KIR. MAGYAR TUD. EGYETEMI
II. SEBÉSZETI KLINIKUM

Negyvenkettedik évfolyam. 27. szám. *Budapest, 1898. julius 3.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HŐGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Krepuska Géza: Idült genyes dobüreglob kapcsán fejlődött, a külső hangvezetőt elzáró exostosisok mütéti gyógyításának esete. 323. l.

Borbély Samu: Kizárt lágyéksérvnek complicatiója belső bélelzáródással. 324. l.

Tauszk Ferencz: Közlemény Korányi Frigyes ny. r. egyetemi tanár l. belkórodájáról. A hypertrophiás és atrophiás májlob viszonya egymáshoz. 325. l.

Bosányi Béla: Fürdőorvosi tapasztalatok. 326. l.

Tárcza. *Abonyi József:* A fogászat Hippokrates korában. 328. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Dr. E. Golebiewski:* Wegweiser der Gewerbehygiene. 329. l. — *Lapszemle. Waelsch*: Adatok a bubo abortiv gyógyításához 329. l.

Hetiszemle és vegyesek. Különböző alapítványok életbelépte a budapesti egyetem orvosi karán. — A főváros egészsége. — A budapesti orvoskari tanártestület. — Utazási ösztöndíjak adományozása. — Pellagra-eset. — Wodianer Albert báró. — Helyreigazítás. — Elhunyt. — Darkau-fürdő. — Szt. Lukács-fürdő. — Herczel dr. — Dr. Sedlitzky-féle fürdő-tablettek. — Baumgarten Samu dr. 330. l. — Pályázatok — Hirdetések.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Idült genyes dobüreglob kapcsán fejlődött, a külső hangvezetőt elzáró exostosisok mütéti gyógyításának esete.[1]

Közli: *Krepuska Géza* dr.

W. M. 45 éves, kereskedő 1894. november 21-dikén azon panaszszal keresett fel, hogy rosszul hall, a jobb füle folyik, szerfelett fájdalmas; néhány hét óta erős féloldali fejfájása van, szédül.

Bajára vonatkozólag előadja, hogy 6 éves kora óta folyik mindkét füle; a bal fül 26 éves korában megszünt folyni, de a jobb füle a mai napig folyik, a mely igen sokat fájt is. Többször gyógyították, részint itt Budapesten, részint Bécsben. Luese állitólag nem volt, nagyobb betegségre sem emlékszik.

St. pr. Az egész *jobb* kagyló duzzadt, minden irányban megnagyobbodott, érzékeny, bőre piros, beszűrődött. Kagyló mögötti árok elsimult. Külső hangvezető bemenetében, azt teljesen kitöltő, tekeszerűen kifelé domborodó, macerált hámmal borított, érintésre csontkemény, érzékeny terimenagyobbodás látszik, mely a hangvezető hátsó-felső faláról indul, mellül teljesen ráfekszik a mellső falra, sőt azt tágitja, a hangvezető bemenete csak egy, homorulatával hátrafelé álló, bemélyedés alakjában látszik. A daganat és mellső fal közötti részből geny szivárog, ezen részbe még a legvékonyabb celloidin-kutatóval sem lehet bejutni. Az áll mögötti árokban diónyi, érzékeny mirigy. A *bal* külső hangvezető tág, semmiféle duzzanat vagy exostosis nem látszik, dobhártya hátsó fele áttünő, vékony heget képez; dobhártya mellső részén mészlerakodás.

Jobb fülön zsebóraketyegés = 0; súgó beszéd = 0.
Bal „ „ „ 3 cm.; súgó beszéd 10—20 cm.
Jobb „ Weber szerint „positiv“.
„ „ Rinnè „ erősen „negativ“.

Jobboldalon katheter alkalmazásával perforationalis hang szörcs-zörejjel hallatszik.

A leirásból is kivehető, hogy a főbántalmat a hangvezetőt teljesen elzáró csontkinövés, *exostosis* képezi, és ámbár az ily megszűkült hangvezető bőrének intertrigoszerű lobja kapcsán fülfolyás előfordulhat, de a betegnél levő nagy féloldali fejfájás, szédülés és azon körülmény, hogy 6 éves kora óta, tehát 39 évig tart a fülfolyás, valamint a perforationalis zörej jelenléte minden kétségen felül megengedték azon feltevést, hogy az obturáló exostosison felül még a dobüregnek, esetleg melléküregeinek is genyes lobja van jelen és azon feltevés is elfogadhatónak látszott, hogy ezen csonttúltengés az idült dobüreggyuladással áll összefüggésben; ha pedig ezen anamnestikus körülményt tartjuk szem előtt, úgy már eleve is felvehető volt, hogy nemcsak a hangvezető bemenetében, hanem belül is több, hasonló csontkinövés van, esetleg talán az egész csontos hangvezető körkörös hyperostosis által tetemesen szűkült, annyira, hogy közel van a teljes elzáródáshoz, a mely körülmény mellett látszott szólni az is, hogy a fülkagyló vérkeringésében is nagy zavar állhatott fenn, a mennyiben az nagyfokú passiv vérbőségben, oedemás infiltratióban, majd dermatitisben nyilvánult.

Tekintettel arra, hogy a látható exostosis, illetőleg az azt borító lágy részek, valamint a réssé szűkült hangvezető sondával kitapintható része szerfelett érzékenyek voltak, másrészt a beteg, a ki csak nemrég előbb fülorvosi kezelésben részesült és mégsem volt tájékoztatva tulajdonképeni baja felől, mindenesetre azért, mert azon kezelés alatt a szűkülés nem lehetett vagy nem volt még oly fokú, mint a jelen esetben: azt következtethettem, hogy egy gyorsan lefolyó, heveny lobos *periostitis hyperplasticával* van dolgom, a mely ezen gyorsan növekedő exostosist okozta.

Ezen most említett körülményt, tudniillik az exostosis heveny lobos és gyors fejlődését, valamint az e mögött levő idült genyes dobüreglobot és a már meglevő genyretentio tüneteit tartva szem előt, a műtéti beavatkozásra nézve *indicatio vitalis* szükségessége forgott fenn és a betegnek a műtéti beavatkozást, mint az egyedüli lehetséges, sőt szükséges gyógyeljárást ajánlottam.

A beteget azonban, a ki a műtétbe csak nehezen egyezett bele, annyival is inkább, minthogy a dobüregi retentiónak megszüntetésével a féloldali fejfájás, valamint a fülkörüli fájdalmak tetemesen engedtek, másrészt egy *eczema seborrhoicum auriculae* fejlődött ki időközben, csak 1895. január 19-dikén operálhattam meg. A műtétet retroauricularis módon végeztem, különösen azért, mert a feltételezett dobüregi genyedés kapcsná az esetleges csecsnyujtvány-complicatióra is gondolni kellett, másrészt exostosis műtéte a külső hangvezetőn át csak ott javalt, a hol tág hangvezető mellett az exostosis gombaalakú vagy legalább hengeres. A külső hangvezető hátsó részének lefejtése az exostosis külső, lateralis részéről elég jól sikerült, de minthogy a hangvezető majdnem teljes obliteratiója követ-

[1] Betegbemutatással előadatott a magyar fül- és gégeorvosok 1898. márczius 31-dikén tartott ülésén.

keztében a többi felülethez nem férhettem, azért kénytelen voltam ezen lepraeparálás nélkül az elég tetemes exostosist levésni, mely alkalommal a külső hangvezető exostosist fedő bőre is eltávolíttatott. Ezen külső — szélességében *7 mm.*, magasságában *11 mm.* és vastagságban *8 mm.* — nagy, szélein dudoros, karfiolszerű exostosison felül a hangvezető felső-mellső részén, körülbelül a csontos hangvezető közepén egy borsnál nagyobb, féltekeszerű, ezen felül még három kisebb, inkább hosszúkásan felülő, közvetlenül a dobhártya csontos kerete előtt a hátsó és felső falon ülő exostosist, összesen tehát *ötöt* távolítottam el. Ezen utóbbi három exostosis eltávolítása, melynél főczélom volt a dobhártya csontos keretének és a dobhártyának megtartása, tekintettel a szomszédságra (facialis, stapes, k. ivjárat ampullája), elég kényes feladat volt és daczára az óvatos eljárásnak az amúgy is perforált dobhártya hátsó-alsó részéből a közelülő exostosissal együtt egy rész eltávolíttatott. A dobüregben különben az idült genyes lobon kivül más complicatio nem találtatott. Tekintettel a genyes dobüri lobra, a hátsó felében hámjától fosztott hangvezetőt nem mertem a szokásos módon gaze-zal tamponálni, hanem drain-csövet helyeztem be és ezen eljárással eléggé meg voltam elégedve, mert a hátsó seb, kivéve az alsó csücskét, „per primam“ gyógyult és a hámjafosztott csontos hangvezető a draincső mentén igen gyorsan hámosodott be és e mellett a dobüregi genyedés is gyorsan javult. Február 11-dikén a külső hangvezető teljesen behámosodott, elég tág és csak a külső, nagy csontkinövés helyén kellett a túlsarjadzással megküzdeni.

A dobüreg gyuladása május végére véget ért, a hallás tetemesen megjavult, az óraketyegést jobb fülén 12 cm.-ről, a súgó beszédet 2 meterről hallja és subjectiv panaszai, mint zúgás, fejnyomás, fejfájás és szédülés teljesen megszüntek.

A beteget azért nem mutattam be előbb, mert teljes meggyőződést akartam magamnak szerezni arról, hogy a beteg tényleg meggyógyult-e. A műtét óta több mint három év telt el és a betegnél semmiféle kiújulás nem következett be. A hangvezető elég tág, bár nem oly egyenletesen tág, mint a baloldali, de ez csak a mellső fal csekély domborodása következtében van; dobhártya látható, hátsó fele vékony, halvány gyöngyház-szürke, rajta perforatiót sem látni, sem befúvás által constatálni nem lehet; hallása a mai napon súgó beszédre vonatkoztatva 4—5 meter. Igy azt hiszem, hogy a beteget, a kinek a füle ily hosszú idő alatt kiállotta a próbát, teljesen gyógyultnak mondhatjuk.

***

A mi a jelen esetben az exostosisok fejlődésénél, mint oki mozzanat tekintetbe jöhet, azt hiszem, hogy jogosan az idült, 39 éves dobüreggenyedést vehetjük. Valamint a sziklacsont más részeiben, különösen a csecsnyujtvány corticalis részében is idült csecsnyujtványloboknál elég gyakori jelenség a csontállomány vastagodása és tömörülése, *eburneatiója*, úgy a jelen esetben is felvehető, hogy a külső csontos hangvezetőt borító periost állandó lobos inger következtében hozta létre a csontkinövéseket, a melyek épen úgy a mellső, mint a hátsó falán a hangvezetőnek nőttek, a nélkül, hogy valamely meghatározott helyen — pl. *Virchow* értelmében a *pars tympanica* szélén — nőttek volna. A két külső csontkinövés inkább az *exostosis* fogalmának felel meg, vagyis kórbonczlani értelemben vett *osteoma*, a három belső csontkinövés inkább *hyperostosisnak* felel meg.

Az egyik exostosisból vett metszetek (alkohol, 5%-os légenysav, 8%-os trichloreczetsav, celloidin-beágyazás és haematoxylin-festés) már a műtétnél is feltünő keménységét és fejlődési módját eléggé megmagyarázzák. Ugyanis jól látszik az egyes helyeken megmaradt és megvastagodott periost alatt a haematoxylinnel jobban festődött fiatalabb csontszövet, mely concentrice rétegzett, itt-ott hullámosan lefutó vékony csontlemezkékből áll, melyek között a csontsejtek feltünően kicsinyek, inkább fogazott perifériával és kevés csatornácskával. A mélyebb rétegekbe eső csontszövet, mely kevésbbé festődik jól, vékony, de feltünően szorosan egymásra fekvő *Havers*-féle lemezekből áll, melyek között a *Havers*-féle csatornák feltünően szükek, diploëtikus részek majdnem teljesen hiányzanak a csontlemezkék között, a csontsejtek laposak, nagyon gyér számban vannak, csatornácskáik is alig vehetők ki. Ezen exostosis jellegző képét adják a *csont sclerosisának* vagy más néven *eburneatiónak*.

Kizárt lágyéksérvnek complicatiója belső bélelzáródással.

Borbély Samu dr. műtő orvos Tordán.

Egy nem mindennapi esetről számolhatok be ez alkalommal. Eltekintve azon ritka complicatiótól, hogy a kizáródott vékonybélkacs még a hasüregben is egy oly csavarulatot tett, hogy belső bélelzáródás is volt jelen: az egész kórlefolyás annyira szokatlan tünetekkel zajlott le, hogy az eset méltó a felemlítésre. A beteget a helyi közkórházban észleltem.

Cz. István 45 éves napszámost deczember 15-dikén szállítják a kórodára. Hozzávalói előadják, hogy betegsége már kilencz napja áll fenn, s úgy kezdődött, hogy régi lágyéksérve, mely azelőtt könnyen helyrement, de azért sérvkötőt sohasem viselt, nagy emelés után kijött, s visszahelyezni nem tudta; a beteg erre nem sokat adott s csak két nap multán fordult orvoshoz émelygése, székszorulása és általános rosszulléte miatt. Az orvos megkisérlé a hernia visszahelyezését, a mi nem sikerült, majd magas beöntéseket adott, de czélhoz ez sem vezetett; két napi eredménytelen kisérlet után a műtétet ajánlotta, s utasitotta a beteget műtét végett a kórodánkra. A beteg a műtétbe nem akart beleegyezni, de állapota, nagy elgyengülés, hasának majdnem a kirepedésig való puffadása s nehéz légzése folytáni súlyosbodása miatt, hozzátartozói, még öt napi várakozás után, a kórházba szállitották.

Felvételkor a következő status: magasabb termetű, jól fejlett csontrendszerű, de gyengébb izomzatú férfi, arczszine szederjes, erősen markirozott, ajkak, fogak fuliginosusak. Beteg rendkivül elgyengült, hozzá intézett kérdésekre nem felel, kezeivel babrál, magában valamit motyog, tévetegon néz körül, olykor arczához nyúl, mintha onnan valamit levenni akarna. Nyak részarányos, fejbiczczentők jól kivehetők. Mellkas dombordad, tüdőhatárok két bordával feljebb. Szivtompulat kisebb, szivhangok tiszták, gyengék. Szívcsúcslökés egy bordával fennebb. Pulsus alig érezhető, rendetlen, kihagyó. Hő 35·7° C. Has puffadt, kerülete 100 cm. a köldökön át mérve. Deszkakemény. Vékony hasfalon át a felpuffadt belek contourjai jól kivehetők. Has felett éles dobos kopogtatási hang, kivéve a linea alba mellett s kissé baloldalt a középnek megfelelő helyen, a hol tenyérnyi terjedelemben tompultabb a kopogtatási hang. Bal scrotum szinte gyermekfejnyi, bőre fénylő, feszes, felette a kopogtatási hang dobos. Tapogatva a scrotum ezen fele kemény, rugalmas, a dag alsó részének közepén a here jól kivehető. Ezen vizsgálat közben, csekély nyomásra a daganat éles korgás kiséretében eltünik s az inguinalis csatornába mutató ujjunkat jól bevezethetjük s kiérezzük a kemény funiculus spermaticust. Ezután a collabált betegnél aether-camphor subcutan injectiók. Cognac. Lábakra meleg borogatás. A hernia ezen mondhatni spontan történt repositiója bennünket egy cseppet sem vigasztalt; tekintve, hogy az incarceratio már kilencz napos volt: a belek gangraenáját biztosan felvehettük. S igy félős volt, hogy a valószinűleg gangraenosus belek, a már különben is a bántalom körébe vont peritoneumot még jobban inficiálják s a netán még egyszerű serosus peritoneitisből purulens peritoneitis lesz. Egyedüli mentségnek látszott az infectio elkerülésére egy explorativ laparotomia végzése s szükség esetén akár bélcsonkolás, akár anus praeternaturalis képzése. A beteg állapota azonban oly nagy művi beavatkozást, mint a laparotomia, contraindicált. Várakozó álláspontot foglaltunk el s a székletét előidézésére két kanál ricinus olajat adtunk, s tervbe vétetett, hogy két óra multán egy magas beöntést adunk. Azonban alig 3/4 óra multán a beteg spontán bő, híg, igen büzös széket bocsát maga alá. Ezután még többször volt bő széke sok flatussal s a szegény, egészen összeesett beteg kezdett magához térni. Reggelre a hernia ismét kijött. A has kerülete 75 cm. lett. Tapintva kisfokú fájdalom s azon a helyen, hol a tompulat volt — a mely ekkor is meg van — keményebb, dudorzatos felületek érezhetők ki. A beteg pulsusa most is gyenge, kihagyó, miért ismét kap egy camphor-aether injectiót. Betegünk most is apathikus, azonban nem oly mértékben mint tegnap; elhatároztuk, hogy ha az erőbeni állapotban némi javulás lesz, a laparotomiához fogunk. Erős excitánsokra a beteg némileg magához tér, azonban rövid idő alatt ismét collabál s meghal.

Bonczolásnál kitünik, hogy a rekeszdomborulat a 5—6-dik borda közt van. Parietalis hashártya homályos, visceralis hashártya belövelt, itt-ott borsó, egész szilva nagyságú izzadmányokkal. A már élőben észlelt tompulatnak megfelelő helyen a belek a parietalis peritoneumhoz tapadtak. A colon descendens alsó része a coecumhoz hozzátapadt, az igy képződött hajlat felső része között az ileum egy része keresztül türemkedik olyatánképen, hogy ezen mintegy három arasznyi kacs az inguinal-árok felé haladva abba befut s bejutása után a scrotumba egy arasz hosszúságú bélkacs helyezkedik el. Azon a ponton, a hol az ileum a colon lehajlásával képzett gurdélyon áthalad, a bezárt bélkacs körkörösön oly erősen tapad, hogy csak nagyobb erővel lehet

kifejteni. A herniát képző kacs a sérvtömlőből könnyen kihúzható, azonban az inguinal-gyűrűnek megfelelő részein a strangulatio barázdák jól kivehetők, s ebből lefelé a bélkacs egymáshoz tapadt. A szorítási barázdán alul a belek sötétkék színűek s homályosak. A herniát képző bélkacsból az alsó vastagabb rész a flexura sigmoideához fél decimeter hosszúságban hozzátapadt, a mely tapadás leválasztása után kitünik, hogy két egymáshoz tapadt belfelület egymásnak megfelelő helyen körülbelül tallér terjedelemben sötétbarna, czafatos szélű, hüvelykujjamat magában foglaló likon egymással communikál.

Az összes synechyákat gyönge nyomással felbontjuk s ekkor kitünik, hogy a vastagbelek összeesettek, s igen csekély bélsártartalmúak.

E bonczleletből tehát világosan kitünik, hogy a hernia képzésében egy oly bélkacs vett részt, a melynél előbb még egy oly bélcsavarodás is volt, a mely typikus belső bélelzáródást is csinált. Tehát itt az élőben észlelt incarcerált hernia mellett még egy belső incarceratio is volt jelen! És daczára az incarceratio internanak, a hernia incarceratanak, később kifejlődött peritoneitisnek: kezdetben volt émelygés, de sohasem csuklott, sem nem hányt a beteg! Igaz ugyan, hogy mi a beteget alig 26 óráig észleltük, de azelőtti kezelő orvosa igen megbizható észlelete szerint is, a beteg sohasem csuklott s nem hányt azalatt az idő alatt sem, míg kezelése alatt volt. Végül érdekes a herniának, ha nem is spontan, de igen csekély nyomásra való visszamenetele, ezt én úgy magyarázom magamnak, hogy összenőtt és gangraenescált bélfalnak oly csekély nyomása is elégséges volt, hogy kilukadjon s igy daczára a kapu szoritásának — ellennyomás a hasűrbeni bélrész tartalom hiányában nem lévén — az incarcerált kacs tartalma igen könnyen nyomathatott vissza azon igen csekély térségen át, a mit a kapu szorulása még nyitva hagyhatott. Azon székletéteket pedig, a melyek észleltettek, korántsem a ricinus adagolásának tudom be, hanem tekintve a colon bonczleletét, onnan származottnak vélem, s úgy gondolom létrejöttüket, hogy a gangraenescált bélfalak áttörésekor a szorulat esetleg oldódhatott valamit, s igy azon székletéteket olyanoknak kell tekintenünk, mint a milyeneket a typhlitis vagy perityphlitisnél nem egyszer észlelünk, a hol tudjuk, hogy sokszor daczára a bő híg székletéteknek, a coecumban az eldugulás, sőt teljes átjárhatlanság fennáll.

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

A hypertrophiás és atrophiás májlob viszonya egymáshoz.

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

(Vége.)

Ezen epepangás folytán pigmentált, gömbsejtekben dús, s felszaporodott epeutakat tartalmazó insularis testecskék, melyek az acinusok között csak elszórva fekszenek, de azokat gyűrűszerűleg csak egészen elvétve környezik, sehol sincsenek a szomszédos acinusok felé élesen elhatárolva, oly értelemben, mint azt az annul. cirrhosisnál constatálhatni, hanem a szövetképződés infiltrativ módon az intraacinosus tereket is hatalmába keríti azáltal, hogy az intralobularis venácskák mentén a májsejthengerek között átterjed. Eme tulajdonság oly jellegzetes s a górcsői képet annyira uralja, a máj acinusok s az újonnan képzett kötőszövet közötti határ, mely az annularis formáknál nagyjában oly éles, ezen esetben teljesen elmosódik. Mert a peripherián a behatoló kötőszövet septumok dislocalják, néhol letagolnak, az acinustól elválasztanak nehány májsejtcsoportot, mely befelé mindinkább csekélyebb fokban történvén, a határt az acinus s felszaporodott septum között elmosottá teszi.

Lényegében tehát egy inter- és intralobularis, de nem annularis cirrhosis forog fenn, mi mellett azonban az interlobularis folyamat *alárendelt*. A portalis edények pedig sem megvastagodva, sem tágulva nincsenek.

Az acinusok eltérő magatartást mutatnak egyrészt, hogy a kötőszövet szigetek közelében, vagy azoktól távolabb fekszenek. A közvetlen közelükben fekvő acinusok az intralobularis folyamat következtében *megkisebbedve*, a szóban forgó kötőszövet szigetekkel, hogy úgy mondjam összefoglalva vannak, míg a távolabb fekvők, melyeket az indurativ folyamat el nem ért, normalis nagyságukat s szerkezetüket megtartották. Az előbbiek a localis epefestenyződés nagyobb fokát mutatják, a mennyiben az átlag hypertrophiás májsejtek igen sok amorph, gyantabarna, néhol még fűzöld s kerek cseppek, gömbök alakjában jelenlévő epefestenyt tartalmaznak. A májsejtekről megjegyzendő, hogy határozottan megnagyobbodtak, magjuk jól festődik, de a sejthatárok kissé elmosódottak, miáltal ott, hol nehány ily májsejt az acinustól különválva fekszik a kötőszövetben, többmagvú sejthez hasonló képek jönnek létre.

Végeredményképen mondhatni, hogy tekintve az indurativ folyamat szigetszerű elszórt fellépését, a kifejezett intraacinosus tendentiát, az újonnan képzett kötőszövetnek sejtdús, laza szövését, az annularis elrendeződés hiányát s a portalis edények teljesen intact voltát, ez esetben nem közönséges annularis cirrhosissal állunk szemben, hanem a hypertrophiás cirrhosis oly esetével, melyet az intraacinosus infiltrativ folyamat praedomináló magatartása, s az újonnan képzett szövet sejtdús jellege alapján szövettanilag is közel állónak kell tekintenünk a Hanot-féle alakhoz, de az interacinosus, bár alárendelt, folyamat jelenléte által attól elüt s emlékeztet egy kezdődő Laennec-féle cirrhosisra, mely miután egy szövettani képben jut kifejezésre, mixt-alaknak tekinthető.

A más esetekről szóló mikroskopikus készítmények még számos hasonló leletről tanuskodnak, melyek közlésétől ez idő szerint elállok.

Aufrecht is azt állítja, hogy az epeedények felszaporodása nem jellegzetes. Az újabb szövettani vizsgálatok a régi szövettani feloszlásokat nem igazolják. Igy csak *Sieveking*-et akarom idézni, ki szerint cirrhosis atrophicánál a kötőszövet elhelyeződése szabályt egyáltalán nem követ. Ily szövettani elmosódó képet a külföldi irodalomban is találunk.

Clarke egy ilyen esetet közöl, mely azáltal üt el szövettanilag a közönséges cirrhosis képétől, hogy intralobularis kötőszövet képződés is volt észlelhető. *Clarke* azt hiszi, hogy a hypertrophiára túl nagy súlyt helyeznek, ez létezhet ugyan előzőleg, korán beálló halálnál még feltalálható, de hosszas fennállásnál atrophiába mehet át, mint azt az angol irodalomban feljegyzett több példa igazolja.

Eichhorst a legutóbb egy gyors lefolyású májcirrhosis esetét közli. A bonczolat egy erősen megnagyobbodott kemény májat mutatott, melyben a kötőszövettúltengés a portalis és biliaris cirrhosis vegyes képét tüntette fel. Ott, hol a túltengés „multilobularis"-nak mutatkozott, egyszerre több májacinust zárt körül, a kötőszövet sejtszegény volt és új epeedénykék nem voltak; ott, hol a túltengés „monolobularis" volt, az egyes acinusokat zárta körül, a kötőszövet igen sok kereksejtet tartalmazott és tömérdek újonnan képződött epeedényke volt látható. *Eichhorst* azon nézetének ad kifejezést, hogy a monolobularis kötőszövet-túltengés, a már régen fennálló multilobularishoz hirtelen csatlakozott és ily módon a bántalom gyors, kedvezőtlen lefolyásának vált okozójává.

És ezzel tulajdonképeni fejtegetéseim végére érkeztem. Egyet határozottan állíthatok, és ez az, hogy a hypertrophiás májlob jellegzetes alakja átmehet az atrophiás formába. Ezen átalakulás közben a májlob egy typikus alakja létesül, melynek tünetei állandóak, jellegzetesek és sárgaságban, hasvizkórban és még a rendesnél nagyobb, de már a kezdődő zsugorodás következményeképen egyenlőtlen felületű májban és lépnagyobbodásban nyilvánulnak, mely szövettanilag is a portalis és biliaris kötőszöveti túltengés képének combinatióját mutatja. Ezen alak leghelyesebben *vegyes vagy portobiliaris májlob* czimen a külön méltatást megérdemli, melyet az egyes tünetek periodikus javulása és rosszabbodása jellegez és melynek tartama felette eltérő: néha hónapok, máskor évek. Van az I. belklinikán egy közel 7 év óta ezen vegyes májlob összes tüneteit mutató beteg észlelésünk alatt, ki rövidebb-hosszabb időközökben klinikánkat felkeresi. Ezen vegyes májlob elméletileg mindig zsugormájban végződik, feltéve, hogy a beteg azt megéli. De természetesen a halál eme vegyesnek mondott májlob stadiumában is bekövetkezhetik, a mint halállal végződő eseteket látunk a hepatitis hypertrophicánál,

*

a hepatitis atrophicánál, melyeket ezek szerint az esetek egy részére — de hangsúlyozni kívánjuk, csakis egy részére — egy bántalom különböző stadiumainak tekintünk. Az eddigi ismeretek szem előtt tartásával a fejlődési menet úgy értelmezhető, hogy az elsődleges biliaris, nem zsugorodó kötőszövet-képződésekhez, portalis, zsugorodó és májsejtek primaer vagy secundaer tönkremenetelével párosult kötőszövet túlképződés társul.

Nyilt kérdés marad, vajjon azért minden májzsugort egy typikus hepatitis hypertrophicának kell-e megelőzni, melynek tünetei esetleg észrevétlenül maradnának? Nézetem szerint ez kizárható. Az icterus oly lényeges kiegészitője a hepatitis hypertrophicának, hogy a nélkül előrement hepatitis hypertrophicára következtetnünk nem szabad. A *Hanot*-féle kór lényegéből az icterus el nem hagyható, a nélkül pedig ott, hol kórelőzmény ezen félre nem ismerhető tünetet ki nem deriti, előrement hepatitis hypertrophicára következtethetni sem jogunk, sem alapunk.

Lehetséges, hogy a hepatitis hypertrophicánál a biliaris kötőszövet másodlagos zsugora okozza a máj némi kisebbedését, a mi talán annak csak szemcsés felületében, egyes behúzódásokban nyilvánul, talán az esetleges csekély, de csakis csekély hydrops ascitest is megfejti, de azért a portalis kötőszöveti túltengés ki nem fejlődött és ezen májból ép oly kevéssé lesz zsugormáj, mint a másodlagos zsugorveséből zsugorvese. Ezen elváltozást joggal nevezte *Rosenstein* „másodlagos májzsugornak".

Lehetséges végtére az is, hogy a zsugormájat klinikailag oly májnagyobbodásban nyilvánuló folyamat előzi meg, melynek kórtanilag és szövettanilag a *Hanot*-féle kórhoz semmi köze, melynek klinikai tünetei is annyira alárendeltek, hogy érthető, miszerint az esetek egy részében felismeretlen marad.

És lehetséges végtére, hogy májzsugor eseteinek egy részét — és ha a dominaló nézetekhez az egyénit is csatolom, mondhatom nagyobbik részét — semmiféle májnagyobbodás meg nem előzi, hanem a májzsugor — a vesezsugorhoz analog módon — egy májkisebbedéssel kezdődő folyamat, melyben a portalis kötőszövet túltengése és zsugora a májsejtek tönkremenetelével párosultan adja meg a folyamat lényegét, e két elváltozás egymáshozi viszonyától egyelőre teljesen eltekintve.

És már ennek kedvéért is fentartandó a hypertrophiás és atrophiás májlob klinikai elkülönitése.

Bizonyos, hogy akár az átmeneti alakok bármilyen stadiumában, akár az önálló alakok bármilyen féleségénél a halál bekövetkezhetik, a mire már *Hanot* is tett czélzásokat és igy e nehéz folyamatok megitélésénél a figyelembe veendő momentumok még szaporodnak.

Az átmeneti alakok lehetőségét a klinikai észleleteken kivül az is igazolja, a mit a tapasztalat mond. Ha a kötőszövet és parenchyma külön-külön betegednek meg, külön-külön klinikai és kórboncztani jellegző elváltozásokkal, mért ne betegedhetnék meg a parenchyma egy már cirrhotikus májban? A sejtek biologiai viszonyainak figyelembe vétele azt mondja, hogy ilyenkor nemcsak a parenchyma megbetegedésének lehetősége van meg, hanem ez a lehetőség a rendesnél még nagyobb is.

És ezzel fejtegetéseimet félbe szakitom. Ha a felvett kérdésekre mindenben kielégitő magyarázatot adni nem is voltam képes, úgy szolgáljanak mentségemül azon nehézségek, melyek éveken át elhúzódó folyamatok megitélésénél elkerülhetetlenek és melyek megoldásával tudományunk jelesei is eredménytelenül küzködtek. Nézetem szerint a kérdés végleges megoldását mégis csak a klinikai megfigyelés fogja adni, a szövettani kutatások eddigi eredményei, az előbb idézett saját észleletek kevéssé biztatók. Észleleteim végeredményképen állitom, hogy a *hypertrophiás és atrophiás májlob tünettanilag jól körülhatárolt, klinikailag feltétlenül elkülönitést igénylő megbetegedéseket* képeznek, melyeknek az esetek egy részében egymáshoz semmi köze. De ha a hypertrophiás lobnál a biliaris kötőszövet megbetegedéséhez a portalis kötőszövet, a parenchyma elváltozása járul, directe vagy indirecte, következményképen vagy véletlenüli, a minek sem eshetőségét sem lehetőségét tagadni nincsen okunk, akkor a nagy máj fokozatosan kisebbedni fog, az icterushoz hydrops ascites társul és újból egy eddig mint külön kóralak eléggé nem méltatott bántalom fejlődik ki, melynek tünettana jól körülhatárolt, melyet *portobiliaris megbetegedésen alapuló átmeneti alaknak tartok*, melynek végső stadiuma, ha ugyan az intercurrens halál ennek bekövetkeztét meg nem gátolja, a *Laennec*-féle cirrhosis classikus kórképe.

És ha ma még egyszer alkalmam volna a lefolyt berlini congressuson jelen lehetni, és ha ma *Rosenstein* újból kérdést intézne, hogy ki látott hypertrophiás lobot atrophiás lobbá átalakulni, hogy ezen átalakulás lehetséges-e? én a választ megadnám! Ez pedig észleleteim és teljes meggyőződésem szerint csak igenlő lehet.

Irodalom.

Ackermann: Über hypertr. u. atroph. Lebercirrhose. Virchow's Archiv 80. — *Charcot et Gombault*: Contributions à l'étude anatomique des différentes formes de la cirrhose du foie. Arch. de phys. norm. et path. 1876. — *Hanot:* Étude sur la cirrhose hypertrophique avec ictère chronique. 1875. — *Litten, Baumler:* Verhandlungen des X. intern. mediz. Congresses in Berlin. — *Lenhossek M.:* A szövetközti májlob különböző fajairól. Orv. Het. 1884. — *Déri Zs.:* Adatok a máj szövetközti lobjainak tünet- és kórszövettanához. Orv. Het. 1881. — *Kahlden*: Beitr. zur path. Anat. u. allg. Pathol. 1890. — *Clarke:* Brit. med. Journal. 1890. — *Eichhorst:* Virchow's Archiv. 1897. — *Siegenbeck van Heukelow:* Die exper. Cirrhosis hepatis. Ziegler Beiträge. 20. — *Rosenstein:* Zur hypertr. Cirrhose der Leber. Berl. klin. Wochenschr. 1890. — *Orth:* Lehrbuch der sp. path. Anatomie. 1887. — *Heineke:* Zur Kenntniss der primären biliären Lebercirrhose. Beiträge zur path. Anatomie u. allg. Pathologie. 1897. — *Kétly Károly:* A cirrhosis hypertr. cum ictero egy esete. Orv. Het. 1892. — *Müller Kálmán*: Adat a szövetközti májlob tanához. Orv. Het. 1895. — *Korányi Frigyes:* Cirrhosis hepatis és cirrhosis hepatis hypertrophica. A belgyógyászat kézikönyve. 1896. — *Markwald:* Virchow's Archiv. CXXXV. 2.

Fürdőgyógyászati tapasztalatok.

Orvosi jelentés a *szt. Lukács-fürdő* 1897. évi betegforgalma felől.

Közli *Bosányi Béla* dr., a gyógyfürdő főorvosa.

(Folytatás.)

Gonorrhoeás izületi bántalmak.

Míg a polyarthritis rheumatica csak kivételesen ölt súlyos formát, a kankós fertőzés által előidézett izületi csúz, iletve lob átlag sokkal komolyabb alakban szokott lefolyni; a lobos stadiuma jóval hosszabb és következményei az izületekre nézve gyakran végzetesek. A lefolyt évben észlelt esetek újból bizonyitották, hogy a gonorrhoeás általános fertözés, melynek folyománya gyanánt kell a polyarthritis gonorrhoicát tekintenünk, tulajdonkép sokkal veszélyesebb természetü, mint azt eddig hitték. Igy a mult évben az idetartozó betegek 25%-ánál állandó zsugor vagy müködési zavar maradt hátra. Észlelésünk szerint továbbá a női gonorrhoeás fertőzés általában kedvezőtlenebb lefolyású, mint a férfiaké. A gonorrhoea megállapitása nőknél nehezebb és különféle akadályokba ütközik. Mindenekelőtt sokszor már a monarthritikus alak, továbbá a post nuptias rövid időre fellépő esetek elárulják a bántalom alaptermészetét. Igy két év előtt gyors egymásutánban láttunk négy esetet, melyben a házasság negyedik hetén belül lépett fel súlyos monarthritis, háromszor kézizületben, egyszer a csípőben,

Egyébként a polyarthritis gonorrhoica mindazon változatokat mutatja, mint a más fertőzés által okozott sokizületi lobok, csakhogy előszeretettel okozza egyes izületek intensiv lobosodását és annak komolyabb következményeit. Észlelésünk szerint továbbá férfiaknál egyaránt lepi a térdet, bokát és kézizületet, míg nőknél túlsúlyban van a kézizület megbetegedése. A kór tartama szintén hosszabb; hónapokra terjedő subacut állapot nem ritka; néha pedig megszüntnek látszó állapot ismét teljes hevességgel recidivál. Ennek oka valószinüleg a gonorrhoea eredeti forrásából (urethra, cervix uteri) újból történő felszivódásban rejlik. Másrészt két esetben volt alkalmunk látni, hogy az urethra újbóli gonorrhoikus fertőzése után mindenkor és rögtön csatlakozott hozzá az izületek megbetegedése.

Midön ezen betegek egyike a lefolyt évben nálunk tartózkodott, már *negyedizben szenvedett úgy gonorrhoeában, mint izületi lobokban.*

Szerfelett fontos kérdés, vajjon az izületi bántalom kitörése alkalmával tanácsos-e a gonorrhoeás alapbántalmat, mely férfiaknál rendszerint az urethrában rejlik, kezelni. Elvi alapból kiindulva, a kór forrásának megszüntetése természetes kötelességnek látszik és tényleg az esetek túlnyomó számában a gonorrhoeás izületi bántalom kezelése mellett akadálytalanul és sikerrel lehet az urethralis gonorrhoeát gyógyítani. Vannak azonban esetek, midön az urethra kezelése, illetőleg a velejáró húgycsőbeli izgalom nagyon kedvezőtlenül hat az izületekre és képes a már javulásnak indult izületi folyamatot újból felélesztení, hevenyíteni.

Már a mult években előfordult egyes esetekben a gonorrhoeás izületi lobok gyógyításánál beálló kellemetlen visszaeséseknél gyanakodtam erre nézve, miglen a közelmult egy esete meggyözött róla, hogy néha az urethralis befecskendés és az izületi bántalmak, fájdalmak között van összefüggés, a mint azt a következő kórtörténet bizonyítja:

J. úr mult év deczember elején jött fürdönkbe és előadta, miszerint körülbelül három héttel ezelőtt gonorrhoeásan lett fertőzve. A betegség első hetében elment orvosához, ki nála urethralis befecskendést alkalmazott. Már az első ilyennemű kezelés alkalmával heves fájások léptek fel mindkét térdében és midön ezen eljárás egymásután három nap ismétlődött, egyes izületei megduzzadtak és ő sietett ezen betegségével fürdönkbe.

Erkezésénél a jobb boka körül vizenyős, kissé lobos, fájdalmas daganat volt; a bal boka, mindkét térd csekély mértékben duzzadt. Rendkivül heves fájdalmak a jelzett izületekben; láz nem volt jelen. Kifolyás az urethrából. Két heti fürdözés után a beteg nagy mértékben javult és ekkor kivánságára az urethrát befecskendéssel kezdtem kezelni.

Ötödik napra a beteg nagy mértékben visszaesett; nemcsak a régente megbetegedett izületekben, hanem még a bal csipőben, mindkét vállban léptek fel nagyon heves fájdalmak. Négy hét mulva lassankint megszünt a baj és akkor Feleki dr. úrral, kivel azon nézetemet közöltem, hogy a visszaesést a befecskendéseknek tulajdonitom, újból megkisérleltük a gonorrhoikus baj (gonococcusok még mindig voltak jelen) gyógyitását. A lehető leggyengébb kezelés $^1/_2\%$, plumb. acet.-oldat langyosan félfecskendőnyi mennyiségben alkalmaztatott. *Már másodnapra jelentkezvén* újból a fájdalmak, a fecskendést elhagytuk, mivel nem lehetett a beteget újbóli visszaesésnek kitenni, kit sürgős ügyek hazahivtak. *Gyógyult izületekkel*, de gonorrhoeás bántalmával kellett őt elbocsátani.

A gonorrhoikus izületi lobok utóbajainak hévvízi kezelése ugyanazon elvek szerint történt, mint azt a polyarthritis rheumatica következményes állápotánál alkalmazni szoktuk.

Mint belső szertől a fürdők mellett sokszor nagyon jó hatást láttam a chinintől, külsőleg pedig a *Zinsser* által javaslatba hozott spiritus-kötések az esetek nagyobb felében kitünő szolgálatot tettek.

Gyógyulási arány volt: *Teljesen gyógyult vagy jelentékenyen* javult 75%, javult 10%, gyógyulatlanul (időnek előtte) távozott 15%.

Központi idegrendszer bántalmai.

Ezen kóralakok a modern nézetek szerint nem tartoznak az intensiv hévvízi kezelés keretébe, de a mérsékelt fürdőformák a gerinczagyi megbetegedéseknél igen jól alkalmazhatók és időleges eredményük elég kedvező. Másrészt sok esetben a betegek a gerinczagyi bajoknál fellépő végtagi fájdalmakat és egyéb zavarokat előszeretettel vonatkoztatják hülésekből származott rheumákra és orvosi rendelés nélkül keresik fel a hévvízi fürdőket. Különösen a tabes korai stadiumában, midön az ataxiának még nincsenek nyomai és csak a lancináló fájdalmak lépnek fel, szeretnek a betegek a thermákhoz fordulni. Részemről ilyenkor a patienst rendesen a langyos fürdők használatára szoktam terelni. Ez azonban nem mindenkor sikerül. Nem ritkán fordulnak meg itt oly betegek, kik már megelőzőleg saját rendelésük alapján, erélyes fürdősorozatot végig használtak. Többszörös észlelet alapján mondhatom, hogy némely oldalról hangsúlyozott romboló hatása az ilynemü fürdöknek korántsem tekinthető megczáfolhatlan ténynek és nem egy beteg állította már, hogy az előrement ilynemü kúrák baját kedvezően befolyásolták. Tény az, hogy előrehaladt tabes- és myelitis-esetekben a 28°-nál magasabb fokok nagy mértékben izgatólag hatnak; nem merném azonban határozottan állitani, hogy ezen bántalmak kezdő éveiben meleg fürdők feltétlenül kizárandók. A franczia gyógyelvek szerint a refrigeratio által létesült gerinczbajoknál a melegebb fürdők alkalmazandók.

Szintúgy lehet eljárni a luetikus alapon fejlődött bántalmak ellen, midön higanykenőcsöt és izzasztó fürdőket együttesen alkalmazunk. Két ide tartozó idült myelitis esetben elég szép sikert láttam.

Egyébként az ide tartozó betegeknél — a már említett bántalmakon kivül láttunk agyi hüdéseket, agydaganatot (2 esetben), paralys. progressivát, del. tremenst, sclerosis disseminatát, egy gerinczvelő-rázkodást stb. — részben fürdönk különféle enyhe gyógyhatásait használva, értük el a lehető sikert, részben azokat az állapotuknak megfelelő fürdőkbe illetve gyógyintézetekbe dirigáltuk.

Ugyanezt mondhatjuk a *neurasthenia és a vele rokon természetü* különféle paraesthesiákban nyilvánuló, és központi idegbántalmon nem alapuló idegérzési eltérések felől, melyekkel a hévvízi fürdöket elég sürün keresik fel. Ezen bajok természetének felderítése eddig nem sikerült. Tisztán empirikus eljárás szerint szoktunk sikert elérni és csak annyit legyen szabad megjegyeznem, hogy körülbelül minden beteg más panaszokkal jön, objectiv lelet náluk nincs és hogy számos esetben képesek vagyunk a bajt kedvezőleg befolyásolni.

Köszvény és húgysavas diathesis.

Noha a typikus köszvény hazánkban a ritkább kóralakok közé tartozik, míg a vele hasontermészetü húgysavas diathesis sürübben fordul elő, a lefolyt évben feltünő sok alkalom nyilt a félreismerhetlen köszvény észlelésére. Igy 21 esetet számláltunk, melynél a fürdőbe való érkezést typikus roham előzte meg. A betegek egynémelyikénél még a húzódó heveny roham lassan muló maradványait volt lehetéges megállapitani.

Mások a régebben lefolyt köszvényroham ismétlődése ellen óhajtották a „biztositó“ kúrát tartani.

A mult évi köszvénybetegeink során végigtekintve, újból már régebben kimondott nézetünket ismételhetjük, mely szerint: 1. A Magyarországban előforduló köszvényesetek jellege általában könnyü; 2. súlyos szövődmények szerfelett ritkán fordulnak elö; 3. a legtöbb esetben nem öröklött köszvény forog fenn és 4. a köszvényes családok nálunk, arányitva más országokhoz, csekély számban vannak. A heveny roham eseteink legtöbbjeiben a nagy hüvely metatarsusában lépett fel, volt azonban egy-egy a boka-, térd- és vállizületben is.

A kezelést illetőleg az eddig használt izzasztó módszerrel kapcsolatos alkaliák belső használatát és az étrend megfelelő szabályozását annál kevésbbé volt okunk elhagyni, mivel nemcsak a húzódó typikus rohamot tudtuk ilykép megszüntetni, hanem az ismétlő kúrára érkezett betegeink kivétel nélkül elismerőleg nyilatkoztak állapotuk felöl.

Ilykép a gyógysikerek a köszvénynél a lehető legkedvezőbbek voltak és csakis egy esetben nem sikerült a kúra tartamán belül gyógyulást látnunk.

Nem csúzos izületi bántalmak.

Ide mindazon eseteket soroltuk, melyeknél a fentemlített kórokok nem voltak jelen és a melyeknél jobbára kisebb-nagyobb müködési zavarok, mint az elörement lob következményei maradtak vissza.

A kórfolyamat és kezelésre nézve ugyanazon szempontok mérvadók, mint a heveny sokizületi és gonorrhoeás lob után visszamaradó zsugorodásokra nézve.

A fürdő jeles hatásának példája gyanánt szolgáljanak a következő esetek:

H. I. 24 éves hajadon M. Sz.-ről. Ismeretlen okból két hó előtt támadt térdizületi lob. Fixkötés alkalmazva nem volt. *Érkezésnél:* a bal térd 2 centimeterrel vastagabb, a patella mozgékony, a térd tokszalaga feszült, az izület körvonalai elmosódottak, hajlitás 90°-ig, nyujtás 160°-ig lehetséges.

Kezelés: Iszapfürdők, iszapborogatás, később massage. 36 napi kezelés után *tökéletes gyógyulás.*

B. A. dr. P.-ból. Hülés által 4 hó előtt keletkezett jobb bokaizületi lob. Felvételnél a boka vastagodott, merev, az alszár izmai nagy mértékben lefogytak. Passiv mozgás igen fájdalmas. Négy heti kezelés után (iszapfürdő, iszapborogatás, gépkezelés) az izület vastagodása megszünt, beteg *maga hajlítja izületét és jól jár.*

Cz. J. Bécsből. Három hó előtt fellépett jobb térdizületi lob, oka ismeretlen. Január 10-dikén érkezett és ekkor a jobb térd duzzadt, az izület körvonalalai elmosódottak voltak. Láb kissé oedematosus, járni alig tud. A térd mozgása csakis 100—160 fokon belül lehetségesek. *Négy heti iszapfürdő teljesen rendbe hozta a térdet és járási képességet.*

Az ide tartozó betegek egynémelyikénél ez évben szintén kényszerülve voltam a fennálló zsugor eredményes kezelés és a végtagok használhatóságának visszaállítása czéljából a thermalis kúra megkezdése előtt műtétileg a brisement forcé-t alkalmazni, mely minden esetben chloroform narkosis alatt történt. A nyújtás mindegyik betegnél a térden volt szükséges. Utána 14 napig sinekkel megerősített gypskötés lett alkalmazva.

Az eredmények ez évben is jók voltak; a kötés eltávolítása és néhány fürdő használata után a betegek csakhamar képesek voltak a járásra, a mint azt az alább következő kivonatos kórtörténetek mutatják.

K.-né D. F.-ról, 54 éves. Kimutatható ok nélkül mintegy két évvel ezelőtt a bal térd (periarthritis?) lobosodása, melynek folyamata alatt a belső condylus táján genyedés lépett fel. Félévi betegség után a a tályog behegedt, de a térd összehúzódva maradt, ez ellen hasztalan kisérlett meg különféle gyógymódokat.

Érkezésnél (junius 18) bal térdizületi heges zsugorodás van jelen. Hajlás (belső szög) 100 fok.

Első nyújtás (junius 25) után a végtag 150 fokra, második után (julius 20) 170 fokra nyúlik. A beteg augusztus 28-dikán távozott és ekkor már mankókkal elég jól volt képes járni.

A myogen contractura esetét látjuk a következő kórtörténetben:

F.-né Sz.-ről, 22 éves, a mult év első napjaiban jött az intézetbe. Tíz hóval ezelőtt rendesen szült és utána súlyos perimetritisen ment keresztül, melynek következménye gyanánt a jobb felszár mellső és felső részén tályog létesült. Ez megnyittatott, mire több mint három liter geny ürült ki. A végtagban nagy fájdalmak voltak és a térdben folytonosan hajlított tartás következtében a jobb térd zsugorodott.

Felvételnél a jobb térd csak 140°-ig nyújtható, a patella nincs odanőve, csipő mozgékony. A jobb láb equinovarus állásban van; a bokaizület nincs ugyan elváltozva, de beteg nem képes a lábat hajlítani és kifelé forditani (peronaeus hűdés). Passive a láb némi fájdalommal rendes állásba hozható.

Betegnél narkosisban a térdet nyujtva és a lábat rendes állásba hozva 14 napra gypskötést alkalmaztunk, melynek eltávolításával a térd állása teljesen rendes volt; a lábon változatlanul fennállt a hűdés.

Négy heti fürdőzés és a hűdött izmok villanyozása után a térd használhatósága teljesen visszatért, és a redressaló sinekkel ellátott czipő alkalmazása után a beteget mozgatható térddel és a hűdés csekély nyomaival bocsátottuk haza.

Néhány hét előtt ismét láttam a beteget. A térd rendes, a lábizmok gyengesége már oly jelentéktelen, hogy bot nélkül is jól jár.

(Folytatása következik.)

TÁRCZA.

A fogászat Hippokrates korában.[1]

Több mint kétezer év mult el azóta, hogy *Hippokrates* élt[2] és működött.[3] A mit életfolyásáról tudunk, az a mesék és legendák oly sürü szövedéke, melyből ma már nem sikerül a valót kifejteni. Irott müveit sem ismerjük biztossággal, mert a gyüjtemény, mely „*Hippokratis opera*“ néven reánk maradt, nem tőle származik. Valószinű ugyan, hogy a collectio néhány darabja az ő szerzeménye, a legtöbb azonban nem az. Néhányat fiai *Thessalus* és *I. Dracon* irtak, többeket veje *Polybos* és más tanitványai a *kos*-i orvosi iskolának, sőt *knidiai* szerzők müvei is vannak benne; jó része pedig *apokriph.*

Óriási kritikai apparatussal iparkodtak orvosok és philologusok egyaránt kideríteni, mely munkák származnak *Hippokratestől*, de épen úgy, a mint nem sikerül ma már a homerosi kérdés megoldása, hasonlólag *Hippokratest* illetőleg, csak több-kevesebb kritikai éleselműséggel vagy leleményességgel összeállított kombinatiókra vagyunk utalva. *Littré*, ki egész életét e kérdés tanulmányozásának szentelte, bizonyos resignatióval igy nyilatkozik:[1] „Általános bizonytalanság uralkodik e kérdés felett, a minek oka az, hogy egyetlen egy kortárs sem említ *Hippokratestől* magától származó iratot. Ennélfogva teljes bizonyossággal nem állithatjuk, hogy az ő nevét viselő gyüjteményben van-e tőle származó munka, csak nagy ennek a valószinüsége. Még inkább fogy a bizonyosság és fokozódik a konjekturák lehetősége, ha ezt vagy amazt a könyvet akarjuk tőle valónak kijelenteni. Több-kevesebb valószinüséggel biró okoskodások, de semmi bizonyosság; ime ez a hippokratesi iratok kritikájának tényleges állapota.“

Nem szólhatunk tehát tulajdonképen *Hippokrates* sebészetéről, szemészetéről vagy fogászatáról, hanem csak *Hippokrates korbeli* sebészetről, szemészetről vagy fogászatról.

A mi már most a fogászatot illeti specialiter, nem találunk a „*Corpus hippokraticum*“-ban önálló munkát vagy fejezetet ezen orvosi disciplináról,[2] hanem szétszórva az egyes könyvekben számos megfigyelést, melyekből rekonstruálni lehet a hippokratisták fogászati ismereteit.

A mondottak megvilágitására legyen szabad nehány kórtörténetet idéznem, még pedig *két csoportban* fogom tárgyalni; az egyikben kizárólag *fogbántalmakra*, a másikban pedig a *szájbántalmakra* vonatkozókat állitom össze.

A) „*Athenades* fiának fájt a bal alsó foga és a felső a jobb oldalon. Jobb fülében genyedés támadt, midőn a fájdalom megszünt.“[3]

„*Hegesistratiusnak*, kinek szeme genyedett, utolsó foga körül genygyülem fejlődött. Szeme teljesen kigyógyult. Az orrból pedig sürü geny ömlött. Az ínyen kis kerek daganatocskák genyedtek. A harmadik nap körül újabb genygyülem volt keletkezőben, azután elmult, de rögtön az állcsont és szem meggyült.“[4] „*Hegesistratiusnak* utolsó két foga egymásfelé néző felületein szúvas volt.“

A leirás hézagossága daczára, a diagnosist ezen esetben *abscessus alveolaris chronicus* és *empyema antri Highmori*-ra tehetjük.

„*Aspasios* feleségének heves fogfájása van, az állcsontok dagadtak. Midőn castoreum és borsöblögetést használt, ez könnyebbülést szerzett neki.“

A diagnosis valószinüleg: *periodontitis acuta diffusa*. A kórtörténet a VII. könyvben ismét előfordul.[5]

„*Metrodorus* fia fogfájás folytán állcsontüszköt kapott, az ínyen burjánzások keletkeztek. A genyedés mérsékelt, a zápfogak és maga az állcsont kihullt.“

A kórtörténet előfordul a VII. könyvben is,[6] azon hozzátoldással, hogy *Metrodorus* Kardiában lakott és az ínyburjánzás nagyfokú.

Diagnosis: *necrosis maxillae ex dentis corruptione*. Hasonlít a leirás nagyon azon állcsontmegbetegedésekhez, melyek tabes kiséretében szoktak fellépni, a minőt pl. *Rosin* közlött.[7]

B) „Midőn *Melissandros* foghúsa fájt és erősen megdagadt, érvágás; kezdetben egyptomi timsó megnyugtatólag hat.“[8]

Ugyanezen leirás mégegyszer elő fordul a VII. könyvben p. 481.

Diagnosis: *gingivitis acuta*.

„Oeniadesben *Phoenix* és *Endre* testvéreknél megdagadt az állcsont és az egész pofa, a belső vizsgálat nem mutatott semmit, genyedés kivül nincs. De a daganat száraz üszkösödéssel szétesett. Az egyik meghalt. A másik is meghalt a hetedik napon. Orvosságot vett, de semmit sem használt. *Phoenixnél* egy rothadó kerek darab kivágatott és szépen kitisztult a seb, mielőtt meghalt volna.“[9]

[1] A budapesti kir. orvosegyesület 1898. évi május 28-dikán tartott előadásából.

[2] Született 460-ban Kr. e. Kos szigetén.

[3] „Historia vitae ac fatorum Hippocratis valde est manca et dubitationibus obnoxia.“ (J. H. Schulze: Compendium histor. — medicin. 742. p. 114.)

[1] VII. kötet: p. 11.

[2] Kivéve az 53-dik könyvet „De dentitione“, mely csupán a fogzásról és a fogzás rendellenességeiről szól.

[3] De morbis pop. lib. IV. p. 437.

[4] p. 28.

[5] De morb. pop. libr. VII. p. 481.

[6] De morb. pop. libr. VII. p. 487.

[7] *Rosin H.:* Zur Lehre von den trophischen Kiefererkrankungen bei Tabes. Zeitschrift f. Nervenheilkunde. I. 1891. p. 532. — A necrosis kórtüneteinek hasonló leirása olvasható „Fogászat“ czimű munkámban, 1888. p. 42.

[8] De morb. pop. libr. V. 452.

[9] De morb. pop. libr. V. 444.

Sajátságos megbetegedés ez, mely két testvérnél egyszerre lépett fel. A mély roncsolások és rohamos lefolyás *nomára* engednek következtetni.

„Lázakban leginkább az izületek és állkapcsok táján lépnek fel abscessusok, még pedig leginkább a fájós hely körül, főleg a felső testrészekben, de egészben is. Ha a betegség lassú lefolyású és lefelé terjed, akkor az alsó testen is lépnek fel abscessusok. Általában véve forró lábak az alsókat jelzik, hidegek a felsőket. Ha azok, a kik betegségből felépültek, fájdalmat éreznek a kézen vagy lábon, akkor ott abscessus fejlődik. Ha pedig fájt valami a megbetegedés előtt, akkor úgy fejlődik ki, mint azoknál, a kik *Perinthosban* köhögésben és anginában szenvedtek. A köhögések is okoznak abscessusokat épen úgy, mint a lázak.“[1]

Ezen megfigyelést egész terjedelmében közöltem, habár első pillanatra talán úgy tetszik, hogy nem is tartozik a tárgyhoz. Látni fogjuk azonban, hogy épen ez képezi kulcsát a legtöbb itt közlött fogászati megbetegedés értelmezésének, a mennyiben, a mint *Littré* kimutatta, egy járványról van itten szó, a melynek jelenségei között a fogmegbetegedések, de különösen az állcsontnecrosisok nem utolsó helyen szerepelnek.

***

Ha összefoglalásképen áttekintjük ezen itt közölt, hevenyében összerótt, hézagosan megszerkesztett, sokszor homályos kórtörténeteket és megfigyeléseket, azon impressiót kapjuk, hogy ezen különböző abscedáló fogbajok, állcsont-necrosisok stb. tulajdonképen nem önálló megbetegedéseknek tekinthetők legnagyobbrészt, hanem résztüneményekként egy nagyobb kórkép keretébe tartoznak.

Littré-nek elévülhetetlen érdeme, hogy indíttatva a számos megfigyelés látszólagos összefüggéstelensége által, kutatni kezdett a „*Corpus hippocraticum*“-ban azon kapocs után, mely ezen szétszórt és önmagukban majdnem érthetetlen kórtüneteket szerves egésszé összefűzi. Hosszú vizsgálódások után sikerült neki kimutatni, miszerint a hippokratisták thrakiai vándorlásaik közben *Perinthos* tengermelléki városban és annak környékén egy sajátságos járványosan fellépő megbetegedést észleltek. *Littré* „*perinthosi járvány*“-nak nevezte el, melynek kórképébe az említett szétszórt megfigyelések szépen beleilleszkednek és így érthetőkké válnak.

A betegség egy télen epidemikusan fellépő köhögés *Perinthosban*,[2] mely a nyilvánulás kezdetén nem árult el valami különösen jellegző tüneményeket, de egy körülbelül negyven napos intermissio után, remissio következett, de most már jellegző tünetek kiséretében. Ugyanis nyktalopiák, torokbajok, veszedelmes anginák, végtag-paralysisek és a mire *Littré* csak jóval később jött reá,[3] abscedáló fogbajok, súlyos gingivitisek, kiterjedt állcsont-necrosisok jelentkeztek.

A „*Járványok*“ II. könyvében van egy hely, a mely a fent közölt legtöbb kórtörténetet megmagyarázza. A *Littré* által „*perinthosi járvány*“-nak nevezett betegség ma már nem kerül megfigyelés alá, a miből azonban korántsem következik, hogy a hippokratisták által nyujtott kórkép nem felel meg tényeknek. A hippokratisták igen éles észlelők valának, a miről számtalan hely tanuskodik a „*Corpus hippocraticum*“-ban, melyeket a mai tudomány és a modern kutatás igazolt. Ha tehát a „*perinthosi járvány*“-hoz hasonló epidemikus betegség ma már nem észlelhető, akkor azt kell mondanunk, hogy ez a járvány mint olyan megszünt, és ma már csak a *historiai pathologia* egy fejezetét képezi.

***

Tárgyalásaim végéhez érvén, talán sikerült kimutatnom, mit tulajdonképeni czélul tüztem ki, hogy ép oly jogosan beszélhetünk hippokratesi fogászatról, mint bármely más ezen korabeli orvosi disciplináról. *Ezen történelmi ténynyel is documentálódik, hogy a fogászat édes testvére minden más orvosi tudomány-szakmának*; egy talajból, egy tövön fakadtak és ha az idők folyamán úgy hozta magával a sors, hogy a fogászat különvált az anyatudománytól, sőt olykor meg is tagadtatott általa, hát csak úgy járt, mint némely más orvosi szakma. De az összetartozandóság, melynek leghatalmasabb tanúsága a közös mult, ma már nem lehet vitatkozás tárgya. Az alma mater kebelére öleli valamennyi lányát, tisztelvén *Hippokrates*-ben a teremtő géniust, a „divus pater medicinae“ t.

Abonyi József dr.

[1] De humoribus. p. 169.
[2] De morb. pop. libr. VI. p. 463.
[3] Littré, vol. VIII. p. 21.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Wegweiser der Gewerbehygiene. Herausgegeben von **Dr. E. Golebiewski.** (*Gesundheitsbuch für den Steinkohlenbergbau, für das Schneidergewerbe, für das Bäckergewerbe, für die Tuchfabrikation, für die Phosphorzündwaarenfabrikation.*) Berlin, K. Heymann. 1898.

Az ipar fejlődésevel s a gyári ipar terjedésével a különböző foglalkozások veszélyessége is növekedett. Ezen az ipari s gyári munkást fenyegető veszélyekre a figyelmet felhivni vállalkozott ezen irodalmi vállalat, mely a mellett feladatává tüzte ki magának a különböző, leginkább üzött ipari ágazatoknak üzemi sajátosságait s az ezzel járó, az életet s egészséget megtámadó károkat feltárni, a munka közben fellépö balesetek óvó szabályait felsorolni egyenként s összességükben, valamint kiemelni s előadni az ipari munkások érdekében hozott törvényes intézkedéseket. Ezen oknál fogva a különböző foglalkozások külön-külön kisebb könyvekben — 42 oldaltól 148 oldalig — lesznek tárgyalva, népies, könnyen érthető, egyszerü és keresetlen irályban, úgy hogy a munkás ép úgy veheti e könyveknek hasznát, mint az ezen ügyek iránt érdeklődő orvos, ki a bő statistikai számadatokból könnyen tájékozódhatik a foglalkozásbeli megbetegedések nemeire s súlyosságára nézve. Eddig öt ily egyenként is kapható kötetecske jelent meg, melyek igen sikerülten ecsetelik a phosphorgyufagyártás, posztógyárak, szabó- és sütöipar, valamint a kőszénbányászatnál alkalmazottaknak bajait, veszélyeit, foglalkozásbeli megbetegedéseit stb. Tekintve, hogy e könyvek ára igen olcsó — 40 fillértől 120 fillérig —: remélhető, hogy ezen ipari egészségi ismeretek tára gyorsan terjedni is fog s a kivánt eredményekhez fog vezetni.

F—ch.

II. Lapszemle.

Adatok a bubo abortiv gyógyításához. Irta *Waelsch*. Körülbelül $2^1/_2$ évtized óta a bubók gyógyításánál különféle gyógymódok kiszorították a radicalmütétet; ezeknek néhányáról e lapnak referatumos részében már volt szerencsém beszámolni. Ezen abortiv gyógyítások legnagyobb részének alapelve, hogy különféle folyadékoknak a mirigyduzzanatba való befecskendezése által ezt visszafejlesztésre birjuk, vagy ha ez nem sikerül, a bubonak gyorsabb elgenyedése és az elhalt szöveteknek gyorsabb kiküszöbölése által a folyamatot mennél előbb a gyógyulás felé vezessük. Hatásukra nézve a legtöbb az antiseptikus elvet tartja szem előtt, már pedig számos szerző bebizonyította, hogy a bubóknak legnagyobb százalékára (80—92%) a sankerméreg egyenes befolyással nincsen, különösen Spietschkának vizsgálatai derítették ki, hogy a sankert követő bubóban mai vizsgálati módszereinkkel semmiféle mikroorganismus nem található, tehát sem genyedést előidéző bakterium, sem pedig sankervirus. Így tulajdonképen olyan ellenség ellen küzdünk, mely nincs is jelen, egy olyan ellenség ellen, mely ha jelen is volna, sem volnánk képesek tönkretenni. Bizonyítják ezt azon esetek, a hol a bubo sankrosus jellegü. De másrészt látjuk, hogy a sankernél alkalmazott tömény gyógyszerek mily nehezen pusztítják a mérget, már pedig azon concentratiójú folyadékok, melyek a bubók befecskendezésénél alkalmaztatnak, még ha tényleg azon felfogásból indulnánk ki, hogy a bubót a sankervirus idézi elő, semmi esetre sem befolyásolhatnák a genyedési folyamatot. Szerző tehát azon kérdéssel foglalkozik, „vajjon a befecskendezett gyógyszer vagy a vivőszer, melyben oldva van, játszik-e főszerepet az abortiv kezelésnél, vagyis más szóval: nem játszik-e főszerepet az abortiv kezelésnél a

folyadéknak befecskendezése mint olyan, és nem közömbös-e, hogy mit fecskendezünk be?“ Szerző ezen kérdést akként törekedett megoldani, hogy számos lobos lágyékmirigyduzzanatba egészen indifferens folyadékot és pedig sterilizált physiologiai konyhasóoldatot fecskendezett. Ott a hol a mirigy már szétesésnek indult, a genygyülemet először Pravaz-fecskendővel felszitta és ezután 1—2 cm^3-t konyhasóoldatot fecskendezett be; a hol a mirigydaganat nagyobb kiterjedésü volt, még ezenkivül 2—6 cm^3 folyadékot fecskendezett a duzzanat többi részeibe is, ezek után nedves aluminiumacetat kötést alkalmazott. Valamennyi esetben azt tapasztalta, hogy a befecskendezést követő napon a fájdalmak teljesen vagy majdnem teljesen megszüntek, ott a hol a megnagyobbodott mirigyduzzanat már szétesésnek indult, ez ugyan még fokozódott, azonban a környi része jóval lelapult és a szétesett mirigyszövet aspirálása után és további konyhasóoldat befecskendezések mellett a mirigyduzzanat műtét nélkül teljesen visszafejlödött. Más esetekben, a hol a bőr a befecskendezések daczára mindinkább megvékonyodott, a műtét ugyan nem volt kikerülhető, azonban egyszerü tályognyitás elégséges volt a gyógyulásra a nélkül, hogy szükséges lett volna a szétesett mirigyrészeket kikanalazni. Azon esetekben is, a hol a bubo sankrosus volt, a befecskendezések a bántalom lefolyásának lényegesen előnyére voltak. Összesen 27 bubót kezelt ezen módszerével, melyek közül 20, azaz 74% átlag 15·4 nap alatt gyógyult, 2 esetben a kezelés végét nem várta be a beteg, és 5 esetben (14·8%) műtétet kellett alkalmaznia. Igy tehát a bubók konyhasóoldattal való befecskendezés módszere a többi használatban levő (Lang és Welander) abortiv gyógykezeléssel egyenrangúnak tekinthető.

Alpár (Aschner) Arthur dr.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1898. julius 1.

Különböző alapítványok életbelépte a budapesti egyetem orvosi karán. A következő tanév folyamán többféle alapítvány lép életbe az orvosi karon. Igy mindenekelőtt az ú. n. „*Budapesti orvoskari alapítvány*“, mely eddigelé a következő czím alatt kezeltetett: „Az orvosi karba bekebelezett és elszegényedett kültagok segélyezésére rendelt alapítvány“. Miután a kültagok és azok özvegyei teljesen kihaltak, az alap jövő évtől kezdve a fennebbi czím alatt kezeltetik és kamatjaiból magyar egyetemeken felavatott elszegényedett orvosdoktorok és valamely epidemiának áldozatul esett orvosdoktorok hátramaradt és vagyontalan özvegyei kapnak segélyt. Az orvoskari dékáni hivatal a tanév elején nyilvános pályázatra fogja felhivni a segélyt igénylőket. Szintén életbe fog lépni a „*Markusovszky Lajos-féle jubilaris alapítvány*“. Ez alap kamatai az angol Hunter-Harvey etc.-féle oratiók mintáján kiváló szakemberek által tartandó 5—10 előadásból álló előadási cyclusok díjazására fognak fordittatni, melyeknek első feladata az lesz, hogy az orvosi és természettudományi egyes szakok buvárlati és tanitási módszertanát körvonalozza a tudomány jelen állása szerint a hallgatók előtt. Ez előadások mint „Markusovszky-féle jubilaris előadások“ külön is ki fognak adatni.

Életbe lép továbbá a „*Balogh Kálmán-féle millennaris alapítvány*“ melyet a budapesti orvoskari tanártestület alapított az ország ezredéves jubileuma alkalmával elhunyt kartársa emlékezetére. Az alapítvány kamataiból évenként pályadijak tüzetnek ki a budapesti kir. tud. egyetem orvosi karának adjunctusai, tanársegédei vagy gyakornokai által nyilvános ajánlkozás alapján, önálló vizsgálódás útján megoldandó tudományos kérdésések jutalmazására. Szintén életbe lép a „*Hőgyes Endre-féle általános és kisérleti kórtani alapítvány*“. Ez alapítványt szintén az orvoskari tanártestület alapította, azon, a kar rendelkezésére visszabocsátott tiszteletdijból, melyet a kar Hőgyes tanárnak a „Millennaris Emlékkönyv“ szerkesztéséért felajánlott. Az alapítvány kamataiból a többi egyetemi pályatételek módjára (Pasquich-Arányi stb.) évenként megoldandó pályatételek tüzetnek ki az általános és kisérleti kórtanból.

Életbe lép végre az „*Andrássy Serafina grófné-féle alapítvány*“ is, melynek évi kamataiból évenként orvostanhallgatók számára szorgalmi díj adatik ki.

* * *

△ **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1898. junius 12-dikétől 1898. junius 18 dikáig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 402 gyermek, elhalt 216 személy, a születések tehát 186 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup —, roncsoló toroklob 1, hökhurut 1, kanyaró 4, vörheny 5, himlő —, typhus abdominalis 1, gyermekágyi láz 1, influenza —, egyéb ragályos betegségek 3, agykérlob 10, agyvérömleny 9, rángások 3, szervi szivbaj 12, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 33, tüdőgümő és sorvadás 41, bélhurut és béllob 20, carcinomata et neoplasmata alia 10, méhrák 1, Bright-kór és veselob 7, angolkór —, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 21, aszkór, aszály és sorvadás 3, aggkór 11, erőszakos haláleset 14. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2105 beteg, szaporodás 683, csökkenés 703, maradt e hét végén ápolás alatt 2085. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1898. junius 18-dikától junius 25-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 10 (meghalt —), himlőben — (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 13 (meghalt —), vörhenyben 28 (meghalt 4), kanyaróban 122 (meghalt 3), roncsoló toroklobban és torokgyíkban 13 (meghalt —), trachomában 22, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 6 (meghalt 1), orbánczban 10 (meghalt —), gyermekágyi lázban — (meghalt —).

○ **A budapesti orvoskari tanártestület** legközelebbi ülésén, fizetéses nyilvános rendkivüli tanári kinevezésre ajánlotta: *Korányi Sándor* dr.-t, az „Idegkór- és gyógytan“ magántanárát és az I. sz. belklinika adjunctusát, azon megbizással, hogy nevezett klinikán a laboratoriumi munkálatokat továbbra is vezesse és a klinikai ambulatorium anyagán casuistikus előadásokat is tartson, továbbá *Grósz Emil* dr. magántanárt és szemklinikai laboratoriumi adjunctust, a szemklinikai módszertanból, azon megbizással, hogy az adjunctusi teendőket továbbra is végezze.

— **Utazási ösztöndíjak adományozása**: Az orvos-tanártestület a Kovács Sebestyén Endre-féle sebészeti utazási ösztöndíjat az 1898/99. tanévre *Szigethy Gyula Sándor* dr. sebklinikai műtőnövendéknek adományozta.

— **Pellagra-esetet** mutatott be a temesvári orvosegyesületben *Bécsi Gedeon* dr. kórházi igazgató, *Ruszu Juon* provoszinai lakos esetét, ki február óta beteg és a kin a pellagra tünetek teljesen ki vannak fejlődve. Rossz kukoricza élvezetére lehet visszavezetni az esetet. Ez az eset az első a délvidéken. Két pellagra-eset bonczleletét kaptuk a máramarosi közkórházból; közelebbről közölni fogjuk.

△ **Wodianer Albert** báró, ki junius 17-dikén halt meg, végrendeletileg több tudományos és orvosi érdekü alapitványt tett: a *budapesti szegény betegek üdülőkórházára* 200,000 frtos hagyományt tett, olyan feltétellel, hogy az épülethez szükséges telket a főváros adja, a betegek valláskülönbség nélkül vétessenek fel; a kormány rendelkezésére 30,000 frtot bocsát, a melynek kamatai két orvosnövendék ösztöndijazására szolgáljanak; a budapesti szegénygyermek-kórháznak alapitványul 5000 frtot; a budapesti nem államilag alapitott kórházak szükségletére 10,000 frtot; a budai szt. Erzsébet-apáczák női kórházának 5000 frtot; a budapesti mensa academicának 5000 frtot; a szegedi paulai szt. Vinczéről nevezett irgalmas apáczák vezetése alatt álló kórháznak 5000 frtot; a magyar szent korona országai vörös-kereszt-egyesületének 5000 frtot.

= **Helyreigazítás**: Lapunk mult beti „Újabbb gyógyszerek és gyógymódok“ czimü melléklete 7. oldalának második hasábján a 38. sorban „0·5—0·1“ helyett „0·5—1·0“ olvasandó.

† **Elhunyt**: *Paldt Lajos* fővárosi gyakorló orvos, az Erzsébet-apáczák kórházának főorvosa. — *Oesterreicher S. Jenő* Alsó-Domborúi községi orvos junius 28-dikán Bécsben.

— **Darkau jodfürdőből** arról értesülünk, hogy az évad teljes felvirágozásban van. A bécsi kiállításban foglalt, sikerült kiállitási tárgy által, melyről ő cs. és k. apostoli Felsége kitüntető módon nyilatkozni kegyeskedett, a közönség figyelme is újolag ezen gyógyhely felé fordult s ez már jelenleg is számos vendégnek örvend, mivel a szaktekintélyek is egyetértenek abban, hogy Darkau egyike a continens legerősebb jod- és bromforrásainak. A közönség nagy változatosságban van jelen, látni itt német, magyar, román és más nemzetbelieket, kik legjobb egyetértésben sétálgatnak az árnyas park-utakon. Előreláthatő, hogy a haute-saison még fokozni fogja a közönség számát, kivált miután a lakások már most is nagyon kerestetnek.

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. Rosányi Béla.**

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

Dr. Sedlitzky-féle fürdő-tablettek természetes láp-, fenyő- 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 1/2 2—1/2 4-ig járóbeteg rendelőjében, Budapest, VI. ker., Teréz-körút 22. szám.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete. (III. rendes ülés 1898. márczius 31-dikén.) — 331. l. — Közkórházi orvostársulat (IX. bemutató szakülés 1898. május 18-dikán.) 332. l. — Máramaros vármegyei orvosgyógyszerész egyesület. (Bemutató szakülés 1898. junius 4-dikén.) 334. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 334. l.

Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

(III. rendes ülés 1898. márczius 31-dikén.)

Elnök: **Navratil Imre**, később **Böke Gyula**; titkár: **Polyák Lajos.**

Úgynevezett chorditis vocalis inferior hypertrophica esete.

Polyák Lajos: L. Anna, 15 éves, felvétetett 1898. évi márczius 8-dikán. 4 év óta rekedt, 8—9 hó óta súlyosbbodott a betegség, rekedtebb lett és a légzése fokozatosan nehezült, ugyanezen idő óta az áll alatt baloldalt apró kemény fájdalmas göb keletkezett.

A beteg korához képest igen gyengén fejlett, külsőleg 10—11 évesnek látszik, erős stenotikus légzése van hangos stridorral. A gége kicsiny, mérsékelten belövelt volt, a hangszalagok mérsékelten megvastagodottak, a hangrés két mm. széles, a hangszalagok alatti űrt sötétbarna, száraz pörkök töltötték ki. Az orrjáratok elég tágak, a nyákhártya a kagylókon kissé laza, az orrban genyes pörkök. A jobb tüdőcsúcs felett mellül és hátul tompulat, hörgi légzés.

Márczius 12-dikén mély tracheotomia Schleich-féle infiltratiós anaesthesiával. A következő napon diffus hörghurut tünetei.

Azóta a hörghurut oldófélben van, a jobb csúcs felett levő tompulat és hörgi légzés eltünt, a canuleön kiürülő hörgváladékban gümőbacillusokat nem találtunk. A beteg subjectiv érzése és táplálkozása javult, a gégében az irritativ-tünetek és pörkképződés megszüntek és most igen jól látható a hangszalagok alsó felületének diffus, sondával kemény tapintatú megvastagodása, mely a hangrést háromszög alakban concentrice szűkíti, úgy hogy 2—3 mm.-nél szélesebbre nem nyílik.

A bántalom természetét így a klinikai tünetekből biztosan meghatározni nem lehet. Öröklött luesnek egyéb tünetei nem találhatók és a kép sem igen felel meg. Ugyanígy vagyunk a tuberculosissal, melyre eleinte a jobb csúcs feletti tünetek engedtek gyanakodni, de azoknak megszünte után, negativ köpetvizsgálat mellett ezen szokatlan localisatio legalkább is valószinűtlenné teszi a feltevést. Lobos eredet ellen az infiltratum feltünő kemény volta szól, úgy, hogy nem marad más hátra, mint ezen infiltratumot scleromásnak tekinteni, bár a scleromát az orrban és orrgaratban pontos vizsgálat után egyelőre ki tudom zárni.

A kezelést illetőleg, miután a lány vidékről való és hosszabb ideig kórházban maradni nem akar, legczélszerűbb lesz a gége felhasítása után az alapos kitakarítás és az eltávolított részek górcsövi vizsgálata után bátor leszek az eset kimeneteléről beszámolni.

Némai: Azon kérdést intézi a bemutatóhoz, hogy scleromának tartja-e az esetet? Szóló nem tartja annak, de ezen állítását egyelőre nem bizonyíthatja be; a priori felteszi, hogy a szűkületet kötőszöveti túltengés okozza és örvend, hogy az eset műtétel alá fog kerülni, és így a szövettani vizsgálat meg fogja mutatni, hogy sejtelme való-e. Ha ez tényleg megvalósulna, meg fogja mondani okait, hogy miért nem tartja scleromának.

Kérdezi továbbá bemutatót, hogyan volt megelégedve a *Schleich*-féle anaesthesiával légcsőmetszésnél, nem zavarta-e a műtétet a lágy részek duzzanata és jól lehetett-e tájékozódni a duzzadt szövetekben?

Baumgarten: Nehéz eldönteni, hogy scleroma-e az eset, mert a légcső is stenotikus, kúpszerűen szűkült. Akár scleroma, akár lobfolyamat következménye, nem tartom szükségesnek az excisiót, mert intubatio és dilatatióval teljes sikert érünk el 2—3 hét alatt és operativ beavatkozás csak akkor szükséges, ha a szövetek oly keményen, hogy a legvékonyabb tubus bevezetése sem lehetséges.

Polyák: A scleroma diagnosisához, melyet szövettani vizsgálat hijján csak valószinűséggel vettem fel, mint bemutatásomban kifejtettem, kizárás útján jutottam. Lobos eredet ellen az infiltratum nagyon kemény volta szól. A *Schleich*-féle infiltratiós anaesthesiával nagyon meg voltunk elégedve, bár nem előírás szerint, rétegenként, hanem egyszerre, de különböző niveauban injiciáltunk. A szövetek oedemája kissé zavar, de nem túlságosan, csak a canule behelyezése jár nehézséggel, mert tracheotomia inferiornál különben is mélyen, közel a jugulumhoz kell dolgozni és a szövetek oedemája folytán a légcső a sebhelyszintől jó mélyre, 2—3 cm. távolra esik, és hosszú canulet kell eleinte alkalmazni. *Baumgarten* felszólalásával szemben azon álláspontra helyezkedem, melyet a mult ülésben bemutatott hasonló esetek kapcsán *Navratil* fejtett ki, t. i. a dilatatiót ott alkalmazom, a hol tőle teljes gyógyulást várhatok, tehát lobos eredetű szűkületeknél. A scleroma a tágításra azonban csak múlólag javul, és így itt gyógyulást csak radicalis beavatkozástól lehet várni. Ma, a midőn rosszindulatú daganatoknál is radicalisan avatkozunk be és néha gyógyulást érünk el ezáltal, még inkább van javalva ezen álláspont a scleromával szemben. Vagy oly rosszindulatúnak tartja *Baumgarten* a scleromát, hogy annál nem remél sikert a műtéttől? Hisz ennek ellentmond az, hogy a tágítástól viszont sokat vár! Részemről azt tartom, hogy a tágítás csak múló hatással bír, utána ismét növekszik a daganat és a scleromát, ha diagnosisa már biztos, feltétlenül radicalisan kell operálni, mert csak így remélhetjük azt, hogy a beteget megmenthetjük a visszaeséstől.

Baumgarten: Ismerek scleroma-eseteket, melyek 5—6-szor is lettek operálva és mindig újra nőttek, és ismerek olyan eseteket is, melyek a tágítás után évekre megállapodtak; ha ezek újranőnek, akkor újra kell intubálni, a mi methodice végezve, a legjobb hatással van, a mennyiben ilyenkor a terjedési hajlam sokkal csekélyebb. Ezért, a míg csak kivihető, a tágítást pártolom.

Navratil: Miután a vita folyamán hivatkoztak reám, álláspontomat kivánom körülirni. A mult ülésben bemutatott három esetről kijelentettem, hogy csak egyet tartok közülök scleromának. Igazi sclerománál a tágítástól nem várok eredményt, csakhogy sokszor tévesztik össze a scleromát a kötőszöveti hypertrophiákkal. Ha egyszerű hypertrophiával van dolgunk, akkor előrement légcsőmetszés után a tágítást kell végezni kis tubusokkal esetleg húrral, a Schrötter-féle tágítók ezen czélra kevésbbé alkalmasak, mint az O'Dwyer-tubusok. Igazi scleroma esetén azonban a kimetszés van javalva; ha műtét után kiújulás jelentkezett, az annak a jele, hogy nem minden kóros metszetett ki. Persze előfordul kiterjedt folyamatoknál, hogy a gége egyes részeit is resecálni kell, partialis, sőt total exstirpatiót is kell végezni, de ettől nem szabad visszariadnunk, mert a scleromás daganatok különben folyton nőnek és nemcsak a légzést, de a nyelést is akadályozzák és ily módon teszik tönkre a beteget.

Az izolált scleromát a gégében igen ritkának tartom, 32 évi gyakorlatom alatt összesen hármat láttam.

A mi a scleroma diagnosisát illeti, azt ma, a cocain segélyével, érzéstelenítés után, sondavizsgálattal könnyű eldöntenünk. A sondával kőkemény tapintatú daganat rendszerint scleroma.

A jobb Highmor-barlangból az alsó orrkagylóra átterjedt sarcomának a Langenbeck-féle temporaer resectióval operált esete.

Polyák Lajos: A 45 éves beteget a folyó évi február 24-dikén tartott ülésünkben mutattam be „a jobb orrban levő rosszindulatú daganat“ czím alatt azon hozzátétellel, hogy a daganat az alsó kagylónak felel meg és a klinikai jelek szerint fibrosarcomás természetű. A szövettani vizsgálat czéljából kimetszett daganatrészt Minich dr. volt szíves megvizsgálni, és ennek alapján a „sarcoma fusocellulare myxomatodes“ diagnosist állapította meg.

Márczius 10-dikén műtét chloroform-narcosisban. A műtétet *Ludvik* igazgató-főorvos végezte, a jobb belső szemzug alatt kezdve a metszést az orbitaszél mentében a járomcsont processus frontalisáig egyenes vonalban, innen a kést lefelé vezetve, a járomcsont alsó szélén haladt előre az orrszárny alsó tapadásáig. Az első metszés mindenütt a csontig hatolt. Ezután vésővel megnyitotta a fossa pterygopalatinát, átvéste a járomívet és a felső metszésnek megfelelő csontos összeköttetést és végül az alsó bőrmetszésnek megfelelőleg az orrüreget kötötte össze a felső állkapocscsont átvésése által. Az így keletkezett csontos lebenyt elevatoriummal felemelve az orrcsontok és a homlokcsont orrnyitványának eltörése után előttünk megnyitva feküdt a jobb Highmor-barlang és az orrüreg.

