Negyvenharmadik évfolyam. 49. szám. *Budapest, 1899. deczember 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:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Vajda Adolf: Közlemény Herczel dr. egyetemi m.-tanár szt. István-kórházi sebészeti osztályáról. Polyposis intestinalis 11 éves gyermeknél. 608. l.

Hönig Izsó: Közlemény a Kétly Károly tanár vezetése alatt álló II. sz. belgyógyászati klinikáról. A diazoreactio klinikai jelentősége. 610. l.

Kiss Gyula: A férfigonorrhoea kezelése. 612. l.

Tárcza. *Szalárdi Mór*: A lelenczügy jelenlegi állása Magyarországon. 614. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Preisz Hugó:* Bakteriologia. 615. l. — *Összefoglaló szemle. Klug Nándor*: A fülgyógyászat újabb haladása. 616. l. — *Lapszemle. Trendelenburg*: Lépkiirtás tompa erőszak okozta összezúzatás után és hasmetszés súlyos hasi zúzódások után. (Szigeti.) — *Seldowitsch J. B.*: A gerinczvelő cocainozása Bier szerint. (Dapsy.) 616. l. — *Coile*: Trional álmatlanság és neurasthenia ellen. — *Katzenstein M.*: Bélegyesítési kisérleti vizsgálatok 617. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Felhivás a tisztelt collega urakhoz. — Új folyóirat. — Virchow rendes tanárságának 50 éves jubileuma. — Törvényszéki orvosok. — Ember és állatpusztulás vadállatok és mérges kigyók által Indiában. — Pestis-hirek. — Bakteriologiai kurzus. — Megjelent. — Inselbad. — Herczel dr. — Orvosi évkönyv. — Szt. Lukács-fürdő. — Kuthy Dezső dr. 617. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek.

Melléklet: *Tihanyi Mór:* Klaudios Galenos, az ókori görög orvosi tudomány legkiválóbb képviselője.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény Herczel dr. egyetemi m.-tanár szt. István-kórházi sebészeti osztályáról.

Polyposis intestinalis 11 éves gyermeknél.

Közli: *Vajda Adolf* dr.

A belgyógyászat és sebészet határkérdéseiben a békés kiegyezést szorgos együttműködés követte. Ma már nem arról van szó, hogy ez vagy az a betegség a belgyógyász vagy a sebész ressortjába tartozik-e, hanem arról, hogy a belgyógyász miként könnyítheti és teheti eredményesebbé a sebész munkáját, idejekorán utasítva hozzá az arravaló beteget.

Jelen közleményem tárgyát is ezen orvosi határkérdések egyike képezi, bár ezen themáról az utóbbi évek nagy vitáiban nem sok szó esett, sőt még a legújabb és legelterjedtebb tankönyvek is csak odavetőleg foglalkoznak vele. Igy pl. *Ziegler*[1] mindössze ennyit mond könyvében:

„Die Drüsenpolypen gelangen in den dicken Gedärmen, die durch vorausgegangene dysenterische Prozesse verändert sind, zur Beobachtung, kommen indessen auch im Dünndarm vor *und sitzen zuweilen in einer Schleimhaut, an der Zeichen vorausgegangener Entzündungen fehlen.*“

Tény, hogy a bélcsatornában képződő polypok leggyakrabban lobos megbetegedések, főkép dysenteria kapcsán annak utókövezményeként támadnak. Már *Rokitanski* egészen pontos leirását adja az ily alapon fejlődött polyposisnak, kiemelvén, hogy a nyákhártyapolypok tövén mindenkor megtalálható a heg, mely a lefolyt dysenteriás processusnak maradványa. A nyákhártyatúltengés ezen alakja önálló betegségnek nem tekinthető, az ezen közleményben megbeszélendő kórfolyamattal semmi viszonyban nincs.

De van a *polyposis intestinalisnak* egy másik alakja is, melynél előrement lobfolyamat ki nem mutatható, mely az előbbinél sokkal ritkábban fordul elő, de kétségkivül gyakoribb, mint azt a közlemények gyér számából következtetni lehetne. Alig néhány jól észlelt esetről van tudomásunk és épen azért azt hiszem, hogy kötelességet teljesitek, midőn egy ily klinikailag észlelt és autopsia által igazolt esetet a nyilvánosságra hozok.

Csak röviden kivánom megemlíteni, hogy ezen megkülönböztetés újabb keletü, régebben ezen különbségre súlyt nem fektettek és innen van az, hogy *Luschka*[1] egész pontosan leirja a bántalmat, azonban lobos eredetűnek tartja, megjegyezvén mégis, hogy az ő esetében „a dysenteriának úgy látszik enyhe foka volt jelen, minthogy mélyebbre ható nyákhártyapusztulásnak sehol sem lehetett nyomát találni. Nem is emelkedtek ki a polypok heges alapról, hanem egyesével ültek oly területen, hol a nyákhártya szövetében kimutatható elváltozás nem volt“. Nyilvánvaló, hogy itt a lobos eredet felvételére semmi támpont nincs s azért én a Luschka esetét is analognak tekintem. *Port*,[2] Helferich klinikájáról, a ki ezen betegséget igen tanulságos dolgozatban ismertette, a Luschka-féle esetet statistikájából kihagyta.

Röviddel Port munkájának megjelenése előtt közlemény jelent meg *Hausertől*,[3] a ki nemcsak a lobos eredetet tagadja, de a nem lobos eredetü polyposistól is el akarja különiteni a saját esetét, támaszkodva a klinikai és boncztani, különösen pedig a szövettani tulajdonságok lényegesen eltérő voltára.

Mindezekre a későbbiekben térek vissza, előrebocsátva a saját esetünk rövid kórrajzát.

F. Ignácz, 9 éves, tanító fia, 1895. november 7-dikén jelentkezett a kórházban. Szülei egészségesek. Három év előtt szamárhurutot állott ki, azóta folyton erőltetéssel járó, híg, legtöbbször véres széke volt. Eleinte ritkábban, később minden székeléskor kifordult a végbele, a vérzés profusabb lett, ereje gyengült. Nyolcz hónappal a felvétel előtt vették észre, hogy a kifordult bélnyákhártya tele van bogyószerü képletekkel. Két hét óta lábai duzzadnak, étvágya rosszabbodik; majd a duzzanat a törzsre és arczra is átterjedt. Hasonló betegség a családban nem fordult elő.

A satnyán fejlett, felette gyenge fiú bőre igen halavány, száraz vizenyős. A savós üregekben mérsékelt mennyiségü folyadék mutatható ki. Szivműködés gyors, olykor arythmikus. Pulsus perczenkint 148. Szivhangok tiszták. Étvágy csökkent. Has puffadt. Naponkint 3—4-szer van nyákos-véres székletéte, mely alkalommal egy körülbelül almanagyságú daganat bukik elő a végbélnyilásból; a daganat alsó polusán a bélcsatornába vezető nyilás van (l. 1 ábra). Ezen képlet felületén sürün elszórva lencsényi-babnyi, bársonyos tapintatú, nyélen lógó, vérzékeny excrescen tiák vannak. A végbélbe vezetett ujj körülbelül 12 cm. magasságig tapintja a végbél falán köröskörül sürün elhelyezett daganatocskákat; azokon túl az ép nyákhártya még elérhető. Vizeletben fehérje nincs. A megejtett vérvizsgálat mutatta, hogy az ujj hegyéből vett vér világos csöppet képez, a vérsejtek kicsinyek, halványak, pénztekercsszerüleg elrendezettek. Haemoglobintartalom 48. Vörös vérsejtek száma 3.230,000.

[1] *Ziegler*: Lehrbuch d. spec. path. Anat. P. 555.

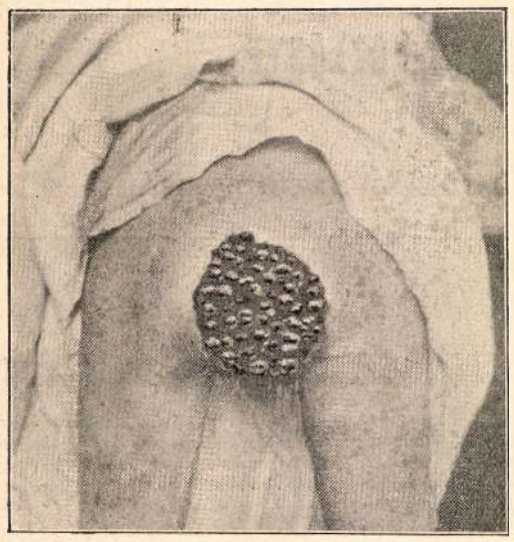
[1] *Luschka*: Ueber polypöse Vegetationen d. gesammt. Dickdarmschleimhaut. Virchow's Arch. XX. 1861.

[2] *Port*: Multiple Polypenbildung im Tractus intestinalis. Deutsche Zeitschr. für Chir. Band 42. Heft 1, 2. 1895.

[3] *Hauser*: Ueber Polyposis intestinalis adenomatosa und deren Beziehungen zur Krebsentwickelung. Deutsch. Arch. f. klin. Mediz. Band 55. 1895.

Fehér vérsejtek száma 17,000. Arány 1 : 190 (1 : 500 helyett). Hőmérsék normalis.

A gyógykezelés jó táplálék, roboransok nyújtásában állott. Tanninklysmákra a vérzés is csakhamar megszünt, anélkül azonban, hogy az erőbeli állapot javult volna.



1. ábra.

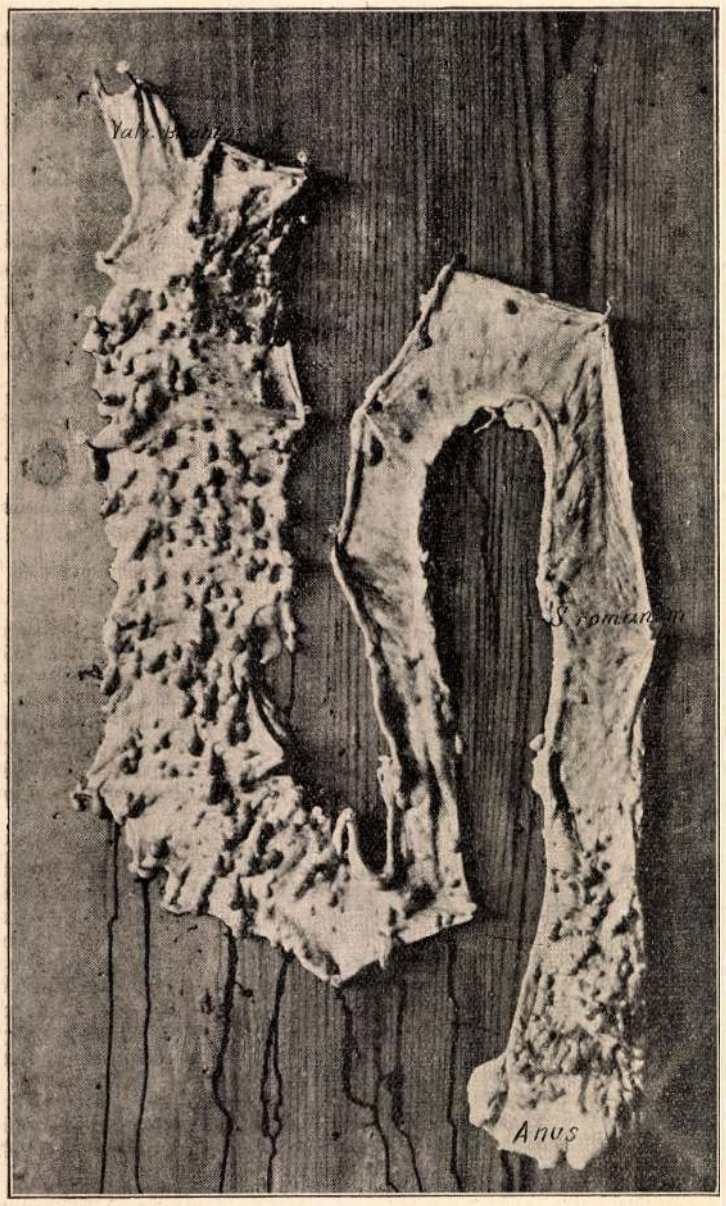
Deczember 1-jén. Incontinentia alvi lépett fel. Ereje rohamosan hanyatlik. Somatose.

Decz. 20-dikán. Transsudatum a savós üregekben többé ki nem mutatható. Az oedema az arczon és törzsön csökkent, az alsó végtagokon nem.

Decz. 22-dikén. Exitus lethalis.

A *bonczolást Genersich* tanár úr volt szíves végezni. A jegyzőkönyvnek reánk nézve fontosabb pontjait a következőkben vagyok bátor felemlíteni:

Az elsoványodott fiú bőre halvány, az arczon, háton és alsó



2. ábra.

végtagokon dagadt, tésztástapintatú. A *hasűrben* 100 gm. halványsárga savó. *Hashártya* sima fénylő. *Mellüregben* 30 gm. tiszta savó. *Tüdők* felette vérszegények. A jobb tüdő alsó felében 4 mm. vastagságú, szürkésvörös, rovátkolt rög, mely tyúktollvastagságú alsó ütérágba folytatódik; a jobboldali tüdőütér elágazásában szintén van egy 6 mm. vastag, rovátkolt rög . . . A *felhágó visszérben* egészen a vesevisszerek beszájadzásáig rovátkolt rög van, melynek felső vége kivájoltan végződik.

Gyomor nyákhártyája lágy. *Vékonybelekben* híg, sárga bennék. Nyákhártya halavány.

Vastagbelekben híg sárga bennék, nyákhártyájuk általában halavány. A vastagbelek belfelülete mákszem-, borsó- egész babnyi sötétbarnás-vörös, sima felületű, puha nyákhártyaszerű növedékekkel bevont, melyek közül a kisebbek laposan kiemelkednek, míg a nagyobbak a kihúzódott nyákhártya által képezett 1—1½ cm. hosszú kocsányon lógnak. E polypusok legnagyobb számmal találtatnak a vakbélben, hol már a billentyű alsó szélén és vakbél felőli felületén számos kölesbabnyi dagocska lóg le, a legnagyobbik 1½ cm. hosszú kocsányon. A dagocskák legnagyobbjai a vakbélben mandulamagnagyságot érnek el és némelyik közöttük lebenykés. Az egyik kissé szétfoszladó felületet mutat. Igen nagy számban feküsznek a felszálló remesében, gyérebben találjuk a bal remesehajlattól lefelé egész a végbélig. (Az S. romanumban alig egynéhány.) A végbél alsó 12 cm. hosszú darabján tetemes számmal találtatnak.

A közbeeső nyákhártya általában halavány, a vakbélben kissé savósan beszűrődött. *Hegek nem vehetők ki.* Maga a nyákhártya igen vékony, az izomfallal nincs összenőve. A bal hajlattól lefelé a nyákhártya duzzadt, aránylag kissé belövelt . . . A végbél nyákhártyája a csomócskák közti területen kissé inas fehérnek tetszik. Mintegy 13 centimeternyire a végbélnyilástól 4—5 harántul futó, 1 cm. hosszú, kissé palaszürke csíkot találunk.

Vesék középnagyok, tokjuk levonható, halaványak, kissé zavarosak . . .

Diagnosis: Colitis polyposa extensa majoris gradus cum sequente anaemia universali m. gr. et hydrope. Thrombosis venae cavae ascendentis c. embolia ramosa art. pulmonalis. Oedema pulmonum.

A górcsövi vizsgálat eredményét röviden a következőkben vázolom:

Az alkoholban keményített, haematoxylinnal és eosinnal festett készítményeken azonnal szembeötlik, hogy a bántalom teljesen és kizárólag a nyákhártyára szoritkozik; a bélfalzat többi rétegei, a savós hártya, az izomréteg és, egy helyenkint észlelhető kisfokú infiltratiotól eltekintve, a submucosa is mindenütt teljesen ép és normalis.

A nyákhártya elváltozásait oly metszeten észlelhetjük legjobban, mely a mellett, hogy a polypus legnagyobb hosszán és nyelén hatol át, az alapot képező nyákhártyát is magában foglalja. Ilyen metszeteken világosan látható, hogy a nyákhártya azon mérvben mutat kóros elváltozást, a mint közelebb fekszik a polyphoz, melynek bunkós végén legnagyobb fokát éri el a folyamat.

Az alapot képező, teljesen ép nyákhártyától a polyp felé haladva először is az tünik fel, hogy az interglandularis szövetben mind több és több vándorsejt van elszórva; majd a mirigycsatornák hosszabbodnak, az őket kibélelő hengerhámsejtek nagyobbak és mind tetemesebb számmal találunk köztük duzzadt, nyákkal telt kehelysejteket. Végül a polyp bunkós tömegét fedő nyákhártya mirigycsatornái rendkivüli módon meg vannak hosszabbodva, alsó végükön többszörösen szétágaznak, ürterük a legtöbbnél cystikusan tágult, bélésük kizárólag duzzadt kehelysejtekből áll, melyek azonban sehol sem többrétegűek. A cysták bennékét nyák, helyenkint vérrel kevert nyák képezi. A cysták és csatornák közti kötőszövetben igen nagyfokú az aprósejtes beszűrődés, mely egyes helyeken, bár sokkal kisebb mérvben, a submucosára is átterjed. A polypok gazdagon el vannak látva véredényekkel. Itt-ott apróbb vérömlenyek találhatók. *A mirigycsatornák sehol sem hatolnak be a submucosába, valamint az sem mutatható ki, hogy egymással közlekednének.* A kötőszövet sehol sem szaporodott meg jelentékenyebben.

Egészen hasonló képet nyerünk a nyéllel nem biró szemölcsszerű képletek metszeteiből is, csak a cysták kisebbek, az infiltratio valamivel mérsékeltebb.

A polypmentes nyákhártya górcsövi képe a physiologikustól semmi eltérést nem mutat, benne sehol lobfolyamat vagy annak következményei, hegek nem találhatók.

***

Kétséget nem szenved, hogy a vázolt kórkép a bélnyákhártya egy primaer megbetegedésének, önálló kóralaknak felel meg és semmikép sem azonosítható a dysenteria kiséretében fellépő polyposissal, melyet *Virchow* nagyon helyesen a *colitis polyposa cystica* névvel jelölt. *Kizárja a lobos eredetet* azon körülmény, hogy a bél nyákhártyája még az egyes polypok közvetlen közelében is ép és teljesen normalis. Az sem fogadható el, hogy egy már lefolyt lobfolyamat eredménye volna a mirigytúltengés, mert hisz a készitményen a polypképződés minden stadiumát kezdettől végig megtaláljuk. Lobfolyamatnak a legkisebb, tehát kétségtelenül legfiatalabb, alig mákszemnyi szemölcsök szomszédságában sem találjuk nyomát.

Szándékosan beszélek általánosságban lobfolyamatról és nem dysenteriáról, mert hisz tudjuk jól, hogy a bélnyákhártya diph-

theritikus szétesésének nyomait nem kell mikroskoppal keresnünk; ahhoz pedig, hogy ily nagyfokú és kiterjedt mirigytúltengést létrehozzon, bizonyára szükséges, hogy a dysenteria is kiterjedt és nagyfokú lett légyen. Nem fogadható el tehát *Luschka*[1] nézete, melyről már fentebb említést tevék, hogy ezen bántalom lobfolyamat eredménye és a mennyiben annak nyomai ki nem mutathatók, az annak tudható be, hogy nagyon enyhe fokban volt jelen. Ez egyéni nézet, mely azonban sem a klinikai tapasztalat, sem a szövettani vizsgálatok részéről igazolást nem nyert.

(Folytatása következik.)

Közlemény a Kétly Károly tanár vezetése alatt álló II. sz. belgyógyászati klinikáról.

A diazoreactio klinikai jelentősége.

Hönig Izsó dr. klinikai gyakornoktól.

(Vége.)

VI. eset. Sch. A. 14 éves, cseléd, betegségének hatodik napján jött ugyan már a klinikára, de vizeletét csak 10 nap mulva vizsgáltam meg először. Feltünő, hogy a reactio kimaradása hat nappal előzte meg a láztalanság beálltát.

VII. eset. Sz. B. 28 éves, szabó, eseténél a reactio szintén hosszú idővel, 8 nappal előzte meg a láztalanság első napját. Ennél az esetnél is volt alkalmunk egy ideig a már említett *pseudo-reactiot* észlelni a további lefolyás alatt és pedig ez esetben a *tannalbintól* feltételezve. Ezen időszak alatt a beteg egyszerre lázt kapott újólag, úgy hogy egy esetleges recidivára lehetett volna gondolni; azonban, minthogy a reactio állandóan pseudo-alakjában megmaradt, sem intensitásban nem nőtt, sem zöld csapadék nem képződött, valamely súlyos complicatio vagy recidiva már eleve kizárható volt és tényleg a beteg három nap mulva ujra láztalan lett.

VIII. eset. St. G. 32 éves, kereskedő neje. A beteg, a ki morbus Basedowi-ban is szenvedett, bejövetelekor öt nap óta lázas volt; eleinte csak az említett bajával összefüggő lázaknak gondoltuk, de a később kifejlődő tünetek és a positiv diazoreactio csakhamar útbaigazított a lázak eredete felől, utóbb a *Gruber-Widal*-reactio is positiv lett. Nevezetes, hogy ez esetben a diazoreactio kimutathatósága három nappal *később* szünt meg, mint a láz. Ez esetben is *pseudo-reactio* lépett fel és pedig a *china decoctum* okozta itt a diazotizáló hatást. Az előbbi esetnél említett körülmény, t. i. hogy utólázak esetén valódi diazoreactio nem lép fel, ez eset kapcsán is beigazolást nyert.

IX. eset. G. K. 26 éves, inas; enyhe lefolyású typhus-megbetegedés volt.

X. eset. Sz. J. 39 éves szabónő esete pedig rendkivül protrahált lefolyást mutatott; a láz a betegség XLII. napján szünt csak meg. Ez az eset is érdekes viszonyt derített ki az orvosságok és a diazoreactio között. A beteg t. i. két izben chinint kapott (3×0·5 gm. pro die), a mire a reactio intensitása egyszerre 4 cm³-nyi intensitásáról 1·5—2·0 cm³-re emelkedett, jeléül annak, hogy ha az orvosság okozta diazotizáló hatás tényleges diazoreactioval társul, úgy ez abban nyilvánul, hogy a reactio intensitásában növekedik.

XI. eset. F. F. 20 éves, lakatos; a diazoreactio öt nappal előbb szünt meg, mint a láz.

XII. eset. B. A. 24 éves, postaszolga neje. Ez esetben a diagnosis megejtése sok nehézséget okozott, mert morbus Basedowi, osteomalacia és nephritis parench. volt jelen e nőnél, midőn egyszerre lázas kezdett lenni; csakhamar ileocoecalis fájdalmasság, hasmenés, lépnagyobbodás csatlakozott hozzá és a diazoreactio is positiv lett, úgy hogy ennek alapján typhusban kerestük a láz okát. De a *Gruber-Widal*-reactio három izben is negativ volt, a miért is szóba jött, hogy nem az egyidejüleg jelenlévő otitis media okozza-e a lázt. Azonban, mivel a beteg lázas megbetegedésének csak nyolczadik napján kezdett fülfájdalmakról panaszkodni és a megtörtént paracentesis után is a láz continua continens alakjában fennmaradt, a negativ serumreactio daczára is typhust vettünk fel, annál is inkább, mert ennek feleltek meg a klinikai tünetek, a lázmenet és az egész lefolyás, továbbá, mert az irodalomban számos eset van feljegyezve, a hol kifejezett és bonczolás által is igazolt typhusnál a serumreactio állandóan negativ volt. A diazoreactionak állandó jelenléte ez esetben tehát jó diagnostikus szolgálatot tett nekünk. A betegség súlyos voltát tanusítja az is, hogy a diazoreactio a láz megszünte után még négy napig maradt kimutatható.

Az esetek eme itt közölt rövid vázlatából, az előrebocsátott összefoglaló táblázat alapján, valamint egyéb itt nem részletezett vizsgálataimból a következő diagnostikus és prognostikus következtetések vonhatók le a diazoreactio klinikai jelentőségét illetőleg typhus abdominalisnál:

Valamennyi typhus-esetünknél a reactio ki volt mutatható. Mivel az itt közölt esetek legnagyobb része már előrehaladt stadiumában, az első hét végén vagy a II. hét folyamán került észlelésünk alá, a midőn a diazoreactio mindig már igen erős mértékben volt jelen, ennélfogva arra nézve, hogy a reactio a megbetegedés mely napján lép fel először a vizeletben, ezen esetek nem nyújtanak felvilágositást. Azonban voltak eseteink, melyekben csak qualitativ diazoreactio történt, és a hol a diazoreactio már a betegség 3—4. napján ki volt mutatható. Különben ez iránt az újabb vizsgálók *(Krokiewitz,*[19] *Michaelis*[21] stb) is csak megerősitik a régen megállapitott tényt, hogy a reactio a betegség 2—6-dik napján belül szokott megjelenni.

Már biztosabb útmutatást nyertünk vizsgálatainkból a diazoreactio további viselkedését és megszünését illetőleg. Látjuk ugyanis, hogy a diazoreactio, ha egyszer fellépett, legerősebb intensitásában az első és második héten nyilvánul, majd erősségében fokozatosan csökkenve, legtöbbször a harmadik hét folyamán kimarad, csak a legritkább esetekben húzódik el ennél hosszabb tartamra és ilyenkor mindig maga a betegség is protrahált lefolyású.

Vizsgálataink alapján kimondhatjuk, hogy a diazoreactio intensitása semmiféle összefüggésben nem áll a vizelet színével, a mint azt *Oliva*,[22] *Dolgow*[10] és mások állitják; az egyes esetek kapcsán tett pontos feljegyzésekből kitünik, hogy akár világos, akár sötétsárga volt a vizelet színe, abból semmiféle következtetést nem lehet vonni a diazoreactiohoz szükséges reagens mennyiségére vonatkozólag.

A vizelet vegyhatását eseteinknél szintén mindig megfigyeltük, mivel azonban állandóan savi vegyhatású vizeleteink voltak, nem dönthettük el azon állitást, hogy a diazoreactio alkalikus vizeletben gyengébben volna kimutatható. Az I. esetnél volt ugyan alkalmunk két napon át alkalikus vizelettel a reactiot végezni, de ez összeesvén a reactionak amúgy is beállott alábbhagyásával, nem jogosit fel arra a következtetésre, hogy alkalikus vizeletben a reactio intensitása csökkenne. A vizelet zavaros, üledékes volta, mennyisége és fajsúlya közeli összefüggésben állván egymáshoz, csak annyiban befolyásolják néha a reactio intensitását, a mennyiben a kisebb mennyiségü vizelet rendszerint concentráltabb oldata lévén a diazoreactiot okozó, eddig még ismeretlen anyagnak, természetesen kevesebb reagenst fog igényelni, hogy a reactio határát elérjük. A mi a vizelet fehérjetartalmát illeti, arról 4 eset kapcsán állíthatjuk, hogy egyáltalában semmiféle befolyással sincsen a diazoreactio intensitására vonatkozólag. Azon állitást pedig, hogy nőknél a diazoreactio intensivebben lép fel, eseteink épen nem igazolják. Ezen állitást némelyek valószinüleg egyes esetekben nőknél észlelt kevesebb vizeletmennyiségből vont téves következtetések alapján koczkáztathatták.

Még egy factor van, a melylyel a diazoreactio intensitását talán leggyakrabban és legszivesebben próbálták összhangzásba hozni. Igen közelfekvő volt, hogy főkép typhusnál, miután a reactio alábbhagyása sokszor párhuzamosan haladt a hőmérsékkel, a láznak ingadozásaitól tették függővé a reactio intensitását. Azonban számos tapasztalat bizonyítja, hogy a diazoreactio nem függ a láztól, hanem mindkettő ugyanazon kútforrásra vezethető vissza, t. i. a szervezetet megtámadó általános infectiora. És a diazoreactio ezen fertőzés intensitásának, épen úgy, mint a láz, a vizelet toxicitása és a vérben levő toxinok meghatározása, teljesen egyenértékü, csakhogy (a lázat kivéve) kényelmesebb, egyszerübb kivitele miatt sokkal becsesebb mértéke *(Köppen)*.[18]

A diazoreactio tehát a typhusnál egy a lázzal teljesen egyenrangú tünetnek mondható, a melyet fellépésének és megszün ésének időpontját tekintve, hajlandók volnánk a belekben lefolyó beszürődési és fekélyesedési folyamattal összefüggésbe hozni. A láztól való függetlenségét legjobban bizonyítja az a körülmény, hogy egyáltalában semmi összefüggés nem mutatható ki az ő intensitása és a hő ingadozásai között, a mint erre az egyes eseteknél már hivatkoztunk, továbbá, hogy a reactio megszünése és az apyrexia beállta szintén nem mutat szoros kapcsolatot. Vannak ugyan eseteink, a hol e kettő összeesik (II. és IV. eset), de legtöbbször a reactio kimaradása már az amphibol stadiumban szokott bekövetkezni. A mi eseteink közül is 7-szer, tehát körülbelül 58%-ban, megelőzte a reactio eltünése az első láztalan napot és pedig 1—7 napi tartammal, kivételt képez a III. eset, melynél 15 nappal előzte meg az apyrexia bekövetkeztét, de ennek okát már ott felemlítettük. Azonban legjobban szól a diazoreactionak a láztól való függetlensége mellett két eset kapcsán (VIII. és XII.) tett ama megfigyelésünk, hogy a diazoreactio — bár ritkán — a láztalan

[1] *Luschka*: l. c.

szakba is átnyúlik; a mi eseteinkben kimutathatósága a lázas időszakot három, illetőleg négy nappal haladta meg, a mi csakis úgy értelmezhető, hogy a diazoreactio nem a láz által feltételezett tünet, hanem legnagyobb valószinüséggel egy a szervezetet ért infectio termelte anyagnak a vizeletben való kiválasztása által jön létre.

Az is bizonyos, hogy ha a reactio egyszer kimarad, akkor valódi lényegében sohasem lép fel újra, még ha utólázak vagy valamely intercurrens megbetegedés okozta múló hőemelkedések is jelentkeznek a reconvalescentia szakában. Ez is egy új érv, melyet a láztól való független volta mellett felhozhatunk és melyet két esetünk (a VII. és VIII.) kapcsán igazolhatunk, habár csak indirect úton. Mert mindkét esetben a reactio pseudo-alakjában (az egyik esetben tannalbintól, a másikban china decoctumtól feltételezve) a reconvalescentia szakában ki volt mutatható és a mikor e közben hirtelen hőemelkedések léptek fel az illető eseteknél, a reactio sem jellegében, sem intensitásában nem változott, pedig a X. esetnél nyert tapasztalataink alapján állíthatjuk, hogy olyankor, ha a pseudoreactio tényleges diazoreactioval szövődik, akkor ez első sorban abban nyilvánul, hogy a reactio intensitásában nő, továbbá a zöld csapadék is elárulja a coincidentiát.

Azonban már régen ismeretes és vizsgálataink szintén beigazolták, hogy ha a reactio hosszasabb kimaradás után ismét fellépő lázak esetén újra kimutatható lesz, úgy ez a recidiva diagnosisára pathognomostikus értékü, feltéve, hogy a gyógyszerek már említett befolyását kizárhatjuk, a mire nézve vizsgálataink szerint elég jó megkülönböztetési momentumokkal rendelkezünk, részben az által, hogy a pseudoreactio létesítéséhez rendszerint sok, 5 cm³ vizelethez legalább 4—5 cm³ reagens szükséges és így is intensiv vörös szint ritkán kapunk, legtöbbször csak halványvörös vagy sárgásvörös elszíneződést, de leginkább az által, hogy valamennyi anyaggal (rheum, chinin, tannalbin) végzett kisérleteinknél a jellemző zöldszínü csapadék, a *tertiaer színváltozás*, rendesen ki szokott maradni.*

A diazoreactio *lényegét* illetőleg igen divergáló felfogásokkal találkozunk. A legtöbb szerző a *chemiai anyagok* közt keresi a reactio alapjául szolgáló anyag mibenlétét, okát. Némelyek, így *Pierig*,[25] *Luzzato*,[20] *Seng*[33] stb. az *aromatikus sorozatba* tartozó testek valamelyikének tulajdonították a reactiot feltételező anyagot; *Penzoldt*,[23] *Petri*,[24] *Jaksch*[15] stb. pedig a *methanszármazékú* anyagok (czukor, aceton, diaceton stb.) közt keresik. Természetesen akadtak olyanok is, a kik a szerves anyagok harmadik csoportjában a *fehérjenemü anyagok* közt is kutatták a reactio nyitját. Újabban pedig nem is fehérjeanyagnak, hanem a fehérje szétéséből származó productumoknak *(Sahli, Krokiewitz*[19]*)*, mások pedig a bakteriumok anyageseréje által létrejött *toxinoknak* tulajdonítják a reactio okát *(Feer*,[12] *Agello*,[1] *Jez*[16]*)* és ezzel tényleg összeegyeztethető azon már említett leletünk, hogy a diazoreactio fellépése és eltünése nem annyira a lázzal, mint inkább a bélmirigyek beszürődési és fekélyesedési stadiuma kezdetével és végével függ össze; a typhustoxinok e nyákhártyán át ugyanis könnyebben jutnak a vérkörbe, a melyben ismeretlen módon oly változást szenvednek, hogy a vizeletben kiválasztva a reagensre a jellemző reactioval felelnek. Ezen toxinogen theoria mellett szól *Blachstein, Engels, Malvoz* és *Seifert*[27] azon újabb felfedezése, a mely szerint bizonyos azotestek, mint a saffranin, vesuvin, chrysoidin stb. igen híg oldatban a typhus-bacillusokra ép oly agglutináló hatást fejtenek ki, mint maga a vérserum (*Gruber-Widal*-féle reactio). Minthogy pedig bizonyos körülmények között, mint azt a diazoreactio bizonyítja, a szervezetben is képződhetnek azoanyagok és ezeknek, a mint ezt erre vonatkozó ellenőrző kisérleteim igazolják, tényleg megvan a typhus-vérserummal közös agglutináló hatásuk a typhus bacillusára, ebből legalább theoretice a diazoreactionak esetleg toxineredetére lehet mégis következtetni. Persze a diazoreactiot megmagyarázni ez a theoria sem tudja, mert hiszen a sok nem toxigen származású betegségnél levő diazoreactio lényegét illetőleg még homályban hagy és még mindig további kutatás tárgyát képezheti ezen sokat vitatott kérdés megfejtése.

Ha végig tekintünk tapasztalatainkon, a melyekre a typhus abdominalisnál jutottunk e reactiora vonatkozólag, be kell ismernünk, hogy, habár az esetek egy nagy számában fontos diagnostikus segédeszköz, azonban specifikus, pathognomostikus értéket egyáltalában nem tulajdoníthatunk neki. De ilyen qualitású tünettel vagy próbával a betegség kezdeti szakában, a midőn a lépmegnagyobbodás, a roseola még ki nem fejezett, a nemrégen még specifikusnak tartott *Gruber-Widal*-féle serumreactioban sem rendelkezünk. Mert hogy akár a diazoreactionak, akár a serumreactionak kórjelző értéket tulajdoníthassunk, azoknak két tulajdonsággal kellene birniok: 1. valamennyi typhus-esetben, 2. csakis typhus-megbetegedés esetén legyenek kimutathatók.

Nézzük, miként felelnek meg az említett reactiok e feltételeknek, hogy ebből azután az egyiknek vagy másiknak értékesebb voltára vonjunk következtetést.

A mi az első feltételt illeti, annak a diazoreactio, a mi észleleteink szerint, teljesen megfelel és ebben megegyeznek vizsgálati eredményeink *Gerhardt*,[13] *Dolgow*[10] és *Krokiewitz* stb. tapasztalataival, a kik az esetek 99—100%-ában találták a diazoreactiot.

Ezzel szemben épen a legújabb vizsgálatok alkalmasak arra, hogy a *Gruber-Widal*-féle reactioba fektetett feltétlen bizalom alaposan meginogjon. Az ma már általánosan ismert tény, hogy a serumreactio a diazoreactionál sokkal későbbi időben mutatható ki, legtöbbször csak a második hét folyamán, sokszor pedig csak a harmadik hétben, sőt *Thoinot* és *Cavasse*,[29] *Kasel* és *Mann*[17] vizsgálatai szerint némely esetben csak a defervescentia szakában volt positive jelen. Mi eseteinkben rendesen csak a második hét folyamán vagy ennél is később végeztük a serum-reactiot, ennélfogva érthetőleg legtöbbször már positiv volt az eredmény, azonban két esetben mi is tapasztaltuk, hogy a IX., illetőleg a XV. napon végzett reactio még negativ volt, holott épen a diazoreactioval sokszor már oly időben kaptunk biztos útmutatást a diagnosisra, a midőn a klinikus tünetek még nem adtak hasznavehető támpontot az eldöntésre. De eltekintve ezen sokkal későbbi fellépése okozta hátrányától, még az is csökkenti a serumreactio értékét, hogy előfordulnak határozottan kifejezett typhus-esetek, melyekben a reactio állandóan negativ volt. Ilyen volt a mi XII. esetünk, ha az ott elmondottak alapján tényleg typhusnak vehető, mert a IX. és XII. napon 45-szörös higítással végzett sikertelen eredmény után már a reconvalescentiában, a XXIV. napon megismételtük a reactiot 25-szörös higítással a nélkül, hogy az agglutinatio beállott volna. És számos hasonló esetről van már említés téve az irodalomban, így többek közt *Widal* és *Sicard*,[31] *Antony* és *Ferré*,[31] *Biggs* és *Park*,[5] *Durham*,[9] *Kasel* és *Mann*[17] közölnek bonczolás által is igazolt typhus-eseteket, melyekben a serumreactio mindvégig negativ volt még a betegség XX—XXX. napján, sőt ennél is későbben. Ezek alapján *Baginsky, Litten, Selberg*[21] és mások egész határozottan azt állítják, hogy a serumreactio egyáltalában nem versenyezhet a diazoreactioval, mert az eseteknek majdnem felében cserbenhagy és mivel a mi eseteinkben is a diazoreactio állandóbban volt kimutatható, mint a *Gruber-Widal*-reactio, ennélfogva a pathognomitás első feltételét illetőleg határozottan a diazoreactionak kell előnyt adnunk.

A második feltételnek, hogy csakis typhus-esetben legyenek jelen a reactiok, egyik sem felel meg a reactiok közül. A diazoreactiot illetőleg ma ugyan már bebizonyítottnak tekinthető, hogy ép vizeletben nem fordul elő és habár, a mi különösen kiemelendő, a differentialis diagnosisban sokszor igen nagy nehézséget okozó lázas gastro-enteritisek esetén a diazoreactio mindig negativ *(Ehrlich*,[11] *Beck*,[4] *Rütimeyer*,[26] *Jez*,[16] *Goldschmidt*,[14] *Krokiewitz*[19]*)*, mindazonáltal még fenmarad egész legioja azon eseteknek, a midőn a reactiot kimutatni képesek voltak. Hogy csak a leggyakoribb és a typhussal szemben legalább a kezdeti stadiumban leginkább számba jövő betegségeket említsem: ismételten találtak positiv diazoreactiot tuberculosis miliaris, influenza, typhus exanthematicus, meningitis, peritonitis és pneumonia croup. némely eseteiben. (Egy súlyos pneum. croup.-esetnél nekünk is volt alkalmunk a reactiot soká megfigyelni.)

* Csak felemlítem, hogy *Krokiewitz*[19] a chrysarobinra, *Cnopf*[8] pedig hasonló pseudoreactiot észlelt naphthalin és cascara sagrada bevétele után; továbbá, hogy úgy ez utóbbi három anyagra, mint a fent említett három orvosszerre vonatkozólag sikerült bebizonyítanom, hogy ezek részint maguk, mint olyanok, részint egy-egy alkatrészük útján a benzolból származó aromatikus sorozattal közelebbi vagy távolabbi összefüggésben vannak és így chemiailag tulajdonképen rokonvegyületeket képeznek.

Azonban nemcsak a diazoreactiora nézve áll ez a sokszoros elöjövetel, hanem az újabb vizsgálatok alapján a serumreactioról is tudjuk, hogy nemcsak a typhusos beteg vérsavója, hanem sok más beteg vére is agglutinálja a typhus-bacillusokat még 1 : 60 és 1 : 80 hígítás mellett is (sőt mint *Malvoz*[27] stb. kisérleteiből látjuk, egynéhány azofestőanyag is képes azt megtenni). Igy *Achard-Bensaude*[2] pyelonephritisnél, *Breuer*[6] perityphlitisnél, acut miliaris tuberculosisnál és 3 lázas bélautointoxicationál, *Stern*[28] (habár csak 1 : 10 hígítás mellett) 5 esetben (többnyire lázas bajok), *Vilier-Battle*[32] malariánál, *Jez*[16] meningitis basilaris tuberculosánál, *Kasel* és *Mann*[17] 2 pneumonia crouposa-esetnél 1 : 50 hígítás mellett is positiv eredményt kaptak; hasonló esetről tesz említést *Oordt* is.

Másrészt azt sem szabad figyelmen kivül hagyni, hogy a serumreactio által tulajdonképen csak bizonyos antitoxinok vagy ú. n. antitestecsek kerülnek kimutatásra, melyek egy kiállott typhus után még soká keringhetnek a vérkörben, a mi azután egy későbbi időben tévedésre adhat alkalmat.

Tehát a pathognomitás második feltételének egyik sem felel meg a két reactio közül, és ha mindezek megfontolása után mégis a diazoreactionak adunk előnyt, úgy ezt a már említett okokon kivül teszszük egyrészt azért, mert recidivák vagy egy már kiállott typhus esetén a serum-reactio mindig cserben hagy, de leginkább a diazoreactio könnyebb kivihetősége miatt, mert a reagens és egy eprouvetta a qualitativ, vagy a reagens és egy buretta a quantitativ vizsgálatra sokkal könnyebben hozzáférhető gyakorló orvosnak is, mint a *Gruber-Widal*-reactiohoz szükséges anyagok közül a legfeljebb 24 órás typhus-bouillon cultura, a mely bizony a klinikákon sem áll mindig rendelkezésre a szükséges pillanatban.

De még klinikákon, tudományos vizsgálatokra is megállja a helyét a diazoreactio, mert habár szintén osztozik a serumreactio hibájában, talán még nagyobb fokban is, t. i. hogy sok mindenféle betegség esetén lehet kimutatni, de abban határozottan előnyt érdemel felette, hogy megjelenése messze megelőzi a serumreactio kimutathatóságát, valamint hogy a quantitativ módszer szerint végzett reactioval az egyszer diagnostizált megbetegedés intensitásának csökkenéséről vagy növekedéséről egészen határozott felvilágosítást nyújt, a mennyiben a betegség és a reactio intensitása között teljes consonantia állapítható meg és így a reactio csökkenéséből, illetőleg eltünéséből, sokszor már oly időben vonható kedvező következtetés, a midőn még egyéb jelenségek egyáltalában nem, vagy csak bizonytalanul utalnak javulásra; míg a reactio növekedéséből egyrészt, illetőleg kimaradása után újból való fellépéséből másrészt, a gyógyszerek említett és jól megkülönböztethető befolyását kizárva, részint a megbetegedési folyamat súlyosbodására vagy intercurrens megbetegedésre, részint recidiva beálltára lehet következtetni.

A diazoreactio tehát a typhus abdominalisnál a *Gruber-Widal*-féle reactioval legalább is egyenértékü diagnostikus, de azt messze felülmuló prognostikus útbaigazító segédeszköz gyanánt ajánlható, melynek a megfelelő cautelák (friss és pontosan összeállított reagens, exact kivitel, bizonyos orvosságok okozta befolyásolás szemmel tartása) mellett való végzését eléggé praktikus és megbizható eredményei miatt sohasem kellene elmulasztani.

Ezek után a diazoreactiora vonatkozó vizsgálati eredményeket a következőkben foglalhatom össze:

1. Esetenkint, minden szabályszerüség nélkül sok betegségnél fordul elő, azonban állandóan csak a typhus abdominalisnál. Gyakran találjuk tuberculosisnál is, azonban nem oly feltétlenül halálos prognostikonnal, mint azt újabban állították.

2. Typhusnál a láztól teljesen független és valószinüleg a bélben lefolyó processussal összefüggő tünetnek ismertük meg, a mely legnagyobb valószinüség szerint a typhus-bacillusok toxinjainak a beszürödött és fekélyes bélnyálkahártyán való felszivódása által jön létre.

3. A quantitativ diazoreactioból láttuk, hogy a reactio intensitása a megbetegedés súlyosságával arányos, tehát határozottan prognostikus értékü.

4. Kimaradása typhusnál közeli javulásra ad támpontot sokszor már oly időben, a midőn más tünet ezt nem jelzi. Ha ilyenkor újra fellép: recidivára pathognomostikus értékü.

5. A gyógyszerek okozta pseudoreactiot úgy intensitásának esekélyebb volta (a quantitativ módszer szerint), mint a zöld csapadék hiánya jól megkülönbözteti a valódi diazoreactiotól.

6. Korábbi és állandóbb fellépése, továbbá a 3. és 4. pont alatt említettek, valamint könnyebb kivitele bizonyos tekintetben előnyt biztosítanak neki a Gruber-Widal-féle serumreactioval szemben, és mivel egyik sem mondható teljesen pathognomostikusnak a typhus diagnosisára, ezért egymás mellett alkalmazva positivitás esetén a diagnosist biztosabbá teszik.

Végül igen tisztelt főnökömnek a vizsgálataimhoz szükséges beteganyag szives átengedéséért leghálásabb köszönetemet fejezem ki.

Irodalom. [1] *Agello*: Cbl. f. innere Med. 1891. (Ref.) [2] *Achard-Besaude*: Bull. de soc. méd. des hôp. 1896. jul. 26. [3] *Antony-Ferré*: Soc. méd. des hôpit. 1896. [4] *Beck*: Progn. Bedeut. d. Diaz. bei Phthisik. Char. Ann. XIX. 1894. pag. 583. [5] *Biggs-Park*: Soc. méd. des hôpit. 1896. [6] *Breuer*: Berl. klin. Wochenschrift. 1896. 46. [7] *Clemens*: Klinische D. Wien. med. Blätter. 1899. [8] *Cnopf*: D. und Lungenphthise. Diss. Würzburg, 1888. [9] *Durham*: Lancet, 1896. II., p. 1746. [10] *Dolgow*: Öst.-ung. Cbl. 1896. p. 355 (Wratsch, 1896. 21). [11] *Ehrlich*: Über eine neue Harnprobe. Zeitschrift f. klin. Med. V., 1882, p. 285. — Char. Ann. VIII., 1883. — Zeitschr. f. klin. Med. VII. — Char. Ann. XI. 1886. [12] *Feer*: Jahrbuch f. Kind. XXXIII. 3. [13] *Gerhard*: Char. Ann 1891. pag. 208. [14] *Goldschmidt*: Diagn. Werth d. D. Münch. med. Wochenschrift 1886, 35. [15] *Jaksch*: Prag. med. Wochenschr. XVI, 1891. p. 94. [16] *Jez*: Diaz. u. progn. Bedeut. bei Typhus. W. med. Wochenschr. 1896, 52 és 1897, 3. [17] *Kasel-Mann*: Beitr. z. Gruber-Widal-React. Münch. med. Wochenschrift 1899, 18. [18] *Köppen*: D. bei Grippe. Cbl. f. inn. Med. 1899, 18. [19] *Krokiewitz*: Wien. klin. Wochenschr. 1898, 29. [20] *Luzzato*: Rivista clin. ital. 1890, 1. [21] *Michaelis*: D. u. ihre klin. Bedeut. Deutsche med. Wochenschr. 1899, 10. (Discussio ibidem 8.) [22] *Oliva*: Rivista clin. de Bologna 1885, 3. [23] *Penzoldt*: Berl. klin. Wochenschr. 1883, 14. [24] *Petri*: Zeitschr. f. klin. Med. VI és VII. [25] *Pierig*: Über die Ehrlich'sche Harnreaction. Prager Zeitschr. f. Heilk. 1885, 1. [26] *Rütimeyer*: Klin. Bedeut. d. Diaz. Corr. f. schweiz. Ärzte. XX, 10. 1890. [27] *Seiffert*: Sitz. d. phys. med. Gesellschaft zu Würzburg. Berl. klin. Wochenschr. 1899, 1. [28] *Stern*: Cbl. f. inn. Med. 1896, 49. [29] *Thoinot-Cavasse*: Münch. med. Wochenschr. 1896, p. 1311. [30] *Wolf*: Kritik d. Diaz. W. med. Presse. 1899, 10. sz. [31] *Widal-Sicard*: Soc. méd. des hôpit. 1897. [32] *Vilier-Battle*: Presse méd. 1896. [33] *Seng*: Kritik der Diaz. W. klin. Wochenschr. 1899, 39.

A férfigonorrhoea kezelése.

Közli: *Kiss Gyula* dr.

(Vége.)

Az argentum nitricum behatása következtében a nyálkahártyában izgalom, fokozott elválasztás és hyperaemia támad, a melynek azonban néhány órával tovább nem szabadna tartani. Ezután desquammatio következik be. Sokkal több ez az eredmény, mintha a szer egyszerüen gonococcusölő volna. Ennek a muló izgalmi állapotnak következményeként a lobos termények felszivódása egy-egy lépéssel előrehalad. E mellett talán a nyálkahártya baktericid képessége is erősbbödik; a gonococcus végleg elpusztul. De nem követünk el hibát akkor, ha az argentum nitricumot csak causticumnak tekintjük és mint ilyet csak azzal a czélzattal használjuk, hogy a renyhe lob székhelyén izgalmat keltsünk.

Hibás azonban a kezelés, ha akár az izgalom hosszan tart, akár a beavatkozás oly gyakran történik, hogy az izgalmak egymásra halmozódva, egy folytonos ingerületi állapotot tartanak fenn. Ha valaki *Neisser* elveit tartja szem előtt, ez vele könnyen megesik. „Gonococcusölés“ vagy „táptalajrosszabbítás“ lévén a czél, azt lehetne hinni, hogy ezt a czélt tömény oldatokkal és gyakori alkalmazással jobban megközelítjük. Igy történik, hogy lapis-instillatiokat naponta, sőt napjában kétszer alkalmaznak. Hiszen a lobnak kismérvü fokozása *Neisser* szerint megengedhető. És így látjuk néha azt a paradox helyzetet, hogy gonococcusban bővelkedő kifolyás van ott, a hol megelőzőleg huzamosan erős gonococcusölő szer használtatott. Ebből látszik, hogy a jelszó gyakorlatilag fontos lehet.

A vegyi szerek mindegyike más-más hatásmóddal bir. Ha csoportosítani akarjuk, *adstringens, izgató,* és *edző* szereket különböztetünk meg. Hogy e csoportokba mely szerek tartoznak, nem kell részleteznem. Tudjuk, hogy az argentum nitricum mind a három csoportba beillik és megjegyezhetem még, hogy a kalium hypermanganicum csakis izgató szernek tekinthető. A vegyi szereket alkalmazhatjuk ugyanoly javalatok szerint, mint egyéb nyálkahártyák hurutjainál és általuk a nyálkahártyát gyógyítjuk. Oly

*

vegyi szerünk azonban nincs, a mely gonococcusölő hatásánál fogva képes volna a gonococcus kiküszöbölésének feladatában a mechanikai antisepsist pótolni. A gonococcusölő tulajdonság a gyógyító hatásnak nem kelléke és így nem ismerhetjük el azt, hogy a gonorrhoea gyógyításában kizárólag a „gonococcusölő“ szerek használata engedhető meg-

A gonorrhoea fertőző szakának gyógyításában mindezek szerint a leginkább elterjedt kezelésmódok egyikéhez sem csatlakozom.

A fertőzés kezdeti szakában czélszerűnek tartom a *steril vízzel*, vagy *gyengén ható oldatokkal* (kalium hypermangan. 1 : 8000; physiologiai konyhasó-oldat; 1%-os bórsav-oldat) *való irrigálást.*

A mi a steril vízzel való öblítés értékét legjobban bizonyítja, az az a tény, hogy *ily módon a gonorrhoeát lehet abortive gyógyítani.* E kijelentést sokan kétkedve fogadhatják. Hiszen még könyvekben is olvasható, hogy a gonorrhoeát abortive gyógyítani nem lehet, például *Zeissl* is ezt irja a *Zuelzer-Oberlaender*-féle könyvben. Idézik, hogy *Ricord* az abortiv gyógyítást erősebb (1 : 30) lapis-oldat befecskendésével megkisértette, de ettől követői sok súlyos complicatiot láttak. *Neisser* 1 : 3000 töménységü lapis-oldattal irrigatiot ajánlott abortio czéljából, de *Jadassohn* kisérleteit beszüntette, mert erős lobtüneteket látott kifejlődni. Ezzel szemben *Feleki* urethroskopiai ellenőrzés mellett a húgycsövet 3%-os lapis-oldattal ecseteli ki. Ez eljárást harmad-negyednaponkint ismétli és 6—10 nap alatt abortiv gyógyulást ér el. *Welander* újabban 3%-os protargol-oldat alkalmazása után látott abortiv eredményeket. Mindezen eljárások tisztán a vegyi hatásra vannak alapítva.

A vegyi szerek szükségét maga *Janet* is hiszi. Épen a steril vízzel elért eredmények fogják bizonyítani, hogy a vegyi szereknek mellékes szerepök van. Tény az, hogy *Goldberger* összeállításában — főleg franczia szerzők közleményei szerint — öt évi idő alatt 118 egész frissen kezelt eset közül 98 abortive gyógyult *Janet* eljárása által.

Guiard a mult évi franczia urologiai congressuson felemlítette, hogy abortiv eredményeket ért el 1 : 10,000 töménységü kalium hypermanganicum-oldattal.

Nekem három esetben volt alkalmam abortiv gyógyulást látnom. Hogy valóban gonorrhoeával volt dolgunk, azt a *Vas* magántanár úr laboratoriumában végzett gonococcusvizsgálatok bizonyították.

Az esetek közül kettő a harmadik napon, egy a hatodik napon került kezelés alá. Az előbbi két esetben 1 : 5000 töménységü kal. hypermang.-oldatot használtam; utóbbi esetben steril vizet.

Mindvégig csak a mellső részletet öblítettem, magas (1 m.) vízoszlop nyomással és 1 liter vízzel. Mindegyik esetben az első irrigatio után a váladékban gonococcus nem volt, de a váladék csak 2—3 nap után csökkent annyira, hogy csak fonalakat képezett a vizeletben. (A fonalak a vizeletből a második héten sem tüntek el egészen. Az illetőknek azonban megelőzőleg is volt gonorrhoeájok.) Az első napokban két vagy három irrigatiot végeztem, a negyedik-hatodik naptól kezdve naponta csak egy irrigatiot. Hogy a steril víz irrigatio épen úgy gyógyított, mint a gyenge kal. hypermang.-oldat, ez arra vall, hogy az irrigationál a mechanikai hatás a fontos.

A hol a gonorrhoea az infectio után egy-két nappal, de még négy-hat nappal kerül kezelés alá, de a hol erős kifolyás még nincs, nem duzzadt és nem erősen piros a szájadék és főkép oedema nem jelzi az erős lobot, a hol *Janet* eljárása szerint abortiv eredményt el lehet érni, ott e tapasztalatom szerint steril víz irrigatioval is el lehet azt érni, ha az talán kivételes is. Megkisérteni ezt minden esetben lehet, mert módunkban van a kezelést abbahagyni, ha így is a lob fokozódását látnók. Feltünő jelenség, a mit néhány abortive nem gyógyuló esetnél észleltem, hogy a gonococcust a legelső irrigatiotól kezdve napokon át a váladékban feltalálni nem voltam képes, daczára annak, hogy a lobos tünetek nem enyhültek; ellenben a gonococcus csakhamar megjelent, mihelyt az irrigatiokat izgató hatásuk miatt elhagytam és egyszerü befecskendésekre (gyenge kal. hypermang.-oldattal) tértem át.

E fajta esetek megerősítették a különben is valószinü felvételt, hogy az úgynevezett *abortiv* gyógyulás tulajdonképen csak *igen gyors* gyógyulás. Valószinü volt e felvétel azért is, mert ismeretes dolog, hogy a gonococcus már a második nap az epithel-réteg mélyébe behatolt; az irrigatio pedig csak a felületről seperheti el a gonococcust. E szerint a gonococcus megmarad az epithel mélyében. Ha pedig az eset mégis gyorsan gyógyul — látszólag abortive —, e tény a nyálkahártyának hatalmas gonococcusölő képességére enged következtetést vonni. Ez pedig szintén egy intelem, hogy a gonococcusölésre áldozatok árán ne törekedjünk.

Az abortiv gyógyeredmények — ha szabad mégis ezt a kifejezést használnom — e szerint nemcsak azon nagy szolgálatnál fogva fontosak, a melyet velük a betegnek teljesítünk, hanem az elvi kérdésben is döntő befolyással birnak, mert bizonyítják, hogy a mechanikai antisepsis mennyire hathatós a kezelésben.

Bármely eljárásnak kevésbbé feltünő az eredménye a kifejlett lobnál. A mitől mégis a legtöbb siker várható, az az *irrigatio.*

Az irrigatioknak még a kedvezőtlenebb esetekben is megvan az az előnyük, hogy ezek mellett az orvos a beteget folyton ellenőrzi. Ez pedig a betegre igen hasznos lehet, főképen azért, mert egyedül a legtöbben nem kezelik magukat elég gonddal.

Az injectiokat — ha a beteg maga kezeli magát — minél gyakrabban végeztetjük és a prolongált injectiot ajánljuk.

A prolongált injectiok a protargollal terjedtek el. Közlemények az így elért eredményekről igen nagy számban vannak. Magam részéről tiszta vízzel végzett prolongált injectiok után is láttam a váladék csökkenését és a gonococcus számának csökkenését. A folyadék hosszas érintkezése következtében az epithelt fedő detritus, geny, epithelsejtek könnyebben leválnak. A mechanikai antisepsis tökéletesebb. Ez tehát máris magyarázhatná a jobb eredményeket.

A mennyire tapasztalataim alapján meggyőződhettem, az eredmények nem jobbak az újabb „gonococcusölő“ szerek használata mellett, mint ha adstringens szereket hasonló előirásokkal (gyakori injectio, prolongált injectio) rendelünk.

Általában azonban rendes lefolyású gonorrhoeánál a legjobb és leggondosabb kezelés is csak arra szolgál, hogy az infectio cyclikus lefolyását biztosítsa, a recidiváktól megóvjon. A gyógyulás csak az infectio utáni negyedik héten túl szokott szembetünő lenni, és a 6—8-dik héten végleg bekövetkezhetik. Ha egy gonorrhoea már egy-két hétig tartott, gondos kezelésre annál gyorsabban javul. Ellenben mennél korábban kezdjük azt kezelni, annál hosszabb ideig fogjuk azt kezelni, csakhogy a gyógyulás összes ideje mégis rövidebb. Minden esetre helytelen dolog statistikában azt feltüntetni, hogy az illető szerzőnek a müködése hány napra terjed ki; ez a tényleges gyógyulási időt nem jelenti.

De legyen bár régibb a gonorrhoea, a meddig gonococcus kiküszöbléséről van szó, addig a folyamat ugyanolyan megitélés alá esik, és ugyanazok az eljárások. A gonococcus irrigatiok után sokszor több éves gonorrhoeánál is feltünő gyorsan tünik el a váladékból, jeléül annak, hogy mindaddig a kezelés nem volt megfelelő. Sokszor csak a gonococcus tünik el; fonalak tovább jelentkezhetnek, a húgycsőnyálkahártya még beteg lehet.

A míg gonococcus a váladékban kimutatható, addig helyes, ha a „gonococcus kiküszöbölés“ volt a jelszó. De ha már ki nem mutatható és erősebb genyedés sem enged arra következtetni, hogy jelen van, akkor nem czélszerü a láthatatlan ellenséget tovább üldözni. *A szöveti elváltozások gyógyítása válik ekkor feladatunkká.*

Részünkről nem elégedünk meg azzal, hogy a váladékból ismételt vizsgálatoknál is a gonococcus hiányzik, vagy hogy a váladék csak kevés filamentum alakjában mutatkozik. A szöveti elváltozások gyógyításával tekintjük a kórfolyamatot végleg gyógyultnak. A szöveti elváltozások megszüntetése szükséges azért, mert csak ez adja a teljes biztosítékot az iránt, hogy a gonococcus végleg eltünt, hogy a fertőzés veszélye végleg elmúlt. Szükséges továbbá azért, mert ez adja a biztosítékot az iránt is, hogy idővel nem fejlődnek oly szövődmények, melyek az illető egyén

egészségét, sőt életét veszélyeztetik. És végül meg kell gyógyítani az elváltozásokat, mert meg lehet gyógyítani.

Hogy miben állanak ezen szöveti elváltozások és hogy miként kórismézhetők, arra nézve a magam részéről *Oberlaender* tanításait követem. A részletekbe a tárgy kiterjedt volta miatt bele nem bocsátkozhatom.

A vegyi szerek közül, a melyek a gonorrhoeánál alkalmaztatnak, a szöveti elváltozások gyógyításánál úgyszólván egyedül az *argentum nitricum* nélkülözhetlen.

E szert hígabb oldatokban 1 : 4000-től 1 : 2000-ig használom öblítésekhez. Az öblítést a mellső részletben — teljes húgycsőöblítést is — többnyire katheter nélkül végzem. Ennél erősebb töménységü lapis-oldattal, 1—2%-os oldattal, csak a mellső részletben végezek ecseteléseket. A hátsó részletbe ily töménységü oldatnak bevitelét az ez által okozott kínos állapot miatt — bár ez nagyon elterjedt kezelés mód — nem tartom okadatoltnak, mivel hígabb oldatokkal és öblítéssel is czélt lehet érni.

Ha az argentum nitricummal eredményt csak lassan vagy épen nem érünk el, áttérünk más kezelési módra, melynek eredményei jobban szembetünők: *a dilatatiokra.*

A gonorrhoea kezelésénél bougiekat már *Hunter* alkalmazott. *Ultzmann* vezette be a rendszeres sondakúrákat. *Burckhardt* a nyolczvanas években hangoztatta, hogy a fokozatos tágítással igen vastag sondákig kell menni. *Oberlaender* 1887-ben készített tágitóival a módszert tökéletesítette.

A tágítás által a beszüremkedett szövetben, mint a mely legkevésbé tágulékony, apró zúzódások és berepedések jönnek létre. Az idült lob helyén ily módon izgalom támad, melynek csillapodásával a kóros részekben a felszívódás egy-egy lépéssel előhalad. Ez *Oberlaender* szerint a tágítás hatásmódja.

Míg a létrejött izgalom le nem csillapul, a repedések nem gyógyulnak, a mi 8—10 napott szokott igénybe venni, újabb tágítást végezni czélszerütlen volna. Hogy a reactio elmult, arról urethroskoppal győződünk meg. Ezenkivül 3—4 naponkint bórsavoldattal, vagy lapis-oldattal végezünk öblítést. *Oberlaender* és követőinek tapasztalatai azt mutatják, hogy a midőn a fokozatos tágítással igen magasra eljutunk, egész 40 Charrière-ig, a folyamat meggyógyul.

Számos munka áll rendelkezésünkre, melyből az *Oberlaender* tanai és kezelésmódja ismeretesek. Ezért én fel vagyok mentve attól, hogy azokat részletezzem. Kiegészítve a gonococcusokban bővelkedő stadium kezelésével, azt hiszem e tanok a gonorrhoeának jelenleg legtökéletesebb therapiáját szolgáltatják.

Be kell azonban vallanom, hogy úgy a hogy én az egész therapiát szem elé állítani igyekeztem, csak az tünik ki, hogy a gonorrhoea egy olyan betegség, melynek gyógyítása a beteget és az orvost nagyon megterheli és különösen az orvos részéről gyakorlottságot és finomabb vizsgálati módszerekben való jártasságot igényel. Szinte meglepő, hogy *Neisser*-nek sok helyen hirdetett elvei szerint mennyivel kevésbbé terheltetnek meg orvos és beteg. Csakhogy a legegyszerübb még nem a legjobb.

Kétségtelen, hogy már az is nagy nyereség volna, ha a gonococcusvizsgálatot a gyógyulás megállapítása czéljából általánosan követnék. Csakhogy még ettől is távol állunk. Én pedig ismételem azt a sokak által hangoztatott tételt, hogy a teljes gyógyulást bizonyossággal csak az urethroskoppal lehet megállapítani.

Sajnálatos dolog, hogy egy oly rendkivül elterjedt bajnál, mint a gonorrhoea, lépten-nyomon mikroskopra és urethroskopra van szükségünk, ha az állapot felől tájékozódni akarunk. De ezen nem lehet változtatni ez idő szerint.

És mégis azt hiszem, nemcsak abban van a hiba, hogy a gonorrhoea pontos kórisméje sokszor nem állítható fel könnyen, hanem abban, hogy a legújabb időkig az orvosi közönség a gonorrhoea kezelésében sok sikert nem látott. Csak akkor, midőn az eredménydúsabb eljárások az orvosi világ közkincsévé válnak, lesz a társadalom hivatva arra, hogy az áldozatokat igénylő gyógykezelési módokat a népnek mind szélesebb rétegei számára hozzáférhetővé tegye.

TÁRCZA.

A lelenczügy jelenlegi állása Magyarországon.[1]

1898. májusban a nyilvános betegápolás költségeinek fedezéséről törvényjavaslat került a magyar országgyülés elé, mely ugyanez év juniusban a törvényjavaslatot el is fogadta. A törvényjavaslat megalkotását a következő okok tették szükségessé. Eddig a kórházakba került szegény betegek ápolási költségeit az illetőségi községek voltak kötelesek megfizetni, a mi két óriási hátrányt szült. Ezek : 1. Kórházi ápolásra a legtöbb esetben azok a betegek szorulnak, a kik szegény megyékből valók, hol megélhetésük ki van zárva, kénytelenek elhagyni otthonukat és a fővárosban vagy más nagyobb központban munkát keresni. Itt megbetegedvén, a felmerülő ápolási költségeket az illetőségi község tartozik fizetni, az a szegény község, a melyből a munkás menekült, mert nem tudott benne megélni. A következmény pedig az volt, hogy a községek költségvetése annyira megromlott, hogy elviselhetetlen lett. A városok és gazdag községek pedig, a melyek felhasználták az emberek erejét, betegápolásra alig költöttek valamit. 2. Azáltal, hogy ezek a hazulról elszakadt emberek után az illetőségi község, a mely leggyakrabban kis, szegény község vagy falu, kénytelen az ápolási költségeket fizetni, az illetőségi községek minden áron igyekeztek a tehertől megszabadulni és az illetőség elismerése elé akadályokat gördítettek, minden képzelhető kibúvót felhasználtak, olyannyira, hogy az ország összes administrationalis közegeinek a legtöbb dolgot az illetőségi ügyek tárgyalása adta. Mindezekhez járult még a lelenczügy is.

1895-ig Magyarország csak a külföldön született és lelenczházakban felvett törvénytelen gyermekek után fizette az ápolási díjat. A bécsi lelenczházban különösen magasra rúgott ez összeg. 1895-ben Hieronymi belügyminister, a ki behatóan foglalkozott a lelenczügygyel és a kinek nagy elméje belátta, hogy nem lehet tovább is megengedni, hogy évenkint tizezrével pusztuljon el a gyermek segitség nélkül, másrészt pedig különösen a városokat környékező falvakban a nép rendszeres gyermeköléssel keresse kenyerét, Hieronymi megadta a Fehér-Kereszt országos Lelenczház Egyesületnek azt a jogot, hogy gyermekeket illetőségi községük terhére felvehet. Megadta a jogot annak az egyesületnek, mely évek hosszú során át a törvénytelen és elhagyott gyermekek ügyét annyira felkarolta, hogy a szülőnőknek és gyermekeiknek a szülést követő időre menedéket adott és őket azután is, a mennyire csak módjában állott, állandó pénzbeli segitségben részesítette. Ezzel az intézkedéssel megkapta a Fehér-Kereszt ugyanazt a jogot, melyet pl. a bécsi lelenczház már jóval előtte gyakorolt.

Minthogy azonban a lelenczek tartásdijai szintén a legszegényebb községekre hárulnak, ismét csak ezek a községek voltak azok, melyek e humanus és nagy mértékben szükséges intézkedés terheit viselték. Perczel belügyminister, ki szintén hosszú és meleg érdeklődéssel tanulmányozta az ügyet, végre elhatározta, hogy e tarthatatlan állapotokon segit, még pedig úgy, hogy azt a terhet, mely a vázolt intézkedések alapján előáll, az ország lakosságának számával, illetőleg teherképességével egyenlő arányban felosztja olyképen, hogy az egyenes adók után kivetendő pótadót országos alapba gyüjti és ez alapból fedezi az összes betegápolási (lelencztartási) költségeket. A pótadó az egyenes adók 3%-ánál több nem lehet.

Ez alkalommal a törvénynek csak ama részével kivánunk foglalkozni, mely a lelenczekre, illetőleg elhagyott gyermekekre vonatkozik.

A nyilvános betegápolás költségeinek fedezéséről szóló törvényjav. 3 §-ának *d*) pontja lakonikus rövidséggel ezt mondja „Az országos betegápolási alap fedezi a talált, valamint a hatóságilag elhagyottaknak nyilvánitott gyermekek után 7 éves korukig felmerülő gondozási és ápolási költségeket.“ A törvényjavaslat indokolása szerint a lelenczügy rendszeres szabályozása szorosan véve nem tartozik ugyan a nyilvános betegápolás költségeinek fedezéséről alkotandó új törvény körébe, „Minthogy azonban — így folytatja az indokolás — a lelenczek, kiknek tágabb értelemben vett fogalma alá esnek nem csupán a talált, de a szülőtlen vagy szüleik által kellően nem gondozható gyermekek is, lényegileg ép úgy, sőt még inkább közápolásra szorulóknak tekintendők, mint a felnőtt szegénysorsú betegek ; minthogy továbbá Magyarországon a gyermekhalandóság, különösen az elhagyott gyermekek körében állandóan megdöbbentőleg magas : a fenforgó emberbaráti, közegészségügyi és népszaporodási fontos érdekek parancsolólag megkövetelik, hogy lehető kielégítésükről addig is, míg a lelenczügy a maga egészében rendszeres szabályozást nyerhet, a jelen törvényben gondoskodás történjék.“

„A lelenczek gondozása az 1876 : XIV. t.-cz. 140. §-a *a*) pontja alapján községi feladatnak tekintetett. A lelenczköltség a községekre, különösen az Ausztriával határos községekre nézve súlyos, majdnem elviselhetlen teher, azonfelül általános tapasztalati tény, hogy az elhagyott gyermekek gondozása a községek nagy részének közömbössége miatt teljességgel nem kielégitő.“

„A gyakorlati szempontok tehát az elhagyott gyermekeknek az országos alap költségére leendő gondozását követelik. És pedig, ha czélt akarunk érni, nem csupán a talált, nem csupán a szülőtlen, de mindazon gyermekekről gondoskodni kell, kiknek szülője, különösen anyja, keresetképtelen, vagy a gyermeknek magánál tartása esetén keresetképtelenné válnék.“

[1] Előadatott az 1899-diki gyermekvédő congressuson.

Ezen elvek alapján kellett a lelenczügy rendszerének nehéz kérdését megoldani:

Először meg kellett állapitani, miféle gyermekek veendők fel a betegápolási alap terhére, azonkivül, hogyan legyenek e gyermekek felnevelve. A rendelet, mely az idézett törvény alapján készült, a felveendő gyermekeket a következőképen határozza meg:

„Elhagyottnak tekintendő minden oly hét éven alóli gyermek:

a) a ki köz- vagy magánhelyen elhagyatva találtatik (lelencz);

b) árvaházban el nem helyezhető vagyontalan árva;

c) ki szüleinek betegsége, kórházban, tébolydában, fog- vagy fegyházban léte miatt, habár ideiglenesen is, hatósági gondozásra szorul;

d) minden oly gyermek, kit tartására köteles hozzátartozói (szülei és nagyszülei) megélhetési viszonyuk veszélyeztetése nélkül eltartani képtelenek."

A szabályrendeletből kitünik, hogy habár alapjául minden tekintetben a törvény szolgál, fogalmazása, hála Széll Ignácz államtitkár és Forray Ferencz tanácsos emberszeretetének a legliberalisabb.

Más országokban a felvétel sokkal korlátozóbb feltételekhez van kötve, mint nálunk. Bécsben pl. a felvételt ahhoz a feltételhez kötik, hogy a gyermek törvénytelen legyen, hogy az anya a lelenczházzal kapcsolatos szülőintézetben szüljön, a hol tananyagul szolgál s később bizonyos időn át ingyen dajkaszolgálatot teljesit. Nálunk csak ez a mértékadó: szorul-e a gyermek közellátásra vagy sem? Nem néznek korra, vallásra, nemzetiségre, törvényes vagy törvénytelen voltára sem. Különösen az emlitett minősités *d*) pontja annyira liberalis, hogy ez alapon minden közellátásra szoruló gyermek tartásáról az állam gondoskodik. Hogy milyen hordereje lesz ez intézkedésnek, azt még most alig lehet elképzelni. Midőn az állam minden gyermeknél közbelép, a kinél szükséges, ezáltal épen a legszegényebb népet megtanitja arra, hogyan kell a gyermeket táplálni, ápolni, hogy életben maradjon. Ez a példa, a melyet maga az állam ad, bizonyára jótékony hatással lesz az egész nemzetre. Kétségtelen, hogy a gyermekhalandóság egy pár év mulva nagy mértékben csökkenni fog.

Van azonban a mi intézkedéseinknek egy pontja, mely szigorúbb más lelenczházak intézkedésénél. És ez az, hogy minden esetben kutatás történik, vajjon tényleg rászorul-e a gyermek állami tartásra. Ez a kutatás hivatalos közegek által történik, még pedig nemcsak ott, a hol a gyermek hozzátartozói laknak, hanem ott is, a hová illetékesek, az illetőségi község lévén köteles a gyermekről 7 éves korának betöltése után gondoskodni. Ily úton-módon azonban a gyermek anyjának titka köztudomásra jut, a mi gyakran ok lehet arra, hogy az anya más, bűnös úton igyekezzék gyermekétől megszabadulni. E kritikus pontban lép közbe ezen egyesület, a melyre a törvény végrehajtását első sorban bizták, a midőn a maga hatáskörében oly intézkedéseket tesz, a melyek a törvény hiányosságát korrigálják. A Fehér-Kereszt Egyesület ugyanis azokban az esetekben, a melyekben moralis okok ellene szólnak a kutatások megejtésének, segélyezi a nőt, sőt gyakran egészen sajátjával gondoskodik gyermekéről, hogy az anya titka megőriztessék.

A második megoldandó kérdés, hogyan lehet a felvett gyermek életét és felnevelését biztositani? Közismert tény, hogy sehol a világon nem divat már nagyszámú gyermeket egy intézetben, egy lelenczházban, felnevelni. Lehetetlen ez már a gyermekek nagy számánál fogva is, 10—20,000 gyermekről lévén szó; de lehetetlen azért is, mert ha járvány üt ki, egy ilyen intézet ápoltjainak nagy része elpusztulna.

Mindezeknél fogva nálunk is, mint minden más országban, főleg a családi rendszert kellett elfogadni. Az intézet csak mint átmeneti stádium szerepel addig, mig a gyermeknek megfelelő tápanyát találnak. Mikor egy ilyen intézet felállitása itt szóba került, a kormány meggyőződött arról, hogy Budapestnek van két ilyen intézete, a Fehér-Kereszt Egyesület és a Gyermekmenhely, a melyek kipróbált működéssel és megfelelő szervezettel rendelkeznek ahhoz, hogy a jelenlegi szükségnek megfelelhessenek és ámbár az intézet létesítésére 500,000 frt tőke és ingyen telek állott rendelkezésre, egyelőre e jól vezetett intézeteket bizta meg a törvény keresztülvitelével.

Magam, mint a Fehér-Kereszt Egyesület igazgatója, csak ez intézet berendezéséről és működéséről szólhatok. A Fehér-Kereszt budapesti intézete kétemeletes épület 80 nagy és 80 kis ágygyal, most épülő toldalékában ezenfelül 24 nagy és 24 kis ágy számára van hely. Azok az intézkedések, melyeket ez egyesület a gyermekek életbenmaradására tett, lényegesen különböznek a continens többi, akár franczia, olasz, osztrák vagy orosz lelenczházaiban szokásos eljárástól, még pedig a következőkben: Míg a legtöbb lelenczházban a gyermeket anyja nélkül veszik fel és csak egy-két napig, a mig tápanyát találnak, tartják az intézetben és kivételt legfeljebb beteg gyermekkel tesznek, addig mi, valahányszor csak lehetséges, a gyermeket anyjával együtt veszszük fel és anyjával szoptattatjuk mindaddig, mig a gyermeknek erre szüksége van, azaz addig, mig a gyermek a $3^1/_2$—4 kgm. súlyt elérte. Csak ekkor adjuk vidéki dajkaságba. Gyengén fejlett, beteg, különösen bujakóros gyermekeknél még ezzel sem elégedünk meg, hanem rábirjuk az anyát, hogy valamely, külön e czélra berendezett telepünkön gyermekét az egész szoptatási időn át (rendesen egy év) szoptassa, a mely időre fedezzük úgy az anya, mint a gyermek összes szükségleteit. Lényegesen különbözik eljárásunk még abban is, hogy 85 községben elhelyezett körülbelül 1500 ápoltunk egészségére minden községben általunk külön fizetett orvos felügyel. Mi sohasem adunk szoptatós gyermeket mesterséges ápolásra, úgynevezett száraz dajkaságba, s ez szoros kivételkép csak olyan esetben történik, a midőn elhanyagolt szopós gyermek kerül hozzánk, kit eddig etettek és anyatejre többé szoktatni nem lehet. Tápanyáinknak csak egy gyermeket szabad szoptatniok és mástól gyermeket szoptatásra el nem vállalhatnak. A központ külön ellenőrző orvosokat tart, kik a telepeket folyton beutazzák és minden gyermeket évenként legalább négyszer a helyszinen váratlanul megvizsgálnak.

Ezen intézkedések folytán értük el, hogy gyermekeink halandósága, daczára az anyag gyenge voltának — felvételeink jó része ugyanis gyengén fejlett, betegen született gyermek —, eddig még mindig kisebb volt, mint Budapest és környékének gyermekhalandósága általában.

Minthogy a törvény nemcsak Budapestre, hanem az egész országra vonatkozik, a kormány felhatalmazásával az ország góczpontjain fiókintézeteket létesitettünk. Kassai, pécsi, szombathelyi, békésgyulai és rimaszombati fiókintézeteink legközelebb megkezdik működésüket. A más viszonyokhoz képest ez intézetek berendezése és vezetése némileg változást fog szenvedni; a főelv, hogy ez intézeteket jótékony egyesület, a F. K. ottani fiókegyesülete vezeti.

A lelenczügy mai állását vázolván, nem szabad megfeledkeznünk azokról, a kik e fontos ügyet a mai magaslatára emelték. Ezek közé tartozik Teleki Géza gróf, ki irodalmilag is nagyban hozzájárult az eszmék tisztázásához, Hieronymi Károly, ki az első gyakorlati lépést tette a megoldás felé, Perczel Dezső, kinek ministersége alatt készült az egész törvény, Széll Kálmán ministerelnök és belügyminister, a ki a törvény pontos végrehajtását foganatositja.

Nyilvánvaló egyébkent, hogy az állam nem képes egész kiterjedésében megoldani ezt a kérdést. Nevezetesen nem gondoskodhatik azokról a gyermekekről, kiket erkölcsi okokból nem lehet a közhatósági felügyeletnek alávetni. Azonfelül nem lehet a hét éven felüli gyermekek felnevelését az illetőségi községekre bizni, mert ezek sok esetben sem erkölcsileg, sem anyagilag nincsenek abban a helyzetben, hogy a rájuk bizott gyermeket tisztességesen neveljék. És végül nem szabad megfeledkezni a testi vagy lelki fogyatkozásban szenvedő gyermekekről sem. Mindezekről való gondoskodás csak a hatóságoknak és a társadalomnak *együttes* feladata lehet.

Emberbaráti, nemzeti és socialis érdekek parancsolják, hogy mindenki vegyen részt a maga tehetségéhez képest a nagy mentési munkában. Lépjenek tömegesen a Fehér-Kereszt Egyesület tagjainak sorába, mely egyesület az egész országban fiókintézeteket állit fel, melyeknek czélja azonos a központ czéljával: felvenni és felnevelni a szükségben szenvedő gyermekeket. Mindenki, a ki ebben az actioban részt vesz, azonkivül, hogy sok emberélet megmentésére nyújt módot, hozzájárul ahhoz a nagy socialis kérdés megoldásához is, mely abban áll, hogy a hazának becsületes, munkaszerető polgárokat neveljünk, és szolgálatot tesz a nemzeti ügynek is, mert azok a gyermekek, a kiket ez egyesület felnevel, magyarok lesznek.

