes alakuvá vált.

Észleltem és kezeltem egészen önálló heveny chorditis haemorrhagica eseteket. A mi a vérzést illeti, az nem lényeges, hogy egy vagy több pontról, vagy az egész felületről indul-e ki, ez a diagnosison és a folyamat lényegén nem változtat, legfeljebb a bántalom fokát jelzi.

Morelli: Nem tartom esetemet olyannak, mely a *Strübing* véleményével ellenkeznék, mert *Strübing* maga is azt irja le, hogy catarrhalis laryngitis volt, nyákelválasztással. Hajlandó vagyok csatlakozni *Gottstein* nézetéhez, hogy acut chorditis sicca adhat okot a gégében vérzésre és hogy szerepe lehet a folyamatnál a terhesség és menstruatiónak is. Jelen esetemnél azonban a havibaj még a gégevérzés előtt folyt le és a beteg nem terhes. (Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

8230/898. szám.

Miskolcz városánál lemondás folytán egyik **városi orvosi állás** megüresedett, a mely állás törvényszabta választás útján, a f. hó 30-dikán délután 3 órakor megtartandó városi képviselőtestületi közgyülésben fog betöltetni.

A szóban levő orvosi állás 800 frt évi javadalmazással van egybekötve.

Felhivom mindazokat, a kik a jelzett állást elnyerni óhajtják, hogy e végből kellően felszerelt kérvényeiket **f. hó 28-dik napjáig** Miskolcz város tanácsához nyujtsák be.

Miskolcz, 1898. évi augusztus hó 6-dikán.

Alispán helyett:

1—1 *Molnár Bertalan*, főjegyző.

Negyvenkettedik évfolyam. 34. szám. *Budapest, 1898. augusztus 21.*

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. EGYETEM II. SEBÉSZETI KLINIKÁJA

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Herczel Manó: Közlemény Herczel Manó dr. egyetemi m.-tanár szt. István-kórházi sebészi osztályáról. Hólyagkitüremlés (Ektopia vesicae) gyökeres műtéte az uretereknek a vastagbélbe való beültetésével. 407. l.
Sarbó Arthur: A tabes therapiája aetiologiai szempontból. 408. l.
Schaffer Károly: Közlemény a fővárosi „Erzsébet"-szegényház ideg-elmebeteg osztályáról. A tabeses elfajulás localisatiójáról és lényegéről. 410. l.
Csikós Sándor: Az agy sebészetéről. 412. l.
Krepuska Géza: Ostitis mastoidea sine otitide operált esete. 413. l.
Tárcza. *G. E.*: Az orvosok honorariuma. 414. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Török Lajos*: A bőrkórtan kézikönyve. 415. l. — *Lapszemle. Kölbl*: Az orexinum basicum mint stomachicum. — *Werler*: Salosantal használata húgyszervi megbetegedéseknél. 416. l. — *Ullmann K.*: A vasogenek mint helyi bőrgyógyszerek vehiculumai. — *Petruschky*: Typhusbacillusok a vizeletben. 417. l.

Hetiszemle és vegyesek. Budapest székes főváros egészségi állapota május hóban. — A főváros egészsége. — Nyitravármegyei Ágoston-közkórház kimutatása. — Tiszti orvosi vizsgákra előkészítő kurzus. — Hazai fürdőink személyforgalma. — Szt. Lukács-fürdő. — Herczel dr. — Kuthy Dezső dr. — Dr. Sedlitzky-féle fürdő-tablettek. — Baumgarten Samu dr. 417. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény Herczel Manó dr. egyetemi magántanár szt. István-kórházi sebészi osztályáról.

Hólyagkitüremlés (Ektopia vesicae) gyökeres műtéte az uretereknek a vastagbélbe való beültetésével.[1]

Két eset kapcsán közli: *Herczel Manó* dr.

A hólyagektopiában szenvedő szerencsétlenek az emberiség páriái. A hólyag szabadon fekvő és kitüremkedett nyákhártyája rendszerint szakadásokat, felületes fekélyedéseket, húgysó lerakodásokat mutat fel, mig a genitaliákat környező bőr felülete az állandó vizeletcsurgás folytán eczematosus, gyakran kifekélyesedett. Mindez már magában véve is rendkivül kinos a betegre nézve, mert a jelzett területeknek a ruhával való egyszerű érintése is gyakran oly fájdalmat okoz, hogy a járás nehezére esik, vagy egyáltalán lehetetlen. Ehhez járul még, hogy nem vagyunk képesek a legszorosabb kautelák mellett sem a savanyúan kiválasztott vizelet ammoniacalis erjedését megakadályozni és a betegek oly átható bűzt terjesztenek, hogy teljesen ki vannak zárva minden emberi társaságból. Ha még hozzáveszszük, hogy az ammoniacalis cystitis alapján rendszerint már kora időben felhágó ureteritisek és veselobok támadnak, nem kell csodálkoznunk azon, hogy e bántalomtól érintettek magasabb kort alig érnek el. Kiviláglik ez az Ultzmann által emlitett Berger-féle statistikából is, melynek értelmében 71 hólyag-exstrophiás egyén közül csupán 23 élte túl a huszadik évet.

Könnyen érthető ezek után, hogy eltekintve a bajnak palliativ kezelésétől, a mely a vizelet recipiensnek alkalmazásában áll, a sebészek törekvése már régtől fogva oda irányult, hogy a baj lehető radicalisan gyógyittassék. Az idevágó műtéti kisérletek 3 elv szerint csoportosithatók:

I. Az idealis út: a hólyag kitüremlett széleinek oly felfrissitése és egyesítése, mely esetleg a záróizomzat működésének visszállitásával karöltve jár.

II. Valamennyi képző (plastikus) műtét, melyek egyszerűen a defektus elzárását czélozzák, a nélkül, hogy a záróizomzat működésének restituálására ügyet vetnének.

III. Azon műtétek, melyek az ureterekből kifolyó vizeletet más irányba terelik (derivatio), akár a bélhuzam ürtere felé, akár a test felszine felé, a hol esetleg a hólyag nyákhártyájának kiküszöbölésével a vizelet directe könnyebben felfogható.

I. Az első csoportba tartozó műtétet már *Gerdi* ajánlotta, azonban ritkán lett foganatositva, mert a defektus széleit környező bőrfelület az erős feszülés miatt nehezen egyesithető; ép e miatt ajánlotta *Passavant* a symphysis-résnek kiküszöbölését, mit egy saját szerkezetű compressorium segitségével ért el, miáltal állitólag az egyesítés nehézségei leküzdhetők. Ujabban *Trendelenburg* a symphysis-rés megszüntetését oly módon éri el, hogy mindkét oldalt a synchondr. sacro-iliacát véres úton felvésvén, ellazitja. Ezen eljárás a hólyag defectus széleinek felfrissitése után a varratot annyira megkönyiti, hogy ugyanazon ülésben még a penis epispadiasisát is meg lehet operálni. Trendelenburg maga 2 izben operált ezen methodus szerint és egyik esetében, melyben nemcsak a hólyag falát, hanem a záróizomzat maradványait is egyesitette, egy 11 éves fiúnál, elérte azt, hogy a gyermek vizeletét legalább részben önként visszatartani képes volt. Igaz ugyan, hogy mint Maydl ez esetek kritikájánál igen helyesen megjegyzi, Trendelenburgnak magának azon megjegyzésében, hogy beteg „*legalább részben* képes vizeletét önként visszatartani" benfoglaltatik annak bevallása, hogy az incontinentia legalább részben fennáll és tényleg a kórtörténetben olvasható, hogy betegnél állóhelyzetben az egész vizelet az urethrán keresztül ömlik; a miből viszont következik, hogy fekvő helyzetben a vizelet legalább részben a hólyag magaslatán fenmaradt fistulán át ömlik kifelé. Minden esetre azonban ennek és a másik betegnek is vizelet recipienst okvetlen hordania kell, sőt még azon esetben is, ha hólyagfistula nem is áll fenn (a mi pedig a vizelet túlcsurgására ad alkalmat), mert a hólyag rendkivül kicsiny ürtere miatt a vizelet-inger túlságos gyakran jelentkezik. Második esetének publicatiójánál Trendelenburg maga is megjegyzi, hogy continentiát akkor sem ért el, a miből kiviláglik, hogy ezen az első pillanatra minden tekintetben megfelelőnek látszó idealis methodus gyakorlatilag kivive czélhoz nem vezet, a mennyiben az egyik főkövetelményt, a vizelet visszatartását, a betegnek megadni nem képes.

Ugyanezen hátrányban szenvednek a II. csoport methodusai, a képző műtétek, melyek már elejétől kezdve a continentiára semmi tekintettel nincsenek, csupán csak hólyagürteret iparkodnak alkotni és ezzel elejét veszik azon veszélyeknek, a melyekkel a kitüremkedett hólyagnyákhártya szabadon fekvése, következményes kifekélyedése, incrustatiója stb. jár. Csak röviden felemlitem, hogy 1852 óta, midőn Roux első idevágó kisérletét publikálta, számtalan műtét-modor látott napvilágot, melyek lényegükben oda kulminálnak, hogy vagy egyszerű lebenyekkel (Thiersch, Hirschberg, Pankroast) vagy kettőzött bőrlebenyekkel (Richard, Holmes, Michel, Wood)

[1] Bemutatva a budapesti kir. orvosegyesület 1897. október 23. és 1898. márczius 5-diki rendes ülésében.

vagy Le Fort szerint a praeputiumból vett lebenynyel iparkodtak a defectust elzárni. Mivel a kettőzött lebenyeknél a hólyag űrtere felé szőrös epidermis néz, ez utóbbi gyakran hólyagcatarrhusok és concrementumok képződésére szolgáltat okot; ezért különösen Németországban az utolsó években a műtők többnyire *Thiersch* szerint egyszerű lebenyeket használtak. Az eljárás e mellett rendkivül hosszadalmas, minden esetet többször kell operálni és utóoperálni, úgy hogy a legkedvezőbb körülmények között is, mint maga Thiersch bevallja, a gyógytartam egy évet, mások tapasztalatai szerint még sokkal hosszabb időt vesz igénybe. E mellett a műtét nem veszélytelen, mert magának *Thiersch*-nek 19 beteg közül 4 halt el, ezek közül 2 a hasűr megnyitása folytán.

És siker esetén is mit érünk el ezen betegeknél? A hólyag nyákhártyája külső insultusok ellen védve van ugyan, de zárókészülék nélkül szükölködik, úgy hogy bracheriumszerű készülékeket kell alkalmaznunk, a melyeknek leggyengébb nyomását is a betegek huzamosabb időn át rendszerint nem állják ki, úgy hogy elébb-utóbb ép úgy kénytelenek recipienshez folyamodni, mint az előbbiek.

A III. csoportba tartoznak azon műtétek, melyeknek czélja *az ureterekből kifolyó vizeletet a szabadon fekvő nyákhártyától elterelni*. Első sorban kell itt felemlítenünk *Sonnenburg* módszerét, mely abból áll, hogy a hólyag mucosáját exstirpálja, a támadt defektust elzárja, míg a felszabaditott uretereket az epispadiastikus húgycső felfrissitett infundibulumába varrja be. Ez által a vizeletet recipiensekkel állitólag könnyen fel lehet fogni.

A le- és elvezető methodusokhoz tartozik még az ureterek kivarrása a hasfalba és végre a vizelet levezetése a bélcsatorna űrterébe. A genialis heidelbergi sebésztanár *Simon Gusztáv* volt az, a ki e téren is úttörőként szerepelt. Ő ajánlott először egy eljárást, a melynek segélyével nemcsak a szabadonfekvő hólyagnyákhártya részéről okozott nehézségeket akarta megszüntetni, hanem egyszersmind continentiát biztositani a betegeknek. A végbél záró izmát akarta felhasználni és a vizeletet levezetni a rectumba, remélvén, hogy igy czélt fog érni. *Simon* egy katheter segitségével, melyben egy éles tőr járt szabadon fel és alá, behatolt lehető magasan az ureterbe, átszúrt onnan a rectumba és kivezetett egy fonalat az anuson át. Ugyanigy egy $^1/_2$ hüvelykkel az első átszúrás alatt egy másik fonalat vezetett a rectumba és a két fonalat összekötötte; a közbeszorított ékalakú szövetrész, a mely az ureter és a rectum között feküdt, a fonalak fokozatos összehúzódása által nekrotizálván, ureter és rectum között szabad bő communicatio jött létre. A műtét annyiban sikerült, hogy a vizelet nagyrészt a rectumba ömlött, egy része azonban az uretereken át a felszinre szivárgott, daczára annak, hogy Simon körülöltésekkel iparkodott az uretereket elzárni.

Egy 13 éves fiú ureter concrementumok és veseelgenyedésben pusztult el a műtét után egy évvel; valószinűleg lobos folyományok következményekép, a melyek a granuláló cloakában keletkeztek.

A nyilás felső széle a periton. áthajlási redőjét érintette, úgy hogy pelveoperit. képződésére adott alkalmat.

Tényleg *Lloyd* és *Johnson*, kik kis módositásokkal utánozták Simon methodusát, betegei septikus peritonitisben pusztultak el, a mennyiben a fonalak a peritoneum vesico-rectalis áthajlási redőjén mentek keresztül. *Holmes* később a Dupuytren bélszorítóihoz hasonló műszereket használt a hólyag és végbél falának átlyukasztására, de czélt nem ért, a mennyiben a vizelet ezután is nagyobbrészt a felső nyiláson ömlött kifelé. *Smiths* végre iparkodott az uretereket a colon hátsó falához erősiteni; egyik oldalon sikerült is neki, míg a másik oldalon a kisérlet halálosan végződött. Ő maga is bevallja, hogy a vese működése a műtét által lényegesen alterálva lett, még pedig véleménye szerint azért, mert a vesemedencze és colon között csak 5 cm.-nyi ureterrészlet feküdt, igy tehát a bélgázok szabadon érhették a vese gyurmáját. Ez eset elbirálása alkalmával megjegyzi *Harrison*, hogy nagyon kérdéses, vajjon a rectum egyáltalában mint recipiens fog-e a követelményekhez alkalmazkodni és vajjon nem fog-e a vizelet a végbélben állandó székingert, diarrhoeát és fájdalmas izgatottságot okozni.

Ezzel ellentétben azonban a tapasztalat és az irodalomban felemlitett, kétségtelenül helyesen megfigyelt esetek azt mutatták, hogy léteznek vesico-intestinalis és uretero-intestinalis sipolyok, a melyeknél daczára hogy a vizelet nagy része a bélen át folyik le, incontinentiának nyomát sem találjuk, a mennyiben a végbél záróizomzata a vizeletet biztosan visszatartja és csak időnkint, több óra lefolyása után ereszti szabadon. Igy például Richardson szerint (Philosophical Transactions VII.) egy gyermek veleszületett cloakaképződéssel 17 évig élt, aránylag jólétben. Mindeme körülmények, valamint azon szomorú tény, hogy valamennyi, bármely módszer szerint operált beteg közül gyökeresen egy sem gyógyult meg, nevezetesen egynél sem sikerült a szó szoros értelmében teljes vizeletvisszatartási képességet elérni, ösztökélték *Maydl Károly* prágai tanárt arra, hogy Simon nyomán haladva az anti- és asepsis védő szárnya alatt új utat és módot szerezzen a baj lehető gyökeres gyógyitásának. *Maydl* mindkét uretert az eddigi tapasztalatok szerint legkedvezőbb és legkönnyebben elérhető bélrészletbe, az S. rom.-ba varrta be a hólyag exstirpatiója után. Sajátossága az ő methodusának, hogy ő az ureterek és vesék a végbélfelőli infectiójának lehető elkerülése végett, mindkét ureter szájadékát záróizomzatával együtt lehetőleg épségben tartva, egy elliptikus kis hólyagrészletet is exstirpál és bevarr a vastagbélbe

(Folytatása következik.)

A tabes therapiája aetiologiai szempontból.[1]

Irta: *Sarbó Artur* dr. m.-tanár.

(Vége.)

Egy további kérdés az, vajjon diagnostizálhatjuk-e a tabest már abban a szakban, mert ha nem, úgy theoretikus fejtegetés értékénél többet egész feltevésünk nem ér. Mielőtt erre a feleletet megadnók, végig tekintve a tabes diagnostizálhatósági történetén, azt látjuk, hogy az rendkivül megfinomodott; míg azelőtt 2—3 évtized előtt az ataxia volt a főtünet, hiszen Duchenne de Boulogne innen is nevezte el ataxia locomotrice-nek a tabest, addig ma már oda jutottunk, hogy két fontos tünete a tabesnek, mint a milyenek a lanciniáló fájdalom, a Signe d'Argill Robertson, Westphal-tünet, hólyagtünetek, mondom ezek közül kettő elegendő már a tabes biztos felvételére. A lanciniáló fájdalmak az esetek egy nagy részében oly jellegzetesek és előttünk ismeretesek, hogy remélhető, hogy a mindinkább finomuló észlelés a tabest legkoraibb szakában engedi majd felismernünk és ennélfogva joggal remélhetjük, hogy azon therapiás eljárásunkat, melyet a tabes kóroka ellen irányitunk, elég korán fogjuk alkalmazhatni.

Ily szempontokból nézve a tabes therapiájában alkalmazandó eljárásokat, azt kell hogy mondjuk, hogy eme követelményeknek csak azon eljárás felelhet meg, a mely a betegség kóroka ellen irányul. Ha igaz az, hogy a tabes syphilises eredetű, mint a hogy minden érv a mellett szól, hogy az, akkor indokolt az antilueses eljárás megkisértése. Indokolt annyival is inkább, mivel fel kell hogy tegyük azt, hogy a syphilises méreg jelen van a szervezetben és ennek befolyása alól a szervezetet felmenteni jelen tudásunk szerint csak antilueses eljárással birjuk. Az eddig is alkalmazott eljárások (mint galvanotherapia, suspensio, argentum nitricum stb.) egyike sem bir ezen fent kifejtett megokolható alappal, mindegyikünknek egyes tünetekre valamelyes hatása lehet, hogy van, de a tabeses folyamatra magára hatni nem képesek. A tabesnek antilueses kezelése jogosult még más okból is. A mint *Winkler*[1] beszámoló értekezésében olvassuk, nem egy tabes-esetben specifikus lueses elváltozások (meningitis syph.) is voltak

[1] Über die Berechtigung und die Wirkung der Quecksilbercuren bei Tabes. Berl. klin. Wochenschrift. 1893 Nr. 15.

jelen, ez is határozottan indokolttá teszi a therapia alkalmazását. Ha végigtekintünk az irodalmi eziránvú közleményeken, úgy felötlik, hogy akkor, midőn legelőször hangoztatták a tabes lueses eredetét, egész sora jelent meg a közleményeknek, melyek egy része eredményes antilueses eljárásról referált, mig a másik részük eredménytelenségről számolt be, sőt voltak olyanok is, mint pl. Charcot, ki károsnak mondotta a tabeses folyamatra nézve az antilueses kezelést, szerinte az opticus atrophiát siettette. Ez időből eredő nézet, hogy nem várjuk az antilueses eljárás hatását, mert nem syphilises elváltozás a tabes, hanem egy következményes bántalom, mely ellen antisyphilises eljárás hiábavaló.

Erb iskolájából indult ki újolag a mozgalom a tabesnek antilueses kezelése mellett. 1893-ban *Winkler* Erb klinikájáról 71 esetről számol be, ezek közül 58 javulás, 11 változatlan, 2 rosszabbodó eset van. Úgy hogy Winkler határozottan az eljárás alkalmazhatósága mellett nyilatkozik; a két rosszabbodó esetben a kenőkúrát sem lehetett felelőssé tenni. Majd *Erb* lépett fel és állította össze *Therapie der Tabes*[1] című munkájában az érveket, melyek az antilueses eljárás jogosultságát védik és legújabban a moszkvai congressuson ugyancsak *Erb* referáló előadásában élénken védte az eljárás jogosultságát. Úgy hogy napirenden levő kérdés az, a melynek taglalásába bocsátkoztam és ennélfogva czélom odairányul, az orvosegyesületben jelen előadásommal az itteni körök nézetét és felfogását kifejezésre juttatni.

Az eddigiekből kitünt az, hogy theoretice a tabesnek antilueses kezelése jogosult és hogy az eddigi közölt esetek biztatók, még ha vérmes reményeinket nem is igazolták teljesen. De tekintetbe kell vennük azt, hogy az észleletek száma még nem elég nagy a kérdés akármely irányban való igazságos eldöntésre. Saját kis tapasztalatomból a következő eseteket vagyok bátor felemliteni:

I. H. Lőrincz 29 éves, kávéházi szolga. Julius 30. Lanciniáló fájdalmak. Anisokoria. Signe d'Argyll Robertson, Westphal. Peronaeus analgesia. Romberg. Ataxia. 1½ év óta impotens. Luest első vizsgálatkor tagad. Második látogatáskor előadja: „Bevallom doctor úrnak, hogy utána néztem könyvemben és tényleg volt syphilisem." Kezelve nem lett, 3—4 nap alatt a seb begyógyult. Szeptember 10. Bedörzsölési kúra alá lett vetve. Két heti használat után jelenti, az érzés a talpában visszatért. Járása biztosabb. Ther. folyt. Szeptember 28. Érzése a lábon visszatért, különösen a jobb jobban beteg lábfején. Október 6. Érzés a lábakban javult, „már mindenütt jól érzek", de járása ingadozó, dobáló. Incontinentia urinae. Kimaradt.

Határozott érzésbeli javulás volt ez esetben constatálható, vele együtt a járás biztossága is javult valamelyest.

II. F. Lőrincz, 44 éves, hivatalnok. 1896. augusztus 19. Egy év előtt vette észre mintha gummi volna lábai alatt, zsibbadás. Lábai összerogynak. Lanciniáló fájdalom. Hat év előtt chancre durum, ugyanakkor luetikus kiütés, az ellen kenőkúra. Anisokoria. Signe d'Argyll Robertson. Westphal-tünet. Peronaeus analgesia. Alsó végtagban analgesia. Ataxia. Romberg. Övérzés. Incontinentia urinae. Libido teljesen megszünt. Mult év végén crises gastriques. R. Kenőkúra. Augusztus 31. Valamivel könnyebben van, a zsibbadás a lábaiban enyhült. Lanciniáló fájdalmak. Álmatlan. Szeptember 10. Igen erős fájdalmak a bokában, kéztőben és gyomorban. A kéztő állítólag meg volt duzzadva. Vidékre megy két hétre. Inunctiós kúra ez időre kihagyatik. Szeptember 30. Nyugodtabban van. Újból kenőkúra. Október 7. Alsó végtagban a zsibbadás enyhült; határozottan állitja a beteg, hogy már csupán a bal talpán van még zsibbadás érzete; mig azelőtt czombján hidegségi érzete volt, az most elmult. Szaggatásai hat hete nem voltak. Október 22. Douleurs fulgurants. November 24. Járása jobb. Lépcsőn jobban jár, azelőtt összeroskadt. Négy nap óta álmatlan. Deczember 3. Kenőkúra kihagyatik. 150 gm.-ot dörzsölt be. 1897 elején újból kenőkúrát kapott és galvanizálva lett. A nyáron hidegvizkúrát használt. Ez idő óta teljesen jól érzi magát, munkája után lát.

Kérdés az, vajjon káros-e az antilueses eljárás. És ha nem, mely esetei a tabesnek azok, melyekben alkalmazandó; melyek az alkalmazás feltételei, ha alkalmazandó, miképen foganatosítandó az, melyik eljárás a legczélravezetőbb?

Az antilueses eljárás káros voltát *Charcot* abban látja, hogy sietteti a megvakulást. Charcot ezen nézete azonban a tapasztalat által igazolva nem lett. *Erb*, kinek e téren legnagyobb tapasztalata van, jelzett munkájában oda nyilatkozik, hogy kellő cautelákkal alkalmazott bedörzsölési kúra ilynemű káros hatást nem fejt ki. A bedörzsölési kúra gyengitő hatása az alkalmazási mód miképisége által kikerülhető, a mint azt alábbiakban bővebben kifejtem. Újabban *Bauer*[1] experimentalis eljárása útján vizsgálta azon kérdést, vajjon a higanymérgezés a központi idegrendszerben hoz-e létre változást és azon eredményre jutott, hogy az teljesen érintetlen marad a higany befolyásától. Ezzel egyúttal a még itt-amott felhangzó nézetnek jogosultságát is megdöntötte, a mely nézet szerint az alkalmazott higany volna a tabeses tünetek esetleges okozója. *Erb* a higanykúra ártalmatlan volta mellett több esetben évszámra alkalmazott higanykúrás eseteket emlit fel, melyekben semminemü káros befolyás, daczára a higany óriási mennyiségének nem volt észlelhető.

Constatálva a higanykúra veszélynélküli alkalmazhatóságát, áttérhetünk arra a kérdésre, hogy a tabes mily eseteiben alkalmazandó az. *Erb* az alkalmazás feltételeit a következőkben foglalja össze.

1. Minden tabes-esetben, melyben syphilis ment előre, az antilueses gyógyeljárás indokolt, az egyes eset szigorú individualitása mellett.

2. Különösen alkalmas ily kezelésre: a tabes kezdeti szakában levő minden friss eset, melynél a syphilises fertőzés rövid idővel előzőleg történt.

3. Minden eset, melyben a syphilisnek florid tünetei a test még egyéb helyein láthatók.

4. Végül azon esetek, melyekben a syphilis nem részesült kielégitő kezelésben.

Az első pont annyiban bővitendő ki, hogy nemcsak oly tabes-esetben indokolt az antilueses gyógyeljárás, hol az előrement syphilis biztosan kimutatható, hanem tabes minden esetében; e mellett az egyénitésnek tág tere nyilik.

És tényleg úgy áll a dolog, hogy vannak tabes-esetek, melyekben a szemfenéki elváltozások már igen korai szakban nagy fokban kifejezettek és a melyek rohamos megvakulással végződnek, akár alkalmazunk kenőkúrát, akár nem, és érdekes klinikai tapasztalat, hogy ezen esetekben a tabes többi tünetei mintegy megállíttatnak, nem fejlődnek ki.

Fejtegetéseinkből az indicatiók felállítása kérdésében még az is következik, hogy az antilueses eljárás lehetőleg a tabes legkoraibb szakában alkalmaztassék, mert ha van prohibitiv hatása ez eljárásnak, úgy ez legsikeresebben ebben a szakban érvényesülhet. Már említettük, hogy a lanciniáló fájdalmak azok, melyek a tabes-esetek túlnyomó többségében a bántalom első tünetét képezik. Ha sikerül elég biztos kriteriumait találni e tünetnek, úgy remélhető, hogy therapeutikus beavatkozásunk elég korán lesz alkalmazható és a tabes többi tüneteinek kifejlődését megakadályozhatjuk. Egy másik korai tünet a szemizomhüdés. Minthogy tudjuk, hogy a tabeses korban fellépő szemizomhüdések vagy specifikus luesesek, ha pedig nem azok, úgy tabes vagy paralysis progressiva előhírnökei, úgy ebből az következik, hogy minden szemizomhüdésnél, mely a tabeses korban lép fel, alkalmazzuk az antilueses eljárást. Évek tapasztalatai szükségesek arra, hogy ez irányban biztosat mondhassunk, de mivelhogy az antiluetikus eljárással nem ártunk, alkalmazása ez esetben indokolt.

Ezek szerint az *Erb* által felállított indicatiókat a következőkkel bővítjük ki.

1. Tekintettel arra, hogy van jogos okunk feltenni azt, hogy minden tabes kórelőzményében a syphilis szerepelt, az antilueses gyógyeljárás megkisértése *minden tabes-esetben* indokolt, az egyénités elvei fentartása mellett.

2. A tabesnek minél koraibb szakában alkalmazzuk az antilueses eljárást, annál inkább remélhető, hogy azt kifejlődésében megakadályozhatjuk.

3. A tabeses korban fellépő szemizomhüdések minden esetében alkalmazzuk az antilueses eljárást.

A mi már most azon kérdést illeti, melyik antilueses eljárás az, melyet alkalmazzunk, úgy *Erb* tapasztalatai a mellett szólnak, hogy a kenőkúra az, mely legalkalmasabb. Itt van helyén megemliteni, hogy az antilueses eljárás alkal-

[1] Sammlung klinischer Vorträge. 1896 Nr. 150.

[1] Der Einfluss des Quecksilbers auf das Nervensystem des Kaninchens. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 12. 1 H.

mazása egymagában nem elegendő, combinálni kell azt egy roboráló eljárással.

Az eljárás, melyet eseteimnél követek, a következő: Kenőkúrából (3—4 gm. ung. hydr. cin. pro die) két cyclust végeztetek (30—40 gm.), megfigyelvén az egyén ellentálló képességét; ha látom, hogy jól tűri, folytatom a kúrát, 8—10 cyclust végeztetve, a mi 120—160 gm. ung. hydr.-nak felel meg. Azután jodkalit ($1^1/_2$—2 gm. pro die) adagolok 1—2 hónapon át, majd újra 8—10 cyclus kenőkúrát, úgy hogy 250—300 gm. ung. hydr.-ot dörzsöltetek be. Ezután körülmények szerint enyhe hidegvízkúrát, villamozást alkalmaztatok. Az egész idő alatt súlyt kell helyezni a jó és bő táplálkozásra. Ha a próbacyclus után azt veszem észre, hogy az egyént a kenőkúra nagyon megviseli, pl. nagy testsúlyvesztéség áll be, kihagyom azt és jodkalit adagolok 3—4 héten át, ezután újból hozzáfogok a kenőkúrához, óvatosan behozva ekként 2—3—4 heti megszakításokkal. A következő évben a kenőkúrát újból alkalmazom.

Az antilueses eljárás eredményeinek megitélésénél még sok pont kérdéses. Hatása van, azt egyes tünetek prompt megszünéséből következtethetjük, igy a 2. számú esetben a paraesthesiák megszünése és ez által a járás javulása félreismerhetlen összefüggést tüntet fel; még élesebben tünnek elő *Winkler* eseteiben a javulás jelei. Azon kérdés, vajjon az antilueses eljárással a tabes további menetét megakadályozhatjuk-e vagy sem, az eddigi közölt esetek alapján el nem dönthető, ehhez hosszabb észlelési idő szükséges. Úgy hogy összegezve az eddigi tapasztalatokat, azt kell hogy mondjuk, hogy ha végleges itéletet az antilueses eljárás gyógyitó, illetve prohibitiv volta felett nem is alkothatunk még, vannak jeleink, melyek arra látszanak utalni, hogy ily irányban eredményesen alkalmazhatjuk az eljárást és tekintetbe véve ártalmatlan voltát, a fent kifejtett indicatiók alapján minden tabes-esetben megkisértése indokolt.

Közlemény a fővárosi „Erzsébet"-szegényház idegelmebeteg osztályáról.

A tabeses elfajulás localisatiójáról és lényegéről.[1]

Irta: *Schaffer Károly* dr. egyet. m.-tanár, szegényházi rendelő orvos.

(Folytatás.)