A Highmor-barlang nyákhártyájának megnyitása után a barlangból több nagyobb cystikusan elfajult és sűrű nyákot tartalmazó puha polyp esett elő. Maga a barlang ki volt töltve egy halvány rózsaszínű, puha, velős daganattal, mely a barlang nasalis falát elpusztítva, illetőleg szintén daganattá alakítva át, átterjedt a szomszéd alsó kagylóra és annak óriási megnagyobbodását és sarcomatosus elfajulását hozta létre. A daganatot az antrumból és orrból bő vérzés mellett az ujjammal fejtettem ki és pedig az alsó kagyló hátsó végének megfelelő és nagysága miatt a choanába beszorult részletet utoljára oly módon, hogy jobb mutató ujjammal a szájon át az orrgaratűrbe hatoltam és úgy toltam fel a beszorult részletet az orrba. A daganat kitakarítása után a lateralis fal usurált csontrészletét kanállal alaposan kikapartuk. Az orrnyákhártya egyebütt síma, ép volt. Az orrüreg rendkivül tág. A középső kagyló nyomási atrophia folytán alig látható, a septum egészen a bal oldalra kitolt. Az orrüreg tamponálása után a lebeny vissza lett hajtva és varrva.

A seblefolyás kifogástalan volt, a varratok az ötödik napon távolíttattak el. A beteg azóta jól van, fejfájásai megszüntek. A kapart csontfal sebe elhegedt és hámmal borítódott. Az igen tág orrűr váladéka azóta enyvszerűen beszárad és kéreg alakjában vonja be a nyomás alól felszabadult laza nyákhártyát.

A beteg holnap haza utazik. Hogy tartós-e a gyógyulás, vagy bekövetkezik-e recidiva, arról a jövőben fogok csak beszámolhatni.

Szájpadlás-fekélyek.

Baumgarten Egmont: A beteget a januári ülésben bemutattam s miután némelyek részéről a fekélyek luetikus volta ki nem lett zárva, azóta erélyes bedörzsölési gyógymód alkalmaztatott, s ámbár már

stomatitis mercurialis mutatkozik, a fekélyeken semmi változást sem látni; így tehát lues ép úgy, mint tuberculosis ki van zárva.

Polyák: Az esetet a multkori hozzászólásomban kifejtett okokból luesnek tartottam. Ma, midőn az intensiv higanykúrára sem állott be javulás, ez a feltevés nem valószinű, bár ismerünk makacs és malignus syphilis eseteket, melyek energikus kezeléssel is soká daczolnak. A kép, melyet a fekélyek ma nyujtanak, az apró göbös küllem, ha a luest kizárjuk, a mellett szól, hogy a folyamat luposus természetű.

Baumgarten: A kikapart részekben sem óriássejtek, sem bacillusok nem találtattak.

Vérző orrsövényhabarcz.

Baumgarten Egmont: A beteg nő évek előtt, mint leány, erős orrvérzések miatt jött rendelésemre. Az orr vizsgálatánál baloldalt a sövényen egy félmandula nagyságú, szürkés-vöröses, a legenyhébb érintésre is erősen vérző daganatot látni, melyet kiirtottam, de csakhamar kiújult. A daganat górcsövi vizsgálata az egyik vizsgáló szerint *myxoma*, a másiké szerint pedig *myxosarcoma* legyen; klinikailag ezen utóbbi lelet látszott valószinűnek, miután a daganat többszöri kiirtása után ismét kiújult és a másik oldalon is láthatóvá lett. Csak miután az egész daganatot a sövény aljával kiirtottam, annyira, hogy krajczármekkoraságú folytonossághiány maradt helyén, és a szabad széleket többszörösen villanyos égetővel az egészséges szövetekig érintettem, nem mutatkozott három év óta kiújulás. Beteg azóta férjhez ment, többször szült; a perforatio pedig azóta valamivel kisebbedett.

Ámbár több szerző ezen vérző orrhabarczokat egy külön csoportba akarja osztályozni, én és néhányan ezen külön osztályozást nem fogadjuk el, hanem a szövettani képnek megfelelőleg sorozzuk be.

Teljes recurrens hűdés 5 éves gyermeknél.

Baumgarten Egmont: Recurrens hűdések gyermekeknél előfordulnak ugyan, de ily classikus hűdés, mint a bemutatott esetben, a ritkaságok közé tartozik. A bal hangszalag mozdulatlanul áll hullaállásban, a jobb hangszalag a rendes mozgásokat végzi, de a hangoztatásnál nem éri el — úgy a mint felnőtteknél rendesen látható — a hűdött hangszalagot, miután a középvonalon túl nem terjeszkedik. A gyermek kissé rekedt és különös módon köhög. Ezen állapot három év óta áll fenn, egy év előtt a beteg a második emeletről leesett, de komolyabb baja nem történt. Belső szervek épek és egészségesek.

Ilyen hűdések, mint azt bonczolatoknál véletlenül találni, egy nagyobb bronchialis mirigy okozta nyomás által, melyet az a recurrensre gyakorol, vannak feltételezve.

Idült genyes dobüreglob kapcsán fejlődött, a külső hangvezetőt elzáró exostosisok műtéti gyógyításának esete.

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

Szenes: Azon exostosis multiplex eseténél, melyet itt 1896-ban mutattam be, főleg az aetiologiára voltam tekintettel. Azon eset csak annyiban hasonlítható a maihoz, a mennyiben ez is multiplex, de lényegesen különbözik abban, hogy esetemben suppuratio nem volt, és így vitalis indicatio sem volt a beavatkozásra. Ezen eset is demonstrálja, hogy az orvosnak, ki hosszabb időn át észleli otorrhoeás betegét, alkalma van az exostosis kifejlődését látni. Én is láttam egy 5—6 év előtt észlelt betegemnél 2—3 év mulva exostosist fellépni. Már most az a kérdés, hogy a localis kezeléssel járó inger, vagy esetleg a betegnek fülkotorászása elegendő-e az exostosis megindítására, vagy pedig maga a suppurativ folyamat idézi elő? Azt hiszem, hogy bajos e két tényezőt egymástól szétválasztani, mert a mint bemutató is említette, az osteosclerotikus folyamat periostitikus izgatottságból is indulhat ki és ezt trauma fentarthatja. Óhajtanám az előadó nézetét hallani, hogy tisztán a trauma, vagy az intensiv genyedő folyamat idézi-e elő az exostosist?

Lichtenberg: Az esethez nagyon kevés a mondani valóm, mert úgy kurativ, mint functionalis szempontból a legtökéletesebbet érte el az előadó. Abban az időben a beteg nálam is volt, én is operativ beavatkozást ajánlottam és jól emlékszem az előadó által leirt állapotra. Teljes elismeréssel vagyok a szép eredmény iránt, annál is inkább, mert én is voltam már hasonló helyzetben, mikor vitalis indicatio miatt egy fiatal leányt operáltam meg retroauricularis úton; a multiplex csontosodások miatt teljesen el volt zárva a külső hallójárat, a folyamat a beteg gyermekkora óta tartott. A kagylót leválasztva operáltam, extraháltam a kalapácsot és üllőt, tág külső hallójáratot nyertem és az otitis media is meggyógyult.

Böke: A műtéttel és annak lefolyásával teljesen egyetértek, csak az elnevezésre van megjegyzésem. Exostosisnak nem nevezném az esetet, csak hyperostosisnak, mert exostosissal lobtünet nélkül csak véletlenül találkozunk és ez csak akkor kellemetlen, ha nagyon nő és esetleg a képződő fülzsírral együtt elzárja a külső hallójáratot; míg periostitisnél gyuladás van a dobüregben és nemcsak körülirt helyen, de az egész külső halljárat megszűkül úgy, hogy a dobhártyát nem lehet látni, mert az eburneált külső csontos hallójárat tölcsérszerűen szűkült. Ezt tekintem én hyperostosisnak. A csecsnyujtvány üregében gyakori az eburneatio a lobfolyamatok következtében.

Lichtenberg: A drainagera nézve még megjegyzi, hogy hasonló szép eredményt ért el tamponaddal is, a mi szerinte nem is tesz ki lényeges különbséget; fődolog, hogy czélszerűen alkalmazzuk.

Böke: Az általam az orvosegyesületben bemutatott esetben szintén tampont alkalmaztam kielégítő eredménynyel. A jelen esetben azonban a drain volt helyén, mert nyilt utat kellett fentartani, hogy a retentio megakadályoztassék.

Krepuska: Köszöni, hogy egyszerű esetét dicsérettel illetik, igyekezett úgy eljárni, a hogy az általános sebészi és a modern otiatrikus elveknek megfelel. A hallócsontocskákat nem kellett ez esetben eltávolítani, a külső hangvezetőt csak egy vékony rés jelezte és lamellarisan vésve kellett haladnia. Az eredmény kielégítő, mert a beteg 5 méterről hall és a hallócsontocskái is megvannak.

Szóló gondolt a tamponálásra is, de ez nem volt ú. n. radicalis műtét, fődolog volt a genyedés a dobüregben, melynek lefolyást biztositani kellett. Tizenegynednapra már be volt hámosodva a seb a drainczső körül. A tampon nem fejtheti ki azt az oldalnyomást, melyre itt szükség volt, másrészt kivitelnél felborzolta volna a sebszéleket és nagy izgalmat fejtett volna ki. Ezért a draint alkalmazta.

Az elnevezés dolgában a legügyesebb pathologus se tudja megmondani, hogy mi az exostosis és hyperostosis közti különbség. Ez csak alaki, megjelenésbeli különbség, a mi nyélen ül exostosis, különben hyperostosis.

Böke: Exostosis lobos kórfolyamat nélkül jön létre, nem ül kocsányon, lassankint emelkedik ki a csont állományából, genyedés nincs jelen; míg a hol genyes folyamat van, ott hyperostosisról szólunk, mint a csecsnyujtvány üregében, vagy a külső hangvezetőt tölcsérszerűleg szűkítő csontosodásoknál. A bemutatott esetben is hyperostosisok voltak.

Krepuska Géza: Csak a más nézetét citálta. Az exostosis, a mely kiugrik az alapról, szintén lobos folyamat, csakhogy chronikus lobos folyamat következménye. *Szenes* azon kérdésére, hogy mechanikus inger, vagy az idült genyedő folyamat idézi-e elő, felelni nem tud; tény, hogy izgalom előmozdíthatja a hyperostosist. Esetében azt hiszi, hogy 39 év óta fennálló lobfolyamat idézte elő a hyperostosist.

Lichtenberg: Félreértések kikerülése végett kijelenti, hogy *Krepuska* esetében nem volt szükséges az üllő és kalapács kivétele, szóló esetében azonban a dobhártya el volt pusztulva, és ott feltétlenül indokolva volt az, mert a két külső hallócsont a dobüreget kipárnázó puha sarjadzásokba be volt ágyazva és a két csontocska különben is cariosus volt.

Elephantiasis labiorum oris.

Winkler Sámuel: N. S. 46 éves, gyári munkás, ezelőtt két hónappal jelentkezett rendelésemen, akkor is leányának torokbaja (kinek tonsillitis follicularisa volt) miatt jött. Feltünt azonnal szájának sajátságos kinézése és a beteget megkérdezvén, hogy mióta ilyen a szája, a következőket mondta bajára vonatkozólag. Jelen baja 8 év óta áll fenn. Nősülése előtt két évvel (ezelőt 19 évvel) észrevette, hogy jobb heréje megdagadt, úgyannyira, hogy a miatt a Rókus-kórház sebészeti osztályára vétette fel magát, a hol két izben felvágták heredaganatát és végül gyógyultan — jobb herejének elvesztésével — távozott. Ezelőtt 10 évvel többször volt periodontitise mindkét állkapocs mindkét oldalán s e miatt négy fogat is húzatott. Bal arczfele ki is fakadt. Hét gyermeke él és egészséges. Az utolsó 5 év alatt neje 3 izben abortált, kétszer a hatodik és egyszer a harmadik hónapban. Legfiatalabb gyermeke három éves, egészséges. A beteg a mióta emlékszik köhögős volt. Szenvedélyes dohányos.

Jelen állapota: Ugy a felső, mint az alsó ajak, utóbbi feltünőbben, hurkaszerű, a szájzugok közelében mirigyes tapintatú megnagyobbodást mutat. A szájzugok és pofák nyákhártyáján, a nyelv szélein leukoplakia látható. Mindkét állkapocsban, alul és felül is, az első és második praemolaris fogak hiányzanak.

A megbetegedés természetére nézve első impressióra az volt a feltevésem, hogy a bántalom luetikus természetű, a mit a jobb herének megbetegedése, a leukoplakia és nejének három izben való abortusa támogatni látszott. Csakhogy herebaja, a mely minden külső ok nélkül lépett fel, inkább gümős megbetegedésre vall. Leukoplakiát pedig a luesen kivül egyéb okok is hozhatnak létre, s itt főkép a nicotianakkal való visszaélésben találom annak okát. Az abortus ideje — kétszer a hatodik hónapban — retroflexio uteri mellett bizonyit. A betegen megejtett általános vizsgálat a luesnek nyomát se derítette ki.

Tehát a fogak cariese okozta gyakori periodontitisek, a környi lobok hozták létre az ajkak elephantiasisra való elváltozását.

Közkórházi orvostársulat.

(IX. bemutató szakülés 1898. május 18-dikán.)

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

(Vége.)

A pruritus kór- és gyógytanáról.

Nékám Lajos: A bőr igen sokoldalú functiója mellett a közérzések egész sorával is bir, melyek tehát saját subjectiv állapotáról adnak tudósításokat az idegrendszernek; ilyenek a csiklandás, hangyamászás, zsibbadás, szúrás, égetés, csipés, bizsergés, szőrösség érzete, parázs érzés, és valamennyi között a legjellemzőbb, a viszketés.

Légiókra megy azon állapotok száma, melyeknél a viszketés lép fel. Ez az érzés néha futólagos, majdnem kéjesnek mondható, jelentéktelen; máskor valamely sokkal fontosabb állapotnak egyszerű mellék-tünete, pl. carcinomat kisér és az alapbaj súlyossága mellett, rendszerint egészen el is hanyagolható; ismét máskor azonban a megbetegedésnek egyetlen szembeszökő tünetét képezi, a mely a maga számára foglalja

le a kórkép előterét. De daczára e klinikai kép sokféleségének, daczára az anatomiai változások felületességének, a tünet veszélytelenségének, a pruritus mégis első rangú klinikai érdekességű tárgy, mert egyrészt igen becses diagnostikai adatokat szolgáltat néha, s másrészt, mert gyakoriságánál és türhetlenségénél fogva igen gyakran involválja az orvos beavatkozását.

Az orvos elé főleg négy kérdés kerül: hogy mi a pruritus localisatiója, aetiologiája, klinikai jelentősége és therapiája?

1. A bőrnek melyik részében keletkezik a viszketés ingerülete? Régebben azt hitték, hogy az irhában, a melynek idegeit az inger izgatta volna. És csakugyan, ha egy hangya a bőrt megcsípi, a papillaris rétegbe deponál izgató anyagokat, a melyek ingerként szolgálnak, akár az edények, akár az idegek izgatása által. De viszketés jöhet létre, ha a hangya csak futkos a bőrön, a nélkül, hogy azt megsértené, vagy bármiképen is ingerelné. Hogy a hámban kell a viszketés tulajdonképeni kiindulaspontjának székelni, azt bizonyítja, hogy epidermialis folyamatok, trichophyton, scabies, erythrasma stb. erősen viszketnek, míg dermalisok, pl. gumma, tuberculum, stb. nem. A fekélyek mindaddig nem viszketnek, míg a hámosodás meg nem indul, ekkor azonban viszketni kezdenek, noha a dermális idegek ilyenkor még nincsenek restituálva. Experimentalisan a viszketést legkönnyebben úgy lehet előidézni, ha a hámot gyengén, felületesen és sokszor érintjük. Az idegekben leggazdagabb részek rendszerint nem szoktak különösen viszketni, a legjobb antipruriginosus szerek hatása pedig épen abban áll: a hámot párolgásukkal lehűteni (menthol, chloroform, kámfor). E tények arra mutatnak, hogy a hámnak sine qua non szerepe van a pruritusnál, hogy hám nélkül nincs viszketés.

2. Mi a viszketés lényege s mi volt a természet czélja, mikor ellene a vakarás kényszermozgására tanított bennünket?

Két régi nézet van: hogy a viszketés keringési anomaliákon alapszik, a mi ellen szól azonban, hogy a legtöbb keringési zavar nem viszket, s a legtöbb pruritus nem jár keringési zavarokkal; vagy másodszor, hogy a viszketés az idegek vezetési renyheségén alapszik. Ezt bizonyítaná Bulkey kisérlete is, ki saját bőrén reflectorikus viszketést törekedve előidézni, csak akkor ért czélt, ha fáradt, kimerült volt, ha tehát idegrendszere bizonyos depressio alatt állott.

De láttuk, hogy a hámnak valami integris szereppel kell birnia; e tekintetben Bronson nézete az, hogy a viszketés phylogenetikus czélja az lehetett, közölni a szervezettel, hogy a bőrre idegen test jutott, a melyet onnan vakarással kell eltávolitania. Később a bőr sok más ingert is felvesz, pl. kezdődő idegdegeneratiók, bőrbajok, mentalis suggestiók, keringő mérgek stb. nyomán keletkezőket, a mely érzéseket a bőr nem tud a viszketéstől megkülönböztetni s igy lassankint elszokik attól, hogy viszketésnél idegen testre gondoljon. A kényszermozgás, a vakarás azonban ugyanaz maradt, noha csak akkor czélszerű már, ha az alapok tényleg idegen test, pl. scabies, a mig máskor teljesen felesleges, pl. paralysis progressivánál.

3. Ily gondolatmenet alapján három csoportba oszthatjuk mindazon állapotokat, melyeknél a viszketés mint tünet szokott fellépni. Olyanokra, hol egy külső ok idézi elő a viszketést, olyanokra, a hol egy különben nem viszkető általános megbetegedés teszi lehetővé másnál hatástalan ingereknek a pruritus megindítását, végre olyanra, hol általános megbetegedések magukban véve is képesek paroxysmális pruritus megindítására. Egyszerűség okáért nevezzük az elsőt primaer, a másodikat secundaer, a harmadikat tertiaer csoportnak. Az elsőben vannak az összes parasitaer megbetegedések; a traumák, chemiai, calorikus, secretionalis izgatások által okozottak, szöveti elváltozások, exsudatiók, compressiók által felidézettek, a minők az urtica, lichen, senilis bőr stb. Ide valók a tovavezetett pruritusok pl. méhbajok, haemorrhoidák, bélférgek, hólyagkő esetében.

A secundaer pruritusban szenvedők mindaddig normalisan érzik magukat, mig meg tudják védeni bőrüket az azt speciálisan bántó inger elől. Ha pl. valaki idiosyncrasiában szenved is higany vagy jodoform ellen, bajáról talán egész életében nem szerez tudomást, mig egyszer valami okból higanykenőcsöt, jodoformbehintést stb. nem kapott, a mi nála a specialis dermatitis venenosát és azzal együtt a viszketést kiváltja. Ide kell vennünk azokat az állapotokat is, a midőn urticariosus folyamatok indulnak meg bizonyos anyagok élvezetére, a mikor tehát egy meglévő gyomorköri betegség mellett a viszketés kiinduló pontjául oly anyag élvezete szolgált, a mely egészséges embernél komoly bajt nem okozott volna. Ide tartozik a prurigo és a neurodermia is, mely utóbbit localizált prurigonak lehet tekinteni, melyeknél a legkisebb dörzsölés, sértés elegendő a különben egészséges bőrön viszketés és concomittans elváltozások létesítésére.

Tertiaer pruritusok az általános betegségeket (diabetes, albuminuria, icterus), mérgezéseket (opium, dohány, halméreg), idegbajokat (neurasthenia, hysteria, paralysis progressiva) kisérők, a hol tehát semmiféle járulékos ingerre sincs szükség a roham kiváltásához. Joseph közölt egy esetet, hol apoplexia után lépett fel féloldali pruritus. Crocker prur. mentalis név alatt súlyos monomania alakot irt le, a hol a beteg pl. azt hiszi, hogy bőre alatt homok van, vagy sok millió apró parasita lakja, melyek villámgyorsan ki és bebujkálnak azon. Néha érzési abnormitások mutatkoznak; Wilson egy esetében a beteg savanyúnak érezte a bőrét és fémizt kapott a szájában, ha vassal érintették testét; egy másiknál a test egy részére megszünt az egyéni öntudat, s pl. lábát ilyenkor idegen növedéknek tekintette. Némely ember trichotillomaniában szenved; szőreit kitépi a roham alatt; némelyik még meg is eszi (trichophagia) a viszketés metamerjeként, tehát igen sokféle tünetet találunk.

A pruritus klinikai jelentősége tehát nagyon változó, nagyon eltérő, és mindig annyi, a mennyit az alapbaj magának vindikál. Minden esetet individualizálni kell. Egymás után megvizsgáljuk adott esetben parasiták, bőrbántalmak, emésztési szervek, nemi bajok, végre idegrendszerbeli affectiókra, és a pruritus alapoka szerint, a *therapia* lesz a primaer, a *praphylaxis* a secundaereknél, a *symptomatikus* kezelés a tertiaereknél beavatkozásunk czélja.

4. A therapeutikus beavatkozásokat előadó négy csoporba sorozza: belső és külső szerelés, villamozás és elvonó izgatások. Ezekkel, valamint az alkalmazások módjával és indikátiójával előadó részletesen foglalkozik, és oda concludál, hogy a viszketés activ befolyásolása a dermatotherapia legnehezebb feladatai közé tartozik.

Elischer Gyula érdekkel hallgata az előadást, mert a pruritusról szólva előadó olyan húrt pendített meg, mely a nőgyógyászokat is érdekli. Ezzel a bajjal szemben tétlenül áll a nőorvos, ha nem sikerül a vizeletben czukrot kimutatni. Vannak nők, kik pollutionisták, a közösülést nem kedvelik, hanem mikor nyugalomra térnek, a vulván fellépő pruritus folytán nemi orgasmusba mennek át. A therapia nem használ és az ilyen eset az ideggyógyászat körébe tartozik. Másnál a pruritust szóló fertőző bajnak tekinti, ha nem is vagyunk képesek az okot kimutatni. Nem egy esetben sikerült pruritus vulvae és vaginaenál parányi, kis condyloma acuminatumhoz hasonló kinövéseket találni, melyeknek a vagina resectiójával való eltávolitása vagy 10%-os carbolsavval való étetése után a bántalom megszünt.

Havas Adolf: Előadóval szemben a pruritust fontos tünetnek tartja differential diagnostikus szempontból. Olyan tünetnek tartja a viszketést a bőrbántalmaknál, mint a lázat a belső betegségeknél és ha valaki úgy csoportosítaná a lázat, mint az előadó, oda jutna, a hová előadó jutott. Fontos tünet a viszketés diagnostikus szempontból is, úgy hogy nem fogadhatja el előadó nézetét, hogy ez nem fontos. Nem fogadhatja el szóló a 3 osztályra való beosztást sem, mert a különböző alapú viszketést egyes csoportba venni hiba, ép úgy, mint hiba a lázakat egy csoportba venni. Ép úgy hibás dolog a therapiát egy csoportba fogni.

Szóló kórtani és kórbonczlani szempontból azon beosztáshoz csatlakozik, mely pruritus symptomaticust és pruritus essentialist különböztet meg. Igy a prurigo és pruritus két teljesen különböző bántalom, bár ideges alapon nyugszik mindkettő, de azért előadó szerint egy csoportba tartoznának.

A pruritus senilisnél az atrophia cutis játszik szerepet, mely a bőridegek irritatiójával jár. A pruritus ani, pruritus vulvaenál a beteg vakaródzik, a bőr sértetik, eczema lép fel, gyakorlatlan ember ezt tartja primaer oknak, pedig a primaer ok a pruritus; vagy pedig a viszketés praemonitorius tünete egy carcinoma uterinak. Gyomor-bélbántalmak is gyakran előidéznek pruritust. A máj és gyomorban esetleg keletkező új képlet előhirnöke elég gyakran a pruritus, tehát ezeket egy kalap alá vonni, I., II., III. osztályba befogni nem lehet; ezt a beosztást bőrgyógyászati szempontból nem fogadhatja el.

A therapiát sem lehet en gros elintézni, hanem minden esetet külön kell méltatni. A tüneti eljárás nem használ, csak ha az alapbajt szüntetjük meg, gyógyul a pruritus. A legtöbb esetben nem rossz a prognosis, csak ha az alapbajt nem tudjuk meggyógyitani, akkor mondható az rossznak.

Donáth Gyula: A pruritus mint subjectiv érzés az ideggyógyászt érdekli. A physiologia nem sokat szól hozzá, a pathologia anatomiája is hiányzik; oka in ultima analysi a gyrus centralisba helyezendő. Neurastheniánál, dementia paralytica-nál előfordul. Sarbó terelte a gyrus centralisra a figyelmet. De székelhet a pruritus a peripheriában is. Gondolni kell még a hysteria és neurasthenia, másrészt a pruritus közti kapocsra. Egyesek szerint a neurasthenia és hysteria anyageserezavaron alapul, mert hiányos N kiválasztást találtak. A toxinok keringése a vérben kétségtelenül okozhat pruritust és Besnier ezt mint autotoxodermatismust fogja fel, de másrészt mechanikus okok lehetőségére is kell gondolni.

Nékám Lajos: Köszönetet mond Elischer és Donáth uraknak, kik felette érdekes fejtegetéseikkel bővítik a pruritusról szóló ismereteinket. Megütközéssel látja Havasnál, hogy az előadónak oly állitásokat imputál, melyek merő ellentétei a valóban mondottaknak. Hogy előadó mennyire kiemeli a pruritus diagnostikai fontosságát, a vulvalis viszketés sokféleségét, a beavatkozás határának különbözőségét az egyes csoportok szerint, ennek bizonyítására újra felolvas egyes részleteket dolgozatából, melyekből Havas kifogásainak tárgytalansága kitünik. A leghatározottabban visszautasítja Havasnak azon régen elavult nézetét, hogy a prur.-t symptomaticusra és essentialisra kell felosztani; az a szó: essentiális absolute semmi realis értelemmel nem bir; azzal semmi módon sem világitjuk meg a kórfolyamatokat, semmi jellemzőt nem emelünk ki, tehát ily felosztással a dolgok tisztázását nem segitjük elő. És nagyon téved Havas, mikor azt állítja, hogy ezen essentiális felfogás általános kedveltségnek örvend a modern dermatologusok között: a franczia iskola egy emberöltő óta küzd e maradi nézetek ellen; s hogy pedig az újabb felosztások nem csupán a franczia szócsinálási viszketegének eredményei: azt bizonyítják az újabbb angol és amerikai congressusok, melyeknek legélénkebben discutált tárgyát épen a pruritus kérdése szokta képezni. Vissza lehet utasitani ezeket a nézeteket, vagy el lehet őket fogadni, de mindenesetre ismerni kell őket, hogy ne maradjunk el a modern küzdelem szinterétől.

Máramaros vármegyei orvosgyógyszerész egyesület.

(Bemutató szakülés 1898. junius 4-dikén.)

Elnök: **Abraham Béla**; jegyző: **Lengyel Soma.**

(Vége.)

Idegen test a gégében. Tracheotomia.

Lengyel Soma: Fruchter Mózes, 4 éves, izr. gyermek, felvétetett a Máramaros vármegyei közkórházba 1898. május hó 24-dikén.

Anyja előadja, hogy 23-dikán teljes jólét közepette váratlanul betegedett meg, s azt állítja, hogy gyermeke egy gombot nyelt le.

Felvételkor beteg rendkivül nyugtalan, cyanotikus, stenotikusan légzik. Hangos sirásnál hangja tiszta. Tüdőkben elváltozás nincsen jelen. Beteg hőmérséke azonban 38·4. Ujjal a bárzsingba behatolva, a gége hátsó falának kitapintásánál, körülbelül a cart. cricoid. alsó részének magasságában egy kemény gombszerű tárgyat véltem kitapinthatni.

A hangrésen át azonban ez idegen test ujjal kitapintható nem volt. Gégetükri vizsgálat a beteg nehéz légzése miatt nem eszközölhető.

Gondolatmenetem az volt, hogy az idegen test, mely valamely kisebb lapos gomb lehetett, élével a hangrésen átcsúszott, és lapjára fordulva a szűkebb átmérőjü trachealis porczok felett megakadt. E nézetemet Szilágyi István dr. kórházi igazgató, ki a beteget több izben megvizsgálta és a gége hátsó falát kitapinthatta, szintén osztotta.

Fokozódó nehéz légzés folytán tracheotomia superiort végeztünk. A canule bevezetésével a gyermek azonnal nyugodtan légzik.

Az idegen test megállapítása, esetleg eltávolítása czéljából a trachealis sebnyilás felfelé kissé tágítva lett, s azon át egy meglehetősen hajlított sondát vezettünk a hangrésbe.

Jóllehet a sonda felső vége a hangrésben szabadon mozgott, s annak végét ujjunkkal is ellenőriztük, az semminemű idegen testet maga előtt nem toit, s fel nem derített.

A további kórlefolyás a következőkép alakult: a gyermek másnap reggel könnyen légzik, sokat köhög, a canulön át nyákos, szivós váladék. Hőmérsék 37·2, délben 39·2, este 39·2. 26-dikán 37·9, délben 38·2, este 38·2.

A bal felső tüdőlebenyben szörtyzörejek, kisfokú tompulat. Bő genyes expectoratio.

27-dikén este még 38·2; 28 dikán reggel 37·4, este 38·6; 29-dikétől kezdve a gyermek lázmentes, tüdő feltisztult, expectoratio nagyon kevés. Légzés a canule-on át állandóan jó, nyugodt, közérzet, táplálkozás kifogástalan.

A kórlefolyás azt bizonyítja, hogy idegen test a gégében nem volt, s azt a cart. cricoidea imitálta. A gyermeknél hirtelen beállott stanotikus légzésnek oka valószinüleg egy heveny laryngitis volt, melyhez egyszersmint a később beállott bronchitis, illetőleg pneum. catarrh. csatlakozott.

Hogy a felvételkor már jelen volt 38·4 hőmérséket ily irányban nem értékesítettük, annak oka, hogy a hőmérséket egy heveny gastritis tüneteinek tudtuk be, a mennyiben a beteg kórházi felvétele előtt, orvosi rendelésre, emeticumokat (cupr. sulfur. stb.) kapott, mivel az anya anamnestikus adatai által orvostársaink figyelme ép úgy el lett terelve a helyes diagnosistól, mint a miénk. Másképen a kórképet magyarázni nem tudjuk.

A lyssáról.

Novák Károly felolvasásában a veszettség történetét egészen napjainkig tárgyalja.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Szemgenyedések, főleg blenorrhoeás eredetüek, gyógyítására **Darier** a párisi „Académie de médecine“ május 17-dikén tartott ülésén nagyon ajánlotta a protargolt, melynek nagy előnye, hogy még 50%-os oldatban vagy poralakban használva sem gyakorol maró hatást a conjunctivára és corneára. Enyhébb esetekben elegendő 5%-os oldatot naponként 2—4-szer becseppenteni; súlyosabb esetekben lassanként a 20, sőt 50%-os oldatig emelkedhetünk, melyből naponként kétszer csepegtetendő a beteg szembe. A váladék csökkenésével a becseppentések is ritkábban végzendők. A secretio megszünte után egy ideig még folytatandó a kezelés.

PÁLYÁZATOK.

2490/1898. sz.

A beéli járásban Ökrös székhelylyel rendszeresitett körorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Javadalmazás:

1. 500 frt évi fizetés.
2. Természetbeni lakás, udvar- és konyhakerttel.
3. Ökrös községtől 20 frt, Bógy községtől 5 frt halottkémlési átalány.
4. Hivatalos látogatások alkalmával természetbeni fuvar, 40 kr. beteglátogatási és 20 kr. vényirási díj.
5. A megválasztandó körorvosnak a kézi gyógyszertár engedélyezése a vármegye alispánja által kilátásba van helyezve.

Felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. I. t.-cz. 9. §-ában előirt képesítésüket, továbbá nyelvismeretük és eddigi alkalmazásukat igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényüket f. évi julius hó 10-dikéig hozzám annyival is inkább nyujtsák be, mert a később érkező kérvényeket nem fogom figyelembe venni.

A választás f. évi julius hó 16-dikán d. e. 9 órakor Beélben a beéli körjegyzőség tanácstermében fog eszközöltetni.

Beél, 1898. évi junius hó 17-dikén.

3—2 *Éder Géza*, főszolgabiró.

6220/1898. kig. szám.

A n.-szentmiklósi járáshoz tartozó ó-bessenyői körorvosi állás elhalálozás folytán megüresedvén, arra ezennel pályázatot hirdetek.

A kör székhelye Ó-Bessenyő, a körhöz tartozik Bolgártelep.

A körorvos javadalmazása 500 frt készpénzfizetés, 40 kr. nappali és 80 kr. éjjeli látogatási díj és 20 kr. halottkémlési díj.

Mütétek dijazása egyezség tárgya.

A körnek Keglevichházával leendő nagyobbitása és a fizetés felemelése iránti eljárás folyamatban van.

Bessenyő községe 6500 és Bolgártelep 650 lélekkel bir.

Felhivom mindazokat, kik kérdéses állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. I. t.-cz. 9. §-ában körülirt minősitést igazoló kellőleg okmányolt kérvényeiket hozzám folyó évi julius hó 5-dikéig annál is inkább mutassák be, mert a későbben beérkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

N.-Szt.-Miklós, 1898. évi junius hó 15-dikén.

3—2 *Hadfi János*, 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, fűszerkereskedésben, szállodában és vendéglőben. **Pastilles de Bilin** a legtöbb gyógyszertárban és gyógyszerárú-kereskedésben

Buziás gyógyfürdő.

Fürdőorvosi gyakorlatomat, mint már évek óta, ez idény alatt is folytatom Buziáson.

Dr. Haidt Lajos.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi-, górcsöi- és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN

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

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

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

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA

Budapest, VII. kerület, Városligeti fasor 15. szám.

(A király-utczai villamos vasút mentén.)

Ujonnan épült, minden comforttal és gyógyeszközzel ellátott magángyógyintézet. Felvétetnek bármily gyógyszakmába vágó betegek. — Gyógykezelés kivánság szerint bármely specialista által. Van külön szülészeti pavillon is. Állandó orvosi felügyelet. Kitünő ellátás. Telefon. Kivánatra prospectus.

Negyvenkettedik évfolyam. 28. szám. *Budapest, 1898. julius 10.*

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.

Schwarz Hugó és Szili Sándor: Közlemény a kir. tud. egyetem élettani intézetéből. Kisérletes vizsgálatok ovariummal. 335. l.

Stern Ignácz: A hysteria, neurasthenia és tabes dorsalis gyógyítása nyulgerinczvelő-extractummal. 336. l.

Bosányi Béla: Fürdőorvosi tapasztalatok. 338. l.

Lengyel Soma és Somlyó Nándor: Halálos kimenetelű pellagra-esetek a máramarosvármegyei közkórház belgyógyászati osztályán. (Igazgató: Szilágyi István dr.) 339. l.

Tárcza. *Walla Béla*: Gynaecologia Amerikában. 340. l.

Irodalom-szemle. *Könyeismertetés. Robert Ritter von Töply*: Studien zur Geschichte der Anatomie im Mittelalter. — *Lapszemle. Scheuber*: A tuberculin R. gyógyitásáról 342. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Egyetemes orvos-doctorokká avattattak. — Alkalmazások a budapesti egyetem orvosi karán. — Habitált docensek az orvosi karon. — A XIII. nemzetközi orvosi congressus. — özv. Pakó Gyuláné. — Orvosi jubileum. — Kérelem. — Kinevezések. — A budapesti poliklinika forgalma. — Fürdőink látogatottsága. — A pöstyéni „Ferencz József"-fürdő megnyitása. — Megjelent. — Szt. Lukács-fürdő. — Herczel dr. — Kuthy Dezső dr. — Dr. Sedlitzky-féle fürdő-tablettek. — Baumgarten Samu dr. 343. l. Pályázatok. — Hirdetések.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a kir. tud. egyetem élettani intézetéből.

Kisérletes vizsgálatok ovariummal.

Közlik: *Schwarz Hugó* és *Szili Sándor* dr.-ok, gyakornokok az egyetemi II. sz. szülő- és nőgyógyászati kórodán.

Az organotherapiai áramlat, mely felé a pharmakologiai buvárkodás nagy előszeretettel fordul napjainkban, sűrűn foglalkoztatja a klinikusokat. S míg egyfelől az eddigi buvárlatok alapján kétségtelen, hogy egyik-másik szerv, mint chemiai anyag is határozottan differens a szervezetre, s hogy ennélfogva azok bekebelezése megfelelő tünetekkel jár, addig másfelől sok a túlzás abban, a mit ez irány követőinek fanatikusai némely szerv hatásának tulajdonitanak. Mert úgyszólván napról napra olvashatjuk a casuistikus közleményeket, melyeket a legkülönbözőbb szervek adagolásával elérni vélt gyógyeredményekről bocsátanak közzé és e közlemények nagy részében nyilvánított következtetések (post hoc, ergo propter hoc) minden exact alapot nélkülöznek.

S habár valamely szer üdvös hatását akár bizonyos symptomák leküzdésére, akár valamely kórok megszüntetésére vonatkozólag tagadni nem lehet, ha a betegágy mellett nagyszámú s jól észlelt esetek alapján érlelődött meg bennünk meggyőződésünk — még akkor sem, ha az eredményeket kisérleti úton megmagyarázni nem is vagyunk képesek — mégis a physiologiai kisérlet van hivatva arra, hogy a gyógyszernek experimentalis alapon mintegy pharmakologiai dignitását megadja. És ámbátor nem tartozunk azok közé, kik valamely a szervezetből isolált szerv therapeutikai tekintetben való hatástalanságából vagy hatásosságából, egyszersmind annak physiologiai szerepére feltétlenül következtetnek, mégis azt tartjuk, hogy ily irányú exact kisérletek hathatósan hozzájárulnak ahhoz, a mire újabban *Forel*[1] sürget, hogy t. i. a therapia gyógyeredményeinek megitélésénél a suggestiv momentumokat egyéb momentumoktól elválaszszák.

Az ovarium és az abból készitett kivonatoknak organotherapiai irányban való alkalmazása újabb keletű s főleg a természetes és a mesterségesen anticipált klimax nehézségei, másfelől a chlorosis azon alakjai, melyeket elsődlegesen az ovarium functiójával hoznak okozatos összefüggésbe azon kórképek, melyekkel ily módon megküzdeni számosan próbálkoztak meg több-kevesebb sikerrel.

Az ovariumokkal eszközölt első *experimentalis* vizsgálat e szerv dynamogen hatásának tanulmányozására irányul s *Brown-Séquard*-tól, az organotherapia inauguratorától ered.[2] Nehány hónappal később *Villeneuve*[3] közölte a dynamometerrel végzett kisérletei eredményét, melyek szerint a karok izomereje a kivonatnak két izben való injectiója után 15 kg.-ról jobboldalt 18, baloldalt 16 kg.-ra emelkedett.

Curatulo és *Tarulli*[4] hosszú kisérletsorozatban, melyet két éven át folytattak, az anyageserének castratio okozta elváltozását vizsgálták.

A klimacterikus molimnák ellen (főleg *Landau* és mások kezdeményezésére) ma már sok helyen adják az ovariumot. E „kiesési tünetek" egy része, mint a véredények beidegzési rendellenessége nyilvánul s ez, továbbá a chlorosisnál[5] elért jobb-rosszabb eredmények indítottak arra, hogy e szerv hatását a vérre, a szivre, a vérkeringésre vizsgálat alá vegyük.

Kisérleteinkhez, orvosi vizsgálat alapján egészségeseknek talált ivarérett tehenek ovariumát használtuk; még pedig úgy, hogy az állat leölése után rövid idővel kivett szerveket a nem ovarialis szövetrészektől és zsirtól megtisztitva felaprítottuk és üvegtáblákra kiteritve 36—40° C. hőmérsékben megszáritottuk. A 48—60 óra alatt megszáradt anyagot achátmozsárban megtörtük s jól elzárt üvegben félretettük. A megszáradt anyag súlya a friss anyag súlyának 34—40%-át tette.

E száraz anyagból 0·9%-os konyhasó-oldattal készitettünk extractumot. Hogy megközelitőleg mértéket kapjunk, állandóan 15 gm. száraz anyagot 80 cm^3 konyhasó-oldattal extraháltunk 20—22 órán 38° C. mellett; ezután megszürtük s a gyengén sárgás oldatot, mely alkohollal sűrű csapadékot adott, rögtön használatba vettük. Friss anyaggal is dolgoztunk; ilyenkor az igen finomra aprított ovariumokat mozsárban 0·9%-os Na Cl-oldattal péppé dörzsöltük, vászondarabkán átpréseltük s a fenti concentratiónak megfelelőleg konyhasóoldattal felhigitva újból megszürtük.

[1] *Forel*: Zeitschrift f. Hypnotismus. 1894 II. Jahrgang. Das Verhältniss gewisser therapeutischen Methoden zur Suggestion. Vortrag, geh. i. d. Abtheil. f. Neurologie auf der 66. Versamml. deutscher Naturforscher u. Ärzte in Wien 1894.

[2] Remarques sur les effets produits sur la femme par des injections sous-cutanées d'un liquide retéré d'ovaires d'animaux. Archiv de physiol. 22. kötet, 1890., 456. lap.

[3] Marseille médical 1889. aug. 30. 458. lap.

[4] Influenza della ablazione della ovaie sul metabolismo organico. Bulletino della reale academica medica di Roma. 1895. 334. lap.

[5] *Spielmann et Etienne*: Gaz. méd. de Paris. 1896. Nr. 35. *Fredeli*: Riforma med. 1896. Nr. 244—245. és mások. Legújabban *Paul Dalché*: De l'opotherapie ovarienne. Bull génér. de Thérapeut. 1898. T. CXXXV. 8. Livraison, 28. Février.

Az ovarium kivonatának hatása a vérnyomásra.

A vérnyomást $1^1/_2$—$2^1/_2$ kg. súlyú nőstény nyulakon és $5^3/_4$—$6^1/_2$ kg. súlyú nőstény kutyákon vizsgáltuk a Ludwig-féle kymographion segélyével. Az arteria carotis és a vena jugularis kipraeparálása után előbbit manometerrel kapcsoltuk össze, utóbbiba pedig Pravaz-tű segélyével injiciáltuk az extractumot. Narcosist nem használtunk. Csupán egy esetben voltunk kénytelenek kisérletezés közben egyik kutyánk nyugtalansága miatt két izben 0·02 gm. morphiumot adni. E kisérletek közül a legrövidebb $^1/_2$ óráig, a leghosszabb közel $1^1/_2$ óráig tartott. Ellenpróba czéljából valamennyit 1—3 cm³ 0·9%-os Na Cl-oldat injectiójával kezdtük meg; ezután 10—15 perczenként 3—6 cm³ extractumot fecskendeztünk be. Figyelemmel voltunk a vérnyomásra, a szívműködés minőségére, valamint a légzés typusára.

Az injectio pillanatában úgyszólván kivétel nélkül emelkedett a vérnyomás 10—12 mm.-rel; ezután fokozatosan csökkent és 20—30 másodpercz mulva már ismét ott volt, a hol az injectio előtt. Ez emelkedés azonban konyhasós víz injectiójára szintén egészen ily módon volt észlelhető, úgy hogy ez nem az ovarium-kivonat hatásának tudandó be. A szívműködés minősége, a szívlökések száma e kisérletek folyamán semmiképen nem változott meg.

A könnyebb áttekintés kedvéért kisérleteink közül legyen szabad egyet közölnünk:

Kisérlet: 1897. deczember 17. d. e. $^1/_4$12 órakor. 7300 gm. súlyú nőstény kutya.

Idő	Higanyoszlop magassága mm.-ekben[1]	Jegyzet
d. e. 11 ó. 15 p.	113	
11 ó. 18 p.	114	0·9 cm³ 0·9%-os Na Cl-oldatot fecskendünk a vena jugularisba
11 ó. 24 p.	112	
11 ó. 30 p.	114	$1^1/_2$ cm³ ovarium-kivonat
11 ó. 33 p.	115	
11 ó. 40 p.	114	$1^1/_2$ cm³ ovarium-kivonat
11 ó. 44 p.	116	
11 ó. 52 p.	113	
11 ó. 59 p.	115	
d. u. 12 ó. 2 p.	110	$1^1/_2$ cm³ ovarium-kivonat
12 ó. 6 p.	107	
12 ó. 14 p.	111	$1^1/_2$ cm³ ovarium-kivonat
12 ó. 20 p.	109	
12 ó. 24 p.	111	
12 ó. 30 p.	114	kisérlet befejezve

Az ovarium kivonatának hatása a vérre.

Ez irányú kisérleteinkhez két nőstény nyulat és két nőstény kutyát a kisérlet megkezdése előtt két héten át egyenletesen tápláltunk; előbbieket zabbal és salátával, utóbbiakat hússal, úgy hogy azok anyagforgalma a kisérlet megkezdésekor megközelítőleg egyensúlyban volt. A kisérlet öt napi előszakból, két kisérleti napból és ugyancsak öt napi utószakból állott. Ez idő alatt naponta meghatároztuk a vörös és fehér vérsejtek számát a Thoma-Zeiss-féle készülékkel, a vér fajsúlyát a Hammerschlag-féle chloroform-benzol keverékkel, a haemoglobin-tartalmát a Hüfner-féle spectrophotometer segélyével. Az előszak után következő két napon 20—20 cm³ szárított ovarium-kivonatot fecskendeztünk a bőr alá.

Mind a négy kisérlet eredménye negativ volt.

Sem a vérsejtek számában, sem a vér fajsúlyában, sem haemoglobin-tartalmában számbavehető elváltozás nem volt. Ez állatok testsúlya mindez idő alatt közel egyenletes volt egyik esetünk kivételével, melyben a kisérleti napok beszámításával hét nap alatt az állat testsúlya 10,650 gm.-ról 10,310 gm.-ra csökkent, holott a vér vizsgálatánál elváltozást kimutatni itt sem voltunk képesek. A következő napok folyamán az állat súlyban ismét gyarapodott, úgy hogy az utószak után való kilenczedik napon testsúlya közel akkora volt, mint az ovarium kivonatának befecskendezése előtt. Az állat étvágya mindez idő alatt egyformán jó volt, viselkedésében sem változott, úgy hogy minden egyéb felismerhető ok hiányában a testsúly e csökkenését az ovarium hatásának vagyunk kénytelenek betudni. Az alább közölt táblázat ez utóbbi esetünkre vonatkozik.

Kisérlet: $10^1/_2$ gm. súlyú barna nőstény kutya 1897. november 1. óta naponta $^1/_2$ gm. húst és 100 cm³ vizet kapott.

Kisérlet megkezdése november 16-dikán.

Kisérl. napja	Vörös vérsejtek száma	Fehér vérsejtek száma	Vér haemoglobin-tartalma	Vér fajsúlya	Állat testsúlya	Jegyzet
1897.						
nov. 16	7.000,000	14,000	E = 0·77518[1]	1043·5	10,630 gm.	—
„ 17	6.600,000	15,000	E = 0·67118	1045·3	10,655 gm.	—
„ 18	6.650,000	12,000	E = 0·73204	1045·1	10,670 gm.	—
„ 19	n e m	v i z s g á l t u k				
„ 20	6.650,000	14,000	E = 0·73842	1043·4	10,620 gm.	—
„ 21	6.800,000	14,500	E = 0·71012	1045·2	10,650 gm.	20 cm³ kivonat subcutan
„ 22	6.500,000	15,500	E = 0·75136	1044·8	10,630 gm.	20 cm³ kivonat subcutan
„ 23	6.800,000	15,470	E = 0·74164	1043·6	10,650 gm.	—
„ 24	—	14,830	E = 0·68888	1045·1	10,500 gm.	—
„ 25	6.500,000	15,500	E = 0·72256	1043·7	10,525 gm.	—
„ 26	6.500,000	14,500	E = 0·75792	1046·4	10,400 gm.	—
„ 27	6.400,000	—	E = 0·73204	1044,2	10,310 gm.	—
„ 29	—	—	—	—	10,400 gm.	—
decz. 2	—	—	—	—	10,510 gm.	—
„ 5	—	—	—	—	10,590 gm.	—

(Folytatása következik.)

A hysteria, neurasthenia és tabes dorsalis gyógyítása nyulgerinczvelő-extractummal.

Közli: *Stern Ignácz* dr. szliácsi fürdőorvos.

A mai korban alig van betegség, mely annyira el van terjedve mint a különféle idegbaj. Az idegesség a mai nemzedék minden rétegében található, de különösen a műveltebb osztályokban alig van ember, kinek kisebb-nagyobb mértékben valamely idegbetegsége nem volna. Ha ennek keletkezési okát kutatjuk, okvetenül rá kell jönnünk, hogy az idegesség terjedését a művelt ember életmódja, a finomult szokások, az élvezetek hajhászása, a létért való küzdelem stb. stb. okozzák; mind oly tényezők, melyek már a kora ifjúsággal kezdődnek s támadják meg az idegrendszert.

A kóros állapot kezdetben csak alig észrevehető tünetekben nyilvánul, ú. m. fejfájás, izgatottság, ijedés, szívdobogás neuralgiákra való hajlam stb. Később a legcsekélyebb megbetegedés, vagy néha csak valamely testi vagy szellemi megerőltetés, vagy hirtelen beható psychikus momentum elegendő arra, hogy a kóros állapotot fokozza, a központi idegrendszert egyensúlyában megingassa s előáll az általános ideggyengeség (neurasthenia), a mi nem egyéb, mint az idegelemek gyöngülése, illetve gyors kifáradása. Míg egészséges egyénnél a fokozott munka által kifáradt idegelemek pihenés által újra reconstruálódnak, addig a neurasthenikusnál ezen reconstruálásra való képesség elveszett vagy legalább is lefokozott, bizonyos kóros anyag halmozódik fel az idegrendszerben, mely azt mindinkább gyöngíti, bágyasztja s a különböző izgalmak iránti ellenállóképességet csökkenti.

A szerint, a mint a központi idegrendszerrel ez vagy ama részére hat jobban be a káros hatány illetve a fárasztás s megerőltetés, úgy az annak megfelelő irányban fognak mutatkozni a zavarok. Így az agy megerőltetése vagyis kóros elváltozása következtében psychikus s sensorikus zavarok lépnek fel; míg a testi túlerőltetés, nemi kicsapongások, mastur-

[1] Középszám.

[1] Extinctiós coefficiens.

batio, nőknél a nemzés meggátlást czélzó működések (coitus reservatus), néha súlyos betegségek, nehéz szülés, nagy vérveszteségek, hysteriát, neurastheniát, irritatio spinalist okoznak többnyire. Míg végre vannak oly hatányok is, melyek a különben egészséges egyénnél egyszerre súlyos idegbajt okoznak, mint pl. egy erősebb megfázás következtében, vagy izzadt testtel nyirkos hideg földön való fekvés; erős influenza, erőltetett nemi kicsapongás (némelyek szerint a bujakóros bántalmak is) stb.; ezek a legsúlyosabb természetű ideg, illetve gerinczagyi bántalmak, a melyek között első helyen áll a tabes dorsalis. Úgy hiszem az orvos a gyakorlatában előforduló számtalan betegségek gyógyítása közül egynél sem érezte eddig jobban tehetetlenségét, mint e betegséggel szemben s ez annyival sajnosabb, minthogy tudvalevőleg ezen baj az esetek legnagyobb részében az élet legszebb korában — a 30—50 év között — levő egyéneket lepi meg, s a különben életerős egyén rövid nehány hónap alatt a legkínzobb fájdalmak közepette, járni vagy nehezen, vagy egyáltalán képtelen lévén, otthagyva hivatását, hivatalát, elveszve önmagára, családjára s a társadalomra nézve ágyhoz szegezetten tengeti életét.

Ezeknek előrebocsátása után eljutottam tulajdonképeni tárgyamhoz a fent nevezett betegségek legújabb gyógymódjához. Minthogy egy 8 év előtti erős megfázás következtében sajnos, magam is súlyos természetű idegbajban (spinalis irritatio tabetikus tünetekkel) szenvedtem, illetve még most is szenvedek, misem természetesebb, mint az, hogy bajomtól szabadulandó minden képzelhető gyógymódot megkisérlettem, a mitől a gyógyulást reméltem. Kezdve magas hőfokú fürdőkkel — mivel kezdetben rheumatikus eredetűnek gondoltam bajomat —; ezeknek eredménytelensége után mérsékelt és fokozott hidegviz gyógymód, massage, idegnyújtás, suspensiók, villamozás állandó és faradikus árammal, vasas fürdők, a belső adagolásnál ilyen esetekben használt gyógyszerek egész sorozatát stb. stb. alkalmaztam, a nélkül, hogy egyéb eredményt értem volna el mint azt: hogy a vasnak belsőleg és fürdők alakjában való felvétele a szervezetbe, a betegség által legyöngült és anaemikussá vált testet erőben némileg gyarapította. Az alapbaj azonban minden tüneteivel maradt úgy, a mint volt, sőt egy kiállott influenza után még roszszabbodott. Már közel voltam a kétségbeeséshez, midőn olvastam Althaus dr. londoni tanárnak a „The Lancet"-ben közölt czikkét „bizonyos neurosisok" gyógyításáról. Megvallom, hogy az újabb időben gombamódra szaporodó és eldicsért új gyógyszerek e szer iránt is bizonyos skepticismussal töltöttek el, mindamellett érintkezésbe léptem nevezett tanárral, megirva neki bajomat, s ő a legnagyobb előzékenységgel kimerítően tudatta vélem a nyul gerinczvelejéből készült extractummal való kezelést.

Többször bebizonyitott tény, hogy némely betegség az által keletkezik, hogy a szervezetben bizonyos anyagok átváltoznak, sőt néha egészen tönkremennek; ezen anyagok reconstruálásával, illetve pótlásával azonban a betegség meggyógyítható. Igy pl. pepsin adagolása által a gyomor rossz emésztését megjavithatjuk; vagy pedig a Brown-Séquard-féle injectiókkal öreg elgyengült embereken igen szép eredmény érhető el. Ezen tapasztalatból kiindulva jutott Althaus tanár is azon gondolatra, hogy miután az idegbántalmak nem egyebek, mint az idegelemek átváltozása; jelesül pedig a gerinczagybántalmaknál a gerinczagyi idegelemek degeneratiója, illetve tönkrejutása okozza az ezen idegek által ellátott szervek zavarát és hiányos működését; tehát ha valamiképen ezen hiányt pótolhatná az idegrendszerben, úgy a bajnak okvetlen javulni kell. Készittetett tehát a házinyul agyából és gerinczagyából extractumot s azt gerinczbántalmakban szenvedő betegeknél befecskendezte. Belsőleg nem adagolható e szer, mert a gyomornedv megváltoztatja s megrontja az extractumot s a sikert problematikussá teszi.

Az extractumot Angolországból meghozatva, magamon kezdtem meg vele a kisérletezést és pedig a tanár utasitása szerint másodnaponként véve egy injectiót. Nem kis meglepetésemre s örömömre már a tizedik befecskendés után jelentékeny javulást éreztem, a mennyiben a functionalis zavarok kezdtek alább hagyni, nevezetesen a hólyag- és bélműködés javult; 15 injectio után már a Rosenberg-féle tünet is alább hagyott, az állás nem esett oly nehezemre, mint azelőtt, megfordulni könnyebben birtam s napról napra erősödtem. Két hónap alatt 30 injectiót kaptam s ezután 8 heti szünetet tartottam, de ezen idő alatt is éreztem, hogy erőben folytonosan gyarapodom, járásom javul, az ataktikus tünetek mulni kezdenek. A 8 heti szünet után újra kezdtem az injectiókat, most már valamivel ritkábban s míg a 30-at elértem, állapotom annyira javult, hogy járásom határozottan jó volt, lábaimban nem éreztem annyira a nehézséget, munkakedvem s munkabirásom s egész kedélyem megváltozott. A befecskendéseket időközönként még most is alkalmazom s állapotom annyira javult, hogy orvosi gyakorlatomat megszakitás nélkül folytatom. Tartozom a történeti hűségnek azon kijelentéssel, hogy az egész idő alatt hetenként, később kéthetenként egyszer galvanáramot is alkalmaztam a gerinczoszlop mentén, valamint a nyár folyamán Szliácson a szénsavas vasas fürdőket használtam.

Felbátorodva a magamon tapasztalt jó eredmény által, részben otthoni magángyakorlatomban, főleg azonban a mult fürdőévad alatt itt Szliácson nálam jelentkezett hysterikus, neurasthenikus s nehány t. kartárs által hozzám küldött tabetikus betegnél is alkalmaztam az injectiókat s mondhatom kitünő eredménynyel, a mint azt az alább közlendő nehány példa is igazolja.

Az extractumot én Angliából hozatom; azonban egy jól berendezett orvosi laboratoriumban itt is vagy bárhol készithető a következőkép: Házinyulat chloroform-belégzés által megölve, annak gerinczvelejét gyorsan és antiseptikus cautelák között sterilizált eszközökkel kiveszszük. A gerinczvelő rendesen 3 gramm; ehhez 3 köbcentimeter glycerint és ugyanennyi 0·5%-os carbolvizet téve, gondosan összekevervén, 24 óráig állni hagyjuk s azután kipréseljük. Ha esetleg a gerinczvelő 3 grammnál több vagy kevesebbet nyomna, úgy ennek megfelelőleg a nevezett folyadékokból is többet vagy kevesebbet veszünk. Hasonlóképen készül az extractum a nyul agyából is, mely hatásra nézve azonos. Az igy előállitott tejszerű folyadékból első adagra 5 csepp vétetik befecskendésül a gluteusok izomzatába, másodnaponként végezve egy-egy injectiót, s minden alkalommal egy cseppel többet veszünk, míg 20 cseppig jöttünk, ez a maximalis dosis. Én eddig soha semmi kellemetlen helyi reactiót nem tapasztaltam, a fődolog az, hogy tisztán dolgozzunk. A befecskendés előtt a beszúrás helyét 3%-os carbololdattal megmossuk s azután közönséges Pravaz-féle fecskendővel egyenesen az izomzatba injiciálunk. A befecskendés után közvetlenül nagyon mérsékelt égetést érez a beteg, a mi azonban nehány percz alatt egészen elmulik.

Az általam kezelt esetek közül következőket hozom fel:

1. H. A., 27 éves, férjezett gyárigazgató neje, Kraszna. Négy év előtt gyermeket szült, azt maga táplálta, azonban feltünően soványodni kezdett, úgy hogy abban kellett hagyni a szoptatást, állapota mindamellett folyton rosszabbodott. Rendkivül ideges, izgékony, gyakori szivdobogás és féloldali fejfájásban, álmatlanságban s étvágytalanságban szenved. Két év előtt Franzensbadban volt minden siker nélkül.

A nagyon lesoványodott s vérszegény beteg megvizsgálásánál semmi szervi bántalmat nem találtam. A méh kissé süllyedt, a méhszáj hátsó részén csekély erosio s meglehetős nagyfokú fehérfolyás. Kórisméül hysteriát kellett felvennem. A méhnek helyi kezelése mellett alkalmaztam a betegnél az injectiókat s 5 injectio után állapota annyira javult, hogy étvágya megjött, aludni tudott, izgékonysága és fejfájása megszünt, 4 heti itt tartózkodás után gyógyulva hagyta el Szliácsot.

2. M. V., 28 éves, kereskedő neje, Budapest. Hét év óta van férjnél, gyermeke nem volt, menstruatióját 16 éves korában kapta. Azon panaszszal jött hozzám, hogy baja már 5 év óta tart s abban nyilvánul, hogy időnként óriási fejfájásban, ideges szivdobogásban, gyomortáji fájdalmakban szen-

*

ved; ez utóbbiak gyakran annyira fokozódnak, hogy torkáig feljön a fájdalom, a midőn hányni is szokott (globus hystericus), azonkivül minden menstruatiónál a méhben igen nagy görcsei vannak. Az utóbbi 4 év alatt 10 kilóval fogyott. A középtermetű és még meglehetősen táplált beteg megvizsgálásánál a nyákhártyák anaemiáján s a hysterikus tüneteken kivül semmi egyéb elváltozást nem találtam, s az étrend szabályozása mellett másodnaponkénti fürdőket rendeltem neki itt Szliácson s injectiókat kezdtem. Már a 4-dik injectio után beteg kedélye és közérzete annyira megváltozott, hogy abbanhagytam a további befecskendéseket s 4 heti kúra után egészen gyógyulva utazott haza.

3. L. Gy., 38 éves, közjegyző, már 3 év óta tartó és az egész testre elterjedő gyengeségről panaszkodik. Ezen gyöngeség különösen akkor vesz rajta erőt, ha 1—2 óráig dolgozik, vagy ha hivatalos fölebbvalójával érintkezik, ekkor egész testében remeg, kifárad, az oldalában s végtagokban zsibbadásszerű fájdalmak lépnek fel. Álmatlan, étvágytalan s székelése rendetlen, potentia megvan. Mindig mértékletesen élt, nagyon keveset szivarozik, szeszes italt jóformán semmit nem iszik. A betegség előzményeire kérdeztetvén, előadja, hogy beteg soha sem volt, de már gyermekkora óta mindig szorgalmas, túlbuzgó, ambitiosus, de könnyen izgékony természetű volt. Bajától szabadulandó hidegvízkúrát használt a mult évben, igen sok bromkészitményt vett be minden eredmény nélkül. A beteg jól fejlett és táplált, középtermetű, erős testalkatú. Absolut semmi rendellenességet nem találva a szervezetben; fel kellett vennem, hogy testi és szellemi túlerőltetés folytán fellépett neurastheniával van dolgom, s megkisérlettem nála a befecskendést alkalmazni. A második injectiónál beteg már sokkal jobban érezte magát, úgy hogy még további hat injectio után a befecskendezéseket abbanhagytam, s beteg 3 heti itt tartózkodás után gyógyultan távozott.

4. N. I., 51 éves, budapesti kereskedőnél az előbbiekhez egészen hasonló tünetek voltak, azon különbséggel, hogy nála még a végtagokban reszketés van jelen s járása is bizonytalan. Betegségének előzményei után kérdezősködve, kiderült, hogy baját mértéktelen életmód, erős szivarozás és üzletbeli sok veszteség által előidézett izgalom folytán kaphatta; azonkivül fiatal korában onanista is volt. A magas termetű, igen jól táplált egyén most teljesen impotens, patellaris reflex nagyon lefokozott, azonban járni, valamint egy lábon állani behunyt szemmel akár 10 percig is tud. Belső szervek egészségesek s a diagnosis neurasthenia universalis.

Minden egyes injectio után láthatólag javult az állapota, úgy hogy 8 befecskendésnél többet nem is végeztem. Ezen betegnél 10-szer galvan-áramot is alkalmaztam s a mellett 10 fürdőt is vett. Négy heti kezelés után álmatlanság, fejfájása, izgatottsága elmult, étvágya javult, a végtagokbani reszketés elmaradt, úgy hogy a beteg egészen megelégedve távozott, csupán az bántotta, hogy a potentiája nem javult.

5. D. B., 40 éves, főszolgabiró Ungmegyéből. Három év előtt fellépett s Kétli tanár által is megállapított tabes dorsalis félreismerhetlen tüneteivel, neuralgikus fájdalmak, Romberg-tünet, ataktikus járás, elenyészett patellaris reflex, teljes érzéketlenség az alsó végtagokban, vizelési sebesség, enyhe székelés, teljes impotentia stb. Két év előtt hidegvízgyógymódot használt eredménytelenül, úgyszintén a villamozás állandó és faradikus árammal semmi javulást nem hozott létre. Ezen betegnél utasitásom folytán egy kartársam, a beteg házi orvosa végzett eddig mintegy 30 injectiót, melyek kitünő eredményt hoztak létre, a mennyiben a beteg, ki azelőtt szolgájára támaszkodva is csak nagy nehezen tudott járni, lépcsőkön pedig a szolga fel- s levitte, most habár még mindig ataktikus a járás, de hasonlithatlanul jobb, mint azelőtt volt, egy fél óráig is képes járni csak egy botra támaszkodva, 15—20 lépcsőn minden segitség nélkül fel- s lemegy, fájdalmak a végtagokban nagy ritkán lépnek fel, vizelési és székelési nehézségei is javultak, csak a sexualis képesség nem javult semmit. Az injectiókat beteg most ismét folytatja.

6. B. Gy., 46 éves, nyug. őrnagy, betegsége 4 év óta tart. A tünetek olyan szembetünőek voltak, hogy feltétlenül tabes dorsalisra kellett a kórismét megállapitani. Baja meghülés és erőltetett lovaglástól, valamint nemi kicsapongásból származik. Két egymásutáni évben a betegség kezdetén Kaltenleutgeben és Traunsteinban hidegvízkúrát használt villamozással combinálva, 1895-ben itt Szliácson, a hova már tolószéken hozatott, vett 15 vasas fürdőt és villamoztatott minden eredmény nélkül.

Midőn a beteget 1896-ban kezelés alá vettem, a lábak tökéletesen érzéketlenek voltak; sem érintést sem szúrást a beteg nem érzett, az alsó végtagokat mozgatni absolute nem birta, a tolószékben ülve tolatta magát szolgája által. Ily állapotban kezdtem nála az injectiókat másodnaponként alkalmazni s ime a 10-dik befecskendés után egyik kezével szolgája karjára, a másikkal botra támaszkodva, mintegy 120 lépést volt képes menni. Sajnos, hogy ezen betegnek családi viszonyai miatt hirtelen el kellett utaznia s azóta nem hallottam felőle semmit.

Ezek volnának az általam észlelt és kezelt legmarkansabb esetek, tudnék még néhány szépen javult esetet felemliteni, azonban nem akarok ismétlésekbe bocsátkozni a hasonló lefolyások leirásával.

A fent leirt esetekből jogosan vélem következtethetni, hogy a suggestiót teljesen ki lehet zárni, s hogy a hatás az extractumban tartalmazott idegtápanyagnak tulajdonitható, mely az intracellularis oxydatiót élénkitve a leukomainok kiürítését elősegíti. Ennélfogva az extractumban egy eddig felülmulhatatlan gyógyszert birunk, melyet oly esetekben és betegségekben használhatnak kitünő sikerrel, melyeknél az idegerőt fokozni és működési zavarokat megszüntetni akarunk. Minden orvos, kinek ilynemű betege van, jól teszi, ha ez ártalmatlan szert betegénél alkalmazza, hogy személyesen győződjék meg annak hatásáról.

Fürdőgyógyászati tapasztalatok.

Orvosi jelentés a *szt. Lukács-fürdő* 1897. évi betegforgalma felől.

Közli *Bosányi Béla* dr., a gyógyfürdő főorvosa.

(Vége.)

Külsérülések.

A lefolyt évben nem nagy számban és változatosságban fordultak meg fürdőnkben. Láttunk törést a czombnyakon öt esetben, a tibián négyszer, a radiuson kétszer, a felszáron és bordákon egyszer. Ficzamot a bokaizületben ötször, a vállizületben háromszor, csípőben egyszer.

A betegek már a heveny állapot multával, a csontosodás után, illetőleg a ficzamot követő lobosodás lejártával jöttek, hogy végtagjaiknak zavart működési képességétől minél előbb szabaduljanak.

Kezelés rendszerint iszapfürdőkkel és iszapborogatásokkal, massageval és gépgyógyászatilag történt és kivéve egy czombnyaktörési esetet, melynél a szilárdulás nem jött a fürdőkúra alatt létre, a kivánt czélt az összes betegeknél elértük.

Az észlelés alá került betegek nem is nyujtanak különös casuistikus érdeket, csupán arra a megjegyzésre akarnék szoritkozni, hogy az év végével intézetünkben felállított *Röntgen-készülék* a sérülési esetek megitélésében igen jó szolgálatot nyujtott, a mint azt következő kórtörténetek mutatják:

M. kereskedő, 42 éves, Bécsből, mult év május havában kerékpározás alkalmával eldülvén, bal alszárcsontját eltörte. Juliusban jött a fürdőbe és ekkor a csont még nem volt semmiképen sem összeforrva, a törés helyén erős fájdalmak. Négy heti fürdő és iszapborogatás után jóval haladt ugyan a gyógyulás felé, de a végtag még mindig nem birta a középsúlyú testet. Szeptember hó végén lefényképeztem a lábát és akkor láttuk, hogy a törés csillagszerű volt és hogy akkor még csak egy részén volt csontos callusképződés és hogy a rézsutos törés nagyon lassan indult a hegesedés felé.

Egy másik esetben, K. budapesti főpinczér, közvetlenül a jobb boka fölött volt a sérülés, mely eleinte ficzamnak lett tekintve. A Röntgenképen pontosan lehetett megállapitani, hogy a malleolus internus mellső

része csúcscsal felfelé irányult ék alakjában volt letörve és hogy az ék alapja körülbelül egy centimeternyire távolodott el az alszárcsonttól.

A mult évben is jelentkeztek fürdönkben aránylag nagyobbszámú *tüdő-* és *szívbetegek*, kik fájdalmaik (mellhártyabetegek, kezdődő vizenyő stb.) által vezéreltetve, önszántukból kerestek segélyt a meleg forrásoknál. Kezelés tárgyát azok nem képezték; kellő tanácscsal ellátva elküldettek.

Csontok bántalmai.

A mennyiben azok nem vonatkoznak izületi megbetegedésekre, ezen kis, valamivel több mint 2%-ot tevő csoportba vannak besorolva. Periostitis, ostitis, caries és osteomyelitis voltak kezelés alatt. Legjobb eredményeket láttunk idült csonthártyaloboknál, melyek intensiv helyi meleg kezelésre kedvezően alakultak. Fungosus daganatok ellenben nem nyujtottak kedvező eredményt és a megjelent csekélyszámú ilynemü beteget sebészi gondozásba utaltuk.

Periostitis esete. M. B., 50 éves, vendéglős T.-K.-ról. Három hó óta fájdalmak a jobb lábán, melyek eredetileg a bokában székeltek: Érkezésnél a tibia alsó harmadának mellső részén mintegy 6 cm. hosszú és 2 cm. széles területen a csonthártya vastagabb, az alszár fájdalmas, nyomásra nagyon érzékeny, a bőr melegebb, kissé fényes; járni alig képes. Lues, tuberculosis jelei nincsenek. Szervek rendesek. Három heti iszapfürdők és iszapborogatások *jelentékeny* javulást nyujtottak.

Hasonló kedvező eredményt láttunk további öt csonthártyalobban szenvedő betegnél.

Visszérlob és tágulás.

Mint önálló bántalom nem fordult elő nagy számban, ellenben társulva az idült izületi csúzzal, sok esetben képezte ezzel együtt a hévvízi kezelés tárgyát.

A visszérlob és tágulás melegvízi gyógyítása körüli tapasztalatokkal már régebben foglalkoztam[1] és a lefolyt évben is újból meggyőződtem a fürdők kedvező hatása felől.

Noha a *gyomor-* és *bélbántalmak* ellen forrásaink tisztán, karlsbadi sóval vagy mint azt újabban több izben megkisérlettem, natron bicarbonicummal elegyítve, kiterjedt használatban vannak, közvetlen ivóforrási kezelésbe aránylag kevés beteg jön. Azon kis százalék, melyet statistikánk felmutat, kivétel nélkül járó betegekre vonatkozik, kiknél pontos észlelés nem volt eszközölhető. Mindazonáltal a más bántalmakban szenvedőknél, kik egyszersmind a forrásvíz belső használatának megfelelő gyomorbajokban szenvedtek és különösen a húgysavas diathesis ellen, mint segédszert a forrásaink belső használatát elégszer vettem igénybe.

Jó hatását az ekként használt víznek láttam ez évben idült gyomor- és bélhurutnál, gyomorfekély két esetében és savanyú gyomornyálfolyásnál.

A *luetikus* betegségek gyógykezelése kénes hévvizek által, mely Némethonban, Franciaországban stb. már hosszú évek óta használatban van, nálunk még mindég nem képes tért hódítani. Pedig épen a zárt intézetekkel kapcsolatos hévvizek mintegy praedestinálva vannak arra, hogy azokban frictiókkal kombinált fürdőkúrák pontos és lelkiismeretes módon végeztessenek.

Téves azon több oldalról hangsúlyozott nézet, hogy az inunctio hatását a fürdő csökkenti és hogy a meleg víz oldó befolyása által a kenőcs nem fejti ki egész mennyiségében gyógyító erejét. Ezzel szemben felhozhatjuk, hogy a bedörzsölés után körülbelül 24 órával fürdik a beteg, vagyis közvetlen a frictio előtt, másrészt pedig, hogy a fürdők által felfokozott börtevékenység és gyorsított anyagcsere lényegesen hozzájárulnak a kóros anyag elpusztításához. Egyébként a nálunk, habár csekély számban, eszközölt kombinált kúrák élénk bizonyítékát nyujtják ezen gyógymód pontos és gyors hatásának és szintén megczáfolják a felhozott ellenvetéseket.

Érdekesebb a clavicula spontan törésének következő esete:

M. J., 44 éves, M.-ről. Augusztus havában jött hozzánk. Ifjú korában súlyos luetikus fertőzés, ismételt higanykúra. Február óta a test minden részén élénk fájdalmak. Április havában egy súlyosabb tárgy emelése után a jobb kulcscsontban hirtelen nagy fájdalom támadt, mire a csont megdagadt; hosszabb ideig nem birta karját emelni és még most sem képes nehezebb tárgyat kezében tartani.

A vizsgálat szerint harmadlagos bujakórral van dolgunk. (Máj vastagodott, a cachexia luetica jelei könnyen felismerhetők.)

[1] L. Orvosi Hetilap 1896. évfolyamát.

A clavicula vizsgálatánál kétségen kivül lehet megállapítani, hogy az április havában eltört volt és most gyenge callus-képződés folyik. A beteg rövid ideig tartózkodott a fürdőben, további sorsa felől tudomásom nincs.

Egyéb kóresetek.

A betegforgalom egy százalékát sem képező kóresetek ezen csoportba vannak foglalva.

Ezek közül az *achillodynia*, *tarsalgia* és *myositis indurans* egynéhány példája e helyütt csak névleg legyenek említve; a hozzájuk füződő érdeknél fogva külön fognak közöltetni. A vérzékenységnél fellépő izületi bántalmak, melyre nézve ez évben két észlelésre nyilt alkalom, szintén külön ismertetés tárgyát fogják képezni.

***

Összefoglalva a lefolyt év gyógykezelési eredményeit, a következő arányokat kapjuk: *Gyógyult 60%, jelentékenyen javult 14%, javult 11%, gyógyulatlan, illetve a kúra befejezése előtt távozott vagy elküldetett 15%.* A gyógyultakat és jelentékenyen javultakat tulajdonkép egy osztályba sorozhatjuk és ilykép *74%-ot képvisel a feltétlenül kedvező siker.* Ezen számok túlnyomólag a fürdő benlakóira vonatkoznak, ambulans betegekre csak a mennyiben a végeredményt biztosan meg lehetett állapítani. Tekintve az idült betegek tekintélyes számát és az évről évre más fürdőbe vándorló gyógyíthatlanokat, kik hozzánk is eljönnek, tekintve továbbá, hogy sok szenvedő a kellő indicatio hiányában keresi fel a fürdőt, az eredményt kedvezőnek szabad mondanunk. A fenti számok és adatok bizonyítják, hogy a Szt. Lukács-fürdő a lefolyt évben is megfelelt híven rendeltetésének és hogy méltán birva a szakkörök kitüntető bizalmát, képes volt a hazai gyógyfürdők sorában rövid idő alatt kivívott tekintélyes rangját megtartani.

Halálos kimenetelü pellagra-esetek a máramaros-vármegyei közkórház belgyógyászati osztályán. (Igazgató: Szilágyi István dr.)

Közlik: *Lengyel Soma* és *Somlyó Nándor* dr.-ok kórházi orvosok.

Az „Orvosi Hetilap“ f. é. 23. és 25. számában a pellagrában megbetegedett Dán Jónás 40 éves napszámos középapsai lakos kórtörténetét egész terjedelmében közöltük. Azóta — junius 7-dikétől — a beteg állapotában lényegesebb változás nem állott be. Mereven nézett, időszakonkint fel-felkiáltott. A leirt profus hasmenés kissé csökkent. Junius 10-dikén d. u. 2 órakor *exitus letalis.*

A junius 11-dikén megejtett kórboncolat a következő fontosabb leletet adja.

A 40 éves, 160 cm. hosszú lesoványodott férfihulla állkapcsa és végtagjai merevek. Börszin fakó, a háton kifejezett hullafoltok.

Kötőhártya halvány, vérszegény, cornea fénylő, szivárványhártya színe szürke, rajzolata elmosódott. Láták tágak.

Nyak rövid, mellkas részarányos domború, alsó részlete erősen kitágult. Májtompulat nem mutatható ki. Helyén a kopogtatási hang dobos. Has mérsékelten elődomborodó.

A homlokon, az orrszárnyakon, a kézháton és az alsó végtagok alsó harmadában a bőr helyenkint barnás-vörös színű, megvastagodott, az epidermis könnyen levélaszthato, helyenkint czafatokban lóg. A jobb kézháton tallérnyi, elmosódott határú szederjés-kékes színváltozás.

A bal scapula tövise felett egy krajczárnyi, a keresztcsont felett egy tenyérnyi felhámtól fosztott, feketén elszinesedett, pergamenszerüen beszáradt decubitus.

Az anus környékén híg, borsólészerü bélsár, mely a hulla mozgatásakor nagy mennyiségben ömlik.

Belvizsgálat: Fejbőr vastag, halvány, koponya széles. Protuberantia occipitalis externa erősen elődomborodó. Koponyacsont vastag, tömött.

Kemény agyburkok megvastagodottak, erősen odanőttek. Felnyitáskor a kemény és lágy agyburkok közül mintegy negyed liternyi tiszta savós folyadék ömlik ki.

Belső felület sima. Visszeres öblökben kevés alvadt vér. *Lágy agyburkok* könnyen levonhatók, véredényei erősen teltek.

Agygyomrocsokban kevés tiszta folyadék. Érfonatok teltek, duzzadtak.

Agytekervények erősen lelapultak. Fehér- és szürke állomány vérbő.

Izomzat halvány, petyhüdt. A rekeszdomborulat mindkét oldalon a negyedik borda magasságában.

Mindkét tüdő könnyen leválasztható álhártyákkal rögzitett. Ez adhaesio a bal tüdőnél kifejezettebb.

Szívburokban kevés tiszta savó.

Szív systolében, középnagy, edények és szájacsok átjárhatók, szívizomzat tömött, áztatott hússzínű, középvértartalmú, billentyűk és szájadékok épek.

Tüdők kilégzési állapotban, lószőrpárnatapintatúak, metszlapról igen sok habzó véres savó kaparható le, színök barnás-vörös, vérbő.

Légcső nyálkahártyája vérbő, belövelt, szájűr nyákhártyája erősen belövelt, duzzadt.

Lép megkisebbedett, lágy tapintatú, tokja ránczos, keztyűujjszerűleg könnyen levonható, színe feketés-piros, bennék mállékony, könnyen kikaparható, vérbők.

Vesék középnagyok. Tok már kivételkor könnyen leválik, vesefelület sima, héjállomány megvékonyodott, rajzolat élénk, ; feltünő vérbőség mindkét vesében.

Gyomor kissé kitágult, benne mintegy fél liternyi híg, sárgás folyadék, apró ételszemcsékkel. *Nyákhártya halvány, vérszegény;* fala megvékonyodott, színe palaszürke.

Máj élére fordított, a rekesz s tüdők alá feltolva, középnagy; a Glysson-tok keztyűujjszerűleg levonható, egy része már kivételkori érintésre leválik. Metszlap rajzolata élénk, bennék mállékony, *igen vérbő*, színe sötétbarnás-vörös. Epehólyag telt zöldesbarna bennékkel.

Cseplesz vérszegény. *Vékonybelek* puffadtak, falai megvékonyodottak, nyákhártya halvány, vérszegény. Redők elsimultak, mirigyek ki nem vehetők, elsimultak.

Vastagbelek felfujt marhahólyag nagyságnyira nagyobbodottak, puffadtak, feszesek. A colon transversum a hasfal felnyitásakor erősen kidomborodik a has niveaujából. A máj leirt feltolását, a mellkas alsó részletének e feltünő kitágulását a belek ez elváltozásai eredményezték.

Ugyancsak a felhágó, valamint a leszálló remese is karvastagságnyira puffadt, kifeszített, fala halhólyagszerűleg megvékonyodott, muscularis eltünt, itt-ott egy haránt izomcsik, vérszegény.

Az S romanum tájékán a nyálkahártya erősen belövelt, hurkaszerűleg előmborodó, szétszórtan *számos szabálytalan alakú, alávájtszélü, zöldes-eves lepedékkel bevont, harántirányban haladó fekélyek, melyeknek alapját részint a serosa, részint a muscularis képezi.*

A vastagbelekben mintegy 9 liternyi híg, borsólészerű bélsár.

***

Lényegében ugyan e kórboncztani elváltozásokat mutatta a junius 12-dikén szintén pellagrában meghalt *Bercs Jerina*, 39 éves felső kelinfalusi napszámos kórbonczlelete is.

A vékonybelek mérsékeltebb, a vastagbelek enormis puffadtsága, a beleg leirt megvékonyodása s átlátszósága, az agy, máj és lép vérbősége itt is olyan kórképet adtak, mint Dán Jónásnál.

A Dán Jónásnál az S romanumban talált dysenteriaszerű elváltozások Bercs Jerinánál nem voltak jelen.

Ezek után felmerül az a kérdés, mi volt a halál közvetlen oka. A vékony- és vastagbelek szöveti szerkezetének tönkremenése a chylus felszivódását lehetetlenné tette.

A belek puffadtsága és megvékonyodása következtében azoknak véredényei is összenyomattak. A belek vére vikariálólag a többi has- és mellüri szerveket teliti. Az agy is vérbő lesz; e vérbőség eredményének volt tulajdonítható az életben észlelt elmezavar is.

Az étel és folyadék a béltractuson úgyszólván változatlanul megy keresztül. A belek atrophiájának következménye a profus hasmenés, mely ellen orvoslást nem találhattunk.

Táplálkozási zavar, a vérképző apparatusnak tönkremenetele marasmust idéz elő, és mindkét esetben okozója a pár hónap után beállott exitus letalisnak.

***

Jegyzet a fentebbi közleményhez.

Lombroso nagy monographiájában a pellagráról (Trattato profilattico e clinico della pellagra di *C. Lombroso*, Professore di clinica Psichiatrica, nella Regia Universita di Torino. Torino 1892.) 113 pellagrás eset bonczolatadatainak alapján az e bajnál előforduló jellemző kórboncztani elváltozásokra vonatkozólag a következő csoportokat állítja össze.

A pellagrás bántalmaknál előfordulnak:

1. *Irritatiók, exsudatumok s hyperaemiák* localisáltan a durában, piában, arachnoideában, májban, lépben, a belek alsó részében, a vesében, s mindenek felett a gerinczvelőben s ennek hártyáiban.

2. *Sorvadás, marasmus* leginkább a vagustól beidegzett szervekben, ú. m.: a szívben, vesében, lépben, májban, belekben, tüdőkben. E szervek után leginkább a bordák s legutoljára az izmok szenvednek az elváltozásban. A szervek e marasmusa különben látszólag jól táplált, erős egyéneknél is előfordul. A csontok közül csak a bordák lesznek törékenyek. Az izmok zsíros elfajulása csak egyes izomcsoportoknál észlelhető.

3. Előfordulnak továbbá *elzsírosodások* a vesében, májban, néha a szívben s a mi fontos, az idegsejtekben s a központi idegrendszer kötőszövetének ereiben. A vese elzsírosodását nem kiséri a kötőszövet hyperplasiája. A máj- és szív-adipositása 3 esetben volt typhusos pellagránál.

4. Jellemző elváltozások továbbá a pellagrában a *pigmentdegeneratiók*: a szív atrophia bruneája, máj-pigmentatio, isolált pigmentatiók a cerebrális edényekben, idegsejtekben.