Szalárdi Mór dr., a lelenczház igazgatója.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Bakteriologia. Irta: **Preisz Hugó** dr., az állatorvosi főiskola ny. r. tanára, a m. k. állami bakteriologiai intézet vezetője. Budapest, 1899. Kiadja a magyar országos állatorvos-egyesület.

Állatorvosi irodalmunk az előttünk fekvő, közel 400 lapra terjedő könyvben egy oly munkával gyarapodott, a melyhez hasonlót a hazai emberorvosi irodalom eddig még nem tudott létrehozni és talán még sok évig nem fog tudni.

Bakteriologiai tankönyveink volnának ugyan, használhatóságuk azonban nem üti meg a kellő mértéket; főleg azért, mert hiányzanak belőlük a jó rajzok, illetve mikrophotogrammok az előállitási költségek tetemes volta miatt.

Preisz könyvében a mellékelt gyönyörű táblák (számszerint 22, mindegyik 6 ábrával, melyek csaknem kivétel nélkül szerző saját készitményei után szerző által felvett mikrophotogrammokat tüntetnek fel) költséges kiadását a földmivelésügyi minister anyagi támogatása tette lehetővé; ezek a táblák azok, melyek irigylésünket a legnagyobb mértékben felköltik, noha a munka szövegi része is méltán dicséretet érdemel.

Különösen kiemelendő a részletes bakteriologia, mely az állatorvosi szempontból fontosabb bakteriumokat 6 csoportban tárgyalja (1. a septikaemiák bakteriumai, 2. korlátolt acut fertőzéses kórfolyamatok bakteriumai, 3. mérgező termékek által ható bakteriumok, 4. genyedést okozó bakteriumok, 5 elhalálos göb- és izzadmányképződéssel járó acut jellegű betegségek bakteriumai és 6. szövetképződéssel járó idült természetű fertőző betegségek bakteriumai), minden fontosabb körülményre kiterjedő részletességgel és világos előadásban. A függelékben azon sarjadzó és penészgombák leirását találjuk, melyek az állati betegségek kóroktanában jelentőséggel birnak.

Feltétlen elismerést érdemel az általános bakteriologiának elméleti része is, különösen azon fejezetek, melyek a fertőzésre, az öröklésre, a bakteriumok kiválasztására a szervezetből, a bakteriumok hatásmódjára, az immunitásra, a fogékonyságra vonatkoznak s a melyek idetartozó eddigi ismereteinket józan kritikával, ügyes csoportositásban tárják elénk.

Kevésbbé sikerült azonban az általános bakteriologiának gyakorlati része, mely a vizsgálati módszerek leirását tartalmazza. Ezen részben szerző nem tudott a kezdő álláspontjára helyezkedni, másrészt pedig — úgy látszik külső okokból — túlságosan rövid is akart lenni s ezért az érthetőségen és használhatóságon esett csorba. Abban teljesen osztjuk szerző véleményét, hogy csak azokat a vizsgáló módokat kell felvenni a tárgyalás körébe, a melyek már eléggé ki vannak próbálva s a melyekre

okvetlen szükség van a bakteriologiai dolgozáskor. Ezeknek azonban lehetőleg tág teret kell engedni, mert még a lehető legpontosabb, a legcsekélyebb részletekbe mélyedő leirása a módszereknek is többnyire épen csak hogy elégséges. Ezen rész átdolgozását és kibővítését tehát egy remélhető második kiadásban okvetlenül szükségesnek tartjuk, hogy a különben igy is nagyon érdemes munkát teljesen kifogástalannak itélhessük.

Összefoglaló szemle.

A fülgyógyászat újabb haladása. Ismerteti: ifj. **Klug Nándor** dr.

(Folytatás.)

A fülpolypusokban néha található cystákról értekezik *Manasse*, melyeket a nyálkahártyában chronikus középfül- és a felső állcsont üregének genyedéses folyamatainál, úgyszintén hypertrophiás orrkagylókban és adenoid vegetatiok esetén látott. Előállásukat első sorban is nyálkahártyatasakok lefűződéséből magyarázza és az ezekben lévő nyálkában szabadon úszó óriás sejteket, leukocytákat tárgyalja.

A fülkagyló elcsontosodása képezi *Wassmund* dolgozatának tárgyát. Mindenekelőtt hosszasan tárgyalja az irodalomban felemlitett néhány fülkagylóporcz elcsontosodási esetet, valamint ama kóroktani mozzanatokat, melyeket ennek magyarázatára eddig felvettek. Majd a Röntgen-photographia ez irányban való hasznát méltatja, remélvén, hogy az x-sugarak segélyével még oly csontosodási góczok is láthatók lesznek, melyekről tudomással eddig nem birtunk, minthogy tapintással — kicsinységük miatt — meggyőződni nem tudtunk. Egy ily elcsontosodott, általa észlelt, fülkagyló Röntgen-képét is közli. A bal, középnagyságú fülkagyló megtekintésre különösen felső oldalsó részén duzzadtnak tünik fel. Tapintásra dudoros, csontkemény. A csontosodás kiterjedt a fossa scaphoideára, az antihelixre, a crura furcatára, egész az antitragusig. A beteg fülkagylója hosszabb idő előtt megfagyott volt és szerző szerint ez szerepel jelen esetben kóroktani mozzanat gyanánt.

A dobűrbe ékelt idegen test egy esetét közli *Haike* a berlini Charité-kórházból. A kis leány állitólag diphtheria után fellépő erős fülgenyedéssel jelentkezett a kórházban. Fülvizsgálatkor a hátsó alsó negyedben fekete idegen test látható, mely sondával kemény tapintatú. Betegen az idegen test eltávolitása végett radical-műtétet végeztek. Műtét alatt az idegen test a dobüregben erősen beékelve találtatott, annyira, hogy csak darabonkint kiszedve lehetett eltávolitani. Egyébként a csecsnyújtvány sejtjei, az antrum, a recessus mind nyákos-genyes váladékkal voltak telve, kalapács, ülő egészségesek, de friss granulatiokkal vannak körülvéve; különben az egész középfül szűk. Műtét után a javulás csakhamar megindult. A kivett idegen test górcső alatt fahéjnak (cortex cinnamomi) bizonyult. Hogy ez miképen került a fülbe, azt sem a betegtől, sem a hozzátartozóitól megtudni nem lehetett. Szerző véleménye szerint valószinüleg mint kis tekercs oly könnyen kerülhetett oda be, hogy elkerülte a gyermek figyelmét. Ismeretes, hogy a fahéj alkaliás folyadékban erősen felduzzad, igy valószinű, hogy ez történt vele a dobüregben is és ily módon ékelődött ott oly erősen be. Vajjon a középfül genyedését az idegen test okozta-e, avagy az előbb lezajlott diphtheria, az kérdéses, minthogy a gyermek a diphtheriából teljesen kigyógyulva hagyta el a Charité-kórházat.

Az elhanyagolt középfülgyuladások mellett fellépő rákos elfajulásról értekezik *Carle*. Közli egy ily eset kórtörténetét a lyoni klinikáról; beteg háromszor lett műtéve; majd a bekövetkezett halál után az obductio eredményét közli. Mielőtt saját esetéből következtetéseit vonná, egy Bérard által leirt hasonló esetre is hivatkozik. Tapasztalatait összefoglalva, azt mondja, hogy a symptomák élénk klinikai képét adják egy középfülgyuladás mellett lévő ráknak. A gyuladás fennáll, leterjedve a mélyebb részekbe is, sőt agyi complicatiokat is okozhat. Ez alatt az újképlet növekedik, reáterjedhet a regio mastoideára is, kitöltheti a a fennálló üregeket, szóval, jellege iránt semmi kétséget sem hagy fenn. Ha hasonló esetekben rendszeres górcsövi ellenőrzést gyakorolnának, kétségtelennek tartja, hogy az esetek egy része nem jönne az eddig ez irányban közöltek közé sorozva és a rákos elfajulások nem lennének mint elég gyakori complicatioi az elhanyagolt fülgyuladásoknak feltüntetve.

Thrombus-törmelék retrograd szétvitele a sinus sigmoideus otogen thrombophlebitise után. Biehl esetében egy a kórházba eszméletlenül beszállított egyénről van szó, kinél a baloldalon genyes középfüllob és elevesedett cholesteatoma volt található. Betegen radical műtétet végzett. Néhány nap mulva azonban rázóhideg lépett fel. Ekkor egy másik műtéttel az elgenyedt thrombussal telt sinus transversust keresték fel. Daczára mindennek azonban beteg 14 nap mulva meghalt. A megejtett bonczolás eredménye a következő volt: a baloldali sinus transversusban bő, részben vörös, részben sárgásan színezett, erősen tapadó, a bal sinus transversusban egy részben már ellágyult thrombus. Genyesen szétesett thrombusok találhatók voltak még a baloldali sinus petrosus inferiorban, a vena opthalmica superiorban, úgyszintén a sinus cavernosusban és a sinus circul. Ridley-ben. A baloldali fossa Sylviiben a nagy vena és néhány ebbe nyiló kisebb oldalág thrombusokkal teljesen el volt zárva. A pia felett több helyen, főleg a fossa Sylvii elülső részének megfelelőleg, zöldessárga geny volt látható. A thrombusnak ilyetén való szétvivése *Biehl* véleménye szerint oly módon jött létre, hogy a sinus transversus sinist. thrombusából egyes részletek leszakadtak és ezek a véráram ellenében lettek széjjelhordva a sinus transversus és sigmoid., sinus petrosus inf. dextribe, valamint a sinus cavernosus és Ridley-be, a vena ophthalmica superiorba és végül a vena fossae Sylviibe. A thrombus ily módon történt széjjelhordását *Biehl* olyképen kisérli megmagyarázni, hogy a bonczolásnál mindkét pleuraűrben talált nagymennyiségű ömleny által ép úgy, mint a gáztól felfújt belek által a légzés erősen akadályozva volt, és e miatt a nyomás a mellüregben, valamint a venosus edényekben is fokozódott volt. Hogy ez igy lehetséges, mások állatkisérleteiből bizonyitja.

A csecsnyújtvány csonthiányának elzárására a következő plastikai eljárást ajánlja *Mosetig-Moorhof*. A defectus közelében, attól lefelé, egy nyelvalakú, a defectusnál valamivel nagyobb, bőrlebenyt rajzol ki. Két parallel, felületesen vezetett metszéssel a lebenyben csikot határol meg, melyet epidermis takarójától azonnal megfoszt; igy már most a lebenynek mindenütt egyformán felfrissitett szegélye van. Csak ezek után mélyíti a metszéseket a fasciáig, a lebenyt a defectus széléig felpraeparálja, és itt egy széles nyélen hagyja ülni. A defectus szélét laposan vezetett bistouri nyéllel a csontalapról ledolgozza, úgy hogy az igy alávájt szél kis kampókkal az alapról könnyen leemelhető legyen. Ezután a lebenyt felhajtja és nehány varrattal fixálja új helyzetében. A bőrhiány széleit csomós varrattal egyesiti. A lebeny helyén visszamaradt sebhelyet vagy Reverdin-féle lebenykékkel azonnal befedi, vagy spontán hegedésre bizza. Eddig hat esetet műtött ily úton.

Otitis okozta meningitis purulenta műtettel gyógyult esetét irja le *Lucae*. Beteg 14 éves, jobboldali fülgenyedése van, mely már 10 éve áll fenn. Csecsnyújtvány nyomásra fájdalmas, beteg lázas, fejfájás, nyakmerevség van jelen. Mindezek folytán a csecsnyújtvány műtéti úton meg lett nyitva. Megnyitás után geny ürült ki, a dura el van színesedve, de az agyban magában genygócz nem található. Az agytünetek csak akkor javultak jobban, mikor néhány nap mulva a sebből újra geny ürült ki. *Lucae* mint érdekes jelenséget irja le, hogy a gyógyulási folyamat alatt a különben egészséges fülön hallásecsökkenés volt észlelhető. Ennek magyarázatául szerző a bal fül labyrinthusában fellépő hyperaemiát emliti, mely hyperaemia oka a tulsóoldali meningitis volna.

(Folytatása következik.)

Lapszemle.

Lépkiirtás tompa erőszak okozta összezúzatás után és hasmetszés súlyos hasi zúzódások után. *Trendelenburg* hat lépkiirtás-esetről számol be, melyek közül kettő maradt életben. Tünetei tompa erőszakos behatás a léptájra, ütés, gázolás, esés. Nem kell, hogy súlyos shoktünetek kisérjék. A sérült járhat még a sérülés után s csak később (1/2 óra mulva) állanak be a fájdalmak hányással. Vizsgálatnál a léptáj fájdalmas, nyomásra fokozottan; a légzés rövid, mint bordatörésnél s ha az alsó bordák törésére gondolva, ezután kutatunk, semmi nyomot tovább nem találunk. A fájdalom gyorsan átterjed az egész hasra, a hasfalak megfeszülnek, a feszülés legkifejezettebb a has felső részén. Hozzájárul mindehhez gyorsabban vagy lassabban súlyosodó tünete a belső vérzésnek; halvány arcz, szomjúság, rosszullét, szapora, kis pulsus, vizelésinger vizelet nélkül. Tompulat van a léptájon s tompulat van a has alsó részében. A léptompulat a rendes határokon 2—3 haránt ujjal túlterjed, ráterjed az ágyéktájra s hosszú vékony sáv alakjában lehúzódik a bal Poupart-szalag alá s a hypogastrikus tájra terjed. Nagy vérkiömlés esetében itt van a legnagyobb tompulat, felső határa felfelé domború ivben egyik Poupart-szalagtól a másikig terjed. A jobb ágyéktájon is lehet kisebb tompulat. Zúzódások után beálló gyomor- vagy bélrepedés mellett szól a levegő a hasüregben. Vérzésnél nincs soha levegő, de ez még bélrepedésnél is hiányozhatik az első időben, még ha teljesen keresztül szakadt is a bél, mert a beforduló sebszélek gáz és tartalom kiömlését megakadályozhatják. Ha súlyos hasi zúzódásra van gyanunk s a beteget korán kapjuk feszes s fájdalmas hassal, a mikor nem tudjuk még eldönteni, vajjon vérzés vagy bélrepedés van-e jelen, próbabemetszést végezünk a has középvonalában egy ujj számára átjárható nyilással a köldök alatt, s igy győződünk meg tapintás- és szaglással a hasüreg tartalmáról. Szesz- és ételszag gyomorrepedés, bélsárszag bélrepedés mellett bizonyit, mig vérzés máj, lép, cseplesz vagy fodorsérülés mellett szól. A metszést a köldök fölé megnyújtva, hogy egész kezünkkel beférjünk, megbizonyosodhatnak a sérülés helyéről is. A középvonalban való metszést elegendőnek tartja Trendelenburg. Ritka nehéz esetekben kell csak jobb vagy bal segédmetszést tenni. Májrepedés esetében néha igen nehéz megtalálni a repedést, főleg, ha az a domború felületen van s kis kiterjedésű; kevéssé tátongó májrepedés is sokszor a májnak majdnem egész vastagságán áthalad. Ha egyszerű zúzódás van repedés nélkül, akkor sohasem olyan feszesek a hasfalak, de feszesek azok veserepedésnél is, a hol azonban a véres vizelet igazit útba. Kétes esetekben zúzódás és sérülés között ajánlja Trendelenburg minél hamarább a laparotomiát és minden esetben a betegnek alkalmas kórházba való szállitását s gondos megfigyelését. Hányás közvetlen a sérülés után vagy kevéssel utána bélszakadás mellett szól, mig zúzódásnál nincs hányás. Egyszerű zúzódásnál többnyirő nagyobb shok van, mint súlyos sérülésnél. Az első három órában végezett laparotomiával nem ártunk a betegnek, mig 6 órán túl való várás lényegesen rosszabbitja a prognosist. (Deutsche med. Wochenschrift, 1899. 40. és 41. sz.) *Szigeti* dr.

A gerinczvelő cocainozása Bier szerint. *Seldowitsch J. B.* négy ide vonatkozó esetet közöl, melyekben a gerinczvelő cocainozását az alsó végtagon végrehajtandó műtétek miatt végezte. Az anaesthesia minden esetben teljes volt, a műtét után azonban melléktünetek léptek fel, melyek rázóhideggel kezdődő magas lázból (egész 40° C.-ig), fejfájásból, szédülésből, hányásból, szárazság érzetéből a szájüregben és pupillatágulásból álltak. Ezen tüneteket szerző, ellentétben Bier nézetével, a cocain mérgező hatásának tulajdonitja. (Centralblatt für Chirurgie, 1899. 41.)

Dapsy dr.

Trional álmatlanság és neurasthenia ellen *Coile* tanár szerint (Merck's Archiw V. 99) rendkivül hatásosnak bizonyult, leginkább oly betegeknél, kiknek idegrendszere opium és alkohol bő használata által nagyon megrongálódott; ilyeneknél 1—2 grammos adagokra mély nyugodt álom állott be. Delirium tremensnél ajánlatos mindjárt nagy adagokat adni, hogy a kivánt siker eléressék. A morphin felett annyiban előnyösebb a trional, mert mellékhatása nincs.

Hasonló értelemben nyilatkozik *Yonge* dr. (The Scalpel V. 99), ki a trionalt phthisikusok álmatlansága ellen használta (eleinte 20—24 grant, következő napon csak 15 grant), erős fájdalmaknál 1/12 gran heroinnal (egy gran körülbelül 6 centigramm). A kivánt hatás 15—30 percz mulva állt be. Hosszabb használatnál alkalikus ásványvizeket (Selters) vétet, és nehogy a szer hatását elveszitse, nehány napi szünetet ajánl használata közben.

Bélegyesítési kisérleti vizsgálatokat közöl *Katzenstein M.*, a ki, hogy a belek serosájának összetapadását gyorsítsa és ezen összetapadást erősebbé tegye, mesterségesen gyuladást hoz létre a serosán. Ezt egy növényi fehérjével, a glutencaseinnel éri el, melyet in substantia a serosának azon részére helyez el, a hol ennek összetapadását akarja elérni. Ezen eljárását kutyákon és házinyulakon végzett bélvarratoknál próbálta ki s teljes egyesülést ért el ott is, a hol a varratokat 1—2 cm.-nyi távolságban helyezte el. (Deutsche medicinische Wochenschrift 1899. 41.) *Dapsy*

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1899. deczember 1.

— **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1899. november hó 12-dikétől 1899. november hó 18-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten élveszületett 433 gyermek, elhalt 285 személy, a születések tehát 148 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2617 beteg, szaporodás 828, csökkenés 810 maradt e héten végén ápolás alatt 2635. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 2, roncsoló toroklob —, hökhurut —, kanyaró 4, vörheny 7, himlő —, typhus abdominalis 2, gyermekágyi láz 2, influenza —, egyéb ragályos betegségek 8, agykérlob 19, agyvérömleny 6, rángások 5, szervi szivbaj 13, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 46, tüdőgümő és sorvadás 41, bélhurut és béllob 5, carcinomata et neoplasmata alia 9, méhrák 1, Bright-kór és veselob 7, angolkór 1, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 10, aszkór, aszály és sorvadás 1, aggkór 5, erőszakos haláleset 16. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1899. november 19-dikétől november 25-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 7 (meghalt 1), himlőben —, (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 89 (meghalt —), vörhenyben 77 (meghalt 8), kanyaróban 120 (meghalt 9), roncsoló toroklobban és torokgyikban 16 (meghalt 1) trachomában 6, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 7 (meghalt —), orbánczban 18 (meghalt 0), gyermekágyi lázban 2 (meghalt 2).

♀ **Felhivás a tisztelt collega urakhoz!** A budapesti poliklinikai egyesület a mult év deczemberében nyitotta meg 50 beteg számára épitett új kórházát, melynek keletkezése és fentartása egyaránt a társadalom jótékony adakozásainak köszönhető.

E kórház czélja az, hogy szegénysorsú betegeket az egyesület költségén részesitsen gondos ápolás és orvoslásban.

Ezen feladatnak teljesitése közben mindinkább érezhetővé válik a kórház kibővítésének szüksége.

Az egyesület máris megtette a kezdeményező lépést ez irányban, megvásárolván a kórházzal szomszédos telket, melyen mintegy 200—250 szegénysorsú beteg befogadására alkalmas kórházat kiván emelni.

Az egyesületnek ezen emberbaráti törekvését támogatja a m. k. magas pénzügyi kormány által engedélyezett nagy jótékonyczélú sorsjáték, melynek jövedelme a kórház kibővítésére fog fordittatni.

Az engedélyezett sorsjátéknak 1900. január hó 4-dikétől márczius 6-dikáig terjedő két hónap alatt 6 húzása lesz, az első 5 húzásnál egyenkint 20,000; a hatodiknál pedig 100,000 korona főnyereménynyel.

Ezenkivül számos nyeremény 5000 korona értékig.

A legnagyobb nyeremény azonban, melynek lehetősége fenforog, 200,000 koronára rúg, minthogy minden sorsjegy, tehát a már kihúzottak is, mind a hat húzáson utánfizetés nélkül játszik s igy egy sorsjegyre hat főnyeremény is eshetik.

Egy sorsjegy ára pedig csak egy korona.

A nyeremények 20% levonásával készpénzben is kifizettetnek.

Egyrészt a nyeremények kedvező esélyeire, másrészt a humanus czélra tekintettel, bátorkodom orvostársaimat tisztelettel felkérni, hogy legyenek szószólói ezen sorsjátéknak és önmaguk is támogassák azt.

Budapest, 1899. deczember hó. *Erőss Gyula* dr., a poliklinika igazgatója.

⊕ **Uj folyóirat.** A jövő évtől kezdve *Gerhardt, Fränkel* és *v. Leyden* szerkesztésében új szakfolyóirat fog megindulni „*Zeitschrift für Tuberculose und Heilstättenwesen*“ czimen, mely mint neve is mutatja, tisztán a *gümőkór kérdésének* s a *sanatoriumok ügyének* fogja hasábjait szentelni. Az orvosi tudományban és a társadalomban egyaránt napirenden lévő küzdelem a tuberculosis terjedése ellen ezzel külön organumot is nyer, mely hazai szakférfiaink közremunkálását máris biztositotta magának. Az új szaklapot a lipcsei *J. A. Barth* fogja kiadni s a részére szánt közlemények *Alfred Moeller* dr., sanatoriumi igazgató főorvos czimére (Heilstätte *Belzig* bei Berlin) küldhetők.

⋀ **Virchow rendes tanárságának 50 éves jubileumát** csendben ünnepelte meg Berlinben a pathologiai muzeum termében a berlini egyetem tanácsa. Az egyetem rektora Fuchs tanár egy Waldeyer tanár fogalmazta üdvözlő iratot nyújtott át neki a tanártársak nevében, melyben Virchow sokoldalúsága van diesőitve, mely sokoldalúságnak középpontja azonban mindig a „professorság“ volt. Virchow köszönő válaszában azt mondotta, hogy ő valóban mindig főképen „professor“-nak érezte magát és büszke volt mindig is erre. Ugyanazon este a berlini orvosegyletben nyilatkozott meg az egyszerű önkéntes ovatio Virchow mint az egylet elnöke iránt. Az elnöki széket hamarjában virágokkal vonták be és az alelnök, Bergmann tanár üdvözölte őt az egylet nevében. Ugyanazon ülésen Virchow élénk részt vett egy organotherapeutikus kérdés feletti hosszas vitában, mely mindenki örömére bizonyitja, hogy a 78 éves agg tudós páratlan elmetevékenysége még most is teljes energiájában van.

┼ **Törvényszéki orvosok.** Október hóban törvényszéki orvosi képesitést nyertek: *Stacho Dezső* dr. honvédezredorvos, *Takács Bernát* dr. győri orvos, *Wollheimer Gerson* dr. rókuskórházi gyakornok.

— **Ember és állatpusztulás vadállatok és mérges kigyók által Indiában.** Az indiai kormány kimutatása szerint az 1898-dik év folyamán Indiában 25,166 haláleset fordult elő vadállat és kigyómarás következtében. És e szám úgyszólván állandó, mert igy volt ez már az 1893-diki kimutatás szerint is, a midőn hasonló módon 24,017 ember pusztult el, úgy hogy átlagul azt lehet felállitani, hogy Indiában évenként ilyen módon 24,000 ember és 80,000 szarvasmarha szokott elpusztulni. A hatósági intézkedések eddig elégteleneknek mutatkoztak arra, hogy e szám valamennyire is csökkenjen.

┼ **Pestis-hirek.** Lissabonban *Pestana* orvos, bakteriologus, ki Oportóban a pestist tanulmányozta, Oportóból hazatérte után pestisben megbetegedett és meghalt.

⊱ **Bakteriologiai kurzust** kezd deczember hó közepén *Székely Ágoston* dr. Jelentkezni lehet a délelőtti órákban az általános kór- és gyógytani intézet helyiségeiben (Üllői-út 26. sz. III. emelet).

☉ **Megjelent.** *Nagy Képes Világtörténet* 44. és 45. füzete, amaz a legelső irott római törvényekről, emez Nagy Sándor életéről ir. Ára egy-egy füzetnek 30 kr. — *Orvosok zsebnaptára az 1900-dik évre.* 28-dik évfolyam. Szerkeszti *Purjesz Ignácz* dr. Budapest. Az Eggenberger-féle könyvkereskedés kiadása. Ára 1 frt 50 kr. — *Légrády-féle Orvosi zsebnaptár 1900-dik évre.* Szerkesztette *Faragó Gyula* dr. Ára 1 frt 40 kr., ajánlott szétküldéssel 1 frt 55 kr. — *A Fehér-kereszt országos lelenczegyesület 14-dik évi jelentése 1898-ról.* Felvétetett 1588 gyermek; ezek között a halálozás 3·08% volt. A telepeken összesen 1300 községi lelencz ápoltatott. Az egyesületnek van 40 ágyalapitványa, 31 alapító, 1127 pártoló, 208 vidéki tagja. Az intézet védnöknője Stefánia trónörökösnő, igazgató főorvosa Szalárdi Mór dr., osztály-orvosok: Béla Pál, Krepuska Géza, Schächter Miksa, Temesváry Rezső, Zwillinger Hugó dr.-ok; tiszteletbeli osztály-orvos: Móhr Mihály dr.; alorvosai: Somlyó Nándor, Szabó Mihály, Turcsányi Imre.

—r. Mult nyáron a régi **Inselbad** *Paderborn* mellett más kézbe került s új tulajdonosa azt minden kellékeknek megfelelő gyógyintézetté alakitotta át, mely kivált az *asthma* gyógykezelését tűzte ki czéljául. Az orvosok nézetei ezen bajról újabban lényegesen változtak; nem légzési, hanem központi idegbajnak tekintik azt ma. E szerint a kezelés is változott. Az intézet ingyen szétküldött előrajzából közelebbről lehet tájékozódni. Ebből kiderül, hogy téli kúrák is vannak berendezve egy pálmaházzal, melyben az idő viszontagságai ellen védve, a vendég enyhe égaljt és minden kényelmet talál; nyáron pedig a gyógyforrás nagy bassinje gyönyörű gesztenyefák alatt fürdőkre bő alkalmat nyujt. Paderborn a berlin-kölni vasút fővonalán fekszik.

Dr. **Herczel** egyet. m.-tanár újonnan épült „Fasorsanatoriuma“ (magángyógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek** részére) **Budapest,** VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitünő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospektus.



Téli kúra
Szt. Lukács-fürdő
Budapest

Kénes iszapfürdők, természetes fürdőmedencze. Begöngyölések iszappal. Kőkád- és gőzfürdők. Massage. Kitünő szállodák. Meghülés kizárva. Vendéglő saját üzemben. Olcsó árak. Gondos kezelés. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.

A „Kristály“ Szt. Lukács-fürdő savanyúvíz, mint kellemes üdítő ital ajánltatik

Vízgyógyintézet bejáró és bennlakó betegek számára a **Herczel-sanatóriumban** (Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz.) **Kuthy Dezső** dr., a hydrotherapia egyetemi magántanárának vezetése alatt. Igen mérsékelt árak. Rendelés új betegeknek (az év minden szakán) d. e. 8—10; hétköznapokon (kedd kivételével) d. u. is 5—6 között.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület. (XXVII. rendes ülés 1899 nov. 9.) (XXVIII. rendes ülés 1896. nov. 11.) 618—619. l. — Közkórházi orvostársulat. (XIV. bemutató szakülés 1899. október 25-dikén.) 620. l. — A budapesti kir. orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztálya. (XIII. szakülés 1899. évi február hó 15-dikén.) (XIV. szakülés 1899. márczius 15-dikén.) 622. l.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XXVII. rendes ülés 1899. november 9.)

Elnök: **Genersich Antal**; jegyző: **Lévai József.**

(Vége.)

Grósz Emil a bemutatott beteg szemén a műtét után keletkezett, de azóta nagyrészt elmult elváltozásokról s az ezekből vonható tanulságokról számol be. A műtét után ugyanis a jobb oldalon myosis, ptosis és exophthalmus keletkezett, oly jelenségek, melyeket mások a Gasser-dúcz resectioja után nem irtak le, de a melyek esetleges keletkezését a kisérleti kórtan, nevezetesen *Hőgyes Endre* előre látta.

A myosis, a ptosis, az exophthalmus együttes jelentkezése megfelel azon kórképnek, a melyet a nyaki sympathicus bénulása neve alatt ismernek. Ezen tünetcsoport nemcsak állatkisérletekből, klinikai észlelésekből, hanem úgyszólván emberkisérletekből ismeretes. A mióta a sympathicus resectioját a legkülönbözőbb indicatiok alapján (glaucoma, epilepsia, Basedow) végezték, alkalom volt e jelenségek kisérleti tanulmányozására. Sok esetben a resectio a szemen nem hagyott nyomot, *(Jonnesco, Donáth, Hültl)*, de egyeseknek sikerült a szabaddá tett sympathicus izgatása által szemréstágulást, exophthalmust, mydriasist előidézni, átmetszésekor pedig ptosist, exophthalmust, myosist észlelni *(Zimmermann)*. Az tehát, hogy adott esetben sympathicus bénulás tünetei voltak jelen, kétséget nem szenved, csak az a kérdés: *a*) mikép okozza a sympathicus e tüneteket s *b*) mikép jön létre a Gasser-dúcz resectioja alkalmával az ideg sérülése?

Hogy a myosis a musculus dilatator pupillae, a ptosis pedig a m. palpebralis *(Müller)* bénulásának következménye, az ma már nem képezi vita tárgyát, de az exophthalmus keletkezése felől nincs teljes egyértelműség. A most bemutatott beteg hatalmas érv a mellett, hogy *Schapringer*-nek, New-Yorkban élő magyar szemorvosnak van igaza, ki e jelenséget a musculus orbitalis bénulásából magyarázza. Ezen sima izomsejtű izom emberen csökevényes, de individualisan erősebb is lehet. Ez magyarázza a myosis és ptosis állandó megjelenése mellett az exophthalmus változó fokát.

A másik kérdésre, hogy mikép jön létre és miért mulik el a sympathicus bénulás Gasser-dúcz kiirtásakor, arra az anatomiai, valamint a *Jendrássik Ernő* által olyan részletesen kifejtett physiologiai viszonyok adják a választ. A plexus caroticus internus, a mellett, hogy a Gasser-dúczczal is érintkezésbe lép, a ganglion sphenopalatinumhoz a nervus petrosus profundus majoron át, tehát a nervus vidianusban küldi a sympathicus elemeket. A musculus orbitalishoz menő rostok pedig épen a dúczig követhetők *(Haase)*. A mikor a Gasser-dúcz resectioját végezik, a ganglion sphenopalatinum sérülése könnyen megeshetik, hiszen a trigeminus második ága szoros kapcsolatban van vele. A sympathicus bénulás tünetei elmulnak, de fenmaradásuk esetén sem okoznak zavart, mégis azt a tanulságot rejti ez magában, hogy a sebészek a mint a mozgató idegek vongálását kerülik, ezentúl a második ág gondos és éles átmetszése által a ganglion sphenopalatinumot is kiméljék.

A physiologia és chirurgia nem maradnak tehát egymásnak adósok, a mennyiben kölcsönösen viszonozzák a nyert szolgálatokat és tanulságokat.

Röntgen-sugarakkal, kikaparással és thermokauterrel, radikális exstirpatioval kezelt lupus-betegek.

Róna Sámuel: Folyó évi május havi bemutatásához folytatásképen mutatja be a fönn jelzett módon kezelt betegeket, hogy alkalmat nyújtson az Orvosegyesület t. tagjainak az összehasonlító birálatra. Sajnos, hogy nem jöttek be mind a berendelt operált betegek, de alkalmilag be lesznek mutatva azok is.

I. Röntgen-sugarakkal kezelt beteg.

T. P. 21 éves egyén $3^1/_2$ év előtt a nyak bal oldalán mirigyduzzanatot kapott, mely borbély által nyittatván meg, luposus infiltratio kiindulási pontja lőn. A lupus lassankint férfikéznyi területet foglalt el; folyó év márczius havában a beteg területet éles kanállal lekaparták és utána thermokauterrel égették. Majd a bécsi közkórházba ment, hol — állítása szerint — $3^1/_2$ hónapig naponta egyszer 10 perczig röntgenezték mintegy 10—15 cm. távolságból.

Tetemes javulás állott be és ezen javult állapotban jött október 5-dikén osztályára.

St. pr. A bal fül alatt a tarkóra és nyakra átmenőleg férfikéznyi területen a bőr halványvörös, sclerotizált, heges. E heges kemény terület széleit koszorú alakban lupus-göcsök környezik, közepét pedig egyes lupus-göcsök foglalják el. Ezenkivül a heges terület közepén a kiindulási pontul szolgált mirigy mogyorónyi része tapintható.

Az esetet, miután máshol nem mutatható ki tuberc. gócz, radikális exstirpatióval és transplantatioval fogják kezelni, mert így a mirigyet is eltávolithatják. Tehát ezen esetből a tanuság az, hogy daczára az előzetes kikaparásnak és égetésnek, a $3^1/_2$ havi napontai röntgenezés nem tüntette el teljesen a lupust és a heges szövettel összenőtt mirigyrészt érintetlenül meghagyta. Kiemelendő azonban a tetemes javulás és a heg síma fölülete.

II. Kikaparással és thermokauterrel kezelt betegek.

1. P. E. 11 éves leányka évek óta ismételten volt kórházban és a legkülönbözőbb módon lett kezelve. 1898. junius havában a következő állapotban találta az osztályon: az egész jobb arczfél lupus-edzések után visszamaradt gerendás túltengő hegek által elfoglalt, mely heg kerületének legnagyobb részén, valamint közepén friss lupus-göcsök. Ez utóbbiakat 1898. junius 17-dikén thermokauterrel erélyesen kiégették. Kiment julius 3-dikán és újra bejött folyó évi márczius 7-dikén az arcz hegét körülvevő és a heg közepébe is behintett lupus-göcsökkel. Május 28-dikán részben excisio, részben thermokauter. Most a középen — a csak thermokauterrel kezelt helyen — új lupus-göcsök láthatók.

2. St. K. 27 éves napszámosnő folyó évi február 20-dikán vétetett fel először az osztályára, az orr nagy részét és körülötte az arczot, felső ajkat elfoglaló lupussal. Márczius 11-én az orrüreg és a külső betegterület a lehető legjobban kikapartatott és thermokauterrel intensive égettetett. Április 28-dikán gyógyultan hagyta el a kórházat. Szeptember 21-dikén újból visszajött az egész operált területen elszórt friss lupus-göcsökkel. Október 4-dikén újból kikanalazás és Paquelin; ma újból egyes lupus-göcsök láthatók.

3. O. M. 26 éves cseléd folyó évi julius 20-dikán vétetett fel az osztályra, az orra és annak környékére kiterjedő lupussal. Augusztus 10-dikén teljes kikanalazás és thermokauter. Október 4-dikén friss göcsök jelentkezése miatt újból erélyes kikaparás és Paquelin. Most alig gyógyultak egyes helyek, már is látszanak friss lupus-göcsök.

Ezen esetek tanusága az, hogy a kaparókanál és a thermokauter nem képes az összes góczokat utólérni és megsemmisiteni; sőt, hogy ma — alig néhány héttel az alkalmazás után — friss lupus-göcsök láthatók az operált területen.

III. Radikális exstirpatioval és Thiersch-lebenyekkel transplantált beteg.

K. A. 15 éves leány már bemutattatott folyó évi május havában. Most, a folyó évi január 18-dikán — tehát körülbelül 10 hó előtt — exstirpált és február 11-dikén transplantált $9^1/_2$ cm. hosszú és 5 cm. széles terület a kiújulás nyomát sem mutatja és teljesen síma, folyton fehéredő.

Ezen eset tanusága az, hogy a radikális exstirpatio és Thiersch-lebenynyel transplantatio szemben a kikaparással és thermokauterezéssel nagy fölénynyel bir, úgy a lupus-recidiva kimaradása, mint a cosmetikus eredmény tekintetéből.

IV. Radikális exstirpatioval és Krause-féle (a bőr összes szöveteivel kimetszett) lebenyekkel transplantált betegek.

1. K. F. 41 éves napszámos folyó évi április 8-dikán jött kiterjedt lupusos beszűrődésekkel az arczon, állon és a test egyéb helyein az osztályra. Április 19-dikén — tehát közel 8 hó előtt — az arcz bal feléről 8 □-cm.-nyi lupusos terület irtatott ki és nyomban a vérzés csillapodása után a jobb czombról vett 2 lebenynyel boritttatott és néhány varrattal a sebszélekhez s az alaphoz rögzittetett. Teljes letapadás, de igen fölületes necrosis az egyik lebenyen, mely azonban nem ártott semmit. Május 26-dikán az állon levő összefolyt lupus-területnek teljes kikanalazása és thermokauterizálása. Ma a 8 hó előtt transplantált lebeny szép fehér, recidivát fel nem tüntető sima puha területet képez, míg az 5 hó előtt kikapart és kauterizált területen nagymérvű kiújulás.

Az eset tanusága az, hogy a Krause-lebeny transplantálással cosmetikai szempontból és recidiva tekintetéből is sokkal jobb eredményeket kapunk, mint a kikaparással és kauterizálással, és cosmetikai tekintetből szebbet, mint a Thiersch-félével.

2. Sz. E. 21 éves cseléd folyó évi augusztus 5-dikén jött az osztályra több góczú lupussal. Augusztus 18-án a jobb alkarról 12 □-cm.-nyi lupus-terület irtatott ki és rögtön Thiersch-lebenyekkel transplantáltatott. Október 3-dikán a jobb kéztő háti felületén 7 cm. hosszú s $3^1/_2$ cm. széles lupus-terület exstirpáltatott és a jobb czombról vett Krause-lebenynyel boritttatott.

Ezen esetet csak a kielégítő cosmetikai eredmény és a Krause-lebenynek az izületek fölötti előnyösebb (mert vastag, erős) alkalmazása miatt mutatja be.

A bőr sajátságos, atrophiával, pigmentképződéssel és pigmentatrophiával járó megbetegedése.

Schein Mór: A 32 éves, ezelőtt ötnegyed évvel az általános munkás betegsegélyző pénztár rendelő intézetében jelentkezett s két év óta beteg asszonyon a következő bőrelváltozások láthatók:

1. *Bőratrophia* élesen körülirt helyeken: a jobb szájzug alatt szabálytalan területen, mindkét hónaljban, a tarkón, az egyik könyökön, az egyik térden. Az ajakpír alatt levő helyen kék erecskék láthatók. Itt az atrophia igen gyorsan, úgyszólván egyik hétről a másikra fejlő-

dött ki; az atrophiás helyen infiltratio soha sem volt látható. Mindkét hónaljban egy ideig az atrophiás területen hámlás és pír állott fenn, ezen terület szélén barna pigmentgyűrű volt látható, mely mindkét oldalon majdnem egészen eltünt. A tarkón, hónaljárokban, a ruhakötés helyén az atrophiás helyek azelőtt élénk téglavörösek voltak, részben most is ilyenek.

2. *Pigmenthypertrophia*: diffus szürkés-barna pigmentatio az alkarokon, kézhátakon és czombokon. Különböző nagyságú pigmentfoltok az arczban, a tarkón, a ruhakötés barázdájában, a gluteális tájon. A kulcscsont fölötti árokban mindkét oldalt a pigment fényes, kissé besüppedt vonalak mentén rakódott le hálózat alakjában. Azelőtt ezen pigmenthálózat nagyobb kiterjedésű volt, később szélétől közepe felé részben eltünt és a hálózat helyén fehér fénylő vonalak maradtak vissza. A czombokon a lágyékhajlat határán a pigment pontok és erecskék alakjában rakódott le. Az arczban is a látszólag egyenletes szürkés-barna pigment pontok és vonalak összefolyásából eredt. Kezdetben az arcz, különösen az orr egyenletesen sötét-barna szinű volt, azután sokkal világosabb szint öltött, úgyszintén az alkarok.

3. *Pigmentatrophia* látható különböző nagyságú fehér foltok alakjában az állon, a tarkón, a ruhakötés helyén, a czombokon, fel- és alkarokon. Ezen fehér foltok a vörös és barna foltokkal együtt igen tarka képet adnak.

4. *Hyperaemia* élénk vörös foltok alakjában látható a glutealis tájon, téglavörös foltok alakjában pedig az atrophiás helyek némelyikén. Hyperaemiával, oedemával és érzékenységgel kezdődött a baj a beteg állitása szerint az összes afficiált helyeken következő sorrendben: először a nyakon és tarkón, mellen, azután a ruhakötés barázdájában, azután a végtagokon, végre az arczban.

5. *Hámlás* most nem látható. Egy ideig az arczban, a nyakon, a két hónalj atrophiás helyén volt látható. A leváló pikkelyek barnák vagy fehérek voltak.

6. Rövid ideig *oedema* is volt látható a szemhéjakon és csekély infiltratio a homlokon. Az arcz azelőtt igen sötét-barna szinű és bronzfényű volt. A czombok és alkarok bronzfényük által váltak ki.

A megbetegedéstől csak a tenyerek, talpak, mell- és hasbőr maradt megkimélve. A betegség általános tünetekkel is jár, ilyenek szédülés, fejfájás, hányásinger, álmatlanság és a betegség első, szóló által nem észlelt stadiumában állitólag magas láz. Néha hetekig jól érzi magát a beteg. Ötnegyed év óta — azóta észleli — egészben véve javulás állott be. A subjectiv panaszok csekélyebbek és az objectiv elváltozások bizonyos fokban visszafejlődtek és megállapodtak. Csak a háton léptek fel utóbbi időben kerekded ezüstforintnyi és nagyobb piszkosbarna foltok. A bal fül alatt és az alsó állkapocs mögött mogyorónyi, kissé érzékeny mirigyek tapinthatók nehány hónap óta. A menstruatio 10 év óta elmaradt, beteg sohasem szült. Jelen betegség megkezdése előtt állitólag a havibaj idejében arcza megdagadt. Jelenleg subjectiv panaszai a havibaj idejében nincsenek. A jobb inguinalis hajlatban egy 2 cm. hosszú heg látható (bubo-műtétből ered). A fanszőr hiányzik.

A hát felső részén nehány kerekded heg furunculusok helyén. A beteg testtartása előrehajlott; állitólag a betegség alatt nagyon megfogyott, azonban csekély zsirpárnája most is van.

Egy alkalommal arról panaszkodott, hogy egész éjjel tenesmusa, hasmenése és véres fekete széklete volt. Végre még azon körülményt tartja megemlitendőnek, hogy a betegség kezdetén egy daganatot vélt a gyomor táján tapintani, melyet szóló sohasem birt megtalálni.

A leirt kórkép az ismeretes kórképek egyikével sem egyezik meg, sem az Addison-kórral, sem a pellegrával, sem a sclerodermiával, sem medicamentosus exanthemával nem azonositható.

Az anamnesis is mindezen betegségek ellen szól. Lehetséges, hogy a betegség valamely ismeretlen belső intoxicatiora, vagy autointoxicatiora vezethető vissza. Az irodalomban hasonló lefolyású és tünetű kóralak leirását szóló nem találta.

(XXVIII. rendes ülés 1899. november 11.)

Elnök: **Bókay János**; jegyző: **Lévai József.**

Elnök felhivja a tagok figyelmét, hogy a tagajánlások deczember hó 1-éig adandók be a titkársághoz; jelenti továbbá, hogy az *Iványchich*-segélyösszeg hovafordítása iránti ajánlásaikat 14 nap alatt irásban nyújtsák be.

Thiersch-féle transplantatio a kötőhártyára.

Mohr Mihály: A nélkül, hogy a Thiersch-féle transplantatioról, annak technikájáról vagy javalatairól, nemkülönben a javalatok határainak kiterjesztéséről bővebben szólani akarna, csak röviden bemutatja esetét, melyben a kötőhártya hiányát sikerült Thiersch-féle lebenynyel befedni. Az eset P. Gy. 13 éves fiú, a kit 1899. február 8-dikán vett fel a Bródy Adél-gyermekkórház szembeteg osztályára.

Felvétele előtt egy és fél évvel egy ág megcsapta és megsértette bal szemét és felvétele előtt 1 hónappal jelentkezett az ambulantián, a mikor is 1 hónapig kezelték eredmény nélkül. Felvételkor a bal szem tájéka kissé duzzadt, különösen a felső szemhéj, pillaszőrök a felső szemhéjon hosszúak, rendetlenül állanak, beszáradt váladéktól összetapadtak. Alsó szemhéj kötőhártyája kissé duzzadt, a szemtekéi is kis mértékben, a felső szemhéj kötőhártyájának külső felét duzzadt, nyálkás genyes váladékot termelő, egyes beszűrődések által kisebb-nagyobb területekre osztott, vastag, húsos vörös sarjak foglalják el. A nagyobb göbökön számos apró finom heg márványszinű rajzolatot mutat. Az egyes beszűrődések között szintén számos apró szemcse látható; szarúhártyája közepét lencsényi terjedelemben felületes, erodált és kissé szürkés homály foglalja el, mely a látást homályossá teszi és melyhez a szarúhártya felső része felől finom, párhuzamos, sűrű ereződés halad.

Diagnosis: *Granulationes conjunctivae palp. sup. post vulnus.*

Hogy a sarjak kikaparása után zsugorodás ne álljon elő a szemhéjon, hámmal való befedés volt szükséges. E végett 21-dikén Thiersch-féle transplantatiót végzett. Hogy a lebenyt rögzítse, a szemhéjat kifordítva kellett tartania, e végett canthoplasticát csinált ki- és felfelé és a szemhéjszél közelében a szemhéj bőrén át vezetett két varrattal a külső és belső zug közelében a kifordított szemhéjat a homlok bőréhez rögzítette. A kifordított szemhéj kötőhártyáján levő sarjadzásokat éles kanállal lekaparta és az ép kötőhártya szélét késsel körülmetszette és ollóval lecsapta. Gondos vérzéscsillapítás. Hogy a szarúhártya fedessék, az alsó szemhéjat a külső zug mellett levezetett öltéssel a homlok bőréhez felhúzta. Ezután a bal czomb belső felületéről vett 3 □-cmnyi Thiersch-lebenyt a már nem vérző sebfelületre illesztette és steril guttapercha papirossal befedve bekötötte. A Thiersch-lebeny megtapadt, a szemhéjat kiszegő varratok egyike-másika elgenyedt, nyolczadnapra a szemhéjat visszafordította. Közben eczema lépett fel az arczon és a corneán levő erosio kifekélyesedik, márczius 8-dikán a fekély áttört. A Thiersch-lebeny széli részei, melyek meg nem tapadtak, lemetszettek, a fellazult felhám ledörzsöltetett. Az áttört fekélyen át előjött iris lemetszetett. A szem azután megpihent. Junius 18-dikán elbocsáttatott.

Az áttört fekély helyét egy lencsényi fehér heg foglalta el, melyhez az iris odahúzódott. Julius 13-dikán újra felvette a kórházba és 14-dikén iridectomiát végezett rajta, de a beteg nyugtalan és üvegtest esett elő. Ekkor kitünt, hogy a lencse is zavaros, miért is augusztus 4-dikén a zavaros lencsét kibocsátotta és 11-dikén a beteg elhagyta a kórházat.

Jelenleg az aphakiás szem tűrhetően lát, $+10{\cdot}0\,D = {}^{5}/_{30}$. A Thiersch-lebeny meg van tapadva.

A gyermekkori gümőkóros lábgyuladások gyógykezeléséről.

Alapy Henrik: A gümőkóros csont- és izületbántalmak valódi természetének felismerése összeesett az antisepsis technikájának kifejlesztésével. E kettőnek időbeli találkozása szülte a korai resectiokat, melyek ma joggal teljesen el vannak hagyva. Főleg a jól megszerkesztett portativ gépek és a jodoformglycerin kiterjedt használatának hatása alatt vált az izületsebészet oly konservativvá, a milyen ma.

Alapy úgy véli, hogy a jogos reactio hatása alatt átmentünk a másik végletbe, s hogy az izületsebészet, mely előbb *túl-activ* volt, jelenleg *túl-konservativvá* vált. Az A. anyaga 47 lábra vonatkozik, melyek közül a gümőkóros folyamat 28-nál volt ostalis, csak 6-nál synovialis eredetű, 6 arthritisnél a kiindulás helye már nem volt meghatározható, 7 primaer inhüvelylob volt.

Bár gyermekekről van szó, kiknél konservativ sebészettel sokkal inkább boldogulunk, mint felnőtteknél, Alapy speciell *a lábra nézve* kissé aktivabb sebészetet gyakorol, mert 1. a tályoggal vagy sipolylyal való complicatio (mely a tisztán konservativ módszereket eleve kizárja) a lábon gyakoribb, mint más testrészeken, mert 2. a láb complicált izületei közt a gümőkór néha gyorsan tovaterjed, míg a még izületen kivül eső gócz kimetszésével a bajt lokalizálni és a lábat meggyógyitani könnyű, végül 3., mert a más izületek gyermekkori resectioit követő növési visszamaradástól és rossz functionalis eredménytől a lábresectioknál nem kell tartani.

Alapy is megerősítheti azt a tapasztalást, hogy igen kiterjedt lábresectiók is kitünő functionalis eredménynyel gyógyulnak. Eljárása a következő:

Complicálatlan esetben *tisztán konservativ* kezelést gyakorol, járó fixkötésekkel és 2—3 hetenként ismételt jodoformglycerin-befecskendésekkel. Erre a synovialis alakok gyógyulni szoktak. Ha nem gyógyulnak, ha tályog képződik, akkor ép úgy, mint a más *tályoggal vagy sipolylyal* jelentkező esetekben *művi beavatkozást* végez, mely feltárásból és a csontgócz kikanalazásából, az utókezelésben ablakos járó fixkötés viseléséből áll. Erre a betegek egy jó része szintén gyógyul. Ha nem, akkor a gyökeresebb műtéteken van a sor. Hogy ezeknek *mikor* következett el az idejök, azt nem napok vagy hetek határozzák meg, hanem a tünetek. Tiszta sarjadzás mellett sokáig szabad, sőt *kell* várni. De ha a sarjak gümőkórosakká válnak; ha a duzzanat nem csökken, hanem növekszik; ha újabb tályogok keletkeznek: akkor 1. *csontgócz* esetén az egész kis csontot kimetszi, illetve tarsectomia anteriort, posteriort vagy medio-tarseá-t végez, mely azonban mindig csak a kóros részekre szorítkozik, ha pedig 2. a bántalom a *bokaizületből* indul ki, akkor azt a Lauenstein-Kocher-féle metszéssel tárja fel, mely kitünő betekintést nyújt s a műtétet az izhártyának, valamint minden kóros csontrésznek kimetszésével, de minden épnek, különösen az alszár izvégének megtartásával kezdi. Ily bokaizületi arthrektomiát és resectiot ötöt végzett, melyek mind igen jól functionáló lábbal gyógyulnak, vagy már gyógyultak.

A sipcsont alsó izvégében kimutatható gócz esetén minden conservativ kisérletet veszélyesnek, sarjadzó és genyedő primaer inhüvelyloboknál fölöslegesnek tart. Az elsőknél a gócz prompt felvésésével biztosan meg lehet menteni a veszélyeztetett bokaizületet, az utóbbiak az inhüvely kimetszésére gyorsan és biztosan gyógyulnak, mint gyógyultak előadó mind a hét esetében.

A leirt műtétek *idejekorán* való alkalmazása által kerüljük el legbiztosabban nemcsak az amputatiot, hanem a (gyermekeknél lehetőleg kerülendő) typikus bokaresectiot is.

Dollinger Gyula: Szóló maga is sokat foglalkozott és foglalkozik a gümős izületek gyógykezelésével s igy előadja álláspontját, azon alap-

elveket, a melyek szerint ezek gyógykezelése az általa vezetett klinikán történik, s melyek sok tekintetben különböznek *Alapy* eljárásától, különösen abban, hogy t. i. meddig terjedjen a conservativ kezelés és hol kezdődjék az activ beavatkozás.

Szóló az éles kanállal való beavatkozást nem számítja a conservativ kezelések közé; különben is attól függ, hogyan bánunk vele, mert az éles kanállal el lehet távolítani egy vagy több lábközépcsontot egészben vagy részben, sőt teljes resectiot is lehet végezni vele. Nagyon tökéletlen lesz az eredmény, ha csupán a sipolyon keresztül dolgozunk vele. Igy nem látjuk a gümös csont határát és nem tudjuk: nem hagyunk-e ott még gümös részeket. Az éles kanállal is csak úgy szabad dolgozni, ha a gümös góczot kitárjuk, ekkor pedig már meglehetős közömbös, hogy éles kanállal, késsel, vagy ollóval távolítjuk-e el a kóros részeket.

A mi a gümös izületek kezelésének elveit illeti, a klinikán mindenek előtt azt nézik, van-e genyedés, izzadmány az izületben, ha nincs, akkor beérik az izület rögzítésével.

Alapy elmondta a külföldi sebészek egy sorozatát, a kik befolyást gyakoroltak a gümös izületek therapiájára s elfelejtette, hogy a gümös izületek rögzítésén alapuló conservativ gyógykezelés Magyarországon született. *Balassa* volt az, a ki felismerte a rögzítés nagy becsét a gümös izületek conservativ gyógykezelésében; *Balassa* elvei feledésbe mentek s ezért felhasznál szóló minden alkalmat, hogy ezen elvek hazai voltát hangsúlyozza.

Ha nincs genyedés, akkor szóló — *Balassa* tanár értelmében — rögzíti az izületet; ha alsó végtagról van szó: tehermentesíti; a lábközép- és lábtőcsontok gümös folyamatainál a tehermentesítés vagy olyan kötéssel, vagy olyan gépezettel történik, minőt szóló az alszártörések ambulans gyógykezelése számára szerkesztett. Jodoformbefecskendésre az olyan izületnél, a hol nincsen genyedés, nincsen is szükség.

Ha genyedés van, Alapy a lábtőizületet kitárja, esetleg kikaparja és resectiot végez. Szóló csak jodoform-befecskendezést alkalmaz az ilyen esetekben és a térd-, boka-, lábtőizületeknek genyes gyuladásainál a jodoform befecskendezésével kitünő eredményeket ért el; a 10%-os jodoform-emulsiot előbb kifőzi és a kibocsátott geny félmennyiségével egyenlő mennyiséget fecskend az izületbe; 2—3 hét mulva megismétli, ekkor már lehet látni a hatását a genyen, mely nyúlóssá, majd enyvszerűvé válik — s az izületi gyuladás meggyógyul minden kitárás nélkül, csupán jodoformbefecskendésre.

A klinikán a sebészi beavatkozás csak akkor kezdődik, ha az izület meg van dagadva, hullámzik, fölötte a bőr piros, vékony; szóval, ha az izületben levő tályog az áttöréshez közel van — ilyenkor ki kell tárni az izületet, azt meg kell vizsgálni és a gümös részeket belőle el kell távolitani; további sebészi beavatkozást akkor végez, ha áttörés jött létre s secundaer infectio történt a sipolyon keresztül, tehát genyedést okozó bacteriumok jutottak az izületbe.

Ha tehát csak tumor albus van jelen, de genyedés még nincsen, akkor elegendő az egyszerű rögzités, esetleg tehermentesítéssel párosulva; ha genyedés van, akkor jodoform-emulsiot fecskendez az izületbe; ha azonban a geny közel van az áttöréshez, vagy az izületbe vezető sipolyok vannak, akkor arthrotomiát és arthrektomiát végez.

Alapy Henrik: Neveket az idevágó irodalom óriási kiterjedésénél fogva nem idézett; ha ezt tette volna, akkor a hazai szerzők közül nem is annyira a *Balassa*, mint inkább a *Dollinger* nevét kellett volna említenie, kinek az izületsebészet terén határozott érdemei vannak.

Jodoformbefecskendéseket a gümőkóros, de nem genyedő izületekbe azért végez, mert a jodoform elismert antituberculosus hatásánál fogva ez csakis használhat, semmi esetre sem árt. Igy jár el jelenleg az egész német sebészi világ.

Úgy az éles kanál használatára mondottakban, mint minden egyebekben is tökéletesen egyetért a *Dollinger* által kifejtett állásponttal. A mi látszólagos eltérés van kettőjük közt, az csak azon a félreértésen alapszik, hogy míg *Dollinger* a test összes izületeinek gümőkórját bevonta fejtegetései körébe, addig ő tisztán csak a lábra szoritkozott, a többiek kizárásával, mert úgy van meggyőződve, hogy a javaslatok még vitás kérdését úgy lehet legbiztosabban tisztázni, ha minden izület számára külön állítunk indicatiot. Hogy az eljárás éppen nem egyforma, azt bizonyíthatja azzal az adattal, hogy míg a tárgyalt 47, illetőleg az inhüvelylobok kizárásával 40 eset közül 21-nél végzett excisioból, vagy resectioból álló gyökeres műtétet, tehát 50%-ban, addig az ugyanezen időszak alatt kezelt 250-nél több coxitis és gonitis közt csak 3-nál végzett izület-resectiot, tehát alig több mint 1%-ban, a mi legvilágosabban bizonyítja, hogy a mi a lábnál oly gyakran kényszeriti az activ beavatkozásra, annak oka nem talán a furor operandiban keresendő, hanem a láb sajátlagos anatomiai viszonyaiban.

A typhusellenes védőanyagok eredete.

Deutsch László: Előadó a párisi Pasteur-intézetben, Mecsnikoff tanár osztályán 1898—99. évben végzett idevonatkozó munkálatainak eredményét a következő pontokban foglalja össze:

1. Egyetlen typhus agarkulturának intraperitonealis befecskendésére a tengerimalaczok védőanyagok képzésével reagálnak. E védőanyagok az antibakteriumos ellenfermentumokhoz turtoznak; a bacillusokat meg nem ölik, de negativ chematactikus anyagaikat lekötik s igy a védtelen csirákat a phagocyták pusztító hatásának teszik ki. Az immunizált állat vére ekként más állatokat a biztosan halálos élővirus ellenében megvédeni képes. A védőerő mértékét a serumnak az a legkisebb mennyisége adja, a mely a kétszeresen halálos virust épen közömbösíti.

2. A védőerő a vérsavóban a 4—5. napon jelenik meg, innen fokozatosan növekedik és maximumát a 10—12. napon éri el, a mikor a serumnak 5—10 cgm.-ja már biztosan véd. A védőerő azután csökken, de 3—4 hét mulva is határozottan kimutatható.

3. A védőanyagok eredetének kipuhatolására szerző az immunizált állatok szerveinek kivonatát hasonlitotta össze a vérserum védő erejével. Kiderült, hogy a májnak, vesének, mellékvesének, cseplesznek védőtulajdonságai minimálisak.

4. Peritonealis exsudatum néha megközeliti a serumot, de túl nem haladja sohasem, tehát a védőanyagok nem keletkezhetnek a védőoltás szinhelyén.

5. A csontvelő az esetek 1/4—1/5-ében, a lép az esetek felében a vérnél hatásosabb. E két szerv szoros viszonyban van a védőanyagok fejlődésével. Az esetek egy harmadában azonban a vér leghatásosabb a vizsgált szervek között: az ellenanyagok ilyenkor tehát vagy más, nem vizsgált szervekben fejlődnek (pl. nyirokmirigyek), vagy fejlődésük magában a vérben megy végbe.

6. Előadónak a lép szerepére vonatkozó kisérletei kimutatták, hogy a képző szervek egymást helyettesithetik, mivel az immunizálás előtt lépüktől mgefosztott állatok épen úgy képzik az ellenfermentumokat, min a normális állatok. A lép szerepét ilyenkor néha a csontvelő veszi át, máskor azonban az ellenanyagok a vérben képződnek.

7. Ellenkezőleg az immunizálás után lépteleniteti állatok vére véderőjére nézve a normálisan védoltott állatok véréhez képest tetemesen elmarad.

8. A kiirtott immunlép szétzúzott tömege más állatot specifikus agglutinok képzésére indit, a mi arra utal, hogy a befecskendett kulturának azok a részei, a melyek védőanyagokká átalakulnak, a szerző által úgynevezett „Antigén"-ek, pár nappal a védőoltás után már részben a lépben voltak fixálva.

9. Az „antigén"-eknek nagyobb része azonban magában a vérben marad, ha ugyanis a védoltott állatnak összes vérét a védoltást követő 3—4. napon, midőn az védőtulajdonságokkal még nem rendelkezik, egy második állatba fecskendjük be, akkor ez úton e második állatot immunizálni vagyunk képesek. Ez állat vére egyszersmind erősen agglutinál (6—8 nap mulva), a mi azt mutatja, hogy az első állat vére közvetlenül a védőoltás után antigéneken kivül agglutinképző anyagokban (agglutogénekben) is bővelkedik. A tárgyalt kisérlet a serummal való *activ* immunizálásnak eddig ismert első példája.

10. Az antigének a vért csak lassankint hagyják el, hogy a képző szervekben ellenfermentumokká átalakuljanak, de átalakulásuk magában a vérben is végbemegy. Hogy a védőszerveknek (lép, vér, csontvelő) minemű sejtjei készitik a védőanyagokat, biztosan meg nem mondható. Nagyon valószinű, hogy a képződés helyére a védőoltás szinhelyéről vándorolt nagy egymagvú sejtek, makrophagák, a melyek a befecskendett kulturának főtömegét bekebelezték s ennélfogva az antigéneket tartalmazzák, tekintendők a védőanyagok forrásául.

11. A phagocytáris elemek, a melyek szerepének fontosságát a szervezetnek a megtörtént infectio ellen való küzdelmében *Mecsnikoff*nak közel 20 éves munkájával sikerült a köztudatba átvinni, secretorikus munkájuk segitségével az újolagos infectiot is elháritják. A leukocyták, az állati szervezetnek a bacteriumok ellen való harczában küzdő csapatai, a szervezet praeventiv prophylaxisának is főtényezői.

Közkórházi orvostársulat.

(XIV. bemutató szakülés 1899. október hó 25-dikén.)

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

Adatok a myopia operálásának technikájához.

Goldzieher Vilmos: Kétféle módszer van a lencse eltávolitására a túlságos myopiás gyógyitása czéljából: a régi, a melyet még most is a legtöbb szemorvos használ, discissioban áll, és az újabb, mely *Vacher*, *Sattler* és tanitványai által lett ismeretes, az átlátszó lencse kivonásában áll vonalas szarúhártya-metszéssel. Mindegyik módszernek van előnye és hátránya; az eredeti módszer előnye: a veszélytelenség, lelkiismeretes utókezelés mellett, a kerek pupilla feltétlen megtartható; hátránya a hosszú gyógyulási tartam, a mennyiben a betegnek körülbelül 6 hétig kell maradnia a kórházban. Előadó, ép úgy, mint más műtevők, ezen módszerrel a legszebb eredményeket érte el. Az újabb módszer előnye főleg az, hogy a gyógyulási tartam 2 hétre redukálható és hogy az egész beavatkozás egyszerűbbnek látszik, minthogy csak egy operatioról van szó és nem több (4—5) egyes kisebb műtétről, melyek egymásután következnek; hátránya azonban a nagyobb veszély, az iris könnyű előesése és végre ez a körülmény, hogy mégsem lehet biztosan az egész lencse tökéletes kihajtására számitani, úgy hogy később mégis discissiokra kerül a sor; igy járt előadó is egy esetben, a hol azt vélte, hogy az egész lencse eltávolodott, mig tényleg az átlátszó hátsó corticalis réteg visszamaradt, miből utóhólyag fejlődött s még két discissio vált szükségessé. Azonkivül van még egy hátránya, melytől már a régi szemorvosok féltek: és pedig, hogy a myopiás beteg épen a nagyfokú myopia miatt nagyon fél, már látja a műszereket, ennek következtében sokkal nyugtalanabb az operatio közben, a mi szintén megnehezíti a műtét sima lefolyását. Egy további igen nagy hátrányról majd később számol be.

Előadó egy eljárást akar ajánlani, mely nézete szerint a myopiás operatiot tetemesen könnyíti és a gyógyulási tartamot leszállítja. Ez

abban áll, hogy előbb egy discissiot végzünk, mely azonban ne érjen a lencse középső rétegéig, hanem lehetőleg csak a tokot, de nagyobb kiterjedésben vágja be. A tok sebe ilyenkor nem szokott tátongani, hanem igen gyorsan egy az első napokban nem puffadó lencsehomály fejlődik, mely körülbelül a réteges hályoghoz hasonlít. Már 3 nap mulva meg lehet a végleges extractiot ejteni és a lencsetest lehetőleg tökéletes eltávolítására számítani. Előadó két esetet sikerrel operált ezen eljárás szerint, melyek egyikét most bemutatja.

A 19 éves joghallgató jobb szemén 16 dioptriás, bal szemén 11 dioptriás myopia van. A jobb szem lencséje szeptember 25-dikén discindáltatott, október 10-dikén eltávolíttatott. Az eredmény kitünő. Teljesen fekete, reagáló pupilla 1·75-dal, v = 1/3, a legfinomabb betüket folyékonyan olvassa kellő correctio mellett. Feltünő azonban, hogy nagyobb cornealis astigmatismus fejlődött az operatio következtében. És abban áll a nagy hátrány, a mely a *Sattler*-féle módszernél el nem kerülhető, hogy sebastigmatismus fejlődik, a melyet különben a legtöbb iridektomiánál, a hol széles szarúhártyai bemetszés végeztetett, észlelhetünk és mely a látási eredményt pl. glaukoma-operatiok után zavarja, minthogy a létrejött antigmastismus nem mindig rendes, úgy hogy nem corrigálható. Az eredeti myopia-operationál ilyen eseménytől — minthogy mindig kisebb bemetszésekről van szó — nem kell félni.

Bujakóros szemfenéki elváltozás esete.

Goldzieher Vilmos: Az 57 éves asszony 7 évvel ezelőtt luest acquirált, a kórházban hosszabb kúrán ment keresztül. Egy évvel ezelőtt előadóhoz jutott, hatalmas chorioretinitis plasticával. Most újra felvétetett: a szemfenéken igen messzemenő atrophiás pigment-góczok vannak jelen és egy fehér kötőszöveti lemez fejlődött, mely a retina középső rétegében fekszik; főleg a jobb szemfenék érdekes, a hol a papilla és macula lutea között ez a fehér, szélein sugaras, úgy látszik vastag kérgesedés („Schwiele") elterül.

Előadó ezután a syphilis folyamán előforduló szemfenéki kötőszöveti képződményekről szól, melyek jelenléte sok esetben stigma syphiliticumnak tekintendő.

Cholesteatoma esete.

Böke Gyula: A 12 éves fiú szeptember havában 5 hétig feküdt a szt. László-kórházban scarlatina miatt, a mikor is bal füle mögött fájdalmas daganata támadt, melyet ott felnyitottak és a genyet kiürítették. Azóta ezen sebhely még nem gyógyult be. Október 12-dikén vétetett fel. A bal külső hangvezeték genynyel telt, a csecsnyújtvány alsó harmadában egy húszfillérnyi, egyenetlen felületű és szélű, gömbölyű bőrseb, melyben a kutasz fel- és mellfelé érdes csontfelületre akadt, a csecsnyújtvány nyomásra érzékeny, a seb környéke rendes kinézésü.

Fülbántalma állitólag négy év óta áll fenn, állitólag tüdőgyuladás után keletkezett. Október 15-dikén narcosisban a csecsnyújtvány megnyitása. A csontfelület a csonthártyától lemeztelenitve volt, a spina suprameata tájékán félcentimeter kiterjedésben a csont hiányzott és piszkosyöröses szinü, puha, nyákhártyához hasonló sarjadzással volt kitömve. Éles kanállal kisdiónyi cholesteatomát távolitott el. Ezen tömeg egy nagy üreggé usurálta az antrumot és a dobüreg felé kivájt üreget töltött ki; a sipolytól kezdve a papirvékony csontfedelet és a külső hangvezeték hátsó falát éles kanállal távolitotta el, csak hátrafelé kellett a sátorszerüen az üreg felett terjedő fedelet vésővel eltávolitani.

Az üreg feneke fehér, sclerotizált csontból állott, mely a sinus sigmoideust mint dudort tüntette fel.

Jodoformgaze-zel az üreg ki lett tömve és a szokásos kötés alkalmazva.

Jelenleg még az egész üreget eredeti nagyságában lehet látni, mely sarjadzással fog gyógyulni. Műtét előtt a beteg nem hallott semmit, most acumeterrel 50 cm.-re jól hall, Weber positiv.

Szenes Zsigmond: Ha nem is a scarlatina idézte elő a talált nagy destructiokat, de bizonyára siettette a kóros folyamatot. Megjegyezni kivánja, hogy a dobüri genyedő folyamat soha nem végződik úgy, hogy a csont a bántalomba be ne vonassék, mert akárhányszor a tályogot megnyitjuk, a csonton elváltozást nem találunk, de a sclerotikus csontot felvésvén, az antrumban elváltozásokat találunk. Hangsúlyozza, hogy nem elegendő egyszerü onkotomiát végezni, hanem szükséges, hogy éveken át fennálló dobüri genyedésnél az antrumot is megnyissuk. A bemutatóéhoz hasonló esetet operált szóló is egy év előtt. A 12 éves fiúnak éveken át fennálló dobüri genyedése volt. Megnyitotta az antrumot is, daczára annak, hogy a csont sclerotikus volt, és cholesteatomát talált. Az eset meggyógyult, de recidiva várható.

Hasmetszés esetei behatoló hasi sérülések miatt.

Szigeti Sándor: Két laparotomizált beteget mutat be Réczey tanár klinikájáról, kik mindketten folyó hó 12-dikén vétettek fel a klinikumra, s kiknél behatói hasi sérülés miatt laparotomiát végeztek a klinikumra való felvételük után azonnal.

1. F. P. 31 éves férfi folyó hó 12-dikén revolverét tisztogatta, miközben kalapácsesal ráütött, a revolver elsült s a golyó hasába fúródott. A has baloldalán a köldök magasságában, a bimbóvonalon kivül 5—6 mm. átmérőjü, befordult szélü, füst- s löporcsapadéktól tallérnyi területen övezett anyaghiány volt látható, melyen át kutatóval a hasüregbe juthattunk. Beteg kissé anaemikus, eszméletén van, has kissé puffadt, fájdalmas. Pulsus 80, hőmérsék 37°.

A sebből kiindulólag fel- és lefelé mintegy 12 cm.-re tágitották a nyilást s ezen keresztül a vékonybeleket előhúzva, körülbelül 500 gm. részben alvadt vér kiömlése mellett a teljesen üres s összeesett vékonybelet 5 helyen találták keresztülfúrva, még pedig úgy, hogy két pár átfúródásnál megtalálták a bemeneti s kimeneti nyilást, az ötödiknél ellenben nem találtak kimeneti nyilást; a bélkacshoz tartozó fodort is két helyen találták — de csak felületesen — zúzottnak, egyik helyen nagyobb vérömlenynyel, a nélkül azonban, hogy a fodor teljesen keresztül lett volna szakitva.

A bél sebei zúzott, czafatos szélüek voltak, de teljesen tiszták s bélsár nem volt látható a széleken.

A sérüléseket két etageban elvarrván s a belet az alvadékoktól meleg bór-oldattal lemosván, átvizsgálták az összes beleket s a gyomrot, a nélkül azonban, hogy több sérülést találtak volna. A hasüreg kitisztitása után rétegesen zárták a hasfalat, mielőbb még a golyó útjának megfelelő zúzott részeket kinyirták. A golyót nem találták meg.

Érdekes az esetben az, hogy a beleket teljesen üresen találták, a mi úgy magyarázható, hogy a beteg reggel 6 óra előtt evett valamit s a lövéskor (10 órakor délelőtt), már nem volt a vékonybél felső részletében, a hol a sérülés történt, semmi étel; táplálékot vagy folyadékot azóta nem kapott.

A betegség lefolyása sima volt, 14-dikén beöntés után széke volt, 8-ad nap a varratok kivétettek, a midőn is a hasseb egyesült, csupán a golyó bemeneti helyének megfelelőleg volt kis diónyi hasfali tályogja, mely kiüríttetett s most már teljesen tiszta sarjakkal borított.

2. 28 éves nő ugyancsak 12-dikén éjjel vétetett fel a klinikára. Hasba szúrták. A has baloldalán a linea mammillaris előtt egy ferde irányú hasseben át almanagyságú vékonybélkacs dudorodik elő, a melynek legnagyobb domborulatán van a bél hossztengelyére merőlegesen álló 1 cm. hosszú élesszélü folytonosságmegszakitás, a melyből a bél nyálkahártyája dudorodik elő. Kutatóval e nyiláson át a bél lumenébe juthattak. A bél sebét két etage varrattal egyesitették, majd a hasfal sebét tágitva, a bélkacsot előrehúzták, a mikor is a fodor két helyen találtatott sérültnek egy-egy 1 cm. hosszú, a fodor sugarába eső élesszélü, de nem keresztülhatoló folytonosságmegszakitással. A fodor megtisztitása után 2 etageben zárták a sebeket s a beleket előrehúzván és meggyőződvén arról, hogy több sérülés nincs, rétegenkint zárták a hasfalat.

Teljesen láztalan lefolyás, a hasfal sebének per primam egyesülése. Mindkét esetben a gyors gyógyulás lényeges segitőjének tartja azt a körülményt, hogy az esetek a szenvedett sérülés után rövid idővel, az első esetben három, a második esetben egy óra mulva már a kórodára kerültek s az itt rögtön megejtett hasmetszéssel eleje vétetett a bélsár kilépésnek és következményes fertőzésnek. Eléggé ismeretes dolog, hogy nemcsak szúrás, de behatoló lövési sebeknél is sokszor megtörténik, hogy a golyó nem sérti meg a bélkacsokat, hanem azokon elcsúszik a nélkül, hogy valami nemesebb szervet sértene a hasüregben, míg diagnostizált behatoló sérülés esetében jó közérzet mellett is csak akkor lehetünk egészen nyugodtak, ha a lehetőleg gyorsan megejtett hasmetszéssel a belső szervek sérülését biztossággal kizárhatjuk.

Hacker-féle colotomia.

Lipscher Mór: Herczel osztályára gyakran jönnek betegek radikális műtétre már nem alkalmas bél-, nevezetesen végbélcarcinomával. Mindannyiszor colotomiával a beteg életét meghosszabbithatjuk. *Herczel* már több év óta oly módon végzi arra alkalmas esetekben a colotomiát, hogy az egyenes hasizom rostjainak hosszanti, tompa szétválasztása által keletkezett résbe varrja be a belet, ily módon záróizmot képezvén az új végbélnyilás körül és számos esetben meglehetős continentiát ért el. Néhány hét előtt *Hacker* egy új, általa kieszelt eljárást ismertetett és azt három esetben elért jó eredménye kapcsán követésre ajánlotta. A bemutatott 32 éves, inoperabilis végbélcarcinomában szenvedő betegnél a colotomia ezen módját végezte bemutató körülbelül egy hónappal ezelőtt és úgyszólván idealis eredményt ért el.

Schleich-féle érzéstelenités mellett, a Poupart-szalaggal párhuzamosan futó bőrmetszéssel, az izomzatnak tompa szétfejtése után megnyitotta a hasüreget és kihúzta az elég hosszú mesocolonnal biró flexura sigmoideát. A peritoneum parietalet a kihúzott bélkacs serosájához vékony selyemöltésekkel oly módon varrta, hogy az elvezető szár kissé összenyomassék és a hasüreg teljesen elzárassék. Azután a középvonalban a köldök és symphysis közötti távolságnak közepe táján a bőrt 4—5 cm.-nyi hosszban bemetszette és egyrészt ezen, másrészt az előbb ejtett seb felől a bal rectus rostjait tompán a kés halfarkú végével egy mellső és hátsó kötegre szétválasztotta és a bélkacsot ezen izomhasadékon át a középvonalban ejtett bőrsebbe húzta, oly módon, hogy az odavezető kacsnak több hely jusson, mint az elvezetőnek; következett a lateralis sebnek teljes elzárása az összes rétegeken áthatoló silkworm-varratokkal és a medialis bőrseb széleinek hozzávarrása a bélkacs csücskéhez vékony selyemmel. Műtét utáni harmadik napon, minekutána a lateralis sebet a kiömlő bélsártól való fertőzés elkerülése czéljából két réteg guttaperchapapirossal beragasztotta, késsel megnyitotta a belet. A műtét elég egyszerü, helyi érzéstelenitéssel végezhető. Az eredmény teljesen kielégitő. A betegnek 1—2 naponként van formált széke, mindannyiszor, akár fekszik akár fenjár, érzi a székelési ingert, úgy hogy ideje van kimenni az árnyékszékre. Guggoló helyzetben, előrehajlitott törzszsel előtte álló ágytálba üriti székét a nélkül, hogy a bélsár hasát vagy scrotumát bemocskolná. Ha hashajtót kap és hig a széke, akkor is megvan a continentia, mindig van annyi ideje, hogy sietve bár, kimenjen az árnyékszékre. Pelottára nincs szüksége, csak bórkenőcsös gaze-darabot illeszt a bélnyilásra, hogy a kidudorodó nyákhártyát a ruha ne dörzsölje.

Az arteria mesaraica superior emboliaja.

Skrilecz Mihály: A belek nem tartoznak testünk azon szervei közé, a melyek végüterekkel vannak ellátva Cohnheim-féle értelemben. Az arteria mesenterica superior anastomizál egyrészt a duodenum felé, az arteria pancreatico- duodenalissal, az S. romanum-féle pedig a mesenterica inferiorral. Hogy ennek daczára, valamely bélütér elzáródása esetén a belek infarcirozását látjuk fellépni, annak oka részben a fennálló anastomosisok szűk voltában, másrészt pedig a normalis vérnyomás elégtelen voltában fekszik. *Litten* végzett kutyán e tárgyra vonatkozó kisérleteket és az általa nyert kisérleti eredmények beigazolást nyertek az emberre nézve is különböző bonczleletek alapján. Szerinte igenis létrejöhet a mesenterica superior lekötése után collateralis vérkeringés az egész bélterületre nézve, de csak 8—10 óra után és ha folyadék befecskendezése által a physiologikus nyomásnál sokkal nagyobb nyomás alatt mesterségesen tartotta fenn a vérkeringést. De a bél nyálkahártyája két óra lefolyása alatt oly elváltozásokat szenved, a melyek reparálódni nem tudnak, másrészt pedig a vérnyomás alacsony volta miatt úgyis csak a kizárt részek azon területei láttatnak el collateralis úton vérrel, a melyek közvetlen szomszédságban vannak a vérkeringésből ki nem zárt bélrészletekkel s így az anastomosisok daczára a bél infarcirozása lehetséges. Ezért *Litten* physiologikus végütereknek nevezte el a bél ütereit.

A bemutatott esetben a beteg belső incarceratio tüneteit mutatta. De az nem találtatván és a belek üszköseknek s a collum tájékán átfúródva találtatván, anus praeternaturalist csináltak nála. Sectionál a vékonybelek egész tömege vörös-kékes livid színűnek találtatott, erősen puffadtak voltak merev tapintatú falakkal. Az omentum majus és a belek fibrin lerakodással egymáshoz tapasztva. A hasüregben 40—60 cm^3 borsárga, fibrin czafatokkal kevert folyadék. Éles strangulatios gyűrűt nem lehetett sehol sem találni, hanem a belek merevsége és livid színe fokozatosan ment át a normalis állapotot mutató bélrészletekbe. Az elváltozás a vakbéltől 10 cm.-nyire kezdődött és az infarcirozott bélrészlet hossza a duodenum felé 2 meter 30 cm.-t tett ki. A bennék hígan folyó, véres, büzös volt. Az izomzat és nyálkahártya savósan beivódott, az utóbbi sötét-vörös, livid, sok helyen szürke és fehér, necrotikus, más helyen ismét a vérzés nyomai vannak rajta. A vakbél és a duodenum felé az elváltozások fokozatosan veszitenek intensitásukból és észrevétlenül mennek át a nyálkahártya normalis rózsaszinezetébe és consistentiájába. Ez utóbbi körülmény nyilván arra mutat, hogy ezen átmeneti rész is eredetileg ki volt zárva a vérkeringésből, de a collateralis vérkeringés — az elváltozásoknak megfelelőleg fokozatosan — elég korán fejlődött ki arra nézve, hogy a bél ne szenvedjen oly nagy elváltozást, mint a kizárt terület középső részletei. Az arteria mesenterica superiorban a tripus Halleritól való elágazódása után 8 cm.-nyire egy teljesen obturáló embolus találtatott, tehát oly magasságban, a mikor már a colica dextra és media elágazódott a közös törzsből, a mint hogy az általuk ellátott vastagbél semmiféle elváltozást nem is mutatott.