Nageotte szerint a gangl. spinaleból kilépő hátsó gyökök a dura és az arachnoidea által hüvelyszerüen borittatnak, mely borékjukat azonban elvesztik, a mint a duralis, illetve arachnoidealis zsákba belépnek. Ezen átmeneti helyen *Nageotte* paralytikus tabesekben, vagyis friss, heveny esetekben a nevezett hártyák sejtes beszürődését találta, mely egyenletesen fogja körül úgy a hátsó, valamint az ugyanitt nekifekvő elülső gyökeret. E beszürődés idővel nagyfokú hegedésbe, sclerosisba megy át. Ez az elsődleges gyökmegbetegedés másodlagos elfajulásként a felhágó gyökelfajulást idézi elő. *Nageotte* szerint a hátsó gyök idegrostjai, a melyek a lobos gyűrűn áthaladnak, nem csupán nyomást, hanem egyúttal táplálási zavart is kénytelenek eltürni. A lobos neoplasma — ez az eredménye a neuritis transversa-nak — eldugaszolja a nyirokhüvelyeket, magzavarja a rendes vérkeringést és végül mindenek szerint toxikus anyagokat létesit, meglehet, hogy specifikus anyagokat, a melyek az idegrostokra közvetlenül hathatnak. Utóbbi értelemben a toxinok elméletét *Nageotte* is elfogadja. Ezekből kitetszik, hogy a jelzett folyamat mielőtt az idegrostokat teljesen tönkretenné, ezeket oly módon bántalmazza, hogy azt anatomiailag ki sem mutathatjuk. *Nageotte* felveszi, hogy a hátsó gyökrostok neuritisére beálló másodlagos elfajulás akkép következik be, mikép a *Westphal* által kimutatott loborelfajulás a dementia paralyticánál. Utóbbi a bántalmazott kéregtől távolabb eső pontokon, jelesen a gerinczvelőben a legkifejezettebb és mind elmosódottabb, a mint a kéreghez közelebb eső szelvényét a loborpályának vizsgáljuk. Tehát a tabesnél is már elfajulást mutatnak a hátsó gyökrostok intramedullaris folytatásai (vagyis a hátsó kötelek), a midőn még a hátsó gyökökön önmagukban véve nagyobb fokú bántalmat még nem ismerhetünk fel.

Mint igen érdekes körülményt emliteném fel *Nageotte* vizsgálataiból, hogy e szerző szerint ugyanolyan lobos folyamat, mint a hátsó gyökökben, megtámadja az *elülső gyökereket* is, csakhogy ezeknek idegrostjai hasonlíthatatlanul ellentállóbbak az interstitialis folyamattal szemben. *Nageotte* sem tartja kizártnak, hogy a tabeses egyéneknél mutatkozó „névrite périphérique motrice" boncztani substratumát az elülső gyökereknek ez a bántalma képezheti.

Obersteiner és *Redlich*, mint emlitők, ugyancsak a hátsó gyökökben, csakhogy ezeknek egy más pontján, mint a *Nageotte*-féle hely, keresték és vélték feltalálni a hátsó kötélbeli elfajulás kiindulási pontját. E szerzők a hátsó gyöknek a gerinczvelőbe való behatolása pontját vélik első sorban arra alkalmasnak, hogy innét induljon ki a hátsó gyökök intramedullás ágainak elfajulása; e véleményüknek egyik fő argumentuma, hogy az általános tapasztalás szerint a tabesnél a hátsó gyökök intramedullás folytatásai vagyis a hátsó kötél már elfajult, a midőn a hátsó gyök extramedullás részében, a tulajdonképeni hátsó gyökben technice kimutatható elfajulás még nem létezik. Úgy látszik tehát, hogy az elfajulás kiinduló pontja a gyöknek a hátsó kötélbe való belémélyedése helyén van; az e helynek épen *Obersteiner* és *Redlich* által leirt szöveti különleges szerkezete mintegy favorizálja e pontot arra nézve, hogy bármily kóros behatás itt érvényesüljön első sorban. A mint ugyanis a hátsó gyökök a gerinczvelőbe belépnek, úgy a pia és a gerinczvelő corticalis (kötőszövetes) állománya által képezett gyűrűn kénytelenek áthaladni; e helyen a hátsó gyökerek határozott befüződést szenvednek el, mely abban nyilatkozik, hogy itt a velős hüvelyek rendkivül elvékonyulnak, sőt helyenként el is vesznek. *Obersteiner* és *Redlich* e ponton locus minoris resistentiae-t véltek látni s főleg azt vették fel, hogy meningealis folyamatok avagy az e ponton rendszerint fekvő véredény által kifejtett nyomás a gyökre káros hatást fejthetnek ki. Tény, hogy a tabesnél, főleg a taboparalysisnél a gerinczvelő hátsó felszinén elég gyakran látni leptomeningitist kisebb-nagyobb fokban, de nem mindig; épen utóbbi körülményre való tekintettel *Obersteiner* nem is annyira a tulajdonképeni meningitisre, mint inkább az e helyen lefolyó izgalmi állapotokra és az ezeket követő zsugorodási folyamatokra fektetett főslyt, mely utóbbiak igen alkalmasok a gyököket agyonfojtani. *Obersteiner* e jelenséget a kötőszövetnek hasonló, heges zsugorodásával, minő a máj tertiaer-syphilitikus zsugorodása, helyezi analogiába; a tabesnek syphilitikus aetiologiája e felfogást könnyen támogathatná.

Az *Obersteiner*-féle theoriát első sorban *Nageotte* és utána *Massary* és *Philippe* támadták meg azzal a bebizonyulás esetén mindenesetre súlyos ellenvetéssel, hogy a bécsi szerzők által leirt befüződés valóságban nem is létezik, hanem hogy műtermék, a *Müller*-féle folyadék zsugoritó hatásának következménye. Nos, ez az ellenvetés tényleg nem áll; a ki a gerinczvelő ép és kóros szövettanával behatóan foglalkozott, annak bizonyára feltünt a jelzett *Obersteiner*-féle gyűrű; *Siebert, Spiller* és *magam* is állást foglalunk e gyűrű existentiája mellett.

Obersteiner viszont azt veti *Nageotte* felfogása ellen, hogy a neuritis transversa miért hat épen csak a hátsó gyökérre pusztitólag s miért nem az elülső gyökérre is, mely ugyancsak ki van téve a neuritis hatásának; *Nageotte* ama feltevése, hogy az elülső gyök ellentállóbb, puszta hypothesisnél nem egyéb és nem tarthat komoly respectálásra igényt. Feltünő továbbá *Obersteiner* szerint, hogy a némileg már előrehaladt tabeses esetekben az elfajuló gyökök a dura gyűrűjét távolról sem töltik ki s igy a dura által történő körülfüzést sem szenvedhetik el. Egyébként elismeri saját vizsgálatai alapján, hogy a *Nageotte* jelezte helyen infiltratio képződik, de azt nem tartja elég hatékonynak arra nézve, hogy a hátsó gyököket elfajulásra birja.

Látjuk ezekből, hogy ama theoriák, melyek a tabeses gyökelfajulást magának a gyöknek a bántalmából akarják levezetni, alig képesek minden ellenvetéssel szemben megállani; *Nageotte* theoriájának gyengéit *Obersteiner* leplezte le, *Obersteiner* felfogása integritását pedig saját tanitványa *Redlich* érinti, mondván a mestere által hangsúlyozott heges zsugorodásokra „Es ist nun freilich zuzugestehen, dass eine solche Annahme bei aller ihrer Berechtigung denn doch nicht mehr als Hypothese ist.“

A szerteágazó vélemények közepette azonban egy *tény* emelkedik ki, a melyet megdönteni utóbbi időkben még csak meg sem kisérlettek, sőt előtte minden nézet meghódolt és ez a *tabeses hátsó kötélbeli elfajulás gyöki jellege*. Vajjon a *Nageotte* avagy az *Obersteiner* által jelzett helyből indul-e ki a gyökbántalom, vajjon utóbbit dús proliferatio avagy inkább egyszerű zsugorodás okozza-e? mindez nem érinti legkevésbbé sem a főkérdést, t. i. a tabeses elfajulás gyöktermészetét. Az elágazó vélemények csak azt igazolják, hogy biztosan és szabatosan nem ismertük fel minden részletében azt a folyamatot, mely a tabes alatt a hátsó gyököket megtámadja. De nem csupán e kóros folyamat lényegét, hanem azt a módot, a mely szerint ez a gyököket illeti, sem tisztáztuk még kellőképen. Ez alatt azt a kérdést értem, hogy a hátsó gyökbeli bántalom az egyes gyökben foglalt *összes rostokat* egyenlően, vagyis *sommásan* éri-e, avagy a gyökbántalom a gyökben foglalt *bizonyos rostokat*, bizonyos részletét támadja meg, mely esetben *electiv* természetet árulna el. E kérdésnél csak jelzem, hogy *Redlich* és *Obersteiner* a sommás, *Mayer Károly* az electiv természetű bántalmat vallják, illetve *Redlich* az utóbbit az előbbi mellett lehetségesnek tartja. Saját tapasztalásom oda szól, hogy a tabeses gyökbántalom egyes esetekben sommásan, túlnyomóan elective folyik le, sőt úgy gyanítom, hogy egészen friss esetben minden tabeses gyökér elective betegszik meg és csak fokozatosan válik egészben bántalmazottá. Fentebb említők, hogy minden hátsó gyök részben igen finom, részben vastagabb rostokból, továbbá rövid, középhosszú és hosszú rostokból áll. Nem valószinütlen, hogy a különböző alkatú gyökrészletek különböző kórtani hajlamokkal birnak; hogy ez a gondolat nem puszta feltevés, azt magam bizonyítottam be legelőször mintegy 4 év előtt, a midőn kimutattam, hogy a gerinczvelő különböző pályái *egyidejű* átmetszésre nem fajulnak el egyszerre, hanem a velősödési egymásután sorrendjében, t. i. az átmetszés utáni negyed napra a Goll-féle köteg, hatodnapra a kisagyi pálya és csak tizennegyednapra az oldalloborpálya.

Úgy látszik, hogy a velőképződés és a velőszétesés párvonalos folyamatok, de egyúttal azt is látjuk, hogy egy és ugyanazon behatásra a különböző pályák különböző tempóban reagálnak. Igy közelfekvő, hogy a hátsó gyökér különbőző részletei is bizonyos árnyalatokban egymástól differáljanak, vagyis hogy a tabeses gyökbántalom, bár egyszerre érje is az egész gyököt, különböző ellentállású, mert különböző pathologiai hajlammal rendelkező rostokra akad. A velőszétesés tehát a hátsó gyökérnek csak bizonyos részleteiben fog legelső sorban mutatkozni, mi mellett ugyanazon hátsó gyöknek egyéb rostjai látszólag épek. Igy képzelem magamnak az electio folyamatát és ez teheti érthetővé, hogy, mint *Mayer* kiemeli, az ágyéki és a nyaki velőben a hátulsó medialgyökzóna többnyire kevésbbé van bántalmazva, hogy alkalmilag, főleg a háti velőben csakis a rövid lefutású illetve középhosszú rostok mutatnak elfajulást.

A tabeses hátsókötegbeli elfajulás eredetére nézve a fentiekben az összes véleményeket nem méritettük ki. Lényegileg két nézetről kell még megemlékeznünk, t. i. a *Leyden* és a *Jendrássik* által felállított felfogásról. Ezek közül első sorban *Leyden* hypothesiséről fogok szólani, mely végső következtetésében a tabeses gyöktanhoz alkalmazkodik s igy rokon az uralkodó felfogással. *Leyden* a tabes kiindulását a környi érző idegekbe helyezi, mert ezek úgy meghülés, átfázás, szóval a hő és a nedvesség, valamint a trauma útján sokszoros bántódásnak vannak kitéve. Ily módon könnyen fejlődhetnének ki ezekben destructiv folyamatok, melyek fokozatosan súlyosbodnának. A *Dejerine* által kimutatott környi degenerativ neuritis e felfogásnak kórszövettani substratumát képezhetné. E felfogásnak azonban egy lényeges gyengéje abban áll, hogy jelen kórtani felfogásaink alapján nem tudjuk elképzelni, hogyan terjedhet ez a környi neuritis a gangl. spinale megkerülésével a hátsó gyökökre át, a melyeknek lényeges szerepét a tabeses bántalomban épen *Leyden* emelte ki, mint az elsők egyike. *Waller* óta tudjuk, hogy a gangl. spinale trophikus góczot képez oly értelemben, mely szerint e gócz bántalma úgy a környi érző ideg, valamint a hátsó gyöknek egyidejű elfajulását idézi elő, mig az érző idegnek egyedüli bántalma *mindenkoron* megállapodik a gangl. spinale előtt, azon túl nem terjed. A gangl. tehát *Hitzig* szavai szerint áthághatlan torlaszt „barricade infranchissable“ képez. Hogy kerül tehát a *Leyden* által elsődlegesnek tartott környi neuritis mégis a hátsó gyökérre? *Leyden* e nehézség leküzdése czéljából *Marinesco* hypothesisét veszi igénybe, melynek értelmében a spinaldúcznak a rendes tápláltatáson kivül a körzet felől rendszeresen beható ingerekre van szüksége a czélból, hogy ép szerkezetét megtarthassa. A végtagamputatio utáni sorvadása a hátsó gyököknek és a hátsó kötélben a megfelelő intramedullás gyökrostoknak, analogonját képezné *Leyden* feltevésének. Úgy hiszem, nem kell hosszasabban bizonyítgatnom, hogy egy újabb hypothesissel, minő *Marinescoé*, a *Leyden*-féle hypothesis nem fog erősbödni, sem pedig plausibilissé válni; a végtagamputatio utáni gyök- és hátsó kötélbeli elváltozások pedig egyszerűen *atrophiás* természetűek, melyek absolute nem helyhezhetők a súlyos *degenerativ* természetű tabeses elváltozásokkal párvonalosságba. Tény, hogy *Leyden* tanát csupán tanitványai követik s egyáltalán nem hódított tért.

Utolsónak hagytam *Jendrássik* tanár felfogását a tabes keletkezéséről. Időbeli sorrend tekintetében *Strümpell* után kellett volna róla megemlékeznem, mert a budapesti kir. orvosegyletnek 1887. november 12-dikén tartott ülésén közöltetett a tudományos világgal. Hogy ily későn szólok róla, annak oka az a körülmény, hogy teljesen távol áll az eddig taglalt theoriáktól, azokkal semminemű rokonságban nem áll s igy tárgyalásom eddigi menetébe beléilleszthető nem volt; velejét röviden a következőkben adhatom. *Jendrássik* a tabes sarkalatos tüneteit kritikailag elemezvén, arra a felfogásra jut, hogy a szem részéről jelentkező eltérések, a Rombergtünet, az ataxia nem annyira a gerinczvelő, mint sokkal inkább az agykéreg bántalmazottságából magyarázhatók. Ezen okoskodás alapján a nagyagy kérgében keresi a tabes elsődleges kórszövettani elváltozásait; két esetnek a Weigert-Pál-féle festéssel megejtett vizsgálatából azt látta, hogy tényleg az agykéreg velős rostozata megritkult, a mi úgy a tangential valamint a sugaras velőrostoknak jelentékeny kieséséből nyilvánul. *Jendrássik* figyelmessé tesz ezen elváltozásoknak a dementia paralyticánál ugyanily alakban előforduló elváltozásokkal való megegyezésére, de különbséget talál a bántalom kiterjedésében: a tabesnél a féltekének hátsó, a központi barázda megetti felében, a paralysisnél a félteke elülső felében találni szerinte a jelzett kéregbeli elváltozásokat. A gerinczvelői elfajulást pedig függő viszonyba helyezi a kéregbeli bántalomhoz, a mennyiben a hátsó kötélbeli elváltozások másodlagos elfajulást képviselnének. Azon a körülményen ugyan, hogy a kéregbeli elváltozás és a gerinczvelői elfajulás közt degenerált pálya nincs s igy hiányzik az anatomiai lánczszem, *Jendrássik* maga is fennakad; a hátulsó kötelek elfajulása a nyultvelő háti magvaiban véget ér és az érző pálya további folytatása, a hurokpálya (a II. érző neuron; az elsőt a hátsó köteg képviseli) még oly súlyos tabesnél is *sohasem* találtatott elfajultnak. E sarkalatos hézag eloszlatására állatkisérletekre és klinikai észleletekre hivatkozik, melyek értelmében az agykéreg sérülésére, agydaganatokra, kisagyi álképletekre a hátsó kötelekben elfajulás mutatkozik.

(Folytatása következik.)

Az agy sebészetéről.

Felolvasta a debreczeni orvos-gyógyszerészegyesület 1897. évi november havi ülésén *Csikós Sándor* dr.

(Folytatás.)

A koponyaüreg vérömlenyeit két főcsoportba osztjuk be. Az első csoportba a traumatikus eredetű, a másodikba a spontan vérömlenyek tartoznak.

A traumatikus vérömlenyek a koponyacsontok, az agyhártyák, az agyállomány ereiből vagy a sinusok sérüléseiből erednek.

A véralvadékokat a dura fölött, a dura alatt, az agy kérgében, az agy állományában s a gyomrocsokban találhatjuk.

Bennünket sebészeket legfőkép a meningealis vérzések érdekelnek. Az agy állományában fészkelő vérzések rendszerint az agyállomány reparálhatatlan sérüléseivel járnak, s így gyógyíthatatlanok.

A koponya üregében fellépett arteriosus vérzések csak sebészetileg gyógyíthatók. Legtöbbször halálosak vagy elnyomorodást vonnak maguk után; míg másfelől műtéteinket rendesen siker koronázza.

A vérömlenyek általános és localis tünetek által árulják el magukat.

Az általános tünetek az agynyomás tüneteivel azonosak. A localis tünetek, ha jelen vannak, megjelölik az agy felületének legerősebben nyomott részletét, s így beavatkozásainknál becses támpontokat szolgáltatnak. Rájuk nem térek vissza.

A koponyaüreg vérzései s az agyrázkódás majdnem teljesen hasonló kórképet hoznak létre, de megkülönböztethetjük őket mégis elég biztosan. A vérzés tünetei mindig fokozódnak. Rendszerint lassan fejlődnek. Néha a trauma után csak bizonyos idő mulva mutatkoznak, s helyváltoztatás, felülés, izgatottság stb. után hirtelen rosszabbodnak.

A dura alatt és felett jelentkező vérzések között a különbséget nem mindig ismerjük fel. Általában a dura és csont közti vérzések tünetei sokkal lassabban fejlődnek ki és nem oly súlyosak, mint a subduralis vérzés tünetei. Rendesen a meningealis erek vagy a sulcusok környékén találjuk őket, míg a subduralisak az agyfelület bármelyik részén előfordulnak.

A ki agyvérzés miatt operálni akar, ismerkedjék meg a sinusok és meningealis erek lefutásával s az agykéreg localisatiójával. E nélkül nem boldogulunk.

Nagy, patkóalakú lebenyeket vésünk le, hogy a vérzés helyét megtaláljuk s a vérzést csillapíthassuk.

Ha a vérző helyet megtaláltuk s az aludt vért vigyázva, nagyon óvatosan eltávolítottuk, igyekezzünk a vérzést csillapítani.

Lekötés, körülöltés, s ha így sem sikerülne, kitömés jodoformgaze-zel, a használatos eljárások. Ha a vérzés megszünt, visszahelyezzük a csontot és lágyrészeket, bevarrjuk s bekötjük a sebet.

Más eljárás a vérzés csillapítására felesleges. Nem keressük az arteria meningea mediát a canalis sphenostyloideusban, vagy azon kivül. A carotis interna vagy plane a carotis communis lekötése pedig nemcsak nem szükséges, hanem káros, sőt veszedelmes eljárás is.

Az agyvérzések csillapítására szolgáló fentebb leirt műtétek eredménye nagyon szép.

Weinmain 110 közül 76-ot; Nancred 40 közül 24 et; Bergmann pedig 22 eset közül 20-at gyógyított meg.

Az agy sebészete ezen a téren üli legszebb diadalait. Melegen ajánlható. Nem szükséges ugyan minden koponyaüregbeli vérzésnél azonnal késhez nyulni; legyünk a műtétre mindig készen, s ha ideje elérkezett, ne késsünk egy pillanatot se.

A spontan vérzésekkel szemben nem vagyunk ilyen kedvező helyzetben. Ritkán határozzuk el magunkat a beavatkozásra. A kilátások nem csábítók. Az eredmények határozottan rosszak.

A vérzés vagy a meningealis vagy a cerebralis erekből származik. Ehhez képest az agyhártyák között vagy az agy állományában kártékonykodott.

Az agyhártyák között bármelyik rétegben találunk vérkiömlést. Jó részük azonban nem érdekli a sebészt. Ilyenek azok a vérömlenyek, a melyek infectiosus betegségek s mérgezések következtében keletkeznek a dura felett, az arachnoidea két lemeze között és alatt.

De igenis érdekel bennünket a pachymeningitis interna haemorrhagica.

A pachymeningitis chronikus betegség, részegeseknél, paralytikusoknál s köszvényeseknél fordul elő. A vérzés másodlagos. Ismétlődni szokott s rendesen halállal végződik. A második időszakban, a mely bennünket közelebbről érdekel, gutaütésszerű tüneteket okoz. Nehezen ismerhető fel. Ez a körülmény akadályozza beavatkozásunkat.

A legelső ilyen műtétet Jaboulay végezte 1889-ben; a másodikat Michaux 1891-ben s a harmadikat. M. Cash 1894-ben. Mindannyian sikeresen. Nemcsak a műtét sebe gyógyult meg, hanem a hűdési tünetek is elmultak.

Az agy állományában fészkelő vérkiömléseknek is van — olyan, a milyen — sebészeti jövőjük. A kilátások nem túlságosan fényesek, az elért eredmények nem nagyon csábítók ugyan, de mindenesetre figyelmet érdemelnek.

A sebészeti beavatkozás első sorban diagnostikus szempontokból jöhet kérdésbe.

Javasolták a gerinczcsatorna megcsapolását. Azt tételezték fel, hogy ha a vérömleny valamelyik agygyomrocsba betört, akkor tiszta vér, ellenkező esetben tiszta liquor cerebrospinalis ürül ki. Nem vezet czélhoz. Veszedelmes eljárás. Lenhardt 11 betegnél gyógyítás czéljából kisérlelte meg ezt az eljárást. Nem volt sikere. Nem utánozta senki. Méltán napirendre tértek felette.

Ajánlották továbbá a carotis communis lekötését, az ismétlődések elkerülése végett. Kétszer végezték. Egyik sikerült.

A koponyát is megnyitották néhányszor. Lampkear három műtétet végzett. Kettőt corticalis haemorrhagia miatt sikerrel. Egyet ventricularis haemorrhagia miatt siker nélkül. Mind a hármat azonnal a vér kiömlése után.

A vérzés későbbi időszakában négy idevágó műtétet végeztek. Bergmann egyet ventricularis haemorrhagia miatt siker nélkül. Mac Ewen, Lucas Championnière és Lampkear egyet-egyet sikerrel.

Azt hiszem vakmerőségnek tekintik a gutaütések sebészeti gyógyítását. Borzadva gondolnak a bonczolások alkalmával látott nagyfokú agyroncsolásokra. Vegyék tekintetbe a felsorolt eredményeket, s gondoljanak arra, hogy a bonczoló asztalra csak a halálos kimenetelű, tehát nagyfokú vérzések kerülnek. Kezdetben a rombolások nem olyan nagyok s a műtét a későbbi elváltozásokat elháritja. Ha a kiömlött vért műtétkor nem találjuk meg, mert a capsula externán túl nem kereshetjük, akkor a nélkül, hogy a betegnek kárt okoztunk volna, meggyőződtünk beavatkozásunk sikertelenségéről.

Az emboliák után fellépő agylágyulásokkal szemben tehetetlenek vagyunk. Idáig csak diagnostikus tévedések következtében próbálkoztak vele.

Az agy spontan vérömlenyei ellen csak a legújabb időben kezdik az erélyes sebészeti beavatkozásokat próbálgatni. Az idő mutatja meg, vajjon a kisérletek jogosultak-e vagy sem.

Az agytályogokat, a melyekről most mondok majd el egyet-mást, már nagyon régen bevonták a sebészet körébe. De tudományos alapra csak a legújabb időben fektették. Azóta, a mióta az agyműködések localisatióját, úgy a hogy ismerjük.

Az agytályogok, mint a test egyéb helyein található genygyülemek, bacteriologikus alapon fejlődnek.

A bacteriumok vagy sérülések után, a sebeken keresztül jutnak be, vagy valamely szomszédos képlet vagy üreg genyes lobja inficiálja az agyat. A sérülésektől eltekintve legtöbbször otitis media után találkozunk velük; de keletkeznek a koponyacsontok cariese vagy syphilise után is.

Az áttéti pyaemikus tályogok sebészeti tekintetben nem érdekesek; nem is foglalkozunk velük.

A tályog a koponyában közvetlenül a csont alatt, a dura mater alatt, vagy az agy állományában fekszik.

Az agy állományában fészkelő tályogokat két csoportba osztjuk. Az első csoportba az eltokolt tályogokat sorozzák. A másodikba pedig azok tartoznak, a melyek csupán fellágyult agyállománynyal vannak körülvéve.

Az előbbiek nagyon lassan, az utóbbiak rohamosan fejlődnek. Lényeges különbség nincs közöttük; mert a burok-nélküli tályog esetleg kap burkot; a burokkal biró pedig áttöri tokját, minden felismerhető ok nélkül.

Az agytályogok tünetei különbözők. Mások, ha koponyasebbel párosulva, szabadon kiürülnek, mások, ha a geny kiürülése gátolva van, mások, ha a koponya sérülve nincs, s így tovább.

Ha a tályog üregéből a geny szabadon kiürül, súlyosabb tüneteket nem igen okoz; de ha a geny kiürülése gátolva van, akkor a koponya üregében a nyomás növekszik, s ha van reá nyilás, az agy egy bizonyos részlete kinyomul. Képződik a hernia cerebri. A hernia cerebri mindig az agy felületére gyakorolt nyomás növekedését mutatja, s igen sokszor az agytályog tünete. A tályog maga sokszor az előesett agyrészletben fekszik.

De feküdjék az akár itt, akár mélyebben az agyban, az előesést csak úgy gyógyíthatjuk meg, a sérültet a biztos haláltól csak úgy menthetjük meg, ha a tályogot kiürítjük, a geny szabad lefolyásáról gondoskodunk s a további infectiónak gátat vetünk. Természetesen a koponya nyilását legtöbbször tágítanunk kell.

Azok az agytályogok, a melyek a koponya zárt üregeiben feküsznek, nyomják az agyat. Ha lassan fejlődnek agytumorokkal, ha gyorsan növekednek meningitisekkel tévesztjük össze.

De ha nehezen is, felismerjük őket, ha vizsgálatainkat pontosan, lelkiismeretesen végezzük, s keressük az okokat, a melyek tapasztalataink szerint tályogképződésre vezetnek. Néha azonban a legaprólékosabb vizsgálat s a legélesebb logica daczára is tévedünk.

Ha valaki lappangó agytumorban szenved, megüti a fejét: a tumor gyors növésnek indul, csak agytályogra gondolhatunk s mégis műtétkor tumort találunk.

Az agytályogok magukra hagyva, előbb vagy utóbb halállal végződnek; csak akkor gyógyulnak meg, ha a geny szabad kiürülését biztosítjuk.

Ha a tályogot az általános tünetekből felismertük s helyét a localisatio tanára és tapasztalatainkra támaszkodva meghatároztuk: megnyitjuk. Felvéssük a koponyát, s ha a tályog mélyebben fekszik, megnyitjuk a dura matert is, sőt még az agy állományába is bevághatunk néhány centimeternyire, minden habozás nélkül. Különösen, ha a geny jelenlétéről tapintással, Pravaz-tűvel vagy más módon meggyőződtünk. Az így feltárt tályogüreget kitömjük s a tamponokat lassan, óvatosan kevesbítjük, míg az üreg teljesen ki nem telt.

A sérülésekből származó tályogok legtöbbször a fejtetőn, a frontalis és parietalis lebenyben feküsznek.

Otitis media után a tályogot a lobus temporalisban keressük. Localis tüneteket az csak akkor támaszt, ha nagyobb területet foglal el. Rendesen az általános tünetekből diagnostizáljuk, habár nem könnyen, mert otitis media után tályog, septicus sinus thrombosis és meningitis egyforma gyakran fordulnak elő s tüneteik nagyon hasonlítanak egymáshoz.

A meningitis tünetei sokkal rohamosabban fejlődnek, mint az agytályogokéi. Meningitisnél a hallás, látás, de sőt az egész test is hyperaesthetikus. A hő magas, az érverés gyors, szabálytalan, kihagyó. Merevüléseket, görcsöket, strabismust s trismust találunk. Tarkómerevség és fájdalom lépnek előtérbe. Mind olyan tünetek, a melyek a tályogoknál hiányzanak.

(Folytatása következik.)

Ostitis mastoidea sine otitide operált esete.[1]

Krepuska Géza dr.-tól.

F. é. márczius 3-dikán „Ostitis mastoidea sine otitide“ czím alatt volt szerencsém egy beteget bemutatni, a kinél említettem, hogy otorrhoeája sohasem volt, füle sohasem fájt, főpanaszát az képezte, hogy bal füle zúg, rosszul hall; tíz nap óta a fülkagyló mögötti tájék duzzadni kezdett, később fájdalmas lett annyira, hogy aludni nem volt képes. A beteg, midőn bemutattam, már két hét óta ily szánandó állapotban volt és a mint méltóztatnak emlékezni, a betegnél egy gyermeköklönyi terimenagyobbodás volt a kagyló mögött és fölött, melyet egy beszűrődött, vastag, lobos, tömött tapintatú, de alig érzékeny sáncz vett körül, mely egész a halántéktájékra és a falcsontra terjedt. Feltünő jelenség gyanánt említettem, hogy a csecsnyújtvány csúcsa teljesen szabad és ép, nem lobos lágyrészekkel volt borítva.

A kagyló lefelé és mellfelé nyomott volt. Külső hangvezető felső fala tasakszerüen lelógott, a hangvezetőt teljesen obturálta, e miatt a dobhártya területe nem volt áttekinthető. A külső hangvezető hámja ép, nem macerált, kevés híg fülzsírral borított volt. Beteg egész idő alatt láztalan volt.

A beteg bemutatását azért tartottam indokoltnak, mert az egész eddigi lefolyásból az tünt ki, hogy a mi a betegség megjelenését, localisatióját és aetiologiáját illeti, nem tartozott azon typikus csecsnyújtvány-bántalmak sorába, a melyeket dobüreglobok kapcsán, legyenek azok heveny, félheveny vagy idült lefolyásúak, látni szoktunk. Klinice leginkább hasonlított egy gümőkóros csontlobhoz, a milyent gyermekkorban — a csecsnyújtvány primaer, gümőkóros, esetleg luetikus csont lobját értve — nem épen ritkán észlelhetünk és a mely esetekben a dobüreg csak másodlagosan vonatik be a megbetegedés körébe. A bemutatáskor, tekintettel arra, hogy a terimenagyobbodás legnagyobb része tömött, keményen beszürődött volt és csak kis területen lehetett bizonytalanul a fluctuatiót kimutatni, azon gondolattól sem tudtam teljesen megszabadulni és ennek kifejezést is adtam, hogy esetleg valamely a csecsnyújtványból kiinduló neoplasmával van dolgom. Ezek alapján a teljesen helyes kórismét csak a műtéti beavatkozás utánra mertem igérni és egyszersmind ettől tettem függővé a betegség helyesebb elnevezését.

A műtétet folyó év február hó 28-dikán a szent János-kórházban végeztem. A periost alatt elég bő, híg, nyálkás-genyes váladék, csecsnyújtvány alapja egész a pikkelyre és a hangvezető csontos falára kiterjedőleg lecsupaszított; csecsnyújtvány alapján lencsényi fistula, melyből vörhenyes savó nyomul ki. Csecsnyújtvány üregrendszere nagy öblökből áll, melyeket elég tömött, vörhenyes sarjszerű tömegek teljesen kitöltenek; vitrealis lemez ép; „aditus“-sarjakkal kitöltött. Tekintettel a közben már megejthető dobhártyavizsgálatra, a mennyiben az egy kis livid injectiótól eltekintve eléggé épnek látszott, a „radicalis“ műtéti eljárástól elálltam, és így csak a csecsnyújtvány kitakarítását végeztem.