5. *Egyéb elfajulások* ritkábbak. Igy elmeszesedés 3 esetben fordult elő az agyedényekben aneurysmás tágulással. Ezek adják magyarázatát az agy megvastagodásával s a cerebrális sejtek és edények elzsírosodásával együtt az intellectualis elváltozásoknak.

6. *Korai senilitasra való hajlandóság tünetei*, ú. m.: atheromatosus elváltozások, amylaceás granulák bősége a gerinczvelőben s ganglionokban; *idő előtt* való kopaszság, bőr-pigmentatio és börsclerosis stb. *Szerk.*

TÁRCZA.

Gynaecologia Amerikában.

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

Mielőtt tárgyamra, a melyet e mü czímében jeleztem, áttérek, az Egyesült-Államok kórházait és az orvostudomány tanítási rendszerét szándékozom röviden ismertetni, hogy az olvasó némileg fogalmat alkothasson magának az előbbiek mintaszerü, a hygienikus követelményeknek minden tekintetben megfelelő, pazar berendezéséről és az utóbbiak eddigi fejlődéséről.

Szinte meglepi és bámulatba ejti az Egyesült-Államokban utazó európai orvost, hogy épen azon nép között, a mely „make money“ és „help yourself“ jeligéjéről ismeretes, találja a humánus czélokra szolgáló törekvést leginkább kifejlődve. Ha egy-egy fényesen berendezett kórház megtekintése után kérdezzük, hogy ki építette és ki tartja fenn ezen költséges intézetet, bizonyosak lehetünk, hogy a következő három felelet közül fogjuk valamelyiket kapni: Közadakozásból épült és tartjuk fenn; X. Y. építette és tartja fenn; vagy X. Y. ennyi és ennyi összeget testált, a mely a kórház felépítésére és fentartására elegendő. És ha egy ilyen kórház évi jelentését végig lapozgatjuk, lapokon keresztül mást nem olvashatunk, mint a adományozók névsorát, kik egyenkint egy dollártól egész több ezer dollárig áldoznak évenkint a kórház czéljaira. A jelentés utolsó lapjain „special gifts“ czím alatt az igazgatóság felsorolja a kórház berendezésére tett adományokat, a melyek ing, papucs, kép, könyv, szék, asztal, ágynemü stb.-ből állanak. Némely ilyen adományhoz külön megjegyzést is füz, igy pl.: Az igazgatóság nagyra becsüli és különösen megemlíti N. Helena és Klára nővéreknek anyjuk emlékére tett adományát: 50 ágytakarót, 12 asztalt, 6 széket stb. stb.-t. Végül az igazgatóság még egy zenetársulatnak is köszönetét fejezi ki azért, hogy az minden szombaton a betegek szórakozására a kórházban hangversenyt rendez.

Az ingyenes ágyak intézménye is lényegesen javítja a kórházak anyagi helyzetét, a mennyiben pl. 5000 dollárból álló adomány az adakozót és annak örökösét feljogosítja arra, hogy időről időre egy-egy beteget küldhetnek a kórházba, a ki ott ingyenes gyógykezelésben és ellátásban részesül. És ha megtudjuk, hogy ezen adakozás rendszerint egy-egy kedves halott emlékére történt, ez csak annak adja jelét, hogy az amerikai pénzemberben nemesen érző szív is van. Ezen nemes initiativából keletkezett kórházak intézményeiben azonban orvosi szempontból egy hátrányra is bukkanunk. Ugyanis a kórházak igazgatására alakult comiték tagjai sorába főleg a laikus elemekből álló adakozók (többnyire nők) jutnak, a kik azután befolyásukkal néha az orvos szabad működését akadályozzák.

A kórházak legnagyobbb része emeletesen van építve. Ez ugyan nem felel meg teljesen a mai hygienikus követelményeknek, de ha tekintetbe vesszük, mint pl. New-Yorkban a teleknek drágaságát és látjuk az építkezési modort, a hygienikus viszonyoknak megfelelő berendezést, a praktikus és jó szellőzőket, akkor ezeket kifogástalanoknak mondhatjuk.

Az épületnek tömörebb, nehezebben szellőztethető részeiben vannak a hivatalos helyiségek, váró-, társalgó- és étkező-termek, fürdőszobák stb. elhelyezve, míg ellenben a szárnyakban a kórtermek. Nem egy kórháznak folyosója, kórtermeinek padlózata, sőt némelyikben a fal is embermagasságig márványnyal van burkolva. A falak és a menyezet rendszerint olajfestékkel vannak bevonva, vagy egyszerüen fehérre meszelve. A hosszú és széles kórtermekben az ágyak egymástól nagy távolságban az ablaközökben vannak elhelyezve. A hosszú, egymással szemközt lévő falakon nyilnak a nagy szimpla ablakok, a melyek angol rendszer szerint vagy az alsó tábla feltolása vagy a felső tábla lehúzása által nyithatók. Könnyen érthető tehát, hogy az esetben, ha csak két egymással szemben lévő felső ablaktáblát kissé letolnak, oly légáramlat keletkezik a szoba felső regióiban, a mely a kórterem levegőjét hamar megújítja és a betegre nézve nincsen káros hatással. Ezen egyszerü szellőzés mellett még csöveken keresztül is vezetnek friss levegőt a kórtermekbe, sőt mint pl. a „Sloan Maternity Hospital"-ban a levegőt előbb felhevítés által megtisztítják és csak újból való lehütés után juttatják a kórtermekbe. Fütésre gőzt használnak, világításra gázt és villanyt.

A kórtermek butorzata egyszerü és izléses. A betegek széles, fehérre mázolt vaságyakban feküsznek, ágyneműjök hófehér. Az ágy mellett fehér, vas éjjeli szekrény van. A terem közepén néhány asztal és az amerikaiak által nagyon kedvelt hintaszék alkotja a butorzatot. Az asztalokon néhány cserép virág, a falakon néhány kép ellensúlyozza a kórtermek rendes ridegségét.

A legminutiosusabb rend és tisztaság uralkodik mindenütt. A fenjáró betegek részére társalgó- és ebédlő-terem áll rendelkezésre. Arról is van gondoskodva, hogy egyes betegek a szabadba is juthassanak. A mely kórháznak erre a czélra kertje nincsen, felhasználja a tetőt aképen, hogy ott vászonernyőkkel beárnyékolható plateaut csináltatott. Főleg a gyermekek részére van ez irányban gondoskodva. Szép időben még az ágyban fekvő kis gyermekeket is ágyastól a szabadba viszik. Az üdülő gyermekeket az ápolónők társasjátékokra tanítják és nem egy intelligens nő látogat be a kórházba, hogy a kis betegeket vigasztalja és szórakoztassa.

Az operáló-termek és mellékhelyiségeik az aseptikus követelményeknek lehető legjobban felelnek meg. Falaik könnyen tisztán tarthatók, márványnyal vagy majolika-lapokkal vannak burkolva vagy olajfestékkel mázolva. Butorzatuk vas és üvegből készült. A műtételeket nézö orvosok részére a legtöbb kórházban egy márványfallal elrekesztetett kis amphiteatrum van fentartva, a hová egy külön ajtó vezet, úgy hogy a nézö, a műtételnél résztvevő személyzettel és a használatban lévő tárgyakkal nem jöhet érintkezésbe. A mellékhelyiségek egy altató-szobából, egy öltöző-szobából (a hol az operáló és segédszemélyzete átöltözködik), és egy sterilizáló-szobából állnak. A sterilizáló-szobában vannak a kötöszerek, müszerek és a víz sterilizálására alkalmazandó, a technika legújabb vivmányaival biró eszközök.

A mai követelményeknek talán leginkább megfelel a baltimore-i „Johns Hopkins Hospital", a mely a Johns Hopkins universityvel összeköttetésben áll és az orvosi tudomány praktikus ágainak tanítására utóbbinak egyik facultását alkotja. Ezen intézet létezését Johns Hopkinsnak, egy baltimore-i polgárnak köszönheti, a ki halála után 1873-ban három millió dollárt hagyott egy kórház épitésére. A kórház 1889-ben pavillon-rendszerben az adomány kamataiból épült fel. Áll egy fö- és 12 melléképületből, a melyeket a legközelebbi jövőben még 5 épülettel szaporítanak. A telep a városnak kissé emelkedettebb helyén épült. A hatalmas kupolával biró főépülete a vasúton érkezőknek csakhamar feltünik. A főépület nyers téglából készült 2 emeletes monumentalis alkotmány. A kapun belépve egy kis előcsarnokba jutunk, a hol az adományozó életnagyságú olajfestésü képét pillantjuk meg. Balra egy váróterem, jobbra a kapus helyisége van. Az előcsarnokból a kupola alatti térre haladunk, a hol Thorwaldsennak híres Krisztus alakját márványban reproducálva látjuk. Az épület földszintjén váró-, fogadó- és tanácskozó-termeken kivül, egy nagy könyvtár és irodahelyiségek vannak. Az első és második emeleten a superintendens és az orvosok lakásai, társalgó-terem és a rajzolók számára fentartott mütermek vannak. A főépület a különálló melléképületekkel födött és fütheto folyosóval van összekötve. Kissé a főépület előtt két oldalt két, egyenkint 28 külön szobát tartalmazó egy emeletes épület áll; kissé hátrább és kijebb az egyik oldalon az ápolónők épülete (lakással és iskolával), a másik oldalon egy épületben a konyha, mosókonyha, fütőház stb. van elhelyezve. Ezektől hátrafelé az egyik oldalon egymástól kellő távolságban 5 egy emeletes pavillon van épitve, a másik oldalon a telek még üres; itt legközelebb emelik fel hasonló modorban az épületeket.

A mint a fedett folyosóból egy ilyen épületbe érünk, először egy kis előcsarnokban találjuk magunkat, a melynek közepén a nagy szellöztető szerkezetnek vastag kéménye emelkedik fel. Ide nyilnak a melegitő konyha, fürdőszobák, closetek ajtói és a lépcső, fel az emeletre. Balra rövid folyosó 4 kétágyas kórszobához vezet, jobbra egy nagy 24 ágyas 18 ablakkal biró kórterembe jutunk. Az ágyak az ablakközökben vannak elhelyezve. A szellöztető csatornarendszer a padló alatt vonul el és minden ágy alatt egy-egy nyilással végződik, a honnan a rossz levegőt a kéménybe szívja fel. A kórterem rendkivül világos és a nap egész napon át éri. Egy ilyen pavillonnak egy emelete áll a nőbetegek rendelkezésére, a melyhez egy külön épületben elhelyezett operáló-terem tartozik a megfelelő mellékhelyiségekkel. Egy másik pavillonban a szülészeti osztály van, a mely egy év előtt nyilt meg. Ez a többitől elütően van berendezve, a mennyiben az épület hosszában a középen egy folyosó húzódik végig, a melybe a kétágyas gyermekágyas termek nyilnak. Két szülöszoba van itt; az egyik a fehér, a másik a néger szülönök részére, a kik azután, mint gyermekágyasok is elkülönítve feküsznek. Nemcsak ezen szülészeti osztályon, hanem egyáltalában az Egyesült-Államok összes kórházaiban a néger betegek a fehéretől többnyire elkülönítve feküsznek. A fehérek nem kedvelik a négereket, nem tartják öket magukkal egyenrangúaknak; azok még mindig magukon viselik a rabszolgaság bélyegét. A magzatok egy külön ápolónő felügyelete alatt külön kórteremben feküsznek és csak a szoptatás idejére viszik öket az anyjukhoz. A folyosó és a kórtermek padlózata márványlapokkal van borítva, a falak a menyezettel együtt olajfestékkel bevonva.

Egy következő épületben az előadások tartására nagy amphiteatrum van, körülvéve több kisebb teremtől, melyek előkészítő, vizsgáló- és kötözőszobák. Ezt az épületet egy másik folyosó a bejáró betegek vizsgálására és kezelésére fentartott épülettel köti össze, a melynek egészen külön bejárata van az utczáról. A beteg egy kis előcsarnokon keresztül nagy terembe jut, a hol sorrendben elhelyezett padok 200-nál több várakozó beteg részére szolgálnak ülöhelyül. Itt egy erre alkalmazott egyén osztályozza a betegeket, a kik azután sorrend szerint a megfelelő orvos kezelése alá jutnak. A kezelések a terem körül elhelyezett kisebb szobákban történnek. Ugyanitt szolgáltatják mérsékelt áron a gyógyszereket is a bejáró betegek részére. Végül még a telep hátterében két külön épület áll a boncztan és a kórboncztan rendelkezésére.

Úgy a Johns Hopkins Hospitalnek, mint az Egyesült-Államok minden egyes nagyobb kórházának az ápolónők tanítására, kiképzésére külön iskolája, az úgynevezett „Training school for nurses" van, a mely 2 vagy 3 évfolyamból áll.

A fent említett kórházban az ápolónői tanfolyam 3 évig tart. Az elmult 1896-dik évben 65 tagja volt. Tanuló ott minden 20 évet meghaladt, de 35 évet még el nem ért nő lehet, a ki jó erkölcsi és egészségi bizonyítványnyal jelentkezik. A tanulók teljes ellátásban részesülnek, a melybe lakáson és élelmezésen kivül beleértik a ruházatot, mosást, szükséges könyveket és több apró dolgot. Az előbbi években fizetést is húztak, most újabban azonban csak a 12 legjobb tanuló részesül évenkint 100 dollár jutalomban. Oktatásuk rendkivül lelkiismeretes és részletes, sőt mondhatnám, a mennyire hiányos minálunk, ott túl sok. A hygienia, physiologia, anatomia, pathologia, pharmacologia szükséges részeit az első évben tanulják; a következő 2 évben betegápolásra, bábaságra, egyes gyógyeljárásokra ú. m. massage, villanyozás, kötözésre oktatják, és végül még arra is megtanítják öket a konyhában, hogy a különböző betegségben szenvedő egyének számára mi módon kell elkészíteni az ededeleket. A praktikus kiképzést a kórtermekben nyerik, a hol a 3 év alatt rendes szol-

gálatot is teljesítenek. Sikeres vizsga után egy diploma-félét kapnak, a mely az ápolónő- „nurse“ czím viselésére jogosítja fel őket, a mi után tetszésük szerint vagy az illető kórházban, a hol kitanultak maradnak meg, vagy máshol keresnek állást.

Hogy mily különbség van az amerikai és a mi ápolónőink között, azt csak az tudja megítélni, a ki mindkettőt működése körében látta. Az amerikai ápolónő általánosságban műveltség, tudás és a beteg körüli bánásmódban messze túlszárnyalja a mieinket. Nem is fogják a mieink addig utólérni őket, míg mi nálunk a társadalmi viszonyok meg nem változnak. Míg nálunk a művelt osztályból származott ápolónő a ritkaságok közé tartozik, addig az Egyesült-Államokban ezen társadalmi réteg szolgáltatja az ápolónők legnagyobb számát. Valamint az amerikai férfiban, ép úgy az amerikai nőben is meg van a törekvés önálló állás elnyerésére, még akkor is, ha anyagi helyzeténél fogva nincs reá szorulva. Így sokan választják az ápolónői foglalkozást, a mely elég jövedelmező és a társadalmi életben is tisztes állást szerez.

Az ápolónők az egyes kórházakban egyformán öltözködnek. A főápolónők tiszta fehér ruhát hordanak, fehér fejkötővel a fejükön, a többi ápolónő többnyire fehér és kék csíkos ruhát visel, a melyet elöl fehér kötény fed. Úgy látszik tanításuk alkalmával nagy súlyt vetnek arra, hogy a tisztaság szeretete és a betegekkel való humanus bánásmód bennük mintegy vérré váljék, mert utazásom alkalmával a számtalan kórházban mindig feltűnt az a minutiosus rend és tisztaság, a melyet úgy a kórtermek, betegek, mint ápolónők körül tapasztaltam. A betegekkel pedig oly humanus módon bánnak, a mely ritkítja párját. Ez érthető is; hiszen egyikük sem választotta kényszerüségből az ápolónői állást, mindegyikük hivatást érzett arra, mert ha nem érzett volna, kereshetett volna magának más megélhetési módot, a milyent eleget nyujtanak az Egyesült-Államokban a nők megélhetésére.

Az Egyesült-Államokban az orvosi tudomány tanítására körülbelül 150 iskola „Medical College“ áll rendelkezésre, a melyek nem képezik úgy mint minálunk, az állam tulajdonát, hanem privát kezekben vannak. Ezeknek körülbelül fele nagyon alacsony niveaun áll és nem felel meg a modern követelményeknek. Ezen, gúnynéven „Bumb schools“-nak nevezett iskolák nagy része még a régi időben inkább nyerészkedés, mint tudományos czélból épült és közülök sok még ma is hallgatóit csak theoretice tanítja. Nem egy hallgató kerül ki az ilyen iskolából rövid két évi tanulás után diplomával a zsebében a nélkül, hogy még betegeket is észlelt volna. Ezen intézetek száma azonban évről évre fogy, mert az újabban kibocsátott törvények az ez intézetekből kikerült orvosok gyakorlata elé annyi nehézséget gördítenek, hogy ennek következtében azokat mind kevesebb és kevesebb hallgató frequentálja és így fennállhatásuk is idővel lehetetlenné válik. De nem csak törvényekkel küzdenek az amerikaiak ezen zugiskolák ellen, hanem azzal is, hogy körülbelül 20 év előtt az akkor hírnévnek örvendő iskolák egyesületet, „The Association of American Medical Colleges“ alkottak, a melyben főleg a tanításra vonatkozó autonom törvényeket hoztak és kötelezték magukat azoknak pontos keresztülvitelére. Ezen egyesületbe jelenleg 75 iskola tartozik, a melyek mind jó hírnévnek örvendenek és megállapított kötelező törvényük szerint hallgatóikat négy évig tanítják.

A legjobb iskolák közé tartozik az University of Pennsylvania Philadelphiában, a Columbia-, az University-, a Bellevue Medical College New-Yorkban, a Jeferson- és Johns Hopkins Medical College Baltimoreban, a Rush Medical College Chicagóban, a melyek mind, hallgatóik számával arányban, bőségben rendelkeznek beteganyaggal. Igy a „Rush Medical College“ sebészi előadásai bátran vetekedhetnek Bergmann tanáréival. *Senn* tanár lendületes előadásait oly betegbemutatás kiséri, a melyben a hallgatók egy előadásban egy-egy betegség különböző stadiumait és különböző változásait láthatják. Számos műtétel követi kellő magyarázat mellett a betegbemutatást. És e közben a padokban kézen forognak kis villanylámpával megvilágított mikroskopok, a melyekbe az előbbi előadáson exstirpált daganatok mikroscopiai készítményei vannak beállítva, a melyeket a tanár az előadás kezdetén röviden megmagyarázott.

Ezen elsőbbrangú iskolákban az oktatás időtartama négy évre van meghatározva. Az első két évben a theoretikus tantárgyakat tanítják, az utolsó két évben pedig a praktikus orvostudományba vezetik be a hallgatókat. A megfelelő vizsgák sikeres letevése után diplomát kap a hallgató, a mely feljogosítja őt a a „M. D.“ czím viselésére.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Studien zur Geschichte der Anatomie im Mittelalter. Von **Robert Ritter von Töply.** Wien, 1898. Verlag von Deuticke.

A középkor orvosai még mindig Galenus irataiból merítették boncztani ismereteiket. A szerző mindenekelőtt ezen eredeti forrásokat — a Galenus előtti s a pseudo-galenusi iratokkal együtt — teljes számban összeállította, szövegüket és tartalmukat beható és alapos birálat alá vette. A következőkben áttér a *byzanci* szerzőkre (Oreibasios, Gregorius ab Nyssa, Nemesios, Meletios, Theophilos), a kik Galenusnak némely adatait javították és bővítették. Vizsgálat alá veszi Lauremberg Anonymusának εἰσαγωγὴ ἀνατομική-ját, melyet nem orvos, hanem egy Aristoteles-kutató nyelvész munkájának tart. Theophilosról nem véli valószínünek, hogy felfedezte volna a szaglóideget, mint a hogy első leirójának eddig őt tartották. Theophilos is csak hét pár agyideget ismert — a mennyit Galenus — s azok közt a n. olfactorius nincsen. Feltehetőleg ő is a corpora mammillaria kat nézte és irta le annak.

A harmadik fejezetben az *arabok* boncztani tudományát tárgyalja. A mohamedan hitvallás a boncztan önálló fejlesztésének útját állotta; de e belyett az arabok szorgalmasan fordították az ó-kori irókat. Csupán Abd-el-Letif talált közülök egy egyptomi járvány idejében alkalmat az elhaltak koponyáinak vizsgálására s helyesbítette ily úton Galenus csonttanát.

A negyedik fejezetben a *román népekről* szól. Közülök a boncztan terén kiváltak: Isidorus Hispaliensis, Constantinus Africanus, Magister Richardus. A salernói iskola anatomiája („anatomia porci“) egy czím nélküli kéziratban maradt letéve, mely újabban Henschel által „Demonstratio anatomica“ czímen kiadatott. Szerző aztán méltatja a bolognai iskola jelentőségét; Guilelmus de Saliceto sebészeti könyveiből kiemeli a boncztani vonatkozásokat; Thomas de Cantimpré, Henri de Mondeville és Bartholomaeus Anglicus iratait beható megbeszélés tárgyává teszi. Folyékony fordításban találjuk közölve II. Frigyesnek 1240-ben kiadott, az orvosokra vonatkozó rendeleteit s az orvosi oklevélmintát.

A tudomány önzetlen szeretete, lelkiismeretesség és szorgalom voltak azok a tényezők, melyek e derék munkát — elömunkálatát egy nagyobb műnek, a boncztan teljes történetének — létrehozták. Örömmel nézünk annak mielőbbi megjelenése elé.

György Tibor dr.

II. Lapszemle.

A tuberculin R. gyógyhatásáról értekezik *Scheuber*. Összesen 32 lupusos, scrophulotikus és tuberculotikus bőrelváltozásokban szenvedő beteget oltott tuberculin R.-rel. A hígítás konyhasóoldattal, mindig közvetlen a használat előtt eszközöltetett és a kezdetleges adag 0·000002 gm. volt, melyet minden 2—3 nap fokozott. A tünetek a tuberculotikus bőrelváltozásokban következők voltak: A befecskendezések kezdetén csak pir lépett fel a bőrelváltozásokban, mely többnyire tovább nem terjedt. Némely esetben azonban a megbetegedett bőrrészletek körül pirudvar lépett fel és olykor ehhez lehámlás csatlakozott. A beszüremkedések és göbcsék a befecskendezések folyamán csak részben fejlődtek vissza, a fenmaradt bőrelváltozásokból a kórisme még mindig felállítható volt. Némely esetben ugyan hegképződés kezdett beállani, azonban ennek bekövetkeztével a további befecskendezések a folyamatot többé nem tudták befolyásolni. Szerző azután a gyógyított eseteket részletesen ismerteti és kisérleteinek eredményeit a követ-

kező pontokban foglalja össze: 1. A tuberculin-befecskendezés a legritkább esetben reactio nélkül marad, legtöbb esetben úgy a befecskendezési helyen, valamint a megbetegedett bőrben reactiót idéz elő. 2. Az általános reactio, mely némely esetben igen magas lázban mutatkozik, még a legelővigyázatosabb fokozásnál is, sőt ugyanazon adag ismétlésénél is, biztosan nem kerülhető ki. 3. A befecskendezések kezdetén bizonyos fokú javulás bekövetkezik ugyan, de gyógyulás sohasem. 4. Egy 20 mgm.-nyi adag sem képes a folyamatot elmulasztani és még nagyobb adagok után sem várható végleges gyógyulás, mert a javulás csak a gyógyítás kezdetén mutatkozik, végefelé pedig állandó állapot marad fenn. 5. Az esetek egy részénél még a teljesen keresztülvitt befecskendezési kúra után is, sőt a követő műtét után is a bekövetkezett visszaesés következtében meggyőződött arról, hogy a mentesség nem állott be, mennyiben következik az be a többi esetnél, ez csak hosszabb megfigyelés után mondható meg. 6. A gyógyítás az új tuberculin R.-rel semmiféle előnyt nem nyujt a régi tuberculinnal szemben, miután még kellemetlen mellékhatásaikban is, egyenlő magas adagok mellett is, megegyeznek; ezenkivül a hosszú gyógykezelés és a gyógyszernek magas ára a gyógyítást költségessé teszi. A megfigyelt complicatiók még arra utalnak, hogy a gyógyítás lehetőleg csak kórodán eszközöltessék, miután a betegnek folytonos megfigyelése kivánatos, kellemetlen meglepetések elkerülése végett.

Alpár (*Aschner*) *Arthur* dr.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1898. julius 8.

△ **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1898. junius 19-dikétől 1898. junius 25 dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 445 gyermek, elhalt 240 személy, a születések tehát 205 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup —, roncsoló toroklob 2, hökhurut —, kanyaró 2, vörheny 7, himlő —, typhus abdominalis —, gyermekágyi láz —, influenza —, egyéb ragályos betegségek 2, agykérlob 15, agyvérömleny 2, rángások 3, szervi szívbaj 13, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 33, tüdőgümő és sorvadás 55, bélhurut és béllob 32, carcinomata et neoplasmata alia 11, méhrák 3, Bright-kór és veselob 7, angolkór —, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 10, aszkór, aszály és sorvadás 2, aggkór 15, erőszakos haláleset 10. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2085 beteg, szaporodás 683, csökkenés 684, maradt e hét végén ápolás alatt 2084. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1898. junius 25-dikétől julius 2-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 7 (meghalt 6), himlőben — (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 8 (meghalt —), vörhenyben 37 (meghalt 2), kanyaróban 138 (meghalt 3), roncsoló toroklobban és torokgyíkban 13 (meghalt —), trachomában 10, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 12 (meghalt —), orbánczban 16 (meghalt 1), gyermekágyi lázban 2 (meghalt —).

— **Egyetemes orvos-doctorokká avattattak** 1898. május 24-dikétől junius 28-dikáig: *Gruber Aladár* Kassa, Abauj-Tornamegye; *Brichta Jakab* Oscsadnicza, Trencsénmegye; *Balassa Béla* Tisza-Beő, J.-N.-K.-Szolnokmegye; *Lévy Lajos* Budapest, Pestmegye; Gyergyószárhegyi *György Gábor* Kolozsvár, Kolozsmegye; *Borbás Géza* Dalnok, Háromszékmegye; *Wildmann D. Dezső* Budapest, Pestmegye; *Luczy Gusztáv* Poprád, Szepesmegye; *Svarcz Károly* Csurgó, Somogymegye; *Rooz Ernő* Nagy-Károly, Szatmármegye; *Neuländer Armin* Szepes-Váralja, Szepesmegye; *Windisch Ödön* Budapest, Pestmegye; *Dimovits György* Jaszenovácz, Pozsegamegye; *Beke Mihály* Szatmár, Szatmármegye; *Grósz Ignácz* Szeghalom, Békésmegye; *Réder Manó* Budapest, Pestmegye; *Ofner Oszkár* Újvidék, Bács-Bodrogmegye; Táni *Szabó Győző* Kecskemét, Pestmegye; *Hirschl Sándor* Dány, Pestmegye; *Thiering János Lajos* Sopron, Sopronmegye; *Meer Samu* Arad, Aradmegye; *Steiner Gyula* Palást, Hontmegye; *Satler Ignácz* Kutur, Somogymegye; *Fametz Gyula* Nagy-Várad, Biharmegye; *Tabi József* Félegyháza, Pestmegye; *Waisbecker Gyula* Köszeg, Vasmegye; *Nagy Sándor* Farkasd, Nyitramegye.

— **Alkalmaztatások a budapesti egyetem orvosi karán.** II. sz. boncztani tanszék: *György Gábor* dr. tanársegéd; I. sz. boncztani tanszék: *Sidlauer Jenő* II. tanársegéd; szemklinika: *Bilasko György* dr. díjazott gyakornok; általános kórtani tanszék: *Marikovszky György* sz. o. díjazott gyakornok; II. kórboncztani tanszék: *Torday Árpád* és *Hollós József* díjazatlan gyakornokok; II. sz. belklinika: *Ulrich Gyula* dr. díjazatlan gyakornok; törvényszéki orvostani tanszék: *Schafranek János* díjazatlan gyakornok; elme- és idegkórtani tanszék: *Ranschburg Pál* díjazatlan gyakornok; II. sz. sebészeti klinika: díjazott műtőnövendékek lettek: *Dapsy Victor*, *Fischer Aladár*, *Forgách Aladár*, *Hajdu Imre* dr.-ok; díjatlanok: *Halka Lajos*, *Pálka Géza*, *Pollatsek Elemér*, *Raisz Sándor*, *Reach Dezső* dr.-ok; az I. sz. sebklinikán: *Dollinger Gyula* tanárnál: I. tanársegéd lett *Illyés Géza* dr.; II. tanársegéd lett: *Kaczvinszky János* dr.; díjazott műtőnövendékek lettek az 1898/99. tanévre: *Bodon Károly*, *Klug Nándor*, *Tauffer Emil*, *Lengyel Lajos* dr.-ok; díjazatlanok pedig: *Kopits Jenő*, *Winternitz A. M.*, *Zimmermann Károly*, *Ponsory Béla*, *Berger Vilmos*, *Török Béla* dr.-ok.

— **Habitált docensek az orvosi karon.** Az orvosi karon venia docendit nyertek az 1898/99. tanév folyamán: *Bäcker József* dr. „A női betegségek propaedeutikájá-ból; *Feleki Hugó* dr. „A férfi ivar- és húgyszervek bántalmainak kór- és gyógytaná"-ból; *Nékám Lajos* dr. „Dermatologiá"-ból; *Makara Lajos* dr. „A sebészeti műtéttan"-ból; *Kuthy Dezső* dr. „Hydrotherapia és klimatologiá"-ból; *Hochal Károly* dr. „A szív- és tüdőbetegségek kór-.és gyógytaná"-ból; *Gerlóczy Zsigmond* dr. „A heveny fertőző betegségek kór- és gyógytaná"-ból; *Alapy Henrik* dr. „Húgyszervek sebészeté"-ből; *Morelli Károly* dr. „A gyakorlati orr- és gégetükrészet"-ből; *Kuzmik Pál* dr. „A sebészeti műtéttan"-ból.

○ **A XIII. nemzetközi orvosi congressust,** mint ismeretes, *Páris*-ban fogják megtartani 1900. augusztus 2-dikától 9-dikéig. Elnöke lesz *Lannelongui* tanár, vezértitkára *Chauffart* dr. A congressust a köztársaság elnöke fogja megnyitni. A szervező bizottság már megkezdte működését. Pertik tanárhoz intézett levelében felhivta őt, hogy járjon közbe, hogy a magyarországi nemzeti bizottság is lehetőleg f. év augusztus 1-jéig megalakuljon. Ez megtörtént az elmult hét folyamán.

○ **Özv. Pakó Gyuláné,** hivatása közben elpusztult körorvos hat gyermekkel visszamaradt özvegye, ez úton mond hálás köszönetet Tauffer Vilmos dr. tanár úrnak, ki — Chyzer min. tan. úr közbenjárására — b. családja és az egyetemi orvostanárok között részére 100 frt adományt gyüjteni szíveskedett.

— **Orvosi jubileum.** A brassóvárosi kör f. hó 5-dikén testületileg üdvözölte veterán tagját, *Otrobán Nándor* dr.-t, 71-dik születésnapja alkalmából

□ **Kérelem.** *Purjesz Ignácz* dr. (Muzeum-körút 7) kéri a kartárs urakat, hogy lakásukat az általa szerkesztett „*Orvosok Zsebnaptár*"-ába leendő beiktatás, illetve kiigazitás végett vele minél előbb közölni szíveskedjenek.

△ **Kinevezések.** *Fejér Gyula* dr.-t a főpolgármester a szt. Margitkórház rendelő szemorvosává, *Tomka Samu* dr.-t pedig ugyanoda a fülbetegek rendelő orvosává nevezte ki.

— **A budapesti ált. poliklinikán** junius hóban 2454 új beteg fordult meg 12,456 rendeléssel.

— **Fürdőink látogatottsága**: *Lubló* VI./25. 227; *Bikszád* VI./30. 88; *Alsó-Tátrafüred* VI./25. 344; Mattoni-féle Budai *Erzsébet-sósfürdő* VI./16. 229; *Tátrafüred* VI./28. 638; *Tarcsa* VI./30. 324; *Herkulesfürdő* VI./29. 1931; *Bártfa* VI./29. 656; *Lipik* VI./24. 898.

△ **A pöstyéni „Ferencz József"-fürdőt** julius hó 3-dikán nyitották meg ünnepélyesen.

□ **Megjelent.** *A magyar szent korona országai balneologiai egyesületeinek 1898. évkönyve*, *Löw Sámuel* dr. egyesületi titkár szokott gondos szerkesztésében. Az évkönyv I. része az egyesület administrativ ügyeit, II része az idei congressuson tartott előadásokat tartalmazza.

Szt. Lukács-fürdő
téli és nyári
gyógyhely.
Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú nyitott és zárt medenczéiben a forrásvíz naponként négyszer megújul. Mindennemű gyógy- és 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.

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 láp-, fenyő- 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 kitüő 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. (I. ülés 1896. november 4-dikén. II. ülés 1896. deczember 2-dikán. III. ülés 1897. február 3-dikán.) 344—346 l. — A német balneologiai congressus tárgyalásai. 346. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 346. l.

A budapesti kir. orvosegyesület stomatologikus szakosztálya.

(I. ülés 1896. november 4-dikén.)

Elnök: **Árkövy József**, később **Turnovszky Jenő**; jegyző: **Hattyasy Lajos.**

Elnök megnyitó beszéde és jelentései után a napirend előtt bemutatva lett:

Állandó fogak hiányossága.

Láng Ignácz: 18 éves ifjút mutat be, kinek 13 állandó foga hiányzik. Patiens nem emlékezik arra, hogy egy állandó fogat húzatott volna. Bemutató becsesnek tartja az esetet, részben a nagyszámú hiányzó fogak miatt, részben ama kérdés eldöntése miatt, vajjon csak egyes fogak *retentiójáról*, vagy azok teljes *hiányáról* van-e szó jelen esetben. Bemutató valószínűnek tartja, hogy részben csak retentio van jelen, a mennyiben a teljes hiány bilateralis szokott lenni, s itt a felső állcsontban a bal kis incisivus már megjelent, míg a jobb oldalon még a tejfog foglalja el helyét, de részben teljes hiány van jelen; a mellett bizonyít ugyanis a hiányzó fogak nagy száma, az ifjú kora és az alveolaris nyujtvány fejletlen alakja.

Rotman: Azt véli, hogy minden esetre retentio is van ugyan jelen, de alsó molarisok hiányát inkább gyermekkorban történt extractióra hajlandó visszavezetni. Az alsó centralis incisivusoknál retentio van, a felső lateralis incisivusok tényleg gyakran hiányoznak. Gyakorlatából három idevágó érdekes esetet említ fel. Elsőnél születéskor az incisivusok már áttörtek, szoptatás miatt a fogak extrahálva lettek, s ezek helyett állandó fogak nem nőttek. A második egy kartársra vonatkozik, ki a hiányzó fogak pótlására prothesist visel. Harmadiknál az egyik alsó centralis incisivus hiányzik.

Elnöki széket *Turnovszky* foglalja el, s következik a napirend:

Adatok a caries profunda kór- és műtéttanához.

Árkövy József: (Ezen előadás egész terjedelmében az Orvosi Hetilap 1897. 22—23-dik számaiban közöltetett.)

Előadás után *Rozgonyi Sándor* dr. szót kér. Szerénytelenségnek tartaná a kitünő értekezéshez érdemileg hozzászólni, inkább csak kérdést óhajt intézni az előadóhoz ezek iránt: 1. mi az intentiója lényegében a prophylactikus műtétnek, vajjon a pulpa conserválása-e? 2. a caries profunda prophylactikus műtéte caustikus, narcotikus szerekkel történjék-e? 3. vajjon e műtétnél a főczél a desinfectio, avagy a tubulusok mesterséges obliteratiója legyen e? Tett-e kisérleteket előadó úr, s mily irányban?

Rotman Ármin: *Baume* tankönyvében irja, hogy a pulpa-üreg felett kóros dentin is hagyható benn, csak a cariosus üreg széli része jól excavalandó. Felszólaló szintén azt tapasztalta, hogy legtöbb esetben sikerrel jár a műtét, ha az üreg antiseptikus szerrel (leginkább carbolt használ) a szúvas-üreg kitörülve, basaltömés + tömés alkalmaztatik. Basaltömésül guttapercha, artificial-dentin, vagy osteoplastikus anyag s fölébe amalgam használható. Benthagyása a rétegeknek nem oly ártalmas dolog, csak desinficienst kell használnunk, de közvetlen föléje érctömés ne alkalmaztassék.

Árkövy válaszában bangsúlyozza, hogy tekintettel az idő előhaladtára előadásából több részletet elhagyott. A szóban forgott műtéti eljárások czélja a cariosus-folyamat megállításán kivül az egyik (prophyl. műtét) esetben normalis dentin (fornix cavi pulpae), a másikban (palliativ-műtét) a másodlagos dentin képződhetésének elősegítése. Dentin-csatornácskák obliteratiója a dentinnél nem a peripheriáról ad centrum történik, hanem a Neumann-hüvely vastagodása által a centrumtól a peripheria felé mindaddig, míg a tubulusok obliteráltatnak. Ilyen lehet a folyamat az előadó által ajánlott műtéti eljárásoknál a pulpa-reactio hatása folytán.

Azon tapasztalati tény, mit *Rotman* tagtárs úr felhozott, hogy bennhagyott kóros dentin után is sokszor találjuk a cariosus-folyamat megállapodását, épen a mellett szól, hogy ily műtéti eljárás mellett nyilván ebur secundarius keletkezik, a mi tekintettel annak szöveti structurájára már is gátat vetni képes a cariosus-folyamat továbbterjedésének. Kóros dentin bennhagyása mellett végzett conservativ műtétek az angol és amerikai szakirodalomban perhorrescálva vannak; természetes, hogy az előadó és a fogászati klinika is csak ezen álláspontot foglalja el; a mennyiben direct (állandó) conservativ műtétről van szó, mert ez esetben a sebészi tantételnek: „hogy *minden kóros rész* eltávolítása után a hiány pótlandó", meg kell felelni. De ez alkalommal csak prophylactikus és palliativ műtétekről és műtéti javalatokról van szó, mi egyrészről ezen eljárást csak bizonyos és meghatározott esetekre korlátozza, tehát nem enged meg chablonszerű eljárást, másrészről már a műtét neve, beosztása lényegében rejti azt, hogy ezen *indirect conservativ műtétek* csak bizonyos időre birnak érvénynyel, s már magukban rejtik azon következményes eljárást, mely végleges tömésben nyer befejezést. Minden esetre lesznek esetek, a hol a czél a caries megállapodása, az ebur secundarius képződése eléretik, s lesznek viszont olyanok, mikor mégis pulpitis fejlődik, s igy a direct conservativ műtét milyensége a kórfolyamat további lefolyásától lesz függővé téve. Arra ez idő szerint nem lehet választ adni, hogy a kórfolyamat haladásának megakasztását a szúvas-üreg puszta kiszárítása és elzárása, s igy a nedvesség távoltartása mellett mily mértékben lehet elérni az óhajtott mikroorganismusok továbbfejlődésének meggátlását. Ha gyermekeknél vastag kóros dentin-réteg hagyatik meg, félő, hogy még antiseptikus szerek alkalmazása daczára is pulpitis következik be.

Hogy mennyire kérdéses a sterilitás szempontjából az előadó által tapasztalatilag jónak talált eljárás, mutatja a következő kartárs úr előadása, hol még a klinikailag igazolt, tehát eredményes esetekben sem éretett el a dentin sterilitása.

Második tárgy: **„Adatok a caries bacteriologiájához"** czím alatt **Dobrzynieczki Árpád** mint vendég, tartja előadását:

Vizsgálatai két csoportra oszlanak: az egyik csoportban előrement prophylactikus műtét után, a másikban e nélkül vizsgáltatott a fornix cavi pulpaehez tartozó dentin-réteg. Az eredmény az utóbbi esetben jelentékeny sepsis (számos colonia), előbbiben a várt sterilitas helyett, absolut sterilitas hiánya, azonban mégis annyi, hogy a talált coloniák száma kétféleségre szorult le.

(II. ülés 1896. deczember 2-dikán.)

Elnök: **Árkövy József**; jegyző: **Hattyasy Lajos.**

Bemutatás: **Az alsó állcsont medernyújtványának teljes necrosisa diphtheria után.**

Berger Ferencz: A beteg 5 éves, elég erőteljes, lues teljesen kizárt, szülei egészségesek. Felső állcsontján az összes metszőfogak hiányzanak, az állcsont fogmedernyújtványa teljesen hiányzik e helyen. Alsó állcsonton a jobb és bal II. tej-molaris és med. bal állandó incisivus kivételével az összes fogak hiányzanak, melyeknek nagy része a necrotisált teljes processus alveolarissal bemutattatik; szájban e helyen az alveolus e része teljesen hiányzik. Az állcsont ezen elhalását diphtheriás infectio okozta.

Előadó valószinünek tartja, hogy kis betegének állandó incisivusai nem lesznek.

II. bemutatás: **Egy sarcoma alveolaris operált esete.**

Berger Ferencz: Az 58 éves beteg jelen betegsége előtt mindig egészséges volt; 5 év előtt az oldalsó felső bal incisivus és caninusa felett egy kis daganatot érzett, melyet íny-genygyülemnek tartott és igy nem sokat törődött vele. Három évig fájdalom nélkül folyton növekedett. Csak a felette levő pofa bőre erősen megfeszült, kellemetlen és elrútító volt. A fogakat helyéből kimozdította, s igy a táplálkozást is erősen zavarta; azért orvosi segélyhez folyamodott. A bal arczfélen ökölnyi nagyságú, tömör tapintatú terimenagyobbodás, felette a bőr erősen feszült, de vele össze nem kapaszkodik, felette ránczba szedhető. Alapja a felső állcsont baloldalán mintegy a bal incisivustól a molarisok felett terült el. A fogak egy része hiányzik, csak a bal caninus maradt meg.

Mult év tavaszán operáltatott narcosis mellett *Gussenbauer* tanár által, és egy az epulisokat jellemző sarcoma gigantocellulare-re tétetett a diagnosis. A gyógyulás után megmaradt ür obturatorral záratott el, mit az illető azóta, féléve hordoz megelégedéssel.

Napirend: **Korona- és hidmunkák és azok combinatiója kaucsukmunkával.**

Klinger Zsigmond: Midőn a modern fogászat ezen legifjabb, nagy jelentőségű vivmányairól óhajtok értekezni, feladatul tűztem magam elé a gyakorlatban nyert tapasztalataimat röviden elmondani.

Sajnos, hogy a korona- és hidmunkák még ezen idő szerint nincsenek annyira alkalmazásban, mint azt megérdemelnék. Főleg a vidéken, mint személyes érintkezés által alkalmam volt meggyőződni. Határozottsággal merem pedig állitani, hogy legalább is 50% azon fogak közül, melyek extraháltatnak, koronák alkalmazása által nem csupán megtarthatók volnának, hanem tökéletesen megfelelnének a fogak rendeltetésének, alkalmassá tétetvén a rágásra.

A műleges koronák alkalmazásánál a legfontosabb volt és marad is mindig a főfigyelmet a pulpa, illetőleg a foggyökök állapotára irányitani.

Mert míg az élő és egészséges pulpával biró cariosus-fog a *romlott* részek eltávolitása után minden utókövetkezmény nélkül könnyen látható el koronával, addig a beteg, vagy üszkösödő pulpát rejtő gyökcsatorna a leggondosabb, legminutiosusabb kezelést igényli.

A pulpa eltávolitása s a gyökcsatornák tüzetes kezelése a koronával ellátandó fogaknál nem is ütközik valami nagyobb nehézségekbe, mivel nincs semmi ok, a mely a meglevő részek kiméletét parancsolná. A pulpaür könnyen tehető hozzáférhetővé, mivel a fogból bárhol elvehetünk annyit, a mennyi elég ahhoz, hogy tág kapu nyiljék a pulpához, illetőleg a gyökcsatornák hozzáférhetőségéhez.

Ezt tényleg adatokkal is bizonyithatom, mert még a legügyesebb műtőnél is előfordul, hogy egy-egy gyökértöméssel ellátott fogat a fellépett periodontitikus reactio miatt extrahalni kénytelen, addig rendesen kezelt s koronával ellátott gyökön eddig reactiót fellépni nem láttam.

A koronák elkészitésének módjai annyi helyen le vannak irva, hogy felesleges volna részletekbe bocsátkoznom. Mint szerintem legjobbat a *Mellotte*-féle eljárást ajánlom leginkább, ezen módszer szerint kitünő articulatiót érünk el, s ez tekintve a czélt, a fődolog.

Főkellék továbbá, hogy a gyürű a fognyakat légmentesen zárja körül, s egy kis részszel az inyszegély alá érjen.

Mindeddig csupán az aranykoronákról, az úgynevezett fullcrownokról, mint az e fajta munkák legkitünőbbjéről szólottam.

A cosmetikus szempont kényszerit azonban bennünket porczellánfrontokkal ellátott koronák alkalmazására is. Ezen esetekben sajnos még a legpontosabb articulatio mellett is megtörténik, hogy a porczellánfront lepattan, s a legnagyobb zavarra ad okot. Jelenleg eljárásom ily esetben a következő: a védő lemezt nem forrasztom szilárdan össze a foggal, hanem guttaperchával egyesitem, a cramponokat szintén meglágyított guttaperchába ágyazom be. Ily módon képes vagyok esetleg letört porczellán-frontot rövid idő alatt újjal helyettesiteni; főleg praemolarisoknál ajánlom ezen módszert.

Az első hat fognál újabban az által iparkodom kétes esetekben (rossz articulatio) segíteni, hogy a canalis dentalis falait guttaperchával bélelem ki, s csak ezután erősitem meg a csapot, vagy egyebeket, cementtel. Szerintem a cement a legjobb rögzítő tömőanyag, mivel legjobban zárja el lég- és nyálmentesen a gyököket. Továbbá volt alkalmam meggyőződni, hogy guttaperchával megerősített pótlásoknál rövid idő után a guttapercha rothadt és kellemetlen szagúvá lett.

Áttérve a hídmunkákra, épen a porczellánfogak törékenysége folytán ajánlatos, a hol csak lehet, teljes aranyhidaknak készitése. Sajnos, hogy ezek csupán a hátulsó fogak pótlására alkalmasak, de ezen esetekben olyan előnyöket biztositanak, a milyeneket más úton elérni lehetetlen.

Fix hidaknál minden esetben ferde síkot állitok elő a híd belfelületén („self-cleaning"), úgy, hogy a fogak a medernyújtványt, illetőleg a foghúst csupán vonalnyira érintik.

Szükség esetén az aranykorona külső felülete porczellán-fronttal látható el, ilyenkor a porczellán-facetta rágó felülete feltétlenül aranynyal vonandó be.

Praemolarisoknál legjobban beváltak és legszebbnek bizonyultak az ablakos koronák. Nagyobb, és különösen az előfogakat is magába foglaló hidaknál föltétlenül ajánlatos levehető hidakat készíteni, mert az esetleg szükségessé váló javításoknál leggyakrabban az egész művet el kellene pusztitanunk. Igaz, hogy a levehető híd sokkal több munkával jár, míg elkészül, de legalább módot nyújt az esetleges változtatások könnyebb eszközlésére.

A levehető hidak elkészitésénél a combinatiónak tág tere nyilik. Egy ilyen methodust van szerencsém bemutatni, mely kitünő az alkalmazás módja által, de főleg azért, mivel a patiensben a használat tekintetében a legnagyobb biztosság érzetét kelti fel és állitása szerint igen jónak bizonyult. Az állcsontban négy kedvező elosztású, elég szilárdan ülő foggyök lett aranykoronával ellátva. Ezen koronák csavarmenetet rejtenek belsejükben. A megfelelően elkészített híd csavarokkal lett rögzítve az oszlopokként szolgáló gyökök műleges koronáihoz. A jelen esetben a fogak széles felülettel fekszenek a foghúson, de mivel láttam, hogy ily módon a nyákhártya tisztántartása sok kivánni valót mutat fel, egy újabb híd által voltam kénytelen pótolni, a melynél csupán a külső felületen vonalnyira érintik a fogak a nyákhártyát, az emlitett ferde sík lett alkalmazva.

A levehető hidaknál a támaszfogakat minden esetben szilárdan rögzített aranykoronákkal védem meg a további romlástól.

Olyan esetekben, midőn hidak költséges voltuknál fogva nem alkalmazhatók, igen kitünőnek bizonyult a kaucsuk-pieçeket tartó fogakat aranykoronával bevonni, ez által megóvjuk azokat a romlástól, a mi kapcsok egyszerű alkalmazása által még inkább elősegittetik. Az ilyen aranykoronával ellátott támaszfog sokkal erősebb és biztosabb hordozója a szükséges megerősitésnek, ilyenre nem csupán kapcsocskákat, hanem kaucsukba beágyazott teljes gyűrűket is alkalmazhatunk, ez által a darab szilárd megerősitést nyerve, a lapok keskenyebbek, s mégis jobban ülők lehetnek.

Különösen hálásak az ilyen pótlásért oly egyének, kiknek sokat kell beszélniök: szinészek, papok, tanárok stb., kik adhaesiós prothesissel gyakran jutnak abba a helyzetbe, hogy beszéd közben műfogaik meglazulnak.

Előnye továbbá ezen módszernek az is, hogy annyira megromlott fogak szolgálhatnak aranykoronával ellátva támpontokul, a milyenek a nélkül semmire sem alkalmasak a szájűrben. Felolvasó megfelelő készitményekben mutatta be az előadott módszereket.

Discussio: *Bauer* dr. főleg azon momentumra hivja fel a figyelmet, hogy a hídmunkálatnál lehetőleg oly eljárás követendő, ha a hídmunkálatnál idővel valamely törés vagy egyéb kellemetlenség áll be, azon a munka nagyobb roncsolása nélkül segithessünk. Arra kell tehát törekedni, hogy vagy a fixirozás mobil legyen, vagy oly eljárással rögzítendő a porczellánkorona a hídmunkához, hogy azt kicserélni lehessen. Két évvel ezelőtt *Evans* a Logan- s egyéb koronák rögzitésének egy jó módját irta le. Ugyanis a Logan- vagy más koronának a csapját sürű guttapercha-oldatba mártja be, meleg tányéron kiszárítva, úgy hogy a csap vékony guttapercha-réteggel van bevonva s igy rögziti cementtel a gyökérbe. Ha baj van, a fogat (koronát) melegített fogóval fogja meg, erre a guttapercha meglágyul, s igy a csap kivehető. Nehezebb dolog a porczellánrészeket a hidakról levenni. Leginkább kétféle módszer divatos ma. Az egyiknél a híd maga szilárdan van a gyökökben elhelyezve és a porczellán előrészek cserélhetők ki könnyen, a másiknál maga az egész híd vehető le és javitható ki a nélkül, hogy szét kellene rombolni. Különösen ajánlatosak az újabban készitett Ash-féle csöves fogak és koronák, melyek hídmunkákra is jól alkalmazhatók és a hidakhoz is könnyen erősíthetők, esetleg kicserélhetők. A megerősités koronamunkánál vagy kaucsukkal vulcanizálással, vagy tisztán kénnel, illetve cementtel történik. Az is könnyit a dolgon, hogy ilyen Ash-koronákhoz jól illő csapokat lehet kapni. *Klinger* dr. azon felszólitására, hogy minél gyakrabban alkalmaztassék korona- és hídmunka az egyszerű tömés helyett, megjegyzi, hogy hídmunkához csak kitünő munkást lehet használni, ez mindig fáradságos munka, a munkást is jól meg kell fizetni és nem mindegyik bir oly clienturával, mely nagyobb költségeket elviselni tudna. Még az ablakos koronákra tesz megjegyzést, mire *Klinger* dr. zárszóval élve, megjegyzi, hogy igyekezett előadását lehetőleg rövidre fogni, mivel e tárgyról még másnapig is lehetne beszélni és köteteket irni; minden esetre a levehető hidat tartja legczélszerűbbnek és csak mint irányelvet hozta fel, hogy a hol korona- és hídmunka vihető ki, úgy az első sorban ajánltassék.

(III. ülés 1897. február 3-dikán.)

Elnök: **Árkövy József**, később **Turnovszky Jenő**; jegyző **Hattyasy Lajos.**

Árkövy elnök üdvözli az orvosegyesületbe s a szakosztályba belépő 15 új tagot. Egyéb elnöki jelentések után a tiszti kar választása következett s közfelkiáltással az eddigiek újból megválasztattak. Árkövy elnök köszönő szavai után az elnöki széket Turnovszky foglalja el.

Napirend: **Periodontitis unilateralis atque pulpitis acuta totalis consecutiva.**

Árkövy József: Két új esetről szeretnék megemlékezni a tisztelt szakosztály előtt, melyekre nézve az a véleményem, hogy olyanok, mint a melyek vagy egyáltalán még nem fordultak elő, legalább az irodalomban nem, vagy talán az én figyelmemet kerülték csak ki; azonban az egyikre nézve bizonyára felvehetem, hogy ilyen nem észleltetett, a másodikra már lehetséges, hogy észleltetett, de irodalmilag ismertetve — tudomásom szerint — hasonló nincsen.

Az első eset vonatkozik egy férfibetegre, a kinek kora 42 év volt és november 18-dikán azon panaszszal jött hozzám, hogy a felső jobboldali 2-dik molaris tájékán (modell) (a mely előtt az I. molaris kezelés alatt állott azon intentióval, hogy koronát fog kapni gyöktöméssel) fájdalmat szenved és elég jól tudta localizálni a fájdalmat, azt mondván, hogy nem a kezelés alatt levő I. molaris okozza a fájdalmat, hanem a II. molaris. Ez megvizsgáltatván, kiderült, hogy cariesnek egyáltalán nyomát sem mutatja, hanem a distal felületen be lehetett nyulni az interdental papilla és gyök között úgy, hogy a gyökhártyát érinteni lehetett, a hol azután egy bizonyos mélységben — mintegy 2—3 mm.-nyire az iny szinvonala alatt — megtaláltatott annak fájdalmas pontja. Minthogy az egész oldalon ki lehetett zárni valamely más fognak és a vizsgálat alatt levőnek valamely más affectióját; ennélfogva nyilvánvaló volt a tünetek congruens volta mellett, hogy a II. molaris *periodontitis unilateralis*-ban szenved és pedig a a distalis felületen. Ezen kórnak megfelelőleg a gyökhártya kanalas excavatorral scarificáltatott és naponta kétszer majd jodtinctura, majd acid. sulf. aromaticum alkalmaztatott. Ez magában véve még nem lett volna nagyon meglepő dolog, mert végre is előfordul, hogy valamely fog periodontitis unilateralist kap akkor, a midőn valamely más fog kezelés alatt van. Nagyon természetes, hogy ily körülmények között első sorban a gyanú azon fogra háramlik, a mely kezelés alatt áll, de az I. molaris teljesen reactio nélkül maradván vizsgálatra, biztosra volt vehető, hogy ez egyáltalán extra ictu állott szemben a fájdalmi tünetekkel. A periodontitis unilateralis molaris II, sup. dextri constatálása történt november 18-dikán. Ezen beteg azután 2—3 napig oly kínokat szenvedett, és annyira irradiálni kezdtek a fájdalmak, hogy harmadnapon november 22-dikén kétségbe kezdtem vonni, hogy a periodontitis unilateralis egymagában áll fenn, mert tudvalevő, hogy a periodontitis unilateralis nem okoz jelentékeny mérvű irradiationalis fájdalmakat, hanem localizálva marad egy helyre, vagy legfeljebb azon fog területén irradiál, melyen a bántalom székel. Az azonban, hogy az ellenkező állcsontba csapna át az érzés, úgy hogy az alsó molaris és praemolaris tájékon érezzen irradiatiós fájdalmakat, nemkülönben, hogy a fájdalmuk jellege parosismus-szerűen lépjen fel és pedig minimalis csekély intermissiókkal, úgy hogy a beteg folytonosan tartó heves fájdalmakról panaszkodik, ez oly körülmény volt, mely sehogy sem volt bekebelezhető a periodontitis unilateralis tünettani keretébe. Nem maradt tehát egyéb hátra, mint felvenni a következőt: miután a periodontitis unilateralis megtámadta a gyökhártyát, ez felért a foramen apicaleig és ezen át a pulpát afficiálta septikus úton és ezen sepsis következtében létrejött a caries-mentes fogban egy *pulpitis acuta ascendens*. Tehát ezen pulpitis acuta ascendens képezi pointjét az esetnek; mert ismeretes

dolog az, hogy egy pulpitis *acuta* ascendens eddig nem volt ismeretes. Eszlelni voltunk képesek *pulpitis chronica ascendenst* és *pulpitis chronica gangraenosa ascendenst*, melyek mint a pulpitisnek féleségei általunk már leirattak, s ezeknek mindig és mindenben chronikus jellegük volt. A subjectiv tünetek charactere oly világos volt és annyira biztossággal ki lehetett zárni más fognak részvételét a tünetek okozásában, hogy semmi kétség nem fért ahhoz, hogy egy tiszta pulpitis acuta totalissal volt dolgunk. Hogy tényleg így állt a dolog, a további kezelés és lefolyás igazolták a felfogást, t. i. november 22-dikén a II. molaris trepanálás után devitalisaltatott és 24-dikén — tehát két napra a pulpa devitalisatio után — már constatálni lehetett, hogy míg az első napon még némi reactio volt jelen, már a második napon véget ért a fájdalom, úgy hogy 24-dikén már a pulpát exstirpálni lehetett s a beteg egészen fájdalommentes s közvetlen gyöktömés lett alkalmazva. A fog november 24-dike óta fájdalom-mentes és a legjobb karban van, implantatiója kifogástalan, rágásképes. Az I. molaris (mely már előzőleg gyöktömést kapott) aranykoronával láttatott el. A beteg megkönnyebbülten kijelenti, hogy soha életében nem fordult elő oly kínos két nap, mint a milyeneket ez alkalommal átélt és átvirrasztott.

Abscessus alveolaris circumscriptus acutus traumaticus.

Árkövy József: A második eset egyszerűbb, de mégis bizonyos sajátságos charakterrel bir; ez egy 30 éves hölgyet illet, B. F.-né, kinél rögtönösen egyik napról a másikra, november 21—22., keletkezett az alsó állcsonton a jobb oldalon egy abscessus. A helyzet ez: a II. praemolaris hiányzik, az I. molaris megvan, a II. molaris hiányzik és a III. molaris megvan. Az első molarisnak megfelelő buccalis átmeneti redő felett lehetett látni egy abscessust, mely az abscessus alveolaris circumscriptusnak formájával s viselkedésével bir, az arczot kissé kiduzzasztva. Constatálni lehet, hogy ezen fog teljesen ép, cariesmentes, de minthogy a *fog erősen medial irányban hajlott* rézsut álló fog volt, e miatt az *articulatio is rendellenesen csakis a distal csücsköket s ezeket is hátulról találta*. Az anamnesis szerint tegnapról mára lépett fel oly vehemens fájdalom, hogy alig birta a hölgy kitartani, az abscessus éjjen át keletkezett. A bántalom abscessus alveolaris circumscriptusnak volt diagnostizálható. Ezenkivül constatálni lehetett, hogy ezen első molaris kissé lazább, különösen labiolingual irányú nyomásra nagyfokú fájdalmassági reactiót ad, úgy hogy fel kellett venni, miszerint egy periodontitis acuta — nyilván — purulenta diffussa van jelen. A fog ép volt, visszavezetni másra az abscessus keletkezését nem lehetett, mint az abnormis articulatióra, melyhez nyilvánvalóan hozzájárult, hogy előtte való nap oly erős nyomásnak lehetett kitéve, hogy megbicsaklott, vagyis subluxatiót szenvedett. A roppant vehemens fájdalmak s a fog érinthetetlensége extractióját tették szükségessé. Ekkor kitünt, hogy szemben a periodontitis acuta diffusa purulenta eseteivel, nem *diffus* módon volt a purulens folyamat elterjedve, hanem csakis a labialis felületen, míg a többi túlnyomó gyökhártyaterület tangálva sem volt. Ez is olyan eset, mely nem minden nap fordul elő, mert abscessus alveolaris circumscriptus pulpagangraena útján — mint ismeretes — felette gyakori, szintúgy, a midőn chronicus alveolaris abscessusok nyomában keletkeznek abscessus alveolaris circumscriptusok, már ritkább eset, midőn a leirtakhoz egészen hasonló körülmények között (isolált fogon excessiv articulatio által előidézetten) *periodontitis chronica apicalis* nyomában lép fel abscessus alveolaris circumscriptus; de hogy egyik napról a másikra egy ép fogon trauma következtében létrejöjjön, az ritkán fordul elő. Eszleltem ugyanily eseteket gyermekeknél, de jobbára gyöktöméses fogakon; ha pl. igen erős harapás csontra, kőre történik ily foggal és az megbicsaklott, akkor megtörtént, hogy efféle abscessusok keletkeztek az egyik napról a másikra, de ez esetekben fel kellett venni, hogy a fundus alveolarisról jött sepsisnek van köze hozzá. De a szóban forgó esetben nem lehetett ezt felvenni, hanem tisztán subluxatio jött létre és ez alkalmat adott arra, hogy a nyálból bejussanak a distendált alveolusba és pedig részben distal, részben labial irányból septikus anyagok a labialis gyökfelületre.

E második kóreset sajátsága pendantja az elsőnek: míg amott extraalveolariter okozva létrejött egy acut pulpitis, emitt szintén ugyanazon szokatlan úton — extraalveoliter — létrejött egy acut periostitis alveolaris és abscessus.

Discussio: *Bilaskó*: *Rotman* tagtárs vezetése alatt levő poliklinikai ambulantián szintén látott a kórképnek megfelelő esetet, azonban diagnosis nélkül hagyta. Újabban egyik esetében a III. molaris fog distal irányában lapisozást kisérelt meg a fájdalom ellen, eredmény nélkül. Egy más esetében chlorzinkes oldatot használt, ki ismételten nem jelentkezett, s igy valószinűnek tartja, hogy meggyógyult.

Rozgonyi következő kérdést intézi az előadóhoz:

1. Hogy a cervicalis erosióval nem lehet-e összetéveszteni?

2. Melyek a pathogen okok, a melyeknek felderítésére különben felszólítja az előadót.

3. A beosztást illetőleg a „spuria"-nál van-e genyedés?

Bauer kor és nem szerint kér tájékoztatást, valamint felemlíti, hogy némely esetben a kórkép a papillitis interdentissal, különösen, ha periodontitis társult hozzá, lesz összetéveszthető.

Árkövy: Rozgonyi dr. által emlitett cervicalis erosiót a periodontitis marginalissal tartja azonosnak, erről pedig a differential diagnosis alkalmával szó volt. A concrementumok kórokozásának mibenlétét vizsgálatok útján kutatni nem tartja eredményt igérőnek. A periodontitis unilateralis spuriát már is a caries alv. specifica körébe tartozónak jelezte.

Bauer felszólalására megjegyzi, hogy erre tényleg nem gondolt a differential diagnosis emlitésénél, de papillitis interdentalis sohasem jár vehemens tünetekkel. Tünetei csekélyek, éjjel nem fáj, s csak nyomásra áll elő fájdalom.

A német balneologiai congressus tárgyalásai.

(Folytatás.)

Bécs, 1898. márczius.

10. **Beissel** (Aachen), **a hévvizzuhanyoknak alkalmazásáról és hatásáról csúzos és köszvényes bántalmaknál**, tart előadást. E zuhanyok a legczélszerűbben massage és passiv testmozgással köthetők össze. A zuhanyoknak ily esetekben első sorban általános hatása veendő számba, a mely az anyagcsere s a szívműködés fokozásában nyilvánul. De fontos szerep jut a másodsorban nyilvánuló resorbeáló hatásnak is, a mely főleg izzadmányoknál jön számba és annál nagyobb, minél rövidebb idő telt el azok keletkezése óta. Legfontosabb szempont e zuhanyok szerepénél mindenesetre az, hogy azok hatása az ily betegeknél elégtelen testmozgást pótolja, az anyagcsere javításával egyidejűleg a bőr működését fokozza és így végeredménykép a bomlási termékek felhalmozódását a szervezetben és azoknak mérges hatását megszünteti.

11. **Winternitz** tanár az **ulcus rotundum ventriculi vízgyógyászati kezelése** czímen tart előadást. Ha igaz az, úgymond, hogy e baj keletkezésének oka egyrészt a gyomor nyákhártyájának megsérülésében, másrészt abban keresendő, hogy a vér alkalicitása csökkent, míg ezzel egyidejűleg a gyomornedv savtartalma fokozott, a vérkeringési viszonyok pedig legalább helybelileg megváltoztak, akkor a vizgyógymódot, mint olyant kell tekintenünk, a mely úgy az anatomikus, mint a vegyi viszonyokat megváltoztatni, s azokat kedvezően befolyásolni képes, a mint ezt a klinikai tapasztalat is eléggé bizonyítja. Hiszen bebizonyított tény egyrészt, hogy thermikus behatások a vér alkalicitását fokozzák, másrészt, hogy úgy általános, mint helybeli hydrotherapeutikus beavatkozások a beidegzésben beállott zavarokat megszüntetni képesek s a vérkeringési viszonyokat kedvezően befolyásolják. Ehhez járul, hogy hydrotherapeutikus beavatkozással épen a legkellemetlenebb tünetre, a cardialgiára s az olyannyira aggasztó gyomorvérzésre is kedvező hatást gyakorolhatnak. A mi a kúrán kivül egyébként követendő eljárást illeti, erre nézve előadó megjegyzi, hogy nem barátja annak, ha ily esetekben a gyomorműködést korlátozzuk, annál kevésbbé, mert nem látja bebizonyítottnak azt, hogy az ételektől való tartózkodás folytán a gyomornedv elválasztása is szünetel. Az étkezés után fellépő gyomorfájdalmakat különben csaknem mindig sikerült hideg ülőfürdők, a gyomor tájára rakott borogatások stb. által megszüntetni. A vérhányást pedig a leghatározottabb szerek sem befolyásolják oly biztos sikerrel, mint a legegyszerűbb thermikus behatások, a melyek a végbélben alkalmazva reflectorikus úton, a véredényeknek oly nagyfokú összehúzódását okozzák a gyomor falában, a mely a vérzés megszüntetésére a legtöbb esetben elegendő. A mi végre a gyomornedv túlságos savtartalmát illeti, ennek szabályozására Winternitz tanár a szigorúan betartott tejkúrát tartja a legalkalmasabbnak, a miből látható, hogy a hydrotherapia az utóbb emlitett tejkúrával nemcsak arra alkalmas, hogy a tüneteket momentán befolyásolja, hanem arra is, hogy a kór okait kedvezően megváltoztatva, a gyógyulást elősegítse.

(Folytatása következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A gyomor syphilitikus megbetegedéséről tartott előadást **Dieulafoy** a párisi „Académie de médecine" május 17-dikén tartott ülésén. Szerinte syphilisben szenvedő betegeknél nem is olyan ritkák a gyomron észlelhető elváltozások, mint a hogy azt rendesen állitják. A syphilitikus elváltozások a gyomorban a következő alakokban szoktak előfordulni: haemorrhagikus erosio, nyákhártya-ecchymosisok, a submucosa gummosus infiltratioja, körülirt gummák és ezek folytán keletkezett fekélyek és hegek. A syphilitikus gyomorfekély természetesen ugyanazon tüneteket mutathatja, mint a közönséges gyomorfekély; a tünetekből a baj syphilitikus természete nem állapitható tehát meg. Minthogy a syphilitikus eredetű gyomorfekély higanyra és jodkaliumra többnyire bámulatos gyorsan gyógyul: ajánlatos minden esetben, melyben gyomorfekély tünetei vannak jelen, kikutatni, vajjon az illető esetben nincs-e syphilis is jelen, vagyis a gyomorfekély nem syphilitikus természetű-e?

A nyak sympathikus resectiojáról epilepsianál, Basedow-kórnál és glaucomanál végzett vizsgálatokat **Jonnescu** (Bukarest), melyeket április 19-dikén terjesztettek elő a párisi „Académie de médecine" elé. 15 műtett epileptikus közül kilencz meggyógyult, négynek állapota javult, kettőé változatlan maradt. Basedow-kórban szenvedett öt műtett beteg valamennyi meggyógyult; két esetben már $1^1/_2$ éve tart a teljes gyógyulás. Ugy az epilepsianál, mint a Basedow-kórnál fontos, hogy mindkét felső nyaki ganglion in toto resecáltassék. Idült glaucoma hét esetében szintén jó eredményt ér el a műtettel; különösen három betegnél, kiknél az előzőleg végzett iridectomia semmi haszonnal nem járt, feltünő jó az eredmény úgy a feszülés csökkenése, mint a látásképesség tekintetében.

Negyvenkettedik évfolyam. 29. szám. *Budapest, 1898. julius 17.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIR. MAGYAR TUD. EGYETEMI
I. SEBÉSZETI KLINIKUM

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HŐGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Jendrássik Ernő: Közlemény a budapesti egyetemi II. belklinikáról. Az átöröklődő idegbajokról. 347. l.

Csikós Sándor: Az agy sebészetéről. 349. l.

Schwarz Hugó és Szili Sándor: Közlemény a kir. tud. egyetem élettani intézetéből. Kisérletes vizsgálatok ovariummal. 351. l.

Tolnai Bernát: Carbol-mérgezés egy ritkább esete. 352. l.

Tárcza. *Walla Béla*: Gynaecologia Amerikában. 353. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Löw Sámuel*: A magyar szent korona országai balneologiai egyesületének 1898. évkönyve. 354. l. — *Lapszemle. Welander*: Kórodai tanulmányok vesebántalmakról syphilitikus egyéneknél. 355. l.

Hetiszemle és vegyesek. Intézkedések szükségessége a ragadós és fertőző betegségeknek a vasutak által való terjesztése ellen. — A főváros egészsége. — A budapesti gyakorló orvosok segélyző egyesülete. — A torontálvármegyei orvos-egyesület. — A XIII. nemzetközi orvosi congressus. — Az Orvosi Kör országos segélyegyesületének pénztári kimutatása. — Bene Sándor dr. — Fürdőink látogatottsága. — Szt. Lukács-fürdő. — Herczel dr. — Baumgarten Samu dr. 356. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti egyetemi II. belklinikáról.

Az átöröklődő idegbajokról.

— Második közlemény. —

Irta: *Jendrássik Ernő* dr. egyet. ny. rk. tanár.[1]

Jelen folyóirat 1896. évfolyamában, a kir. orvosegyesület 1896. április 11-diki ülésén tartott előadásom nyomán, három család kórtörténetét ismertettem,[2] melyekben a merevgörcsös bénulás (paralysis [spinalis] spastica) tüneteit, részben más jelenségekkel kapcsolatban, ugyanazon család több tagján észleltem. Ezen kóresetek tanulmányozása alkalmával azon felvétel érlelődött meg bennem, hogy az átöröklődő idegbajok közös pathologiai alapja az idegelemek egyszerű elfajulása, klinikailag pedig jellemzi ezen betegségcsoportot az azonos lefolyás egyazon családban, továbbá, hogy élénk ellentétben a kórkép egységes voltával az egyes családokon belül, a kóralakok a különböző családokban csaknem kimeríthetetlen változatokban fordulnak elő; sőt majd annyi kóralakot lehetne leirni, a hány ilyen módon megbetegedett család van. Ezen körülmény vezetett arra, hogy ezen bajokat családi degeneratiók közös neve alatt tartsam összefoglalandóknak s az egyes kóreseteket, mint distrophiás, merevgörcsös, Friedreich-féle stb. alakot jelezzem.

Azóta alkalmam nyilott ismét nehány idetartozó eset megfigyelésére s úgy vélem, ezek nemcsak eddigi felfogásomat igazolják, hanem még nehány más pontra nézve is felvilágosítással szolgálnak.

Mindezen esetekben mindig a direct (similaire), nem átalakuló átöröklődésről van szó, s ezen öröklődési alaknak többnyire családi fajáról, a midőn tehát a bántalom még a szülőkön nem észlelhető és csak a gyermekek betegednek meg, a hereditás tehát az épen maradó szülőktől származik. A megbetegedett gyermekek azonban leszármazóikra átadhatják bajukat s igy néha egész generatiók betegesznek meg, de ilyenkor is az első eset szüleitől, sőt még azok elődjeitől is származik a bántalom, s igy kiindulását ekkor is látszólag ép egyénekből nyeri. Nézetem szerint az indirect, transformáló hereditásnak egyáltalában igen másodrendű jelentősége van csupán s az átöröklés eme alakjában a véletlen összeesésnek sokkal tágabb tere nyilik, a mi miatt az oki összefüggés nehezen bizonyítható. Míg a nem változó alakú átöröklés folytán többnyire egészen sajátszerű, önálló kóralakok támadnak, a melyeket ezen eredeten kivül nem észlelünk; addig a transformáló hereditásban rendszerint kóroktanilag jól ismert bajokat hoznak fel a kutatók. Ha tabeses apának gyermeke gerinczvelői gyermekbénulásba esik, akkor nemcsak a nemszakemberek, hanem még egyes kiváló orvosok is átöröklésről szólanak s ez bizonyára nem több, mint véletlen találkozása az eseményeknek. De még akkor sem beszéltünk látszólagos átalakulásról az átöröklésben, ha pl. öröklött gümőkóros hajlandóság mellett a tüdővészes szülőnek gyermeke élete első idejében agyhártyagyuladásban vagy ifjúsága éveiben csontszúban hal meg: a hereditás ezen esetekben a gümőkóros hajlandóságban rejlik, nem a gümőkórban magában, a megbetegedési alak függ az illető életkorától s egy külső körülménytől: a fertőzéstől; hasonló viszonyok forognak fenn, ha többé-kevésbbé gyenge elméjű apának részeges fia van, itt az átöröklés csak az idegrendszer világrahozott gyengeségében nyilvánul, a mihez külső ingerképen a borszesz járul s a kórképet megfelelő módon módositja. Más bajokban látszólagos átalakulások fordulhatnak elő, ha csak a kórtünetek alapján itélünk, mert még ismeretlen előttünk a bántalom anatomiai oka vagy pathologiai alapja. Ide vonatkozik pl. azon gyakran hangoztatott állitás, hogy a nyavalyatörés az apa alkoholosságából származik, főleg pedig a szülők részegségi állapotában való fogamzásból! Ez ma már dogmává lett s úgy látom, ezen irányban többé nem is keresnek újabb bizonyitékokat, csupán az első leiró tekintélyére támaszkodva marad fenn ezen állitás. Mintha azt oly könnyű lenne megállapitani, mikor történt a fogamzás? Nem az alkoholban van itt a hiba, hanem az apa vagy az anya idegrendszere bizonyos alakú gyengeségében, hibás alkatában, a mely első sorban alkoholosságra s azután epilepsiára vezetett. Megengedem, hogy az alkohol epilepsiát támaszthat, a hereditast illetőleg azonban ezen esetekben mégis csak az idegrendszernek — talán csupán részleges — hibás fejlődéséről lehet szó, máskép az alkoholosság is elmaradt volna. Ezen alaphoz szegődik, legalább az esetek többségében, egy alkalmi ok, a mely az első rohamot előidézte s ezzel a többieknek is megvetette a lábát. Ha a beteg ezen alkalmi okot elkerülhette volna, talán egész életében nem esett volna a nyavalyatörésbe.

A „transformáló átöröklés“ alatt egyáltalában nem lehet mást érteni, mint direct hereditáson alapuló hajlandóságot valamely, többnyire többféle betegségre, a melyek azonban csak akkor törnek ki, ha a sajátlagos, külső kóroki tényező

[1] Előadta a budapesti kir. orvosegyesület 1898. április 16-dikán tartott ülésén.

[2] A paralysis spasticáról és az öröklött idegbajokról általában.

hozzácsatlakozik. Teljesen hibásnak tartom tehát a következő állításokat, mint: . . . a sclerosis polyinsularis is *(Hervouet, Pelizaeus, Dreschfeld, Féré, Chvostek)* . . . , a nyultvelői bénulás . . . a gyermekbénulás . . . stb. lehetnek átöröklésből származott kóralakok, vagy a midőn minden tankönyvben, majd valamennyi betegség kóroktanában az átöröklés fel van sorolva. Nem, ezen külső kóroki tényezőkből támadó, jól ismert betegségi egyedek kiindulási pontja csupán sajátos kórokozó faktoruk lehet. Azon esetek, a melyek a szerzőket a fentebbi nyilatkozatokra birták, csupán a külső megjelenésökben hasonló, de alapjokban véve azoktól teljesen eltérő degeneratiók voltak, a melyek rendesen már klinikailag is, de még inkább lefolyásukban az összetévesztésre okul szolgáló kóralakoktól elválaszthatók lettek volna. A külső aetiologiai okból származott kóralakokra legfeljebb bizonyos hajlandóságot lehet örökölni pl. a tabesre (tabes dorsalis), de egyedül e hajlandóság alapján ezen bántalmak sohasem fejlődnek ki.

A fejlődéstan eléggé bizonyítja, hogy tulajdonképen csak azonos (direct) hereditasról van szó, szerzett tulajdonságok nem öröklődnek át soha, s még az is félreértés, ha „méhen belől szerzett" tulajdonságok átörökléséről irnak egyesek. Mint ilyent pl. felemlítik a syndaktyliát, ezen teratologiai eltérés s a többi hasonló természetű elváltozás nem *szerzett*, hanem ismeretlen módon, többnyire az atavismus útján támadt változat, a mely tényleg átörökölhető, míg a valósággal a méhen belőli életben szerzett torzulások, pl. egyes végtagoknak elnyomorodása a magzatvíz nem elegendő mennyisége folytán, többszörös terhesség miatt stb. soha átöröklődő tulajdonságokká nem lesznek. Az átöröklés ezen fogalmával a hederitasos lues elnevezése nem egyeztethető össze, ezen alakja a bujakórnak méhen belől való fertőzésből ered s így „méhen belől szerzett" bujakórnak volna nevezendő. Az epilepsia közvetetlen átörökléséről látszott azonban fenforogni azon állatkisérletekben, a melyeket *Brown-Séquard* irt le. Ezen buvár ugyanis azt tapasztalta, hogy azon tengeri malaczoknak, a melyek bizonyos erőműi behatásra nyavalyatörősek lettek, később született kölykei részben minden további beavatkozás nélkül is epilepsiásokká lettek. Ezen állitás elvi szempontból is igen fontos, s ezért nagyon sajnálatos, hogy más szerzők nem iparkodtak (legalább nem találok erre való adatokat az irodalomban) ezen kisérleteket megismételni s ezzel *Brown-Séquard* állitását ellenőrizni, de annál gyakrabban hivatkoznak rá! Nagyon lehetséges, sőt valószinű, hogy itt kisérleti hiba csúszott be, a laboratoriumi állatok talán más módon jutottak a betegséghez. Ezen kutatónak azon állitása, hogy az operált állatok leszármazottai nemcsak az epilepsiát, hanem még (a szülőkön átmetszés folytán beállott) nyaki együttérző idegbénulás tüneteit is örökölték, annyira ellenkezik a hereditas törvényeivel, hogy méltán kétséget támaszt a epilepsia átöröklésének állitására nézve. Hasonlóképen nem lehet *Berger* azon állitását, a mely szerint ólommunkások gyermekei gyakran epilepsiában halnak meg — egyszerű átöröklésnek tulajdonitani, végre úgy véljük, hogy *Oppenheim*[1] leirt esetének, a melyben e buvár valószinűséggel átöröklött ólombénulást vesz fel — semmi köze az örökléshez nincsen.

A hereditas törvényei határozottan feljogosítanak ama felvételre, hogy ha nemi tekintetben különbség nem lenne az egyének között és a gyermekek csak anyától (apa közreműködése nélkül) származnának, azok teljesen anyjok képmására alakulnának, legfeljebb annyi eltérés fordulhatna elő, a mennyi az anya különböző életkorának felelne meg, vagy egyes lényegében csekély jelentőségű külső körülmény még esetleg előidézne. Természetesen ilyen módon a szerves lények fejlődése nem lett volna oly sokféle, oly nagyszabású, s a földet még mindig csak első sejtlakói népesítenék be. A fejlődés magasabb fokai a nemi különbséggel függenek össze, a mely körülménynek sarkalatos része, hogy a két nem leszármazója nem a kettő számtani középarányosa (= valóságos hermaphrodita) lesz, hanem hogy az újszülött egyes szervei valamivel többet majd az anyától, majd az apától nyernek és még hozzá nem is részesül minden szerv az új szervezetben egyenlő arányban az öröklés mentén. Ezen kettős befolyás alatt egyes tulajdonságok előmozdíttatnak, mások elmosódnak, az utóbbiak azonban nem tünnek el azonnal, hanem a további átöröklésben, habár kevéssé kiemelkedőleg, sőt látszólag teljesen hiányzólag, még nemzedékeken át fenmaradhatnak s véletlen összeesés következtében, ama tulajdonságot előmozditó sperma hozzájárulása által a már régen szunnyadó sajátság ismét lábra kaphat — atavismus —; avagy pedig újak merülhetnek fel, jók (pl. genialitás) vagy hibás természetűek (átöröklődő degeneratiók). Természetesen minden szervezetben számos physiologiai és pathologiai alap van így elrejtve, a melyek a továbbfejlődésben nemzedékről nemzedékre átszármaznak, a véletlen összetalálkozás folytán egyike-másika ezen tulajdonságoknak felszinre kerül s azután nehány nemzedéken keresztül is uralkodhatik; mivel azonban minden egyén az ősök egész tömegének leszármazotta, a kiknek különböző tulajdonságai egymást nagyrészben kiegyenlítik s így a természetes fejlődés teoriája értelmében a leszármazottat a tökéletesedés felé vezetik, még olyan kóros tulajdonságok is, a melyek a megbetegedettnek életét idő előtt ki nem oltják, alig pár nemzedéken át maradnak meg.

Ezen álláspontból kiindulva csupán a nem átalakuló hereditasból származott bántalmakkal foglalkozom, a melyek kórjelzésének nehány még nem eléggé méltányolt oldalát óhajtom megvilágítani.

Az átöröklődő bajok *diagnosisát* eddigelé csaknem kizárólag az eseteknek egyes családokban többes számmal való előfordulására alapították. Ezen alapon azonban nem lehet felismerni ezen kóralakot, ha csak egy esetet látunk (kivéve nehány már jobban ismert kórformát), akár mert csak egy gyermek volt a családban, akár mert csak egy betegedett meg, másrészről pedig a némileg hasonló, de más természetű betegségeknek együttes előfordulása egyes családokban, a mint arról még alább szólunk, már gyakrabban adott téves felvételre alkalmat.

Jelenlegi ismereteink álláspontján azonban úgy vélem, hogy ezen bajokba mélyebb betekintést is nyerhetünk s ha az itt következő tulajdonságokat figyelembe vesszük: a kórjelzésre értékes adatok birtokába jutunk, bár ezen irányban még további tapasztalatokra s adatokra van szükség.

1. *Az átöröklődés alapján támadt kóralakok sajátságos, a külső kóroki tényezőkből származó bántalmaktól eltérő tünetcsoportok,* a melyek ugyan gyakran emlékeztetnek ismert betegségekre, de az esetek nagy többségében heterogen jelenségekből tevődnek össze. Alig szükséges, hogy itt ama sajátságos kóralakokra közelebbről utaljak, a melyek az átöröklődő bajok oly gazdag irodalmában találhatók, csupán nehányat sorolok fel, hogy felfogásomat könnyebben megérthetővé tegyem. Igy emlékeztetek a sokujjú családokra, a m. ext. pollicis hiányában szenvedő családra (*Huber*), a, miután gyakrabban előfordul, nem annyira szokatlannak látszó haemophiliára, azon valóban szerfelett érdekes polyuriás családra, a melyet *Londe* ismertetett, továbbá a családi albuminuriára (a melyet magam is észleltem egy családban, a melyben az atya és fia megközelitőleg ugyanazon életkorban szenvedtek ezen egyéb zavarokat alig feltüntető bántalomban), a gyakrabban, de némileg egymástól eltérő alakban jelentkező paroxismusos tachycardiára (*Bouveret, Oettinger*),[1] ide tartozik még a többi között az asthma bronchiale, a melynek több esetét láttam közeli rokonokon, a paroxismusokban támadó bénulás, a melynek nehány igen tanulságos esetét *Goldflam* ismertette nem régen s ezen alapon az eddig jóformán csak egyedül állott eseteknek családi öröklésen alapuló természetét kétségen felül állóvá tette, ezekhez közel áll a családi myoclonia (*Unverricht*), s bár már inkább elmekórtani téren a családi öngyilkosságok azon meggyőző példái, a melyeket legutóbb *Debierre*[2] állitott össze. Ugyanezen átöröklődő kóralakokhoz tartoznak még a családi látóidegsorvadások, a mely bántalom-

[1] Oppenheim. Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 1894. p. 341.