A betegnél bicuspidalis insufficientia és stenosis ostii venosi sinistri volt jelen a billentyük megvastagodásával s az embolus innen származott. Az irodalomban összegyüjtött esetek mindegyikében szivbántalom vagy ütőerek nagyobb fokú endoarteritikus elváltozása volt constatálható.

(Folytatása következik.)

A budapesti kir. orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztálya.

(XIII. szakülés 1899. február 15-dikén.)

Elnök: **Niedermann Gy.**; jegyző: **Epstein L.**

1. Frey Ernő: A Sachs-féle idiotia amaurotica familiaris egy esetére vonatkozó agyszövettani készítményeknek bemutatása.

Az idiotia amaurotica familiaris kórképe *Sachs* nyomán lett ismeretes mint zárt klinikai egység. A *Bródy*-kórházban *Gross Gyula* által észlelt esetből kifolyólag az eset *Schaffer* magántanár által és *általam* pathohistologice lett részben feldolgozva.

Waren Tay amerikai orvos ismertette legelőször a bántalomnál előforduló szemfenéki leletet; később mások is leirták. *Sachs* newyorki orvos a következőkben irja le a betegség tüneteit: Psychicus defectus, mely teljes idiotiává válik. Végtagok bénulása spastikus vagy atoniás jelleggel. Reflexek vagy normalisak, vagy fokozottak, vagy csökkentek. Jellegzetes szemfenéki lelet: macula lutea tájékán barnás piros folt, később optikus atrophia. Gyors exitus. A bántalom családi jellegű. Histologice pedig velő kevés a kéregben és a gerinczvelő oldalsó pyramisaiban, a kéreg pyramis sejtjeinek degeneratioja.

A mi esetünk a következő: $1^1/_2$ éves rachitikus gyermek. Hasi és mellkasi szervekben semmi elváltozás. Szemfenéken a macula lutea tájékán 2 mm. meggypiros folt. Végtagok bénulása spastikus jeleggel. Teljes amaurosis. Fokozott reflexek. A központi idegrendszer *Weigert-Wolters* készitményeken következő elváltozásokat mutat: Oldalsó kötelek degeneratioja az egész gerinczvelőben. A középső háti szelvénytől felfelé a *Goll*-magig a *Goll*-kötelek degeneratioja. A szürke állományban az elülső szarvak diffus degeneratioja a nyaki velőben, mig szigetszerű elfajulása az elülső szarvakban a lumbo-sacral velőben. Nyúltvelőben a formatio reticularis és pyramisok elváltozottak. Hídban a haránt hídrostok és pyramisok. A középagyban a pedunculus, thalamus felső része, capsula interna és externa és tractus opticus mutat nagy elváltozást. Kéregben a nagy pyramis sejtek elfajultak és a velőkiesés igen nagy.

Továbbiakban előadja az esetből levonható következtetéseket. A nagy agy makroskopos elváltozást nem mutat és ezért valószinű, hogy a benne előforduló elváltozások degenerationak tekintendők. Ezen elváltozásokat szereti *Schaffer* tanár az amyotrophiás lateral sclerosisnál észlelt elfajulásos elváltozásokkal összehasonlitani.

2. Hajós Lajos: Tetania egy esete.

A beteg nő 32 éves, előbb mindig egészséges volt; 5 hónap óta szoptat; jelen betegsége 3 hét óta tart. Különösen kiemeli a nagyfokú neuromuscularis reflex ingerlékenységet, mely már erőművi behatásokra is nemcsak az arczideg Chvostek-féle tünetében nyilvánul, hanem elégséges a kar idegfonatának a kulcscsont feletti Erb-féle idegpontját megütni, hogy az egész kar oly erős rángást mutasson, mintha az idegtörzs elektromos árammal ingereltetett volna.

Donath szerint a tetania nem oly ritkán lép fel Budapesten. Ő maga is tavaly kettőt észlelt, az egyik beteg nem volt képes járni. Pár nap előtt látott egy reconvalescáló tetaniát. Ha jobban ügyelünk a tünetekre, bizonyára lesz alkalmunk tetaniát látni. A betegség, a mely Bécsben gyakran, ellenben Berlinben ritkábban lép fel, aetiologiáját illetőleg homályos. Valószinűnek tartja, hogy autointoxation alapszik.

(XIV. szakülés 1899. márczius 15-dikén.)

Elnök: **Niedermann Gy.**; jegyző: **Epstein L.**

1. Bálint Rezső: „Adatok a puerperalis idegbajok tanához."

Utalván a genitalis és idegrendszer régen ismert szoros viszonyára, áttér szerző a puerperalis organikus idegbajok és pedig főkép a *Möbius* által 1887-ben először leirt puerperalis neuritis tárgyalására. Puerperalis idegbajnak csak azt lehet tekinteni, a hol a puerperium maga, mint a generatio egy phasisa képezi az aetiologikus momentumot, s így kizárandónak tartja a puerperalis név alól azokat az eseteket, hol puerperium utáni sepsis, vagy az idegekre gyakorolt nyomás stb. forog fenn.

Majd két esetet közöl, melyek közül egynél autopsia s szövettani lelet is van. Mindkét esetben sclerosis polyinsularis forog fenn, mely az egyes puerperiumok után fokozódva, mintegy rohamokban súlyosbodott, mig az első esetben a negyedik szülés után halállal végződött. A szövettani vizsgálat az egyes rosszabbodásoknak időre megfelelő góczokat mutatott ki.

Miután szerző felsorolja azokat a magyarázatokat, melyeket a puerperalis idegbajok aetiologiájára vonatkozólag felhoztak, azon véleményét fejti ki, hogy eseteiben a puerperium mint trauma hatott a sclerotikus elváltozásokra talán hajlamos idegrendszerre.

2. Blum Ödön: „Fejlődő állapotban levő és nem közveszélyes elmebetegek elhelyezése."

Előadásában felsorolja, hogy az elmegyógyász működésének legnagyobb részét az administratio képezi és az elmebetegügy tulajdonképeni fejlődése is ezen irányban mutatkozik. A szorosan vett zárt intézetek eredeti jellegükből és rendeltetésükből az idők folyamán veszitettek és azokból fejlődő szükségek folytán állott elő a házi, községi ápolás, majd pedig a családi és colonialis kezelés. De mindezek daczára érezhető, hogy tébolydában sok oly elem tartatik vissza, mely oda nem való, de azért családi ápolásban sem részesülhet, mert gondos ellenőrzést és orvosi felügyeletet igényel; ezenkivül sok elmebetegség van, mely oly gyorsan és biztosan gyógyul, hogy az illetőknek tébolydákban való elhelyezése az azokkal járó súlyos társadalmi consequentiák miatt sem indokolt. Ezen elmebetegek elhelyezésére átmeneti intézeteket hoz javaslatba, hol a betegek kellő felügyelet mellett szabad kezelésben részesülhetnének.

Oláh: Az előadó javaslata új és szokatlan. Igaz, hogy előitéleteket kelt a tébolydai tartózkodás, de azért diffamálónak nem tekinthető; elmebeteg tébolydába való, miként a szülő nő a szülészeti klinikára, és nem tudja elképzelni, hogy egy paralytikusnak másutt volna a helye, mint tébolydában. Hálával emlékeznek vissza a betegek a tébolydára, a hol egészségüket visszanyerték. A javasolt rendszer egy ki nem próbált dolog s azért a tébolydát kell fejleszteni és inkább annak megadni a sanatoriumi jelleget.

Salgó: Nagy baja van az elmebetegügynek, hogy a közveszélyesség fogalmát összekötötték az elmebetegséggel és hogy ebből folyólag külön intézkedéseket tartanak szükségesnek. A praxisban nem úgy áll a dolog és az elmeorvos nem is ebből a szempontból nézi az elmebetegséget, hanem csak a laikus. Több közveszélyes tett hajtatik végre épelméjűek, mint elmebetegek által. A hatóságok is laikus szempontból teszik meg intézkedéseiket, pedig az elmebeteg nem közveszélyessége, hanem betegsége miatt való az intézetbe, hogy oly viszonyok közé kerüljön, a melyek között gyógyulhat; csak másodsorban kell a közveszélyesség szempontjából az elmebeteg elhelyezésénél tekintettel lenni.

Azt hiszi, hogy nem minden elmebetegintézet való minden elmebetegnek. Az intézetnek más lesz a szerkezete, más a feladata, ha ezt a szempontot követik. A paralytikus a bekezdő és a terminalis szakban is tébolydai kezelést igényel; azt a kategorizálást, a melyet az előadó vázolt, ő nem fogadhatja el; pl. circularis elmebántalmak csak zárt

intézetben tarthatók. De vannak elmebetegek, a kik más intézetben is tarthatók, ilyenek pl. az idioták, a kik némi felügyeletet igényelnek.

Schaffer helyesli *Oláh* felfogását, de azt hiszi, hogy a tébolydába ma olyanok is kerülnek, a kik nem oda valók. Vannak átmeneti alakok, a melyek részére a javasolt átmeneti intézetek szükségesek volnának. Ilyenek *Magnan* desequilibrées-i. A classificatiohoz nem járulhat hozzá, mert merev formákat felállítani nem lehet. Felemlíti, hogy osztályán a betegeket állapotuk szerint egyik helyről a másikra át szokta helyeztetni s ettől rendszerint jó hatást tapasztal.

Ranschburg az előadás alapját abban véli látni, hogy mi történjék azokkal a betegekkel, a kiket családban tartani nem lehet; ide tartoznak, azt mondja, a desequilibrées-k, egyes maniakusok, epileptikusok, bizonyos dipsomaniakusok, a kik csak időnkint nem normalisak. Ezeket a sanatoriumokban sem veszik fel.

Epstein felemlíti, hogy ő már másfél év előtt hangoztatta oly intézetek felállításának szükségét, a melyekben szegénysorsú idegbetegek helyezhetők el, mert ilyképen sokakat az elmebetegségtől meg lehetne óvni; a gazdag embernek módjában áll mindenféle sanatoriumokat felkeresni, de a szegény ember el van veszve. Tébolydai rendszerünknek egyik legnagyobb hiányát abban látja, hogy a bűntettes, gonosztevő elmebetegek részére külön intézetünk nincs. Elegendő volna egy 50 ilyen beteg befogadására alkalmas intézet, a mely esetleg fogházszerű jelleggel is birhat és igen sok bajon volna segítve.

Előadó zárószavában megjegyzi, hogy ő is azt hiszi, hogy az orvos discretiojára van bizva, hogy mily betegek volnának az átmeneti intézetekben elhelyezhetők és *Oláh* őt minden esetre félreértette, mert nem imperative akarná kimondani az átmeneti intézetben való elhelyezést, hanem fakultativ irányban.

PÁLYÁZATOK.

6888/1899. sz.

A Magyar-Valkó székhelylyel rendszeresített **m.-valkói körorvosi állomás**, melyhez M.-Valkó, Derite, Erdőfalva, Ó-Bikal, Bedecs, M.- és Ó-Gy.-Monostor, K.-Újfalu, Kelecsel, N.-Szalóka, Bocs, Bökény, Incsel, Meregyó és Retyicsel községek, valamint az egyes községekhez tartozó honos részek tartoznak, lemondás folytán üresedésbe jövén, annak betöltése czéljából pályázatot nyitok.

Ezen körorvosi állomás 500 frt évi fizetés, 200 frt utazási átalány, 100 frt lakpénz és a megállapítva levő vényirás és látogatási díjakkal van javadalmazva, a betegek látogatása és kiszállások alkalmával azonban fuvardíj nem számítható fel.

Pályázni kivánókat felhivom, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ban foglalt minősítvénynyel, eddigi alkalmaztatásukat, valamint erkölcsi magaviseletüket igazoló bizonyítvánnyal, valamint a román nyelvben való jártasságát igazoló bizonyítvánnyal felszerelt pályázati kérésüket hozzám **deczember 20-dikáig** adják be.

A választás deczember végén fog megtartatni.

A járási főszolgabirótól

B.-Hunyad, 1899. november 28-dikán.

1—1 *Kertész*, főszolgabiró.

7646/99. kig. sz.

Szilágy vármegye I. közegészségügyi körben Vártelek, Bréd, Majgrád, Nyirzid, Egrespatak, Sz.-Panit, Haraklán, Gurzófalva, Sz.-Fő-Keresztur, Görcsön, Czigányi, Nagy-Doba, Kis-Doba, Debren és Sz.-Szentkirály községekből **Zilah** székhelylyel rendszeresített, évnegyedenkénti utólagos részletekben a vármegye főpénztára által fizetendő 500 frt fizetés és 300 frt fuvaráltalánnyal javadalmazott **körorvosi állás** lemondás folytán megüresedvén, arra pályázatot nyitok.

Felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy életkorukat, képesitésöket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérelmüket hozzám legkésőbb **deczember hó 10-dikéig** nyujtsák be.

Zilah, 1899. évi november hó 10-dikén.

3—3 *Dr. Veress Sándor*, főszolgabiró.

2116/899. közig. sz.

Verespatak nagyközség községi **orvosi állására** pályázatot hirdetek.

Felhivatnak mindazok, kik ezen évi 400 frt fizetéssel egybekötött községi orvosi állást elnyerni óhajtják, az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében szabályszerüen felszerelt pályázatukat hozzám f. **évi deczember hó 28-dikáig** adják be.

Látogatási díj sztbályrendeletileg megállapitva nincs, az szabad egyezkedés tárgyát képezi a megválasztandó községi orvos és az előljáróság között.

A választás f. évi deczember hó 31-dikén d. e. 10 órakor Verespatakon a község házánál fog megtartatni.

A verespataki járás főszolgabirájától

Verespatak, 1899. évi november hó 17-dikén.

3—2 *Imreh Károly*, főszolgabiró.

4595/99. sz.

A lemondás folytán üresedésbe jött **ökrösi körorvosi állásra** pályázatot nyitván, mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják felhivom, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előirt képesitésüket, továbbá eddigi alkalmaztatásukat és nyelvismeretöket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket hozzám **folyó évi deczember hó 15-dikéig** annyival is inkább nyújtsák be, mert a később érkező kérvényeket nem fogom figyelembe venni.

A román nyelvet biró pályázók előnyben részesittetnek.

Javadalmazás:

1. 500 forint évi fizetés, mely évnegyedes részletekben a vármegye pénztárából január, április, julius és október hónapok első felében utólagosan fizettetik.

2. Természetbeni lakás, mely áll: 3 szoba, konyha, kamara, továbbá egy külön álló rendelő szoba, udvar és konyhakertből.

3. Ökrös községtől 20 frt, Bógy községtől 5 frt halottkémlési díj.

4. Hivatalos látogatások alkalmával természetbeni fuvar, mely esetleg alkuegyezmény útján megváltatik, 40 kr. beteglátogatási, 20 kr. vényirási díj.

5. Az Ökrös községben levágott marháknak megvizsgálásáért, ha a megválasztandó körorvos a vágatási biztosi teendőket elvállalja, a szabályrendeletileg megállapított díjak.

6. A megválasztandó körorvos részére a vármegye alispánja által a kézi gyógyszertár engedélyezése kilátásba van helyezve.

A választás folyó évi deczember hó 20-dikán d. e. 10 órakor Beélben a körjegyzőségi tanácsteremben fog megtartatni.

A megválasztandó körorvos 1900. január hó 1-én köteles állását elfoglalni.

Beél, 1899. november 10-dikén.

3—3 *Éder Géza*, főszolgabiró.

HIRDETÉSEK.

Jó hatású
antiluetikus gyógymód
Pilulae cincerae Kerpel
mely kényelem és ár tekintetében fölülmulja az összes eddigi szereket. 60 labdacsot tartalmazó doboz (teljes kúra) **90** kr. 1 labdacs tartalma 8·05 cgrm. színhigany, napi adag 2 labdacs.
Kivánatra próbadobozokat kisérletezésül ingyen küldök. Kapható:
„FEHÉR SAS“ gyógytár Budapest,
V., Lipót-körút 28. szám.

Gyermeksanatorium és vízgyógyintézet
felnőttek számára **ABBAZIÁBAN.**
Egész éven át nyitva. — Saját park. — Játékterek. — Magaslati vízvezeték. — Az összes vízgyógyászati módozatok. — Villamos fényfürdők. — Gyermekek kisérők nélkül is felvétetnek.
Prospectust küld **Dr. SZEGŐ KÁLMÁN** igazgató és tulajdonos.

Vegyi, górcsövészeti és bacteriologiai
ORVOSI LABORATORIUM
Budapesten, V. ker., Váczi-körút 60. sz.
Foglalkozik **vizelet-, köpet-, bélsár-, vér-, hányadék-, gyomornedv-, dajkatej-, ex- és transsudátum** valamint **bacteriologikus vizsgálatokkal.**
Dr. MÁTRAI GÁBOR, v. egyetemi élet- és kórvegytani tanársegéd.

Fizikai és diétetikai gyógymódok alkalmazása
Dr. Palócz Ignácz intézetében
BUDAPEST, VII., Kerepesi-út 10. sz. (félemelet).
Villamos fényfürdők (egészek és részlegesek), vízkúrák minden neme, masszázs, svéd gyógygimnasztika, testegyenesítés, inhaláció, villamozások minden neme stb. A modern higiénia minden követelményeinek megfelelő tágas és kényelmes gyógytermek. Külön férfi- és női osztályok.

A magyar mintatej-telep r.-t.
ezelőtt Dr. HAINISS GÉZA egyetemi m.-tanár és Dr. PÉCSI DANI
sterilizált gyermektej termelése
Budapest, VIII., József-körút 41. sz.

Készítményei:

	1 liter	24 kr.
Csecsemők részére való tej, a csecsemők kora szerint	1/2 „	13 „
	1/4 „	7 „
	2/10 „	6 „
	1/10 „	4 „
Gyomor- és tüdőbajos betegeknek való tej	1 „	30 „
	1/2 „	16 „
Czukor nélküli tej 1 palaczk	1/3 „	20 „
Gyógy-kefir 1 palaczk	1/2 „	15 „
Üditő-kefir 1 palaczk	1/2 „	10 „
Soxhlet-készülékhez való tej, a háznál való sterilizálása	1/2 „	9 „
Édes savó	1 „	14 „

Melléklet az „Orvosi Hetilap“ 1899. évfolyama 49. számához.

KIR. MAGYAR TUD. EGYETEMI
II. SEBÉSZETI KLINIKUM

Klaudios Galenos,

az ókori görög orvosi tudomány legkiválóbb képviselője.

Irta és a Magyar orvosok és természetvizsgálóknak 1899. évi szabadkai vándorgyülésén előadta

Tihanyi Mór dr., m. kir. rendőrorvos.

Az orvosi tudomány történelme, a mely az emberi művelődés históriájának fontos részét képezi, nemcsak egyszerűen a tudvágyat elégíti ki, nemcsak nagy és nemes szellemi élvezeteknek kimeríthetetlen kincses bányája, hanem nemesítő és lélekemelő hatásán kivül kiválóan gyakorlati fontosságú is, a mennyiben csak az orvosi tudomány fejlődésének megismerése teszi lehetővé az orvosi ismeretek teljes megértését és nagyban elősegíti ezeknek önálló gyakorlati alkalmazását, értékesítését és továbbfejlesztését.

Tudományunk történelmének legfontosabb fejezete az ókori görögök orvostana, mert ámbár már a történelmi korszak kezdetén minden népnél léteztek némi empyrikus orvosi ismeretek, valódi tudomány niveaujára az orvostan legelőször a helléneknél emelkedett és a modern orvosi tudomány az ókori görög orvostan nyomán fejlődött, sőt annak egyenes folytatása gyanánt tekinthető. A legrégibb időben a helléneknél is, mint minden a művelődés alacsony fokán álló népnél, az orvoslásnak theurgikus módja divott, a melynek maradványaival még napjainkban is gyakran találkozunk a különféle babonákban, továbbá a búcsújáró helyek, szentképek stb. gyógyító erejébe helyezett hit alakjában. Azonban a Krisztus előtt körülbelül egy évezreddel keletkezett „Ilias“ és „Odysseia“ kétségtelenné teszik, hogy a helléneknek már akkor, *Homeros* idejében sok empyrikus orvosi ismerete és nagy tekintélynek örvendő hivatásos orvosi rendje is volt. A Krisztus előtti hatodik évszázadtól fogva a gyógyászat terén szerzett durva tapasztalatokat a hellén természetbölcselők tudományos elemekkel is gazdagították, míg a Krisztus előtti ötödik évszázadban a kosi *Hippokrates* (460—377) az évszázados tapasztalatokból és elmélkedésekből leszűrődött orvosi ismereteket rendszerbe foglalta és saját, valamint tanítványainak, az ú. n. kosi iskola műveiben az egész emberiség közkincseivé tette. [Kos a kisázsiai Sporadok közé tartozó sziget.] Az orvosi tudomány további fejlődésére nagy hatást gyakoroltak a IV-dik században Kr. e. *Platon* (427—347.) az idealismus megalkotója és még inkább *Aristoteles* (384—322.), a ki az egészséges empyrikus szellemet és a reális felfogást honosította meg a tudományos világban.

Csakhamar egyes tudománykedvelő dinasztiák, így nevezetesen az Attalidák támogatása mellett a kisázsiai Pergamosban és még inkább a Ptolomaiosok hathatós erkölcsi és anyagi pártolása következtében Alexandriában virágzó orvosi iskolák keletkeztek. De a nagy *Hippokrates* halála után az orvostan számos művelői már nem voltak képesek az általa megkezdett nagyszerű épület megalkotását hasonló arányokban folytatni, mert az ő egyszerű és józan gondolkodásmódja még nagyon is ellentétben állott korának általános felfogásával. *Hippokrates* tanait a természeti tünemények és nevezetesen a kórfolyamatok megfigyelésére alapította és dogma gyanánt hirdette, hogy a betegségek tulajdonképeni orvosa a természet, az orvos feladata pedig a természet gyógyító hatását elősegíteni és ennek minden akadályát lehetőleg elhárítani; az orvos — úgymond — használjon, vagy legalább is ne ártson a betegnek! Azonban már rövid idővel *Hippokrates* letünése után, az ő észszerű naturalistikus felfogásától nagyon is eltérő tanok kezdtek az orvosi világban tért foglalni és az orvosi tudomány fejlődésének ezen korszakából igen érdekes tanulságként az derül ki, hogy *az orvostan haladásának alapját első sorban nem a boncztani ismeretek, hanem a helyes biologiai felfogás képezik*. Mert bár az alexandriai orvosi iskolának, melynek legkiválóbb képviselői a chalkedoni *Herophilos* és a keosi *Erasistratos* voltak a III. században Kr. e., [Chalkedon a Kis-Ázsiában levő Bithynia egy városa, míg Keos a Cyklad-szigetcsoportnak Attikához legközelebb fekvő szigete] — megvolt az a maradandó becsű és nagy érdeme, hogy a régebben vallási okokból csakis állatokon végzett bonczolások helyett, megkezdte az emberi hullák bonczolását és ekként a zootomia után megteremtette az anthropotomiát: mégis az anatomiai megfigyeléseknek szaporodása daczára az orvostanban, *Hippokrates* ismereteihez és fölfogásához mérten nem haladás, hanem visszaesés következett be, mert az orvosok az általuk előzetesen, a kellő bírálat nélkül elfogadott és teljesen téves biologiai elvek hatása alatt, a bonczolás alkalmával egészen mást véltek látni, mint a mit az elfogulatlan szem valóban láthat és az emberi szervezet szerkezetének tárgyilagos kutatása helyett mindig csak a már előzetesen megdönthetetlen dogmáknak tekintett téves tanok igazságát igyekeztek bebizonyítani.

Hippokrates, a kinek nézete szerint a szervezetet a négy őselemnek (tűz, víz, levegő és föld) megfelelően négy ősnedv alkotja, tudvalevőleg a betegségek lényegét a négy ősnedvnek, a vér, nyák, sárga és fekete epének mennyileges és minőleges elváltozásaiban kereste, vagyis a humoralis pathologiának volt megteremtője.

Az ő csekély számú követőinek, az ú. n. dogmatikusoknak ezen humoralis pathologiai felfogásával szemben főleg három ellentétes irányú orvosi iskola fejlődött, ú. m. a methodikus, a pneumatikus és az empyrikus iskola.

A *methodikus iskola*, a melynek megalapítói voltak az I. században Krisztus előtt a Bithyniában levő Prusa városában született *Asklepiades* és a Syriában levő Laodikéből származó *Themison*, a *Demokritos*-féle parányelméletet átvitte az orvostanba és azt tanította, hogy minden betegség azáltal jön létre, hogy az emberi szervezetet alkotó parányok összhangzata megzavartatik és a parányok között rendesen fennálló űrök — porusok — vagy túlságosan kitágulnak vagy ellenkezőleg megszűkülnek, ennélfogva az orvosnak a betegségek gyógyítása czéljából semmi más feladata sincs, mint hogy a porusoknak a kellő mértékben való tágítására vagy szűkítésére alkalmas szereket rendelje.

Viszont a *pneumatikus iskola*, a melyet a Krisztus utáni első században a Kilikiában levő Attaliából származó *Athenaios* és a Syriában levő apameai születésű *Archigenes*, valamint a kappadokiai *Aretaios* alapítottak, minden betegség lényegét a pneuma kóros elváltozásainak tulajdonította, a mely láthatatlan, finom légnemű test az akkori felfogás szerint a szervezetnek tulajdonképeni éltető eleme és rendes viszonyok között az arteriákban áramlik szét az egész testben.

Míg ezen iskolák követői elméleti szőrszálhasogatásokra pazarolták munkásságukat, addig az *empyrikus iskola*, a melynek megalapítói a kosi *Philinos* és az alexandriai *Serapion* voltak a III-dik században Krisztus előtt, az ellenkező túlzásba esett és minden elméletet teljesen haszontalannak nyilvánítva, kizárólag a legdurvább empyrismust akarta uralkodóvá tenni az orvostanban. — Az empyrikusok azt mondották ugyanis, hogy az elmélet vagy megegyezik a tapasztalással és akkor fölösleges, vagy ellentétben áll vele és akkor veszedelmes. Szükségtelennek mondottak tehát az empyrikusok minden elméleti orvosi ismeretet, sőt még a boncztant is fölöslegesnek tartották; csakis a betegségek tüneteivel foglalkoztak és a nélkül, hogy ezeknek okaival vagy természetével törődtek volna, tapasztalati úton keresték az egyes tünetek megszüntetésére alkalmas gyógyszereket.

Aulus Cornelius Celsus a kiváló római polyhistor, a ki Krisztus kortársa volt, fölemlíti, hogy az empyrikus iskolának ily jelszavai voltak: „Ne agricolam quidem, ant gubernatorem disputatione sed usu fieri. Non interesse, quid morbum faciat, sed quid tollat. Morbos non eloquentia sed remediis sanari.“ Mindezek oly állítások, melyekben kétségtelenül igazság foglaltatik, de a melyeknek helytelen módon túlzásba való vitele természetesen káros hatásúvá vált.

Az elmondottakból kitünik, hogy a nagy *Hippokrates* halála óta lefolyt félévezred alatt az orvostan a legkülönbözőbb, ellentétes irányzatokra bomlott szét és ezeknek képviselői a leghevesebben támadták egymást úgy a tudománynak, mint az orvosi rend tekintélyének nagy hátrányára.

Az orvostan ezen chaotikus korszakába, a Krisztus utáni II. évszázadba esik *Klaudios Galenos* föllépése, a ki nagy tehetséggel, ritka szorgalommal, csodálatos munkaerővel, bámulatos olvasottsággal, kiváló általános és orvosi műveltséggel lévén felruházva, arra a nagy feladatra vállalkozott, hogy az orvostan terén az annyira ellentétes iskolák folytonos harczai közepette fennálló anarchiának véget vet és lerontván az összes ellentétes iskoláknak dogmáit, ezeknek romjaiból kiválogatva az igaz és hasznos tanokat, az orvosi tudománynak új és harmonikus épületét létesíti. *Galenos* újra a *Hippokrates* által megjelölt helyes útra, t. i. a természet elfogulatlan megfigyelésének és a kisérletezésnek útjára lépett és nehéz feladatát annyira fényesen oldotta meg, hogy az összes művelt keleti és nyugati népek nyelvére lefordított műveiben foglalt tanai másfél évezreden át szentirásként irányították sok százezer orvos felfogását és tevékenységét. *Galenos* tekintélye oly nagy volt, hogy midőn a XIV-ik században *Mondino de Luzzi* és később *Vesalius* (1513—1564) az általuk végzett boncolások alapján azt merték hangoztatni, hogy *Galenos* egyes boncztani leirásai tévesek, az orvosok hajlandóbbak voltak azt föltételezni, hogy az ember szervezete változott meg *Galenos* óta, semhogy megengedték volna annak lehetőségét, hogy a nagy mester tévedett és még 1556-ban a XVI-dik század egyik legkiválóbb orvosa, a velenczei *Biondo* azt irta *Galenos* tanairól: „Laudabilius cum his errare, quam cum ceteris parare laudem.“

Galenos neve az ismeretes, de — sajnos — már régen hazuggá vált közmondásban is „Dat Galenus opes“ az orvosi tudomány személyesítője gyanánt szerepel.

Tudományunk ezen egyik legkiválóbb bajnokának működését röviden ismertetni és tanait, valamint ezeknek jelentőségét vázolni, képezi jelen értekezésem czélját.

Klaudios Galenos (Γαληνὸς = csöndes, derült) a 130-ik évben született Krisztus után a kisázsiai Pergamosban, a hol már három évszázaddal Krisztus előtt a tudománykedvelő Attalidák magas fokú kulturának vetették meg az alapját. Atyja *Nikon* jeles építész volt, a ki fiát a lehető legjobb nevelésben iparkodott részesíteni. *Galenos* már ifjú korában alapos bölcsészeti oktatásban részesült, nevezetesen igen behatóan foglalkozott *Platon* és *Aristoteles* műveinek tanulmányozásával. Midőn azután az orvosi pálya választására határozta el magát, nagy buzgalommal törekedett megismerni a különböző orvosi iskolák ellentétes tanait és ezen czélból a szülővárosában megkezdett orvosi tanulmányait Smyrnában majd pedig Alexandriában folytatta és iskolai tanulmányai befejezése után nagy utazásokat tett; tudvágyát és kitartását jellemzi, hogy pl. az egész lykiai tengerpartot végighajózta, hogy a gyógyszerként nagy becsben tartott *gagat*-követ feltalálja; a gagat-kő tulajdonképpen nem egyéb mint földkátránynyal átivódott barna szén, melynek esztergályozással igen szép fekete szint lehet kölcsönözni és jól fényesíthető, úgy hogy jelenleg gyászékszerek készitésére használják, de az ókorban a gagat-követ, a mely leginkább a Gagas északafrikai folyó mentén találtatott, igen hatásos gyógyszernek tartották. *Galenos* már ekkor is az eklektikusokhoz csatlakozott, a kik az összes orvosi iskolák tanaiból igyekeztek az igazságot kihüvelyezni. Huszonkilencz éves korában visszatért szülővárosába és ott az *Asklepios* szentélyével kapcsolatos gladiator-iskolában rendszeresített orvosi állást nyerte el, a melyet minden évben a főpap ἀρχιερεὺς töltött be kinevezés útján. Ebben az állásban, melyben főleg sebészi működésre nyilt alkalma, öt éven át működött, de azután becsvágya őt is az akkori egész civilizált világ központjába, Rómába vonzotta. Rómában nyilvános orvosi előadásokat kezdett tartani és különösen állatkisérletek bemutatásával csakhamar nagy hírnévre, előkelő összeköttetésekre és igen jövedelmező orvosi gyakorlatra tett szert, de minthogy az uralkodó orvosi iskolák tanait hevesen támadta, a római orvosok oly mérvű ellenségeskedést tanúsítottak iránta, hogy 168-ban visszatért Pergamosba. Az akkori római orvosok ellen *Galenos* nemcsak a tudatlanság, hanem a kapzsiság és erkölcstelenség vádját is emeli; azt mondja, hogy legnagyobb részük semmivel sem jobb a rablóknál, csakhogy nem félreeső helyeken és erdőkben, hanem a világvárosban garázdálkodnak; fölemlíti többek között, hogy a római orvosok egy igen kedvelt görög orvost két segédével együtt kenyéririgységből megmérgeztek. Azonban a következő évben *Galenos* ismét Rómába jött és mint a római császárok udvari orvosa élt a fővárosban, egyaránt élvezve négy egymást követő uralkodónak *Marcus Aurelius Antoninus*, *Commodus*, *Pertinax* és *Septimius Severus* császárok bizalmát. Rómában *Galenost* csodás dolgokat előadónak (παραδοξολόγος) és csodatevőnek (παραδοξοποιὸς) nevezték el. Haláláról biztos adat nem maradt reánk, de a legnagyobb valószinűség szerint a halál 200 és 210 között 70—80 éves korában érte őt utól Rómában.

Galenos óriási irodalmi tevékenységet fejtett ki; míg a nagy *Hippokrates* inkább jeles gyakorló orvos volt mint elméleti tudós, addig *Galenos* főként a tudományos kutatás terén volt kiváló. Műveinek száma az ötszázat meghaladja.

A saját műveiről irt egy értekezésében [Περὶ τῶν ἰδίων βιβλίων γραφή], melynek kiadása után azonban még több műve jelent meg, azt irta, hogy orvosi munkáin kivül 115 bölcsészeti, 10 mennyiségtani, nyelvtani és jogi értekezést is irt. Orvosi művei közül 83 kétségtelenül tőle eredő megőriztetett az utókor számára, 48 elveszett, 19 a neki tulajdonított munkák közül kétes eredetű, 45 hamisítvány, 19 töredékes, 15 művében pedig *Hippokratest* commentálta; ezeken kivül még körülbelül 80 értekezését kéziratban, még pedig héber vagy arabs fordításban őrzik különböző könyvtárakban, de ezek többnyire csak más műveinek a kivonatai.

Galenos az ő műveit nem egészen tiszta attikai dialektusban irta meg, a melyben az alexandriai iskolát jellegző kifejezések és szólásmódok is tarkálnak. Irályának egy hibája az, hogy előadása igen terjengős, bőbeszédű és gyakran esik ismétlésekbe, de e mellett helyenként homályos.

Az évszázadok folyamán *Galenos* műveiből a számos nyelvre történt fordításon kivül igen sok kivonat és össze-

foglalás is jelent meg. A latin fordítások közül a leghasználtabb volt az, melyet Nicolaus de Regio szerkesztett 1330-ban.

Nyomtatásban *Galenos* összes művei legelőször latin fordításban jelentek meg *Aldus Manutius*-nál, Velenczében, 1490-ben és ugyanitt jelent meg az első eredeti görög kiadás is öt nagy kötetben 1525-ben.

Némileg javított alakban jelentek meg *Galenos* művei görög nyelven *Froben*-nél Bázelben 1538-ban, szintén öt kötetben. *Renatus Charterus* pedig Párisban 1679-ben tizenhárom nagy kötetben adta ki *Hippokrates* és *Galenos* összes műveit a görög eredetiben és latin fordításban és *Charterus* ezen vállalatára negyven évi munkásságát és 50,000 franknyi vagyonát fordította. *Galenos* műveinek legújabb teljes kiadását görög és latin nyelven *Carolus Gottlieb Kühn* rendezte sajtó alá 22 kötetben Lipcsében 1821—1823-ban „*Κλαυδίου Γαληνοῦ ἅπαντα* = Claudii Galeni opera omnia" czím alatt. E kiadást J. Christ. Gottlieb *Ackermann*-nak (1756—1801) egy becses értekezése vezeti be Galenos életéről és működéséről.

1854-ben *Charles Victor Daremberg* „Oeuvres choisies de Galien" czím alatt megkezdte *Galenos* műveinek franczia fordítását, de e kiadás — sajnos — csonka maradt és csakis a boncz- és élettani műveket tartalmazza. *Galenos* összes műveinek valamely modern nyelvre való lefordítása oly fontos feladat, a mely még megoldásra vár.

Galenos fennmaradt irataiból a legnevezetesebbek a következők:

1. Boncztani művek: *Περὶ ἀνατομικῶν ἐγχειρήσεων βιβλία ἰ* = De anatomicis administrationibus libri novem. E mű eredetileg 15 könyvből állott, de ezekből hat elveszett, azonban egy az oxfordi könyvtárban őrzött arabs fordításban a hiányzó hat könyv is fennmaradt az utókorra.

2. Élettani művek: *Περὶ δυνάμεων φυσικῶν βιβλία γ'* = De facultatibus naturalibus libri tres. — *Περὶ χρείας τῶν ἐν ἀνθρώπου σώματι μορίων λόγοι ιζ'* = De usu partium corporis humani libi septemdecim. — *Περὶ μυῶν κινήσεως βιβλία β'* = De motu musculorum libri duo.

3. Diaetetikai munka a „*Ὑγιεινῶν λόγοι ς'* = De sanitate tuenda libri sex.

4. Kórtani művek: *Περὶ τῶν πεπονθότων τόπων βιβλία ς'* = De locis affectis libri sex. — *Περὶ τῶν ἐν τοῖς νοσήμασι αἰτίων* = De causis morborum. — *Περὶ διαφορᾶς νοσημάτων* = De differentiis morborum. — *Περὶ συμπτωμάτων διαφορᾶς βιβλία γ'* = De differentiis symptomatum libri tres. — *Περὶ διαφορᾶς πυρετῶν βιβλία β'* = De differentiis febrium libri duo. — *Περὶ τῶν παρὰ φύσιν ὄγκων* = De tumoribus praeter naturam.

5. Gyógytani művek: *Θεραπευτικῆς μεθόδου βιβλία ιδ'* = Methodi medendi libri XIV. — *Περὶ κράσεως καὶ δυνάμεως τῶν ἁπλῶν φαρμάκων βιβλία ιά* = De simplicium medicamentorum temperamentis et facultatibus libri undecim. — *Περὶ συνθέσεως φαρμάκων τῶν κατὰ τόπους βιβλία ί* = De compositione medicamentorum secundum locos libri decem. — *Περὶ συνθέσεως φαρμάκων τῶν κατὰ γένη βιβλία ζ'* = De compositione medicamentorum secundum genera libri septem. — *Περὶ φλεβοτομίας θεραπευτικὸν βιβλίον* = De ratione medendi per venaesectionem. — *Περὶ ἀντιδότων-βιβλία β'* = De antidotis libri duo.

Végre *Galenos* legismertebb és leggyakrabban tanulmányozott műve volt a *Μικροτέχνη* = tegni (középkori barbar latin nyelven = Ars parva), a melynek tulajdonképeni czíme *Τέχνη ἰατρική* volt és a mely 37 fejezetben rövid összefoglalásban tartalmazza *Galenos* főbb kór- és gyógytani elveit.

Kiemelendő még a „*Περὶ βδελλῶν, ἀντισπάσεως, σικύας, καὶ ἐγχαράξεως, καὶ κατασχασμοῦ* = De hirudinibus, revulsione, cucurbitula, incisione et scarificatione" czímű műve.

Figyelemre méltó végre, hogy *Galenos* több elmekórtani művet is irt, ilyenek a *Περὶ διαγνώσεως καὶ θεραπείας τῶν ἐν τῇ ἑκάστου ψυχῇ ἰδίων παθῶν* = De propriorum animi cuiusque affectuum diagnosi et curatione és a *Περὶ διαγνώσεως καὶ θεραπείας τῶν ἐν τῇ ἑκάστου ψυχῇ ἁμαρτημάτων* = De propriorum animi cuiusque vitiorum diagnosi et curatione.

Hogy *Galenos* óriási hatását és másfél évezreden át fennállott egyeduralmát az orvosi gondolkodás terén megérthessük, figyelembe kell vennünk, hogy *Galenos* személyében a kitünő észlelő és leleményes kisérletező előnyei a túlzó dogmatikusok hibáival egyesültek. Miként az ókori természettudósok általában a teleologikus világnézletnek hódoltak, úgy *Galenos* is ezen alapelvből kiindulva, egyesíteni igyekezett *Platon* idealismusát *Aristoteles* realismusával és hogy orvosi tanait egy harmonikus bölcsészeti rendszerbe foglalhassa össze, minden fölmerülhető kérdésre irataiban a legnagyobb határozottsággal adta meg a választ és e czélból, ha kellett, erőszakosan járt el, a mennyiben nagy képzelő tehetséggel pótolta a positiv ismeretek hiányát, *Galenos* ekként az ő műveiben minden természettudományi kérdést teljesen megoldottnak tüntetett föl és tanait csalhatatlan dogmákként hirdette, mintha előtte semmi bizonytalanság vagy kétség sem maradt volna fenn, ezzel azután évszázadokon át minden haladást megakadályozott. Azon tartós hatást, melyet *Galenos* gyakorolt, még jelentékenyen fokozta az a körülmény, hogy műveiben a teleologikus világnézlet már határozottan monotheistikus alakot öltött és ezért tanai a következő századokban úgy a keresztény mint a mohamedán egyházak rokonszenvét, sőt hivatalos approbatióját nyerték el. Csakis így érthető az a csodálatos tény, hogy *Galenos* nagy ügyességgel és leleményességgel végzett vivisectióinak pontos leirása daczára a kisérleti élettan ő utána másfél évezreden át nem talált művelőre.

Galenos követni akarta ugyan *Hippokratest* a természet elfogulatlan megfigyelésének és a kisérletezésnek útján, de mivel abból a teleologikus alaphitből indult ki, hogy az isten mindenben előre kitűzött czél és terv szerint jár el és czéljának elérésére mindig a legczélszerűbb eszközöket választja, ezért úgy a klinikai tapasztalatok gyüjtése mint boncztani és élettani kisérletei közben igen gyakran letévedt a rationalismus útjáról. *Hippokrates*-ről egyébiránt mindig a legnagyobb tisztelettel nyilatkozott, így pl. azt irta: *Ἱπποκράτης πάντων ἀγαθῶν εὑρέτης — Ἱπποκράτης πάντων ἡμῖν τῶν καλῶν ἡγεμών* [Hippokrates minden helyes tannak föltalálója, minden jóban vezetőnk.]

Aristoteles nyomán *Galenos* is azt tanitotta, hogy a lélek teremti a testet, még pedig oly szerkezettel, hogy a test a lélek czéljainak szolgálhasson. Mi azonban már ismerjük a typus fogalmát és tudjuk, hogy minden egyes állati szervezetben a typus valósul meg és hogy a typusban csak hosszú idő alatt létesülhetnek a külső körülmények behatása alatt eltérések.

Galenos rendszerének egy másik hibaforrása az volt, hogy ő, mint azt *Cuvier* (1760—1832) kimutatta és *Daremberg* ez a kitünő franczia medico-historicus (1817—1872) a párisi állatkertben végzett boncolataival bebizonyította, embert soha sem boncolt, hanem anatomiai vizsgálatait állatokon és pedig leginkább az Afrikában gyakori „Macacus caudatus" majmon végezte és zootomiai eredményeit változatlanul átvitte az emberre; innen erednek oly tévedései, hogy például az embernek is tulajdonított os intermaxillaret.

Galenos meghatározása szerint az ember eszes állat (*ζῶον λογικόν*), a mely halandó, de értelemre és tudásra tehet szert. Az ember testét szilárd (*στερεά*), cseppfolyó (*ὑγρά*) és légnemű részek (*τὰ πνεύματα*) alkotják. *Hippokrates* nyomán ő is négy ősnedvet különböztetett meg az emberi szervezetben, ú. m. a vér, nyák, sárga epe és fekete epe. (*αἷμα, φλέγμα, ξανθὴ χολή, μέλαινα χολή*); a vérben a négy őselem, t. i. tűz, viz, levegő és föld egyenletesen van összevegyítve, míg a nyákban a viz, a sárga epében a tűz és a fekete epében a föld a túlnyomó. A vér meleg és nedves, a nyák hideg és nedves, a sárga epe meleg és száraz, a fekete epe hideg és száraz. A test életműködéseit a pneuma egy finom légnemű anyag kormányozza, a melynek három féleségét különböztette meg; a hasüregben, nevezetesen a májban székel a *πνεῦμα φυσικόν*

mely a *δύναμις φυσική*-ben — virtus naturalis — a tenyészerőben nyilvánul és az anyagcserét szabályozza; a mellüregben, a szivben van székhelye a *πνεῦμα ζωτικόν*-nak, a melynek nyilvánulása az életerő, *δύναμις ζωτική* — virtus vitalis — a mely a vérnek a szervezetben való szétáramlását és a melegtermelést kormányozza, végre a koponyaűrben, az agyban képződik a *πνεῦμα ψυχικόν*, a mely a szellemi erőben, *δύναμις ψυχική* — virtus animalis — nyer kifejezést és a mely a mozgást és érzést eszközli. Ezen három főerőnek az egyes szervekben még különféle nyilvánulási alakjait különböztette meg, igy a vonzó erőt (*δ. ἑλκτική*), az elválasztó erőt (*δ. ἀποκριτική*), a megtartó erőt (*δ. καθεστική*), a kiürítő erőt (*δ. προωστική*) stb. De ezeken kivül minden egyes testnek még egy külön mágikus erőt is tulajdonított, mely az illető test sajátlagos összeállításának — *ἰδιοσυγκρασία* — speciális eredménye; ezáltal azonban *Galenos* tág teret nyitott az orvostanban különböző babonáknak.

Boncztani műveiben, a melyekben mai anatomiai műkifejezéseink legnagyobb részét már fölleljük, *Galenos* a csont- és izomrendszernek eléggé pontos ismeretét árulta el. A csontok (*τὸ ὀστᾶ*), melyeknek feladata a szervezetben szerinte ugyanaz mint a házak alapfalaié vagy a sátrak rúdjaié, érzékenységüket a csonthártyától nyerik, mig a csontvelő táplálásukra szolgál. A csontok symphysis vagy izületek útján egyesülnek és a szálagok által (*οἱ σύνδεσμοι*) tartatnak össze. Az izmok (*ὁ μῦς*) az akaratlagos mozgás szervei; ezek rostokból állanak és a csontokhoz tapadó végeik az inak (*τὰ νεῦρα*); az izomrostok között arteriák, vénák és idegek vannak. Zsigertani ismeretei azonban igen hiányosak voltak és neve zetesen a vérkeringési és légzőszervek működését teljesen félreismerte. Az ételeket a három falzattal biró gyomor (*ἡ γαστήρ*) mintegy megfőzi; a gyomor támaszául szolgál a párnaszerű pankreas. A gyomorban kezdődő emésztési folyamat a belekben (*τὰ ἔντερα*) folytatódik, a melyeket a mesenterium rögzit a gerinczoszlophoz. A belekből a tápnedvet a mesaraikus véredények a májba (*τὸ ἧπαρ*) viszik és itt a chylus a virtus naturalis behatása alatt vérré válik.

Galenos ugyanis a vérképződés központjának a májat tartotta, de szerinte ugyancsak a máj termeli a sárga epét, a mely a belekbe jutva ezeknek mozgására serkentőleg hat és az emésztési folyamatot meg a bélsár kiürítését elősegiti. A májból a kapuvivőeren át a vér a lépbe (*ὁ σπλήν*) jut, a mely a vért sűrűbb és földes alkatrészeitől megtisztitja és ezekből a fekete epét készíti, a mely egy rövid eren át a gyomorba jut és az emésztés elősegitésére szolgál. A lehágó fővivőérből két ér a vesékbe (*οἱ νεφροί*) vezeti a vért, a melyekben a vér vizenyős részei kiválasztatnak és azután vizelet (*τὸ οὖρον*) alakjában az uretereken át a hólyagba (*ἡ κύστις*) jutnak, honnan az a húgycsövön keresztül ürül ki.

Ugyancsak a vena cava-ból erednek a nemi szervek véredényei is, még pedig a jobboldali közvetlenül, a baloldali pedig közvetve a vese vénájából, ezért jobboldalt a fiuknak, baloldalt pedig a leányok nemzése történik. A nemzésnél a főszerepet az ondó (*τὸ σπέρμα*) játszsza, a mely a herékben *οἱ δίδυμοι* képződik, mig a női nemző anyag csak a magzat táplálására szolgál. A női nemi szervek szerkezete megfelel a férfiak nemi szerveinek, csak hogy a női nemzőszervek hidegebb természetűek lévén, a has belsejében vannak elrejtve. A méh (*ἡ μήτρα* vagy *ὑστέρα*) és az emlők véredényei között közvetlen összeköttetést tételezett föl és ebből magyarázta, hogy midőn a terhes méh megnagyobbodva összenyomja a has véredényeit, akkor az emlőkben vérbőség és tejelválasztás áll be és viszont a szoptatás tartama alatt elmarad a nőknél a havi vérzés.

A májból a felhágó fővivőér a szivnek (*ἡ καρδία*) jobb felébe viszi a vért és itt a szív világrahozott melegének (*τὸ ἔμφυτον θερμόν*) hatása alatt a vérből tisztátalan részek, a korom — *ὁ λιγνύς* — kiválasztatnak és a tüdőarterián át kiüríttetnek. A szív jobb- és baloldali felét elválasztó sövényen nyilások vannak, a melyeken át a vér a szív baloldali üregébe kerül és ott fölveszi az éltető pneumát, a melyet a levegőből a tüdők a belégzéskor fölszívnak és mely a tüdővénákon át a bal szívbe jut, honnan az arteriákon át szétáramlik. A *πνεῦμα ζωτικὸν*-ról azt mondja *Galenos*, hogy ez egyaránt szükséges úgy az állati élet, mint az égés fenntartásához és ekként kiderül, hogy már ő megsejtette a levegő éltető alkatrészének, az oxygénnek létezését. *Galenos* tehát a szívnek, mely az ő leirása szerint egy idegnélküli, izomszerű képlet, kettős feladatot tulajdonított; a szív jobb fele a vénák útján a meleget közli az egész testtel, mig a bal szív az éltető pneumát veszi föl és ezt azután az arteriákon át az összes szervezetbe eljuttatja. Mig *Erasistratos* arra utalva, hogy boncolláskor a bal szívet és az arteriákat mindig üreseknek találta, azt állította, hogy ezek az élő emberben rendes viszonyok között csakis pneumát tartalmaznak, addig *Galenos* már felismerte, hogy nemcsak a vénákban, hanem a bal szívben és az arteriákban is van vér, de ez a vér pneumával levén elegyítve, az ő leirása szerint hígabb, melegebb és inkább gőzszerű. A bal szív falzata is — úgymond — azért vastagabb, hogy ezáltal szív két felének egyenlő súlya és függélyes helyzete biztositassék. *Galenos* azt hitte, hogy a vér a szervek táplálására teljesen felhasználtatik és a vér visszafolyásáról, szóval a vérkeringésről fogalma sem volt. A vér mennyiségét a tényleges- nél sokkal kisebbre becsülte és pl. azt mondotta, hogy az aggastyánok testében vér már alig van. Angiologiai felfogásának jellemzésére idézem következő két difinitioját: A vena (*ἡ φλέψ*) vért és az ezzel vegyített tenyészpneumát (*τὸ φυσικὸν πνεῦμα*) tartalmazó edény; a vena hártyás szerkezetű, érzékeny és nedves meg meleg alkatrészekből áll; tartalma főként vér és csak kevés éltető pneuma (*τὸ ζωτικὸν πνεῦμα*). Az arteria (*ἡ ἀρτηρία*) oly edény, a mely kevesebb és tisztább vért tartalmaz, a melyhez nagyobb mennyiségben és finomabb elosztásban éltető pneuma van elegyítve; az arteria melegebb, szárazabb és érzékenyebb mint a vena és lüktető mozgás (*ὁ σφυγμός*) észlelhető rajta, a melyet a szív közöl vele. Az arteria az összehúzódáskor (*ἡ συστολή*) tiszta levegőt vesz föl, kitáguláskor pedig (*ἡ διαστολή*) a vér füstös és kormos részeit kiüríti.

A pulsus keletkezése felől igen eltérők voltak az ókori orvosok nézetei; *Herophilos* azt állitotta, hogy a pulsatiót a szív közli az arteriákkal; mások, mint *Praxagoras* 330 körül Kr. e. és *Asklepiades* (128—56 Kr. e.), a pulsust az arteriák activ mozgásának tartották, *Athenaios* az I. században Kr. u. és utána a pneumatikus iskola csak a systolet tulajdonitották az arteriák activ mozgásának, mig a diastolet az arteriák passiv elernyedéséből származtatták. *Galenos* a pulsust a szívnek egy külön erejéből (*δύναμις σφυγμική*) származtatta, a mely e mozgást az arteriákra átterjeszti. Már *Galenos* azt tanitotta, hogy a venák és arteriák között számos finom összeköttetés létezik és *Galenos* e sejtelme a XVII. században beigazolást is nyert, midőn *Blancard* és *Malpighi* a hajszáledények létezését bebizonyitották. Fölismerte, hogy a belégzést a mellkast tágitó izmoknak, a rekesznek és a külső borda közti izmoknak összehúzódása eszközli; nyugodt légzésnél főleg a rekesz (*τὸ διάφραγμα*), heves légzésnél pedig inkább a borda közti izmok működnek.

Kétségtelen, hogy *Galenos* fejtegetései nem igényelhetik mindig az eredetiség érdemét, a mennyiben ő az ismereteit sok régebben élt és részben előttünk már nem ismeretes orvosirók irataiból meritette, de vannak teljesen eredeti dolgozatai is. Ezen szempontból művei közül legbecsesebbek azok, melyek az idegrendszer szerkezetét és működését tárgyalják, mert az ezekre vonatkozó értekezései az ő saját búvárkodásának és eredeti kisérleteinek eredményei. *Galenos* különböző állatokon, főleg disznókon, kutyákon és majmokon nagyszámú vivisectiót végzett és ezenkivül sohasem mulasztott el oly alkalmat, a hol élő emberen figyelhette meg valamely belső szerv működését, igy pl. hosszasan figyelte meg a szív mozgását egy gyermeknél, a kinek mellcsontját előzetesen csontszú miatt művileg eltávolitotta.

Galenos kisérleteivel bebizonyította, hogy a mozgás és érzés központja az agy (*ὁ ἐγκέφαλος*) és az ennek folytatását

képező gerinczagy (ὁ νωτιαῖος μυελός) és kimutatta, hogy az összes testrészek érző és mozgó képességüket az agyból és gerinczagyból nyerik az idegek közvetítésével. Az agyban, még pedig a plexus chorioideusokban képződik a szellemi erő, a πνεῦμα ψυχικόν, a carotisokban foglalt legtisztább vérből, míg ezen vérnek tisztátalan alkatrészei részben folyékony alakban a rostacsont lamina cribrosáján át, részben pedig gőz alakban a koponyavarratokon át ürülnek ki. Érző, mozgató és vegyes idegeket különböztetett meg; az érző idegek szerinte puhábbak mint a mozgatók. Hét pár agyi ideget irt le; a szagló ideget a mellső agylebeny folytatásának tekintette, a nervus abducenst, a nervus accessoriust és nervus hypoglossust nem ismerte és a halló- és arczideget egy idegként irta le. Az agyi és gerinczagyi idegek az ő véleménye szerint a sympathikus idegben egyesülnek, és innen ered a hasi szervek nagy érzékenysége; a sympathikus dúczait az idegek megerősítésére szolgáló segédszerveknek tekintette. Élő állatokon különböző helyeken átmetszette az agyat, gerinczagyat és egyes idegeket, azután megfigyelte az átmetszést követő tüneteket és ezekből az átmetszett részek feladatára következtetett. Kisérletei alapján jól ismerte a cerebralis hűdéseknél a kereszteződés törvényét, a melyet már *Aretaios* is megfigyelt az I. században Kr. után.

A hangképzésre vonatkozólag leirta azt az észleletet, hogy a kétoldali pneumothorax, szintúgy az intercostalis izmok vagy idegek átmetszése, valamint a gerinczagy alsó részének elroncsolása hangtalanságot okoz; a gége szerkezetét egy nyelves síphez hasonlitotta.

Az érzékszervek boncz- és élettanát is behatóan kutatta. Leirta a hat szemmozgató izmot, a könypontokat és a könyvezetékeket. A látás szerinte úgy történik, hogy az iris és lencse között levő pneuma felfogja a fényt és ezt a benyomást a látóidegek elvezetik az agyba, a látó telepekbe.

A hangot egészen helyesen a levegő hullámszerű mozgásából magyarázta (κίνησις οἷον κῦμα), a melyet a fülek (τὰ ὦτα) fognak fel.

A szaglás központját az agygyomrocsokba helyezte; a szagot szerinte az orr (ἡ ῥίς) fogja fel és innen jut a rostacsont nyilásain át az agyba, és ugyanezen az úton történik az agy megtisztítása a fölösleges nyák kiürülésével.

Az orvostant (ἡ ἰατρική) *Galenos* akként definiálta, hogy ez az egészség fentartását czélzó művészet, a mely az egészségesek részére meghatározza az általuk követendő életmódot, a betegeknek pedig gyógyitószereket nyujt. Az orvostan az emberi szervezet szerkezetének ismeretén alapszik és megadja a testnek azt, a mi ennek hiányzik és elvonja belőle azt, a mi fölösleges.

Az orvostannak két főrésze van, ú. m. az elmélet (ἡ θεωρία) és a gyakorlat (ἡ πρᾶξις); e két rész közül az elméletnek meg kell előznie a gyakorlatot, mert mindent elméletileg jól meg kell fontolni a gyakorlati kivitel előtt. A legjobb orvos az, a kiben az elméleti és gyakorlati tudás egyesítve van, és a ki mindent észszerűen és kellő megfontolással tesz.

Az orvostan öt részre oszlik, ezen részek: az élettan, a kórtan, a diaetetika, az anyagi rész és a gyógytan. Az élettan (τὸ μέρος φυσιολογικόν) a szervezet működéseit kormányzó és szabályozó természeti erőket kutatja; a kórtan (μέρος παθολογικόν) a szervezet rendellenességeivel foglalkozik; a diaetetika (μέρος ὑγιεινόν) az egészségesek és a betegek étrendjét tárgyalja; a materialis rész (μέρος ὑλικόν) a gyógyító hatású anyagokat ismerteti, végre a gyógytan (μέρος θεραπευτικόν) az elveszett egészség visszaszerzésének módjait fejtegeti. A gyógytan egy része a sebészet (ἡ χειρουργία), a mely *Galenos* meghatározása szerint gyógyítás czéljából a kezekkel és műszerekkel gyakorolt művi eljárás (ἔντεχνος πρᾶξις).

A szervezet háztartásában a kellő arány, az egyes működések zavartalan összhangzata az egészség, a mely állapotban a test összes működései fájdalom nélkül folynak le és az εὐεξία-t eredményezik. Az egészség a különböző vérmérsékletek (temperamentum) alakjában áll fenn, midőn is egyikmásik ősnedv túlsúlyban van ugyan, de a nélkül, hogy a szervezet összhangzatát megzavarná. A cholerikus temperamentumnál a sárga epe, a melancholikusnál a fekete epe, a sanguinikusnál a vér és flegmatikusnál a nyák dominál a szervezetben.

Az egészség ellentéteként igyekezett meghatározni a betegség fogalmát; igy azt mondotta, hogy a betegség a szervezetnek oly rendellenes állapota (διάθεσις), mely a szervek természetes működését megzavarja. Mig *Hippokrates* a tiszta humoralis pathologiát hirdette, addig *Galenos* az ő kórtani elveit eklektikus módon, úgy a humoralpathologikusok, mint a methodikus és pneumatikus iskola tanainak egyesítésével állapitotta meg. *Hippokrates* definitiója szerint a betegség nem más, mint a szervezetnek általános hajlama a kóros működésre, a melyet külső okok idéznek elő a négy ősnedv mennyileges vagy minőleges megváltoztatásával és ez úton a szervezet egész háztartásának megzavarásával. *Galenos* ellenben a kórtanban a kórboncztani felfogást teremtette meg, a mennyiben azt hangsúlyozta, hogy minden betegség lényege a test egyik vagy másik részének elváltozása, és hogy ezen localis kóros elváltozások okozzák a kórtüneteket (σύμπτωματα, ἐπιγενήματα), a melyek azokat úgy követik, mint az árnyék a testet. *Galenos* szerint a kóros elváltozások vagy a négy főnedvben, vagy a test szilárd alkatrészeiben, vagy a pneumában állanak elő. Igy a négy főnedv rendes és kellő aránya az εὐκρασία átmehet δυσκρασία-ba; beállhat a nedvek túlságos bősége a πλῆθος, midőn egy vagy két főnedv van túlságos mennyiségben jelen, vagy pedig a nedvek egyike vagy másika megromlik (διαφθορά) és előáll a κακοχυμία. Úgy a πληθωρία mint a κακοχυμία lehet sanguinalis (αἱματική), biliosa (χολική), atrabiliosa (μελαγχολική) és pituitosa (φλεγματική). De kórosan megváltozhatnak a test nem folyékony alkatrészei is, a mennyiben vagy túlságosan megfeszülnek vagy ellenkezőleg nagyon is meglazulnak, vagy pedig egyik-másik őstulajdonságuk (t. i. melegség, hidegség, szárazság, nedvesség) lép túlságosan előtérbe.

A pathologiát *Galenos* megint három fejezetre osztotta ezek az aetiologia, a semeiotika és a nosographia. A kórokok *Galenos* szerint külső vagy távolabbi kórokok (αἰτίαι προηγούμεναι vagy προκαταρκτικαί) és belső vagy közelebbi okok. Külső kórokok gyanánt szerepelhetnek a klimatikus viszonyok, az ételek és italok, a mozgás és nyugalom, az alvás és ébrenlét, a nemi kicsapongások, a szenvedélyek, az életkor. Belső kórokoknak tekintendők *Galenos* szerint a dyskrasiák, vagyis itt a már jelenlevő kóros elváltozásokat a kórokokkal téveszti össze. Igy pl. felfogása szerint a mellhártyagyuladás külső oka az időjárási viszonyokban keresendő, a belső oka pedig fölösleges nedv elválasztásban rejlik, mely fölösleges nedvmennyitég a mellüregben megromlik; ezen belső ok hatása alatt beáll azután a működési zavar, mely a tulajdonképeni betegség (νόσημα). A betegség háromféle tünetekben nyilvánul: 1. a kóros szerv működése csökkenhet, megzavarthatik vagy teljesen megszünhet; 2. a szerveknek az érzékszervekkel észrevehető külső tulajdonságai változhatnak meg; 3. következményes, másodlagos jelenségek állhatnak be (τὰ συμβεβηκοτά), ilyen pl. a láz; 4. a váladékokban és ürülékekben mennyileges vagy minőleges elváltozások mutatkozhatnak, vagy pedig azok rendellenes úton ürülhetnek ki (error loci).

Az orvos kötelessége az anamnestikus tünetekből a kórelőzményeket (ἡ ἐπίγνωσις), a jelenlevő tünetek fölismerésével (ἡ ἐπίσκεψις) pedig a kóros állapotot meghatározni és egyúttal az ú. n. prognostikus tünetekből a betegség jövendő lefolyását is megállapitani (ἡ πρόγνωσις).

A betegeket *Galenos* a lehető legpontosabban figyelte meg és mondhatjuk, hogy semmi olyan kórtünet nem kerülte el a figyelmét, a mely a rendelkezésére álló eszközökkel egyáltalán felismerhető volt; legfölebb az a körülmény feltünő, hogy mig a kosi iskola a hallgatódzást már rendszeresen gyakorolta, *Galenos* e vizsgálati módszerről csak egy helyen, még pedig az áthatoló mellsebzések leirásánál tett említést.

Különös figyelemmel kisérte a betegek ütérlökését — e kérdésről öt értekezést irt — és a pulsust az összes képzelhető szempontok szerint, így a hosszúsága, szélessége, magassága, teltsége, keménysége, gyakorisága, gyorsasága és ritmusa szerint osztályozta és minden egyes szempont szerint a pulsusnak három fokát különböztette meg. Hasonlóképen a lehető leggondosabban vizsgálta a betegek váladékait és ürülékeit és nevezetesen a vizeletet.

A betegségek lefolyásában *Hippokrates* három szakaszától (t. i. a nyerseség, megfőzés és kiürülés) eltérőleg négy időszakot különböztetett meg; ezek a kezdet = *ἀρχή*, a kifejlődés = *ἐπίδοσις*, a tetőpont = *ἀκμή* és a visszafejlődés = *παρακμή*. A betegségek kritikus lefolyásán kivül leirta *λύσις*-t, az oldódást is. Azt állitotta, hogy a vér és a sárga epe által előidézett betegségek inkább heveny lefolyásúak, mig a nyák és fekete epe elváltozásai többnyire idült bántalmakat okoznak.

Érdekesek továbbá *Galenos* meghatározásai egyes fontosabb általános kórtani fogalmakra vonatkozólag. Így a *gyuladást* a természetellenes daganatok közé (*ὄγκοι παρὰ φύσιν* = tumores praeter naturam) sorolja és azt mondja, hogy oka az illető testrész túlságos melegségében rejlik (*ἄμετρος θερμασία*). A beteg testrésznek túlságos melegsége az a száraz gyuladás, de ennek következtében az illető testrészben többnyire nedvbőség is áll be a nedvek fokozott odaáramlása (*ῥεῦμα*) folytán és a szerint, hogy az illető testrészben a vér, nyák, sárga vagy fekete epe lesz túlnyomó, válik a gyuladás phlegmonosus, phlegmatosus, erysipelatosus vagy skirrhosus jellegűvé, ha pedig pneuma is jut a rossz helyre került nedvekhez, úgy előáll a pneumatosus gyuladás. A lob cardinalis tüneteit igen helyesen irta le. A gyuladás vagy eloszlik, vagy serumképződéshez, vagy elgenyedéshez vezet, vagy pedig helyi elhalásig (*γάγγραινα* = gangraena) fokozódik; a gyuladás legmagasabb foka a *σῆψις*, a vér bomlása.

A láz, *Galenos* meghatározása szerint, a test melegének természetellenes fokozódása, melynek okai között a gyuladások, a pneuma áramlásának zavarai és mocsarak kigőzölgései nagy szerepet játszanak. Megemlitette *Galenos* azt is, hogy a félbenhagyó lázak gyakran okoznak lépnagyobbodást és vizenyőt. A rázó hideget (= *τὸ ῥῖγος*) az idegközpontok izgalmából származtatta.

Az egyes kóralakokat azonban *Galenos* nem irta le oly pontos és szabatos kórtörténetekben, mint a milyeneket *Hippokrates* müveiben találunk, mert — mint már előbb emlitettük — *Galenos* a tények tárgyilagos kutatása helyett mindig a már előzetesen megállapitott elméleti nézeteinek helyességét igyekezett bebizonyitani. Behatóan tárgyalta a tüdővészt, a melynek egy heveny gyuladásos és egy lappangóan fejlődő alakját különböztette meg. Igen gyakori betegség gyanánt irta le a köszvényt. A köszvénynyel analog kórfolyamatnak tartotta a húgykőképződést. Mig régebben a diabetest gyomorbetegségnek tartották, *Galenos* ezt a vesék fellazulásából származtatta, de a diabetikus vizelet czukortartalmáról *Galenos*nak sem volt sejtelme.

Aránylag legkevésbbé ismerte *Galenos* — mint a régiek általában — a szivbántalmakat, a melyek közül csakis a „szivdobogás“-t irta le, a melynek megszüntetésére vérelvonást és szigorúan megszorított étrendet szokott alkalmazni. Ellenben igen behatóan tárgyalta az agybetegségeket, a melyeknél szerinte pontosan meg kell különböztetni az agy vérbőségén és az agy vérszegénységén alapulókat. Az agy anaemiája hüdéseket vagy görcsöket, az agy vérbősége pedig gutaütést (*ἀποπληξία*) okoz; de a gutaütésről nem tudta, hogy az tulajdonképen nem más, mint agyvérzés, hanem azt hitte, hogy ennek lényege nyák felhalmozódása az agyban, mely a légzőszervek hüdése útján okozza a halált. A tébolyról (*φρενῖτις*) azt mondja, hogy igen gyakran jár hasmenéssel; ezen állitásából arra lehet következtetni, hogy ő is sokszor tévesztette össze a hasi hagymáznál előforduló deliriumokat a tébolylyal. A hysteria okának a nemző anyag visszamaradását a szervezetben mondotta, a miből — úgy mond — természetszerűen következik, hogy ezen betegség főként a hajadon vagy özvegy nőket támadja meg, vagy oly férjes asszonyokat, a kiknek havi vérzése rendetlen. A reszketés különböző alakjairól egy önálló értekezést irt [*Περὶ τρόμου, καὶ παλμοῦ, καὶ σπασμοῦ, καὶ ῥίγους* = de tremore, palpitatione, convulsione et rigore]; meghatározása szerint *παλμός* = valamely testrész állandó reszketése, mig a *τρόμος* oly remegés, mely csakis az illető testrész akaratlagos mozgásai közben támad. Az epilepsiát is jól irta le és erről a bántalomról azt jegyezte meg, hogy felnőtt egyéneknél csak igen ritkán gyógyitható meg.

A mi *Galenos* gyógytani elveit illeti, megjegyzendő, hogy ő elfogadta ugyan *Hippokrates* azon tanát, hogy a betegségek tulajdonképpeni orvosa a természet (*ἡ φύσις*) és hogy az orvos legfőbb kötelessége *ὠφελεῖν ἢ μὴ βλάπτειν* használni, vagy legalább nem ártani, de a helyett, hogy mint *Hippokrates* ezen dogmát követve a tárgyilagos megfigyelés alapján alkalmazta volna a gyógyeljárásokat, a gyógytanban is bonyolult elméleti okoskodások által vezéreltette magát. A betegágynál — úgymond — mindenekelőtt azzal törekedjék tisztába jönni az orvos, hogy a gyógyulás egyáltalában lehetséges-e vagy sem és ha igen, hogy szükséges-e annak eléréséhez az orvos beavatkozása. Hogy ez a beavatkozás milyen legyen, arra az indicatiók (*ἡ ἔνδειξις*) tana tanitja az orvost.

Az indicatiók részint a kórokokból, részint a beteg egyéni tulajdonságaiból, részint magából a betegségből meritendők. A betegségek okai lehetőleg elháritandók a *προφύλαξις* által; a kifejlődött betegséggel szemben figyelembe veendők a beteg kora, neme, foglalkozása, erőbeli állapota, temperamentuma, lakóhelye stb., továbbá a betegség jellege (*ἦθος*) és hevessége (*μέγεθος*), végre a fenyegető tüneteknek, mint a fájdalmak, gyöngeség stb. leküzdése. Minden esetben azonban a kórtüneteket ellenkező hatányokkal kell leküzdeni, így pl. a túlságos hideget meleggel, a plethorát kiürítéssel, a nedvek megromlását alteráló hatású gyógyszerekkel stb.

A gyógyeljárások között legfontosabbaknak mondotta a testgyakorlatokat, a fürdőket, ledörzsölést és a kiürítéseket, mint a hashajtást, izzasztást és nevezetesen a vérelvonást. A vérelvonást többnyire érvágás útján végezte, a mely műtétről három külön értekezést irt, de ezenkivül nadályokat és köpölyöket is szokott alkalmazni. Az érvágás főjavalatai szerinte az általános vérbőség, a heves gyuladások, a magas lázak és a nagy fájdalmak. Óva intett azonban az érvágások túlzó alkalmazásától és azt ajánlotta, hogy érmetszés tizennégy évnél fiatalabb egyéneken egyáltalában ne végeztessék. Fölemlitette, hogy túlzott vérelvonások általános gyöngeséget, vizenyőt, hüdéseket, sőt elmebajokat okozhatnak. Ha az érvágás czélja valamely testrész vérbőségét elvonás útján (*ἀντίσπασις* = revulsio) megszüntetni, úgy az érvágás ezen testrésztől távol fekvő helyen, még pedig rendszerint az egészséges oldalon végzendő. Ha azonban már fennálló nedvpangást akar az orvos megszüntetni derivatio = *παροχέτευσις* útján, úgy a vérelvonás a beteg részek közelében alkalmazandó érvágás vagy köpölyözés vagy pedig nadályok alakjában.

Érdekes, hogy már *Galenos* is alkalmazta egyes betegségeknél, még pedig főként a tüdővésznél a klimatotherapiát. A lappangó tüdővész legbiztosabb gyógyszerének mondotta a tengeri utazást és az enyhe éghajlatú, széltől védett és pormentes helyeken való tartózkodást, a melyet rendesen tejkúrával kapcsolt össze. *Galenos* idejében Italiában a legismertebb klimatikus gyógyhely *Tabiae* volt a nápolyi partvidéken, de igen sok tüdőbeteget küldtek az orvosok Egyptomba és Lybiába is.

A gyógyszerek, melyeket rendelt, többnyire a növényországból nyerettek főzés, leforrázás vagy borszeszszel való kivonás útján és ezért az ily gyógyszereket, milyenek a decoctumok, az infusumok, a különböző extractumok és a gyógyborok, napjainkig *Galenosi gyógyszereknek* nevezik megkülönböztetésül az ásványi vagy vegyi szerektől.

Galenos igen helyesen minden egyes gyógyszer elemi tulajdonságait igyekezett megismerni, csakhogy ő e tulajdonságok alatt tudvalevőleg a meleget, hideget, szárazat és nedveset értette; ezen sajátságok szerinte az illető gyógyszerekben vagy tényleg vagy csak távolabbi hatásuk alakjában vannak meg, így pl. a tűz tényleg meleg, míg a bors melegsége csak égető hatásában nyilvánul. Az elemi tulajdonságok négy fokozatban lehetnek jelen az egyes gyógyszerekben és e szerint hatásuk alig észrevehető, szembetünő, káros és megsemmisítő lehet. Az elemi tulajdonságoknak továbbá számos combinatióját tételezte föl *Galenos* a gyógyszerekben és ezekből magyarázta speciális hatásukat.

De az elméleti megokolással rendelt gyógyszereken kivül tisztán tapasztalati alapon is igen nagyszámú, bonyolult és gyakran nemcsak furcsa, hanem undorító összetételü szereket is alkalmazott, a melyeknek reczipéit néha drága pénzen vásárolta össze, de nem lehetetlen, hogy ezt gyakran jobb meggyőződése ellenére tette, mint a hogy mi is sokszor „consolationis causa“ rendelünk gyógyszert vagy „ut aliquid fieri videatur“; legalább erre enged következtetni *Galenos* azon megjegyzése, hogy a nép föltétlenül követeli a gyógyszereket.

Leggyakrabban rendelt gyógyszerei közül röviden csak a következőket sorolom föl: 1. Hashajtók: méz, tej, savó, füge, sósolaj, ricinusolaj, aloë, a coloquintha és a scilla-bor. 2. Hasmenésellenes szerek: gesztenye, sajt, rákok és csigák héjai, fanyar borok, gubacs-főzet. 3. Hánytató szerek: undorító keverékek, továbbá a Helleborus. 4. Vizelethajtó és méhvérzést előidéző szer a petrezselyem és zeller keverékéből álló ἄπιον, továbbá a myrrha. 5. A sárga epe kiürítését fokozza a Scammonium, a fekete epéét az Epithymum, a nyákét a Daphne Knidium magvai. 6. Fájdalomcsillapító gyanánt a Hyosciamust és leginkább a mákfőzetet és az opiumot alkalmazta.

Az opium képezte főalkatrészét számtalan antidotumnak is, így a különböző furcsa összetételü theriáknak (τὰ θηριακά), a mely elnevezés alatt a régiek az állati mérgek, nevezetesen a kigyómarás ellenszerét értettek.

Az ásványi eredetü gyógyszereket többnyire csupán külső használatra rendelte lemosások, öblítések, bedörzsölések, borogatások és befecskendezések czéljaira és belsőleg ezek közül leginkább csak a vas és timsó nyertek alkalmazást.

Ifjú korában buzgóan űzte *Galenos* a sebészeti, fogászati és szemorvosi gyakorlatot is, de később ezt a Rómában dívó szokás szerint a specialistáknak engedte át; legkevésbbé foglalkozott a szülészettel. A mi *Galenos* irataiban e szakmákra vonatkozólag található, részint *Hippokrates*, részint más orvosirók müveiből merített compilatiókból áll. Behatóan tárgyalta a köttant a *Περὶ τῶν ἐπιδεσμάτων βιβλίον* = De fasciis liber czímü művében, a mely tárgy az ókori orvosiróknak egy kedvencz thémája volt. Különösen kiemelendőnek tartom, hogy *Galenos* a vérzéscsillapitás módjai között a *vérző üterek teljes átmetszését, továbbá az üterek lekötését és torsióját,* melyeket különben már az ephesosi *Rufus* (Ῥοῦφος Ἐφέσιος) körülbelül egy félévszázaddal *Galenos* előtt leirt, *pontosan ismertette.* Az *arteriák lekötésére selyemfonalakat vagy bélhúrokat használt.* Vérzéscsillapitás czéljából a sebszélek egymáshoz való közelitését és nyomókötés vagy pedig hideg és összehúzó szerek alkalmazását ajánlotta, szükség esetén tüzes vasat vagy hasonló hatású szereket használt pörk képzése végett, de ha egy nagyobb ütőér vagy véna van átvágva, úgy a θρόμβος-képződésnek elősegitése végett a vérző helyre ujjnyomást kell gyakorolni, vagy a vérző edényre ligaturát (ὁ βρόχος) alkalmazni, vagy pedig a vérző edényt egy horoggal előrehúzni és megcsavarni (περιστρέφειν); ütőeres vérzésnél néha az ütőér teljes átmetszése is czélszerü, mert az arteria átmetszett részei visszahúzódnak és nyilásuk vérröggel bezárul.

A „De anatomicis administrationibus libri novem = περὶ ἀνατομικῶν ἐγχειρήσεων βιβλία ἐ“ czímü művében különösen hangsúlyozza, hogy mennyire nélkülözhetetlenek a boncztani ismeretek a sebészre nézve. Kortársait, nevezetesen az empyrikus iskola követőit azzal vádolta, hogy a boncztanban járatlanok lévén, az operálás közben nem képesek műszereikkel a nagy véredényeket elkerülni; igy ha csontszilánkot akarnak egy sebből eltávolitani, vagy tályogba metszenek, nagy vénákat, sőt arteriákat is megnyitnak és ekként gyakran halálos vérzést okoznak, vagy pedig máskor az izmokat, mivel lefutásukat nem ismerik, haránt irányban metszik át és ezzel működésüket (ἡ ἐνέργεια) megsemmisitik.

Úgy *Galenos* éleslátását és diagnostikai ügyességét, mint az ő korszakának társadalmi viszonyait érdekes módon jellemzi a betegségeket színlelő egyének leálczázásáról irt értekezése: *Πῶς δεῖ ἐξελέγχειν τοὺς προσποιουμένους νοσοῦν* = Quomodo morbum simulantes sint deprehendendi. — E művéből az derül ki, hogy az ókorban az orvosoknak éppen oly gyakran volt dolguk szimulánsokkal mint napjainkban; *Galenos* ugyanis ezen értekezését e sorokkal kezdi: „Az emberek számos okból színlelnek betegséget; az orvos feladata ily esetekben az igazságot kideriteni.“

Kétségtelen ugyan, hogy *Galenos* művei csak kis részben igényelhetik az eredetiség érdemét, de ennek daczára is a legnagyobb csodálattal kell meghajolnunk az ő páratlan terjedelmü, értékes irodalmi és tudományos működése előtt. Ha annak az elterjedt szokásnak hódolnánk, mely mindent a siker után itél meg, úgy azt kellene mondanunk, hanem *Galenos* nemcsak a legnagyobb orvosok egyike volt, hanem a világtörténelem legkiválóbb alakjai közé tartozik, mert a nagy vallásalapitókon kivül alig találunk oly férfiút, a ki nagyobb és tartósabb hatást gyakorolt az emberiség szellemi életére, mint ő. Igaz ugyan, hogy a *Galenos*-nak tulajdonitott megdönthetetlen auctoritás másfél évezreden át erős akadálya volt az orvostan további haladásának, de ezért nem lehet *Galenost* tenni felelőssé és ennélfogva éppen nem helyes a hires holland eklektikus orvosnak *Boerhave* nek (1668—1738) azon állitása, hogy *Galenos* egészben véve sokkal többet ártott mint használt. Mindenesetre azonban hatalmas bizonyitéka ez annak, hogy a természettudósnak és az orvosnak sohasem szabad az elfogulatlan észlelés és észszerü kisérletezés terét elhagyva vakon követni a nagy auctoritásokat és hogy soha sem szabad „in verba magistri jurari“.