A gyógyulás simán és gyorsan ment. Jelenleg (IV/28-dikán) a csecsnyújtvány üregе már majdnem teljesen kitelödött compact, szilárd sarjszövettel; kis babnyi nyilás jelzi a retroauricularis sebet. Hangvezető teljesen tág, dobhártya a műtétkor talált állapottal teljesen egyező, talán kissé transparensebb. Hallási viszonyok: jobb fül zsebóraketyegés = 1·5 m., sugó beszéd = 4 m. Bal fül zsebóraketyegés = 5 cm., sugó beszéd 50 cm.

A csecsnyújtvány tályogjának genyjéből glycerin-agaron 24 óra alatt a jellegzetes harmatcseppszerü, áttünő apró koloniák fejlődtek, melyek diplo- és streptococcusszerüen elrendezett, apró coccusokból állanak, melyek némelyike — különösen a diplococcus alaknál — hosszúkás, láncdaszerüen megnyúlt. Ezen micrococcus, melyet teljesen tiszta culturában sikerült a genyből kitenyészteni, a *Fränkel*-féle diplococcus lanceolatus vagy a mint újabban nevezik, a „*Streptococcus lanceolatus Pasteuri*“. A genynek gümőkórbacillusra való vizsgálata teljesen negativ volt. A csecsnyújtvány-

[1] Betegbemutatással előadatott a Magyar fül- és gégeorvosok egyesületének 1898. április 28-dikán tartott ülésén.

ból eltávolított sarjak vizsgálatának eredményéről alább lesz majd szó.

Az a kérdés merül fel, hogy vajjon ezen kiterjedt, de mégis inkább a nyálkahártyára szorítkozó csecsnyújtvány-megbetegedés miként jött létre? Vajjon a dobüreg megbetegedése közvetítésével, a mely esetek a gyakoriak, vagy pedig a dobüreg kikerülésével vagy esetleg haematogen uton?

Tekintettel arra, hogy a *Fränkel*-féle diplococcusok által előidézett „*otitis*"-ek mások és a magam vizsgálatai alapján nem folynak le olyan enyhén, hogy a beteg azt észre ne vegye; de sőt fájdalmasság és hőemelkedés tekintetében ezek nagyon súlyos megbetegedések még akkor is, ha csecsnyújtvány-complicatio nélkül folynak le. Az eddigi vizsgálataim alapján a rapid módon fellépett „*otitis media suppurativa acutissima*"-k, melyeknél *myringitis bullosa haemorrhagica* igen gyakori jelenség és a melyeket egy időben klinice, bacteriologiai vizsgálat nélkül *influenzás otitiseknek* tartottam, a *Fränkel*-féle *diplococcus által* előidézett genyedéses loboknak bizonyultak.

Alig tehető fel, hogy egy ily súlyosabb *otitis media suppurativa*, de sőt egy *otitis media catarrhalis* is olyan módon folyjék le, hogy a beteg arról tudomással ne birjon, még kevésbbé képzelhető ez oly *otitis mediánál*, a melyhez oly fokú csecsnyújtvány-complicatio társul, mint a bemutatott esetben. Igy azt hiszem, lehet azon következtetést levonnom, hogy a bemutatott esetben az *otitis media suppurativa* mint a csecsnyújtvány megbetegedését előidéző ok nem szerepelhetett. Egy *otitis media catarrhalis* exsudativa, ha fejlődnék is ki a *Fränkel*-féle *diplococcus* révén, igen nehezen volna magyarázható ismét az a kivételes jelenség, hogy ugyanazon egyénnél egyidejüleg ugyanazon microorganismus által előidézett megbetegedés miért volna a dobüregben catarrhalis és miért a szomszédos csecsnyújtványban suppurativ; tehát azon feltétel sem fogadható el, hogy a csecsnyújtvány megbetegedését egy *otitis media catarrhalis* (serosa) idézte volna elő, nemcsak azért, mert a betegek ezen betegség fellépését is nagyon megérzik, holott a betegnek ily panaszai nem voltak, de a fentebb fejtegetett bacteriologiai viszonyok sem engedik meg ezen feltevést.

Igy most is azon nézeten vagyok, hogy a bemutatott csecsnyújtványlob eredete, melyre jellegzőnek tartom *a renyhe lefolyást, a csecsnyújtrány üregét teljesen kitöltő eléggé tömött sarjképződést* és a csecsnyújtvány csontjának aránylag ép voltát, ha meg is engedjük a „per tubam" való infectiót és a haematogen után való fertőzést függőben hagyjuk, csak úgy érthető és magyarázható, ha felteszszük, hogy a microorganismusok a nélkül, hogy a dobüregben manifestálódtak volna, egyedül és kizárólag a csecsnyújtvány üregrendszerében idézték elő a fent vázolt kóros elváltozásokat.

A csecsnyújtvány üregéből eltávolított sarjak macroscopice is feltünnek azzal, hogy tömöttebbek, metszlapjuk fehéres, homogen, velőszerü. Metszeteken (Pertik tanár úr intézetében végzett vizsgálatok) látható, hogy ezen sarjak legnagyobb tömegükben fiatal, de már organizálódó kötőszövetből állanak, dúsan edényzettek, itt-ott gömbsejtes infiltratióval. Feltünő jelenség az, hogy igen sok kisebb-nagyobb haemorrhagia van a sarjak tömegében; hogy ezen vérömlenyek „in vivo" és nem a műtét közben történtek, mutatja az, hogy részben a piros vérsejtek maceráltak, másrészt az egész vérömlenyt fiatal kötőszöveti sejtek, a melyek közül igen sok nyálkás és hyalin elfajulásnak indult, hálózzák be. A másik felemlítésre érdemes jelenség a sarjak csontosodása. Ezen csontosodás, *mely direct a fiatal* kötőszöveti sejtekből indul ki, szigetekben lép fel a sarjakban, a csontsejtek nagyok, inkább hólyagalakúak, de egyeseken kivehető a csipkés szél és a nyúlványok; mészlerakodás még teljesen hiányzik. A sarjak minden részében, de különösen a vérömlenyekben (vizes gentiana-violett 24 órai festés + híg eczetsavas kimosás) elég nagy számban látható a Fränkel-féle diplococcusszerüen elrendezett *diplococcus lanceolatus*, sőt egyeseken jól festődött capsula is látható.

Az egész esetből, támaszkodva a histologiai és bacteriologiai leletre, azon tény vonható le, hogy a Fränkel-féle *diplococcus lanceolatus* nemcsak genyedést, de haemorrhagiákat, valamint a nyálkahártyán és csonthártyán sajátságos szövettültengést is képes előidézni.

TÁRCZA.

Az orvosok honorariuma.

(Folytatás.)

II.

Floquet könyvének negyedik fejezete a betegsegítő egyesületek orvosainak honorariumával foglalkozik. Ez egyesületek egyik csoportja jelentékeny állami kedvezményben részesül, míg a másik csoportba azok tartoznak, a melyek alapszabályszerü megalakulását az állam egyszerüen tudomásul veszi.

Ez egyesületekről *Leon Bourgeois* 1895-ben érdekes összeállítást adott ki, mely szerint az első csoportba 1893-ban 7295 egyesület tartozott (1892-höz képest 225-tel szaporodtak), tiszteletbeli tagjaik száma 200,402, a résztvevőké 972,946, bevételük 22.324,654 frank (1892-höz képest 82,986 frank emelkedés). Kiadásuk 19.788,771 frank (692,250 frankkal kevesebb, mint 1892-ben), a bevételi fölösleg tehát $2^1/_2$ millió s a tartalékalapjuk 65 millióra emelkedett. 1893-ban orvosi honorariumok fejében 2.691,620 frankot fizettek ki, a betegek száma 288,445 volt, s így egyre 9·33 frank esett; a betegségi napok száma 4 390,003, azaz 0·61 frank egy napra.

Az orvosi díjak terhét az összes rendes tagokra elosztva, egyre 3·12 frank esik. A gyógyszerekre költött összeg 1893-ban 3.338,498 frankot tett, egy betegre 11·52 frank, egy betegségi napra 0·76 frank, s egy résztvevőre 3·87 frank teher esik. A csak megerősített egyesületek száma 1893-ban 2702 volt 25,852 tiszteletbeli s 338,262 résztvevő taggal. Bevételük: 8.915,292 frank (203,250 frankkal kevesebb, mint 1892-ben), kiadásaik 7.343,806 frankot tettek ki, a tartalékalapjuk pedig 36 és $^1/_2$ millióra emelkedett. Az orvosok honorariumára 678,992 frankot fordítottak, a betegek száma 103,754, s így egy betegre 6·54 frank esik; a betegségi napok száma 1.641,995, egyre 0·41 frank esik s 2·44 frank teher egy résztvevő tagra. A gyógyszer-számla 1 millió frank, egy betegre tehát körülbelül 10 frank, s egy tagra 3·74 frank teher.

1893 óta a kedvezményben részesített egyesületek száma jelentékenyen emelkedett, míg a második csoport számban alig szaporodott, de valamennyinek tőkéje jóval megnagyobbodott.

Az orvosok befolyása e társaságokban igen jelentékeny, a mi már azért is természetes, mivel az egyesületek boldogulása ő rajtuk mulik. Az orvosok működésének ellenőrzése igen különböző, egyes társulatokban egyszerüen benyujtja számláját, máshol az orvos utalványokat kap, néhol a betegnél levő ívre bejegyzi látogatását, mit az egyesület megbizottai is igazolnak. De a honorariumok a teljesített szolgálattal és az egyesületek kedvező anyagi helyzetével nincsenek arányban.

A pénztárak orvosaikat 4 rendszer szerint fizetik, úgymint alkú, beteglátogatás, vegyes és bérletrendszerek alapján. Az alkú alapján az orvos fixumot kap, a beteglátogatás szerint való fizetés abban áll, hogy az orvos bizonyos tarifa szerint a teljesített munka arányában kapja fizetését. A beteglátogatások díja legtöbbször 2 frank, az orvos lakásán történő rendelésé 1 frank, de egyes vidékeken a látogatás díja 0·50 frank, sőt 0·25 frank is. A vegyes rendszer abban áll, hogy a commassált bevételekből kihasítják az orvosok quotáját s ezt a teljesített szolgálat arányában elosztják. A bérlet rendszere szerint az orvos évente vagy évnegyedenkint bizonyos összeget kap azon egyénekért, a kik orvosul választották, ez 2—7 frank között változik, Párisban 3—4 frank, Bordeauxban 4 frank; ezek szerint (az orvosok statistikája alapján) egy látogatásra 2 frank, egy rendelésre 1 frank esik; egy párisi egyesület 10,000 résztvevő fejében 40,000 frank honorariumot fizet, azaz fejenként 4 frankot; de van olyan is, a mely tagonként csak 0·34 frankot, s beteglátogatásonként 0·18 frankot ad. A bérletrendszer szerint az orvos Marseille-ben betegenként 28 frankot kap, Lyonban 10 frankot, Lilleben 4 frankot; egy betegségi nap az orvos számára Marseilleben 1·26, Lyonban 0·55, Lilleben 0·18 frankot jelent. A bérlet rendszerében vagy csak a tag (pl. 4 frank évente), vagy az egész család (pl. 8 frank) vehet részt. Marseilleben az orvosi szolgálat egy syndicatus igazgatása alatt áll, mely felerészben orvosokból, fele-

részben az egyesületek elnökeiből áll, előbbieknek is van szavazatuk.

Bordeauxban orvosi bizottság alakult, mely az egyesületekkel tárgyal, ez az orvos látogatását a beteg lakásán 2 frankban, az otthon való rendelést 1 frankban állapította meg, consilium esetén a díj 10 frank. Több vidéken a szabad orvosválasztás divatozik s a beteglátogatást 2 frankkal fizetik; az éjjeli látogatás díja ennek kétszerese. Azon egyesületek, a melyek ezen rendszert fogadták el, részletes ügyrendet dolgoztak ki, mely meghatározza a többi között, hogy sürgős szükséget kivéve, az orvos naponta legfeljebb két látogatást tehet acut betegségben szenvedőknél, s másodnaponta egyet az üdülő vagy a chronikus betegeknél. Bizonyítványért 3 frank díjat számíthatnak; súlyos esetekben az egyesület elnökének beleegyezésével consiliumot tarthatnak, a midőn a meghivott s a rendelő orvos díja a rendes kétszerese.

A havrei orvosi syndicatus a honorariumot a beteg lakásán tett látogatásért 2 frankban, az orvos lakásán teljesített rendelésért 1 frankban állapította meg. Ha az egyesületek s az orvos között nézeteltérés merül fel, az ügyet rendesen az *orvosok syndicatusa* elé terjesztik.

Savonin doktor azt ajánlja, hogy a nappali látogatás díja 2·50 frank, az éjjelié 10 frank, az orvos lakásán történő rendelése 1·50 frank legyen, s a felvételi bizonyítványért s consiliumért a *fél* 20 frankot fizessen. A sokféle módozatok között egy sincs, mely a tag s az orvos igényeit egyaránt kielégítené, a legméltányosabb rendszer a látogatásonként való díjazás. Jelenleg az a törekvés, hogy az egyesületek orvosainak honorariumát vegyes bizottságok szabályozzák. Ezen orvosokból és az egyesület tagjaiból álló vegyes bizottságok elnökeiket évente felváltva az orvosokból s a tagokból választanák, s a kérdést azon alapelvből kiindulva rendeznék, hogy a beteg orvosát szabadon választhassa, az orvos tetszése szerint vállalkozzék, s a díjazás a teljesített szolgálat arányában történjék.

Az ötödik fejezet az úgynevezett szegény-orvosok honorariumáról szól. Az 1893. év julius 15-diki törvényének az a czélja, hogy a szükölködők ingyenes orvosi segélyhez és gyógyszerhez jussanak, e törvény végrehajtását az ország területére a belügyminister 1894. május 18-diki rendelete szabályozza, míg a párisi szolgálatról az 1895. november 15-diki rendelet intézkedik. A vidéki kerületek még a törvény előtt kétféle módon szervezték az ingyenes orvosi segély nyujtását: vagy a kerületi főnök kinevezett egy szegény-orvost, kihez a betegeknek fordulniok kell, vagy az inséges az e feladatra vállalkozó orvosok bármelyikével gyógyíttathatja magát.

Az orvosok honorariumát, valamint a gyógyszerek költségét a 26-dik szakasz szerint részben a község, részben a kerületek, részben az állam fedezi. Az állam quotája 1896-ban 1.450,000 frank volt. A díjszabás, valamint annak rendszere épen úgy, mint az egyesületekben, itt is nagyon különböző. Az orvosok bérlet alapján, a teljesített szolgálat arányában és pedig a látogatások száma, a betegek, a bejegyzett szegények vagy a lakosság száma szerint kapják díjaikat. Egyes helyeken kilometer-pénz van, az éjjeli látogatások díja magasabb, másutt mindez nincs. A landesi rendszer igen elterjedt, ez a szabad orvos-választás alapján áll s az orvost a látogatások száma szerint fizetik. Husz kerületben a közigazgatás által kijelölt orvosok a szolgálatot bérlet alapján teljesítik, néhol a körorvosi rendszer van alkalmazásban, azon eljárás is előfordul, hogy a rendelkezésre álló összeget az orvosok között látogatásaik arányában felosztják, sőt megállapított átlag összegért is akad vállalkozó orvos. Az orvos a lakásán sok helyen teljesen ingyen rendel a szegényeknek, más kerületekben 1·50—0·50 frankért; az éjjeli látogatások díja rendesen a nappali kétszerese. *Floquet* igen sok érdekes kimutatást is közöl, melyek közül egynémelyiket közlünk. Igy 1.295,390 a vidéken bejegyzett segélyre igényt tartó közül 346,879-en szorultak tényleg gyógyításra, az orvosok honorariuma 1.750,680 frank volt (ez adatok nem teljesek). Aisne départementben az orvosok 17,018 bejegyzett közül 7716-ot ápoltak s 40,411 frank honorariumot kaptak, azaz egy bejegyzettért évente 2 frankot. Az Allier kerületben 12,153 bejegyzettre 1239 ápolt esett, kikért a landesi rendszer szerint az orvosok 6874 frankot kaptak, azaz 0·50 frankot a consultatióért és egy frankot látogatásonként (0·75 frankkal többet kilometerenként). Az Alpes Maritimesben az évi fizetés 1000 frank; Ariègeben 17,779 bejegyzett, 5320 ápolt fejében 16,142 frankot osztottak ki a szabad orvosválasztás alapján. Charente inférieureben 15,097 bejegyzett, 4533 ápolt, 41,866 frank honorárium, 1 frank a consultatióért, 1 frank a látogatásért 0·50 frank kilometertöbblettel. A Pyrénnéesben évente 3 frank a bejegyzettért, ha családos 5—8 frank stb.

A szüléshez egyes kerületekben a szegények első sorban csak bábát hivhatnak, másutt tetszés szerint bábát vagy orvost. A szülés honorariuma a bábák számára 2 départementben 10 frank, 25-ben 8 frank, 21-ben 5 frank, sőt kettőben 3 frank.

A gyógyszerek ára kerületenként változik, igy a chininum sulfuricum egy grammja 1·50—0·40 frank között ingadozik.

Az orvosok minden év végén számlájukat a kerületi főnököknek benyujtják, kik a számadás ellenőrzésére rendesen az orvosok syndicatusát kérik fel. A törvény 1895-ben nem volt még minden kerületben végrehajtva, 38-ban rendesen alkalmazták, 25-ben részben, 23-ban sehogysem vagy szabálytalanul.

Mint már említettük, Párisban külön szabályzat érvényes. Az orvosi állásokat pályázat útján töltik be s a megbizás 3 évre szól, még egy cyclusra újból kinevezhetők, azontul nem. 1860 s 1873-ban a szegények orvosai számára fixumot állapítottak meg és pedig 600, 1200, 1400 frankot, 1879-ben 1000, 1500, 2000 frankra emelték, azóta a munka jelentékenyen szaporodott; 1881-ben 67,084 beteget ápoltak a lakásukon, 1871-ben 110,297-et. (Lyonban 2400 frankot kapnak kevesebb dologért.) Jelenleg Páris 20 kerületében 169 orvos tesz szolgálatot 1200—2000 frank honorariumért. A bábák a szülésnél adott segélyért 20 frankot kapnak, ha a szegény szülőnőt 8 napig saját lakásukon teljes ellátásban részesítik, 60 frankot.

A hatodik fejezet a biztosító-társulatok orvosainak díjazásával foglalkozik. Franczia országban a biztosító-társulatok anyagi helyzete igen kedvező, a részvények a befektetett tőke arányához 100—1000%-kal emelkedtek. Az orvosok mégis baleset-biztosítás eseteiben a vizsgálatért s a bizonyítványokért csak 5—10 frankot kapnak. A syndicatusok máris megtették a lépéseket, hogy a biztosító-társulatok ez összegeket emeljék fel, valamint hogy a kötvényen szabatosan tüntessék fel, köteles-e az orvos a vizsgálaton kivül a sérültet gyógyítani is? Az életbiztosítások eseteiben az orvos 10—20 frank honorariumot kap, egyes társulatoknál a 20,000 frankon aluli ügyleteknél 10 frank, azon felül 20 frank a díj. *G. E.*

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

A bőrkórtan kézikönyve, irta *Török Lajos* dr. egyet. m. tanár. I. Általános rész. Budapest, Dobrowsky és Franke kiadása 1898.

Az előttünk fekvő 11 ivnyi munka 2 részre osztható: 1. általános kórtani és kórboncztanira, 2. általános bőrkórtanira. Már a tartalom-jegyzékből kivehető, hogy Török kartársunk könyve nem akart sablonmunka lenni és a könyvnek áttanulmányozása után ki is derül, hogy az *originalis* és pedig az, önálló felfogás, kritika, saját tapasztalatok tekintetében. A munka részben a Philippsonnal együtt irt „Allgemeine Diagnostik der Hautkrankheiten, begründet auf patholog. Anatomie", részben Besnier kitünő dermatologus elveire támaszkodik. Az előszóban szabatosan definiálja munkájának irányelveit, megtagadva a közkézen forgó börgyógyászati kézikönyvektől a *határozott* propaedeutikus módszer követését. Ez nagyjában igaz; de azt nem venném oly szigorúan, hogy a számbavehetőkben a börelváltozások *alaki* tulajdonságai mellett a *börbetegség többi jellegei háttérbe szorulnak*. A *bevezetésben* utal a börbetegségek tanulmányozásával járó nehézségekre, a dermatologia nagy jelentőségére és fontosságára. A kórszövettant és parasitologiát, mint a dermatologiában segítő vizsgálati módokat említi és eredményeiket tényleges érdemeik szerint méltatja, és ő, a ki

maga is laboratoriumi munkás volt, az igazságnak és annak a higgadtságnak megfelelőleg, melyet csak a sok évi saját klinikai tapasztalat és így az önálló ítélet begyakorlása adhat meg, kritizálja az újabb irány fattyúhajtását, a mely a klinikai észlelet fontosságával és megbizhatóságával szemben a kétes kezekből kikerült laboratoriumi dolgozatok eredményeit (?) akarja érvényre juttatni.

A „*lob*“ fejezetében kritizálja a lob definitióját és teljesen fölöslegesnek tartja a lob felvételét, kifejtvén, hogy nem jellemzők sem Galenus klinikai jelei, sem a jeleket helyettesítő általános kórtani és kórboncztani jelek, és ezek alapján más szerzők példájára elveti a *lobot* mint *kórtani fogalmat*. Szerinte a lobtünetek egyik része a kórokozó által előidézett közvetlen hatás eredménye, másik része kisérő tünet. Az utóbbiak magyarázatára a szervezet egy *általános biologikus tulajdonságát veszi fel, a szervezet irritabilitását*, melynek azok egyszerű kifejezői, vagyis a szövetek pathologikus vagy physiologikus ingerültségi állapotainak megnyilatkozási formái (az egyes szövetelemek, idegek, edények, sejtek reactiv izgalmi jelenségei). A „lob“ kifejezést azonban, ha a galenusi tünetek mind jelen vannak, a klinikus leirás szolgálatában szerinte is használhatjuk.

Tagadhatatlan, hogy a lob fogalma és lényege nem teljesen tisztázott és definitiója nem egyöntetű, sőt hogy számos kórbúvár foglalkozik folyton annak tisztázásával, de a *fogalom elejtése* nem látszik keresztülvihetőnek és nem is kivánatosnak. Még legújabban is Virchow négyféle folyamatot különböztetvén meg a lobnál (exsudativ, infiltrativ, parenchymatosus és proliferáló alakot), azt tartja, hogy ezeknek összefoglalása egy név alá nem kórtani és kórboncztani szempontból, de gyakorlati diagnostikai és gyógytani szempontból indokolt. És így vagyunk ezzel mindnyájan; a differentiák daczára megértjük egymást. Nagyon érdekesek Török levezetései, azonban végeredményben az eddig a kisérleti kórtani, kórboncztani vizsgálatok által beigazolt elemi lobtüneteket is kénytelen acceptálni és használni, ha más néven is. Bármint álljon is a dolog, szerény véleményem szerint a medicusok vagy kezdő orvosok, a kik nagy nehezen csak most saturálódtak az *általánosan divó* kórtani és kórboncztani elméletekkel, ezen az alapon képezik magukat legalább egyelőre legkönnyebben, a dermatologiában is. Tehát részemről azt tartottam volna helyesnek, ha e fejezet valamely kórtani archivum czikke gyanánt jelent volna meg általános hozzászólhatás végett és csak annak eredménye után jutott volna egy *propaedeutikába*.

Az *angioneurosisok* fejezetében *Unnával* polemizál és saját kisérletei alapján igyekszik *Unna* felvételei egy részének helytelenségét bebizonyítani, a másik részét pedig, részint Spaltholz vizsgálatai, részint logikus levezetés által. Ezek alapján az *angioneurosis betegségcsoportot* elveti és azt tartja, hogy ezen bőrelváltozások nem egyebek, mint „a tiszta reactiv izgalmi jelenségek (hyperaemiás, hyperaemiás-oedemás foltok, papulák, urtica, hólyag), tehát boncztanilag és functionaliter nem mások, mint más hasonló bőrlaesiók, melyek egy különös hajlamosság folytán bizonyos betegeknél gyorsabban és könnyebben jönnek létre és így külön csoportot nem képezhetnek és a kórisme felállításánál is alárendelt szerepet játszanak. Itt véleményem szerint helyén lett volna a dermatologiát tanulni akarónak előbb azon betegségeket tüzetesen felsorolni, melyeket *Auspitz* és *Unna* után angioneurosisnak (toxicus, essentialis) tartunk, ez a kezdő számára emelte volna e fejezet didactikai értékét. Igy e fejezet specialistikus iskolázottságot igényel. Szükséges volna ezen fejezetnek is széles alapon fejtegetése az általános kritika számára hozzáférhetősége szempontjából valamely dermatologiai archivumban.

A *hámlás* és *szarúréteg-megvastagodás* is igen tanulságos fejezet, azonban nem érthetek részemről egyet szerzővel abban, hogy a hámlás és szarúmegvastagodás *mindig* a pathogen izgalomnak a hámrétegre gyakorolt *közvetlen* behatásának következménye. Erről nem tudott szerző meggyőzni.

Igen tanulságos és önálló fejezet a *hólyagképződés* fejezete is. Világosan és számos saját vizsgálatai alapján adja elő szerző a *leemelődési* és *exfoliatiós*, továbbá a *colliquatiós* és *coagulatiós* hólyagok fejlődését. Azonban azt, hogy a hólyag nem képez heti valamely kórfolyamat jellegző tünetét és egymagában nem elegendő a kórisme megállapítására, a mennyiben ezen állítás nem tisztán a hólyag szöveti szerkezetére vonatkoznék, szerény véleményem szerint nem lehet általánositani.

A *vérzés* az általánosan ismert kisérleti, kórtani és kórboncztani vizsgálatok alapján jól és érthetően tárgyaltatik, és jeleztetik a további vizsgálatok szükséges volta.

A *szövetelhalás* és *genyedés* fejezetében a bacteriumos *bőrgenyedés*, mely eddig mindenütt a lobbal együtt szokott tárgyaltatni, a *necrosisokhoz* csatoltatik. (Ebben megközelíti szerzőt *Kromayer* is a furunculus és panaritium keletkezésének magyarázatával.)

Jól tárgyaltatnak a *sarjadzás*, *heg*, *atrophia*, *granulomák* fejezetei is.

A *hyperplasia*, *jó és rossz indulatú* daganatok fejezetében a mai kórtan és kórboncztan felfogásával és osztályozásával szemben, a *jó és rossz indulatú daganatokat* a következőképen különbözteti meg: a rosszindulatú daganatokat 1. oly sejtek képezik, melyek abnormisan fokozott szaporodási képességgel birnak; 2. oly sejtek, melyek a keletkezés helyétől elválhatnak és más testtájakba vitetve, ugyanazon hatásokat fejtik ki, mint keletkezésük helyén (metastasis); 3. szétesésre feltünő hajlamosságot mutatnak; 4. a szervezetre káros toxikus anyagot termelnek. A sejtek ezen morphologiai és biologiai megváltozását egy szóval: a sejt *deterioratiójával* fejezi ki. A *jóindulatú daganatok* szerinte a szövetek egyszerű növekedési excessusai és mint ilyenek a *hypertrophiás képződési rendellenességekhez* sorolandók. Megnyerők és a klinikust egyelőre kielégithetik e fejtegetések, és kivánatos volna, ha a kórboncznokok részéről (alkalmas helyen ismertetve) beható megvitatásnak vettetnének alá. *Róna Sámuel* dr.

(Folytatása következik.)

II. Lapszemle.

Az orexinum basicum mint stomachicum. *Kölbl* dr. (Bécsben) az *orexinum basicumnak* előnyt ád az előbb használt *sósavas* só felett, miután az utóbbinak íze igen éles. Minthogy az orexin izgató szer, tehát csak oly esetekben alkalmas, melyekben a gyomor nyákhártyája csak keveset van bántalmazva, vagy hol a gyomor egyes functiói hibásak, pl. chlorosis, anaemia, kezdődő tuberculosis, üdülés stb. eseteiben. Az orexinum basicum, mint étvágygerjesztő, következő esetekben alkalmaztatott: 1. Chlorosis 9 esete 15—21 éves leányoknál. Naponta 0·5—0·6 egy órával ebéd és vacsora előtt. Hat esetben jelentékeny siker a második adag után. Három esetben a harmadik adag után a hányás elmaradt. Tartós siker. 2. *17 tuberculosis esete* és pedig 8 tüdőcsúcshurut, 5 idült tüdőgümő, 2 mirigytuberculosis. Nyolcz esetben 0·5 orexinre jelentékeny hatás; a többiben a 6-dik illetve 8-dik orexin-adag után állott be siker. Két nappal a siker után az orexin abba hagyatott és a javulás állandó maradt. 3. Négy üdülő az orexin-adagra tetemesen javult és a hatás 8 adag után állandó maradt. 4. *Neurasthenia 4 esete*. Két esetben (nők) ekkatans siker az első adag után, mely a 8-dik adag után állandó maradt. 5. *Idült gyomorhurut 6 esete*. Három esetben az első adag után jó hatás, de az adagot ismételni kellett. Két esetben a siker csak harmadnap állt be. Egy esetben a beteg kihányta az 0·5 orexint, de később 0·1 és fokozva egész 0·4 gramm adagoltatott és a hatás állandó maradt. Összesen 40 eset közül 38 esetben hatásos volt a szer és állandó siker 34 esetben éretett el. A testsúly chlorosis 2 és tüdőtuberculosis 7 esetében 3 hét alatt $1^1/_2$—3 kilogrammal emelkedett. Az adag mindig 0·5 orexinum basicum ostyában egy órával az étkezés előtt. Utána hideg vizet csak mérsékelt mennyiségben tanácsos inni. (Wiener med. Wochenschrift 1897. 51. szám.)

Húgyszervi megbetegedéseknél belső használatra *Werler* a salosantal nevü új szert ajánlja, mely salolból, santal-olajból és izjavítás czéljára nehány csepp oleum menthae piperitaeből áll. A salosantal tiszta, világossárga folyadék $33^1/_3$% salol-tartalommal. Rendelhető cseppek alakjában (Rp. Salosantali 15·0. D. S. 3-szor naponként 10—12 cseppet étkezés után) vagy capsulákban 0·5 gm. tartalommal (naponként 3-szor 2—2 capsulát étkezés után). Ellenjavalatot csak nephritisek és gyomorzavarok képeznek. (Therap. Monatshefte, 1898. május.)