[1] L. A belgyógyászat kézikönyve IV. 226.

[2] *Debierre:* L'hérédité normale et pathologique. Paris 1897.

nak *Nolte*[1] által közölt sorozatához csatlakoznak még a *Leitner*,[2] *Raymond*[3] és *Higier*[4] ismertette esetek is, azután a retina pigment degeneratiója, továbbá a *Gourfein* leirta család, a melyben kétoldali külső szemizom-bénulás 6 tagon fordult elő; hasonló észleleteket *Dutil* és *Moebius* is közöltek, azután *Brissaud-Marie*[5] esetei facialis, glosso-laryngo-cervicalis diplegiaval, ide számitandó a Thomsen-féle betegség, a *Huntington*-féle chorea, majd azon hosszú sorozata az ismertebb és kevésbbé ismert kórtünetcsoportoknak, a melyeket már első közleményemben ismertettem s a melyek a *paralysis* (spinalis) *spastica* csaknem tiszta kórképétől kezdve apró változatokkal a *„hérédo-ataxie-cérébelleuse“* és a Friedreich-féle ataxia, továbbá a legkülönfélébb izomdys- és atrophiákba mennek át. Mindezen kóralakok, vagy legalább azok legtöbbje sajátságos, szokatlan csoportozatát tünteti fel a kórjelenségeknek és kóros egyéni tulajdonságoknak.

(Folytatása következik.)

Az agy sebészetéről.

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

Mindnyájan tudjuk, hogy a Lister-féle eljárás meghonosulása óta a sebészek, nagyon merészek lettek. Elképzelhetlen, vakmerő műtéteket végeztek, nagyobbrészt sikerrel. De mégis a műtevés technikája terén bizonyos megállapodás, sőt sok tekintetben visszaesés kezdett mutatkozni. Tudósok s gyakorlati emberek, egyértelműleg figyelmüket a sebkezelésre fordították, ezzel bibelődtek, ezért lelkesültek, ezen a téren merítették ki találékonyságukat. Az újabb és újabb egyszerűbb és complicáltabb eljárások száma legio.

Magára a műtét végrehajtására nem adtak sokat. Az ügyességet, gyorsaságot és biztosságot számba sem vették. Láttuk, hogy az elképzelhetetlenül durva, mészáros munkát is siker koronázta, ha az antisepsis hibátlan volt. Sokszor borzadva bámultuk egyik-másik világhirű műtő ügyetlenkedését. Napirenden voltak a 3—4 órás műtétek. Lassan, kényelmesen, gondolkodva, de hanyagul dologoztak igen sokan.

Végre valahára ez az irány megváltozott, kiment a divatból. Rájöttek s elismerik, hogy a mindenható anti- vagy asepsis mellett a műtő ügyességén, gyakorlottságán s biztosságán alapuló gyors munka mégis csak bir némi fontossággal. Újra megköveteljük, mint régen, hogy „tuto, cito et jucunde“ végezze a dolgát az, a ki a sebész czimére igényt tart.

Megindult a sebészet minden ágában a szorgalmas kitartó munka. Uj műtéteket észleltek ki. Módositották, javitották a régieket. Elhódítottak nagy területeket, a melyeket azelőtt a belgyógyászok monopolizáltak. Mindig terjesztették, nagyobbitották a sebészet birodalmát, míg megteremtették a mai rohanó lépésekkel előretörő chirurgiát.

Természetesen sokszor túllőttek a czélon; a nagy igyekezet, a feltünés vágya elragadott egyeseket s kifejlődött egy szörnyű, járványszerű nyavalya: a „furor operativus“. Fenn áll ez ma is. Élnek s működnek Dührsen, Ahlfeld és más ilyen, közveszélyes alakok. Az ember esze megáll s kérdezi, miféle ismeretlen hypnotikus kényszerűség hajtja, különösen az asszonyokat, hogy operáltassák magukat százával a genitalis spherába tartozó olyan kóros tünetek miatt, a melyek sokszor nem is léteznek, vagy létezéséről a vizsgálat előtt sejtelemmel sem birtak. A czél nem szentesiti mindig az eszközöket, s ilyen esetekben a 0·5 halálozási százalék is túl magas.

Lassanként az eszmék tisztulnak, idővel megállapodást is várhatunk talán. De addig is, ha van idejük, türelmük s kedvük hozzá, ismerkedjünk meg a sebészet mai állásával, sikereivel, törekvéseivel s kinövéseivel.

Ma az agy sebészetével foglalkozom. Ez az ága a sebészetnek voltakép az utolsó néhány év alatt keletkezett. De nagy vonásokban rajzolva, nem lesz hosszú s nem lesz egészen érdektelen s unalmas még azokra sem, a kik tudományunk más ágaival foglalkoznak.

Mielőtt azonban tárgyalásba bocsátkoznánk, szükségesnek látom, hogy az agy physiologiájával és topographiájával kissé foglalkozzunk.

A kik velem együtt, pár évtizeddel ezelőtt tanulták azt, nem ismerik a mai állást.

A gyakorló orvosok nem igen forgatják a boncztani és élettani munkákat. Az a kis idő, a mit a megélhetés mindennapi gondja szabadon hagy, mulatságosabb, szükségesebb, s hasznosabb foglalkozásokra kell. Annyit tudunk belőle, a mennyit a szigorlatokra megtanultunk s azóta az ezer gondok között el nem felejthetjük.

Röviden vázolom tehát azt is, de csak annyiban, a mennyi a későbbiek megértésére okvetlenül szükséges.

Az agy a koponyacsontok által képezett üregben fekszik. A csont üregét teljesen kitölti s a koponya növekedése az agy fejlődésénél lépést tart. Ha az agy fejlődése megakad, a suturák összecsontosodnak, vagy ha a suturák idő előtt összeforradnak, megakasztják az agy fejlődését. Mind a két esetben idiotismus az eredmény.

A csontot kivül az epicranium, belül pedig a csonthártya jellegű dura mater boritják.

Az agyat pedig a lágy agyhártya veszi körül. Ennek két lemeze van. A külső az arachnoidea; s a belső a pia mater. A pia mater sűrű érhálózata a gyrusok tekeredéseit híven követi, sőt benyomul a gyomrocsokba is s azokat kibéleli.

A pia és arachnoidea között lévő laza kötőszövet gerendázatot s az agy gyomrocsait a liquor cerebrospinalis tölti ki.

Az agy vérerekkel bőven van ellátva. A szív minden dobbanásával nagy tömeg vér nyomul az agyba, s követeli a helyet magának. Ilyenkor a liquor cerebrospinalis lefut a gerinczoszlop felé, s kiöblösiti a csigolyalyukakon távozó gerinczagyidegeket kisérő hártyákat. Szóval biztositószelep gyanánt működik. Ez a szerep jut neki akkor is, ha valamely idegen anyag a koponya üregében helyet szorit magának.

Az agy szürke és fehér anyagból áll. A szürke anyagot millió meg millió idegsejt, a fehér anyagot pedig az idegsejtekből ki- vagy befutó idegrostok milliárdjai képezik. A szürke állomány meglehetősen vékony rétegben boritja az agy gyrusok felületét; de egyes nagyobb tömegekben előfordul az agy belsejében s az agy alapján is. A fehér állomány az agy belsejét foglalja el.

Szervezetünk minden egyes pontja az idegrostok segitségével közvetve, vagy közvetlenül agyunk felületének egy idegsejtjével, vagy sejtcsoportjával van összekötve.

Ide jő s innen indul ki minden inger. Itt lesz sortirozva, átalakitva, feldolgozva s raktározva. Itt van úgy testi, mint szellemi életünk központi laboratoriuma.

A rokon működésű sejttömegek egymás közelében csoportosulnak. Ezt tudjuk. Azt is tudjuk, hogy a mozgás, tapintás és izomérzés, a beszéd, a látás, a hallás s végre az ízlés és szaglás kéregközéppontjai merre feküsznek. De ezektől eltekintve, az agyfelület többi részeinek a működését ma még csak sejtjük, sőt egy jó részének a hivatásáról még sejtelmünk sincs.

A sensitivo-motorikus idegközpontok a Rolando-barázda környékén a fejtetőn feküsznek. Ezeket ismerjük a legjobban s ezekhez férkőzhetünk a legkönnyebben.

Mindkét agyféltéke a test ellenkező oldalát befolyásolja. De a bal agyféltekén e területek nagyobb kiterjedésűek.

A második gyrus frontalis hátulsó része a szemek és fej mozgásainak a corticalis centruma. Azok az ingerek, a melyek e területekről indulnak ki, az ellenkező oldalfelé kapcsolt mozgásokat hoznak létre. A szemterület lenn, a fejé fenn van.

A gyrus centralis anticus és posticus alsó harmadrésze az arcz, a nyelv, a lélegzőcső és torok mozgásait közvetiti. Felső és mellső része az arcz és szemöldök, alsó és mellső része a

*

[1] *Nolte:* Beitrag in der Lehre von der Erblichkeit von Augenerkrankungen. Marburg 1896.
[2] *Leitner:* Orvosi Hetilap (Szemészet). 1897.
[3] *Raymond:* Leçon clinique, junius 1897.
[4] *Higier:* Zeitschrift f. Nervenheilkunde. X. kötet.
[5] *Brissaud-Marie:* Bulletin médical. 1893.

nyelv és lélegzőcső; a hátsó része pedig a torok és platysmát képviseli.

A középső harmada a felső végtagokra vonatkozik. Mellső és felső része a váll, középső része a könyök, s végre hátsó és alsó része a kéz és ujjak mozgásait ellenőrzi.

Alsó harmada a gyrus paracentralisig, az alsó végtag mozgásait irányitja. Az e területről kifutó ingerek megfordított rendben a csipő, térd- s lábizület mozgásait hozzák létre.

A legfinomabb mozgásokat és a legérzékenyebb tapintást közvetitő területek a motorikus zona leghátulsó részén, főleg a gyrus centralis posteriorban egymás mellett feküsznek.

E területek sérülése, ép úgy hűdést, mint a tapintás és izomérzés elvesztését vonja maga után. Ezért kell sensomotorikus regiónak tekintenünk.

A lobus paracentralis, a féltekék belső felületén, majmoknál a törzs izomzatával függ össze. Valószinűleg embernél is igy van ez; de ez az állitás még nincs bebizonyitva.

Az itt leirt mozgató és érző területek egymásba sokszorosan átmennek, fedik egymást; és minden egyes izomcsoportra egy nagyobb terület bir ugyan befolyással, de e területnek a centruma gyakorolja a legerélyesebb hatást, mely hatás a peripheria felé mindig gyengül.

Innen van, hogy a teljes hűdés mellett, mindig találunk pareticus területeket is; s ezért nem okoznak az agyfelület kis terjedelmű bántalmai észrevehető tüneteket; sőt azt is tapasztaljuk, hogy a rokon sejtek egymást működésükben, bizonyos határok között, helyettesitik.

A beszélőképesség nagyon complicált agyműködés; négy helyen találunk az agy felületén rávonatkozó centrumokat:

1. A beszéd mozgató centruma a gyrus frontalis tertius hátsó részében fekszik. Innen indulnak ki a beszélésnél szereplő izmok ingerei. Elpusztulása esetén az illető egyén a beszédet s az irást megérti, de szavakat képezni, kimondani nem tud. Legtöbbször az igaz irni sem tud.

2. A beszéd hallási centruma a gyrus temporalis primus et secundusban van. Itt van felhalmozva a szavak emlékezete. Ha e terület elpusztul, nem értjük meg a beszédet s elfeledjük az egyes tárgyak neveit. Mig fejlettsége a nyelvtanulás képességével függ össze.

3. A beszéd látásterülete a regio paretalis alsó részében fekszik. Itt pihen az irott, vagy nyomtatott szavak emlékezete. Az a kinek ez az agyterülete tönkrement, nem képes olvasni.

4. Az irás a beszélőképesség egy része és rendesen elvész, ha a beszéd mozgási centruma megsérült; de fekvését még nem ismerjük egész biztosan. Némelyek a gyrus frontalis secundus, mások a gyrus centralis inferiorba helyezik.

Az itt felsorolt összes corticalis területek, a melyek a beszélőképességgel kapcsolatosak, a jobbkezes egyéneknél bal; a balkezes egyéneknél jobb felől feküsznek. Ha a beszélőképesség elvész, idő multán, sok gyakorlás után a másik félteke legalább részben pótolhatja, úgy hogy az ilyen egyének, mint a gyermekek tanulnak beszélni.

A látás területe a lobus occipitalisban fekszik, s pedig a lobus cuneusban a fissura calcarina mellett, az agy középső és a gyrus occipitalisban, az agy domború felületén.

Az egyik lebeny, mindkét szem fele részére közvetiti az ingert, s igy az egyik lebeny sérülése féloldali vakságot okoz mind a két szemben.

A hallás centralis területe az első és második gyrus temporalisban van s pedig egyik-egyik fül mindkét hemispherával van kapcsolva, s igy egyoldali megbetegedés csak partialis siketséget okoz, a melyet gyakran észre sem veszünk.

A szaglás és izlés területe a halántéklebeny végén, annak alsó és belső felületén, az os sphenoideumig terjedő részén van. Mindegyik lebeny mindkét oldallal van kapcsolva, úgy hogy e területek sérülése csak ritkán árulja el magát, az izlés és szaglás elpusztulása által.

Az agy felületén még nagy területek vannak, jobbfelől nagyobbak mint balfelől, a melyeknek működéseit nem ismerjük. Annyit azonban tudunk, hogy sérüléseik, a mozgásban, érzés- vagy beszélésben zavarokat nem okoznak.

Bizonyos észleletek arra utalnak, hogy a homloklebenyek a magasabb szellemi működések, a figyelmező képesség, az okoskodás s az önuralom székhelyei. De a homloklebeny megbetegedése nem okoz mindenkor meghatározható szellemi működési zavarokat.

Valószinű, hogy a magasabb szellemi működések az egész agyfelület épségét s nem egyik-másik részleteit feltételezik. Ha meggondoljuk, hogy minden tervezgetés, szellemi alkotás, számtalan emlékezeti képből van összekombinálva, melynek mindegyike az agykéreg valamely elkülönített helyén lappang, megérthetjük, hogy a gondolkodás bonyolult processusa az egész agykéreg épségére támaszkodik. Sőt szükséges még a fehér állomány épsége is, mert ezen keresztül futnak az ingereket közvetitő rostok. Nem képzelhetjük tehát el, hogy az agy egy bizonyos pontjára korlátozódó sérülés az emlékező, képzelő vagy itélőképességünk elvesztésével járna.

De mégis, az eddigi észleletek azt sejtetik, hogy a tényeknek rendes sorozatokba való beillesztésére, az összehasonlitásokra és az érzékeink által szerzett ismeretek analysisére a homloklebenyek szükségesek. Úgy hogy főleg a bal homloklebeny sérülései után elmegyengeséget, apathiát, figyelmezés- és önuralomhiányt várhatunk.

Az agy alapján fekvő kéregállomány működését nem ismerjük.

A centrum ovaleban csupa összekötő rostok futnak. Összekötik a kéregállomány különböző centrumait, a hozzájuk tartozó érző vagy mozgató készülékekkel; az agy alapján fekvő nagy dúczokkal, a gerinczagygyal. Némelyek a különböző corticalis centrumokat egymással kapcsolják össze, s igy a különböző érzéki benyomásokat egy képbe egyesitik. Mások a két agyfélteke azonos pontjait kötik össze, hogy az agy mindkét fele együtt működjön.

A nagy basalis ganglionok: corpus striatum, thalamus opticus az agyféltekék mélyében feküsznek, működésüket pontosan még nem ismerjük. Bántalmaik tüneteket csak akkor okoznak, ha a capsula interna is meg van támadva s igy a benne futó vezető rostok sérültek.

Az agykocsányok, a pons és a medulla oblongátából az agyidegpárok erednek s itt futnak keresztül a gerinczagy felé siető rostok is. Bántalmaik a megfelelő idegek működése zavaraiban nyilvánulnak; de jelenleg nem érdekelnek közelebbről.

A cerebellum bántalmai támolygást és szédülést okoznak; de működéseit pontosabban ma még nem ismerjük.

Az itt felsorolt tények vezetnek bennünket az agybántalmak helyének felismerésével. Ha az idevágó tünetek hiányzanak, akkor ott állunk ma is, a hol állottunk régen, a mikor az agykéreg működéséről tudomással nem birtunk. Sebészeti beavatkozásunk ilyen körülmények között csak haszontalan, sőt káros tapogatódzás volna.

Az agybántalmaknak még csak egy bizonyos részét vonták a sebészet körébe. Azok az agybántalmak, a melyeknek a helyét nem ismerjük, vagy ha ismerjük is, de hozzá nem férünk, kivül esnek működésünk körén.

Műtéteket végezünk epilepsia és hülyeség gyógyitására, véralvadékok eltávolitására, tályogok megnyitására, tumorok kiirtására; agynyomás megszüntetése, septikus gyuladások és traumatikus eredetű elmebaj gyógyitása czéljából.

Ha trepanatiót akarunk végezni a koponyán, meg kell keresnünk annak az agyrészletének a fekvését, a melyet fel akarunk tárni. Erre a czélra elég, ha a sulcus Rolando, fissura Sylvii és fissura occipitalis fekvését meghatározzuk.

Ezek körül csoportosulnak azok a gyrusok, a melyeknek meghatározására szükségünk van.

A Rolando-barázdát megtaláljuk, ha az orr töve és protuberantia occipitalis externa között lévő távolságot lemérve megfelezzük és 2 cm.-t hozzáadunk. Vagy ha az orr tövétől hátrafelé 18—18·5 cm.-t mérünk. Az irányát pedig megtaláljuk, ha innen le- és mellfelé egy 9 cm. hosszú vonalat húzunk, a mely a középvonallal 67° képez.

Hogy a Sylvius-árkot megtaláljuk, előbb felkeressük a Reid-féle alapvonalat. Ezt pedig megkapjuk, ha a szemgödör

alsó széle s a külső hallójárat közepén egy egyenes vonalat fektetünk. A homlokcsont proc. angularisától egy 3·3 cm. hosszú az alapvonallal párhuzamos vonalat húzunk s erre egy-egy cm. magas függőlegeset állítunk. Igy megkaptuk a Sylvius-árok mellső végét. Hogy a tulsó végét is megleljük, a falcsont dudorától az alapvonal felé egy 1 cm. hosszú függőlegeset bocsátunk le. E két pontot azután egy lefelé kissé domborodó 11—12 cm. hosszú vonallal összekötjük.

(Folytatása következik.)

Közlemény a kir. tud. egyetem élettani intézetéből.

Kisérletes vizsgálatok ovariummal.

Közlik: *Schwarz Hugó* és *Szili Sándor* dr.-ok, gyakornokok az egyetemi II. sz. szülő- és nőgyógyászati kórodán.

(Vége.)

Az ovarium kivonatának hatása a kivágott békaszívre.

E kisérleteinkkel annak eldöntését czéloztuk, hogy mennyiben képes az ovarium kivonata a szivlökések számát befolyásolni. Kisérleteinket a Kronecker-féle készülék segélyével kivágott békaszíven végeztük. Tápláló folyadékul vérsejtekkel kevert disznóvérsavót használtunk, melyet úgy nyertünk, hogy a lepény felett álló tiszta savót a lepénynyel enyhén felráztuk, miáltal a savó a vörös vérsejtek egy részét a lepényből mintegy kimosta. E savó egyenlő mennyiségű 0·9%-os Na Cl-oldattal keverve volt tápláló folyadékunk. Az ovariumból készített kivonatot ugyancsak egyenlő mennyiségű 0·9%-os Na Cl-oldattal hígitva használtuk.

Száraz ovariumból készített kivonattal végzett nagyszámú kisérleteink mind ugyanazon eredményre vezettek. Ugyanis attól a másodpercztől kezdve, melyben a tápláló folyadékot a kivonattal cseréltük fel, a szív mintegy egy csapásra megszünt működni s szünetelt működésében mindaddig, míg a kivonatot a szivből ki nem bocsátottuk s tápláló folyadékkal nem helyettesitettük. Néha a szivműködés e megállása nem következett be ily pillanatszerűen, hanem néhány erélyes szivlökés után a pitvarok összehúzódása egy ideig még fenmaradt, majd azonban ez is elmult. Miután a szivet ismét vérsavóval töltöttük meg, az újból megkezdte működését, azonban a szivlökések szaporasága sohasem érte el azon fokot, melyen a kivonat hatása előtt volt. Az egyes szivlökések minőségében elváltozást nem láttunk. Nagy számmal végzett kisérleteink közül legyen szabad egyet közölnünk:

Kisérlet: 1897. november 14-dikén. 52 gm. súlyú nőstény békából isolált szív.

Idő	Szívlökések száma perczenként	Megjegyzések
d. u. 3 ó. 26 p.	17	Vér + Na Cl-oldat āā
3 ó. 42 p.	18	
3 ó. 43 p.	22	
3 ó. 44 p	—	Kivonat + vér āā. Szív egy csapásra megszünik működni.
3 ó. 45 p.	—	
3 ó. 46 p.	—	
3 ó. 49 p.	—	
3 ó. 50 p.	5	Vér + Na Cl-oldat āā.
3 ó. 51 p.	6	
3 ó. 52 p.	5	
3 ó. 53 p.	10	
3 ó. 54 p	11	
3 ó. 55 p.	6	
3 ó. 56 p.	8	
3 ó. 57 p.	—	Vér + kivonat āā.
3 ó. 58 p.	—	
3 ó. 59 p.	—	
4 ó. 1 p.	6	Vér + Na Cl-oldat āā.
4 ó. 2 p.	7	
4 ó. 3 p.	8	
4 ó. 4 p.	—	Vér + kivonat.
4 ó. 5 p.	—	
4 ó. 9 p.	—	
4 ó. 10 p.	5	Vér + Na Cl.
4 ó. 12 p.	8	Kisérlet befejezve.

E táblázatból látható, hogy a szív a kivonat hatása alatt absolut működésképességét el nem veszitette, mert mihelyt normalis tápláló folyadékunkat bocsátottuk belé, ismét működött. A kivonatban lévő valamely alkotó rész tehát gátlólag hatott csupán a szív működésére vagy a dúczokra, vagy pedig magára az izomra való behatása által. A szív működés képessége akkor sem veszett el teljesen, ha az hosszabb ideig állott a kivonat hatása alatt. Ez a következő kisérletből látható.

Kisérlet: 1897. november 19. 58 gm. súlyú nőstény békából isolált szív.

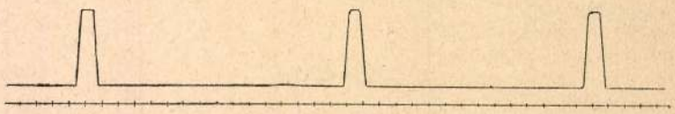
Idő	Szívlökések száma perczenként	Megjegyzések
d. u. 3 ó. 16 p.	31	Vér + Na Cl-oldat āā.
3 ó. 21 p.	—	Vér + kivonat āā. Szív megáll.
3 ó. 42 p.	9	Vér + Na Cl-oldat āā.
3 ó. 46 p.	14	Kisérlet befejezve.

Egészen más eredményre vezettek azon kisérleteink, melyeket *friss* ovariumból készített kivonattal végeztünk. Mig ugyanis a száraz ovariumokból készített kivonat, mint a fentiekből látható, a szivműködést mintegy elvágta, addig a friss anyag kivonatának hatása alatt a szivlökések perczenként való száma nagy számmal végzett kisérleteink mindegyikében tetemesen nőtt. Ez esetben tehát a kivonat valamelyik alkotó része a szív izomzatára vagy dúczaira izgatólag hat, mely hatás a szivlökéseknek az időegységben való szaporodásában nyilvánult. Legkifejezettebben láttuk ezen izgató hatást kisérleteink azon eseteiben, melyekben a téli békából isolált szív működése tápláló folyadékunk hatása alatt renyhe maradt, oly formán, hogy a szív perczenként 7—9 erélyes contractiónál többet nem végzett; de minthogy 15—30 perczen át állandóan igy működött, ezt vettük a megfelelő kisérletre vonatkozólag a szív működésének normalis typusául. Ennek illustrálására következő kisérletünket közöljük.

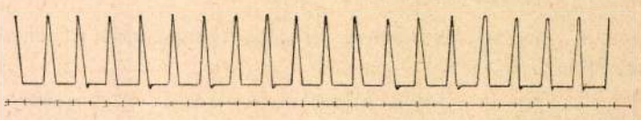
Kisérlet: 1897. deczember 21-dikén. 54 gm. súlyú nőstény békából isolált szív.

Idő	Szívlökések száma perczenként	Megjegyzések
d. u. 3 ó. 42 p.	6	Vér + Na Cl-oldat āā.
3 ó. 47 p.	8	
4 ó. 10 p.	7	
4 ó. 11 p.	28	Vér + kivonat āā.
4 ó. 17 p.	24	
4 ó. 18 p.	18	
4 ó. 19 p.	22	
4 ó. 20 p.	12	Vér + Na Cl-oldat.
4 ó. 23 p.	7	
4 ó. 25 p.	6	
4 ó. 29 p.	8	Kisérlet befejezve.

Az egyes lökések typusa a szivműködés ily nagyfokú gyorsulása mellett sem igen mutatott változást, mint az jelen ábrából látható.



Vér + Na Cl oldat hatása alatt.



Vér + kivonat hatása alatt.

Ily ellentétes hatásúnak bizonyult tehát a száraz ovarium kivonata szemben a friss szerv kivonatával. Ez eltérés okát először abban véltük, hogy a száraz ovariumból készített ki-

vonat töményebb volt a frissénél, mert porrá törve nagyobb felülettel érintkezett az extraháló 0·9%-os Na Cl-oldattal, mint a friss anyag. Feltettük, hogy az illető anyag hígabb oldatban izgató, töményebb oldatban bénító hatást fejt. Azonban ennek kideritésére irányuló kisérleteink eredményei a dolog ilyenképen való magyarázását nem engedték meg, a mennyiben a száraz anyag kivonatának 25%-os oldata is megállitotta a szivet. E töménységen alóli oldatoknál (10—5%) változó eredményre jutottunk, a mennyiben azok vagy hatástalanoknak bizonyultak oly értelemben, hogy sem a szivlökések száma, sem typusa meg nem változott, vagy pedig — más kisérleteinkben — a szív arythmice működött renyhe összehúzódásokkal.

A szivlökések számát tehát a száraz ovariumból nyert hígabb kivonatok sem voltak képesek megszaporitani. A száraz anyagból készült kivonatban tehát oly alkotó résznek kellett lennie, melyet a friss anyag kivonata nem tartalmazott, mely tehát a *száradás alatt* keletkezett benne.

Analogia kedveért a leirtakkal teljesen azonos kisérleti berendezéssel s az anyagnak egész azonos módon való elkészitése után száraz és friss hús kivonatával ismételtük kisérleteinket. (A frissen leölt állat húsát zsirtól s bőnyéktől megtisztitottuk, 36—38° C. mellett 46—48 órán át szárítottuk s mozsárban szétmorzsoltuk.) Ez irányú sokszor ismételt kisérleteink mindegyikében azt észleltük, hogy úgy a száraz, valamint a friss hús kivonatának hatása alatt a szív megállott épen úgy, mint a száraz ovarium kivonatának hatása alatt.

Vajjon a száraz, valamint a friss hús kivonatában levő hatóanyag már az élő izomzatban praeformáltan van-e meg, vagy postmortalis eredetű-e; továbbá azonos-e a hús e hatóanyaga a száraz ovarium hatóanyagával, nemcsak a szivre való hatása tekintetében, de alkati összetételük szempontjából is, mindezek kideritése túlhaladja jelen kisérletcsoportunk keretét.

Annyi bizonyos, hogy a száraz ovariumból készült kivonat azon alkotó része, mely a békaszivet megállitja, postmortalis eredetű, legyen az fehérjék bomlásterméke vagy másnemű anyag.

De vajjon miért tapasztaltuk a száraz anyag kivonatának bénitó, a friss anyagének izgató hatását csak a békaszíven? Miért nem jelentkeztek ennek megfelelő tünemények fenn leirt azon kisérleteink alatt is, melyeket kutyákon s nyulakon végeztünk?

E kérdésre a kisérleti eljárás különböző voltában lehet a feleletet keresni. A mennyiben az illető állatok szivébe nem juttattunk annyi hatóanyagot, mint a béka szivébe, igy nem annyit, mennyi a kérdéses hatás kiváltására elegendő lett volna E czélra nyilván az állat testsúlyához viszonyitott nagyobb mennyiségű folyadékot kellett volna befecskendeznünk, a mi pedig a kisérlet folyamára más okokból rendkivül zavarólag hatott volna. E miatt fel lehet tenni, hogy, ha majd az ovariumnak e hatóanyagát isolálni leszünk képesek, sikerülni fog belőle kellő töménységű oldatot készíteni, melynek kis mennyiségben intravenosus alkalmazása útján, a szivbe annyi jut a hatóanyagból, a mennyi a kérdéses hatás kiváltására is elegendő lesz.

Összefoglalás.

1. Az ovariumból készült kivonat subcutan való alkalmazása után, kutyán és nyulon, a vérsejtek száma, valamint haemoglobin-tartalma nem változik meg.

2. Szárított ovarium kivonatának hatása alatt a békaszív megszünik lüktetni.

3. Friss ovariumból készült kivonat a szivre izgatólag hat.

4. A szárított ovarium kivonatának a szivműködést gátló hatóanyaga postmortalis eredetű.

5. Friss, valamint szárított hús kivonatának hatása alatt a békaszív szintén megszünik működni.

Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok.

Carbol-mérgezésnek egy ritkább esete.

A carbolnak az emberi szervezetre gyakorolt mérgező hatását számos példa bizonyítja és az irodalom a legkülönbözőbb alkalmazási módok mellett létrejött, gyakran halálos, mérgezéseket sorol fel. Az öngyilkossági szándékból megivott vagy véletlenül az emésztőrendszerbe jutott carboltól származó mérgezéseken kivül, mely alkalommal többnyire nagyobb mennyiségek kerültek a szervezetbe, ismerünk oly eseteket, a melyekben ezen szernek minimalis adagjai kebeleztettek be gyógyczélból és veszélyes lefolyású intoxicatióknak lettek okozói. Azért ma már igen kicsiny a száma azon orvosoknak, kik a carbolt belsőleg rendelik. Ama várakozások ugyanis, a melyeket a carbol belső alkalmazásához, különféle fertőző bántalmak ellen füztek, egyáltalán nem teljesültek. Az adag, tekintettel a szer toxikus hatására, igen kicsinyre volt szabva — 2—15 centigramm pro dosi, napjában kétszer, háromszor — minek folytán az antiseptikus hatás érvényre nem juthatott. Egyesek dicsérték ugyan a hőmérséket alábbszállító, az érverést gyengitő, izzasztó, hasmenésellenes hatását, de hangsúlyozták, hogy már ezen óvatos adagolás mellett is aggasztó mérvet öltő kábulást idézett elő.

De nemcsak belső, hanem külső alkalmazásánál is léphetnek fel mérgezés tünetei. Mellőzve azon eseteket, mikor vagy igen tömény oldatok alkalmaztattak, vagy a szokásos hígitások — 1%—5% — ugyan, de nagyobb mennyiségben és a mely körülmények közt az intoxicatio könnyen megérthető, csak a következő megfigyeléseket emlitem fel mint olyanokat, mint a melyekben kevés carbol felhasználása mellett is letalis mérgező hatás mutatkozott. Cohn esetében pár napos csecsemő még be nem hegedt köldökére tett carbolos, nedves vászondarabka halálosan végződött carbol-mérgezést idézett elő; Bogdanik pedig hasonló kimenetelü esetet ir le, mikor is circumcisio folytán létrejött praeputialis sebfelületre a bába reggel és este megújitott, 5%-os carbol-oldatba mártott watta-gomolyt alkalmazott.

Általánosan elterjedt azon rossz szokás, hogy, bár nem ismeretlen a carbol veszélyes volta gyermekeknél, a körülmetélés műtéte mégis carbolantisepsis igénybevétele mellett végeztetik. Gyakran voltam már tanuja annak, mikor a vallási szertartást teljesitő egyházi functionárius bizonytalan százalékú carbol-oldatot készitett oly formán, hogy tömény, folyékony carbolból szemmérték szerint locsesantott egy tányér vízbe és ebbe áztatta azon wattát, melylyel a sebet bekötötte. Sőt ily oldatot a gyermekkel később elbánó egyénnek is adott oly utasitással, hogy azzal napjában kétszer a sebet mossa ki és fedje azt be ugyanezen oldatba mártott és azután kinyomott wattával. E mellett gyakran minden egyéb óvatossági rendszabályt feleslegesnek tartanak. Igy, hogy a leggyakrabban elkövetett hibát emlitsem csak fel, a körömkefe többnyire ismeretlen az operateur előtt és van nagyon sok olyan is, a ki a körmei alatt összegyült szennyet sem tartja szükségesnek kikotorni.

Szinte csodálatos ezek után, hogy nem nagyobb azon ismert esetek száma, melyekben sebinfectio vagy carbol-mérgezés állapittatik meg sok körülmetélt gyermek betegségének vagy halálának oka képen. Hajlandó vagyok azonban feltenni, hogy számos esetben lehetne tüzetes vizsgálat esetén fentieket mint kór- vagy halál-okokat megállapitani.

Hogy e tekintetben milyen csekélységekre is figyelmet kell fordítani, erre bizonyitékul és tanuságul közlöm a gyakorlatomban nem rég előfordult következő esetet:

K. Z., jól fejlett fiú nyolcz napos korában mult év junius 13-dikán, körülmetéltetett. A műtét után nehány napra, junius 16-dikán a szülők azon panaszszal fordultak hozzám, hogy az azelőtt élénk, erőteljes, jóétvágyú gyermek folyton alszik, nem fogadja el anyja emlőjét, nem sir és a körülmetélés óta feltünően lefogyott. Kérdezősködésemre megtudtam, hogy a gyermeket napjában egyszer fürösztik és a sebre napjában kétszer tesznek tiszta száraz carbolos wattát. A folyton alvó gyermeket vánkosából kibontva észrevettem, hogy a pelenkán a szeméremrész körül feltünően kék, nedves folt van, melynek gyenge carbolszagát érez-

tem. Kérdésemre az anya elmondotta, hogy a mostanihoz hasonló foltot minden szárazba tevésnél látott, de annak feltünö szagát nem vette észre. Rögtön elökértem a bekötésre használt gyapotot. Ez a szokásos küllemü gyógyszertári watta volt, igen gyenge carbolszaggal. Ebből körülbelül fél diómekkoraságú, mintegy ötven centigramm súlyú darabkát találtam a seben, részben átivódva ama sötét-kék folyadéktól. A beteg vizsgálata alkalmával, kivéve még azt, hogy a hömérsék 36·5° C. volt, nem is találtam egyéb rendellenességet és így kórismémet carbol-mérgezésre tettem. Ehhez képest gyógykezelésem nem állott egyébből, mint hogy a szépen sarjadzó sebre egy kis darab sterilizált gaze-t és e fölé az eddig használt carbolos wattát félretétetve, közönséges Bruns-féle wattát tettem. A kötöszer változtatása utáni első 24 órában bocsátott vizelet még festette, de fokozatosan gyengébben a ruhanemüt és ezzel párhuzamosan javult a beteg állapota. Junius 18-dikán a vizelet világos-szalmasárga, nem hagy rendellenes szint vissza a fehérnemün és a gyermek magaviselete és hömérséke teljesen normalis.

Ha most már tekintetbe vesszük, hogy, mint kiderítettem, a 10%-os carbolos gyapotból körülbelül 4 gm. használtatott el, akkor, ha minden carbol felvétetett volna a szervezet által — a mi azonban ki van zárva — 40 cgm. carbol szívódott fel. Tényleg alig egy negyede juthatott csak a vérkeringésbe, mert a wattának nagy része száraz maradt és carbolszagát is megtartotta. Minthogy pedig a sebtisztogatás csak tiszta vízzel való lemosással történt, más úton carbol a szervezetbe, mint épen a watta által, nem kerülhetett. Be kell tehát látnunk, hogy a carbolos kötöszerek nem adhatók minden aggály nélkül a nem orvos-kezébe és különösen ki kellene azt teljesen küszöbölni a gyermek-sebkezelésből. A mennyiben tehát antiseptikus kötöszereket adnánk a laikus kezébe a fentiekhez hasonló esetben, az sohase legyen carbolos kötöszer.

Én évek óta kizárólag a creolint alkalmazom a gyermekpraxisban jó eredménynyel. A tömény creolinból három cseppet adok 100 gm. felforralt és langyosra lehütött vízbe. Ezt a hígítást tanácsolom rendszerint a circumcisiót végző egyénnek, figyelmeztetve öt egyszersmind a legminutiosusabb tisztaságra. Hasonló oldatba mártott Bruns-wattát tétetek a sebre a későbbi kötésváltoztatások alkalmával a gyermek gondozója által. Jól tudom, hogy ezen oldat antiseptikus hatása igen kétséges, de erre a sterilizált víz és tisztaság mellett szükség nincs is. A creolin csak arra való, hogy a carbolhoz szokott és a gyógyszernélküli asepsisben nem bizó közönséget megnyugtassa.

Ideje lenne a carbolt és a carbolos kötöszereket teljesen kivonni a gyógyszertári kézi eladásból és ez által csökkenteni a gyógyszeres mérgezések lehetöségét. Nem-orvos kezében ezen, különben áldásos gyógyszer is veszélyes lehet.

Tolnai Bernát dr. körorvos.

TÁRCZA.

Gynaecologia Amerikában.

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

(Folytatás.)

Még néhány év előtt orvosi gyakorlatot bármely világrészben szerzett diplomával biró orvos folytathatott, a nélkül, hogy azt nostrificáltatnia kellett volna. Az újabb törvények azonban megszorították az orvosi gyakorlatot akképen, hogy például a külföldi orvos csak egy vizsga sikeres letevése után telepedhetik le, a belföldi pedig csak azon államban gyógykezelhet, a melyben diplomáját nyerte; ha pedig egy másik államban akar praktizálni, akkor ép úgy mint bármely külföldinek, vizsgát kell tennie.

Hogy egyes intézetekben az oktatásra mily gondot fordítanak, erre szolgáljon itt például a Johns Hopkins Medical Schoolnak a hallgatókat felvevő szabályzata és kiképzésük módja.

Csak azon férfi vagy nő vétetik fel a hallgatók sorába (a kiknek száma 200-nál több nem lehet), a ki egy ismert jó középiskola bizonyítványaival jelentkezik, francziául és németül olvasni jól tud és vagy a Johns Hopkins University-n egy évig physica, chemia és biologiával foglalkozott, vagy ezeknek ismeretéről sikeres vizsgát tesz le. Az első két évben a theoretikus tantárgyakkal foglalkoznak, úgy mint: anatomia, physiologia, pharmacologia, toxicologia, pathologia és bacteriologiával, a melyeknek ismeretét a hallgatók theoretikus előadásokon kivül, főleg a laboratoriumokban és bonctermekben sajátítják el. Az utolsó két évben a következő practikus és egyúttal vizsga tárgyát is képező tantárgyakat tanítják: belgyógyászatot, sebészetet, szülészetet, gynaecologiát, börgyógyászatot, gyermekgyógyászatot, húgy- és ivarszervek-, gége és orr megbetegedéseit, szemészetet, psychiatriát és törvényszéki orvostant. Vizsgákat minden év végén kell tenni a hallgatott tantárgyakból s azok szóbeli, irásbeli és laboratoriumi és klinikai praktikus vizsgákból állanak. Csak a vizsga sikeres letevése után iratkozhatik a hallgató a következő évfolyamra. Az utolsó évben letett vizsga után megkapja a diplomát.

A szülészet a 3. és 4. év tárgya. A harmadik évben hetenkint 5—7 óra van e tárgyra szentelve, a mely idő fel van osztva elméleti előadásokra, a női nemi szervek anatomiájának, histologiájának és pathologiájának laboratoriumi oktatására szülészeti szempontból és szülészeti mütételi gyakorlatokra phantomon. A negyedik évben a hallgatók négy csoportra vannak osztva. Egy-egy csoport két hónapon keresztül majd a kórház szülészeti osztályán, majd szegény szülönök privátlakásán szüléseket észlel és ugyanekkor practikus klinikai oktatásban is részesül. A csoportok hetenkint egyszer összegyülnek és a tanárral az elmult hétben lefolyt szülési eseteket megbeszélik.

A negyedik évben a szülészettől egészen elkülönítve egy másik tanár tanítja a gynaecologiát. Az egész osztály egybegyülve hallgatja a rendszeres előadásokat, azonkivül csoportokba osztva tanulják a gynaecologiai vizsgálatokat, kezeléseket, gynaecologiai pathologiát és végül a kórtermekben észlelik a betegeket.

Nemcsak a Johns Hopkins Hospitalban, hanem a többi jobb hírnevü iskolában is ily kimerítöen tanítják a szülészetet és gynaecologiát. A mily elhanyagolt volt ezen tantárgyaknak tanítása, a hogy értesültem, még néhány év előtt, ép oly lelkiismeretes most.

A régibb időben szinte elkerülhetetlen volt az amerikai orvosnak, ha kissé jobban akarta magát kiképezni, hogy ismereteinek kibővítése czéljából Európába jöjjön. Most azonban annak az orvosnak, a kit talán körülményei kényszerítettek arra, hogy nem épen elsőrangú iskolában fejezze be tanulmányait, módjában van ismereteinek kibővítését hazájában keresni. Nagyobb városoknak vannak kórházaik arra a czélra, hogy diplomás orvos oda beiratkozva a kórház anyagának felhasználásával magát tovább képezhesse. Ezen kórházakban a tanítást „Professor“ czimet viselő tudományosan képzett orvosok teljesítik.

A többi között a „New-York Post Graduate Hospital“ külön erre a czélra épült. Gazdagon és teljesen modernül berendezett nagy hat emeletes kórház ez, a melynek a kórtermeken és szükséges mellékhelyiségeken kivül több operálóterme, amphiteatruma és laboratoriuma van. E kórházban 1895-ben, a mikor még nem volt meg a teljes forgalom, 1735 benfekvő és 19,227 bejáró beteget kezeltek. Oly beteganyag ez, a melynek czélszerü kihasználásával ismeretkörét sok orvos tetemesen bővítheti. Az orvostudomány minden egyes ágát tanítják e kórházban és így a szülészetet és gynaecologiát is. A szülészetből hetenkint háromszor tartanak előadást, a mely inkább gyakorlati jelleggel bir, a mennyiben össze van kötve terhesek vizsgálatával és mütételi gyakorlatokkal phantomon. Szülések észlelésére a szülészeti osztály áll rendelkezésre, a mely azonban nem nyujt elegendő anyagot a hallgatóknak (évenkint körülbelül 250 szülés van) és e miatt ezen osztály polyklinikával is bir. Ez által egy-egy erre a tárgyra beiratkozott orvos néhány szülést észlelhet, sőt mütételt is végezhet. A nőgyógyászatra naponkint egy órát szentelnek casuistikus előadások alakjában. Egy-egy előadás alatt 3 esetleg 4 beteget mutatnak be, a kiket egyenkint 5—5 orvos vizsgál meg. A vizsgáló orvosok röviden elmondják a beteg jelen állapotát és felállítják a diagnosist. Erre a tanár az esetleges tévedéseket kijavítja, a helyes diagnosisra vezeti a vizgáló orvost és azután röviden a betegség lényegéről, majd a

helyes nőgyógykezeléséről értekezik. A gyógyászati mütételek bizonyos napokon délután vannak e kórházban. A mütétel megkezdése előtt a tanár az esetet ismerteti, felállítja a mütételre való indicatiót, mütétel közben annak minden egyes phasisára figyelmezteti a hallgatókat, végül később sem mulasztja az operáltat bemutatni, vagy legalább is róla referálni.

Az amerikai orvosgeneratio fiatalabb tagjain már meglátszik az eredménye ezen intézményeknek, melyeknek czélja volt, az amerikai orvosi kasztot európai nivcaura emelni. Ha tekintetbe vesszük az Egyesült-Államoknak nem sokkal több mint 100 éves fennállását, bámulnunk kell azon gyors haladáson, a melylyel ott az orvosi tudomány főleg az utolsó évtizedben fellendült. A míg néhány évtized előtt az orvoslás kevés kivétellel hiányos tudománynyal biró orvosok vagy kuruzslók kezében volt, addig ma az orvosok általános müveltsége megközelítette az európai orvosokét. Az amerikai orvosirodalom, a különböző orvostársulatok müködései tanúbizonyságai azon ernyedetlen munkásságnak, a melylyel az amerikai orvos az európaival lépést igyekszik tartani.

Az Egyesült-Államok kórházainak látogatása alkalmával nem kerülhette ki figyelmemet azon egyöntetű törekvés, a melylyel az amerikai orvosok igyekeznek mütételek körül az asepsisnek legmagasabb fokát érni el. Az operáló-terem elhelyezése és berendezése olyan, hogy az könnyen tisztán tartható és könnyen tisztítható. Az operáló és segédszemélyzete az operáló-terembe való belépés előtt egy kis mellékszobában átöltözködik; minden ruháját sterilizált vászonkabáttal és nadrággal váltja fel; és ép így jelennek meg az ápolónők is sterilizált rövid ujjas ruhában. Kezüket és alkarjukat szappan és kefével meleg vízben alaposan megmossák, körömtoilettet végeznek és azután bemártják telített kaliumhypermanganicum-oldatba, a míg mahagoni vörös-színüek lesznek. A kaliumhypermanganicumot tömény oxalsavas oldatban színtelenítik és végül, mielőtt a mütételhez fognának, a kezükre tapadt oxalsavas oldatot még steril-vízben vagy sublimat-oldatban mossák le. A müszereket 1% soda-oldatban 5 perczig főzik és száraz steril-kendőkre kirakva használják a mütételnél. Ha több mütételt végeznek egymásután, akkor minden egyes mütételhez külön sterilizálják a müszereket. A varróanyagok megtisztítását az egyes kórházakban részben eltérő módon eszközlik. A selymet és silkwormot vagy egyszerüen kifőzik vagy a fractionált sterilizálásnak vetik alá. A catgutot Bergmann eljárása szerint, vagy cumollal sterilizálják. A newyorki Woman's Hospitalban ottlétem alatt egy lelkes fiatal orvosnak életébe került ama buzgósága, hogy a catgutot forró alkoholban tegye a mütételhez alkalmas anyaggá. Vigyázatlansága következtében szétpattant a forró alkoholt tartalmazó üveg és testét annyira összeégette, hogy másnap égési sebei következtében meghalt. Senn tanár Chicagóban nem tartja elégségesnek, hogy a catgut csak aseptikus legyen, hanem azt is szükségesnek tartja, hogy elegendő mennyiségü nem izgató antisepticumot is tartalmazzon. Ő Hofmeister szerint a catgutot formalinban praeparálja és miután a formalint 15 percznyi főzéssel eltávolította, a catgutot következő oldatba teszi el: 950 rész absolut alkohol, 50 rész glycerin és 100 gm. jodoform. Az így készült és eltett varróanyaggal nagyon meg van elégedve és addig, míg jobbat nem találnak ki, ezt használja, annál is inkább, mert ebben az oldatban a catgut eláll határtalan ideig a nélkül, hogy szakadékonnyá válnék. A mütételeknél törlő anyagul gazeból összehajtott compresseket, vagy spongyát használnak; az előbbieket gőzben sterilizálják, a spongyát sok kórházban olcsósága miatt szeretik, de laparotomiánál csak egyszer használják és a következőképen készítik elő: a kereskedésben vásárolt spongyát addig mossák meleg vízben, míg a víz tiszta marad; ezután 24 órára hígított sósavas oldatban hagyják ázni. Most rövid ideig 5% kaliumhypermanganicum-oldatban nyomkodják ki, majd telített oxalsavas oldatban színtelenítik és miután mészvízben a visszamaradt oxalsavat közömbösítették 12 órára 1 : 1000 sublimat-oldatba teszik; végül steril-vízben áztatják ki a sublimatot és használatra készen 3% carbol-oldatban tartják el a spongyát.

A beteget hasonló alapossággal készítik elő a mütételekre. A newyorki Woman's Hospitalban pl. a laparatomizálandóknak beleit 48 órával a mütétel előtt calomellal ürítik ki és 12 órára reá még egy evőkanál magnesiumsulfuricumot adnak. A beteg hüvelyét naponkint kétszer 1 : 1000 sublimat-oldattal öblítik ki. 24 órával a mütét előtt a hasat és a genitaliákat megberetválják és a hasra egy szappanos borítást tesznek. 12 óra mulva ezen borítást eltávolítják, a bőrt jól ledörzsölik alkohollal és sublimat-oldattal. Végül a mütételig sublimatos dunst-kötést helyeznek reá. Igy hozzák be a beteget már elaltatva az operáló asztalra, a hol leveszik a kötést és újból ledörzsölik a bőrt aetherrel és sublimat-oldattal. Az operálandó területet körülrakják steril-kendőkkel.

A mütételekre szolgáló indicatiók sokkal tágabb körben forognak mint nálunk. Nem egy veszedelmes mütételt láttam olyan esetben, a melyben mi nem is gondoltunk volna mütételre, hanem igyekeztünk volna minden hatalmunkban álló therapeutikus módszerekkel mütétel nélkül segíteni a betegen. De úgy látszik ott, úgy az orvosnak, mint a betegnek hiányzik a türelme, az ideje a hosszantartó kezelésnek alapos és lelkiismeretes keresztülvitelére. Sehol sem láttam, hogy a mütételre szolgáló indicatiók felállításánál a betegnek socialis állása annyiszor szerepelne, mint épen az Egyesült-Államokban. Igaz, hogy ottan a beteg is másképen gondolkozik, mint nálunk. A kivándorlottak czélja a vagyonszerzés. Minden idejüket tehát a munkára, a pénzszerzés egyedüli igaz módjára, szentelik; ennélfogva tehát szívesen reá állanak a bár veszedelmes mütételre is, ha meg van a garantiájuk, hogy azzal a munkájukban gátló betegségtől megszabadulnak, és lemondanak az időt rabló hosszas conservativ kezelésről, mely őket czéljuk elérésében, a vagyonszerzésben hátráltatná.

Ezen viszonyoknak a megismerése után már nem is ejtett bámulatba egy orvosnak azon nyilatkozata, hogy ő rövid pár év alatt retroflexio uteri miatt több mint 300 esetben végzett ventrofixatiót; igaz ugyan, hogy jó eredménynyel, a mennyiben állítása szerint egy halálesete sem volt és összesen csak 2% recidivája van. Mint minden téren, úgy ezen is néha egyesek a czélon túl mennek. Igy egy orvossal beszélgetve, a női genitaliák megbetegedésének conservativabb kezelése mellett kardoskodtam és felhoztam neki, hogy mi a massagezsal mily jó eredményeket érünk el. Azt elismerte, hogy a massage sok esetben eredményes, hanem ők erre nem érnek reá és minden egyéb kezelést csak humbugnak tart, mert a gynaecologiában igazán gyógyítani csak mütéttel lehet, mondá.

Ezeknek előrebocsátásával elgondolhatja az olvasó, hogy mütételt volt alkalmam látni eleget és ezzel arányban kezeléseket annál kevesebbet.

Az operálók nagy zöme rendkivüli technikával dolgozik és tekintetbe véve a már előbb vázolt tisztaságot is, a mit a mütételek körül kifejtenek, megértem azon jó eredményeket, a miket utazásom alatt láttam.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

A magyar szent korona országai balneologiai egyesületének 1898. évkönyve. Összeállította: **Löw Sámuel** dr., egyesületi főtitkár. Budapest, 1898. 243 oldal.

Elmult ismét egy év, zajtalan munka eredményes éve. Épen feltárni készültek redős ablakaikat télen át csendes fürdőink házai, mikor — tavasz küszöbén — lezárta a magyar balneologiai egyesület egy esztendei hivatalos müködését, egy-két napon át tartó sikerült congressussal. Az ezt megelőző közgyülésen hallottuk a beszámolót a kifejtett tevékenységről, a congressuson pedig az előadások és a hozzájuk füződött eszmecsere szemünk elé állította, mit figyelt meg, mit dolgozott fel a nemzet szellemi munkásseregének egy buzgó kis csoportja, az esztendő hosszán. El kell ismernünk, hogy a balneologiai egyesület maga elé tüzött feladatának ezúttal is derekasan megfelelt, fürdőügyünk szolgálatában minden lehetőt elkövetett s újból nem egy jóravaló eszmének volt megpendítője, keresztülvivője.

A főtitkári jelentés szerint az 1897-ben tartott VII. magyar balneologiai congressuson 12 előadás volt; hét tudományos, négy

fürdőügyi és egy a fürdők forgalmát feltüntető. Az egyesületnek az ezredéves kiállításon való szereplését állami aranyérem és az ú. n. millenniumi nagy érem jutalmazta. A kitüntetéseket ez évben vette át az igazgatóság. A moszkvai congressusnak megküldte volt az egyesület szétosztás végett *Boleman* kir. tanácsosnak hazánk fürdőit és ásványos vizeit ismertető munkáját, német és franczia nyelven. A budapesti kereskedelmi muzeum állandó kiállításában kollektiv ásványos vízkiállítást létesített az igazgató tanács. Az ország 36 fürdőhelyéről betegforgalmi kimutatást sikerült már ez évben nyerni, s így megtörtént az első lépés arra, hogy fürdőink beteganyagáról a jövőben pontos képpel birjunk. A m. kir. belügyministerhez felterjesztést intézett az egyesület a fürdőtörvény tárgyában, mely alkalommal ügyünk iránt táplált jóakaratáról a magas kormány újra biztosított. A *Preysz*-féle „Fürdőirodalmi Könyvtár“ kiadványait a belügyminister úr az egyesület kérésére a törvényhatóságoknak melegen ajánlotta. Foglalkozott az igazgató tanács a gazdasági osztály azon eszméjével is, hogy a fürdők érdekének jobban megfelelne, ha nem a kereskedelmi és iparvállalatok, hanem az egészségügyi intézmények közé soroztatnának, továbbá *Ladik* dr. fogalmazásában igen behatóan indokolt felterjesztést intézett az egyesület a m. kir. pénzügyminister úrhoz a fürdők adóviszonyainak rendezése tárgyában. A brüsszeli nemzetközi kiállításon a balneologiai egyesület költségén hazai ásványos vizekből kiállítás rendeztetett. Jelenleg még javában folyamatban vannak az 1900-diki párisi világkiállításra való előkészületek, melyen a magyar források és fürdők képviselete az egyesület feladata leend. Már az 1897-diki fürdősaison elején figyelmeztető felhivásokat küldött szét az igazgató tanács fürdőinkbe, melyek kifüggesztetvén, a közönségnek az orvosi tanács igénybevételét a kúra megkezdése előtt, lelkére kötik. *Bókay Árpád* professor kezdeményezésére az egyesület ú. n. balneologiai falinaptárt adott ki s azt az egyesület tagjainak, az összes budapesti gyakorló orvosoknak s a megyei és városi tiszti orvosoknak megküldötte. Az ügyes kivitelű falinaptár egész éven át folyton szeme előtt van orvosainknak, figyelmüket a magyar gyógyhelyek iránt szakadatlanul ébren tartani segít. S hogy a nagyjában vázolt egyesületi tevékenység utolsó tételéül szintén nem kevésbbé méltó ténykedést említhessünk, elismeréssel kell hangsúlyoznunk az igazgató tanács kiváló buzgalmát a *Korányi Frigyes* főrendiházi tag által kezdeményezett mozgalom, a tüdővész elleni védekezés érdekében. A Budapest határában tervbe vett első magyar tüdőbeteg-gyógyintézet javára gyüjtőperzselyek jelentek meg a balneologiai egyesület felkérése folytán fürdőinkben, hangversenyek, tánczmulatságok rendeztettek (Balaton-Füred, Marillavölgy) a humanus és nemzetgazdaságilag fontos czélra, újabban pedig magáévá tette az igazgató tanács *Kuthy Dezső* dr. indítványát, mely szerint a magy. szent korona országainak balneologiai egyesülete állandó pártfogásban részesíti az ügyet és minden erejével részt vesz a tüdővész leküzdésére megindított nagyjelentőségü actióban.

Az idei VIII. magyar balneologiai congressus tárgyalásai örvendetes jelét adták haladásunknak e téren is. Az előadások tudományos niveauja emelkedett, alakja a világszerte megszokott congressusi pongyolaságot jórészben levetkezte, az eszmecserék kellően fejlődtek ki s megfelelő módon járultak hozzá a felvetett kérdés kidolgozásához. A minden izében ügyesen és lelkiismeretesen szerkesztett évkönyv, miután első részében áttekintést nyujtott az egyesület sáfárkodásáról, második részét egészen az előadások ismertetésének szenteli. Ezek sorát *Ónodi Adolf* tanár nyitotta meg „A tüdőbajosok sanatoriumokban és klimatikus helyeken“ czímmel. Közvetetlen tapasztalatai alapján mondotta ki, hogy a tüdővész sanatoriumi kezelését a maga részéről is a legtöbb sikert igérőnek tartja. Majd *Tauszk, Áldor, Weisz Ede, Kelen István, Bikfalvy, Sümegi, Pollák, Russay* és *Boleman* előadásai következtek méltó folytatásképp. Az eszmecserékben *Tauffer Vilmos, Bókay Árpád, Csapodi István, Papp Samu, Szmialovszky Valér, Fenyves*, továbbá *Bosányi, Litsek, Kövesi, Gámán, Weisz* és *Kuthy* dr.-ok vettek részt.

Az egyesület lefolyt esztendei munkásságában legszebb zálogát birja jövendő eredményes és áldásos működésének.

Kuthy dr.

II. Lapszemle.

Kórodai tanulmányok vesebántalmakról syphilitikus egyéneknél czímmel irt *Welander*. Az irodalomban számos esetet közöltek, melyeknél syphilitikus vesebántalmakat supponáltak. Még boncztanilag sem dönthető el számos esetben biztosan azon kérdés, vajjon a veseelváltozások syphilisen alapszanak, kivévén azokat, a midőn gummaelváltozások constatálhatók. Nem sokkal kiterjedtebb klinikai tudásunk, mert számos esetben nem zárhatjuk ki biztosan, vajjon a fenforgó vesebántalom más nexussal nem áll-e oki viszonyban. Szerző 1400 esetben, melyek részint kórházi ápolásban részesültek, részint magángyakorlatából származtak, vizsgálatokat végzett vesebántalmakra, különös tekintettel arra, hogy tiszta képet nyerjen a syphilisen alapuló vesebántalmak gyakoriságáról és minőségéről. Eseteiben törekszik kizárni minden más kórokozót, megbeszéli és részletezi mindazon eshetőségeket, melyek könnyen tévesen veselob kórismére vezethetnek. Eltekintve azon esetektől, a hol az albuminuria és cylindruria tisztán higanyhatásra visszavezethető, kizárandók a többi káros befolyások, így pl.: a meghülés, alkoholismus, normalis vesékre átmenetileg beható ingerek stb.; fontos egyszersmind tudni, vajjon az albuminuria a vesékből, a hólyagból vagy a húgycsőből ered-e, nem kevésbbé fontos a vegyi kémszernek megválasztása. Szerző szerint felvehetjük, hogy a vesékben nehezebb kórelváltozások nincsenek, ha a légenysav 2—3 percz alatt szembetünőbb reactiót nem ad, ennél sokkal érzékenyebb a trichloreczetsav-próba, melylyel még kisebb mennyiségü fehérnyét is kimutathatunk; ő ugyanis először a légenysavat alkalmazza és csak, ha a vizelet cylindereket is tartalmaz, a trichloreczetsavat. Igen fontos továbbá az albuminuria syphilitica kórisme megállapításánál tudni, mióta szenved a beteg syphilisben, mióta áll fenn a vesebántalom és ez utóbbi a syphilis szerzése előtt vagy után fejlödött-e ki. Azon számos esetből, melyeknél albuminuriát megállapított, összeállította mindazokat, melyeknél a legnagyobb valószinűséggel a vesebántalom syphilisre visszavezetendő. Végre vizsgálatainak eredményeit következő pontokban foglalja össze: 1. Ha a syphilis első eruptiójánál vagy a recidiváknál (másodlagos stadium) minimalis syphilitikus albuminuria elő is fordulhat, ez mégis a ritkaságok közé tartozik; igen ritkán fejlödik ki ezen esetekben olyan albuminuria, mely légenysavval kimutatható; nagyon is kétségbevonandó, vajjon létezik-e egy igazi nephritis parenchymatosa syphilitica. 2. A syphilis későbbi stadiumában olykor nephritis interstitialis olyan körülmények között észlelhető, melyek valószinüvé teszik, hogy közte és a syphilisbántalom között oki összefüggés létezik. 3. A syphilis későbbi stadiumában egyes esetben oly láztalan vesebaj észlelhető, melynél a vizelet piszkos barnaszinü, többé-kevésbbé zavaros, kisebb mennyiségü fehérnyét tartalmaz, az üledékben különféle cylinder és törmelék van; ezen vesebántalom fellép egyidejüleg más testrészekben fejlödő gummákkal és specifikus kezelés mellett kisebbedik és elmulik, mint a többi harmadlagos tünetek. Nagyon valószinü, hogy ezen vesebántalom okát találja a vesében létező szétesett gummákban. 4. A higanykezelés, mindenekelőtt, ha erélyes, gyakran előidézhet cylindruriát, olykor albuminuriát is, melyek hasonlóképen, mint a stomatitis, a különféle egyéni dispositio szerint, kisebb vagy nagyobb mértékben keletkezhetnek. Vizelet cylinderek és fehérnye nélkül ép oly kevéssé engedi meg azon következtetést, hogy csak csekély mennyiségü higany van a vérkeringésben, mint a teljesen egészséges foghús; csak a vizeletnek és a bélsárnak higanyra való vizsgálata által nyerhetünk tiszta képet a felszívódott higanymennyiség nagyságáról. 5. A higanykezelés által előidézett cylindruria és albuminuria egyhamar elmulnak és rendesen nem adják meg a dispositiót későbbi vesebántalmakra. 6. Ha nephritis van jelen, főleg ha ez parenchymatosa vagy interstitialis, a higany csak nagy elővigyázattal alkalmazandó és ez is csak a vesék állapotának pontos ellenőrzése mellett. 7. Nephritis alkalmával a higany nagy mennyiségben a bélsárral, gyakran nagy mennyiségben a vesék által is, de mindig minimalis mennyiségben a nyálkával küszöbölteti ki. (Archiv f. Dermat. u. Syphilis. Bd. XXXVII. Hft. 1., 2. és 3.)

Alpár (*Aschner*) *Arthur* dr.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1898. julius 15.

Intézkedések szükségessége a ragadós és fertőző betegségeknek a vasutak által való terjesztése ellen. A „*Vasúti és közlekedési közlöny*“ f. év julius 10-diki számában e tárgyban egy figyelemre méltó közlemény jelent meg, a melyet a következőkben közlünk azzal a hozzáadással, miszerint kívánatos, hogy az abban érintett intézkedések minél előbb életbe léptettessenek.

„Németországban a birodalmi egészségügyi hivatal a közmunkák ministeriumával egyetértve, nemrég új utasítást adott ki, mely mindama szempontokat felsorolja, a melyeket a vasúti személykocsik tisztításánál, azok építésénél és berendezésénél, valamint a várótermek és a pályaudvarok járdáinak tisztításánál, tekintettel a ragadós betegségek, és különösen a gümőkór terjedésének megakadályozására, figyelembe kell venni és be kell tartani.

Hasonlóképen intézkedett az osztrák vasúti minister is, a mennyiben a déli vasúthoz, mint a vasúti igazgatói értekezlet ezidei ügyvivő igazgatóságához rendeletet intézett, a melyben meghagyja, hogy a gümőkóros betegek köpetének megszáradásából és szétporlásából származható veszedelem és ragály továbbterjedésének megakadályozása czéljából az összes kocsikban hirdetmények függesztessenek ki, azzal a kérelemmel, hogy az utasok a padlóra ne köpjenek. Egyúttal ajánlja, hogy az olyan vonatoknál, a melyek a tüdőbajosok által használt fürdőhelyeket érintik, vagy olyan közvetlen kocsikban, a melyek az ilyen fürdőhelyekre közlekednek, mély, tölcséralakú fedelekkel ellátott és vízzel töltött köpőcsészék állíttassanak fel. A III-ad osztályú személykocsik mindenkori tisztítása alkalmával a padlót is 5%-os carbol-oldattal kell felmosni.

A bevezetésben említett ministerium azonban tovább megy. Elrendeli ugyanis, hogy a személykocsik építésénél és berendezésénél a falak és menyezetek minden egyenetlensége és mélyedése kerültessék, valamint, hogy a falak behúzására plüs- és hasonló szövetek helyett sima szövetek alkalmaztassanak. Az ülőhelyek úgy szerkesztendők, hogy azokat kivenni és forró vízgőzben fertőtleníteni lehessen. A köpőcsészék lehetőleg nagyok és oly szerkezetűek legyenek, hogy feldülésük és tartalmuk kifolyása megakadályoztassék. Arra is figyelemmel kell lenni, hogy az ülések alatti és a fűtőtestek mögötti rész könnyen kitisztítható és fertőtleníthető legyen. A várótermek és pályaudvari gyalogjárók tisztítását illetőleg meghagyja, hogy a várótermek padlói, valamint a fedett csarnoki gyalogjárók is lehetőleg gyakran, ott, a hol nagy a forgalom naponkint nedvesen fertőtlenítendők, illetőleg lemosandók. A hol a falak vagy burkolásuk megengedi, pl. olajfestésnél, időnkint le kell azokat embermagasságig mosni. A várótermekben, csarnokokban, járókon és lépcsőkön lehetőleg sok és megfelelő alakú köpőcsésze alkalmazandó. Új építkezésnél vagy átalakításoknál is ezek a rendelkezések irányadók.

Mindez az intézkedés minket is érdekel, mert köztudomású, — belügyminiszterünk e napokban intézett ez irányban megfelelő rendeletet az összes hatásköre alatt álló hatóságokhoz — hogy a gümőkór hazánkban is igen elterjedt. De érdekelnek bennünket azért is, mert a budapest-keleti pályaudvarból Gráz felé menő vonatok a világnak egyik legismertebb s tüdő- és gégebajosok által nagyon látogatott helyére, Gleichenbergre közvetítik a forgalmat, továbbá, mert Budapest déli vasút állomásáról közvetlen kocsik mennek az évadban Bozen-Meránra, és más kocsik Görzbe és dél felé. Miután ezeken a vonatokon és e kocsik által a fertőzés felette könnyen megtörténhetik, az illetékes körök semmi esetre sem fognak késni, hogy a fentiekben előadottaknak megfelelő intézkedéseket nálunk is mennél előbb életbe léptessenek.

Hogy a csarnokok, várótermek naponkint — talán nedves fürészporral — felsöpörtetnek, a fedett gyalogjárók, a mint az idő engedi, naponkint nedvesen söpörtetnek, az csak egyszerű tisztaság, de nem elég, hogy a ragadós betegségek terjedésének gátat vethetne.

A kocsiknak megfelelő hirdetéssel való ellátása, a Gleichenberg és Bozen-Meran, Görz és dél felé menő vonatoknak, illetőleg közvetlen kocsiknak megfelelőbb berendezése, mindenekelőtt a lábszőnyegek, gyékények eltávolítása, a kocsiknak köpőcsészékkel való ellátása, minden fordulójuk után való leggondosabb tisztítása és fertőtlenítése, az ét- és várótermeknek, csarnokoknak és gyalogjáróknak megfelelő köpőcsészékkel való felszerelése, ezek kiürítése, tisztítása; e helyiségek intensivebb takarítása és lemosása nem róna nagy terhet intézeteinkre, ellenben a legnagyobb megnyugvással töltené el az utazó közönséget, és megmutatná a külföldnek, hogy vasutaink e tekintetben is a mai kor magaslatán állanak.

Ezek az intézkedések volnának a legsürgősebbek, a többieket később folytatólagosan lehetne megtenni. *F. E.*“

* * *

△ **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1898. junius 26-dikától 1898. julius 2-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 400 gyermek, elhalt 269 személy, a születések tehát 131 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup —, roncsoló toroklob 2, hökhurut —, kanyaró 5, vörheny 5, himlő —, typhus abdominalis 7, gyermekágyi láz —, influenza —, egyéb ragályos betegségek 3, agykérlob 11, agyvérömleny 5, rángások 12, szervi szivbaj 15, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 33, tüdőgümő és sorvadás 36, bélhurut és béllob 40, carcinomata et neoplasmata alia 14, méhrák 4, Bright-kór és veselob 5, angolkór 2, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 21, aszkór, aszály és sorvadás 2, aggkór 16, erőszakos haláleset 20. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2084 beteg, szaporodás 703, csökkenés 712, maradt e hét végén ápolás alatt 2075. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1898. julius 2-dikától julius 9-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 9 (meghalt 2), himlőben — (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 11 (meghalt —), vörhenyben 39 (meghalt 3), kanyaróban 118 (meghalt 4), roncsoló toroklobban és torokgyíkban 18 (meghalt 1), trachomában 13, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 14 (meghalt —), orbánczban 14 (meghalt —), gyermekágyi lázban 1 (meghalt —).

— **A budapesti gyakorló orvosok segélyző-egyesülete** közrebocsátotta a mult évről szóló jelentését. A tagok száma 128 volt. 585 forint segélyt osztott ki tagjai között. Az egyesület elnöke *Löw Sámuel* dr., alelnök *Schulhof Jakab* dr. A tisztikar tagjai még: *Pikler Gyula* dr., *Béla Pál* dr., *Samek Jakab* dr. és *Szikszay Sándor* dr.

○ **A torontálvármegyei orvosegyesület** f. hó 25-dikén tartja meg *rendes évi közgyülését,* melyen bemutatják a *torontálmegyei orvosi nyugdíjegyletnek ministerileg jóváhagyott alapszabályait* és megindítják a szervezkedést. Eddigelé már fele a megyebeli orvosoknak kötelezi magát a belépésre. Ha a terv sikerül, követendő például fog szolgálni más megyék számára is; alapszabályait annak idején közölni fogjuk.

— **A párisi XIII. nemzetközi orvosi congressus** magyar nemzeti bizottsága f. hó 1-én következőleg alakult meg: Elnök: *Pertik Ottó*; alelnök *Csatáry Lajos*; főtitkár: Korányi Sándor; társtitkárok: Oláh Gusztáv, Nékám Lajos, Török Lajos; pénztáros: Demjanovics Emil. Bizottsági tagok: Basch Imre, Bäcker József, Bókay Árpád, Bókay János, Csapodi István, Erőss Gyula, Fodor József, Flesch Nándor, Faragó Gyula, Gerlóczy Zsigmond, Grósz Gyula, Hőgyes Endre, Hutyra Ferencz, Irsai Arthur, Korányi Frigyes, Löw Sámuel, Müller Kálmán, Magyarevics Mladen, Róna Sámuel, Réczey Imre, Scherman Adolf, Szontagh Félix, Temesváry Rezső, Vályi Ernő, Varró Indár. A bizottság összel fogja magát vidéki tagokkal kiegészíteni.

Az Orvosi Kör országos segélyegyletének pénztárába befizettek 1898-ban részint mult évi, részint ez évi tagsági díjakban: Flesch Nándor 2 frt, Nádas Lipót 2 frt, Ormai Mór 2 frt, Nagy József 2 frt, Brünauer Ambró 2 frt, Bogdán Mihály 2 frt, Baer Jenő 2 frt, Csatkay Ignácz 2 frt, Csillag Ignácz 2 frt, Deutsch Ignácz 2 frt, Dobrovits Mátyás 4 frt, Daday Vilmos 2 frt, Friebeisz Alajos 4 frt, Fialkovszki Béla 2 frt, Frommer Ede 2 frt, Gust Henrik 4 frt, Gremsperger Ferencz 2 frt, Hajós Béla 2 frt, Kádár Antal 2 frt, Kramperger 2 frt, Lövensohn 4 frt, Ligeti József 4 frt, Lendvay Benő 2 frt, Mangrin Károly 5 frt, Mitzger Miksa 2 frt, Ney József 2 frt, Petz Lajos 2 frt, Rigó Ferencz 2 frt, Révész Zsigmond 2 frt, Ruben József 2 frt, Ringenbach Dezső 4 frt, Schiessel Albert 2 frt, Simonyi Adolf 4 frt, Sternberg Géza 2 frt, Váczi Lajos 2 frt, Fekete József 6 frt, id. Glasz Izidor alapítvány 50 frt, Kovács Bálint 2 frt, Kerekes István 2 frt, Blumgrund Sámuel 2 frt, Reinitz Ignácz 2 frt, Ferenczy Sándor 2 frt, Becher Áron 2 frt, Berger József 2 frt, Beszedits Ede 10 frt, Éder József 2 frt, Fejér Dávid 2 frt, Fischer Ferencz 2 frt, Jászi Ferencz 2 frt, Illési Jakab 2 frt. Krieser Arnold 6 frt, Kelemen Mihály 2 frt, Kellner Mór 2 frt, Komáromy Gyula 2 frt, Köhler Simon 2 frt, Leitner Miksa 2 frt, Laurovits János 2 frt, László Elek 2 frt, özv. Liebermann Adolfné 2 frt, Szabó Mihály 2 frt, Skirpán Ambrus 2 frt, Szilágyi János 2 frt, Tóth Imre 3 frt, Wieneberg Gáspár 2 frt, Perényi István 5 orvosköri tagért 10 frt, Gaby János 2 frt, Guttmann Lipót 2 frt, Nyikora József 2 frt, Somogyi Zsigmond 2 frt, Vogl Mihály 2 frt, Berger József 2 frt, Háry István 5 frt, Danis János 2 frt, Engel Zsigmond 2 frt, Havas Ede 4 frt, Ochs József 6 frt, Venczel József 2 frt, Engel Ármin 2 frt, Friedländer Simon 2 frt. (Folytatása következik.)

— **Bene Sándor** dr.-nak, Ungmegye t. főorvosának a király a közegészség terén szerzett érdemei elismeréseül a Ferencz József-rend lovagkeresztjét adományozta.

— **Hazai fürdőink látogatottsága**: *Lipik* VII./9. 1236; *Herkulesfürdő* VII./7. 3393; *Csorbai-tó* VII./6. 751; *Alsó-Tátrafüred* VII./7. 619; *Tátrafüred* VII./5. 1049; *Uj-Tátrafüred* VII./8. 888; *Bártfa* VII./6. 1507; *Tarcsa* VII./8. 490; *Balatonfüred* VII./3. 950; *Lubló* VII./7. 351.

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.* — Kívánatra 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. (IV. ülés 1897. február 10-dikén. V. ülés 1897. február 17-dikén. VI. ülés 1897. április 7-dikén.) 357—358 l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből 358. l.

A budapesti kir. orvosegyesület stomatologikus szakosztálya.

(IV. ülés 1897. évi február 10-dikén.)

Elnök: **Árkövy József**; jegyző: **Hattyasy Lajos.**

Napirend előtt: **Bilaskó György „Erruptionalis íny-tályog esetét"** mutatja be. A jobb felső centr. incis. helyének megfelelőleg egy kis íny-duzzanat, mely felül fluctuál. Többek hozzászólására a duzzanat megnyittatván, alatta a centr. incis. kitapintható volt.

Napirend: **Dobrzyniecki Árpád „Uj leptothrix-faj"** czím alatt góresői készítmények bemutatásával tart előadást, mely egész terjedelmében a „Centralblatt für Bacteriologie" Nr. 6/7, XXI. Band 1897 közöltetett. Bizonyítja, hogy van mesterségesen tenyészthető leptothrix.

Második tárgy: **A cataphoresishez szükséges eszközök bemutatása.**

Bauer Samu: Részletesen magyarázza a *Morten* által electromedicinales diffusiónak nevezett gyógyeljárást s bemutatja a szükséges eszközöket s azoknak alkalmazását.

Bilaskó dr. kérdezi, hogy előadó rubberdanot használt-e?

Klinger dr. sajnálja, hogy gyakorlatilag nem történt demonstratio, mert az ő fogán már tétetvén kisérlet, az eredménytelen volt.

Dukesz kérdezi, hogy érzéstelenség 20 percz helyett nem állhat-e be 10 percz alatt, ha töményebb cocain-oldat használtatik.

Vajna dr. kevés biztositékot lát az eljárásban; a dentin hyperaesthesiánál vannak egyéb hatóanyagok annak elhárítására, igy a kal. arsenicosum, az arsen, carbol, arg. nitr. stb.; azt hiszi, hogy a 20%-os cocain villamosság nélkül is jól hat; leginkább sajnálja, hogy az új eljárás a foghúzáshoz még nem használható.

Láng dr. helyesebbnek tartaná a vitát a gyakorlati bemutatás utáni időre halasztani.

Árkövy kérdezi, hogy hány betegen kisérelte meg előadó az eljárást? *Bauer* azonnal feleli rá, hogy 11 betegen, és mindnél eredménynyel.

Árkövy helyesnek tartaná, ha legalább 150 betegen tenne még kisérletet, s erről statistikát készítene.

Bauer viszonválaszában kifejti, hogy ő is nagyon kételkedett eleinte az eredményben. Árkövynek feleli, hogy szivesen kisérletezik tovább, ha beteganyagot bocsát rendelkezésére. A többi kérdésre válaszolva azt mondja, hogy rubberdanot mindig használ a hol lehetséges, ez alatt bármilyen tömény cocaint alkalmazhatni. *Vajnának* felelve azt mondja, hogy a mi a 20%-os cocain hatását illeti, azt a búvárok már kideritették, hogy villamossággal együtt sokkal jobb az eredmény, mint nélküle; csodálkozik, hogy épen az extractiókhoz szeretné alkalmazásban látni, holott e czélra sok egyéb eljárás áll rendelkezésre.

Rozgonyinak azt feleli, hogy az irodalmat illetőleg az eredmények tényleg fényesek, a rheostat beállítása pedig bármelyik saroknál irrelevans, a hatás egy, és hogy mikor elégséges a cataphoretizálás, ezt tényleg jogos kérdésnek tekinti, mert ezt az eljárás folyamata alatt megitélni nehéz, úgy hiszi, hogy mindenkor czélt lehet érni, ha a villamos feszítőerő eléri a 30—35 Voltot.

A discussio befejeztetvén, elnök felkéri, hogy kisérletezés után, melyre a fogászati klinikán alkalmat nyujtani kész, az eredményekről majdan adna jelentést. Egyelőre kéri előadót, a jövő ülésen szivesked-nék gyakorlati bemutatást tartani.

(V. ülés 1897. február 17-dikén.)

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

Napirend előtt: **Hattyasy Lajos „Recidiv phosphornecrosis ritka esetét"** mutatja be 25 éves volt gyufagyári munkásnőnél, ki 5 évvel ezelőtt *phosphornecrosissal* lett az egyetemi fogászati klinikára felvéve és kezelve. Előadja a beteg kórtörténetét, kiemelve azt, hogy 5 év előtt a necrotikus folyamat az alsó állcsont medernyujtványának majdnem egész terjedelmére kiterjedt, s operative eltávolíttatott, két hó előtt teljes gyógyulás állott be. Körvonalakban előadja a phosphornecrosis történetét, előfordulási módosulatait és therapiáját. Hangsúlyozza, hogy jelen bemutatott eset több oknál fogva érdekes.

Betegnél ugyanis a phosphornecrosis tünetei mult év deczember havában, tehát 3 hó előtt újból felléptek, nem a gyógyult alsó állcsontban, hanem a felső, mindkét oldalú állcsontban. Érdekes tehát az eset azért, mivel beteg 1. már 5½ év óta gyufagyárban nem dolgozott;

2. 5 év előtt az alsó állcsontban beállott phosphornecrosisból teljesen kigyógyult, s itt kiújulás nem is következett be.

3. Azóta beteg férjhez ment és négy, valamint egy évvel ezelőtt szült (gyermekei épek és egészségesek) a nélkül, hogy a terhesség alatt, vagy után a betegség jelentkezett volna.

4. A felső állcsontban a megbetegedés csak 5 év mulva, minden kimutatható újabb ok nélkül keletkezett, s kiterjedésénél fogva nagy pusztítást hozott létre.

Árkövy az esetet rendkivül érdekesnek tartja és csak a therapiája szempontjából szól hozzá. *Antal* kartársé az érdem, hogy ezen betegség ellenszerét felfedezte; az orvosszer pedig kalium-hypermanganicum, mely subgingivalis injiciálása által praeventiv gyógymódként *is* állítandó oda, és ez feleslegessé teheti az elhalt csontrészletek műtéti eltávolítását. A csontokba felvett phosphorból ugyanis e szer phosphorsavat készit, és ártalmatlanná lesz. Azóta Angliából és egyebünnen is érkeztek kimutatások, melyek szerint ilyetén gyógykezelésre az esetek ott gyógyultak. Felhívja a figyelmet adandó esetekben a betegség ezen gyógymódjára.

Hattyasy nem osztozik felszólaló véleményében, minthogy ily esetekben csak a radicalis műtéti beavatkozástól vár gyógyulást, miután nem óhajtana eltérni a rendesen üdvösnek bizonyult sobkezelési eljárásoktól; itt kalium hypermanganicum használatát mellőzendőnek tartja, de igen is üdvös lehet az, mint praeventiv eljárás, sőt megkisérelhető kezdődő necrosis esetekben is.

Antal azt hiszi, hogy a műtéti, radicalis beavatkozás után is, alkalmazása a kiújulás meggátlására hasznos lehet, mire *Hattyasy* megjegyzi, hogy a necrotikus folyamat megállapodása után azon helyen kiújulás nem várható.

Második tárgy: **Bauer Samu** dr. **„A cataphoresis gyakorlati bemutatása"** czímen tart előadást. A rheostaton változtatást csinált, a lámpa helyett ólomzár van elhelyezve, 34—35 feszítőerejű áram áll rendelkezésére.

Húsz éves ifjú ül a műtőszékbe, alsó baloldali első molarisán m. cavitással, szabadon fekvő pulpa mellett. Bemutató 20%-os cocain mellett alkalmazta az áramot s 20 percz mulva rózsafúróval jelentéktelen fájdalom kiséretében resecálja a koronapulpát, a gyökérpulpák azonban érzékenyen reagálnak, a mely érzékenység az eljárás 10 percznyi megismétlése és 5%-os cocain befecskendése után is fenmaradván, a devitalisatio arsen-pastával fejeztetik be; beteg subjectiv érzetei után való kérdezősködés a cataphoresis behatásáról világos képet nem nyujt, a mit azonban a patiens alacsonyabb intellectualitásának lehet betudni.

Ezután 18 éves leánynál lett kisérlet téve. Felső baloldali első bicuspisán pulpitis parenchymatosa van jelen, buccalis metialis cavitas mellett. Előzőleg 20%-os cocain-vatta volt az üregben 30 perczig. Bemutató ez esetben 25 Volt-os áramerőig felszállva dolgozik. A koronapulpa kifúrása teljesen fájdalmatlan, gyökérpulpára arsent kellett applicálni.

Bauer szakszerű eljárása alatt *Klinger* tagtárs a cataphoresis controlkisérlete gyanánt 15 éves fiú felső jobboldali kis metszőfogából 5%-os cocain 3 vonalnyi subgingivalis befecskendezésére 3 percz után a pulpát teljesen fájdalmatlanul exstirpálta; ugyancsak ezt kisérelte meg 16 éves leány alsó baloldali első molarisán 4 vonalnyi 5%-os cocain-injectióval, de sikertelenül, úgy hogy a devitalisatiót itt is arsenicummal kellett befejezni. Bemutató reasummálja kisérleti eredményét, azt mondja, hogy tudományos okadatolást még nem adhat, de a cataphoretikus eljárásnak igen értékes magva van és arany jövője.