Galenos műveiben a teleologikus világnézleten és a dogmatikus felfogáson kivül, csakis bőbeszédüségét és túlságos önérzetét, a mely napjainkban nagyfokú szerénytelenségnek tünnék, lehetne kifogásolni; azonban e fogyatkozások sem személyének hibáiból, hanem az ő korának általános sajátságaiból erednek. Így ma meg nem engedhető szerénytelenség volna, ha egy orvos úgy irna a saját érdemeiről, mint a hogyan ezt *Galenos* tette a *Θεραπευτικῆς μέθοδος* czímü művében, a hol azt irta, hogy igaz ugyan, hogy már *Hippokrates* reámutatott az orvostanban követendő helyes utakra, de ezen járatlan ösvényeket ő, t. i. *Galenos* tette járhatókká és ezzel nem kevésbbé maradandó érdemeket szerzett magának mint *Trajan* császár, a ki a nagy római birodalom ösvényeit alakitotta át járható utakká. Nem tekintve, hogy ezzel *Galenos* határozottan igazat mondott, nem szabad elfelednünk, hogy az ókorban az ily öndicsekvést a jogos önérzet megengedett és szokásos nyilvánulásának tartották, hiszen mindnyájan ismerjük *Horatius* remek ódáját, a melyet e szavakkal kezd. „Exegi monumentum aere perennius“.

De *Galenos* nemcsak a tudományos munkásság terén volt kiváló, hanem nemes jellemü és igazi emberszeretettől áthatott férfiú is volt; ezt egyaránt bizonyitják saját művei, pl. a „*Ὅτι ἄριστος ἰατρὸς καὶ φιλόσοφος* = Quod optimus medicus sit quoque philosophus = A jó orvos egyszersmind bölcsész is“ czímü értekezése, mint a reá vonatkozó nagyszámú, magasztaló irodalmi adatok.

Galenos működése, melyben a görög orvosi tudomány fejlődésének tetőpontját érte el, az orvostan történelmének egyik legfontosabb és legkiválóbb mozzanatát képezi és az ő művei, bár a modern orvosi tudomány haladása az azokban foglalt adatokat sokszor meg is czáfolja, mindig olvasásra méltóak lesznek és legtanulságosabb és legbecsesebb irodalmi emlékeink közé fognak tartozni.

Felhasznált irodalom.

Galenos eredeti müveinek bent említett különböző kiadásain, fordításain és magyarázatain kivül:

Grote: „History of Greece“ németre fordította *Meissner*, 1851—1857.

Curtius: „A görögök történelme“ fordította *Fröhlich Róbert*, 1875—1880.

A *Marczali Henrik*-féle „Nagy képes világtörténet“.

Müller—Donaldson: „A régi görög irodalom története“ ford. *Récsi Emil* 1862.

Domanovszky Endre: „A bölcsészet története“ 1870.

Eduard Zeller: „Geschichte der griechischen Philosophie“ III. kiadás, 1889.

Fr. Hecker: „Geschichte der Medicin“ 1805.

Kurt Sprengel: „Pragmatische Geschichte der Heilkunde“ 1821—1828.

Emil Isensee: „Geschichte der Medicin“ 1840.

C. A. Wunderlich: „Geschichte der Medicin“ 1858.

Heinrich Haeser: „Geschichte der Medicin“ 1875—1882.

Hermann Baas: „Geschichte der Medicin“ 1876. és „Entwicklung des ärztlichen Standes“ 1896.

Theodor Puschmann: „Geschichte des med. Unterrichtes“ 1889.

Julius Pagel: „Geschichte der Medicin“ 1898.

H. Ribbert: „Die Lehren vom Wesen der Krankheiten in ihrer geschichtlichen Entwicklung“ Bonn. 1899.

J. Petersen: „Entwicklung der Therapie“ 1877.

Hirsch: „Biographisches Lexikon“ 1884—1888.

Eloy: „Dictionnaire historique de la médecine“ 1778.

Mahon: „Histoire de la médecine“ 1804.

Tourtelle: „Histoire philosophique de le médecine“ 1804.

Daremberg: „Histoire des sciences médicales“ 1870.

F. Frédault: „Histoire de la médicine“ 1872.

E. Bouchut: „Histoire de la médecine“ 1873.

J. Bouillet: „Histoire de la médecine“ 1883.

P. Dignat: „Histoire de la médecine et des médecins“ 1888.

Budapest, 1899. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető Müller Ágoston.) Dorottya-uteza 14. sz.

Negyvenharmadik évfolyam. 50. szám. *Budapest, 1899. deczember 10.*

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:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Bosányi Béla: Észlelések a helyi iszapkezelés körül a szt. Lukács-fürdőben. 624. l.

Váli Ernő: A külső hangvezető veleszületett elzáródásának feltárása. 627. l.

Platzer Sándor: Közlemény az egyetemi I. számú női klinikáról (Kézmárszky Tivadar). A bimbósérülésekről. 628. l.

Vajda Adolf: Közlemény Herczel dr. egyetemi m.-tanár szt. István-kórházi sebészeti osztályáról. Polyposis intestinalis 11 éves gyermeknél. 630. l.

Tárcza. *Kelen István*: Szontagh Miklós. — *Purjesz Zsigmond*: A klinikai tanításról, tekintettel a diagnostikára. 632. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Körner*: Die Ohrenheilkunde der Gegenwart und ihre Grenzgebiete. I. Die eitrigen Erkrankungen des Schläfebeins. 633. l. — *Összefoglaló szemle. Klug Nándor*: A fülgyógyászat újabb haladása. 633. l. — *Lapszemle. Friedrich*: A Gasser-dúcz kiirtása. (Manninger Vilmos.) 334. l. — *Holländer E.*: Az elektrikus mikro forró lég edző. — *Pretori Hugó*: Largin szembetegségeknél. — *Michaelis*: A diazoreactio prognostikus jelentőségéről phthisikusoknál. 635. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Körrendelet a pestis tárgyában. — Tudomásul. — Herczel dr. — Orvosi évkönyv. — Szt. Lukács-fürdő. — Baumgarten dr. — 635. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek.

Melléklet: Az Eggenberger-féle könyvkereskedés kiadásában *Purjesz Ignácz* dr. szerkesztése alatt megjelenő Orvosi zsebnaptárnak prospectusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Észlelések a helyi iszapkezelés körül a szt. Lukács-fürdőben.[1]

Irta: *Bosányi Béla* dr. kir. tanácsos, a szt. Lukács-fürdő főorvosa.

A physikai gyógymódok jelentékeny térhódításának vagyunk ez idő szerint szemtanúi. Látjuk, miként eliminálja az újkori gyógyász az érinthetlen és szentnek tartott gyógyszereket, és szakít a hagyománynyal, a még csak néhány évtized előtt nagy mohósággal felkapott szerek sutba dobatnak és máris jelentékeny számú orvos van, ki a „mérgek“ használatától irtózik és a boldogulást — persze nem a menybelit — csakis a természet és természettan nyújtotta eszközökben látja. Nálunk Magyarországban talán kisebb mértékben érvényesülnek a nem gyógyszeres kezelésmódoknak nagy garral hirdetett elvei, míg a szomszédos Némethonban lassankint oly tekintélyre tesznek szert az úgynevezett természetorvosok — nem tudom helyesen fordítani a Naturarzt elnevezést —, hogy nem lesz csodálni való, ha ma-holnap ott egy új nem gyógyszeres facultás tanai fognak győzedelmeskedni a látszólag elavult allopathia felett.

Ezen jelenség okainak kutatása nagyon messzire vezetne: a gyógyszerek hatásának exact vizsgálata tényleg sok esetben nem szólt a szerek mellett, de míg azelőtt mindent a gyakorlati szemmel észleltek, addig ma nagyon is hajlandók vagyunk az elmélet következtetéseit a gyakorlatban alkalmazni, pedig tisztelt uraim, a physika, mathematika és vegytan száraz és élettelen törvényei az ars medicában sohasem fognak uralomra jutni. A különféle orvosi és nemorvosi oldalról intézett támadások nézetem szerint szintén hozzájárultak az allopathikus szerek hitelének megingatásához és azt vélem, hogy egy Kneipp, Hessing és mások sikerei nagyon elősegítették ama therapeutikus forradalmat, mely mostanság sok orvosi fejben lakozik. Részemről ezen legdivatosb nézetekhez nem járulok, sőt be kell vallanom, hogy specialis foglalkozásom daczára a gyógyszerek és physikai gyógymódok harmonikus és czéltudatos együttes használatánál tapasztalom a legszebb sikereket, melyeket különválasztva egyik által sem lehet elérni.

A physikai gyógymódoknak azonban tényleg van egy kiváló tulajdonságuk, mely őket a belső szerektől lényegileg megkülönbözteti és a mely abban áll, hogy általuk a szervezetet nemcsak az ő egészében, hanem részeiben is befolyásolhatjuk. Ezen tulajdonságot nem akarom olyként feltüntetni, mintha ez a gyógyszerelés non plus ultrája volna, mert hiszen mi orvosok ne testrészeket, hanem testeket és egyéniségeket gyógyítsunk, mindazonáltal lehetnek és vannak körülmények, midőn nagy előnyben vagyunk az által, hogy a gyógyító erőt egy körülirt részen engedjük behatni. Egyébként azt sem szabad hinnünk, hogy az ilyetén eljárásnál a szó legszükebb értelmében csupán helyileg járhatunk el. Bármit és bárhol alkalmazunk a testre gyógyítás czéljából, a megbonthatatlan egészet képező szervezetre általános hatást is gyakorolunk és eleve ki kell zárnom azon sokszor hangoztatott állítást, mely szerint a helyi kezelés tényleg csupán helyi elváltozásokat létesít. Ellenkezőleg azt fogjuk látni, hogy pl. a szt. Lukács-fürdőben használatban levő helyi módszerek nagyon alkalmasak az összes test befolyásolására és hogy lehetetlen a kettőt egymástól elkülöníteni. Nem akarom azonban elvitatni az esetenkint alárendelt jelentőségű összbefolyásolást szemben a jelentékeny helyi gyógyeredménynyel és azért gyakorlati szempontból jogosultnak mondható a localis kezelés.

Az iszappal való gyógyításmódok a fürdőgyógyászatban nagyon elterjedtek és úgy orvosi, mint laikus körökben szerfelett nagy bizalomnak örvendenek. Ezen körülmény már magában is ezen kezelés hatékonysága mellett szól, de még jellegzetesb azon mohóság, melylyel a betegek ezen kezelésmód után kívánkoznak. Akárhány szenvedőnél a leghatározottabb contraindicatio daczára lehetetlenség őt iszaphasználati szándékától elterelni. Ezen végtelen bizalom és begyökerezett meggyőződés, mely a megfelelő javalat eseteiben nagyon üdvös a betegre nézve, csak úgy magyarázható, hogy a nagyszámú kedvező siker valóságos vakhit erejével hat a szenvedőre és ez őt még akkor is fogva tartja, midőn annak alkalmazása állapotának nem felel meg. Az iszaphasználat iránti nagy mértékben elterjedt bizalmat azon orvosok észlelhetik különösen, kik évek során olynemű fürdőkben működnek, mint a Lukács-fürdő, hol az iszappal és iszapfürdőkben kezelés képezi a therapeutikus eljárás leggyakoribb és legfontosabb részét, de a hol enyhébb kezelés czéljaira másféle gyógyfürdők is vannak berendezve. Nem egyszer esett már meg azon sajátszerű helyzet, hogy a beteg nem bizott gyógyulásának valódiságában, mivel az nem az iszapfürdők által létesült és az elért tökéletes gyógyeredmény daczára sajnálkozott a felett, hogy a contraindicált iszapfürdőket nem használta.

Néhány megjegyzés az iszapról általában és a szt. Lukács-fürdő iszapjáról különösen. Iszap alatt az ásványtó- és folyóvizek lerakódásait értjük és elkülönítjük azt a láptól (mórföldtől), mely

[1] Előadatott a magyar orvosok és természetvizsgálók Szabadkán tartott XXX. vándorgyülésén.

növényi maradékoknak víz jelenlétében történő lassú rothadási folyamata által jő létre. Ha a lápképződésnél közönséges víz helyett ásványvíz (fém- vagy sótartalmú) volt jelen, akkor ásványos láp keletkezik. Az ásvány-, tó- vagy folyóvíz lerakódásaihoz növényi részek is járulhatnak és átmeneti formákat létesíthetnek. Az ilyen productumot akkor nevezzük iszapnak, ha fajsúlya a víznél nagyobb (1·8—2), a lápföld fajsúlya általában kisebb. *Winkler* hatféle iszapot különböztet meg, a szerint, mily vízből származott az. Beosztása kissé homályos, a mennyiben felvesz egy úgynevezet hévvízi iszapot, mely meleg forrásokból keletkezett, annak közelebbi meghatározása nélkül, azután megkülönböztet kénes iszapot, ez kénes forrásokból szokott bőven képződni. Van továbbá a folyók, tengerek, sós és édesvízi tavak iszapja, melyek többékevésbbé ezen vizek sóival telítvék.

A szt. Lukács-fürdői iszap is ezen utóbbi categoriába tartozik: a Lukács-fürdő hévforrásai által képezett tavakban, továbbá 8 meter mélységben a fürdőterület azon részein, hol bő forrásmenetek vonulnak,[1] található azon finom bársonytapintatú plastikus anyag, mely a hévvíz kénes sóival telítve, részben mint iszapos fürdő, részben mint iszapborogatás kiterjedt használatban van. Az iszap szürkeszínű, gyengén kénes szagú, puha és képlékeny, a testhez könnyen idomul. Hőmérsékét nagyon lassan veszíti, jól betakarva egy fél óra mulva alig ad le egy fokot. Az általános és az egész testre terjedő fürdőkről ezúttal nem lészen szó, csakis az iszapgöngyölésekről. Ezeket a következő módon szoktuk alkalmazni: Egy nyugágyra terjedelmes gyapjútakarót helyezünk, erre a kezelendő tagnak megfelelőleg nagyobb darab vízhatlan kaucsukszövetet és tiszta vászonkendőt. A beteg olykép helyezkedik el a nyugágyon, hogy az elfoglalt positioban huzamosabb ideig megmaradhasson. Most a kivánt hőmérsékü iszapot — rendszerint 43—50° C. — közvetlen a szenvedő testrészre hozzuk olykép, hogy a test azzal közvetlen és szoros érintkezésbe jusson, azaz valósággal be lesz falazva az iszapba. Az iszapréteg 5—8 centimeter vastagságban applikáltatik a tag körül és nem szorítkozik a szenvedő részre. Igy pl. a térdnél a czom. és alszár közepén túl terjed, bokánál az egész láb és alszár fele beiszapoltatik a leirt módon. Az iszapot azután kendővel, kaucsukszövettel szorgosan betakarjuk, a kezelendő egyént pedig az esetleg kivánatos nagyobb transpiratio czéljából az ágyra helyezett gyapjútakaróval jól befödjük, vagy pedig, ha nem óhajtunk a betegnél hőtorlódást előidézni, csupán a végtagot, illetőleg a borogatást védjük a takaróval a kihülés ellen. Az iszap alkalmazási időtartam 1/2—1 óra szokott lenni. Miután a beteget takaróból és iszapból kivettük, rendszerint 34—38° C. hévvízi fürdőben, avagy meleg zuhany alatt az iszapot lemossa. Azután 1—2 órai ágyban pihenés és esetenkint ezen idő alatt a massage következik.

A helyileg alkalmazott iszap physiologikus befolyása. Míg a hőhatás felől meglehetősen tisztában vagyunk és tudjuk, hogy az első sorban izgató hatás és hogy futólagos véredénycontractio után azok hüdésszerü vérbősége lép fel és a borogatás alatt valóságos pangás áll be, addig a különféle iszapnemeknek megfelelő specialis befolyást eddigelé senki sem talált. Helyesen mondja azért *Glax*, hogy az iszapra nézve annak eredete annak hatékonyságára nézve teljesen közömbös, mivel ez utóbbi csakis természettani, nem pedig vegyi tulajdonságaitól függ. *Silex* vizsgálatai szerint a helyileg alkalmazott melegnek távolabbi hatása is van és ezt a gyakorlatból is ismerjük; forró borogatások után fejbeli vértolulás, gyorsabb érverés és a szívműködés mérsékelt felfokozása lépnek fel. *Strasser* a leukocyták szaporodását találta a meleg által befolyásolt részben. *Quincke* (Berl. klin. Wochenschr. 1897) bebizonyította, hogy csaknem 4 foknyi hőemelkedést lehet helyileg a szövetek mélyében előidézni.

Nézetünk szerint mindazon izgalmi tünetek, melyeket a meleg egyáltalán létesít, a korlátolt terjedelemben történő alkalmazás után korlátolt mértékben lépnek fel. A betegek észlelése azon tapasztalatra vezetett, hogy a meleg iránt par excellence érzékeny egyének, mint némely szlvbetegek, congestios természetüek, ideggyengék, kik nagyobb fokban szenvednek, a thermalis befolyásokra, azonnal kellemetlenül reagálnak, de sohasem oly mértékben, mint az általános melegapplicationál. A borogatás hőmérséke, annak terjedelme mérvadók első sorban arra nézve, miként türi azt el valamelyest érzékenyebb alkatú egyén. A helyiség hőmérséke, ventilatioja, az alkalmazás tartama, annak ideje szintén tekintetbe veendő körülmények. Kevésbbé magas hőfokú helyiségben, mely elegendőleg megújított levegő felett rendelkezik, a szervezet jóval toleransabb a hőalkalmazással szemben. Nemrégiben *Foss* Driburgban (Deutsche med. Wochenschr. 1899) nagyon valószinüvé tette kisérletei által, hogy a meleg fürdők által okozott rosszullét hiányos élenyszolgáltatásban leli magyarázatát és hogy kellő élenybevitel által a kellemetlen tüneteket elkerülhetjük. A szt. Lukács-fürdő iszapfürdőjében tett tapasztalatok ezen tételt teljesen beigazolják. A fürdő egy jelentékeny része szabad ég alatt van és ebben, noha a hőmérséke 40—41° C., gyakran oly egyének képesek huzamosabb időig fürdeni, kik zárt helyen néhány perczig sem birnák ki a benmaradást.

Az alkalmazás tartama jobbára a beteg állapotától függ: a változatlanul egy helyen való fekvésre nem minden ember lévén képes, azt a beteg és betegség természetével hozzuk összhangba. Nem mindegy továbbá némely patiensnél, hogy a nap mely szakában használjuk a borogatásokat: a reggeli órák, midőn a kinyugodott test leginkább befolyásolható, a test hőingadozása legmélyebb fokon áll, az idegrendszer toleransabb, érzékeny egyéneknél legczélszerübbeknek látszanak; másoknál és pedig a legtöbb betegnél a nap szaka nem játszik szerepet.

Ha közelebbről akarnók elemezni a hőhatást a bőrre, vérkeringésre, légzésre, izmokra és idegekre, vérre és táplálkozásra, azt vélem, nem találnánk gyakorlatilag fontos szempontokat. Reánk nézve legfontosabb az, hogy a meleghasználat physiologikus befolyása nem mutat akadályozó körülményeket és a praxis is azt bizonyítja, hogy aránylag nagyon ritkán kell annak használatától elállni.

A helyi iszaphasználat gyógyászati hatása. Nem szándékom a természetes meleg befolyása felől újabb elméletbe bocsátkozni, sem pedig a régi felfrissítése által ezen sokat vitatott kérdést ismét bolygatni. A hévvizek és azok productumainak specialis hatékonysága tényleg megvan; nagyszámú orvosi észlelés bizonyítja, habár elegendőkép meg nem magyarázhatja ama feltünő hatást, melyet sem élettani, sem más tudományos úton megfejteni nem tudunk. De ezen körülmény nem jogosít a tények elvitatására és egyelőre be kell érnünk azzal, a mivel a gyógytan nagyon sok részében szintén meg kell elégednünk, hogy t. i. elismerjük a gyógyító hatást, de azt megérteni nem tudjuk.

Az iszap- és hőhatás szorosan együvé tartoznak, azok egymást kiegészitik. A meleg befolyása mégis jobban tanulmányozva lévén, néhány megjegyzéssel arra ki kell térnem. A multkori vándorgyülés alkalmával egy tanulmányban a hőhatás egy eddigelé kevéssé hangsúlyozott tulajdonságát iparkodtam magyarázatul alkalmazni. A felsorolt tények alapján azon tétel felállítására véltem alapot nyerhetni, mely szerint a test hevítése egyrészt a mikrobák életfeltételeit kedvezőtlenül befolyásolja, fejlődésüket hátráltatja, másrészt a testben meglevő immunizáló és védanyag hatékonyságát fokozza és ily módon a behatolt parasiták elleni védelemben a szervezetet támogatja. Azóta több tény jutott tudomásra, mely ezen feltevést beigazolni látszik. *Quincke* egyik assistense *Salomon* (Berl. klin. Wchschr. 1897. 49) kisérletileg bebizonyította, hogy a szövetek melegét 3·8-del fokozhatta és ez által a gonococcusok szaporodását meggátolta. Másrészt tudjuk, hogy pl. a *Bier*-féle haemostasis segitségével képesek vagyunk súlyos természetü helyi folyamatokra, mint pl. a csontok, izületek tuberculosisára gyógyítólag hatni. A vér ezen feltorlaszolása és a beteg részen való felhalmozása, melyhez *Bier* legújabban a passiv hyperaemiás helyen még meleg applicatiot is használt, nézetem szerint érdekes és fontos bizonyíték arra nézve, hogy tényleg a vérben rejlik első sorban a gyógyító erő és hogy akkor, midőn a meleg helyi használatának gyógyhatását akarjuk magyarázni, szükségképen arra kell gondolnunk, hogy a meleg által előidézett vértorlódás, illetőleg pangás a haemostasishoz hasonlólag fejti ki gyógyerejét.

Van azonban egy, a természet öngyógyító erejének nyilvánulásából vett analogiánk és ez még jobban megvilágítja a

[1] A védterület megállapitása alkalmával 1897-ben eszközölt próbafúrások után ezen terület a m. kir. földmivelésügyi ministerium által 4000 □-m. kiterjedésben határoztatott meg.

borogatások czélszerűségét. A heveny helyi folyamatoknál észlelhető vértorlódás, az úgynevezett lobgát nem gát a lob tovaterjedése ellen: a gyógyító hadak felvonulása az egy valóságos csatatér, hova a szervezet felvonultatja katonáit, az erythro- és leukocytákat, hogy küzdjenek a veszély ellen. Ezt utánozzuk mi is, midőn egy szenvedő részre a vérárasztó meleget hagyjuk behatni.

Mennyiben történik felszívás a bőrön keresztül az iszap gáznemü és szilárd részeiből és mennyire van ennek gyógyító befolyása, arról még ninesen tudomásunk. Sokan erre utalnak, midőn saját iszapjuk fölényét akarják bizonyítani. Nézetünk szerint sem elméleti, sem gyakorlati jogosultsága az ily törekvésnek nincsen: gyógysikereket mindenütt látunk, legyen az iszap bármely eredetü. Legfeljebb árban, de nem gyógyerőben képez ez különbséget.

Az iszapalkalmazás behatásáról szólva, rendszerint gyógyító tényezőként említik fel az iszap által kifejtett nyomást. Eltekintve a felhasznált iszap súlyának aránylag kis mértékétől, mely jelentékeny nyomást nem tud gyakorolni, a borogatás eltávolításánál a bőr nincs elkékülve, sőt ellenkezőleg élénkpiros. A borogatásnak czélja nem is a compressio, hanem a keringés élénkítése, kibővítése és azért nem is hihetjük el, hogy a borogatások által előidézett nyomás gyógyító befolyással bir. Talán inkább figyelemre méltó a légtől való hermetikus elzárás, mely hosszabb ideig tartván, valószinüleg módosítólag hat a bőr perspiratiojára. Túlságos befolyást azonban ennek sem mernék tulajdonítani és legfeljebb azt lehetne felvenni, hogy a rendes bőrmunka megakadályozása irritáló hatást gyakorol a bőrre, mely párosulva a meleg okozta hyperaemiával enyhe bőrlobot idéz elő és ez valóságos derivans gyanánt szolgál. Több szerző a bőrlobot az egyes iszapfajokban előforduló diatomeáknak és spongiatüknek tulajdonítják. Hogy az iszap bedörzsölésénél ez tényleg megtörténik, azt *Chyzer* bebizonyította, de nem tartom valószinünek, hogy borogatásnál hasonló behatás idéztethetnék elő és a lukácsfürdői iszapnál azt nem is észleltem. Legkönnyebben akkor lép fel dermatitis, ha túlmagas hőmérséket használunk és utána — a mi a szóban forgó bántalmaknál gyakran megesik — massage következik. A bőr ezt a túlságos izgatást persze nem mindig türi és néha kisebb-nagyobb mértékben lobos lesz. Egyébként azt károsnak egyáltalán nem tartom, az a bántalomra elvonólag hat és csak akkor kellemetlen, ha a kezelést megakasztja.

A localis iszapkezelésre alkalmas kóralakok és betegek. Ha általános meghatározással akarnók körülirni a helyi iszapkezelésre alkalmas kóralakokat, úgy keretébe tartozónak mondhatjuk a végtagokon felmerülő idült, lobos, körülirt terjedelmü kórfolyamatokat, melyek nem alapulnak fertőzésen. Míg azonban hozzá kell vennünk a medenczebeli egyes szervek (uterus és tartozékai) épen említett természetü bántalmait, ki kell zárnunk egy bizonyos számú betegséget, mely megfelel ugyan a fenti körülirásnak, de gyakorlati szempontból nem alkalmas ezen eljárásra. Szorosabban véve ide tartoznak az izületek, csontok, izmok, inak és környi idegek, valamint véredények idült (rendszerint lobos) megbetegedései, vagyis oly szerveké, melyeknél a congestiv hatású eljárás nem képez veszedelmet, sőt a gyógyulásra annak előidézése feltétlenül szükséges. Talán felhozható azon szempont is, hogy a végtagokon felmerülő kóros állapotok nagy részénél nem létesül magától egykönnyen ama üdvös vérbőség, mely sok esetben prima conditio a gyógyulásra. Az alsó végtagok vérkeringés dolgában határozottan mostohább helyzetben vannak, mint a belszervek, hasznos befolyással lesz tehát minden olyan eljárás, mely szervezetünk legfontosabb véd- és gyógyanyagát, a vért vezeti a szenvedő részbe. Ilykép fogható fel első sorban a helyi iszapkezelés rendeltetése, noha nem tagadom, hogy itt még sok melléktekintet jő kérdésbe. Az iszap vegyi összetétele, a bőr müködésének alteratioja stb., mint azt fentebb érintettük, noha részben impouderabiliák nem hagyhatók egészen figyelmen kivül. Másrészt a gyakorlatban elég eset merül fel, hol a meleg használata csakis helyileg történhetik, mivel akár az edényrendszer, akár az idegek kóros állapota lehetetlenné teszik az általános befolyásolást a meleggel.

Fentebb említve volt, hogy a helyi eljárásnak mindenkor megvan a távolabbi hatása, de csakis redukált mértékben, a helyi iszapkezelés befolyása tehát legjobban igy jellemezhető: *Erős helyi, gyenge általános hatás.* Ez utóbbinak foka egyébiránt, mint már láttuk, tőlünk függ, mivel a beteget vagy erősen betakarjuk, meleg leadását csökkentjük, vagy pedig oly körülmények közé hozzuk, melyek a meleg felhalmozását megakadályozzák.

Már fentebb említve volt, mily ritkán fordul az elő, hogy valamely beteg nem képes eltürni az iszapborogatásokat. Ha tekintetbe veszszük az általános melegalkalmazás ellen gyakori intolerantiát, szembeötlő azon nagy előny, melyet a szóban forgó módszer nyújt. Nemcsak hogy erélyesebb helyi befolyásolást vagyunk képesek általa kifejteni, hanem tehetjük azt oly egyéneknél, kiknél különben le kellene mondanunk a melegapplicatio kétségbevonhatatlan jótéteményéről. Összegezve idevonatkozó észleléseimet, csak nagyon csekély számú esetben kényszerültem a kúrától elállni. Ide tartoztak mindenekelőtt a meleg iránt idiosynkrasiával viseltető egyének. Ezeknél nem lehet semmiféle bántalmat felfedezni, edény- és idegrendszerük rendben van és ők mégis irtóznak a melegtől, mint mások a hidegtől, a massagetól vagy valamely gyógyszertől. Az ilyen egyének nagyon ritkák, de időnkint előfordulnak. Már valamivel gyakoriabbak azon szívbetegek, kik az edényrendszer legkisebb izgatását sem türik el. Jobbára az acut és subacut szívbántalmakban szenvedők, míg az idült szívbetegek vagy arterio-sclerosisban szenvedők még akkor sem reagálnak kedvezőtlenül, midőn arythmia vagy müködési elégtelenség vannak jelen.

Az idegeseket, ideggyengéket nagyon jól meg lehet szoktatni az iszapborogatásokra és ha eleinte kisebb fokokkal kell is dolgozni, nem tart soká, hogy a betegek látva a kedvező befolyást, maguk kérik a hőmérsék fokozását.

Mindezekből látjuk, mily kitünően türik el a betegek ezen kezelést, illetőleg mily ritkán áll fenn ellenjavalat az iszapborogatások használhatósága ellen.

Kóresetek. Nem akarom szives figyelmüket hosszas vagy nagyszámú kórrajzokkal lekötni, csupán néhány jellemzetes kórlefolyás szolgáljon az imént felsoroltak gyakorlati megvilágítására.

N. 16 éves sváb leány, körülbelül egy éve szenved angina folytán létesült polyarthritis szövődményeiben. A betegnek ez év május havában történt felvétele alkalmával mindkét boka még duzzadt, kissé vizenyős, járásra nem használható a benne felmerülő heves fájdalmak miatt, az említett izületek mozgékonysága redukált. A szív nagyobbodott, működése gyorsabb és a mitralis billentyü szükülésének szokott jelei észlelhetők. Az iszapborogatások (43—45° C.) két heti használata után, fürdőktől ez esetben teljesen eltekintettem, a beteg elég jól járt és 22 napi kezelés után gyógyult izületekkel távozott. A kezelési idő alatt egyszer sem lépett fel szívbeli zavar és a kisfokú dyspnoë, mely a beteget folyton kisérte, nem fokozódott; a kúra oly simán folyt, mintha a szív teljesen rendben lett volna.

H.-né, 68 éves, májusban történt érkezése óta nyolcz hónapja beteg. Sokizületi lobban szenvedett, melynek következtében mindkét térd még mindig subacut lobos állapotban volt. A térdek melegebbek, fényesek, nem hajlíthatók, fájdalmasak és használhatlanok. Hasonló állapotot mutattak a kéztőizületek és a kezek kis izületei. Néhány heti lobellenes eljárás után az iszapkezeléshez fogtam. A heveny csúz senilis alakja, melylyel ez esetben dolgunk volt, tudvalevőleg a nagyon nehezen befolyásolható kórállapotok közé tartozik. Indolens, minduntalan újból kilobosodó izületi és izületkörüli daganatokat okoz, melyek sokszor kimerítik a betegnek és orvosának türelmét. Nagy megelégedésemre az iszapborogatásoknak négy heti használata után daganat és fájdalmasság végleg eltüntek és a tagok mozgékonysága visszatért. Tekintve a beteg erőtlenségét és korát, nincs úgyszólván más thermalis kezelésmód sem, mely a fenforgó körülmények közt alkalmazható lett volna. A beteg erejében gyarapodott, functionalis zavarok nem merültek fel és meg vagyok győződve, hogy hónapokig lehetett volna ezen módszert hátrány nélkül igénybe venni. Ezen betegnél a gyógyulás elég gyorsan lépett fel, de előfordulhat, hogy hasonló betegnél két vagy háromszor annyi idő kell, míg a kivánt siker létesül: a huzamos alkalmazhatóság tehát egy különös és fontos oldala a localis iszapkezelésnek.

G. már közel egy éve szenved a bal *bokaizület idült lobosodásában*, mely a lábujjak nyújtó inainak hüvelyére átterjedvén, a járást lehetetlenné tette. Ismételt fürdőkúrák nem hoztak javulást. Érkezésénél a láb bőre a sokféle külső szertől, mely az

utóbbi időben használtatott, lobos és kissé ekzematosus. Lassan emelkedve az iszap hőmérsékével, négy hét alatt oly nagy mérvü javulást értünk el, hogy G. ismét visszatérhetett foglalkozásához. Ezen eset mutatja, hogy az iszap feltétlen lobfejlesztő hatása felöli állítások nem fogadhatók el fentartás nélkül.

O. 73 éves, négy hónapja szenved a bal tibia csonthártyalobjában, mely sok fájdalommal és a láb vizényőjével párosulván, a járást csaknem lehetetlenné tette. Miután 45 foknyi iszapot alkalmaztunk, három hét alatt a periostalis dag felszívódott, az oedema csaknem teljesen eltünt.

M.-nél a bal alszár visszérlobja után az edények csomósodása és megkeményedése folytán a keringés nagy mértékben meg volt zavarva. Az oedematosus feszültség sok szenvedést okozott; 23 napig használta a 45 fokú iszapborogatást és távozásánál a vizenyő már csak kis mértékben volt meg és könnyen pólyázva a lábat, órákig tudott fájdalom nélkül sétálni.

Conclusiok: 1. Az iszappal való kezelésmódok iránt úgy az orvosok, mint a betegek különös bizalommal viseltetnek.

2. A szt. Lukács-fürdői iszap a helyi alkalmazásra teljesen megfelelő tulajdonságokkal bir.

3. A forró iszapborogatások localis leukocytosist idéznek elő.

4. Az iszap helyi alkalmazásánál létesülő vértolulás különösen alkalmas gyógyhatás kifejtésére.

5. Csupán a hőhatás van eddig felderítve és ez bizonyára fokozza a vér bakteriumölő és védőképességét.

6. Az iszapborogatások jobbára a végtagokon alkalmazhatók, nagy helyi és csekély általános befolyást gyakorolnak.

7. Ellenjavalatok csekély mértékben állanak fenn.

8. Az iszapborogatások akkor is használhatók, midőn a szervezet fogyatékosságánál fogva más thermalis kezelésről le kell mondani.

9. Az iszapborogatások által tökéletes gyógyeredményt lehet elérni és sok esetben helyettesíthetik a meleg általános alkalmazását.

A külső hangvezető veleszületett elzáródásának feltárása.[1]

Közli: *Váli Ernő* dr. műtőfülorvos, kórházi rend. főorvos.

Lehet-e, szabad-e, kell-e a veleszületett külső hangvezető elzáródásokat feltárni, ez úgy látszik, nyilt kérdés még máig is úgy az embryologiában és pathologiai anatomiában, mint az otologiában is.

A fülgyógyászok nagyobbik része a régi bonczolási megfigyelések alapjára helyezkedik s így legtöbbjének az az általános véleménye, hogy — főleg a *veleszületett alaknál* — az elzáródások feloldása sikerrel nem végezhető; ezen nézet értelmében alig kecsegtet a remény, hogy a hallást a műtéttel megjavítsuk és nincsen kilátásunk arra, hogy az esetleg megépített csontcsatornát az újból való összenövéstől megóvjuk. Ha pedig, ritka esetben, genyretentiotól lehetne tartani, úgy akkor is még idejében lehet a műtétet végrehajtani.

A szerzők után maga *Schwartze* is mintegy noli me tangerenak állítja fel e tételt, bár elismeri ő is, hogy a veleszületett elzáródások esetének figyelmesebb tanulmányozása mellett esetleg még biztosabb támpontokat is találhatunk a jövőben annak az elbirálására, hogy ép-e annyira a labyrinth, hogy érdemes volna utat nyitni hozzá a hanghullámok számára s így is van-e reményünk müvi eljárás útján a *hallóképesség* megjavítására.

Ugy vélem, nem tévedek, ha a veleszületett elzáródások feltárásának ellenző érveit három csoportba osztom be. Szerintük *nem* javalt a műtét, mert:

1. a korán beállott embryonalis zavarok következtében az anatomiai elváltozások olyanok, hogy a hallás megjavítása ennek daczára is alig várható;

2. mert ha meg is készítjük az új hangvezetőt, azt hosszabb ideig fentartani nem tudjuk, és

3. ha valamely külső ok folytán genyretentio fenyegetne, még mindig van időnk ad hoc végezni a feltárást.

[1] A magyar orvosok és természetvizsgálók szabadkai vándorgyülésén tartott előadás.

Az 1. pontra vonatkozólag az anatomusok határozottabb álláspontot foglalnak el a fülgyógyászoknál. Mert úgy az irodalomban ismert eddigi bonczolások, mint a fülnek eddig ismert fejlődéstana a mellett látszanak szólani, hogy az ébrényi életben a fülkagyló, továbbá az ébrényi hallócsőből fejlődő külső hangvezető, dobüreg és Eustach-kürt, valamint a tömkeleg is más és más, egymástól teljesen független helyekről és helyeken fejlődnek ki; ennek következtében ha egyik-másik rendszerben akadályozott is a fejlődés, az nem lehet befolyással avagy csak kisebb mértékben a fül többi részeinek fejlődésére. Az embryologiában közismert tény, hogy a teljes kagylóhiány, avagy akár csak a durványosan fejlett kagyló is, párosulva a külső hangvezető teljes vagy részleges elzáródásával, összefüggésben van az első zsigeri hasadék hátsó részének hiányos fejlődésével; de *His* és *Gradenigo*[1] ez irányú vizsgálatai ismét kétségtelenül bebizonyították, hogy a kagyló egy bizonyos mértékben teljesen függetlenül fejlődik ki a külső hangvezetőtől és a középfültől; *vagyis hogy a kagyló fejlődése nincs mindig szoros összefüggésben a dobcsont, illetőleg a dobgyürü fejlődési viszonyaival.* Igy tehát létrejöhet — főleg külső behatások következtében — durványosan fejlett kagyló a külső hangvezető és a középfül teljes vagy részleges kóros elváltozása nélkül is. A labyrinthről meg épen tudjuk, hogy fejlődése a külső és középfül fejlődésével nincsen összefüggésben; lehet tehát normalisan fejlett labyrinthet találni ott, hol a külső és középső fülön elváltozások észlelhetők. Az esetek nagyobb számában azonban az első zsigeri hasadék hátsó részének fejlődési rendellenességei átterednek az állkapocsi és nyelvcsonti zsigeri ívekre is, és akkor már tényleg előállanak a kagyló kisebb-nagyobb defectusai mellett úgy a külső hangvezetőben, mint a középfülben, különösen a dobhártyán, a hallási csontocskákban, az állkapocson és a szájpadon fejlődési rendellenességek. Mivel pedig az ébrényi hallócsövet alkotó első zsigeri hasadék *(fissura hyomandibularis)*, mely a fej oldalain a köztakaró és fejbél között foglal helyet, az ébrényi élet ilyen korai szakában (pl. tyúkoknál a második nap közepén) kezd már kifejlődni,[2] kétségtelen, hogy a fül sphaerájára vonatkozó elváltozások egy *nagyobbik* része már az ébrényi élet egy igen korai szakában jöhet létre. De viszont közismert tény az is, hogy a külső hangvezető *végleges* kifejlődése lassan halad előre, hogy az sok újszülöttnél csak provisorikus jellegü s a végleges formatio és csontosodás csak a hetedik életévben fejeződik be. Tehát az ébrényi életben előállható fejlődési rendellenességek nem terjedhetnek ki egyenletesen és véglegesen a fül minden részletére.

Ha tehát van is külső hangvezetőelzáródás, az nem mindig lesz egyenlő a *minőség* és a *fok* szerint sem. Találtak már kagylódefectus mellett *rostos* elzáródást *(Schwartze)*, a melyek némelyike csak egy vékony lapból állott, másika pedig mintegy vastag köteg a jól kiképzett külső hangvezetőn át behúzódott a dobüregig. A lapos, csontos elzáródás eseteiről *Mazzoni* és *Kiesselbach* tesznek először említést; ilyen ritka esetet magam is észleltem és műtettem az Irgalmasok kórházában, midőn egy kagylódefectussal és külső hangvezetőelzáródással született 10 hónapos leánykánál egy ferdeirányú, körülbelül hat mm.-es csontfal átvésése után a látszólag jól kifejlett külső hangvezetőbe jutottam.[3] Nem ritkaság az sem, hogy a porczos rész teljesen normalis s csak a vége van szilárd csonttömeggel elzárva *(Virchow)*; *Joel* 16 bonczolt eset kapcsán állítja, hogy az ép porczos hangvezető mellett hiányosan fejlett csontos hangvezetőt talált, a dobhártya fejlődése szintén hiányos volt, olykor csontlap állott a helyén, a hallócsontocskák alig, vagy hiányosan fejlettek, a dobüreg megkeskenyedett, de a labyrinthot mindezen bonczolt esetekben is normalisnak találták; ugyancsak e 16 bonczolt fülnek még az életben *Bezold*[4] által eszközölt hallási megvizsgálása azt mutatta, hogy a fennállott kisebb-nagyobb fokú hallási zavarokat *mindenkor a fül és középfül* okozta s *nem a normalisan fejlett labyrinth.*

Ha tehát egy kagylódefectust látunk külső hangvezető elzáródással, úgy az egyszerű, szokásos, makroskopikus megtekintés még nem jogosít fel arra, hogy véleményt alkossunk az eset felől;

[1] *Gradenigo*: Archiv f. Ohrenheilkunde. 34. B.

[2] *Mihalkovics*: Központi idegrendszer és az érzékszervek morphologiája.

[3] *Navratil*: Jubilaris emlékkönyv.

[4] Zeitschrift f. Ohrenheilkunde. 26. B.

az előitélet nélkül megejtett *physicalis hallási vizsgálat* nyujthatnak ilyenkor részletes felvilágositást a labyrinth, a dobüreg, a hallási csontocskák és dobhártyák elváltozásai, esetleg a külső hangvezető elzáródásának *foka* és *minősége* felől. Azért mondom, hogy előitélet nélkül kell az esetet birálni, mert a régi felfogások hatása alatt hajlandóság lehet bennünk már előre is süketséget feltételezni ott, hol csak kisebb-nagyobb fokú *hallászavarról* lehet szó. Kezemben van egy kórházi kórtörténetem, hol én és egy másik vizsgáló a labyrinth épségére mutató hallóképességet találtunk egy egyik oldalon hiányosan fejlett fülü ilyfajta betegnél, s ugyanennél egy közbeneső, igen tekintélyes forum a hallás teljes hiányát constatálta.

Ha pedig constatálható, hogy a külsőleg is látható fejlődési rendellenességek daczára is a hallószerv percipiáló része ép, avagy hallási gyakorlatok által (Urbantschitsch) kifejleszthető, úgy nincsen semmi okunk sem, hogy müvi eljárások útján a vezető részben levő akadályokat ne csökkentsük avagy meg ne szüntessük.

A mütét helyének a kérdése még nincsen egyáltalában végérvényesen megbeszélve.

Hiányosan fejlett kagyló és a külső hangvezető elzáródása esetében — különösen ha a hallási vizsgálat eredménye positiv — egyáltalán nem alkothatunk magunknak fogalmat a dobgyürüből kiinduló csontelzáródás minősége és nagysága felől. Csak irányelvként említi fel *Schwartze*, hogy a behatolás a proc. mast. felől történjék. Akadályra itt is találhatunk, mint pl. maga *Schwartze* is, ki egy ilyenfajta mütétjénél a proc. mastoideust eburnizálva és a dobüreget elcsontosodva találta. De ép azért, mert az elzáródás foka felől nem lehetünk előzőleg tisztában, nincs okunk meg nem kisérelni a külső hangvezető megszokott helyének megfelelő ponton az elzáródás feloldását. Egy csontlemez által okozott elzáródást igy oldottam fel ezelőtt 3 évvel; *Kisselbach*-nak 20 év előtt volt hasonló mütétje.

Az elzáródás helyének megfelelő táj a sebésznek semmivel sem critikusabb terrenum, mint bármely más féltett pontja az emberi szervezetnek; az irodalomban ismertetett néhány ilyfajta mütét leirásából azt látjuk, hogy csak az után lesz a mütét a proc. mastoideuson folytatva, ha előzőleg a szokásos helyen való feltárás kisérlete igen nagy akadályokba ütközik.[1] Tehát hiba lenne meg nem kisérelni magának az elzáródásnak a felnyitását, s csak ha nagy akadályra találunk, térhetünk át a proc. mast. megnyitására.

A második pontban felhozott érvet, hogy t. i. a *csonton át a lument sokáig nem tudjuk fentartani*, a mai sebészet nem acceptálja. A proc. mastoideuson át épitett mesterséges külső hangvezető lumenjének fentartása csak régebben okozhatott volna gondot a sebésznél; ma már a *Thiersch*-féle transplantatio útján az összenövéstől kellőleg tudjuk biztositani magunkat.

Ad 3. A mütét *idejére* vonatkozólag még nagyobbak a nézeteltérések. A kik abból az elvből indulnak ki, hogy az elzáródás más nem lehet, mint tömör, csontos és teljes elzáródás, úgy ezeknek — ha következetesek akarnak maradni — a müvi beavatkozástól tartózkodniok kell. Ezen elv védőinek a hallásjavitás nem lehet czéljuk, mert ők részben el sem ismerik, hogy tényleg hall az illető; pedig a tapasztalás és az exact felvett kórtörténetek azt mutatják, hogy ilyeneknél is a labyrinth normalisan lévén kifejlődve, a magasabb hangokat és a társalgó beszédet a napi élet szükségleteihez képest elég jól hallják. *Schwartze* szerint mütét előtt okvetlenül meg kell győződni, hogy a hiányosan fejlett fülben meg van-e a hallóképesség; gyermeknél, főleg ha egyoldalú a bántalom, szerinte meg kell tehát várni azt az időt, a mikor már exacte lehet a hallást megvizsgálni. De ha a fül fejlődéséről eddig elmondott nézetek s az ebből levont következtetések helyesek, akkor Schwartzenak abbeli kijelentése okvetlenül téves; elveink inkább *Kiesselbach* felfogásával egyeznek, ki már csak azért is ajánlta a *lehető korai* felvésést, hogy a korai gyermekkorban fejlődő végleges külső hangvezetőt a dobgyürü felől fenyegető massiv csontos elzáródástól előre is megóvja. De természetesen a hallási viszonyoktól egészen függetlenül Schwartze és követői is készek utat nyitni a dobüreghez, ha valamely közbejövő kóros elváltozás folytán *genyretentiotól* tartanak.

[1] Pl. a „Gyógyászat“ 1895. évfolyamában ilyen esetet ir le *Herczel-Krepuska*.

Végkövetkeztetésem a veleszületett külső hangvezetőelzáródásokra vonatkozólag a most elmondottak után az:

1. hogy prophylactikus szempontból a müvi beavatkozás okvetlenül bevezetendő (indicatio vitalis);

2. nem kell egyáltalában tekintettel lenni arra, hogy a müvi eljárás után a lefokozott hallóképességet többé-kevésbbé megjavitjuk-e vagy sem; mert ez a kérdés mindenkor csak másodrangú jelentőségü;

3. nem minden atresiát idézett elő a dobcsont (dobgyürü) hiányos vagy túlfejlődése; miért is előbb a külső hangvezető elzáródást kell megkisérleni feloldani s csak ennek sikertelensége esetén épitjük meg a csatornát a proc. mastoideuson át; ennek állandósitása Thiersch-féle transplantatioval történik;

4. a mütétet fiatal korban a csontos külső hangvezető végleges formatioja előtt helyes végezni.

Közlemény az egyetemi I. számú női klinikából (Kézmárszky Tivadar tanár).

A bimbósérülésekről.

Közli: *Platzer Sándor* dr. volt klinikai tanársegéd.

A gyermekágyi megbetegedések közül a bimbósérülések a legkevésbbé észleltek. Észlelésüket a legtöbben talán azért nem tartják érdemesnek, mert az egészséges gyermekágyasok a szülőházakban többnyire csak 8 napig, legfeljebb 2 hétig maradnak szülés után s ha ezen idő után az intézetet elhagyják, nincs rá többé alkalom a bimbósérüléseiket észlelni.

Az észlelési idő rövidsége azonban nem elég ok arra, hogy e sérülésekkel bövebben ne foglalkozzunk. Tapasztalati tény, hogy a bimbósérülések túlnyomó része a gyermekágy első hetében támad és gyógyul is, a mikor észlelésükre elég alkalom nyilik.

Az alábbi, a bimbósérülésekre vonatkozó adatok az I. számú női klinikán feküdt gyermekágyasokon végzett észlelések eredménye.

Az észlelés ezer szoptató gyermekágyasra vonatkozik. A nem szoptató gyermekágyasoknál bimbósérülés nem fordul elő, ezért ezekkel nem foglalkoztam. A gyüjtött adatok alapján a bimbósérülések okairól, gyakoriságáról, egyes alakjairól, lefolyásuk s végül kezelésükről akarok szólni.

A bimbósérülés oka a szopás okozta trauma. E trauma három irányban érvényesül. A csecsemő megragadja a bimbót ajkaival, majd utóbb fogmedernyulványai közé szorítja, vagyis harapja. Ez a harapás egyik oka a sérülésnek. Szopás közben a csecsemő nyújtja, elengedi, majd újra meghúzza szájával a bimbót. Ez a vongálás a másik ok a sérülésre. A szopás egész ideje alatt a bimbót áztatja a csecsemő nyála és a kicsurgó tej. A bimbónak ezen maceratioja is hozzájárul a sérülés létrejöttéhez.

Ezen erőmüvi tényezők minden esetben érik a bimbót szoptatásnál, azonban nem minden esetben egyforma erővel. A bimbó szöveteinek ellenálló képessége szintén nem egyforma minden esetben. Ebből az következik, hogy a sérülés létrejöttének eshetősége lényegesen függ azon erőfoktól, a melyet a csecsemő szopásnál kifejt s azon ellenálló képességtől, melyet a bimbó az erőbehatással szemben kifejt. Kisebb erőt fejt ki a csecsemő a bimbó megragadásánál és vongálásánál akkor, ha a bimbó jól fejlett, ellenben a rosszul fejlett bimbót csak nagy erőfeszitéssel birja szájában megtartani. Következésképen az ilyen bimbók gyakrabban fognak megsérülni. Ha a bimbó bőre vastag s mindenütt egyenletes, jobban fog ellenállhatni az erőbehatásnak, mint a vékony, könnyen repedő bőr.

Az erőbehatás oly nagy, hogy az esetek egy bizonyos számában mindig sérülés fog létrejönni, azonban a később közlendő adataimból világosan kivehető, hogy a bimbó alkatának mily lényeges befolyása van a sérülések létrejötténél, hogy t. i. a jól fejlett bimbók közül aránytalanul kevesebb sérül meg, mint a satnyák közül.

Nevezetesen fontos szerepet játszik a sérülések létrejötténél a bimbó nagysága, alakja, felszine és ruganyossága. Ezeknek

*

megértésére szükségesnek tartom a bimbónak rövid leirását adnom. A bimbó kevés esetet kivéve, egy kis kiemelkedést képez az emlő legkiállóbb pontján. Alakja: henger, kúp, tompa kúp vagy félgömb. Ritkább alak a lelapult és a behúzódott bimbó.

Az előbbi izgatásra rendszerint kissé kiemelkedik az emlő felszinéről, míg a behúzódott bimbó még izgatásra sem emelkedik ki.

Ez utóbbi alakot köldökszerü bimbónak is nevezik, mert a behúzódás hasonlit felnőttek köldökbehúzódásához.

A bimbó nagysága, jobban mondva hossza, igen változó. Néha alig 2—3 mm., máskor 1—1½ cm. hosszú. E hosszaság nyugvó állapotára vonatkozik. Izgatva erectioba jut s ilyenkor jó fél cm.-rel megnyúlik. Húzással is nyújtható; minél ruganyosabb, annál hosszabbra nyújtható. Némely esetben a húzásnak alig valamit enged, máskor 1½—2 cm.-re nyúlik.

E megnyúlásban a bimbóudvar bőre s az alatta levő laza kötőszövet is részt vesz. A bimbó bőre a bimbóudvarral egyetemben erősen festenyzett, kivált sötéthajúaknál. Színe a rózsaszintől a sötétbarnáig változhatik. Verejtékmirigyeket nem tartalmaz, de fagyyúmirigyeket igen. Egy izben ezekből sikerült két comedot kinyomnom. A bimbó felülete igen ritkán teljesen sima. Először szoptatóknál sohasem, a többször szoptatók közül 7-nél találtam egészen sima bimbót. A többiek bimbóján mindig voltak csekélyebb vagy mélyebb ránczok. A ránczok lefutása más a bimbó alapján és más a csúcsán. Az alapi ránczok félköralakúak, olykor körkörösek, ellenben a bimbó csúcsán hossz- és harántirányban futnak s egymást keresztezik. Ha mélyek a ránczok a bimbó csúcsán, a köztük kiemelkedő bimbószövet apró szemölcsöket képez.

A bimbó csúcsa néha behúzódott, úgy hogy egy kis tölcsért képez s ebbe nyilnak a tejkivezető csatornácskák. A bimbó felhámjának vastagsága igen változó. Világos hajúaknál a bőre vékonyabb, mint sötéthajúaknál. A bimbó támasztó szövete: kötőszövet. Ebbe vannak beágyazva a tejkivezető csatornácskák, valamint számos hajszálér és idegrost fut benne. Még csak azt akarom emliteni, hogy a bimbó bőre nemcsak a természettől fogva lehet vékony, de azzá lehet még tisztátalanság következtében is. A kicsurgó savó, colostrum, a bimbóra rakódott piszokkal vastag kérget képezhet, melyet néha csak erőteljes mosással tudunk letisztitani. E kéreg alatt azután a felhám elpuhulhat s elvékonyodik.

Ezek után áttérek azon számadatok közlésére, melyek mutatják, hogy mennyire függ a bimbósérülések gyakorisága a bimbó alkatától.

1. A bimbó nagysága:

nagy bimbók: ép 392; sérült 376 vagyis 48·69% sérült
kis bimbók: ép 77; sérült 139 vagyis 64·35% sérült

2. A bimbó ruganyossága:

jól kihúzható bimbók ép 421; sérült: 365 = 46·43% sérült
feszes bimbók . . . ép 48; sérült: 150 = 75·75% sérült

3. A bimbók alakja:

hengerek . . ép 192; sérült 135 = 41·28% sérült
kúpok . . . ép 10; sérült 13 = 56·52% „
tompa kúpok . ép 260; sérült 350 = 57·37% „
félgömbök . . ép 4; sérült 14 = 77·77% „
behúzódottak . ép 3; sérült 3 = 50·00% „

4. A bimbó felszine:

apró ránczok . . . ép 568; sérült 44 = 7·18%
mély ránczok . . . ép 153; sérült 219 = 58·87%

A közölt adatokból kiviláglik, hogy a sérülés létrejötténél a bimbó alkatának mily fontos szerepe van. A nagy bimbó ritkábban sérül, mint az apró, satnya fejlődésü. Úgyszintén ritkábban sérül a jól kihúzható bimbó, mint a feszes bimbó. Az alakot tekintve, legkevesebb a sérülés a hengeralakúnál, több a tompa kúpalakúnál, úgyszintén több az egyéb alakúaknál, bár ezeknek kis számadatai kevésbbé bizonyitóak. A behúzódott bimbók aránylag csekély sérülési számát az okozza, hogy közülük öt csak bimbóvédő-üveggel tudott szoptatni, a mikor tehát közvetlen traumának nem volt kitéve a bimbó. Összesen 16-an voltak, kik az említett bimbóvédő-üveggel szoptattak, ezeket e statistikába nem vettem be s azért csak 984 eset szerepel.

A bimbó ránczainak csak egy sérülésnek, a repedésnek létrejötténél van fontossága, azért az eseteket ott úgy osztályoztam, hogy a sérültek közé csak a repedéseket vettem, mivel a többi sérülés létrejötte a ránczok jelenlétével semmi összefüggésben nem áll. Ebből kiindulva azt látjuk, hogy a mély ránczú bimbók sokkal gyakrabban sérülnek meg, mint az apró ránczúak. A szoptatásra legalkalmasabb bimbó volna tehát a hengeralakú, nagy, jól nyújtható, apró ránczú bimbó, mert ez sérül meg aránylag legkevesebbszer.

Fontos ez a prophylaxisra nézve, mert épen abban állna a prophylactikus kezelés, hogy alkalmas eljárással ezt a bimbóalakot létrehozzuk, a mi által a sérülések számát tetemesen alábbszállíthatnók.

A bimbósérülések létrejötténél a bimbó felhámjának vékonysága is számba vehető. Mint már említettem, a világoshajúaknál általában finomabb a bőr s így sérülésre hajlamosabbak volnának. Az ez irányban végzett vizsgálataim ezt nem igazolják feltétlenül.

Hajszín szerint a következőket találtam:

fekete ép . . .	48	sérült:	58·62%
sérült . .	68		
barna ép . . .	196	sérült:	52·77%
sérült . .	219		
gesztenyeszín ép .	173	sérült:	46·93%
sérült . .	153		
szőke ép . . .	59	sérült:	53·54%
sérült . .	68		
vörös ép . . .	3	sérült:	70%.
sérült . .	7		

Ezen adatokból csak a vörös hajúaknak nagyobb sérülékenysége derül ki, míg a többieknél feltünő különbséget nem lehet kimutatni. Kehrer szerint parasztasszonyoknál ritkább a sérülés, mint városi asszonyoknél. Előbbieknél 40·9%, utóbbiaknál 59·5%. Ennek oka csak az lehet, hogy a parasztasszonyok bőre vastagabb és edzettebb, mint a városiaké.

A sérülés létrejötténél még szerepelhet olyan körülmény, mely miatt a szopás hosszabb ideig tart, mint rendesen. Ilyen eset az, mikor a szoptatónak kevés a teje, vagy ha a tejkivezető csatornácskák kisebb számban vannak jelen.

Számadatokkal e két dolgot eddig senkisem bizonyította be, de nem is igen lehetne. A tej mennyiségének pontos meghatározása oly körülményes munka, hogy egy nagy észlelési sorozatnál, a milyen az enyém, pontosan keresztül nem vihető. Különben is, ha számadatok bizonyítása nélkül elfogadjuk e tétel helyességét, a teendőnk is magától értetődik: fokozni a tejelválasztást. Ezt pedig szoptatóknál, a mennyire jó táplálással elérhető, úgyis teszszük. Nehezebben tud szopni a csecsemő akkor, ha a tej vékony sugárban ömlik, vagyis, ha a kivezető nyilások száma kisebb. Mivel azonban a kivezető nyilásokat pontosan megszámlálni nem lehet, ez irányban vizsgálatokat nem végeztem. *Röviden összefoglalva, a bimbósérülések oka a szopással járó erőmüvi behatás. A sérülés létrejöttét számbavehetően elősegitő körülmény a bimbó hibás alkata.*

A bimbósérülések gyakorisága:

Ezer eset közül 515-nél találtam sérülést = 51·5%, vagyis több mint fele a szoptatóknak sérült.

A sérülések gyakoriságát illetőleg más észlelők adatait is ide iktatom:

Kehrer	59·5%
Courgey	54·5%
Fehling	47%
Winkel	35—48%

A sérülés gyakoribb először szülőknél, mint többször szülőknél.

I. p.	521 közül	sérült	294 = 56·43%
M. p.	479 „	„	221 = 46·14%

Valamennyi észlelő szerint — Winkel kivételével — gyakoribbak a sérülések primiparáknál. Ez a körülmény is bizonyitja a bimbó alkatának befolyását a sérülések létrejötténél. Multiparáknál a jól fejlett bimbót sokkal gyakrabban találjuk, mint primiparánál. Igy a mi eseteink közül hengeralakú bimbót találtam: először szülőknél 18%-nál, többször szülőknél közel 50%-nál.

Nagy bimbója volt a I. parak közül 63%-nak.
M.-parák közül 94%-nak.

Jól kihúzható volt a bimbó először szülők közül: 68%-nál; többször szülőknél 92%-nál. Végre, a mi a bimbó felszinét illeti, apró ránczú bimbót találtam:

I. paráknál: 57%. M.-paráknál: 67%.

Hogy a sérülés aránya először és többször szülők között nem nagyobb, azt annak tulajdonítom, hogy M.-parák erősebben fejlett csecseméi nagyobb erővel szopnak s így a jól fejlett bimbó sem képes mindig kellő ellenállást kifejteni.

(Folytatása következik.)

Közlemény Herczel dr. egyetemi m.-tanár szt. István-kórházi sebészeti osztályáról.

Polyposis intestinalis 11 éves gyermeknél.

Közli: *Vajda Adolf* dr.

(Vége.)

Különös érdekkel bir az a statistika, melyet *Port*[1] 13 esetből állított össze és a melyet én az újabb esetekkel és a Luschka-félével kibővítve ide mellékelek:

Észlelő	Kor	Hereditas	Betegség tartama	Betegség székhelye	Kimenetel	Halál-ok
	év		év			
Luschka	30	—	15	rectum, colon, coecum	†	lassú elvérzés
Sklifasowski[1]	51	—	7	rect., colon (?)	javult	—
Cripps[2]	19	1 növ.	10	rectum	javult	—
Whithead[3]	21	—	10	rect., colon (?)	javult	—
Smith[4]	20	2 testv.	10	rectum, colon	†	carcinoma
Guillet[5]	24	—	—	rect.,col.,coec.	†	invaginat.
Handford[6]	34	nincs	bizonytalan	rectum, colon	†	carcinoma
Bickersteth[7]	11	anya	4	rectum	javult	—
Dalton[8]	28	nincs	2	rect.,col.,coec.	†	elvérzés
Paget	fiatal ember	2 növ.	—	—	†	elvérzés
Hutchinson-Treves	18	—	—	—	†	carcinoma
Makins	20	—	—	—	†	carcinoma
Geissler[9]	19	—	kora gyermekkortól	rectum, colon, coecum	†	invaginat.
Helferich-Port	19	1 növ.	kora gyermekkortól	rectum, colon, coec., gyomor	†	carcinoma
Herczel-Vajda	9	nincs	3	rectum, colon, coecum	†	marasmus
Bardenheuer[10]	48	—	1	rectum, colon	†	carcinoma
Hauser[11]	39	—	—	colon	†	carcinoma
„	idős nő	—	—	rectum, colon	†	carcinoma
„	33	—	11 hét	rectum, colon, coec., vékonybelek, gyom.	†	carcinoma

[1] *Sklifasowski*: Polyadenoma tractus intestinalis. Wratsch, 1881 Nr. 4. (Ref. Centralbl. f. Chir. 1881.) [2] *Cripps*: Two cases of disseminated polypus of the rectum. Transact. of the Path. Soc. of London 1881/82, XXXIII. [3] *Whithead*: Multiple adenoma of colon and rectum. Brit. med. Journal 1884. [4] *Smith*: Three cases of multiple polypi of the lower bowel occurring in one family. St. Bartholomew's hosp. reports 1887. XXIII. [5] *Guillet*: Adénomes multiples du gros intestin. Mort. Bull. de la soc. anat. Mars, 1888. [6] *Handford*: Disseminated polypi of the large intestine etc. Tr. of the Path. Soc. of London 1889/90 XLI, és Brit. med. Journ. 1890. I. [7] *Bickersteth*: Multiple polypi of the rectum etc. St. Bartholom. hosp. reports 1890. XXVI. [8] *Dalton*: Multiple papillomata of the colon and rectum. Lancet, 1893. I. [9] *Geissler*: Demonstration eines Präparates von multiplen adenomatösen Polypen des Dickdarms. Centralbl. f. Chir. 1895. Nr. 8. [10] *Bardenheuer*: Eine seltene Form von multiplen Drüsenwucherungen der gesammten Dickdarm- und Rectalschleimhaut neben Carc. recti. Langenbeck's Arch. XLI. 1887. [11] *Hauser*: Das Cylinderepithelcarcinom des Magens und des Dickdarmes. Jena, 1890. (17. és 19. sz. eset.)

Az utolsó 4 eset sok tekintetben eltérést mutat, s ezért a statistikai számításban különválasztandók.

A többi *15 beteg* közül *meghalt 11* és pedig:

0—20 éves volt 9, ebből meghalt 7
20—30 éves volt 4, ebből meghalt 3
30 éven felül volt 2, ebből meghalt 1.

[1] *Port*: l. c.

A betegség *kezdetére* 10 esetben találunk adatot:

0—10 éves korban kezdődött 6
10—20 „ „ „ 2
20—30 „ „ „ 1
30 éven felüli „ „ 1

A *hereditasra* vonatkozólag 5 esetben positiv, 3 esetben negativ, 7 esetben hiányzik az adat.

A betegség legrövidebb *tartama* 2 év, leghosszabb 15 év.

Carcinoma 5 esetben complicálta a betegséget, 2 esetben társult hozzá invaginatio, 2 esetben a beteg műtét után elvérzett, 2 esetben a lassú, de folytonos vérzés folytán beállott marasmus vetett véget a beteg életének.

A már említett 4 különálló eset mind 30 éven felüli egyéneket illet, mindenik carcinomával párosult és halállal végződött aránylag rövid idő alatt.

Ezen számadatok korántsem tarthatnak azonban igényt arra, hogy belőlük a betegség természetére végleges következtetést vonjunk, egyrészt azért, mert a számok még nagyon kicsinyek, másrészt, mert az eseteknek csak az a kis töredéke jut nyilvánosságra, a mely műtét tárgyát képezte, vagy bonczasztalra került s így éppen a jobb lefolyású, enyhébb alakok, ha ilyenek vannak, kiesnek a számításból.

Bár az eddig észlelt esetek száma sokkal csekélyebb, semhogy ezekből a betegség teljes és pontos *kórképét*, adni lehetne, mégis megkisérlem azt annyira, a mennyire a saját észleletünk és a mások közleményei alapján ez időszerint lehetséges, röviden vázolni.

Mindenekelőtt a betegség nevét akarom tisztába hozni. Bő választék áll rendelkezésemre, mert való, hogy a hányan ezen tárgyról irtak, annyian el is keresztelték. *Polyposis intestini crassi (Ziegler), Colitis polyposa cystica (Virchow), Polyadenoma tractus intestinalis (Sklifasowski), Adenoma multiplex (Guillet, Whithead), Adenopapilloma (Kelsey)* stb. szolgáljanak mutatványul a sok közül. Hogy melyiket választjuk, az nem nagyon lényeges, de az kivánatos, hogy egy név fogadtassék el, mely azután lehetőleg kifejezze a betegség lényegét, továbbá, hogy a különbség lobos és nem lobos eredetü polyposis közt már a névben fel legyen tüntetve. Én a *„polyposis intestinalis“* elnevezést elég megfelelőnek hiszem a mi esetünk megjelölésére, míg a lobos eredetüek részére fentartandónak vélem az *„enteritis polyposa“* nevet.

Az *aetiologia* eddigelé teljesen homályos. Sokan azon nézeten vannak, hogy a betegség congenitalis, vagy legalább congenitalis dispositio játszik szerepet a fejlődésben. Kétségtelen, hogy ezen feltevés mellett a tapasztalat már eddig is igen nyomós érveket vet latba. Nem tekinthető puszta véletlennek, ha *Cripps* esetében a 19 éves fiúnak 17 éves növére, *Smithnél* a 20 éves betegnek 16 és 17 éves testvérei, *Bickersteth* 11 éves betegének az anyja, *Paget* betegének 2 növére, *Port* esetében a 19 éves betegnek növére szenvedtek ugyanilyen betegségben. Ugyancsak ezen feltevés mellett szól az is, hogy a legtöbb esetben a betegség kezdete a zsenge gyermekkorra nyúlik vissza.

Mechanikus ok, mint előidéző momentum nem szerepelhet, hanem igenis mint továbbfejlesztő tényező, a mennyiben a szemölcsökből vongálás által polypok képződnek.

Mint minden rejtélyes eredetü betegségnél, úgy itt is felmerült a kérdés, vajjon *nem élősködő növényi vagy állati szervezetek* hozzák létre ezen súlyos betegséget. Tudtommal eddig csak *Hauser* tett ez irányban vizsgálatokat, a ki különösen protozoák után kutatott, de eredmény nélkül. A mi esetünk *ezen szempontból semmi további támpontot a kutatásra* nem nyújt. Mert a szamárhurutot, mely a betegség kezdetekor fennállott, oki összefüggésbe hozni nem lehet. Bacteriologikus vizsgálat esetünkben nem történt.

Az *anatomiai* elváltozások a fennebbiekben részletesen vannak tárgyalva, azért itt csak röviden kivánom a dolog lényegét összefoglalni. *A bélhuzam egy nagyobb részletére kiterjedő elsődlegesen fejlődött multiplex és körülirt mirigytúltengések (szemölcsök, polypok) képezik a betegség lényegét.*

Vita tárgyát képezhetné, hogy a végbélre szorítkozó multiplex polypképződés azonosnak tekintendő-e a leirt betegséggel. Bonctani szempontból semmi sem szól ellene, klinikai szempontból is csak annyiban, a mennyiben a végbél polyposisa legtöbb-

ször könnyen diagnostizálható és a therapia számára is hozzáférhető. Ilyen eset több is van közölve az irodalomban (*Fochier*[1] s mások) és ismeretes róluk, hogy leggyakrabban a gyermekkorban lépnek fel. (*Esmarch*[2].) A Port-féle statistikába csak azok vannak felvéve, melyek igen magasra terjedtek.

Az esetek legtöbbjében a vastagbél van megtámadva a vakbéllel és végbéllel együtt, vagy azok nélkül. Úgy látszik, hogy oly helyeken, hol a bélnyákhártya több izgalomnak van kitéve, ott a polypok számosabbak és nagyobbak. Ily „locus minoris resistentiae" a vakbél és a végbél. Az előbbiben a bélsár gyakran pang, az utóbbiba a folyékony alkatrészektől megfosztott, tömörült bélsár jut és gyakorol fokozott izgalmat. A valvula ileocoecalisnál a folyamat gátat talál, a vékonybélre nem terjed át. Eddig csupán Hauser észlelt polypokat a vékonybélben is, de ezek jóval kisebbek és csekélyebb számmal voltak jelen. A gyomorban úgy látszik gyakrabban találhatók a mirigytúltengés különböző alakjai, főleg a pars pyloricán *(Hauser, Port)*.

A nyákhártya legtöbbször az egész bélhuzam mentén halvány, csak helyenként találni mérsékelt belöveltséget és duzzanatot, ellenben a polypok belöveltek, barnás-vörösek, felületükön gyakran apró vérzések nyomai láthatók, metszlapjuk kocsonyás, nyákos.

A *szövettani* elváltozások a jegyzőkönyvben szintén részletesen vannak előadva, de meg kell jegyeznem, hogy itt a különböző leletek közt lényeges eltérések vannak. Értem a *Bardenheuer* és *Hauser* eseteit, melyeket már a statistikában különválasztottam.

A mi készítményünkön egyebet, mint közönséges nyákhártyapolypot nem találunk. A mirigycsatornák hosszabbak, elágazók, ürterük cystikusan tágult, hengerhámsejtjeik duzzadásig nyákkal telvék, vagyis *physiologikus functiojukat fokozott mérvben teljesítik*, de az epithel mindenütt egyrétegű, a mirigyek idegen területre: a submucosába, muscularisba sehol sem törnek át. A vérzések, a beszűrődés kétségtelenül azon mechanikus izgalom következményei, melyet a folyton tovahaladó béltartalom idéz elő.

Lényeges eltérést mutatnak ezen képtől Bardenheuer és Hauser esetei. A főkülönbség a mirigycsatornák hámsejtjeit illeti, melyek nem kehelysejtek, hanem vagy „sürün elhelyezett, hosszabb és keskeny sejtek, melyekben nyák alig van, az ovalis mag nincs az alaphoz nyomva, hanem a sejt közepét foglalja el" *(Hauser)* vagy „kisebbek, köbalakúak, fénylő apró szemcsékkel teltek" *(Bardenheuer)*, sok helyütt több rétegben vannak elhelyezve. Maguk a mirigycsövek hosszabbak, *elágazók, itt-ott egymással közlekednek s helyenkint a submucosába, sőt a muscularisba* is áttörnek. Világos tehát, hogy itt a *sejtek* physiologikus functiojukat nem teljesítik, a mirigyek idegen terrenumba törnek át, szóval *fejlődésük atypikus, az átmenet a rákképződéshez szembetlő.*

Van-e kétféle bélpolyposis, avagy a két alak ugyanazon betegségnek különböző stadiumát képviseli? Ezt eldönteni nem tudom, ez további kutatást igényel. Tény az, hogy a klinikus tünetek is némi differentiákat mutatnak.

Itt kell említenem ezen betegségnek egy gyakori és érdekes *complicatioját: a carcinomát. Minő viszony van a bélpolyp és bélrák között?* Oly kérdés, mely a pathologusokat már régen foglalkoztatja *(Sailer,*[1] *Wulf,*[2] *Hauser)*, melynek részletes taglalásábo azonban nem bocsátkozhatom, mert esetünkben ezen complicatia nem volt jelen és így vizsgálatokat ez irányban nem eszközölhettem. Nem lehet a véletlen játéka, hogy a 19 eset közül 9 carcinomával volt párosulva és pedig többször oly korban, midőn a rákképződés nem igen várható: egyszer 18, egyszer 17, kétszer 20 éves betegnél.

Egy másik kellemetlen complicatio az *invaginatio*, melynek létrejövetele mechanikus okoknak tulajdonítandó. Ha az invaginatio mélyebb bélrészleten avagy a végbélen fejlődik, lehetséges, hogy az intussusceptum a végbélnyíláson előbukkan. Sokkal gyakoribb és majdnem minden esetben jelenlévő tünet a prolapsus ani: a végbél *nyákhártyájának* kitüremlése, mely az erőltetett székelésben leli magyarázatát.

Minden egyes esetben nagyfokú *anaemia* volt jelen, a mi könnyen érthető, ha meggondoljuk, hogy ezen szerencsétlenek éveken át folytonosan több-kevesebb vért veszítenek. Ugyancsak ebből kellett magyaráznunk a marantikus thrombus képződését a vena cavában, a hydraemiát, miket a mi betegünknél észleltünk.

A mi a betegség *tüneteit* illeti, azok az előrehaladottabb stadiumban nagyjában megegyeznek a *chronikus bélhurut tüneteivel*. A bántalom kezdeti szakában a betegek nyilván tudomással sem birnak bajukról és ezen állapot talán évekig tarthat. Később emésztési zavarok: székrekedés, gyakrabban hasmenés kínozzák a beteget. A székrekedést az okozhatja, hogy a sok polyp eldugaszolja a bélcsatornát, ilyenkor stenotikus-tünetek is léphetnek fel; gyermekeket a fájdalomtól való félelem tart gyakran vissza a székeléstől. Ha a béltartalom végre utat tör magának, rendesen hasmenés áll be, a mi a pangó bélsárban fellépett fokozott rothadásban leli magyarázatát. Okozhatja a hasmenést már eredetileg az a mechanikus inger, a mit a bélsár a polypok súrolása, vongálása által gyakorol. Minthogy a kór székhelye legtöbbször a vastag- és végbél, az ürülék ennek megfelelőleg híg, büzös, nyákos, gyakran véres. A széküritás legtöbbször erőlködéssel, tenesmussal jár. Nemsokára a bélnyákhártya prolabál és ilyenkor láthatókká válnak a rajta ülő polypok. Eleinte a prolabált bélrész az erőlködés megszüntével önként visszamegy, később azonban künnmarad és a betegek maguk reponálják. A repositio rendesen könnyen sikerül, mert a záróizmok ilyenkor már többnyire petyhüdtek, sőt némelykor oly nagy mérvben, hogy a béltartalmat sem tudják már visszatartani: *incontinentia alvi* áll be.

A has olykor puffadt, máskor besüppedt, néha érzékeny, néha nem; ha bélrák képződött, azonfelül, hogy a rendes tüneteket mutatja, esetleg a hasfalon át ki is tapintható. Az invaginatio tünetei ismeretesek.

A beteg általános állapota, mire az orvos szemei elé kerül, rendesen nagy fokban decrepid. Az anaemiás, lesoványodott és elgyengült beteg szemei beesettek, bőre száraz, étvágya csökkent. Mi a vérsejtek arányának lényeges változását tudtuk kimutatni, a mennyiben a vörös vérsejtek megfogytak (3.230,000 egy mm^3-ben), a fehér vérsejtek megszaporodtak (17,000 egy mm^3-ben), a kettő közötti arány 1 : 190 (normalisan 1 : 500).

A hanyatló emésztés, a folytonos lassú vérzés a szívműködés gyengülését (esetünkben senyves thrombus képződését) és végre az exitus lethalist vonják maguk után.

Carcinoma fellépte természetesen sietteti a lefolyást, mely különben évekig, sőt egy-két évtizedig is tarthat, a mely idő alatt a beteg rendesen invalidus, többnyire ágyban fekvő.

A *diagnosist* a betegágynál kizárólag a végbél alapos vizsgálása által, s ekkor is csak végbélpolyposisra állíthatjuk fel, mivel semmi oly tünet nem áll rendelkezésünkre, a mely a colonban helyt foglaló polypokat elárulná. Gyanut meríthetünk abból, ha a végbélben számos polypot találunk és azok zónájának felső határát el nem érhetjük. Hogy erre igen sokat nem lehet építeni, mutatja a saját esetünk, hol a felső határt el lehetett érni, mégis voltak feljebb is polypok; másrészt pedig vannak oly esetek, hol a végbél szabad és csak a colon van megtámadva. Ilyenkor a diagnosis megállapítása ritkán sikerül, pl. akkor, ha egyidejüleg invaginatio van jelen és az intussusceptum a végbélbe lenyúlik. A diagnosis megállapítása tehát mindig csak a betegség *mineműségére lehetséges, a kiterjedésre nem.*

A *therapia* eddigelé csak oly esetekben tudott eredményt felmutatni, hol a bántalom csupán a végbélre és az S romanum alsó részére szorítkozott. A polypok lekötése, lekaparása, leégetése nem sok reménynyel kecsegtet, a recidiva ritkán marad el. *Radicalis gyógyulást csak a beteg bélrész exstirpatioja nyujthat biztosan.* Ez pedig csupán a végbélre szorítkozó polyposisnál eszközölhető. A palliativ műtétek közül az anus praeternaturalis készítése a legalkalmasabb volna és egy esetben *(Sklifasowski)* tényleg eredménynyel is járt. Ámde fölötte nehéz a kérdés eldöntése, hogy hol csináljuk a műtétet, mert hiszen soha sem tudhatjuk, mily magasra terjed a bántalom. Az ileum alsó végének kivarrása már

[1] *Kelsey:* Some rare affections of the rectum and anus. New-York med. Journ. Vol. XLIV. No. 6. Ref. Centralblatt f. Chir. 1886.

[2] *Fochier:* Polypes multiples du rectum, prolapsus, ligature. Arrachement à plusieurs reprises. Guérison. Leçon medic. N. 10. 1874.

[3] *Esmarch:* Die Krankheiten des Mastdarmes und des Afters. Deutsche Chir. XLVIII.

[1] *Sailer:* Zur Kenntniss der Adenome und Carcinome des Darms. Tübingen, 1888.

[2] *Wulf:* Entstehung der Dickdarmkrebse aus Darmpolypen. Kiel, 1892.

több biztosítékot nyujt, hogy a polyposus zóna felett nyitjuk meg a belet, csakhogy ez valamivel súlyosabb beavatkozás, a mennyiben a béltractusnak egy jó részét zárja ki a passage-ból és vonja el rendeltetésétől.

Lesznek mindig esetek, hol a beteg nagyfokú gyengesége mütéti beavatkozástól absolute eltilt. Ilyenkor nem marad más hátra, mint roboráló eljárás, a beteg czélszerü táplálása, a tünetek, főleg a vérzés lehető enyhítése. Ezt cselekedtük mi is, sajnos, eredmény nélkül.

Azon esetekben, a hol a colon bántalma valószinüleg kizárható és az újképletek tisztán a rectum és flexura alsó elérhető részére szorítkoznak, Herczel a végbél exstirpatioját Kraske szerint végezné, mint a mely methodus a könnyü hozzáférhetőség mellett elég jó prognosist is nyujt.

* * *

Befejezésül szabad legyen azon reményemnek adni kifejezést, hogy szerény közleményemnek sikerülni fog a klinikusok és gyakorló orvosok figyelmét ezen érdekes betegségre terelni és az előbbieket további kutatások eszközlésére, az utóbbiakat a casuistika szaporítására ösztönözni. Különösen kivánatos volna, hogy a gyermekgyakorlattal foglalkozó orvosok figyelmüket erre a betegségre is kiterjeszszék és adandó alkalommal eseteiket közöljék. Igen sok rejtett eset jutna napvilágra, ha az orvosok elvül tüznék ki maguknak, hogy a bélpanaszokkal jelentkező beteget per rectum minden esetben megvizsgálják.

Végül hálás köszönetemnek adok kifejezést főnökömnek, Herczel tanár úrnak, a miért az esetet átengedte és nagybecsü tanácsaival segítségemre volt, továbbá Genersich tanár úrnak a bonczolat végzéseért, és intézete személyzetének, a miért a szövettani vizsgálatoknál hathatós támogatásukban részesítettek.

* * *

Függelék. Hat újabb eset jutott tudomásomra azóta, hogy munkám készen van, de csak részben áll rendelkezésemre kimerítő leirás.