A vasogenek mint helyi bőrgyógyszerek vehiculumai. Irta *Ullmann K.* dr. m.-tanár Bécsben. A *Pearson J. T.* gyárában előállított szilárd és folyékony *vasogenekkel* szerző számos kisérletet tett. A vasogenek köztudomás szerint többé-kevésbbé erősen oxydált vaselinek, melyek vízzel és az organismus váladékaival emulsiókat képeznek, a nélkül, hogy az azokban feloldott gyógyszerek megváltoznának. A szerző következőkkel kisérletezett. *I. Higanyvasogen* (33⅓ és 50% Hg. met.-mal). Ez *gyorsabban hat*, mint a szürke kenőcs, a nélkül, hogy kellemetlen izgató hatása volna a bőrre. Mindig az 50%-os kenőcs használtatott. *II. Jodvasogen.* A 6, illetve 11%-os folyékony jodvasogent szerző mint derivanst alkalmazta heveny és idült lobtermények, dagadt nyirkmirigyek, herelob, vaginalitis, funiculitis, továbbá periarthritis és periostosis eseteiben, kivált ha azok bujakóros vagy görvélykóros és gonorrhoikus eredetüek voltak. A jodvasogen mindig gyorsabban és kevésbbé izgatóan hatott, mint a jodtinctura. *III. Jodoform-vasogen.* Az 1½% jodoformot tartalmazó vasogen-készítmény barnás-sárga folyadék, melyben a jodoform feloldott állapotban van. Ezt szerző súlyos gingivitis és stomatitis mercurialisnál és egy-egy kifekélyesedett gumma veli et palatopharynginál alkalmazta, 2—3-szoros beecsetelések (wattatamponok) alakjában. Az eredmény kielégitő volt. *IV. Ichthyol-vasogent* szintén 10%-os folyadék alakjában alkalmazott (minden nap) súlyosabb acne, a fejbőr seborrhoikus izzagja, furunculosus tályogok, perniók, erysipelas, erythema nodosum stb. eseteiben többé-kevésbbé hosszabb ideig és többnyire egész jó sikerrel. *V. Kátrány-vasogen.* A 25% Ol. fagi empyr.-t tartalmazó kátrány-vasogent mintegy 25 esetben használta, eczema squam., seborrhoea capitis et faciei, továbbá psoriasis vulgaris s lichen ruber és pemphigus pruriginosus eseteiben, valamint a gyermekek idült eczemája gyógykezelésére. A kátrány hatása mindig beállott és pedig helyi izgatás nélkül. *VI. Naphthol-vasogen.* A β-naphthol 10%-os oldata tiszta, átlátszó világos-barna folyadékot képez. Ezzel beecseteléseket tett szerző kétszer naponta a következő bajoknál: erythrasma, seborrhoea sicca capitis et corporis, pityriasis versicolor, herpes tonsurans, pediculosis, papillomata venerea és scabies eseteinél, minden helyi izgatás nélkül és többnyire kitünő sikerrel. Végre *VII. kén-vasagen.* Ebből eddig csak 3%-os szilárd vasogent használt a szerző mintegy 40 esetben kielégitő sikerrel. A folyékony *kén-vasogen* kiváltképen a fejbőr és szakáll némely bajainál nagyon alkalmas. Valamennyi vasogen-készítmény könnyen eltávolítható egyszerű vízzel vagy szappanos vízzel való mosásokkal. (Münchener med. Wochenschrift, 1898. 23. és 24. sz.)

Typhus-bacillusok a vizeletben. Ismeretes, hogy typhusban szenvedő betegek vizeletében nagyon sok esetben kimutatható a typhus-bacillus. Új azonban *Petruschky* azon észlelete, hogy typhusban szenvedett betegek vizeletében néha még hetekkel a betegség lezajlása után is nagy mennyiségben találhatók typhus-bacillusok. Érdekes továbbá a következő eset: Egy deliráló typhusbeteg a mellette lévő asztalon állott pezsgős üvegbe vizelt; a mikor az ápolónő pezsgőt akart adni a betegnek, feltünt neki az üveg tartalmának zavaros volta, a mi arra indította, hogy megízlelje a folyadékot. Daczára annak, hogy az ápolónőnél csakhamar hányás jelentkezett, 12 napi incubatio után mégis megbetegedett typhusban. (Centralblatt für Bacteriologie, XXIII. kötet.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1898. augusztus 18.

Budapest székes főváros közegészségi állapota 1898. évi május hóban. A tiszti főorvos jelentéséből közöljük a következőket: A székes főváros közegészségi állapota, viszonyítva a mult havihoz, általános halálozás tekintetében javult. Míg ugyanis a mult hóban elhalt 1208 egyén, e hóban csak 1039. A heveny ragályos kórok közül némileg emelkedett a hagymáz (+ 8), a vörheny (+ 30) s a diphtheria (+30). Hólyagos himlő nem fordult elő. Élveszületett e hóban 2049, meghalt katonák nélkül, az útról jött s itt elhalt 109 egyén levonásával 1039; így a születések 1010-el multák felül a halálozásokat. Május hóban a székes főváros összes nyilvános és magánkórházaiban, valamint gyógyintézeteiben gyógykezeltetett 8548 fekvő és 7232 járóbeteg, vagyis 1650-el több, mint az elmult hónapban. A kerületi orvosok által gyógykezeltetett 435 fekvő és 1485 járóbeteg, összesen 1920; kórházba küldetett 90 egyén. A lipótmezei állami elmegyógyintézetben 966, az angyalföldi állami elmegyógyintézetben 358, az irgalmasoknál 182, a megfigyelő osztályon 140, a Schwartzer-féle elme- és ideggyógyintézetben 136 elmebeteg ápoltatott. A székesfővárosi „Erzsébet" szegénykórházban 941 egyén közül beteg volt 472 (elme- és eskóros 148), a székes fővárosi „Josephinum" fiárvaházban 110 növendék közül nem volt beteg; a „Klotild" szeretetházban 60 növendék közül és a Meyer-féle fiúárvaházban 79 növendék közül nem volt beteg; az „Elisabethinum" leányárvaházban 104 növendék közül 2 volt beteg; a protestáns leányárvaházban 106 növendék közül nem volt beteg. A lelencz és dajkaságba adott gyermekekre nézve: szaporodás volt e hóban 87; csökkenés 41. Beteg volt e hóban összesen 58, meggyógyult 37, gyógykezeltetik 19, meghalt 2. Halál-okok voltak: hörglob 1 és egyéb kór 1. Beoltatott fiú 1197, leány 1183, összesen 2380. Újraoltatott fiú 2956, leány 2172, összesen 5128. Ebmarás előfordult 11, veszettségre gyanus 1. A köztisztaság a csatornázatlan és kövezetlen utczák és terek kivételével kielégitő volt. A vízvezetéki viz minősége a balparti kerületekben általában javulást mutat. A mesterséges szűrők nem működtek. A jobbparti kerületekben a hó első felében zavaros volt a vizvezeték. Orvosrendőri bonczolás végeztetett 87, orvostörvényszéki 24 esetben. Öngyilkosság előfordult 21, még pedig: lövés 12, akasztás 3, mérgezés 2, egyéb módon 4 esetben. A Dunából 13 hulla fogatott ki. Oklevelüket e hóban bemutatták: *Günczler Salamon, Reitzev László, Becsági János Elemér, Mandl Géza, Mandl Miksa* és *Bettlheim Alfréd* egyetemes orvosdoktorok, valamint 2 szülésznő.

△ **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1898. julius 31-dikétől 1898. augusztus 6-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 427 gyermek, elhalt 273 személy, a születések tehát 125 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup 1, roncsoló toroklob 2, hökhurut —, kanyaró 4, vörheny 5, himlő —, typhus abdominalis —, gyermekágyi láz 1, influenza —, egyéb ragályos betegségek 5, agykérlob 7, agyvérömleny 12, rángások 3, szervi szívbaj 12, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 30, tüdőgümő és sorvadás 33, bélhurut és béllob 49, carcinomata et neoplasmata alia 16, méhrák 3, Bright-kór és veselob 10, angolkór 1, görvélykór 1, veleszületett gyengeség és alkathiba 19, aszkór, aszály és sorvadás 5, aggkór 14, erőszakos haláleset 9. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2033 beteg, szaporodás 742, csökkenés 706, maradt e hét végén ápolás alatt 2069. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1898. augusztus 6-dikától augusztus 13-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: bagymázban 13 (meghalt 2), himlőben — (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 11 (meghalt —), vörhenyben 33 (meghalt 1), kanyaróban 99 (meghalt 2), roncsoló toroklobban és torokgyíkban 22 (meghalt 4), trachomában 26, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 8 (meghalt —), orbánczban 12 (meghalt —), gyermekágyi lázban — (meghalt —).

— **A Nyitravármegyei Ágoston-kórházban**, a mint azt *Fridrich Alajos* igazgató-főorvos kimutatásában olvassuk, az 1897. évben összesen 1068 beteget (680 férfi és 388 nő) ápoltak. A halálozási százalék 6·3 volt; egy betegre 23·84 ápolási nap esett. Nagyobb műtétet 46, kisebb műtétet pedig 214 esetben végeztek.

— **A tiszti orvosi vizsgára** előkészitő tanfolyam Kolozsvárt szeptember hó 5-dikén kezdődik. Cursus a vizsga minden tárgyából lesz. Bővebb felvilágositást nyujt *Jakabházy Zsigmond* dr. gyógyszertani tanársegéd Kolozsvárt.

— **Hazai fürdőink személyforgalma**: *Bártfa* VIII/12. 3339; *Csorbai tó* VIII/5. 2557; *Herkulesfürdő* VIII/9. 6018; *Iglófüred* VIII/10. 798; *Lipik* VIII/8. 2182; *Tátrafüred* VIII/8. 3554; *Alsó-Tátrafüred* (VIII/9.) 1633.

Szt. Lukács-fürdő
téli és nyári
gyógyhely.
Rheuma, köszvény, neuralgiák, ischias stb. ellen. **Nagy kénes iszapfürdő,** douche-massage, kö-, kád- és gőzfürdők, uszodák. ***Lakás és teljes ellátás hetenként 27 frt*** *(közepes ár).* Prospektust küld 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.

Fasor-szanatórium Vízgyógyintézete
Budapesten, a Herczel-féle szanatóriumban (VII., városligeti fasor, 9. szám). Czélirányos berendezés. — Villámos fényfürdő, — Bejáró és benlakó betegeknek. — Egész éven át nyitva van. — Szigorú orvosi vezetés. — Rendelő orvos: **Dr. Kuthy Dezső,** a vízgyógyászat magántanára. (Lakik: augusztus 1-jétől: VII., Csengeri-utcza 24.).

Dr. Sedlitzky-féle fürdő-tablettek természetes sós-, fenyü- és kénfürdőkhöz gyermekek számára is, továbbá **Dr. S.-féle anyalúgsava** mindenütt kapható. Főraktárak **Mattoni H.** és **Dr. Rosenberg gyógyszerésznél.**

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 ½2—½4-ig járóbeteg rendelőjében, Budapest, VI. ker., Teréz-körút 22. szám.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete. (IV. rendes ülés 1898. április 28-dikán.) 418 l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 419. l.

Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

(IV. rendes ülés 1898. április 28-dikán.)

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

(Vége.)

Hörgkő esete.

Morelli Károly: A bemutatott kő egy 34 éves nőtől való, ki ép szülőktől származik. Három gyermeknek anyja. Évek óta szenved száraz orr-, gége-légcsőhurutban, mely főleg őszszel ismétlődött, sőt az influenzajárvány óta súlyos complicatiókat vont maga után. A jól fejlett beteg mult év deczember hó 14-dikén ugyancsak influenzában betegedett meg, nyelési fájdalmak a torokban, kisugárzó fájdalmak a fül felé, levertség, láz érzete, kimutatható láz nélkül, nyelvcsapduzzanattal. Ez állapot 17-dikére annyira javult, hogy beteg fel is kelt az ágyból. 19-dikén rázóhideggel 39° hő lépett fel, erős szúrás a jobb mellkasban, fel a lapocz széléig. Kisebb köhögési inger, vérköpés csekély. A kopogtatás és hallgatódzás rendellenességet nem mutat, mit *Székács* főorvos úr is igazolt. Nyomásra az emlő alatt a bordaizmok és hátizmok érzékenyek. A láz, vándorló fájdalom kiséretében fennállott, reggeli csökkenéssel 26-dikáig, a mikor erős köhögés és fuldoklás, kőkolika tünetei között a követ beteg kihozta. Utána nenány perczre erős vérzés lépett fel, mely alkalommal mintegy 40—50 gm. vér ürült ki. A véres kiköpés tartott 4 napig s ez ismétlődött újból igen kis mértékben hatodnap. A kő eltávolodása után a hő leszállt közel normalisig, sőt negyedik napra már 37-en alul volt a reggeli hő.

A hörgkő és tüdőkő a ritkaságok közé tartozik, mit eléggé illustrál az, hogy a „Realencyklopädie", valamint a „Belgyógyászat Kézikönyve" is csak egy-egy esetet említ Korányi tanártól. A legújabb eset Magertől jelent meg a „Wiener klin. Wochenschrift"-ban, hol egy tuberculotikus beteg mintegy 30 követ köhögött ki.

A hörgkő a hörgváladéknak besűrűsödése és elmeszesedése által jön létre, míg a tüdőkő a sajtos alveolaris és lobularis infiltratio elmeszesedése, mely így rostos sejteket és tüdőpigmentet is tartalmaz, mely sósavkezeléssel kimutatható.

A kő lehet kendermagtól borsónyi, sőt mogyorónyi nagyságú s vagy sima vagy szederalakú. A kő phosphorsavas mész, magnesium és szénsavas mészből áll. Mindkét kő állítólag genyedéssel ürül ki. Úgy a tüdőkőnél, mint a hörgkőnél az úgynevezett kőkolika észleltetik kiürítésnél s esetemben sem hiányzott. A tüdőkő gümősödés folyománya lévén, a bacillus leggyakrabban kimutatható. Kő képződhetik a hörgmirigyekben is, melyeket *Recklinghausen* áttörés útján vél kiürítetni. Igen helyesen kívánja Mayer megkülönböztetni a primaer broncholithiasist, mely alatt a hörgben létrejött kőképződést érti, a secundaer bronchiolithiasistól, mely alatt a kivülről a hörgbe jutott követ érti. Esetemben érdekes betegnek ezen kimondása, hogy mint vidéken lakónak szokása volt gabonaéréskor sétaközben kalászt venni szájába s ezzel játszani, rágcsálni; nem tartom lehetetlennek, hogy egy vékony tokrész jutott be a hörgbe s e körül rakodott le a kő, lévén a tuberculosis az egyénnél ez idő szerint kizárva, valamint az átöröklődésre vonatkozólag is semmi biztos adat. Hogy esetleg ily úton adódott alkalom a kő képződésére, egy esetre figyelmeztetek, a hol egy betegemnél a jobb ductus stenonianusba beékelődött árpatok vége körül rakodott le egy kő, mely mintegy kávészemnagyságú volt s a ductus nyilását elzárta teljesen, úgy hogy a beteget duzzadt arcza, a fájdalom, s a nyelvvel kitapintott idegen test hozta rendelésemre. A bemutatott kövön, mely szederalakú s kis szedernagyságú, egy fehér vonal látszik, egy törési csik, melyből azt merem következtetni, hogy a kőnek egy része még benn van s csak a kiálló nagyobb rész tört le. A kő piszkos bűzös váladékkal volt fedve, mely bűzről kilégzéskor a beteg 1½—2 év előtt is már panaszkodott, de én magyarázatot adni nem tudtam, azt hivén talán egy mandolatüszőben levő geny és túrós rész, mely tudjuk, némely egyénnél időközönkint köhögéssel ürül ki és csakugyan igen kellemetlen bűzös. A kőnek vegyi, valamint bacillusra való vizgálatát utólag fogom eszközöltetni Pertik tanár úrnál.

Az idült genyedő középfüllob gyógyítása trichloreczetsavval.

Halász Henrik: *(Szerző távollétében ezen előadást a titkár olvasta fel.)* Szerző 50 esetről számol be, melyeket trichloreczetsavval kezelt, és ezek közül 42 eset gyógyult, a dobhártya defectusa behegedt. A nyolcz esetben, melyben gyógyulást nem ért el, négynél a Shrappnellhártyán, kettőnél a dobhártya felső quadransán volt a perforatio és két esetben a dobhártya teljes hiánya volt jelen. A 42 eset közül, melyek közül 10 esetben teljes dobhártyahiány volt jelen, 28-nál a hallás tökéletesen helyreállott, a többinél jelentékenyen javult és a perforatiók mellett fennálló kinzó alanyi hallászörejek, zúgás, búgás, csengés végleg megszüntek.

A műleges dobhártyák alkalmazása a trichloreczetsavval való gyógyítás óta czéltalan, felesleges. Nem helyes azon indicatio felállítása, hogy *csak akkor birjuk hegedésre a perforatiót,* ha a műleges dobhártyával való előzetes kisérletnél hallászcsökkenés *nem mutatkozott*, mert fix vizsgálatai vannak arról, miszerint a műleges dobhártyának kisérleti alkalmazása mellett mutatkozott *hallászcsökkenés* a trichloreczetsavval hegedésre birt dobhártya mellett nem mutatkozott, de *jelentékeny* javulása a hallásnak 2—3 meternyivel susogó hangra. Azért minden defectust, perforatiót kivétel nélkül behegeszt, *mert kevesebb koczkázattal jár a már behegesztett dobhártyán egy műleges perforatiót* létrehozni, mintsem *a perforatio be nem hegesztése által a fület a reinfectionak és egyéb következményeinek továbbra is kitenni.*

Eddigi tapasztalatait a trichloreczetsavval való kezelésről a következőkben összegezi.

1. Alkalmazása, 15—20%-os *mindig frissen készített* cocain-oldattal, melyet 5 perczig applikálunk a fülbe, *teljesen fájdalomnélküli.*

2. Nedvező, genyező és száraz perforatiókat hegedésre bir még azon esetben is, ha a dobhártyának csak még szabad szemmel kivehető maradványa van is jelen, korkülönbség nélkül. Kisebb polypokat, granulatiókat elpusztit.

3. Évekig fennálló, nem operativ úton végzett minden kezeléssel daczoló chronikus otorrhoeát *csekély kivétellel* korkülönbség nélkül megszüntet.

4. Évek óta fennálló, kinzó alanyi zörejek, zavarok, a perforatio hegedése, illetve a dobhártya regenerálódása által eltünnek és a dobűr tartós elzáródása a fület kivülről jövő reinfectiótól és annak következményeitől védi meg.

5. Végül a hallást a legtöbb esetben — kevés kivétellel — nem csak javítja, de tökéletesen helyre is állítja.

Az egyesület, miután a szerző nincs jelen és álláspontját személyesen nem védheti meg, nem indít eszmecserét ezen előadás fölött.

Ostitis mastoidea sine otitide operált esete.

Krepuska Géza: (Ezen előadást lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.)

Szenes: Én is láttam kórházi rendelésemen a beteget, midőn az operatio feltétlen szükségességét megállapítottam. Csupán két szempontból kivánok a tárgyhoz szólni. A terimenagyobbodás localisatiójára vonatkozólag rögtön szembetünt azon körülmény, a mit felnőtteknél nem szoktunk meg, de a mi gyermekeknél gyakori, hogy az ilyen osteomyelitikus folyamatok a csecsnyujtvány felső részére localizálódnak, midőn a dobűri folyamat a fissura petroso-squammosa útján kerül ide. Ha felnőttnél az osteomyelitikus folyamat oly helyre localizálódik, mint a bemutatott esetben, akkor gondolhatunk embryologikus anomaliára is, hogy a gyermekkori fissura petroso-squammosa továbbra is megmaradt. A mi a bacteriologikus vizsgálatot illeti, erre vonatkozólag egy irodalmi adatot említek. Kétségtelen, hogy primaer idiopathikus osteomyelitis a csecsnyujtványon — bár a lehetőséget kizárni nem lehet — felette ritka. Egy ilyen ritka esetről számolt be a florenczi congressuson *Brieger* (Boroszló), a ki a bacteriologikus vizsgálatra hivatkozik és hangsúlyozza, hogy sikerült neki a staphylococcus pyogenes aureust kitenyésztenie, ezért kérdem a bemutatót, hogy a *Fraenkel*-féle pneumococcus tenyészete tiszta-e és mit látott a staphylococcus pyogenes aureusra vonatkozólag?

Krepuska: *Szenes* a dolog lényegének felfogásában téved. Az, a mit *Brieger* esetéről mond, az én esetemre nem alkalmazható, mert *Brieger* esete egy *osteomyelitis infectiosa acuta*, a melynél igenis többek között staphylococcus pyog. aureust is találnak, holott az én esetemben a genyből vett oltásból a szó bacteriologiai értelmében vett tiszta culturáját kaptam a *Fraenkel-Weichselbaum*-féle diplococcusnak. Már pedig a staph. pyog. aureust könnyebb kitenyészteni, mint a *Fraenkel* diplococcust és ha a genyben lett volna staph. aureus, az a culturában mindenesetre kikelt volna. A bemutatott esetben a klinikai lefolyásból sem lehetett gondolni acut infectiosus osteomyelitisre, a mely, acutan, magas lázakkal lefolyó megbetegedés, sokszor néhány óra alatt öl, míg az én esetem annyira protrahált, lázak nélküli csontlob volt, hogy én gümőkóros megbetegedésre is gondoltam.

A bemutatásnak épen az a lényege és tudományos értéke, hogy egy tiszta *Fraenkel*-féle coccusfertőzés révén egy protrahált osteomyelitis fejlődött ki a csecsnyujtványban a nélkül, hogy a coccusfertőzés előzőleg a dobüregben manifestálódott volna lob alakjában; ez képezi az eset szokatlanságát.

Praehyoidealis tömlő esete.

Zwillinger Hugó: H. B. 32 éves, esztergályos, azt tapasztalta, hogy körülbelül négy hét előtt kis csomó fejlődött a „gégéje mellett", mely lassan nagyobbodott, fájdalmat azonban neki nem okozott; azért kereste fel a kerületi betegpénztár poliklinikája gégészeti osztályát, hogy megtudja, komolyabb baj lehet-e belőle.

A különben egészséges, középszerűleg táplált, kissé sápadt arczú beteg nyakán elül, a pajzsporcz felső széle és a szakcsont között, dió-nagyságú, gömbölyded, ép bőrrel fedett daganat van jelen, mely fölött a bőr eltolható, a daganat sima felületű, elastikus, fluctuáló, jobbrabalra kissé mozgatható. A gégében idült hurut csekély symptomái. A nyaki mirigyek rendesek. A kórismét illetőleg két különböző folyamatról lehet szó, vagy cystával van dolgunk, mely a pajzsporcz incisura sup. és a szakcsont között elnyuló lig. hyo-thyreoideum med. közepén található bursa mucosa hyo-thyreoidea vezetékének eltömeszeléséből és ennek folytán létrejött retentio és lobosodás útján keletkezett, vagy pedig elgenyedő nyirkmirigygyel. Más folyamattal való összetévesztése, mint például perichondritikus eredetű tályoggal, már a localisatio következtében ki van zárva, ha tekintetbe veszszük azt, hogy a szakcsont teljesen kitapintható contourjai épek. Azon nyirkmirigyek, melyekben a gége nyirkedényei szájadznak, gondolom itt a gége felső részének nyirkedényeit, tudvalevőleg más helyen fekszenek. Ezen cysták benneke rendesen genyes-nyálkás, a mint azt az eszközlendő próbapunctio ki fogja deríteni. Azért mutatom be most, hogy a tisztelt szaktárs urak lássák, s a követendő gyógyeljárás tekintetében mondják meg véleményeiket, tudván azt, hogy kiirtás, punctio és irritáló folyadék befecskendezése sok esetben nem nyujt kielégítő eredményt.

Morelli: Kivánatosnak tartanám a punctiót, hogy a megejtendő kórvegytani és bacteriologikus vizsgálatból megállapíthatnók, milyen tömlővel van dolgunk; ez döntene a további műtéti eljárás felett.

Némai: Nem lehetne-e a daganatot kiirtani a nélkül, hogy megállapítanók, akár lymphoma, akár retentionalis cysta is ez?

Morelli: Miután arról van szó, hogy kiirtassék-e ezen tömlő, vagy elő bb esetleg izgató (edző) szerekkel kezeltessék, próbapunctiót ajánlok.

Zwillinger: A próbapunctiót elfogadhatónak tartom.

Némai: Akármiféle eredményt ad a próbapunctio, ezt a tömlőt vagy tályogfalat ki kell irtani.

Navratil: A jelen esetben a legegyszerübb és legradicalisabb eljárásnak a kiirtást tartom.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A hydrocele muliebrisról tartott előadást **Thorn** a magdeburgi orvosegylet április 14-dikén tartott ülésén. A baj szerinte nem oly nagyon ritka, mint a hogy azt a tankönyvek alapján gondolnók; előadó évenként 2—3 ilyen esetet lát. A bajt többnyire sérvvel tévesztik össze, s azért sérvkötőkkel kezelik; már sérvműtétet is végeztek ezen bajban szenvedő nőknél. A női hydrocele vagy olyan módon származik, hogy a processus vaginalis peritoneiben folyadék gyülik össze; ezen folyadékgyülem többnyire eltokolt, néha azonban vékony menet útján közlekedik a hasüreggel; ilyenkor az összetévesztés szabad sérvvel nagyon könnyen érthető. A női hydrocele továbbá oly módon is származhatik, hogy a ligamentum rotundum átjárható maradt és ebben gyülemlik meg a folyadék. A női hydrocelek részint unilocularis cysták, részint gyöngysorszerűen több cysta van egymás mellett; gyakrabban találhatók a jobboldalon, néha kétoldaliak. A diagnosis egy kis körültekintés mellett elég könnyű, úgyszintén a kiirtás is; ez utóbbinál csak a rendkivüli tisztaságra kell ügyelni, mert a műtét alatt a hasűr megnyittatik.

PÁLYÁZATOK.

300/898. k. sz.

Az üresedésben levő **remetemezői körorvosi állás** választás útjáni betöltésére határnapul 1898. évi szeptember hó 12-dik napjának d. u. 3 óráját Remetemező községházához kitűzöm.

A körorvosi székhely Remetemező, hozzátartoznak: Remetemező, Barlafalu, Borhíd, Veresmart, Válaszút, Mogyorós, Papbikó, Ó-Huta és Új-Huta, összesen 7200 lakosságot számláló községek.

Járandóságok: a kör községei által fizetendő évi 600 frt, valamint a szokásos látogatási díjak és az új-hutai (zelestyei) üveggyár munkásai gyógykezeléséért a szatmári kerületi betegsegélyző pénztár által évenkint fizetendő 100 frt, mely 100 frtért az üveggyári munkások látogatására és gyógykezelésére az orvos, a szokásos községi havi látogatáson kivül még egyszer, súlyosabb megbetegedések esetén minden alkalomkor saját költségén az üveggyárnál megjelenni, a járó betegeket pedig a saját lakásán gyógykezelni köteles.

Felhivom pályázni óhajtókat, hogy képzettségüket igazoló okmányaikkal és szolgálati bizonyitványaikkal felszerelt kérvényüket **1898. évi szeptember hó 8-dik napjáig** hozzám adják be.

Szinér-Váralja, 1898. évi julius hó 31-dikén.

2—1 *Zuhányi*, főszolgabiró.

6270/898. ki. sz.

A **hevesmegyei XVIII. számú közegészségi körben lemondás folytán üresedésbe jött körorvosi állásnak** választás útján leendő betöltésére ezennel pályázat nyittatik.

A választásra határidőül **1898. évi szeptember hó 10-dik napjának délelőtti 10 órája** Bátor községházához oly felhivással tüzetik ki, miszerint a pályázni kivánók kellően felszerelt kérvényeiket a választás napjáig alulirott főszolgabiróhoz mutassák be.

A körorvos lakhelye Eger, javadalmazása 650 frt évi fizetés és 100 frt úti átalány, tartozik 11 községből álló kerületét és az azon alkalommal a községházánál jelentkező betegeknek díj nélkül, a házaknáli látogatásoknál pedig 40 kr. díj mellett rendelni.

Pétervására, 1898. évi augusztus hó 12-dikén.

Drisnyey Béla, főszolgabiró.

3712/898. szb.

Fogaras vármegyének **alsó-árpási** járásában lemondás folytán megüresedett egyesitett alsó és felső körök **körorvosi állására** ezennel pályázatot hirdetek és az ezen állást elnyerni óhajtók felhivatnak, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában, illetve az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előirt képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket **f. évi augusztus hó 31-dikéig** hozzám annál inkább benyujtsák, mert később érkező folyamodványok nem lesznek tekintetbe véve.

A körorvos székhelye Alsó-Árpás.

Javadalmazása: az egyesitett két körtől 800 frt évi fizetés és 226 frt 10 kr. úti átalány, mely összeg a vármegyei kebli pénztárból fizettetik, továbbá a szabályrendeletileg megállapitott látogatási dijak.

Köteles azonban a körorvos a községeket havonkint kétszer rendesen látogatni és a vagyontalan betegeket ingyen gyógykezelni.

A román nyelvnek tudása kivánatosnak mutatkozik.

A megválasztott körorvos köteles állását 8 nap alatt elfoglalni.

Alsó-Árpás, 1898. évi julius hó 23-dikán.

3—3 *Bisztray József*, főszolgabiró.

KIR. MAGYAR TUD. EGYETEM A. SEBÉSZETI KLINIKÁJA

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.

MATTONI LÁPKIVONATAI FÜRDŐK KÉSZITÉSÉRE SÓ LÁP LUG

Lápfürdők a házban.

Az ásvány-lápfürdőknek egyedüli természetes pótléka

LÁPSÓ száraz kivonat rakoszokban à 1 ko. | LÁPLUG folyékony kivonat üvegekben à 2 kilo.

Mattoni és Wille Budapest
Mattoni Henrik Bécs

Budapest, Franzensbad, Karlsbad, Giesshübl Sauerbrunn és Bécs.

TAMAR INDIEN GRILLON

frissítő és hajtó gyümölcs-pastillák.

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

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

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

Magyarországi főraktár:

TÖRÖK JÓZSEF gyógyszertára, Budapest, király-utcza 12.

Egy doboz ára 1 forint 50 krajczár.

AIROL „ROCHE“
N. B. Sz. Név védve.
A jodoform elismert legjobb pótléka.
Valamennyi kórházban használatban.

COSAPRIN „ROCHE“
N. B. Sz. Név védve.
Méregtelen, vizben oldó anodinum erős antipiretikus hatással. Subcutan alkalmazható.
Egyes adag 0,5—1,0.

PHESIN „ROCHE“
N. B. Sz. Név védve.
Méregtelen, vízben oldó antipiretikum és anodinum.
Egyes adag 0,5—1,0.

THIOCOL „ROCHE“
N. B. Sz. Név védve.
Vízben oldó, teljesen **szagtalan,** nem **izgató** és **könnyen felszívható guajacolkészítmény.**
Adag 3—5 gr. naponként.

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

Gyermek-sanatorium Abbaziában.
Igazgató orvos: Dr. Szegő Kálmán.
Felvétel kisérővel vagy a nélkül egész éven át. Állandó orvosi felügyelet, modern kényelem, mérsékelt dijak. Kivánatra prospektus.

Kedélybetegek és morphinkórosok
a legszorgosabb ápolásban részesülnek
Dr. SVETLIN MAGÁNGYÓGYINTÉZETÉBEN Bécsben
III. ker., Leonhard-utcza 3—5. szám alatt.

SYR. HYPOPHOSPH. COMP.
FELLOWS

Tartalmazza az emberi organismus leglényegesebb elemeit — kaliumot, meszet és vasat.
Tonicumokat — Chinint és Strychnint.
Agy- valamint idegerősítő — Phosphort, szörp alakban
Alkalikus hatással.
Hatásában minden mástól különbözik, a mennyiben igen nagy fokban előmozditja a légzés alatt az oxydatiót, kellemes izzel bir, s igen könnyen türetik a gyomor által.
Nagy bizalomnak örvend, kiváltkép a tüdőgümőkór, idült hörghurut és légzőszervek egyéb bántalmainak gyógykezelésénél. Sikerrel alkalmaztatik azonkivül a legtöbb idegbetegségben és gyengeségi állapotokban is, valamint sápkórnál, vérszegénységnél.
Gyógyító tulajdonai széles körben ismeretesek s főleg stimulans, tonicus és táplálkozást előmozdító hatásokban nyilvánulnak.
Hatása gyors, élénkíti az étvágyat és emésztést, elősegíti az áthasonítást.