Klinger ismétli, hogy az ő fogán tett kisérlet teljesen sikertelen volt, és most is kételkedve fogadta az eredményt. Tapasztalata szerint egy gyökerű fogaknál legalább is érnek el, de rövidebb idő alatt olyan eredményt, mint cataphoresissel; szerinte a *Bauer* első esetében nem volt eredmény, a második esetnél már jobb eredményt látott.

Sándor a voltok erejének a mérését nem látja elég világosnak ezen eljárásnál.

Bauer: Sándor tagtársat felvilágositja, hogy ily eljárásnál a voltok erejét egyáltalán nem lehet mérni, csakis milliampérmetert használhatunk, a miből azután a voltok számára következtethetünk. Klingernek azt feleli, hogy tévedésben van, ha azt hiszi, hogy ez eljárással csak a pulpa fájdalmatlan eltávolítására törekszünk, mit ő cocainnak subgingivalis injectiójával vél elérhetni; hiszen itt sokkal fontosabb eljárások vannak még szóban, úgy a dentin érzéstelenítésre cocain-injectio teljesen alkalmatlan Ez eljárással lobellenes szereket és antisepticumokat óhajtanak bekebelezni az emberi szervezetbe, ezért tartják ez eljárást és annak jövőjét fontosnak.

(VI. ülés 1897. április 7-dikén.)

Elnök: **Árkövy József**; jegyző: **Hattyasy Lajos.**

Napirend: **Antal János „Egy új helybeli érzéstelenítőnek, az anaesinnek hatása foghúzásnál"** czímű előadást tart, mely egész terjedelmében közöltetett az „Orvosi Hetilap" 1897. 35—36. számaiban.

Bilaskó nincs tisztában azzal, hogy optimista vagy sceptikus véleménynyel indította-e meg előadó kisérleteit, s igy annak értékét nem tudja megállapítani, másrészt nem helyesli, hogy csak *Antal*-nak adatott a szerből kisérletezés végett, s másoknak nem.

Rozgonyi a felfedező és jelenlevő Vámossy dr.-t kérdi a hatóanyag mérgező tulajdonságai iránt.

Irsai dr., vendég, örömmel ragadja meg az alkalmat az anaesin első bemutatásánál azon reményének kifejezésére, hogy mint érzéstelenítő szer el lesz ismerve, s eddigi tapasztalata szerint a szer által létrehozott káros hatást nem látott.

Jó szolgálatot tett a szer gégefekélyeknél, tonsilitisnél, hol a beteg a fájdalmak folytán nyelni nem tudott, a szer alkalmazása után igen jól tudott inni; sőt galvanocaustikus műtéteknél a mélyebben fekvő szövetek érzéstelenítése is jó eredménynyel éretett el. Nagyra becsüli azon előnyt, hogy a szerrel bátrabban lehet dolgozni jó érzéstelenítő hatás mellett. Végleges véleményt még nem alkotott, de reményli, hogy jó eredményt fognak vele kapni.

Biró nem bizalmatlan a szer iránt, s a 60 esetet is elégnek tartja előleges kisérletnek, óhajtja azonban, hogy most már a szer másoknak is hozzáférhetővő tétessék.

Vámossy dr., vendég, mindenek előtt *Antal* előadásához szól kiegészítőleg, a mennyiben az anaesin általános pharmacologiai hatásáról ad felvilágosítást. Minden bódító szer hat a szívre, s azoknak már a legkisebb mennyisége is depressiót jelent az isolált békaszívre hatva. Ezen beállott depressiónak azonban nincs jelentősége, mivel emlős állatoknál tett kisérleteinél a szívre semmi hatását nem látta; így az állat negyedik napon comában halt el, de a szívverés a légzést túlélte, s csak óvatosság szemmeltartása végett ajánlotta szivbetegeknél a figyelmességet.

Felszólaló maga is vett be nagy adagot, s már vacsora előtt elaludt; aludt reggelig, s reggel fejfájáson kivül egyéb kellemetlen hatást nem érzett.

Az idiosyncrasiával is tisztában kell lenni. A szer ily esetekben sem hathat másként, hanem mindenkor csak a saját hatását nyilvánítja, így tehát, ha az anaesin erősebben hat, úgy az illető álmos lesz. A hires cocain, ha a házinyul fülvenájába jutna, azt azon perczben megölheti, mivel görcsokozó és vitalis centrumot ér, de az anaesinnél ez nem állhat be, ennél legfeljebb elérjük a másodhatást: az álmosságot.

Bilaskó szavaira megjegyzi, hogy a szert először egy közel álló collegának adta, hogy maga is tisztába jöjjön vele, s miután kedvező véleményt nyert, adott kisérletezés végett másoknak is; így gége-, szem- és sebészorvosoknak is. *Hültl* eddigi 40 esete közül 20-nál teljes érzéstelenséget ért el, a többi eseteire nézve azt hiszi, hogy az alkalmazás körül esett valami hiba, minthogy pl. a foghús nem fehéredett el, s ezért nem nyert minden esetben kivánt eredményt. *Landauer* dr. statistikája oly frappansul kedvező, hogy lehetne ennél rosszabb is, s még mindig kedvező maradna.

Második tárgy: **Empyema antri Highmori több eset kapcsán.**

Berger Ferencz: (Ezen előadás a „Gyógyászat“ 1897. évfolyamában egész terjedelmében közöltetett.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A gümőbacillus biologiájához czímmel tartott előadást **Aronson** a „Berliner medizinische Gesellschaft“ május 4-diki ülésén. Mikrochemiai úton már *Unna* kimutatta valami zsírnemű anyag jelenlétét a gümőbacillusokban. *Aronson* ezt a zsírnemű anyagot aetherrel és alkohollal kivonás által nagyobb mennyiségben állította elő gümőbacillus-tenyészetekből. Az anyag 17% szabad zsírsavat tartalmazott, a többi tiszta viasz; az anyag carbolos fuchsinnal typikusan festődik. A viasz túlnyomó része nem magukban a bacillusokban van, hanem körülöttük, mint ezek terméke. Előadó a diphtheria-bacillusokból szintén előállított egy zsírnemű anyagot.

PÁLYÁZATOK.

2287/98. kig. sz.

Az elhalálozás folytán üresedésbe jött **Alsó-Domboru** nagyközségi orvosi állomásra ezennel pályázatot hirdetek. Felhivatnak az ezen állást elnyerni óhajtók, hogy pályázati kérvényüket hozzám **1898. évi augusztus 16-dika** délelőtti 11 óráig annál inkább benyujtsák, mert a később érkező kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

A kérvényekben az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a és az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában kivánt képesités igazolandó.

A községi orvos javadalmazása 300 frt fizetés, 30 kr. nappali, 50 kr. éjjeli látogatási díj és a hússzemle-teljesitésekből járó díjak, melyek évenkint körülbelül 100 frtot tesznek ki.

A mennyiben az orvos a kotori közegészségügyi körben a trachomagyógykezeléssel is külön megbizatik, az esetben havi 30 frttal jutalmaztatik a megyei betegápolási alapból; a mikor is a községekbe való kiszálláshoz a fuvardijakat a községek szolgáltatják.

Köteles a községi orvos mindazon teendőket végezni, melyeket az 1876. évi XIV. t.-cz. 145. §-ában előirt és pedig a halottkémlést és a trachomások gyógykezelését díj nélkül.

A választás idejét 1898. évi augusztus 25-ének délelőtti 11 órájára Alsó-Domboruba a községi irodába tűzöm ki.

Perlak, 1898. évi julius hó 6-dikán.

1—1 *Kovács*, főszolgabiró.

784. közig.

Talpas községben újonnan rendszeresített **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek s a választásnak Talpas község székházánál leendő megejtésére határidőül folyó évi szeptember hó 3-dikának délelőtti 10 óráját tűzöm ki.

A községi orvos javadalmazása: 600 frt évi fizetés, úgy a látogatási, halottkémlési és hússzemle-díjakból áll.

Felhivom mindazokat, kik ezt az állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előirt minősítést igazoló okmánynyal felszerelt kérvényüket hozzám **augusztus hó 20-dikának délutáni 5 óráig** adják be.

Kisjenő, 1898. évi julius hó 6-dikán.

3—1 *Csukay Gyula*, főszolgabiró.

Az árvai **közbirtokossági uradalomnál** megüresedett **orvosi állomásra** ezennel pályázat hirdettetik.

Ezen állománnal következő javadalmazás jár:

Készpénzbeli fizetés: 850 frt, hivatali pótlék: 150 frt. Ezenkivül természetben: öt szoba, konyha és kamarából álló lakás, a hozzá tartozó kerttel és gazdasági épületekkel, 12 kat. hold szántó és 0·1 kat. hold rétből álló illetményföld és végül 46 ürm. kemény és 91 ürm. lágy tüzihasábfa.

Az uradalmi orvos kötelessége az árvai uradalomnál alkalmazottakat díjtalanul gyógykezelni s ezenkivül Árva-Váraljan a községi orvosi teendőket is végezni. Hivatalos kiküldetések alkalmával utazási költségei és 6 frt napidij az uradalmi pénztárból visszatéritthetnek.

Ezen állomásra oly feddhetlen jellemü fiatal orvosok pályázhatnak, kik orvostudori oklevéllel birnak s hiteles bizonyitványnyal igazolni tudják, hogy mint orvosok legalább három évig önállóan működtek. A kinevezendő egyén a megüresedett állomást legkésőbb folyó évi október hó 1-éig tartozik elfoglalni.

A szükséges bizonyitványokkal és anyakönyvi kivonattal kellően felszerelt folyamodványok **folyó évi augusztus hó 1-éig** az alulirott igazgatósághoz intézendők.

Árva-Váralja, 1898. junius hó 30-dikán.

3—2 *Az uradalmi igazgatóság.*

4048/1898.

Békésvármegyéhez tartozó **Öcsöd** nagyközségben a **második községi orvosi állás** lemondás folytán üresedésbe jövén, annak betöltése czéljából pályázat hirdettetik s felhivatnak a pályázni kivánók, hogy kellően felszerelt folyamodványaikat **folyó évi julius hó 27-dik** napjáig adják be. A választás folyó évi julius hó 28-dikán délután 4 órakor fog Öcsöd községházánál megtartatni.

Az állás 550 frt évi készpénzfizetéssel s a magángyakorlat után a felektől a szabályrendeletileg megállapitott látogatási dijak szedhetési jogával van javadalmazva. Ezen fizetést a községi képviselőtestület folyó évi junius 12-dikén 110-dik szám alatt kelt határozatával Békésvármegye törvényhatóságának még kikérendő jóváhagyása reményében 550 frt évi készpénzfizetés és 150 frt évi lakbéri illetményre emelte, valamint emelte a látogatási dijakat is aként, hogy a látogatási díj éjjel az orvos lakásán 40 kr., a beteg lakásán] pedig, de a község belterületén 50 kr. legyen.

Szarvas, 1898. évi julius hó 1-én.

3—2 *A szarvasi járás főszolgabirája.*

2821/1898. kig. sz.

Krassó-Szörény vármegye bogsáni járásában rendszeresitett **valeapáji körorvosi állásra** ezennel pályázat hirdettetik.

A kör 10 községből áll, székhelye Valeapáj s az állás évi 1000 frt fizetés és 300 frt úti átalánynyal van javadalmazva.

A választás határnapja folyó évi julius hó 28-dikának délelőtti 10 órájára Valeapáj községházában tüzetik ki.

A pályázni óhajtók a megkivántató okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket a magyar, német és román nyelvbeni jártasság kimutatása mellett alulirott főszolgabiróhoz **folyó évi julius hó 26-dikáig** annál bizonyosabban adják be, mivel a később érkező folyamodások figyelembe nem vétetnek.

Német-Bogsán, 1898. évi julius hó 5-dikén.

3—2 *A bogsáni járás főszolgabirája.*

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, fűszerkereskedésben, szállodában és vendéglőben. **Pastilles de Bilin** a legtöbb gyógyszertárban és gyógyszerárú-kereskedésben.

Negyvenkettedik évfolyam. 30. szám. *Budapest, 1898. julius 24.*

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.

Justus Jakab: A syphilis malignáról. 359. l.
Jendrássik Ernő: Közlemény a budapesti egyetemi II. belklinikáról. Az átöröklődő idegbajokról. 361. l.
Csikós Sándor: Az agy sebészetéről. 363. l.
V. Hajnal Gejza: Pellagra-eset Besztercze-Naszód vármegye közkórházában. 364. l.
Tárcza. Az orvosok honoráriuma. 364. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. A. Gottstein:* Allgemeine Epidemiologie. 365. l. — *Lapszemle. Guyon:* A sondázás haszna húgycsőbajokban. 366. l.

Hetiszemle és vegyesek. Budapest székesfőváros egészségi állapota április hóban. — A főváros egészsége. — Új sterilizált gyermektej termelő-intézet — Az Orvosi Kör országos segélyegyesületének pénztári kimutatása. — Megjelent. — Fürdőink látogatottsága. — Szt. Lukács-fürdő. — Herczel dr. — Kuthy Dezső dr. — Dr. Sedlitzky-féle fürdő-tablettek. — Baumgarten Samu dr. 367. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A syphilis malignáról.

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

A harmadik nemzetközi bőrgyógyászati congressusnak egyik főthemáját a syphilis maligna képezte. Ámbátor a syphilis ezen sajátságos alakjának teljes megfejtését e discussio meg nem adta, mégis annyira tisztultak a kóralak mineműségét, tüneteit s határait illetőleg a fogalmak, hogy jelentékeny lépéssel közelebb jutottunk úgy a kórfolyamat felfogásának egyértelműségéhez, mint kóroktani és symptomatologiai magyarázatához.

Különös érdekességet kölcsönöz a syphilis malignáról szóló tannak azon körülmény, hogy a XV. század végén s a XVI. század elején Európában fellépett volt nagy syphilisjárványok a jelenleg a civilizált országokban előforduló syphilis esetek klinikus megjelenésével nem egyeztek meg mindenben: a mi mostani syphilis alakjainktól úgy extensitásra, valamint intensitásra is különböztek, ellenben sokkal inkább hasonlítottak a mai nap malignus jelzővel ellátott kóralakhoz. A mit akkori autoroknál, *Widmann, Cataneus, Mainard* és másoknál olvashatunk, olyan kóralakot rajzol szemeink elé, a mely megfelel a jelenleg syphilis gravis, syphilis anomalis gravis s syphilis maligna elnevezéssel illetett formáknak. A kórtünetek az egyes esetekben jóval súlyosabbak voltak s rohamosabban léptek fel, mint mai nap. *Lesser* a syphilis malignáról irt czikkében azt mondja, hogy a betegségnek characteristicuma gyanánt pustulákat, bőrfekélyeket, igen heves csontfájdalmakat s a csontoknak kemény megvastagodását irják le, mint közönséges tüneteket. Ebből magyarázza ő, hogy a „morbus pustularum“ név, vagy a franczióban még mai napig is megmaradt „la grosse v. grande vérole“ szót a syphilisre alkalmazták, míg a „petite vérole“ alatt a himlőt értették, holott ma bizonyára senkinek sem jutna eszébe a syphilist nagy himlőnek nevezni, mert a rendes syphilis-esetek nem igen mutatnak hasonlatosságot a himlő kórképével. Azonban ezen felfogás ellen újabb időben, különösen *Proksch* bizonyos óvást emelt, azt mondván, hogy nem kell a *pustula* szót, a mely a régi autoroknál olyan igen gyakori, a mai értelemben venni s azt geny-tüszőnek tekinteni. Mert pustulával akkoriban sokféle alakot jelöltek, különösen pedig a papulosus alakokat, úgy hogy ha valamely azon időbeli autornál morbus pustulosusról olvasunk, azt a mai latinságunkkal igen gyakran morbus papulosusnak mondanók. A mi pedig a többi tüneteket illeti, az igen heves csontfájdalmakat és megvastagodásokat és a nagyterjedelmű bőrfekélyedéseket, úgy nem szabad elfelednünk azt, hogy az orvosoknak emlékezetében a legsúlyosabb alakok maradnak meg leginkább, hogy az akkor új járványnak számos könnyebb esetét nem számították a syphilishez s hogy az ijedelem, a melyet az ismeretlen kór okozott, talán szintén hozzájárult a leírások sötétítéséhez. Mindazonáltal alig lehet benne kételkednünk, hogy első fellépésekor a syphilis úgy extensitásra, valamint intensitásra nézve jóval felülmulta a civilizált vidékeken mai nap előforduló alakokat. Ezen súlyosb formái a syphilisnek egészen a XVI. század közepéig voltak észlelhetők. Későbbi időkben, továbbá mai nap csak olyan helyeken találnak nagyterjedelmű, súlyos elváltozásokat okozó járványokat, a hol valamely vidék népességének különös körülményei készitették el hozzá a talajt. Az ilyen helyeken az egyszer behurczolt syphilis genitalis és extragenitalis infectiók révén gyorsan tovaterjedvén, hiányos vagy semminemű orvosi ellenállásra nem találván, olyan pusztitásokat vihet véghez, a milyenekről a fentebb idézett szerzők beszélnek. Ilyen epidemiákat különböző név alatt többet ismer a syphilis története. Közelünkben is volt egy, a mely „Falcadina, Scerljevo“, „Male di Breno“ név alatt a dalmát partokon uralkodott és a mely megfelelő rendszabályokra a kiralváshoz közeledik.

Ha azt a kérdést veti fel valaki: mi az oka a syphilis eme súlyos fellépésének bizonyos időben vagy helyen, úgy valóságos magyarázattal nem tudunk reá szolgálni, csak analogiát lehetne említeni. Más betegségekről is, így különösen a morbilliről, tudva van, hogy olyan tájékokon, a melyeket eddigelé meg nem látogatott, ha egyszer behurczolták, hihetetlen gyorsasággal terjed el s igen súlyos alakban jelentkezik. Egyéb járványos betegségekről szintén tudjuk, hogy Európában való első fellépésük alkalmával gyorsan terjedtek s nehéz megbetegedéseket okoztak. A XV. század végén elterjedt syphilis, mint nagyobb epidemia bizonyára először lépett fel Európában, tehát a hasonlatosság ezen szempontból meglehetősen meg volna.

A fokozatos enyhülés magyarázására némely szerzők azt a felvételt koczkáztatják meg, hogy a népesség fogékonysága csökkent meg a syphilis virusával szemben s különösen annak a nézetnek akadnak szószólói, hogy nem csupán azon egyén, a ki vele fertőztetett, válik ellenében immunissá, hanem hogy ennek gyermekei, sőt talán utódai is, ha nem is nyernek teljes immunitást, legalább kevésbbé hajlamosak a fertőztetésre, vagy ha már fertőztettek, a rajtuk kifejlődő syphilis-alakok enyhébbek.

Mindeme tényeket és feltevéseket nem említettük volna meg, ha azokat a súlyos syphilis-alakokkal s köztük a syphilis maligna aetiologiájával is összefüggésbe nem hozták volna. Azokat a feltünő és nagy pusztitásokkal járó alakokat, a melyeket újabb időben körülirt járványok alkalmával észleltek, némely szerzők úgy igyekeznek magyarázni, hogy az illető ország vagy sziget népessége között addigelé vagy egyáltalában nem vagy csak elszigetelten fordultak elő syphilis-esetek, hogy ennélfogva ezen népesség fogékonyságát a syphilis iránt teljesen megtartotta s igy a kivülről behurczolt betegség benne teljesen alkalmatos talajra talált. Tényleg az ilyen endemiáknál ki lehetett kutatni, hogy a járvány területére a syphilist valamely hajónak személyzete vagy valamely katonacsapat hurczolta be, hogy azután igen gyorsan terjedt s az esetek nagyobb részében súlyos megbetegedéseket okozott.

A súlyos syphilis-alakok egyikét a *syphilis maligna* képezi. E szó értelmezése nem történik mindenütt egyforma módon s a különböző nemzetek literaturájában nem teljesen azonos alakokat értenek alatta. Ha a közhasználatban levő orvosi nyelv határoztatja meg velünk a „malignus“ szó értelmét, úgy csak oly syphilist jelölhetnénk vele, a mely az illető egyénre nézve súlyos vagy halálos következményekkel jár. És tényleg még a legutóbbi congressuson *Tarnowsky* igy fogta fel a dolgot, azt mondván, hogy a syphilis rosszindulatúságának fokát az általa előidézett következmények összeségének alapján kell megitélni. Ennélfogva, ha malignus megbetegedésnek azt tekintjük, a mely a beteget egész életére nyomorékká teszi, vagy a mely őt sirba dönti, úgy nemcsak a syphilis alakját kell figyelembe vennünk, hanem a syphilis tüneteinek a szervezetben való helyét is. Ezen felfogás alapján valamely syphilis-megbetegedés háromféle módon válhatik malignussá: 1. a syphilisnek lefolyása és megjelenési alakja változik meg az által, hogy ugyanakkor, a mikor a beteg a syphilis mérgével fertőztetett, még genyedést okozó mikroorganismusokkal is beoltatott (pyo-syphilitikus infectio); 2. azon gummás alakok, a melyek rendszerint csak több évvel a fertőzés után szoktak megjelenni, jóval korábbi időben, hónapokkal vagy még rövidebb idővel a kezdeti manifestatio után jelentkeznek (syphilis praecox); 3. valamely rendes lefolyású syphilisnek egy productuma olyan helyen localizálódik, a hol az illető szerv functiónak, vagy pedig az életnek elvesztését vonja maga után (pl. agy-, szemsyphilisek stb.).

Megkisérlem röviden itt összegezni azokat, a miket *Tarnowsky* mondott, részben azért, mert ha osztályozása nem egyezik is meg a mienkkel, a kóralak klinikai leirása kitünő; részben pedig, mert összevetvén felfogását a többi autoréval, a kérdés lényegét is jobban megvilágithatjuk.

Tehát az első alakra, a pyo-syphilitikus infectióra nézve *Tarnowsky* következő módon nyilatkozott: sokkal súlyosabbak lesznek a syphilisnek tünetei s eltérővé válik annak lefolyása akkor, ha a szervezetet a syphilis mérge s a genyesztő coccusok egyszerre fertőzik. A staphylococcus pyogenes albus és aureus s még egy más különös faja a bacteriumoknak igen jó talajra találnak némely szervezetben s ugyanakkor támadják meg ezt, szaporodnak el benne, mikor a syphilis virusa. Ezek a bacteriumok okozzák, hogy az ulcus induratum phagadaenikussá válik, ezek okozzák a szomszédos nyirokmirigyek genyedését, ezek okozzák, hogy a bőrön egymásután tünnek fel a genyedésbe átmenő kivirágzások, a milyenek az ecthyma profundum et rupiaforme, a rupia syphilitica, a syphilis pustulo-crustacea. Ezek a vegyes fertőzés okozta elváltozások ugyanakkor fejlődhetnek ki, a mikor a tisztán syphilitikus kivirágzások is feltünnek, a melyeket rendesen megtalálunk a syphilisnek ú. n. secundaer korszakában. A vegyes fertőzés befolyásolja a betegség lefolyását és különösen a secundaer időtartamban nagyobb vehementiát kölcsönöz neki, több hajlandóságot a recidivákra, jelesen pedig az imént említett alakokban jelentkező recidivákra. Ellenben a vegyes fertőzés épenséggel nem vonja maga után szükségszerüleg a gummák kifejlődését. A gummás időszak sok évvel később fejlődhetik ki vagy pedig az enyhébb esetekben hiányozhatik is. A genyesztő coccusokkal való fertőzés a syphilis secundaer szakában bármikor megtörténhetik s jellegezve van a bőrszövetben képződő, elgenyedésre hajlandó csomók által, a mely csomókban *Tarnowsky* közönséges genyesztő coccusokat és még egy különös bacteriumot talált. Ilyen pyo-syphilitikus csomók megfelelő kezelés alatt felszivódhatnak, de megtörténhetik az is, hogy kifekélyednek. Igen fontos tulajdonsága ezen kifekélyedett csomóknak, hogy váladékuk révén a syphilis más egyénekre átruházható és ezen fertőző képességük különbözteti meg őket a gummosus csomóktól és fekélyektől, a melyek nem képesek ragályozásra.

Meg kell még továbbá jegyeznünk, hogy a genyesztő coccusok a pyo-syphilitikus csomókban nagy bőséggel vannak jelen, még mielőtt ezek megpuhulnának és elgenyedésnek indulnának, ellenben nem találhatók a még ki nem fekélyedett gummákban. Igen ritkán fertőződnek a syphilitikus egyének a harmadik időszakban genyesztő coccusokkal, de hogy ez mégis megtörténhetik, arra nézve bizonyitékokat képeznek azok a kifakadt gummákból származott fekélyek, a melyek phagadaenikusokká lesznek. Mindazok a körülmények, melyek valamely syphilitikus egyén szervezetét meggyöngiteni képesek, hajlamossá tehetik a genyesztő coccusokkal való fertőződésre. Ezen alkalmi okok közül szerepet játszanak az alkoholismus, diabetes, heveny-fertőzések, physikai túlerőltetés stb.

Áttérve már most arra a másik alakra, a mikor a syphilis azért válik súlyosabbá, mert a betegség lefolyása, menete változik meg, erre nézve *Tarnowsky* azt állitja, hogy már a primaer affectio is el szokott térni a sclerosis rendes képétől. E kórformánál ugyanis a sclerosis területén levő véredények fala igen súlyos elváltozásokat szenved, a sclerosis maga növekedővé s helyileg tova haladóvá válik, necrotizál és azt a képet adja, a mit klinice *ulcus induratum gangraenosumnak* szoktunk nevezni. Az ilyen syphilis gravisnak további jelét képezi, hogy a gummás időszak korán áll be, sőt néha beáll anélkül, hogy a másodlagos tünetek a betegen mutatkoztak volna, másszor ismét megesik, hogy ugyanazon időben jelentkeznek a harmadlagos tünetek, mikor a másodlagosak, t. i. a betegségnek első vagy második esztendejében. Hogy mi okozza ezt a korai megjelenését a harmadlagos tüneteknek, az még megfejtendő kérdés volna. De az a felfogás, hogy a hiányos gyógyitásnak volna ez betudandó, nem oldja meg kielégitő módon a kérdést. Úgy látszik, hogy az inveterált malaria némely alakjai befolyást gyakorolnak a gummás időszak korai megjelenésére.

Harmadszor: súlyossá válhatik a megbetegedés a tüneteknek a szervezetben való localisatiója folytán. Mert természetes dolog, hogy még az olyan syphilis is, a melynek tünetei histologikus szempontból felületesek, és könnyüek, halálossá válhatik localisatiójánál fogva, mig viszont harmadlagos súlyos tünetekkel járó syphilis is olyan helyen jelentkezhetik, a hol valami nevezetes befolyást a szervezetre s annak erőbeli állapotára nem gyakorolhat.

Más véleményen vannak a syphilis maligna meghatározását illetőleg a német autorok, a kik közül a congressuson *Neisser* szerepelt előadó gyanánt. Szerintök syphilis maligna alatt a kórnak súlyos alakját értjük, mely bizonyos kórtünetek által tér el a rendes alaktól; a tünetek nem annyira súlyosságuk, mint mineműségük által különböznek a rendszerint észleltektől. Ennélfogva a syphilisnek nem minden súlyos alakját kell a malignus jelzővel illetni. Igy pl., ha valamely syphilis-megbetegedés azért válik veszedelmessé, mivel fontos szervet támad meg, vagy pedig, mert valamely más előljáró megbetegedés súlyosbitja a kórképet, nem szabad már malignusszóval jelölnünk, hanem az ilyen esetekre a *syphilis gravis* kifejezés sokkal inkább illik Hasonlóképen olyan esetekben, a melyekben fekélyesedések már korai stadiumban jelentkeznek, ne használjuk a malignus szót, mert ezekre megint az *abnormalis gravis* sokkal illőbb leszen. *Neisser* szerint tehát a syphilis maligna nem quantitativ tekintetben való elkülönitése bizonyos kóralakoknak, hanem egy qualitative különböző forma, a melynek röviden következők a jellemző vonásai: 1. súlyos álta-

lános symptomák és számos, korán fellépő, gyakran kiújuló nagy pustulosus kivirágzás s fekélyedés. Ezen kivirágzásokra nézve jellegzetes nagy bőségük és terjedelmük. Hogy a syphilis maligna nem számítható a harmadlagos (tertiaer, gummosus) alakok közé, a mellett a következő okok szólnak: 1 az ulceratiók nem serpiginosusak; 2. a jodnak igen bizonytalan hatása van rájuk. *Neisser* azt hiszi, hogy a syphilis maligna nem az által keletkezik, hogy a virusnak volna nagyobb a ható képessége, hanem hogy az egyénnek különös érzékenysége hozza azt létre. A mi a genyesztő coccusok jelenlétét illeti, úgy azt szerinte csak másodlagos dolognak kell tekinteni.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti egyetemi II. belklinikáról.

Az átöröklődő idegbajokról.

— Második közlemény. —

Irta: *Jendrássik Ernő* dr. egyet. ny. rk. tanár.

(Folytatás.)

Ha ezen különféle kórtörténeteket áttanulmányozzuk, azon következtetésre jutunk, hogy eme bajok tulajdonképen a testnek nem anatomiailag, működésileg vagy chemiailag összetartozó részein jelennek meg, hanem szabály nélkül elszórt helyeken, hogy továbbá ezen tünetcsoportok nem illenek bele a nemátöröklődő kóralakok szabatosan körülirt határaiba, hanem heterogen, bár egyes rendszereket megtámadó folyamatok eredményei. Igy találkozunk merevgörcsös tünetekkel az alsó végtagokon és látóidegsorvadással (tabes nélkül), látjuk a fokozott inreflexet ataxiával, amyotrophiás lateralsclerosist elbutulással stb. Tehát ezen kóroki alapon nem jól ismert betegségi typusok keletkeznek, hanem csak tünetek, a melyeket külön-külön kóralakba sorolni hiábavaló kisérlet lenne. *Londe*[1] ezen tünetcsoportosulásokat inkább fejlődési visszamaradásul tekintette és azokat az egyes rostrendszerekre csoportonkint beosztani megkisérlette, úgy véljük azonban, hogy ezen módon csak mesterséges, de a valódi tényeknek nem épen megfelelő kórképek támadnak. A belsőnkben támadó átöröklődő változásokat a külsőnkön észlelhető átöröklődő tulajdonságokkal kell analogiába hozni, egyes családokban már a gyermekek születése alkalmával feltünő ismertető — családi — jelek láthatók, másokon ilyen sajátságok később fejlődnek ki, egyesek korán elvesztik hajukat vagy megőszülnek, másoknak elsatnyulnak a pyramis pályái. Igen tanulságos e tekintetben azon példa, a melyet analogia gyanánt *Vizioli*[2] hoz fel: a *crustaceák* egy faja a *balanus* (kutyafog) fiatal korában szabadon uszkáló állatka,. a melynek három pár lába s egy szeme van, ezen állatocskák későbbi életkorukban sziklákhoz tapadnak s ekkor elvesztik lábaikat, sőt szemöket is physiologiai visszamenő metamorphosis alapján. Tulajdonképen ezen átöröklődő degeneratiók legalább azon esetekben, a midőn előbb teljesen kifejlődött testrészen támadt a baj, a testelemeknek az előhaladó korral járó élettani elsatnyulásának felelnek meg, azon különbséggel, hogy azon részeken, oly korban s oly fokban támadnak, a mint az a rendes viszonyok között elő nem fordul. Teljesen osztom *Raymond* nézetét, a ki ezen degeneratiókat teratologiaiaknak mondja.

Ha nem is gondolom még, hogy már valamennyi, külső kórokból származó betegségalakot ismernénk, úgy mégis már most ki merem mondani, hogy általában *csaknem valamennyi ismeretlen, heterogen tünetek csoportjából álló kóralak belső kórokból, azaz átöröklésből származottnak tekinthető* (a mi természetesen nem zárja ki, hogy a már ismert, hereditáson alapuló kóralakok is igy támadnak). Ezen principium illik az átöröklődő elmebajok sajátságaira is, a mint ismeretes, ezen esetekre épen a szellemi tulajdonságok, sőt gyakran a testi jelenségek szokatlansága a legjellegzőbb, ugyanezt látjuk a *par excellence* átöröklődő hysteria- és neurastheniában is. Ezen álláspontból tekintve, lehetséges lesz, nagy valószinűséggel legalább, még azon esetben is helyesen felismerni a bajt, ha az csak egy, magános esetben fordul elő és pedig egyszerűen a klinikai kép alapján, épen úgy, mint a hogy a dystrophia vagy a Friedreich-féle ataxia egy esetét is átöröklődnek veszszük, ha csak egyedül találjuk is a családban. Ne hogy félreértessem, hangsúlyozom, hogy a klinikai képet csak akkor vehetjük jellegzetesnek, ha heterogen tünetek csoportját tünteti fel és egyéb módon való létrejötte nem ismerhető fel.

Ezzel ellentétben nem szabad egyszerűen átöröklődőnek venni, még ha valamely kóroktanilag ismert kóralaknak több esete is fordul elő egy családban. Igy pl. *Hammond* egy családban két gerinczvelői gyermekbénulást látott, *Meyer* ugyanezen bántalmat ikreken észlelte, végre a legújabb időben *Placzek*[1] ismertetett családot, a melyben az atya és fia gyermekkori hemiplegiás bénulásban szenvedtek. Egészen hibásnak tartom (a mint pedig történik), hogy ezen véletlen összeeséseket az átöröklődés rovására irják, ugyanazon joggal lehetne egy családban támadt kanyaró-epidemiát öröklött bántalomnak nevezni. Hasonlóan túlzottnak tartom még csak öröklött hajlandóság felvételét is a *Féré*[2] által is citált *Hutchinson* leirta esetben, a melyben atya és fiú, mindketten, bár különböző időben tetanusban haltak meg. Az ilyen esetek belevegyitése az átöröklés tanába csak zavaró lehet.

Többen említik, hogy ezen degeneratiók csak a mozgató pályákon támadnak, de ez nem felel meg a tényeknek, már említettük fentebb a látóidegsorvadások családi alakját, ezenkivül van a süketségnek is átöröklődő alakja, a bőrérzés enyhébb zavarait időnkint észlelik a Friedreich-féle ataxiában. Jelentékenyebb érzészavarok vannak feljegyezve a *Klippel* és *Durante*[3] közölte családban, a melyben sajátságos, „*myoseisme*“-nek nevezett mozgási rendellenességek mellett három testvéren a bőrérzés az alkarokon és alszárakon nagyobb mértékben csökkent volt. De általában az érzészavarok hiányát az átöröklődő bántalmak nem lényegtelen tulajdonságául tekinthetjük.

2. További sajátsága a hereditason alapuló bántalmaknak, hogy a midőn egy családban több eset támad, a *kórképek egyenlően alakulnak*; bármilyen szokatlan is legyen a kórkép, az ismétlődések csaknem teljesen hasonlók. Épen ez a sajátosság volt az, a mely a buvárokat ezen kórcsoport felismerésére vezette, de általában ezen sajátságot nagyon kevésbe veszik, a mióta az átalakuló hereditast oly nagyra tartják. Nagyon ki kell emelnem ezen sajátság fontosságát, mert csak ezen az alapon lehet elkerülni a tévedést, ha egy családban két, némileg hasonló, de nem átöröklődő kóralakot észlelünk. Egy idetartozó észleletemet itt röviden közbeiktatom.

R. J., 11 éves, G. hat és fél éves nővéreket először 1897. junius havában láttam.

A kórelőzményi adatokból kitünik, hogy a szülők nincsenek rokonságban, a szülések rendesek voltak, bár G. két héttel korábban jött a világra, mint várták. A gyermekek atyjának első nejétől született egy, jelenleg 17 éves fia, a ki egészen egészséges. Második neje, betegeink anyja, egészséges, erőteljes nő, a ki sem az ő, sem férje családjában idegbajost nem tud. Ezen házasság első sarja három éves korában himlőben halt meg, addig egészséges volt.

J. öt éves korában, hirtelen kezdődött, de csak három napig tartott, lázas bajban betegedett meg, a midőn az addig egészséges gyermek tarkó, derék- és alsó végtagjainak mozgási képességét vesztette el. Eleinte gyorsabb, később lassú javulás. Jelenleg, a különben jól fejlett, értelmes és csinos leány, kissé vékony alszárakkal bir. Inreflexe alig váltható ki még kézfogásom segitségével is. Felső végtagjai, nyakizmai épek, törzsökén s alsó végtagjain azonban izomzata bár minden irányban működik, de nem elegendő erővel, járása nehézkes, ide-oda

[1] *P. Londe:* Annales de médecine. 1895.
[2] *R. Vizioli:* Quattro casi di diplegia spastica familiare. Atti della R. Accademia med. chir. di Napoli. 1897. 5.

[1] *Placzek:* Klin. therapeut. Wochenschrift. 1898. p. 226.
[2] *Féré:* La famille neuropathique. Paris, 1894.

ingó, bénulásos; isolált izombénulása azonban nincsen. Izmainak villamos vizsgálata a gyengült részeken egyszerű ingerlékenységi csökkenést mutat ki. Néha ágyba vizel, általában gyakrabban kell vizelnie. Széke rendes.

G. mindig gyenge gyermek volt, kis korában angolkóros. Másfél éves korában beoltották, ekkor rángó görcsöket kapott, a melyekből baloldali hemiplegiával került ki, s csak lassan szedte magát össze, később még 3—4 szer „fráz", a melyek úgy látszik ismét rontottak állapotán. Jelenleg bal keze sorvadt, kisebb, csontjai vékonyabbak, izületei lazák, az izmok kontrakturásak. Alsó végtagjain, főleg baloldalt, de jobboldalt is merevgörcsös a járása, igen fokozott inreflexekkel. Az izmok villamos ingerlékenysége jó. Gyakran ruhába és ágyba vizel, széke renyhe.

Ezen családban tehát a két élő gyermek nagyjából hasonló bajban szenved s így akaratlanul is felmerül a családi bántalom gondolata. Közelebbi megtekintésre azonban eloszlik e gyanu, mert nyilvánvaló, hogy e két gyermek két különböző idegbajban és pedig mindkettő jellegzetes kóralakban szenved: az idősebbik gerinczvelői gyermekbénulás tüneteinek áldozata, erre vall a lefolyás, a bántalom ugyanis hirtelen kezdődött s azután eleinte gyorsabban, majd lassaban, de jelentékenyen javult, ma pedig csökkent izomtonus s az alsó végtagoknak félbénulása van jelen; a fiatalabbik ellenben agyvelői eredetű gyermekbénulásban szenved, baja görcsök közt tört ki, határozottan féloldali jelleggel s ma fokozott reflexek, helyenkint izomkontrakturák uralják a helyzetet, bal keze növekedésének visszamaradásával. Hogy a bántalom, bár kisebb fokban, a jobb alsó végtagon is megvan, nem épen ritka az ilyen természetű bajban. Ezen két eset tehát családi szerencsétlenség, de nem családi terheltség direct következménye, nem idült lefolyású degeneratióval van itt dolgunk, hanem hevenyésen lefolyt bántalom visszamaradt következményeivel.

Még arra sem érzem feljogosítva magam, hogy ezen esetekben idegbajokra általában mutatkozó hajlandóságot vegyek fel, miután a családban más terheltség nem mutatható ki, s miután ezen két, nagy valószinűséggel fertőző és épen nem ritka betegségből egy-egy eset könnyen előfordulhat egy családban.

3. További tulajdonsága az átöröklődő degeneratióknak, azok *lassú, többnyire néhány évre terjedő előhaladása;* az első tünetek megjelenése idejében ugyan a kórkép gyorsabb előhaladása észlelhető, később azonban lassan halad a bántalom, sőt végre meg is állapodik, de *ezen lefolyás igen jellegzetes s már magában véve gyakran megengedi az elkülönítést az acutan kezdődő bajoktól, főleg a gyermekbénulások és emboliás folyamatoktól.* A betegség továbbfejlődése megszünik azonban, mihelyt az öröklött gyengeségben szenvedő terület ki van merítve, a további időben a betegek (vagy élettani tulajdonságok öröklése esetében az egyének) változatlan állapotban maradhatnak. Lényeges javulás nem várható.

4. Végre az értékes adatok néhányát a kórelőzményi és a kóroki tényezőkben találhatjuk. Az ilyen bajok első tünetei többnyire már a fiatal, kifejlődési években mutatkoznak vagy később a visszafejlődés, az öregedés idején jelentkeznek, sokkal ritkábban kezdődnek e tünetek a teljesen kifejlett, de még nem öregedő szervezetben. A nem tekintetéből sokkal gyakrabban találkozunk megbetegedett férfiakkal, mint nőkkel, ámbár e tekintetben az egyes kóralakok jelentékeny eltérést mutatnak. A mint ismeretes haemophiliában majd csakis férfiak szenvednek, az öröklött látóidegsorvadásban *Leitner* eseteit véve tekintetbe, 11 férfire csak egy nő esik s a többi szerző kóreseteiben is csak elvétve akadni egy nőre, *Horner* daltonista családjaiban 15 férfi van e bajban, nő egyáltalában nem betegedett meg, a pseudohypertrophia is sokkal gyakoribb a fi, mint a női nemben, míg ezekkel ellentétben *Weil* bővizelési családjában 12 nő és 11 férfi volt beteg. A merevgörcsös bénulás eddig közölt átöröklődő eseteiben *Finizio*[1] összeállítása szerint 27 férfi és 22 nő van, ehhez csatlakozik *Vizioli*[1] 3 férfi és 1 nő esete, ha ezekhez még hozzáadom az én régebben közölt és a még alább ismertetendő eseteimet, azaz 4 férfi és 5 nő esetét, továbbá *Jacobi*[2] 3 férfi 2 nő, *Pauly et Bonne*[3] 3 férfi, *Schwarz Artur*[4] régebben közölt 2 férfi esetét, végre *Tambroni e Finzi*[5] 2 férfi esetét, összesen 44 férfi és 30 nő esetét nyerjük, tehát ezen bántalomban a két nem számarányában nincs nagyobb különbség.

Jelentőséggel bir a nem kérdésében azon körülmény, hogy az esetek nagy részében a betegség a női ág útján öröklődik tovább, így a legfeltünőbben a haemophiliában, a mely betegségben a beteg férfiak gyermekei alig esnek ezen bántalomba, míg az egészségesen maradó nők fiai a legnagyobb veszedelemben forognak. Ha tehát a szülőket vizsgálat alá vehetjük, úgy főleg az anyákra és nagyanyákra kell figyelmünket fordítani.

Az egyes esetekben a kórok kérdésében gyakran tekintetbe veendők bizonyos fertőző bántalmak, miután számos észlelet tanusítja, hogy a kifejlődő kóralak első tünetei kanyaró, scarlát, diphtheria vagy más betegség alkalmával jöttek elő. Ezen közbeeső bántalmak, mint alkalmi okok a baj kitörését gyorsíthatják, de sőt talán annak kifejlődésének első megindultát okozhatják. Ezen egymásutánnak azért kell a kórjelzést illetőleg nagy fontosságot tulajdonítanunk, mivel ezen körülmény a figyelmet erősen megragadva, a család első esete megitélésében nagyon könnyen tévútra vezető lehet s azon téves felvételre csábíthat, mintha a két bántalom közt direct oki összefüggés léteznék. Megkülönböztetésül szolgáljon, hogy a fertőző bántalmakat követő idegbajok vagy igen acut kezdetűek, vagy legalább rövid idő alatt elérik tetőpontjukat, azután vagy állandósul a kórkép vagy javulásnak indul, de tovább nem fejlődik. Néhány újabb szerző, különösen *Vizioli, Finizio* s régebben már *Gardié*[6] a szülők luese s a gyermekek öröklött merevgörcsös bénulása között összefüggést gyanít. Ha azonban összeszámlálom azon eseteket, a melyekben ezen tényező fel van említve, úgy 36-ot találok bujakór nélkül s hatot az öröklött bujakór több-kevesebb valószinűségével. Ezen számok alapján *Brissaud*-val[7] együtt úgy vélem, hogy nem igen okolható meg ezen összefüggés felvétele, részben, mert a százalékszám erre kicsiny, részben pedig mivel ha a bujakóros szülők bujakóros gyermekeinek statistikáját állitanánk össze, ezen következmény igen ritkának bizonyulna.

Egyesek a csontrendszer bizonyos elváltozását is okolták, így *Bassi*,[8] a ki a Friedreich-féle ataxia egy családjában világrahozott angolkórt észlelt és ezt tekinti a betegségi tünetek kiinduló pontjának. Azt hiszem, ezen oki viszony lehetőségét némely esetre nézve elfogadhatjuk, így magam a körzeti arczidegbénulás látszólagos öröklékenységi viszonyait a csontrendszer alkatából magyarázom. *Neumann* ugyanis több év előtt s utána többen, főleg azon alapon, hogy a facialis bénulás egyes betegeken többször ismétlődik, hogy egyes családokban is inkább előfordul, ideges hajlandóságot vett fel ezen bántalomra. Részemről úgy vélem magyarázhatni ezen összeesést, hogy hivatkozom az egyes egyéneken előforduló, egyes családtagokon ismétlődő azon fejlődési sajátságokra, a melyek bizonyos testrészek nagyobb, mások kisebb voltában nyilvánulnak; ha már most felvesszük, hogy egyes családokban a Fallop-csatorna igen szük, úgy érthetővé lesz, ha ezen egyéneken a legcsekélyebb csúzos periostitis vagy más hasonló folyamat az ideget lefolyásában inkább megsérti, mint azét, a kinek Fallop-csatornája tág.

(Folytatása következik.)

[1] *Finizio:* La pediatria. 1897. 5. sz.

[1] *Vizioli*: L. fentebb.
[2] *Jacobi:* Riforma medica. 1890. szeptember.
[3] *Pauly et Bonne:* Revue de médecine 1897. 201. l.
[4] A budapesi kir. Orvosegyesület 1886-diki évkönyve 139. l.
[5] Rivista sperimentale. 1897.
[6] *Gardié:* Thèse de Paris. 1889.
[7] *Brissaud:* Leçons sur les maladies nerveuses. 1895. 117. l.
[8] *Bassi:* Un caso di malattia del Fridreich, Gazetta degli ospitali. 1893.

Az agy sebészetéről.

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

(Folytatás.)

A fissura parieto-occipitalis a sutura lambdoidea felett 1 cm.-nyire van.

Az agy basisát, a cerebellum felett egy az alapvonal felett 1·3 cm. magasan vele párhuzamosan húzott vonal jelöli.

A tudósok nagyon sokat törték a fejüket azon, hogy mathematikai pontossággal meghatározhassák az egyes gyrusok fekvését. Találtak is ki valami csalhatatlan módszert Ne vesztegessük rájuk a drága időt. Feleslegesek. Az agy-sebészek mindig nagy területeket tárnak fel s elég jól tájékozzák magukat méregetés nélkül is.

Bármilyen agyműtétet tervezünk, mindig első dolgunk az agy feltárása. Ezzel ismerkedjünk meg legelébb.

Agysebészettel csak az foglalkozzon, a kinek az asepsis vérévé vált.

Aprólékosabb figyelmet és szigorúbb pontosságot kiván, mint az intraperitonealis műtétek. Mert több műszerrel hosszabb ideig hozzuk benső érintkezésbe a sebet.

Az asepsis feltételeit alig találjuk meg másutt, mint jól felszerelt s nagy körültekintéssel vezetett intézetekben. Magángyakorlatban az agysebészet nem fizeti ki magát, már csak azért sem, mert az asepsis mellett költséges s igen sokszor nehezen szállítható berendezést igényel.

A beteg általános előkészítése mellett még a következőkre ügyeljünk. A fejet teljesen leborotváljuk, szappanos vízzel lemossuk s azután nagyon gyenge nedves sublimatgazekötést teszünk reá a műtétel előtt legalább 24 órával. Közvetlenül a műtét előtt meleg vízzel, kefével, szappannal újra megmossuk, aetherrel vagy absolut alkohollal letisztitjuk a fejet. Megtesszük a méréseket, jodtincturával megjelöljük a szükséges pontokat és vonalakat s újra kezdjük a tisztitását. Azután megfelelő módon, majdnem félülő helyzetben erre a czélra készült fejtámító segélyével elhelyezzük a beteget. Elaltatjuk s megkezdjük a műtétet.

Általában mindig patkóalakú bőrmetszést csinálunk, a mely legalább is 1—2 cm.-rel nagyobb átmérőjü, mint a tervezett nyilás. A metszés alapja mindig lefelé nézzen, a merről az erek felhágnak s elég széles legyen, hogy az igy nyert lebeny táplálkozása keveset szenvedjen.

Ezután következik a csont megnyitása. Régebben általában a trepant használta mindenki. A készüléket jól ismerjük. Ma már ritkán dolgoznak vele. Vannak könnyebb, gyorsabb s kevésbbé veszélyes műszerek.

A német sebészek általában a vésőt és a kalapácsot használják; míg az angolok és amerikaiak electrikus árammal vagy más mechanikus készülékkel gyorsan forgatott durva reszelőszerű műszereket vagy fürészeket kedvelnek.

A régi trepan is alakot változtatott. Sokkal egyszerübb lett.

Legkényelmesebben s leggyorsabban a gépezettel hajtott műszerekkel dolgozunk. Legegyszerübb a véső munkája, de a vele járó rázkódás nem közömbös. E mellett veszedelmes; ügyességet és nagy gyakorlottságot követel. Trepannal vagyis inkább a most divatos treplinnel egymáshoz közel több lyukat fúrunk s a köztük lévő hidat átvéssük, átfürészeljük vagy csontollóval átvágjuk.

A kivésett vagy kifürészelt csontdarabot vissza is szokás helyezni, különösen, ha a csontot, mint a lágyrészeket patkóalakjában vésszük vagy fürészeljük ki s a kocsányán betörjük. Az ilyen csontdarab, a mely a lágyrészekkel összeköttetésben maradt, visszagyógyul. De visszagyógyul a teljesen kifürészelt és a csonthártyától megfosztott csontlemez is, ha a műtét ideje alatt sósvizben vagy nagyon gyenge (5000) sublimat-oldatban áztatjuk.

A dura matert, ha szükséges, szintén patkóalakban vágjuk körül, visszahajtjuk s az agy felületét megnézzük, megtapogatjuk, Pravaz-fecskendővel, vékony troicarral beleszúrunk, sőt ha szükséges, a késünket is több cm. mélyre bátran belesülyesztjük.

E beszúrások vagy bemetszések rendszerint semmi kellemetlenséget sem okoznak, de azért a felesleges, szükségtelen próbálgatásoktól óvakodjunk.

A bemetszést mindig a gyrusok tetején velük párhuzamosan és függőlegesen lefelé csináljuk. Ha a dura mater erei vérzenek, finom catguttal lekötjük vagy körülöltjük, az arachnoidea ereit is lekötjük, ha az egyszerű tamponálás nem használ. Végső esetben a thermocauter tüzes hegyével érintjük a vérző helyet.

Ha az agyban véralvadékokat találunk, azokat óvatosan eltávolitjuk. A hegeket, megvastagodott burokrészeket kivágjuk. A cystákat felnyitjuk. A tályogokat drainirozzuk. A tumorokat, ha burokban ülnek, tompán kifejtjük; ha nincs burkuk s inkább infiltratio alakjában mutatkoznak, éles kanállal kikaparjuk. A vérző helyet tamponáljuk; vagy ha eljárásunk aseptikus voltában bizunk, telehagyjuk az üreget vérrel folyni, fölibe helyrevarrjuk a durát, visszatessszük a csontlemezt; összevarrjuk a csonthártyát catguttal s a többi lágyrészeket leghelyesebben silkwormmal. Végre nagy, az egész fejet beborító kötést teszünk. E kötés ha minden jól megy, 8—10 napig marad. Ennyi idő alatt a seb gyógyul; csak a lazán összeforrt csontot kell kötéssel védelmeznünk.

Rendes lefolyású agysebzések után prolapsus cerebri nem fordul elő. A prolapsus ugyanis mindig a koponya üregében fennálló fokozott nyomás következménye. De ilyen körülmények között is a kicsiny koponyanyilásokon szivesebben talál ki az agy, mint a nagyokon.

Ha a sebet műtét előtt, műtét alatt vagy műtét után inficiáltuk, sima gyógyulásra ne számitsunk; sőt halálos kimenetelü meningitis és encephalitisekre legyünk készen.

Epilepsia miatt trepanálunk, azt mondtam. Igen, de nem minden epileptikust trepanálunk.

Ha a roham hirtelen, minden előkészület nélkül kezdődik; a beteg szó nélkül vagy egy éles kiáltással összerogyik; elveszíti eszméletét; rángatódzó görcsöket kap összes izomzatában; azután mélyen elalszik; felébredése után a történtekről semmit sem tud: akkor az epilepsia idiopathikus. Az ilyen epilepsia okát nem ismerjük; tehát eltávolitásra, sebészeti gyógyitásra nem is gondolunk. Ilyen a legtöbb epilepsia. De van egy másik fajta is.

A roham a test valamely részében, bizonyos jósoló érzéssel kezdődik. Ezt az érzést izomremegés és görcsök követik, a melyek bizonyos meghatározott rendben terjednek tova. Például a jobb arczról a jobb karra s ezek azután a jobb lábra vagy megfordítva Az öntudat rendesen tiszta, csak akkor vész el, ha a görcsök a roham tetőpontján, általánossá válnak. A rohamokat gyakran nagy izomgyengeség, sőt hűdés követi a megtámadott izmokban, a mi csak fokozatosan, lassanként mulik el. Ez a Jackson-féle epilepsia.

Be van bizonyitva, hogy a Jackson-féle epilepsia motorikus alakját, az agy motorikus részének ingert kiváltó bántalmai okozzák.

A rohamok jellege, keletkezési módja s terjedési rendszere teljesen az inger keletkezési helyétől függenek. Ha az inger kicsiny, kis területekre szoritkozik. Ha erősebb, átterjed a szomszédos területekre is. Természetesen, legerősebb keletkezése helyén; tovaterjedésében mindinkább gyengül, mint a vízbe dobott kő körül a hullámok.

A zsiborgás, a mely a rohamokat megelőzi, a tapintási érzés középpontok ingerlését s a rohamokat követő hűdés, vagy izomgyengeség, a mozgató középpontok kifáradását jelenti. A hűdéssel néha párosuló érzéketlenség okát, a tapintási központok kifáradásával magyarázzuk meg.

A látás, hallás, izlés és szaglás centrumai szintúgy ki vannak téve kóros elváltozásokon alapuló ingereknek, mint a mozgás centrumai. Az ingerek eleinte megfelelő hallucinatiókban, később, ha a kimerülés beállott, felfogó képességük hiányában nyilvánulnak.

Ezek a Jackson-féle epilepsia sensorikus alakjai.

A bántalom helyét a tünetekből felismerjük. Számtalan klinikai észlelet s bonczolás bizonyítják ezt.

A hallás zavarai a halánték, látási zavarok a tarkó; az ízlés és szaglás zavarai pedig a temporo-sphenoideallebeny megbetegedésére utalnak.

Néha a motorikus tünetek mellett beszédzavarok is mutatkoznak. Sőt néha az időnként meg-megújuló beszélési ügyetlenkedés az egyetlen számba vehető tünete az epilepsiának. E tünetek kétségtelenül a beszéd mozgási központok, a gyrus frontalis tertius sinister kóros állapotát árulják el.

Valószinű, hogy a beszéd-, látó vagy halló-centrumok megbetegedései is okoznak megfelelő epileptikus tüneteket. De ilyen eseteket még nem közölt senki.

Végre van a Jackson-féle epilepsiának egy psychikus alakja is. Ez maniacalis izgatottságban, vagy egyszerű elmetévelygésben nyilvánul, a melyet butaság s a roham tartama alatt történtekre korlátozódó feledés követ. Ilyenkor a homloklebenyben irritatiót s ezt követő kimerülést gyanitunk.

A Jackson-féle epilepsia, minden alakjában, legyen motorikus, sensorikus, aphasikus vagy psychikus természetű, mindig csak tünet. Mindig az agykéreg centrumaiban fészkelő betegségek tünete s igy az idiopathikus epilepsiától lényegesen különbözik.

(Folytatása következik.)

Pellagra-eset Besztercze-Naszód vármegye közkórházában.

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

A vezetésem alatt álló közkórházban van jelenleg egy typikus pellagra-eset, melyet a casuistika szempontjából közlendőnek tartok.

Grádú Juon, 40 éves, görög-katholikus, nőtlen koldus, borsai illetőségű, felvétetett 1898. junius hó 30-dikán.

Szülei előtte ismeretlen betegségben haltak el. Testvérei nem voltak. Gyermekkori betegségekre nem emlékszik. Folyó év telén kórházunkban a hátán szenvedett égési sebek miatt kezeltetett. Azóta Alsó-Borgó községében koldulásból élt. Főtáplálékát puliczka képezte. A kisebb termetű, gyenge testalkatú, sovány, sápadt, cachectikus kinézésű beteg arczán, nyakán és mellén a bőr sötétbarna színezetű, száraz, repedezett, helyenkint pikkelyszerűen hámló. Feltünő a mellbőrön sok apró, szürke, alapjából kissé kiemelkedő gömböcske, melynél fogva itt a bőrtakaró „libabőrhöz“ hasonló. Szemei beesettek, arczkifejezése apathikus, tekintete bamba. A bal szem pupillája gombostűfejnyire szűk, úgy fényre, mint alkalmazkodásra renyhén reagál. Corneák felső harmadában egy féllencsényi, szürke lepedékkel bevont felhámhiány; ciliaris és conjunctivalis belöveltség. Iris elszinesedett. A jobb szem kötőhártyája halvány, corneája ép, láta középtág és kissé függélyesen ovalis, renyhén reagál. A szemháttérnek tükörrel megejtett vizsgálatánál semmi különös eltérés nem látható, ámbár a szellemileg ügyefogyott beteg, kinek bemondásai különben sem megbizhatók, azt állitja, *hogy esténként szürkületnél egy idő óta rosszabbul lát, mint ezelőtt.* Beteg szájából áradó lehelet büzös. Foghúsa belövelt, duzzadt, fájdalmas, nem vérző. A hátán egy-két tenyérnyi heg, mely a télen szenvedett égési seb után maradt vissza.

Mind a két kéz tenyere normalis, a kézhát bőre azonban a csuklóig terjedőleg feltünően száraz, sötétbarnán elszinesedett, repedezett és kisebb-nagyobb pergamentszerű lemezekben hámló. A mutató- és nagyujjak felett a felhám nagyobbrészt immár lehámlott s e helyeket élénk rózsaszinű fiatal epidermis boritja. Mindkét láb talpa változatlan. A láb és az alszár alsó harmadának feszitő oldalán azonban a bőr ugyanazokat az elváltozásokat mutatja, mint a kézhátakon, csakhogy nagyobb lemezekben hámlik.

A már lehámlott helyeken épen úgy, mint a kézháton látható az élénkpiros, fiatal, száraz epidermis. A jobb lábháton egy mogyorónyi áttetsző hólyag van, melyből felmetszése után tiszta savó ürül ki. A jobb láb második ujján a körömágynak nyomát sem látni; helye épen olyan fiatal epidermissel van boritva, mint az ujj többi része. Az öregujj körömágya nagyobbrészt szintén tönkrement, s míg a baloldali öregujj ép körömágya 1 cm. széles, addig a jobbik még csak alig $^1/_2$ cm. széles, melyből ugyanolyan hosszú, koromszerűen eltorzult körömmaradék nyúlik ki. Mindkét lába mérsékelten duzzadt.

Hátán ivalakú kyphosis. Szivcsúcslökés a 3. és 4. borda között, a bimbótól 1 cm.-nyire kifelé. Szivtompulat valamivel nagyobb; befelé a sternum széléig, kifelé a bimbóvonalon túl 1 cm.-nyire terjed. Szivhangok tompák, de tiszták. Lép nem nagyobbodott. Májtompulat a 4. bordaközben kezdődik s lefelé a bordaivig terjed. Étvágya csökkent. Széke híg, naponta 6—8.

Beteg aluszékony, csendes, szükbeszédű, kérdésekre vontatottan felel, hangulata nyomott, engedelmes.

Vizelet sem mennyiségileg, sem minőségileg nem tüntet fel semmi rendellenességet.

A bőr és ínreflexek nem mutatnak feltünő eltérést. A vér a rendesnél halványabb színűnek látszik; sajnos — készülék hiányában — vérsejt számlálásokat nem végezhettünk.

Beteg teljesen láztalan, pulsus 56, gyönge, könnyen elnyomható, kis hullámú. Ütér puha, kevésbbé telt.

Beszterczén, 1898. év julius hó 14-dikén.

TÁRCZA.

Az orvosok honorariuma.[1]

I.

A mióta az orvosok — a mint azt *Brouardel* is hangsúlyozza — a díjazás tekintetében a legtöbb esetben nem magával a beteggel állanak szemközt, hanem az állam által alkotott vagy elismert s érdekeik védelmére alakult szövetkezetekkel kell megalkudniok, a honorarium rendezésének kérdése állandóan napirenden van. Francziaország syndicatusai, Németország kamarái s a mi szövetségeink is beható tanácskozás alá veszik az orvosok díjszabásának kérdését. *Floquet* könyve, melyet az orvosok honorariuma „code“-jának nevez, nemcsak Francziaország orvosainak útmutatóul, hanem a mi okulásunkra is szolgálhat. Ezért az a szándékunk, hogy a következőkben a két kötetes munka fontosabb fejezeteivel az „Orvosi Hetilap“ olvasóit megismertessük.

Floquet azon tételből indul ki, hogy az orvosnak, a ki kötelességeinek lelkiismeretesen megfelelt, a honorariumra joga van, ezen jog érvényesítésére az általa szerkesztett munka útmutatóul szolgál. Az első fejezet érdekes történelmi adatokat tartalmaz. Az egyptomiak orvosai nagy gazdagságban éltek, magánosoktól nem is részesültek díjazásban, mert állami javadalmazásuk volt (medici annonam ex publico accipiunt). A perzsák és macedoniak az aegyptomi és görög orvosokat kedvelték, kiknek sorsa azonban igen változóvolt. Democedes Polycratestől, Samos királyától két arany talentumot kapott, de mikor a király meghalt, rabszolgává tették s sorsa csak akkor fordult újból jobbra, a mikor Darius lábát meggyógyította. Artaxerxes Hippokratest óriási javadalmakkal kinálta meg, hogy Ázsiába menjen, de ő hazája ellenségének nem akart szolgálatot tenni, különben istetteivel s irataiban egyaránt bebizonyította, hogy nem pénzvágyó. Görögországban az orvosokat jól díjazták, a hivatalos városi orvosoknak igen magas állandó fizetésük volt. Rómában kezdetben a pater familias gyógyította a család tagjait, a görög orvosokat, kik később a városban megjelentek, előitélettel fogadták, de sorsuk csakhamar megjavult s hivatalos alkalmazást is nyertek; egyesek 500,000 sestertiust kerestek évente. A honorarium behajtásáról Justinianus idejéből a „de extraordinariis cognitionibus“ törvény intézkedett. Az arabok nagyon megbecsülték orvosaikat, Almansor, Bagdad kalifája 10,000 drb. aranyat fizetett orvosának.

A középkorban egyes neves orvosok igen magas díjazásban részesültek, igy Jacques Coytier XI. Lajostól egyetlen betegség gyógyításáért 294,000 frank honorariumot kapott, Colbert orvosait minden látogatásukért 100 frankkal díjazta, pedig az angolok már abban az időben is nagyobb összegeket fizettek. Az orvosoknak tehát minden időben meg volt a honorariumra való jogosultságuk s a franczia „code civil“ e jogot szabatosan ki is fejezi (2101., 2272. §-ai), sőt az orvos követelésére elsőbbséget állapit meg.

A második fejezet a kikötött díjazásokról szól. A jelenlegi törvénykezés gyakorlata azt bizonyítja, hogy a bíróságok e megegyezésnek érvényt is szereznek, kivéve azon esetet, ha az orvos a szerződést betegének hiányos beszámíthatóságát felhasználva, azt mintegy kierőszakolja (a code civil 1109., 1112., 1118. és 1304. §-ai szerint). A bíróság ilyen esetben a követelést leszállíthatja, igy történt ez legutóbb is, a midőn a beteg az operálás

[1] *Code pratique des honoraires médicaux*, ouvrage indispensable aux médecins, sages femmes, chirurgiens, dentistes, pharmaciens, étudiants, etc. (au courant de la doctrine et de la jurisprudence) par le *Dr. Ch. Floquet*. Paris, 1898.

után meghalt s a szegénysorsú özvegy a kikötött 5000 frank honorariumot megtagadta s a bíróság 2000 frankot itélt meg. Az előzetes megjegyzésnek különösen akkor van értelme, a mikor az orvosnak vidékre kell utaznia vagy nagyobb operálást végezni vagy a beteg az orvos sanatoriumában nyer elhelyezést. Azon esetben, ha az orvos a betegség vége előtt megokolva abban hagyja a gyógyítást, ezzel még korántsem veszítette el jogát a teljesített látogatásokért járó díjazásra, természetesen más elbirálás alá esik, ha a beteg elhagyása az utóbbira végzetessé lehet. A gyógykezelés sikertelensége még nem ad jogalapot a díjazás megtagadására. Már a déontologia körébe tartozik azon esetek megitélése, a midőn a beteg orvosát megváltoztatja. Ilyenkor az újonnan hivottnak három érdeket kell figyelembe vennie: a betegét, a kartársáét s a magáét. A beteg azon jogát, hogy orvosát változtathatja, senki sem vonhatja kétségbe, az újonnan felkértnek azonban kötelessége tapintatosan odahatni, hogy a régi orvossal együtt tanácskozhasson, vagy ha ezt visszautasítják, hogy elődje díjazását megkapja.

A harmadik fejezet az orvosi díjszabásokról szól. Azon alapelvből indul ki, hogy az orvosok honorariuma nem lehet egyöntetü, hanem annak a hely (főváros, vidéki város, falu), a betegek vagyoni helyzete (gazdag, jómódú, szegény), a betegség súlyossága, a teljesített szolgálat milyensége szerint változni kell. Magában Párisban is igen nagyok a különbségek, az orvos lakásán tartott consultatio díja 2—20 frankig, a beteg lakásán teett látogatásé 3—50 frankig ingadozik. *Floquet* szerint a gyakorló orvos a középosztálytól egy consultatióért 3 frankot, egy látogatásért 5 frankot kérhet, a kik kórházi alorvosok voltak utóbbiért 10 frankot, főorvosok 20 frankot. Kis városokban egy harmaddal vagy a felével kevesebbet igényelhetnek; falun kilometerenként 1 frank képezi a díjazás egységének minimumát. A consiliarius Párisban 40—100 frankot kap, vidéki városokban ennek felét, a Párisból hivott orvos rendesen kilometerenként 5 frankot kap, például Rouenba 600—1000, Lillebe 1500—2000 frank, Bordeauxba 3000—4500, Nizzába 5000—10,000 frankot.

A mi az úgynevezett hivatalos orvosi díjszabásokat illeti, a melyeket Franciaország uralkodói annak idején kiadtak, sohasem szabályozták a honorariumokat, hanem legfeljebb a peres esetekben irányadóul szolgáltak. Újabban a syndicatusok dolgoztak ki ilyen minimalis tarifákat. Ezek felállítása kétségtelenül megengedett dolog, olykor tájékozásul szolgálhatnak, de semmiképen sem kötelezők, hasznosságuk természetesen ez által sokat szenved, de ez nem lehet máskép, mert ha a díjazás a beteg vagyoni helyzete és a betegség súlyossága szerint változhat, akkor az orvos hirneve s állása is befolyásolhatja azok összegét. A legtöbb syndicatus és egyesület csak a minimalis tarifákat állapította meg s a betegeket majdnem mindannyian 3 osztályba sorolták: gazdagok, jómódúak, szegények. Floquet példakép több díjszabást közöl; Párisból a XI. és XV. kerület orvosainak minimalis feltételeit közli, ezek szerint nappali látogatás 5—3 frank, sürgős esetekben 8—5 frank, éjjeli 20—10 frank, rendes szülésnél való segédkezés 200—100 frank, éjjelezés 200—100 frank. Városokban (Agen, Vallée, Douai, Bastia) a látogatás és az orvosnál történő consultatio díja ugyanaz és pedig 5, 3, 2 frank, éjjel 25—10 frank, egész éjjel 100 frank, consilium 40—10 frank, rendes szülés 500—100 frank. A vidéken (Charente, Dordogne, Gironde, Pontoise, Hautes — Alpes stb.) consultatióért és egyszerü látogatásért 5—2 frank, éjjel a kétszeresét, szülésért 100—30 frankot, bizonyítványért 20—5 frankot, consiliumért 15—5 frankot, éjjelezésért 100—50 frankot, állapitottak meg. Az orvos székhelyétől való távozás kilometerenként 1 frank.

Floquet ezután a külföldi viszonyokba enged betekintést. Oroszországban a hivatalos díjszabás 3 csoportra osztja a városokat és pedig 5000 lakoson aluliak, 5000—50,000 és 50,000 en felüliek. A lakosságot szintén 3 categoriába sorozza: 1. tőkepénzesek, birtokosok, gyárosok, bankárok, kereskedők és hivatalnokok az I—VI. rangosztályig, 2. szabad foglalkozásúak és a hivatalnokok a VI—VII. rangosztályig, 3. a többi lakosság. Az egység az első osztályúak számára 5 rubel, a második számára 3 rubel, a harmadik számára 30 kopek (10 frt-tól 60 kr.-ig). A legnagyobb honorarium, a mit orvos Oroszországban kapott volt a Dimsdal dr.-é, kit II. Katalinhoz hivtak s a ki tiszteletdij fejében 10,000 font sterlinget, útiköltségül 2000 fontot, 500 font évijáradékot és a czárnő arczképét kapta, azaz 150,000 frt díjat, s 6000 frt járadékot. Sacharin egy milliomostól, a ki magához hivatta, 14,000 rubelt (kb. 28,000 frt) kapott. Angliában az orvosok díjazása általában igen magas; ott már 60 év előtt is egy fonttal díjazták a látogatását és ½ fonttal a consultatiót; a beteg lakásán végzett legcsekélyebb beavatkozásért is igen nagy összegeket kértek és kaptak; igy nem csoda, ha orvosok, kik pályájukat krajczár nélkül kezdték, milliókat hagytak hátra.

Egy katonaorvos izületgyuladás gyógyításáért 10,000 fontot kapott; Hawkins sebész pedig egy operálásért (dúsgazdag ministertől s a koczkázat is nagy volt) 100 guineát kötött ki, a lord meggyógyult, s utólag sokallotta a díjat, de a választott bíróság megitélte. *Floquet* e helyen a magyar tervezetet is ismerteti s kifogásolja, hogy a betegnél eltöltött nappal vagy éjjel díjazása nincs meghatározva, valamint, hogy a laparotomia és az ínvarrat minimalis díjazása egyenlő.

A bécsi orvosi kamara tarifája szerint nappali látogatásért 3 frt, estiért 4 frt, éjjeliért 6 frt, consiliumért 10 frt jár.

Klein javaslata szerint (német) nappali látogatás 1·25—4 frank, éjjeli 4—12 frank, bizonyítvány kiállítása 12—24 frank.

G. E.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Allgemeine Epidemiologie. Von **A. Gottstein.** Leipzig. Wigand. 1897. (438 oldal.)

A járványok s a társadalmi viszonyok kölcsönhatásban állanak egymással. Ezen viszonyokban találjuk meg mindenkor a járványok keletkeztető okait s leljük fel a nyomokat, melyeket megszünésükkor azok rajtuk hagytak. A legrégibb időkben csupán külső *okait* keresték valamely járvány felléptének: Apollo nyilait vagy a pestis-isteneket okolták érte, a kik ily módon állottak bosszút az embereken bűneikért; vagy pedig összefüggést kerestek a járványok fellépte s a vulkánok kitörése, a földrengés vagy egy üstökös megjelenése között. A középkorban nagy szerepet tulajdonitottak az időjárásnak. Mai tisztult nézeteink azonban felismerték az oki kapcsot a socialis események és a járványok fellépte közt. Éhinség, háborúk, népfelkelések s a velük járó életmód, mely nagy megerőltetésekkel, sok nélkülözéssel, czélszerütlen táplálkozással, ki nem elégitő éjjeli nyugalommal s lelki izgalmakkal jár, mind oly állapotok, melyekben gyorsan kimerül a szervezet ellenálló képessége s nyujt kedvező életfeltételeket a járványt előidéző mikroparasitának.

Messzeható horderejüek a járványok *következményei*. A clerus hatalmát mi sem öregbitette jobban a középkorban, mint épen a járványok. A fogadalmak — magas anyagi áldozatok és hagyatékokkal egybekötve —, a sok újonnan alakított szövetkezet és rend, melyben a vigasztalan hátramaradottak felvételüket keresték, a leggyötrőbb inség által előidézett mély vallásos érzület —, mind e körülmények a papság hatalmának fejlesztéséhez járultak. Ezen nagy hatalma később a reformatio-mozgalom megindulásának is egyik oka volt.

Gyarapodott természetszerüleg az orvosi tudomány; nem kevésbbé az ügyvédi is, például Angliában, a hol a közvetlenül fellépett sudor anglicanus áldozatai complicált örökösödési pereket hagytak utódaikra.

A XV. század syphilis-járványa sok helyes hygienikus intézkedést provokált; a borbélymühelyek, fürdők s nyilvános helyek ellenőrzés alá vétettek. S javultak szükségkép az erkölcsök is.

A járványok pusztításai idővel compenzálódnak. A gyengék elhullanak s visszamarad az életképesebb és szaporodásra alkalmasabb rész, melynek halandósága is egy időre csökken. A járványok bevégződése is ugyanezen a módon történik. Úgy a lelki, mint a testi népbetegségek hordozóiknak megsemmisítése által fejeződnek be. Az ellenállásra képtelen, satnya szervezetek elpusz-

tulnak benne; tehát épen azok, a melyeknek megtartása amúgy sem értékes, sőt néha veszélyes is az emberiségre nézve.

Ennél a pontnál a hygiene intentióí ketté válnak, mint „egyéni hygiene“ támogatni igyekszik az egyén létfentartási törekvéseit, minden körülmények között s tekintet nélkül a jövő nemzedék érdekeire. A „faji hygiene“ az utódok és pedig a következő generatio, jólétét óhajtja biztosítani. Intentióik azonban találkoznak ott, a hol a momentan ártalmak leküzdésére úgy a meglevő, mint a jövendő nemzedéknek kedvező létfeltételeket nyujtani iparkodnak.

Az egyént fenyegető s a gyengét kiselejtező ártalmak *Ploetz* szerint kétfélék: 1. ú. n. extral-hatások, vagyis a vak véletlennek hatása (pl. a villámsújtás); 2. socialis hatások, melyek a társadalom viszonyai és berendezései részéről érik az egyént. Hatásuk eredménye szerint háromfélék: *a)* selectoriusok (halálos kimenetelü gyermekbetegségek); *b)* nonselectoriusok (czélszerütlen, azaz gyenge vagy terhelt utódokat létrehozó házasságok) és *c)* contraselectoriusok (épen az erőseket megtizedelő háborúk, a praeventiv közösülések s az orvosok gyógyító müködése ott, a hol a satnyát életben tartják). Utóbbi két körülmény okvetlenül az alaki erők degeneratiójához vezet. Az akár lelkileg, akár testileg degenerált egyének nagyobb része tönkremegy, mielőtt faját propagálhatná: a lelkileg és erkölcsileg terhelt egyének internáltatnak, a testileg elcsenevészedtek (alkoholisták, syphilitikusok) életképtelenek vagy sterilek. A degeneratiónak tehát mindenképen a születések számát csökkentő következményei lesznek s a degenerált faj kiveszéséhez vezet.

A járványok pusztító hatásának kulcsa tehát a halálozási és a születési számokban rejlik. E számok összeállítása a legegységesebb betekintést teszi lehetővé (numerusos methodus). Legélesebb elkülönítőjük a mindegyikre jellegzetes specifikus mikroorganismus (bacteriologiai methodus). Az egészséges szervezet nem nyujt nekik talajt továbbvirágzásukhoz; az életfunctiók megsemmisítik őket. Érvényesülésükhöz — virulentiájukon kivül — a szervezet *hajlamossága* szükséges. E hajlamosságnak igen sok, ingadozó és bonyolult factorai vannak. *Walthardt* az állat peritoneumát eredmény nélkül fertőzhette virulens streptococcusokkal, ha gondoskodott róla, hogy a beavatkozás ideje alatt a peritoneum a maga normalis temperaturáját, normalis nedvességi fokát és sótartalmát megtartsa. Ha ezek közt csak egy tényezőről is nem gondoskodott, a peritoneum ki volt szolgáltatva a streptococcus hatásának.

Hogy az embernél is hasonlókép állanak a dolgok, vagyis hogy a szervezet ellenállóképességének csökkennie kell, hogy a fertőzés létrejöhessen, ezt eléggé bizonyítják azon hullák boncz-eletei, melyekben — *Pizzini* szerint 44%, *Schlenker* szerint 42%-ban — tuberculosisos elváltozások is találhatók a tüdőkben, a nélkül, hogy azok valaha az életben tüneteket okoztak. Épen a tuberculosis kérdésében lényeges a különbség a kisérleti és a természetes betegség között. A kisérleti tuberculosist szeliditett, tehát degenerált állatokba oltják be, a melyek csak igen csekély ellenállóképességgel rendelkeznek. Az embernél épen fordítva állanak a dolgok, mert a temérdek sok fertőzési alkalom mellett is relative kevesen betegszenek bele; csupán a csecsemőkor az, mely ép oly védtelen a tuberculosis bacillusával szemben, mint a tengerimalaczok. Az emberek nagy része nem kapja meg e betegséget; a fertőzöttek egy része kiheveri a bajt; s a kik elpusztulnak benne, azok praedisponáló gyengeséggel voltak felruházva. *Haykraft* fajunk barátjának („Freund unserer Rasse“) nevezi a tuberculosist, mely a mai viszonyok közt, vagyis egyéb járványok hiányában teljesíti a satnyák kiselejtezését. Sajnálatos, hogy e betegség azon körből is elszedi áldozatait, a hol már nem lehet szó Haykraft szerint „baráti“ szolgálatokról. Első sorban az ipari foglalkozásnak, melyben annyi életerős egyén vesz részt, nem volna szabad segédkeznie e kiselejtezésben.

Az előbbiek szerint tehát kimondható, hogy a fertőző betegségek kiváltására nem elegendők a mikroorganismusok; másféle, a szervezetet befolyásoló ártalmaknak kellett előremennie, mielőtt pusztító tevékenységüket kifejtik. Ez okból *Liebreich* elvetette a „dispositio“ fogalmát a régi értelmében, mint a mely sem physicai, sem chemiai úton nem magyarázható s nevén nevezi a gyermeket: a szervezetnek *máris beteg állapotban* kell lennie, hogy a mikroorganismusok fertőzhessék. Ily értelmet adva neki, a „dispositio“ fogalma tovább használható.

A *dispositio* schemája G. szerint röviden összefoglalva a következő:

I. *Veleszületett disponáló momentumok.* Ide tartoznak a foetalis betegségek és fejlődési hibák (rhachitis, szívbaj); az öröklés által átszármazottak (syphilis, tuberculosis), melyek maradók; a csecsemőkornak a tuberculosis, diphtheria s exanthemák iránt s a menstruatio-adta dispositio az olyan fertőző baj iránt (pl. scarlatina, diphtheria), melyre az illető nő egyébkor, mint ezen állapotában, nem hajlamos; ezek átmenetiek: kor- vagy állapothoz kötöttek.

II. *Szerzett disponáló momentumok.* Állandó jellegü: a chronikus gyengeség a tuberculosis iránt (míg az acut zavarok a streptococcusok iránt hajlamositanak), a chronikus mérgezések által előidézett állapotok (az alkoholisták hajlamossága a pneumococcusok, a typhus- és tuberculosis-bacillus iránt, a diabetikusoké a tuberculosis és genyedésokozó bacillus iránt). Átmenetiek: az éhség, szomj, vérveszteség, kimerülés, beböröntzés, idegrendszerzavarok; idetartoznak az időjárás és évszakok befolyása (nyáron bélhurutok, cholera; télen diphtheria).

Rendszerint nem az elsőrendü hajlamosító okok, hanem a másod- és harmadrendüek combinálódása hozza létre az ellenállóképesség oly fokú csökkenését, mely a mikroorganismus uralmának adja át a szervezetet.

A mikroorganismus és a szervezet között lefolyó harczban — a melyben az ellenfelek egyenlő hatalommal állanak szemben egymással — hol ez győz, hol az. Ha a szervezet volt kénytelen meghajolni, úgy tételenkint kimondották, hogy a lefolyt betegségben képességet szerzett magának egy második vagy harmadik harczot reája nézve sokkal kedvezőbb feltételek mellett megkezdeni, leggyakrabban oly értelemben, hogy a mikroorganismusok invasiója tünetet sem okoz nála. Ez az *immunitás*. Eredetére: veleszületett vagy szerzett. Előbbi átöröklődik, de az egyént bármikor kiemelhetjük belőle (pl. a fehér egerek szőlőczukor-etetéssel a tuberculosis iránt fogékonyakká tehetők). A szerzett immunitás csakis az előrement megbetegedés útján érhető el s az organismus nedveihez van kötve (activ immunitás) s annak átvitele egy másik szervezetbe annak is immunitást (passiv) kölcsönöz. Az előbbivel szemben jellegző reája, hogy nem öröklődik át, miként ezt *Finger* a malleusról, *Hőgyes* a veszettségről, *Vaillard* a choleráról, *Wernicke* a diphtheriáról bebizonyitották.

(Folytatása következik.)

II. Lapszemle.

A sondázás haszna húgycsőbajokban rég ismert dolog, de újabban annyi sok mindenfélét irtak egyes szerzők e müvelet ellen, hogy végre itt volt már ideje annak, hogy oly kiváló klinikus, mint *Guyon*, felemelje szavát a jó hatású eljárás érdekében. Természetesen sok esetben a sondázás igen káros, így pl. hevenyés gyuladásban s így Guyon közleménye azon bajokra vonatkozik, melyekben a müszerrel csak hasznára lehetünk a betegnek. A sondázásnak egy különös jó hatása abban nyilvánul, hogy csökkenti a húgycső nyálkahártyájának érzékenységét, mely a legtöbb esetben kínzó tünetekkel, égetéssel s több ehhez hasonló paraesthesiával jár. Másik jó hatása a sonda bevezetésnek abban nyilvánul, hogy módositólag hat a beteg nyálkahártyára, mert a szövetében támadt beszürődést felszívódásra ösztökéli. Ugyanilyen hatása van a megbetegedett mirigyekre is. Az általa keltett nyomás szabaddá teszi a kivezető czövecskéket s eltávolítja magában a mirigyszövetben pangó s szétesö kóros váladékot. Minthogy tehát chronikus bajokban a sondázás megváltoztatja a táplálkozási viszonyokat s a kóros hyperaesthesiát is megszünteti: annak kivitele ott, a hol az indicálva van, a legmelegebben ajánlható. (Guyon. Pres. méd. 1897. IV.)

Novotny dr.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1898. julius 22.