Ezen hat eset közül kettőt *Czerny* klinikájáról közölt *Schwab*.[1] Az egyik 37 éves férfi, kinél, bár az anamnaesisben ki van emelve, hogy dysenteriában sohasem szenvedett, még sem lehet a lobos eredetet teljességgel kizárni, mert a colonban két heges strictura volt. A másik 18 éves leány, ki már gyermekkora óta diarrhoeára hajlandó, 3 év óta gyomor- és bélhurutban szenved, nyákos-véres széke van. A végbélben számos polyp tapintható és mivel a klinikai tünetek a vastagbél megbetegedésére is engednek következtetni: a diagnosis proctitis et colitis polyposa-ra tétetett. Excochleatio recti. Egy év mulva recidiva.

További két esetet *Rotter*[2] mutatott be Berlinben, de sajnos, csak hiányos refaratum áll rendelkezésemre. Az egyik typikus *végbél és colon polyposis*, mely daczára a végzett *ileo-rectostomiának*, kimerülés folytán halállal végződött. A másik 31 éves nő, ki 3/4 év óta szenvedett végbélzavarokban. Polypok tapinthatók, a sphincter felett kocsonyás carcinoma tapintatú körkörös tumor van, melynek felső vége el nem érhető. *Rotter a rectumot 17 cm. hosszúságban a sphincterrel együtt kiirtotta.* Többszöri recidiva és excochleatio után *spontan* gyógyulás.

A discussio folyamán *Lindner* tett említést egy általa operált 15 éves leányról, kinél *adenoma recti és polyposis* miatt kiirtotta a rectumot és a flexurat, míg egy helyre jutott, hol polypok már nem voltak. A sacralis anus 4 évvel a mütét után jól functionált.

Végül az utolsó esetről *Koch* kartárs úr szives magánértesítése folytán van tudomásom. Miután ezen eset legközelebb publicálva lesz, csak annyit óhajtok megjegyezni, hogy a polyposist Genersich tanár úr a bonczasztalon constatálta, az élőben semmi tünete a bajnak nem volt, annak daczára, hogy a vastagbélen kivül a vékonybelek és a gyomor is afficiálva voltak.

[1] *Schwab*: Ueber multiple Polypenwucherungen im Colon und Rectum. Beitr. z. klin. Chir. Bd. XVIII.

[2] *Rotter:* Polyposis recti und Adenoma malignum. Freie Vereinigung d. Chirurgen Berlins. (Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1899, 9. sz.)

TÁRCZA.

Dr. Szontagh Miklós

1843—1899.

Igen nagy veszteség érte a magyar orvosi világot: Szontagh Miklós dr., Uj-Tátrafüred tulajdonosa meghalt. Halála nagy űrt hagy maga után és mélyen megszomoritott mindenkit, a ki csak ismerte, akár személyesen, akár működéséből. Elhunytát mélyen fájlalja a tudomány, melynek lelkes és szorgos munkása volt, kartársai, kiket meleg odaadással vett körül, s betegei, kikkel egyaránt odaadó szeretettel foglalatoskodott.

E sorok irójának éveken át volt alkalma tapasztalni az ő oldala mellett, hogy milyen köztiszteletben és becsülésben részesült, viszont, hogy milyen kiváló volt akár mint orvos és tudós, akár mint ember. Egész élete szakadatlan lánczolata volt a munkának és tudománynak: a klimatologiának, balneotherapiának, első sorban pedig a hydrotherapiának, a mely utóbbinak egyik legelső úttörője volt hazánkban.

Iglói Szontagh Miklós dr. született 1843-ban Alsó-Kubinban. Kora ifjúságában kitünt erős vonzalmával, melylyel a botanika iránt viseltetett. Már mint gymnasista irogatta növénytani czikkeit az „Oesterreichische Botanische Zeitschrift"-be. Húsz éves korában Árvamegye, majd egy évvel később Sopronmegye flórájáról irt műve jelent meg a bécsi Állat-Növénytani Társulat Évkönyvében. 1869-ben élénk részt vett a Kir. Magy. Természettudományi Társulat újjáalakitásában is egyszersmind átvette a Természettudományi Közlöny növénytani rovatának vezetését. Erről a kedvencz foglalkozásáról csak 1873-ban mondott le, midőn Tátrafüreden a vizgyógyintézet kezelését vette át. Három év mulva új otthont alapitott s megteremtette Új-Tátrafüredet.

Bár testtel lélekkel Uj-Tátrafüred fellendülésén dolgozott, orvosirodalmi és turisztikai munkálkodását nem adta fel. A Magyar Kárpát-Egyesület Tátra-Osztályának mindvégig elnöke volt. 1883—85-ben Tátravidék czimü hetilapot adott ki, melynek czélja volt a Tátra felkutatása és ismertetése. Nem is volt nálánál a Tátrának lelkesebb bajnoka, szóval és tollal szinte utolsó perczig nem szünt meg érdekeit propagálni, nemcsak hazánkban, de a külföldön is. Igy 1884-ben megjelent Tátrakalauzát német nyelven is megjelentette; 1896-ban a Magas Tátra és hegyvidéke czimü testes monographiája jelent meg, mely úgy tudományos belbecsével, mint lendületes szép irályával feltünést keltett.

Az orvostudományi irodalmat is sűrűn gazdagitotta értekezéseivel; ismertebbek a következők: Tüdőbetegek gyógyitása az alhavasok védett tájain; Tüdővészesek hydrotherapentikus kezeléséről: A hideg viz alkalmazásának haszna és kára; Tüdővészesek gyógyitása stb.

Legutolsó műve: „A Basedow-betegség és sikeres orvoslása Ujtátrán 82 eset kapcsán" volt, melyet a balneologiai egyesület ezidei közgyülése számára irt, s melyet betegsége miatt e sorok irója olvasott fel helyette.

Erős szervezete sokáig daczolt a rettenetes kórral, mely az életerős, testi és lelki erőtől csak úgy duzzadó férfit egy félesztendei *emberfeletti* kinok kiállása után tudta csak sirba dönteni. Az igaz kartársi szeretet, mely operatios ágyát (Dollinger professor klinikáján) körülállta a tavaszszal, elhallgatta előtte, hogy menthetlenül el van veszve, hogy bajára (carcinoma ventriculi) non est medicamen s nem is tudta meg soha, sőt váltig bizott mihamarabbi felépülésében. Hozzám irt legutóbbi leveleiben egyre-másra szőtte jövő terveit, s míg ágyhoz szögezve egyrészt minden gondolatát újtátrafüredi téli sanatoriumának szentelte, addig másrészt már a jövő tavaszi berendezésekkel foglalatoskodott. Mintha egy titkos sejtés mégis csak azt sugta volna neki, hogy jó lesz sietni, nehogy késő legyen . . .

És bár mindannyian el voltunk készülve az elkerülhetetlen csapásra, mely oly hamar szólitotta el az élők sorából őt, ki tudósnak, orvosnak, kartársnak és főleg embernek egyaránt olyan jó volt, mégis mindenkit megrenditett a gyászhir és őszinte részvétünk özvegyén és árváin kivül első sorban kartársunk, Szontagh Ábrahám dr. egészségügyi tanácsos felé fordul, kit a balsors öcscsétől és nagy reményekre jogositott fiától fosztott meg egyszerre, egy napon. *Kelen István* dr.

A klinikai tanitásról, tekintettel a diagnostikára.[1]

Tisztelt Uraim! Midőn jövő munkálkodásunknak szánt ez új otthonban először van szerencsém üdvözölhetni, nem tehetem ezt a nélkül, hogy egész lényemet átható hálámat ki ne fejezzem mindazokkal szemben, kik ez új intézet létesitését lehetővé tették.

Legmélyebb hódolattal párosult hálámat kell első sorban Ő Felsége szeretett királyunkkal szemben lerónom, kinek bölcsesége, minden szépért és jóért lelkesülő gondossága megengedte, hogy ez intézet épitését czélzó törvényjavaslat hazánk törvényhozó testülete elé terjesztessék. Valamint mély hálával emlékezem meg hazánk törvényhozó testületéről, a magas kormányról, mint a kik készséggel bocsátották rendelkezésre amaz anyagi eszközöket, melyek e szép mű létesitéséhez megkivántattak. Különösen nagy hálával tartozom *Wlassics Gyula* dr. közoktatásügyi minister úr ő excellentiájának, kinek elég volt előbbi szomorú kórodai viszonyainkat egyszer látni, hogy meggyőződjék azok

[1] Előadatott a kolozsvári Ferencz József tudomány-egyetemi belgyógyászati kóroda 1899. október 7-dikén történt megnyitása alkalmával.

tarthatatlanságáról és hogy ismert energiájával azonnal hozzálásson azok gyökeres sanálásához.

És noha az unió kimondását követő második félszázadban távol állok is bármily irányú particularismustól, úgy mégis jól esik hangsúlyoznom, hogy a kórodák építésének kérdése, mely egyetemünk tanácsát — évenkint változó összetétele daczára — állandóan érdekelte, a mint ezt a magas kormányhoz ismételten intézett felterjesztései mutatják, csak akkor juthatott dűllőre, midőn szűkebb hazánknak két fia — részint mint ministerelnök, részint mint pénzügyminister — foglalt helyet a kormányban.

Őszinte köszönetet kell mondanom *Tóth Lajos* dr. és *Papp Elek* dr. ministeri osztálytanácsos uraknak, valamint *Szász Károly* dr. m. titkár úrnak, kik nem csupán itt, mint az építtető bizottság tagjai, illetve elnöke fáradoztak az intézet létesítésén, hanem mint az ügyek referensei a központban is azon voltak, hogy a fel-felmerülő nehézségek mindenkor intézetünk érdekeinek megóvása szempontjából találjanak megoldást.

Igaz köszönetem illeti *Korb Flóris* műépítész urat is, nem csupán sikerült terveiért, hanem azon odaadó gondozásáért is, melyben a legapróbb részletek kivitelét részesitette.

Valamint köszönetet mondok az összes vállalkozóknak és munkásoknak, kik mindannyian azon voltak, hogy a hozzájuk fűzött várakozásnak minden tekintetben megfeleljenek.

Ámde ezen minden oldalról tapasztalt jóindulat és áldozatkészség, mely intézetünket létesitette, súlyos kötelességeket is ró reánk; súlyos kötelességeket úgy a tanárra, mint a tanulóra, melyek annál inkább megszivelendők, mivel attól, hogy azokat miként teljesítjük, függ jövőben nem csupán egyeseknek, hanem gyakran a nagyközönségnek is jóléte, nem egyszer élete.

Ámbár más disciplináknak, mint pl. a sebészetnek, különösen az újabbkori sebészetnek és gynaekologiának olykor valóban bámulatos és nem egyszer káprázt ató eredményei könnyen ragadják is meg a tanuló figyelmét és kötik le érdeklődését, úgy mégis a belgyógyászati klinika képezi azt a helyet, hol jövő tevékenységüknek oroszlánrészével találkoznak.

A klinikai tanulás kétségtelenül a nehezebb studiumok közé tartozik; kitetszik ez már onnan is, hogy az önök összes eddigi tanulmányaiknak meg kellett a klinika látogatását előznie és pedig azért, mivel az ott elsajátítottakat itt már gyakorlatilag kell alkalmazniok.

Az a ki az ép ember szerveinek alkotását, az egyes szervek működési viszonyait, ezek változását megbetegedésük esetében nem ismeri, a ki nem járatos azokban a vizsgálati módokban, melyek segitségével az ép és beteges viszonyokat felismerni és egymástól elkülöníteni lehet: arra nézve a klinika látogatása alig fog haszonnal járni, az alig fogja ama szigorú természettudományi és éles logikai gondolkodásmódot elsajátítani, mely a betegségek felismeréséhez, a gyógyítás helyes útjának megválasztásához, az eredmények megitéléséhez elkerülhetetlen szükséges, a melyek nélkül objectiv ítélkezés, sikeres orvosi működés végkép lehetetlen; de nem is fogja az ilyen orvos soha ama benső örömet élvezni, melyet a kedvező eredmények, a néha oly bonyolódott viszonyok feltárása nyújtanak, valamint nem fogja az ilyen orvos, kedvezőtlenül végződő esetekkel szemben ama megnyugvást találni, melyet nyujt annak ismerete, hogy a beteg érdekében megtettünk mindent, a mit tudásunk mai viszonyai közt lehetett, és hogy nem a mi hibánk, nem nekünk róható fel mulasztásul, ha a körülmények súlyosságával, mint egy vis majorral sikeresen megküzdenünk nem lehetett, miután elvégre lehetetlent sem mi nem követelhetünk magunktól, sem mások nem követelhetnek tőlünk.

Nehezíti a klinikai tanulást — főleg a kezdő klinikusra nézve — még egy körülmény, melyet itt annál kevésbé lehetetlen nem hangsúlyoznom, mivel gyakran épen ennek figyelmen kivül hagyása okozza azt, hogy sokakban csak későn ébred fel ama kedv, amaz érdeklődés, mely nélkül egy tárgy tanulmányozásába sem lehet oly intensiv módon behatolni, hogy azzal mintegy egygyé olvadjunk. Míg t. i. az önök által eddig folytatott tanulmányaikban az előadások ép úgy, mint a demonstratiok egész rendszeresen folyhattak, a legegyszerűbb viszonyokból kiindulva, lépésről lépésre, fokról fokra mehettek át a bonyolodottabbak elemzésébe, addig a klinikán ezt a rendszerességet már csak a tananyag természeténél fogva sem követhetjük szigorúan mindenkor, mivel az előadás tárgyát nem mi választhatjuk meg mindig, hanem a körülmények — az időközben felmerült és a kórképek gyors változása miatt sürgős bemutatást és tárgyalást kivánó esetek — szolgáltatják azt; de leginkább azért nem, mivel a tanulás tárgya a beteg ember lévén, az soha sem praesentálható oly egyszerűségben, mint ezt eddigi tanulmányaiknál tapasztalhatták és megszokták. Ha a legegyszerűbb betegséget tekintjük is, az soha sem birálható el egészen függetlenül önmagában, mivel bármely szervnek betegsége, illetve zavart működése, mindenkor vissza fog hatni az összszervezetre és ennek működésére. Ebből következik az is, a mit a nem orvosok, kik különben gyakran oly nagyon szeretik az orvosi tanácsadót játszani, oly nehezen tudnak átlátni és megérteni, hogy t. i. még a hasonló betegségek sem felelnek meg teljesen egymásnak. Míg a chemiai, physikai, sőt bizonyos határokon belől még az élettani és pathologiai kisérletek is akárhányszor megejthetők és ismételhetők teljesen ugyanazon viszonyok között, mivel a legbonyolodottabb kisérlet tényezőinek megválasztása tetszésünktől függ, addig két teljesen hasonló betegséget, illetve beteget ép oly kevéssé ismerünk, mint a mint nem ismerünk két teljesen hasonló embert.

Mind e nehézségekkel számolni kell a klinikai tanításnak és ép e miatt talán legczélszerűbb, ha ez új intézetekben történő első találkozásunk alkalmával annak részletezésével foglalkozunk, hogy miként óhajtjuk mi a klinikai tanítást a rendelkezésünkre álló helyi viszonyoknak megfelelőleg rendezni.

A mióta a klinikai tanítás a betegágy mellett, illetve a betegen történik, a mióta a betegségek nem tekintetnek másnak, mint természeti jelenségeknek, melyeknek ép úgy megvannak a legegyszerűbb természeti erőkre visszavezethető törvényei, mint az épélettani viszonyok közt lefolyó jelenségeknek: azóta a klinikai tanításnak is ugyanazon *módszer* szerint kell történni, mint a mely módszer szerint taníttatnak a természettudományok általában. Itt is, ott is egyedül az inductiv módszer vezethet biztos eredményhez, az igaz ismeretéhez.

Már ebből is következik az, hogy nem fogunk akkora súlyt fektetni a tanitásnál az egyes betegségekre vonatkozó összes ismeretekre, az egész belgyógyászatnak rendszeres előadására — bár bizonyos körülmények és korlátok közt ezt is cultiváljuk —, hanem inkább az egyes betegségeket képviselő betegek bemutatására, az azoknál észlelhető, a schemától, a typustól esetleg eltérő, vagy annak megfelelő tulajdonságok kiemelésére fogunk törekedni, miután csak igy juthatunk oda, hová minden orvosi ténykedésnél törekedni kell, hogy t. i. individualizáljunk, azaz hogy minden jelenséget, akár kórtünet legyen az, akár valamely gyógybeavatkozás eredménye, a beteg egyéni viszonyaihoz mérten mérlegeljünk, mi mellett bő alkalom nyilik arra is, hogy az egyéni viszonyokat az általános physiologiai és kórtani ismeretekkel vonatkozásba hozzuk. Ha igy egy kóreset minden egyes jelenségének tüzetes megvizsgálásával és részletezésével arra törekszünk, hogy minden tünet, mely az épen bemutatott betegen, mint a physiologikustól eltérő kellőleg magyarázva vagy legalább méltatva legyen: akkor úgy hiszem, hogy helyesebben járunk el, mintha teljesen abstrahálva a betegtől, egy betegséget tűzve ki themául, az arra vonatkozó összes ismereteket, rendszeresen bármily tetszetős formában adjuk elő. Leginkább véljük ez által azt elérhetni, hogy önök maguk is velünk együtt gondolkodva, bemélyednek az egyes eset részleteibe, minek természetes következménye leszaz, hogy ha tárgyalás közben egyes részletek, talán azért, mivel a konkrét-esettel kevésbbé függtek össze, emlitve nem lettek, ez irányú ismereteiket otthon utánolvasással fogják pótolni.

Purjesz Zsigmond dr.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Körner. Die Ohrenheilkunde der Gegenwart und ihre Grenzgebiete. I. Die eitrigen Erkrankungen des Schläfebeins. Verlag von J. F. Bergmann, Wiesbaden, 1899.

Körner jelenleg a fülészet mai állását tárgyaló nagyobb munkájának első részével áll az olvasó elé. E rész magában foglalja a halántékcsont genyes megbetegedéseit, azok kezelését, illetőleg a végzendő műtéteket, ezeknek egyöntetű feldolgozását. Szoros összhangba igyekszik hozni a halántékcsontgenyedéseket úgy a kórboncztan mai tanaival, valamint a klinikai megfigyelésekből nyert eredményekkel is. Pontos javallatokat törekedik felállítani a műtétekhez, melyeket ma fül- és halántékcsontgenyedéseknél végzünk. Mindezen kérdésekhez felhasználja ama 300 beteg kórtörténetét, a kiket maga figyelt meg, és kiken nyert tapasztalatait közli e műben.

A fentebb említett viszonyok tárgyalása végett könyvét több fejezetre osztja be. Az általános részben a fül- és halántékcsont közti összefüggést tárgyalja; majd igen szép boncztani képét adja a halántékcsontnak, mindig szem előtt tartva ama viszonyokat, melyek halántékcsontgenyedésnél felléphetnek. Ugyancsak itt az általános részben tárgyalja a halántékcsonton való vizsgálati eljárásokat is megbetegedések esetén, valamint a csecsnyújtványon végzendő műtétek technikáját általánosságban.

A részletes részben az első és legnagyobb fejezetet szánja ama halántékcsontmegbetegedéseknek, a melyek a rendesen genyedést okozó coccusoktól származnak. Itt tárgyalja az acut és chronikus ostitiseket, valamint az osteomyelitiseket is. Foglalkozik ezek aetiologiájával és pathologia anatomiájával; a kezelést tárgyalva, a műtéti eljárásokat irja le, több helyet szánva az általa már régebben ismertetett és róla elnevezett plastikának. Ugyancsak ebben a fejezetben tárgyalja a halántékcsont cholesteatomáit.

A következő, rövidebb fejezetben a halántékcsont gümőkórját ismerteti, viszonyítja ezt a tüdő gümős megbetegedéséhez; külön pontokban tárgyalja, midőn a halántékcsont gümőkórja megelőzi a tüdőtuberculosist, midőn annak stationaer és midőn végső stadiumával esik egybe. Kiterjeszkedik továbbá azon esetekre is, midőn a halántékcsont gümőkórja folytán általános fertőzés és koponyaűri szövődmények lépnek fel.

Egy harmadik rövid fejezetet szentel még a halántékcsont actinomykosisának is, megemlítvén, hogy ez irányban még oly csekély a casuistika, hogy semmi positivet erről ma még nem tudunk.

Végül rövid függelékben a halántékcsonton fellépő rosszindulatú álképletekről és hysteriás jelenségekről, csecsnyújtványcsont neuralgiákról tesz említést.

A szöveg között több szép kivitelű ábra, a mű végén 3 fénynyomatú tábla járul hozzá a könnyedén irt és érthetően megmagyarázott tárgy jobban való megismertetéséhez.

A mű mindazok figyelmét a legnagyobb mértékben lekötni van hivatva, kik tudományszakunk itt tárgyalt része iránt érdeklődnek.

Ifj. *Klug Nándor* dr.

Összefoglaló szemle.

A fülgyógyászat újabb haladása. Ismerteti: ifj. **Klug Nándor** dr.

(Vége.)

A musculus tensor tympani reflex-mozgásáról és ennek központi pályáiról ir Hammerschlag.

Szerző kutyákon és macskákon végzett kisérleteivel három kérdést akart megvilágitani.

1. Vajjon a tensor tympani rángásai valóban a nervus acusticus útján reflectorice jönnek-e létre és vajjon e reflex csak hanghullámokkal váltható-e ki? A nagyszámban végzett kisérletek eredmény szerint: a m. tensor tympani, kutyán és macskán, a különféle hangingerekre rángással reagál. E rángás csak az acusticus izgatásával és az ezzel egyenértékű ingerekkel váltható ki. Kisérleteiből következik, hogy a kétségtelenül fennálló reflexkör mellett — mely az acusticus mag és az ugyanazon oldali motorikus trigeminus-mag közt van jelen — egy második reflexkör is van, mely az egyik oldali acusticus magtól a másik oldali trigeminus, motorikus magvához fut.

2. Ha tehát ezen esetben acusticus reflexről van szó, kérdés, vajjon az subcorticalis lefolyású-e? Erre nézve kisérletei alapján oda jut, hogy a tensor tympani hangingerekre való reactioja a nagyagy részvétele nélkül jön létre, hogy tehát ez a reflexműködés ép úgy fut le, mint az eddig ismert reflexek nagy száma. Hasonlitja a pupillának fényre való alkalmazkodásához és a pislantáshoz.

3. Vajjon meghatározható-e élettanilag avagy boncztanilag az út, melyen a reflex lefut? Vizsgálatai e részéhez a magyarázatokat kiegészitő kitünő ábrákat csatolt. Kisérletei alapján a tensor reflex útját a következőkben állapitja meg: a nervus cochlearis gyökrostjai, egy vagy mindkét primaer acusticus mag (elülső acusticus mag és tuberculum acusticum), gyomrocsi út a corpus trapezoideshez. Ebben a mediansíknak átlépése. Hogy mily úton jön létre az összeköttetés a trigeminus motorikus magvával, ezt nem tudja megmondani.

Bezold-féle mastoiditis esetet újszülöttön ismertet *Lermoyez*. Ez, mint ismeretes, eddig csak magasabb korú egyéneknél volt található. Tudjuk, hogy a Bezold-féle mastoiditis a csecsnyújtványból genyáttöréssel és az oldalsó nyaki izomzat közé való sülyedési tályogokkal van jellemezve. Az újszülöttön műtétet végeztek. A műtéti lelet igen kifejlett csecsnyújtvány volt, megfelelő űrrel, mi által az anatomiai feltételek a geny tovaterjedésére — a mint az más esetekben csak korosabb egyének halántékcsontjainál van jelen — megvoltak.

Bezold-féle mastoiditis két esetét közli *Luc*. Az elsőnél egy nagy fluctuáló duzzanat volt jelen a regio mastoideán, mely a musculus sterno-cleido-mastoideus mentén lehúzódott a tarkóra. A megejtett fülvizsgálat eredménye: nagy perforatio a dobhártya körül, erős fülgenyedés. A műtétet úgy végezte, hogy verticalis irányban, a perioston is áthaladó metszést ejtett, és hogy még jobban lásson, egy horizontalis, a tarkó felé haladó, 3 cm. hosszú második metszést készitett. Vájt sondával behatolva, a sterno-cleido-mastoideus mögött 7 cm.-re jutott le a processus mastoideus alá. Ekkor a lent kitapintható sonda végére reámetszett ellennyilás készitése végett. Az igy nyert nyiláson át drainezett. A tarkó felé is kitakaritva a sebet, az antrumot nyitotta meg. A processus mastoideus kis részét azon magasságban, hol az áttörés helye volt, resecálta. A csont vége mögött még egy, szivacsos állománynyal telt tasakot talált, s ezt kikaparta. Az egészet chlorzink-oldattal cauterizálta. Ezután drainezett, jodoformgaze-zel tamponálta ki az egész sebüreget, valamint a hallójáratot is. Csupán a retroauricularis részen fenn alkalmazott egy varratot. Beteg műtét után jól van, láztalan, hegedés indul meg. A mélyben azonban a seb nem telődik, genyedés továbbra is fennáll, másfelől a fülből is bő genyedés van jelen. Ezért még egyszer műtétet végez a betegen, resecálja a mastoideus egész apophysisét, és e mögött egy tasakot talál, a melyet alaposan kitisztit. Ugyanekkor a dobüreget kikaparja, a hallócsontokat eltávolitja, és jodoformgaze-zel tamponálja a dobüreget is. Beteg gyógyult.

Második esetben a betegen évekkel azelőtt retroauricularis genyedés lépett fel, mely a nyakra is leszállott. Azóta a sterno-cleido-mastoideus mellett a geny kibocsátására többször történtek bemetszések. Igy került szerző kezelése alá. Ez esetben is Bezold-féle chronikus abscessust vett fel diagnosisnak, a fülben a dobhártya nagy részben destruálva volt, otorrhoea van jelen. A műtétet *Hacke* eljárása szerint végezte. A genyes tasakokat, űrjáratokat kikaparta és az egészet chlorzink-oldattal kimosta. A metszés retroauricularis felső szélén két varratot alkalmazott, különben jodoformgaze-zel tamponált. Beteg műtét után fokozatosan javult.

Szerző szerint a mastoideus útján eredő nyaki genyedésekre nem fordittatik kellő figyelem, pedig ez veszélyes megbetegedés, melynek előmenetele pusztító lehet, ha nincs elég korai diagnosis. Eredményt műtéttel csak úgy érhetünk el, ha az elsődleges megbetegedési okot ismerjük és első sorban is ez ellen teszünk valamit. Gyógyulást csakis műtéttel lehet elérni, ha az űrjáratokat, tasakokat megnyitjuk és kikaparjuk. Kikaparás és drainezés czéljából, ha szükséges, a csecsnyújtvány nagyrésze előzetesen resecálandó.

(Folytatása következik.)

Lapszemle.

A Gasser-dúcz kiirtása. A neuralgia gyógyulását Gasser-dúcz kiirtása után csak akkor vehetjük véglegesnek, ha az esetet hosszabb ideig figyelhetjük meg; annyival fontosabb ez, minthogy Garré az ez évi sebészi congressuson mutatott be egy esetet, melynél a recidiva létrejöttét szövettani lelettel is meg tudta okolni. E ténytől eltekintve még egy körülmény igényel bővebb méltatást: s ez a meningea mediából való vérzés. Krause, Czerny egy-egy esetben súlyos vérzést kapott, melynek elállitása 3 órát igényelt; König, Finney és Fowler egy-egy betege a vérzésnek lett áldozata. Keen 9 esetben súlyos vérzéssel küzdött. Mind ez észleletek magyarázzák, hogy Fowler a carotis externát köti le a műtét előtt. Az utolsó évek casuistikája bő anyagot nyújt a complicatiora vonatkozólag, úgy hogy könnyű volna e sorozatot bővíteni. Mindkét kérdésre vonatkozólag igen tanulságos *Friedrich* tanár 3 operált esete, melyeknek terjedelmes kórtörténetét közli. Mindhárom esetben peripheriás idegresectiok előzték meg a műtétet. Bővebb megbeszélésre különösen a 2. eset érdemes. Krause-féle typikus műtét; a dura lefejtésekor leszakad a meningea media, melynek lekötése azonban sikerül, a trigeminus gyök kihúzásánál profusabb vérzés, valószinűleg a sinus cavernosust és sinus transversust összekötő sinus petrosus superiorból. Továbbfejtésnél egész a sinus cavernosusig ér, melyre való tekintettel a 2. és 3. ágat késsel választja le az első ágról; a 2. és 3. ág resectioja. A műtétet követő napokon főleg az oculomotorius paresis és általános psychikus zavarok érdemelnek említést. Harmadnapra a tünetek visszafejlődnek. Beteg jobboldali trigeminusába kisugárzó fájdalmakról panaszkodik (a műtét baloldalt volt), melyek a bal homlokra sugároznak ki. *Két hónappal* a műtét után különösen jobboldalt heves neuralgia. A *bal* arczfélen a homlokon és a mandibula szélén az érzékenység helyreállt. *Három hónap* mulva az érzékenység az első és harmadik ágnak majdnem teljes kiterjedésére helyreállt, ez ágakra heves fájdalomrohamok is lépnek fel. Krause tanácsára hosszabb ideig alkalmazott aconitum nitricum-kezelés hatástalannak bizonyulván, 12 hónapra a kiirtás után a nervus supraorbitalis peripheriás resectioja. A műtét után a fájdalom csak a 3. ágra szoritkozott. A másik két műtétnél a meningea media nyújt érdekes adatokat; az első esetben Krönlein-féle műtét előzte meg a kiirtást, melynek alkalmából az art. max. internát lekötötték. Az art. meningea media obliterálódván, szinte játszva lehetett a dúczhoz hozzáférni, a vérzés minimalis lévén. Ez ideig (19 hónap óta) recidiva nincs. A harmadik esetben oly profus vérzés keletkezik, hogy csak 28 perczig tartó tamponálás után sikerül a for. spinosumhoz jutni s nyilásába ezüst sonda végét nyomni, mire a vérzés tüstént elál. Műtét végén a sondát a for. spinosumból eltávolitván, újabban profus vérzés keletkezik, miért is a sondát visszahelyezi s csak 13-ad napra, kötésváltásnál távolitja el. A recidivát a Garré-féle eset kapcsán úgy magyarázza, hogy peripheriás regeneratio útján — mely szövettani beigazolást nyert — szomszédos pályák compensatorice érintkezésbe lépnek a trigeminus pályáival. Ez utat nem ismerjük ugyan, de e tény a 2. számú esetben pontos neurologikus vizsgálat alapján klinice is igazolást nyert. Ezenkivül csak egy magyarázat volna képzelhető: a centralis trigeminus pálya neuralgiája, mely excentrikus projectio által a trigeminus területére localizáltatnék. A vérzések miatt ajánlatosnak tartja a carotis externa lekötését, a mint azt Kocher ajánlatára felső állkapocsresectionál már régen alkalmazzuk. A bőrlebeny tápláltsága ez által ugyan kérdésbe kerül; de akár szélesebb alapot szabva, akár hátrafelé irányitva a bőrlebeny alapját, lehetségesnek tartja táplálását biztositani. Esetleg úgy gondolja megoldhatni a kérdést, hogy a carotis externát kipraeparálva, fonalat vezet köréje, melyet csak abban a pillanatban szorit le ideiglenesen, mig a meningea ellátása megtörtént, hogy utólag a fonalat ismét levegye s a carotis egyéb végágát ismét felszabadítsa. Végül alkalmatlannak tartja műtétre azon eseteket, melyeknél a neuralgia kétoldali (2. eset), habár egyik oldalon még oly csekély az intensitása. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. 52, Heft 3 u. 4.) *Manninger Vilmos* dr.

Az elektrikus mikroforrólégedző. *Holländer E.* dr. Berlinben a heidelbergi sebészeti klinika indítványára elektrikus *forró légkészüléket* szerkesztett kisebb műtétek számára, melylyel az általa ajánlott *érintés nélküli cauterisatio* a rendelési órában is történhetik és a különböző kórformák egész soránál a contact-cauterisationál sokkal előnyösebb. Az új készülék igen egyszerű és sterilizálható alakjában leginkább parenchymatosus vérzéseknél igen előnyösen alkalmazható, továbbá első sorban a *lupus vulgaris* kezelésénél kisebb luposus góczok eltávolitására és pedig kitünő sikerrel, szintúgy az arcz angiomáinál; ép úgy a felületes capillaris, valamint a kiterjedt cavernosus angiomáknál is, melyek gyógyitása gyakran nagy nehézséggel jár; végre phagedaenikus fekélyedéseknél. Ajánlatos volna a készülék alkalmazása a súlyos mycotikus bőrinfectioknál is, mint noma, anthrax, pemphigus vegetans stb. A készülék csőből áll, melynek üregében a légvezetéken kivül egy elektromos kabelvezeték is fekszik; a cső vége egy agyagcső körül font platin spirale által van összekötve. Ha a kabel végei accumulatorral érintkeznek, az agyagcső és spirale izzókká válnak s ha most a csövön légszivattyúval légáram vezettetik keresztül, ez 300 fokra hevítve tolul ki a csőre alkalmazott ezüst kúpon át és egy-egy centimeter távolságban jöhet érintkezésbe a beteg részszel. A készülék az ismert *Reiniger, Gebbert és Schall* czégnél készült s ott megrendelhető.

Largin szembetegségeknél. *Pretori Hugó* dr. szemorvos Reichenbergben számos szembajt larginnal kezelt és következőleg referál róla: a largin szemblennorrhoeanál ép úgy hat, mint az arg. nitr., de soha sem okoz izgatottsági tüneteket; parallelkisérleteknél a largin enyhébb szernek bizonyult, mint az argentum nitricum és a gyógyulás tartama egy volt. A conjunctivitis simplex catarrhalisnál a largin-kezeléstől nem látott jobb hatást, mint az adstringentiák használatánál, úgyszintén a conj. follicularisnál (20 eset) a largintól nem látott több előnyt, mint az egyéb szokott kezeléstől. A szarúhártya fekélyeinél 1%-os kenőcs és 1%-os oldat becsepegtetés hatása kedvezőnek látszott. Továbbá a *könycsatorna* bajainál, kivált a *dacryocystitis blennorrhoeás* stadiumánál 16 esetben az előbb használt jodoform helyett 6%-os largin-oldatot alkalmazott befecs-

kendésekre a könycsatornába (2—3-szor egy hétben) és az eredménynyel nagyon meg volt elégedve. Végül constatálja, hogy a largin ép oly jól és gyorsan hat, mint az argent. nitr., de alkalmazása sokkal kevésbbé veszélyes és fájdalmas, mint ez utóbbié s ezért gyakoribb használatra nagyon ajánlható.

A diazoreactio prognostikus jelentőségéről phthisikusoknál ir *Michaelis* dr. A diazoreactionak szerző szerint a phthisis prognosisában nagy fontossága van. Reagensül az Erlich által először használt kémlőszert ajánlja, de megjegyzi, hogy a reactio csak akkor mondható jelenlevőnek, ha összerázáskor a vizelet és a hab rózsaszínűvé válik. A mi azt illeti, hogy sok szerző a diazoreactiot nem tudta előállítani, megjegyzi, hogy a hozzáadott ammoniak mennyiségének sem többnek, sem kevesebbnek nem szabad lennie az előirottnál, nem szabad azt cseppenkint adni a vizelethez, valamint nem szabad ammoniak helyett kalilúgot használni, a mint ezt némelyek tették. Álláskor rövidebb-hosszabb idő alatt sötétzöld üledéknek kell képződnie. Ha a diazoreactio phthisikusok vizeletében kimutatható, akkor a prognosis rossznak mondható, még akkor is, ha a tüdőlelet jobb prognosis felállítására jogosítana is fel. Sőt szerző szerint ilyen betegeknél ½ éven belül lethalis exitus áll be. A reactio beállta független a láztól, a köpet és bakteriumok mennyiségétől. Ezen következtetésekre szerző 3 év statistikája révén jut, mely szerint: 106 phthisis-eset közül positiv volt a reactio 75-nél, negativ 31-nél. A 31 közül 2 gyógyult, 25 javult, 2 nem javult, 2 meghalt. A 75 közül egy sem gyógyult, 8 javult, 2-t áthelyeztek, 7 nem javult, 59 meghalt. Ezek után még azt a véleményt hangoztatja, hogy oly betegek, kiknél e reactio jelen van, tüdősanatoriumokból kizárandók (Zeitschrift für diätet. u. physik. Therapie III. 2.). *B—t.*

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1899. deczember 7.

— **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1899. november hó 19-dikétől 1899. november hó 25-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élveszületett 421 gyermek, elhalt 275 személy, a születések tehát 146 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2635 beteg, szaporodás 826, csökkenés 847 maradt e héten végén ápolás alatt 2614. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 1, roncsoló toroklob 2, hökhurut 1, kanyaró 9, vörheny 13, himlő —, typhus abdominalis 2, gyermekágyi láz 3, influenza —, egyéb ragályos betegségek 7, agykérlob 10, agyvérömleny 5, rángások 7, szervi szívbaj 9, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 38, tüdőgümő és sorvadás 36, bélhurut és béllob 10, carcinomata et neoplasmata alia 16, méhrák 7, Bright-kór és veselob 10, angolkór —, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 21, aszkór, aszály és sorvadás 3, aggkór 14, erőszakos haláleset 12. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1899. november 26-dikától deczember 2-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 2 (meghalt 1), himlőben —, (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 72 (meghalt —), vörhenyben 54 (meghalt 9), kanyaróban 148 (meghalt 5), roncsoló toroklobban és torokgyikban 20 (meghalt 5) trachomában 5, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 14 (meghalt —), orbánczban 18 (meghalt 1), gyermekágyi lázban — (meghalt —).

⊕ **Körrendelet a pestis tárgyában.** Magy. kir. belügyminister. 112,391—VIa. szám. *Körrendelet valamennyi törvényhatóságnak.* A pestisbetegség a jelen év folyamán eljutott Európa tőszomszédságába, sőt újabban magának az európai szárazföldnek két ellentétes szélén, a Volga mentén és Portugáliában is mutatkoztak már pestis-megbetegedések. A szóban levő ragadós betegség a legújabb, megbizható tapasztalatok szerint, szintén nem mindig lépésről lépésre, hanem lappangási időszakának több napra kinyúló volta és a mai közlekedés gyorsasága mellett olykor igen nagy távolságokat is átugorva szokott tovaterjedni; nem lehetetlen tehát, hogy a közeli vagy távolabbi jövőben egyes behurczolt esetekkel mutatkozni fog az európai szárazföld belsejében, s így esetleg Magyarország területén is. Hogy így behurczolt esetekből járvány ne fejlődjék, azt a pestis-betegségnél aránylag sokkal biztosabban elérhetőnek mondják mindazok a jelentések, a melyek a pestis természetének a helyszinén történt tanulmányozása alapján róla eddig megjelentek, mert a pestis csak fertőzött személyekkel vagy tárgyakkal való közvetlen érintkezés útján ragad át, ezért nem terjed szét gyorsan s így időt enged a hatósági védekező tevékenység számára, mely annál sikeresebb, minél gyorsabban léphet közbe. Nagyon fontos ennélfogva az ország lakosainak biztonsága és a kereskedelmi forgalom szabadsága, tehát a közgazdaság érdekében, hogy a felmerülhető pestis- és pestisgyanus esetek lehetőleg gyorsan bejelentessenek a hatóságoknak, de a pestis-elleni nemzetközi védekezés tárgyában 1897. évi márczius hó 19-dikén megkötött velenczei egyezményben (II. fejezet, 1. czim) magunkra vállaltuk azt a kötelezettséget is, hogy az ország területén előforduló minden pestis-esetet késedelem nélkül tudomásukra juttatjuk az egyezményhez hozzájárult államok kormányainak. Mindezek figyelembe vételével szükségesnek látom az 1876. évi XIV. t.-cz. 80. §-a alapján már most elrendelni, hogy az ország területén előfordulható minden pestis- vagy pestisgyanus betegedési eset bejelentessék a hatóságoknak. Felhivom ennélfogva a törvényhatóságot, utasítsa összes közigazgatási hatóságait, a községek elöljáróit és *alkalmas módon való közzététel útján mindazokat, a kiknek az idézett törvényszakasz kötelességükké teszi a közveszélyes betegségek* bejelentését, hogy a tudomásukra jutandó pestis- és pestisgyanus eseteket az 1876. évi XIV. t.-cz. 7. §-ában, illetve az 1879. évi XL. t. cz. 99. §-ának második bekezdésében kiszabott és a pestis- vagy pestisgyanus esetek bejelentésének elmulasztásáért a törvény által engedett lehetőleg szigorú mértékkel kimérendő büntetés terhe alatt az alább közlendő helyekre késedelem nélkül bejelenteni kötelességüknek tartsák. *Nagyobb helyeken a munka- és lakásadók, vendéglősök, háztulajdonosok különösen is figyelmeztetendők ezen bejelentési kötelezettségükre.* A bejelentés módját következőleg állapitom meg: a kinek pestis- vagy pestisgyanus eset jut bármily módon tudomására, azt élőszóval, postai vagy távirói úton késedelem nélkül bejelenteni tartozik, a székes fővárosban a kerületi elöljáróságoknál, egyéb városokban a rendőrkapitányi hivatalnál, szolgabirói székhelyeken a szolgabirói hivatalnál, egyéb községekben a községi elöljárónál, kik a jelentést a legkisebb késedelem nélkül a szolgabirói hivatalba juttatni kötelesek.

A székesfővárosi kerületi elöljáróságok, rendőrkapitányi és szolgabirói hivatalok és a községi elöljárók a vett jelentést nyomban tovább adni tartoznak, még pedig:

A székes fővárosban és a többi törvényhatósági joggal biró városokban a polgármesterhez, vármegyékben (rendezett tanácsú városokban a polgármester útján) az alispánhoz *és egyidejűleg közvetlenül a belügyministerhez,* még pedig minden késedelem nélkül, távirati úton, még éjjel is. A szolgabirói hivatalok a községi elöljáróságoktól hozzájuk érkező jelentéseket is mindkét felsőbb helyre tovább jelenteni tartoznak. A jelentések átvételére kijelölt egészségügyi hatóságok a jelentés vétele után nyomban a tőlem veendő további rendelkezésig is tartoznak megtenni szakközegeik véleménye alapján s azok közbejöttével, a a legsürgősebb óvóintézkedéseket. Szükségesnek tartom itt értesiteni a törvényhatóságot, hogy pestisre gyanus betegektől, vagy ily hullákból származó anyagok vizsgálat végett nem lesznek ide beküldendők és hogy a betegség megállapitása czéljából szükséges bacteriologiai vizsgálatok megejtésére esetről esetre mindannyiszor a helyszinére szándékozom alkalmas szakembert kiküldeni. Jelen körrendeletem tartalma minél szélesebb körben közzéteendő, az összes gyakorló orvosokkal, szülésznőkkel, halottkémekkel, lelkészekkel és tanítókkal egész terjedelmében közlendő. Budapesten, 1899. évi november hó 15-dikén. A minister helyett: Széll Ignácz s. k., államtitkár.

♀ **Tudomásul.** Az elhunyt Szontagh Miklós dr. özvegye tudomására hozza a t. kartársaknak, hogy az *újtátrafüredi téli sanatoriumot* a tél folyamán *Fái Mátyás Miklós* dr. fogja vezetni, a ki azt mint helyettes már eddig is vezette.

—r. Mai lapunk hirdetései közt az újonnan feltalált thermophorokra vonatkozó hirdetés is foglaltatik. Ezen thermophorok igen elmés készülékek, melyeket az osztrák-magyar thermophor-társulat gyárt, és melyek következő physikalis elveken alapulnak: minden test, midőn a folyós aggregat állapotból a merev állapotba átmegy, mindaddig megtartja merev állapotbeli hőmérsékét, míg ezen átváltozás befejeződve nincs és az egész melegmennyiség, mely a test megolvasztására szükséges volt, ismét a környezetre át nem megy. A thermophor-készülékek eczetsavas natronnal töltetnek meg, mely 58° C.-nál mintegy 42 caloria felhasználása mellett elolvad. Ha tehát ezen készülékek tölteléke forró viz alkalmazására feloldva lesz, az arra következő lehülés közben a hőmérsék mindaddig állandóan 58° C. marad, míg a só latens olvadó melege a környezetre leadott meleggel ki nem egyenlitődik. Ez a készülék alakja és nagysága szerint 1—10 óráig tart. Ebben fekszik ezen készülék előnye más melegitő eszközök, compressek, pépborogatások, láp- és fango-fürdők stb. felett. Miután a tölteléket megújitani nem kell, a thermo-kezelés nagyon olcsóvá válik. A meleg ilyetén alkalmazása orvosi és gyógyczélokra nagyon sokféle lehet, mire nézve a fent emlitett hirdetésre utalunk. Igy többek közt ilyen készülékek alkalmazásáról a nőgyógyászatban a bécsi orvosegyletben *Mirti* dr. tartott előadást f. évi márczius hó 24-dikén. (W. Med. Presse 1899, 16. sz.)

Dr. **Herczel** egyet. m.-tanár újonnan épült „Fasorsanatoriuma“ (magángyógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek** részére) **Budapest,** VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitünő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospektus.

ORVOSOK
nem nélkülözhetik az
Orvosi Évkönyvet,
melynek X. évfolyama karácsonyra jelenik meg.

Téli kúra
Szt. Lukács-fürdő
Budapest

Kénes iszapfürdők, természetes fürdőmedencze. Begöngyölések iszappal. Kőkád- és gőzfürdők. Massage. Kitünő szállodák. Meghülés kizárva. Vendéglő saját üzemben. Olcsó árak. Gondos kezelés. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.

A „Kristály“ Szt. Lukács-fürdő savanyúvíz, mint kellemes üdítő ital ajánltatik

Dr. Baumgarten Samu Stefánia-út 55. szám alatti **Sanatorium** sebész-főorvosa osztályán **sebészeti és húgyszervi betegek** külön szobára kitünő ellátás, gondos ápolás és állandó orvosi felügyelet mellett **napi négy forintért** vétetnek fel. Bővebbet ½2—½4-ig járóbeteg rendelőjében, Budapest, VI. ker., Eötvös-utcza 23. szám.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület (XXIX. rendes ülés 1899. nov. 16.) 636 l. — Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete. (I. rendes ülés 1899. január 20-dikán.) 638. l. — Közkórházi orvostársulat. (XIV. bemutató szakülés 1899. október 25-dikén.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XXIX. rendes ülés 1899. november 16.)

Elnök: **Moravcsik E. Emil**; jegyző: **Dieballa Géza.**

Naevus verrucosus universalis esete.

Beck Soma: A 6 éves fiúcska már ez év junius hava óta áll megfigyelésem alatt a Bródy Adél-gyermekkórház belgyógyászati osztályán. A bőrén látható elváltozások 6 hónapos korában mutatkoztak először a czombok belfelületén. Jelenleg az elváltozások kiterjednek a hajzatos fejbőrre, szemhéjakra, szájzúgokra, állra, nyakra, a hol a folyamat legintensivebb, az egész törzsre és a végtagok bőrének egyes részeire. Az elváltozás részint sárgás-barna könnyen lekaparható szarúpikkelyek felrakódásából áll (hajzatos fejbőrön), részint gombostűfejnyi egész kölesnyi, többé-kevésbbé a bőr színe fölé emelkedő egyenetlen fölszinü, helyenkint (a nyakon) fibroma molluscumszerű képleteket alkotó, sárgás-barnás pigmentált növedékekből áll. Az eset diagnosisát illetőleg nem lehet kétségünk az iránt, hogy egy olyan naevus verrucosussal van dolgunk, a mely linearis, neurotikus, systemizált naevus stb. nevek alatt szerepel az irodalomban s a mely többnyire féloldali szokott lenni. Némelyek ideglefutásokkal *(Baerensprung)*, mások a bőr Voigt-féle határvonalaival *(Philipson)* hozzák viszonyba a naevusok fellépését. Csak egy esetet ismerünk az irodalomban, a melynél a bőranomalia a mienkéhez hasonló dimensiot öltött: ez *De Amicis* naevus verrucosus pigmentosus universalis esete.

A therapiát illetőleg kiemelendőnek tartjuk a következőket: miután kezdetben keratolytikus anyagokkal csak kisfokú és időleges javulást értünk el, mintegy 4 hét előtt annak a tapasztalatnak alapján, hogy a gyermek gl. thyreoideája feltünően kicsiny, thyreoidin-tablettákat adtunk a fiúnak 0·10—0·20 cgm.-ot pro die. Az eredmény 2 hét mulva meglepő volt. A bőr mindenütt tisztulni kezdett, a papillomatosus növedékek vagy eltüntek, vagy kisebbek lettek. 3 heti kezelés után általános tünetek miatt a tablettákat el kellett hagynia s csak pár nap óta szedi őket újra. Ha bizonyos idő multán ismét kedvező változást fogunk a bőrön constatálhatni, újból bemutatjuk betegünket az orvosegyesület tagjainak.

Echinococcus pleurae.

Bókay János: Egy 5 éves fiúgyermeknél echinococcus pleurae miatt Baccelli-féle punctiot végzett. Az eset 5 hónapi észlelés után majdnem teljesen gyógyult állapotban mutattatik be.

Méhenkivüli terhesség 3 esete.

Tóth István: Ritkán kinálkozik alkalom arra, hogy még műtét előtt mutathatók be a méhenkivüli terhességben szenvedő nők, a minek oka részint abban rejlik, hogy nagyon gyakran olyan állapotban kerül a beteg az orvos elé, a mikor gyorsan segítenünk kell műtéttel a betegen, részint pedig, ha ritkábban is, de megesik, hogy csak a műtétnél derül ki a kórkép s igy csak a megtörténtekről referálhatunk.

Jelenleg alkalma van szólónak a II. sz. nőbeteg-klinikáról 2 méhenkivüli terhességben szenvedő nőbeteget s egy már operált hasonló bajban szenvedett nőt bemutatni.

Röviden leirja a kórképet, hozzáfüzi reflexioit, a miből a diagnosist felállitották.

1. H. M.-né 32 éves 0 P., menses előbb rendes, 3 hó óta elmaradt. Havibajának elmaradása után 1 hóval hirtelen rosszul lett, nagy fájdalmakat érzett hasában, csuklott, hányt, néhány napon át fekvő beteg volt. Azóta több izben volt ilyen rohama. A rohamok közti időben is fájdalmakat érez hasában.

A klinikára felvéve, a terhesség valószinűségi jeleit találták; a hasban, inkább a bal hasfelet elfoglaló tumor, a mely a jobbra helyezett felpuhult, megnagyobbodott méhvel szélesen függ össze. A tumor határai bár jelezhetők, de elmosódottak.

Az anamnesis, a graviditas jelei, a gravid jellegű méh mellett tumor jelenléte csaknem kétségtelenné teszik a méhenkivüli terhességet s valószinű, hogy a petezsák nem intact, de a pete tovább fejlődik, él.

Ilyen körülmények között az egyedül helyes eljárás a laparotomia útján a méhenkivüli petezsák eltávolitása.

A 2. eset egy 38 éves III P., utolsó 16 év előtt.

Utolsó havibaja 1898. deczember 28-dikán volt. 1899. május 3-dikától magzatmozgásokat érzett egész julius végéig, a mikor jelentékeny fájdalmak, hidegrázás, ájulási rohamok után a magzatmozgások megszüntek. Fekvő beteg lett, állandóan vérzett, egész szeptemberig fekvő beteg volt. Azóta fel-fel kél, időnkint vannak alhasában görcsös fájdalmai.

Felvételnél emlőkben kevés savó, alhasban egy golyószerű, a Douglasba mélyen lenyúló s a nagyobb méhet mellfelé toló, tömött, kemény, dudoros daganatot találunk, a mely elég jól megmozgatható, de a medenczéből ki nem emelhető.

Ez esetben tehát a helyi lelet a terhességnek jóformán semmi tünetét nem mutatja. Ismeretlen volna a tumor származása, ha az anamnesis nem vezetne oly pontosan reá, de ez alapon csaknem bizonyossággal mondhatjuk, hogy itt is méhenkivüli terhességgel állunk szemben. A pete körülbelül 7 hónapon át fejlődött, ekkor ismeretlen ok folytán elhalt, eltokolódott s ma már egy lezajlott folyamattal van dolgunk. Kérdés, mi a tenni való?

A betegnek olyan panaszai nincsenek, a melyek feltétlenül szükségessé tennék a beavatkozást, másrészt a beteg közvetlen életveszélyben sem forog. Mindazonáltal, általános tapasztalat által igazolt s csaknem általánosan elfogadott elv, hogy a méhenkivüli petezsákot, még ilyen eltokolt állapotában is, el kell a szervezetből távolitani, mert egyáltalában nem lehet tudni, mikor lépnek fel benne másodlagos elváltozások, a petezsák infectioja, elgenyedése, a mikor vagy sokkal rosszabb viszonyok között kell operálnunk kedvezőtlenebb kilátással, avagy magára hagyva, pyaemia áldozatává lesz a beteg. Igaz, hogy a műtét veszélyt hord magában, de sokkalta nagyobb az a veszély, a mit magában rejt a szervezetben levő petezsák. A tudomány mai eszközeivel felfegyverkezve, nem hagyhatjuk a beteget bizonytalan sorsára. Ez az általános s a szó jó értelmében vett modern felfogás.

A véletlen hozza magával, hogy épen e tény illustrálására egy nagyon praegnans képet mutathat be egy harmadik esetnél.

Mult év októberében vettek fel a klinikára egy 26 éves I. P. nőbeteget, a kinél a méh mögött egy a Douglast mélyen ledomboritó tumort találtak, a mit az anamnesis s a helyi lelet alapján egy méhenkivüli terhességből eredő vérömlenyes petezsáknak tartottak. Ajánlották a betegnek a műtevést, a mibe az nem egyezett bele, elhagyta az intézetet, sőt későbbi figyelmeztetések daczára sem jött többé a klinikára, mignem f. é. október 21-dikén súlyos betegen jelentkezett, elmondva, hogy a klinikáról való távozása után a mult telet jóformán állandóan betegen töltötte, februárban magzatmozgásokat is érzett heteken át; hasa juniusig növekedett, azóta valamivel kisebb lett. A tavaszon állapota annyira javult, hogy felkelhetett s ez idő óta elég jól érezte magát. Felvétele előtt egy héttel kirázta a hideg, lázas lett, fájdalmak léptek fel hasában s vérezni kezdett.

Felvételnél a beteg elesett, lázas. Emlőkben kevés savó. Hasűrben egy emberfejnyi, sima felületű, helyenkint hullámzást adó, a környező szervekkel összenőtt, nyomásra igen fájdalmas daganatot találunk, a mely a mellül magasan felhúzott méhvel szélesen függ össze.

Az anamnesis, az egy év előtti diagnosis, a mostani lelet a méhenkivüli terhesség felvételére utaltak. A terhesség II. felében elhalt a magzat, az eltokolt pete jó ideig tünetet nem okozott, a has nagyfokú érzékenysége, a napokon át észlelt és folyton emelkedő láz a petezsákban létrejött elváltozásnak következménye.

A beteg 4 napi észlelés alatt rendkivül sokat szenved, nem táplálkozik, lázas s bár rossz kilátások között, életmentési kisérletül, operálni kell.

Tauffer tanár végzi a hasmetszést: a daganat az összes környező szervekkel összenőtt; kiválasztás közben egyszerre penetráns bűzű geny önti el a hasűrt, a mely részint a petezsákból, részint e mellett tasakokban képződött genyürökből eredt. Nagy nehézségek között sikerül a daganat kifejtése szerencsére nem nagy vérzés között s miután a j. o. lig. lat.-ot, melylyel a daganat összefüggött, alákötötték s igy a petezsákot eltávolitották, a hasűr kitisztogatásához láttak. A beteg ereje a műtét alatt nagyon hanyatlik, moschus-, aether-injectiokkal tarják fenn a szivműködést, miután a hasűrt, hogy úgy mondja, nagyjából kitisztogatták volt, tovafutó selyemvarrattal zárták a hasfalakat, mivel a szokásos gondos hasfali varrást a beteg állapota meg nem engedte.

Nem sok reménynyel vitték a beteget ágyba; egyrészt tartottak attól, hogy az úgyis legyöngült beteg a nagy műtéti behatást sem birja ki, másrészt, hogy a nagymennyiségű genynek beömlése után aligha kerüli el a beteg a halálos peritonitist.

Gondos ápolás, excitálás mellett sikerült a beteg erejét fentartani, áz többé nem jelentkezett, a peritoneum megküzdött a belejutott csirokkal, sőt még a hasfali seb sem genyedt el, csakis a szúrcsatornák genyedtek néhány napig s ma a műtét 23. napján teljesen gyógyulva mutathatja be a beteget.

Ezen eset, ha nagy szerencsével jó kimenetelű volt is, nagyon jól illustrálja előbbi kijelentését, hogy a petezsák nagyobb veszélyt hord magában, mint az idejében végzett művi beavatkozás.

Előbbi két eset műtéte után annak lefolyásáról, diagnosisa helyes vagy helytelen voltáról az orvosegyesületnek beszámol.

Cholelithiasis alapján fejlődött epehólyagrák. Az epehólyagnak és vezetékének teljes kiirtása.

Herczel Manó: P. Mari, 48 éves, földmives neje, három év előtt volt az első hányással járó epekőkólikaszerű rohama, mely nehány hét múlva ismétlődött. Ezen idő óta állandóan a jobb bordaiv alatt székelő szúró jellegű, mozgásnál fokozódó fájdalmakban szenved, melyek mind, inkább erősbödtek, a beteget éjjeli nyugalmától és munkaképességétő megfosztották. Két év óta hasa jobb felében a bordaiv alatt daganatot vett észre, mely csak igen lassan növekedett. Sárgasága és láza állitólag soha nem volt. Szeptember hóban vétetett fel a szt. István-kórházba

Bakody tanár osztályára, ki szives volt a beteget műtét czéljából osztályára áttenni.

Felvételkor: Az elég jól táplált nőbeteg mellkasi szervei rendellenességet nem mutatnak. Májtompulat normális, hasfalak puhák. A hasüregben a középvonaltól jobbra egy gyermekfejnyi, körte alakú, sima, feszes falú tumor tapintható, mely a parasternál és bimbóvonal között a jobb bordaiv alól indul ki és két ujjnyira ér a köldök alá. A légzési mozgásokat követi, oldalirányban könnyen mozgatható, a colan felfuvásakor a tumornak legnagyobb része a bordaszél mögé helyezkedik és csak kis segmentuma palpálható. Mindezek szerint a megnagyobbodott epehólyagnak kellett tartanunk. Üres belek mellett az epehólyagtól balra a köldök fölött egy tömött, dudoros, a középvonaltól a tumor felé húzódó hosszúkás resistentiat lehetett tapintani, mely fölött a kopogtatási hang tompult dobos volt. A megnagyobbodott epehólyagot a középvonal felé húzva, a jobboldali vesét mély légvételnél jól ki lehetett tapintani. Vizelet sem czukrot, sem fehérnyét nem tartalmazott.

Cholelithiasisra tette szóló a diagnosist, feltételezvén, hogy az epehólyag megnagyobbodásának oka: a ductus cysticus elzáródása kő által. A műtétet chloroformnarcosisban 1899. szeptember hó 6-dikán végezte. Hogy az epehólyag mellett tapintható tumor természete felől tájékozódjék, a hasüreget kis nyiláson át előbb a középvonalban nyitotta meg. Midőn meggyőződött, hogy a resistentia az epehólyaggal összenőtt visszacsapódott csepleszlőmeg által van feltételezve. Az epehólyag erősen meg volt telve, fala igen feszült és csak miután belőle 190 cm^3 zavaros genyes epét kiszivattyúzott, lehetett benne egy nagy követ tapintani. Tekintettel az epe genyes voltára, az epehólyagot a kő eltávolitása czéljából nem nyithatta meg mindjárt, hanem egy a jobb rectus külső szélén vezetett metszés széleihez hozzávarrta és csak öt nappal ezután, midőn az összetapadás már létrejött és nem kellett attól tartania, hogy a genyes epe a hasüregbe folyhat, nyitotta meg 3 cm.-nyi hosszban az epehólyagot és eltávolitott egy diónyi, 12 gramm súlyú hosszúkás követ. A cysticusban, igen magasan egy másik követ lehetett tapintani, mely azonban annyira be volt ékelve, hogy semmiféle eszközzel el nem távolithatta. Az epehólyagnak különben is vastag fala a fenéken, ott hol a nagy kő feküdt, tallérnyi területen feltünő tömött volt és a hólyag üregébe kissé bedomborodott. Ezen hely carcinomára igen gyanus lévén, kórszövettani vizsgálat czéljából a hólyag falából egy darabkát lecsiptek, és az üreget gaze-zel lazán tamponálta. *Genersich* tanár vizsgálata szerint tényleg carcinomával volt dolguk, mely kétségtelenül a kő állandó irritatioja alapján keletkezett és igy az epehólyag teljes kiirtását kellett elhatározni és ezt 10 nappal a kő eltávolitása után eszközölte. Az első műtét alkalmával a jobb rectusszél mentén ejtett seb már összetapadt széleit szétválasztva, az epehólyagot a hasfalról lefejtette, összenövéseiből kiszabadította, a hólyag alsó polusához, a neoplasmához szélesen odanőtt mintegy két diónyi csepleszdarabot resecált. A hólyag nyakát a májról tompán annyira lefejtette, hogy most már a ductus cysticust, a még mindig szorosan beékelt kőtől proximal-felé egy peritoneális, manchettaszerű lebeny lefejtése után vastag catguttal leköthette és az egész epehólyagot a carcinomával és a cysticusban fekvő kővel együtt eltávolithatta. A csonk keresztmetszetén látható két véredényt még külön lekötötte és a peritoneális lebenyuyel 8 sero-serosus varrat segitségével teljesen födte. A hasüreget egy a cysticus csonkjáig vezető Mikulicz-féle tömőszszel kifelé drainezte, a hassebet fent és lent szűkitette.

Lefolyás: láztalan. A cysticus varrata jól tartott, epeömlés nem mutatkozott. 14-dik napon eltávolitják a tampont, mire az üreg valamint egy kis hasfali abscessus is gyorsan telődött. Beteg teljesen meggyógyult, sipolya nincs.

(XXX. rendes ülés 1899. november 18.)

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

Miként gyógyitja a kéneső a syphilist. Vizsgálódások és megfigyelések a specifikus therapia mibenlétét illetőleg.

Justus Jakab: Megemlékezvén azokról a theoriákról, melyeket eddigelé felállitottak a kéneső gyógyitó hatásának magyarázására, előadó kénytelen oda concludálni, hogy eme hatás mibenlétét illetőleg ismereteink alig vannak. Ő tehát a kérdést alapjából kiványán megoldani, első sorban klinice és histologice megfigyelte, mily módon fejlődik vissza valamely syphilises kivirágzás a kéneső-kúra folyamán. Pontosan elmondja a szövettani kép részleteit, melyet egy papula vagy széles condyloma a kezelés megkezdése előtt, közben és után mutat. A górcsövi kép után készült photogrammokon demonstrálja, mint csökken meg az újképlődést alkotó sejtek száma, változik az intercellularis szövet. Majd erősebb nagyitással készült képeken megmutatja az egyes sejtek, különösen a plasmasejtek visszafejlődésének módját: a sejtplasma festődő anyagának kiürülését.

Az alapvető kérdés az: mi okozza a sejteknek és azok révén az infiltratumnak, edényeknek, intercellularis szövetnek stb.-nek jellegzett visszafejlődését?

Előadónak sikerült kimutatni, hogy a szövetben és a sejtekben higany foglaltatik, sőt sikerült kimutatni azt is, hogy a plasmasejtek szemcséktől való kiürülését a beléjük jutott, fehérnyéjükkel egyesült, ezt életképességétől megfosztó kéneső okozza. Olyképen demonstrálja ezen felfogása helyességét, hogy a higanyt higanysulfid alakjában a plasmasejtekben, az edények endotheljában, a hámban és a nyirokrésekben mint sárgás-barna, sőt fekete szemcséket és rögöket képes a hallgatóságnak vetített képekben bemutatni.

A kéneső tehát oly módon hat gyógyitólag a syphilises kivirágzásokra, hogy a vérárammal beléjük jutván, a tápláló edények falazatában levő sejtekbe és a kivirágzás legfőbb alkotó részét képező plasmasejtekbe behatolván, életképességüket lecsökkenti, visszaváltozásra birja a sejteket és a szövetet az eltünésre alkalmatossá teszi.

Deutsch László kérdi: 1. Vajjon végzett-e előadó controllkisérleteket ép egyének kötőszövetére vonatkozólag.

2. Vajjon a higany az egyéb plasmasejteket nem támadja-e meg? Mert ha nem, akkor a higany hatása nem alapulhat a plasmasejtek gyengeségén, mint előadó mondja, hanem csak azon, hogy a higany magukat a csirákat pusztitja el, mire a plasmasejtek a primum agens megdöltével természetszerűleg pusztulnak el.

Justus: Egészséges egyéneket, illetve kénesős kúra közben köztakarójukból kimetszett részeket nem vizsgált. De egészséges szövetrészeket volt alkalma vizsgálni akkor, mikor az egy-egy papulával vagy széles condylomával együtt kimetszett ép bőrrészleteket helyezett górcső alá. Ezekben sem sejtszaporulat, sem kéneső — hacsak a nyirokrésekben nem — található nem volt.

A mi azt a kérdést illeti, vajjon másféle, nem syphilises plasmasejtek is tönkremennek-e a kéneső behatása alatt, arra minden valószinűség szerint nemmel kell felelnünk, ha meggondoljuk, hogy másféle granulomák kénesőre nem gyógyulnak, tehát az őket alkotó plasmasejtek sem igen változhatnak e szer behatására.

Az iskolázás befolyása a kanyaró és croup-diphtheria terjedésére.

Kőrösy József: Londonban az iskolakényszer behozatalával egyidejűleg konokabb természetű croup-diphtheria-járvány tört ki, melynek okát többen az új iskolák felállitására vezették vissza. Ezen nézetnek különösen a „Lancet“ adott kifejezést, mely tekintélyes folyóirat ezáltal nem csekély nyugtalanságot okozott. Ily körülmények közt az angol közegészségi intézet elnöke, dr. *Smith*, foglalkozott ezen kérdéssel és ez alkalommal több felé — igy az előadóhoz is — kérdést intézett az iránt, vajjon miféle tapasztalatokat tettek más városokban az iskola és a croup-diphtheria terjedése közt létező összefüggésről.

Ezen összefüggés megállapitására azt a módszert ajánlották, hogy a gyermekkor minden évéről vizsgálják meg, mily sűrűn léptek fel a croup-diphtheria okozta halálesetek. Előadó ezt a módszert nem tartja megfelelőnek, mivel a fertőzések, úgy látszik, leginkább közvetve és nem közvetlenül történnek, azaz, a már előrehaladt korban levő tanulók habár ritkábban betegednek meg, mégis hazavisznik és terjesztik fiatalabb testvéreik körében a betegség csiráját. Azonfelül, minthogy a halálos kimenet a különböző korszakban különböző, nem a halandóságot kellene vizsgálni, hanem a betegedést.

A követett módszer gyengeségét legjobban bizonyitja az, hogy e mellett még a kanyaróról sem lehetne kimutatni a fertőzést; ez határozottan az iskola által terjesztetik; de a kanyaróhalálozások többsége mégis az iskolaköteles kornál fiatalabb nemzedékre esik. Igy a 0—1 éves korban állókból elhalt kanyaróban 2·90, a következő korévekben 4·95, 2·61, 1·53, 1·19, de az 5—10 korévből már csak $^1/_5$ ezredrész, a 10—15 korévből csak $^1/_{50}$ ezredrész. A croup-diphtheriánál is a halálozások több mint $^4/_5$ része az iskolalátogatás előtt fordult elő.

Ily körülmények közt czélszerübbnek, sőt egyedül lehetségesnek tartja azt a módszert, hogy előbb vizsgáltassék meg egy olyan betegség menete, mely határozottan az iskolázástól függ, a milyen a kanyaró. Meglevén igy adva az iskola befolyása által okozott betegség menetének typusa, ezzel a mértékkel összehasonlitható minden más betegség, melynek terjedése iránt szintén az iskolát fogjuk gyanúba. Ha ezekre is ugyanazon okok hatnak, kell hogy fellépésök párhuzamos legyen, ha pedig nem párhuzamos, ez jele annak, hogy itt más okok hatásával állunk szemben.

Az iskolázás befolyásának typikus paradigmájául előadó a kanyarót állitja oda. Előadó mindenekelőtt az iskolának a kanyaró terjedésére gyakorolt befolyását bizonyitja.

Az iskolázás befolyását legjobban jellemzi a következő két szám: azon hónapokban, melyek a szünetek befolyása alatt állottak, naponkint átlag 5·34 betegedés fordult elő, mig a szorgalmi időre eső hónapok alatt 14·08 eset.

A bemutatott graphikus rajz szembeszökően engedi felismerni, hogy az iskolázás megkezdésével a kanyaró előbb lassú, később gyorsabb emelkedésnek indul, mig a croup-diphtheria a szünidőben ugyan szintén leszáll, de a szünidő után hol emelkedik, hol apad és nem követi a kanyaró határozottan emelkedő arányát.

Legjobban mutatja a két betegség menete közt létező különbséget az a statistikai adat, hogy mig a szünidő alatt a naponként kanyaróba eső *5·34* beteg száma a szorgalmi idő alatt *14·08*-ra emelkedik, addig croup-diphtheriánál *3·16*-ról *3·80*-ra, azaz az emelkedés amott 200, emitt csak 20 százalékot tesz.

Az iskolázás tehát — mint általában az embereknek minden nagyobb mérvü érintkezése — bizonyos mértékben kétségen kivül szintén hozzájárulhat a croup-diphtheria terjedéséhez, azonban fő vagy jelentékeny okának sehogy sem tekinthető, az ellenkező állitás nincs bebizonyitva és a két jelenség egybecsése inkább csak véletlennek tulajdonitandó

Juba Adolf: A mindennapi tapasztalat bizonyitja, hogy a kanyaró terjedése az iskoláztatással összefügg — mint iskolaorvosnak volt alkalma észlelni, hogy miként terjedt át a kanyaró az egyik gyermekről a másikra s ezt tapasztalta szóló magángyakorlatában is —, teljesen csatlakozhatik tehát szóló a statistika szolgáltatta indirect bizonyitékokhoz azon direct bizonyitékokkal, hogy az iskola terjeszti a kanyarót.

Sokkal nehezebben állithatja ezt a diphtheriáról és croupról, mert középiskolában tanit, tekintetbe véve azonban, hogy a vizivás körülményei milyen miseriásak, a vizivó edények útján mégis történik fer-

tőzés, legalább a tonsillitis follicullarisról ezt határozottan ki lehet mutatni.

Jurkiny Emil: Csak egy momentumot akar felhozni arra nézve, hogy miért terjed épen a kanyaró az iskolában, s miért nem a diphtheria. A kanyaró incubatios szaka t. i. olyan, hogy a gyermek már fertőzve van s mégis jár iskolába, honnét csak 8—10 nap mulva marad ki és éppen ezen idő alatt nagy mértékben fertőző lévén a kanyaró, a még látszólag egészséges gyermek nagy fokban terjeszti a betegséget.

Nem így van ez a diphtheriánál, mely már az első vagy második napon olyan megbetegedést okoz: láz, fájdalom, hogy a gyermek otthon marad.

Hasonlóan, mint a kanyaróval, vagyunk a pertussissal és varicellával — ezek is olyan fertőző betegségek, melyek incubatios szaka hosszabb: a gyermek látszólag egészséges s mégis terjeszti a fertőzést, innen van, hogy a kanyaró iskolabetegségnek mondható, mert a gyermek betegsége első szakában iskolába jár, pedig ragályozó.

Szontágh Félix: Kérdezi, nem lehetne-e párhuzamosan észlelni a kanyaró-morbiditást és a diphtheria-mortalitást?

Gerlóczy Zsigmond: Azon észleletek után, melyeket Jurkiny két évvel ezelőtt a szünidők befolyásáról közölt, az iskola kanyaró terjesztő befolyását szóló teljesen bebizonyítottnak tekinti, az teljesen kétségtelen; az iskolák bezárása a járványt mindig lelohasztja; a kanyaró elleni védekezésben tehát az iskolákat illetőleg kivánatosnak tartaná szóló, hogy már a legelső esetnél 7—8 napra, míg a kanyaró prodromalis tünetei tartanak, az iskola bezárassék.

Löw Sámuel: Sem előadó, sem hozzászólók nem említették a gyermekkori dispositiot e megbetegedések iránt a gyermek kora szerint.

A croup és diphtheria iránt legnagyobb a dispositió a 3—6-dik életévben, mikor tehát a gyermek még iskolába nem jár, ellenben a kanyaró iránti nagyobb dispositio éppen azon évekre esik, mikor a gyermek már iskolába jár: ebből is magyarázható, hogy a croup és diphtheria az iskolában sokkal kisebb mértékben fordul elő, mint a kanyaró.

Kőrösy előadó előrebocsátja, hogy ő csak statistikai szempontból szólhat hozzá. *Szontágh* indítványát nem tartja czélravezetőnek. *Gerlóczy* felszólalására felemliti, hogy midőn tudtával elsőnek észlelte a szünidő befolyását — mely eszme különben *Förstertől* eredt —, csak félve merte az iskolát a kanyaró terjesztése miatt vádolni; megelégedésére szolgál, ha azt most máris oly megállapitott ténynek tekintik, hogy további bizonyitását szinte fölöslegesnek tartják; de hozzáteszi, hogy midőn vizsgálatai ebbeli eredményét 1894-ben közzétette, nem tudhatta, hogy három évvel később *Jurkiny dr.* is ugyanazokra az eredményekre fog jutni. Nem tartja kivihetőnek, hogy az iskolák minden egyes kanyaró-esetnél bezárassanak, mivel akkor azokat egész éven át zárva kellene tartani. Constatálja különben, hogy a felszólalások az előadás végtételét helyeslésükre méltatták.

Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

(I. rendes ülés 1899. január 20-dikán.)

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

Rhinoscleroma műtett esete.

Navratil Imre: Az 1898. év deczember 1. napján *Hültl* által bemutatott beteget most megoperáltan mutatja be N. Az operatiot a következőkép hajtotta végre: A homlok közepétől az orrháton végig a sövény kezdetéig egy a bőrt teljesen átható metszést csinált és mindkét oldalt leválasztotta a scleromás részekről egészen az ép részek határán túl egy cm.-nyire. Most erélyes metszéssel körülkerítette a daganatot egy majdnem háromszögű metszéssel, melynek hegye az orrgyök, alapja a felső ajkban volt. A scleromának részint késsel, részint éles kanállal való eltávolítása után a nyilást s a sinus pyriformist kitöltötte jodoformgaze-zal és a lebenyeket e fölött egyesítette. A jodoformtamponnak orralakot adott. Az eltávolított kóros részekben az orr összes képletei (porcz, csontok, stb.) bennfoglaltattak. Ezek eltávolítása szükségessé vált azért, mert ezek mind a daganatban foglaltattak. A bőrlebenyek egyesülése per primam megtörtént és az orr alakja, mint azt a bemutatott betegen láthatni, eddigelé eléggé szabályos. Bemutató még azzal akarja kiegészíteni az orr plasticáját, hogy a felső ajkból septumot képezzen. Bemutatott betegnél az űr teljesen behegedt és bő lévén a hortyogókhoz menő nyilás, a légzés az orron át történik, mig előbb a beteg tátott szájjal volt csak képes légzeni.

Gégegümősödés műtett esete.

Navratil Imre: A mult alkalommal már bemutatott F. R. 27 éves hajadon betegnél N. intralaryngealis úton távolította el a jobboldali álhangszalagon és a gége hátsó falán ülő gümös infiltratumokat az eredetileg tervbe vett gégefelhasítás helyett a műtétet a *Krause*-féle gyűrűmetszővel végezte egy ülésben 20%-os cocain-érzéstelenítés mellett. Műtét után a betegnél alig mutatkozott némi reactio. A nyelés csak kis fokban volt nehezítve két napig, a sebfelületek tisztán sarjadzottak és behegedtek, bár a gége hátsó faláról nem sikerült az infiltratiot teljesen eltávolítani. A beteg a műtét után 3 hétre javultan távozott (1898. év november 5-dikén.) Ugyanazon év deczember 13-dikán újra felvétette magát. Beteg némileg lesoványodott, 37·8—38·5 közt változó lázak, köhögése fokozódott. Gége részéről a jobb álhangszalag helyén nincsen kiújulás, a gége hátsó falán az infiltratum nagyobbodott. Megjegyzendő, hogy az illető kéjnő és kórházon kivüli ideje alatt a legkedvezőtlenebb hygienikus viszonyok között létezett. Bemutató, miután a betegnél kórházban létele után a láz és a köhögés csökkent, a gége hátsó falán levő infiltratumot újból megoperálta. Erre úgy mint első izben szintén alig mutatkozott némi visszahatás s a sebzett felület egy hét alatt besarjadzott, bár ez esetben sem lehetett a localis viszonyok és az infiltratumnak a szövetekben mély fészkelése miatt azt teljesen eltávolítani. Beteg ereje a műtét után javult, lázai megszüntek, köhögése csökkent, közérzete kielégitő. Bemutató távol van attól, hogy azt vallja, hogy ezen operatiok a betegnek állapotán tartós javulást eredményeznének, azt talán még azon esetre sem lehetne várni, ha a betegnél az eredetileg tervezett laryngofissio által eltávolitotta volna a gümös infiltratumot; hiszen ezzel csak a gége gümösödését sikerült volna beszüntetni, de nem egyúttal a tüdőkét is, mely bizonyára, tekintve a beteg sorsát s azon hygienikus viszonyokat, melyekben él, feltartóztathatlanul tovább fog fejlődni. Tartósabb eredményt lehetne elérni, ha az utóbbiak kedvezőbbek volnának a betegre nézve, ha pl. egy jól berendezett sanatoriumban lehetett volna végezni a műtétet s ha a tüdők is kisebb fokban lettek volna megbetegedve. Bemutató az esetet igy is igen tanulságosnak tartja, mert a mellett szól, hogy ily műtét bizonyos eredménynyel végezhető még kedvezőtlen viszonyok közt is, s hogy kedvezőbbek mellett bizonyára akár az intralaryngealis, akár a gégefelhasitás műtéte javalt és előnyös lehet.

Gége szükület bujasenyves porczhártyalob miatt.

Navratil Imre: M. J. 53 éves napszámosnő 1898. május havában betegedett meg rekedtség és nehézlégzési tünetek között. Augusztus hóban felvétetett az osztályra, a fenti kórisme alapján higanybedörzsölést kapott és jodkalit szedett. Három hét alatt javulván állapota, saját kívánságára elhagyta az osztályt. Október 15-dikén ismét jelentkezett, hangja suttogó, légzése nehéz, mindkét gyűrűkannaizület dagadt és kötött, a hangrés nagyfokban szűkitett. Daczára az elrendelt bujasenyvellenes kezelésnek (szürke kenőcsnek nagy adagokban való bekenése) a légszomj fokozódása miatt október 21-dikén tracheotomia. A most alkalmazott erélyes antisyphilitikus kezelésre és a tracheotomia által nyugalomba helyezett gégében a bántalom visszafejlődése szemlátomást megtörtént, úgy hogy a betegnél a jobb gyűrűkannaizület teljesen felszabadult, hangszalagja megtisztult, a hangrés a jobboldali éprész normalis működése által eléggé tágítható s csak a gyűrűkannaizület kötöttsége és a baloldali hangszalagnak heges zsugora maradt vissza. A beteg most 1899. január 20-dikán, miután a canul már több mint 2 hete be van dugaszolva, szájon át légzik, s a canult a napokban fogja bemutató eltávolítani.

Recurrens hűdés és az aryepiglottikus redő lazulása daganat alakjában.

Baumgarten Egmont: A 18 éves fiatal ember több év óta kissé rekedt, ha sokat beszél. A torok és gégefő rendes, ép úgy a gégefő egész jobb fele. A bal aryepiglottikus redőtől kiindulólag be- és hátrafelé nyulik a baloldali valódi hangszalag nagyobbik felét elfedő, ép nyálkahártyával borított képlet, mely a phonatio- és inspirationál rezgő mozgásokat végez. Ezen képlet a befordult aryepiglottikus redő, az ary-, Wrisberg, Santorini-porczokkal együtt, mely utóbbi nem csupán be- hanem lefelé is van helyezve. Ha pontosan és alaposan vizsgálunk, akkor baloldali recurrens hűdés képét észlelhetjük. Hozzá hasonló, de sokkal kifejezettebb esetet *Hermann von Schrötter* közöl, de az ő esetében légszomj és hangos légzés is volt jelen, miért is ő ezen képletet galvanocaustikus kacscsal távolitotta el. Az eset szépen gyógyult s a képlet legnagyobb része Santorini-porcznak bizonyult be. *Schrötter* a maga esetében a recurrens hűdést évek hossza óta fennállónak jelzi s okául az idő alatt történt izületi és porczbeli lazulásnak és dislocationak, a mit a jelen esetben is fel kell tételeznünk. A recurrens hűdés oka gyanánt itt egy hörgmirigy nyomása szerepel valószinűleg, mert más ok egyébként ki nem mutatható.