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

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

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

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

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

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

Negyvenkettedik évfolyam. 35. szám. *Budapest, 1898. augusztus 28.*

ORVOSI HETILAP.

KIR. M. TUD. EGYETEM II. SEBÉSZETI KLINIKUS

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HŐGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Donáth Gyula: Közlemény a szt. Rókus-kórház ideggyógyászati ambulatoriumából. Izompseudohypertrophia egy esete. 420. l.

Herczel Manó: Közlemény Herczel Manó dr. egyetemi m.-tanár szt. István-kórházi sebészi osztályáról. Hólyagkitüremlés (Ektopia vesicae) gyökeres műtéte az ureterekneknek a vastagbélbe való beültetésével. 421. l.

Schaffer Károly: Közlemény a fővárosi „Erzsébet"-szegényház ideg-elmebeteg osztályáról. A tabeses elfajulás localisatiójáról és lényegéről. 423. l.

Csikós Sándor: Az agy sebészetéről. 425. l.

Tárcza. *G. E.:* Az orvosok honorariuma. 427. l. — *Leszner Rezső:* Egy asztalos lithotriptora. 428. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Török Lajos:* A bőrkórtan kézikönyve. 429. l. *Lapszemle. Busdraghi:* A szamárhurut okszerű kezeléséről. 430 l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Tiszti orvosi vizsgákra előkészitő kurzus. — Kitüntetés. — Trencsén-Teplicz kénesfürdő. — Lakásváltoztatás. — Hazai fürdőink személyforgalma. — Szt. Lukács-fürdő. — Herczel dr. — Baumgarten Samu dr. 430. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a szt. Rókus-kórház ideggyógyászati ambulatoriumából.

Izompseudohypertrophia egy esete.

Irta: *Donáth Gyula* dr., egyetemi magántanár, szt. Rókus-kórházi rendelő orvos.

A pseudohypertrophia, a nosologiai csoport ama válfaja, melyet *Erb* „dystrophie musculorum progressiva", *Charcot* „myopathie progressive primitive" néven irnak le, aetiologia, fejlődés, tünet és kórbonctan szempontjából a nyilt és vitás kérdések egész sorában bővelkedik, úgy hogy az ezen eléggé ritka bántalomra vonatkozó közleményeknek megvan a jogosultsága.

Ezen betegség eredete, mely minden kimutatható ok nélkül a gyermekkorban vagy a fanosodás idején lép fel, kétségkivül a csirban, illetve az ébrényi fejlődés lefolyásában keresendő. A mesoderma további sorsáról volna tehát szó, mint a melyből a bőrizomlemez fejlődik. Éppen a csirnak, illetőleg a további ébrényi fejlődési folyamatnak ezen sajátossága képezi okát annak, hogy az izomképződés eme rendellenessége főleg mint öröklött baj fordul elő. Az átöröklés többnyire hasonnemű (similiaer), t. i. a dystrophiának ugyanazon typusa, mely úgy a különböző izomcsoportok résztvétele, mint a sorvadás alakja tekintetében (egyszerű vagy pseudohypertrophiás) azonos, a család leszálló ágában vagy oldalrokonoknál lép fel. Miért is az öröklés ezen meglepő módját „családi alaknak" nevezzük.

Az izomlaesióknak itt előforduló részarányos volta, bizonyos izomcsoportoknak bántalmazottsága, nemkülönben a gyakran észlelhető szellemi gyengeség már *Ducheme de Boulogne*-t, a pseudohypertrophia felfedezőjét indította arra, hogy a kórképet agyi megbetegedésnek tekintse. *Erb* ugyancsak az idegközpontok laesiójára gondol, mely felfogásának abban ad kifejezést, hogy izombeli trophoneurosist vesz fel. Ha azonban tekintetbe veszszük, hogy a gerinczagyat még a legmodernebb vizsgálati módszerek segitségével is épnek találták, hogy továbbá a csontrendszer sem látszik szabadnak, úgy sokkal elfogadhatóbbnak tartom azt a lehetőséget, hogy e betegség eredete inkább a csirban, mint valamely ismeretlen idegközpontban keresendő, miután nem ismerünk oly központi idegrendszerbeli megbetegedést, mely az izomzat pseudohypertrophiájával járna.

Jendrássik[1] úgy a különböző progressiv izomdystrophiák, valamint egyéb elfajulási alakok családi megjelenésére vonatkozólag, pl. a paralysis spinalis spastica, *Friedreich*-féle ataxia *Huntington*-féle choreánál stb. joggal emelte ki, hogy a lényeg itt nem a klinikai alakban, hanem az öröklési alapon keletkezett idült elfajulásban keresendő, a mely okozza, hogy egyes családokban mindig ugyanazon és nem más elfajulási typus lép fel, a mi annak szolgál bizonyitékául, hogy ezen családokban, a mint *Jendrássik* felveszi, a központi idegrendszer ugyanazon részei születnek hiányos életerővel. Ezért inditványozza *Jendrássik*, hogy foglaltassanak össze ezen idült elfajulási alakok „családi elfajulás" gyüjtőnév alatt, bármennyire térjenek is el azok klinikailag és bonctanilag egymástól. Ide tartozik továbbá nemcsak a *Littlé*-féle betegség, a családi örökségként fellépő hülyeség és aggkori butaság, hanem a *Leber* által először leirt *átöröklött* és *veleszületett* látóidegbetegségek, melyek többnyire a 13. és a 28. életév között lépnek fel és főleg a leányág férfiivadékait illetik. Kétoldali neuritis optica és amaurotikus hülyeség ily családi fellépését legutóbb *Higier*[2] és *Sachs*[3] irták le; *Leitner V.*[4] is emlit két családot, hol az egyikben három fitestvér és három unokaöccs, a másikban 11 fitag és egy nőtag betegedett meg látóidegsorvadásban. Ide sorolandó *Amore-Bonelli*[5] észlelete is, ki egy atyánál és annak összes másod- és harmadizigleni férfiivadékánál, mindössze 12 családtagnál látott tremort. *Thomas*[6] *a Hoffmann*-féle terjedő ideges izomsorvadást (progressive neural muscular atrophy) is észlelte két testvérnél és ezek rokonainál. *Bernhardt*[7] mint a terjedő izomsorvadás gerinczagyi ideglobos (spinalneuritikus) alakját három egy és ugyanazon

[1] *E. Jendrássik:* Über Paralysis spastica u. über die vererbten Nervenkrankheiten im Allgemeinen. (Deutsch. Archiv f. klin. Med. Bd. LXVIII. 1897.)

[2] *H. Higier:* Zur Klinik der familiären Opticus-Atrophie. (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde. Bd. X. 1897.)

[3] *B. Sachs:* (New-York) Die amaurotische familiäre Idiotie. (Deutsche med. Wochenschrift. 1898. 3. sz.)

[4] *Leitner V.:* Az öröklött látóidegatrophiáról. („Orvosi Hetilap" Szemészet cz. melléklet 1897. 72. old.

[5] *G. Amore-Bonelli:* Contributo alla conoscenza del tremore essenziale ereditario. (Riv. sperim. di Frenetria. XXIII.; Neurolog. Centralblatt 1897. 24. sz. referálva.)

[6] *H. M. Thomas:* Progressive neural muscular atrophy. (Bull. of the John Hopkins Hosp. rep. VI. 48 March 1895; Schmidt's Jahrbücher. 251. kötet, 24. old.)

[7] *M. Bernhardt:* Weiterer Beitrag zur Lehre von den hereditären u. familiären Erkrankungen des Nervensystems. Über die spinalneuritische Form der progr. Muskelatrophie. (Virchow's Archiv. 133. köt. 259. old.)

családhoz tartozó esetet ir le. *Déjerine* és *Soltas*[1] a szövetközti hypertrophikus és progressiv ideglobot két testvérnél látta.

Amde a természet nem ismer rideg alakiságot.

Ezen elfajulási typusok sem nem hasonlók mindig egymáshoz, sem nem mindig eredményei egy és ugyanazon átöröklésnek. *Lözli* többek között ugyanazon család négy myopathikus tagjainál talált két typust, újabb időben pedig, *Flandre*[2] közleménye szerint három fitestvérnél a dystrophia ezek mindegyikénél más és más localisatiót mutatott.

Rovighi és *Levi*[3] dystrophia észlelését közli három testvérnél, hol a különböző alakokban nyilvánult súlyos ideges terheltség említésre méltó. A szülők, valamint nyolcz nagybátya és nagynéne, négy testvér és egy unokahuga ugyanis a legkülönbözőbb idegrendszerbeli megbetegedésben szenvedett: így gerinczagybántalmakban, eskór, elmebaj, rángások, nehézhallásban, egy alkoholista közülök pedig öngyilkossági kisérleteket követett el.

Tekintettel ama körülményre, hogy ezen elfajulási alakok nem ritkán a családnak csak egyik tagjánál fordulnak elő és néha egyéb terheltség ki nem mutatható, a hol tehát direct családi bajról szó nem lehet, azt indítványoznám, miszerint nevezzük el ezen klinikailag és boncztanilag egymástól eltérő elfajulási alakokat, melyeknek a fejlődési rendellenesség a közös jellemvonásuk, „endogen elfajulásnak".

Ezen a kóros csírtól illetve fejlődéstől való eredete adja magyarázatát annak, hogy miért fordul elő oly gyakran az öröklési terheltség és miért független a fellépése külső befolyásoktól, nemkülönben azon kifejezett hajlamának, hogy ugyanazon alakban az ivadékokra átszármazzék.

Kórboncztanilag sem különíthető el oly élesen a myopathikus izomsorvadás a myelopathikustól, a mint azt eleinte állitották. A dystrophiák többségére nézve ugyan még máig is általánosan el van fogadva, hogy kizárólag izommegbetegedések. *Blocq* és *Marinesco*[4] infantilis jellegű dystrophia egy esetében az egész idegrendszert, különösen az izomidegeket és a neuromuscularis finom elágazódásokat teljesen épeknek találták, holott az izmok az elfajulás minden alakját: az izomrostok sorvadását és túltengését a köt- és zsirszövet szaporodását tüntették fel. Az utolsó években határozottan mutattak ki átmeneti alakokat is. *Cramer*[5] a progressiv izomatrophiának összes boncztanilag megvizsgált esetét állitotta össze az irodalomból és kimutatta, hogy a jellegzetes dystrophia összes sajátságos izomelváltozásaival gerinczagyi bántalmaknál is fordulhat elő, melyek pl. a Duchenne-Aran féle typustól semmiben zem különböznek. A miből Cramer azt következteti, hogy typikus izomatrophia egyik esetében sem szabad biztonsággal felvenni, miszerint a gerinczagy ép. *Hoffmann*[6] valamint *Strümpell*[7] ugyanezen álláspontra helyezkednek.

H. valódi gerinczagyi eredetű izomsorvadásokat emlit kifejezett családi fellépéssel és elfajulási reactióval, cerebralis vagy bulbaris tünetek nélkül.

Az előbbi szerző valódi gerinczagyi izomsorvadás eseteiről tesz említést, kifejezett családi jelleggel és elfajulási reactióval, de agyi és nyúltagyi tünetek voltak észlelehetők. A boncztani kép az izmok egyszerű sorvadását, a loborpályák és az oldalkötegmaradványok elfajulását tüntette fel. Egy másik esetben pedig, mely egy 8 hónapos gerinczagyi izomsorvadásban szenvedő gyermeket illetett, sem fibrillaris rángásokat, sem elfajulási reactiót nem talált, a mellett egyszerű, nem degenerativ elfajulás volt jelen.

Strümpell egy 40 éves myopathiás, öröklékenyen terhelt férfinél sem fibrillaris rángásokat, sem elfajulási reactiót nem talált és mégis sorvadtak voltak a mellső szarv idegsejtjei. *Strümpell* az esetet úgy magyarázza, hogy az izomrostok atrophiája az első volt, melyhez csak később csatlakozott az idegrostok és idegsejtek sorvadása.

Preisz[1] is kimutatta az idegrendszer jelentékeny elváltozásait pseudohypertrophia esetének tüzetes boncztani vizsgálata alkalmával, a nélkül azonban, hogy eldöntötte volna, vajjon elsődleges vagy másodlagos természetűek-e azok, a mi alkalmasint sok más hasonló esetre vonatkozólag is áll.

Ebben mi feltünőt nem találunk, ha meggondoljuk, hogy az elfajulás a motorikus végneuron vezetésének megszakitása vagy egyáltalán laesiója esetén nemcsak centrifugalis irányban a Waller-féle törvény értelmében, hanem bár kevésbbé gyorsan és kifejezetten centripetal irányban is terjed. Hisz tudjuk, hogy régibb amputatiós csonkok után a mellső szarv megfelelő idegsejtjeinek sorvadását találjuk. Hasonló észletekről különben már megelőzőleg Schultz (Braunschweig) számolt be 1889-ben.

(Folytatása következik.)

[1] *Déjerine et Soltas:* Sur la névrite interstitielle hypertrophique et progressive de l'enfance, affection souvent familiale etc. (Extrait des mémoires de la Societé de biologie. Séance du 18. Mars 1893; Schmidt's Jahrb. 241. köt. 242 old.)

[2] *Raoul Flandre:* Contribution a l'étude de la myopathie atrophique progressive. (Thése de Paris 1893.)

[3] *A. Rovighi e V. Levi:* Allo studio della distrofia muscolare progressiva (Rivista sperim. di Frenetria e di med. leg. XVII. 4. k. 492. 1891; Schmidt's Jahrb. 237. kötet 21. oldal.

[4] *Blocq et Marinesco:* Sur un cas de myopathie primitive du type Landouzy-Déjérine avec autopsie. Arch. de neurol. XXV. 205. oldal 1893).

[5] *A. Cramer:* Zur pathol. Anatomie der progr. Muskelatrophie. (Centralbl. f. allg. Path. u. pathol. Anatomie. VI. 14, 15., 552. oldal, 1895.; Ref. Schmidt's Jahrb. 252. kötet 25. oldal).

[6] *I. Hoffmann*: Über chronische spinale Muskelatrophie im Kindesalter u. auf familiärer Basis. (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde III. 6., 427. oldal. 1893.; továbbá X. 3. és 4., 292. oldal, 1897.).

[7] *A. Strümpell:* Zur Lehre von der progr. Muskelatrophie. (Ibid. III. 6. 471. oldal, 1893.).

Közlemény Herczel Manó dr. egyetemi magántanár szt. István-kórházi sebészi osztályáról.

Hólyagkitüremlés (Ektopia vesicae) gyökeres műtéte az uretereknek a vastagbélbe való beültetésével.

Két eset kapcsán közli: *Herczel Manó* dr.

(Folytatás.)

E helyen kell még felemlítenem mindazon eljárásokat, melyeknél akár daganatok, akár ectopia vesicae miatt végeztetett a hólyag kiirtása, akár véletlen sérült a húgyvezér, az űrterek *csonkjai* egyenesen a *vastagbélbe helyeztettek és ott egy vagy kétsoros varratok* segélyével lettek rögzítve. (*Bardenheuer, Küster, Chaput, Rein.*)

Az eredmény többnyire negativ volt; a betegek leginkább peritonitisben haltak el, vagy hydronephrosist kaptak; Chaput betege anuriában pusztult el.

Teljesség kedveért még utalok arra, hogy legutóbb az ureterimplantatio műtétének gyorsitása és a másodlagos szűkület elkerülése czéljából *Boari* egy a Murphy-gombhoz hasonló műszert eszelt ki, melylyel két izben emberen sikerrel operált. *Chalot* saját műszerét, mely egy a végbélbe és ureterbe helyezett rézcsövecskéből áll, egy esetben alkalmazta sikerrel.

A következő két esetet, melynél mindkét beteg a hólyag ektopiának minden következményes bajával küzködött, csekély eltérésekkel Maydl eredeti műtétterve szerint operáltam és a nem érdektelen kórtörténetről és a lefolyásról következőkben vagyok bátor beszámolni.

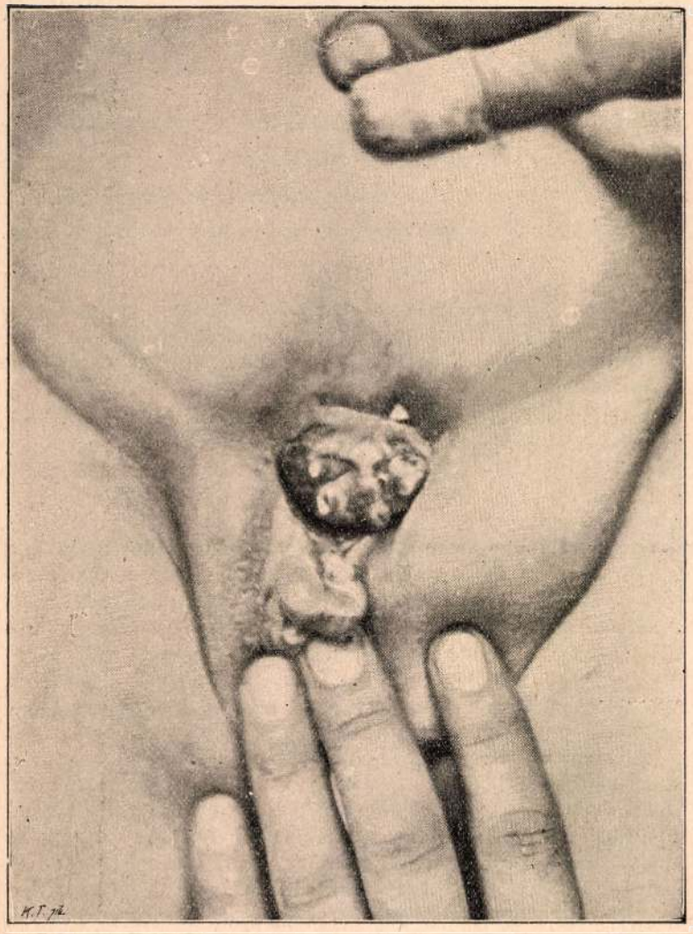
Borcsányi József, 5 éves,[2] Vácz-Hartyánról (Pest m.), egészséges szülőktől származik; hasonló baj családjában elő nem fordult. Betegsége születése óta tart, orvosi segélyt eddig nem vett igénybe.

Jelen állapot: Vézna, vérszegény gyermek, izomzata petyhüdt, mellkasi szervei épek. A has alsó részében, a középvonalban, a symphys. táj felett egy tyúktojásnyi, 5½ cm. széles, 5 cm. magas, erősen előtüremkedő, körkörös határokkal biró daganat látható, a mely élénkpirosan elszínesedett, könnyen vérző, erősen kitüremlő nyákhártyától

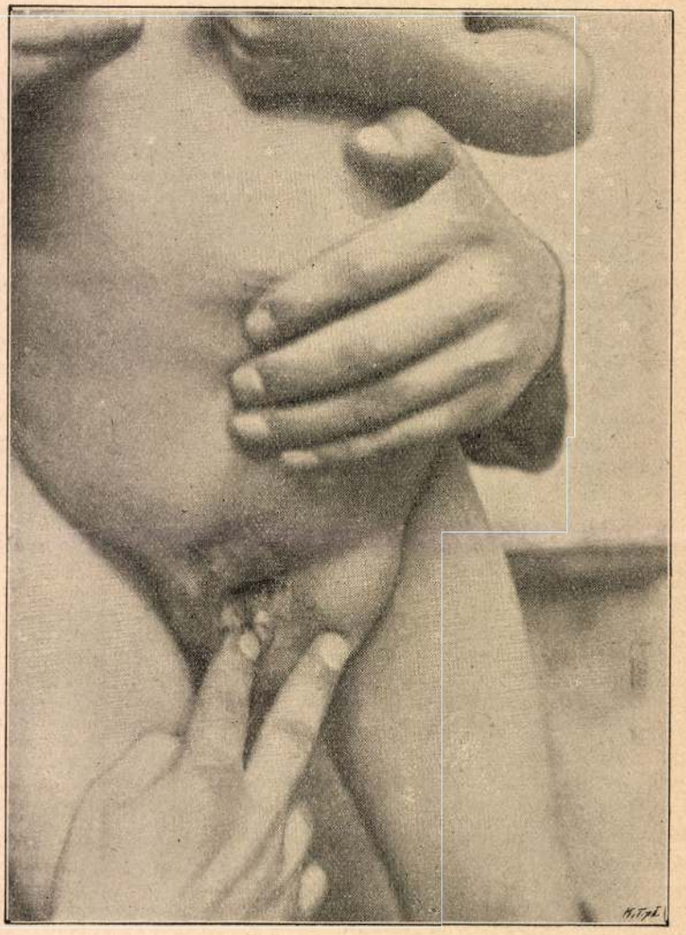
[1] *H. Preisz*: Histologische Untersuchung eines Falles von Pseudohypertrophie der Muskeln. (Arch. f. Psychiatrie Bd. XX. Heft 2; Orvosi Hetilap 1888.).

[2] Bemutattatott a budapesti kir. orvosegyesület 1897. október 23-diki és 1898. márczius 5-diki szakülésén.

fedett. A daganat felső felében, közel a has bőréhez való átmenetelhez van egy ezüstforintnyi, genyes, eves lepedékkel fedett, egyenetlen szélű, sekély kifekélyesedés, a mely érintésre igen érzékeny. Alófelé a hólyag nyákhártyája kicsúcsosodva folytatódik a teljes epispadiasist mutató penis húgycsövének halványpiros nyákhártyájába. A rudimentaris, felfelé csapódott penis 2½ cm. hosszú, miből 1½ cm. a glansra esik. A sulc. coronar. glandis alsó része jól kifejezett, úgyszintén a praeputium és a frenulum. A kitüremkedett hólyag orrmányszerűleg lóg a penis gyöke felett, köhögésnél kidomborodik, kilégzésnél ellenben a hasűrbe reponálható. Körülbelül 1½ cm. magasságban a penisbe való áthajlás felett, a kitüremkedő hólyagorrmány alsó polusán symmetrice elhelyezdett 3—4 mm. hosszú, rézsútos irányú, felső és alsó ajakszerű duzzanatokkal határolt hasadékok láthatók, melyekből 15—20 percznyi időközökben váltakozva finom, tiszta vizeletsugár szökken elő (ureterszájadékok). A penis gyökének barázdájában nyilásokat, melyek esetleg a ductus ejaculatoriusnak megfelelhetnének, sem szabad szemmel, sem nagyító üveggel látni nem lehet. A köldök hiányzik. A scrotum jobb



1. ábra. Műtét előtt.



2. ábra. Műtét után.

fele üres, bal fele egy a külső inguinalis nyilásig húzódó, körülbelül pulykatojásnagyságú lágyéksérvbe folytatódik, mely felett a kopogtatási hang dobos. A sérv csak részben reponálható. A bal scrotum alsó zugában babmekkoraságú bal here funiculussal együtt tapintható. Az os pubisnak vízszintes ága a középvonaltól mindkét oldalt már 3 cm.-nyire szünik meg és így a medenczeváz 6 cm. széles hasadékot mutat. A szeméremcsont végei kidomborodással árulják el magukat, köztük a mélyben széles, kemény szalag tapintható. Előkészítő kúraként több héten át a kitüremkedett hólyag bűzös lepedékű kifekélyesedései jodoform-kenőccsel és 2%-os bórvíz-borogatásokkal, a bőr és scrotum eczemái pedig zink-tapaszokkal lettek kezelve, mire az állapot annyira javult, hogy a *műtétet 1897. május hó 25-dikén* 2½ órán át tartó mély chloroformnarcosisban végre lehetett hajtani.

Minek utána az ureterekbe 1—1 finom sondát vezettünk volt be, legelőbb is a hólyag felső peripheriáján kezdtük meg annak kiirtását. A kitüremlett hólyag szélei élesen körül lettek vágva és e metszés felül a peritonealis űr megnyitásáig mélyítve. A hasüreg megnyitása után vékony bélkacsok tolultak elő, melyek gaze-tamponnal lettek leszorítva. Most a bal mutatóujj a hasűrbe vezettetvén, ennek kalauzolása mellett sikerült az uretereket állandóan kikerülni és a felső félkörös metszést mindkét oldalt lefelé folytatni olykép, hogy a hólyag nyakán vízszintes metszéssel összeköthető volt. Mindeme metszések a bal mutatóujj kalauzolása mellett a hasűrig mélyítve lettek, miközben különösen a prostata irányában erős vérzés mutatkozott, melyet sokszoros alákötéssel és körülöltéssel lehetett csak csillapítani. Végre szépen sikerült az ectopiás hólyagot teljesen szabaddá tenni, úgy hogy az csupán a két ureteren és azok szájadzásán egy nadrág két szárához hasonlóan függött.

Ezután még a fehéres, 5—6 mm. vastag ureterek körülbelül 1 cm.-nyi darabban óvatosan ki lettek praeparálva a laza subperitonealis kötszövetből, jól vigyázva, hogy a kisérő edény meg ne sértessék. Most a hólyagfalból egy az uretereket magába foglaló, harántirányban ovalis, körülbelül 3½ cm. hosszú, 2 cm. széles részletet hagytunk csak meg, a többi részlet elmetszésével. Ezen részlet meglehetős mozgatható volt az ureterek szabaddá tétele után. Következett most az S romanum elővonása és a linea innominata felett hosszirányban szemközt a mesenteriumával 3½ cm. hosszúságban az összes rétegeken keresztül való bemetszése. Ez ejtett bélnyilásba az ureterszájadékokat magába foglaló ovalis hólyagrészletet olykép illesztettük be, hogy a bal húgyvezér a bélmetszés alsó, a jobb a felső sarkába esett. A hólyag rudimentumának a vastagbél falaival való egyesítése Czerny-féle selyemvarratokkal történt, még pedig olyként, hogy első sorban a hólyag és bél izomzatát egyesítő, mindkét nyákhártyáig hatoló elsülyesztett 27, másodsorban ezeket biztosító 15, részben sero-serosus varrat lett alkalmazva, a mennyiben a hólyagcsonk kimetszésénél a peritonealis burkot lehetőleg kiméltük volt. Ennek elvégzése után pedig az egész el lett sülyesztve. Következett a hasfalak zárása, melyek a kiirtott hólyag helyén meglehetősen tátongtak. A rectus izom szabaddá praeparálása után a tátongó symph.-rés két oldalán kissé be lett metszve az izom, mire a seb felső ⅔-a egész a hashártyáig valamennyi réteget magába foglaló selyemvarratokkal el volt zárható. A sebzúg alsó ⅓-a nyitva maradt, innen az ureterek implantatiójának helyéig egy vékony jodoformgaze-csík lett bevezetve, mely egyúttal esetleges secretumok, vagy áttört vizeletnek levezetésére volt szolgálandó. Végbélbe bourdonnet, a sebre sterilgaze kötés lett alkalmazva.

A *lefolyás* a műtétet követő 15 nap alatt kifogástalan volt. Közvetlen a műtét után a gyermek collabált, soporosus volt, sokszor hányt, a has azonban nem volt érzékeny. Az anuson bevezetett csövön keresztül akadálytalanul ürült a véres vizelet. P. 128. R. 28.

1897. *május 26.* Beteg éjjel még néhányszor hányt, nem csuklik. Has nem érzékeny. Hőmérsék állandóan subnorm, 36° körül. A vesetáj nem fájdalmas. A végbélen át ürült zavaros, bélsárszagú, kissé véres vizelet. Napi mennyisége *750* cm³, fajsúlya *1020*. P. 128. R. 24.

*

1897. *május 27.* Teljesen jól érzi magát, állandóan láztalan, többé nem hány, has nem puffadt, étvágy visszatér; vizelet napi mennyisége 730 cm³, fajsúlya 1009. P. 120. R. 20.

Első kötésváltoztatás. A kötés át van nedvesedve, azonban mint a változtatásnál kitünik, csak a felületes rétegek vizeletszagúak, a mennyiben a bour.-ből kiszivárgott húgyot beitták. A peritonealis űrbe bevezetett gaze-csík tiszta, nem véres, kissé lazítva lesz, a seb környéke reactionélküli.

1897. *május 28.* Beteg állandóan láztalan. Vizelet napi mennyisége 800, fajsúlya 1020. Kötésváltoztatásnál az alsó varratok kissé bevágnak, ezért egyik el lett távolítva.

1897. *május 29.* Beteg láztalan. Vizelet napi mennyisége 750, fajsúlya 1016. Közérzet kitünő. Sültet jó étvágygyal eszik. Kötésváltoztatásnál a hasűrbe vezető csikot kissé lazítva határozottan lehet constatálni, hogy a hasűrből vizelet nem szivárog.

Május 30. P. 108. R. 20. A most már tiszta vizelet fehérjét alig tartalmaz; napi mennyisége 720, fajsúly 1015; állandóan láztalan.

Május 31. Kitünő közérzet; teljesen láztalan. Vizelet napi mennyisége 700 cm³, fajsúlya 1012. Próbakép a bourd. el lesz távolítva, mire először bő, kemény székletéte van, közvetlen utána 2½ óráig állandóan szárazon fekszik és ezentúl már aznap is 2—3 óráig birja a vizeletet visszatartani.

Innen kezdve beteg junius 9-dikéig, tehát műtét utáni *16-dik napig* teljes jólétnek örvendett, igen jól táplálkozik és szemlátomást gyarapodott; székletétét a vizelettel együtt jól tartotta vissza, semmiféle fájdalmai sem a hasban, sem végbélben nem voltak, úgy hogy nap közben 3—4 óráig tartotta vissza a vizeletét és 24 óra folyamában rendesen 6—7-szer volt mictio rectalisa. Csupán éjjel, ha mélyen aludt, fordult 1—1-szer elő, hogy a vizeletet maga alá bocsátotta. A tiszta filtrált vizelet fehérjét csak csekély mértékben tartalmazott, napi mennyisége 7—800 cm³ közt ingadozott, 1015—20-ig terjedő fajsúlylyal.

A hassebből a varratok fokozatosan el lettek távolítva, 9-ednap műtét után a jodoform-csík teljesen el lett távolítva és egy rövid kis steril gaze-csíkkal pótolva. Ezután a seb szépen sarjadzott és később lassan-lassan áthámosodott a granuláló felület, úgy hogy a műtett terület *akadálytalanul programmszerűleg gyógyult mindennemű tályogképződés vagy sipoly hátramaradása nélkül.*

Beteg láztalan maradt egész *junius 9-dikéig. Aznap délutánján* a fiucska kissé elesett, hőmérsék magasabb, légzése szaporább.

Junius 11. és 12-dikén szintén esti hőemelkedés 38·1—38·9, utóbbi nap ¼ óráig tartó rázóhideggel párosulva. A gyermek étvágya csökkent, nyelv bevont, has nem érzékeny, szék, szelek, vizelet rendesek, vesetáj nem fájdalmas, semmiféle fájdalomról sem panaszkodik. Kötésváltoztatásnál normalis viszonyok. Szorgos vizsgálatnál kitünik, hogy a bal alsó tüdőlebeny felett a kopogtatási hang tompult, légzésnél kis- és nagyhólyagú szörtyzörejek hallhatók. P. 80-ról 142-re szökött fel. R. 36-ra.