Budapest székes főváros közegészségi állapota 1898. évi április hóban. A tiszti főorvos jelentéséből közöljük a következőket: A székes főváros közegészségi állapota viszonyítva a mult havihoz általános halálozás tekintetében számbavehető változást nem mutat. Elhalt ugyanis a mult hóban 1191 egyén, e hóban 1208. A heveny ragályos kórok száma mintegy 114 esettel apadt. A súlyosabb természetű kóralakok közül apadt a hagymáz 19, a vörheny 19 s a diphtheria 53 esettel. Hólyagos himlő nem fordult elő. Élveszületett e hóban 1828, meghalt katonák nélkül, az útról jött s itt elhalt 92 egyén levonásával 1208; így a születések 620-szal multák felül a halálozásokat. Április hóban a székes főváros összes nyilvános és magánkórházaiban, valamint gyógyintézeteiben gyógykezeltetett 6538 fekvő és 7602 járóbeteg, vagyis 112-vel több, mint az elmult hónapban. A kerületi orvosok által gyógykezeltetett 542 fekvő és 1486 járóbeteg, összesen 2028; kórházba küldetett 86 egyén. Április hóban a lipótmezei állami elmegyógyintézetben 942, az angyalföldi állami elmegyógyintézetben 333, az irgalmasoknál 184, a megfigyelő osztályon 110, a Schwartzer-féle elme- és ideggyógyintézetben 134 elmebeteg ápoltatott. A székesfővárosi „Erzsébet" szegényházban 916 egyén közül beteg volt 416 (elme- és eskóros 147), a székesfővárosi „Josephinum" fiárvaházban 110 növendék közül nem volt beteg; a „Klotild" szeretetházban 59 növendék közül nem volt beteg, az „Elisabethinum" leányárvaházban 104 növendék közül nem volt beteg, a protestáns leányárvaházban 106 növendék közül nem volt beteg, a Meyer-féle árvaházban 79 növendék közül nem volt beteg. A lelencz és dajkaságba adott gyermekekre nézve: összesen 1937, szaporodás volt e hóban 74, csökkenés 24. Beteg volt e hóban összesen 57, meggyógyult 41, gyógykezeltetik 14, meghalt 2. Halál-okok voltak: tüdőlob 1, hörglob 1. Újraoltatott fiú 273, leány 26, összesen 299. Ebmarás előfordult 15, veszettségre gyanus 1. Macskamarás 1 esetben. A köztisztaság a csatornázatlan és kövezetlen utczák kivételével kielégítő volt. A káposztásmegyeri telep centralis kutjai jó vizet szolgáltattak, míg a részben még működésben volt mesterséges szűrők vizének minősége felette ingadozó volt. A székesfőváros vegyésze 538 esetben végzett vizsgálatot. Az önkéntes mentőegyesület által április havában 46 elmebeteg-szállitás eszközöltetett. Orvosrendőri bonczolás végeztetett 65, orvostörvényszéki 20 esetben. Öngyilkosság előfordult 26, még pedig: lövés 9, akasztás 4, mérgezés 6, egyéb módon 5 esetben. A Dunából 3 hulla fogatott ki. Oklevelüket e hóban bemutatták: *Ringer Jerő*, *Glauber Soma*, *Klein Samu*, *Iványi Ernő*, *Polgárdi Lipót*, *Módos János*, *Wachsmann László*, *Gobbi Károly*, *Arányi Zsigmond*, *Grünfeld Ármin*, *Schulhof Vilmos*, *Löwenstein Sándor*, *Alexander Leó* és *Adriányi János* egyetemes orvosdoktorok, valamint 7 szülésznő.

* * *

△ **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1898. julius 3-dikától 1898. julius 9 dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 402 gyermek, elhalt 250 személy, a születések tehát 152 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup 1, roncsoló toroklob 2, hökhurut 1, kanyaró 6, vörheny 7, himlő —, typhus abdominalis 3, gyermekágyi láz 1, influenza —, egyéb ragályos betegségek 1, agykérlob 12, agyvérömleny 3, rángások 6, szervi szívbaj 11, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 24, tüdőgümő és sorvadás 37, bélhurut és béllob 49, carcinomata et neoplasmata alia 11, méhrák 2, Bright-kór és veselob 6, angolkór 2, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 17, aszkór, aszály és sorvadás 4, aggkór 10, erőszakos haláleset 14. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2075 beteg, szaporodás 748, csökkenés 715 maradt e hét végén ápolás alatt 2108. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1898. julius 9-dikétől julius 16-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 5 (meghalt 2), himlőben — (meghalt —), álhimlőben 1, bárányhimlőben 8 (meghalt —), vörhenyben 32 (meghalt 3), kanyaróban 138 (meghalt 5), roncsoló toroklobban és torokgyíkban 19 (meghalt 3), trachomában 21, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 10 (meghalt 1), orbánczban 11 (meghalt 1), gyermekágyi lázban 1 (meghalt 1).

— **Uj sterilizált gyermektej termelő-intézet.** *Hainiss Géza* dr. egyetemi m. tanár és *Pécsi Dani* dr. vezetése alatt sterilizált gyermektej termelésére (Budapest, VIII., József-körút 41. sz.) új intézet alakult, melyben a nevezett két szakférfiú vezetése alatt a kisdedek, felnőttek és betegek számára mindennemű tejpraeparatum készül, melyet eddig hazánkban vagy épen nem állitottak elő, vagy csak laikusok hoztak üzletszerűen forgalomba. A nevezett intézet mindenekelőtt készít a csecsemők korának megfelelő, az anyatejjel lényeges alkatrészeiben megegyező sterilizált tejet, melyet egyes étkezési adagokat tartalmazó üvegcsékben hoznak forgalomba, a tej azonban nem vízzel hígíttatik, mint eddig szokásban volt, hanem ugyanazon tej savójával, és ez a körülmény igen fontos, mert így a csecsemő a savóban oldottan jelenlévő fehérjét (serumalbumint) kapja, a mit az eddigi vízzel hígított gyermektej nélkülözött.

Kiváló figyelmet érdemel különösen közegészségi szempotból az intézet által készitett gyermekek és felnőtt egészséges egyének számára való *pasteurizált* tej, mely hivatva van arra, hogy a tej útján terjedő ragadós betegségeknek (tuberculosis, diphtheritis, scarlat stb.) útját állja. Felemlítést érdemel még az intézet által gyomorbajosok részére készitett, könnyebben emészthető tej, úgyszintén tüdőbajosok számára készült, az illető betegek nagy zsirveszteségét pótló, a közönséges tejnél zsírban sokkal dúsabb és annál mégis sokkal könnyebben emészthető tej. Az intézet berendezésének czélszerűségéért az élén álló két szakértő ismert neve adja meg a garantiát, miért is kivánatos, hogy a kartársak megfelelő pártolása biztosítsa e czélszerű vállalkozás sikerét.

Az Orvosi Kör országos segélyegyletének pénztárába befizettek 1898-ban részint mult évi, részint ez évi tagsági díjakban (folytatás): Kohn Ármin 2, Alapy Henrik 4, Abelesz Bertalan 2, Adler Zsigmond 2, Angyán Béla 2, Büchler Antal 4, Bókai Árpád 4, Bradács Antal 2, Báthory István 2, Bartha Gábor 2, Bakó Sándor 2, Boytha József 2, Blayer Miksa 2, Bangár Béla 4, Bugsch Gusztáv 2, Bruck Lipót 4, Bayer Sándor 4, Cserháti Mór 2, Csapodi István 4, Chyzer Kornél 4, Dégen Árpád 2, Dieballa Géza 2, Diescher Ferencz 4, Doktor Sándor 2, Dumitrianu Ágoston 4, Dózsa Pál 4, Elischer Gyula 2, Eisler Miksa 4, Ebner János 4, Erőss Gyula 2, Ertl Géza 2, Freund Benedek 2, Farkas Sándor 2, Glück Soma 2, Gonda Ignácz 2, Grossmann Lipót 2, Hasenfeld Arthur 4, Hudomel József 2, Hok Valter 2, Hazslinszky Károly 2, Hudacsek József 4, Hánzely Béla 4, Hegedüs Samu 4, Hoffenreich Mór 3, Hőgyes Ferencz 4, Haberern Pál 2, Imrédy Béla 2, Juba Adolf 4, Jendrassik Ernő 4, Juhász Lajos 2, Kovács Soma 2, Kuthy Dezső 5, Királyffy Ármin 2, Korányi Sándor 2, Klein Ármin 2, Klass Pál 2, Ludvig Endre 6, Löry E. 5, Liebermann Emánuel 2, Lichtenstein Salamon 2, Lenkei Vilmos 2, Lengyel Sámuel 2, Moravcsik Ernő 2, Mihajlovics Miklós 2, Mangold Henrik 4, Maier István 2, Magyarevits Mladen 2, Nádaskay Béla 2, Nozdroviczky György 2, Ötvös József 4, Ottava Ignácz 2, Platzer Sándor 2, Polgár Emil 2, Purjesz Ignácz 2, Politzer Illés 2, Planer József 2, Pákozdy Károly 2, Paczka László 4, Réczey Imre 2, Rozenberg Jenő 4, Rényi Béla 4, Nádosy Béla 2, Reichenfeld Márk 2, Schiff Kálmán 2, Szikszay Sándor 4, Szenger Ede 2, Székely Ágoston 5, Stern Ignácz 2, Steiner Samu 4, Steinberger Ármin 4, Stahly Ignácz 4, Seliga János 2, Schwarz Nándor 4, Schrodt Antal 2, Samek Fülöp 2, Sachs Samu 2, Tatai Adolf 2, Trajtler István 4, Ujvári Ignácz 4, Unterberger Adolf 4, Vadass Pál 4, Wenhardt I. 2, Wessely József 2, Weisz Jakab 2, Walla Béla 4, Wahrmann Simon 2, Wenczel Tivadar 2. Rosenfeld Zs. 2, Biró G. 4, Tóth L. 2, Dóka L. 2, Demkó B. 4, Bronts N. 2, Müller K. igazgató eddigi alapítványának kiegészítése 100, Pávai Vajna Gábor 2, Patrubány Antal 4, Hüvös Henrik 3, Macsik Gyula 4, Váli Sándor 2, Lehner Jakab 2, Moskovitz Ignácz 2, Bernolák József 2, Klein Fülöp az orvosok jogvédő egyesületének nevében 50, Blau Adolf 2, Rozs István 2, a milleniumi orvosi congressus 350, Székely Dezső 2, Genersich Antal 4, Garzó Aladár 2, Ehrenreich Károly 2, Ehrenreich Lajos 2, Kohn Ármin 2, Mayer Árpád 4, Rudas Gerő 4, Salgó Jakab 6, Valovits Gyula 2, Wappenshein F. 2, Boldizsár Imre 2, Dohmann István 2, Kóczián Géza 2, Keith Károly 2, Moskovitz Ignácz 2, Bignio Béla 2, Glasner Ármin 2 forint. Budapest, 1898. junius hó 30-dikán. *Rákosi Béla* dr., pénztáros, Soroksári-utcza 18.

— **Megjelent.** *Dr. Kuthy: Über Lungenheilanstalten etc.* 48 photographiai felvétellel és két statistikai térképpel. Wien und Leipzig. 1898. — *M. Chotzen: Atlas der Syphilis und syphilisähnlichen Hautkrankheiten.* Heft. IX und X. Hamburg und Leipzig. 1898.

— **Hazai fürdőink látogatottsága**: *Iglófüred* VII./15. 357; *Tátrafüred* VII./18. 1692; *Alsó-Tátrafüred* VII./16. 959; *Uj-Tátrafüred* VII./17. 1239; *Bártfa* VII./17. 1965; *Lipik* VII./15. 1403; *Herkulesfürdő* VII./15. 4028; *Balatonfüred* VII./12. 1499.

Szt. Lukács-fürdő
téli és nyári
gyógyhely.
Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú nyitott és zárt medenczéiben a forrásvíz naponként négyszer megújul. Mindennemű gyógy- és 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.

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 elme- és idegkórtani szakosztálya. (XIV. szakülés 1897. október 20-dikán. XV. szakülés 1897. november 17-dikén.) 368—369. l.
A budapesti kir. orvosegyesület stomatologikus szakosztálya. (VII. ülés 1897. április 20-dikán.) 369. l.

A budapesti kir. orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztálya.

(XIV. szakülés 1897. október 20-dikán.)

Elnök: **Salgó Jakab**; jegyző: **Epstein Manó.**

Hemiplegia spastica cerebralis esete.

Grósz Gyula bemutat egy 4 éves fiút, kinél 5 hó előtt rosszullátás, majd teljes vakság lépett fel. Jobb arczfél izmaiban gyakori clonikus rángások; ha a görcsök szünetelnek, a jobb facialis paresise constatálható. Láták középtágak, fényre nem reagálnak. Mindkét szemen papillitisből eredő atrophia n. optici van jelen.

Beteg állandóan jobb oldalára dölve, öntudatlanul fekszik, igen nyugtalan; bal felső végtagjában itt-ott tonico-clonikus rángások jelentkeznek.

Jobb felső végtag szorosan odafekszik a mellkashoz, a kéz állandóan erős palmarflexióban van. E végtag activ mozgásokra képtelen; izomzata a túloldalhoz képest tömött tapintatú, benne gyakran ismétlődő clonikus görcsök lépnek fel.

Jobb alsó végtag többnyire térdben behajlítva, a láb equinovarus helyzetben tartatik. E végtagban szintén gyakran clonikus görcsök állanak elő, melyek néha az egész testre kiterjednek. Lázas.

Sokszoros tapasztalat azt igazolta, hogy a koponyaűr bármelyik részében fejlődő daganat okozhat papillitist. A mi esetünkben is a legnagyobb valószinűséggel fel kell vennünk, hogy tumor okozta a papillitist. A tumor lehet egy vagy több tuberculum által képviselve. Ha az utóbbit vesszük fel, akkor meningitis tuberculosának kell kifejlődnie, a mely a gyermek halálát okozza. Syphilis lehetősége is forog fenn.

Lehet azonban a tumor sarcoma is, a mennyiben ezek a gyermekkorban elég gyakoriak.

A daganat *helyére* vonatkozólag véleményem a következő. Eleinte a daganat más tünetet, mint a vakságot, nem okozott; később pedig, valószinűleg a daganat növekvésével felléptek a már említett tünetek: láz, eszméletlenség, convulsiók és hűdések, melyekből azt kell következtetnünk, hogy a *bal* agyfélben van a kóros folyamat, a mely a jobboldali teljes hemiplegiát és az aphasiát okozta és pedig valószinűséggel mondhatjuk, hogy a tumor a capsula interna és az insula között székel.

Schaffer az agybántalom localisatióját illetőleg egyetért az előadóval, de annak természetére nézve a lázmenetre való tekintettel azt hiszi, hogy agytályoggal van dolgunk.

Sarbó ugyancsak agytályogra gondol, és pedig tuberculotikus eredetűnek tekinti, a mire támpontot nyujt neki a beteg jobb alkarján levő heg, a mely valószinűleg egy gümőkóros periostitikus folyamatnak maradványa.

Donáth egy régebben bemutatott esetre hivatkozik, a hol hirtelen hasonló tünetek léptek fel, mint jelen esetnél, s a hol pár nappal később halál következett be. A sectio agytályogot derített ki.

Salgó: Tekintettel a meningitisnek a gyermekkorban észlelhető gyakoriságára nem tartja kizártnak azt, hogy az egész tünetcsoport egy ilyenből származik.

Grósz nem tartja tuberculotikus eredetűnek a fenforgó agybántalmat, mert ha ez tényleg ama periostitikus folyamattal állna kapcsolatban, akkor első sorban egy meningitis tuberculosa tünetei mutatkoztak volna; ugyanazon oknál fogva nem tartja valószinűnek azt sem, hogy agytályog volna jelen, mert akkor is egy meningitis lépett volna fel, a mely hamar halálhoz vezetett volna.

Sarbó helyreigazításképen megjegyzi, hogy ő maga és valószinűleg *Schaffer* is nem meningitis basilarisra, hanem meningitis convexitatisra gondolt. A diagnosis tisztázására különben egy *Quincke*-féle punctiót ajánl.

Little-féle betegség egy typusos esete.

Grósz Gyula: A három éves gyermeknél kórelőzmény gyanánt csak annyi ismeretes, hogy néhány héttel korábban született. 6 hónapos koráig jól fejlődött, ekkor vették észre nála a fürdetés alkalmával, hogy tagjai merevek.

Magaviselete idiotikus; ok nélkül sír, nevet. Beszélni nem tud. Felső végtagjai könyökben behajlítva tartatnak, passiv mozgatásnál mérsékelt spasmus áll elő, kezeit a kéztőizületben behajlítva tartja; az ujjakban néha határozottan az athetosishoz hasonló mozgások észlelhetők. Felülni nem tud. Alsó végtagjait már fekvéskor is adducálva tartja, de főleg, ha lábai csüngenek, mikor is keresztbe állanak. A lábak equinovarus állásban vannak. Alsó végtagokban is passiv mozgatáskor erős spasmus áll elő. Ugy a térdreflex, mint az Achilles-inreflexek fokozottak.

Vizeletét és székét maga alá bocsátja.

A gyermek eléggé jól fejlett, szervi elváltozások nincsenek. A tűszúrásokat jól érzi.

Ranschburg kérdi, hogy előadó puhatolódzott-e utána, nem-e forog fenn familiaris typus.

Grósz megjegyzi, hogy e kérdésre nézve megemlitette már, miszerint az egész családban nem mutatható ki terheltség.

Paralysis spinalis spastica egy esete.

Sarbó Arthur: Az egyén atyja gutaütésben halt el; anyja 63 éves, ideges, álmatlanságban szenvedő. Nyolcz év előtt lues; nagyon sokat kent, hónapokon át. Legutoljára két év előtt voltak toroktünetei. Néhány év óta mindkét alsó végtagjában fájdalmakat érez, melyek csak mozgásnál nyilvánulnak, főleg mindkét bokaizületében középtág, egyenlő, jól reagáló és accomodáló láták. Kéztumor. Térdtünet rendkivül élénk. Clonus nincs jelen. Érzés minden qualitása rendben. A három hét után foganatosított vizsgálatnál következő panaszai vannak. Ha hosszabb ideig ülvén, felkel, merevséget érez lábaiban. Mult évben 10 higany-injectiót kapott. Lábclonus nincs jelen. Vizelés sokáigtartó, fájdalmas. Cremaster-reflex jobboldalt kevésbbé kifejezett, baloldalt nem váltható ki. Hasreflex nem váltható ki. Baloldali alsó végtagban kisfokú merevség észlelhető. Alsó lumbalis táj ütögetésre fájdalmas. Behunyt szemekkel inog. Járása spastikus. Injectiókat kap, mely után járása javul. A november 11-dikén megejtett vizsgálat eredménye: Térdtünet mindkét oldalt rendkivül fokozott. Középfokú lábclonus mindkét oldalt. Baloldali cremaster-reflex élénk, jobboldalt gyenge. Hasreflex alig váltható ki. Epigastrialis reflex rendes. Kisfokú rigiditás mindkét alsó végtagon. Járása kissé spastikus. Érzés rendben.

A no-restraint határáról.

Epstein László: Egy rövid történelmi bevezetésben nagy vonásokban vázolja az elmebetegápolásnak fejlődését *Pinel*-től *Conolly*-ig, azután birálat alá veszi a *Conolly* után életbe lépett no restraint-rendszert és azon meggyőződésének ad kifejezést, hogy a restraint tulajdonképen még ma is divik. Sok külföldi intézetben volt alkalma kényszereszközöket alkalmazásban látni. Ezen mechanikai restraint mellett általánosabban használt a vegyi restraint. Előadó szivesebben látja a zubbony észszerű alkalmazását, mint a folytonos injectiózást, bár nem irtózik a csillapító szereknek mérsékelt alkalmazásától sem, mert izgatott betegeknek nyugtalankodását összetett kezekkel nem lehet nézni. És épen az utóbbi körülménynél fogva van a no-restraintnek is határa, a melyen túl nem lehet menni, azért csak névleg nincs, de tényleg van restraint és nem más, mint restraint a fedeles fürdő, a védöv és a nedves bepakkolás. A restraintnek mérsékelt alkalmazásában előadó bajt nem is lát, ha az orvosban e szükséges garanczia is meg van arra, hogy visszaélés ne történjék.

Áttér azután az ágykezelés kérdésére és kifejti azon szempontokat, a melyek mellett az ágykezelés igénybevételét helyénvalónak találja. Véleménye szerint ágyban tartandók: 1. a tehetetlen vagy csak elgyengült betegek és 2. a tisztátalanok, továbbá therapeutikai szempontból 3. azon betegek, a kiknél psychikus vagy motorikus nyugtalanság van jelen és végül 4. a heveny bajokban szenvedők. De itt sem szabad az ágykezelést sablonszerűen használni, hanem individualizálni kell. A felsorolt négy kategorián kivül egyebütt nem tartja helyesnek az ágyban való kezelést, valamint nem tartja helyesnek, ha azt mindenképen keresztül erőszakolni akarjuk akár narcotikumok akár a bepakkolás segélyével. Sokkal könnyebben érünk sokszor czélhoz az elkülönitéssel, a mely a betegre nézve semmi tekintetben sem ártalmas. Előadó azért szembeszáll azoknak a felfogásával, a kik az elkülönitést teljesen kiküszöbölni akarják. Tényekre és statistikai adatokra hivatkozik, hogy kimutathassa, hogy az elkülönitésről végképen le nem mondhatunk, csak okvetlenül szükségesnek tartja, hogy a régi czella helyébe egy modern különszoba lépjen. Sit modus in rebus és akkor az ágykezeléstől le egészen a bepakkolásig minden szer, minden eszköz, betegeink javának fog szolgálni, főként azonban legyenek kellő számú és megfelelően berendezett intézeteink, szüntessük meg tébolydáink legnagyobb csapását, a zsúfoltságot; helyezzük el külön a rovott és nemrovott előéletű elmebetegeket, szaporitsuk és javitsuk az ápolószemélyzetet és last not least ne bízzuk az elmebetegek nagy részét laikus orvosokra, hanem jól képzett szakemberekre, és akkor a restraint a minimumra fog összezsugorodni, és nem kell elmélkedni a no-restraint határáról.

Salgó Jakab: Nem osztja teljesen az előadó által kifejtett nézeteket, mert csak saját 23 éves elmeorvosi praxisára kell hivatkoznia annak bebizonyitására, hogy a kényszereszközökre soha sincs szükség. Ő t. i. zubbonyt sohasem használt, még abban az időben sem, a mikor annak használata még napirenden volt. Nem hive az izolálásnak sem és azt teljesen mellőzhetőnek véli, a mire nézve legeklatansabb bizonyiték az, hogy az ő osztályán ½ év óta czella nem lett igénybe véve. Előadónak a csillapitószerek elleni érvelését nem tartja indokoltnak, mert ő ezen szereket valóságos gyógyitószereknek tekinti, s mint olyanokat alkalmazza.

Az ágykezelést illetőleg egyetért az előadóval, de messzebb határokra kiterjesztendőnek véli, mint ő.

Schaffer Károly: Az ágykezelésben egy praevenialis eszközt lát, a melylyel jó sikert lehet elérni, de magáévá teszi előadónak az álláspontját, a mely szerint a restraintet teljesen kizárni nem lehet; izolálás, úgyszintén mechanikai vagy vegyi kényszer akárhányszor szükséges. Ő is a kényszerkezelésnek nagyobb kiterjedését látta a külföldön. Csak irigyelheti *Salgót*, hogy ő czella és zubbony nélkül ki tud jönni.

Oláh Gusztáv is az előadó álláspontjára helyezkedik és az individualizálás szükségességét hangsúlyozza és azért, bár elismeréssel tartozik Salgónak, hogy az ágykezelést nálunk meghonosította, annak alkalmazásában még sem érthet egyet, mert azon benyomást nyerte, mintha *Salgó* túlságosan az elvnek akarna hódolni, a mikor az ágykezelést oly mérvben következetességgel eszközli.

Hogy nem tisztán therapeutikus és ápolási okokból alkalmazza az ágybankezelést, mutatja az, hogy disciplináló eszköznek is használja.

Előadó megelégedéssel és köszönettel veszi tudomásul, hogy a szakosztály érdemileg az ő álláspontját osztja.

(XV. szakülés 1897. november 17-dikén.)

Elnök: **Kétli Károly**; jegyző: **Sarbó Arthur.**

A circularis elmezavar egy esetéről, mindennap alternáló typussal.

Scheiber Sámuel: A circularis elmezavar azon elmebántalom, a melynél depressiv és izgatási phasisok közbüleső remissiókkal vagy ilyenek nélkül egymást felváltják. E betegség lefolyása szerint annak három alakját szokták megkülönböztetni: 1. *Folie à double forme*, ha a depressiv és maniacalis phasisok igy következnek egymásután: melancholia, mania, intervallum lucidum; 2. *tulajdonképeni folie circulaire*, ha a phasisok sorrendje a következő: melancholia, intervallum, mania, intervallum, melancholia stb.; 3. *folie alternante*, ha az intervallum egyáltalán hiányzik.

Ez utóbbi alak a legnehezebb.

Az egyes phasisok tartama igen különböző. A legritkábbak a folie alternante azon esetei a melyekben a két phasis naponta egymást felváltja, és ily ritka esetről szól a következő kórtörténet:

H. J. 33 éves, orvos; állítólag gyermekkorától fogva mindig egészséges volt, sem neuro-, sem psychopathice nem terhelt. Betegsége 1883-ban kezdődött egy apoplectikus rohammal, a mely őt az utczán érte; miután azelőtt nagy kedélyi izgatásokon ment át. Ennek következménye a jobb alsó végtag paresisén kivül még kedélyhangulatának és egész jellemének megváltozása volt. Egy évvel reá egy második apoplectikus roham érte, minden organikus utóbaj nélkül és a nyolczadik napon ismét praxisa után járt. Psychikai viselkedése egészen megváltozott, mert már ekkor kezdődtek nála naponta váltakozó kedélyhangulati tünetek mutatkozni, a mennyiben az egyik napon emelkedett kedélyhangulatban volt és ilyenkor sok hibát követett el; igy pl. mindenféle haszontalan bevásárlásokat csinált, a melynek helytelenségét a második napon, a mikor nyomott kedélyhangulatban volt, maga is belátta. Két évvel a második roham után egy harmadik, és egy hó mulva egy negyedik roham érte, a mely súlyosabb volt a többinél: eszméletlenség, jobboldali hemiplegia és a naponta váltakozó folie alterunante erősebb kidomborodása, salivatio. E három utóbbi kórtünet a beteg élete végeig (még hat évig) tartott. Az úgynevezett rossz napokon a beteg igen szomorú, levert, igen gyenge és álmos volt, a nélkül, hogy aludni birt volna, a beszéd nehéz, alig érthető, semmi étvágy, rossz szájiz, nehéz légzés, nem volt semmi kivánsága, nem voltak gondolatai, semmi reménye a gyógyulásra, ellenben a „jó napokon" túlságos vidám volt, szerette a zenét hallani, sőt néha tánczra is kerekedett, nagy reményei voltak a meggyógyulásra, utazási terveket csinált. Minden cyclus 24 óráig tartott, és a változás mindig éjfélkor állott be.

Salgó Jakab constatálja, hogy az azelőtt oly ritkaság számba menő circularis elmezavar manapság már a gyakran észlelhető kórképek közé tartozik. Idézi *Kraepelint*, a ki szerint a mania is egy combinált elmezavar egy phasisa.

Kétli Károly nem annyira cyclicitást lát ez esetben, mint inkább intermittálást, teljesen tertiana alakot mutat az eset; feltünő, hogy nemcsak a psychikai, hanem a somatikai tünetek is váltakozók.

Izomsorvadás hűdéses elmezavarnál.

Décsi Károly: 48 éves férfibeteget mutat be, kinél typusos hűdéses elmezavaron kivül igen kifejezett atrophia mutatható ki a jobb kéz csaknem összes izmaiban. A villamos vizsgálat csak quantitativ elváltozásokat tüntet fel.

Bizonyos, hogy a jelen esetben spinalis elváltozások vannak jelen, vita tárgyát képezheti, vajjon az izomsorvadás ezen gerinczagyi degenerativ elváltozások, vagy a betegnél lefolyó periencephalitises folyamat által van-e feltételezve? Minden esetre feltünő, hogy daczára a paralysis gyakoriságának az izomsorvadásoktól kisért esetek aránylag ritkák, szintén igen fontos érv a spinalis elmélet mellett.

Schaffer Károly szerint a kérdés szövettanilag döntendő el. Nincsen cerebralis laesio spinalis nélkül. Azt kell kutatni, van-e elváltozás a mellső szarvi sejtekben. Ez nem egyszerű dolog. Egyszerű friss apoplexiánál, a hol S.-nek sikerült egy esetben az anterolateralis sejtcsoportban megbetegedést constatálni. Chronikus esetekben nehéz a megitélés, mivel heveny sejtmegbetegedést nem találunk; az elpusztult sejteket csak numerice birjuk esetleg kimutatni, a mi azonban fáradságos és alig keresztülvihető.

Décsi megjegyzi, hogy oly esetekben, hol Py degeneratio jeleit találjuk, lehet a cortexre, mint az atrophia eredetére gondolni; az atrophia gyors fellépte is spinalis eredet ellen szól.

Sarbó Arthur nem fogadja el Décsi utóbbi nézetét; rámutat a poliomyelitisre, melynél gyorsan nagyfokú atrophia fejlődik ki. Ő is *Schaffer* álláspontján áll.

A budapesti kir. orvosegyesület stomatologikus szakosztálya.

(VII. ülés 1897. április hó 20-dikán.)

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

Napirend: **Eszmecsere az empyema antri Highmori felett.**

Berger Ferencz még pótlólag az empyema *therapiájáról* értekezik.

Bilaskó: Egy máramarosi betegének esetét irja le, ki empyema tüneteivel jelentkezett nála, vizsgálatnál kitünt, hogy a sinus maxillaris alapjának megfelelőn nagy necrotikus rész van, ennek eltávolításakor nagy mennyiségű geny ürült ki az antrumból. Műtét után betegnél (ki panaszkodott, hogy most pipálni nem tud) tamponálta a sinus-t. Betegét csak egy évre rá látta ismét, ki minden kezelés nélkül gyógyult. Szóló azt hiszi, hogy ilyen esetek minden kezelés és elzárás nélkül is gyógyulnak s az elzárást nem tartja helyesnek, annál inkább, mivel ilyen esetekben nincs frissebb felület, s igy infectiótól tartani nem lehet. Az elzárás elhagyása még azon előnynyel is járna, hogy szegény betegeknek elzáró készüléket, obturatort, beszerezni nem kellene.

Biró: Felemlíti, hogy a sinus maxillarisnak a phonatióra nézve is szerepet adnak. Az empyema dentalis eredetére nézve nincs egy véleményen *Berger* dr.-ral; esetet hoz fel, hol a gangraenás praemolaris mellett az empyema a fog kezelése előtt gyógyult. Ily esetekben legtöbben a kóros fog jelenlétét elégnek tartják, a dentalis eredet bizonyitására. Csak ott kórisméz empyemát, hol a sinus maxillaris nyákhártyája maga producálja a genyet, mert például nem lehet cystitisről szó az esetben, ha a hólyagba a geny urethritis posterior folytán jutott.

Bilaskó esetét nem tartja empyemának, de lehetett abscessus alveolaris chronicus, mely a sinus maxillarisba tört át, ennek genyes gyuladása nélkül. Bonczolásoknál gyakran lehet empyemára találni. *Zuckerkandl* 10%-ra teszi az empyemás eseteket, a mi valószinüleg túlzott, tekintve azt, hogy *Talbot, Fletscher Bonwill* csak néhány esetről tesznek említést. *Weil* (Bécs) egy assistense 65 esetet említ fel; hasonlóan nyilatkozik *Baume* is, úgy hogy azt hiszi, hogy az empyema legtöbbje nem lehet dental eredetü. Az eddig közölt esetek csak casuistikus jellegüek, minthogy az aetiologikus momentumok nincsenek kellően méltányolva, s ezért ilyen szempontból az eseteket a következőképen osztaná fel:

I. Primaer empyemák:
1. emp. traumaticum;
2. emp. idiopathicum;
3. emp. rheumaticum;
4. emp. influenza.

II. Secundaer empyemák:
a) perforatione:
1. absc. alveolar. chr.;
2. tuberculosis:
3. syphilis;
4. cysta;
b) per contiguitatem:
1. rhinitis;
2. cath. sinus frontal.

Sándor: *Weil* egy esetét hozza fel, hol kóros fog mellett autochton empyema volt jelen, mely gyógyult, s csak azután adatott át a fogorvosnak, ő is a legtöbbet nem tartja dentalis eredetünek.

Árkövy: Minthogy a napirenden levő tárgy több érdeklődést keltett, mint az előre várható volt, késztetve érzi magát szintén hozzászólni. Előtte szóló tagtárs urakkal sok tekintetben egy véleményben van. A mi *Biró* tagtárs úr aetiologikus szempontból való felosztását illeti, az elég acceptabilis is; szóló inkább a pathologiára és diagnostikára vonatkozólag akar megjegyzéseket tenni.

Mintegy 30 eset az, mi eddig részint magángyakorlatában fordult elő, részint a klinikán lett kezelve; ezekből, valamint az irodalomban közölt esetekből azon meggyőződésre jutott, hogy ezen tér még eddig rendezve nincs; mindenki foglalkozik e tárgygyal úgy, a hogy akar, s minthogy különböző kórképek egy kalap alá foglaltatnak, nem csoda, hogy a therapiára vonatkozólag oly sokféle javaslattal, de még eredménynyel is állunk szemben. Az empyema fogalma klinikailag és pathologiailag nincs kellően tisztázva, s nézete szerint ez csak akkor lesz, ha az antrum bántalmai *kórtanilag* különválasztatnak talán, vagy körülbelül úgy, a mint azt *Biró* tagtárs úr ajánlotta felosztatni. Oly eseteket, melyeknél necrosis mellett van az antrum genynyel kitöltve — igy *Bilaskó* dr. esete is — nem lehet az empyemák közé sorolni. Nézete szerint csak azon esetek tekintendők empyemának, hol az *antrum genynyel van kitöltve a nyákhártya folytonossághiánya nélkül.*

Lehetséges, hogy a catarrhus antri Highmori oly gyakori, mint azt *Zuckerkandl* mondja, ezt már a téli betegségek előadása alkalmával említette, valamint azt, hogy itt prophus-váladék is képződött, de ezeket valódi empyemának qualificálni nem lehet. Cystás esetek is fordulnak

elő, melyek beterjednek az antrumba, így a cysta dentigera, s minden más jelentékenyebb mekkoraságú (follicularis vagy akár periostalis) cysták, de ezek sem vehetők empyema antri Highmorinak.

Legtöbb zavart azon esetek hoztak létre, a hol a geny elpusztítja az antrum nyákhártyáját, s az olyan lesz, mint itt az előadó úr készítményein bemutatta, de itt a folyamat ab ovo a csontban keletkezett, mint pl. tuberculosis a tibian, ez nem tekinthető autochton eredetűnek, még akkor sem, ha geny jön létre az antrumban. A cariosus processus magától fejlődhetik azoknál, kik erre hajlamosak, de nem helyes ezt empyema antri Highmorinak nevezni, hanem ezen kórfolyamat kórisméje volna: Caries ossis maxillaris vagy antri Highmori cum empyemate.

Reményli, hogy a kóresetek helyes felfogása és felosztásával a therapia is helyesebb mederbe terelődik, s attól fog függővé tétetni, mi lesz a diagnosis. A catarrhus antri Highmori megállapított és eredményesnek mutatkozó kezelése nem lesz jó egy autochton empyemiánál, annál sikeresen használt kezelés nem lesz eredményes a cystánál. A cysta kezelése ismét más, mint egy caries által előidézett empyemáé. Még a catarrhus antri Highmori kezelése sem lehet egyöntetű, mert némely egyénnél a catarrhus állandóan megvan, másoknál meg hevenyen csak a náthával, annak nyomában áll elő. Bizonyos, hogy a cariessel bonyolult esetek, melyek évekig elhúzódnak, csak a cariosus rész eltávolításával gyógyíttatnak. A cysták therapiája befejezett dolog; a cysta gyógyulásával végleges eredményt érünk el, s így látható, miszerint minden kórképnek más-más therapeutikus intézkedés felel meg.

Csatlakozik *Bilaskó* dr. véleményéhez, hogy canule-ok alkalmazása fölösleges, minthogy itt mindig recessusok maradnak; károsnak tartja a gaze, alagcső, genyszalag stb. bevezetését, illetve bentartását; ezek büzösek lesznek s az esetet súlyosbitják.

A kezelésre nézve fontosnak tartja:

1. Ha nincs elegendő hely az extractio után, úgy bő nyilást kell készíteni.

2. Canule-t nem kell levezetni, sem más gyógyszeres kötést, hanem nyilt sebkezelést kell folytatni, legalább néhány nap után a perforatiót vagy necrotomiát követőleg.

3. A nyilást egyszerű obturatorral kell elzárni, mely a szomszéd fogakra támaszkodik s a beteg által is könnyen eltávolítható.

4. Az antrum napjában többször kifecskendezendő valamely desinficikus vagy astringenssal. Egészben véve tehát a kezelés két részre osztható:

a) csoport: A csont meg van támadva. *b)* csoport: A csont nincs megtámadva. Első csoportban csak operálás, a másodikban a gyógyszeres kezelés lesz eredményes. A gyógyszerek közül e czélra az utóbbi években alumnollal jó eredményt értek el a klinikán. Ez volna véleménye a kezelésre nézve a nélkül azonban, hogy az egyes pontokban elmondottakhoz mereven ragaszkodnék, mert a pharmakologia folyton fluctuál.

Bíró elismeri, hogy Árkövy tanár felszólalásával már is tisztázta a dolgot kórtani tekintetből; a therapiára nézve felemliti, hogy a syphilis, scrophulosis által előidézett empyemák szintén benne vannak a felosztásában.

Bemutatás: **Repedt fog gyógyulása callus-képződéssel.**

Árkövy József egy 28 éves úr baloldali I. alsó molarisának gypslenyomatát mutatja be, mely fognál a distal-faltól kezdve hosszant a basis cavi pulpaen át a mesial gyökcsatornáig repedés volt s itt dentin callus képződött, s mint világos vonal, sötét parallel szegélyvonalakkal egész határozottan látható volt. Gangr. pulpa totalis és később abscess. alv. circumscriptus lett a repedés következménye, ez utóbbi kezelve lett, gyógyult és az anyaghiányos korona aranykorona által pótoltatott.

Ez eset nevezetes azért, mert dentin callus (ebur secundarius) eddig csakis a pulpaüreg cornuai, esetleg oldalfalain észleltetett, de soha sem a basison.

PALYÁZATOK.

Az **árvai közbirtokossági uradalomnál** megüresedett **orvosi állomásra** ezennel pályázat hirdettetik.

Ezen állomással következő javadalmazás jár:

Készpénzbeli fizetés: 850 frt, hivatali pótlék: 150 frt. Ezenkivül természetben: öt szoba, konyha és kamarából álló lakás, a hozzá tartozó kerttel és gazdasági épületekkel, 12 kat. hold szántó és 0 1 kat. hold rétből álló illetményföld és végül 46 ürm. kemény és 91 ürm. lágy tűzihasábfa.

Az uradalmi orvos kötelessége az árvai uradalomnál alkalmazottakat díjt alanul gyógykezelni s ezenkivül Árva-Váraljan a községi orvosi teendőket is végezni. Hivatalos kiküldetések alkalmával utazási költségei és 6 frt napidij az uradalmi pénztárból visszatéritteinek.

Ezen állomásra oly feddhetlen jellemű fiatal orvosok pályázhatnak, kik orvostudori oklevéllel birnak s hiteles bizonyitványnyal igazolni tudják, hogy mint orvosok legalább három évig önállóan működtek. A kinevezendő egyén a megüresedett állomást legkésőbb folyó évi október hó 1-éig tartozik elfoglalni.

A szükséges bizonyitványokkal és anyakönyvi kivonattal kellően felszerelt folyamodványok **folyó évi augusztus hó 1-éig** az alulirott igazgatósághoz intézendők.

Árva-Váralja, 1898. junius hó 30-dikán.

3—3 *Az uradalmi igazgatóság.*

2821/1898. kig. sz.

Krassó-Szörény vármegye bogsáni járásában rendszeresitett **valeapáji körorvosi állásra** ezennel pályázat hirdettetik.

A kör 10 községből áll, székhelye Valeapáj s az állás évi 1000 frt fizetés és 300 frt úti átalánynyal van javadalmazva.

A választás határnapja folyó évi julius hó 28-dikának délelőtti 10 órájára Valeapáj községházában tűzetik ki.

A pályázni óhajtók a megkivántató okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket a magyar, német és román nyelvbeni jártasság kimutatása mellett alulirott főszolgabiróhoz **folyó évi julius hó 26-dikáig** annál bizonyosabban adják be, mivel a később érkező folyamodások figyelembe nem vétetnek.

Német-Bogsán, 1898. évi julius hó 5-dikén.

3—3 *A bogsáni járás főszolgabirája.*

4048/1898.

Békésvármegyéhez tartozó **Öcsöd** nagyközségben a **második községi orvosi állás** lemondás folytán üresedésbe jövén, annak betöltése czéljából pályázat hirdettetik s felhivatnak a pályázni kivánók, hogy kellően felszerelt folyamodványaikat **folyó évi julius hó 27-dik** napjáig adják be. A választás folyó évi julius hó 28-dikán délután 4 órakor fog Öcsöd községházánál megtartatni.

Az állás 550 frt évi készpénzfizetéssel s a magángyakorlat után a felektől a szabályrendeletileg megállapitott látogatási dijak szedhetési jogával van javadalmazva. Ezen fizetést a község képviselőtestület folyó évi junius 12-dikén 110-dik szám alatt kelt határozatával Békésvármegye törvényhatóságának még kikérendő jóváhagyása reményében 550 frt évi készpénzfizetés és 150 frt évi lakbérilletményre emelte, valamint emelte a látogatási dijakat is akként, hogy a látogatási dij éjjel az orvos lakásán 40 kr., a beteg lakásán pedig, de a község belterületén 50 kr. legyen.

Szarvas, 1898. évi julius hó 1-én.

3—3 *A szarvasi járás főszolgabirája.*

276/1898. ig. főorv. szám.

A **szegzárdi Ferencz-közkórház** tébolydai és belgyógyászati osztályán **egy-egy alorvosi állás** megürülvén, ezekre ezennel pályázat hirdettetik.

Mindkét alorvos három évre neveztetik ki, javadalmazásuk 500 frt fizetés, szabad lakás, fütés, világitás és élelmezés. Az állásokra csak nőtlen orvosok, esetleg orvosszigorlók pályázhatnak.

Az okmányokkal felszerelt folyamodványok gróf Széchenyi Sándor v. b. t. t. főispán úr ő nagyméltóságához intézendők s a szegzárdi Ferencz-közkórház igazgatóságánál f. évi augusztus hó 5-dikéig nyujtandók be.

Szegzárd, 1898. évi julius hó 18-dikán.

2—1 *A szegzárdi Ferencz-közkórház igazgatósága.*

1950/1898. szám.

A nagyméltóságú m. kir. belügyminister úr 72,386/98. sz. a. kelt magas rendelete alapján a vezetésem alatt álló **m. kir. állami elmegyógyintézetben** üresedésben levő 500 frt fizetéssel, az intézetben szabad lakás, vagy ennek hiányában 150 frt lakpénzzel, szabad fütés, szabad világitással és I. oszt. élelmezéssel egybekötött **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Felhivatnak ennélfogva pályázni szándékozók, miszerint az 1893. évi I. t.-cz. 9. §-ban előirt képzettségüket, továbbá életkorukat, erkölcsi magaviseletüket, egészségi állapotukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket, még pedig a nem állami szolgálatban állók az illetékes főispán útján, az állami szolgálatban levők pedig felettes hatóságuk útján, jelen hirdetménynek a hivatalos lapban harmadszor való megjelenésétől számitott 6 hét alatt, vagyis f. évi augusztus hó 27-dikéig alulirott igazgató főorvoshoz nyujtsák be, a később érkezett vagy nem ezen hirdetményben megjelölt úton s kellő felszerelés nélküli kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

Nagy-Kálló, 1898. évi julius hóban.

1—1 *Dr. Borosnyói L. Béla*, igazgató főorvos.

20,356/898. szám.

A törvényhatóság tulajdonát képező s f. évi október hó 1-én megnyiló, 12 ágygyal felszerelt **erdődi magánkórház vezető orvosi állására**, mely egyelőre 200 (kettő száz) o. é. forint fizetés, három szoba, előszobából álló lakas, fütés és világitás élvezésével van egybekötve.

Ezennel pályázatot nyitok azzal, hogy az ezen állásra pályázó orvos a jelenleg üresedésben levő, s az erdődi főszolgabiró által hirdetett s 400 frt évi fizetéssel rendszeresitett erdődi körorvosi állást is elnyerheti.

A körorvosi állásra pályázók kérvényeiket f. hó 25-dikéig az erdődi főszolgabiróhoz, a kórházorvosi állásra pályázók kérvényeiket f. évi augusztus hó 10-dikéig alulirotthoz terjeszthetik be.

Nagy-Károly, 1898. évi julius hó 15-dikén.

Alispán helyett:

1—1 *Ilosvay*, vm. főjegyző.

Az Engel Adolf és fiai pécsi czégnek tulajdonát képező **komlói kőszénbányaműnél** a társpénztári **bányaműorvosi állás** betöltendő.

Ezen állás évi javadalmazása 800 frt fix fizetés, természetbeni lakás, fütés és világitás.

Pályázótól a gyakorló orvosi minősitésen kivül megkivántatik, hogy magyar honos legyen és a magyar és német nyelvet tökéletesen birja. Azon pályázó, a ki valamely egészségügyi közintézetnél s különösen a sebészet terén már huzamosb ideig működött, előnyben részesül.

A bányaműorvos a bányamű szolgálatában álló összesen mintegy 500—600 alkalmazott és munkást s azok családtagjait tartozik ingyen gyógykezelni, s orvosi ténykedésében a bányamű szolgálatában levő egészségügyi felügyelőnek (orvostudornak) ellenőrzése alatt áll. Az állás szolgálati szerződés alapján töltetik be s lehetőleg október hó 1-jéig elfoglalandó.

Kellően felszerelt pályázatok f. évi augusztus hó 20-dikáig „Kőszénbányagondnokság Komló (Baranyamegye)“ czimre küldendők.

Bővebb felvilágositást készséggel ád

Komló, 1898. évi julius hó 18-dikán

3—1 *Jex Simon*, főmérnök, társpénztári elnök.

Melléklet az „Orvosi Hetilap“ 30. számához. 3. szám. Budapest, 1898. évi julius 24.

SZEMÉSZET.

Szerkeszti SCHULEK VILMOS egyet. tanár.

KIR. MAGYAR TUD. EGYETEMI II. SEBÉSZETI KLINIKUM

TARTALOM. *Schwitzer Hugó:* A szürke hályog keletkezéséről. — *Leitner Vilmos* dr.: Az öröklött látóidegsorvadásról újabb esetek alapján. — *Leitner Vilmos* dr.: Klinikai közlések. I. Atrophia nervi optici sclerosis polyinsularis kiséretében. II. Idült ólommérgezés következtében keletkező látóidegbetegség. — *Könyvismertetés.* — *Irodalom-szemle.* — *Vegyesek.*

A szürke hályog keletkezéséről.[1]

Irta: *Schwitzer Hugó* szigorló orvos.

A lencsében előforduló pathologikus folyamatok közül úgy gyakoriságánál, mint pedig azon következményeknél fogva, melyekkel fellépése a látásra nézve járni szokott, első helyet foglal el a szürke hályog, a cataracta. Lényege azon folyamatnak, melyet e névvel jelzünk: partialisan vagy az egész lencsére kiterjedőleg az intracapsularis hám proliferatiója, a lencserostok egymásközti fellazulása, duzzadása és molecularis zavara, a rostok chemiai decompositiója, fellágyulása és végül zsugora. Következménye, hogy a pupilla síkjában képződött szürkés-fehér tömeg egészben vagy legnagyobb részében a látást megakadályozza. Ezen kóros állapottól lényegesen megkülönböztetendő a lencserostok physiologikus sclerosisa, mely minden lencsében már kora ifjúságban a legbelső rostokban fel szokott lépni és innen lassan tovább terjedve (ha időközben az egyén el nem hal), a lencse egész kéregállományára is terjedhet és előáll azon állapot, melyet „cataracta nigra“-nak nevezünk:

Aetiologiájukat illetőleg a cataracták két főcsoportra oszthatók:

1. Azon cataracták, melyeknél sem a testben általánosan, sem a szemben lokalisan oly megbetegedést, mely nekünk a cataracta keletkezésére nézve támpontot nyujtana, nem találunk.

2. Azon cataracták, melyek vagy valamely testi bántalomnak, vagy a szem valamely megbetegedésének folyományai. Az első csoportba tartozók a primaer cataracták, a másodikba tartozók a secundaer vagy consecutiv cataracták.

Minden consecutiv hályog egyszersmind complicált is, a mennyiben a bántalom oka complicálja a hályogot. Ezen consecutiv hályogokat a legkülönfélébb bántalmak idézik elő, melyek nagyobbrészt a lencsét a benne létrehozott táplálkozási zavarok folytán afficiálják. A lencsének ugyanis sem véredényei, sem idegei nincsenek és csak egy alkatnélküli hártya, a Zonula Zinnii rögzíti helyébe; mellől és hátul két különböző anyagtól van körülvéve, melyek consistenciájuk és chemiai összetételükre nézve a lencsétől különböznek. A lencse tápláló anyagát részben a csarnokvíztől, részben az üvegtesttől nyeri; valószínűnek kell mondani azt is, hogy az intracapsularis sejtek a humor aquaeusnak tápláló nedvvé való átalakulásában fontos szerepet játszanak.[2]

Mivel azonban sem a csarnokvíz, sem az üvegtest véredényekkel nem birnak (ezek az uvealis tractus részéről táplálkoznak), a lencse aránylag távol fekszik az őt tápláló véredényektől és így a tápanyagok, melyek a vérben foglaltatnak (ép úgy mint a pathologikus anyagok) csak későn jutnak a lencsébe. Ezt állatokon kisérletileg is bebizonyították. Így állatoknál, melyeknek lithium-carbonatot fecskendeztek bőrük alá, a lithiumot néhány percz mulva az összes testrészekben ki lehetett mutatni, a lencsében azonban csak egy fél óra mulva. Hályogosoknál, kikkel húsz gramm lithium vizbeni oldatát megitattak és utólag operáltak, a lithium a lencse minden részében csak akkor volt kimutatható, ha a lencse extractiója a lithium felvétele után $2^1/_2$—3 óra mulva lett eszközölve. Négy nap mulva a lithium a lencse minden részében még kimutatható volt; öt nap mulva a lithium lassan kezdett tünni és hét nap mulva az extrahált lencse a lithium nyomait alig tartalmazta.[1]

A lencse táplálkozási módjának megismerése annál fontosabb, mert nemcsak a secundaer cataracta igen sok esetében a lencse rossz tápláltsága oka a homályosodásnak, hanem a primaer cataractánál is felveszik sokan, hogy a lencse táplálkozási zavara okozná.

Ha már most a lencse táplálékát az üvegtestből és csarnokvízből nyeri, akkor eme táplálkozásnak szenvednie kell mindig, valahányszor az említett folyadékok kóros alkatrészeket tartalmaznak; már pedig mint minden átlátszó közegben, úgy a lencsében is a táplálkozási zavar az illető közeg homályosodásában fog nyilvánulni.

A szem folyékony közegeinek összetétele kétféle módon lehet abnormis:

Vagy az egész szervezetben keringő vér abnormis és ezen abnormis vér természetesen a szem folyékony közegeire is gyakorol befolyást, vagy pedig a circulationalis, illetve transsudacionalis viszonyok magában a szemben eltérnek a rendestől és így jön létre a szem folyékony közegeinek változása. Az első esetben megbetegszik mindkét lencse egyszerre, vagy rövidesen egymásután, a második esetben a cataracta képződése egyik szemre szorítkozik.

Ezeknek előrebocsátása után foglalkozzunk a secundaer cataracta egyes alakjaival.

Ilyenek a következők:

1. *Cataracta diabetica*, melynél egyrészt a lencsét körülvevő és táplálkozását eszközlő közegek kóros összetételűek, másrészt a lencsének a diabetessel együtt járó nagyfokú nedvvesztesége szintén oka a táplálkozási zavarnak.

2. *Rachitis*-sel járó cataracta (főleg cataracta perinuclearis) a szervezetben fellépő általános táplálkozási zavarnak következménye.

3. *Nephritis*, ascites esetén fellépő cataracta, mikor az alapbántalom folytán az egész szervezetben keringő vér kóros; másfelől ilyenkor a lencsében a folyadék túlsok, a mi szintén indító ok cataracta képzésére.

4. A szorosabb értelemben vett *complicált cataracták*; ezek a lencsének oly elhomályosodásai, melyek a szemben fellépő egyéb betegségek által vannak feltételezve.

Ilyen betegségek lehetnek cornealis genyedések, iritis, iridocyclitis, hátsó synaechiákra vezető folyamatok általában; továbbá nagyfokú myopia, ablatio retinae, glaucoma absolutum, cysticercus és tumorok. Mindezen szembetegségek esetén nagyobb vagy kisebb mértékben abnormis circulationalis viszonyok jönnek létre, így egyes területei az érhártyának vagy ideghártyának kizáródnak a keringésből, avagy pedig új keringési pályák keletkeznek (pl. tumorokban). Természetes, hogy ilyenkor a szem egyes közegeinek táplálkozása egészen más, rendestől eltérő viszonyok közé kerül. Hogy ilyen esetekben a cataracta képződésére vezető tényezők localisak voltak, a mellett szól az is, hogy a cataracta a különben is megbetegedett szemre szorítkozik és csak akkor terjed át a másik szemre is, ha ez vagy analog módon, vagy sympatikusan szintén megbetegszik. Az ilyen complicált cataracta gyorsan szokott fejlődni és rendesen cataracta totalissá lesz.

[1] A budapesti kir. magy. tudomány-egyetem f. é. május hó 13-dikán tartott ünnepén a Pasquich-féle alapból jutalmazott pályamunka. A magy. tud. Akadémia III. osztályának 1898. jun. 20-ikán tartott ülésén bemutatta Schulek Vilmos tanár.

[2] Becker: Pathologie u. Therapie des Linsensystems (Graefe-Saemisch. Handbuch der gesammten Augenheilkunde V.).

[1] Zehender: „Handbuch der gesammten Augenheilkunde“. Stuttgart 1876.

Külön kell megemlékeznünk a chorioiditis (különösen irido-chorioiditis) és retinitis pigmentosahoz csatlakozó complicált cataractákról. Az említett betegségeknél az ér- és idegliártya véredény rendszere kiterjedten van megbetegedve és így az utánuk fellépő cataracta, mint secundaer cataracta szerepel.

5. Érdekes példája a lencse elhomályosodásának az, mikor a szervezet tápláló nedveinek megváltozott összetétele bizonyos *mérgező anyagok* bekebelezése folytán okozza a hályogot. Ilyen a *naphtalin* cataracta, mely akkor létesül, ha például házinyúllal naphtalint etetünk. Ilyenkor először retinitis, üvegtesti homályok és később cataracta fejlődik. Egyéb mérgeknek a szervezetbe jutása után szintén fejlődik cataracta.

6. Azt is észlelték, hogy cataracta különösen *görcsökkel járó betegségek* — gyermekeknél ecclampsia, meningitis, felnőtteknél epilepsia, hysteria, tetanus — után szokott fellépni. Így különösen gyermekeknél tapasztalták, hogy az ezeknél oly gyakori és rendesen rachitis kiséretében fellépő cataracta perinuclearis esetén görcsökben is szenvedett a gyermek az esetek igen nagy részében.

Arlt ezen cataractát úgy gondolta keletkezettnek, hogy az erős megrázkódtatás, minek a szem ilyen görcsroham alatt ki van téve, a lencserostok kölcsönös fekvésében kisfokú helyzetváltozást létesít és pedig a lencse azon részében, hol a tömöttebb mag érintkezik a puhább kéregállománynyal.

Becker szerint a convulsiós görcsök ép úgy mint a trauma a lencsetokhoz legközelebb fekvő kéregrostokban táplálkozási zavart idéznek elő és így megfelelő részekben zavarodást okoznak.

Hasner különösen a rachitisre és a rachitikus fogakra fekteti a fősúlyt, görcsöknek fellépése nem feltétlenül szükséges cat. perinuclearis képzéséhez. Ugyanazon táplálkozási zavar, mely ilyenkor a fogképzésnél szerepel érvényesül a szemen is és okozza lencserostok tökéletlen, homályos képződését. Innen van az, hogy a cat. perinuclearis igen sokszor congenital avagy az első életévekben képződik.

7. Igen gyakori és keletkezési módját illetőleg igen könnyen érthető a *cataracta traumatica*.

Direct trauma (contusio bulbi) a szemnek megnyomása, megütése eredményezi. Következménye, hogy vagy a lencse függesztő készüléke szakad meg, vagy a lencse tokja hasad be, vagy mind a kettő is megtörténhetik. A tok laesiója különösen az aequatorialis tájon szokott végbemenni, a zavarodás is itt szokott először fellépni. A lencsetok megszakadásával és a csarnokvíz illetve üvegtestnek a lencsébe való benyomulásával kezdődik azután az a folyamat, mely többnyire a lencse egész elhomályosodására vezet.

Tudjuk azonban, hogy nemcsak a direct trauma, hanem a szemnek mechanikus megrázkódtatása a nélkül, hogy akár a zonula, akár a tok bántalmazva lenne szintén hályogot eredményezhet, másfelől, hogy traumatikus behatások, melyek a lencsét ugyan nem, de a szomszédos részeket sértették, a rövidebb-hosszabb idő mulva beálló táplálkozási zavar folytán szintén eredményeznek hályogot.

Indirecte a szem megrázkódtatása folytán láttak cataractát fejlődni villámcsapástól (mikor a villám az egyén előtt csapott le).

A szemklinikai kórtörténetekben szintén akadtam több esetre, mikor a betegek a hályog keletkezését villámnak a házba történt becsapása után vették észre.

8. Secundaer hályog szokott végül fellépni olyanoknál, kik *nagy tűznél* dolgoznak, pl. üveghutákban dolgozóknál. Ezt a tényt először Arlt közölte és különösen Wieden tette tanulmány tárgyává. Wieden arra az eredményre jutott, hogy a cataractáknak egész nagy perczentje keletkezik így. Itt természetesen az a kérdés, hogy vajjon a fény vagy a hősugarak okozzák-e a lencsehomályokat. Arlt és Wieden a hősugarakat voltak hajlandók okolni, ellenben Widmark szerint a fény okozza ily esetben a hályogot. Mindenesetre tekintetbe veendő ilyen cataracta aetiologikus momentumainak elbirálásánál, hogy a hősugarak alig férhetnek a lencséhez; ezek inkább a corneán okoznának elváltozást, mely utóbbi azonban jól tűri a meleget és elvezeti a hősugarakat a lencsétől.

Hőhatásról alig lehet tehát szó.

A *primaer cataracta*, melynek keletkezési módjára nézve eddig teljesen kielégítő magyarázat nincs, a leggyakrabban előforduló és prototypja a cataracta senilis. Ezen cataracta képződése lényegileg abban tér el más cataracta-alakoktól, hogy a lencse zavarossága csak a kéregállományra terjed és pedig az esetek túlnyomó részében a lencse aequatorialis tájáról kezdődőleg.

A senilis hályog lassan, szinte észrevétlenül kezdődik; más bántalmat, mely nekünk a betegség keletkezésére nézve felvilágosításul szolgálna, sem a szemben, sem a szervezet többi részében nem találunk.

Ha a beteget ez irányban kikérdezzük, alig jutunk értékesíthető adat birtokába. A betegek legnagyobb része azt vallja, hogy a baj lassan fejlődött; sokan csak akkor jutnak bajuk tudomására, mikor véletlenül egyik szemüket befogva, a másikkal alig, vagy semmit sem látnak. Más esetekben azt halljuk, hogy mások figyelmeztették a beteget, hogy pupillájában valami fehérség látszik és most már jobban megfigyelve, azt észlelte, hogy e szemén gyengébben lát. Vannak betegek, kik meghűléstől, kiállott infectiosus betegségektől (typhus, pneumonia, orbáncz stb.), nők sokszor szüléstől származtatják a hályogot. Hallunk olyan panaszt is, hogy sok sírástól, lámpafény melletti dolgozástól származik a rossz látás. Mindezek azonban egyben megegyeznek és ez az, hogy jelenlegi bajuk fellépése előtt úgy közelre, mint távolra jól láttak. Földmívelőknél sokszor halljuk, hogy a látás gyengülése főkép nyáron, aratás alatt haladt előre rohamosan. Azon anamnaestikus adatokból tehát, melyeket nekünk a betegek szolgáltatnak, csak keveset használhatunk fel a hályog aetiologiájának magyarázásánál.

A cataracta senilis neve nem egészen felel meg ezen megbetegedés lényegének, mert hiszen nemcsak öreg embereknél fordul elő, hanem olyanoknál is, kik aránylag fiatalok. A mint a budapesti egyetemi szemklinika beteganyagára vonatkozó statistikai adatok mutatják, a cataracta senilis a 60. és 70-dik életév közt fordul elő leggyakrabban, utána az 50—60-dik életév, majd a 71—80-dik életév következik és végül a 40—50-dik életévek.

Az sem állítható, hogy korán beállott marasmus volna a cataracta oka, a mennyiben igen életerős és máskülönben teljesen egészséges egyéneknél igen gyakori.

Ezeket tekintetbe véve, mondhatjuk hogy a cataracta nem az előrehaladott életkor természetes folyománya, nem a lencse senilis involutiója és úgy nem tekinthető az öregkor physiologikus attributumának (mint pl. a megőszülés), hanem egy olyan pathologikus állapot, melynek indító oka magában a szemben keresendő. Eme állítás azért is jogos, mert ha fel is tennők, hogy az öregkori hályog nem betegség, hanem szükséges következménye az öregkornak, akkor még mindig nyilt kérdés, hogy miért nem fejlődik ki a senilis cataracta minden öreg embernél, miért hogy némely ember ötven éves korában hályogos lesz, másnak pedig nyolczvan éves korában még tiszta a lencséje?

Azt a speciális pathologikus okot, mely a cataracta senilis fellépését megindítja, az egyes szerzők különféle körülményekben keresték és így több theoria keletkezett, melyek közül azonban egyik sem általánosan elfogadott:

Becker szerint, hogy ha a lencse legbelül fekvő rostjainak sclerosisa nem állandóan és egyenletesen történik, akkor zavarja a lencse táplálkozását és ez által a maghoz legközelebb fekvő rostoknak meglazulását idézi elő. A rostok meglazulásának Becker szerint mechanikus oka is van. A mint ugyanis a mag zsugorodik, húzást gyakorol a periferice fekvő kéregrostokra. Eme húzásnak a mellső és hátsó polusban fekvő rostok engedni képesek, mivel fixálva alig vannak. A lencse aequatorában azonban, hol a zonula a tokot kifelé rögziti, akadályozva vannak a rostok abban, hogy befelé közeledhessenek.

Ezeknek következménye, hogy az ezen tájon fekvő lencserostok egymás közt meglazulnak és így valóságos zavarodás és molecularis szétesés következik be e tájon.

Becker ezen theoriája nem mondható kielégítőnek, mert a mit Becker a cataracta okául hoz fel (nevezetesen a lencsemagnak képződésében beálló zavart), az már magában véve pathologikus tünet, elseje azon jelenségeknek, melyek végeredményben cataracta senilisre vezetnek.

Másfelől Becker azt a kérdést is felveti, hogy vajjon a lencse szerkezetében meglevő abnormitások nem-e alkalmi okok arra, hogy hályog keletkezzék. Ilyen abnormitásnak a lencse structurájában tekintette Becker azon orsó alakú réseket, melyek a lencserostok közt szoktak lenni és melyeket Becker egészséges emberi és állati lencsékben is talált.

Mivel ezen rések folytán a lencserostok kevésbbé szoros összefüggésben vannak, Becker azt tételezi fel, hogy ezen praeformált űrök akkor, midőn a sclerosis hozzájuk eljut, a lencserostok szétválását okoznák és így közvetlen okai a lencsében beálló táplálkozási zavarnak.

Egy másik eltérést is említ Becker a lencse structurában.[1] Egy négy éves fiú lencséjében Becker az aránylag nagy mag s a rendes kéregállomány közt, egy széles rétegben elhelyezett, rendetlen alakú lencserostokat talált nagy magvakkal.

Becker azt hiszi, hogy ily egyenlőtlenségek a lencse kifejlődésében, ha több rétegre terjednek, okai lehetnek, hogy a központból kiinduló sclerosis egyenletes menete fennakad. Mindezek után azonban Becker megjegyzi, hogy ő nem tekinti ezek folytán bebizonyítottnak, hogy a lencse szerkezetében levő anatomiai eltérések okai a cataracta senilisnek; ő csak arra akart utalni, hogy a lencse e megbetegedésének esetleg anatomiai alapja van.

Schön Vilmos lipcsei tanár, a cataracta okát a folytonos alkalmazkodásban és az ezzel járó lencseváltozásokban keresi.

A lencsének configuratiójában történő folytonos átalakulások volnának tehát inditói a cataracta képződésének.

Schön a dolgot így magyarázza: A zonula Zinni rostjainak állandó vongálása az alkalmazkodásnál izgatja az intra capsularis sejteket, minek következtében ez utóbbiak burjánoznak és egy „aequatorialis capsulitis"-hez vezetnek. Ennek következménye, hogy a tokban az aequatorialis tájnak megfelelőleg szürkés-fehér, élesen körülirt, finom pontok és vesszők támadnak, melyek első jelei egy kezdődő aequatorialis cataractának. Ezek a pontok és vesszők idővel összefolynak (ú. n. lovagokat képeznek). Az intracapsularis sejtburjánzásnak eredménye, hogy a tok az egész aequator mentén leemelődik a lencséről és ilyen stadiumában a hályognak találjuk: belül a zsugorodott magot, a mag körül az átlátszó corticalist és legkivül a lovagkoszorút; e mellett a tok le van emelve a lencséről.

Tehát Schön szerint a cataracta kezdetét jelző homályok az aequatoron következményei az accomodatio folytán beálló intracapsularis sejtburjánzásnak, míg Becker ezeket a lencsemag zsugorodásával hozza összefüggésbe. Becker tehát a fősúlyt a lencsemagra fekteti; Schön ellenben a magképzést csak másodlagosnak tekinti, míg az elsődleges folyamat az aequatorialis homályképződés. Theoriájának igazolására Schön statistikai adatokat is szolgáltat, melyek szerint 377 cataractás szemben csak aequatorialis homályt észlelt magsclerosis nélkül.

A Schön-féle theoriának azonban ellene szól az a tény, hogy cataractát túlnyomólag földmivelőknél találunk, tehát olyanoknál, a kik az accomodatiójukat igen kis mértékben veszik igénybe.

A cataracta senilis keletkezésének más magyarázatát adja a Michel-féle theoria.

Michel szerint az arteriosclerosis tekintendő a legfontosabb pathologikus momentumnak a cataracta senilis keletkezésénél.[2]

Theoriájának magyarázata a következő: Ha a hályogos egyéneket azon szempontból vizsgáljuk, megvannak-e náluk az arteriosclerosis ismert tünetei, nevezetesen pedig, ha a carotist, mint a szemhez legközelebb fekvő véredényt, mely direct vizsgálatnak, a tapintásnak is hozzáférhető, megvizsgáljuk, akkor igen sokszor észleljük a carotis communis falának megvastagodását, kemény voltát és egyenetlenségét; soványabb egyéneknél a felületesebb véredények kacskaringós voltát. Olyanoknál, kiknél csak egyoldali cataracta van jelen, a megfelelő oldali carotisfalban találjuk az elváltozásokat; ha mindkét szem hályogos, mindkét oldali carotis van megbetegedve, még pedig azon oldali carotis erősebben, a mely oldalon a cataracta előrehaladottabb stadiumban van. Lehetséges az is, hogy az arteriosclerosis csak a carotis communisra terjed ki, de lehetséges, hogy az egész edényrendszer van megbetegedve. Hogy az arteriosclerosis mikép okoz cataractát, erre nézve Michel következőket mondja: a mint az arteriosclerosis kiséretében a beteg edény által ellátott területen úgy qualitative, mint quantitative, a szövetekben táplálkozási zavarok állnak be, úgy tekintve azon kapcsot, mely a carotis áramterülete és a szem közt van, feltehető, hogy a carotisban fellépő zavar kihatással lesz a szemre és főleg a lencsére. Közel fekszik az a lehetőség is, hogy a carotis communis atheromatosisa átterjed a carotis internára, sőt az arteria ophtalmicára is. A véredények ilyen elváltozása és az ez által létrehozott circulationalis zavarok okozzák a tápnedv chemiai megváltozását és ezen kóros tápnedv követve a normalis tápnedv irányát, a lencsében először az aequatort fogja érni.

A tápnedv chemiai változása abban nyilvánul, hogy nem tartalmazza a rendesnek megfelelő mennyiségben az organikus alkatrészeket.

Hogy a carotis circulatiójában beálló más zavarok (pl. a carotisnak struma általi nyomása) hasonló zavarokat hoznak létre, magától értetődik.

Végül hozzáteszi Michel még, hogy operált cataractás betegei közül többen voltak, kik utólag az agy véredényeinek arteriosclerosisa folytán apoplexiát szenvedtek.

Michel ezen fejtegetéseivel szemben azt lehet felhozni, hogy atheromatosis, úgy szólván, minden öreg embernél kisebb-nagyobb mértékben fordul elő, a miből annak kellene következnie, hogy legalább az öreg emberek legnagyobb része legyen hályogos. Másfelől cataracta fiatalabb egyéneknél is gyakran fordul elő, a mikor pedig atheromatosis (ha csak nem syphilitikus alapon) vajmi ritka.

A cataracta senilis aetiologiájában fontos szerepet tulajdonitanak a napfény befolyásának a szem mellső közegeire.

Ismeretes, hogy *Grósz Frigyes* dr. könyvében[1] tárgyalván az alföld lakóinál oly gyakran fellépő öregkori hályog okát, fontos szerepet tulajdonított a napsugaraknak.

Grósz az aetiologikus momentumokat részletezve következőket mondja: A parasztnépnél oly gyakran előforduló senilis cataracta okai:

1. A nyári hónapokban az alföldön oly általánosan elterjedt malaria. Statistikai adatokkal mutatja ki, hogy az általa, intézetében operált betegek háromnegyed része megvakulása előtt igen vehemens intermittens lázban szenvedett. A malaria, mely főleg a nyári hónapokban dühöng, a nehéz mezei munkával elfoglalt népet annyira kimeríti, hogy a legkülönfélébb consecutiv bántalmak (főleg hályog) szoktak nála fellépni.

2. Az alföldi nép életmódja, főleg az, hogy a földmivelő nyáron az egész napot künn a szabadban tölti és így szeme folytonosan ki van téve a nap perzselő sugarainak.

3. A parasztnép czélszerűtlen öltözködése (főleg kalapja), mely szemét a napsugarak elől sehogy sem védi meg.

4. A parasztnép egyéb foglalatossága és különösen az, hogy ha sokat jár kocsin az alföld egyenetlen, rossz útjain, az egész teste folytonosan nagy rázkódtatásnak van kitéve.

5. A folytonos távolba nézés és a nagy távolban levő tárgyak fixálása, miközben szeme szintén sokat szenved a földről reflectált napsugarak részéről.

[1] Becker: Pathologie und Therapie des Linsensystems. (Graefe-Saemisch, V. kötet.)

[2] Clemens Bömmel: Beiträge zur Aetiologie der Cat. senilis. Inaugural-Dissertation. Würzburg, 1886.

L. Nickelsburg: Beiträge zur Aetiologie der Cataracta senilis. Inaugural-Dissertation. Berlin, 1892.

[1] Dr. Friedrich Grósz: Die Augenkrankheiten der grossen Ebenen Ungarns. Nagy-Várad, 1857.

A földmívelő népnél Grósz szerint férfiak és nők egyaránt szenvednek hályogban, a mit annak tulajdonít, hogy a nők épen úgy résztvesznek a mezei munkában, mint a férfiak. Ezt statistikai adatokkal is bizonyitja, a mikor kimutatja, hogy az ő betegállományában a nők és férfiak viszonya: 1 : 1·2, míg pl. Arlt és Jäger statistikájában 1 : 1·5; továbbá Arltnak prágai statistikájában 882 esetben 138 földmivelője volt, neki (Grósznak) 520 eset közül 347. Ezt az arányt is a nálunk sokkal erősebben tüzelő napsugaraknak tulajdonítja. Végül annak az illustrálására, hogy tényleg a földmivelő munka okozza a hályogot, Grósz azt is felhozza, hogy operált betegei közt katholikus pap nem fordult elő, míg református kilencz volt, a minek oka az, hogy a református lelkész, vagyoni helyzeténél fogva, kénytelen maga is földje megmunkálásában részt venni, a katholikus ellenben nem.

(Folytatása következik.)

Az öröklött látóidegsorvadásról újabb esetek alapján.

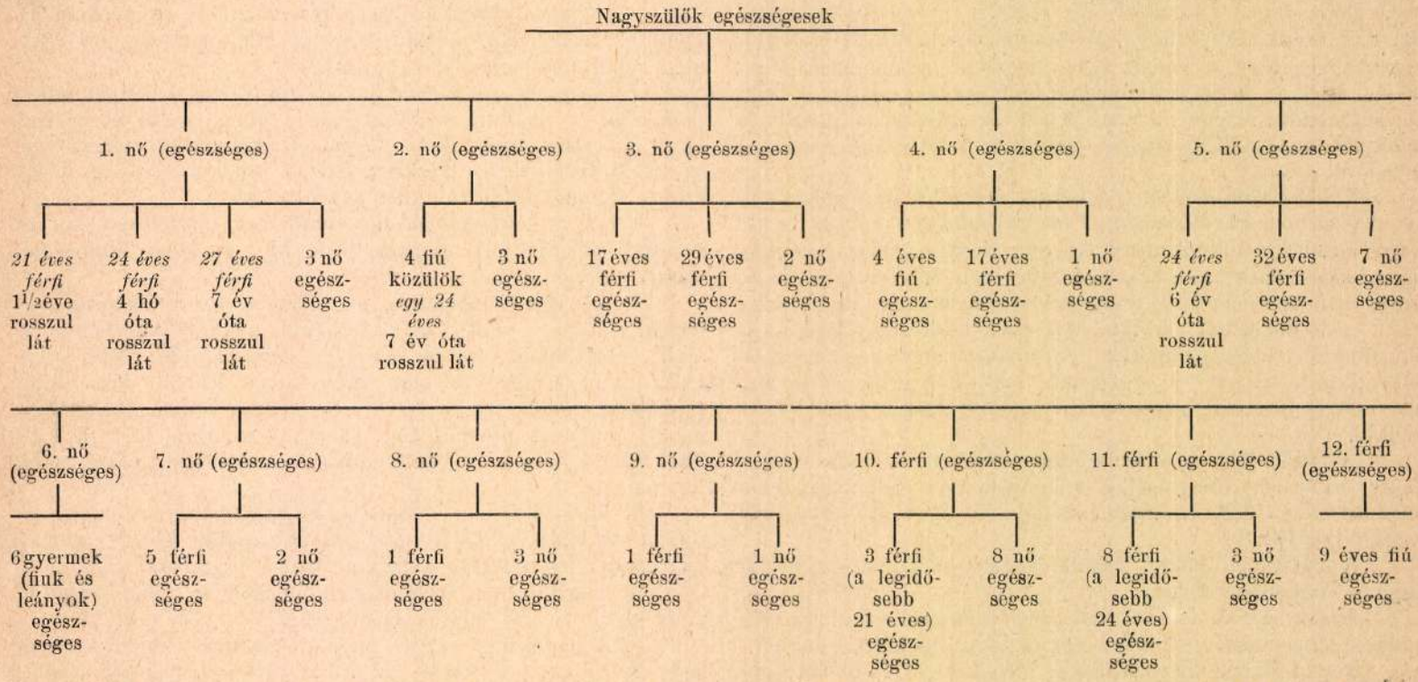
Irta *Leitner Vilmos* dr., szemklinikai gyakornok.

A „Szemészet“ 1897. évi 3—4. számában megjelent hasonló tárgyú közleményem kiegészitésekép óhajtok 8 újabb esetről referálni, melyeket azóta a budapesti egyetemi szemklinikán észleltünk.

I. G. I. 24 éves férfi előadja, hogy 4 hó előtt mindkét szemének látása hirtelen megrosszabbodott s azóta is, de kisebb mértékben romlik. 5 év óta erősen dohányzik, szeszes italokkal nem él vissza. Kiállott betegségekre nem emlékszik.

A megejtett vizsgálatnál kitünt, hogy jobb szemén $^1/_2$ méterről olvassa az ujjakat, míg bal szemével csak kézmozgást lát. Látótereiben kis fokú peripheriás szükület mellett nagy (a jobb szemen 10°, a balon 20°-ú) absolut centralis scotomák találtatnak. A színek közül csak a kéket ismeri fel. Pupillái egyenlők, a rendesnél valamivel tágabbak, fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak. Mindkét szemfenéken atrophiába hajló neuritis képe látható a perivasculitis nyomaival.

A beteg a családjában előfordult hasonló szembajokról kérdezve, a következő felvilágositásokat nyujtja:



E családfában összesen 83 ivadékról van szó, kik közül 5 egyén vesztette el betegünkhöz hasonló korban és módon a látását. A megbetegedések mind férfiakra vonatkoznak s a betegséget minden esetben az első generatio nőtagja származtatta át. Feltünő, hogy míg az első nő 6 gyermeke közül a fiuk valamennyien (3) megvakultak, addig a többi nő fiúgyermekei közül csak egy-egy betegedett meg látóidegbajban, sőt egyes nők valamennyi férfiivadéka megmenekült. Teljesen mentek maradtak e bajtól a nők leánygyermekei s a férfiak összes leszármazottai. A megbetegedések a 21—27. életévekbe esnek.

II. Sch. I. 19 éves és Sch. M. 16 éves fitestvéreknek 4 év előtt rohamosan gyengült meg a látásuk. Bajuk okát nem tudják; betegséget nem állottak ki. Mindkét férfibeteg különben egészségesnek érzi magát. Szervezetükben feltünő rendellenesség nem mutatkozik. A koponya alkata mind a kettőnél dolichocephal jellegü.

Látásélességük mindkét szemen alig 1 méterről való ujjolvasásra szoritkozik. Szinlátás teljesen hiányzik. A látóterek jókora (30—40°) peripheriás szükületet és 10—15°-ú centralis absolut scotomát mutatnak. A középtág, egyenlő nagyságú pupillák fényreactiója renyhe. Mindkét betegnél neuritisből származott atrophia nerv. optici van jelen. Sch. M. bal szemében ezen kivül, mint veleszületett rendellenesség, fibrae medullares is látható.

Családjukban hasonló szembaj állitólag nem fordult elő. Három nővérük, valamint anyjuknak 1 fivére és ennek két fiú- (18—20 éves) és két leánygyermeke épszeműek.

III. T. I. 17 éves férfi azon panaszszal kereste fel klinikánkat, hogy látása mindkét szemén 1 év előtt hirtelen s fájdalmatlanul megromlott. Eddig csak keveset dohányzott, szeszes italokkal visszaélést nem követett el. Kiállott betegségekről nem tud.

Jelentkezésekor látásélessége mindkét szemén fél méterről való ujjolvasás. Szinlátása nincs. Látóterei concentrikusan körülbelül 40°-ig beszükültek s e mellett 20°-ú centralis absolut scotomát mutatnak. A szemfenéken atroph. nerv. opt. ex neuritide látható.

Idegrendszerében kóros eltérés nincs (Jendrássik). Szülei, valamint 2 nővére is jól látnak s családjának távolabbi tagjai sem szenvednek az övéhez hasonló szembajban.

Az öröklött látóidegsorvadás kórisméje az I. alatt ismertetett esetnél ütközik a legkevesebb nehézségbe. A beteg kora, családjában kimutatott más négy hasonló megbetegedés a szemvizsgálat adataival együtt biztos diagnosist engednek meg.

Érdekes, hogy éppen ezen egyénnél dohánynyal való meglehetős fokú (30—40 czigaretta egy napon) abusus is fennforog. Mégis a többi emlitett körülmények határozottan feljogositanak azon felvételre, hogy a neuritis nem toxikus, hanem hereditaer alapon fejlődött; sőt ezen conclusióra kellene jutnunk akkor is, ha a családban ez volna az egyedüli betegségi eset, mert 24 éves korban nicotin intoxicatiós neuritis nem keletkezik.

II. esetünkben a látóidegbaj már csak 2 férfitagjára vonatkozik ugyanazon családnak. A két testvér csaknem egy időben és ismét azon korban betegedett meg, melyben az opticusnak hereditaer bántalma már jelentkezni szokott. Toxikus befolyásról nincs is szó, úgy hogy a neuritis örökléses alapja, az összes adatok számbavételével, ez esetben is annál biztosabbnak vehető, mert ugyanazon családnak egyszerre két sarját lepte meg.

Legnehezebb a diagnosis a III. esetünkben, mivel az opticus bántalma csak egy egyénre vonatkozik, öröklési, a család többi tagjait illető betegségi adatok hiányoznak, tehát a baj hereditaer voltát legnyomósabban támogató körülmény elesik. Ily esetben természetesen csak a többi összes adatok figyelembe vételével lehet per exclusionem a betegség jellegére következtetni. Számba veendő mindenekelőtt a beteg fiatal kora, mely az alkohol- és dohány-amblyopiát már eleve kizárja; továbbá egyéb toxikus anyagok (ólom, filix mas, cannabis indica, jodoform, joduret, thiuret stb.) hiánya; mérlegelendő azon körülmény is, hogy acut infectiosus betegség nem ment előre. Egyébként kétség fér ahhoz, hogy ezen fertőző bántalmak tényleg önmagukban okozhatnak-e neuritist vagy csak mint a szervezetet gyengitő befolyások a dispositiót növelik-e oly egyéneknél, kik ideges terheltségüknél fogva ab ovo hajlamosak az opticus retrobulbaris gyuladására. Hiszen elégszer tapasztaljuk, hogy a degeneratio pigmentosa retinae számos esetében is kiállott acut infectiosus betegségek, többnyire typhus és scarlatina után veszik észre először a betegek látásuk csökkenését.

Kizárandó továbbá az acut neuritis retrobulbaris. Ez is rohamosan rontja meg a látást s ugyancsak centralis scotomával jár; azonban gyakran támad meg csak egy szemet, sokszor jár fájdalmassággal, észlelhető bármely korban, bár férfiaknál többször, mint nőknél, megbülési viszonyok többször szerepelnek, a szemtükri lelet, miután a beteg lehetőleg korán fordul hozzánk, legtöbbször negativ s végül gyorsan s az esetek túlnyomó számában nyomtalanul meggyógyul. Mindez a hereditaer neuritistől való elkülönítésre elég alapot szolgáltat.

Általános szervezeti baj: diabetes, továbbá idegrendszeri megbetegedés, nevezetesen sclerosis polyinsularis nem forogván fenn, centralis scotomával s peripheriásan aránylag kevéssé szűkült látótérrel járó optikus affectio már most csak egy kórformára, a hereditaerre vonatkozhatik. S jogosultnak tartom ily körülmények közt ez utóbbi felvételét még akkor is, ha más családtagok egyenértékű megbetegedése egyáltalán nem mutatható ki. Hiszen elképzelhető, hogy az előttünk álló egyén képviseli éppen az *első megbetegedési esetet* oly családban, melynek tagjai között, egy későbbi informatiónk alkalmával talán több ilynemű megbetegedésről is hallanánk. Sőt az sincs kizárva, hogy azon családban több efajta optikus bántalom egyáltalában nem fog előfordulni, hanem az ideges degeneratio majd más alakban nyilvánul meg.

A differentialis kórisme minden esetre nemcsak akademikus értékű, hanem kiválóan fontos a prognosis tekintetében is, mely a hereditaer atrophiánál mindig rossz.

Jelen 8 esetünkben e betegség kizárólag férfiakat illet; hozzászámítva a mult alkalommal ismertetett 11 esetet, összesen 19 megbetegedés közül 18 (94·7%) esik férfiakra s csak 1 nőre. A férfiak megbetegedését ismét a család egészséges nőtagjai közvetitették. Consangvinitás a szülők vagy nagyszülők részéről egy esetben sem volt kimutatható.

Míg a baj székhelye, illetve kiindulási pontja a toxikus és acut retrobulbaris neuritis analogiája szerint elég biztosan localizálható az opticus szemgödri részletébe, addig teljes homályban vagyunk még a bántalmat közvetlenül megindító tényezők felől. Az alapot minden valószinűség szerint az ideges degeneratio adja, de hogy mi indítja meg a látás oly rohamos elvesztésére vezető retrobulbaris gyuladást a látóidegben, erre felelni egyelőre nem tudunk. Lehet, hogy a pubertas korában beálló nagy változások a szervezetben, lehet, hogy valamely közbejött gyengitő betegség, vagy talán localis okok, például a foramen opticum táján előállott szabálytalanságok a csontosodásban adják meg a látóidegnek éppen e helyen legérzékenyebb részében az impulsust a gyuladásra (Jendrássik). A két betegünknél emlitett dolichocephal koponyaalkat már külsőleg szembeötlő csontosodási eltérést tüntet fel s nem éppen elképzelhetetlen, hogy hasonló zavarok a csontosodásban előfordulnak a koponya-alapon akkor is, ha egyébként külsőleg látható elváltozásokat nem is okoznak. E kérdés azonban még további tisztázásra vár.