Ily esetek, mint a *Schrötteré,* embereknél kevéssé ismertek, ellenben lovaknál gyakrabban fordulnak elő, ezek a lovak *hörgős* lovaknak neveztetnek és már sikeresen operáltattak és gyógyultak is. Az említettem esetben a műtéti beavatkozástól eltekinthetünk.

Morelli. Hasonló folyamatok tudvalevőleg lovaknál is elő fordulnak. *Plósz* állatorvos-akadémiai sebésztanár úr szivességéből láttam ilyen hörgő lovat, a melynél azután az egész kannaporczot eltávolitották. Légzési nehézség esetén azt hiszem indokolt a porcz eltávolitása.

Navratil. Régebben érdeklődtem az ilyen esetek iránt, mint a minőt Morelli kartárs úr említett és én is tudok *Plósz* tanár úrnál hasonló eseteket, melyekben azután a laryngofissiot és egyes részek resectioját végezték. A ló, a mint a tulajdonosoktól megtudtam, taliter-qualiter használható lett, persze verseny- vagy futó lónak nem; de a legtöbb esetben laryngealis fistula maradt vissza és azután ezen fütyült a ló.

Émbernél *Lewin* a 60-as években irta le a bajt először és én még ezen időben észleltem egy esetet egy pesti zsidó kántornál, a ki túlságos kiabálással szerezte. A gyűrűkannaizület szalagai lazultak volt meg és azután az izmok húzása következtében egymásra tolódtak, luxálódtak. Az alsó gégeideg hűdése, daganat, lues vagy tbc. biztosan ki voltak zárhatók, a folyamat tisztán traumás úton jött létre; az esetet *Türck, Störk* és mások is látták és hasonló eredetűnek tartották.

Baumgarten kérdi, hogy egy- vagy kétoldali volt-e a bántalom? Szóló esetében a bántalom egyoldali és éppen ez a különbség ezen eset és a *Schrötter* esetei között.

Navratil. Kétoldali volt.

Közkórházi orvostársulat.

(Vége.)

(XIV. bemutató szakülés 1899. október hó 25-dikén.)

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

Szigeti Sándor: A beteget, kitől a kórboncztani készítmény származik, belső bélelzáródás tüneteivel hozták vidékről éjjel 11 órakor a

második sebészeti klinikára. Has puffadt, pulsus arythmikus, 80—120, scrobiculum cordis tájékán fájdalom, a beteg hányt, csuklott, a hányadék nem volt bélsárszagú, a coecum táján oedema; beöntésre széke nem volt; appenditikus tályogra lévén gyanú, az első bemetszés annak megfelelően végeztetett, nem találtak semmit; ekkor a középvonalban nyittatván meg a hasüreg, ott olyan összenövések találtattak, melyek arra mutattak, hogy a Poupart-szalag alatt van egy nagyobb massa, e miatt az első seben át újra behatolva, tényleg találtak egy átfúródott, átszakadt gangraenás bélrészletet, melyet fixáltak. Három órával az operatio után a beteg elhalt.

Genersich Antal: Több ilyen esetet bonczolt, hol a sebészek részint peritonitist, részint bélzáródást diagnostizáltak, az arteria mesaraica eldugulásának kórismézését még soha nem tapasztalta; az ilyen esetek meghazudtolják a tüneteket, melyekből diagnostizálni lehet és mindig is tévútra fogják vezetni a sebészt, mert vagy súlyos peritonitis, vagy bélelzáródás diagnostizáltatik az élőn: az operatio tehát indicált s természetesen végzik is, a nélkül azonban, hogy az ilyen betegen segiteni lehetne.

Trichinosis esete.

Feldmann Ignácz: Bemutató folyó évi szeptember hó 23-dikán egy *Hochhalt* főorvos úr szt. István-kórházi osztályán hepatitis interstitialis hypertrophica következtében elhalt, 49 éves férfi izomzatában igen gyéren elszórt tűszúrásnyi fehér pontokat talált, melyeknek megfelelőleg mikroskop alatt többé-kevésbbé elmeszesedett tokokban egy-egy spiralisan összekunkorodott, fonalalakú férget lehetett felismerni. Némely tokban a féreg rendetlen, zeg-zúgos, töpörödött szalag alakjában mutatkozott, mely csak a mésznek savval való kivonása után tünt elő (elhalt trichina). A tokok legnagyobb részében azonban a féreg még ép volt, a mint azt tengerimalaczokkal és nyulakkal végzett etetési kisérletek is igazolták, melyeknek segélyével az illető állatokban trichinosist sikerült előidéznie.

A bonczolt egyén a trichinosist csak Magyarországon szerezhette, mert Magyarországot sohasem hagyta el; valószinűleg halála előtt egy évvel tett szert a bajra.

A Magyarországon eddigelé ismeretessé vált trichinosis-esetek csekély száma daczára (összesen 35, melyek közül *Genersich* 10-et, *Dollinger* 1-et ismert fel hullában, 23-at pedig *Ballagi* a klinikai tünetek alapján) azt hiszi, hogy a trichinosis nálunk sem ritka. És ha mégis oly gyéren észlelték, okát az eseteknek valószinű enyhe lefolyásán kivül azon nehézségekben látja, melyekkel a diagnosisnak nemcsak a klinikai, hanem a kórboncztani tünetek alapján való megállapitása is jár. A trichinosist kisérő hasmenés, izomfájdalmak egyszerű bélhurutnak, illetve rheumatismusnak tulajdoníthatók; a súlyosabb esetek typhussal, az arczon jelentkező oedemák nephritissel való összetévesztésre adhatnak alkalmat; bonczolásnál is csak abban az esetben ismerhető fel puszta szemmel, ha a trichina-tokok már el vannak meszesedve.

Az infectio veszedelmének fenforgását nemcsak az eddig ismeretessé vált emberi, hanem a *Genersich Antal* által patkányokban kimutatott trichinosisok is bizonyítják.

Szerencsére nálunk a nyers sonka élvezete nem lévén elterjedve, a trichina-infectio ezen főforrása alig jöhet szóba, de a nyers sertéshúsból készülő egynémely kolbász (amerikai, párisi, lengyel, debreczeni, szalfaládé) útján nálunk is gyakoribbá válhatik.

Ez okból praeventiv intézkedést tart szükségesnek, mely kevésbbé költséges, mint a Németországban gyakorolt, általános kötelező trichinavizsgálat. Ilyen volna a *Genersich Antal* tanár 1891-ben tett javaslatnak azon része, mely szerint „minden oly üzletben, hol a nevezett finomabb kolbász-nemek sertéshúsból készülnek, mindegyik, nevezett czélra felhasználandó állat húsa kötelezőleg trichina-vizsgálatnak vettessék alá". A nagyközönség pedig figyelmeztetendő, hogy a húst csak jól megfőzött, vagy jól megsütött állapotban élvezze.

Genersich Antal: Megjegyzi, hogy bár Magyarországon trichinosisesetek vannak, de ezek között egy sincs, a mely trichinosis folytán halálosan végyződött; s ezért orvosgyakorlati szempontból a trichinosisnak nálunk nincs olyan nagy fontossága, mint Németországban.

Meggyőződése szólónak, hogy a trichinosis nagyon gyakori nálunk is, s azt hiszi, hogy ha az elhaltak izmait pontosan, tüzetesen átvizsgálnók, az emberek 1—2%-ánál találnának trichinosist, mely azonban az egyénre nem volt káros befolyású; szóló ajánlotta is az állatorvosoknak, hogy a sertéstelepeken fogdossanak össze néhány száz patkányt s vizsgálják meg azokat trichinosisra, biztosan fognak találni; ezért ajánlatos, hogy a sertéshúst jól kisütve élvezzük.

PÁLYÁZATOK.

7413/1899. sz.

Lemondás folytán megüresedett **kállói körorvosi állás** választás útján való betöltésének határidejéül 1899. évi deczember hó 30-ának d. e. 10 óráját Kálló községházához tűzöm ki.

A körorvos javadalmazása: a vármegyei pénztárból utólagos havi részletekben nyerendő 600 frt évi fizetésből; Kálló községben szabad lakás élvezetéből; 5 évenként 50 frtos korpótlékból és a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjakból áll; a körorvosi csoporthoz pedig: Kálló, Erdőtarcsa, Héhalom és Erdőkürt községek tartoznak.

Felhivom az ezen állást elnyerni óhajtókat, hogy oklevéllel s eddigi működésüket igazoló bizonyítványaikkal ellátott kérvényeiket **1899. év deczember hó 29-dikének** d. e 12 óráját annál inkább nyújtsák be a sziráki szolgabirói hivatalhoz, mert a később érkezőket figyelembe venni nem fogom.

Szirák, 1899. évi deczember hó 2-dikán.

1—1 *Plachy István*, tb. főszolgabiró.

2116/899. közig. sz.

Verespatak nagyközség községi **orvosi állására** pályázatot hirdetek.

Felhivatnak mindazok, kik ezen évi 400 frt fizetéssel egybekötött községi orvosi állást elnyerni óhajtják, az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében szabályszerűen felszerelt pályázatukat hozzám f. **évi deczember hó 28-dikáig** adják be.

Látogatási díj sztbályrendeletileg megállapitva nincs, az szabad egyezkedés tárgyát képezi a megválasztandó községi orvos és az előljáróság között.

A választás f. évi deczember hó 31-dikén d. e. 10 órakor Verespatakon a község házánál fog megtartatni.

A verespataki járás főszolgabirájától

Verespatak, 1899. évi november hó 17-dikén.

3—3 *Imreh Károly*, főszolgabiró.

HIRDETÉSEK.

A magyar mintatej-telep r.-t.

ezelőtt Dr. HAINISS GÉZA egyetemi m.-tanár és Dr. PÉCSI DANI

sterilizált gyermektej termelése

Budapest, VIII., József-körút 41. sz.

Készitményei:

Csecsemők részére való tej, a csecsemők kora szerint	1 liter	24	kr.
	1/2 „	13	„
	1/4 „	7	„
	2/10 „	6	„
	1/10 „	4	„
Gyomor- és tüdőbajos betegeknek való tej	1 „	30	„
	1/2 „	16	„
Czukor nélküli tej 1 palaczk	1/3 „	20	„
Gyógy-kefir 1 palaczk	1/2 „	15	„
Üdítő-kefir 1 palaczk	1/2 „	10	„
Soxhlet-készülékhez való tej, a háznál való sterilizálása	1/2 „	9	„
Édes savó	1 „	14	„

Dr. Gara Géza télen **MERAN** nyáron **Rajeczfürdő.**

Kedélybetegek és morphinkórosok

a legszorgosabb ápolásban részesülnek

Dr. SVETLIN MAGÁNGYÓGYINTÉZETÉBEN Bécsben

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

TAMAR INDIEN GRILLON

frissitő és hajtó gyümölcs-pastillák.

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

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

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

Magyarországi főraktár:

TÖRÖK JÓZSEF gyógyszertára, Budapest, király-utcza 12.

Egy doboz ára 1 forint 50 krajczár.

Negyvenharmadik évfolyam. 51. szám. *Budapest, 1899. deczember 17.*

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:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Körmöczi Emil: Közlemény a szt. István-közkórház VII. orvosi osztályáról. Főorvos: Hochhalt Károly dr. egyet. m.-tanár. Az infectiosus megbetegedések hatása a leukaemiára. 640 l.

Szentgyörgyi Jordán Ferencz: A tonsillitisek abortiv gyógyításáról. 643. l.

Pálfi István: Gyógyult tetanus. 644. l.

Platzer Sándor: Közlemény az egyetemi I. számú női klinikáról (Kézmárszky Tivadar). A bimbósérülésekről. 645. l.

Tárcza. *Purjesz Zsigmond*: A klinikai tanításról, tekintettel a diagnostikára. 647. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. E. Külz*: Klinische Erfahrungen über Diabetes mellitus. 649. l. — *Összefoglaló szemle. Klug Nándor*: A fülgyógyászat újabb haladása. 649. l. — *Lapszemle. Armstrong*: A typhusos perforatiok sebészi kezelése. (Picker Rezső.) — *Pel*: Az idült veselob öröklése. (—v.—) — *Riegel F.*: A gyomornedvelválasztás gyógyszeres befolyásolhatósága. (K—i.) — *Roelig Ede*: Az aristol alkalmazása és hatása égések és égetett sebeknél. — A tannopin, egy új antidiarrhoicum. — *Panichi M.*: Gonococcaemia két esete. (Reach.) 650. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — A budapesti orvosok szövetsége. — Országos Balneologiai Egyesület. — Elszegényedett orvosok segélyezése. — Téli gyógykezelés a lipiki gyermeksanatoriumban. 650. l. — Szünidei orvosi cursus. — Egyetemi alkalmaztatások. — A vallás- és közoktatásügyi ministerium 1900. évi költségvetése. — Az orvostanhallgatók segítő és önképző egyesülete. — Margitliget-üdülőhely. — Bókay János. — Szontagh Miklós. — Kinevezés. — — A budapesti önkéntes mentő-egyesület. — A széléziai fürdők 28-dik gyülése. A Kézmárszky-féle szülészeti poliklinika. — Otologiai szakosztály. — „Honvédegészségügy“ — A budapesti Császárfürdő kimutatása. — Megjelent. — Helyreigazitás. — Tudomásul. — Herczel dr. — Orvosi évkönyv. — Szt. Lukácsfürdő. — Kuthy Dezső dr. — Falta dr. — Sarbó Arthur dr. — 615. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a szt. István-közkórház VII. orvosi osztályáról. Főorvos: Hochhalt Károly dr. egyet. m.-tanár.

Az infectiosus megbetegedések hatása a leukaemiára.

Irta: *Körmöczi Emil* dr., v. osztályos alorvos.

Ujabban mind több esetet közölnek, melyeknél valamely infectiosus bántalom közbejötte a leukaemia tünetcsoportját megváltoztatta. Legelőször *Eisenlohr*[1] irt le ilyen esetet 1878-ban és azóta többen.[2]—[16] Mindezen eseteket részletesen ismertetni nem akarom, mert legjobb azokat eredetiben utánolvasni, inkább röviden összefoglalom az ezen esetekből levonható tanulságokat.

Az összes közölt eseteket két nagy csoportba lehet osztani. Az egyik csoportba sorolhatók azon esetek, melyeket valóságos leukaemiának vagy újabban Ehrlich után myelogen leukaemiának szoktunk nevezni; a másik csoportba sorolhatók a lymphaemiák.

A myelogen leukaemiánál egybehangzólag azt észlelték a szerzők, hogy az infectiosus baj közbejöttére a leukaemiás tumorok megfogytak és hogy ezzel kapcsolatosan a fehér vérsejtek száma is csökkent. A fehér vérsejtek quantitativ elváltozásához azután egy qualitativ is járult, a mennyiben a vérből eltüntek az eosinophil-sejtek, a myelocyták és a hízó sejtek (Mastzelle), sőt a legtöbb szerző leirása szerint a magtartalmú veres vérsejtek és a mitosisok is. Mindezen körülmények folytán a vér egészen hasonló lett a rendes vérhez, legfeljebb egy hirtelen előállott közönséges (neutrophil gran. polynuclearis sejtek) leucocytosis társult még a haematologikus képhez.

A lymphaemiánál szintén észlelték a tumorok megcsökkenését és ezzel kapcsolatosan a fehér vérsejtek megfogyását; de itt a fehér vérsejtek elváltozása csak quantitativ volt és a megfogyott vérben a különféle fehér vérsejtek egymáshoz való aránya megmaradt.

Csak *Müller*[7] ir le egy esetet, hol a tumorok fogyása mellett a fehér vérsejtek száma növekedett, de ezen eset nem volt egész terjedelmében jól megészlelve és azért erre tekintettel nem lehetünk.

Az ok, mely ezen változásokat létrehozta, egybehangzó vélemény szerint valami infectiosus baj és csak egy esetről tudok,[17] hol próba-laparotomia után is észlelték a leukaemia kórképének visszafejlődését. Ezen eset megitélésénél azonban zavart okoz, hogy a vér szövettani képe nincs kimerítően leirva és még inkább az, hogy a leukaemia mindenek szerint tuberculosissal volt complicálva, mi már magában véve is visszafejleszteni képes a leukaemia kórképét (pl. Quincke,[3] Stinzing,[4] Lichtheim[15] esetei).

Ha a kórkép az infectiosus baj közbejöttére csak kevéssé módosul (nem nagy fogyása a fehér vérsejteknek és nem nagy kisebbedése a tumoroknak), akkor a beteg subjectiv állapota nem rosszabbodik, sőt a közérzet javulhat is. De ha a kórkép elváltozása nagyfokú, akkor a beteg állapota súlyos képet nyujt és legtöbbször halálos kimenetelü. Ha a szervezet az intercurrens bajt kiállja, a leukaemia kórképe újra kifejlődik. Végleges gyógyulást eddig nem észleltek.

Mi sem természetesebb, mint hogy ezen tüneteket leirva, a szerzők legtöbbje elmélkedett is a felől, hogy mi okozhatta a vér eme vázolt megváltozását és a leukaemiás tumorok megcsökkenését? A sokféle magyarázat közül három vélemény domborodik ki leginkább. Egyik az, mit úgy tudom, először Müller[6] említett, hogy az infectio következtében a kóros vérképződés megváltozik; a másik, mit két esetre nézve (acut leukaemiák) Fraenkel[10] állított, hogy az infectio folytán a fehér vérsejtek szétesése jön létre; a harmadik pedig az újabban nagyon sok hivőre talált chemotaxis (Ehrlich)[10] elméletére támaszkodik.

Mielőtt ezen vélemények egyikéhez vagy másikához csatlakoznánk, előbb főnököm, *Hochhalt* tanár úr megbizásából és szíves engedelmével egy idevágó esetünket akarom röviden leirni.

B. Tivadar, 31 éves, lakatos, a kórházba felvétetett 1898. május 14-dikén.

Kórelőzmény. Apja gyomorrákban halt el. 76 éves anyja és három testvére egészséges. Gyermekkori betegségekre nem emlékszik, katona volt, 27 éves korában nősült és két egészséges gyermeke van. Jelen baja állítólag három év előtt kezdődött, időnként ágyban fekvő beteg volt, de azután újra erőre kapott. Most azonban már oly gyenge, hogy kórházba kellett jönnie.

Felvételekor a nagy lép-, máj- és közepes mirigymegnagyobbodáson kivül constatálták, *hogy a veres vérsejtek száma 1.200,000, a fehéreké 100,000. A megfestett készitményen (triacid) pedig a myelogen (Ehrlich) leukaemia képe volt fellelhető. Magtartalmú veres vérsejt (orangophil normoblast) kevés volt, aránylag kevés volt az eosinophil sejt is, legtöbb volt a közönséges polynuclearis leucocyta és a myelocyta. Mitosisokra külön nem vizsgálták, a szokott módon előállított készitményen pedig nem látszottak megszaporodottaknak.* (A beteg ezen észlelések alatt nem osztályunkon feküdt, de a vázolt haematologikus képet nekünk is bemutatták. A külön-

böző fehér vérsejt féleségek számarányát azonban később nem tudtuk megállapítani, miután a készítményt nem őrizték meg.) A beteg állapota kórházban léte alatt folyton rosszabbodott, lázak kezdtek nála fellépni és gyakori orrvérzések. Nyolcz napi kórházi tartózkodás után a beteget május 22-dikén osztályunkra helyezték át.

Jelen állapot. A középtermetü, ép csontrendszerü beteg gyengén táplált. A bőr színe feltünően halvány, a bőralatti zsírpárna megfogyott.

Az ajkak halványak, a nyelv száraz, repedezett, a foghús nem laza, nem vérzékeny, erős szájbüz. A tonsillák duzzadtak.

A nyaki mirigyek és az állalattiak mogyorónyira duzzadtak, a nagy visszerekben apácza-zörej.

A tüdőkben semmi eltérés.

A szívtompulat harántul valamivel nagyobb, csúcslökés homályosan érezhető, erős anorganikus zörej a basison.

A májtompulat a bimbóvonalban a VI-dik borda alsó szélénél kezdődik és a bordaívet három harántujnyira meghaladja. Éles, vékony széle és sima felülete azonban csak a gyomorgödörben tapintható jól ki.

A léptompulat a bimbóvonalban a VIII-dik borda alsó szélénél, a mellső és középső hónaljvonalban a VII-dik borda alsó szélénél kezdődik, a bordaívet pedig négy harántujjal haladja meg. Kemény, de nem nagyon vastag, széle elég éles, felülete sima.

A has mérsékelten felfújt. A gyomorgödri táj leginkább előredomborodó és nyomásra leginkább fájdalmas. A lágyékmirigyek babnyiak és összefüggő pamatot képeznek.

A légzés száma 36, főleg hasi jellegü, a *hőmérsék* 38·4° C., a *radialis* fala puha, az érlökés 100, ssabályos, gyenge.

A beteg igen elesett, soporosus, *az orrvérzés alig csillapítható* és a tampon mellett is folyton szivárog ki kevés, igen híg, majdnem húslészerü vér.

A vizelet savi, napi mennyisége 2000 gm., fajsúlya 1020; fehérnye, czukor, geny nincs benne, de igen sok urat.

A frissen vizsgált *vér* nehezen alvad meg, híg, cseppet alig képez. Górcső alatt mindjárt feltünik, hogy a fehér vérsejtek nincsenek megszaporodva. Haemoglobin (Gowers) 20%; a vörös vérsejtek száma *1.000,000*, a fehéreké *7300*.

A festett készítményen (eosin-haematoxylin és triacid) polychromatophil veres vérsejtet nem láttunk, sem kifejezett makrocytát, mikrocyta azonban sok volt. Magtartalmú vörös vérsejtet gondos átvizsgálás után sem leltünk, sem mitosisokat. Poikilocyta is kevés volt és az sem erősen kifejezett. A fehér vérsejtek közt:

75% a rendes polynuclearis,
25% a lymphocyta (kisebb fajta),
5% a nagy mononuclearis alak.

Ezen utóbbiakban granulatio nincs, a mag chromatinszegény, sokszor öblös és egészben véve hasonlít azokhoz a sejtféleségekhez, mit sokan a nagy lymphocytákhoz számítanak. Eosinophil-sejtet, myelocytát, hízó-sejtet (Mastzelle) igen gondos vizsgálat mellett sem lehetett találni.

A vena medianából aseptice vett vért bouillonba és glyerin agarra oltottuk, de azok 10 nap mulva is sterilek maradtak.

Kórlefolyás. A beteg ezen status felvétele után még öt napig élt. Ezen idő alatt a lázak, a gyengeség és az erős orrvérzés uralta a kórképet. A beteg legnagyobbrészt soporosus, a nyelv száraz, repedezett, az öntudat homályos. *A lép-, máj- és mirigymegnagyobbodások ezen idő alatt folyton csökkentek, úgy hogy a halálelőtti nap a mirigyeket alig lehetett tapintani és a léptompulat alig két harántujjal haladta meg a bordaszéleket. A májat pedig csak homályosan lehetett kitapintani.*

A lázmenet ezen idő alatt a következőképen alakult:

május	22-dikén	d. e. 38·4 C.°	d. u. 39·0 C.°
„	23-dikán	d. e. 37·4 „	d. u. 38·0 „
„	24-dikén	d. e. 37·0 „	d. u. 37·2 „
„	25-dikén	d. e. 36·5 „	d. u. 36·8 „
„	26-dikán	d. e. 36·3 „	d. u. 36·8 „
„	27-dikén	d. e. 36·0 „	d. u. 35·8 „

A vérlelet az utolsó napokban a következő volt:

Nap	Hmgl.	A vörös vérsejtek száma	A fehér vérsejtek száma
május 25-dikén	16%	400,000	3000
„ 26-dikán	15%	400,000	2000
„ 27-dikén fél órával a halál előtt	10%	327,272	3000

A festett készítményeken egészen azt a képet kaptuk mindvégig, a melyet fentebb leirtam, csak a legutolsó vizsgálatnál ment fel a lymphocyták száma (30%), a polynuclearisok rovására.

A *Genersich* tanár úr által 24 óra mulva megejtett boncolás főbb részletei a következők:

A bőralatti kötőszövet zsírtalan, az alszárakon és a hason kissé savósan beszürődött. Az izomzat felette halvány, alig kissé zavaros, a bőralatti visszerekben kevés híg, húslészerü vér.

Szívburok egész terjedelmében odanőve és zsigeri lemezén számtalan ömlecs, a rekesz izomzatában is vérömlecsek vannak.

A *szív* középnagy, izomzata általában halvány fakó, de különösen a bal szemölcsizmon fehér pettyek is vannak.

A *lép* tetemesen megnagyobbodott, 24×13·5×4, súlya 925 gm., czipóalakú; tokja kissé megvastagodott és a szélek felé kissé ránczos, állománya feltünően halvány, barnás-vöröses. Alsó felületén egy diónyi, lebenyszerüen kiemelkedő kinövés.

A *máj* nagy, 28 cm. széles, miből 10 cm. a bal lebenyre esik. Magassága 18, illetve 14 cm. Állománya kissé sárgás-barnás, tömött, felette vérszegény, sem fehér reczézet, sem szemcsék nem találhatók, ellenben a máj kapujában levő *nyirkmirigyek* mogyorónyira és olasz mogyorónyira megduzzadtak, a pancreaskörüliek is. A hörgi *mirigyek* nagyobbak, feketék, a *pajzsmirigy* középnagy, tömött, kissé ikrás. A *fodormirigyek* bab- egész mogyorónyiak, nagyobbrészt halványak, a *retroperitonealis mirigyek* nagyok, halványvörösek, lágyak, az *inguinalis, a cruralis és hónalji mirigyek* egész olasz mogyorónyira megnagyobbodottak és akár diónyi csomót képeznek.

A *czombcsont veleje* nincs megszaporodva, azonban általában szürkés-vöröses, málnapépszerü, de számos szürkés-fehéres vagy tejfehér pettyekkel.

Az *orr nyákhártyája* általában kissé duzzadt és pár piros ömlecset mutat, különben halvány. A b. o. alsó orrjáratban szenyes-szürkés nyák van, s a nyákhártya egy részlete a kemény szájpad felett barnán elszinesedett és fonnyadt, leváló. A Highmor-barlang nyákhártyája erősen megvastagodott, akár 1½ akkorára, kocsonyás és piros ömlecsekkel átjárt, alsó falán pedig bab- egész mogyorónyi dagályokban kiemelkedő. Hátsó részét sürü geny tölti ki. A jobboldali Highmor-barlang nyákhártyáján vaskos, akár 3—4 mm. vastag, fakófehér, nehezen levakarható lerakodmány tapad, mely miatt az ür (a mellső zugban) tetemesen megszükült, ezen lerakodmány alatt a nyákhártya halvány maradt, mely egészen a hátsó zugig terjed, míg a felső részben oldalvást a nyákhártya kissé duzzadt, az ürtér itt is sürü nyákos genynyel van kitöltve. A hátsó rostalikak és az iköböl nyákhártyája szintén.

Diagnosis. Hypertrophia lienis leukaemica, hypertrophia glandularum lymphaticarum mediocris gradus. Medulla ossium rubra. Ecchymoses multiplices cerebri, cerebelli, pericardii adcreti, renum. Hypertrophia hepatis pigmentosi (haemosiderosis). Orchitis interstitialis leukaemica; hypertrophia tonsillarum et glandul. lenticularum ad radicem linguae. Empyema antrum Highmori sinistri et diphtheritis antri Highmori dextri nodosa.

A hullából vett (v. mediana, aorta) vér górcső alatt semmi különös rendellenességet nem mutatott és egész határozottan volt constatálható, hogy a fehér vérsejtek számbavehetőleg megszaporodva nincsenek.

A máj, a lép, a mirigyek és a csontvelő szövettani vizsgálata semmi különös eredményre nem vezetett. A szerveket formalinnal és alkohollal keményítettük, celloidinba ágyaztuk és haematoxylin-eosinnal festettük; az igy készült metszeteket *Feldmann* dr. kórbonctani tanársegéd úr is szíves volt felülvizsgálni.

Tulajdonképen mást nem találtunk, mint a leukaemia közepes intensitású szövettani képét, mi legerősebben a csontvelőben volt kifejlődve, azután a lépben és májban, a mirigyek egyes részletei pedig csaknem rendesek voltak. Nevezetes volt azonban mindegyik szerv nagyfokú vérszegénysége, azután a májban és lépben jól kimutatható *haemosiderosis* és különösen kiemelendő, hogy a *vizsgált szervek hajszáledényeiben* (különösen jól kivehető volt a májban) *a fehér vérsejtek megszaporodva nincsenek.*

Esetünk ismertetése után az a kérdés merülhet fel, hogy az észlelt tünetcsoportozatot mikép magyarázzuk? Azzal könnyen tisztába jöhetünk, hogy a kórkép megfordulását az orr- és melléküregeinek septikus megbetegedése okozta, mely felfogásunkon nem változtat az, hogy az élőben bacteraemiát kimutatni nem tudtunk.

Mi a magyarázata azonban a többi tüneteknek?

Egyedül a *leukolysisból* (Fraenkel[10]) nem magyarázható a dolog, mert mikép említém, a fehér vérsejtek nemcsak számban, de minőségben is megváltoztak; de egyedül a *chemotaxisból* sem tudnám a dolgot magyarázni. A chemotaxisról olyan értelemben, hogy a fehér vérsejtek a zsigerek capillarisaiba taszíttattak volna (Goldscheider, Jacob és mások), vagy hogy csak a peripheriás edényekben változott volna meg a vér (Rieder, Bohland, stb.), jelen esetben szó nem lehet. Mert hisz a nagy edények és capillarisok vérének vizsgálata mást bizonyított. Hátra volna a chemotaxist csak olyan értelemben számba venni, mint azt Ehrlich teszi, ki azt véli, hogy a chemotaxis a csontvelőbe hajtja, illetve onnan vonja ki a megfelelő sejteket. Ilyen magyarázatot azonban esetünkben azt hiszem nem lehet elfogadni, mert előttem legalább nem plausibilis, hogy a keringő vér minden hiányzó fehér vérsejtje a csontvelőbe löketett volna, hiszen azt a boncolásnál nem is találtuk megszaporodva.

Különben ellene szól ezen magyarázatnak a polynuclearis fehér vérsejtek számának *absolut* csökkenése is. Esetünk leírásánál már említettem, hogy bár pontos számadataink nincsenek, de az mégis biztos, hogy eleinte a polynuclearis neutrophil granulatiojú sejtek domináltak. Már most feltéve, hogy azok számaránya a többihez viszonyítva csak 20%, akkor mégis 1 kmm. vérben absolut számuk 20,000 volt. A megváltozott vérben pedig csak 2250 polynuc. sejtet találtunk. Ezen csökkenés pedig chemotaxisból nem származhatott, mert a bakterium-mérgek csak az eosinophil-sejtekre és myelocytákra hatnak ellökőleg (negative), míg a rendes polynuclearis sejtekre positiv irányban folynak be és így azok absolut számát nem hogy csökkenteni, de szaporítani szokták. Tisztán chemotaxisból tehát esetünket magyarázni nem lehet, de az eddig ismertetett lymphaemia-esetek átvizsgálása megjelöli az utat, melyen a vizsgálódónak haladni kell.

A lymphaemiánál ugyanis a fehér vérsejtek csak megfogynak, de a minőség ugyanaz marad. Itt pedig a fehér vérsejtek elváltozása két dologból látszik összetettnek. I. Számuk megcsökkent. II. A megmaradt sejtféleségek közül az eosinophil-sejtek, myelocyták és hízó-sejtek eltünnek. A számbeli csökkenést magyarázhatjuk a leukolysisból, mint Fraenkel teszi (lymphaemiánál), *mihez nyilván az is hozzá járul, hogy a vérképző szervek is meg levén támadva* (a lymphatikus, illetve a myelogen szövet szétesik a szervekben), *a fehér vérsejtek nagyfokú hyperproductioja is megszünik.* Az így megfogyott fehér vérsejtekre azután hat a bakterium-mérgek chemotactikus hatása. A mint pl. hatott *Leichtenstern*[19] esetében, hol egy ankylostomiás anaemiánál 72% volt az eosinophil-sejtek száma, midőn pedig pneumoniát kapott, 6—7%-ra lement a számarányuk és a pneumonia megszünte után újra előállot az eosinophilia. Ilyen esetet említ különben Siegert[24] is, egy pemphigusban szenvedő betegnél eosinophilia volt jelen és midőn a beteg kanyarót kapott, a betegség ideje alatt eltüntek a vérből az eosinophil-sejtek.

A fehér vérsejtek körében beállott elváltozások ilynemű magyarázatából azonban nem fejthető meg a magtartalmú vörös vérsejtek és a mitosisok eltünése, mert a normoblastok és egyéb veres vérsejtek önálló mozgással nem birnak és chemotactikus hatásnak ki sem lehetnek téve. Esetünkben a mitosisokra különös figyelemmel az észlelés elején nem voltak és így nem tudni tényleg voltak-e jelen? A megváltozott vérben, mint már említettem, nem voltak találhatók. A magvas veres vérsejtek száma esetünkben kevés volt (egy készítményen legfeljebb 3—4) és így könynyen feltehető, hogy a nagyon megfogyott vérben nem voltak fellelhetők, daczára annak, hogy talán erősen megfogyva meg voltak. Ámde, ha a mi esetünk alapján e tekintetben nem is itélkezhetünk, az irodalmi adatok egyhangúlag (kivéve azon esetet, melyet Richter említett fel, Deutsche med. Woch. 1895. Vereins Beilage 28. lap) constatálják, hogy a magtartalmú vörös vérsejtek eltünnek a vérből. Ha ezen tüneteket későbbi alapos észlelések még megerősitik, akkor a chemotaxisból nem lehetne magyarázni a dolgot, hanem más magyarázat után kellene nézni és fel lehetne talán venni, hogy a bakterium-mérgek behatása alatt a vérképző szervek elvesztik képességüket a vér regenerálására, mert a magvas vörös vérsejtek (a normoblastikus typusuak) és a mitosisok a mai felfogás szerint a vér regenerativ hajlamára mutnaknak. Hogy a leukaemiás vérből a magtartalmú vörös vérsejtek a szervezet kimerültével el szoktak tünni, erre nézve nekünk is vannak tapasztalataink és ilyen esetet említ *Hirschlaff*[20] is, mely körülmény ezen felfogás érdekében lenne értékesithető.

A vörös vérsejtekben előállott nagyfokú oligocythaemia és aránylagos oligochromaemia kétfélekép is magyarázható: a nagyfokú orrvérzésből és az infectio folytán előállott haematocytolysisből. Ezen utóbbi tényező hatása eléggé ismeretes foudroyante sepsisnél, hol a vörös vérsejtek száma pár nap alatt 1/10-re csökkenhet *(Grawitz*[21]), mit az ilyen betegek hirtelen keletkező, nagyfokú sápadtsága is jól mutat.

A haematocytolysisnek szövettani képét azonban, mit pl. *Schmauch*[22] oly szépen leirt, nem tudtuk megtalálni, a vér fajsúlyát pedig, mi szintén útbaigazíthatott volna *(Ehrlich,*[18] *Plehn*[23]) nem vizsgáltuk és csak a májban és lépben lerakódott haemosiderosis utalt arra.

A leukaemiás tumorok csökkenését a bakterium-mérgeknek a kóros szövetre gyakorolt bomlasztó hatása okozhatta, mint azt pl. néha pseudoleukaemiánál vagy sarcománál is látjuk.

A mi esetünkben tehát az elmondottakban találjuk a leukaemiás tünetcsoport megváltozásának okát. És ha ugyanazon hypothesisekre támaszkodunk, melyekre esetünk megitélésénél tekintettel voltunk, akkor az infectiosus betegségek hatását a leukaemiára nézve általában a következőkben képzelhetjük el.

I. Infectiosus betegségek felléptével gyakorta észlelhetjük leukaemiánál a specifikus tumorok megkisebbedését és a fehér vérsejtek megfogyását.

Ezen elváltozásokat a bakterium-mérgek szövetbomlasztó hatásából lehetne magyarázni.

II. A fehér vérsejtek megfogyásához hozzájárulhat a haematologiás lelet qualitativ elváltozása is. Ezen qualitativ elváltozásnál úgy látszik, hogy a granulálatlan sejtek (lymphocyták) nem szerepelnek, csak a granuláltak, még pedig olyan értelemben, hogy a megváltozott vérben a polynuc. neutr. granulatioval biró sejtek megszaporodnak, a többi granulált sejtek pedig megfogynak.

Ezen elváltozást a bakterium-mérgek chemotaktikus hatásából lehetne magyarázni.

III. Némelykor a bakterium-mérgeknek nem annyira szövetbomlasztó, mint inkább chemotactikus hatása érvényesül, ilyenkor a qualitativ elváltozás a túlnyomó. Igy előjöhet, hogy pl. myelogen leukaemiánál a rendes polynuclearis sejtek megszaporodnak, a többi granuláltak pedig megfogynak; miután azonban egyik elváltozás a másikat fedi, a fehér vérsejtek absolut száma nem változik meg. Lymphaemiánál azonban, ha a lymphocyták száma nem csökken, a polynuclearis sejtek megszaporodása miatt a fehér vérsejtek absolut száma növekedhetik is.

IV. A vörös vérsejtekre ezen folyamatok kevésbbé folynak be és csak bizonyos súlyos esetekben lép fel nagyobb elváltozás a kisérő vérzések és talán a haematocytolysis folytán.

Irodalom.

[1] Eisenlohr: Virchow's Arch. 73. k. 56 old. [2] Heuck: Ugyanott, 78. k. [3] Quincke: Ref. Münch. m. Wochenschr. 1891. 1. sz. [4] Stinzing: Ugyanott. [5] Müller: Archiv f. klin. Med. 48. k. [6] Müller: Ugyanott, 50. k. [7] Kovács: W. klin. Wochenschr. 1893. 39. sz. [8] Fröhlich: W. med. Wochenschr. 1893. [9] Frendenstein: Über Fieber und fieberhafte Complication bei pern. Anaem. und Leuk. Inaug.-Diss. Berlin, 1895 (felemlítve Fraenkelnél). [10] Fraenkel: D. m. Wochenschr. 1895, 39. sz. [11] Grawitz: Klin. Path. des Blutes. Berlin, 1896, 127. lap. [12] Limbeck: Grundriss

einer klin. Path. des Blutes. Jena, 1896. 315 oldal. [13] Heubner: Deutsche m. Wochenschr. 1895. Ver. Beilage, 27. l. [14] Pál: Jahresb. d. Wiener Krankenanst. 1896. (Ref. Schmidt's Jahresb. 1897.) [15] Lichtheim: Leuk. mit compl. Tub.-Infec. 1897. (Felemlítve Ehrlich-Lazarusnál.) [16] Beitzke: Über Beeinflussung der Leuk. durch compl. Krankheiten. Inaug.-Diss. 1899. Kiel. (Feleml. Münch. med. Wochenschr. 1899.) [17] Stratmann: Vereinigung niederrheinisch-westfälischen Chir. 1898, nov. (Ref. D. Med. Wochenschr. 1899. Ver. Beil. 6.) [18] Ehrlich-Lazarus: Die Anaemie, 1898. [19] U. o. felemlítve a 113. lapon. [20] Hirschlaff: Fall von myel. Leuk. D. Med. Wochenschr. 1899. Ver. Beil. 15. [21] Grawitz: Klin. Path. d. Blutes. 1896. [22] Schwauch: Über endogl. Körperchen stb. Virchow Arch. 1899. 156. II. 230. l. [23] Plehn: D. Med. Wochenchr. 1899. [24] Siegler: Über die Anaemien im früh. Kindes-Alter. Jahrb. f. Kinder-Heilkunde. 1899.

A tonsillitisek abortiv gyógyításáról.

Szentgyörgyi Jordán Ferencz dr. szt. Rókus-közkórházi főorvostól.

A toroklobok mai gyógykezelése azonos a régenmult idők eljárásaival és ha exactabb is lett ezen eljárások értelmezése, végeredményében azonban ma sem több az a tulajdonképeni „gyógyítás“ szempontjából, mint annak tudata, hogy az általában alkalmazásba vett s mondhatnám még az egyénenkint is változó szerek ép úgy hatnak vagy nem hatnak más ízjavítókkal is, mint a régi orvosoknak a torokloboknál specifikusnak tartott ízjavítójával — a syrupus mororummal.

Egy szóval ma is csak kezeljük és nem gyógyítjuk e bántalmat.

És ha mai felfogásunk szerint hajlandók vagyunk talán ez esetben is a majd biztosan ható szert azon kutatások eredményétől várni, a melyek több-kevesebb joggal a többi fertőző betegségekkel szemben kecsegtetnek, azt hiszem, hogy talán addig sem lesz felesleges az olyan tapasztalatok közzététele, a melyek — különösen, ha azokat mások is megerősítik — esetleg oly megbizhatók lennének, mint akár a chinin hatása a váltóláz ellen vagy akár a kénesőé a lues ellen.

Minthogy pedig a közfelfogás szerint a gyógytudománynak csak egy ideálja lehet, elérhetni a heveny megbetegedésekkel szemben az egész vonalon az orvosi eljárásnak legalább is azt a biztosságát, a melyet a fent nevezett két bántalommal szemben már elértünk, érthető, hogy ezen czéllal szemben már mellékes kérdés marad, hogy elérjük-e azt talán a régibb szereink valamelyikével, vagy elérjük-e azt majd a folyamatban levő kutatások által.

És ha távol áll is tőlem kicsinyelni azt a törekvést, mely a fertőző bántalmak leküzdését, illetve azok sikeres gyógyítását tüzte ki feladatául; mégis azt hiszem, hogy mulasztást követnék el akkor, ha a véletlen által adott észleletemből folyó s mondhatom évekre terjedő tapasztalataimat az azokból levonható következtetésekkel együtt közzé nem tenném.

* * *

Lukács István úr, a „Gyógyszerészeti Értesitő“ szerkesztője az, kire első észleletem vonatkozik. Nevezett évek óta szokványos toroklobban szenvedett és pedig mindannyiszor oly ijesztő mértékü tünetek kiséretében, hogy különösen a láz, főkép az első észlelésem alá került ilyen megbetegedéseknél, csaknem gondolkozóba ejtett. A hőfok mindannyiszor közel járt a 41° C.-hoz, egész typhusos jelleggel s a bántalom rendesen eltartott 5—6 napig, a mely idő alatt a láz a gyorsabban ható szereinkkel, mint: antipyrin, salicyl, antifebrin, phenacetin stb. befolyásolható talán csak tizedekre volt.

Egy ily súlyos megbetegedés alkalmával történt 1895. deczember 30-dikán, hogy a betegség 3. napján el kellett utaznom s nyugtalankodván a távollétem alatt történhetőkért, felkértem akkori alorvosomat, Ehrenthal dr. urat, hogy a helyettem teendő esteli látogatásánál az eddig már úgy is eredménytelenül alkalmazott szerek helyett adatna be — ha hőcsökkenés még nem jött volna létre este — 7 és 1/2 8 órakor egy-egy 0·5 gm.-os chininport.

Másnapra visszatérve, örömmel értesültem, hogy a bántalom az éjjeli órákban beállt óriási izzadás kiséretében úgyszólván kritice bevégződött s én betegemet valóban úgy subjectiv, mint objectiv is gyógyultnak találtam.

És e hirtelen változás annál is inkább kitörülhetetlenül vésődött az emlékembe, mert épen ezen betegemen éveken át szerzett tapasztalataim szerint betegségének még legalább is pár napon át kellett volna tartania.

Pár hónap mulva nevezett ismét toroklobban betegedett meg, hogy pedig a fentiek után most már első sorban is a chinin után nyúltam, az azt hiszem magától érthető; de érthető lesz meglepetésem is, midőn az már *a megbetegedés első napján is* az említett módon hatott.

Minthogy pedig itt idő multával több izben volt alkalmam a chininnek ezen specifikus hatását észlelhetni, közelfekvő volt a gondolat, ezzel másokon is kisérleteket tennem és én valóban nem tudnám pontosan felsorolni azon esetek számát, melyeket úgy az osztályomon, mint különösen a magángyakorlatomban toroklob ellen chininnel gyógykezeltem; de mindezekre nézve csak azt mondhatom, hogy lett légyen a bántalom akár hurutos, akár tüszős, akár pedig — mint azt két esetben láttam — interstitialis jellegü, azok kivétel nélkül másnapra gyógyultak.

A gyógyulást majd minden esetben az éjjeli órákban beállt izzadás vezette be, a mely rendszerint annál intensivebb volt, minél nagyobb volt az ugyanazon napi esteli hőmérsék.

Megszünt reggelre a láz, alábbhagytak a toroktünetek, csökkent a fájdalom s a beteg néha már a chinin bevétele utáni napon, de többször másnapra rá az ágyat is elhagyhatta.

A chinint az első tapasztalatomhoz híven rendszerint az esteli órákban 7 és 1/2 8 órakor adattam; próbáltam ugyan egyes eseteken a napnak más órájában is, de ez esetekben nem láttam tőle azt a prompt hatást.

Az adag mindig teljes adag volt, 0·5 gm. pro dosi, mint az első esetemben s gyermekeknél is a kornak megfelelő adagokat alkalmaztam, bár itt tekintettel a bevétel körüli nehézségekre, különösen kisebb gyermekeknél, a végbél előzetes kiürítése után csőrében alkalmaztattam a chininum bisulfuricumot, illetve a biztosság okáért nem egyszer magam adtam.

Összes eseteimben csak háromszor találtam a szert hatástalannak és pedig három gyermeken, kik közül kettőnél másnapra már a scarlat tünetei jelentkeztek, egynél pedig a reggeli némi javulásra estére oly rohamos rosszabbodás mutatkozott, hogy semmi kétségem sem volt az iránt, hogy itt diphtheritissel állok szemben. Megerősitettek a feltevésemben egyrészt a chininnek hatástalansága, másrészt pedig a nyaki mirigyeknek rohamos növekedése, a bántalomhoz társult nátha, a hangos és némileg nehezített légzés, főkép pedig a toroklelet: a mandulák szürkés lepedéke, a mi a nyelvcsapra és az inyvitorlákra is átterjedni látszott s hogy a bántalmazott részek vérzékenyek lettek.

A gyermek még ugyanazon este serumkezelés alá vétetett (Luci dr. kórházi alorvos által), mire másnapra javulás, pár nap mulva pedig gyógyulás állott be.

* * *

Összefoglalva ezek után itt dióhéjba előadott fenti tapasztalataimat, állithatom:

hogy a chinin a tonsillitisek specificuma;

hogy tudomásom szerint ez az egyetlen bántalom, hol a chinin bevétele után izzadás áll be, bár czt hajlandó lennék a tonsillitisek önkéntes megszünésénél is jelentkező izzadással egyenértékünek venni;

hogy ha fenti észleletemet mások is beigazolják — a mi iránt aligha lehetek kétségben, úgy növekednék ez által azon betegségek száma, a melyek ellen gyógyitólag léphetünk fel, a mi különösen a szokványos loboknál, főleg gyermekeknél volna megbecsülhetetlen;

hogy ez eljárás ezenkivül differential diagnostikai értékkel is birna, a mennyiben növelné a tiszta látást az egyszerü és a scarlatos vagy a diphtheriás lobbal szemben, a mi különösen az utóbbi tekintetben lenne megbecsülhetetlen; mert hamarább volna az értékesithető, mint a bakteriologiai vizsgálat, elkerülhetőbb lenne azon tévedés, hogy a confluáló follicularis tonsillitisek pl. serumkezelésnek vettessenek alá, és megbizhatóbb lenne igy a statistika s hamarább tisztázódnék a serumkezelés értéke is;

és hogy végül kiegészittetnék észleletem által a serumkezelők azon tapasztalata, hogy a serum a nem diphtheriás toroklobokra hatással nem bir, azzal, hogy viszont a chinin csak ezekre fejti ki specifikus hatását, mig a diphtheriára hatástalan.

Gyógyult tetanus.

Pálfi István dr. járási tiszti orvostól.

Folyó év augusztus 23-dikán Oláh Ferencz 15 éves szerepi lakost a vonat elütötte, mindkét kezén és fején sérüléseket ejtett. Másnap reggel roncsolt végtagokkal jött hozzám, mint pályaorvoshoz, én sublimat-kézfürdő után első kötéssel láttam el, a szükséges operativ beavatkozásokat s a további kezelést Tomm Béla dr. biharudvari körorvos úr végezte. Fejsérülései csak kis zúzódások voltak, ellenben jobbkezének kis és gyürüs ujját elveszítette, gyürüs ujjának perczcsontjait az erőszak a tenyér böre alá tolta, balkezének 4 ujján a végső perczeket vesztette el. A varratok hatodnapra eltávolíttattak, hetednap az értelmetlen szülők a sarjadzó sebeket kétszer circa 5% karbollal mosták meg. Ugyanez nap este a már fennjáró rendkivül heroikus fiú a neki nyújtott kanálból csak a levest tudta kiszívni, a tésztát nem, mert állkapcsát mozgásban akadályozva érezte. Reggelre nem csak száját nyitni nem képes, de sem nyakát, sem derekát, sem alsó végtagjait mozditani nem tudja. Kezelő orvosa értesülve, hogy ismeretlen erős carbollal jött érintkezésbe, kezdetben carbol-mérgezésre gyanakodott, de kórisméjét csakhamar tetanusban állapitotta meg.

Én a beteget a sérülés utáni 29-dik, tehát a tetanus fellépése után a 22-dik napon láttam. A beteg mint egy deszka feküdt a földön, anyja fejénél fogva támasztotta fel, teljes hosszában. Arczkifejezése jellegzetesen — sardonikusan — mosolygó, vonásai mimika nélküliek, szemei körül körkörös merev redők, pupillái igen tágak, szája legkisebb fokban sem nyitható, rágóizmok jól látszanak, nyelés — nyál, becsurgatott tej nyelése — teljesen és bármikor szabad, a tarkómerevség nagyfokú, activ mozgatás kizárva, a törzs izmai kemény tapintatúak, merevek, idealis orthotonus, a felső végtagok mozgása intakt, alsó végtagok teljesen merevek. Hang fátyolos, beszéd alig érthető, szomj és éhség folytonosan kínzó, álmatlanság eleitől fennálló. A beteg teljes eszméletnél van, tapintási és fájdalomérzés normalis, légzés közel rendes, láz nincs és nem is volt, fájdalmakról nem panaszkodott. Éjfélenkint — napjában egyszer — görcsrohamai voltak, melyeket orvos nem látott, a hozzátartozók a „nehézség"-hez hasonlóaknak állitanak s melyekből magához tért, ha vízzel locsolták s merev fejét nagy erővel melléhez közelitették. Hűs levegő felé hajtására felületes, rövid szendergésbe merült. A görcsrohamokat ütés, mozgatás, fúvás stb. által előidézni nem lehetett. A beteg óriási módon lesoványodott. Gyógykezelése chloralhydrat és atropin.

Ilyen volt állapota a negyedik hét elején, változatlan ilyen maradt tovább is. Az ötödik hét elején, midőn az inanitio legextrémebb fokán állott, az álmatlanság is teljesen kimerítette, 10 gr. chloralhydratot vett be kétszerre, mitől 10 órát mélyen aludt, ébredésekor állkapocsmerevsége feloldódott s jól evett. Még aznap felkelt, testének merevsége megszünt. Harmadik napon tengerit törni ment. Testsúlyát, teljes egészségét szerfölött hamar nyerte vissza.

Bizonyos ebből, hogy a tetanusnak egy nem közönséges alakjával állunk szemben.

* * *

A tetanus Európában Rosenthal M. szerint felnőtt egyénen a ritkább betegségek egyike. Esetünkben a beteg 15 éves volt, tehát minden esetre közelebb a felnőtt korhoz, foglalkozása is — vasúti — felnőtt egyén foglalkozásának felel meg s egybehangzó vélemény szerint egyike azon foglalkozásoknak, melyek tetanus acquirálására hajlamosítanak: t. i. sérüléseknek és a sérülés földdel érintkezhetésének kitett. Ama másik két esetben, melyeket láttam, az egyik beteg egy állatorvos volt, ki tiszta tenyészetből fertőztetett, a másik tanító, ki kertjében foglalatoskodva inficiálta magát. Thamhayn is, ki legtöbb tetanust látott, a betegséget a 10 és 30-dik életév között tartja leggyakoribbnak és pedig határozottan a férfinemnél túlnyomólag, tehát ott és abban a korban, melyben az egyén sérüléseknek leginkább ki van téve. Mióta a tetanus sok régi alfaja egységes eredetre vezettetett, azóta a sérülési eredet az eseteknek majdnem teljes számában kimutatható volt. De nemcsak a ritkább, hanem a legsúlyosabb betegségeknek egyike a tetanus. Kétly szerint a typusos alaknak halál a vége, a percentuatio közel 100. Purjesz szerint ritka orvos látott gyógyult tetanust s csak fiatalok könnyebb eseteiben említ alig 15% gyógyulást; ugyanez a véleménye Rosenthal M.-nek 10 éven alóli korra vonatkozólag. Bebizonyított tény, hogy tetanus keletkezhetésénél nem a laesio nagysága, kiterjedt vagy súlyos volta az irányadó, hanem inkább a sérülés helye. Megegyezni látszanak a szerzők abban, hogy leggyakrabban a peripheriás idegek sérüléseit kiséri, bár kielégitő hypothesist erre nem ismerünk. Purjesz a végtagroncsolásokat első sorban említi. Busch az 1866-diki háborúban szerzett tapasztalatok alapján ugyanigy nyilatkozik. Thamhayn szerint első helyen állnak a kéz és ujjak, 30%-ban; sőt Curling közel 100%-ban találta, hogy a tetanus a kezek sérüléseihez csatlakozik. Nem tudni, hogy a különféle sérülési momentumok közül melyiknek van nagyobb befolyása, úgylátszik mégis, hogy az idegek zúzódása, megszaggatása, vongálása, a sebbe növése, heg általi nyomatása, complicált törések, idegen testek behatolása a legominosusabbak. Esetünk — szintén felső végtagok sérülése — mindezekhez bizonyító argumentumként társul, bár a felsorolt minéműségek közül dönteni nem lehetséges, a mennyiben valamennyi felsorolt alakja a sérülésnek betegünkön előfordult, illetve előfordulhatott. S nem hallgathatjuk el, hogy óriási volt a laesio, tehát el nem dönthető, hogy mi a fontosabb, a laesio nagysága-e, vagy a helye?

Több oldalról felhozatott, hogy centralis laesiok után (fejre, gerinczre esés stb. még észrevehető sérülés nélkül is) tetanus állt elő. Messze vezetne ennek elemzése, csak annyit kell felhoznunk, hogy betegünk több rendbeli kisebb-nagyobb sérülést kapott fején is, bizonyára nagy erő által (a mozdony által) létrehozva s miután kriteriumunk nincs arra, hogy a végtagsérülések közül melyiken történik az invasio, nem lehet elzárkóznunk e második kapu elől sem.

Rendesen gyógyulóban van már vagy teljesen gyógyult a laesio, mikor a tetanus fellép. Ebben teljesen egyezik a tetanus más, analog fertőző bántalmakkal. Esetünkben is fellépése egyezett a varratok eltávolításának idejével. Az irodalom megegyezik abban, hogy a sebfelületeken a tetanus fellépése alkalmával semmi észrevehető eltérés, változás nem mutatkozik, ezt részünkről is megerősíthetjük. A kitörési időpont a sérülés utáni 5—10-dik napra tétetik; mint láttuk, fiúbetegünk is szinte órányi pontossággal, mert egy hét mulva (a sérülés után) betegült meg.

A symptomatologiára vonatkozólag:

A tetanus az esetek többségében lasankint, könnyü, jelentéktelen kezdeti tünetek közt jut teljes kifejlődési fokára. Esetünkben mondhatni momentán lépett fel, egyszerre tetőfokon volt, ott mindvégig meg is maradt. Hiányzott még a sokszor leirt aggodalom s a húzásérzés is a tarkóban. Egyedül Kétlynél találtam, hogy a tetanus bár ritkán, de hirtelen léphet fel, minden előzmény, 5—6 órai előkészités nélkül. Betegünknél is legelébb az arczon, a rágóizmokon mutatkozott a tonikus görcs, de innen nem terjedt a nyelvre s nyelőizmokra s ezt fontos körülménynek kellett és kell tartanunk. Ezen izmok kihagyásával terjedt sorrendben, lefelé szálló irányban az izommerevség a tarkóra, a törzs, majd az alsó végtag izmaira. Ritkán szokott valamely testrész megkimélve maradni; 5—6, óra legtöbbször pár nap alatt halad a kórkép az általános dermedésig (Kétly). Esetünkben a felső végtagok intactok maradtak, ezt Purjesz már régebben leirta, főleg gyermekek felső végtagjaira vonatkozólag. Typusos tetanusnál a fej semmi irányban sem active sem passive nem mozgatható: betegünknél a fej passive a mellkashoz volt közelithető. A betegek szenvedéseit minden szerző felette súlyosaknak jelzi: betegünk a hosszú hónap alatt soha nem panaszkodott, a mit azonban nem annyira a nehezitett beszédére, mint inkább arra a tényre vezettünk vissza, hogy a fiú valóban bámulatosan höslelkü volt és emberfeletti erővel, egy hang nélkül türte azokat a fájdalmakat is, melyeket a különféle csonkitások, kiizelések, varratok stb. neki bizonyára okoztak.

Sok szerző kancsalságot észlelt, szük pupillát valamennyi. Mi kancsalságot nem láttunk, a pupillák pedig épen ellenkezőleg mindig tágak voltak (a különben csak egyszer szedett atropin alkalmazása előtt is!).

*

Nunc venio . . . a legnagyobb különbségre, mit esetünk felmutat. Abból az enorm reflexingerlékenységből, a mi részben a tetanust tetanussá teszi — annak oly essentialis tünete —, esetünkben alig valami constatálható, az is erővel. Érintésre, ütésre, reflexvizsgálatra, légáramra nem nyilatkozott meg e fokozott visszahajlási tevékenység, legkevésbbé az ismeretes görcsrohamokban, ilyenek nyomainak csakis azon orvos által nem látott, éjfélenkinti rohamok tekinthetők, melyeket ismeretlen okok váltottak ki ily circulaer alakban s melyeket a laikus környezet az epilepsiás görcsökhöz állított hasonlóknak.

Tetanusnál a rigid végtagok feszítőállásban szoktak rögzítve lenni, esetünkben az alsó végtag beállítása épen normalis volt. Leggyakoribbnak állíttatik a test opisthotonusa, legritkábbnak az orthotonus: mi ép e ritka utóbbit constatáltuk. Roham alatt sajnos nem láttuk a beteget; lehet, hogy akkor mások voltak a viszonyok.

Demme és mások szerint a tapintó-, fájdalom- és hőérzés leszállított; ezt épen nem mondhatnók. A tetanusnál leirt hőemelkedésekből semmit sem találtunk; épúgy nem obstructiot, tenesmust vagy flatulentiát. A nyelés nem hogy lehetetlen nem volt, kisérlete bármikor sikerült, görcsöket — legalább jelenlétünkben — nem okozott s nem tette a képet rabieshez hasonlóvá, mint oly sokszor leiratott. A majdnem felfüggesztett tápfelvételen kivül tetanus esetünknek legfélelmesebb tünete volt a minden kezelésnek ellenálló álmatlanság. Ez általánosan ismeretes, ez tette főleg kétségessé a bizonyos okok folytán a kedvező felé vergáló prognosisunkat.

A tetanus prognosisára nézve tudvalévő, hogy kedvezőbb jóslat állítható fel, ha a seb tiszta, a tünetek kifejlése mérsékeltebb (részleges görcs), a légzés zavara nem túlnagy, a normalis testhő visszatérőben, a táplálás lehető, ha a beteg alszik, ha nagyobb szünet van a paroxysmusok közt, ha a beteg egy héten túl él stb. Ezekből is látható, mily nehéz feladat volt a mi prognosisunk is, mily vegyes tünetekkel állottunk szemben. Épen az teszi esetünket érdekessé, ép azért merjük azt közölni, mert 1. a typikus tetanustüneteken kivül különleges, eddig nem közölt jelenségeket is mutatott, vagy a közlöttektől eltérőket; 2. mert eddigi felfogásunk szerint a hosszabb tartam absolute halálos s ha a tünetek a harmadik hét elején nem enyhülnek, a gyászos exitus bizonyos (Purjesz). Tudtunkkal még nem iratott le tetanus, hol a betegség az ötödik héten oldódott volna; egyrészt ezért hajoltunk a kedvezőbb feloldás felé, midőn betegünk — megfogyva bár — a harmadik héten túl életben volt; különösen fontos ez oly esetben, hol sem a mesterséges táplálás, sem a kellő orvosi felügyelet, sem a legmodernebb tetanuskezelés kivihető nem volt. Vidéki kartársaink tudják csak, mit jelent ez szegény embereknél olyan községben, hol orvos sincsen. A legnyomorultabb körülmények közt volt beteg, kit alig egyszer látott egy héten orvosa, felgyógyult, míg csak a közel napokban halt el minden erőfeszítés daczára a fővárosban egy tetanus-beteg, kinél százakra menő antitoxin használtatott el. Ritka orvos látott gyógyult tetanust; ily kedvezőtlen viszonyok között talán senki. Az a valami, a mit életerőnek nevezünk, bámulatosan volt kifejlődve e fiunál.

Pótlólag itt jegyezzük fel küzdelmünket a sebek kitisztítása érdekében. A zúzott kezek a porban, piszokban sokszor megforgattattak a mozdony által; a vér odatapaszthatott, a hő odasüthetett idegen alkatrészeket, az értelmetlen szülők, ki tudja mit tettek rá? Az bizonyos, hogy használt ruhadarabokkal fedték be. Én egy félóráig tartó 1‰-es sublimat-kézfürdőben iparkodtam a lehető kitisztításra s bórvaselin alatt bocsátottam el. Kezelő orvosa szintén sublimattal kezelte, majd jodoform-collodiummal. Úgy hiszszük, megtettük kötelességünket; a gyógyulás bámulatos volt, de úgy látszik, a tetanus kórcsirái még ilyen szereknek is ellenállanak valami módon.

Ideiktatjuk eszmemenetünket a differential-diagnosisra vonatkozólag: Meningitis cerebrospinalis és basilaris. Ezeknek oly sarkalatos ismert tünetei vannak, hogy a könnyű elkülönítést fel sem soroljuk. Kataleptikus merevség. E sokféleképen vitatott kóralaktól — ha ép szükséges — elkülöníthető a tetanus az által, hogy annál az érzéki, szellemi működések nem épek, míg itt igen. Fájdalom természetesen nem éreztetik s a reflexingerlékenység teljesen hiányzik. Masticatorius görcs: ennél a merevség soha nem megy át a tarkóra, a többi izmok szabadok, nincsenek megrázó paroxysmusok, nyelés is mindig szabad. Jackson-epilepsiával összecserélés lehetetlen.

Zárjuk fejtegetéseinket. Vidéki elszigeteltségünkben, elfoglaltságunkban igen kevés irodalom, ez is csak 1894-ig állt rendelkezésünkre, nem is tartunk számot a teljességre. Fővárosi kartársainknak alig mondunk érdekeset, de ím közöltük az esetet úgy, a hogy az az életben, a gyakorlatban előbukkant. Nem voltak segédeszközeink, nem górcsövünk, nem végezhettünk bakterologiai ellenőrzést, nem tanulságos állatkisérleteket. A serumok kora daczára sem alkalmazhattunk antitoxint. Esetünknek annyi értéke van — úgy véljük — hogy 1. egy tetanus-esetet irtunk le, melyben a legsúlyosabb s a legenyhébb tünetek egyaránt nem hétköznapilag fellelhetők; 2. hogy a részletekben új adatokat nyujtunk oly tünetekről, melyek eddig kategorice másként irattak le; 3. hogy a tetanus gyógyult, még pedig az ötödik héten, a mi eddig unicum. A szigorú objectivitás terén maradtunk, legfeljebb itt a zárszóban engedünk meg orvosi privilegiumként egy kis hypothesist. Nem akarunk oly messzire menni, mint egy kartársunk, ki az esetet tetanus és epilepsia együttes fennállásának tartja, innen magyarázza a kétnemű tüneteket s a rohamokat. De tudjuk, hogy Tizzoni és Cattani a tetanus kórnemzői gyanánt kétféle alakot irtak le, spórával s a nélkül; egyik okozná az enyhe, másik a súlyos tetanust. Fölvetjük a kérdést, nem lehetséges-e, hogy egy esetben egyszerre volna jelen mind a két alak, magyarázatául a könnyű és súlyos tünetek együttes jelen voltának.

Baráti köszönetemet fejezem ki a beteg kezelő orvosának, Tomm Béla dr. biharudvari-i körorvos úrnak, ki az esetet leirásra átengedni s az adatok szolgáltatásában mindvégig közreműködni szíves volt.

Bihar-Nagybajom, 1899. október 3.

Közlemény az egyetemi I. számú női klinikából (Kézmárszky Tivadar tanár).

A bimbósérülésekről.

Közli: *Platzer Sándor* dr. volt klinikai tanársegéd.

(Folytatás.)

A sérülések gyakorisága azonban nem fogy arányosan a szoptatások számával, s csak a sokszor szülőknél találunk jelentékeny apadást a sérülési számban.

II. p.:	280-ból	sérült	128 = 45·7%
III. p.:	98-ból	„	52 = 53·0%
IV. p.:	40-ből	„	19 = 47·5%
V—XVI. p.:	61-ből	„	22 = 36·0%

Hasonló eredményeket találtak mások is.

A bimbósérülések nemei és lefolyásuk.

A bimbósérülések két nagy csoportra oszthatók, ú. m. olyanokra, hol a bimbó szövetében anyaghiány támad: excoriatiok és olyanokra, hol folytonossághiány keletkezik: fissurák. A sérülés nagysága valamint kiterjedése főképen a bimbó mélyebb szöveteire igen különböző. E fokozati különbség, valamint a bimbó különböző helyein való keletkezése okozta azt, hogy egyes észlelők a sérülések fajtájának egy hosszú sorát állapították meg, a melyek közül több tulajdonképen csak egyugyanazon sérülés, csak különböző helyen s kiterjedésben.

A sérülések két csoportja közül a nagyobbik az excoratiok csoportja. Keletkezésük szerint 3 csoportra oszthatók. Leggyakrabban sugillatioból keletkeznek. Ha a csecsemő túlságos erővel szorítja fogmedrei közé a bimbó csúcsát, ennek finom erei megrepednek s apró vérömleny támad a felhám és az irharéteg közt. E vérömlenyek hosszúkás sávok, ½—1½ cm. hosszúak, 2—3 mm. szélesek. Mindig a bimbó csúcsán foglalnak helyet. Igen apró bimbónál a bimbó alapjáig terjedhetnek s ilyenkor az egész bimbófelület egy nagy véraláfutást mutat. A friss sugillatio szederjes kék.

A kis vérömleny gyorsan megalvad s az öt borító felhámmal együtt egy barna pörköt képez, mely alapjáról, az irharétegről, részben spontan, részben a szopás okozta vongálás következtében leválik. Marad utána egy nedvedző sebfelület: a fel-

hámtól fosztott irharéteg. Kedvező feltételek mellett — nyugalom és tisztaság — e sebfelületen gyorsan friss hám képződnék. Mivel azonban a legtöbb nő a sérült bimbóból továbbra is szoptat, a seb nyugalmat nem talál s a seb fölött képződő friss hám mindig újra meg újra felszakad. Az így támadt seb rendesen nem mély, kis bimbónál azonban, hol mint már említettem, majdnem az egész felületre kiterjed a sugillatio, igen kiterjedt sebfelület támadhat.

Az excoriatio létrejöttének másik módja az, mikor a felhám és irharéteg közt apró szakadás támad a bimbó vongálása következtében s e réseket az átszivárgó savó tölti ki. Ilyenkor a bimbó csúcsán egy vagy több kendermagnyi, tiszta savóval telt hólyagcsa támad. A hólyagcsák felső falát képező felhám, néhány óra mulva, hogy a hólyag képződött, megreped, a savó kiömlik, a felhám pedig lelapul s egy vékony kérget képez, mely a szopás alatt leválik s ismét a puszta irharéteg fekszik előttünk, mely fölött a behámosodás ép úgy megy végbe, mint azt a sugillatioknál leirtam. Excoriatiot végre még a bimbó maceratioja is okozhat. A csecsemő szájnyála s a bimbóra kicsurgó tej a felhámot áztatják, ez megduzzad, lazul, majd utóbb kisebb-nagyobb czafatokban leválik s kész az excoriatio. A maceratio egymagában ritkán hoz létre excoriatiot. Összesen csak három ilyen esetet észleltem. Kettőnél ezek közül a maceratio a bimbó sajátságos alkatában lelte okát. Tudniillik a bimbó csúcsán egy kis tölcsérszerű bemélyedés volt, melyben minden szoptatás után pár csepp tej visszamaradt, s ez a felgyült tej lassanként feláztatta a hámot. Legtöbbször a maceratio csak hozzájárult a már meglevő sérülésnek nagyobbításához. Így gyakran okozza a sugillatio vagy hólyagcsák folytán képződött pörk felmállását. Máskor a már meglevő seb szélén képződött vékonyabb friss hámot feláztatja, mire az ismét leválik. A macerált hám fehéres-szürke czafatokat képez, lepedékes sebtől megkülönböztethető az által, hogy könnyen letörülhető, a mikor tiszta sebfelület marad vissza, míg ellenben lepedéket letörülni nem sikerül.

A sérülések másik csoportját képezik a folytonossághiányok vagy más néven repedések. Keletkezésük alapfeltétele, hogy a felhám egy helyütt vékonyabb legyen, mint egyebütt. Ez a feltétel meg van adva a ránczos bimbón, mert a ránczokban mindig vékonyabb a hám, mint a bimbó felszinén. Mennyire függnek össze a repedések a bimbó ránczos voltával, azt bizonyítja az a körülmény, hogy teljesen sima felületű bimbón repedés sohasem támadt, apró ránczoknál 7·18%-nál, mély ránczoknál ellenben közel 59%-nál keletkezett repedés. A repedés a szopással járó vongálás folytán támad, a ránczokban levő vékonyabb hám e vongálást nem birja ki, megreped. A repedés e szerint mindig valamelyik ráncz irányát követi, ezért félköralakú a bimbó alapján, míg a bimbó csúcsán hossz- vagy haránt irányban fut. Utóbbi helyen gyakran több egymást keresztező repedést találunk, melyek gyakran egy nagyobb sebfelületté összefolynak. A repedések keskeny s kivált a bimbó alapján, mély sebeket képeznek, míg az excoriatiokból támadó sebek inkább csak felszinesek. Mélyebbre terjedő repedéseknél nemcsak a felhám és az irharéteg, de még az ez alatt levő kötőszövet is megsérül. Oly mélyre terjedő repedést azonban, a milyeneket az irodalomban említenek, hogy a tejkivezető csatornácskák egészen szabadon feküdtek, egyet sem láttam. Ezek úgy látszik igen ritkák s valószinüleg elhanyagolt bimbókon támadnak.

Lepedékes sebek. Minden tiszta bimbósebből, ha infectio hozzájut, lepedékes seb vagyis fekély keletkezhetik. Eredetükre tehát nem képeznek külön csoportot, mert akár excoriatioból, akár repedésből származhatnak. A seb felületén szürkésfehér lerakodás mutatkozik: a lepedék. Ez elhalt szövetrészletekből, belejutott vér és nyirksejtekből áll s a pathogen és ártalmatlan mikroorganismusok nagy tömegét is tartalmazza. A szövetelhalás foka igen különböző. Rendszerint csak vékony lepel támad a seben, mely kellő kezelés mellett gyorsan leválik.

Néha azonban a szétesés mélyebb szöveteket is ér s alávájt szélü, lassan gyógyuló fekély támad. A bimbóudvar sérülései jelentéktelenek. Néha sugillatio támad rajta az által, hogy a csecsemő a bimbó helyett a bimbóudvar bőrét bekapja s szívja. Hosszúkás szederjes kék folt támad, bőralatti véraláfutás, a mely néhány nap alatt nyomtalanul eltünik. Olyankor támad, ha az anya szoptatás közben elalszik s a csecsemő elereszti a bimbót, nem tudja újra megragadni magától, hanem helyette a bimbóudvar bőrét ragadja meg. Összesen tíz ilyen esetet láttam. Semmiféle kezelést nem igényelnek.

A bimbósebek keletkezését az imént leirt módon — teljesen mechanikus alapon — lehet megmagyarázni. E magyarázat mellett nem kell a sérülések okául felvenni a csecsemő szájában fellépett aphtákat, mint azt Rossi tette. Ép úgy nem lehet a sérülés oka a csecsemő nyálának savi hatása, a tej rossz minősége, vagy akár a bimbó felszinén megtelepedett mikroorganismusok. Ez utóbbiaknak lehet befolyásuk a már keletkezett sebre — t. i. inficiálhatják —, de egymagukban, az erőmüvi behatás nélkül sebet nem hozhatnak létre. E helyütt említem még meg azt, hogy több észlelő a soornak megtelepedését a bimbósebben észlelte. Ez iránt végzett vizsgálataim negativ eredményüek voltak, mert a bimbósebeken soort kimutatnom nem sikerült, a mivel azonban ennek lehetőségét kizártnak nem tartom.

A bimbósebek rendszerint kétoldaliak. Ritkább az az eset, hogy csak az egyik bimbón támad sérülés. Kétoldali sérülést találtam 436 esetben, egyoldalit 214 esetben. Ezek közül jobboldali volt 138, baloldali 76. Courgey és mások szerint a baloldali sérülés volna a gyakoribb. A legtöbb sérülés a 2—4-dik napon támad. A 7-dik napon túl sérülést támadni nem láttam. Winkel a 12-dik napig észlelte sérülések létrejöttét, de a 7-dik napon túl csak egy-két esetben. Rossi még a 2-dik, sőt egy esetben a 6-dik hónapjában a szoptatásnak is látott friss sérülést támadni. E késői sérülések azonban szerfölött ritkák.

A sérülések tartamára vonatkozó észleléseim hiányosak, mert a sérült bimbójú gyermekágyasoknak jó része még gyógyulatlan bimbósebbel hagyta el az intézetet s ezeknek további sorsáról ritka kivétellel nincs tudomásom. Egy s ugyanazon bimbón több sérülés is támadhat. 135 esetben repedést és sugillatiot, vagy pedig repedést és hólyagcsaképződést találtam, ezért, habár csak 515 szoptató sérült, kimutatásomban mégis 650 sérülésről számolok be.

A sérülés nemei közül leggyakoribb a sugillatio. Az esetek következőképen oszlanak meg:

sugillatio	339
repedés	263
hólyagcsák	45
maceratio	3

A sérülés kezdetére vonatkozólag a következőket találtam:

1-ső	nap kezdődött a sérülés		22	esetben
2-dik	„	„	200	„
3-dik	„	„	257	„
4-dik	„	„	117	„
5-dik	„	„	42	„
6-dik	„	„	8	„
7-dik	„	„	4	„

A sérülés tartama volt:

2 nap	87	esetben
3 „	122	„
4 „	135	„
5 „	86	„
6 „	43	„
7 „	22	„
8 „	8	„
8 napon túl tartott a sérülés	137	„

Ez utóbbiak legnagyobb része gyógyulatlanul távozott s csak egynéhányat észlelhettem közülök a teljes gyógyulásig. Ezek között a leghosszabb gyógytartam volt 21 nap.

A sérülések közül általában könnyebb lefolyásúak a sugillatiok és a hólyagcsaképződés, mint a repedések.

A gyógyulás tartamát összehasonlítva azt találtam, hogy az excoriatiok közül:

4 napon belül gyógyult	286 = 73·91%
8 „ „ „	41 = 10·59%
gyógyulatlan (8 napon túl)	60 = 15·50%.

Repedések gyógyulási tartama:

4 napon belül gyógyult	143 = 54·38%
8 „ „ „	43 — 16·35%
gyógyulatlan (8 napon túl)	77 = 29·27%.

Vagyis jelentékenyen nagyobb a 4 napon belül gyógyultak száma az excoriatioknál, s viszont a gyógyulatlanok száma csak fele a gyógyulatlan repedések számának.

A bimbósérülés complicatioja gyanánt fellépett mastitis is ritkább volt excoriatioknál, mint repedéseknél, t. i. 387 excoriatiora esett 2 mastitis = 0·51%, míg 263 repedésre jutott 5 mastitis = 1·9%.

Mindezek alapján a repedéseket súlyosabb sérülésnek kell tartanunk.

A bimbósérüléssel járó tünetek:

1. A fájdalom. Olyannyira kisérő tünete a bimbósérülésnek, hogy bátran lehet állítani, nincsen bimbóseb, mely ne fájna. A fájdalom csak addig tart, a míg a csecsemő szopik. Leghevesebb a szoptatás kezdetén addig, a míg a csecsemő a bimbót jól meg nem ragadta, azonban az egész szopási művelet alatt is tart. Épen ez a sokszor elviselhetetlenül heves fájdalom okozza a legtöbb bajt e látszólag csekély sérüléseknél, mert sok nő türelmét veszti, s abbanhagyja a szoptatást.

De vannak esetek, a hol a szoptató nő minden erejét összeszedi, hogy a fájdalmat elviselje s végül még sem képes rá, hanem akarata ellenére kénytelen felhagyni a szoptatással. A bimbók elég gyakran érzékenyek a nélkül, hogy seb volna rajtuk. Ennek oka egyrészről a bimbó bőrének finomsága és érzékenysége, más részről a szoptatás alatt támadó vérbőség. Többnyire először szoptatóknál találjuk ezt az érzékenységet, mely azonban néhány nap alatt elmulik. Jó ezt tudni azért, hogy egyedül a fájdalomra való panasz alapján még nem szabad bimbósérülést felvenni, hanem csak akkor, ha a vizsgálatnál tényleg találunk sérülést.

2. A vérzés elég gyakran kiséri a bimbósérülést. Leggyakrabban repedéseknél látunk vérzést. A vér mennyisége — megfelelően annak, hogy hajszáledényekből származik — igen csekély. Rendszerint csak néhány csepp. Fontossága csak annyiban lehetne, hogy a csecsemő a tejjel együtt a vért is lenyeli s ha röviddel reá hányni találna, a gyermek környezete megijed, mert a gyermek vért hány, holott ez a vér nem is tőle származik.

3. Láz. A complicatio nélkül lefolyó bimbósérülés lázt úgyszólván sohasem okoz, s ha igen, akkor is csak igen csekély a hőemelkedés s a 38·5%-ot nem haladja meg. Fontosnak tartom ezt kiemelni, mert Winkel szerint a bimbósebek magas lázt okozhatnak, de a példaképen felhozott eseteiben többnyire complicatiok fordultak elő: fekélyek vagy mastitis. Ez utóbbi két esetben tényleg magasabb hőemelkedéseket lehet észlelni, azonban a tiszta bimbósebek jóformán sohasem okoznak lázt. 515 sebes bimbójú gyermekágyasunk közül 416-nál láztalanul folyt le a gyermekágy. A 99 lázas között pedig 65 volt olyan, kinél a lázat nem a bimbósérülés okozta, t. i. lázasok voltak a bimbósérülés keletkezése előtt, vagy pedig annak teljes gyógyulása után, végül a láz okát egyebütt, legtöbbször a szülőcsatorna infectiojában leltük. Ezért joggal láztalanoknak lehet őket venni a bimbósérülés statistikájában. Így 515 esetre lázas 34 = 6·6%, vagyis 93·4% láztalan. Ezeknél is csak azért vettem fel a láz okául a bimbósérülést, mert semmi egyéb okát a láznak adni nem tudtuk. Lepedékes bimbósebek már gyakrabban okoznak lázt. 14 közül 4 volt lázas: 28·57%.

A 34 közül 20-nál csak egy hőemelkedés volt, 7-nél pedig két hőemelkedés. A hőmérsék a 38·5°-ot egyszer sem haladta meg. A hátralevő 7-nél magas hőmérsék lépett fel, de ezeknél mind a hétnél mastitis lépett fel, s így a hőemelkedés oka már nem közvetlenül a bimbóseb volt, hanem a belőle fejlődött szövődmény.

A láz fellépési ideje különböző. Tiz esetben a sérülés keletkezésekor lépett fel. A többi esetben a sérülés tartama alatt; legtöbbször a pörk leválásakor. Winkel szerint ilyenkor a szabadon fekvő irharéteg izgatása következtében lép fel a láz.

A bimbósérülés hátránya első sorban a fájdalom, mely mint már emlitettem, a szoptatást lehetetlenné teheti. Másodsorban a bimbóseb infectiojának veszedelme fenyeget. A bimbóseb ezen infectiojából fejlődik a mastitis. Összesen 7 esetben fejlődött ki mastitis, a mi 0·7%-nak felel meg. Mind a 7 esetben visszafejlődött a nélkül, hogy tályog képződött volna. Azonban az erre vonatkozó adatok nem sokat mondanak, mert a mastitis igen gyakran csak a 3—4-dik hétben támad, tehát oly időben, mikor a gyermekágyasok már nem állottak észlelésünk alatt. Nagyon valószinü, hogy a gyógyulatlanul elbocsátottak közül egynéhánynál mastitis fejlődött s talán kellő kezelés hiján el is genyedt.