Mindezek után *pneumoniát* lehetett a gyermeknél megállapitani, a melynek leküzdésénél chinin refr. dos. és ipec. lett alkalmazva nedves borogatásokkal. Innen kezdve julius 23-dikáig, tehát 42 napig a beteg állandóan, lehet mondani élet és halál között lebegett. A *pneumonia* már *junius 14-dikén* újabb rázóhidegek kiséretében átterjedt *a jobb alsó lebenyre, junius 17-dikén a jobb közép és felső lebenyre*, tompulat, hörgi légzés és szörtyzörejek, mint charakt. jelek kiséretében. Betegnek állandóan irregularis magas lázai voltak, 40·5 C.-ig, táplálkozása e közben minimalis volt és annyira elesett, hogy felépüléséhez már-már alig fűztünk reményt. Mivel arra is lehetett gondolni, hogy a pneumonia, mely csak 3 napon át járt sput. croc.-mal, esetleg genyfelszivódás alapján jött létre, több izben vizsgáltuk meg a beteg vérét coccusokra, mindig negativ eredménynyel. A tüdők sokáig maradtak chronikusan infiltrálva, *a jobb közép és felső lebeny csak junius utolsó napjaiban* tisztult fel, a jobb alsó lebeny *julius első, a bal alsó lebenye julius második harmadában.* Azután a gyermek állandóan láztalan maradt és gyorsan gyarapodott.

Érdekes és fontos, hogy a pneumonia fennállásának 14. napján a bal veseták, három nappal később a jobb erősen érzékeny lett. Ezen érzékenység mindjárt az első napokban egy kis tompulattal is járt a lumbalis tájakon, lassan enyészett; különös, hogy jóformán ugyanazon időtől (junius 28.) datálódik egy emelkedő polyuria is. Míg a gyermek eddig naponta 6—7-szer vizelt, most 9—10-szer kellett vizelnie, a vizeletmennyiség lassan, de folytonosan emelkedett, úgy hogy junius 21-dikén 1100 volt, julius 8-dikán 1600, julius 10-dikén 2000, természetes mindig kisebb és kisebb fajsúlylyal (1006—1002). Ugyanekkor a szűrt vizelet sok genysejtet, kevés végbélhámsejtet, igen sok bacteriumot és trippel phosph.-jegeczet és sok fehérjét tartalmazott alk. reactióval. Cylinderek nem találtattak.

Ezen idő óta 3 hó telt el (október 20-dikáig) és a polyuria az egész idő alatt állandó maradt. A vizelet napi mennyisége 1750—3100 cm³ között ingadozik 1003—1006 fajsúlylyal. A vizelet most is állandóan kevéssé zavaros, bűzös, fehérjét nyomokban, genyt egyáltalán nem tartalmaz, üledékében végbélhám, sok zsir, cholestearin-jegeczek, detritus; veseelemek nem ismerhetők fel. Fagypontja 0·48 — 0·53. A vizelet húgyanyagtartalma majdnem teljesen szénsavas ammoniummá erjedt. (Korányi Sándor.)

Daczára ezen a gyermek fejlettségéhez, zsenge korához képest (5 év) hatalmas polyuriának, állapota 1897. november havában minden tekintetben teljesen kielégitő. A vizeletet napközben 5 óráig is képes visszatartani, az éj folyamán kissé gyakoribb mictio rectalisa van. Naponta egyszer a vizelettel keményebb székletétet űrit, a máskülönben a végbélen át bocsátott vizelet csak kevéssé zavaros. A gyermek állandóan száraz, a symphys. felett levő műtéti seb, mint látható, teljesen begyógyult és a hasfali hegek semmiféle nehézséget nem okoznak. A gyermek szemlátomást erősödik és súlyban gyarapodik.

Márczius hóban (1898) a fiú kitünően érzi magát; a napi vizeletmennyiség 1000—1200 cm³ között ingadozik, 1012—1013 fajsúlylyal, igen kevés fehérjét, sem genyet, sem alakelemeket nem tartalmaz. A fiú öt óráig képes vizeletét visszatartani s hatalmas sugárban a végbélen át üriti ki.

1898. junius hóban, tehát 13 hóval a műtét után a kis fiú kitünő közérzetnek örvend, gyarapszik, 5—6 óránkint vizel.

(Folytatása következik.)

Közlemény a fővárosi „Erzsébet"-szegényház ideg-elmebeteg osztályáról.

A tabeses elfajulás localisatiójáról és lényegéről.[1]

Irta: *Schaffer Károly* dr. egyet. m.-tanár, szegényházi rendelő orvos.

(Vége)

Jelen előadásomnak tisztán kórszövettani iránya lévén, *Jendrássik* klinikai fejtegetéseit figyelmen kivül kell hagynom. Szabadjon azonban dolgozatának kórboncztani részével röviden foglalkoznom.

Mindenekelőtt saját vizsgálataim alapján is mondhatom, hogy a tabeses agykéregben rosthiány mutatkozik. Az ez irányú vizsgálataimról — melyeket *Bálint Rezső* dr. úrral közösen végeztem —, ez alkalommal csak annyit emlitek, hogy a rostritkulásnak egy könnyebb és egy súlyosabb alakját tapasztaltam; az előbbi a tangentialrostok hiányában áll, mely legkifejezettebb a tekervény csúcsi részében, mig a barázdák mélyében mind gyengébben mutatkozik; az utóbbinál vagyis a súlyos alaknál még a velősugarak is tetemesen megritkultak. Megjegyzem, hogy tabeseimnél paralysis nem volt jelen. A kiterjedést illetőleg azt a szabályt, a melyet *Jendrássik* differenciálónak mond a paralysissel szemben, épenséggel *nem találtam*, mert hat esetemben hol a homloki lebeny, ennek főleg alapi tekervényei, hol a nyakszirti lebeny mutatta a rostritkulást. Midőn tehát a jelzett corticalis elváltozások valódiságát illetőleg *Jendrássik* adatait részben megerősithetem, egyúttal azonban ki kell jelentenem, hogy még *Jendrássik* magyarázatai alapján sem hozható a gerinczvelői hátsó kötegbeli elfajulás a jelzett kéregbeli elváltozásokkal kapcsolatba. Az első és legsúlyosabb ellenérvet *Jendrássik* maga hozza fel, mondván, hogy a gerinczvelői elfajulás a nyúltvelő magvaiban véget ér és nem terjed fel az agykéregig, a mely tovaterjedést okvetlenül meg kell kivánnunk azon esetben, ha valami összefüggést akarunk az agykéreg és gerinczvelő elváltozásai közt felállitani. *Jendrássik* az a megjegyzése, hogy agyi sértésekre és agyi valamint kisagyi daganatokra a hátsó kötelekben elfajulás volt észlelhető, tény; de téves magyarázat, ezeket az elfajulásokat az agyi gócztól függő másodlagos lehágó degeneratióknak tekinteni. *Mayer, Hoche* és mások vizsgálataiból — ezeket saját tapasztalásomból teljesen megerősithetem — tudjuk, hogy agyi daganatoknál egyes gerinczvelői érző gyökerek melyek úgy látszik, hogy a daganat okozta fokozott agynyomás iránt érzékenyek, elfajulhatnak; természetes már most, hogy ezeknek intramedullás ágai is, mikép a tabesnél, követni fogják az elfajulást, miáltal többé-kevésbbé kifejezett hátsó kötegbeli elváltozások jönnek létre. Ez a magyarázata a tumoroknál, agysértéseknél tapasztalható hátsó kötegbeli elfajulásnak; utóbbi tehát tisztára gyöki jellegű bántalom és semmiképen sem egy az agytól kiinduló lehágó elfajulás; ilyen elfajulást úgy szövettani valamint kórtani szempontból lehetetlen jelenségnek kell nyilvánitanunk.

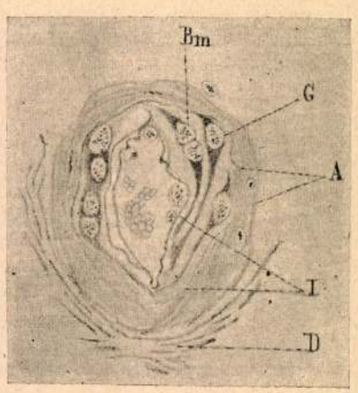
Jendrássik felfogásának közvetlenül ellene szólanak még a következő tények.

Mindenekelőtt anatomiai szempontból a hátsó kötelek gyöki jellege kétségtelenül megállapitott tény lévén, ezeknek bármily irányú trophikus zavara, milyen a másodlagos elfajulás, *kizárólag* trophikus góczuktól, a csigolyaközti dúcztól és sohasem az agykéregtől függhet. *Jendrássik* azon feltétele, hogy az agyi elváltozásoktól függően, de azért alulról felfelé degenerálnának a hátsó kötelek, oly feltevés, melyet a központi idegrendszer körében sem anatomiai sem pathobiologiai adatok nem támogatnak, mert ehhez első sorban annak a bebizonyitása kellene, hogy a nagyagy kérge a gangl. spinalera hat. De ellentmondó továbbá az a tény, hogy a paralytikusoknál előforduló hátsó kötélbeli degeneratio, mely a tabeses elfajulással alakilag oly megegyező, igen csekély szemben a tabeses hátsókötélbeli degeneratióval; már pedig, ha a kéregbeli elfajulástól függene a gerinczvelői degeneratio, úgy utóbbinak, tekintve a paralytikus kéreg nagyfokú elfajulását, legalább is egyenlő fokúnak kellene lenni úgy a tabesnél mint a paralysisnél, illetve, ha fokozás lehetséges lenne, még nagyobb fokúnak. Mindezek után *Jendrássik* azt a leletét, hogy a tabesnél az agykéreg szenved, saját észleléseim által is beigazolt ténynek kell tekintenünk, de nem fogadhatom el azt a localisatiót, mely szerint a tabeses kéregbántalom a félteke hátsó felére szoritkoznék. Nézetem szerint a tabesnek kéregbeli degeneratiói a gerinczvelői elváltozásokkal *semminemű okozati* összefüggésben nincsenek; *ezek coordinált elváltozások.*

Fejtegetéseim záradékául *Hoche*-nak egy fontos munkájáról kell megemlékeznem, mely véleményem szerint a tabes pathogenesisére fényt vetni van hivatva. „Zur Frage der Entstehung der Stauungspapille" czimü értekezésében nyomatékkal utal arra a törvényszerüen jelentkező körülményre, hogy agydaganatok esetén az opticus degeneration kivül mindenkor a gerinczvelő hátsó gyökei elfajulvák, legkifejezettebben a nyaki és ágyéki, kevésbbé a háti érző gyökök. Fontos körülmény, hogy a gerinczvelői gyökelfajulás az intramedullás gyökrostokra szoritkozik, mert a Marchi módszerével könnyen kimutatható myelincseppek csak az Obersteiner-féle befüződés helyétől fogva lépnek fel; a gyöknek extraspinalis részében ily degenerativ termékek hiányoznak. Előáll ily módon a hátsó köteleknek oly elfajulása, mint a tabesnél, mely a Kahler-féle törvénynek hódolva, a nyúltvelőig követhető. Kiemelendő, hogy a gyökelfajulás hosszasabb fennállása mellett a tabeses hátsó kötélbeli elfajulásnak anatomice teljesen megfelelő kép fejlődhetik ki. A mi a gyökelfajulásnak létrejötte módját illeti, úgy *Hoche* első sorban is a leghatározottabban elutasitja az agy vagy kisagy felől történő lehágó másodlagos elfajulást: „Eine directe etwa vom Grosshirn oder Kleinhirn *absteigende secundäre Degeneration* kommt *gar nicht* in Frage; der Sitz des Tumors ist für das Zustandekommen der fraglichen Veränderungen ganz gleichgiltig, und es gibt überhaupt keine Fasern, die von obenher absteigend aus dem Schädel in die hinteren Wurzeln gelangten."

A gerinczvelői gyökdegeneratio magyarázatára ezek után csakis két tényező marad fenn, t. i., vagy az egész testben kerengő toxinok avagy a fokozott nyomás fejthetnek ki káros hatást. Miután a toxinelmélet tarthatlanságát bebizonyitotta, kimutatja, hogy az agynyomás felvételével mikép a pangásos papillát illetve opticuselfajulást, ugyanigy a hátságyökök degeneratióját is könnyen meg lehet magyarázni. Az agydaganatoknál diagnostikai és therapiai szempontból megejtett lumbalpunctio alkalmával eszközölt nyomási mérések határozottan kimutatták, hogy az ágyéki velő durazsákjában hasonlóképen tetemesen fokozott nyomás van jelen. Igy tehát a nyiroknedvnek lefolyása a hátsó gyökökből ép úgy meg van akadályozva, mikép az a fokozott agynyomásnál fogva a n. opticusban. A vizenyősen fellazult és a pangás folytán körfogatában megnagyobbodott gyökrostok a kevésbbé rugékony pia részéről strangulatiónak vannak kitéve az Obersteiner-féle befüződés helyén, minek következménye, hogy a hátsó gyökrostok trophikus góczuktól, a spinaldúcztól bár nem continuitásukban, hanem functionalisan elkülönittetnek s igy elfajulnak. Ez a magyarázata az agydaganatoknál mutatkozó gerinczvelői érző gyökdegeneratiónak. Már most, a nélkül, hogy közelebbi magyarázatokba bocsátkoznék, *Hoche* egyenesen utal arra az *analogiára*, mely az agydaganat melletti opticus és hátságyökbeli degeneratio társulása és a tabesnél mutatkozó oly gyakori opticus- és hátságyökérbántalom associatiója közt fennáll.

Úgy hiszem, könnyen belátható, miszerint a tabesnél az associált opticus hátsó gyökbeli bántalomnak ép úgy megvan az egységes oka, a mint hogy az agytumornál. Egységes oknak kell szerepelnie, mert az opticus sorvadása mint ismeretes, oly gyakran szövődik a hátsó gyöknek elfajulásával a tabes lefolyásában és mert kórszövettani szempontból mindkettejük bántalma azonos. De szintúgy világos, hogy a tabesnél nem szerepelhet az agydaganatnál számbajövő agynyomás mint úgy az opticus, valamint a hátsó gyökök elfajulását előidéző közös ok, hanem itt más természetű közös tényező után kell kutatnunk. Ez nézetem szerint a *syphilisben* adva van, mint oly tényezőben, mely köztudomás szerint az *egész* idegrendszert szokta illetni és a melynek aetiologiai jelentőségét a tabesre nézve mai nap megállapitottnak lehet tekinteni. Persze, hogy közelebbi adataink a lueses infectiónak a tabeses kórfolyamatra kifejtett hatásáról nincsenek; vajjon a *Strümpell* által postulált postsyphilitikus toxinok hatása szerepel-e, mely esetben a tabes a luesnek utóbaját képezné (*Strümpell, Moebius*), avagy a tabes tertiaer-syphilitikus bántalmat képvisel-e, a mint azt *Erb* és *Obersteiner* felveszik, legkevésbbé sem tekinthető eldöntött kérdésnek. *Nageotte, Obersteiner* vizsgálatai és saját észleleteim is azonban határozottan kimutatták, hogy a tabeses hátsó gyökök a kórfolyamat igen korai szakában élénk beszűrődésnek képezik székhelyét, mely körülmény kétségkivül alkalmas arra, hogy a hátsó gyökök intramedullás folytatásait trophikus góczuktól, a spinaldúcztól elkülönitsék, helyesebben mondva: a spinaldúcznak fentartó hatását a hátsó gyökre lényegesen megzavarja. Kezdeti tabes esetében a hátsó gyök venáiban pedig a legkifejezettebb bántalmat constatálhattam, a mi az endothelsejteknek dús proliferatiójában, az intimának tetemes megvastagodásában és az adventitiának túltengésében állott. Az endothelsejtek élénk mitotikus oszlásban vannak (l. 4. ábra) és igy létrejő az intimának oly jelentékeny hyperplasiája, hogy ez által a vena belvilága tetemesen szükül. Egy másik, már előrehaladt tabeses esetben a venák belvilágát teljesen eltömültnek és az adventitiát egyneműen megvastagodottnak találtam. E mellett feltünő, hogy az arteriák alig szenvedtek. A leirt venabántalom következménye csakis pangásos oedema lehet, melynek fokozásához hozzájárulhat még a nyirokpangás is, mely a Nageotte-féle infiltratióból — mely a nyirokhézagokat eltömi — ered. Természetes, hogy az oedemával a gyöknek táplálati zavara is legszorosabban jár karöltve. A pangásos oedema a gyöknek fellazulását és duzzadását okozza, mely körülménynél fogva a megnagyobbodott gyök az Obersteiner-féle ponton, mert a resistens pia nem tágul, zsinegelést szenved el. A hátsó gyök duzzadásából eredő káros hatás tehát a gyöknek a gerinczvelőbe való behatolása pontján érvényesül, s igy érthető, hogy a tabeses hátsó gyökbeli elfajulás frisebb esetekben és legelső sorban az intramedullás gyökfolytatásokon nyilvánul.



4. ábra.
Endophlebitis obliterans; a kevert gyök egy venája. D. = a dura kötőszövete. T = a hyperplasiás intima, ebben Bm = bipolar mitosis. G = sarjadzó sejt. A = túltengett adventitia.

A Nageotte-féle beszüremkedés és a gyök venáinak hyperplasiás folyamata, melyet leghelyesebben endophlebitis

obliteransnak lehet elnevezni, jól férnek meg a tabes lueses aetiologiájával.

Midőn a tabeses hátsó gyökbeli bántalomnak ezt a képét megszerkesztém, harmoniába hoztam a *Nageotte* és az *Obersteiner* által külön-külön hangoztatott kórnemző tényezőket. Véleményem szerint kettőjük együttes működéséből sokkal jobban tudom a tabeses gyökbántalmat magyarázni, mint mindegyikükből külön. Eljárásom helyességét a következő körülményből olvasom ki.

A hátsó gyökön kimutatott proliferatio, mint *Nageotte* vizsgálataiból tudjuk, egyúttal az elülső gyököt is éri, mert az infiltratio azon a helyen található, a hol a két gyök együtt fekszik. Ugyanilyen viszony forog fenn az agydaganat esetén is, a midőn a fokozott agynyomásnak mindkét, úgy elülső, valamint hátsó gyök ki van téve; *az elülső gyököt elfajulva sohasem találták.* Joggal emelte ki tehát *Obersteiner*, hogy miért nem szenved az elülső gyök is? Ennek okát én épen abban a körülményben lelem fel, hogy az elülső gyök bár duzzad, ép úgy mint a hátsó, de nem szenved el oly zsinegelést, a minőt a hátsó gyök, melyet ennek a gerinczvelőbe hatolása helyén az ismert és resistens pia-gyűrű fejt ki. Maga az infiltratio egymagában nem elegendőképen hatékony tényező; az ezzel járó pangásos duzzadás és az ennek folytán elszenvedett strangulatio az a döntő momentum, mely a gyökre végzetesen hat. A mennyiben pedig ez a strangulatio a hátsó gyökben különböző pathologiai hajlamú rostokat talál, úgy érthető is, hogy a hátsó gyökér nem fog sommásan, vagyis egyszerre és egészben elfajulni, hanem csakis egyes bizonyos rostok, mondjuk a kevésbbé ellentállóak. Ily módon a hátsó gyökbeli bántalom a tabesben electiv folyamat, a mint ezt egyébként már fentebb kifejtettem.

* * *

Fenti, minden esetre csak vázlatos fejtegetéseim aphoristikus tartalma tehát abban áll, hogy *a tabeses hátsó kötélbeli elfajulás a gerinczvelő érzőgyökeinek elsődleges bántalma által okoztatik. A gyökbántalom egy proliferatiós folyamatban és obliteráló endophlebitisben gyökerezhetik, mely a gyöknek pangásos oedemából származó duzzadására és ennek a pia-gyűrű részéről kifejtett zsinegelésére vezet; ily módon megszünik a spinaldúcznak a hátsó gyökre ható trophikus hatása, mely körülmény a gyök intramedullás folytatásainak másodlagos elfajulását, vagyis a hátsó kötélbeli bántalmat eredményezi.*

* * *

Tisztelt Orvosegyesület!

Sokkal inkább ismerem a taglalt themának szertelen nehézségét, az eddigi megoldási módozatoknak számtalan hiányát, hogysem abban a csalóka hitben ringatnám magam, mintha az imént kimondott conclusióval a kérdést megoldottnak tekinthetném. Egy körülményt azonban mint a legutóbbi kutatások által *véglegesen* megállapított tényt újból ki kell emelnem, s ez a tabeses hátsó kötélbeli elfajulásnak gyöki eredete. Az ezenfelüli kutatásoknak tehát máris körülirt, bár rögös területük van: kikutatni azokat az elsődleges elváltozásokat, a melyekből a gyökelfajulás létrejő. S miután a tabes mint kiválóan idült bántalom ily irányú vizsgálatokra illő és alkalmas anyagot nem ad, mert a kezdeti gyökelváltozások már rég átmehettek hegesedésbe, sklerosisba, azért is figyelmünket helyesen oly gyökbántalomra kell irányítanunk, melyet csaknem minden esetben *friss heveny* állapotban kaphatunk kezeink közé, a mely gyökbántalom a tabeses gyökelváltozásokkal megegyező, s a melynek aetiologiájában a syphilis majdnem ugyanazt a szerepet játszhatja, mint a tabesnél, értem ez alatt a dementia paralytica lefolyásában mutatkozó gyökbántalmat. A nézetek mindjobban abban az irányban tisztulnak, hogy a paralysisnél oly gyakran mutatkozó hátsó kötélbeli elfajulás tulajdonképen *abortiv* lefolyású *tabes*, s így azonosítható a tabeses és a paralytikus hátsókötélbeli folyamat; köztük csak quantitativ és intensitási különbség áll fenn. *Nageotte* vizsgálatai tehát helyes irányban indultak meg, midőn a paralytikus tabes gyöki elváltozásaira irányultak. De az általa talált „névrite transverse" a folyamatnak minden pontját még nem világositotta meg; szabadjon e helyen csupán a hátsó gyökbeli bántalomnak electiv természetére utalnom; itt további és ernyedetlen vizsgálatokra van szükség.

Előadásom végére értem. Végzem azt azzal a beismeréssel, hogy csupán vázlatos képet nyujtottam a tabes tanának egyik actualis és fontos kérdéséről, de készakarva kerültem a túlságos részletes kérdéseket, melyek mai ismertető, referáló előadásom áttekinthetőségét csak megnehezitették volna.

Az előadásban említett munkák:

1. *Leyden:* Die graue Degeneration der hinteren Rückenmarksstränge, 1863.
2. *Leyden:* Die neueren Untersuchungen über die pathologische Anatomie u. Physiologie d. Tabes dors. Zeitschr. f. klin. Medizin, 1894.
3. *Pierret:* Sur les altérations de la substance grise de la moëlle épinière dans l'ataxie locomotrice. Arch. de Physiol. 1870.
4. *Strümpell:* Die patholog. Anat. d. Tabes. Arch. f. Psych. 1882.
5. *Strümpell:* Lehrb. d. spec. Path. u. Ther. stb. 1892.
6. *Flechsig:* Ist die Tabes dorsalis eine Systemerkrankung? Neurol. Centralbl. 1890.
7. *Lange:* Ueber die Leitungsverhältnisse in den hinteren Rückenmarkssträngen nebst Bemerkungen über die Pathologie der Tab. dors. Ref. Schmidt-féle Jahrbücher, 1872.
8. *Marie:* Leçons sur les maladies stb. 1892.
9. *Marie:* Traité de Médicine. 1894.
10. *Redlich:* Die hinteren Wurzeln des Rückenmarkes und die path. Anatomie der Tabes. Jahrbüch. f. Psych. 1892.
11. *Redlich:* Die Path. der tabischen Hinterstrangserkrankung. Jena. 1897.
12. *Dejerine:* Du rôle joué par les lésions des racines postér. dans la sclérose médull. des ataxiques. Sém. méd. 1892.
13. *Dejerine et Sottas:* Sur la distribution des fibres endogénes stb. Soc. de Biologie. 1895. Junius 15.
14. *Dejerine et Spiller:* Contribution à l'étude de la texture des cordons postérieurs etc. Soc. de Biol. 1895. Julius 15.
15. *Dejerine et Thomas:* Contribution à l'étude du trajet intramédullaires des racines post. etc. Soc. de Biol. 1895. Julius 27.
16. *Wollenberg:* Untersuchungen über das Verhalten der Spinalganglien bei der Tabes dors. Arch. f. Psych. 1892.
17. *Stroebe:* Über Veränderungen der Spinalganglien bei Tabes dors. Centralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. 1894.
18. *Schaffer:* Das Verhalten der Spinalganglienzellen bei Tabes auf Grund Nissl's Färbung. Neurolog. Centralbl. 1898. 1. sz.
19. *Juliusburger és Meyer:* Beitrag zur Pathol. der Spinalganglienzelle. Neurol. Centralbl. 1898. 4. sz.
20. *Nageotte:* Tabes et paralysie générale. Paris, 1893.
21. *Nageotte:* La lésion primitive du tabes. Paris, 1894.
22. *Nageotte:* Étude sur un cas de tabes uniradiculaire chez un paralytique générale. Revue neurolog. 1895.
23. *Obersteiner és Redlich:* Über Wesen u. Pathogenese der tabischen Hinterstrangserkrankung. Arbeiten aus Obersteiner's Laboratorium. 1894.
24. *Obersteiner:* Bemerkungen zur tabischen Hinterwurzelerkrankung. Ibidem. 1895.
25. *Philippe:* Contribution à l'étude anatomique et clinique du tabes dorsalis. Thèse de Paris. 1887.
26. *Mayer:* Über anatomische Rückenmarksbefunde in Fällen von Hirntumor. Jahrb. f. Psych. 1894.
27. *Mayer:* Zur pathol. Anat. der Rückenmarkshinterstränge. Jahrb. f. Psych. 1894.
28. *Schaffer:* A másodlagos elfajulás időbeli sorrendje a gerinczvelő egyes pályáiban. M. Orv. Arch. 1895.
29. *Marinesco:* Über Veränderungen d. Nerven u. d. Rückenmarkes nach Amputationen etc. Neurol. Centralbl. 1892.
30. *Jendrássik:* A tabes dorsalis elsődleges localisatiójáról. Orv. Hetilap. 1888.
31. *Hoche:* Zur Frage der Entstehung der Stauungspapille. Arch. f. Augenheilkunde. 1897.

Az agy sebészetéről.

Felolvasta a debreczeni orvos-gyógyszerészegyesület 1897. évi november havi ülésén *Csikós Sándor* dr.

(Vége.)

Sinus thrombosisnál magas septikus láz, gyors érverés, oedematosus daganatok a csecsnyújtvány és tarkó felett s a vena jugularis mentén, exophthalmus, kötőhártyaduzzadás, vérpangás a fej venáiban s kötélszerű keményedés a vena jugularisban mutatkoznak.

E tüneteket meningitis vagy abscessusnál hiába keresnénk.

Rendesen diagnosisunk eléggé biztos arra, hogy reátámaszkodva beavatkozhassunk; de ha nem volnánk is teljesen meggyőződve diagnosisunk helyes voltáról, egy feltétlenül halálos bajjal szemben egy kis rizikót megengedhetünk magunknak.

A trepanálásra 3 cm.-nyire a fül mögött s 4 cm.-nyire felette van a legalkalmasabb hely. Sokkal czélszerűbb, mintha a proc. mastoideus vastag rétegén akarnánk áthatolni. Vékonyabb ott a csont s tágabb a hely.

Nem állítottam össze az agytályogok műtéti statistikáját. A műtétek haszna kétségtelen s minden egyes meggyógyult esetet a haláltól hódítottunk el.

A tágolyokhoz sokban hasonlítanak az agytumorok. Foglalkozzunk kissé ezekkel is.

Öt-hat évvel ezelőtt az agytumorok iránt nem nagyon érdeklődtek. Gyógyíthatatlan bajnak tekintették s ha a diagnosison szerencsésen átestek, nem törődtek vele tovább.

De a mint az agy sebészete új alapokra helyezkedett, az agytumorok sebészete is virágzásnak indult. Mac Ewen, Durante, Horsley, Weir, Keen Park, Bergmann, Czerny, Lucas Championnière, Troisier, Burnay, Deaner, Gaster és még mások voltak az úttörők és kezdeményezők.

Az agytumorok gyermekeknél és felnőtteknél egyforma számban fordulnak elő. A különbség a daganatok természetében rejlik. Gyermekeknél a tuberculotikus daganatok mindennaposak; felnőtteknél ritkák. Gyermekeknél a gliomák és sarcomák száma egyenlő; míg felnőtteknél a sarcomák a leggyakrabban előforduló daganatok. A carcinomák és syphilomák gyermekeknél csaknem ismeretlenek, míg felnőtteknél megszokott tumor alakok. Cysták a gliomákban vagy gliosarcomákkan, de önállóan is találhatók.

A daganatok természetének meghatározására nincs biztos alapunk, csak az egyes alakok relativ gyakoriságából vonunk le némi következtetést.

Gyermekeknél első sorban tuberculumokra gondolunk s keressük a tuberculosis tüneteit.

Ha a localis tünetek többszörös daganatot sejtetnek, akkor szintén tuberculumokat gyanítunk.

Ha felnőtteknél tumortüneteket észlelünk, akkor gummákat veszünk fel s diagnosisunk valószínűségében nyer, ha éjjeli fejfájások és egyéb syphilitikus tünetek mutatkoznak.

Élősdi és dermoid cysták az agyban ritkán fordulnak elő. Az agy szövetét nem támadják meg, csupán helyéből szorítják ki s növekedésük következtében nyomási tünetek keletkezésére szolgáltatnak okot.

A gliomát, gliosarcomát és sarcomát egymástól nem különböztetjük meg, de némi különbségek mégis vannak. A glioma vérerekkel nagyon dúsan el van látva s ezért a vérfeszülés változása következtében nagyságát változtatja. E változásokkal azután az agynyomási tünetek változása karöltve jár. Ha tehát az agynyomási tünetek különösen külső befolyások, mint melegfürdők, lábvizek s kedélyizgalmak behatása alatt erősen ingadoznak, akkor gliomát diagnostizálunk. Ha pedig apoplectikus rohamokat észlelünk, diagnosisunk valószínűségében nyer. De ha tokja van, akkor különös ismertető jelekre egyáltalában nem számíthatunk.

Hogy az agydaganat milyen mértékben van erekkel ellátva s van-e tokja: ez a kérdés nagyon közelről érdekli a sebészt. Mentül keményebb egy daganat, mentül kevesebb ér van benne, annál könnyebb eltávolítani. Ha pedig még tokja is van, akkor kiirtása semmi nehézséget sem okoz. A sarcomák nem vérdúsak, van tokjuk is, tehát műtétük könnyű. Ilyenek többnyire a gliosarcomák is; de a gliomáknak nincs tokjuk soha.

Daganatok keletkeznek az agy bármelyik részében, de egyes helyeken különös előszeretettel fejlődnek. Gyermekeknél az agy tengelyében és a cerebellumban szeretik a helyet. Felnőtteknél a kérget kedvelik különösebben. Az agy tengelye alatt a nagy ganglionokat, a corpora quadrigeminákat, a crura cerebrit, a ponsot és a medulla oblongatát értjük. Az agy e részeihez nem jutunk hozzá, s így az itt fejlődött tumorok könnyű felismerhetőségében nincs sok örömünk.

Star 600 esetet vizsgált meg a daganatok helyzetére nézve s ezek között 185 találkozott ilyen fajta.