Klinikai közlések.

I.

Atrophia nervi optici sclerosis polyinsularis kiséretében.

Közli: *Leitner Vilmos* dr. szemklinikai gyakornok.

A sclerosis polyinsularis okozta elváltozások a szemen az izmokat és a látóideget illetik. Leggyakoribb tünet az opticus atrophiája, melyet Uthoff 100 esete közül 40-ben talált fel. A budapesti egyetemi szemklinikán legutóbb észlelésünk alá került három hasonló betegségben szenvedő egyén mindegyikénél mutatkoztak elváltozások a látóideg részéről, melyeket a következőkben óhajtok röviden ismertetni.

I. Zs. M. 17 éves férfibetegnél nehány év előtt jelentkeztek a scleros. polyins. tünetei, melyhez az utóbbi időben a látás megromlása is csatlakozott. Jelenleg látásélessége mindkét szemén a rendesnek $^1/_4$-e ($^5/_{20}$): színtévesztő. Látóterei szabadok, scotoma nem mutatható ki. A szemtekéken jobbra nézéskor apró nystagmusszerű rángások láthatók. Pupillák egyenlőek, középtágak, fényreactiójuk renyhe. Mindkét papilla n. opt. a rendesnél halványabb, decolorált.

II. M. M. 16 éves leánynál kezdődő scleros. polyinsul. van jelen. Látása $^3/_4$ év óta romlik. Jelentkezésekor látásélessége mind a két szemén a rendes $^1/_6$-a ($^5/_{30}$). Színlátása jó. Látóterei peripheriásan 40°-ig megszükültek, scotomája nincs. Pupillák egyenlők, középtágak, fényre és konvergentiára jól reagálnak. A szem mozgásai szabadok, nystagmus nincs. Mindkét szemfenekén atrophia nerv. optic. simpl. képe látható.

III. M. B. 36 éves férfi már hosszabb idő óta szenved sclerosis polyinsularisban; két éve a látása is romlik, főleg a bal szemén. Látása most jobb szemén a rendes $^1/_2$-ének, a balon a rendes $^1/_6$-ának felel meg; színlátása jó. Szabad tárgylátóterek mellett, a jobb szemen a színes látóterek concentrikusan kis fokban szükültek, a bal szemen centralis relativ scotoma mutatható ki. Pupillák rendes viszonyokat mutatnak; a szem mozgásaiban nincs hiány. Mindkét papilla egyaránt fehér, kifejezetten atrophiás.

Mind a három esetben tehát kisebb-nagyobb fokú sorvadás jeleit találtuk a látóidegeken a látásélesség csökkenésével; de nem mindig oly fokban, mint azt a meglevő látás után a priori várni lehetne. Igy például az I. esetben a látásélesség $^1/_4$-ének csak éppen decoloratio felelt meg a papillák részéről, míg a III.-nál $^5/_7$ látásélesség mellett csaknem teljesnek látszó atrophia volt jelen, olyan, mint a másik szemen $^5/_{30}$ látás mellett.

Feltünő a látóterek különböző viselkedése is a három esetben: teljesen szabad látóterek, normalis tárgylátóterek mellett a színes látóterek szükülése, concentrikus peripheriás látótérszükület, s végül szabad peripheriával centralis scotoma találtattak. Különösen érdekes, hogy e scotoma csak az egyik szemen jelent meg, míg a másikon csupán a színes látóterek szükülése felelt meg a szemfenéken talált ugyanoly elváltozásnak.

Mint a tabes dorsalisnál, úgy a sclerosis polyinsularis kiséretében támadó látóidegsorvadás is mindkét szemet, s rendszerint egyenlő mértékben illeti. Eseteinkben is a két szem tükri lelete azonos volt, két esetben a látásromlás a két szemen egyforma, s csak a III.-ban van nagyobb különbség a két szem látásélessége ($^5/_7$—$^5/_{30}$) között.

Az elkülönítő kórisme szempontjából fontos és a bántalom lényegét jellemzi, hogy a látóidegsorvadást kisérő egyéb szembeli tünetek, melyek tabesnél a legállandóbbak közé tartoznak, a sclerosis polyinsularisnál sokkal ritkábbak, s eseteinkben is hiányzottak. Igy pupillaris differentia, Robertson-féle tünet, izombénulás egy esetben sem fordult elő; egyszer észleltünk a pupillák részéről renyhe fényreactiót. Ellenben jelen volt egy esetben színtévesztés, s egy másikban nystagmusszerű rángások.

A látóidegsorvadás progressiv jellegü, a tabeses atrophiától elütően azonban teljes vakság a sclerosis polyinsularisnál rendszerint nem következik be, sőt az általános állapot javulásával nem ritkán észleltek javulást a látásélességben is.

II.

Idült ólommérgezés következtében keletkező látóideg-betegség.

Ismert dolog, hogy az ólom a látóidegekben is súlyos elváltozásokat képes előidézni. Hatásának módja olyan, mint más toxikus anyagoké, nevezetesen a sokkal gyakrabban szereplő nicotin és alkoholé. Klinikus megjelenésükben is igen hasonlítanak egymáshoz. Legmegszokottabb kép ólomintoxicatio után is a neuritis retrobulbaris, mely functionalisan a centralis csökkenésében, szabad peripheriás látóterek mellett centralis scotomákban nyilvánul, mi mellett a szemfenekén csekély, vagy éppen semmi elváltozás sem látható. A látóideg gyuladásának későbbi stadiumát azonban már a papilla külső felének elhalványulása is jelzi.

Ezen szokottabb alaktól azonban több irányban mutatkoznak eltérések. Úgy mint a nicotin amblyopiánál, az ólommérgezés következtében is előfordul, hogy a centralis scotoma hiányzik, s e helyett a látótér a peripheria felől szűkül be (amblyopia peripherica). Másrészt pedig a szemfenekén olykor súlyos elváltozások láthatók: kifejezett neuritis optica, neuroretinitis, sőt kiterjedt retinalis vérzések is; ez utóbbit azonban csak ólommérgezés mellett észlelték.

Ólomintoxicatio ezenkivül oly nagyfokú látási zavarokat is okozhat, melyek mulékonyságuknál fogva az uraemiás amaurosisokkal állíthatók párhuzamba. A látás rendszerint egy kólikás roham alatt, vagy után jelentékenyen megromlik a nélkül, hogy látható elváltozásokat okozna a látószerven, s többnyire gyorsan el is mulik. Az ily látás-zavarokat corticalis eredetüeknek kell tartanunk, s az ólomnak directe az idegelemekre gyakorolt befolyásának tulajdonítanunk ellentétben ama látásromlásokkal, melyek indirecte, az ólom által létrehozott interstitialis neuritis folytán keletkeznek.

A következőkben előadandó két ilynemü intoxicatio, melyet a budapesti egyetemi szemklinikán észleltünk, a megjelenésük különböző módja által válik érdekessé.

I. L. S. 42 éves férfi 30 éve foglalkozik betüszedéssel. Elmondja, hogy 4 év előtt hirtelen összeesett, eszméletét elvesztette s görcsei is voltak, a görcsök többször ismétlődtek, eszmélete azonban ezentúl zavartalan maradt. Első összeesése után nehány napra heves kólikája támadt, mely gyakran ismétlődött. Látása ily rohamok után mindig megfogyott. Időnkint úgy érzi, mintha gégéje összeszorulna, rövid idő mulva elveszti beszélő képességét, melyet 10 percz mulva ismét visszanyer. Sokáig volt orvosi kezelés alatt s jelenleg az ideggyógyászati rendelésről idült ólommérgezés diagnosisával küldetett hozzánk.

Gyermekkora óta rövidlátó, betegsége alatt azonban látása észrevehetőleg megromlott. A vizsgálat kideríti, hogy mindkét szemének látásélessége — 6·0 illetve 8·0 D. myopia javításával — a rendesnek $^1/_3$-a ($^5/_{15}$). Színlátása jó. Mindkét szem tárgylátótere concentrikusan kb. 20°-ig, a színes látóterek pedig a centrumig szükültek. A szemfenéken csekély myopiás elváltozásokon kivül a papillák decoloratiója látható.

II. F. Zs. 32 éves férfi több év óta betüszedő. Ujabb időben remegés, fejfájások és izgatottság jelentkeztek nála; nehány hónap óta bal szemének látása is romlik.

Jobb szemének látásélessége jelenleg csaknem teljes, a bal szeme azonban a rendesnek $^1/_4$-e ($^5/_{20}$). Külsőleg a szemeken elváltozás nem látható. A jobb szem látótere szabad, a bal szemnél normalis kiterjedésü peripheriás látótér mellett 10°-ú absolut centralis scotoma található; ugyane szemen a színlátás teljesen hiányzik, míg a jobb szemen kifogástalan. A szemfenék a venosus pangás képét mutatja a jobb szemen csak kisebb fokban, a balon ellenben a hyperaemia s a papilla duzzadtsága oly fokú, hogy valóságos neuritis opticáról beszélhetünk.

Kétségtelen, hogy mindkét esetben az ólommal történt idült intoxicatio okozta a szemen talált elváltozásokat, melyek épen az által keltik fel figyelmünket, mert a ható ok közössége mellett is oly változatos tünetekben jelentkeztek. Az I. esetnél a papillák decoloratiója és a látóterek concentrikus szükülete centralis scotomák nélkül, a látásélesség megfelelő romlásával együtt a látóidegek részleges sorvadására mutat, melynek eredetére csak az anamnestikus adatokból következtethetünk, mert éppen az intoxicatiós neuritisek leginkább állandó symptomája, a centralis scotoma hiányzik. Fel kell tennünk, hogy a látóideg interstitialis gyuladása ez esetben nem a papillo-macularis rostokban, hanem a látótér peripheriás részeit ellátó részletben zajlott le. Az ily esetek a ritkábbak, s helyes megitélésük csak az összes tünetek méltatásával lehetséges.

II. esetünk még érdekesebb eltérést mutat az ólomintoxicatio rendes képétől. Itt ugyanis megjelent a centralis scotoma, de csak az egyik szemen, míg a másikon, melyen a látásélesség is alig tér el a normalistól, a látótérben semminemü rendellenesség sem mutatható ki. Ily egyoldali centralis scotomát localis okok nélkül az irodalom ritkán említ fel; úgy volna magyarázható, hogy a toxikus anyag az anatomicus viszonyok különbözősége miatt az egyik opticusban előbb indította meg az interstitialis gyuladást, mint a másikban; e szerint tehát nem az egyik opticus kizárólagos bántalmazottságáról, hanem csak időbelileg az egyiknek korábbi affectiójáról van szó. E mellett szól az is, hogy az a folyamat, mely a scotomás szem papilláján úgyszólván a tetőfokán látható, már kezdeti stadiumában a másik szemfenéken is jelezve van: ott kifejezett neuritis, itt pedig venosus hyperaemia. Várható, hogy a retrobulbaris gyuladás előrehaladtával a centralis scotoma a másik szemen is meg fog jelenni.

A perimetrikus adatok, melyeket az ólomintoxicatio eseteiben kaphatunk, mint látjuk, elég változatosak. Jelen lehet mind a két szemen centralis scotoma, előfordul mindkét látótér peripheriás szükülete scotoma nélkül, valamint centralis scotoma csak az egyik szemen, sőt Hertel (Charité-Annalen 1890. Centrbl. f. Aughk. 1891.) baloldali homonym hemianopsiát is említ, melyet a többi tünetek (bal facialis és hypoglossus, valamint a bal test fél motoricus és érzési hüdése) számbavételével a caps. intern. góczmegbetegedéséből magyaráz.

KÖNYVISMERTETÉS.

Jelentés a pesti izr. hitközség kórházának szembeteg-osztályáról, különös tekintettel működésének utolsó hat évére. Szerkesztették: Dr. *Szili Adolf* egyetemi ny. rk. tanár, főorvos és Dr. *Fejér Gyula* alorvos. Budapest 1898.

A 140 oldalra terjedő füzetnek az a czélja, hogy az izraelita kórház szembeteg-osztályának működéséről és törekvéseiről képet adjon. A füzet érdekes adatokat tartalmaz a kórházi osztály fejlődéséről. Az 1805-ben alapított kórház kezdetben bérelt helyiségben volt elhelyezve; 1842-ben épült a gyárutczai kórház 70 ágygyal. Kezdetben a szemoperálásokat meghívott specialisták végezték (Fabiny), s csak 1850-ben bizták meg Oesterreicher Ede gyakorló orvost a szembetegek kezelésével. 1865-ben 30, 1868-ban 51 szembéteget ápoltak a kórházban — a többi betegek között 1871—1877-ig Vidor Zsigmond dr. volt a szembeteg-osztály vezetője, mely kezdetben 2 szobából 8 ágygyal állott.

Az osztály jelenlegi főorvosa Szili Adolf 1877-ben foglalta el az állást, kinek működése alatt már a régi kórházban is 443-ról 1889-ben 4782-re emelkedett a járó betegek száma, a kórházban ápoltaké 31-ről 129-re. 1889-ben a Szabolcs-utcza és Arena út sarkán megnyitották az új kórházat, a melyet a hitközség Rózsay és később Wahrmann Mór buzgólkodása folytán adakozásból összegyült fél millió forintból épített fel. A betegforgalom csak az átköltözés első évében csökkent, azóta folyton emelkedik s 1897-ben 7096-ra emelkedett. (A betegek 65·82%-a nem izraelita vallású.) A kórházban ápoltak száma az utolsó 6 év alatt 180-ról 251-re növekedett.

A szerzők a következő fejezetekben az ezen tekintélyes anyagon szerzett tapasztalataikat anatomiai sorrendben mondják el. Szili az iris, a sugártest és érhártya betegségeinek kezelésében a „gyógyszernélküli izzasztó kúrát“ előszeretettel alkalmazza s a gőzfürdőknek is (talán túlságosan is) nagy barátja. A szürke hályogot hat év alatt 261-szer iridectomia nélkül, 24-szer utólagos, 55-ször tervszerű iriskimetszéssel operálták. A veszteségek aránya 1·7%-ot tett s épen ez indította a jelenleg használatban levő külön asepticus operálási

szoba berendezésére. Glaucoma ellen 123 iridectomiát és 5 sclerotomiát végzett. A glaucoma simplex eseteiben az iridectomiától olykor látott rossz eredmények arra indították, hogy a műtétet csak ott ajánlja, a hol az egyszerű glaucoma objectiv képéhez időnkint a látás elsötétülése és a szivárványkoszorú tünete is hozzájárult. A pilocarpin kedvező hatását ő is tapasztalta s a tisztán gyógyszeres kezelés eshetőségével és sikereivel behatóan foglalkozik. A fénytörés és alkalmazkodás rendellenességeinek fejezetében a myopia keletkezéséről és operálásáról behatóbban nyilatkoznak, az idegen testek a szemben, czím alatt pedig különösen a Hirschberg-féle mágnessel tett tapasztalataikról számolnak be. Azon megjegyzésük azonban, hogy más budapesti kórházban végzett mágnes-operálásokról nem olvashatnak, még nem jogosít arra a feltevésre, hogy ezen bizonyos esetekben igen becses eljárást másutt nem is alkalmazzák. A szemmozgató szervek betegségeinek fejezetében a kancsalságról s a binocularis látásról számos értékes megjegyzést találunk, a melyek Szilinek a szemészet ezen ágával való behatóbb foglalkozásáról tesznek tanuságot.

A jelentés arról tanuskodik, hogy a kórház a humanismus szolgálatában első rangú szerepet játszik s a szembeteg-osztály vezetője szívvel, lélekkel azon van, hogy annak tudományos színvonalát is emelje.

IRODALOM-SZEMLE.

A protargolról, mint a blennorrhoea egy kiváló gyógyszeréről értekezik *Darier*. A protargol az ezüstnek egy fehérjevegyülete, mely más, a praxisban ezideig használni szokott ezüstsók felett számos előnynyel bir. Ezek legfőbbike az, hogy a szóban forgó szer a szövetekre majdnem teljesen ártalmatlan s ezért alkalmazása csak csekély reactiót kelt, nem fájdalmas és még a legtöményebb oldatokban használva, sőt poralakban a conjunctivalis zsákba szórva sem válik veszedelmessé; ezenfelül behat a szövetek mélyébe s a conjunctivára vitt gyógyanyagból mi sem vész el, a mennyiben sem chlornatriummal, sem fehérjékkel a protargol — legalább rövid idő alatt — csapadékot nem képez s így pörk sem képződik. Bactericid hatása Neisser kisérletei szerint, ha a klinikailag használható töménységü oldatokat vesszük számba, jóval felülmulja a lapis, argentamin és argoninét, a mennyiben $^1/_{400}$ töménységü protargol solutio felel meg $^1/_{4000}$ argentamin- vagy lapis-oldatnak; a protargol concentratióját korlátlanul fokozhatván ez utóbbi szerek, antibacteriosus hatása könnyen túlszárnyalható lesz. A szert Darier conjunctivalis hurutoknál, trachománál, blennorrhoeánál, dacryocystitisnél próbálta ki, mindnél kitünő sikerrel. A használat módja a következő: Enyhébb hurutoknál a protargol 5% oldatát szemcseppek alakjában rendeli (2—4-szer naponta 1—2 csepp). Erös hurutnál 20% oldattal ecsetel naponként vagy másodnaponként, közbe az 5%-os oldatot collyriumkép használtatja. Blennorrhoeánál frissebb és enyhébb esetekben 20%, régibb és súlyosabbakban 50% oldatot használ s ezzel naponta kétszer ecsetel, míg a genyes váladék bő s ennek csökkenése arányában nyujtja meg az ecsetelések közti időszakot; néha igen rövid idő alatt sikerült a váladékképződésnek gátat vetni (újszülöttek blennorrhoeájánál 3—4 nap alatt). Cornealis fekélyek, ha még oly kiterjedtek is, nem contraindicálják a protargol használatát, ép oly kevéssé croupos álhártyák. Trachománál a protargol hasonló jó szolgálatokat tesz, mint az argentum nitricum; hogy az argentamin azonban nem előnyösebb ezeknél, az iránt még nem nyilatkozhatik végérvényesen. Dacryocystitisnél 10% oldattal igen jó és gyors eredményeket ért el s a betegnek igen kevés fájdalmat okozott. Végül azt ajánlja Darier, hogy a blennorrhoea neonatorum ellen eddig prophilactice használni szokott 2%-os lapis-oldat 10—15%-os protargollal helyettesíttessék. (La clinique ophthalmologique. 1898. márczius 25. sz.)

A csarnokvíz csökkent secretióját, mint a primaer glaucoma létrejöttének egyik tényezőjét méltatja *Pristley Smith* Czermak nyomán és igen érdekes klinikai tényeket hoz fel eme tétel igazolására. Ezek legfőbbike ama tapasztalat, hogy oly egyéneknél, kiknek egyik szemén glaucoma tört ki, míg a másik teljesen épnek látszó s csak kórodai ismereteink alapján vehető fel, hogy glaucomára praedisponált, hogy ily egyéneknél az ép szemen a csarnok sokkal sekélyebb, mint a roham által megtámadott szemen; a csarnok sekélysége a glaucomára, a csarnokzug elzáródására praedisponáló momentum; de ha a csarnok zúg már elzáródott, az eme akadály miatt felgyülemlő csarnokvíznek mélyítenie kell a csarnokot s innen van a glaucomás szem csarnokának relative mélyebb volta. A csarnok sekélysége a csarnokvíz secretio megcsökkent volta miatti kisebb megteléséből a csarnoknak magyarázható; e mellett szólnak ama histologiai leletek is, melyek a csarnokvizet elválasztó organumban, a processus ciliaresekben úgy glaucomás, mint öreg emberek szemein degenerativ folyamatokat, kötőszövet túltengést, edénymegbetegedéseket mutattak ki, e mellett látszik bizonyítani az is, hogy glaucomás szemeken végzett műtétek után a csarnok sokkal lassabban áll helyre, mint más szemeken végzett hasonló műtétek után; sőt ha műtét után a csarnok helyre is áll és az iridectomia jól sikerült s glaucomás roham nem is következik be többé, előfordul, hogy a beteg látása lassanként mégis elvész s a csarnok lassanként teljesen eltünik, a csarnokvizet secernáló organumnak lassú elpusztulása folytán. A körülményeknek ama sajátszerű lánczolata, hogy a secretio hiányossága hozza létre a csarnok sekélységét s a csarnok sekélysége megkönnyíti a csarnokzug elzáródását, idézi elő ama első pillanatra paradoxnak látszó tényt, hogy a csarnokvíz felhalmozódását, a tensioemelkedést a csarnokvíz csökkent elválasztása okozza. (The Ophthalmic Rewiev. 1897. julius.)

A congenitalis cataracta gyakori előfordulását egy család gyermekeinél irja le *Westhof* (hasonló eseteket irtak le újabban Purtscher és Hirschberg). A szóban forgó család 6 gyermeke közül 3 cataractával született. A szülők és nagyszülők szeme teljesen ép volt, a szülők nem voltak vérrokonok. A nem cataractás gyermekek közül egy halva született, kettő (két leány) igen korán elhalt. A három cataractás mind fiú volt és pedig a két idősebbnek kétoldali cataractája volt, a legfiatalabbnak csak egyoldali; az utóbbi időnként görcsökben szenvedett, a két idősebb nem. (Annales d'oculistique 1898. április.)

A trachoma folyamán fellépő trichiasis és entropium operálásánál *Skrziminski* a fősúlyt a pillaszél helyreállítására kívánja fektetni. A trichiasis létrejöttének főfeltétele szerinte trachománál az, hogy a pillaszél hátsó ajka ulceratio és heges retractio folytán lezsugorodjék; ennek következtében a pillaszél többi része elveszti támasztékát s ez okozza a pillaszőröknek a cornea felé való fordulását. Ez állapot entropium legcsekélyebb nyomának jelenléte nélkül is létrejöhet, fokozza azonban természetszerüen a pillaporcz zsugorodása s az orbicularis görcse folytán előálló entropium.

Tekintve a trichiasis és entropium eme genesisét trachománál a megszüntetésüket czélzó műtevésnek három szempontot kellend figyelembe vennie: 1. a pillaszél helyreállítását; 2. a pillaporcz begörbülésének megszüntetését; 3. az orbicularis görcsének ellensúlyozását. A fonalas műtétek, a különféle szerzők által ajánlott porcz- és bőrkimetszések csak az utóbbi két pontot vették számba s csak eme műtétek gyakori eredménytelensége, az utánok rohamosan fellépő recidivák vezettek a pillaszél helyreállítására való törekvésre. A pillaszélt kezdetben a pilla böréből vett nyeles, majd pedig nyeletlen börlebenyekkel igyekeztek helyreállítani ama várakozásban, hogy a pillaszélre átültetett bőrdarab majd a pillaszél charakterét veszi fel. Azonban csalódtak, mert a transplantált bőr eredeti sajátságait, mint azt Kamocki histologiailag is kimutatta, évekig megtartja s a zsugorodó conjunctiva által befelé vongálatván lanugói, váladéka által ugyanazt a veszedelmet hozza a corneára, mit a pillaszőrök befordulása. Ezért a bőrt nyálkahártyával igyekeztek pótolni és pedig először állati nyálkahártyával, mely azonban igen gyorsan és nagy mértékben összezsugorodott s így teljes használhatlansága kitünt. Van Millingen jött ama gondolatra, hogy a beteg alsó ajkáról vett nyálkahártyát ültesse át a pillaszélre, Benson ez eljárást annyiban módosította, hogy a könnyen leeső nyálkahártyalebenyt varratokkal fixálta, ez azonban technikailag nehéz s a lebenynek könnyen létrejövő összenyomatása miatt, annak vitalitására nem közömbös eljárás. Ezért Skrziminski, hogy a lebeny zúzatását elkerülje, elhagyja a varratokat s hogy a megtapadást mégis biztosítsa, nem egy nagy, hanem több kis lebenyt alkalmaz, melyek közül, ha egy kiesik is, mi különben az eseteknek csak kis számában történik meg, nem nagy baj, mert az így támadt hámhiány a szomszéd lebenyek részéről könnyen pótlódik.

Az eljárás maga a következő: A szemhéjat vérzés megelőzése czéljából Knapp v. Snellen-féle blepharostatba fogjuk be; egy kétélü bistourival a pillaszőrök mögött 1 mm.-re, 5 mm. mély bemetszést ejtünk, két lemezre hasítván ily módon a szemhéjat; a bemetszést két oldalt a pillaszőrökön túl 2 mm.-rel ívesen meghosszabbítjuk (az ív a felső szemhéjon fel-, az alsón lefelé kanyarodik), áthatolván a bőrön s a bőr alatti kötőszöveten is.

Ez által a seb könnyen, egész 5 mm.-nyire tántongóvá tehető; az orbicularisból, a porczból darabokat ekkor kivághatunk. A seb fedésére az alsó ajak közepéről, a két ajak érintkezési vonalának megfelelő helyről a födendő anyaghiánynál nagyobb nyálkahártyarészletet veszünk, melyet 4—5 kis lebenyre felosztva ültetünk át (miután természetesen a vérzést gondosan csillapítottuk) a pillaszélre 10—15 perczig odanyomván azt, míg odatapad; ekkor kötjük a szemet, a kötést naponta változtatjuk, 4—5-dik napon a kötés levehető. Az így operált betegek több év után sem mutattak recidivát s állapotuk úgy cosmetikus szempontból, mint a szőröknek a corneától való távoltartását tekintve, mi kívánni valót sem hagyott hátra. (Archives d'Ophthalmologie 1898. április.)

A vérnyomást vizsgálták meg 35 *glaucomában* szenvedő egyénen *Terson és Campos*, azt a Potain-féle sphygmomanometerrel az art. radialison mérve; vizsgálataik eredménye az, hogy subacut glaucománál igen nagy, glaucoma haemorrhagicumnál mérsékelt vérnyomás-emelkedés szokott jelen lenni, míg glaucoma simplex és glaucoma acutumnál a vérnyomás normális; a szemgolyónak legnagyobb fokú hypertoniái tehát az általános vérnyomás emelkedése nélkül jönnek létre. Mindazonáltal ajánlják a szerzők, hogy a glaucoma lokális kezelése mellett a beteg általános állapotára is legyünk figyelemmel s az idegrendszert megnyugtató, a vérnyomást leszállító eljárások és gyógyszerekhez folyamodjunk, melyek alkalmazása különben az iridectomia feltalálása előtti időben a glaucoma egyedüli kezelése volt (diaeta, hashajtás, izzasztás, esetleg venaesectio; amylnitrit, veratrin adagolása.) (Archives d'Ophthalmologie 1898. április.) *Pólya Jenő.*

A rövidlátás operálásának indicatiója. *Schreiber P.* dr. (Festschrift zur Feier des 50 jähr. Bestehens der Medicinischen Gesellschaft zur Magdeburg) művében arra a végeredményre jut, hogy először igen sok myopiát operáltak, másodszor szigorúabban kell megválogatni az eseteket és végre, hogy olyan műtéti módszert kell alkalmazni, a mely nem olyan veszélyes. Ezen utolsó feltétel fent említett munkában a legfontosabb momentum; mert ha tényleg a fertőzés myopiánál gyakoribb mint öregkori hályognál és ha a myopia gyógyítása műtéti úton az ideghártya leválását elősegítené, akkor valósággal vakmerőség volna a rövidlátónak az operatiót csak ajánlani is. A végeredmény elérése végett legalább háromszor operált szem inkább ki van téve a fertőzésnek, mint a szürke hályogos. Sattler eseteiben 25% üvegtest-előesés volt. Otto a Graefe-Archivban 85 eset közül 23 tensio-emelkedésről tesz említést. A szerző 14 esetben operált nagyfokú myopiás szemet és 4 esetben lépett fel csak tensio-emelkedés. Schreiber szerint 16·0 D. myopia az, a melyet lehet operálni. Ha azonban még munkaképes az egyén ezen fokú myopiával, úgy nem kell operálni. A nagyfokú myopiások (16·0 D. és ennél nagyobb) száma Schreibernél 14 év alatt 80 volt 5094 myopiás között, tehát csak $1^1/_2$%. A 80 közül 44 eset nem volt alkalmas operatióra, mert 17 üveggel dolga után nézhetett, 27 pedig majdnem vak volt. Tehát 14 év alatt csak 36 eset volt olyan, a mely Schreiber szerint jogosan lett volna operálható. Két csoportra osztja az operálandó anyagot; a 14-dik évig és a felnőtteknél levőt, mindkét csoportra más-más műtéti módot ajánl. Gyermekeknél Hirschberghez csatlakozik, a ki csak egy középső metszést csinál a lencsetokon és a felületes rétegeken. Hippel és Vacher azt ajánlják, hogy az egész átlátszó lencse távolíttassék el.

Völkers (Physiolog. Verein in Kiel, nov. 29. 1897.) 16·0 D. alul szintén nem operál. Az ő nézete szerint a discindált lencse felpuffad és átömlik a mellső csarnokba, a hol igen gyorsan felszívódik gyermekeknél; felnőtteknél azonban igen gyakran nagyobb izgalmak lépnek fel, a melyek azonban igen gyorsan elmúlnak. „Tehát az operatio veszély nélkül való és áldást hozó a rövidlátókra". (Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges. 1898. Nr. 36.)

Xeroform a szemgyógyászatban. *Wicherkiewicz* dr. tanártól, Krakkó. A szemgyógyászatban a sok kitünő gyógyszer mellett újabban a xeroform foglal helyet. A zürichi Heust ismertette a xeroformot, a melynek a neve Tribromphenolbismuth és sárga, közömbös, könnyü, fényálló és oldhatlan por, a mely 120 C.-nál még nem oldódik, miért is könnyen sterilizálható. Szerves folyadékkal érintkezve felbomlik alkotó részeire. Hueppé szerint, a ki 1893-ban cholera ellen használta jó eredménynyel, a xeroform tribromphenol és bismuthoxydra bomlik. A tribromphenol erélyes antibacterikus hatású, a szabad bismuth pedig a bacteriumok termékeivel, toxalbuminokkal és ptomainokkal oldatlan vegyületet képez, a mely fel nem szivódhatik. A xeroform nem minden pathologikus bacteriumra hat egyenlően, a mit Heust (Ther. Mon. Hefte. Nr. 4. 1896). kisérletei is bizonyítanak. A szerző a xeroformot mint port, vagy mint 6—10% kenőcsöt használta a következő esetekben: a kenőcs nedvező szemhéjszéllob ellen igen jó, nehány nap alatt meggyógyul. Trachoma ellen nem mutat fel eredményt. Flictenás és follicularisos kötőhártyaloboknál igen jó hatással van. A nagyobb váladékkal biró kötőhártyaloboknál azonban a Bórtannin pornak határozottan előnye van. Öreg egyéneknél azonban, a kiknél az ilyen hurutok némelykor sokáig megakadályozzák az operatiót a xeroform rövid idő alatt megszüntette a váladékképzést úgy, hogy az extractio és utókezelése simán folyt le. Az új szer a conjunctivalis váladékot ugyan teljesen nem szünteti meg, de a benne levő pathogen organismusokat megöli vagy fejlődésükben hátráltatja. Ajánlatos extractio után a könypontokat és a szemrést xeroformmal behinteni. A szerző ezzel igen kedvező eredményeket ért el eddig és ha ezentúl is beválik, úgy a xeroformnak igen nagy jövője lesz a szemgyógyászatban, a melylyel esetleg sikerül igen sok esetben az operatio után fellépő ectogen fertőzést megakadályozni. Ott azonban a hol extractio után vehemensebb infectio lépett fel a xeroformnak nincsen semmi hatása. Keratomalacia eseteiben ellenben a xeroform napjában kétszer behintve igen üdvös hatással volt. Egy trauma után fellépő keratomalacia esetéről tesz említést a szerző, a melynél könytömlő genyedése is volt, az egész szaruhártya már genyesen szétesve minden pillanatban átszakadással fenyegetett, 3 napi xeroform por és kötés használata mellett az egész szaruhártya feltisztult. Conj. membranaceánál a köthártyaredőbe tett xeroform-kenőcs igen előnyös, ugyancsak heveny blennorrhoeanál az első stadiumot igen megkönnyíti. Miután styptikus hatással is bir., tehát nagyobb vérzéssel járó operatiók után is lehet használni. (Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges. 1898. Nr. 32.)

Rövidlátás operatiója. A rövidlátás operatióvali gyógyításának jelenlegi állása Fukala szerint. *Magen O.*-tól, főorvos Cohn H. tanár szemklinikáján Boroszlóban. (Wiener medicinische Presse. 1898. 1. w. ff.) A szerző bevezetésben előadja, hogy a rövidlátás operativ gyógyítása a XVIII. század közepén vette kezdetét. Eltekintve attól, hogy Fukala módszere különbözik Vache módszerétől, kétségkivül Fukaláé az elsőség ezen a téren. Szerző a legtöbb műtő technikáját a következőkben adja: A maximalisan kitágított pupillánál, cocainozás és fertőtlenítés után, discisiós tűvel a lencse tokját és állományát mélyen keresztmetszéssel átvágják. Erre a pupilla megszükül. Ha erre atropint adagolnak, úgy a szem békés marad. Könnyü kötés és 24 órai ágyban fekvés. Ha a lencse fellágyult és felduzzadt, akkor linearis simplex műtét útján lesz az kieresztve. Cohn a sebet felül a cornea szélétől $1^1/_2$—2 mm.-nyire csinálja. A lencse tömege a mennyire csak lehetséges eltávolítandó, üvegtest-előesés pedig kerülendő. Egynehány napi ágybanfekvés és atropin-becsepegtetés szükséges. A még hátramaradt lencserészletek újbóli discissióját ajánlja a szerző. A lencse eldarabolását vagy a tiszta lencse eltávolítását nem ajánlja, hanem inkább pártolja ezek helyett Hirschberg módszerét, a felületes disciossióját a lencsének és a felszívódás bevárását. Ezen módszerrel a lencse lassan és egészen felpuhul, anélkül, hogy mint a mély bemetszéseknél egy-két nap mulva a felpuhult részek elválnak és ráesnek az irisre, midőn azt izgatják és így időnap előtt kell kiereszteni a lencserészleteket, a midőn a lencse zöme még benmarad. Ha számba vesszük, hogy az eddig operáltak ifjú egyének voltak — kiknél discissio után felszívódás történt — és Sattler és Hippel megfigyeléseik azt bizonyítják, hogy nagyfokban rövidlátók lencséje öregebb korban sem kemény magvú és ennélfogva discissióra épen úgy reagálnak, mint az ifjúkori hályogok, így tehát beláthatjuk, miszerint az egyszerü discissiót

követő felszívódás, mint normális operatio elfogadható és a lineáris simplex csak azon esetekre maradjon, a melyeknél a gyakori mydriaticák mellett injectio vagy tensio-emelkedés lépne fel. Szerző felemlíti, hogy 18—20 D. myopia emmetropiás lesz a lencseeltávolítás után. Ha esetleg kisfokú hypermetropia is lépne fel, azt is kedvezőbbnek tartja, mint azon eseteket, midőn 9—10 D. myopiánál az még nagyon haladó is. Cohn a határt a 10 D.-ra állapítja meg. A szemfenéki tekintetben a sárga foltnak érintetlennek kell lenni. Az egyik szem ablatio retinaejét nem tartja a szerző oknak, hogy a másik szem meg ne operáltassék. Végül a szerző ajánlja mindkét oldali operálást, mint az idealisat. Az operatio ellen felhozták: az infectio veszélyét, az ablatio retinae-t, a choroidealis és retinalis vérzést és a tensio-emelkedést. Az infectio elkerülhető, ha discissio után csakis a legszigorúbb indicatio mellett avatkoznak be. Az ablatio retinae-re való hajlamosítást a szerző kereken tagadja. Az üvegtest-előesés megakadályozását szükségesnek tartja a szerző. A tensio-emelkedést szorgos mydriaticum adagolással ki lehet kerülni. Tensio-csökkenést előidéz a 2—3% cocain-oldat. Az operatio eredménye pedig a látélesség emelkedése, némely esetben még a tízszeresre is. Végül a betegek alanyi érzése is mérvadó. (Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges. 1898. Nr. 29.)

A conjunctivitis crouposa aetiologiája és gyógykezelése. Dr. *Wolfberg*-től, *Boroszló*. A legtöbb tankönyv azt mondja, hogy a köthártya croupja igen ritka megbetegedés. Horner (Gerhardt, Handbuch der Kinderkrankheiten. 1879. fbg. 269.) 8000 szembeteg között csak egyet látott. A szerző ezer betegére jutott egy eset és pedig 1—4 év között, a szegényebb osztályból. A betegséget előidézi a Löffler-féle diphtheria-bacillus. De miután diphtheria-bacillus egészséges köthártyán is található és máskor pedig az igen súlyos diphtheria-conjunctivitisnél a diphtheria-bacilluson kivül staphylococcus és streptococcus is lehet, ebből azt lehet következtetni, hogy a diphtheria-bacillus a köthártyára csak feltételesen fertőző. Ilyen feltételek közé tartozik a köthártya sérülése, helybeli és általános megbetegedés. Szerző szerint a beteg részéről a szemek dörzsölése piszkos kézzel egyenesen összefüggésben van, úgy az álhártyás, mint a valódi formájával a köthártyalobnak. Mert vagy belédörzsöli magát a bacillust a kötőhártyába vagy a dörzsölés által olyan sérülést hoz létre, hogy a bacillus azután belejuthat. A klinikai tapasztalat legkevésbbé mutatja, hogy a croupos kötőhártyalob előidézője bacillus volna; mert azon nézettel kellene megbarátkozni, hogy traumatikus köthártyalobbal van dolgunk. Mert azt lehetne mondani, hogy minden croupos kötőhártyalob gyógyul, ha a szemet nedves vattával befedjük és távol tartjuk a piszkos kezeket. Megfordítva pedig nincsen biztosabb szer arra, hogy az állapot roszszabbra forduljon, mint a szem és piszkos kéz szabadon hagyása vagy pedig ha a köthártyaredőbe valami izgató szert teszünk. Horner azt ajánlja, hogy eleinte hideg ólomvízzel borogassuk a szemet, később pedig elegendő a szem tisztántartása.

A legjobb tehát az exspectativ eljárás, mert Horner csak egy esetben látta a szaruhártya elgenyedését, a mely esetben Arg. nitr.-al lett a szem ecsetelve. (Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges. 1898. Nr. 29.) *Theodorovics Döme* dr.

A fiatalkori intraocularis vérzésekről tartott előadást Abadie M., a franczia szemészeti társaság 16-iki ülésén. Fiatal egyének intraocularis vérzése úgy aetiologiáját és lefolyási módját, valamint therapiáját illetőleg is különbözik a magasabb korban előforduló hasonló vérzésekről. Ez utóbbiak főleg vesebántalmak, albuminuria, diabetes, köszvény s a vérkeringési szervek bántalmai mellett észlelhetők. Az előbbiek aetiologiája még sok tekintetben homályos. Klinikai tapasztalatai alapján 4 csoportba foglalja össze a fiatalkori intraocularis vérzéseket. Az elsőbe azokat sorolja, melyek a szervezet egyéb helyein előrement vérzések nélkül hirtelen keletkeznek, ismétlődésre hajlamosak, de rendszerint gyógyulással végződnek. Keletkezésüket illetőleg a pubertás korában előforduló orrvérzésekkel állíthatók párhuzamba s ezeket Panas találóan „intraocularis epistaxis“ névvel is illette. Gyógykezelésük is ugyanaz: kedvező hygienikus viszonyok, tonicumok, stypticumok; localis vérbocsátás csak a felszívódás nagyon protrahált eseteiben van helyén.

A második csoportnál a vérzés s ennek megfelelőleg a látásromlás is lassankint következik be. Először az edények mentén láthatók a vércsíkok, melyek szaporodva összefolynak, majd az üvegtestbe kerülnek s utóbb annak nagy részét kitöltik, úgy hogy esetleg csak quantitativ látás marad vissza jó projectióval és a pupillák normális reactiójával. Úgy látszik, hogy a fiatalkori vérzések e faja a vér megbetegedéséből származik s azért „constitutionális alapon“ fejlődőnek ajánlja nevezni. A dyskrasiás eredet mellett szól az edénymegbetegedések és keringési zavarok teljes hiánya is. Igy észleltek fiatal gravidáknál rendes vesemüködés mellett retinális vérzéseket, melyek a szülés után nyom nélkül meggyógyultak. Haemophilia, valamint phosphaturia és azoturia hasonlókép többször említtetnek ily vérzések okai gyanánt. Ilyen természetűek azon vérzések is, melyek acut infectiosus betegségek, továbbá anaemia progr. pernic., leucaemia és malaria kiséretében jelennek meg. Chinin- vagy vasadagolásra rendszerint felszívódik a vér, csak a haemophilia nyujt rossz prognosist, a mennyiben ezen egyéneknél a vérzés legtöbbször a szem elpusztulására vezet.

Harmadszor azon vérzéseket említi, melyek részjelenségei a szem már fennálló valamely betegségének. Leggyakrabban chorioretinitishez társul a vérzés és minden esetre rontja a prognosist. Felismerése általában nem ütközik különös nehézségekbe. A chorioretinitishez szegődött ily vérzés sokszor az üvegtest szöveti szerkezetének megváltozására vezet, mely annyira fejlődhetik, hogy az úgynevezett retinitis proliferans képe áll elő. E vérzések kezelése első sorban a chorioretinitis ellen irányul s higanykezelés javasolt akkor is, ha a lues kizárható; ezenkivül chinakészitmények, ergotin és localis vérbocsátástól várhatunk hasznot.

Végül 4-edszer oly vérzéseket különböztet meg Abadie, melyek oka edényrepedésben rejlik. A retinális erek megrepedését azonban nem az érfal megbetegedéséből, hanem az erek túlságos kitágulásából magyarázza és valóságos „apoplexia retinae“-ről beszél. Az edények kitágulását sympathikus vasomotorikus beidegzési zavarából vezeti be. Leghatásosabb gyógyszernek a chinint mondja, melyet 0·5—1·0 grm.-os napi adagokban nyujt. (Die Ophthalmologische Klinik 1898. 8—9). *Leitner Vilmos dr.*

A vaksággal járó családi idiotismus. A kórképet *Sachs B.* a newyorki poliklinika prosectora állította fel. A szemben látható elváltozást *Waren Tay* már 1881-ben leirta, a macula lutea vidékén kerek fehér folt volt, melynek közepén barna-vörös petty foglalt helyet, a kép tehát az embolia centralis retinae-hez hasonlított, de a papilla ép volt. Már Waren Tay utalt arra, hogy e baj ugyanazon család több tagjánál fordul elő. Azóta már 27 esetet irtak le (Knapp és Sachs, Kollert, Kingdon, Sachs, Carter, Magnus, Wadsworth, Goldzieher, Hirschberg, Heiman, Koplik, Higier, Kingdon és Russel, Strouse). Ezek közül 10-et Sachs maga észlelhetett. A kórkép a következő: a gyermekek születésük után egészségeseknek látszanak, 2—8 hónapos korukban apathiásakká lesznek s nagyobbára mozdulatlanul feküsznek.

Egyidejűleg észreveszik, hogy a gyermek nem lát. Később teljes diplegia áll be, psychikus fejlődésről szó sincs, 1 éves korukban teljesen vakok s az idiotismus képe áll előttünk s 2 éves koruk előtt elhalnak (egyetlen eset a 6 éves kort is elérte). Rendesen ugyanazon család több tagjánál fordul elő. A macula lutea elváltozása *valamennyi* esetben jelen volt. A boncztani vizsgálatok az agy nagy pyramis-sejtjeinek degenerálását derítették ki. A baj aetiologiája homályos, csak a családi jelleg az, mely kétségtelen, 3—4 tagja ugyanazon családnak e bajban szenved. Az is feltünő, hogy eddig valamennyi gyermek zsidó vallású szülőktől származott. A kórképet tehát tulajdonképpen *Sachs* állította fel s joggal utal arra, hogy a szemorvosok eddig „különös és ritka szemtükri leletről“ beszéltek, holott e jelenség az ártalmas bajnak csak egy részletét alkotja. (Deutsche medizinische Wochenschrift 1898. Nr. 3.)

A magános és kettős szemhéjsanker casuistikáját három esettel gazdagítja *Seydel*. Az extragenitalis sankernek ezen azelőtt ritkaságszámba menő localisatiója manapság jóval gyakrabban észlelhető, sőt *Fortuniades* szerint minden 500 sankerre esik egy szemhéjsanker. Ez a magas arányszám azonban főleg Párisra és a nagyvárosokra vonatkozik és semmi esetre sem tekinthető általános érvényünek, annál kevésbbé, mert egyes népszokások által is nagyban befolyásoltatik. Példa rá az oroszok között dívó szemkinyalás.

Két esetében úgy a felső, mint az alsó szemhéjon volt jelen egy-egy sclerosis; az irodalomban csak 5 hasonló esetet talált.

De ez a kettős, sőt többes fellépés a test egyéb helyein éppen nem tartozik a legnagyobb ritkaságok közé s fennebbi esetekkel együtt bizonyítja, hogy a primaer sclerosisnak némelyek által még ma is hangsúlyozott solitaer jellege a differential-diagnosis szempontjából teljesen megbizhatatlan, reá adott eset elbirálásánál nem szabad támaszkodnunk.

Jelesen a szemhéjsankerre nézve széltében charakteristicum gyanánt tekintik a bubo praeauricularist; szerző azonban többedmagával tapasztalta, hogy utóbbi főleg a külső zug táján levő sankernél fejlődik ki, míg a belső zug táján ülőnél inkább az állalatti nyirkmirigypamat duzzad meg.

A baj terjedése körül főleg a törülközők közös használatát okolja, még pedig annál nagyobb valószinűséggel, a mennyiben a felette elterjedt blepharitis excoriatiói készséges alkalmat szolgáltatnak a virus fölvételére. (Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. 1898. április.)

Protargollal kezelt 53 szembetegnél elért gyógyeredményről számol be *Pergens*. Közönséges esetekben 2%-os, súlyosabbakban 5%-os oldatot használ becseppentés alakjában és csakis könytömlőbajoknál alkalmaz 10%-os oldatot a könyutak kifecskendésére.

Conjunctivitis catarrh.-ban szenvedő 31 betegénél 4—26 nap alatt látott gyógyulást a becseppentésre, melyet a baj súlyossága szerint 3-szor, illetve 6 szor végeztet napjában. Heveny trachomának két esetében napjában 5-szöri becseppentésre a váladék a 11—16-dik napon eltünt. Bő váladékkal járó blennorrhoea neonatorumnál óránkint cseppent be 2%-os oldatból; gyógyulás 6—13 nap alatt. Blennorrhoea sacci öt esete 10%-os oldattal való kifecskendésre 10—22 nap alatt gyógyult; egy azonban közülök kiújult.

Állítja továbbá, hogy a conjunctivitishez társuló cornea- és iriscomplicatiókra is kedvező visszahatást gyakorolt a protargol, a mit azonban alighanem több joggal lehet az egyidejüleg alkalmazott jodoformnak, illetve atropinnak tulajdonítani. A conjunctivitis chron.-nál kifejlödött kötöhártya-túltengést, melyet már megelözöleg eredménytelenül kezelt argoninnal, protargollal sem tudta eloszlatni.

Mindezek alapján ajánlja a 2% os protargolt a conjunctiva minden heveny gyuladásánál, blennorrhoea saccinál és végre kivált oly esetekben, a melyekben minden izgalmi állapot távoltartása a szemtől valamely oknál fogva kivánatos. (Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. 1898. április.)

60 ép kötőhártyazsákot vizsgált meg bakteriumokra *Walkowitsch* és azt tapasztalta, hogy azokban általában több a coccus, mint a bacillus; pyogen bakteriumokat pedig egyáltalán nem észlelt az ép conjunctiván. Különben más-más fajú bakteriumok voltak jelen, nemcsak az egyes évszakok szerint, hanem ugyanazon egyén conjunctivájának ismételt vizsgálatánál is. Az ép conjunctivában tehát nincsenek állandóan ott tartózkodó bakteriumfajok. (Wratsch. 1897. Nr. 17. u. 18.)

Discissiót végzett *Vossius* 10—30 D értékben myopiás 21 egyénnél, kiknek kora 7—27 év között volt. A látásélesség javulása többnyire 0·1—0·3-nak és csak ritkán felelt meg 0·5-nek. Lehetőleg mindkét szemen operál tekintet nélkül az érhártyabeli elváltozásokra, mert ilyenek mellett sem észlelt retina-leválást. A műtét előtti és utáni fénytörésbeli különbség 13—28 D. között ingadozott. (Beitr. z. Augenheilk. XXIX., p. 1.)

A lencse operativ eltávolítását *Fröhlich* 30 myopiásnál 50-szer végezte: 10-szer csak az egyik, 20-szor pedig mindkét szemen. A betegek 10—27 évesek voltak, myopiájuk 13—20 D. között változott. Csak 23 szemen volt a lefolyás teljesen zavartalan. Ritkábbak voltak complicatiói discissio után, minők: synechia ant. és post., iritis, tensio-emelkedés, de annál gyakoriabbak extractio linearis után, nevezetesen: cicatrix adhaerens, lencsetokbenövés a corneasebbe, iritis cum hypopio et cum synechia posteriore. (Arch. für Augenheilk. XXXV., p. 267.)

A trachoma Japánban, Quisi szerint, az összes szembetegek 25%-át teszi. Leggyakoribb a 15—30 éves korban. A betegek 25·4%-ánál fejlődik pannus. (Centralbl. f. prakt. Augenheilk. XXI., p. 189.)

A trachoma gyógyítása terén tett tapasztalatait közli *Neese*. Különösen az 1-2% kreolin-oldatot dicséri, mely egyaránt jól hatna úgy a conjunctiva elváltozásaira, mint a pannusra. Cornea-complicatiók esetén antiseptikus kötést alkalmaz. Ha a conjunctiva elhegesedése folytán xerosis fenyegeti a szemet, jó eredményt látott a sublimatglycerintől (1 : 250).

Az operativ therapia terén elsőrendű fontosságot tulajdonít a külső zug bemetszésének, mely a szemhéjak részéről a corneára gyakorolt nyomás megszüntetését czélozza, nemkülönben a könyutak rendszeres sondázásának, mely által makacs pannusokat sikerült gyógyítania. A csomók kinyomkodását, a Keining-féle methodust és a peritomiát szintén dicséri, ellenben az átmeneti redő és a porcz kimetszését perhorrescálja. (Deutsche med. Wochenschr. 1897. Nr. 43.)

A glaucomáról közöl statistikai adatokat *Markow*. Óriási beteganyagának 1·25%-a szenvedett primaer glaucomában, melyről azt tapasztalta, hogy az 55-dik életévig a nőket jóval nagyobb számban lepi meg, mint a férfiakat, azon túl a 65-dik évig mindkét nemnél egyenlő arányban fordul elő, a 65-dik éven felül pedig viszont a férfiaknál lesz gyakoribb. Hogy a hypermetropiás szemek glaucomára különös hajlandósággal birnak, nem tudja megerősíteni. Érdekes az a megfigyelése, hogy a zsidóknak aránylag magas perczentje szenved e bajban. (Wratsch. 1897. Nr. 26.) (Archiv für Augenheilk. 1898.) *Prohászka László dr.*

VEGYESEK.

— *Egyetemi jutalomdíjakat nyert szemészeti pályamunkák.* A budapesti kir. magyar tudomány-egyetem folyó évi május hó 13-án tartott ünnepén a következő szemészeti pályamunkák szerzői nyertek jutalmat: 1. A Senger-féle alapból 260 frtot: *Pólya Jenő* V. éves orvostanhallgató (Vizsgáltassék glaucomás szemeken az elülső csarnok zugának állapota, a készitmények mellékeltessenek). A 280 oldalú pályamunkához 408 drb. praeparatum, 100 fénykép és 356 esetről szóló táblázat van csatolva. A jutalomdíjat a kar külön dicsérete mellett adták ki. 2. A Pasquich-féle alapból 70 frtot *Hauer Ferencz* V. éves orvostanhallgató (Az atropinos kötőhártyagyuladás-kór okának tanulmányozása szövettani vizsgálatok, a kórkép jellemzése és betegészlelés alapján). A 235 oldalos pályamunkához 43 eset leirása és 3 eset szövettani praeparatumai, valamint 2 fénykép képezik a mellékleteket. 3. A Pasquich-féle alapból 70 frtot *Schwitzer Hugó* V. éves orvostanhallgató (A szürke hályog keletkezésének tanulmányozása — a mennyiben statistikai alapon lehetséges). A statistikai adatok 3764 esetre vonatkoznak.

Valamennyi pályamunka Schulek Vilmos tanár budapesti egyetemi szemklinikáján készült.

— *Trachoma-útmutató* a trachoma elleni hatósági eljárás, az erre vonatkozó rendeletek, a trachoma-kór és gyógytan kapcsán. Hatóságok és orvosok számára irta dr. *Feuer Nathaniel* kir. közeg. felügyelő, a szemészet ny. rk. tanára a budapesti egyetemen, a szent István-kórház trachoma-osztályának vezetője stb. *III-ik átnézett kiadás*, 1898. Budapest. A 8 év előtt első kiadásban megjelent trachoma-útmutató czélja az volt, hogy a fennálló rendeletek értelmében a közönséggel egyrészt a trachoma-kór elterjedését gátló, az egész országra szóló, másrészt a trachomás vidékekre érvényes különös intézkedéseket megismertesse. Négy évvel később a tetemesen bővített második kiadás jelent meg, most pedig az újabb rendeletekkel kiegészitett harmadik kiadás hagyta el a sajtót. A füzet az egész országos trachoma-szolgálatról ad felvilágositást. A trachomaellenes eljárás megindításában és annak szervezésében a szerzőnek nagy érdemei vannak; a *Tisza Kálmán* által 1884-ben kiadott utasitást is ő fogalmazta. Az eljárás lényege: a baj tovaterjedése ellen való megelőző intézkedések rendszeresitése s a kötelező gyógyitás kimondása. Nagyon kivánatos volna azonban, ha az Imre József által már régen ajánlott eszmét: vidéki szemkórházak létesitését az illetékes tényezők felkarolnák; ezek a gyógyitásba vetett bizalmat növelnék s az egész eljárás végrehajtását — mely eddigelé nagyon hiányosan történt — lehetővé tennék. Az utasitásnak orvosok számára készülő részéről maga a szerző is elismeri, hogy némely részében elévült s ezért a gyógykezelésről szóló részt vonal alatt az újabb eljárások ismertetésével ki is egészíti; minthogy azonban a kórtani rész is sok tekintetben kifogásolható, nagyon kivánatos volna e fejezetnek gyökeres átdolgozása; 15 év nagy idő, mely alatt nézeteink, felfogásaink tisztultak s ismereteink jelentékenyen gyarapodtak. A törvényhozás elé terjesztett újabb javaslatok azt a reményt keltik, hogy a közegészségügy hathatósabb támogatásban fog részesülni, kivánatos, hogy a trachomaellenes küzdelem intensivebb folytatására annak nagyérdemű szervezője: könyvünk szerzője a szükséges anyagi eszközöket meg kapja.

— *Új könyvek:*

Baudry. Simulation de l'amaurose et de l'amblyopie. Tallandier. Lille.

Panas et Rochon-Duvigneaud. Recherches anatomiques et cliniques sur le glaucome et les néoplasmes intraoculaires. Paris. 1898.

Terson A. Technique ophthalmologique. Paris, 1898.

Steindorff K. Die isolirten direkten Verletzungen der Sehnerven innerhalb der Augenhöhle. Halle, 1898.

Reddingius R. A. Das sensomotorische Schwerkzeug. Leipzig. 1898.

Peters A. Tetanie und Starbildung. Ein Beitrag zur Pathologie und pathol. Anatomie der Linse, Bonn, 1898.

Haab O. Atlas und Grundriss der äusseren Krankheiten des Auges. München, 1898.

Czermák W. Die augenärztliche Operationen. 11. und 12. Heft. Wien, 1898.

Berger E. Farbenlehre. Leipzig, 1898.

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

Negyvenkettedik évfolyam. 31. szám. *Budapest, 1898. julius 31.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIR. MAGYAR TUD. EGYETEM II. SEBÉSZETI KLINIKUM

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HŐGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Hőgyes Endre: A budapesti Pasteur-intézet statistikája 1897-ben kapcsolatban az előbbi évek adataival. 371. l.
Justus Jakab: A syphilis malignáról. 373. l.
Jendrássik Ernő: Közlemény a budapesti egyetemi II. belklinikáról. Az átöröklődő idegbajokról. 374. l.
Tárcza. *Walla Béla:* Gynaecologia Amerikában. 376. l.
Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. A. Gottstein:* Allgemeine Epidemiologie. 377. l. — *Lapszemle. Áldor Lajos:* Van-e a pepsinnek antizymotikus hatása a gyomorban végbemenő erjedési folyamatokkal szemben. 378. l.
Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — A Torontálvármegyei orvosok nyugdíj-egyesülete. — Az országos orvosi szövetség jövő évi congressusa. — Pomáz-Margitligeti üdülőhely. — A nagykárolyi nyilvános közkórház kimutatása. — Értesítés. — Fürdőink látogatottsága. — Lakásváltoztatás — Megjelent. — Hibaigazítás — Szt. Lukács-fürdő. — Herczel dr. — Baumgarten Samu dr. 379. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A budapesti Pasteur-intézet statistikája 1897-ben kapcsolatban az előbbi évek adataival.

Közli: *Hőgyes Endre* tanár.

A veszettség évi statistikájának nyilvántartása az intézet részéről a következő. A tiszti főorvosi évi jelentések, a belügyminister úr e tárgyban kiadott rendeletei alapján névleg felsorolják az egyes törvényhatóságok területén felmerülő veszett vagy veszettségre gyanus állatmarta egyéneket; rendeletileg előirt kérdőíveken jelentik, hogy a maró állatok közül hányon és mely esetekben volt a veszettség állatorvosilag constatálva? a megmart egyének közül hány és ki kereste fel a budapesti Pasteur-intézetet, hány és ki maradt otthon? végezetre hogy a veszettség kitörése ellen orvosolt és nem orvosolt egyének közül hányon és kiken tört ki a veszettség? A tisztifőorvosi ez évi jelentéseket a belügyministerium átteszi a budapesti Pasteur-intézet igazgatóságához, a hol az adatok az intézetnek folyton evidentiában tartott saját statistikai adataival névleg és esetenkint egybevettetnek és a felmerülő differentiák minden egyes esetre vonatkozólag utólagos correspondenciák útján, melyek néha még a megelőző évekre vonatkozólag is visszanyúlnak, lehetőleg tisztára deríttetnek.

Ez egybevetés 1897 eleje óta megtörténik a magy. kir. statistikai hivatal idevonatkozó havi adataival is, melyek a halottkémi jelentések alapján állíttatnak össze és az ott jelzett veszettség-halálesetek mindegyike után tudakozódás tárgyát képezi, a mely ez idő szerint még a halottkémi jelentésnek e tekintetben számos tévedéseit deríti fel, a mennyiben az ott veszettségnek jelzett halálesetek egy részére kiderül, hogy a nem-szakértő halottkém sok esetben „vízibetegség“, más esetben „görcsök“ és „eskór“ helyett irja be halál-okul a jelentésbe a „víziszony“-t.

Minden hibaforrásokat lehetőleg kiküszöbölve a veszettségre és annak orvoslására vonatkozó legfontosabb adatok az 1897-dik évet illetőleg, összevetve azokat az 1890-dik év április havától 1897-dik év végéig terjedő, tehát az intézet eddigi nyolczéves összes működését feltüntető revideált adatokkal a következők:

I.

Magyarországon az 1897-dik év folyamán 1648 veszett és veszettségre gyanus állatmarta egyén esete jutott hivatalos tudomásra. Ezek közül 1482 egyén nyert teljes védoltást a veszettség kitörése ellen, 166 egyén pedig részint otthon maradt (161 eset), részint pedig oly időben jelent meg a védoltásra, midőn az védőhatását már nem gyakorolhatta (5 eset).

Az 1482 teljes orvoslást nyert egyén közül veszettségben elhalt 7 egyén: a halálozás aránya ezek között tehát 0·47%; a 166 védoltatlan vagy tökéletlenül védoltott egyén közül elhalt 19 egyén: a halálozás aránya ezek között tehát 11·44%.

Az antirabikus gyógyitásban részesült és nemrészesült magyarországi veszettállatmarta egyének között az intézet keletkezése óta az *évenkénti halálozás* a következő volt:

Teljes antirabikus védoltást kaptak				Antirabikus védoltást vagy elégtelenül (53 esetben) vagy egyáltalán nem kaptak (1495 esetben)		
év	szám	halottak	halálozási arány	szám	halottak	halálozási arány
1890.	510	8	1·56%	465	64	13·76%
1891.	574	3	0·52%			
1892.	506	6	1·18%	143	33	23·07%
1893.	623	4	0·64%	147	13	8·84%
1894.	1120	31[1]	2·76%	228	36	15·78%
1895.	1192	3	0·25%	220	26	11·81%
1896.	1468	2	0·13%	179	28	15·64%
1897.	1482	7	0·47%	166	19	11·44%
Összesen	7475	64	0·85%	1548	219	14·14%

E táblázatból tehát kiderül:

a) hogy nyolcz év tapasztalata alapján az antirabikus védőoltásokban nem részesülő veszettállatmarta egyének között a halálozás átlag 14·14%-ra tehető; továbbá

b) hogy az antirabikus védőoltások ezen halálozási arányt átlag véve az 1% alá szállitják alá.

Az intézet fennállása óta Magyarországon jelentkezett *összes lyssa-haláleseteket* a marottak számára tekintet nélkül a szerint csoportositva, vajjon *részesültek-e vagy nem antirabikus védőoltásban?* a következő táblázat keletkezik.

Év	Veszettségben elhaltak száma	Ezek közül			
		teljes védoltásban részesültek		védoltásban nem, vagy csak tökéletlenül részesültek	
		szám	%	szám	%
1890—91	75	11	14·66	64	85·34
1892	39	6	15·39	33	84·61
1893	17	4	23·52	13	76·48
1894	67	31	45·96	36	54·64
1895	29	3	10·34	26	89·66
1896	30	2	9·99	28	90·01
1897	26	7	26·92	19	73·08
összesen	283	64	22·61	219	77·39

Ha pedig az 1894. évet, mint az [1] számú jegyzet szerint hibásat kihagyjuk a számításból, a többi 7 év alatt a következő arány jön ki:

216 lyssa-halál közül 33 (15·27%) volt olyan, mely gyógykezelést kapott és 183 (84·73%) olyan, a ki gyógykezelésben nem részesült: *tehát Magyarországon hét év folyamán az antirabikus védőoltást nem kapott lyssa-halálesetek körülbelül öt és félszerte multák felül az antirabikus védőoltásban részesült lyssa-haláleseteket.*

II.

A budapesti Pasteur-intézetben az 1897-dik év folyamán a fennebb emlitett 1482 magyarországi egyénen kivül 193 *nem magyarországi egyén* kapott antirabikus teljes védőoltást, úgy hogy az intézetben ez év folyamán összesen 1675 egyén részesült teljes antirabikus védőoltásban. Ezek közül megkapta a veszettséget: 7, a halálozási százalék tehát: 0·41%.

A következő tábla a teljes antirabikus védőoltásokat kapott egyének számbeli *összes forgalmát* tüntetik fel az intézet fennállása óta.

Év	Orvosolt egyének	Halottak	Halálozási arány
1890.	528	8	1·51%
1891.	592	3	0·50%
1892.	568	6	1·05%
1893.	700	4	0·57%
1894.	1200	34[1]	2·83%
1895.	1326	4	0·30%
1896.	1604	3	0·18%
1897.	1675	7	0·41%
Összesen	8193	69	0·84%

III.

A budapesti Pasteur-intézetben orvosolt egyének *a maró állat veszettségének bizonyossága* szerint következő csoportokra osztatnak fel:

A) csoportba vétetnek fel azok az esetek, a hol a maró állat veszettsége kisérletileg van kimutatva vagy állatoltásokkal, vagy pedig az által, hogy az egyidejűleg megmart egyének vagy állatok közül valamelyiken kitört a veszettség.

B) csoportba vétetnek azok az esetek, a melyekben a maró állat veszettségét állatorvosi észlelet vagy boncolat igazolja.

C) csoportba vétetnek azok az esetek, melyekben a marás veszettségre gyanus állatoktól eredett.

A *marássebek súlyossága* szerint szintén három csoportba osztatnak be az esetek, ú. m. *fejsebekre, kézsebekre, láb-* és *törzssebekre.*

Ilyen módon felosztva, az 1897-ben orvosolt eseteket a következő tábla tünteti elő. Minden csoportban az első szakasz a marottak, a második a halottak számát, a harmadik a halálozási százalékot tartalmazza.

	Fejsebek			Kézsebek			Láb- és törzssebek			Összesen		
			%			%			%			%
A) csoport	9	0	0	61	2	3·27	46	1	2·17	116	3	2·58
B) csoport	105	0	0	399	3	0·75	523	0	0	1027	3	0·29
C) csoport	51	1	1·96	198	0	0	283	0	0	532	1	0·18
Összesen:	165	1	0·60	658	5	0·74	852	1	0·11	1675	7	0·41

[1] Az 1894-dik év folyamán kimutatott feltünő nagy halálozás a védoltottak között arra vezethető vissza, hogy ez évben az intézetben jelentkezők száma az előbbi évekhez képest 700-ról 1200-ra, tehát 71%-kal emelkedett. Miután e rohamos emelkedés előrelátható nem volt, a *„szárított velő"*-készlettel különösen a nyári hónapokban, midőn az intézetbe tódulás hirtelen felszállott, nagyon gazdálkodni kellett, s e miatt egy nagy része a védoltottaknak a viszonyok kényszerítő hatása miatt hiányos gyógyításban részesült. Az intézet vezetője különösen e körülmény nyomása alatt határozta el magát arra, hogy az eredeti Pasteur-féle *„szárított velő"*-módszert a gyógyításnál abba hagyja és kizárólag a saját *„diluáló"* módszerét alkalmazza. E módszernek egyéb előnyei mellett az az előnye is megvan, hogy ilyen zavarok, t. i. hogy az intézetnek elég védoltó anyag ne álljon rendelkezésre, ha csak absolut nyulhiány nem áll be — a mely esélynek különben az intézet helyiséghiányai folytán mindig ki van téve — nem igen támadhatnak.

A következő összeállítás hasonló csopotokra osztva tünteti fel a védőoltások egyetemes eredményét az intézet egész eddigi működése alatt, 1890. április 1-jétől 1897. deczember 31-dikéig.

	Fejsebek			Kézsebek			Láb- és törzssebek			Összesen		
			%			%			%			%
A) csoport	83	4	4·81	370	4	1·08	279	3	1·07	732	11	1·50
B) csoport	520	17	3·26	2514	16	0·63	2520	10	3·57	5554	43	0·77
C) csoport	180	6	3·33	830	8	0·96	897	1	0·11	1907	15	0·78
Összesen:	783	27	3·44	3714	28	0·75	3696	14	0·37	8193	69	0·84

IV.

Az 1897-dik év folyamán a marottak az eredeti Pasteur-féle *„szárított velő-módszer"* helyett kizárólag az intézet főnöke által több év óta életbe léptetett ú. n. *„friss fix virus diluáló"*-módszer alkalmaztatott az előbbeni évekéhez hasonló, sőt kedvezőbb eredménynyel.

A kétféle módszer eredményességéről a budapesti Pasteur-intézetben a következő összehasonlító táblázat ad felvilágositást.

1890 és 1895. évek folyamán a Pasteur-féle „szárított velő-módszer" szerint orvosoltakra vonatkozólag a védoltások eredménye következő volt.

	Fejsebek			Kézsebek			Láb- és törzssebek			Összesen		
			%			%			%			%
A) csoport	34	4	11·76	168	1	0·59	125	2	1·60	326	7	2·14
B) csoport	242	12	4·95	1066	8	0·75	1287	10	0·77	2595	30	1·15
C) csoport	44	5	11·36	175	8	4·57	270	1	0·37	489	14	2·86
Összesen:	320	21	6·56	1408	17	1·20	1682	13	0·77	3410	51	1·49

Az intézet fennállása óta a *„friss fix virus diluáló"* módszer szerint orvosoltakra vonatkozólag 1897 végéig a védoltások a következő eredményeket adták:

	Fejsebek			Kézsebek			Láb- és törzssebek			Összesen		
			%			%			%			%
A) csoport	49	0	0	203	3	1·47	154	1	0·64	406	4	0·98
B) csoport	278	5	1·76	1448	8	0·55	1233	0	0	2959	13	0·43
C) csoport	136	1	0·73	655	0	0	627	0	0	1418	1	0·07
Összesen:	463	6	1·29	2306	11	0·47	2014	1	0·04	4783	18	0·37

V.

A budapesti Pasteur-intézetben 1897 folyamán teljes orvoslást kapott 1675 és az intézet fennállása óta 1890—97-dik években összesen orvosolt 8193 egyén *illetőség* szempontjából következőleg oszlott meg.

	1897-ben	1890—97-évben
Magyarországi illetőségű volt:	1482;	7475
Horvátországi és szlavoniai „	77	346
Boszniai és herczegovinai „	50	120
Szerbiai „	56	136
Montenegrói „	5	10
Bulgáriai „	1	1
Ausztriai „	1	101
Németországi „	3	3
Romániai „	—	1

A következő tábla első rovatában az 1897. év folyamán orvosolt 1482, második rovatában az intézet felállítása óta 1890—1897-ben orvosolt 7475 *magyarországi egyén megyék* szerinti elosztódását tartalmazza.

Megye	1897	1890—97	Megye	1897	1890—97	Megye	1897	1890—97
Abaúj-Torna	11	137	Háromszék	12	62	Szatmár	5	110
Alsó-Fejér	29	104	Heves	34	140	Szeben	8	39
Arad	33	201	Hont	11	63	Szepes	21	46
Árva	2	2	Hunyad	15	108	Szilágy	11	71
Bács	78	167	J.-N.-K.-Szoln	71	269	Sz.-Doboka	14	46
Baranya	42	171	Kis-Küküllő	11	45	Temes	60	175
Bars	7	44	Kolozs	7	46	Tolna	39	236
Békés	11	106	Komárom	12	156	T.-Aranyos	10	39
Bereg	1	30	K.-Szörény	31	150	Torontál	61	247
Beszt.-Naszód	1	13	Liptó	—	6	Trencsén	11	67
Bihar	35	196	Máramaros	11	130	Túrócz	7	12
Borsód	4	75	Maros-Torda	17	112	Udvarhely	17	36
Brassó	4	41	Moson	2	18	Ugocsa	—	36
Csanád	16	106	Nagy-Küküllő	5	55	Ung	36	131
Csík	2	18	Nógrád	41	160	Vas	8	30
Csongrád	37	102	Nyitra	30	111	Veszprém	29	122
Esztergom	4	73	Pest	268	1165	Zala	7	60
Fehér	29	228	Pozsony	28	101	Zemplén	28	192
Fogaras	8	21	Sáros	20	58	Zólyom	7	76
Gömör	21	59	Somogy	13	126	Fiume	12	12
Győr	8	62	Sopron	1	22	Összesen ...	1482	7475
Hajdu	32	151	Szabolcs	36	182			

VI.

Az 1897-dik év folyamán védőoltáson jelentkezettek *korbeli, nembeli* és *foglalkozásbeli* viszonyaira vonatkozólag az előbbi évek azon tapasztalata mutatkozott, hogy *ez év folyamán is a földmíves- és iparos-osztály 6—15 éves fiúgyermekei voltak leginkább kitéve a veszettállat-marás esélyeinek.*

A marás-esetek keletkezésére is az előbbi évek tapasztalata ismétlődött: a legtöbb veszettségre gyanus állatmarás kutyamarás volt: körülbelül 91%; azután macskamarás körülbelül: 8%; végre egyéb állattól eredő veszettségfertőzés körülbelül 1%.

A veszettség-esetek *szaporaságának időbeli fluctuatióját* az intézet felállitása óta a következő tábla mutatja.

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I—XII
1890.	—	—	—	11	52	82	107	78	46	84	34	34	528
1891.	34	34	65	58	50	60	76	58	46	38	30	43	592
1892.	24	28	30	49	54	72	52	77	59	55	27	41	568
1893.	60	47	35	75	72	73	97	55	46	43	50	47	700
1894.	70	50	78	107	107	97	120	168	143	98	60	102	1200
1895.	117	146	102	67	112	109	122	99	111	115	100	126	1326
1896.	108	135	104	137	156	130	157	151	177	121	131	97	1604
1897.	144	116	121	141	155	138	159	142	136	147	122	154	1675
1890—97.	557	556	535	645	758	761	890	828	764	701	554	644	8193

E táblából kitünik, hogy Magyarországon és a szomszédos országokban átlag véve *legtöbb veszett vagy veszettségre gyanús állat-marás eset fordul elő juliusban és augusztusban, legkevesebb pedig novemberben.*

A syphilis malignáról.

Justus Jakab dr., az egyetemi bőrkórtani klinika volt tanársegédétől

(Folytatás.)

Hasonló értelemben, mint *Neisser*, nyilatkozott *Haslund* is, a ki a következőkben foglalta össze nézetét: syphilis maligna alatt csak olyan syphilisalakot értünk, a mely rövid idővel az infectio után a bőrfelület nagy részét fekélyesedő elváltozásokkal borítja el, a mely fekélyedések nem mutatnak hajlandóságot a spontan gyógyulásra, ellenben gyakran tovaterjedő, sőt phagedaenicus alakokká változnak. Ezen ulceratiók *mindig a secundaer productumok* révén keletkeznek, még pedig papulákból és pustulákból. Leggyakrabban a syphilis maligna csak a bőrt támadja meg, néha azonban még a nyálkahártyák is megbetegszenek. Csakhogy a nyálkahártyák bántalmazottsága sokkal csekélyebb jelentőségü és sokkal kevésbbé rosszindulatú, mint a köztakaróé. Ritka dolog, hogy másutt is látnánk localisatiókat, mint periostitist, avagy iritist és sohasem mutatkoznak klinice észlelhető elváltozások a belső szervekben, az edény- vagy az idegrendszerben.

Haslund is súlyt fektet arra, hogy a syphilis malignát a syphilis praecoxtól és a syphilis gravistól megkülönböztessük.

Az egyetemi bőrkórtani klinika járó rendelésén, illetve a szt. István-kórház bőrbeteg osztályán az utóbbi négy év alatt tíz oly beteget észleltünk, a kiknek kórállapota iskolánk felfogása szerint a syphilis maligna szóval volt jelezhető. Felfogásunk a kór elhatárolására nézve legközelebb áll *Neisser* felfogásához és syphilis maligna alatt a rendes syphilis esetektől qualitative eltérő kórállapotot értünk, a mely sem a syphilis praecox-sal, sem a syphilis anomalis gravissal össze nem téveszthető, s a melyből természetesen kiesik minden oly kóreset, a hol a syphilis localisatiója adja okát a prognosis súlyosságának. Mert nem cselekedhetünk úgy, mint *Tarnowsky*, kinél a malignus szó nem a kórfolyamatra, mint olyanra vonatkozik, hanem a kórfolyamat lényegével összefüggésben nem levő localis vagy egyéni viszonyok folytán előálló prognosis rosszabbodásra.

Mert elvégre bizonyos, hogy a legkönnyebb betegségek között is találunk olyanokat, a melyek az egyénre nézve súlyos vagy halálos következménynyel járhatnak. De a malignus szóval jelelni az ilyent, még a mindennapi orvosi életben sem szoktuk. Senki sem mondja malignus tumornak a lipomát, bár olyan legyen is székhelye, hogy valamely, az életre fontos szerv működését veszélyeztesse, mivel nyilvánvaló dolog, hogy nem a lipoma természetében rejlik a lefolyás esetleges súlyosságának az oka, hanem csak annak — hogy úgy mondjam — véletlen, a kórfolyamat minemüségével összefüggésben nem levő localisatiójában. Hasonlóképen a syphilis gravis s syphilis abnormalis gravis (praecox) nem vonhatók be a syphilis maligna kórképének keretébe. Ezen elnevezésekkel klinice súlyosabb tünetekkel járó, vagy pedig a szokott idő előtt súlyos tünetekkel jelentkező alakokat jelölünk, azonban ezen esetek általában véve s ezen tünetek egyenkint méltatva csak fellépésüknek sorrendjében vagy koraiságában mutatnak eltérést a syphilis casusoknak nagy többségétől, de sem histopathologiai sem therapeuticai viselkedésük szerint emezektől lényegileg el nem térnek. Ellenben tapasztalataink szerint azon második osztályt, melyet *Tarnowsky*, mint pyo-syphilitikus infectiót állit fel, belevonjuk a syphilis maligna kórképébe. A legutóbb észlelt eseteket vagyok bátor kivonatosan közölni.

1. M. E., 30 éves hajós. Kórelőzmény: Anyja él és egészséges, apja elmebetegségben halt meg. Tizenkét testvére közül 3 él és egészséges, a többi kis korában halt meg. 1887-ben harmadnapos váltólázban szenvedett, 1895. novemberében pedig sokizületi gyuladása volt. 1896. január havában fekélye támadt a sulcus coronariuson, a mely szürke tapaszra állitólag 2 hét alatt begyógyult. Ugyanazon év április havában az előbbi fekély helyén egy másik támadt, a mely a beteg kimondása szerint feltünő kemény tapintatú volt. Ezen fekélye s a mindinkább növekedő s fájdalmas lágyékmirigyek miatt kereste fel május havában az izraelita kórházat, a hol egész junius elejéig tartózkodott, a mely idő alatt azonban sem a bőrön, sem a nyálkahártyákon tünetek nem jelentkeztek. Junius hó vége felé nagymérvü torokfájdalmai miatt orvosi segélyt keresett. A fájdalmak rövid kezelésre megszüntek és a beteg augusztus hó közepe tájáig jól érezte magát, a mikor is először vett észre a jobb alkar hajlító oldalán egy krajczárnyi vörös kivirágzást, a mely lassankint terjedt, de subjectiv tünetekkel nem járt. Néhány héttel utóbb a köztakarón szétszórtan hasonló kivirágzásokat vett észre; a melyekre saját jószántából szürke tapaszt rakosgatott. Csakhogy a kütések lassan akartak visszafejlődni, nagymérvü fej és torokfájás lepte meg, a mi arra késztette, hogy 1896. decemberében osztályunkra vétesse fel magát.

Jelen állapot:

A jól fejlett, de meglehetősen lesoványodott férfibeteg belső szervei felett eltérés nem található. A hajzatos fejbőrön, továbbá a hajzat homlokhatárán kölesnyi és annál nagyobb, elszórt, vagy egymás mellett álló, barnás-vörös alapon ülő, meredek szélü, kerek, sárgás genynyel fedett vagy pedig vaskos pörkkel takart fekélyek találhatók. Itt-ott olyan is látható, a melyik közepén hegedésnek indult. A felső végtagokon, nevezetesen a jobb vállon, a jobb felkar feszítő és az alkar hajlító oldalán egy-egy, valamint a bal könyök táján két, egymás mellett álló, tenyérnyi nagyságú, kerekalakú, élesen határolt, felhányt szélü fekély található, a mely a bőr szine fölé 2—3 mm.-nyire kiemelkedő barna-vörös beszüremkedésen ül. A barnás-vörös infiltratum által

*

körülhatárolt területen sűrűn egymás mellé sorakozó, szamóczaszerű halványvörös sarjadzások láthatók, a melyek gyors növekedésökben a bőr színe fölé 5—6 mm.-nyire kiemelkednek. Hasonló, de kisebb három kivirágzás látható a gerinczoszlop bal széle mentén s a bal belboka alatt, úgyszintén a bal felszáron; a bal térden pedig egy visszafejlődésben levő, fillérnyi barnásvörös, tetején kevés pörkkel fedett, tömött tapintatú göb található. A háton, a bal glutaealis tájon, a bal tibia mentén pigmentfoltok. A glans penisen a húgycső nyiláshoz közel felhányt szélű, genyes lepedékkel fedett, kemény tapintatú kiemelkedés.

* * *

2. R. S., 27 éves sütőegéd: Szülei és testvérei élnek és egészségesek. Három évvel ezelőtt fekélye támadt a penis bőrén, utána jobboldali lágyékmirigye elgenyedt. Egy évvel ezelőtt újra fekélye támadt, a melyet jodoformmal kezeltek, 10 hét alatt begyógyult s 2 hónappal utóbb torokfájása támadt; akkoriban 15 bedörzsölést végzett, juliusban újólag 65-öt. Ezek után ujjain és lábain újra támadtak fekélyek, a melyeket szürke tapaszszal kezelt s mivel állapota nem javult, deczemberben klinikánkra vétette fel magát.

Jelen állapot:

Az alacsonyabb termetű, ép csontrendszerű, közepesen táplált férfibeteg belső szervei felett eltérés nem található. A hajzatos fejbőrön itt-ott elszórva, különösen a tarkón köralakban sorakozva, vaskos pörkkel fedett, borsónyi nagyságú, vagy valamivel nagyobb fekélyek láthatók. Az arczon az orr két oldalát elfoglaló korrészletekből összetevődő vörösesbarnás folt, a melynek szélei kevéssé kiemelkedők. A torokban az uvula jobbra elhúzódott; a mellső garativek elsimultak; a száj nyákhártyáján az epithel számos helyütt megvastagodott, az ajkszögletekben plaque-ok. A karokon, különösen a könyök táján vaskos pörk alatt kráterszerű fekély. A bal vállon 3 tallérnyi terjedelmű, barnás-vörös papulákkal szegélyezett kör. A crena aniban barnás-vörös pigmentfoltok, hasonlók a vállakon.

A legérdekesebb elváltozások az ujjcsúcsokon találhatók. Az újjak csúcsai kékes színűek, az utolsó phalanx megduzzadt, nyomásra érzékeny; a duzzanat különösen a körömágy körül emelkedik fel legjobban és ha megnyomjuk, belőle a köröm felé geny szivárog ki. A körmök az elváltozásnak többféle stadiumában találhatók. A bal hüvelyken a köröm ulnaris fele hiányzik, a megmaradt rész fényét veszitette, egyenetlen, horpadásokat mutat; állományában nagy, kékesfekete foltok láthatók, proximalis szélével genybe van ágyazva; a bal nagy ujjon a köröm legnagyobb része hiányzik, a megmaradt része fellazult, fehéres, egyenetlen, fénytelen s nyomásra alóla geny ürül ki. Majdnem teljesen hiányzik a köröm a bal mutatóujjon, a jobb mutató-, hüvelyk- és a jobb kis ujjon. A bal gyűrűs ujjon a köröm növekedése eltérést mutat, a mennyiben a distalis rész szélesebb és barnább, mint az ágyhoz közelebb fekvő, a mely keskenyebb és világosabb, jobban görbült s a melyet a szélesebb résztől csekély, barnásan pigmentált bemélyedés választ el. A lábujjak körmei csak a szokásos, a lábbeli által előidézett elalaktalanodásokat mutatják; a lábbujjak közt és azok tövében, az alsó felszinen felületes genyedő fekélyek találhatók.

* * *

3. V. R., 30 éves czipészsegéd. Apját nem ismerte, anyja mellbetegségben halt meg. Két testvére él és egészséges, egy másik gyermekkorában halt meg. Emlékezése szerint eddig nem volt beteg.

Másfél évvel ezelőtt fekélye támadt a fityma belső lemezén, a melyet szürke tapaszszal kezeltek a szt. Rókus-kórház járórendelésén. A fekély 3 hónap mulva behegedt. Mult év májusában torokfájás miatt a dolog-kórházba vétette fel magát, ugyanakkor vizeléskor is voltak fájdalmai. A dolog-kórházban 10 naponként izomközti kénesős befecskendést kapott, összesen hatot; junius 28-dikán innen kiment. Két héttel rá a jobb heréjében fájdalmas csomó támadt és újra a dolog-kórházba került, szürke tapaszt kapott és belsőleg jodkalit. Távozása után 14 napon át heves fejfájásban szenvedett, arczában is erős fájdalmat érzett, úgy hogy kénytelen volt visszamenni. Arczán ekkor apró vörös csomók támadtak. Mult évi október 2-dikán osztályunkra helyezték át.