Mastitis-eseteink közül 2-nél a bimbóseb lepedékes volt, a többinél a seben elváltozást nem találtam. A lob mindig csak egy emlőn lépett fel, 5 izben a jobb, 2 izben a bal oldalon. Kezdődött egyszer az 5-dik, 3-szor a 7-dik, kétszer a 8-dik s egyszer a 19-dik napon. Hatszor kezdetekor még fennállott a bimbóseb, egy esetben pedig a sebnek begyógyulása után 2 nappal kezdődött. A lob öt esetben két napig tartott, egy esetben 3 napig s egy esetben 5 napig. A mastitis mindig magas lázzal jár; csak egy esetben volt a max. hőmérsék 38·7, a többi esetben 39—39·9° közt ingadozott a hőmérsék s vele kapcsolatban a pulsus 100—120 közt volt. A láz mindig a lob tüneteivel egyidőben lépett fel, de gyorsabban mult el, mintsem hogy a lob teljesen visszafejlődött volna. Kellő kezelés mellett úgy látszik mindig visszafejlődik a lob, genyképződés nélkül, legalább a mi eseteinkben tályog egyszer sem képződött.

(Folytatása következik.)

TÁRCZA.

A klinikai tanitásról, tekintettel a diagnostikára.

(Vége.)

Mivel, tekintve különösen a belgyógyászat nagy — két év alatt alig felölelhető — anyagát, az egyes kóralakok számtalan változatait, higyjék el nekem, sem az nem jár el helyesen, ki mindent csak a klinikán vél megtanulhatni; de még inkább téved az, ki azt hiszi, hogy a betegágynál szerezhető ismereteket csupán könyvből való tanulással pótolhatja. Csakis a kettőnek *együttes cultiválása* adhatja meg azt a gyakorlati otthonosságot, azt a cselekvésre bátoritó tájékozottságot, azt a széles látókört, melyre a gyakorlatba kilépő és ott oly gyakran magára utalt orvosnak szüksége van, és melylyel, tekintve azt a nagy felelősséget, melylyel az orvos működése jár, minden gyakorló orvosnak birni kell. A betegágynál, a klinikán kell önöknek a szigorú inductiv gondolkodásmódot, az orvosi gondolkodásmódot — ha szabad igy kifejeznem magam — elsajátitaniok, a magánszorgalomnak marad fentartva mindama számos ismeretnek elsajátitása, mely a klinikai gondolkodásmódhoz az egyes szemeket szolgáltatja.

De bármennyire tekintsük is az orvosi tudományt tisztán természettudományi szempontból, egy tekintetben — és pedig fontos tekintetben — mégis különbözik azoktól. Mig t. i. a természettudományok egyedül a természeti jelenségek ismeretére törekszenek és azok igaz ismerete képezi a végczélt, addig az orvosi tudományoknak van e mellett még egy czéljuk, az t. i., hogy ez ismeretek és azoknak minden újabb vivmánya a szenvedő embernek hasznára váljék. A botanikus pl. elemzi a kezébe kerülő növényt és midőn azt elemezte, nyugodtan helyezheti herbariumába, vagy eldobja. Midőn mi a beteg emberen észlelhető jelenségeket elemezzük, nem elégedhetünk meg azok egyszerű constatálásával, hanem mindenkor azután is kell néznünk, hogy miként lehetne ezeket a tüneteket, melyek rendszerint szenvedést, nem ritkán életveszélyt jelentenek, előnyösen befolyásolni. Már ebből is látható, hogy klinikai foglalkozásunk nem ért véget a betegség felismerésével — a *diagnosticával* —; eszköz ez csupán, igaz fontos, nélkülözhetetlen eszköz, arra hivatva, hogy a klinika végső czéljának — a therapiának — útjait egyengesse.

Helyesen mondja egy régi orvosi közmondás, hogy „qui bene diagnoscit, bene medebitur“, azaz, csak az fog jól gyógyitani, ki a betegségek felismerésében jártas. Önként következik ebből, hogy miért foglalkozunk mai első találkozásunk alkalmával a betegségek diagnosticájával, mint a klinikai sikeres működésnek első, elengedhetetlen feltételével.

Valamely betegségnek felismerése néha igen könnyű, máskor szinte legyőzhetetlen akadályokba ütközik.

Nagyon tévednének azonban önök, ha azt hinnék, hogy valamely betegségnek megnevezése azonos annak diagnostizálásával, bár sajnos, tudásunk korlátoltsága miatt néha alig tehetünk egyebet, mint hogy egy-egy tünetet vagy tünetcsoportot kiragadunk, hogy azzal valamely betegséget megjelöljünk. A diagnosisnak arra kell törekedni, hogy a betegen észlelhető összes subjectiv és objectiv tünetek alapján megállapitsuk, hogy van-e valamely általános betegség jelen, vagy beteg-e valamely szerv; ha több szervet találunk megbetegedve, meg kell állapitanunk, hogy azok betegsége függ-e, vagy független-e egymástól; meg kell továbbá állapitani a beteg szervek boncztani állapotát, a boncztani elváltozás természetét, fokát, terjedelmét és végre az észlelhető eltérések előidéző okát.

A beteges, kóros jelenségek egy részét már közvetlen érzékeinkkel is észrevehetjük, csak használni kell azokat tudni, mi már némi gyakorlat után is el nem maradhat. Igy már a kevésbbé gyakorlottnak is fel fog tünni, ha az egyik arczfél simább, még inkább feltünik, ha a beteggel mimikát végeztetünk; könnyű ily módon azt megállapitani, hogy az egyik arczfél bénult. Azonnal észreveszszük pl., ha az egyik

végtag sorvadt. Máskor a beteg hangja tér el a rendestől és már ez eltérés minőségéből, egyszerű *hallás* révén azt is megállapíthatjuk, hogy hol keressük e hangváltozás okát. Máskép változik az, ha a változás oka a torokban, máskép, ha az orrban vagy a gégében van. Elég néha egy szobába belépnünk, hogy az ott észlelhető *szagból* megtudjuk, miszerint ott oly beteg fekszik, ki a legsúlyosabb tüdőbántalmak egyikében, tüdőüszökben szenved.

Olykor azonban érzékeinket bizonyos segédeszközökkel kell felszerelnünk, hogy valamely kóros jelenség viszonyait helyesen itéljük meg. Ha ama betegnél, kinek hangja változott és e változás minősége azt gyaníttatja, hogy annak oka a gégében van, úgy e gyanunknak alaposságáról és a betegség közelebbi mibenlétéről csupán gégetükör segélyével nyerhetünk felvilágosítást.

Mily gyakran kell az orvosnak a tapintóérzékhez folyamodni, hogy a kóros viszonyokról meggyőződjék; a pulsus tapintása pl. mindennapi és habár kétségtelen, hogy annak, a ki ebben kellő elméleti ismeretek alapján megfelelő gyakorlottságot szerzett, a vérkeringés igen sok eltérésről sikerül tudomást szerezni, úgy mégis tagadhatatlan, hogy bizonyos finomabb eltérésekről csupán akkor győződhetünk meg, ha a pulsust megfelelő eszközzel feliratjuk.

Igen számos esetben csak bizonyos vegyi, villamos, mikroskopi vagy bakteriologiai vizsgálatok képesek a viszonyokat felderiteni. Mindezek alkalmazására, begyakorlására, használhatóságuk és megbizhatóságuk megitélésére bő alkalmuk lesz önöknek a klinikán és a laboratoriumban.

Ámde mind e vizsgálatok alkalmazása még nem azonos a diagnosissal; nem más az, mint a tünetek megállapitása a diagnosis czéljából. Nem épület az, hanem épitési anyag, melyből kellő szakértelemmel megbizható alapon nyugvó épület alkotható. A megállapitott tüneteket, egyik jeles klinikusunk helyes mondása szerint, oly praemissáknak kell tekintenünk, melyekből logikai következtetés útján fejlődik ki a diagnosis. Önként következik ebből, hogy a diagnosis helyessége egyaránt függ az előrebocsátott praemissáknak és azok logikai feldolgozásának helyességétől. Ha valamit tény gyanánt állitunk, ha valamely tünetetet megállapitunk, annak tényleg meg is kell lenni a valóságban.

Azt lehetne hinni, hogy ennek hangsúlyozása szinte felesleges; pedig mily nehezen szokják meg némelyek azt és mily sokszor vétenek még a gyakorlatban megöszült orvosok is az ellen, hogy nem csupán azt tekintik ténynek, a mi a valóságban létezik, hanem olyasmit is, a mit ők ténynek csak gondolnak, a midőn természetesen biztos kiindulási pontról szó sem lehet. Egyaránt tévedni fog az az orvos, a ki májmegnagyobbodást supponál csak azért, mivel a máj táján nagyobb terjedelemben kap tompa hangot és fokozott ellenállást és nem veszi észre azt, hogy minden csupán azért van igy, mivel elhamarkodva, brusque módon, talán hideg kezekkel ejti meg a vizsgálatot, minek folytán a beteg önkéntelenül is megfeszíti hátizmait, valamint téved az az orvos, ki minden megnagyobbodott májat gyuladásos májnak tart. Az egyik esetben hibás volt a praemissa, a másikban a helyes praemissa logikailag lett rosszul feldolgozva.

De hibázhatunk akkor is, ha nem minden tünetet veszünk szemügyre. Helyesen állapitjuk meg pl. a máj nagyobb voltát, de elmulasztottuk megvizsgálni a szivet és igy elkerülte figyelmünket az, hogy a máj megnagyobbodása nem is önálló baj, hanem valamely szivbántalomnak következménye.

A helyes diagnosis előfeltételéül meg kell végre még egyet emlitenem, a mi a betegfelvételnél rendszerint az első mozzanatot szokta képezni. Miután a betegek rendesen nem azonnal jelentkeznek az orvosnál, midőn betegségük kezdődik, és miután számos betegség kezdete, kifejlődése a beteg előző körülményeivel — a foglalkozással, tartózkodási helyével, az életmóddal, megelőző betegségekkel — függ össze, nagyon helytelenül járnánk el, ha a beteg multját nem méltatnók kellő figyelemre.

A betegségek akkor lesznek legkönnyebben felismerhetők, ha oly boncztani változásokon alapulnak, melyek érzékeinkkel megállapithatók. Elég szerencsések vagyunk még akkor is, ha e boncztani változások érzékeink számára ugyan közvetlen hozzá nem férhetők, de physikalis mivoltukban változnak meg a szervek úgy, hogy ez megállapitható, a midőn azután ebből fogunk a boncztani viszonyokra következtethetni. Egy példa jobban fogja ezeket a viszonyokat megvilágitani. Ha ép ember mellkasát megkopogtatjuk, éles hangot hallunk, azaz olyan hangot, mint a minőt nyerünk akkor, ha üres hordót kopogtatunk. Ott a tüdőben, itt a hordóban levő *levegő* szolgáltatja a hangot. Ebből már most önként következik, hogy az esetre, ha a mellkas kopogtatása alkalmával tompa-, azaz olyan hang keletkezik, mint a minőt telt hordó ütögetésénél nyerünk, a tüdő levegőt nem tartalmaz, azaz a tüdő — miután az ép tüdő levegőt tartalmaz — beteg. De épúgy, mint a telt hordó tompa hangjából csak azt tudjuk meg, hogy abban levegő nincs, de arról, hogy a levegő helyét mi foglalja el, folyadék-e vagy tömör anyag és előbbi esetben minő folyadék, felvilágositást nem kapunk. A mellkas kopogtatásánál keletkezett tompa hangból is csak azt tudjuk meg, hogy ott levegőt tartalmazó tüdő nincs; azt azonban, hogy mi van hát ott, hogy milyen betegség szoritotta ki a levegőt, csak a betegen észlelhető összes ide vonatkozó jelenségek és ismereteink alapján határozhatjuk meg.

Sokkal bizonytalanabb lesz helyzetünk akkor, ha oly szervi betegségekről van szó, melyek sem olyan jelekkel nem járnak, melyek érzékeink által közvetlenül felismerhetők volnának, sem olyanokkal, melyekre észrevehetőleg változott physikalis jelekből lehetne következtetni. Egy példa ezeket a viszonyokat is jobban fogja illustrálni. Hoznak pl. elénk beteget, kiről azt tudjuk meg, hogy tegnap legjobb lét közepett hirtelen összeesett, elvesztette eszméletét és midőn egy óra mulván orvosi segitséggel magához tért, kitünt, hogy jobboldalát nem tudja mozgatni és nem tud beszélni, bár a hozzá intézett beszédet hallja, meg is érti, tudja is, hogy mit kellene válaszolni, a mint ezt jelekkel elárulja, de a szót kimondani nem képes. Ily esetben mi tehát csakis azt állapithatjuk meg, hogy a beteg ama működésekre nem képes; de mivel tudjuk, hogy ezen működések, t. i. a jobb oldal mozgathatósága és a beszélő képesség, az agy balfelében levő körülirt részletnek épségéhez van kötve, önként következik ama működések hiányából, hogy az agy ama körülirt részlete beteg. Hogy milyen boncztani változáson alapszik ama betegség, azt ismét további mérlegelés által sikerül néha egész biztossággal, olykor azonban csak több-kevesebb valószinűséggel megállapitani.

Igen sok esetben nem is mehetünk tovább a diagnosisban, mint hogy a rendestől eltérő működést állapitjuk meg, mivel vannak betegségek, melyek csak ebben nyilvánulnak, a nélkül, hogy eddig a legszorgosabb kutatásnak sikerült volna azt kideriteni, hogy e zavart működésnek hol van székhelye és miben áll az oka. Vezetnek pl. elénk beteget, kinek testtartása, beszédje, arczkifejezése egészen sajátszerű, merev, térdei be vannak mintegy csuklódva, lábai, kezei sajátszerűen remegnek, utóbbiak olyan mozgást végeznek, mintha ujjaival valamely apró tárgyat sodorna: az első pillanatra tudjuk, hogy azzal a kóralakkal van dolgunk, mely „paralysis agitans“ elnevezés alatt ismeretes.

Az ilyen betegségek felismerésére csak az képes, ki azokra a látottak, hallottak vagy olvasottak révén visszaemlékszik. És még szerencse, hogy ezen betegségek a többiekhez képest, melyek felismerése nem csupán a memorián, hanem az észlelt tüneteknek physiologiai és pathologiai ismeretek alapján történő logikai feldolgozásán alapszik, törpe minoritásban vannak. Ha ez nem igy volna, akkor az orvos minden oly esettel szemben, melynek megfelelő képét magában visszaidézni nem tudná, tehetetlen volna, míg ha azt tudja, hogy miként kell a betegségek egyes tüneteit egymáshoz s a szervek élettani, kórtani és kórboncztani viszonyaihoz vonatkoztatni, mindenkor el fog igazodni és a mi nem csekély fontosságú, mindenkor tudni fogja, hogy mit tudhatunk általában, mit lehet a biztos tudással szemben csak gyanítanunk vagy sejtenünk, minek kibontakozását várhatjuk a további észlelésből. Mert bizony a betegségek bonyolódott viszonyainál fogva nem egyszer leszünk kénytelenek bevallani, hogy a legjobb igyekezet mellett sem vagyunk képesek a biztos diagnosist megállapitani; motiválni fogjuk ilyenkor, hogy miért foglalunk vagy nem foglalunk a kinálkozó lehetőségek egyike vagy másika mellett állást. Minden tétovázás nélkül be kell ilyenkor a tanárnak vallani, hogy meddig terjed az, a mit a tudás meggyőző erejével indokolni tudunk, s hol következik az, a mi csupán egyéni nézetünk, felvételünk. Megengedjük, hogy ily módon eljárva, könnyen elveszithetjük tanitványaink előtt azt a nimbust, mintha csalhatatlanok volnánk, de annál inkább fogják őszinteségünket és tárgyilagosságunkat nem csak megbecsülni, hanem egyúttal elsajátitani.

Mint a felhozottakból láthatják a betegségek felismerésére több út áll rendelkezésünkre; lényege ez utaknak az észlelhető összes tünetek perceptiojában és helyes klinikai feldolgozásában áll.

E kettőre és azon módokra, melyek szerint ez történik, önöket tanitani nem csupán kötelességem, hanem önként vállalt és eddig — nyugodt lélekkel mondhatom — legjobb erőm és tudásom szerint teljesitett hivatásom. A tanitásnak a betegágy mellett kell történni. De vajjon hogyan történik az legczélszerűbben. Azt mondanom sem kell, hogy e nem mindenkor könnyű czél elérésére egyedül a tanár legjobb erejének latbavetése nem elegendő; tanárnak és tanitványnak együtt kell a czél felé törekedni és sikert csakis az együtt folytatott, változatott működés tud felmutatni.

Csalódnék azonban az, ki azt hiszi, hogy a diagnosticát annál jobban tanitjuk, ha a rendelkezésre álló idő alatt minél több beteget fogunk bemutatni. Ha igy járnánk el, könnyen megeshetnék, hogy önök ugyan számos emlékképre tennének szert, de miután az mégis lehetetlen, hogy a klinikai tanitásra szánt aránylag rövid idő alatt valamennyi létező beteg bemutattassék, minden oly kórképpel szemben, melynek megfelelőjére visszaemlékezni nem tudnának, tehetetlenül állanának. Mi tehát nem azt tartjuk czélszerűnek, hogy minél több beteget mutassunk be, hanem azt, hogy minden egyes esetet legbehatóbban megvizsgálva, annak minden egyes tünetét mérlegelve, bemélyedve a kóreset, az egyéniség lényegébe, folyton szemmel tartva a pathologiai jelenségeket és azoknak az élettani folyamatokhoz való viszonyát, szóval, hogy a „non multa, sed multum“ elve alapján állapitsuk meg a diagnosist.

E mellett súlyt fektetünk arra, hogy a klinikai bemutatásnál minden vizsgálatot és műveletet, melyek segitségével a diagnosishoz jutunk, önök maguk hajtsák végre, sőt megkivánjuk, hogy azon logikai munkát, melylyel az előre megállapitott praemissákból a helyes következtetést levonják, mintegy általunk ellenőrizve végezzék, hogy már itt megszokják azt, a mit már előbb is hangsúlyoztunk, hogy ténynek csak azt vegyék, a mi valóban tény és hogy valamely tényből soha többet ne következtessenek, mint a mennyit abból kellő indokolás alapján következtetni lehet és szabad. Az önök érzéki — és ha szabad igy kifejeznem magam — lelki szemei előtt kell igy a diagnosisnak felépülni. Csakis ezen módszer mellett lehet a fiatal orvosnak azt a kritikai-analytikai gondolkodásmódot elsajátitani, melyet a klinikai anyag sajátszerűségének feldolgozása igényel és melynek eredménye lesz többek között az, hogy eddig még ismeretlen kóralakokkal találkozva is megtalálják a helyes kibontakozás útját.

Már ismételve utaltam arra a különbségre, mely az önök által eddig folytatott tanulmányaik és a klinikai tanulás között fennáll Ezen

mai első találkozásunk alkalmával önökhöz intézett szavaimat nem fejezhetem be a nélkül, hogy erre még egyszer vissza ne térjek. Eddigi tanulmányaiknak tárgyát úgyszólván a holt anyag képezte; ezentúl a legnemesebb anyaggal, az emberrel fognak foglalkozni. Ez annál inkább megérdemli méltánylásukat, mivel beteg és többnyire azon társadalmi rétegből kerül hozzánk, mely földi javakkal úgy sincs túlságosan megáldva; abból a társadalmi körből, hol az embernek egészsége mindene és mindenét elveszitette, ha egészsége elveszett. E szerencsétlenek sorsa annál szánalomra méltóbb, mivel épen most nélkülözik a családi otthont, a résztvevő rokoni környezetet, mik a szenvedést felényire apasztanák, a csüggedéstől, a kétségbeeséstől leginkább óvnák meg.

Mindezt nekünk kell résztvevő gondos bánásmóddal a betegek panaszaival szemben tanusított türelemmel kárpótolni. A betegnek látnia, éreznie, tudnia kell, akarva, nem akarva arra a meggyőződésre kell jutnia, hogy mi mindent elkövetünk, hogy egészségét visszanyerje, vagy ha ez már lehetetlen, hogy legalább szenvedései enyhíttessenek. A betegnek akarva, nem akarva meg kell arról győződni, hogy mi benne nem csupán az észlelési anyagot látjuk, hanem a szenvedő embert, a szenvedő felebarátot.

Ilyen magunktartás mellett fel kell fakadni a bizalomnak még azokban is, kik bizalmatlansággal, sőt előitélettel keresik fel a mienkhez hasonló jótékony intézeteket. Arra pedig nagy súlyt fektetek uraim, hogy önök a betegek bizalmát birják és megnyerni tudják, mivel a bizalom már fél gyógyulás. Az az érzés, mely mindenkit áthat, midőn először lát embert szenvedni, t. i. a részvét és segiteni vágyás érzése, ez az érzés kell, hogy az orvost áthassa akkor is, ha az ezredik, ha a tizezredik beteget látja. Jól mondja legjelesebb klinikusaink egyike, hogy: „csak az lehet jó orvos, a ki egyúttal jó ember".

Ma-holnap 30 esztendeje lesz, hogy klinikai tanitással foglalkozom. Klinikámon mindig az épen most mondott elvek és szempontok voltak mérvadók. Azzal az óhajtással, hogy az ezentúl is így legyen, abban a reményben és meggyőződésben, hogy az ezentúl is így lesz, üdvözlöm önöket még egyszer és felszólitom a szorgalmas munkásságra.

Purjesz Zsigmond dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

E. Külz: Klinische Erfahrungen über Diabetes mellitus. Nach dem Tode von **E. Külz** bearbeitet und herausgegeben von Prof. Dr. **Rumpf**, Dr. **Aldehoff** und Prof. Dr. **Sandmeyer**. Jena, G. Fischer, 1899.

Az előttünk fekvő munka a Külz által nem kevesebb, mint egy negyedszázad leforgása alatt összegyüjtött 692 diabetes-eset kórrajza alapján készült és három búvár alapos szorgalmának gyümölcse. A szerzők a kórrajzokat következő csoportokba osztották: *a*) könnyű diabetes esetek a vesék bántalmazottsága nélkül, *b*) könnyű esetek a vesék bántalmazottságával, *c*) súlyos esetek, melyeknél a legszigorúbb diaeta sem tüntette el a vizeletből a czukrot, *d*) vegyes és átmeneti esetek.

A feldolgozás oroszlánrésze *Rumpf* professort illeti meg. *Sandmeyer* a diabetesesek ammoniak-, aceton-, aceteczetsav- és β-oxyvajsav kiválasztását tette tanulmány tárgyává, *Aldehoff* pedig a diabetes kiséretében jelentkező vesebántalmakat; a többi fejezeteket mind *Rumpf* irta meg. Aldehoff észleleteiből kitünt, hogy a diabetes kiséretében a vesék megbetegedése sokkal gyakoribb, mint gondoltuk. E szerző többek közt felemlíti, hogy a vizeletben minden coma diabeticum beköszöntése alkalmával jellegző „comacylinderek" mutathatók ki. Ezek finoman construáltak, halványak, többnyire erősen granuláltak, szélesek és rövidek, néha olyanok, mintha le volnának törve, s csak ritkán fédik őket fehér vérsejtek vagy vesealakelemek.

Rumpf a kórrajzok áttanulmányozása alapján a diabetesnek 3 csoportba való feloszlását ajánlja: Az elsőbe tartoznának az *absolut könnyű esetek*, a melyekben a vizelet csak akkor tartalmaz czukrot, ha a betegek által élvezett amylaceás táplálék nagyobb mennyiségű, mint hogy assimilatioja megtörténhetnék. Ilyeneknél a czukorkiválasztás 6 órával az amylaceáknak a testbe jutása után megszünik. A második csoportban azokat az eseteket sorolja fel Rumf, a melyeknél a czukorkiválasztás keményitőtartalmú táplálék mellett állandó, sőt a legszigorúbb diaeta mellett is hosszabb ideig megmarad, de megfelelő gyógyitás után az első csoportban emlitett esetek képét veszik fel. Ezek a *relative könnyű esetek*. Végül a harmadik csoportot a *súlyos diabetes-esetek* alkotják, a melyeknél a czukor semmi módon sem tüntethető el a vizeletből. Ezen csoportban alcsoportok volnának felállithatók a szerint, a mint a kórfolyamat állandónak, időnkint javulónak vagy fokozatosan előrehaladónak bizonyul.

A terjedelmes munka rendkivül sok érdekes adatot tartalmaz, melyet bizonyára köszönettel fogad mindenki, a ki a diabetes kórtanával és klinikai kérdéseivel behatóbban óhajt foglalkozni. *A.*

Összefoglaló szemle.

A fülgyógyászat újabb haladása. Ismerteti: ifj. **Klug Nándor** dr.

(Vége.)

Vörheny-diphtheria után keletkezett heveny necrosisa a csecsnyújtványnak és sziklacsontnak. Herrmann három esetről tesz jelentést, a hol vörheny-diphtheria után a fül mögött erős fájdalmak, lázak, a csecsnyújtvány felett oedema léptek fel. Ezek közül kettőnél műtétet végzett a harmadik még műtét előtt halt meg. A két műtétkor genyet a csecsnyújtvány csonthártyája alatt nem talált, a csont maga több helyen zöldes-szürke, puha, vérszegény, nekrotikus góczok vannak jelen. Antrumban néhány csepp geny, úgy ebben, valamint a mastoideus sejtjeiben kevés halavány, szivacsos granulatio. A műtét folyamán minden nekrotikus részt eltávolitottak. Az eredmény egyik esetben gyógyulás volt és az előbbi rossz hallás javulása. A másik esetben 10 napig szintén fokozatos javulás állott be, ekkor azonban újra hőemelkedés lépett fel és a gyermek néhány nap mulva meningitisben halt el. A harmadik még műtét nélkül elhalt esetben a bonczolat a csecsnyújtványra nézve ugyanazt a leletet adta, mint a mit *Herrmann* a másik két esetben műtét alatt talált.

Ebből következteti szerző, hogy vörheny-diphtheriához a sziklacsontban és a csecsnyújtványban acut nekrotikus folyamatok is csatlakozhatnak, mely folyamatok azok teljes elpusztulását idézhetik elő. Ily esetben feltétlen művi beavatkozást ajánl. A műtéthez az indicatiot megadottnak látja, ha hirtelen — még ha genyedésnek semmi nyoma sincs — fájdalmak lépnek fel a fül mögött, melyeket élénk láz kisér.

A labyrinth elváltozásának egy gyakori alakjáról középfülgenyedéseknél. Jansen hét évi anyagmegfigyeléséről referál; ezen idő alatt 169 esetben talált az ivjáratokon elváltozást. Ez elváltozások többnyire defectusok voltak, ritkábban volt valamilyes deformitás, avagy traumás sérülés, vagy valami másnemű bántalom. Első sorban és többnyire a horizontalis ivjárat volt megtámadva. Valamely ilynemű bántalomkor rendesen az ismert labyrinthus zavarra mutató tünetek voltak jelen, a milyenek: émelygés, hányás, szédülés, egyensúlyzavarok. A tünetek változatlanul ugyanazok voltak, bármelyik ivjáraton volt is az elváltozás. Közleménye további részében a therapiás eljárást és a koponyaűrbeli complicatiokat irja le.

A kanyaró alatt jelentkező fülmegbetegedésekről ir *Heymann*. Mint ismeretes, a fülmegbetegedések igen gyakoriak kanyaró után. *Heymann* közleményében kifejti, hogy a kanyarónál fellépő otitis media nem mindig az orr-torokűr nyákhártyájáról a tubákon át felterjedt folyamat, hanem ez a dobüreg nyákhártyájának elsődleges megbetegedése is lehet, a melyet ott az exanthema képződése hozott létre. Felemlíti továbbá, hogy a kanyaróban elhalt gyermekek bonczolatánál majdnem minden egyes esetben találnak középfülmegbetegedést, ott is, hol klinice létezéséről nem tudtak. Mindezekből azt következteti szerző, hogy ilyen középfülbántalmak az élőben jelen lehetnek akkor is, ha klinikailag jelüket nem adják.

Menière-féle betegség 10 esetét figyelte meg *Heimann* és ezek alapján részletes képét adja úgy a különféle fülmegbetegedések folyamán fellépő Menière-féle tüneteknek, valamint a Menière-féle betegségnek magának is. A Menière-féle betegséghez csak azon eseteket sorolja, melyeknél előzetes fülmegbetegedések nélkül egyszerre nehézhallás, fülzúgás, szédülés, hányás lépnek fel. Ha tehát ezen tünetek teljes egészség mellett, avagy valamely disponáló általános megbetegedés alapján — mint a milyenek syphilis, paralysis progressiva, tabes — lépnek fel és ha azután ezen tünetek órákig, napokig fennállva nehézhallás, illetőleg süketség visszamaradásával végződnek, akkor beszél Menière-féle megbetegedésről. A fentebb emlitett symptomákat bonczolatilag is megkisérli magyarázni és itt arra a nézetre jut, hogy vérnek vagy exsudatumnak a jelenléte a félkörös ivjáratokban nem elég e tünetek létrehozására, azonban okvetlenül szükséges figyelembe venni ezen tényezők befolyását az itt lévő végkészülékekre is, mint milyenek a félkörös ivjáratok ampulláinak avagy a vestibulumnak idegei.

A szemtükri vizsgálat fontossága a fül genyedő folyamatainál czimmel értekezik *Delstauche fils*. Mindenekelőtt a genyes fülmegbetegedések folytán fellépő agyi complicatiokról szól. Majd a szemvizsgálat által ily esetekben szolgáltatott adatokat tárgyalja, felemliti és megjegyzéseivel kiséri előző vizsgálók, mint *Jansen, Kipp, Zaufal, Gradenigo* és mások idevágó nézeteit e tárgyról. Maga a jelenkori fülészeti statistikai irodalomból 122 alkalmas esetet csoportositott, melyek közül extraduralis abscessus volt 5, sinus thrombosis 59, abscessus cerebri 29, abscessus cerebelli 2, összesen 95. A többi 27 esetben különféle koponyaűri complicatiok voltak. Ezek közül a szem vizsgálata 67 esetben positiv, 55 esetben negativ eredményt adott. Közleménye végén azon következtetést vonja, hogy ha az optikus neuritise és pangásos papilla jelen lehet koponyaűri complicatiok nélkül, úgy ez igen ritkán fordulhat elő.

A hallási gyakorlatok alkalmazásáról nehezen hallóknál közöl nagyobb tanulmányt *Urbantschitsch*. Betegeinél két módon végezte a gyakorlatot. 1. Általános hallási gyakorlatok. Ezek abban állanak, hogy a beteget figyelmezteti, miszerint minél gyakrabban különféle hangbenyomásoknak tegye ki magát és e mellett figyelmét mindig ébren tartsa. Igy ajánlja az ilyen hallási gyakorlatokat a társadalmi érintkezésben, az utcza zajában és egyebütt végezni. 2. Methodikus gyakorlatok. Ezek a beszéd megértésének emelésére szolgálnak. Mondatokat, szavakat, szótagokat, betüket mondanak a betegnek, a hallási határnak megfelelő távolságból, hogy a beteg részéről erőltetett figyelem legyen szükséges. A kiejtéshez rendes beszélgetési hanghordás elegendő. Minthogy a beteg könnyen szokik hozzá bizonyos hanghoz, jobb ha minél többen végzik vele e gyakorlatokat. A beszélő fokozatosan távolabb és távolabb álljon a betegtől. Jó ha több hang vagy zörej hat egyszerre be a betegre, hogy így tanulja meg a hangok felismerését. A kifáradás elkerülése végett egyszerre csak rövid ideig, 5—10 perczig folytassuk a gyakorlatokat, inkább naponta többször. *Urbantschitsch* ez eljárásának már többször hasznát látta, a mennyiben a hallási képesség fokozódásához vezetett.

Lapszemle.

A typhusos perforatiok sebészi kezelése. *Armstrong* 10-szer operált 1 gyógyulással. Különösen 3 pontra figyelmeztet: 1. A műtét rendesen későn határoztatik el, midőn a peritoneum már erősen van fertőzve, mihez még a betegség 3-dik és 4-dik hete által teremtett kedvezőtlen körülmények járulnak súlyosbitólag. 2. A belek egyesített átfúródásai minden esetben teljesen begyógyultak, miről az autopsiáknál meggyőződhetett. 3. A hasfali seb nagyon rosszul gyógyul. Egy esetben, mely 45 nappal élte túl a műtétet, a sebszélek a fonálkiszedés után szétváltak („fell apart"), egy más esetben csak a bőrseb nem gyógyult, de genyedés nem észleltetett (Zenker degeneratio?) (Montreal Medical Journal, 1899. febr.). *Picker Rezső* dr.

Az idült veselob örökléséről közöl igen érdekes adatokat *Pel.* Ujabb időben az átöröklés szerepét a különféle betegségek keletkezésében mindinkább megismerjük. Idegbajok, anyagcserebántalmak, rák tömeges megjelenését egy családban jól ismerjük. Pel egy család három generatiojában 18 chronikus nephritis-esetet észlelt. Ezen esetek fele a család férfi tagjai közül, másik fele női tagjai közül való. Az esetek táblázatos összeállításából kiderül, hogy mindnyian, kikre a betegség átöröklődött, öreg korban és kivétel nélül uraemiában haltak meg. Kitünik továbbá, hogy fiúknál csak figyermekekre, a lányoknál csak a leánygyermekekre szállt át az apa, illetve anya betegsége. *Pel*, ki a család negyedik generetioját is figyelemmel fogja kisérni, azt hiszi, hogy a vesék érzékenyebb voltában kell keresni az átöröklés okát; sajátszerű dispositionak kell jelen lenni, mely a vese szövetét kevésbbé ellentállóvá teszi. E feltevés szabhatna irányt az esetleges prophylaxisra is. Megfelelő bőredzéssel, szeszes italoktól való tartózkodással, heveny fertőző betegségek esetén fokozattabb figyelemmel kellene a vesére ható ingereket csökkenteni. (Zeitschrift f. klinische Medicin 38. k. 127. o.) *— v —*

A gyomornedvelválasztás gyógyszeres befolyásolhatóságáról ir *Riegel F.* tanár. Előrebocsátja, hogy ismereteink a gyomornedv befolyásolhatóságát illetőleg gyógyszerekkel ez idő szerint igen hiányosak, az általánosan használt natr. bicarb. s egyéb alkaliák a már elválasztott gyomornedvet s ezzel együtt a gyomorbennéket közömbösitik, azonban a secretio minőségére nem birnak befolyással, hasonlóképen a különböző stomachicumok sem. Mindeddig azonban nem rendelkeztünk teljesen kifogástalan módszerrel sem, a melylyel az egyes gyógyszereknek hatása a nedvelválasztásra ellenőrizhető volna, mignem *Pawlov* a kérdést sikeresen meg nem oldotta oly módon, hogy egyrészről az emésztési folyamat kisérhető figyelemmel, másrészről pedig tiszta gyomornedv is nyerhető. E módszer segélyével végezte vizsgálatait kutyákon *Riegel* is; első sorban is atropinnal, melyeknek eredményeképen kitünt, hogy az atropin a gyomornedvelválasztást gátló hatást képes kifejteni; azonban nemcsak az elválasztás, azaz a gyomornedv mennyisége csökken tetemesen, hanem az aciditas is lényegesen sülyed, igen gyakran a rendesnek felére is; ezen hatás minden esetre gyakorlati fontosságú is, minthogy számos esetben a törekvés a gyomornedv aciditásának csökkentésére irányul. *Riegel*-t azon antagonismus, mely sok tekintetben az atropin és pilocarpin között fennáll, indította arra, hogy ez utóbbi anyaggal is végezzen vizsgálatokat. A pilocarpin kivétel nélkül minden esetben a gyomornedvelválasztásra élénkitőleg hatott, a mennyiben az elválasztott gyomornedv mennyisége már az első órában a rendesnek háromszorosára szaporodott fel, ellenben az aciditas lényegesebb megváltozása nem mutatkozott. *Riegel* ezen anyagokkal emberen is végzett vizsgálatokat, melyeknek folyamán az atropinnak gátló befolyása a gyomornedv elválasztásra megerősittetett; míg az előző napon normalis sósavértékek voltak nyerhetők, addig atropinadagolás után igen gyakran szabad HCl nem volt kimutatható; az aciditas csökkenése jelentékenyebb volt atropinnak subcutan alkalmazása után. Hasonlóképen positiv eredményeket adtak a pilocarpinnal végzett vizsgálatok is. (Zeitschr. f. klin. Med. 1899. 37. k.) *K — i.*

Az aristol alkalmazása és hatása égéseknél és égetett sebeknél. *Roelig Ede* dr. saját tapasztalatai alapján az *aristolt* az újabb dermatologikus és sebészeti gyógyszerek közül a legjobbak egyikének itéli, kivált fájdalomcsillapító és a hegképződést előmozditó tulajdonságainál fogva. Használta azt kiváltképen kiterjedt és intensiv égetéseknél kenőcs- és poralakban, még pedig biztos eredménynyel. A szer mindannyiszor hűtőleg, fájdalomcsillapitólag és szemcseképzőleg hatott. A kötés nem ragadott oda és csekély fájdalommal leválasztható volt. A képezett hegek puhák, simák, nem feszitők és nem kötélszerűek. Hosszabb ideig használva és kiterjedt felületeken soha kellemetlen mellékhatás vagy toxikus tünetek nem mutatkoztak. Jó szolgálatot tett az aristol-kenőcs némely psoriasis esetben, panaritiumok és phlegmoneknél felmetszés után és minden nagyobb terjedelmű alszárfekélyeknél. (Deutsche med. Zeitung 1899. Nr. 56.)

A tannopin, egy új antidiarrhoicum összeköttetése a tanninnak hexamethylentetraminnal és hasonló készitmények felett azon előnynyel bir, hogy a tannin adstringens hatásához benne az urotropin antibakterialis hatása csatlakozik. Mindkét hatás csak a vékonybélben érvényesül. *Fröhlich C.* dr. azt újabban heveny bélhurut számos eseténél alkalmazta és hatását — eltekintve némely előrehaladt bélgümősödés által okozott heves hasmenéstől — mindig igen kielégitőnek találta. Az adag gyermekeknél 0·25—0·5, 3—5-ször naponta, felnőtteknél 0·5, többnyire 1·0, 3—4-szer pro die. Hátrányos mellékhatás soha sem mutatkozott, s a szer a leggyengébb csecsemőknél is aggodalom nélkül alkalmazható.

Gonococcaemia két esetét közli *Panichi M.*, a melyeket *Pellizari klinikáján* volt alkalma észlelni és bacteriologice beigazolni. Mindkét esetben blenorrhoikus sokizületi lob volt jelen, acut húgycsőkankóhoz társulva. A még lázas időszakban lévő betegek vena basilicájából 2 cm³ vért aspirált, az igy nyert vér egy részéből embervérsavóval kevert glycerines gelatinára fecskendezett, másik részéből pedig közönséges agarra, bouillonba és gelatinára oltott; míg ez utóbbiak sterilek maradtak, addig az embervérsavó keverékes gelatinán már másnap typikus Neisser-féle gonococcuskulturák voltak láthatók, a melyek coccusai Gram szerint szintelenedtek. E két esetben tehát valóságos gonococcus-vérűségről lehet szó. Vizsgálatait tovább folytatandó, Panichi több idült gonorrhoikus izületi lob esetében végzett bakteriologikus vérvizsgálatot, a nélkül, hogy eredményt ért volna, azt hiszi tehát, hogy az emlitett két esetben a gonococcusnak metastasisai a véráram útján voltak jelen. (La semaine médicale, 1899. október 4.) *Reách.*

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1899. deczember 14.

— **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1899. november hó 26-dikától 1899. deczember hó 2-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten élveszületett 457 gyermek, elhalt 249 személy, a születések tehát 208 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2614 beteg, szaporodás 865, csökkenés 767 maradt e héten végén ápolás alatt 2712. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 1, roncsoló toroklob 2, hökhurut 1, kanyaró 4, vörheny 8, himlő —, typhus abdominalis 1, gyermekágyi láz 1, influenza —, egyéb ragályos betegségek 3, agykérlob 18, agyvérömleny 9, rángások 4, szervi szivbaj 22, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 47, tüdőgümő és sorvadás 29, bélhurut és béllob 4, carcinomata et neoplasmata alia 10, méhrák 2, Bright-kór és veselob 8, angolkór 1, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 13, aszkór, aszály és sorvadás 2, aggkór 7, erőszakos haláleset 4. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1899. deczember 2-dikától deczember 9-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 5 (meghalt —), himlőben —, (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 60 (meghalt —), vörhenyben 57 (meghalt 9), kanyaróban 163 (meghalt 1), roncsoló toroklobban és torokgyikban 17 (meghalt 4) trachomában 5, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 3 (meghalt 1), orbánczban 14 (meghalt —), gyermekágyi lázban 3 (meghalt —).

□ **A budapesti orvosok szövetsége** f. h. 12.-én tartotta évnegyedes rendes közgyülését, babarczi *Schwartzer Ottó* dr. elnöklete alatt, az orvosegyesület Szentkirályi-utcza 21 sz. alatti tanácstermében. A közgyülésen *Waldmann Fülöp* főtitkár dr. előadása alapján tárgyalták a belügyministernek leiratát, a szegények számára való gyógyszerrendelést illetőleg. Majd a laikus massage ügyében kiadott belügyministeri rendelet ellen beadott módositásokat vitatták meg. Felolvasták a székes főváros tanácsának leiratát az állandó jégelárusitó telepek ügyében. Tárgyalták a tanácsnak még egy másik leiratát is, a mely a himlőoltási jegyzőkönyvek vezetésére vonatkozik, kérve a fölösleges rovatok kihagyását. Ezután *Pákozdy Károly* dr. választmányi tag indítványát tárgyalták, mely szerint kerestessék meg a törvényszék, hogy az orvosok idézésein, meghivóin mindig tüntesse ki azt az ügyet, a mely miatt meg lett idézve, A közgyülés végén felvettek 130 rendes tagot. A gyülés után a jelenvoltak az István főherczeg szállodába mentek társas-vacsorára.

✳ **Országos Balneologiai Egyesület.** Az „Országos Balneologiai Egyesület" alapszabályai értelmében jövő tavaszkor Budapesten *balneologiai congressust* fog rendezni. Van szerencsém az egyesület t. tagjait felkérni, hogy a mennyiben akár tudományos előadásokat akarnak tartani, akár fürdőgazdasági kérdéseket óhajtanak megvitatásra ajánlani, *ezen szándékukat az előadások és kérdések tárgyainak megjelölésével 1900. január hó 1-éig nálam bejelenteni szíveskedjenek.* Az igazgató tanács feladata lesz a bejelentések alapján a congressus napirendjét megállapitani és a vita alá bocsátandó kérdések előterjesztésére az előadókat felkérni. A napirend kellő időben közzé fog tétetni. Budapesten, 1899. évi deczember hó 10-dikén. Az igazgató tanács megbizásából: *Löw Sámuel dr.*, főtitkár, V., Váczi-körút 20.

⊖ **Elszegényedett orvosok segélyezése.** Néhai *Bukovinszky József* annak idején 3000 forintos alapitványt tett a magyar orvosi vagy sebészi kar elszegényedett tagjainak, ezek özvegyeinek és árváinak segélyezésére, a mely alapitvány vagyona most már 4472 frt 11 krra növekedett. Segélyezésben csak a magyar korona országai területén működő vagy gyakorlattal biró elszegényedett okleveles magyarországi születésü orvosok vagy sebészek vagy ilyenek özvegyei és árvái részesülhetnek. A kik az alapitvány kamatjövedelmére igényt tartanak, kérvényeiket a belügyministerhez legkésőbb január 20-dikáig nyujtsák be.

< **Téli gyógykezelés a lipiki gyermeksanatoriumban.** Az „önkéntes ápoló, gyámolító és oktató" egyesület szervező bizottsága értesiti az érdekelt köröket, hogy *a lipiki sanatoriumban* a téli gyógykezelés ez évi deczember hó 1-jével foganatba vétetik. Ez alkalommal több *földijas* ápolási hely engedélyeztetik a szegénységi bizonyitvány bemutatása ellenében oly vagyontalan gyermekeknek, a kik *lues, görvélykór, tuberculosis, idült bőr-, szem- és fülbajok, csúz, angolkór, vérszegénység és általános testi gyengeség* miatt a 4—6 heti radicalis belső és külső lipiki *jodos hévviz kúrára* utalva vannak s ez által az elnyomorodástól megmenthetők. Jótékony egyesületek és emberbarátok, a kik ily gyermekeknek a gyökeres gyógyulást lehetővé tenni, vagy szülők és gyámok, a kik gyermekeiket a gyógyintézetben elhelyezni óhajtják (csak 2—12 év közti gyermekek vétetnek fel) felkéretnek, hogy ajánlataikkal *Budapesten Radó Lipót* dr. főorvos úrhoz (IX., Csillag-

utcza 10. szám) vagy *Lipiken Breitwieser Henrik* dr. intézeti főorvos úrhoz fordulni szíveskedjenek.

⚒ **A szünidei orvosi cursus.** A VI-dik szünidei orvosi cursus végrehajtó bizottsága folyó évi deczember hó 7-dikén a budapesti kir. orvosegyesület helyiségében tartott közgyülésen számolt be két évi munkásságáról. Tudvalevőleg a szünidei orvosi cursus előadóit az összes egyetemi tanítótestület alkotja, ez időszerint tehát 101 tagból áll. A gyülésen megjelentek: Árkövy József, Bäcker József, Bókay Árpád, Bókay János, Böke Gyula, Csapodi István, Elischer Gyula, Goldzieher Vilmos, Grósz Emil, Haberern J. Pál, Herczel Manó, Imrédy Béla, Müller Kálmán, Róna Sámuel, Schaffer Károly, Tóth Lajos. A titkári jelentést *Schaffer Károly* terjesztette elő, melyből kitünik, hogy a szeptemberre hirdetett cursust azon okból halasztották el, mivel az 58 előadáshoz arányban nem jelentkezett kellő számú hallgató. Ennek oka a jelentés szerint részben a magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyülése, részben az országos orvoscongressus lehetett, melyek ez évben a vidéki kartársakat nagy számban vonzották.

Bókay János elnök előterjesztésében igen tanulságos szemlét tartott az eddigi cursusok felett:

Az	I.	cursus	(1883)	előadóinak	száma	24,	a	hallgatóké	119,
a	II.	„	(1885)	„	„	28,	„	„	61,
a	III.	„	(1887)	„	„	31,	„	„	34,
a	IV.	„	(1891)	„	„	48,	„	„	102,
az	V.	„	(1897)	„	„	55,	„	„	51.

Mindenekelőtt azon kérdést vetette fel, hogy a szünidei cursus intézménye továbbra is fentartassék-e s ha igen, milyen irányelvek mellett? A közgyülés élénk eszmecsere után elhatározta, hogy ezentúl *a*) egy-egy cursus csak 6—8 tárgyat öleljen fel, minden tárgyra legalább 12 óra essék; *b*) a tárgyakat 3 éves cyclusokra a végrehajtó bizottság jelöli ki s keres alkalmas előadókat; *c*) a legközelebbi cursust 1900. szeptember havában tartják; *d*) a résztvevési díj 50 korona. A közgyülés végül egyhangúlag felkérte a jelenlegi tisztikart s végrehajtóbizottságot, hogy az elhalasztott cursus rendezésére vállalkozni szíveskedjék.

A szünidei orvosi cursusok ügye ezen intézkedésekkel új stadiumba lépett s úgy hiszszük, kedvező megoldást nyert. A mit egyesek évek óta sürgetnek, hogy t. i. az előadások száma korlátoztassék, azt a körülmények hatalma s különösen a VI. cursus előkészülete alkalmával szerzett tapasztalat megérlelte. Jól mondta a közgyülésen *Müller Kálmán*, ha évente 6—8 tárgyat buzgó s lelkes előadók 20—25 hallgatónak intensive oktatnak, ezzel a cursusok az ország közegészségügyének s culturájának nagy szolgálatot tesznek! A végrehajtó bizottság feladata lesz az is, hogy a résztvevők számára a hatóságoktól, társulatoktól támogatást eszközöljön ki. Ilyen módon nem kételkedünk, hogy a cursusügy buzgó elnökének, Bókay Jánosnak, sikerülni fog az új aerát az 1900-dik évben teljes sikerrel megnyitni! *G. E.*

⚒ **Egyetemi alkalmaztatások.** Az orvostani tanári kar f. é. deczember 13-dikán IV. r. ülésében *Sipos Dezső* dr.-t az I. sz. belgyógyászati klinikához, *Dudutz Gerő* szigorló orvost a II. sz. kórboncztani intézethez díjazatlan gyakornokul megválasztotta.

○ **A vallás- és közoktatásügyi ministerium 1900. évi költségvetése.** A cultusministerium kiadása az államháztartásban 40.770,588 koronával szerepel, az emelkedés 5 és fél millió korona. Ez összegben a budapesti tudomány-egyetem 2.400,412 rendes és 761,400 korona rendkivüli, összesen 3.161,812 koronával szerepel. Az egyetem személyi járandósága egy és fél millió korona, a dologi kiadások 836,740 koronát tesznek. Az elméleti és gyakorlati oktatás szükségleteinek java részét az orvosi kar igényli (365,000 koronát); a 734,000 korona beruházásból is a főrész: 584,000 korona ezen karnak jut és pedig a szülészeti klinikák és boncztani intézetek folytatólagos felszerelésén és a második sebészeti klinika épitési költségein kivül új tételkép szerepel a régi boncztani épület helyreállitására 239,000 korona.

Az orvosképzés czéljaira az állam által hozott áldozatok nem kicsinyelhetők, a szükségletek és feladatok azonben oly nagyok s oly sokszerűek, hogy a kiadások aligha érték el a maximumot. A jövő évi budget azonban tanubizonysággul szolgál, hogy a közoktatási kormányzat a felsőbb oktatás szükségleteit méltányolja. De ez nem is lehet másképen, mert az orvosképzés egyik legfontosabb culturalis és közgazdasági feladat. Az orvosi rend helyzetének és a közegészségi viszonyoknak javitására a legelső feltétel az orvosképzés emelése. A jövő évi budget az erre való czéltudatos törekvés számos jelét mutatja. *G. E.*

⊥ **Az orvostanhallgatók segitő és önképző egyesülete** f. hó 11-dikén az I. sz. belklinika tantermében felolvasó ülést tartott, a melyen *Elfer Aladár* „Az osmosis nyomás szerepéről a physiologiában és a pathologiában" tartott előadást.

⚒ **Margitliget-üdülőhely.** *Martin Sándor* dr. (Budapest, V., Deák Ferencz-utcza 14. II.) tudatja, hogy az általa *Pomáz-Margitligetben* létesitett üdülőhely téli tartózkodásra is be van rendezve. Az üdülőházban elhelyezést talál bármely beteg vagy üdülő az elme-, heveny fertőző és ragályos betegek kivételével. Teljes ellátás a gyógykezelés díján kivül 30—40 frt. hetenként.

⊥ **Bókay János** dr. egyetemi tanárt a párisi gyermekorvostársulat levelező tagjai sorába választotta.

— **Szontagh Miklós** dr.-t f. hó 6-dikán temették el Uj-Tátrafüreden az ő kezdeményezése folytán épült protestáns templom kriptájába. A vastag hóborította hallgatag fenyvesek között, szürke borús napon, fáklyák komor fénye mellett a temetés egyike volt a legsajátságosabb jeleneteknek. A halotti ravatalt a családtagokon kivül a boldogultnak számos tisztelői és barátai állották körül, kik megjelentek nemcsak a Szepességből, hanem távoli vidékekről is, hogy megadják neki a végtisztességet. Az Országos balneologiai egyesületet *Papp Samu* dr. alelnök és *Jármay László* dr. képviselték a temetésen. Papp Samu dr. mélyen átérzett szép beszédben ecsetelte az elhunyt érdemeit. A szepesi orvosegyesület nevében *Alexander* dr. tett a koporsóra koszorút. Az egyházi szertartást *Zelenka* ágostai hitv. püspök végezte.

☒ **Kinevezés.** A belügyminister *Schermann Adolf* dr. Budapest székes főváros tiszti főorvosát és *Jármay Gyula* székesfővárosi gyógyszerészt az országos közegészségi tanács rendkivüli tagjaivá hat évi tartamra kinevezte.

△ **A budapesti önkéntes mentő-egyesület** segélyét november hóban 734 esetben vették igénybe. Folyó évi szám 9946.

⊙ **A sziléziai fürdők 28-dik gyülését** f. hó 7-dikén és 8-dikán tartották *Boroszlóban*, melyen 18 tudományos értekezést olvastak fel.

— **Otologiai szakosztály** alakult a budapesti kir. orvosegyesület kebelében e hó 14-dikén, melynek elnökéül *Böke Gyula*, elnökhelyetteséül *Lichtenberg Cornél*, jegyzőjéül *Váli Ernő*, jegyzőhelyettesül *Schwartz Ede* dr.-ok választattak meg.

△ **„Honvéd-egészségügy"** czim alatt a jövő év elejétől kezdve havi közlöny fog megjelenni 20—32 oldalnyi terjedelemben. Előfizetési ár 10 frt lesz egy évre. Rósa Viktor könyvnyomdája adja ki (Kassa, Kossuth Lajos-utcza 16. sz.) Haraszti *Bernolák Károly* dr. főorvos fogja szerkeszteni.

✳ **A Kézmárszky-féle szülészeti poliklinika** segélyét november hóban 68 esetben vették igénybe 50 műtéttel. Évi folyó szám 673.

— **A budapesti Császárfürdőben** 1899. évi január 1-jétől november 30-dikáig 1265 személy lakott és 343,478 személy fürdött.

⊕ **Megjelent.** *Nagy Képes Világtörténet* 46, 47, 48, 49-dik füzete. Róma történetének folytatását tartalmazza Scipióig. Ára egy füzetnek 30 kr. — *Drasche*: Bibliothek der medic. Wissenschaften, 184—187-dik füzet (bőr- és buja-betegségek). Ára egy füzetnek 60 kr.

□ **Helyreigazitás.** Lapunk 49-dik számában a 618-dik oldalon a budapesti kir. orvosegyesület 1899. november hó 9-dikén tartott ülésének tudósításában a 15-dik sor kivételével *ex*ophthalmus helyett mindenütt *en*ophthalmus olvasandó.

○ Azon tisztelt orvos urak, kik magukat önállósítani akarják, **Keleti J.** Budapest IV., Koronaherczeg-utcza 17. sz. alatti sebészeti műszergyártó czégnél teljes berendezéseket **orvossebészeti műszerekből** szabatolt legjobb kivitelben és legcoulánsabb módozatok mellett, havi vagy negyedévi részletfizetésre kaphatnak. Árjegyzékek ingyen.

Dr. **Herczel** egyet. m.-tanár újonnan épült „Fasorsanatoriuma" (magángyógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek** részére) **Budapest,** VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitünő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospektus.

ORVOSOK
nem nélkülözhetik az
Orvosi Évkönyvet,
melynek X. évfolyama karácsonyra jelenik meg.

Téli kúra
Szt. Lukács-fürdő
Budapest
Kénes iszapfürdők, természetes fürdőmedencze. Begőngyölések iszappal. Kőkád- és gőzfürdők. Massage. Kitünő szállodák. Meghülés kizárva. Vendéglő saját üzemben. Olcsó árak. Gondos kezelés. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.
A „Kristály" Szt. Lukács-fürdő savanyúvíz, mint kellemes üditő ital ajánltatik

Vízgyógyintézet bejáró és bennlakó betegek számára a **Herczel-sanatóriumban** (Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz.) **Kuthy Dezső** dr., a hydrotherapia egyetemi magántanárának vezetése alatt. Igen mérsékelt árak. Rendelés új betegeknek (az év minden szakán) d. e. 8—10; hétköznapokon (kedd kivételével) d. u. is 5—6 között.

Falta dr. szem- és fül-sanatoriuma, Szeged, Laudon-utcza és Mars-tér sarkán. Folytonos orvosi felügyelet, lelkiismeretes gondozás és ápolás, igen jó ellátás. Külön szobák. **Mérsékelt díjszabás.** Külön trachoma-osztály. Telefon 293. Kivánatra útmutató.

Dr. Sarbó Arthur egyetemi magántanár (V., Arany János-u. 10.) intézete a compenzáló gyakorlati gyógymód keresztülvitelére (Dr. Frenkel-féle módszer, tabeses ataxiák gyógyitására) a dr. Grünwald-féle sanatoriumban (VII., Városligeti fasor 13—15).

Negyvenharmadik évfolyam. 52. szám. *Budapest, 1899. deczember 24.*

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:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Tomka Samu: Közlemény a székesfővárosi szt. Margit-közkórházból. Exostosis a külhalljaratban. 655. l.

Politzer Alfréd: Az angolkór prophylaxisa. 657. l.

Platzer Sándor: Közlemény az egyetemi I. számú női klinikáról (Kézmárszky Tivadar). A bimbósérülésekről. 659. l.

Szabó József: A budapesti kir. m. tud. egyetem fogászati klinikájának kimutatása az 1898/9. tanévről. 661. l.

Kollarits Jenő: Észrevétel Pálfi István dr. „Gyógyult tetanus" czimű czikkére. 661. l.

Tárcza. *Sugár K. Márton*: A tisztiorvosi kiképzés és minősítés reformjához. 661. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. William W. Keen*: The surgical complications and sequels of typhoid fever. 663. l. — *Összefoglaló szemle. Pekár Mihály*: A tejczukor physiologiai szerepéről. 663. l. — *Lapszemle. Ponfick*: A hypophysis elváltozása myxoedemánál. (—ts.) — Táplálkozási kisérletek globonnal. — *Mirtl Károly*: Herion. 664. l.

Figyelmeztetés a m. orvosi könyvkiadó-társulat tagjai számára. 664. l.

Hetiszemle és vegyesek. Körrendelet a pestis-mégekre vonatkozó laboratoriumi vizsgálatok tárgyaban. — A főváros egészsége. — Az orvosprofessorok magánpraxisa elleni mozgalom. — Személyváltozások a honvédorvosi karban. — A jövő év orvosi congressusai. — Adakozás a Semmelweis-emlékalapra. — Donogány Zakariás. — Bolyó Károly. — Hőgyes tanár Pasteur-intézetének kimutatása. — A Kézmárszky-féle szülészeti poliklinika. — Figyelmeztetés. — Tudomásul. — Herczel dr. — Orvosi évkönyv. — Szt. Lukács-fürdő. — Baumgarten dr. 665—666. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a székesfővárosi szt. Margit-közkórházból.

Exostosis a külhalljáratban.[1]

Tomka Samu dr. közkórházi rendelő fülorvostól.

M. Zs., 33 éves férfibeteg, mult év október 4-dikén jelentkezett nálam a budapesti kerületi betegsegélyző-pénztár rendelő intézetének fülészeti osztályán azzal a panaszszal, hogy az utóbbi időben bal fülére nem hall és hogy ezen fül mögötti tájon erős szaggató fájdalmai vannak.

Beteg állítása szerint gyermekkorában lefolyt scarlatina utáni időtől fogva mindkét fülére rosszul hall és mindkét füle folyik, a folyás időnkint kisebb fokú volt, a hallása is olykor némileg javult, de az utóbbi két hétben a bal fülben a folyás teljesen megszünt és a bal fülére épen semmit sem hall. Ezen időtől kezdve érez a bal fülében és füle mögött fájdalmat. Hogy mióta nőttek a daganatok a fülében, azt nem tudja, sőt egyáltalán nem is volt tudomása arról, hogy fülében daganatok vannak.

Állítása szerint sem luese, sem izületi bántalma nem volt, sem traumát nem szenvedett, családjában nem volt senkinek fülbaja.

Az *anamnesisből* fontos dolgokat tudunk meg. Először is, hogy a bal fülében az utóbbi két hétben a folyás megszünt, ezen idő óta a bal fülben és baloldali csecsnyújtvány tájon heves fájdalmak léptek fel. Mint a mütét előtti bemutatásom alkalmával látható volt, a baloldali exostosisok a halljárat lumenét tökéletesen elzárták, annyira, hogy még egy szörszállal sem hatolhattunk rajtuk keresztül és így lehetetlenség volt a genynek lefolynia, joggal felvehettem tehát, hogy genypangás forog fenn.

Exostosisokkal itt-ott találkozunk, férfiaknál gyakrabban, mint nőknél, legritkábban gyermekeknél. Nálunk 5—600 fülbeteg közt észleltem egy exostosist, igen ritkák azonban azon esetek, a melyeknél az életveszély miatt kell azok mütevéséhez folyamodni. *Autenrieth* és *Toynbee* voltak az elsők, a kik exostosist leirtak. Toynbee 1849-ben 12 esetet közölt a Provincial Medical and Surgical Journalban, és 1000 boncztani praeparatum közt 14-szer észlelt exostosist (*Böke*).

Az exostosissal az első életévekben alig találkozunk, leginkább a 15—30 év közt látjuk őket. Olykor hosszabb időn át, éveken át nem változnak, majd újból nöni kezdenek. A míg az exostosis kicsiny, nem igen okoz semmiféle kellemetlenséget a betegnek, a legtöbb esetben nem is tudnak a betegek jelenlétükről. Ha azonban az exostosisok nagyobbodnak és így a hallás gyengül, vagy neuralgiás fájdalmak jelentkeznek, vagy szédülés, fülzúgás lép fel, vagy pedig a sokaknál szokásos fültisztítás nehézkessé lesz, veszik a betegek a fülorvos segélyét igénybe és többnyire csak ekkor, az orvos útján jut a bántalom a beteg tudomására. Ha annyira elzárják az exostosisok a halljáratot, mint jelen esetben, azon oldali süketséget is okozhatnak, egyrészt a hanghullámoknak a hallócsontokhoz való bejutásának meggátlása által; a halljáratban felhalmozódott termékek, mint geny, fülzsír, epidermisczafatok hallási akadályként szerepelhetnek, de meg a dobüregben levő nyomást fokozzák, a mi a tömkelegre is átterjedhet és így a hallóideg végképleteire, szintúgy a n. facialisra is izgatólag hathat.

Az exostosis leggyakoribb kiindulási helye a hátsó halljáratfal, jóllehet a halljáratfal minden pontján előfordulhat. Az exostosis legtöbbnyire a csontos halljárat kezdetén, a porczos halljárat szomszédságában van, ritkábban a halljárat mélyebb részein.

Böke tanár kiemeli, hogy bonczolatoknál találták, hogy az exostosisok néha beterjednek a dobüregre, promontoriumra és ovalis ablakra, vagy hogy a halljáratban fellépő exostosisokkal együtt a dobürben és a tömkelegben szintén támadnak exostosisok. Két izben a külhalljárat exostosisa mellett a kengyelen is találtam exostosist. (Orvosi Hetilap 1895.)

Az exostosisok alakja is különböző. Van gömb, kúp, henger, ékalakú és kocsányos exostosis. Egyes szerzők szerint a gömbalakú leginkább a hátsó halljáratfalon, az ékalakú a felső falon, a hengeralakú a halljárattal párhuzamosan halad. Az exostosis előfordulhat csak az egyik fülben vagy pedig mindkettőben, felléphet a halljáratnak csak egy pontján vagy több helyt, az egész halljárat mentén — *hyperostosis* —, vagy a halljáratot gyürüszerüleg szükíti — *periostosis* —, megkülönböztetésül a körülirt, egy irány felé növekedő *exostosistól*. *Rokitansky* pedig minden a csontból kiinduló, csatornába vagy ürbe hatoló csontújképletet, így az exostosist is *enostosisnak* óhajt neveztetni.

Ha egy vagy több exostosis van mindkét halljáratban, úgy többnyire egész symmetrikusan lépnek fel mindkét fülben. *Moss* szintén észlelte ezen symmetrikus fellépést azon exostosisoknál, a melyek a halljárat belső szélén voltak, azon helyeknek megfelelőleg, a melyeken az annulus tympanikus a halántékcsont pikkelyével összenőtt. Az exostosis a halljárat lumene felé nő, azt szükíti, sőt el is zárhatja. Ha több exostosis van egy fülben, azok rendesen egymással szemben foglalnak helyet, egymás felé nőnek, sőt

[1] Előadta a közkórházi orvostársulat 1899. szeptember 27-dikén tartott rendes ülésén.

egészen összeérhetnek és így a halljáratot, mint jelen esetben is, teljesen el is zárhatják.

A külhalljárat exostosisával egyidejüleg a koponyán is előfordulnak exostosisok, féloldali arczsorvadással is *(Krakauer,* Monatschr. f. O. 1891).

Az exostosisok lehetnek tömörek, szivacsosak vagy ritkán nagyobb ürökkel birók. Az általam eltávolított exostosisoknak a *Thanhoffer* professor vezetése alatt álló II-dik számú anatomiai intézet szövettani laboratoriumában megejtett vizsgálatának eredménye a következő: A csontmetszetek nem nagy eltérést mutatnak a normalis csontszövettől, csak a Howship-féle lacunák valamivel tágabbak; a csontüregekben új kötőszövet nagy orsóalakú sejtekkel és újonnan képződött edényekkel. Tehát a csontos halljárat hyperplastikus újképződményével van dolgunk.

Az exostosis *aetiologiáját* illetőleg még mindig homályosak a nézetek. Syphilis *(Roosa)*, arthritis *(Toynbee)*, scrophulosis, iszákosság, öröklékenység *(Schwartze, Kessel, Kirchner, Blake)*, gazdag és izgató eledelek *(Tyonbee)*, idült genyes középfüllobok, a külhaljárat csontos részének vagy periostjának lobja, külső ingerek, traumák szerepelnek előidéző momentumokként. Veleszületett exostosist is észleltek, ez azonban tévedésen alapulhat, mert az újszülötteknek még nincs csontos halljáratuk. Ellenben *Politzer* szerint részleges hyperplasiák a csontos halljárat fejlődési és csontosodási stadiumában tekintetbe jöhetnek a kórokok sorában.

Az angoloknál gyakoribb előfordulását a gyakori fürdéssel járó ingerekre és izületi bántalmakra vezetik vissza. Mexiko őslakóinál az exostosisok gyakori előfordulását *Dawis, Flower, Virchow* stb. constatálták, *Blake* a „Mont Builders“ koponyák 25%-ánál, *Virchow* a Peruanerek koponyáinak 13½%-ánál. *Blake, Flower* stb. e gyakori előfordulást annak tulajdonítják, hogy az újszülöttek koponyáit szépészeti szempontból két deszka közé szorították. E nézetnek is sok ellenese van. A fent elsoroltakat azonban nem tekinthetjük feltétlenül az exostosisok előidéző okául, mert számtalan esetben fennállanak az említett kórokok, például a külhalljárat lobok, a nélkül, hogy exostosis fejlődnék. Bár leggyakrabban találjuk az exostosist a genyes középfülloboknál, mégsem állíthatjuk fel a kettő közötti direct összefüggést, mert fellépnek olykor az exostosisok a genyes állapotot megelőzőleg. *Krepuska* a keleti fajnak az exostosisok gyakoribb előfordulását tulajdonítja, míg *Böke* tanár nem tapasztalta, hogy a keleti faj nagyon inclinálva volna az exostosisra. *Hedinger* szerint az exostosis a halljárat kibélelése túltengéses lobjának az eredménye, a neoplastikus kötőszövet osteoid metamorphosisával. *Virchow* szerint sok esetben az exostosis a normalis csontfejlődés irritativ izgalma folytán, a csontosodási helyek excessiv sarjadzása által jön létre. *Kessel* szerint leginkább elfogadható azon nézet, hogy az exostosisok a csont vagy halljárat periostjának lobjából keletkeznek valamely ismeretlen tényező közreműködése mellett; a külhalljáratban egyébként igen gyakoriak a lobos állapotok a nélkül, hogy exostosist okoznának. Kessel az öröklékenység mellett felhozza, hogy apánál és fiúnál észlelt exostosist és itt is valamely ismeretlen tényezőnek közreműködését véli felvehetni.

Az exostosis könnyen *diagnostizálható*, részint külseje, részint tapintása által. Az exostosis fehéres-sárgás, csontszínű, ha a bőr felette feszült és vérszegény; néha tágult véredények veszik körül, vagy húzódnak el felette. Felületük sima, olykor egyenetlen; széleik élesen határoltak vagy elmosódottak. Az exostosis érintésre kemény, csonttapintatú. Ha az exostosis izgattatik, lobosodik és a kötszövet proliferatioja folytán puha lesz, felületes vizsgálat mellett a polypussal volna összetéveszthető; viszont a polypus is összetéveszthető az exostosissal, ha a polypus csontosodik *(Dalby)* és szövettani vizsgálat nem ejtetik meg. Az exostosissal egyidejüleg otitis externa és eczema is észlelhető néha. Az exostosis nyomása által az ellenkező oldali falon fájdalmas genyes lobot okozhat, a mibe az exostosis is bevonathatik.

Az exostosis *kórjóslata* rendes viszonyok közt kedvező, ha az exostosis kicsi és növésre nem mutat hajlamosságot, ha nem fiatal korban lép fel, mert az idősebb korban épen nem vagy csak alig nagyobbodik az exostosis. Kedvezőtlenebb a jóslat, ha két vagy több exostosis egymással, vagy az exostosis a halljárat falával összeér, azt izgatja, lobot, sarjadzást okoz, sőt caries és necrosis is bekövetkezhetik. A trigeminus területén neuralgiák is felléphetnek az által, hogy az exostosis feletti bőr igen feszül, vagy hogy a halljárat fala erősen nyomatik. A neuralgiás fájdalmak azonban az exostosisnál nemcsak a nyomás útján, hanem reflectorice is keletkezhetnek. A neuralgia az exostosis eltávolítása után megszünhet *(Moos, Tomka)*. Kedvezőtlen a jóslat, ha genyes középfüllob van jelen, mert a fülfolyás siettetheti az exostosis növekedését. Rossz a jóslat, ha az exostosis genyes középfüllob mellett a halljáratot teljesen elzárja, genypangást okoz, a mikor is anthrum-tályog, caries, sinusphlebitis, pyaemia stb. következhetnek be. *Roosa* leir egy esetet, a melyben a halljáratot az exostosis teljesen elzárta, genypangást és így meningitis folytán halált okozott.

Az exostosisnak *tünetei*, mint láttuk, főként a nagyothallás, genypangás, szédülés, fülzúgás, neuralgiás fájdalmak, fej- és fülnyomás. A tüneteket illetőleg azonban figyelemmel kell lennünk arra, vajjon az exostosis vagy pedig az ugyanazon időben esetleg jelenlevő egyéb fülbaj tünetei-e a fennálló tünetek. Hisz tudjuk, hogy az exostosisos fülben egyidejüleg fennálló idült középfülhurutnál vagy idült középfülgenyedéseknél is észlelhetjük ezen tüneteket.

A mi a *kezelést* illeti, már régi időktől kezdve mindenféle izgató és maró szereket megkisérlettek az exostosis visszafejlesztésére. Így joddal, higanynyal, lapissal, sósavval, chromsavval ecsetelték; paquelinnal, galvanocausticával *(Mathewson)*, electrolysissel *(Hinton)* próbálkoztak meg; majd nyomási atrophiát akartak elérni laminariák, kemény tárgyak bevezetése által *(Hinton, Syme)*. Ezek által azonban az exostosis lobja következhetik be, a mi tova terjedhet a középfülre; vagy pedig a laminaria bevezetése által esetleg genypangás következhetik be és így inkább árthatnak, mint használnak e kisérletek a betegnek. Belsőleg is jod, higany adagolását kisérlették meg, de eredmény nélkül, kivéve talán, ha az exostosis oka syphilis volt. Oly esetek is vannak leirva, a melyeknél az exostosis magától visszafejlődött (Hinton), de ezek nem exostosisok lehettek, hanem nem organizált periostal izzadmányok.

Az egyedüli biztos mód az exostosis gyógyítására annak műtét útján való eltávolítása. Ha az exostosis kicsiny, nem nő és nem okoz kellemetlenséget, úgy maradhat, bár az ily kicsiny exostosis mögött is összegyülhetik a halljáratban a fülzsír stb. Ilyen esetben és ha genyes dobüreglob van jelen, a halljárat szabadon tartásáról kell gondoskodni olykép, hogy kifecskendés által eltávolítjuk, ha igen kemények, előzőleg glycerin-becsepegtetés által felpuhítván az összehalmozódott termékeket. A fülkürtön át a catheter útján való keresztül fecskendést is felhasználhatjuk a halljárat szabaddá tételére. Így kezelem betegnél a jobb fület; az exostosisok azonban ezen fülben némi növekedést mutatnak, a mennyiben a köztük volt rés az év lefolyása alatt szükült és így nagy a valószinüség arra nézve, hogy idővel ez oldalon is szükségessé fog válni az exostosisok müvi eltávolítása.

Ha azonban az exostosis oly nagy, hogy nagyfokú nagyothallást okoz, főként, ha mindkét oldalt ily nagy az exostosis, vagy pedig, ha csak egyoldalú ugyan, de a másik fülön a hallás különben is rossz, indikált az exostosis eltávolítása; ha pedig genyretentiot okoz, mint jelen esetben is, indicatio vitalis a műtét.

A műtétnek több nemét alkalmazták. Igy fúróval, fogorvosi fúrógéppel *(Mathewson, Bremer, Bonnafont)*, reszelővel *(Bonnafont, Syme)*, ruganyos lekötéssel *(Dittel)*, hajlott vésővel *(Kessel)*, vájt vésővel *(Politzer)* való eltávolítását, fogókkal való letörését *(Cassels)* ajánlották. *Knapp* az exostosis alatti halljáratfal vékony lemezének az exostosissal való levésését javalja. Én[1] ugyanazon egyenes vésőket és kalapácsot alkalmaztam, melyeket a trepanálásokhoz használok. A levésés a fenti módok közt a legegyszerübb és legbiztosabb módszere az exostosisok eltávolításának.

A középtermetü, jól fejlett, láztalan férfibeteg belső szervei épek. *Füllelete a következő:*

Jobboldalt: a hátsó és mellső halljáratfalon egymással átellenben 1—1 gömbalakú, normalis színezetü, vékony bőrrel fedett, érintésre nem fájdalmas, csontkemény tapintatú daganat látható, a melyek a halljárat lumene felé emelkednek és azt annyira szükítik, hogy ott egy szük rés marad, a melyen csak egy igen vékony sondával lehet áthatolni. A dobhártyalelet e szerint nem

kapható. A katheteren át befujt levegő a fülön keresztülhatol. A dobhártya perforatioja tehát most is fennáll.

A hallásképesség ez oldalt:

suttogó szók = 0 centimeter
converzáló szók = 10 „

A Weber-féle kisérlet a baloldal felé lateralizált, a Rinne-féle kisérlet negativ. Fájdalom és fülfolyás ez oldalon nincs.

Baloldalt: Szintúgy, mint a jobboldalon, a mellső és hátsó halljáratfalon, egymással átellenben két gömbalakú kiemelkedés látható, a melyek oly nagyok, hogy a halljárat lumenét *teljesen* elzárják, annyira, hogy még egy szőrszállal sem lehet keresztül hatolni. Katheterizálás alkalmával levegő nem hatol keresztül, a fülkürtön át vízzel való befecskendéskor egy csepp víz sem jut keresztül a halljáraton.

A hallás ez oldalon = 0.

Hangvillavizsgálat: Rinne-féle kisérlet ez oldalt negativ.

A csecsnyújtvány külsőleg a normalistól semmiféle eltérést nem mutat, de benne a fájdalmak mindinkább hevesebben jelentkeztek, a melyek nyomásra fokozódtak és így beteget a szt. Margit-közkórházban 1898. október 10-dikén megoperáltam.

A mütétet chloroform-narcosisban hajtottam végre, de a beteg igen rosszul aludt, illetőleg annyiszor collabált, a szivmüködés oly rossz volt, hogy a betegen sietve kellett az exostosis eltávolitását végeznem, és így ezen mütét alkalmával egy tervbe vett radicalis mütét végrehajtására gondolnom sem lehetett. Meg kellett elégednem azzal, hogy a *fülkagyló és porczos halljárat leválasztása mellett*, mint most constatálható, az exostosist távolítottam el gyökeresen.

A hátsó falon lévő exostosisból egy darabot levéstem és így a két exostosis között kis szabad teret nyertem, ezután iparkodtam a hátralevő résznek periostját lehetőleg megtartani, úgy hogy keskeny, egyenes vésővel a periostot leemeltem, a mi részben sikerült is; az exostosis többi részét ezután levéstem. Ezután a mellső falon levő exostosisről a periostot, a mennyire csak tudtam, leválasztottam. Az exostosis meglehetős kemény volt, csaknem az egész csontos halljárat hosszában végigterjedt úgy a mellső, mint a hátsó falon.

Az exostosis levésése után a külhalljárat jó széles volt. A dobüregben a geny és detritus eltávolítása után bő sarjadzás volt. A levegő a catheterizáláskor áthatolt a halljáraton. A dobüregben levő sarjadzás eltávolitása után a *fülkagylót visszavarrtam*, az exostosisokról letolt periostot visszahelyezvén, fölébe jodoformport hintettem, a varrás fölé jodoformkötést alkalmaztam. A külhalljáratot szabadon hagytam a fennálló genyes középfüllob miatt.

Egy hét mulva a sebszélek összenőttek s a varrást eltávolítottam.

A mütét után még 3—4 napig meglehetős fájdalmai voltak a betegnek fülében és csecsnyújtványában. A fájdalmak a csecsnyújtványban még vagy 10 napig időnként felléptek és azután teljesen megszüntek. *A hallás a mütét utáni napokban lényeges javulást mutatott. Suttogó beszédet 1 meterre, converzáló szókat 3 meterre hallotta.* Weber most is a baloldal felé lateralizált. A halljárat annyira érzékeny volt, hogy a midőn később a dobüregben levő apró granulatiok elpusztítására alkohol-becsepegtetéseket vagy ferr. sesquichlor. cr. érintését alkalmaztam, mindig megduzzadt és így megszükült a halljárat, a mi azonban 2—3 nap mulva önként visszafejlődött.

A levegő később és most is igen széles áramban hatol befúvás alkalmával a bal halljáraton keresztül; a halljárat lumene egész terjedelmében elég tág, normalis. A hallásképesség a genyes középfüllob megfelelő kezelése mellett mindkétoldalt kielégítő.

Baloldalt suttogó szókat $2^1/_2$ méter
„ converzáló „ $4^1/_2$ „
jobboldalt suttogó „ $^1/_2$ „
„ converzáló „ 1 „

távolságra hall. Fájdalmai sem a fülben, sem a csecsnyújtványtájon nincsenek.

Irodalom.

A szövegben felemlitetteken kivül:

Böke Gyula: A fülgyógyászat tankönyve. *Hedinger*: Über eine eigenthümliche Exostose im Ohr. Zeitschr. f. Ohrenh. 1881. *Kessel*: Über die Exostosen des äusseren Gehörgangs. Correspondenzblatt des allgem. ärztl. Vereins 1889. *Moos*: Virchow's Archiv 73; Arch. f. Aug. u. Ohr. II. *Noltenius*: Gestielte Exostose. Arch. f. Ohrenh. XXIV. *Orne-Green*: Exostosen des Gehörgangs. Zeitschr. f. Ohrenh. VIII. *Politzer*: Lehrbuch der Ohrenheilkunde. *Roosa*: New-York medical Journal 1866. *Rokitansky*: Pathol. Anatomie II. *Schwartze*: Arch. f. Ohrenh. XI. *Seeligmann*: Sitz. der Akademie der Wissenschaft. Wien, 1864. *Steinbrügge*: Path. Anat. des Gehörorgans. *Toynbee*: Ohrenheilkunde. *Tomka*: A kengyelfejlődési rendellenességei. Orv. Hetil. 1885. *Urbantschitsch*: Ohrenheilkunde. *Welcker*: Exostosen des äusseren Gehörgangs. Arch. f. Ohrenh. I. *Weber*: Die Exostosen u. Enchondrome, 1856.

Az angolkór prophylaxisa.

Politzer Alfréd dr. gyermekorvostól Budapesten.[1]

Az angolkór lényegéről és kóroktanáról eszközölt újabb vizsgálatok szükségkép módositották e bántalom prophylaxisát is. A régibb alimentaer elméletnek megfelelőleg a szerzők jórészt megelégedtek azzal, hogy a baj elhárítására az általános hygienikus viszonyok, különösen pedig a gyermekek táplálásának javítását ajánlják. Még *Rehn*[2] is a Gerhardt-féle gyüjtőmunkában az angolkór prophylaxisáról szólva kiemeli, hogy a bajt észszerü táplálás és bőrápolás által háríthatjuk el leghathatósabban. A rachitis pathogenesiséről eszközölt újabb alapvető munkálatok a romlott levegőnek, illetve a respiratorikus ártalmaknak dominálló helyet biztosítottak a bántalom aetiologiájában, mi sem természetesebb tehát, hogy a baj prophylaxisánál is ezen újabb tanokhoz kell alkalmazkodnunk. És ha *Jules Comby*[3] az imént megjelent Grancher-féle gyermekgyógyászatban az angolkór prophylaxisánál így nyilatkozik: „La prophylaxie du rachitisme doit surtout viser l'alimentation", úgy hibáztatnunk kell, hogy a baj létrejötténél közbenjáró legalább is aequivalens factort: a romlott, rossz levegőt alig veszi tekintetbe.