A cerebellum daganatai e gyüjteményben 141 esettel szerepelnek. Ezek főleg gyermekeknél fordulnak elő, nehezen közelíthetjük meg őket. A sebészet körébe csak kis részük tartozik. A többszörös daganatokat 60 eset képviseli. Ezeket is kiveszszük az operativ esetek közül. A többi daganat, s pedig 178 felnőtteknél s 56 gyermekeknél, a kéregállományban feküdt. 70 esetet még ezek közül is ki kell zárnunk, mert az agy alapján hozzáférhetetlen helyeken fejlődött ki. Az így fenmaradó 164 közül 46 esetben az általános és localis tünetek a műtétet indicálták. 37 esetben pedig, ha megkisérlik, a műtét sikerre vezetett volna.

Ebből arra a következtetésre jutunk, hogy az agydaganatoknak 6%-a operálható. Körülbelül ilyen eredményre jutottak mások is.

Csekély százalék ez nagyon. Említésre is alig érdemes. De az operálható esetek száma szaporodni fog. Az eljárás még nagyon új. Kevesen ismerik. Az esetek nagyon későn kerülnek szem elé, akkor a mikor az eleintén kicsiny daganatok megnőttek s nagyságuk miatt ki nem irthatók.

Az idáig végzett műtétek eredménye nem rossz. Star 97 esetet állított össze a következő táblázatban:

	Agy	Agyacs	
Az operált esetek száma . . .	81	+ 16	= 97
Nem találtak daganatot . . .	26	+ 9	= 35
Megtalálták, de nem irtották ki	1	+ 2	= 3
Eltávolították s gyógyult . . .	39	+ 3	= 42
„ meghalt . . .	15	+ 2	= 17

Tehát a jól localizált esetekben 46% gyógyulást értek el. E szám minden bizonynyal elég bátorító és biztató arra, hogy e kegyetlen, mondhatjuk reménytelen betegséget fokozott érdeklődéssel tanulmányozzuk.

A felnőtteknél megoperált 81 eset közül 54-ben találták meg a daganatot. Közülök 43 a motorikus regióban feküdt. 15 a műtét következtében meghalt. 27 esetben a daganatot nem találták meg, vagy ha meg is találták, nem irtották ki. Ilyen esetekben a műtét explorativ jellegű; de jogosult, mert reménytelen betegséggel állunk szemközt.

Az agyacs daganatainál elért eredményeink nem igen fényesek. 16 közül csak 3 gyógyult meg. Itt még úgy a localisatio, mint maga a műtét sok nehézséggel jár; s e nehézségek elhárítva ma még nincsenek.

Az agytumorok terén még nagyon sok teendő vár reánk. Az utolsó években bámulatosan haladtunk ugyan; de még nagyon hosszú út áll előttünk.

Az agydaganatok általános tünettana minden orvosi kézikönyvben le van irva. Általánosan ismeretes. A daganat helyét pedig az agy különböző részei működésének az ismerete alapján határozzák meg. Nem terjeszkedhetem ki reá.

A daganatok kiirtásánál körülbelül úgy járunk el, mint az epilepsia miatt végezett műtéteknél. Lehetőleg nagy területen nyitjuk meg a koponyát. Felkeressük a daganatot, s ha megtaláltuk, lehetőleg tokostul kihámozzuk a fészkéből. A vérzést csillapítjuk, ha szükséges kitömjük az üregét; esetleg visszahelyezzük a durát, a csontlemezt; összevarrjuk s bekötjük a sebet.

Ha nincs tokja a daganatnak, legalább annyit a mennyit lehet, nagy vigyázattal kiirtunk belőle.

Ha a daganatot nem találtuk meg, nem férhetünk hozzá vagy oly nagy, hogy kiirtására nem igen gondolhatunk: akkor csak palliativ műtétet végezünk. Műtétünk nem befolyásolja ugyan a neoplasmát, de megszünteti a legkínzóbb tünetét, a kegyetlen agynyomást.

Ha előre tudjuk, hogy műtétünk csupán az agynyomás csökkentését czélozza, megkisérelhetjük a lumbar punctiót is. Lecsapoljuk a liquor cerebrospinalist, s az agynyomás tünetei: fejfájás, szédülés, hányás, neuritis optica azonnal javulásnak indulnak.

Természetesen, az agydaganatok kiirtásánál sikerre csak akkor számíthatunk, ha a daganatok még nem nőttek túlnagyra. Tehát korán operáljunk. De ne hamarkodjuk el a dolgot. Miután gyermekeknél a tuberculumok, felnőtteknél a syphilomák leggyakrabban előforduló daganatok, s mivel a daganatok természetét fel nem ismerjük, mindig legelőbb is higanynyal és jodkalival tegyünk kisérletet. De e kisérleteket ne húzzuk a végtelenségig. Ha 6 hét alatt, vagy legfeljebb 3 hó alatt

nem látunk semmi eredményt sem, hagyjunk fel vele, s nyúljunk haladéktalanul a késhez, ha a daganat különben alkalmas a kiirtásra. Sőt vannak olyanok is, a kik még ennyit sem engednek meg, hanem mindig azonnal műtéthez fognak.

Egy lépéssel tovább menve a hydrocephalussal találkozunk.

A hydrocephalus sokszor agytumorok következménye s ha a koponyacsontok összeforradása után keletkezett, agynyomási tünetek által árulja el magát. Régebben belső szerekkel gyógyítgatták, de sikert sohasem értek el s ezért fordultak a sebészethez. Szembeszökő eredményt azonban a sebészek sem mutattak fel.

Kétféle hydrocephalust különböztetünk meg, világrahozottat és szerzettet.

A veleszületett hydrocephalus keletkezési okát nem ismerjük. A szerzettek meningitisből, vagy az agyból kivezető erek összenyomásából, venosus vérpangásból származnak. A pons, crus cerebri és cerebellum daganatai ilyen hatásúak.

A műtétet már 1667-ben megkisérlették veleszületett hydrocephalus miatt. A nagy fontanellán megcsapolták a ventriculust s a műtétet, ha volt reá alkalom, megismételték több izben is. A műtét veszedelmes volt. Gyógyító hatása nem mutatkozott. Elhagyták.

A később keletkezett hydrocephalusnál a legutóbbi években trepanálták s igy csapolták meg az egyik oldalgyomrocsot. A canulön keresztül lószőrpamatot vagy drainesövet vezettek be. Gyógyulásra ily műtétek után csak akkor számíthatunk, ha a hydrocephalus nem másodlagosan tumorok nyomása következtében fejlődött ki. Különben hatása csak palliativ lehet.

Megkisérlették a gyomrocsok drainirozása helyett a subarachnoidealis üreg megnyitását s megcsapolását is. Vagy a tarkón csináltak nyilást, vagy lumbalis punctiót végeztek. E műtétek azonban még csak a kezdet kezdetén vannak s hatásukat nem birálhatjuk meg. Természetesen az ilyen fajta műtétek is csupán palliativ hatásúak.

Még röviden, egy pár szóval emlitsük meg a traumatikus őrültség, a meningitisek, a csillapithatatlan fejfájások, a dementia paralytica s a sinus thrombosis miatt végezett trepanatiókat.

Nagy ritkán kerülnek az elmebajok között olyanok is, a melyeket fejsérüléssel oki összefüggésbe hozhatunk. Olyan megtébolyodások, a melyek horpadásos vagy horpadás nélküli koponyatörés, vagy más koponyasérülés után teljesen ép elméjű egyéneken hirtelen törtek ki. Az ilyen fajta nagyon ritka esetben egyesek megkisérlették a trepanálást, a sérülés helyén. Nem mondhatom meg, vajjon e műtét ajánlható-e. Az előttem fekvő anyag ennek eldöntésére kevés. Az észleletek egymásnak ellentmondanak. Ugylátszik azonban, hogy az egész nem ér sokat. A javulás, a mely egyes esetekben mutatkozott sem szembeszökő, sem állandó nem volt.

Megkisérlették a trepanatiót a dementia paralyticánál is. Hasznát nem látták. Nem is tudom elgondolni, hogy a meningoencephalitis diffusa chronicánál a trepanatiónak haszna lehessen.

Horsley és Weir egy-egy traumatikus eredetű, türhetetlen, nyilaló fejfájás miatt trepanáltak. Horsley egy megnagyobodott Pacchion-féle testecskét talált, Weir éppen semmi elváltozásra nem akadt reá s mégis mind a két beteg meggyógyult s megszabadult a bajától. Ne higyje senki, hogy erre a két kedvező esetre támaszkodva a fejfájósak trepanálását ajánlanám. Csak mint curiosumot emlitettem meg.

Némelyek látva a septikus és tuberculotikus peritonitisek hasmetszés útján való gyógyulását: azt a kérdést vetették fel, vajjon nem lehetne-e hasonló módon gyógyitani a meningitiseket is. A peritoneális üreget sem igen lehet desinficiálni, az igaz, de a koponyaüreg desinfectiójának a megkisérlése is absurdum. A koponya üregében nincs meg a nagy felszivóképesség s a peristaltikus mozgás, a mely az ilyen infectiók és desinfectióknál nagy szerepet játszik s e két üreg egyáltalában nem hasonlitható össze. Azonban, mivel a meningitisek belgyógyászati gyógyitása teljesen sikertelen, megpróbálták a a sebészetit. De bizony, hiába furkálták össze a koponyát, hiába végeztek lumbalis punctiókat, hiába fecskendezték át a koponya üregét s a subarachnoidealis üreget, czélt nem értek s e műtéteket, sajnálkozva bár, levették a napirendről.

A septikus sinus thrombosis mindig másodlagos megbetegedés. Egyes esetekben nem ismerjük fel könnyen. Nagyon veszedelmes, majdnem mindig halálos kimenetelű. Általában agynyomási tüneteket okoz. De ezeken kivül még egy csomó más általános és localis tünet is mutatkozik.

Az általános tüneteket nyilvánulásuk szerint három csoportba osztjuk.

Az elsőbe tartozik a pneumonikus csoport. Pár héttel a baj keletkezése után ebben a csoportban dispnoë s mellfájás mutatkoznak. Valószinűleg elczipelt apró septikus alvadék törmelékek kicsiny infarctusokat képeznek.

A második csoportban typhusos tünetekkel találkozunk. Láz, meteorismus, fájdalom a hasban s hasmenés lépnek fel. A szék rizsleszerű; rendkivül büzös. A bőrön sötét-vörösés foltok jelennek meg.

A harmadik csoportban a meningitikus tünetek állanak előtérben.

E tünetcsoportok azután a legkülönbözőbb módon összebonyolódnak. A diagnosist majdnem lehetetlenné teszik.

A localis tünetek a sinusok szerint változnak.

A sinus longitudinalis superior thrombusa ritkán okoz localis tüneteket. Néha ugyan a frontalis, parietalis és occipitalis erek teltsége elárulja a venosus vérkeringés pangását. Egyszer-másszor kisebb-nagyobb fokú s kiterjedésű rángásokat s hüdéseket is észlelünk.

A sinus cavernosusban ritkán képződik thrombus. Mindig átterjed az máshonnan. Legtöbbször a vena ophthalmicából. Néha a plexus pterygoideuson át terjed be a thrombus a száj, az állcsontok, s főleg a proc. alveolaris septikus lobjai után. Tünetei a vérpangáson s oedemás daganatokon kivül: exophthalmus, ptosis és chemosis.

A sinus lateralis thrombusa sem okoz mindig localis tüneteket. Azok a tünetek, a melyeket emlegetnek, nem jellegzőek, mert más bajoknál is előfordulnak. Igy a proc. mastoideus genyes lobjánál minden thrombus-képződés nélkül. Biztos tünete, ha megvan, a koponyán kivül futó venák phlebitise. E venák a plexus jugularis és cervicalis posteriorhoz tartoznak.

A sinus thrombosisok meggyógyitása nagyon kivánatos, mert, csaknem mindig halálosak. Meg is próbálkoztak vele egynéhány esetben. Lekötötték az elvezető ereket, nehogy a felszabaduló trombus a vérkeringésbe jusson s azután feltárták a sinust, kikotorták belőle a thrombust, desinficiálták s kitömték jodoformgaze-zel.

Úgy tudom, hogy nálunk Herczel végzett ilyenfajta műtéteket sikerrel.

Ezekben állitottam össze az agysebészet mai állására vonatkozó adatokat.

Elismerem, hogy összeállitásom hosszú és unalmas is. Nem tehetek róla. Nem jóakaratomon mult, hogy nem lehetett rövidebb és érdekesebb.

TÁRCZA.

Az orvosok honorariuma.

III.

Floquet könyvének hetedik fejezete a törvényszéki szakértők honorariumával foglalkozik. Egészen 1893-ig az 1811-dik évi díjszabás volt érvényben, e szerint a vizsgálatért és a bizonyitványért a hely szerint 6—3 frank, boncolásért vagy operálásért 9—5 frank, 8—9 kilometer távolságért 2·50 frankkal több járt, a napidij 4—2·50 frank volt. Ezen valóban nevetségesen csekély díjszabás revisióját az 1892-dik év november 30-diki törvény elrendelte s az új szabályzat 1893. november 21-dikén tényleg megjelent. E szerint a látogatás díja (az első kötés alkalmazását beleszámitva) 8 frank, kisebb operálás 10 frank, boncolás 25 frank, exhumálás után 35 frank, ha újszülött 15—25 frank. Minden irásbeli vélemény minimuma 5 frank. Ha az orvos székhelyéről 2 kilometernél messzebbre kénytelen távozni, az oda- és visszautazást egyaránt számitva kilometerenkint 0·20 frankkal többet kap, ha vasúton utazhat s 0·40 frankkal többet, ha más

közlekedési eszközt használ. Ha útközben vis major következtében vesztegelni kénytelen, naponta 10 frank kárpótlásra tarthat igényt. A bíróság elé hivott orvos a szakértő illetékét kapja, az esküdtszék vitás esetben tényleg így is döntött, a mennyiben egy Marseille-ből Párisba meghivott orvosnak kilometerenkint 0·10 frank többletet számítottak (tanú illetéke), de a bíróság 0·20 frankot állapított meg s a következő összeget utalványozták: 1588 kilometer vasúton à 0·20 = 317·60 frank, 2 napi díj 20 frank.

Floquet a nyolczadik fejezetben az orvosi bizonyítványokról szól; a törvényszéki esetekben a bíróság megkeresésére adott bizonyítványok díjszabását az 1893-dik évi rendeletet állapítja meg, a magánfél által kért lelet honorariuma a fél anyagi helyzetén s az orvos helyzetén múlik. A bizonyítvány díja azonban Párisban 10 franknál, a látleleté 20 franknál nem lehet kevesebb. A vidéki syndicatusok a minimumot a vidékek szerint 5—15 frankig állapították meg.

Floquet nagyon melegen ajánlja az orvosoknak, hogy számadásaikat pontosan vezessék s ezért 3-féle könyvvezetést ajánl: zsebkönyvet, naplót és főkönyvet. A zsebkönyvbe a betegeknél tett látogatásokat, az esetleg végzett operálások milyenségét, a consiliumokat, az adott bizonyítványokat, a kapott összegeket jegyezze fel. A napló ezen feljegyzések alapján készül, az első rovat a datumé, a második a név s a lakásé; a látogatás, consultatio és operálás 3 külön rovatban foglalnak helyet, ezután a tartozás s a kifizetés összegei következnek, végül a megjegyzés a főkönyv számának rovata. A főkönyv az összegezést tartalmazza. A könyvvezetés már azért is szükséges, mert vitás esetekben a követelés hathatós támogatásául szolgálhat.

A honorarium behajtása a fővárosi nagy gyakorlatú s a falusi szerény orvost egyaránt érdekli, hiszen mindkettőnek könyvei telve vannak be nem hajtott jogos követelésekkel. A franczia orvos évenkint, vagy félévenkint, vagy negyedévenkint számláját megküldi. Túlságos rövid időköz méltán visszatetszést szül, ennek ellenkezője pedig a háladatosság elenyészésére vezet! A syndicatusok egy része az évenkint, másik része a félévenkint való számla beküldés mellett foglalt állást s e czélból egyöntetű formulákat ajánlottak. Angliában és Amerikában az orvost látogatásonkint fizetik és pedig első izben két látogatás díját egyszerre adják át nekik, azaz a legközelebbiét előre fizetik s azontúl mindig egy díjat adnak át. Ha az orvos nem kap honóráriumot, ez annyit jelent, hogy segélyét többé nem óhajtják igénybe venni.

A számlán rendszerint összegezve tüntetik fel a tartozást s csak kivételesen részletezik. A behajtás módja igen különböző, az orvos közvetlenül a betegtől vagy hozzátartozóitól is átveheti a díjat, de annak lakására már érte nem mehet; elterjedt mód a pénzbeszedők alkalmazása, kik 5—10%-ért a számlával és nyugtával a beteg lakására mennek, végül újabban ügynökségek alakultak, melyek a behajtást eszközlik. Ezek között a „Syndicat français“ egyike a legelőkelőbbeknek, biztosítéka 420,000 frank s e mellett a behajtásnál kifogástalan tisztességgel jár el s azt vagy pénzbeszedők, vagy peres úton, vagy postai megbizás utján eszközli. Floquet figyelme még azon esetekre is kiterjed, midőn az orvos betegeinek adósa és kifejti azon körülményeket, a melyekben az adósság és a teljesített orvosi szolgálat egymást kiegyenlítheti.

A franczia syndicatusok bizonyos formulákat fogadtak el, a melyek kiséretében az orvosok számláikat beküldik, ezek — példakép — így hangzanak: „N. N. dr. tisztelettel köszönti N. N. urat s mellékelve küldi honorariumának számláját, mely . . . . frankot tesz“ vagy:

„N. N. úr tartozik:

Látogatásokért	frank
Consultatióért (az orvos lakásán) . . .	„
Operálásért	„
Kötöszerekért	„
Összesen: . .	frank
Kiegyenlítve .	„
Tartozás . . .	frank

vagy: „Tisztelettel tudatom, hogy folyó hó . . . dikén postai megbizás útján fogom . . . frank honorariumom összegét, melyet még nem egyenlített ki, bekérni. Kiváló tisztelettel“

vagy: „ . . . . i orvosok syndicatusa.

Dr. N. N. Datum.

„Uram, másodizben tisztelettel kérem honorariumom kiegyenlítését. Egyszersmind tisztelettel tudatom, hogy az esetben, ha e hó végéig nem ad helyet felszólításomnak, követelésemmel a bírósághoz fordulok. Kiváló tisztelettel.“

Floquet nagyon ajánlja, hogy az orvosok a kapott összeget nyugtázzák s erre is nyomtatványmintákat közöl.

Az orvos követelése két év alatt elévül (1892. november 30-diki törvény), tehát a régebbi egy évnyi időközt felemelték, de elmulasztották annak szabatos kifejezését, hogy a két év honnan számít, a legtöbben ama véleményben vannak, hogy a beteg elhalálozásának vagy felgyógyulásának napjától.

A törvény értelmében a beteg utolsó betegségében felmerült gyógyítási költségek behajtásának bizonyos elsőbbsége van. A code civil 2101. szakasza szerint az igazságszolgáltatás és a temetés költségei után az utolsó betegség orvosi díja következik. Az utolsó betegség fogalma azonban nem egy könnyen állapítható meg, a törvény intentióinak azonban leginkább az felel meg, hogy az utolsó betegség alatt az acut betegségeket, valamint a chronikusok terminalis szakát kell érteni.

Floquet könyvének második kötetében mindenek előtt azzal foglalkozik, hogy a betegség költségei jogilag kit terhelnek. A kötelezettséget a code civil pontosan megállapítja a férj és feleség, a szülő és gyermeke, az após, anyós, veje és menye stb. között. Az orvosnak követelését a törvény által megállapított sorrendben kell érvényesítenie. A franczia orvosi kar dicséretére válik, hogy követeléseik csak kivételesen túlzottak vagy alaptalanok. Ritkán fordul elő az is, hogy az orvos előzetes bejelentés nélkül emeli fel régebbi díjait s a bíróság kénytelen azokat leszállítani. Viszont méltányos dolog, ha az orvos különösen súlyos betegség esetén vagy operálás után tett látogatásaiért magasabb díjat kér, mint egy előző betegség egyszerű látogatásai fejében.

Peres esetekben előzetes megegyezés hiányában a bíróságon mulik a honorarium összegének megállapítása s ilyenkor az orvos tudományos helyzetét, a beteg anyagi viszonyait s a teljesített szolgálat milyenségét veszik a számítás alapjául. Igy egy lyoni agrégé-nek 1500 frankot ítéltek meg, a kit a bányatársulat egy munkás ficzamjának s csonttörésének ellátására hivott meg. A bíróságok sem a syndikatusok díjszabásaihoz, sem a szakértők véleményéhez nincsenek kötve, szabadságukban áll a követelést leszállítani vagy megitélni. A Floquet könyvében közölt példák azt igazolják, hogy a franczia bíróságok az orvosok érdekeit erélyesen védelmezik s rendesen szakértők, gyakran az orvosi akademia véleményét hallgatják meg.

Az orvosnak nagyon vigyáznia kell, hogy követelése birói érvényesítésekor a titoktartást meg ne sértse. Különben, a kinek oka van baját titkolni s egyáltalán képes fizetni, az nem szokott adós maradni, de ha előfordulna olyan eset, a melyben az orvos honorariumához csak a titoktartás megsértésével juthatna, jobb, ha ilyenkor követelésének behajtásáról lemond. Franciaországban veszedelmes is ez elv ellen vétení, így egy orvos 300 frank honorariumát perelte s beadványában kifejtette, hogy betegét syphilis ellen kezelte, úgyszintén feleségét, a ki baját az urától kapta. A bíróság az orvost — ez indiscretiójáért — 1 évi elzárásra, 500 frank birságra és 1000 frank kártérítésre ítélte!

Floquet könyve részletes utasításokat tartalmaz, hogyan kell a beadványokat szerkeszteni, végül pedig a törvények s a rendeletek eredeti szövegét közli. *G. E.*

Egy asztalos lithotriptora.

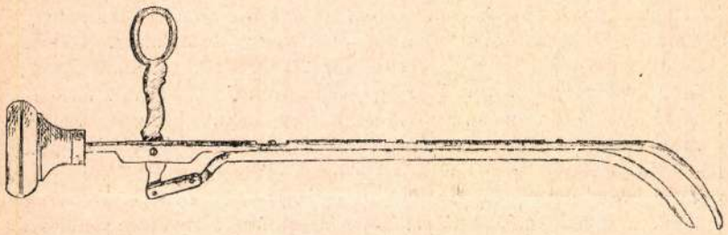
A „Sopronvárosi orvosok egyesületének“ folyó évi november havi gyülésén Stokmeyer Frigyes dr. a rajzban itt látható lithotriptort mutatta be, melyet Menyhárdt József asztalos Szergényben (Sopron m.) készített, hogy vele hólyagkövét szétmorzsolja, miután előbb egy bécsi klinikán ugyanazon baja miatt magát operáltatta.

A lithotriptor aczélból készült, simára csiszolt, egyforma vastagságú és gömbölyüségü egész hosszában. Két fele nem egy-

másban, hanem egymáson mozog, gondosan és pontosan egymáshoz illesztve. Görbülete rövid, s morzsoló végének belső lapja érdes. A rajz alsó vonalán látható csavarkapcsok sima és megfelelően gömbölyű felületüek, s a kivágások, melyekben mozgathatók, sikérek és kevéssel hosszabbak, mint mozgási vonaluk. A lithotriptor felső felét mozgató izület és fogantyú elég erősek, hogy nagyobb nyomást kibirjanak.

Menyhárdt Józsefhez levélben fordultam, hogy irja le betegségét és műszerének miként történt készítését. Válasza — csakis orthographiai és pontozási változtatásokkal és egy kevés rövidítéssel — íme a következő:

„ . . Ezelőtt öt évvel az alsó hasrészben (hólyagban) és a bal vékonyban olyan kimondhatatlan fájdalmak fordultak elő, hogy alul-felül kizavart belőlem mindent. A vizelés többnyire nehéz volt, némelykor véres is, végre egészen eldugult, úgy hogy csak csepegve, nagy erővel mehetett ki. Azt soká nem vallhattam. Felmentem Sopronba a Maninger doktor úrhoz és ő elutasított Bécsbe. Felkerestem a klinikát, ott voltam 19 nap az 52. számú szobában. Egymásután én rám is került az operáczió. Hat segédorvos megfogott, azt hittem, hogy az utolsó perczben vagyok, mert a tanár a hólyagba különféle vasakkal keresgélt és mikor végzett, éreztem, hogy valami kötöredéket mostak ki, de csak keveset. Erre még nehezebben tudtam vizeleni, mint előbb, mert csak fekve lehetett. Megmondtam a segédorvosoknak, azt mondták, majd jó lesz. Két nap mulva megint jelentettem, hogy csak fekve lehet vizelni, akkor megint jól megkínoztak. Azt mondták: a kő nem nagy, másnap kiveszik. Akkor igen megbetegedtem, hogy a hőmérő negyven fokot mutatott. Akkor elhalasztották megint az



operácziót vagy négy napig s mikor előfogtak, a kötörőt nem használták, a helyett valami csövet eresztett be a tanár és a csövön két darab lapiszt eresztett be a segédorvos. Azután megint a tanár eresztett be valamit, azt hiszem villany lehetett, a mi olyan rázkódást tett a hólyagban, úgy éreztem magamat, mintha lángok között lettem volna. Mindezek után a helyemre tértem, azt hittem, most csak minden jó lesz. Mikor a vizelésre került a sor, megint nem lehetett. A kő akkor is megvolt és ha vizelni kellett, mihelyt elindult, mindjárt a húgycső nyitjára ment s akkor fertálóráig is kellett erőlködni, s így kétségbe voltam esve. Nem mertem többet szólni a bajról. Azt gondoltam, ha még operálnak, meg kell halni bele. Mikor kérdezték tőlem, hogy vagyok, azt feleltem: jól érzem magamat, nincs semmi bajom. Még vagy három napig ott voltam, azután haza jöttem, mert a negyedik operácziót sehogy sem mertem követelni. Én így négy vagy öt hétig kétségbe esve gondolkodtam, hogy mi történik velem. Gondolkodtam, rajzolgattam és így egyszer egy évült kaszának a vastagát levettem, addig reszeltem, vágtam és fúrtam, míg egészen készen volt a kőmorzsoló. Azután jól megolajoztam és nagy bizodalommal ügyesen betoltam a hólyagba és mindjárt éreztem, hogy a követ megérintette. Ekkor elnyitottam, egy kicsit jobbra balra fordítottam. Az első fogással már megfogta a követ. Akkor lassan megnyomtam a fogantyút, a kő azonnal összezúzódott. Akkor a műszert kihúztam és a mennyi összezúzott kő belefért a fogóba, azt magával kihozta, és a mi még bentmaradt, az az utóbbi vizeléssel mind kijött, s így többször nem volt szükség a műszert bebocsátani, egyszer elég volt."

„Igen tisztelt doktor úr, kijelentem azt, hogy a mit magamon elkövettem, ahhoz semmi fájdalom nem járult, de a mit Bécsbe kiállottam, azt hiszem, élet-halál közt voltam. Ez az emlékezetes betegség történt 1893 május havában s azóta idáig nem volt semmi baj. A kötörmelék máig is meg van."

Menyhárdt állítása a lapist illetőleg bizonyosan hibás, valószinüleg az elektromozást illetőleg is. Ez azt a jó véleményt, melyet megfigyelőképességéről levele többi részében magunknak alkottunk, valamelyest megingatta. De találékonysága minden esetre nevezetes, mert alig volt a klinikán lithotriptor a kezében, s látni is csak pillanatig láthatta. Igenis megérdemelte tehát azt a jó eredményt, a mit műszerével elért.

Leszner Rezső dr.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

A bőrkórtan kézikönyve, irta *Török Lajos* dr. egyet. m. tanár. I. Általános rész. Budapest, Dobrowsky és Franke kiadása 1898.

A festenyképződés elméletei, vitás pontjai igen röviden, de jól áttekinthetően tárgyaltatnak.

Az eddigiekből kivehető, hogy szerző kiváló általános kórtani, kórboncz- és szövettani iskolázottsággal bir; a következőkben pedig kimutatja, hogy igen jó klinikus észlelő is, és gazdag tapasztalattal rendelkezik.

A dermatologiai oktatást *„A kóros folyamat megjelenési alakja és lefolyása a bőrön"* fejezettel kezdi meg.

Igen jól csoportosítvák 4 pontban azon mozzanatok, melyektől függ az, hogy a kóros folyamatok miként jelennek meg a bőrön: 1. *A kóros folyamat önálló klinikus sajátságai* (reactiv izgalmi jelenségek, anaemia, haemorrhagia, festenyzettség, hypertrophia, atrophia, az elszarúsodás rendellenességei, genyedés és a többi: necrosis, granulomák, álképletek). 2. *A bőrön fellépő kóros folyamatok klinikus sajátságai, melyek a bőr normalis szerkezetétől és működésétől függnek*: *a*) A bőr felületes fekvése, *b*) a bőr réteges szerkezete, *c*) a bőrben levő különféle szervek, *d*) a bőr regionalis különbségei, *e*) a bőrfelület barázdálódása és a papillaris réteg szerkezete, *f*) az áttetszőség, *g*) a bőr rugalmassága, *h*) tapintata stb. stb. igen jó propaedeutikus fejezetek. Igen behatóan és polemikus éllel (Unna ellen) fejtegeti e fejezetben a *faggyúkiválasztás* folyamatát és a *verejtékmirigyeknek* Unnával szemben igen alárendelt szerepet juttat a bőr befaggyúzásában. Ezen tétel principialis jelentőségü a *seborrhoeák* megitélésénél. Ugyanitt a verejtékkiválasztás folyamatát részben saját vizsgálatai alapján szintén behatóan tárgyalja és azt a gomolyokba helyezi és ujjmutatást ad a hyperidrosis oleosa lényegének további kutatására. Új itt szerző nézete az *újszülöttek seborrhoeájáról* (Kölliker nyomán), mely hibásan neveztetik a tankönyvekben seborrhoeának, mert nem egyéb, mint a szarúréteg leválása a méhenkivüli életben is és kifejti, hogy ennek nagyobb foka, az *„ichthyosis sebacea"* (Kaposi), nem is ichthyosis és nem is seborrhoea, hanem szintén egyszerü hámlás (*„exfoliatio lamellosa neonatorum"*). Ezen nagyobb fokot azonban a kórosságnak megitélhetése szempontjából saját észleletem után még tovább tanulmányozandónak vélem. 3. *A kóros folyamatok* azon *sajátságai*, a melyek *lefolyásuktól függnek*. E fejezet is méltó a többihez; behatóan, sok elméleti és gyakorlati tudással tárgyaltatnak a bőrlaesiók tovakúszásának, alaki változásának okai; csak azt, hogy a subcutan rétegben localizálódó folyamatok (subcutan gummák) nem mutatják a *circinnarius* tovakúszást, nem merném igy apodictice kimondani, hanem tovább tanulmányozandónak vélném; több gummának köralakban elhelyezkedéséhez már eddigi tapasztalataink után sem férhet semmi kétség. 4. *„Befolyások, melyek a bőrelváltozást másodlagosan megváltoztatják"*, igen jó gyakorlati fejezet.

A munkának egyik legkiemelkedőbb pontja *„A bőr általános reactiói; syndromák"* czimü fejezet. Saját tapasztalataim után teljesen magamévá teszem a lichenisatio és legnagyobb részben az eczematisatio felfogását, mely az új franczia iskola kezdeményezése után itt tovább fejtetik. A lichenisatio magyarázata és felfogása ellen azt hiszem ma kevesen emelnek kifogást.