Jelen állapot:

A beteg középmagasságú, jól fejlett csontrendszerű, gyengén táplált. Belégzéskor a mellkas felső része hátramarad, jobboldalt inkább. Mindkét tüdőcsúcs erősen beszüremkedett. A fejbőrön a haj nagy területen hiányzik. A homlokon, mindkét arczon, az orrcsúcson, az állon felületesebb vagy mélyebbre hatoló, köralakokból összetevődő számos, felhányt szélű, egyenetlen alapú, genyes lepedékkel fedett fekély; itt-ott a fekélyeket vaskos rupiaszerű sárgás-barna pörkök fedik. Az orrszél számos apró fekélyedés által kimaródottnak látszik. Torokban elváltozás nem található, a szájszögletekben plaque-ok. A felső végtagokon elszórva vaskos rupia pörkök alatt krajczárnyi, sőt tallérnyi fekélyek, hasonlóképen az alszárakon, a czombokon és a segpofákon. A fekélyek között itt-ott kerek bemélyedt hegek is láthatók, különösen az alkaron és a tarkón.

* * *

4. 64 éves napszámos, 4 évvel ezelőtt volt a penisén fekélye, mely 6 hét alatt meggyógyult. Akkor kórházban feküdt s jodoformmal gyógyították. Higanyos gyógyításban nem részesült. Két hónappal azután testének különböző részein fekélyek támadtak, a mikor újolag jodoformmal porozták azokat s belsőleg jodkalit adtak neki. Fél évvel ezen ulcerosus kitörés után egy másik mutatkozott, a mely különösen az alszárakat, a hajzatos fejbőrt, valamint a homlok bőrét illette. A jelenlegi kiütés a negyedik kitörést képviseli.

Jelen állapot:

A senyves kinézésű egyén fej- és homlokbőrén számos sugárszerű, rendetlen alakokat mutató heg. Hasonló, egészen 4 cm. hosszú, kisebb-nagyobb hegek láthatók a mellen, háton, továbbá a karok feszítőkisebb mértékben azok hajlító felületén, a czombokon és az alszárakon; ez utóbbiak a tibiával párhuzamosak és köztük a legnagyobb a jobb alszár crista tibiaejának felel meg s körülbelül 15 cm. hosszú, 6—8 cm. széles. A hegek mindenütt csak a bőrben székelnek s ezzel együtt könnyen mozgathatók. A köztakarón igen számos fekély látható, még pedig kettő a háton, kettő a jobb alkar feszítő oldalán, egy a jobb czomb belső felületén, egy annak külső felületén a trochanter major szomszédságában, más a jobb malleolus mögött s az utolsó a bal alszár felső harmadán. Mindkét crista tibiae érdes, kissé megvastagodott. A bal trochanter majornak megfelelően körülbelül ökölnyi terimenövekedés, mely részben csontkemény, részben ruganyos tapintatú; felette a bőr rendes.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti egyetemi II. belklinikáról.

Az átöröklődő idegbajokról.

— Második közlemény. —

Irta: *Jendrássik Ernő* dr. egyet. ny. rk. tanár.

(Vége.)

Végre lássuk még a *szülők vérrokonságának* kérdését. Ezen kérdés *Menière* óta sokat vitatott, de még mindig nem befejezett része a kóroki kutatásnak. Nem akarok a vérrokonok házasságának káros vagy nem káros voltát bizonyító adatok részleteibe bocsátkozni, a kérdést legutóbb *Le Gendre*[1] úgyis alaposan átvizsgálta, de hangsúlyozni kívánom, hogy ezen tekintetben sem az állattenyésztők adataiból, sem egyes egészséges családoknak közölt esetéből véglegesen bizonyító argumentumot nyerni nem lehet. Ezen esetekben ugyanis az ascendensek jó tulajdonságai voltak kiválók s így az eredmény is jól sikerült, de majd minden szerző, így *Laurent*[2] is, kiemeli, hogy ha kóros sajátságok vannak a szülőkben, úgy ezek, mivel hasonlók nagyobb mértékben kerülnek elő a leszármazókban. Ezen veszedelemtől óhajtja megszabadítani *F. Regnault* az orvosokat, a midőn javasolja, hogy ha ily tárgyban véleményüket kikérik, a rokon mátkapárt beható vizsgálat alá vesse s a házassághoz csak akkor adja tanácsát, ha azokban semmi kóros sajátságot nem észlelt. Azt hiszem, hogy ezen tanács nem sokat ér: először, mert ilyen esetekben nem igen kérik az orvos tanácsát, másodszor és főleg, mert ezen kérdésre előzetesen egyáltalában nem lehet felelni; a legsúlyosabb öröklött degeneratiókban ugyanis: a Friedreich-féle ataxiában, az izomdystrophiákban, a merevgörcsös bénulásban, daczára, hogy átöröklődésből való származásuk gyakran kétségtelen, a szülőkben rendszerint e bajoknak semmi megbizható nyomát nem tapasztaljuk; ha pedig ilyenféle baj a mátkapár egyikén felismerhető, avagy csak tudomásunkra jut, hogy főleg a leány családjában ilyenféle esetek előfordultak, úgy a leszármazók azon esetben is már veszélyben forognának, ha szüleik nem volnának vérrokonok.

Daczára azonban, hogy a vérrokon kötelékekből származó gyermekek legnagyobbrészt teljesen rendesen fejlődnek s általában az átöröklődő degeneratiók veszedelmének sincsenek kitéve: úgy mégis ezen bántalmak egyes alakjaiban ezen kóroki momentum gyakorisága igen feltünő. Így *Trousseau* már kiemelte, hogy az epilepsiás egyének sokszor vérrokon szülőktől származnak, azóta sokan hoztak fel ezen irányban bizonyító adatokat, mindazonáltal főleg az újabb időben egyes szerzők ezen tényező befolyását az epilepsiára nem akarják elismerni, vagy legalább annak jelentőségét tagadják. Úgy vélem, a különböző szerzők ellentmondó adatai abban találják magyarázatukat, hogy az epilepsia nem önálló, aetiologiailag azonos kóralak, hanem csak különböző pathologiai okból származó tünet, a melynek kifejlődésére az öröklött hajlandóság az esetek nagy részében szükséges: ha az ilyen

[1] *Le Gendre* czikke Bouchard Traité de pathologie générale, Paris 1895 czimű művében.

[2] *Laurent* Mariages consanguins et dégénérescences. Paris, 1895.

eseteket különválaszthatnók s csak ezeket vennők tekintetbe, úgy a vérrokonság befolyása szembetünőbbé válhatna. Alkalmam van egy idetartozó észlelet közlésére.

P. I., 14 éves leányt 1897. május 28-dikán hozták hozzám szülei. E gyermek szellemi fejlődésben minden feltünő ok nélkül visszamaradt s körülbelül 5—6 éves korában epilepsiás rohamok törtek ki rajta. E rohamok, a mint azok részleteit *Fleischner Benő* dr. szíves értesítése alapján tudom, 3—4 óra hosszat, sőt egész napig is eltartanak, az utóbbi időben 5—6 hónapban egyszer ismétlődtek, míg évekkel ezelőtt sokkal gyakrabban jelentkeztek. A roham alatt szivdobogás és zavart magaviselet tünik szembe: a beteg fenjár, kimeresztett szemekkel, az útjában eső tárgyakat többnyire elkerüli, az elébe tett ételeket esetleg megeszi, a hozzá intézett kérdésekre azonban ritkán felel, többnyire nem látszik megérteni azokat, de gyakorta ismétli, hogy húzzák le a czipőt lábáról (szülői szerint valószinüleg a bal lábán érez ilyenkor czipőszorításhoz hasonló érzést). A roham után az az alatt történtekre egyáltalában nem emlékezik. Vizsgálatkor a beteg testalkata korához mérten gyengén fejlett volt, de emlői és nemi szőrözete máris erősen kifejezettek valának. A beteg szellemileg igen hiányosan fejlődött, daczos, veszekedő, irni és olvasni nem tanult meg. Vizeletét, székét gyakran ruhájába, ágyába bocsátja. Belső szervei épek, kivéve, hogy szive kissé nagyobb s *hogy pulmonalisa felett állandóan systolés zörej hallható.* Midőn nálam volt, kissé kevésvérünek látszott, ez azóta megjavult, a zörej azonban változatlanul fennáll. A beteg járása, kezeinek mozgása rendes.

A beteg szülői egészségesek, a családban a legbehatóbb kérdezősködésre sem volt terheltség kimutatható. *A beteg szülei azonban rokonok:* a gyermek apja és anyjának apja mostoha testvérek, a kik ugyan nem egy anyától születtek, de a két anya szintén édestestvér volt, tehát a felmenőben úgy az atyákon, mint a nagyanyákon át fennáll a rokonság. Ezen házasságból születet ö gyermek: 1. An. fiú 16 éves, egészséges, 2. Il. 14 éves, az épen tárgyalt beteg, 3. Reg. leány 12 éves, szellemi fejlettsége rendes, de rosszul táplált, kevésvérű gyermek, 4. Jen. 7 éves fiú, a kiről még alább lesz szó, 5. egy gyermek, a ki születése után ismeretlen okból azonnal meghalt, 6. Pa. 4 éves, testileg és szellemileg jól fejlett leány, a kinek azonban kanyaró után nagyfokú kancsalitása támadt; szemeinek fénytörési állapotát azonban nem ismerem. A gyermekek születése mind egészen rendesen ment végbe, koraszülés, fogóalkalmazás nem fordult elő.

Ezen gyermekek közül még a 4-dik, a 7 éves Je. is beteg, baja teljesen hasonló nővéréhez: szellemileg nagymértékben fejletlen, beszélni 4 éves korában kezdett, de ma sem igen tud, csak egyes szavakat ejt ki alig érthetően, járni 3 és fél évvel kezdett, most jól szaladgál. Akaratos, czivakodó, ingerlékeny természetű, ágyba és ruhába ereszti székét, vizeletét, nagyfokú nyálfolyása van. Két és fél éves korában először volt epilepsiaszerű rohama, ez (mint Il. bajában is) körülbelül fél éves szünetekkel ismétlődött, de csak háromszor, azóta még nem volt rohama. Szülei ugyan úgy vélik, hogy a fiú fejletlensége rohamaival egyidejűleg kezdődött, ez azonban téves, mert rohamai oly korban támadtak, midőn a gyermeknek már jól kellett volna járnia, ha egészségesen fejlődött volna. Ezen *beteg pulmonalisa felett is hallható a systolés zörej* (*Fleischner* dr.).

A szülők két gyermekük betegségét valamely különös oknak nem tulajdonithatják s acut agyvelőbaj a két gyermeken nem fordult elő.

Tehát rokoni kötelékben született két testvérgyermeken idiotaság, epilepsiás rohamok igen hasonló alakban s tüneteiben hasonló elváltozás a szíven, valószinüleg világra hozott enyhébb szívbaj van jelen.

Ugyanezen kóroki tényezőt továbbá már gyakran felhoztak a süketnémasággal oki viszonyban; ezen bántalom is csak tüneti természetű, itt is külön kell választani a világra hozott eseteket, mint a nyavalyatörésben.

Az izomdystrophiában felemlitik a szülők vérrokonságát *Londe* et *Meige*[1] továbbá *Kassirer*[2].

De a legnagyobb mértékben szembeszökő ezen tényező befolyása az átöröklődő merevgörcsös bénulásban. Már első közleményemben felemlitettem az irodalmi adatokból nehányat (*Erb, Freund, Naef, Rupprecht* esetei) s magam mind a 3 akkor közölt családban kiemeltem ezen körülmény fenforgását, azóta is akadtam az újabb irodalomban hasonló adatokra, igy *Higier*[3], *Jacoli*[4] közléseiben s általában kevés az olyan merevgörcsös bénulási eset, a melyben ezen tényező hiánya fel volna emlitve (*Finizio* betegeinek szülei nem voltak rokonok, *Lorrain*[5] betegeinek szülei sem). *E. Bloch*[6] szintén közölt, már régebben egy családfát, a melyben két öröklött merevgörcsös bénulásban szenvedő testvér szülei vérrokonok voltak, de ezen esetben úgy látszik, hogy a betegségi alap a nagyatyáktól öröklődött, mert egy további unokája a nagyszülők egy testvérének ugyanazon bajban szenvedett.

Itt két újabb észleletemet közlöm, a melyekből ezen tényezőnek a kórjelzés szempontjából való fontossága ismét kiviláglik.

F. R. 3 éves és 4 hónapos korában volt nálam, Dach dr. szíves utasitása folytán. E kis fiú idejében született, elég jól fejlett s korához mérten igen eszes gyermeknek látszik; van egy idősebb, 6 éves bátyja, ez, valamint szülei egészségesek. Szülei azonban közeli rokonok: a kis fiú apjának anyja és anyjának anyja nővérek voltak.

A kis beteg ötnegyed éves korában kezdett járni, de ebben sohasem vitte nagy tökéletességre, jelenleg azonban még rosszabbul jár. Az alsó végtagokban igen kifejezett merevgörcsös jelenségek, erősen fokozott inreflex. Járása közben előredől, lábujjait vonja a talajon s lába lóláb állás felé hajlik. Felső végtagjaiban kifejezett ataxia, a mely miatt ezen végtagjait is csak nagyon korlátolt mértékben tudja használni. Az izmok úgy a felső, mint az alsó végtagokban rendes térfogatúak, villamos ingerlékenységük nem változott.

Látását megvizsgálnom nem sikerült, de erősebb fixálás alatt jobb szemével gyakran kancsalit. Nystagmus nincs. A látóidegfők a szemfenékben nem csekély fokban halványak. A pupillák egyenlőek, fényre jól reagálnak. A gyermek hallása jó. Széke rendes, vizelete ép, annak kiürítése is rendes módon megy végbe.

Ezen esetben tehát az alsó végtagokban merevgörcsös bénulás, a felsőkben ataxia van jelen s igy szokatlan tünetcsoportosulás, ehhez csatlakozik a szülők rokonságának kóroktani tényezője és a haladó jelleg, mindezek alapján alig lehet kételkedni, hogy öröklött idegbaj egy alakjával van dolgunk.

D. J. 7 éves fiúcska 1897. április 21-dikén került első izben klinikai megfigyelésünkbe. Szülcinek első gyermeke, idején s aránylag könnyű szüléssel jött a világra, járni 13 hónapos korában kezdett, s csakhamar egészen jól megtanult s négy éves koráig egészen rendesen fejlődött, a midőn egy hétig tartott „diphtheriában" betegedett meg. Ezen bajból felgyógyulva azonnal, tehát az első hét leteltével már jelentékenyen nehezebben járt a gyermek, azóta járási nehézsége egyre fokozódott, sőt a legutóbbi időben, már észlelésünk folyamán is nagy mértékben előrehaladt. Vizelésével és székével sohasem volt baja.

A kis beteg elmebeli képességei teljesen megfelelnek korának, arczizmai és felső végtagjai egészen jól működnek. Látása jó, szemfenékben semmi kóros. A gyermek arcz- és fejalkotása nagyon emlékeztet azon fiúéra, kinek kóresetét első közlésemben irtam le (II. család), ezen fiúnak is elálló fülei, gömbölyű feje van s homlokát, szemöldeit rendesen fel-

[1] Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, 1894.
[2] Neurolog. Centralblatt, 1897. 513. l.
[3] *Higier.* Zeitschrift f. Nervenheilkunde, 1896.
[4] Riforma medica 1890 Sett.
[5] *Lorrain,* Contribution à l'étude de la paraplégie spasmodique familiale, Paris 1898. Ezen kitünő dolgozat csak kéziratom befejezte után jelent meg.
[6] Archiv f. Psychiatrie XII. k.

húzza. Alsó végtagjain igen kifejezett merevgörcsös állapot: lábai lóláb állásban vannak, Achilles-inai erősen megrövidülteknek látszanak s lábközépcsontjai lefelé hajlitvák; alsó végtagjait képes ugyan minden irányban mozgatni, de csak bizonyos lassúsággal és nehézséggel, asztalszélére ültetve jó ideig félig kinyujtva maradnak alszárai s csak lassan sülyednek alá, inreflexei igen fokozottak. Lábtünet kiváltható. Járása bizonytalan, a mennyiben lábujjaira lép csupán, egész talpát alig tudja letenni, sőt állásban két lábtalpra állani egyszerre egyáltalában nem képes. Minden lépés közben felemelt lábával gyorsan siet előre, előrehajlott testével segitvén egyensúlyát, a melynek megóvására még karjaival is végez kiegyenlitő mozgásokat.

Kórelőzményi adataimat még kiegészitik a következők; szüleinek, a kik egészségesek, ezen gyermekükön kivül csak még egy gyermeke van, ez ez idő szerint két éves s teljesen ép, egy gyermek pedig útban van. A szülők unokatestvérek: a gyermek anyjának apja és apjának anyja édestestvérek voltak. Ezen esetben tehát a par. (spin.) spast. tiszta kórképe van jelen a szülők közeli rokonságával kapcsolatban. A torokgyuladás csak mint kiváltó ok szerepelhetett, mivel a kórkép a diphtheriás bénulásoknak nem felel meg s jelenben is előrehaladást tanusit.

Fel lehetne ugyan hozni, hogy az átöröklési jelleg ezen két kóresetben, miután csak egy-egy eset képviseli az illető családot, nincsen minden kétséget kizáró módon megállapitva, de mindazok alapján, a melyeket ezen és már első dolgozatomban elősoroltam, alig lehet kétség a kórjelzés helyes volta iránt.

A mint azonban már jeleztem, a szülők vérrokonsága nem áll minden esetre. Az itt következő családban, a melynek két betege ugyan részben a fentebbiektől eltérő kórképben szenved, nem volt rokonság a szülők között, de feltünő hasonlatosság.

F. István és Lőrincz, testvérek, az előbbi 9, az utóbbi 8 éves korában került észlelésünkbe a klinikán (1897. április 7.). A két fiú korához mérten eléggé nagy, mindkettőnek koponyája azonban feltünően kicsiny, e gyermekek alig tudnak egy-két szót nehezen érthetően gagyogni, különben igen élénkek, otthon gyakran mérgesek, folyton mászkálnak, tesznek-vesznek, ágyba, ruhába nem vizelnek, az embereket megismerik, éjjel nyugodtan alusznak. István járása kifejezetten merevgörcsös, lábujjain jár befelé fordított lábujjakkal, kezei is ügyetlenek, Lőrincz erősebben tántorog, különben teljesen hasonló alakban jár. Mindkettőnek inreflexe igen élénk. A szülők e gyermekek betegségét csak akkor vették észre, a midőn azok a rendes időben nem kezdtek sem járni, sem beszélni.

A családi viszonyokat illetőleg előrebocsátjuk, hogy a szülők egymással rokonságban nem voltak, családjukban ilyen vagy más idült lefolyású idegbajról nem tudnak. Az apának fiatalabb korában volt ugyan fekélye, de az mi következményekkel sem járt, neje nem vetélt el, öröklött bujakóros egyéb jelenségek a többi gyermekeken sem voltak. A szülőknek eddigelé hat gyermeke volt, I. István, a ki állitólag farfekvésben és a terhesség nyolczadik hava végén jött a világra (a többi szülés rendes volt), már születésnél feltünt, hogy igen kicsiny; e szülők többi gyermeke sem volt nagy, de István s utána Lőrincz voltak a legkisebbek (az első két gyermek). II. Lőrincz, III. leány 9 hónapos korában tüdőgyuladásban halt meg, IV. fiú 15 hónapos korában halt meg, még ekkor nem járt, V. fiú 19 hónapos korában scarlátban halt meg; ezen gyermek még csak vezetve kezdett járni, VI. leány, észlelésünk idején 9 hónapos, még nem járt, de beszélni kezdett. Hogy e gyermekek mikrocephaliás fejalkotása mennyiben függ össze az átörökléssel, s nevezetesen, hogy a koponya hibás alkotásában kell-e keresni a kórtünetek kiindulását, nem tudom; *Bassi* ezen felvétel álláspontján van, de egyéb elváltozást a gyermekek csontrendszerében nem találtunk.

Az itt felhozottak alapján tehát a következő jelenségeknek vélek az átöröklődő idegbajok kórjelzésében nagyobb jelentőséget tulajdonithatni:

1. *A sajátságos, szokatlan társulása más bajokban együtt nem igen előforduló tüneteknek.* (Szokatlan kóralakok többnyire átöröklött bajok.)

2. *Az ugyanazon családban egyenlő alakja és lefolyása a bántalomnak.*

3. *A bizonyos fokig előhaladó jellege a bántalomnak, eleinte gyorsabb kezdettel, majd lassubb előrehaladással, de több évig tartó teljes kifejlődéssel* (azután változatlan fenmaradása a kórképnek).

4. *Kórokilag az egyes alakok szétválnak, némelyikben a bántalom kiváló mértékben illeti csak az egyik nemet, másikban meg a kórjelzést illetőleg is a szülők vérrokonságának lehet fontosságot tulajdonítani* (ez utóbbi főleg a merevgörcsös bénulásra áll). *Egyes fertőzési megbetegedések mintegy kiváltójául szolgálhatnak ezen átöröklődő bántalmaknak.*

TÁRCZA.

Gynaecologia Amerikában.

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

(Folytatás.)

A *plastikus műtételek* nagy mestere ma is *Dr. A. Emmet* kinek egy szinte panaszos mondását nem mulaszthatom el itt felemliteni, mert az amerikai orvosviszonyok lényeges javulásának tanubizonyságául szolgál. Panaszos hangon mondá ő, ki annyira szeret fistulákat operálni, hogy mai nap már alig jut egy-egy fistulaműtételhez, holott a régi időben kórtermeiben fistulás betegeken kivül alig feküdt más.

Dr. A. Emmet varrásra kizárólag csak catgutot és ezüstsodronyt használ. Ő nagy hive a sodronynak és nem tud eleget ezen varróanyag mellett kardoskodni. Elöveszi a krétát és felrajzolja a táblára, hogy a sodrony mily simán fekteti össze a sebfelületeket, mig ellenben a selyem vagy más anyag zig-zúgokat alkotva hozza érintkezésbe a felületeket. A szövetek összehozására csak a sodronynyal lehet a megfelelő és szükséges erőt kifejteni, ezt szabályozni lehet, mig ellenben más anyaggal ezt elérni nehéz. Lawson-Tait műtételjét elitéli; tökéletlen műtételnek tartja, a mely a sphinctervégeket nem hozza tökéletesen érintkezésbe.

Hogy a gátképzés jó legyen, szükséges, hogy az egymástól széjjel vált szöveteket ismét eredeti helyzetükbe hozzuk vissza. Szülésnél a gátrepedés (nagyobb fokúról lévén szó) mindig a hüvelyben kezdődik és a fej előrehaladásával fokozatosan halad előre a repedés is, mig végre a sphincter és a gátnak börös része is ketté hasad. Ha már mostan nem történt meg a szülés után mindjárt az egyesités, a környező szöveteknek, a fasciáknak és izomzatnak zsugorodása következtében a gátnak hüvelyes része oldalt és felfelé tér el, mig ellenben a sphinctervégek a tuber ossis ischii felé húzódnak vissza. A felsebzés után tehát az egyesitésnél arra kell törekednünk, hogy a vaginában a sebfelületeket le- és befelé hozzuk, a sphinctervégeket pedig kiemelve, teljes vastagságukon átvezetett fonalakkal a középvonalba hozva egyesitsük.

Ezen elvek alapján véghezvitt néhány gátplastikát láttam Baltimoreban. E műtétel nagyban hasonlit Martinéhoz. A sebzés ép úgy történik, mint amannál, csak a varrásban van a különbség. Ugyanis a hátsó columna rugarum csücskét lehuzzák egészen a gát bőréig és oda ki is varrják és csak ezután egyesitik a hüvelyben a két sebfelületet és végül kivül a gát börét. Az egyesités után egy Y-alakú sebvonalat nyernek, melynek két ága a hüvelyben van és a gát börére való átmenetnél találkozik, az Y-nak szára pedig kivül a gáton van. A Martin-féle műtételnél ellenben az Y-nak két ága már magasabban találkozik a hüvelyben és igy az Y-nak szára már a hüvelyben kezdődik. Az előbbi műtétel után rövid, de vastag gátat nyerünk, a mely a hüvelyben egy lejtős síkot alkot és igy az esetleg bekövetkezendő szüléseknél jól megállja a helyét. Ezután legnagyobb elterjedésnek örvend a Hegar szerint végzett műtétel. Lawson-Tait műtételét egy esetben volt alkalmam látni és akkor is azt

az operáló modificálva használta azért, hogy a sphinctervégeket pontosabban egyesíthesse. Ugyanis ezen czél elérésére az operáló úgy törekedett, hogy Lawson-Tait műtételénél használt haránt-metszés és felpraeparálás után a sphinctervégeket mintegy felszabadította a környező szövetből akképen, hogy az előbbi haránt-metszésre merőlegesen a végbél nyilás mellett két oldalt még egy-egy rövid metszést tett. Az egyesítés azután hasonló módon történt, mint a Lawson-Tait műtételénél.

A portio vaginalis laceratióit ritkán mulasztják el az amerikai orvosok operativ úton gyógyítani. „Emmet műtétel" név alatt általánosan ismert eljárás szerint eszközlik ezt. Úgy a szerzője, mint a többi orvos erre a czélra egy lapjára hajlított térdollót használ. A felsebzésnél arra ügyelnek, hogy a szögletből sok szövetet távolítsanak el, mert csak így tudják a sebfelületeket feszülés nélkül pontosan egyesíteni. Emmet és a legtöbb orvos az egyesítésre ezüstsodronyt használ, a melyet 3 hét mulva távolítanak el.

Egy fistula rectoperinealisnak megoperálását azért tartom érdemesnek megemlíteni, mert az a sphincter felhasítása nélkül történt. Az operáló a fistula külső nyilását egy metszéssel tágította, azután a végbélbe vezetett ujjával a fistulát mintegy kigyürte, úgy hogy most a csatorna minden egyes részéhez curette és ollóval jól hozzáférhetvén, azt megtisztíthatta; utána azután sodronynyal egyesítette. Mindannak daczára, hogy az egyesülés csak a második műtétel után s került, az operáló az ép sphincternek az átvágását hibának tartja.

Egy más alkalommal hallottam, hogy a húgycsőplastica sikeréhez szükséges, miszerint a vizelet ne az újonnan képezett húgycsövön keresztül, hanem hogy az alatt vagy mesterségesen készített, vagy esetleg már meglevő fistulán át folyjon le. A látott esetben oly betegen lett végezve ezen műtétel, a kinél már előzőleg a hólyagbasis és mellső hüvelyfal defectusát a rectocelebőlből transplantált vaginafal födte. A nőnek még a húgycsöve hiányzott és a transplantált vaginafal szélén 3 kölesnyi kis fistulája volt. Az ismert U-alakú felsebzés után a megfelelő egyesítés történt. A kis fistulák bántatlanul maradtak azért, hogy a vizelet ezeken és ne az újonnan alkotott húgycsövön keresztül folyjon ki. Ha a fistulák nem lettek volna jelen, az operáló egy mesterségeset csinált volna. Ezen plastica per primam egyesült. A kis fistulák sikeres zárása 5 hét mulva történt.

A méh *rendellenes helyzete* sokkal gyakrabban képezi operativ beavatkozás tárgyát, mint nálunk. Retroflexio uteri miatt végzett műtétel, a mindennapi műtételek sorába tartozik. A méh kóros anteflexiója miatt néha megrövidítik a lig. rotundákat, máskor az úgynevezett *Dudley*-féle műtételt használják. Ezt fiatal asszonyon láttam végezni, a ki néhány éve van férjnél és teherben még nem volt; havibaja a rendesnél erősebb és csekély fájdalommal indul meg. Főpanasza a magtalanság volt. A vizsgálati lelet a következő volt: szük hüvely; a portio vaginalis párhuzamosan fekszik a hüvely tengelyéhez, hátsó ajka kissé elongált; méhszáj kis kerek gödröcske, a méhtest a virginalisnál nagyobb és hegyes szögben anteflectált. Az adnexák rendesek. Az operálótérnek megfelelő megtisztítása után, az operáló narcosisban a cervicalis canalist fémdilatatorral erőszakosan kitágította és utána a méh nyálkahártyáját curettevel kikaparta. Ezután a portio mellső ajkát golyófogóval megragadva, fixálta és most a hátsó ajkat hosszirányú ollócsapással közel a hátsó hüvelyboltozatig ketté metszette. Ezután néhány csomós catgut-varrattal a cervicalis canalis nyálkahártyáját a portio nyálkahártyájához kivarrta. Igy tulajdonképen a portio hátsó ajkának közepén mesterséges laceratiót alkotott. Az operáló azon meggyőződéssel végezte ezen műtételt, hogy ezután úgy a portio, mint a méh rendes helyzetbe fog jutni és abban maradni és hogy a conceptio lehetőségét elősegítette, a mit már néhány esetével el is ért. Sajnos, nem jutottam hozzá, hogy a beteget később megvizsgálhassam és így a méh helyzetváltozására vonatkozó eredményről nem tudok beszámolni; a mi pedig a conceptio lehetőségét illeti, azt hiszem, ezzel a műtéttel sem tesz többet az operáló, mint az egyszerű discisióval.

A furor operativus tetőfokát éri el a méh hátrahajlásaiból származott bántalmak gyógykezelésénél. Míg nálunk a conservativ kezelés az uralkodó és csak végső esetben, a midőn már minden kezelésünk sikertelen volt, nyúlunk a késhez, addig az Egyesült-Államokban gyakran conservativ kezelés megkisérlése nélkül vagy ha azzal hamar nem érnek czélt, műtéttel iparkodnak a bajon javítani. Sőt egyesek nézete az, hogy mindazon esetben, a midőn adhaesiók rögzítik a hátrahajlott méhet, a méh repositiójára kisérlet egyáltalában ne történjék, mert nézetük szerint nehéz eldönteni, vajjon a méh függelékei nincsenek-e megbetegedve és így a manipulatiók alatt könnyen okozhatnánk bajt. Ily feltételek alatt az egyedüli rationalis beavatkozásnak a laparotomiát tartják.

Oly mobilis retroflexióknál, a melyek mellett a függelékek nincsenek megbetegedve, a gyürükezelés is el van terjedve. Közkedveltségnek örvend a Smith-Hodge-féle pessarium. Ez hasonló alakú és görbületü, mint a rendes Hodge-gyürü, csakhogy a gyürünek a hüvelyboltozatba eső részlete az előbbinél valamivel magasabb. Ha gyürükezelés rövid idő alatt nem visz kellő eredményre, akkor műtételhez fognak és sokan, főleg oly esetben, ha a gát a gyürünek nem szolgál elég jó támasztékul, már a gyürükezelés megkisértése előtt operálnak.

A fixált retroflexióknál már nagyon kevés conservativ kezelésre akadunk. Massageval kevés orvos foglalkozik és azok is inkább csak a jól jövedelmező privat praxisban üzik azt. A Schultze-féle erőszakos repositiót nem kedvelik, nem szeretnek a sötétben dolgozni. A conservativ kezelésnek következő módját használják néhányan: először is csökkentik a lobos tüneteket, nyugalom és helybeli kezelések által és ha ennek urai lettek, fognak csak hozzá a tulajdonképeni repositio kisérleteihez, a mit azzal igyekszenek elérni, hogy a vaginát és főleg annak mellső hüvelyboltozatját rugalmas tamponokkal a nő térdkönyöklő helyzetében kitömik, a mi által a portio vaginalist hátrafelé szoritva a méhet mellfelé terelik. Ezen kitömést naponkint ismétlik, mígnem a méh jól mozgatható lesz és rövid időre magától is anteflexióban marad. Ezután alkalmazzák csak a gyürüt. A. Emmet dr. is ezen módon gyógykezeli a retroflexio uterit és nagy gondot fordít a pessarium helyes alkalmazására, mert mint mondá: könnyü gyürüt úgy alkalmazni, hogy ne ártson, de nehéz úgy, hogy használjon is.

Azon retroflectált méheknél, a melyek mellett genyet tartalmazó tubákat találnak, a gyógykezelés az utóbbiakra irányul. Hiányosan fejlett, infantilis retroflectált méheket villanyoznak.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Allgemeine Epidemiologie. Von **A. Gottstein.** Leipzig. Wigand. 1897. (438 oldal.)

(Vége.)

A veleszületett vagy természetes immunitást valamely bacteriumfajjal való folytonos együttélés hozza létre. Ebben a processusban estek ki a gyengék s maradtak vissza az öröklés révén immunná lett egyének. Egy példa a sok közül illustrálja ezt. Ismeretes az a nagy különbség, melylyel a házi és mezei egér viselkedik a tuberculosis és az anthrax bacillusaival szemben. Míg a háziegerek életviszonyaik folytán sokat érintkeztek és küzködtek a tuberculosis bacillussal, a mezei egereknek nem volt dolguk vele; ezért a háziegér csaknem teljesen immun a tuberculosis iránt, a mezei egér pedig igen fogékony. Épen fordítva áll a viselkedésük az anthraxszal szemben; ebben a háziegér gyorsan elpusztul, mert az ritka az emberi lakásokban s nem érintkezett vele sohasem; míg a mezei egér természetes immunitással bir irányában. Igy magyarázandó a természetes immunitás, melylyel az ember az állandóan vele élő parasitákkal: a staphylo- és pneumococcusok és bact. colival szemben viselkedik. Évezredeknyi együttélés révén szerezte meg a mai kor embere ezt a veleszületett immunitást irányukban; az ellenállásra képtelenek már régen ki vannak selejtezve. Csak ha disponáló szervezeti zavarok lépnek fel, lesz lehetséges, hogy ezen testünk felszinén és szájunkban hordott teméntelen számü parasita kórokozóvá is váljék. A forró égöv alatt lakók hosszú időkön keresztül már acclimati-

zálódtak a malaria plasmodiumaihoz, az odaérkező európai alig képes azokat kikerülni. Az indiai hadseregben — mint Pettenkofer megállapítá — 13 annyi európai esik a cholerának áldozatul, mint benszülött.

A fertőző bajok legnagyobb része tehát nem az immunitás hiányából keletkezik, hanem a meglevő immunitás felfüggesztéséből, a szervezetnek előző megtámadtatásával. G. szerint ezek nosoparasitás betegségek, szemben az elenyésző kisebbségben lévő tisztán parasitásokkal.

De ez az immunitás nemcsak egyszer, hanem több izben is felfüggeszthető. Mindeddig túlbecsülték és félreértették az első megbetegedés immunizáló hatását egy másodikra. Helytelen dogma, hogy valamely bacteriumokozta megbetegedésnek legyőzése védelmet nyujt egy újolagos megbetegedés ellen. Ennek felállításánál teljesen figyelmen kivül hagyták a valószinüség-számítást, sőt a logikát. Csak el kell gondolni, mily ritka dolog, hogy egy ember kétszer törje el a lábát életében! A második eset bekövetkezésének valószinüsége az első eset valószinüségének négyzetére sülyed le. Ha valaki másodszor kapta meg a typhust, a második orvos vagy kételyeket támasztott az elsőnek helyes diagnosisa iránt, vagy pedig curiosumnak declarálta a dolgot. Nem hagyandó még számításon kivül, hogy az első megbetegedés épen az ellenállásra képtelen gyengéket elsodorta, s csak az erősebb maradt meg. Az első megbetegedés immunizáló hatását — bizonyítékok hijában is — bebizonyított dolognak vették; de még sem vették fel — mert a viszonyok nagyon is kézenfekvők voltak — más betegségeknél, melyekre épen a többszöri ismétlődés jellegzetes, mint a pneumonia, malaria, erysipelas, polyarthritis, gonorrhoea, influenzánál. Épen ezekkel van legszembetünőbben beigazolva, hogy valamely betegségre való hajlam később sem tagadja meg magát.

G. mindezek után csak *localis* immunitást ismer el. Szerinte valamely betegség csak annyiban képes végleges immunitást nyujtani, a mennyiben a fertőzés kapujában, a behatolási helyén olynemü boncztani elváltozások jöttek létre, hogy ezek egy másodszori fertőzésnek már ellenállani képesek. Typikus példája ennek a vaniliamunkások eczemája, mely mindaddig fennáll, míg az illető szüntelenül vele foglalkozik; de ha időközileg szolgálatából kilép s az eczema ezalatt meggyógyul, másodszor már nem kapja meg a bajt, épen a visszamaradt anatomiai elváltozásoknál fogva.

Biztos tételként felállítható, hogy a fertőző bajok emberről emberre való átszármazás útján terjednek. Teljesen mindegy, vajjon ez directe történik-e, avagy állatok és élettelen tárgyak közbeiktatásával. A bejutásnak négy kapuja van: a placentaris vérkeringés, külbőr, a légzőszervek és az emésztőrendszer. Az utóbbi felőli fertőzés jelentősége mindinkább fokozódik, mióta némely polyarthritis és pleuritis keletkezése a fertőző anyagnak a mandolákon át való bejutása révén kétségtelenné tétetett. A foetalis vérkeringés útján különféle betegség érheti a magzatot az anya közvetítésével. A veszettségnek, ha ritkán is, de ily úton való átterjedését már constatálták. A syphilisre vonatkozólag érdekes a *Colles-féle törvény*. Ha az anya ment maradt az apa syphilisétől, a gyermekével való foetalis érintkezés révén ellenáll a fertőzésnek, úgy hogy veszély nélkül szoptathatja gyermekét, holott az egy egészséges dajkát inficiálna.

A cholera és typhus abdominalis terjedése a víz útján gyakori. *Siegel* szerint az aphták identikusak az állatok- száj és körömfájásával. De a tehenek gyöngykórja nem idéz elő tuberculosist az emberben, a mit *Genersich* vizsgálatai is megerősítenek, a ki a statistika fonalán minden párhuzamot kizár a két megbetegedés között.

Fontos dolog a kórokozók *lappangása*. Ezek évekig is képesek virulentiájukat megtartani, a nélkül, hogy betegséget váltanának ki; míg csak valamely alkalmi ok, mely nyugvó helyük anatomiai viszonyait vagy chemismusát megbolygatja, őket nyugalmi helyzetükből ki nem zavarja. Igy nyugszanak gyakran évekig a tuberculosis bacillusok az ember nyirokmirigyeiben minden tünet nélkül. Hogy mily gyakran esik meg, hogy később sem okoznak tüneteket, ezt Pizzini és Schlenker már említett boncz-leletei igazolják.

Mely utakon hagyják el a fertőző organismusok a szervezetet, legtöbbjéről ismeretes és közismeretü.

Valamely *járvány kitörése* G. szerint első symptomája s egyúttal legérzékenyebb reagense valamely társadalom egyénei alkati gyengeségének.

Minden járvány az idők folyamán időszakos *hullámzásokat* tüntet fel; némelyik (pl. a diphtheria) még az évszakokhoz kötött másodlagos hullámzást is. Ennek több magyarázatát adták. A „genius epidemicus“ változásának emlegetése körülirás, nem magyarázat. Hogy „a contagium virulentiája epidemia idejében fokozódik“, még rosszabb magyarázat. Mert G. szerint nem ez fokozódik, hanem az egyének ellenálló képessége csökken. Sokan a társadalmi élet érintkezésében keresték az okot. Nem egy járványért tették már felelőssé az ujságkihordót vagy a tejesembert. Csakhogy az emberek közti érintkezés intensitása minden évszakban ugyanaz, épen csak a mód más. A helyes magyarázat az, hogy valamely járvány befejeződése után a lakosság keresztül van járva és immunizálva a fertőzés által s a disponált elemek újolagos felhalmozódása szükséges, hogy ugyanez a járvány újra előálljon. E magyarázat már annyiban is helyes, hogy nem a fertőző anyag terjedési útjára támaszkodik, hanem a lakosságnak iránta való változékony fogékonyságára.

Mindezekből látható, hogy: a járványok nem a vak véletlen szülöttei, mely fertőző csírokat hint széjjel az emberiség közé, hanem mélyen fekvő socialis okoknak szükségszerü okozatai.

Ezen okok közös vonása az, hogy a szervezet ellenálló képességét megcsorbítják.

A faji hygiene szempontjából az áldozatul esettek nem tekintendők maradandó veszteségnek, mert kevés generatio mulva a létszám ki van pótolva.

A járványok jótékony hatása a gyengék kiselejtezésében áll; ezen hatása automatikus. Tudatos hatása pedig az, hogy alatta és utána a közegészségi állapotok mindenkor megjavulnak, s ez az összességre üdvös. Sohasem történik több üdvös, békezü és készséges intézkedés a közegészségügy terén, mint járványok ideje alatt. A század első felében fellépett cholera messze kiható közegészségügyi újításokat vont maga után. Ezért mondja *C. Fränkel*, hogy a hygienikus a távozó cholerának egy nevető s egy síró szemmel néz utána.

Müvének végén G. még a különféle védekezési intézkedéseket ismerteti és birálja, de ezek inkább administrativ szempontból birván érdekkel, azok leirását elhagyhatni véltem.

Ismertetni törekedtem ezekben Gottstein nagyszabásü müvét. De a minden oldaláról élesen megvilágított tárgynak csakis lényeges, sarkalatos pontjait foglalhattam egybe.

Ismertetésem csak igen rövid váza a könyvnek s a ki a tárgy iránt érdeklődik, abba teljes betekintést csak is magának a könyvnek figyelmes elolvasása útján fog kaphatni.

György Tibor dr.

II. Lapszemle.

Van-e a pepsinnek antizymotikus hatása a gyomorban végbemenő erjedési folyamatokkal szemben. Irta *Áldor Lajos* dr. karlsbadi fürdőorvos. (Berliner Klin. Wochenschrift. 1898. julius.) Autoreferatum.

Minél inkább utat tört az a felfogás, hogy a gyomornak desinficiáló hatásánál a főszerepet annak sósava viszi, annál kevésbbé tartották szükségesnek pontosabb vizsgálatokkal megállapitani, hogy a pepsin milyen szerepet játszik az erjedéses folyamatokkal szemben. Ilyen vizsgálatok pedig már csak azért is szükségeseknek látszanak, mert az adatok, a melyekkel e kérdést illetőleg addig rendelkezünk, egymásnak nagyon ellentmondók. *Hammerschlagnak* köszönhetjük, hogy rendelkezünk egy oly pepsin quantitativ meghatározási módszerrel, mely klinikai czélokra teljesen kielégitő. Ezen módszernek a közlésével egyidejüleg ő felhivta az érdeklődést a pepsin és az erjedéses folyamatok közötti összefüggésre, a mennyiben rámutatott azon összefüggés lehetőségére, a mely a gyomornedv pepsintartalma és a tejsav fellépése között létezhetik. *Strauss* vizsgálatai azt bizonyítják, hogy a pepsin és a sósavelválasztás között szigorú parallelismus létezik és ugyancsak az ő vizsgálataiból kitünik, hogy a gáz- és kénhydrogen-képződés magas pepsinértékek által épen olyan

kevéssé akadályoztatik, mint magas sósavértékek által. A mi a tejsavképződést illeti, míg *Strauss* és *Bialocour* annak feltételeiül csupán a motorikus insufficientiát és a subaciditást ismerik el, addig *Hammerschlag* klinikai vizsgálatai alapján azon feltevésének adott kifejezést, hogy a tejsavas erjedéshez — eltekintve az erjedésre alkalmas anyagtól és az erjedést megindító mikroorganismusoktól — három factor egyidejű jelenléte szükséges: 1. hiánya vagy jelentékeny megfogyása a szabad sósav mennyiségének; 2. *a fermentumnak nagyfokú megkevesbbedése;* 3. a motorikus insufficientia. *Hammerschlag* ellentétben *Strauss* és *Bialocourral* nem ismeri el a *kötött* sósav antizymotikus hatását. Szerző az utóbbi vizsgálók álláspontjára helyezkedik és felemlíti, hogy *Hamburger* kimutatta, miszerint a kötött sósav 0·1% cc.-ben képes a typhus- és a cholerabacillusok fejlődését megakadályozni. *Bial* is hasonló álláspontot foglal el e kérdésben és csak F. O. Cohn az, a ki megerősíti *Hammerschlag* nézetét. S ha már most kutatjuk, hogy mi az oka annak, hogy *Hammerschlag* oly isoláltan áll a maga véleményével, úgy szerzőnek a H. által közlött esetek kritikai tanulmányozásánál az tünik fel, hogy ő a kötött sósavat a *Töpfer*-féle methodussal határozta meg, melyet ezen módszernek leglelkesebb hívei (Hári) sem tartanak megbizhatónak olyan esetekben, a melyekben szabad sósav hiányzik. Szerző épen azért az említett véleménykülönbségért a H. által használt methodust teszi felelőssé. Miután részletes bírálat és tanulmány tárgyává teszi a *Hammerschlag* által közlött eseteket s kimutatja, hogy azok épen nem alkalmasak a H. által levont következtetések támogatására, közli saját vizsgálatait, melyeknek czéljuk volt kutatni 1. hogy sikerül-e fokozódó pepsinmennyiségekkel megakadályozni a tejsaverjedést oly 5%-os szőlőczukorbouillonban, mely előbb bact. acidi lactici sec. Hüppe tiszta culturájával oltva lett? 2. hogy sikerül-e tejsavas erjedést művileg oly gyomornedvekben létrehozni, melyek alacsony aciditás mellett normalis vagy megközelítőleg normalis mennyiségben tartalmaznak pepsint? Ezen kérdések megvilágítására szerző különféle variatiókban végzett kisérleteket, melyekhez részint nativ gyomornedvet, részint művi keverékeket használt. Az első kérdést illető kisérleteket oly módon végezte, hogy erjesztésre szolgáló csöveket és edényeket megtöltött neutralis vagy gyengén alkalikus 5% szőlőczukrot tartalmazó peptonbouillonnal s inficiálta azokat a bact. acidi lactici agarculturájával és előzőleg még fokozódó dosisokban pepsinum german. lett a folyadékban feloldva. Az infectio csak egy nappal később történt a pepsin hozzáadása után. Az edények és csövek két nappal az infectio után meg lettek a zavarodást illetőleg, a gázképződésre, a saviság fokára és a tejsavképződésre vonatkozólag vizsgálva. A tejsav kimutatására az *Uffelmann* és a *Strauss*-féle methodust használta. A quantitativ savmeghatározás a csövecskékben 1/100 normal Na OH-al, az edényekben 1/10 normal natronlúggal történt; indicator gyanánt a phosphatokra való tekintettel lacmuspapir lett használva. A pepsinmeghatározás puro-oldat használata mellett a *Hammerschlag*-féle methodussal történt. Az összes procedurák a lehető legszigorubb aseptikus cautelák mellett végeztettek. A második kérdést illető kisérletek oly módon lettek végezve, hogy *A*) frissen vett normalis pepsintartalommal és normalis aciditással biró gyomornedvek normalis natronlúggal neutralizáltattak vagy csak gyengén savivá tétettek és czukor hozzáadása után bact. acidi lact.-val lettek beoltva; *B*) alacsony aciditással biró filtrált gyomornedveket szerző pepsin és czukor hozzátevése után szintén inficiált. Ezen kisérleteket is sterilizált edényekben végezte és ezeket 2—3 napra költőkemenczébe helyezte és ezen idő lefolyása után azok tartalmát tejsavképződésre, a saviság növekedésére s bacteriumtartalmukra épügy vizsgálta, mint az első kisérletsorozatnál. Részletes táblázatokban összefoglalt kisérletei *egybehangzóan azt bizonyítják, hogy épen úgy mesterséges keverékekben, mint nativ gyomornedvekben meg van adva a* lehetőség tejsavképződésre *nagymennyiségű pepsin jelenléte mellett is, hogyha az aciditás elég alacsony.* És ennek következtében *szerző nem hajlandó, ellentétben Hammerschlag, Mills és Schipcloffal, a pepsinnek a tejsavképződésre gátló hatást még abban az esetben sem tulajdonítani, ha az nagyobb mennyiségben van jelen.* Sokkal inkább hajlandó gátló hatást a tejsavképződésre a *kötött sósavnak tulajdonítani, ha az nagyobb mennyiségben van jelen.* Részletesen közölt vizsgálatai és az irodalmi adatok kritikai ismertetése alapján arra az álláspontra helyezkedik, *hogy nem jogosult a felvétel, hogy a pepsinnek az emberi gyomorban végbemenő, bacteriumok által feltételezett erjedésekre számottevő, talán épen a sósavhatással egyértékű befolyása volna.*

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1898. julius 22.

△ **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1898. julius 10-dikétől 1898. julius 16-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 440 gyermek, elhalt 231 személy, a születések tehát 209 esettel multák felül a halálozásokat. A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1898. julius 16-dikától julius 23-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 7 (meghalt —), himlőben — (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 14 (meghalt —), vörhenyben 32 (meghalt 3), kanyaróban 128 (meghalt 6), roncsoló toroklobban és torokgyíkban 17 (meghalt 3), trachomában 24, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 17 (meghalt —), orbánczban 11 (meghalt 4), gyermekágyi lázban — (meghalt —).

□ **A torontálvármegyei orvosok nyugdíj-egyletének** ministerileg jóváhagyott alapszabályait f. hó 25-dikén mutatta be az elnökség az ottani orvosegyesület közgyülésének. A közgyülés az ügy tovább vezetését *Plechl Szilárd* dr. vármegyei tiszti főorvosra és *Fialovszky Ede* dr. törvényszéki orvosra bizta, mint azokra, kik ez ügyben eddig is fáradoztak. A nyugdíj-egyletbe eddigelé 34-en léptek be, remélhetőleg követni fogják a többi kartársak is. A megye határozatai értelmében az ezután megválasztandó községi és körorvosok hivatalból tartoznak tagjai lenni a nyugdíj intézménynek.

△ **Az országos orvosi szövetség jövő évi congressusát** — mint értesülünk — Nagyvárad város törvényhatósága egyhangú határozattal meghivta: a meghivás az idei orvosi congressuson fog előterjesztetni.

○ **Pomáz-Margitligeti üdülőhely.** Pestmegyében Pomázon, a fővárostól vasúton körülbelül ötnegyed órányira *Martin Sándor* dr., a Schwartzer-féle elme- és ideg-gyógyintézetnek több éven keresztül volt segédje, egy *üdülőhelyet* létesitett és azt f. hó 23-dikán megnyitotta és a közhasználatnak átadta. Az „Üdülőhely" a kies Csobánkavölgy aljában egy dombtetőn van elhelyezve és egy modern berendezésű szép emeletes épületből áll, melynek verandáiból szép kilátás van a pomázi-csobánkai völgyekre, a közeli és távoli környező hegyekre. Ez „üdülőhely" eddigelé úgyszólva egyetlen nagyobbszabású ilynemű intézet a főváros környékén, méltó azért, hogy a kartársak megismerjék és felkarolják.

— **A nagykárolyi nyilvános közkórházban** az 1897. év folyamán — mint azt *Áldor Adolf* dr. közkórházi igazgató főorvos jelentéséből olvassuk — 1005 beteg nyert ápolást. Sebészi műtétet 53, szemészit 33 esetben végeztek.

— **Értesítés.** *Rákosi Béla* dr., mint az orvosi kör országos segélyegyletének pénztárosa augusztus hóra elutazik a fővárosból, tisztelettel kéri az egyleti tagokat, hogy befizetéseiket szeptember hó folyamán méltóztassanak lakására (Soroksári-utcza 18. sz.) czimezni.

— **Hazai fürdőink látogatottsága**: *Lipik* VII./22. 1570; *Csorbató* VII./17. 1094; *Tarcsa* VII./18. 668; *Bikszád* VII./20 197; *Herkulesfürdő* VII./22. 4661; *Lubló* VII./20. 455; *Bártfa* VII./20. 1120; *Budai Erzsébetsósfürdő* VII./15. 514; *Tátrafüred* VII./23. 2220; *Uj-Tátrafüred* VII./22. 1392; *Alsó-Tátrafüred* VII/24. 1212; *Balatonfüred* VII/21. 2122.

— **Lakásváltoztatás.** *Kuthy Dezső* dr., egyet. m.-tanár, augusztus 1-jétől kezdve, eddigi lakását VII., Csengeri-utcza 24. szám alá, *Horváth Mihály* dr., operateur, testegyenesitő-intézetét szintén augusztus 1-jétől kezdve, eddigi helyéről, VIII., Szentkirályi-utcza 6. szám alá helyezi át.

= **Megjelent**: *Temesváry Rezső* dr.: A budapesti kir. orvosegyesület gynaecologikus szakosztályának 1897-diki évkönyve. Budapest, 1898.

— **Hibaigazítás.** A mult szám 366. oldalának 21. sorában „alaki erők helyett „alkati erők" olvasandó.

Szt. Lukács-fürdő
téli és nyári
gyógyhely.

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú nyitott és zárt medenczéiben a forrásvíz naponként négyszer megújul. Mindennemű gyógy- és üdítő-fürdők. ***Lakás és teljes ellátás hetenként 27 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 1/22—1/24-ig járóbeteg rendelőjében, Budapest, VI. ker., Teréz-körút 22. szám.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Biharmegyei orvos-gyógyszerészi és természettudományi egylet Nagyváradon. (Juniusi és juliusi szakülés.) 380—382. l. — A budapesti kir. orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztálya. (XVI. szakülés 1898. január 19-dikén. XVII. szakülés 1898. február 16-dikán.) 382. l.

Biharmegyei orvos-gyógyszerészi és természettudományi egylet Nagyváradon.

(1897. juniusi szakülés.)

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

1. **Révész Vilmos** dr. egy **Addison-kórban** szenvedő nőbeteget mutat be. Medve L.-né, 24 éves, 7 év óta férjes, steril; havibaját 15 éves korban kapta meg, azóta rendes időközökben s mennyiségben ismétlődött. Bajának keletkezését 1 évre vezeti vissza, mely étvágytalanságban, nagyfokú elerőtlenedésben, továbbá az arcz és kéz bőrén fellépett barna elszíneseslésben nyilvánult, a mit eleintén piszoknak vélt. Többfelé keresett ez ellen orvosi segélyt, s jelenleg is e miatt vétette fel magát a biharmegyei közkórházba. Jelen állapot: a középtermetű nőbeteg lesoványodott, pofacsontjai erősen kiállanak, mell- és hasűri szervek épek. A fanszőrzet hiányos, az uterus kitapintható, libido sexualis-t soha sem érzett. Feltünő a bőrnek elváltozása: a homlok, arcz, alkar, kéz bőre diffus sötét bronz-színű, kis mérvben mutatkozik ez a hónalj körül, a lábakon, a czombok belfelületén, részint foltok alakjában, részint összefolyva. Az arcz bőrén számtalan kisebb-nagyobb fekete pettyek. A scleralis kötőhártya fehér színe feltünően elüt az arcz sötét színétől, az ajkak nyákhártyája piszkos palaszürke, a szájür nyákhártyáján barnás foltok láthatók. Szivhangok tiszták, érverés 70—80, kicsi, középtelt. Felvételkor ágyéktáji fájdalmakról panaszkodott, de nyugalom alatt ezek megszüntek. Közérzetét a nagyfokú testi gyengeség zavarja, mely miatt csaknem mindig ágybanfekvő. Izgatottsági tünetek az idegrendszer részéről hiányzanak. A has benyomása a vesék táján sem érzékeny. Vizelet teljesen normalis. Az Addison-kór felismerése a jelen esetben nem jár nehézséggel, mert kórelőzményileg mindazon káros hatányok, melyek a bőrnek szintén ilyen elváltozását okozzák, kizárhatók, igy az argyrosis, arsenmelanosis, icterus stb. A lumbalis táj fájdalmassága többszöri vizsgálat daczára sem volt megállapitható, ebből következtetve, valószinüleg a mellékvesék megbetegedése nem áll fenn, úgy, hogy hypothetikus alapon felvehető, miszerint ez esetben tisztán a sympathikusnak functionalis zavaraként nyilvánul az Addison-kór. A kórjóslat, bár *Leoni* 3·5% gyógyulást mutat ki, természetesen kedvezőtlen, therapeutikus beavatkozással nem befolyásolható.

2. Ugyancsak **Révész Vilmos** dr. **tetania esetét** ismerteti a következő kórrajz kapcsán: H. János, 12 éves fiúgyermek folyó évi márczius hóban vétetett fel a kórház belosztályára. Anyja kórelőzményként előadja, hogy a beteg fiúnak mult év novemberében mintegy két hétig tartó hideglelése volt, lábai, hasa, gyomra megdagadtak, de rövid idő alatt gyógyult. Ezután általános rosszulléttel járó, 2 nap tartó viszketéssel kapcsolatos bőrkiütése volt. Deczember hó 25-dikén éjjel a bal felső és alsó végtagban, nyakon és arcz izomzatában 23 görcsszerű roham lépett fel, melyet 8 órán át tartó fej-, fülfájás, szédülés előzött meg, az anya állitja, hogy a görcsrohamok alatt az eszmélet fennállott. Azóta a bal alsó végtag, de különösen a balkar, kis szüneteket leszámitva, görcsös összehúzódásban van. Jelen állapot: a kissé lesoványodott beteg elég jól fejlett csont- és izomrendszerrel bir, mell- és hasűri szervekben eltérés nincs, hólyag-béltünet hiányzik, láztalan, éjjel jól alszik, étvágy rendes. A bal felkar a törzshöz közelített, könyökben erősen, csukló és metacarpo-phalangeal izületben gyengén hajlított, ujjperczekben extendált. A hüvelykujj erősen adducált, érintkezik a középujjal, a tenyér a thenar és hypothenarban üres, a mutató-ujj a radius felé, a középujj egyenesen, a többi az ulna felé extendálva áll. A bal láb flectált, kissé lefelé fordult, úgy hogy némileg pes equinovarus állás jön létre, az öregujj egyedül extendált, a többi flectálva. A jobb oldalon nincs eltérés, a bal arczfélen néha gyenge rángások láthatók. Járás kissé nehézkes, ilyenkor a bal láb fentjelzett állása nem észlelhető. A bal felső végtag izomzata a válltól kezdve kemény, a kinyujtási kisérletek igen fájdalmasak, a kar mozgatása igen korlátolt. A beteg azt állitja, hogy a görcsös összehúzódás meg-megszünik, ismét előáll; alvás közben meg lett figyelve, akkor is fennáll a görcsös állapot. A beteg igen érzékeny, az izmok villamos ingerlése nem lett megkisérelve, a motorikus mechanikus ingerlékenység azonban fokozott. Sajátos tüneményt mutatott a nervus ulnaris összenyomása, ugyanis 1—2 perczig tartó nyomásnál erős fájdalmakat érzett s a görcsösen összehúzódott végtag azonnal ellazult; ha a nyomás megszünt, a görcs ismét előállott. Patellar-reflex a beteg végtagon csökkent, míg a másikban kissé élénknek mondható. Vizelet idegen alkatrészeket nem tartalmazott.

Április hó 4-dikétől kezdve a beteg nyolcz napig lázas volt, 39° C.-t nem haladva túl. Ezen idő alatt a homloktól kezdve lefelé az egész test bőrén különböző idői sorrendben nagy alteratióval járó küteg lépett fel, mely teljesen a herpes jellegével birt. Ugyanis előbb a homlok s az arcz bőrén szétszórtan, azután sürübben apró veres foltok léptek fel, melyek mindinkább terjedtek, míg fillérnagyságot értek el, ekkor a széleken körüskörül vesiculák képződtek, melyeknek sötétveres centruma a 3—4-dik napon besüppedt, sok folt összefolyt, nyolczadnapra beszáradt, s alig észrevehető pikkelyképződéssel elmult, kissé sötét színeződést hagyva hátra. E kórképhez következő észrevételeket füzi előadó: A baloldali alsó, még inkább a felső végtagnak tonikus görcse világos kórképét adja ama kóralaknak, melyet *Trousseau* mint intermittáló rheumatikus contracturát irt le, később 1852-ben *Corvisart* ajánlatára tetaniának nevezett el. *Gowers* szerint a tetania minden korban előfordul, de leggyakoribb kis gyermekeknél s az életnek második decadjában, a korai gyermekkorban több fiú-, mint leánygyermek, míg a 20—50 életév között több nő, mint férfi betegszik meg. A betegség oka gyanánt *Oppenheim* legtöbbször meghülést, kimerülést emlit fel; azonban heveny fertőző betegségekkel kapcsolatosan, sőt járvány alakjában is előfordul. Gyakran mutatkozik struma kiirtások után, igy *Wölfler* 70 mütett esete közül hétszer látta. Három varietását különböztetik meg, a szerint, a mint a görcs intermittáló, remittáló vagy állandó jellegü. Legtöbbször bilateral lép fel, néha csak féloldalt, s leggyakrabban a kezek betegszenek meg. Előadó esetében az igen értékes Trousseau-tünetet nem észlelte, sőt ellenkezőleg a n. ulnaris nyomására a spasmus megszünt s a végtag petyhüdt lett. E tünet hiánya azonban nem zárja ki a kórisme helyességét, de meg a jelen esetben lehetséges, hogy a betegség hosszú tartama vagy a csaknem állandó spasmus miatt nem volt alkalom a tünet demonstrálására. Egy másik tünet, a formicatio, mely a spasmust megelőzni szokta, talán épen a fenti okból szintén nem volt kimutatható. De ha jelen is volt, nem lehetett megtudni részint a beteg szófukarsága, részint hiányos értelmisége folytán.

Gowers szerint oly gyermekeknél, kiknél a görcs csaknem állandó volt, az ingerlékenység fokozódása nem a végtagokon, hanem az arczban jelentkezett. Legtöbb hasonlatosságot mutat a tetaniához a hysterikus contractura, a mi betegünknél, miután más, a hysteriára való tünet hiányzott, kizárható. Idült contractura gerinczagybántalomtól feltételezve szintén kizárható. Ezek után előadó a prognosis s a therapia kérdéseit világitja meg.

Előadás után *Grósz Menyhért* dr. kiemeli, hogy az előadott esetben a Trousseau-tünet hiánya miatt nem fogadja el a kórismét, s ő az esetet hysteriának tartja. Kár, hogy sem az Erb-, sem a Chvostek-féle tünetre nézve nem történt vizsgálat. Nélkülözi annak kimutatását is, hogy vajjon nem volt-e anaesthesia jelen?

Révész dr. már előadásában kiterjeszkedett a differentialis kórismére s épen *Gowersre* hivatkozott, a ki a Trousseau-féle tünet hiányából még nem zárja ki a tetaniát. Fentartja kórisméjét.

2. **Konrád Márk** dr. részletesen beszámol a nagyváradi m. kir. bábaképezde működéséről az 1896-dik évben (24. év).

I. *Tanügy.*

Az 1895/96. tanévben a tanulók száma összesen volt 108, ezek közül szülésznői oklevelet nyert 107. Még pedig:

Az 1895/96. tanév téli tanfolyamára beiratkozott 63 tanuló, kik mindnyájan a szigorú vizsgálatokra is jelentkeztek. A vizsgát

jelesen	14-en
jól	32 en
elégségesen	17-en állották ki.

Tandíjmentességben és egyúttal államsegélyben részesült	40	tanuló
ezeken kivül még tandíjmentes volt	1	„
tandíjfizető volt	52	„
műszert nyert államköltségen	3	tanuló.

Az 1895/96. tanév nyári tanfolyamára beiratkozott összesen	45	tanuló
a tanfolyam tartama alatt kimaradt	1	„
a szigorú vizsgálatra jelentkezett	44	„
kik mindannyian képesitve is lettek, még pedig:		
jelesen megfelelt	32	„
jól „	7	„
elégségesen „	5	tanuló.

A nyári tanfolyamot végzett tanulók közül államsegélyben és egyúttal tandíjmentességben is részesült	10	tanuló
tandíjfizető volt	34	„
műszert nyert államköltségen	3	tanuló.

A növendékek a szülészet-, beteg- és gyermekápolástanon kivül irás, olvasás és számolásban is nyertek oktatást.

Az 1896-dik évben tehát a nagyváradi m. kir. bábaképezdén 107 okleveles szülésznő lett képesitve, kik Arad, Bihar, Békés, Hajdu, Szilágy, Szabolcs, Szatmár, Temes és más megyék minden részéből jelentkeztek, és kiknek nagy része olyan helyeken telepedett le, hol eddig okleveles szülésznő még nem működött.

II. *Betegforgalom.*

Az 1896. évben az ingyenes szülészeti osztályon felvétetett	121	beteg	
az előző évből maradt terhes	8	„	
gyermekágyas	2	„	
a fizető és nőgyógyászati osztályon felvétetett	98	„	
a betegek létszáma összesen	229	volt	
ezek közül az intézetben szült	111.		
Terhes állapotban saját kérelmére ki lett bocsátva	8		
lefolyt abortus-szal volt	4		
gyanú abortusra	1		
utczai szülés	1		

A szülések lefolyása.

Vetélés a terhesség 4-dik hónapjában	1		
„ „ 6-dik „	7		
„ „ 7-dik „	4		
összesen	12		
koraszülés volt	13		

Magzatfekvések.

Koponyafekvés I.	48	harántfekvés	3
Koponyafekvés II.	37	lábfekvés	3
fejtetőfekvés	2	farfekvés	7

A szülők közül volt:

I-ször terhes	47	VI-szor „	2
II-szor „	35	VII-szer „	3
III-szor „	12	X-szer „	1
IV-szer „	5	XI-szer „	1
V-ször „	5	XII-szer „	1

Szülészeti műtétek:

fogóműtét	4	gátvarrás	7
lábrafordítás harántfekvésből		lepény művi eltávolítása	3
és kifejtés	3	lepényrészletek eltávolítása	4
magzatkifejtés	5	burokrészletek művi eltávolítása	5
koponyafúrás	1	Schultze-féle lóbázás	4
burokrepesztés	7	művi vetélés	1
Credé-féle műfogás	2		

Betegségek terheseknél:

lógó has	1	visszértágulatok a nagy ajkakon	1
takár	4		
alkati bujakór	1	Bright-kór	2

Rendellenességek a szülés alatt:

vastag burok	4	szűk medencze	4
szűk burok	2	méhrepedés	1
köldökzsinór előesés	1	méh zsongtalansága	6
rövid köldökzsinór	2	iker-szülés	4
korai lepényleválás	3	méhlepény odanövése	3
sok magzatvíz	2	lepényrészletek visszamaradása	4
gyenge szülőfájdalmak a II. időszakban	3	burokrészletek	5
vérzés a II. időszakban	4	gátrepedés	7
fürtös üszög	1	könnyű tetszhalotti állapot	2
		mély tetszhalotti állapot	4

Gyermekágyi megbetegedések:

gyermekágyi fekély	2	bimbórepedés	2
subinvolutio	5	hólyaghüvely-sipoly	2
bűzös folyás	1		

A magzatok életviszonyai:

élve született fiú	39	halva született fiú	6
„ „ leány	50	„ „ leány	7

Csecsemők betegségei:

veleszületett gyengeség	2	felkartörés	1
tüdőlégtelenség	2	szemtakár	1
köldökvérzés	1		

Nőgyógyászati kóresetek:

urethritis gonorrhoica	1	rheumatismus uteri	1
fissurae introitus vaginae	1	retroflexio uteri	8
vaginitis granulosa	7	peri- et parametritis	17
prolapsus vaginae	1	oophoritis	1
gonorrhoea vaginae et cervicis	4	fissura ani	1
stenosis orificii uteri extern.	2	nodi haemorrhoidales	1
endometritis catarrhalis	20	ascites	1
„ polyp. chron.	5	abortus	1
„ haemorrhagica	4	protrahált abortus	4
polypus mucosus uteri	2	lipoma labii majoris	1
cysta ovarii	4	carcinoma peritonei	1
myoma uteri	1	vitium cordis	1
carcinoma uteri	2	typhus abdominalis	1
metrorrhagia	2	hysteria	3

Nőgyógyászati műtétek:

curettement	15	polypus kimetszése	2
discissio	2	laparotomia	1
punctio abdominis	1	lipoma exstirpatio	1

A fizető és nőgyógyászati osztályon ápolt betegek közül:

gyógyult	68	nem gyógyult	11
javult	18	meghalt	1

Halálozások.

A felnőttek közül meghalt:

Morbus Brighti-ben	1
cysta ovarii	1
összesen	2

A csecsemők közül meghalt	5	és pedig veleszületett gyengeségben 2
tüdőlégtelenségben	2	
köldökvérzésben	1	

Ügykezelés.

Az élelmezés, valamint az intézet egész ügykezelése házilag történik.

Az ingyenes szülészeti osztályon	131	
a fizető és nőgyógyászati osztályon	98	beteg
élelmeztetett; az intézeti	5	tagból

álló személyzettel együtt összesen 234 egyén élezmeztetett és ezek összesen 7542 napot vettek igénybe.

Élelmezési czikkek beszerzésére kiadatott és pedig:

húsért	903	frt	24 kr.
zsirért	60	„	— „
tejért	429	„	— „
kenyérért	494	„	35 „
lisztért	38	„	96 „
zöldségek és főzelékekért	75	„	57 „
fűszerekért	239	„	06 „
kisebb vegyes kiadások a konyhára	161	„	37 „
	2401	frt	55 kr.
Gyógy-, fertőtlenítési- és kötőszerekért	494	„	21 „
ruhamosás és főzés	314	forintba	került.

Az összes ápolási költségek 3209 frt 76 krt tettek ki. *Egy élelmezési nap 42·2 krba került* és egy élelmezettre esik átlag *32·2* nap; egy beteg ápolása és élelmezése az egész éven át átlag 13 frt 68 krba kerül.

A fizető és nőgyógyászati osztályon minden beteg 1 frt napi ápolási és élelmezési költséget fizet, de beigazolt vagyontalansága miatt az 1896. évben ezen osztályon is 17 beteg lett díjmentesen ápolva 468 napon át.

Az intézet kibővítése czéljából emelt új pavillon építési munkálatai az 1896. évben teljesen be lettek fejezve és az új pavillon helyiségei már használatba is vétettek, mi által számos oly hiányon lett segítve, melyek épen úgy nehezítették a betegápolást és tanitást, mint az ügykezelést is.

Az új pavillon tágas, szellős kórtermei és a bonczterem a modern hygienia minden követelményeinek megfelelően vannak berendezve és a teljesen elkészült csatornázás, vízvezeték- és légszeszberendezés az intézet egészségügyi viszonyaira lényeges és jótékony befolyással vannak.

Az intézet kibővítése és jövőjének fejlődésére is igen fontos intézkedés történt az 1896. évben, az intézet szomszédságában lévő Czában-féle ház és kert (12,000 frt) megvásárlása által. Ezen épület az 1896/97. tanévtől kezdve bábainternatusnak használtatik, mi paedagogiai szempontból igen fontos, mert nemcsak, hogy a tanulók mind, minden szülésnél jelen vannak és folyton az intézetben laknak, de fegyelmi és egészségi szempontból is könnyebben ellenőrizhetők.

Ezen megvásárolt házban azonkivül az összes gazdasági épületek, fásszin, kamarák stb. vannak elhelyezve, míg a főépület udvara és az új pavillon parkirozva vannak.

Az új pavillon felépítése és a szomszéd ház megvásárlása által a képezde *egész új aerának* néz elébe; jótéteményeit — hála a közoktatásügyi kormány különös gondozásának — még tágabb körben gyakorolhatja, mert a szülkóroda, nőgyógyászati osztály és a bábainternatuson kivül 1897. január hó 1-étől még *szülészeti poliklinikum* is van berendezve, mi eddig megfelelő helyiségek hiányában lehetetlen volt.

Kornstein Lajos dr. teljes elismeréssel fogadja a jelentést, melyek adataiból arról győződtünk meg, hogy az intézet humanus feladata magaslatán áll. Örömmel emeli ki, miszerint az ez év folyamán eszközölt épitkezések még inkább képesitik az intézetet feladata teljesítésére. Felkéri előadót, ismertesse azokat az elveket, melyek intézetében az asepsisre nézve irányadók.

Előadó szivesen tesz eleget a hozzáintézett felszólításnak s kijelenti, miszerint intézetében főelv a személyes antisepsis, a külső szülrészek, a kezek fertőtlenítése. Utóbbi 1‰ sublimat-oldattal történik. Ugyanezt használják a külső fertőtlenítésre, valamint 2% lysol-oldatot is. Hüvelyfecskendezéseket csak gonorrhoeánál, sepsisnél, bűzös kifolyásnál használnak, legtöbbnyire lysolt, vagy műtételeknél. Méhűri fecskendezéseknél a méh dezinficiáltatik, legtöbbnyire ez is lysollal. A belső vizsgálatokat rendszeresen végezteti, terheseknél, szülőknél; a gyermekágyasokat azonban csakis az elbocsátáskor vizsgáltatja. Belső hüvely vizsgálatoknál mindenkor hüvelyirrigatio.

Révész dr. a kibocsátáskor eszközölt vizsgálatokat nem tartja közömbös dolognak. Gyakran lát a közkórházban ilyen kibocsátottaknál fellépett lobfolyamatokat.

Berkovits Miklós dr. kivánatosnak tartaná gyermekágyas-asylum létesítését.

Mire előadó megjegyzi, hogy ezt ő már tervbe is vette, az intézet mellett lévő házat már megszerezte, ez egyelőre bábainternatus lesz ugyan, de szándéka azt később asylummá alakítani át.

(1897. juliusi szakülés a szt. László-gyógyfürdőben.)

1. **Elnök** megnyitó beszédjében a helynek, a hol összegyülekeztek, közegészségi és közgazdasági jelentőségét méltatja. Egyben a magyar fürdők viszonyairól rajzol képet, melynek kapcsán óhajtandónak jelzi, hogy fürdőink ne fektessenek oly nagy, vagy legalább is ne nagyobb súlyt a mulatságokra, mint inkább a gyógyhely elnevezés követelte igényekre. Az ülést megnyitja.

2. **Popovits György** dr. meleghangú emlékbeszédében emlékezik meg néhai *Kiss Ferencz* dr.-ról, Bihar vármegye ny. főorvosáról s egyletünk kitünő, alapító tagjáról.

Az emlékbeszéd az egylet kegyelete jeléül ki fog nyomattatni, előadónak pedig a szakülés köszönetét fejezi ki.

3. **Filkor Lajos** dr. a hévvizek gyógytani hatásáról értekezik. Az előadás egész terjedelmében napvilágot fog látni a szt. László-fürdőről kiadandó monographiában.

Előadás kapcsán *Konrád* tanár óhajtaná, hogy a fürdőzés kellőleg ellenőriztessék. Hasonló nézetének ad kifejezést *Berkovits* dr. is, a ki kívánja, hogy a gyógyfürdők csakis a fürdőorvos engedélyével szolgáltassanak ki. Ebben az értelemben indítványozza, miszerint az egylet indítson actiót, valamint a városnak területén levő más gyógyintézet tulajdonosát is keresse meg azzal a felszólítással, miszerint a hydriatikus procedurák csakis az intézeti orvos utasítása alapján s ellenőrzése mellett végeztessenek. *Grósz Menyhért* dr. is örömmel járul ez indítványhoz, melyet a szakülés magáévá tevén, a választmányhoz utal át a szükséges lépések megtétele czéljából.

4. **Grósz Albert** dr. értekezése „A szabályozott egészségügy befolyása a jólétre“ czímen a szakülés által köszönettel fogadtatik.

(Folytatása következik.)

A budapesti kir. orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztálya.

(XVI. szakülés 1898. január 19-dikén.)

Elnök: **Kétli Károly**; jegyző: **Sarbó Arthur**.

Folie circulaire esete, valószinüleg epilepsiás alapon.

Hajós Lajos: A 34 éves férfibetegnél a pubertassal egyidejüleg kóros hangulathullámzások jelentkeztek: 20 éves kora óta ezen hullámzások szabályos időközben jelentkeznek: októbertől májusig maniás, a közbeeső időszakokban melancholiás időszaki kórképek mutatkoznak nála. Mindkét állapotában inkább csak a hangulati szineződés és az akarati képesség, mint a képzelőtehetség zavarai találhatók, melyek a beteget hol a túlpedans, kedélytelen hypochondernek, hol pedig a szűntelenül szerencsevadászknak, a moral insanityben szenvedőnek bélyegzik. Mint vörös fonál, követhetők az egész kórképen át időszakosan jelentkező szédülési rohamok és amnesiák az izgalmi szakokra nézve. E két tünetből következteti bemutató, hogy a kórkép valószinüleg epilepsiás alapú és erre alapitotta gyógyjavalatát is, egyúttal referál, hogy három heti bromadagolás után maniakalis izgalmait máris tetemesen szelidítenie sikerült és reméli, hogy a jövőben teljesen coupirozni fogja.

Oláh Gusztáv: Hasonló egyének künn mozognak az életben, tekintélyes részük azonban a tébolydákba kerül és igy neki is nyilik alkalom őket tanulmányozni. Szerinte a távolabbi alapja a rendkivül labilis kedélyhangulatnak a veleszületett degenerativ alakban keresendő és elmegyengeség tüneteit látja bennük. Igaz, hogy az anthropolog psychiaterek (Lombroso) epilepsiát látnak benne, Oláh ebben az esetben nem látja a conventionalis fogalmak szerinti epilepsiát, inkább hysteriás vonásokat vél fellelni. A circularis jelleget felleljük elmegyengéknél is. Egyetért előadóval abban, hogy degenerált egyénről van szó, vajjon hysteriás vagy epilepsiás jellegü-e, azt eldönteni nem meri.

Salgó Jakab szerint gyakoribb a circularis elmezavar, mint előadó azt véli, ha nemis osztja *Kraepelin* álláspontját, a ki szerint az egyszerü mania vagy melancholia nem is létezik, hanem egy cyclikus elmezavar egyes phasisai volnának csupán. A mi az emlékezeti hiányt illeti, úgy még a mania mitisnél is felleljük azt. Egyéb elmebántalmak is emlékezeti hiánynyal járnak. Mindenütt, hol öntudatzavarral jár az elmebetegség, ott mindig van a maniacalis izgatottság lefolyása után emlékezeti hiány.

Hajós zárszavában *Oláh*-val szemben kijelenti, hogy ő távol áll attól, hogy a Lombroso-féle határozatlanságig menjen. Ha tágitani akarnók az epilepsia határát, úgy a degenerativ stigmákat kellene megnyirbálni, mert ma már ott tartunk, hogy az organikus psychikus aberratio — tic, legsúlyosabb neurasthenia — stigma számba megy. Ő csak alapként véli jelen esetben szerepeltethetőnek az epilepsiát.

Salgóval szemben kifejti, hogy jól tudja, hogy emlékezeti hiányok az elmebetegség lefolyta után jelen szoktak lenni, hisz ezeknek mindinkább kevesbbedő voltából a gyógyulás mértékére következtetünk. Felveti végül a kérdést, mi történjék az ily egyénnel, hogy a családja existentiájában az egyén beteges cselekedetei által ne sértessék?

Az elmegyógyintézeti ápolószemélyzetről.

Oláh Gusztáv: Ezen előadás kapcsán kifejlődött eszmecserében részt vettek Laufenauer, Salgó, Moravcsik.

A szakosztály egyhangú határozatként elnök kimondja, hogy ez ügyben memorandum szerkesztessék, a szerkesztéssel háromtagú bizottság (Oláh elnöklete alatt Epstein és Schaffer urak) bizatik meg.

(XVII. szakülés 1898. február 16-dikán.)

Elnök: **Salgó Jakab**; jegyző: **Sarbó Arthur**.

Myospasmia spinalis egy esete.

Hajós Lajos: 15 éves fiúbeteget mutat be, kinek kórelőzményeiben sem terheltséget, sem nagyobb kiállott betegségeket nem találunk. Ez év eleje óta minden látszólagos ok nélkül egész testében, főkép azonban jobb oldalában szaggatott rángások jelentkeznek, melyek fáradtság vagy emotio által fokoztatnak, akarat által el nem nyomhatók, csupán intendált mozgások csökkentik egy néhány pillanatra, az alvás tartama alatt pedig szünetelnek. Beteg ezenkivül betegebb jobb karjában némi feszességet érez, mely gyors mozdulat kivitelénél egy pillanatra mintegy leszögezi karját.

Egész testében arythmiás, clonikus rángások tapasztalhatók, melyek soha nem lépnek fel egyszerre synergikusan működni szokott izmokban, hanem mindig csak izoláltan, egyesekben. Ezen clonikus rángások localisan fokozhatók úgy gyorsaságban, valamint intensitásban, és pedig egyaránt kifárasztás vagy reflex-ingerek által. Reflexei általában fokozottak. A pihent izmok mechanikus ingerre kissé tonusos contracturát mutatnak, igy pl. a kilendült alszár egy pillanatra függve marad a lendülés csúcspontján.

Ezen már ily módon is kimutatható zsongfokozódás fárasztásra fokozódik; ilyenkor manifestté lesz az antagonisták hypertoniája is, és typusos spastikus reflexeket kapunk. A kifárasztott alsó végtagokon kifejezett Achilles-ín- és patella-clonus is váltható ki, sőt a kifárasztás nagyobb foka mellett ezen spastikus reflexek maguktól is megindulnak.

Villanyos vizsgálat az izmok galván túlingerlékenységét és némileg jelzett myotoniás villamos reactiót mutat.

Bemutató kizártnak tartja a neurasthenia, hysteria kórisméjét ép úgy a Sydenham-féle choreát is; ez esetét kétségen felül a myocloniák csoportjába tartozónak tartja.

Esetében némileg combinálva látja a Friedreich-féle paramyoclonus simplex és a Thomson-féle myotonia congenita tüneteit, s ezen esettel kapcsolatban ráutal arra, általában minő elmosódottak a myocloniák alakjainak monographiai alakjai; mely miatt szükségesnek tartja, hogy az eddigi specialis kórismék ezentúl csupán a typusok jelzésére használtassanak s a kórcsoport maga vegye ezentúl át a specialis kórisme szerepét. Ezen czélra legalkalmasabbnak tartja *Marina myospasmia* elnevezését, azonban félreértések kikerülése végett, tekintettel ezen csoport betegségeinek kóreredetére, neveztessenek ezen csoport kóresetei *myospasia spinalisnak*.

Hemiplegia egy esete féloldali anaesthesiával.

Hajós Lajos: A 36 éves férfibeteg előzőleg mindig egészséges volt; jelen betegsége folyó év január 1-jén szédüléssel, hányással, eszméletlenséggel kezdődött. A vizsgálat baloldali érzési és mozgási hemiplegiát mutat, a baloldali középső facialis új részesedésével, egyúttal baloldali sectoralakú látótérkiesést. Az eset érdekessége a látótérkiesés viselkedése; váltakozva tünik fel más sectorokban kiesés a színekre nézve; állandó csupán egy baloldali felső quadraus kiesése, mely azért focalis tünetnek tekintendő. A hüdés localisatiója feltétlenül corticalis.

A hemiplegiás izomsorvadás egy esetének bemutatása.

Schaffer Károly: A beteg 3 év előtt lassú apoplexiás insultust szenvedvén el, visszamaradt nála egy typusos baloldali hemiplegia hemiathetosissal. A bénult félen, jelesen a bal felső végtagon kifejezett izomsorvadás jelentkezik, a mennyiben a bal felkar 3, az alkar 1·5 cm.-rel soványabb. Thenar, hypothenar és interossei ugyancsak atrophiások. Az esetet csak mint újabb casuistikai bizonyítékául a hemiplegiás izomsorvadásnak hozta elő.

Az alkoholisták feltételes elbocsátásáról.

Décsi Károly a megfigyelő-osztályról vett statistikai adatokkal bizonyítja az alkoholistáknak az utóbbi években való szaporodásait s beszél annak okairól. Majd a szokványos iszákosok helyzetét és viselkedését a tébolydákban ecsetelve, saját, az alkoholisták számára berendezett intézetek felállításának nagymérvű előnyeit hangoztatja.

Saját mostoha tébolydai viszonyainkra áttérve, a megfigyelő-osztályon, az osztály vezetője, *Laufenauer* tanár által megkisérlett és eddig 15 esetben alkalmazott „feltételes elbocsátás“ módszerét ismerteti, mint olyant, mely a jelenlegi visszonyainkhoz képest, alkohol-menhelyek hiányában, a czélnak eléggé megfelelőnek igérkezik.

A discussióban *Glück, Donáth, Salgó, Grósz Gyula, Schaffer* és *Laufenauer* vettek részt.

PÁLYÁZATOK.

Az Engel Adolf és fiai pécsi czégnek tulajdonát képező **komlói kőszénbányaműnél** a társpénztári **bányaműorvosi állás** betöltendő.

Ezen állás évi javadalmazása 800 frt fix fizetés, természetbeni lakás, fütés és világitás.

Pályázótól a gyakorló orvosi minősitésen kivül megkivántatik, hogy magyar honos legyen és a magyar és német nyelvet tökéletesen birja. Azon pályázó, a ki