Másképen áll az eczematisatióval (nem is szólva a szerző által felvett többi syndromákról). Az eczematisatiót még ma is a legtöbb klinikus önálló betegségnek tartja — és pedig a szerzővel egyetértőleg mondom — jogtalanul. Ha végig tekintünk az eczema-tan fejlődési phasisain, akkor azt látjuk, hogy e fejlődésnek 2 *etappe*-ja van. Az egyik a bécsi iskola megalapitójának,

Hebrának eczema ismertetése. Ebben bennfoglaltatik az eczemás bőrelváltozások aetiologiája, boncztana és klinikája körülbelül úgy, a mint azt ma tudjuk, de bár *eczemabetegségről* szól Hebra, különösen kiemelkedik nála az ismerete annak, hogy az *eczemás bőrelváltozás* az esetek óriási többségében a *bőr reactiója különböző fajú, fokú és tartamú ingerekre.* A második etappe Brocq és Jaquetnak a lichenisatióról végzett vizsgálataival esik össze. A lichenisatio lényegének és aetiologiájának kiderítése mellett, fenti autoroknak, továbbá utóbbi időben Besniernek érdeme az, hogy a lichenisatióval quasi egyenérték gyanánt *eczematisatióval* jelzik az eczemát. És ezzel egy hatalmas lökéssel vitték előbbre az eczema-tant. Ezeket veszi Török is alapul fejtegetéseiben, de még tovább megy és levonja a végső consequentiákat.

A mit szerző e fejezetben a többi syndromákról mond (bővebben nem terjeszkedhetem ki rájok), csak továbbfejlesztése a fent jelzett gondolatmenetnek és bármily nézeten vagyunk is, a gondolatmenet logikus voltát meg nem tagadhatjuk töle. A más betegségekhez csatlakozó generalizált hámló bőrlobokat én pl. határozottan syndromának tartom.

„*A subjektiv tünetek. A viszketés*“ fejezete is kifogástalanul van megszerkesztve. „*A bőrkivirágzások jelentősége*“ szerző nézeteinek megfelelőleg röviden, mintegy mellesleg tárgyaltatik.

A bőrbetegségek kóroktana a legújabb, helyenként saját vizsgálatok felhasználása folytán kellő átnézetet nyujt a bőrelváltozások és bőrbetegségek összes kóroki momentumairól és a szerző ismert álláspontja a rákot, Paget-bajt, epithelioma cont.-ot illetőleg itt is kiemeltetik. Kellő hely jut az egyéni, helyi és általános dispositiónak.

A bőrbetegségeket Philippsonnal együtt ontogenetikus (azaz a betegségek kifejlődése tana: kóroktan, kórboncztan, klinikai észelés és pathogenesis) alapon iparkodik osztályozni. Szerzők sok szellemmel és csábító érveléssel támogatják és ajánlják rendszerüket, de a dermatologiai rendszerek mindinkább vesztenek hitelükből. Annyi van, hogy elfásulunk iránt u k és egyik sem tudja magát tartani; nekem, megvallom, absolute nincs érzékem iránt u k és azt hiszem, hogy náluk nélkül ép úgy lehet jól dermatologiát tudni és tanitani, mint velük és hogy legalább ma, sem tudományos, sem gyakorlati szempontok nem igazolják újabb és újabb rendszerek felállítását; ennek ellenkezőjéről a szerzők sem tudtak meggyőzni. Nem tudtak pl. meggyőzni annak czélszerűségéről, hogy valamely rendszer kedveért a trichophytiasistól elkülönitve kelljen tárgyalni a sycosis trichophyticát, vagy az eczema chronicumot az acuttól vagy egy osztályban az ichthyosist a favussal?

„*A bőrbetegségek kórismézése*“, „*A bőrbetegségek kórjóslata*“ igen tanulságos fejezetek és a gyakorlati tudás quintessentiáját képezik.

A bőrbetegségek gyógytanában főleg a gyakorlat igényei lebegtek a szerző előtt és ennek teljesen meg is felelt; csak a bőrbetegségek belső kezelése van kissé mostoha rövidséggel letárgyalva.

A könyv *nyomdai* kiállítása kifogástalan.

Ezzel befejeztem volna a könyv részletes ismertetését. A mondottakból kivehető, de külön is kiemelem, hogy a mü magas szinvonalon áll, számos helyen reflexiókra kényszerítő és hogy ennélfogva azok is sok haszonnal forgathatják, a kik már iskolázottak a dermatologiában, sőt azok is, a kik maguk is komoly munkásai e szakmának. Részemről érdeklődéssel nézek a folytatás — a *specialis rész* — megjelenése elé.

Róna Sámuel dr.

II. Lapszemle.

A szamárhurut okszerű kezeléséről *Busdraghi, Lombroso* tanár volt segédorvosa következőleg nyilatkozik. A nevezett betegség észszerű gyógyítása körül három szempont legyen irányadó; 1. a desinfectio; 2. az idegrendszer megnyugtatása; 3. a testi erő fentartása. Szerző tapasztalatai szerint ezek szemmeltartása mellett több sikert lehet elérni, mint a számos, állítólag specifikus gyógyszerekkel. A fertőtlenítés követelményeinek legjobban megfelelünk 3% carbol-oldat szétporlasztásával, melyeket naponként egyszer 10 perczig kell tenni. Mint calmirozó gyógyszert sokan dicsérik a belladonnát, azonban szerző nézete szerint a kis gyermekeknél legjobb néhány órán át nyugodt, tartós és erősítő álomról gondoskodni. Ö a kis betegekkel tehát *trionalt* vétet, a kor szerint 0·1—0·5 grammig. E mellett hátrányos hatást nem látott, de ha így makacs esetekben álom nem következett be, ajánlatos chloralhydratot adni (1%-os oldatból egy kanállal). A harmadik javallatnak egészséges, könnyen emészthető táplálék nyujtásával felelhetünk meg, s e mellett kitünő hatással bir a *somatose*, a kor szerint 3—4-szer naponta ¼—½ theáskanállal adagolva és pedig tejjel. A somatose az izomhús könnyen emészthető alkatrészeit mind tartalmazza, íze kellemes s a gyermekek szívesen veszik. (La correspond. medical 1897. 20. sz.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1898. augusztus 26.

△ **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1898. augusztus 7-dikétől 1898. augusztus 13 dikáig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 410 gyermek, elhalt 270 személy, a születések tehát 140 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup 2, roncsoló torokl b 3, hökhurut 1, kanyaró 2, vörheny 3, himlő —, typhus abdominalis —, gyermekágyi láz —, influenza —, egyéb ragályos betegségek 5, agykérlob 7, agyvérömleny 2, rángások 3, szervi szívbaj 8, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 27, tüdőgümő és sorvadás 52, bélhurut és béllob 58, carcinomata et neoplasmata alia 8, méhrák 3, Bright-kór és veselob 8, angolkór —, görvélykór 1, veleszületett gyengeség és alkathiba 7, aszkór, aszály és sorvadás 1, aggkór 10, erőszakos haláleset 10. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2069 beteg, szaporodás 715, csökkenés 666, maradt e hét végén ápolás alatt 2118. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1898. augusztus 13-dikától augusztus 20-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 9 (meghalt —), himlőben — (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 51 (meghalt —), vörhenyben 29 (meghalt 1), kanyaróban 101 (meghalt 4), roncsoló torokl b n és torokgyíkban 10 (meghalt 1), trachomában 17, vérhasban 3 (meghalt 1), hökhurutban 10 (meghalt —), orbánczban 11 (meghalt —), gyermekágyi lázban — (meghalt —).

○ **A tiszti orvosi vizsgálatokra** előkészítő kurzus gyógyszerismeből és méregtanból szeptember hó 12-dikén, hétfőn d. u. 6 órakor veszi kezdetét az állatorvosi akadémia (Rottenbiller-u.) gyógyszertani intézetében.

— **Kitüntetés.** *Hőgyes Endre* dr. egyetemi tanárnak a király a ministeri tanácsosi czimet adományozta.

— **Trencsén-Teplicz** kénesfürdőben, mely az idén feltünően jól látogatott, szeptember hónapban — úgy mint az előbbi években is — fürdővendégek 3 forint napi díjért teljes ellátásban (jó szobát és a szükséges fürdőket beleértve) részesülnek. Minthogy az idén egy hidegvízgyógyintézet is berendeztetett, a thermál-fürdők helyett ez is igénybe vehető, a nélkül, hogy ezért külön díjazás járna.

— **Hazai fürdőink személyforgalma**: *Bártfa* VIII/19. 3524; *Csorbai tó* VIII/16. 4407; *Herkulesfürdő* VIII/19. 7867; *Korytnicza* VIII/15. 1242; *Lipik* VIII/19. 2407; *Maros-Ujvár* VIII/12. 501; *Tátrafüred* VIII/21. 4784; *Alsó-Tátrafüred* VIII/17. 2012. *Új-Tátrafüred* VIII/17. 2804.

— **Az „Orvosi Hetilap“ szerkesztősége és kiadóhivatala augusztus hó 24-dikén IX., Üllői-út 21. sz. alá helyeztetett át.**

Szt. Lukács-fürdő
téli és nyári
gyógyhely.
Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú nyitott és zárt medenczéiben a forrásvíz naponként négyszer megújul. Mindennemü gyógy- és üditő-fürdők. ***Lakás és teljes ellátás hetenként 27 frt*** *(közepes ár).* 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 ½22—½24-ig járóbeteg rendelőjében, Budapest, VI. ker., Teréz-körút 22. szám.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: A budapesti kir. orvosegyesület stomatologikus szakosztálya. (X. ülés 1898. január 12-dikén. XI. ülés 1898. január 26-dikán. XII. ülés 1898. február 9-dikén. XIII. ülés 1898. május 4-dikén.) 431—432. l.

A budapesti kir. orvosegyesület stomatologikus szakosztálya.

(X. ülés 1898. január 12-dikén.)

Elnök: **Árkövy József**; jegyző: **Hattyasy Lajos.**

Elnök a tagok üdvözlése után jelenti, hogy az új tagokkal a szakosztály 43 tagra szaporodott; továbbá, hogy a szakosztály képviseletében egy összehivott értekezleten vett részt, melynek czélja annak lehetővé tétele volt, hogy a szakülésekről minél gyorsabban közlés jelenjék meg az „Orvosi Hetilap“ egy megindítandó mellékletében. Részletesen kifejti ennek előnyeit s többek hozzászólása után a szakosztály elhatározta, miszerint a propositiót a szakosztály külön megterheltetése nélkül elfogadja.

Hattyasy jegyző bemutatja évi és pénztári jelentését, mely 1896-ra is kiterjesztve 1½ évről számol be. Jelentésének végén mondja, hogy 1896-ban 3 előadás és 2 betegbemutatás, 1897-ben 6 előadás és 9 bemutatás volt. A pénztári jelentés szerint 1896-ban befolyt 60 frt (20 tag után), kiadás volt 48 frt 61 kr., maradt 11 frt 39 kr. 1897-ben 39 tag után befolyt 117 frt, kiadás volt 82 frt 90 kr., maradt 34 frt 10 kr. A felmentvény megadatik.

A tisztikar 1898-ra következőkép alakult meg: elnök Árkövy József, elnökhelyettes: Vajna Vilmos, jegyző: Hattyasy Lajos, jegyzőhelyettes: Dukesz Márton.

Napirend: **Biró Zsigmond** dr. előadása: **„A caries praedisponáló okairól, különös tekintettel Black és Williams vizsgálataira“** egész terjedelmében nyomtatásban megjelent az Oestr.-ung. Vierteljahrschr. f. Zhkde januári számában.

Bauer-nek feltünt, hogy előadó a praedisponáló okok közt nem szólt a Nasmyth-hártya hiányosságáról, holott tapasztalatból tudjuk, hogy a *Nasmyth*-hártyától megfosztott zománcznál sokkal könnyebben illetve gyakrabban keletkezik caries.

Rozgonyi és *Klinger* felszólalása után előadó zárszavában elismeri a *Nasmyth*-hártya fontosságát, de az egészen épen csak fiatal egyéneknél van meg.

Elnök köszönetet mond előadónak alaposan átdolgozott dolgozatáért.

(XI. ülés 1898. január 26-dikán.)

Elnök: **Vajna Vilmos**; jegyző: **Dukesz Márton.**

Rozgonyi előadása: **„A szájból történő vérzésekről, haemorrhagia alveolaris súlyos esete kapcsán haemophiliásnál“.** Az egész külön nyomtatásban fog megjelenni.

Bilaskó jó vérzéscsillapítónak tartja az Ol. Terebinthinae-t.

Árkövy a Rozgonyi esetét, tekintettel arra, hogy a fogmedervérzés az extractio után 11 napig tartott, igen érdekesnek és ritka esetnek tartja. A klinikán a vérzések csillapítására kiváló jó eredménynyel alkalmazzák a Djambi-vattát és az előadó által is perhorreskált vaschloridot szintén elveti. Tanácsolja, hogy alveolaris vérzéseknél ne tamponáljuk el az egész vérző felületet, csupán a vérzés kapuját, hogy így hely hagyassék az alvadéknak. Ha szükséges, kaucsukpelotta készitendő, míg a Djambivatta kitünően tamponál. Nagyon jó a vérzés elállítására a forró viz. Arg. nitr. csupán capillaris vérzéseknél ajánlatos vagy interdental-papillaris vérzéseknél.

Vajna stentsből készült tampont ajánl a vatta fölé.

Rozgonyi zárszavában reflektál a felszólalók megjegyzéseire.

(XII. ülés 1898. február 9-dikén.)

Elnök: **Árkövy József**; jegyző: **Hattyasy Lajos.**

Napirend előtt **Bilaskó** dr. **„Hypertrophia frenuli esete“** czim alatt kis gyermeket mutat be, kinél a felső ajk frenuluma rövid s a centralis incisivusok között lenyúlva hypertrophizált s ezeket széjjel tartja. Kérdezi, nem volna-e helyes a frenulum szétmetszése, hogy ez által a fogak összejöjjenek.

Sándor és *Tolnai* dr.-ok véleménye, hogy az semmit sem tesz.

Árkövy több hasonló esetet látott kis gyermekeknél s felnőtteknél és a beavatkozásra nézve a bemutató álláspontját osztja, minthogy tapasztalata szerint ily eseteknél a diestema incisorum folyton nagyobbodott, más esetben pedig belenőtt és hypertrophikus frenulum jött létre.

Dukesz, *Hattyasy* osztják *Árkövy* nézetét.

Bilaskó azt hiszi, hogy a veleszületett, rövidült frenulum átmetszése után a felső ajk felhúzódik illetve szabaddá lesz s a túltengett rész zsugorodik.

Következik a napirend: **Dukesz** előadása: **„Fogbántalmak viszonya általános megbetegedésekhez“.** Chronologikus rend szerint első helyen a fogzás idején fellépni szokott betegségek tárgyalandók. Ezek nem a fogzás következményei, hanem azon alteratiók, a melyek ezen időben élettani elváltozások alapján létrejönnek, hajlamositják a szervezetet, de főleg a nyálkahártyákat a legkülönfélébb megbetegedésre. A vehemensebb tünetek, ecclamptikus görcsök és egyebek jórészt rachitikus vagy scrophulotikus gyermekeknél fordulnak elő. A fejlődésükben visszamaradt vagy kórosan elváltozott szövetek a fogzás idején fellépni szokott alteratiók folytán a legmesszebbre kiható izgalmakat okozhatják.

Ezek után a nagyobb gyermekeknél előforduló gyakori fogromlás és az abból eredő bántalmak következnek. Koerner szerint a nyirkmirigyek betegednek meg aránylag leggyakrabban fogbajok által.

A hol üszkösödött pulpa van jelen, ott tárt kapu nyilik fertőző anyagok felszivódására.

Ha a cariosus folyamat az élő pulpáig ér, szintén jöhet létre infectio és mirigyinfiltratio; mivel a pulpa, ha nincsenek is nyirkmirigyei, resorbeáló képességgel bir.

Ha a caries még nem jutott a fogbél közelébe, akkor infectiosus anyagok nem juthatnak be a pulpáig, mivel a dentin csatornák nem képeznek kedvező mediumot azoknak továbbvitelére. Igaz ugyan, hogy találhatók mikroorganismusok bizonyos távolságig a dentin csatornákban, de ezen esetben (Miller) előzetes savi behatás által előidézett elváltozás tette lehetővé a mikroorganismusok bejutását.

Bilaskó, ki megjegyzi, hogy kis gyermekeknél a szájmosás gyapotgomoly vagy szivacs segélyével helytelenül történik és kerülendő, mivel a kórodán tapasztalta, hogy ily eljárás mellett a szájbántalmak mintegy epidemice léptek fel, azért finom ruhácskák alkalmazása mint legjobb ajánlható. Stomatitis aphthosánál 1—2%-os légenysavas ezüstoldat-ecsetelések után szép eredményt ért el.

(XIII. ülés 1898. május 4-dikén.)

Elnök: **Vajna Vilmos**; jegyző: **Hattyasy Lajos.**

Napirend: **Árkövy József** dr.: **Rövid közlés kisérleti vizsgálatokról a pulpa- és seb-gangraenára és az abscessus alveolaris chronicusra vonatkozólag.**

Az a mit a tisztelt szakosztálylyal vázlatosan közölni szerencsém lesz, meg fog jelenni a Centralblatt für Bacteriologie-ban,[1] más része az Oest.-ung. Vierteljahrschrift-ben.

Mielőtt azonban ezek megjelennek — minthogy a szakosztály közelebb áll hozzám, mint az olvasók nagy köre —, meg akartam azt ismertetni a tisztelt tagtársakkal mintegy bizalmas körben.

Ezen vizsgálatok 3½ évi munka eredménye, melyből csak a lényegesebbet fogom megemliteni.

E dolgozatban szó van a következőkről: Kiindulva a chronicus alveolaris abscessus kezeléséből, mely oly ismert recidivákat tüntet fel, mi bizonyos bacteriumok fenmaradására hagy következtetni, melyek a kiújulást létrehozzák s így vagy tovább tenyésznek, vagy nagyon kevés is elég ahhoz, hogy kiújulást hozzon létre: a vizsgálat oda tendált, hogy megtudjuk, melyek azon mikrooganismusok, melyek túlélnek s a kiújulást létrehozzák.

Gyöktömés gyanánt erős antiseptikus szerek használtattak: carbol, ol. eucalypt. és camphor, melyek együtt egy gelatinosus anyagot képeznek s ez mintegy állandó antiseptikus gyöktömő kötés lett alkalmazva a megelőző gyökérkezelés után. Isolálni kellett tehát azon mikroorganismusokat, melyek ezen módszer alkalmazása után még fenmaradtak és tenyészképességüket megtartották.

Előre feltehető volt, hogy ha ily kezelés után kiújulás állott be, akkor a megmaradt mikroorganismusok között kellett keresni azokat, melyek a gangraenával és a kiújulással összefüggésben vannak.

A vizsgálat különböző idevágó betegségeknél lett alkalmazva.

Ily módon egy bacillust találtunk, melyről meggyőződtünk: 1. hogy ezen faj leirva eddig nincs, 2. okozza a gangraenát a fogbélben, 3. a sebgangraenával ugyanazonos, 4. a nyálban állandóan jelen van, 5. dentinbe behatolni képes, 6. a dentinben oly változást hoz létre, mint a caries.

Jung és *Miller* egyes fajaihoz hasonlít, de nem az. Fel kellett venni, hogy ez egy még le nem irt specialis mikroorganismus, s így azt *bacillus gangraena pulpae* névvel jelöltem meg. Facultativ anaërob bacterium, mely lég hozzájárulása mellett, de esetleg annak elzárása mellett is tenyészni képes. Változó alakú, egyszer coccus, máskor bacillus alakjában jelentkezik, előbbit agaron, utóbbit gelatinán oltva találjuk. Festhető methylenkékkel, Gram szerint is.

Érdekes viselkedése a fog szilárd állományában; ugyanis extrahált ép fogak agarculturába lettek téve és ott feledve. Egy év mulva a fogak fel voltak lágyulva — cement, zománcz és dentin egyaránt —

[1] Experimentelle Untersuchungen über Gangrän an der Zahnpulpa und Wundgangrän (aus dem Laboratorium der zahnärztlichen Universitätsklinik) von Dr. *Josef Árkövy* ao. ö. Professor an der Universität in Budapest. Mit 1 Tafel. Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten. I. Abth. XXIII. Band. 1898 Nr. 21—22.

daczára, hogy a cultura alkalicus mediumot képezett. Tovább kutatva a dolgot, kitünt hogy kali causticumba téve ép fogat, az szintén szétporlott. A fogak a fenti culturában megbarnultak, tovább lágyítva, rendes úton metszetek készíttettek s kiderült, hogy ezen mikroorganismusok a dentinbe behatolhatnak s a dentincsatornák tágak lettek.

Ezekből következik: 1. hogy mesterséges viszonyok mellett alkalikus mediumban caries volt létrehozható; 2. a mikroorganismusok maguk producálhatnak anyagot arra, hogy a szilárd állományt feloldhatják; 3. színeződése (elszínesedése) a fognak ezen mikroorganismus által jött létre s Miller nézete, hogy az elszínesedés vas hozzájárulása folytán történik, elesik, mert itt a legpontosabb vizsgálattal sem lehetett vasat kimutatni. Tehát mindezek ellentétben állottak eddigi tudásunkkal.

A sebgangraenánál kérdés volt: játszik-e ezen mikroorganismus szerepet vagy nem? Kitünt, hogy a vizsgált 5 eset közül 3 esetben isolálni lehetett a gangraena-bacillust (kérdés, hogy a tagadólagos eredményt adó két eset nem-e egyszerü decubitus volt?), s így azt nem exclusiv szájbacteriumnak kell tekinteni, bár a vizsgálatok kiderítették, hogy a nyálban leggyakrabban van jelen s csak csecsemőknél nem volt található.

Az antisepticumok közül meg lettek vizsgálva: carbol, zinkchlorid, sublimat, aether, alkohol, ol. therebinthinae, ol. eucalypti stb.

Legérdekesebb volt a kérdés, hogy képes e ezen bacillus az ép fogbélben pulpa grangraenát létrehozni? A vizsgálatok eredménye az volt 1. *hogy a mikroorganismus isolált bacillus culturájának a fogbélre oltása után gangraena pulpae totalis hozatott létre*, 2. *bacillus és coccus cultura vegyest bacillus pyocyaneussal pulpitis chronica gangraenosát eredményezett, míg* 3. *a bacillus pyocyaneus magában beoltva nem gangraenát, hanem purulens pulpitist okozott.*

A vizsgálat resuméja tehát:

1. Hogy a gangraena pulpaet egy specifikus, pathogen bacillus hozza létre.

2. Ez eredményezi az abscessus alveolaris chronicust, létrehozza a recidivákat, illetve megakadályozza annak gyógyulását.

3. 115—120 C.° között pusztulnak el csak spórái s nagy ellentálló képességgel bir az antisepticumok iránt is.

4. Nemcsak a pulpa-, de jórészt a seb-gangraena okozója is.

5. Cariessel viszonyban van, mivel mesterséges cariest képes létrehozni.

6. Egyúttal szerepet játszik a caries pigmentum előidézésében is, lehet, hogy egyetlen ez irányban.

7. Végül a nyert adatok gyakorlati irányban is értékesíthetők és alkalmasak, hogy az abscessus alveol. chron. és vele együtt a gangraena pulpae tot. therapiája rationalisabb alapra fektettessék, legalább meg van mutatva az út, melyen ezen betegségek ellen a gyógyszert és gyógyeljárást keresni és megtalálni lehet.

A nagy tetszéssel és ovatióval fogadott előadás után hozzászól *Tolnai*, ki a vizsgálatok kiinduló pontjára nézve kér felvilágositást, ugyanis tudni óhajtja, hogy a Dauer-Verschlussnál nem maradt-e, ott mikroorganismus? valamint nincs tisztában, miként történt az oltás? Megjegyzi még, hogy tudomása szerint a régi orvosok tudták, hogy ali vegybatás mellett caries keletkezhetik.

Árkövy válaszában kifejti, hogyan lett az ép pulpába az oltás végezve s később ugyanebből miként lett ismét cultura készítve. Hogy a detritusban, illetve a gyökércsatornában az állandó gyökérkötéskor mikroorganismusok maradtak-e? ezt valószinünek tartja. Felszólaló nyilatkozata, hogy a régi orvosok alkalikus cariest már ismertek s erről irtak volna, meglepi előadót, mivel ez figyelmét kikerülte, kéri a felszólalót, hogy szíveskednék őt az irodalomban előforduló ilyes megjegyzésekre, ha kezébe kerül ismét, figyelmeztetni; különben megjegyzi, hogy a mostani theoria a 60-as években kezdett kifejlődni és lehet, hogy a század elején valaki azt már állította, de sehol nyomát nem találta az irodalomban.

Még egy megjegyzést kell tennem — úgymond előadó zárszavában —, ugyanis köszönetet kell nyilvánítanom Dobrzynieczki és Hattyasy dr. uraknak, kik oly kitartó és megbecsülhetlen szorgalommal dolgoztak velem ezen sokszor fárasztóan kinos vizsgálatoknál s kiknek segitsége nélkül ezen nagyterjedelmü munkálatokat nem lettem volna képes elvégezni.

Elnök: Azt hiszem, hogy mindnyájunk óhajtásának adok kifejezést, midőn az igen tisztelt előadó úrnak ezen igen érdekes és tanulságos előadásáért, melyben a fogászat történetében korszakot alkotó felfedezéséről számol be, a szakosztály nevében köszönetet mondok. Egyszersmindi ndítványozom, hogy az előadó úr által először leirt mikroorganismus, úgy mint az más kutatóknál is szokásos, az ő nevéhez füződjék, úgy hogy ennek neve mint „*bacillus gangraena pulpae (Árkövy)*“ szerepeljen.

PÁLYÁZATOK.

300/898. k. sz.

Az üresedésben levő **remetemezői körorvosi állás** választás útjáni betöltésére határnapul 1898. évi szeptember hó 12-dik napjának d. u. 3 óráját Remetemező községházához kitüzöm.

A körorvosi székhely Remetemező, hozzátartoznak: Remetemező, Barlafalu, Borhid, Veresmart, Válaszút, Mogyorós, Papbikó, Ó-Huta és Új-Huta, összesen 7200 lakosságot számláló községek.

Járandóságok: a kör községei által fizetendő évi 600 frt, valamint a szokásos látogatási díjak és az új-hutai (zelestyei) üveggyár munkásai gyógykezeléséért a szatmári kerületi betegsegélyző pénztár által évenkint fizetendő 100 frt, mely 100 frtért az üveggyári munkások látogatására és gyógykezelésére az orvos, a szokásos községi havi látogatáson kivül még egyszer, súlyosabb megbetegedések esetén minden alkalomkor saját költségén az üveggyárnál megjelenni, a járó betegeket pedig a saját lakásán gyógykezelni köteles.

Felhivom pályázni óhajtókat, hogy képzettségüket igazoló okmányaikkal és szolgálati bizonyitványaikkal felszerelt kérvényüket **1898. évi szeptember hó 8-dik napjáig** hozzám adják be.

Szinér-Váralja, 1898. évi julius hó 31-dikén.

2—1 *Zuhányi*, 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. **EDESKUTY L. úr ivócsarnokában** a nyári hónapokban **pohárszámra** is kapható.

Pastilles digestives de Bilin

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

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

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

Úgy a **műfog készitését** illető **előmunkálatokat,**

mint a **kész műfognak a fogsorban való helyes elhelyezését** időveszteség nélkül ingyen hajlandó bemutatni éltesebb, már évek óta önállóan működő fogtechnikus mindazon vidéki orvos uraknak, a kik a fogászat iránt érdeklődnek. Bővebbet levélben. Irásbeli megkeresések gyors válasz mellett: **Nedvig Anton, VIII., Nagytemplom-utcza 19, földszint 5. ajtó** czimmel kézbesittetnek.

Cs. és kir. szabadalmazott

Egyetemes Emésztőpor

Dr. GÖLIS-től.

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

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

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

Főszállitóhely: Bécsben, Stefansplatz 6 (Zwettlhof).

ANESON „ROCHE“

Név védve.

Egyetlen

teljesen méregtelen

helyi anaesthetikum.

Legjobb pótszer 2 – 2½% cocain-oldatnak.

Organo-therapeutikus készítmények „Roche“

Szárazon és tablettek alakjában.

Specialis czikk.

Aiodin, Linadin, Ovadin, Supradin.

N. B. Sz. Név védve.

SIROLIN Név védve.

az egyetlen készítmény, mely még a **legérzékenyebb betegeknél,** s kivált **gyermekeknél** is a tüdőgümőkór és idült hörglobok hathatós gyógykezelését kellemes szagú és jóízű orvosszerrel lehetővé teszi. Egy teakanál **SIROLIN** mint-egy 0·40 Guajacolt tartalmaz **teljesen oldott és könnyen felszívódható kellemes alakban.**

Kapható a gyógyszertárakban.

Ára **3.20 márka = 2 frt = 4 frank** palaczkonként.

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

TAMAR INDIEN GRILLON

frissítő és hajtó gyümölcs-pastillák.

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

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

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

Magyarországi főraktár:

TÖRÖK JÓZSEF gyógyszertára, Budapest, király-utcza 12.

Egy doboz ára 1 forint 50 krajczár.

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.

FRANZENSBAD.

NATALIE-FORRÁS.

SZÉNSAVDÚS LITHION FORRÁS

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

Orvosi tekintélyek kitünő sikerrel rendelik.

Húgyhajtó hatás. Kellemes íz. Könnyen megemészthető.

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

Dr. Palócz Ign. gyógyintézete

(Rendelő intézet)

Budapest, IX. ker., Vámház-körút 7. sz.

Villamos fényfürdő, nap- és légfürdő (kertben), masszázs, villamozások, gyógygymnasztika és testegyenészet, vízkúra, inhalatio.

Dr. KELETI és KULPIN

min. enged. nyilvános borjú-himlőnyirk-termelő intézete

Békés-Csabán.

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

1 phiola	3	egyénre	---	—	frt 30 kr.	1 phiola	20	egyénre	---	1 frt 20 kr.	
1 „	5	„	---	—	„ 40 „	1 „	50	„	---	2 „	— „
1 „	10	„	---	—	„ 80 „	1 „	100	„	---	4 „	— „

Oltóeszközök ugyanitt beszerzési áron kaphatók. Megrendeléseket posta fordultával expediálunk.

Sürgönyczím: KELETI, BÉKÉS-CSABA.

„Margit“

gyógyvíz.

Margitforrás-telep. (Bereg megye.)

Kitünően használ a **torok, gége, légcső, gyomor s bélhuzam hurutos bántalmainál** s a húgyutak hurutjainál, mert míg egyrészt a szívós köpetet könnyen oldja, másrészt még ott is alkatmazható, a hol vérzések lehetőségétől kell tartani. Mint kiváló antacidum, könnyen javítja a hyperaciditásból származó rossz emésztést, lithium tartalma pedig az előbbivel kapcsolatban előnyösen akadályozza a húgysavas diathesist s az ebből származható **kő- és homokképződést.**

Járványos betegségek idején főleg **typhus** ellen kitünő praeservativum.

Borral használva általánosan kedvelt.

Főraktár Édeskuty L. Budapest

V., Erzsébet-tér 8. cs. és kir. udvari szállító. V., Erzsébet-tér 8.

Kapható minden gyógyszertárban, füszerkereskedésben és vendéglőben.

Saxlehner András, cs. és kir. udvari szállító.

HUNYADI JÁNOS

A leghatásosabb és legkellemesebb hashajtószer.

Legjelesebb orvosok véleményei szerint kiváló előnyei:

Gyors, biztos enyhe hatás.

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

Bevásárlásnál a palaczk czimképén olvasható

„Saxlehner András“

név figyelembe ajánltatik.

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