Az újabb szerzők csaknem kivétel nélkül már az új elméletre támaszkodva tárgyalják az angolkórt, a nélkül azonban, hogy néhány kivételével (Biedert, Hagenbach, Unger, Jacobi) az emlitett vizsgálatokból kifolyólag az angolkór prophylaxisánál kellőleg kiemelnék ama döntő befolyást, melyet a respiratorikus ártalmak a bántalom létrejöttére, illetőleg továbbfejlődésére gyakorolnak.

Az angolkórral leggyakrabban a szegények hajlékaiban találkozunk. Méltán megilleti tehát e bántalmat ama szomorú epitheton, melylyel *Comby* felruházza „maladie de misère". A szegénység sötét, piszkos, fülledt levegőjü lakásai, melyeket a napfény alig ér, zsúfolt pinczelakások, rosszul szellőztetett műhelyek, melyek egyúttal lakó-, háló- és betegszobául szolgálnak, kedvenez tanyái a szegény osztályok ezen oly gyakori betegségének. A rachitis gyakoriságáról fogalmat nyerünk, ha megtudjuk, hogy pl. *Kassowitz*[4] Bécsben a három év alatti szegénysorsú gyermekek 88·5%-át találta angolkórosoknak, *Bohn*[5] Königsbergben a két év alatti gyermekek 95%-át, *Cohn M.*[6] Berlinben a két év alatti gyermekek 65·8%-át, *Seitz*[7] Münchenben 75%-át találta rachitikusoknak. Saját észleleteink szerint az általunk 1893—96-ban fentartott szegény-ambulatoriumban Budapesten a két év alatti gyermekek 68·2%-ánál (500 két év alatti gyermek közül 341-nél) találtuk az angolkór tüneteit többé-kevésbbé kifejlődve. Ugy véljük, e számok eléggé beszélnek.

Tévednénk azonban, ha azt hinnők, hogy a vagyonos osztályok gyermekei mentek e bántalomtól. Elég gyakran van alkalmunk az orvosi gyakorlatban jól táplált, viruló csecsemőket látni, kiknél az angolkór kétségtelen tüneteit találjuk. Helyesen mondja *Kassowitz*,[8] hogy a régi alimentaer elméletből kifolyólag sok orvos még ma is a jól táplált gyermekek között nem is keresi az angolkórt, az ötödik, hatodik élethónapban fellépő álmatlanságot és nyugtalanságot az oly kedvelt „fogzás"-ra vezetve vissza, pedig

[1] Előadatott a „nemzetközi gyermekvédő congressus" orvosi szakosztályában Budapesten, 1899. szeptember 15-dikén.

[2] *H. Rehn.* Rachitis. Gerhardt Handb. d. Kinderkrankh. 3 k. 1878.

[3] *Grancher, Marfan et Comby.* Traité d. maladies de l'enfance. Paris, 1897—98. 2. k. és *J. Comby.* Le rachitisme. Bibl. Charcot-Debove. Paris, 1892.

[4] Pathol. d. Rachitis. Wien, 1885.

[5] *Bohn.* Jahrb. f. Kinderh. 1885. XXII.

[6] *Cohn M.* Zur Pathol. d. Rachitis. Jahrb. f. Kinderh. XXXVII.

[7] *Seitz.* Zweiter Jahresb. d. pädiatr. Universitätspoliklinik im Reisingerianum. München, 1892.

[8] *Kassowitz.* Beitr. z. Kinderheilkunde. Wien, 1890.

a csontosodási viszonyok pontos vizsgálata könnyen adhatna a valódi bajról felvilágosítást.

Alig létezik bántalom, mely kezdő symptomáiban kevésbé vétetnék figyelembe, mint a rachitis. Okát leli ez a még részben mindig fennálló balvéleményben, hogy az angolkór csak a második, harmadik életév folyamán fejlődik, minek folytán a csecsemők ossificatio-viszonyai nem részesülnek kellő figyelemben. Valóban bámulatos, hogy még különben lelkiismeretes orvosok is, kik a physikalis és vegyi vizsgálati módszereket, hőmérést, vérvizsgálatot stb. pontosan végezik, mennyire el szokták hanyagolni a gyermekek ossificatio viszonyainak vizsgálatát, a minek folytán számtalan esetben a fennálló rachitis teljesen figyelmen kivül hagyatik. Pedig épen a kezdődő rachitis kezelése rendkivül hálás s csekély fáradság mellett szép és állandó eredményeket mutathat fel. Ez állításunkat legjobban világítja meg azon feltünő körülmény, hogy egyes városokban különböző szerzők a rachitis gyakoriságát illetőleg oly elütő statistikai eredményekre jutottak. Igy pl. Berlinben *Senator*[1] 13·8%-ánál, *Klein és Schwechten*[2] 25%-ánál, *Cohn M.*[3] 65·8%-ánál a 3 év alatti gyermekeknek találtak angolkórt. E szembeszökő eltéréseket ugyanazon város hasonló beteganyagánál csak úgy magyarázhatjuk meg, hogy az előbbi szerzők csakis a nehéz angolkór-eseteket vették fel, míg az utóbbi szerző a fődiagnosis mellett (pl. bélhurut, bronchitis stb.) a gyermekek ossificatio viszonyait sem hagyta figyelmen kivül, minek folytán a kezdetleges stadiumban lévő esetek sem kerülték ki figyelmét. *Hagenbach-Burckhardt* a kiváló svájczi gyermekorvos tehát nem túloz, midőn azt mondja: „Die Diagnose der Rachitis ist meist leicht zu stellen, wird aber *namentlich im Beginn auffallend häufig zum Nachtheil des Kranken gering geschätzt oder ganz übersehen!*“

Ha az angolkór tehát első stadiumaiban kezelés alá kerül (miről később még részletesen szólani fogunk), a bántalom rövid idő alatt lefolyik; recidiváktól nem kell tartanunk. Ha ellenben az első symptomák figyelembe nem vétetnek vagy pedig nem tulajdoníttatik nekik jelentőség, úgy csaknem biztosra vehető, hogy a baj súlyosbodni fog s a rachitis ideges jelenségei, mint eclampsiák, gégegörcs lépnek fel, melyek a beteg életét fenyegetik. Az angolkór tudvalevőleg a csontrendszer azon részleteiben lép fel legintensivebben, a hol az idő szerint az appositionalis növekedés a legnagyobb. Fiatalabb csecsemőknél koponyarachitis, mellkasrachitis, idősebbeknél a végtagrachitis fog leginkább kifejlődni. A koponyarachitissel gyakran egy időben lép fel a féltett laryngospasmus. A mellkasrachitis folytán fejlödött „pectus carinatum“-nál a mellkas ventilatioja tökéletlen, a tüdők a rekesz magas állása és a mellkasdeformitás miatt comprimáltatnak, csakhamar bronchitisek lépnek fel, s ezekből gyakran bronchopneumoniák fejlődnek, melyeknek a gyermekek többnyire áldozatul esnek. A végtagokon állandó görbületek, infractiok lépnek fel. Az angolkóros kyphosis, ha a bántalom nem kezeltetik, állandóvá válhatik, s végezetül a medenczerachitis káros következményeit a nőorvosok elég gyakran tapasztalhatják. Mindezekből, azt hiszszük, eléggé kiviláglik, hogy mily fontossággal bir az angolkórnál eszközölt *korai diagnosis*.

A mi a bántalom kezdetét illeti, régibb szerzők azt hitték, hogy a rachitis csak a második, illetve a harmadik életévben szokott fellépni. *Boerhave*[5] pl. az ő hires „Aphorismáiban“ igy nyilatkozik: „A rachitis sohasem veleszületett bántalom, ritkán jelentkezik a 9-dik hónap előtt, ritkán a 2-dik év után, de igen gyakran e két időpont között“. E vélemény különösen abban leli magyarázatát, hogy a craniotabest, az angolkór eme legkoraibb symptomáját *Elsässer*[6] alapvető vizsgálatai előtt nem ismerték, a fontanella involutiojának diagnostikai értékét a kezdődő rachitisra *Kassowitz*[7] előtt kellőleg nem méltatták, noha előtte már többen, különösen *Mayr*[8] e körülményre utaltak. Ujabb vizsgálatok azonban kiderítették, hogy az esetek túlnyomó számában a rachitis vagy veleszületett bántalom, vagy már az első élethónapokban veszi kezdetét. *Schwarcz*[1] Breisky tnr. kórodáján 500 újszülött közül 403-nál találta az angolkór tüneteit (80·6%), *Feyerabend*[2] Königsbergben 180 újszülött 68·9%-ánál, *Cohn M.*[3] Berlinben az első négy élethétben levő csecsemők 50%-ánál. *Bókay J.*[4] szerint a bántalom a 8-dik és 14-dik élethónap között éri el maximumát, a 2-dik életév után és a 3-dik és 4-dik évben csak elvétve találjuk.[5]

A bántalom továbbfejlődését megakadályozandók, annak kezelését, mint említettük, minél korábban kell megkezdenünk. Hogy tehát a bántalmat első jelentkezésében felismerjük, tisztában kell lennünk annak *korai symptomáival*.

A rachitisnél néhány szerző (*Heubner*,[6] *Bohn*[7]) egy prodromalis stadiumot különböztet meg, mely általános gyengeség, anaemia, bronchitis és táplálkozási zavarokban nyilvánul. A korai diagnosisra e tüneteket, miután semminemü specifikus jelleggel nem birnak, nem használhatjuk fel. Első positiv adataink a rachitis fejlődéséről csak akkor lesznek, ha a csontrendszerben lesznek bizonyos változások constatálhatók. A korai rachitisnél eme változások mindenekelőtt a *koponya csontosodási viszonyok* bizonyos rendellenességeiben fognak nyilvánulni. A koponyarachitis tehát az angolkór legkoraibb localisatioja s egyrészt a *craniotabesben*, másrészt a *fontanella involutiojának* rendellenességében nyilvánul.

Bámulatos, hogy az angolkór gazdag régibb irodalmában *Glissontól*[8] egész *Guérin*-ig[9] (1841) még nyomát sem találjuk a craniotabes, az angolkór eme legkoraibb és legkétségtelenebb symptomája leirásának.

Elsässert (l. c.) illeti meg ama nagy érdem, hogy 1843-ban mint első utalt arra, miszerint a squamma occipitalison gyakran található kártyavékonyságú, hártyapapirtapintatú helyek a rachitis első kétségtelen jelentkezései. Míg azonban *Elsässer* és később *Ritter* (l. c.) és *Friedleben*[10] szerint csekélyfokú craniotabes még nem jelenti a rachitist, vagyis ők az ú. n. „physiologiai craniotabest“ concedálják, *Kassowitz* (l. c.) érdeme, hogy exact vizsgálatai alapján, a mennyiben a koponyán található benyomható helyeket sok esetben szövettanilag megvizsgálta, azon eredményre jutott, miszerint minden csecsemő, kinél kisebb-nagyobbfokú craniotabes található, angolkórban szenved. A craniotabes és gégegörcs közti összefüggést, melyet már *Elsässer* gyanitott, *Kassowitz* vizsgálatai kétségtelenné tették.[11] A craniotabes nagyobbfokú kifejlődését sok esetben fejizzadság és a gyermekek éjjeli nyugtalansága előzi meg.

Második fontos symptomája a korai rachitisnek a (nagy) *fontanella késő involutioja vagy postembryonalis megnagyobbodása. Elsässer, Friedleben* (l. c.) azon nézeten voltak, hogy a fontanella a születés utáni első hónapokban is nagyobbodik, mert azon hibába estek, hogy kezdődő rachitisban szenvedő gyermekeket normalisoknak nézték. Kellő nyomatékkal csak *Kassowitz*

[1] *Senator*. Rachitis. Ziemssen's Handbuch. XIII. 1875.
[2] Charité-Annalen. VIII. 1883.
[3] l. c.
[4] *Penzoldt-Stinzing*. Handb. d. spec. Ther. inn. Krankh. V. k. 1896.
[5] *Hermannus Boerhave*. Aphorism. de cognosc. et cur. morbos. Norinberg 1755.
[6] *Elsässer*. Der weiche Hinterkopf. Stuttgart, 1843.
[7] Verhandlungen der 3. Versammlung der Deutschen Ges. f. Kinderh. Strassburg, 1885.
[8] Jahrb. f. Kinderheilk. Wien, 1858. I. k.

[1] Zur Frage d. Rachitis d. Neugeborenen. Mediz. Jahrbücher. Wien. 1887.
[2] Über das Vorkommen d. Rachitis b. Neugeborenen. Inaug.-Diss. Königsberg. 1890.
[3] l. c.
[4] *Korányi, Kétly* és *Bókay Á.*: Belgyógy. Kézikönyve 2-dik kötet. Rachitis. 1895.
[5] *Ritter von Rittershain* (Path. u. Ther. der Rachitis. Wien, 1863) által vizsgált 326 angolbeteg gyermek közül 266 az első, 154 a második és 62 a harmadik életévben volt.
[6] *Heubner*. Allgem. klin. Bild d. Rachitis. Jahrb. für Kinderh. 1885. 21. k.
[7] *Bohn*. Diagnose, Prognose u. Therap. der Rachitis. Jahrb. f. Kinderh. 1885. 22. k.
[8] *F. Glisson*. Tractatus de rachitide s. morb. puer. qui the Rickets dicitur. London. 1650.
[9] *J. Guérin*. Die Rachitis, übers. von Weber 1841.
[10] Jahrb. f. Kinderh. 1860. 3 k.
[11] A craniotabes összefüggését a laryngospasmussal *Kassowitz* úgy magyarázza, hogy a fokozott hyperaemia és vascularisatio, melyek szerinte a rachitis alapját képezik, bizonyos idegcentrumok abnormis ingerlékenységét vonják maguk után, minek folytán görcsrohamok váltatnak ki. A laryngospasmusra nézve Kassowitz eme feltevései *Krause, Semon* és *Horsley* kisérleti vizsgálatai által biztos alapot nyertek. Ha tehát *Jules Comby* még legújabban is azt mondja: „Le craniotabes ne me semble jouer aucune rôle pathogénique importante“, úgy e nézetével ma már meglehetősen elszigetelten áll.

állította fel a következő tételt a német gyermekorvosok 1885-diki strassburgi vándorgyülésén: „Eine Vergrösserung der Fontanelle nach der Geburt und selbst ein längerdauernder Stillstand in der Involution derselben gestattet — wenn eine hydrocephalische Erweiterung ausgeschlossen werden kann — einen sicheren Schluss auf eine bestehende oder sich entwickelnde Rachitis.“ A normalis fontanella alakja rhombikus, szélei kemények. A rhombikus alak *Hochsinger*[1] szerint a teljes involutio előtt háromszögűbe megy át. Enyhébb rachitisnél leggyakoribb a „négyzetes fontanella“ (quadratische Fontanelle), míg súlyosabb angolkórnál a fontanella határait nem határozhatjuk meg pontosabban. Súlyos rachitisnél néha a fontanella a homlokcsontba mélyen előrenyúló résben végződik. („Hellebardenförmige Fontanelle.“ Hochsinger.) A fontanella sagittalis átmérője normalis újszülöttnél *Hochsinger* szerint 1½—2½ cm., innen folyton kisebbedik és a *12-dik, legkésőbben 15-dik élethónapban teljesen elzárul.* A fontanella nagyobbodása, késedelmező involutioja arra utalnak, hogy az illető egyén rachitikus. E vizsgálatok újabban *Cohn* (l. c.) által a berlini Neumann-féle poliklinikán ejtett ellenőrző vizsgálatok által beigazolást nyertek.

A koponyarachitis jelenségeinél rendszerint valamivel később, de még az első életév első felében a mellkasrachitis ama symptomája szokott fellépni, melyet „rachitikus olvasónak“ (rachitischer Rosenkranz) nevezünk. Sok szerző csak a nagyobbfokú bordaduzzanatokat hajlandó az angolkórra vonatkoztatni. A szövettani vizsgálat bebizonyította, hogy górcső alatt a rachitis jellegzetes képe mutatkozik már ott is, a hol csak egyes bordákon tapinthatók csekélyebb duzzanatok. Bármily csekélyfokú is az angolkóros olvasó, azért a rachitisra határozottan jellegzetes.

A 7-dik, 8-dik hónapnál később megindúló fogzás szintén kell, hogy az orvosban a kezdődő rachitis gyanuját felébreszsze. Megemlítjük itt még, hogy *Jacobi*[2] legújabban (1898) a rachitis egyik korai symptomájának a csecsemők szokványos székrekedését tartja, mely a második vagy harmadik hónapban kezdődik, különbözve a congenitalis székrekedéstől, mely születéstől fogva fennáll és a flexura sigmoidea abnormis hosszúságán alapul.

A rachitisnek már gyakran laikusoknak is szembeötlő későbbi symptomái nem tartoznak már ide s azért azokat nem is részletezzük. Összegezve tehát az imént elmondottakat: a craniotabes, a fontanella késő involutioja, kezdődő bordaduzzanatok és elkésett fogzás az angolkór legkoraibb symptomái. E symptomák felismerése által idejekorán megkezdhetjük az angolkór kezelését, illetve annak további fejlődését meggátolhatjuk. Ide illenek *Gerhardt*-nak a kiváló német klinikusnak szavai: „Die Frucht der Heilung wächst am Baume der Erkenntniss. Ohne Diagnostik keine vernünftige Therapie. Erst untersuchen, dann urtheilen, dann heilen!“

(Folytatása következik.)

Közlemény az egyetemi I. számú női klinikából (Kézmárszky Tivadar tanár).

A bimbósérülésekről.

Közli: *Platzer Sándor* dr. volt klinikai tanársegéd.

(Vége.)

A bimbósebek kezelése.

Mint minden kezelésnél, úgy itt is első sorban a sérülések lehető elkerülése kellene, hogy célunk legyen. Közölt adataimból kiviláglik a bimbó alkatának nagy befolyása a sérüléseknek létrejöttére. Ajánlották is a bimbóknak a szoptatásra való előkészítését massageval és összehúzó folyadékkal való mosással, azonban ez irányban még eddigelé pontos észleléseket senkisem végzett, úgy hogy ezen eljárások értékéről bizonyosat nem tudunk. Annál nagyobb azonban a már képződött sebek ellen ajánlott szerek sora. Alig létezik az a gyógyszer vagy háziszer, a mit a bimbósebek gyógyítására ki nem próbáltak volna. Közelfekvő a gondolat, hogyha olyan nagyon sok szert kellett megpróbálni, hogy egyik sem ér sokat. Tényleg úgy is van. A bimbósebeknél a sebgyógyulás első és főkelléke, a nyugalom hiányzik s ezt pótolni semmiféle gyógyszer sem lesz képes. Azon esetekben, hol a szoptatást abbahagyatjuk, a bimbóseb gyorsan gyógyul minden kezelés nélkül. A bimbósebek kezelésére ajánlott szereket consistentiájuk szerint három csoportra lehet osztani, ú. m. kenőcsök, folyadékok és száraz anyagok. Tartalmukra nézve pedig nagyjában 2 csoportot képeznek. Az egyik csoport adstringens szereket tartalmaz, a másik antisepticumokat. A kenőcs alakjában használt gyógyszereket két okból tartom czélszerűtlennek.

Egy az, hogy a bimbót síkossá teszik s a csecsemő nehezen tudja megragadni.

Másodszor pedig a zsíros anyagok a mikroorganismusok számára jó táptalajt képeznek s így a seb inficiálására vezethetnek. Az oldatban használt szerek, mint említém, többnyire adstringens vagy antiseptikus szerek.

Az előbbiektől sok haszon nem várható. Különben is tiszta sebekre manapság összehúzó szereket nem szokás alkalmazni. Sokkal szembeszökőbb az antisepticumok haszna: megvédik a sebet az infectiotól. Ezért a bimbósebekre borogatás alakjában nagyon elterjedt használatnak örvendenek. Talán a legelterjedtebb használatnak örvend közülök a carbol 2—3%-os oldata. Ezt a szert használtuk mi is. Bár az infectio meggátlására igen alkalmas szer a carbol, hátrányai mégis vannak. E hátránynak okozója nem maga a carbol, hanem alkalmazásának módja. A folytonos nedves borogatás következtében a bimbó bőre felpuhul, macerálódik, ennek az a következménye, hogy a bimbóseb körül leválik a hám, továbbá magán a seben képződő friss hám is felázik s könnyen leválik. Vagyis mesterségesen nagyobbítjuk a sebet s késleltetjük a gyógyulás folyamatát. A carbolnak jelentéktelen specialis hátránya még, hogy igen ritka esetben eczemát okoz. Összesen csak 2 izben láttam ezt, de lehetséges, hogy nem is a carbol okozta, hanem maga a nedvesség. A borogatás elhagyásával 1—2 nap alatt gyógyult.

Hátra volna a száraz kezelés esetleg előnyösebb voltát a nedves kezeléssel szemben kipróbálni. Lehetőleg egyszerű, a gyakorlatban könnyen alkalmazható kezelést akarva csinálni, semmiféle szárító gyógyszert nem alkalmaztam, hanem csak az egyszerű steril vattával tettem kisérleteket. Eljárásunk a következő volt: az első szoptatás előtt a bimbókat szappannal és langyos vízzel teljesen tisztára mostuk s főképen a rajtuk tapadó piszokpörköket eltávolítottuk teljesen. A továbbiakban a bimbót nem mostuk, hanem minden szoptatás után tiszta ruhával szárazra törültük. A csecsemő száját már évek óta sem a szoptatás előtt, sem utána nem mossuk ki. Ha a bimbón bármilyen sérülés támadt, a bimbót steril vattával befödtük, s e vattát annyiszor változtattuk, a hányszor átázott a kicsurgó tejtől. Mint látható, ez a kezelés rendkivül egyszerű s csak az a kérdés merült fel, vajjon az eredmény a nedves kezeléssel szemben milyen. Gyermekágyasaink közül 2%-os carbol-oldattal kezeltünk 302-őt, vattafedéssel 348-at. A számok közel egyenlő nagyok s így összehasonlításra alkalmasak. Az eredmény a következő:

1. Carbol-borogatással kezelt esetek:

4 napon belül gyógyult . . .	183 = 60·59%
8 „ „ „ . . .	42 = 13·9%
gyógyulatlan (8 napon túl tartott)	77 = 25·5%

2. Vatta-fedéssel kezelt esetek:

4 napon belül gyógyult . . .	246 = 70·68%
8 „ „ „ . . .	42 = 12·06%
gyógyulatlan	60 = 17·25%

Igy egymásmellé állítva a vattakezelés eredménye valamivel jobb. Egészen más színben tünnek fel az eredmények, ha a sérülések neme szerint tekintjük őket. Ez okból két csoportra osztottam őket, az egyikbe véve a sugillatiokat, hólyagcsaképződést és maceratiot, mint a melyek lefolyása közel egyforma, a másik csoportba foglaltam a repedéseket.

Az excoriatiok közül gyógyult carbolkezeléssel 187 eset közül:

4 napon belül gyógyult . . .	118 = 63·1%
8 „ „ „ . . .	23 = 12·3%
gyógyulatlan	46 = 24·5%

*

[1] *Hochsinger.* Studien üb. d. klinischen Verhältnisse d. Stirnfontanelle. Wiener Klinik, 1892. 7. és 8. füzet és referátumunk: Orvosi Hetilap. 1893. 17. sz.

[2] *A. Jacobi.* Therapeutic of infancy and childhood. 2 ed. Philadelphia. 1898.

Vatta-fedéssel gyógyult 200 eset közül:

4 napon belül gyógyult . . .	168	= 84%
8 „ „ „ . . .	18	= 9%
gyógyulatlan	14	= 7%

Az excoriatioknál tehát szemlátomást jobb a gyógyulás a vattafedés mellett, mint a nedves kezeléssel. Ennek okát egy oly körülményben vélem megtalálni, a melyet az excoriatiok leirásánál szándékosan nem említettem. Az összes szerzők egyértelműleg úgy irják le az excoriatiokat, hogy először pörk képződik, azután a pörk leválik s sebfelület marad a helyén.

Ez a sebképződés a vattafedés mellett jóformán sohasem fordul elő. A száraz fedés alatt kemény pörk képződik, mely a szoptatással járó vongálással és puhítással szemben is megállja helyét s erősen tapad napokon át, úgy hogy mire mégis leválik, alatta már friss hám képződött, *tehát seb a pörk leváláskor nincs.*

A pörk leválása nem is a vongálás s maceratio folytán áll be, hanem lelökődik, mert alatta már friss epidermis képződött. Csak kivételesen fordul elő, hogy mégis a teljes begyógyulás előtt válik le a pörk, 200 eset közül 20-nál maradt egy kis sebfelület a pörk leválása után, a többi 180-nál a bimbó ép volt. Megjegyzem még, hogy a gyógyulatlanul elbocsátottaknál is kivétel nélkül jól tapadt a pörk s valószinü, hogy a legtöbbnél a leválásakor seb nem maradt a helyén. Ezen körülménynek — hogy t. i. a pörk maga védi a sebet — tulajdonitom a sokkal kedvezőbb gyógyulási arányt a vattakezelésnél. A nedves kezelésnél a fellágyult pörk majdnem mindig leszakad s seb marad utána. 187 eset közül csak 22-nél képződött már friss hám a pörk alatt, úgy, hogy ennek leválásakor a bimbó ép volt. Igy tehát körülbelül 88%-nál nyilt seb maradt, mely lassan gyógyult, míg a vattakezelésnél csak 10%-nál maradt nyilt seb a pörk leválása után, s ezért nagyobb is volt a lepedékes sebek száma nedves kezelésnél: négy, míg a vattával kezeltek közt csak egy akadt. A mastitis szövődménye mindkét esetben körülbelül egyforma ritka volt, t. i. mind a két kezelési módra esik egy-egy mastitis-eset. Más az eredmény a repedéseknél, czeknél a gyógyulás a következő:

1. Carbolkezelés 115 eset.

4 napon belül gyógyult	65	= 56·52%
8 „ „ „	19	= 16·52%
gyógyulatlan	31	= 26·95%

2. Vatta-fedés: 148 eset.

4 napon belül gyógyult	78	= 52·7%
8 „ „ „	24	= 16·21%
gyógyulatlan távozott	46	= 31·08%

Az eredmény tehát a száraz kezelésnél valamivel rosszabb mint a carbolkezelésnél. Ennek okát abban vélem találhatni, hogy a repedéseknél nem képződik olyan védő pörk, mint a sugillatioknál, s igy az infectionak útja sincs oly jól elzárva. Ha pedig infectio jut a sebhez, ez ellen a vattafedés hatástalan, míg a carbol vagy bármely más desinficiáló szer, ha nem is öli meg talán a pathogen mikroorganismusokat, de legalább is lényegesen csökkenti életképességüket. Vatta-kezelés mellett gyakrabban láttunk seb infectiot, mint carbol kezelésnél. Az előbbi eljárásnál 10 esetben, az utóbbinál csak három esetben fejlődött bimbófekély. Mastitis vattakezelés mellett 4-szer fejlődött, carbol-borogatásnál csak egyszer.

Ezek alapján azt kell mondanom, hogy sugillatio, hólyagcsa képződés és maceratio eseteiben a vattával való födés határozottan előnyösebb eredményeket ad, mint a carbollal, vagy bármely más nedves szerrel való kezelés. Repedéseknél ellenben jobb az eredmény a nedves (carbol) kezelés mellett. Valószinű, hogy itt is jobb eredményeket lehetne elérni a tisztaságnak szigorú betartásával, azonban épen ez a bökkenő. A magángyakorlatban a bábát és a szoptatót sohasem fogjuk arról meggyőzhetni, hogy az olyan kis sebhez, a milyen a bimbóseb, csak teljesen tiszta kézzel szabad nyúlni, s ezért ezen kezelés mellett az infectio igen gyakori volna. Ez okból a repedések kezelésére továbbra is a carbol-oldattal való borogatást tartom legjobbnak. Végül ebből még az látszik, hogy az egyes sérüléseket a maguk természete szerint kell kezelni, nem pedig valamennyit egy schema szerint.

A bimbósebek gyógyulásának elősegítésére igen hasznos eljárás volna a szoptatás abbanhagyása 1—2 napon át. A bimbósebek ilyenkor gyorsan gyógyulnak. Hátránya azonban az, hogy azon emlőben, a melyből a nő nem szoptat, erős teltség, feszülés és fájdalom áll be, s e miatt a szoptató nő tilalmunk ellenére is szoptat, hogy megkönnyebbüljön. Hozzájárul soknál még az aggodalom, hogy gyermekének árt vele, ha nem szoptatja mind a két emlőjéből. E nehézségek miatt csak 11 esetben alkalmaztam ezen eljárást, köztük volt hét eset, hol mastitis lépett fel. Ezeknél igen jó hatást tapasztaltam, úgy a bimbóseb mint a mastitis gyógyulására nézve. Négy esetben nem sokat használt ez sem, mert a sebek, melyek már félig begyógyultak ismét felszakadtak.

A bimbósebek gyógyitásánál igen jó hasznát vehetni a bimbóvédő üvegeknek. Két alakban használtuk. Az egyik az Auvard-féle két szivókás üveg, a másik egy egyszerü üvegkúp kaucsukszopókával ellátva. Ezen üvegek használatánál a bimbó harapdálást teljesen elkerüljük, a bimbó vongáltatása sem történik közvetlenül és nagy erővel, hanem csak enyhe húzásnak lesz kitéve az üvegkúpban a szivás folytán létrejövő légritkulás következtében.

Nagy előnye e készülékeknek, hogy ritka kivétellel a nő szoptatásnál nem érez fájdalmat. Sokszor láttam, hogy a bimbóvédő szivóüveggel fájdalom nélkül tudott szoptatni az a nő, ki megelőzőleg a leghevesebb kinokat szenvedte a szoptatásnál. Mivel a seb kevesebb traumának van kitéve, ezen üvegek alkalmazása mellett gyorsabban is gyógyul. Ezért ajánlja Kehrer, Doat és mások is a legmelegebben a bimbóvédő üvegek használatát sérüléseknél. Összesen 43 esetben alkalmaztuk ez üvegeket, rendesen az egyszerü bimbófedőt, 10 esetben pedig az Auvard-félét. Mind a kettőnek alkalmazása igen egyszerü, s még a legkorlátoltabb intelligentiájú gyermekágyas is hamar megtanulta alkalmazásuk módját.

A két készülék közül az Auvard-féle czélszerübb annyiban, hogy az anya szivja ki a tejet s igy a mikor a csecsemő kezd szopni a másik végén, mindjárt folyik szájába a tej, míg az egyszerü bimbófedőnél magának a csecsemőnek kell kiszivnia előbb a levegőt. Gyengébb fejlettségü csecsemő erre nem képes, de sokszor a jól fejlett csecsemő sem teszi meg, mert ha néhány szopási kisérlet alatt csak levegőt kap, türelmetlenül abbanhagyja a szopást és sirni kezd. Az említett üvegeket még igen jó sikerrel alkalmaztuk 16 esetben, hol a bimbó oly satnya volt, hogy a csecsemő egyáltalában nem tudta megragadni. Ezek az üveggel igen jól tudtak szoptatni, s akadt köztük négy, ki már néhány nap után üveg nélkül is jól tudott szoptatni, annyira kiemelkedtek a bimbók a szivás következtében.

E helyütt akarom még megjegyezni, hogy a teljesen behúzódott s izgatásra sem kiemelkedő bimbó még nem képez contraindicatiot a szoptatásra nézve. 11 ilyen esetünk közül 6 üveg nélkül, 5 pedig szivóüveggel szoptatott s nem akadt köztük egy sem, ki szoptatni rosszul fejlett bimbója miatt ne tudott volna.

Az üveg nélkül szoptatók sérülési száma nem is volt túlságos nagy: 6 közül 3 sérült = 50%. Ki akartam ezt emelni, mert Kehrer és mások szerint is az ilyen bimbó mellett a szoptatás lehetetlen.

Még röviden meg kell említenem a bimbófekélyek s a mastitis kezelését. A bimbófekélyeket sublimattal (1 : 1000) mostuk le, s dermatollal hintettük be. Kezelés után nehány óráig nem szoptatott a nő. Egy legfeljebb két nap alatt megtisztultak a sebek. Kezdődő mastitis mellett a szoptatást rögtön abbanhagyattuk, az emlőt felkötöttük s jégtömlőt tettünk reá. A gyuladás mind a hét esetben visszafejlődött, s egy kivételével valamennyi 2—5 napi szünet után a már nem lobos emlőből tovább szoptathatott.

Befejezésül még azon 4 esetet akarom felemliteni, kinél oly súlyos volt a bimbósérülés, hogy semmiféle kezelésre sem javult s végre a nők nem birva ki a fájdalmat, a szoptatást teljesen abbahagyták. Mind a négy esetben a bimbók satnya fejlődésüek voltak, feszesek s mély ránczokkal ellátva. Egy I. p., két III. p. és egy V. szülő volt köztük. A 3 multipara egybehangzóan mondta el, hogy egyik gyermeküket sem tudták szoptatni a fájós bimbóik miatt. A I. p. és az egyik III. p.-nál alapi mély repedés támadt, a másik kettőnél pedig alapi repedés és sugillatio a bimbó csúcsán. Kettő carbol-borogatással, kettő pedig vattafedéssel volt kezelve. A bimbóvédő üvegek egyike sem vált be e 4 esetben, mert a legkisebb szivás elégséges volt a csak kissé

is összetapadó repedéseket újra felszakítani s még az üveg használata mellett is igen heves fájdalmat okozott a szoptatás.

Az egész bimbót elfoglaló mély sebek támadtak, háromnál a sebek lepedékesek lettek, a negyediknél mastitis fejlődött. Megkisérlettük a szoptatás abbahagyását egy-két napon át: sikertelenül. A sebek alighogy a nők egyszer szoptattak, ha valamelyest behámosodtak, újra felszakadtak.

Ezt a folytonos küzködést megúnva, három közülök végre abbahagyta a szoptatást, a 4-diknél pedig, ki a mastitis miatt 3 napig nem szoptatott, a tej teljesen elapadt nemcsak a lobos emlőből, hanem a másikból is. Szerencsére az ilyen esetek ritkák, de azért mégis olykor előfordulnak s azt hiszem nem is lesznek teljesen elkerülhetők sohasem.

Irodalom.

Winkel: Die Pathologie u. Therapie d. Wochenbettes. Berliner klin. Wochenschrift. 1864. Monatsschrift für Geburtskunde. XXII. — Rossi: Annali universali di medica. 1845. — Kehrer: Beiträge zur Geburtskunde. 1879. — Courgey: Fréquence des lésions du mamelon. 1877. — Fehling: Die Physiologie u. Pathologie des Wochenbettes. 1897. — Doat: Des difficultés de l'allaitment. 1888.

A budapesti kir. m. tud. egyetem fogászati klinikájának évi kimutatása az 1898/9. tanévről.

A tanév I. semesterében a klinika anyagát képezte összesen 2223 beteg. E számból 14 éven alóli fiú 158
14 „ „ leány 225
14 „ felüli nő 1168 és
14 „ „ férfi 785 vette segitségül a klinikát.

Az egyes megbetegedések alapján végeztetett összesen 1571 esetben extractio; conservative kezelve lett 652 beteg. Foghúzás történt:

fogzás és tejfogak eseteiben	151
pulpitisek eseteiben	689
pulpa gangraena és periodontitis v. necrosis radicis eseteiben	625
már fracturált fogak eseteiben	13
helyzeti rendellenességek miatt	8
caries alv. specif. eseteiben	17
exostosis, atrophia pulpae etc.	5
caries dentium	57
dentitio diff. III. mol. inf.	6
összesen	1571 esetben.

Conservativ kezelés keretén belül történt: egyszerű koronatömés 387 caries dentis esetében; devitalisatio, exstirpatio, gyöktömés és koronatömés 162 pulpitis esetében; gyöktömés és koronatömés 103 gangraena pulpae esetében.

Az összes kezelések száma tehát 2223 az I. félévben.

E semesterben az előadásokra beirt hallgatók száma 73 volt, melyből 28 a fogászati műtéttanra és 45 a poliklinikai előadásokra esett.

A semester folyamán 6 orvostudor foglalkozott behatóbban a fogászattal és nyert abban továbbképzést.

A tanév II. semesterében jelentkezett:

14 éven aluli fiú 232
14 „ „ leány 487
14 „ felüli nő 1678
14 „ „ férfi 1045, összesen 3442 beteg. Az egyes megbetegedések alapján végeztetett összesen 2477 esetben extractio; conservativ kezelésben részesült 965 beteg.

Foghúzás történt:

tejfogak, fogzás eseteiben	286
pulpitis eseteiben	924
már fracturált fogak eseteiben	25
gangraena, gyökhártyalob, esetleg necrosis radicis eseteiben	1007
caries alv. specifica eseteiben	60
rendellenes helyzet eseteiben	7
caries dentium eseteiben	154
dentitio diff. III. mol. inf. esetében	12
exostosis, atrophia pulpae etc.	2
összesen	2477 esetben.

Conservativ kezelésben részesült összesen 965 beteg, és pedig végeztünk egyszerű koronatömést 508 caries dentis esetében; devitalisatio, exstirpatio, gyöktömés és koronatömés történt 179 pulpitis esetében; gyöktömés és koronatömés 282 gangraena pulpae esetében.

Az összes kezelések száma a II. félévben 3442.

Poliklinikai előadásokra beiratkozott 33 hallgató, műtéttani előadásokra 14; összesen 47.

Az egész tanévben a klinika szakadatlanul mind a 12 hónapon át volt nyitva s ezen idő alatt összesen *5665 fog- és szájbetegnek nyujtott segítséget.*

A klinika fennállása óta évenkint a betegforgalom kitett:

az 1881/2. tanévben	292	„ 1890/91. tanévben	6967
„ 1882/3. „	584	„ 1891/2. „	6791
„ 1883/4. „	1616	„ 1892/3. „	7828
„ 1884/5. „	1856	„ 1893/4. „	9127
„ 1885/6. „	1773	„ 1894/5. „	7309
„ 1886/7. „	2122	„ 1895/6. „	6212
„ 1887/8. „	1517	„ 1896/7. „	5223
„ 1888/9. „	1623	„ 1897/8. „	3747
„ 1889/90. „	2223	„ 1898/9. „	5665
		Összesen:	72,475.

Szabó József dr., klin. tanársegéd.

Észrevétel Pálfi István dr. „Gyógyult tetanus“ czimű czikkére.

Pálfi István dr. az „Orvosi Hetilap“ ezidei 51. számában érdekes esetet tesz megbeszélés tárgyává. Az eset kórjelzéséhez óhajtunk rövid észrevételt tenni, bár általában igen nehéz hozzászólni olyankor, a mikor a beteget nem magunk láttuk. Ezúttal azonban egy részletesen leirt, jól megfigyelt beteg kórtörténete fekszik előttünk, a melyben foglaltakról a baj természetét illetőleg jó fogalmat szerezhetünk magunknak.

Szerző a tetanus kórjelzést állítja fel, de maga körülményesen sorolja fel azon jelenségeket, melyek esetét a tetanus rendes képétől elütővé teszik. A baj (trauma után 7 nappal, a mikor körülbelül 5% carbol-oldatban mosták a kezét) hirtelen beköszöntésekor már tetőpontján állott, mindvégig azon maradt, és ép oly hirtelen, fennállása ötödik hetében — a tetanusnál ez unicum volna — meggyógyult. A rohamok a leirás szerint a fejen kezdődtek, az állkapcsok össze voltak szorítva, de a nyelés mindig szabad volt, a görcsök a nyelvet is megkimélve haladtak lefelé. E rohamok éjfélenként elég szabályosan ismétlődtek és *reflektoros úton ütésre, érintésre soha sem voltak kiválthatók.* A pupillák mindig tágak voltak, *hőemelkedés soha sem volt.*

A mondottakból látszik, hogy a leirt kórkép csak annyiban hasonlít a tetanushoz, a mennyiben trauma után görcsök mutatkoztak.

Tekintettel különösen arra, hogy a reflexingerlékenység fokozott volta, a tetanus e legfontosabb tünete ez esetben hiányzott, sőt épen hideg vizzel történt locsoláskor, vagy a fejnek erősen a mellkashoz szorításakor — melyek tetanusban okvetetlenül fokozták volna a görcsöket — a beteg görcseiből magához tért, a leirt jelenségeket *tetanusnak nem minősíthetjük.* Ellenkezőleg úgy ezen körülmények, valamint különösen a baj hirtelen támadása trauma után, valamint hogy a beteg 10 órai alvás után hirtelen teljesen meggyógyult, sőt harmadnapra munkába is állhatott, bizonyossá teszi, hogy itt *traumás hysteriával van dolgunk.* Nem csodálkozunk azon, ha egy-egy görcsroham oly sorrendben következett be az izmokban, a mint az a tetanusban szokott lenni, hiszen a hysteria mindenféle görcsöket utánozhat. E görcsök azonban változók is lehettek, orvosi megfigyelés alá csak ritkán kerülhettek. A leirásból leginkább a lefolyás miatt e kórjelzés annyira kétségtelen előttünk, hogy azt azon esetben is fentartjuk, ha a betegen semmi egyéb hysteriára való jel sem volna található, bár a szerző figyelmét ezek el is kerülhették, a mennyiben a hysteria eshetőségére a megkülönböztető kórjelzés különben részletes megvitatásakor nem terjeszkedett ki.

Kollarits Jenő dr.

TÁRCZA.

A tisztiorvosi kiképzés és minősités reformjához.

Aphorismák Fodor tanár úr hasonczimű munkájához.

Kiváló tudósunknak, Fodor tanár úrnak tollából, kinek neve, mint hygienikus messze hazánk mesgyéin túl jó hangzásnak örvend, alig egy év előtt érdekes munka jelent meg, mely nemcsak a nyilvános véleményhez, hanem az orvosi érdekek hivatott képviseletéhez, az országos közegészségügyi tanácshoz fordult.

Fodor a tisztiorvosi vizsgák intézményének időszerű reformját kivánja és munkájában a javaslatok egész sorát fejti ki, melyek a tárgy eminens fontosságánál fogva továbbra nem ignorálhatók.

A helyes megismerés, hogy az egészségtan nemzetgazdasági szempontból is államunk fontos tényezője, mindinkább tért hódit magának hazánk mérvadó köreiben.

Uralkodónk elhunyt fenkelt szellemű fia annak idején a hygienikus congressust Bécsben a felejthetetlen szép szavakkal nyitotta meg:

„Az államok és a társadalom legbecsesebb tőkéje az ember. Minden egyes élet meghatározott értéket képvisel; ezt megtartani és a változatlan határig lehetőleg intakt módon fentartani, ez nemcsak a humanitás követelménye, hanem saját érdekében minden közlétnek, minden államnak feladata.“

A közegészségügynek erre hivatott képviselői a tiszti orvosok, az állam hivatalos orvosai. Helyesen jegyzi meg Fodor, hogy az idő már nincsen mesze, melyben a sajtó és a nyilvános vélemény kritikus szemekkel őrködik felettünk és beszámolót kér a tiszti orvos tevékenységéről és a közegészségügyi administratio munkájáról a népjólét minden terén.

Ez az idő nemcsak hogy nincs messze, hanem mindnyájan már élünk is ebben!

Őszintén megvallva, elvártam volna, hogy hivatottabb toll veti magát alá a komoly munkának, miszerint a Fodor-féle javaslatokat bírálva megvilágitsa és azokat realis hasznuk szempontjából megvizsgálja.

Az Orvosi Hetilap 1898-diki évi 43. számában tartalmazott felhivás, miszerint kész a hozzászólóknak helyt adni, nyom nélkül elhangzott, mert maiglan nélkülözöm a fontos tárgynak megvitatását.

Igaz, hogy a „Gyógyászatban" Dévai fővárosi tiszti orvos kritikusan megvilágitotta a Fodor-féle javaslatokat, sőt egyik-más fővárosi napilap is bírálva tudomást vett a felvetett eszmékről, de mindezek oly felületes módon, hogy egykönnyedén nem vehetők komolyan számba.

Phrasisokkal, hogy a Fodor-féle javaslatoknak magas idealis értékük van, de a valóságban a zöld asztalnál keletkezett ezen eszmék ki nem vihetők, egy a gyakorlati életet és annak szükségességét nem ismerő tudósnak eszméi és más ilynemű érvekkel nem lesz e fontos tárgy tisztázva.

Mert kétségtelen mindenekelőtt, hogy Fodor emlitett munkájának miden sorából meleg szeretet beszél az orvosi karhoz és már azért is komoly megfontolásra tarthat igényt.

Jogositva érzem magam e fontos tárgyhoz hozzászólni, mert ismerem az osztrák tisztiorvosi vizsgát, melyre hazámban való letelepedésem előtt komoly munkával mint ezt átlag az osztrák tisztiorvosi jelöltek teszik, közel egy évig készültem, és ismerem a magyar tisztiorvosi vizsgát is.

Fejtegetéseim által először is be fogom bizonyitani, hogy a jelenlegi magyarországi tisztiorvosi képesités sokkal mélyebben áll mint az osztrák képesités.

Ausztriában a cs. királyi belügyministerium 1873. évi márczius 21-dikén kelt rendeletével (Reichsgesetzblatt 31) szabályozza a tiszti orvosi vizsga letevését. (Lásd Obentraub, osztrák egészségügyi rendeletek gyüjteménye.) Ezen rendeletnek 7. §-a értelmében az osztrák tisztiorvosi vizsga letételéhez követeltetik:

1. Egy belföldi egyetemen elnyert oklevélnek melléklete.

2. Elmekórtani ismereteknek kimutatása és pedig vagy egy elmekórtani klinika rendes előadásainak látogatása féléven át és jó sikerrel letett colloquiumi bizonyitvány, vagy bizonyitvány egy nyilvános tébolyda rendeléseinek látogatásairól az elnyert orvosi oklevél után legalább három hónapon át, vagy tébolydában való alkalmazásról szóló szolgálati bizonyitvány.

3. Az elméleti és gyakorlati himlőoltás és az állatgyógyászat és állatjárványkórtan előadásának látogatásáról szóló bizonyitvány.

4. Két évi kórházi szolgálat vagy három évi orvosi magángyakorlat kimutatása.

A vizsgáló bizottság az ország közegészségügyi referensének elnöklete alatt a vizsgálandó tárgyak öt képviselőjéből áll. A tárgyak a következők:

1. Egészségtan és egészségügyi törvények ismerete.
2. Törvényszéki orvostan és törvényszéki elmekórtan.
3. Gyógyszerisme és méregtan. 4. Vegytan. 5. Állatorvostan.

Ezen tárgyak vizsgája irásbeli, gyakorlati és szóbeli vizsgára oszlik.

Az irásbeli vizsga két kérdésre szorítkozik, tárgya a közegészségtanból, az egészségügyi törvényekből és a törvényszéki orvostanból meríttetik; a kérdések a vizsgabizottság részéről előterjesztett több kérdés közül a helytartó által választatnak ki.

A gyakorlati vizsga nyilvános kórházban és vegytani laboratoriumban tartatik meg. Ekkor a jelölt a bizottsági elnök és a vizsgáló bizottság tagjának jelenlétében: 1. Hullán legalis obductiot végez, a boncz-leletet meghatározott jegyzőnek tollba diktálja és a megfelelő orvosi véleményt sajátkezűleg jegyzőkönyvbe irja.

2. Valamely sérültnek vagy elmebajosnak állapotát vizsgálja és erről irásbelileg véleményt szerkeszt.

3. Qualitativ vegytani vizsgálatot végez tekintettel ama tárgyakra, melyek az orvosrendészet, a törvényszéki orvostan, a méregtan és gyógyszerisme keretébe tartoznak.

4. A pharmacopoeában tartalmazott drógok és épúgy mérgek megvizsgálása által azok ismeretét bizonyitja, épúgy jártasságát a drógok, tápszerek, mérgek, a növényi és állati élősdiek górcsövi megvizsgálásában.

A szóbeli vizsgán a tisztiorvosi jelölt a sors által meghatározott két kérdést kap az egészségtanból és az egészségügyi törvények tanából, egy kérdést az állatgyógyászatból.

Az osztrák cs. kir. belügyministeriumnak 1873-dik évi augusztus 27-dikén kelt rendelete (Reichsgesetzblatt No. 139) az előirt qualitativ vegytani vizsgálatra a következő tárgyakat jelöli ki:

a) élelmiszerek és italok, *b)* diaetetikus és kosmetikus szerek, *c)* edények, melyek ételek vagy italok készitésére vagy megőrzésére szolgálnak, különös tekintettel mázuk ellentálló képességére (email, glasur, firniss) az élelmi czikkekben legtöbbnyire előforduló savak, sók stb. ellen, *d)* ruházati tárgyak, tapéták, festett gyermekjátékdarabok stb. megtiltott méregfestékre való megvizsgálása, *e)* officinalis gyógyszerek tekintettel a pharmacopoeában követelt jóságukra és tisztaságukra, *f)* orvosi készitmények, melyekben az egészségre kártékony, vegytani úton kimutatható anyagok vannak, *g)* mérges alkaloidák esetleges kimutatása tincturákban, essencziákban stb., *h)* vér, sperma, geny kimutatása gyanús foltokon.

A gyógyszerisméből való vizsgára a jelölt három kérdést kap, melyek sorshúzás által a pharmacopoeába tartozó drógok közül választatnak.

A méregtanból való vizsgára a következő thesisek egyike sorshúzás által határoztatik meg:

a) secale cornutum és a honos mérges gombák, *b)* a honos mérgnövények: belladonna, hyosciamus, datura, nicotiana, coninm, cicuta, digitalis, aconitum, helleborus, veratrum, colchicum, *c)* opium és cannabis *d)* anaesthetica, különösen chloroform-kénaether, *e)* szénsav, szénoxydgáz, széngőz, világitógáz, kénhydrogengáz, *f)* strychnin, curare (nyilméreg), pikrotoxin, *g)* kéksav a cyanvegyületekkel, *h)* nitroglycerin, anilin, nitrobenzol, *i)* ásvány- és növénysavak (kénsó-. légenysav, lóhersav), *k)* alkaliak (kalium, natrium, calcium, baryum, ammoniak), *l)* fémek (arsen, antimon, hydrargyrum, ezüst, zink, cuprum, plumbum), *m)* metalloïdeák (phosphor, jod, brom, chlor), *n)* drastikák (sabina, taxus, cantharidák), *o)* septikus mérgek (mérges kigyók és rovarok, kolbászméreg, rothadási mérgek, hullaméreg).

A vizsgánál a mérgek tulajdonságai és hatásai, az intézkedések és anyagok, melyek által a mérgek kártékony behatása az emberi, állati vagy növényi szervezetre meggátolható és az ellenmérgek hatása és relativ értéke a beállott mérgezés esetében tekintetbe veendő.

A közegészségtan és az egészségügyi törvények megfelelő számú nagyobb themákra osztatnak fel. (Ezen tágterű intézkedés gyakorlati keresztülviteléről később a tényleges vizsgák ecsetelésénél fogok beszélni.)

Az állatgyógyászatból való szóbeli vizsgálatra a következő thesisek szolgálnak: *a)* állat- és hússzemle, beleérve az állatpiaczfelügyeletet (Viehmarktpolizei), *b)* a háziállatok rühbetegsége, *c)* trichinosis sertéseknél, *d)* borsóka-betegség sertéseknél, *e)* tehénhimlő, *f)* állatjárványok egyáltalában (állatcontumaz-intézetek, fertőzési és elpusztitási intézkedések), *g)* marhapestis és dögvész juhoknál és kecskéknél az egészségügyhatósági ellenintézkedésekkel, *h)* juhhimlő, *i)* száj- és körömvész marháknál, juhoknál, kecskéknél, sertéseknél, *k)* a mezőgazdasági állatok lépfenéje, *l)* tüdővész marháknál, *m)* takony- és féregkór az egypatásoknál, *n)* hágókór (Beschälseuche) a tenyészlovaknál, *o)* düh kutyáknál és a többi háziállatoknál, *p)* gyepmesterségek (alapitás, berendezés, felügyeletük, a gyepmester kötelességei).

A mi ezen körvonalozott ministeri rendelet practikus kivitelét illeti, a vizsga tapasztalatom alapján nagyon komolynak, sőt nehéznek mondható.

A ministeri rendelet ugyanis az egyes vizsgálóknak, kik kivétel nélkül szakjuknak egyetemi képviselői, egyetemi tanárok, a legtágabb teret engedi, a miért is a tisztiorvosi vizsgára készülők kényszeritve vannak az előadások rendszeres látogatására. Átlag egy teljes évig készülnek. E helyen a tisztiorvosi jelölteknek tanulmányait a bécsi egyetemen akarom leirni.

A jelöltek az Ausztriában a húsvéti ünnepek után kezdődő nyári fél év alatt Vogel tanár udvari tanácsosnál frequentálják a növénygórcsövi gyakorlatokat a gyógyszerész-jelöltekkel együtt.

A különféle lisztnemektől poralakban (amylum tritici, secalis, hordei, leguminosis, marantae, solani, curcumae, cannae, musae, oryzae, manihot, maidis, avenae, sagis), átmennek a poralakban használt orvosságokra és mohokra (kamala, lycopodium, lupuli, guarana, paleae, secale, lichen, coniferae), majd a levelekre (coca, aurantium, sabina, absynthium, althaca, senna, cannabis, salvia, belladonna, strammonium, hyosciamus, digitalis, fol. theae) és a magvakra és gyümölcsökre (caryophylli, semen coffeae, far. plac. lini, farina amygdalarum, semen strychni, quercus, cacao, fructus capsici, pimentae, cubebae, piperis, papaveris, opium), továbbá a kérgekre (cortices chinae variae, cinnamomi, canelae, quebracho, condurango, cascarillae, quercus, gentianae, taraxaci), végre a gyökerekre (bulbus scillae, rad. iridis, zingiberis, curcumae, acori, belladonnae, jalappae, bardani, ipecacuanhae, rhei, calumbae, althaeae, liquiritiae, filicis maris, sarsaparilla, lign. quassiae).

Naponta két órán át az egész semester alatt frequentálják a jelöltek ezen gyakorlatokat és végre e növénygórcsövi vizsgálatokat a legkisebb részletekig elsajátitják maguknak, úgy hogy képesek lesznek porkeverékben is minden hamisitást a legpontosabban megismerni.

Egyszer hetenként e mellett előadás van gyakorlati demonstratiokkal a mérges gombák tanáról is, a midőn a jelöltek a leendő gyógyszerészekkel és vásárfelügyelőkkel az élvezhető gombák ismeretét a legpontosabban megtanulják. A hét folyamán a nap hátralevő részét a jelöltek a pharmacologiai intézetben buzgó tanulással töltik, hogy az összes hivatalos drógok ismeretét makroskopice is elsajátitsák maguknak, melyeknek pontos leirását, származását, hamisitását követelik a vizsgán. A vizsgát a két drogról szóló felelettel nyitja meg a jelölt, mire a toxicologikus kérdésre, végre a két górcsövi készitményre kerül a sor, illetve a jelölt beszámol az ezekben talált összes alkatrészekről, hamisitásokról stb.

Nemkevésbbé nehéz a közegészségtanból való vizsga. Minthogy a közegészségtan Bécsben, különben az összes osztrák egyetemeken, csak vendégtárgy más rendkivüli tárgyakkal felváltva a második orvosi szigorlaton, a tisztiorvosi jelöltek a téli félév tartama alatt elméleti közegészségtant hallgatnak Gruber Miksa tanárnál, míg a nyári semester alatt két órán át naponta gyakorlati közegészségtant frequentálnak. E közegészségtani gyakorlatok a nehéz quantitativ analysisekre is kiterjednek és előbb be lesznek mutatva az előadó tanártól, a mire azokat a hallgatók a tanár és tanársegédek vezetése alatt begyakorolják. Minthogy e qualitativ és quantitativ hygienikus vizsgálatok megértése csak előző gyakorlati vegytani tanulmányok által válik lehetségessé, a jelöltek a téli félév alatt előbb Ludvig Ernő tanárnál behatóan vegytani gyakorlatokkal foglalkoznak, a hol naponta fél napig dolgoznak.

A Gruber tanártól a vizsgán követelt thesisek azonnal tájékoztatnak ezen különben elméleti és gyakorlati vizsga komolyságáról.

A gyakorlati közegészségtanból a következő kérdések vannak:

I. Vízvizsgálat. 1. Az ammoniak kimutatása és mennyiségének meghatározása, 2. a salétromsav és 3. ugyancsak a salétromossav kimutatása és mennyiségének meghatározása, 4. az oxydáló képesség kimutatása, 5. a keménységi fok meghatározása, 6., 7., 8. a chlor, a kénsav, a mész kimutatása és meghatározása, 9. a víz physikalis sajátsága: tisztaság, szin, szag, íz, reactio, kénhydrogénre és vasra való próba, vizsgálat nehéz fémekre, 10. a szabad és félig kötött szénsav meghatározása, 11. a víz bakteriologiai vizsgálata: az edények előkészitése, gyüjtés és szállitás, bakteriologiai lemezek és kémcsövek készitése, a coloniák számlálása.

II. Lég. 12. A hőmérsék nyomásának mérése, a hőmérő kipróbálása és kijelölése, maximum és minimum hőmérők berendezése, 13. a légnedvesség mérése, a harmatpont kiszámitása, 14. a szénsav meghatározása, 15. a szénoxyd kimutatása.

III. Tej. 16. Fajsúlya, lactoskop, a zsir meghatározása lactobutyrometerrel és a Soxhlet-féle apparatussal, 17. próba a tejnek keményitővel, sodával, borax-, borsav-, benzoësav-, salicylsav-, salétromsav-, kréta-, gipsz- stb.-vel való hamisitására.

IV. Vaj. 18. Idegen zsirokra való vizsgálat Költsdorfer és Reichert-Meissl szerint; próba festék- és ásványanyagokra, keményitőlisztre stb.

V. Eczet. 19. A savtartalom meghatározása, próba szabad ásványsavakra, kénsavra, éles növényi anyagokra, nehéz fémekre.

VI. Pálinka. 20. Az alkohol és kozmás lángolajtartalomra való vizsgálat, anilinfesték és nitrobenzol kimutatása.

VII. Liszt és kenyér. 21. Ásványi anyagok hozzátételeinek kimutatása, secale cornutum lisztben, timsó, rézvitriol kenyérben.

VIII. Sör. 22. A fajsúly és a kivonat meghatározása, az erjedési fok, az alkoholtartalom és a vegyléconcentratio (Würzeconcentration) kiszámitása, 23. az alkoholtartalom direct meghatározása: az acidítas és az illékony savak meghatározása, 24. kénessavra és salicylsavra való vizsgálat.

IX. Bor. 25. Az alkoholtartalom meghatározása, kénhydrogen és kénsav kimutatása, 26. az összes savak és az illékony savak kimutatása, 27. próba salétromsavra, gummira és dextrinre, salicylsavra és kénessavra, 28. próba saccharinra, 29. anilinfestékekre és nehéz fémekre.

X. 30. Hőfertőtlenitő készülék megvizsgálása, 31. a szellőzés megvizsgálása az anemometerrel és a differentialis manometerrel, 32. a nappali világitás megmérése lakásokban a térszögmérővel, 33. a fűtési anyagok felhasználási mennyiségének meghatározása, 34. a világitás nagyságának meghatározása, 35. bakteriologiai lemeztenyészetek és tenyésztőcsészék, culturák kémlőcsövekben, 36. ruhaneműek megvizsgálása.

Elméleti kérdések a közegészségtanból:

1. A természetes víz tulajdonsága, mint eső-, folyam-, forrás-, talaj- és mocsárvíz, 2. a víz viszonya a talajhoz, 3. az ivóvíz és hasznavehető víz megitélése közegészségügyi szempontból, 4. vizellátás, 5. ivóvíz tisztitása, 6. a hulladékanyagok minősége és mennyisége, eltávolitásuk, közegészségtani jelentőségük. 7. gödörsystema, 8. tonnasystema, 9. csatornázás, 10. házcanalisatio és házviztelenités, 11. szenyes víz tisztitása, 12. hullaeltakarítás és temetőhelyek, 13. fertőző betegségek leküzdése, 14. fertőtlenitési gyakorlat, 15. betegelkülönités és isoláló kórházak, 16. oltás, 17. helybeli és időbeli dispositio leküzdése, 18. tüdővész elleni intézkedések, 19. a hőmérséklet és időjárás egészségügyi jelentősége, 20. a levegő minősége közegészségügyi szempontból, 21. ház-, különösen falnedvesség meggátlása, nyirkos lakások kiszáritása, 22. localis fűtés, 23. centralis fűtés, 24. természetes szellőztetés, 25. mesterséges ventilatio, 26. lakhelyek megvilágitása, 27. iskolabetegségek és iskolai közegészségügy, 28. nyilvános intézetekben való élelmezés, 29. a táplálék részéről fenyegető invasios és infectios veszélyek és a védelem ellenük, 30. a szomszédoknak kárositása ipartelepek által és védelem ez ellen, 31. a munkások egészségének veszélyeztetése iparvállalatokban és általános hygienikus követelmények iparüzemekkel szemben, 32. ólomipar, 33. higanyipar, 34. arsenipar, 35. sodagyártás, 36. világitógázgyárak, 37. vágóhidak, gyepmesterségek, 38. fagygyúolvasztás, szappanfőzés, 39. csontipar, 40. timármesterségek és enyvfőzések, 41. czukorgyárak, 42. serfőzés és spiritusgyárak, 43. porbelégzés iparüzemekben és annak meggátlása.

A tisztiorvosi jelölt a vizsgát a közegészségtanból Gruber tanár úr intézetében teszi le, és előbb a gyakorlati kérdést oldja meg. Kimutatja, hogy teljesen járatos a vizsgálati módszerekben és csak azután felel a szintén sorshúzás által meghatározott elméleti kérdésre.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

William W. Keen. The surgical complications and sequels of typhoid fever. Philadelphia.

A világirodalomból gyüjtött 1700 eset kapcsán irja meg szerző a typhus kapcsán fellépő sebészi complicatiok kimeritő monographiáját. Felöli összeállitásában úgy a typhus exanthematicust, mint abdominalist. Amaz 494 esetben szerepel. Nehéznek mondja a két betegség külön választását a nem egyöntetű nomenclatura miatt, mert mig az angol irodalomban typhus alatt mindig a küteges hagymázt értik, a németek a hasi hagymázt jelölik sokszor egyszerűen typhus névvel. A két betegségnél, bár egyes pontokban hasonló complicatiokat mutatnak, lényeges eltérést látunk, az egyes complicatiok számát tekintve. Igy a 494 küteges hagymáz-eset közül 352 parotitist látunk, mig e complicatio hasi hagymáznál ritka és mindig vegyes fertőzésre utal.

Ismertetésünkben csak a hasi hagymáz complicatioira szoritkozhatunk s ezek közül is csak a legfontosabbakat tárgyalhatjuk; fellépésük gyakorisága szerint ezek a következők: Gégebántalmak, a csontok megbetedései, izületi bántalmak, bél és epehólyag átfúródás, gangraena.

A *gége* megbetegedése kórboncztanilag rendesen a perichondritis tünetei között lép fel, az alapbántalom tetőfokán, fiatal egyéneknél; tekintve az e stadiumban rendesen jelenlevő eszméletlenséget és elesettséget, diagnosisa nem könnyű s fokozott vigyázatra hivja fel figyelmünket, annyival is inkább, mert csak korai tracheotomia mentheti meg a beteg életét.

Nem operált eseteknél 78·6% a mortalitas, mig tracheotomia mellett 55·5%, mely arány korai diagnosisnál még sokkal kedvezőbb.

A *csontok* hetekkel, hónapokkal a betegség lezajlása után szoktak megbetegedni, osteoperiostitis és osteomyelitis képében. A bact. typhi még évekkel a megbetegedés után (6—7 év, 14 év) is ki volt mutatható a csontokban székelő genyüreg tartalmában. Kezelése a tályogüreg széles megnyitásában s alapos kitakaritásában áll, mely utóbbi annyival fontosabb, mert a bacillusok rendesen a tályogűr falában székelnek.

Az *izületek* megbetegedése — eltekintve a septikus formától, mely vegyes fertőzésen alapul s igy csak a pyaemia részjelenségét képezi — szoritkozhatik egy nagy izületre, vagy lehet polyarticularis. Jellegző, hogy az izzadmány ritkán genyes s hogy anchylosis ritkán marad vissza. Figyelmet érdemel a csipőizület gyuladása typhus után. Rendesen 15 évnél fiatalabb egyéneken észlelhető, nem genyed el, hanem nagyon hajlamosit másodlagos ficzamokra, melyek ép úgy jönnek létre, mint a gümős coxitisnél. A tünetek szinte azonosak, csak a fájdalom kevésbbé kifejezett. Fontos ennek tudása, mert a csipőizületi gyuladás gyanújánál is alkalmas kötés által abductioban rögzithetjük a csipőizületet s igy megakadályozhatjuk a ficzam létrejöttét.

Legtöbb érdekkel bir a sebészre a *bél és epehólyag perforatioja*. Bélátfúródás átlagaz összes megbetegedések 6%-ában jő létre. Diagnosisa a gégeaffectionál kifejtettek folytán nem könnyű. Ezért képez fontos segédeszközt a vérvizsgálat, mely a fehér vérsejtek tetemes megszaporodását mutatja, már röviddel a perforatio létrejötte után. Typhusnál számuk rendesen kissé csökkent, mig átfúródásnál hirtelen felszökik 15,000—25,000 pro 1 ccm.; kizárandó otitis media, phlebitis, melynél hasonló tüneményt látunk. Az operativ kezelés kevés reménynyel kecsegtet, ha az összes eseteket veszszük tekintetbe, nagy szerepet játszván az időpont, melyben a műtétet végezték. Közvetlenül a perforatio után nem ajánlatos operálni, a perforatio okozta shock miatt. Legalkalmasabb a 12. és 24. óra között (69·4% mortalitas). A technikát illetőleg median metszést ajánl. A perforatio helyének felkeresése után, mely rendesen (84·4%) az ileum alsó részén s a vastagbél kezdetén (12·9%) található, Lembert-varrattal bevarrjuk a belet s a hasüreget nyitva kezeljük, jodoformgaze tamponálás mellett. Legjobban gyógyulnak a 15 éven alul és a 40 év feletti (40 illetve 45·5%) esetek.

Még több sebészi érdekkel bir az epehólyag átfúródása. A diagnosisra, mely a typikus perforatios peritonitis ismert tüneteire alapitandó, jó támpontot nyujt a fájdalom localisatioja. Mayo Robson szerint a fájdalomnak punctum maximuma egy 9-dik borda porczától a köldökig vont vonal felső és középső harmadának találkozási helyén van. Mig a nem operált esetek mindegyike lethalisan végződött, addig négy operált eset közül három gyógyult. A bemetszés a rectus külső szélén ejtendő. Az epehólyag sebét bevarrjuk és a hasüreget nyiltan kezeljük, az epehólyagot jodoform-gaze-csikokkal rakván körül.

A *gangraena* oka vérerek thrombosisa, esetleg a szivben képződött thrombus tovavitele által képződött embolia. Leggyakoribb helye az alsó végtag, utána mindazon szerv, mely peripheriás elhelyezése miatt gyengébb keringési viszonyokat mutat. Tünetei a hirtelen fellépő fájdalom, a végtag hideg volta, szineződése. A venák thrombosisa baloldalt háromszor gyakoribb a jobbnál (a vena iliaca elhelyezése folytán); vena eltömeszelésnél nedves üszök, verő eres elzáródásnál száraz gangraena szokott fejlődni. Az üszkös rész eltávolitásánál mindig meg kell várnunk a demarcatiot, kivéve, ha az üszkös szétesés által keletkezett méreg-anyagok a szervezet általános fertőzésével fenyegetnek. Amputationál ne használjunk Esmarch-féle vértelenitést, mely a leszoritás helyén újabb thrombosissal fenyeget; a nagyobb ütereket praeparatorice lekötve, szinte vértelenül operálhatunk.

Eltekintve e gyakori complicatioktól, majd az összes szervekben jöhetnek létre elváltozások. Az agyi complicatiok (meningitis, abscessus) eddig a sebésznek hozzá nem férhetők. A parotitis mindig vegyes fertőzés eredménye, ép igy a gyakori otitis media, mely az elgyengült beteg garatjában felhalmozott nyálkának a tuba Eustachiin át a középfülbe jutásán alapul. A hasizmok haematomái elgenyedhetnek, s ilyenkor ép úgy kezelendők, mint egyéb tályogok. A thyreoideában, lépben, májban, pleurán és pericardiumon fellépő genyedések, mind bac. typhin alapuló fertőzések, részben ritkák, nehezen kórismézhetők, részben semmi specialis jelleget nem mutatnak s a sebészet általános szabályai szerint kezelendők.

Végül a szemen fellépő complicatiokat tárgyalja behatóan, úgy e szakaszhoz, mint az előbbiekhez is bő s kimeritő casuistikus irodalmat közölve.

Manninger Vilmos dr.

Összefoglaló szemle.

A tejczukor physiologiai szerepéről.

Közli: **Pekár Mihály** dr., élettani tanársegéd Budapesten.

A czukrok között a szőlőczukor, malátaczukor, nádczukor és tejczukor játszsza táplálékainkban a legnagyobb szerepet. Nem lesz érdek-

telen ezek közül összefoglalnunk a tejczukorra vonatkozó physiologiai ismereteinket annyival is inkább, mert viselkedése nagyon is eltér a többi czukortól, pedig az első életévben ez az egyetlen czukor, a mi táplálékainkban szerepel.

A tejczukor viselkedése már szervezetünkön kivül is eltérő a többitől. Háromféle modificatioját ismerjük (Tauret). Vízben kevésbbé oldódik mint a szőlőczukor; jobbra fordítóképessége azonos a dextroseval, redukáló képessége kisebb. Híg savakkal (H Cl, H_2SO_4) való főzés mellett emulsinra, kefirszemek vizes extractumára, dextrosera és galaktosera hasad. Könnyen megy át tejsavas erjedésbe (itt főkép a Hueppe-féle bacillus acidi lactici szerepel), nehezen jut alkoholos erjedésbe, a mit mindig az említett hasadás előz meg. A sacharomyces apiculatus a dextroset teljesen elerjeszti, a tejczukorra hatástalan (Voit). A nádczukor a dextroshoz hasonlóan megerjed élesztőre, de nincs redukálóképessége csak inversio után s phenylhydrazinnal nem ad osazonokat, mint a szőlő- és tejczukor.

A tejczukor physiologiai szerepét illetőleg első sorban azzal kell tisztába jönnünk, hogy az emésztő traktus egyes részei mennyiben hatnak reá.

Nyállal nem igen tettek kisérleteket, emésztés e részről nem is várható. A gyomornedv hatástalannak bizonyult, sem a tiszta sósav (0·3% 37° C., Abbot 1891), sem a sósavas pepsin, sem az oltó, sem az együttes gyomor mucosa extractum (40° C., Droop Richmond 1892, Fischer, Niebel 1896) nem változtatták meg még hosszabb behatás alatt sem a tejczukrot. Sok kisérletet végeztek a pankreas-nedvvel s a mirigy extractumával, a melyről azt hitték, hogy a tejczukrot invertálja, azaz d. glucosera és d. galactosera hasítja. Az eredmény teljesen negativ volt (trypsin + Na_2CO_3 55° C. Droop Richmond 1892, Dastre 1891, E. Fischer, W. Niebel 1896., Dastre és Portier 1898. kutyánál, borjúnál, marhánál, disznónál). Az epével szintén nem végeztek kisérleteket, de annál számosabbak a vizsgálatok bélnedvvel, a vékony- és vastagból különböző részeinek mucosa extractumával. Az adatok nem egészen egyezők, de ennek egyszerű oka, hogy különböző állatokon kisérleteztek.

Míg öreg házinyul, tyúk, marha, bárány, juh mucosa extractumát hatástalannak találták (Voit, Dastre 1891, Röhmann, Lappe, Pregl 1895), addig emberi újszülötteknél (Mastré. Pautz. Vogel 1895. jejunum mucosa 40° C. 18—36 óra. Weinland 1899 egész vékonybélmucosa), kutyánál, fiatal házinyulnál, lónál, disznónál, borjúnál, fiatal kecskénél, báránynál (Brown, Héron 1880, Röhmann, Lappe 1895, Fischer, Niebel 1896, Portier, Dastre 1898, Weinland 1899) *erős tejczukor inversiot kaptak*. E tejczukorinvertáló enzymát *béllaktosénak* nevezték el. Érdekes, hogy fiatal állatoknál erős a tejczukorinversio, idősebbnél gyengébb, esetleg ki nem mutatható (szopós állatok gyomoroltója hatásosabb, mint idősebbeké). Sokszor ugyanazon állat vékonybelének különböző szakaszából vett mucosa extractum nagyon eltérő hatású volt; egyik rész erősen invertált, a másik nem. Ennek okát hajlandó volnék abban keresni, hogy az egyes bélszakaszok más-más stadiumában voltak a laktoseképzésnek (analog eltéréseket kapunk a zsiremésztést illetőleg a pankreasmirigygyel is, Klug). Kisebbfokú inversiot mutattak a vak- és vastagbélextractumok is. Természetesen ezen béllaktose egyéb tulajdonságairól még igen keveset tudunk, nem tudjuk közelebbről képződési helyét, hatásának intensitását. Tartós enzymának látszik, mert oldata két hónapon át is hatásos marad. Ugy látszik a tejjel való táplálkozás fokozza képződését. A felsorolt emésztési kisérletek mind chloroform, thymol, toluoldesinficiálás mellett történtek, hogy a bakteriumhatás kizárassék. Külön vizsgálta a bélbakteriumok hatását Weinland (1899) oly módon, hogy egyszerűen a leölt állat gyomor- vagy béltartalmával tejczukrot kevert desinficiálás nélkül. Az eredmény az volt, hogy a gyomortartalom kisebb, a béltartalom nagyfokú tejsavképződésre vezetett (a beadott tejczukor 38·4%-a tejsavvá lett).

A felsorolt adatok szerint a táplálékainkban bevett tejczukor kétféle változáson megy át az emésztő traktusban: *a béllaktose invertálja s a bakteriumok tejsavvá alakítják*; *mind a két elváltozás főhelye a vékonybél* s azután a vastagbél. Kisfokú tejsavképzés van a gyomorban is s ennek újszülötteknél szerepet tulajdonítanak a gyomoraciditás fokozásában, a pepsinemésztés elősegitésében.

Ezek szerint a tejczukor vagy mint *glucose és galaktose*, vagy mint *tejsav* s végül sok tejczukor bevételénél, mint *tejczukor* kerül felszivódásra.

Ugy látszik azonban, hogy *szervezetünk a vérbe jutott tejczukrot nem tudja felhasználni* s az a veséken keresztül távozik s ilyenkor a húgy tejczukortartalmú.

Ide utalnak az intravenosus (Dastre 1891) és subcutan (Voit 1891) tejczukor-injectiok, a melyeknél glycogenképzés nem lépett fel s a czukor a húgyban volt feltalálható. Sem a vérsavó, sem egyes szervek, here, thyreoidea extractuma (Fischer, Niebel 1896) a tejczukrot nem változtatják meg. Ha mesterséges tejczukros vérkeringést létesitünk az állat valamelyik végtagjában (Dastre 1891), a tejczukor változatlanul marad. Igy érthető meg, hogy gyermekágyasoknál, szoptatóknál tejpangás esetén tejczukor jelenhetik meg a húgyban (1873-ban de Sinety, 1877-ben Hofmeister mutatja ki positive, hogy a húgyban fellépő czukor tejczukor) s hogy nagyobb mennyiségű tejczukor evése szintén laktosuriára vezet (Wonn-Müller 1885, Hofmeister 1889, Miura, Lemaire 1895 stb.).

Az alimentarius laktosuria a tejczukornak sokkal kisebb mennyiségével elérhető, mint szőlőczukorral a glycosuria, eltekintve attól, hogy a tejczukor felszivódása lassúbb, kisebb arányú, mint a szőlőczukoré (Lehmann 1853, Albertoni 1891, Weinland, 1899). Igaz ugyan, hogy egyesek (Kausch, Socin 1893, Weinland 1899) a tejczukrot kis mértékben glycogenképzőnek találták, főkép kutyán, de ezen tejczukor etetés kapcsán fellépő májglycogenképzés egészen jól magyarázható abból, hogy a tejczukor egy része glucosevá és galaktosevá alakul s mint ilyen szivódik fel s ez utóbbiak már glycogenképzésre alkalmasak.

Ha a mondottakhoz hozzáveszszük, hogy nagyobb tejczukoradag az emésztőtractusban könnyen okozhat diarrhoeát (Bischoff, Voit 1860, Worm Müller 1884), arra jutunk, *hogy emésztő tractusunk és szervezetünk a tejczukor feldolgozására és elhasználására nem annyira alkalmas, mint eddig hitték*. A csecsemő még alkalmasabb, mint a felnőtt. (A Zeitschrift für Biol. és Zeitschrift für physiolog. Chemie-ben megjelent czikkek alapján.)

Lapszemle.

A hypophysis elváltozására myxoedemánál hivja fel a figyelmet *Ponfick* 2 bonczolt eset kapcsán. Physiologiai szempontból is fontosnak tartja a pajzsmirigy és hypophysis között fenforgó analogiát, melyet a myxoedema pathologiája szempontjából megbeszél. A pajzsmirigyben fennálló folyamat néha a folliculusok kisebbedésében és az interstitiumos kötőszövet túltengésében áll, máskor a szerv kisebbedett histologiai eltérés nélkül. Ezen nagyon különféle folyamatok daczára a kórkép egyenlő lehet. A bonczolt esetben a pajzsmirigy 3/4 része elpusztult, 1/4 részében kisebb roncsolt góczok voltak, a hypophysisben pedig a mirigyes rész elpusztult és a rostos ideges rész megmaradt. E folyamat a pajzsmirigyben végbemenővel analog, de előbbre haladott talán, mert koraibb keletü. Egy másik bonczolt esetben a hypophysist megnagyobbodva találta ugyan, de az egészen colloid átalakulásban volt. Ezek alapján a további észlelet van hivatva eldönteni, hogy a hypophysis milyen szerepet játszik a myxoedemában. (Myxoedem und Hypophysis. Zeitschrift für klin. Medicin 1899. 38. kötet 1—3. füzet.) —*ts.*

Táplálkozási kisérletek globonnal (új fehérje-készitmény). A *globon* a fejérjének azon csoportja, mely a phosphortartalmú paranucleinsav lehasadása után visszamarad, vízben nem, de alkoholban és vizes alkaliákban oldható, sárgás, igen finom por, mely teljesen iztelen és szagtalan. Ebből 1—2, ritkán 3 kávés kanállal pro die kapnak a gyermekek levesben, tejben, kávéban vagy borban, vagy rizsbe, darába és főzelékekbe keverve, oly esetekben, hol a táplálkozást emelni kivánatos, pl. anaemia, phthisis, rachitis, pertussis, atrophia stb. *Tittel K.* dr., a bécsi poliklinika gyermekbeteg-osztályáról 20 esetről referál, melyekben ezen készitményt hosszabb időn (2 hónapon) át adagolta, és hetenként eszközölt mérésekkel az eredményt ellenőrizte. A súlynövekedés a legtöbb esetben constatálható volt; a betegek természetesen az alapbajnak megfelelő egyéb kezelésben is részesültek. Igy pl. egy phthisisben szenvedő 6 éves leánykánál 2 hó alatt 1 kg .7 dekával növekedett a súly. Szerző tapasztalatai alapján a globont igen alkalmasnak tartja, hogy úgy valamely gyógyeljárás támogatására vagy önállólag mint könnyen emészthető fehérjetáplálék súlyos általános betegségeknél alkalmazásba vétessék. (Wiener klin. Rundschau 1899. 45. sz.)

A **heroinnal** therapeutikus kisérleteket tett *Mirtl Károly* dr. Bécsben s ezen új szert *gynaecologikus* esetekben fájdalomcsillapító hatására nézve vizsgálta. Már 0·01—0·015-nyi adagok létrehoztak 24—36 óráig tartó fájdalomcsillapitást. Szerző sósavas heroin-oldattal átitatott hüvelytamponokat vezetett be, melyektől kitünő eredményeket látott. A leghevesebb fájdalmaknál egy 600-as oldat (azaz 0·015—0·025 heroin pro tampon) rövid idő alatt teljes enyhülést hozott létre, minden mellékhatás nélkül. Kisérletképen egy izben heroin suppositoriumokat, illetve cacaoból készült globulusokat 0·01—0·015 heroinnal is készittetett és itt is megfelelt az eredmény. Ennek folytán szerző a gynaecologiára nézve értékes szernek mondja a heroint s melegen ajánlja annak alkalmazását hasonló esetekben. —*r.*

Figyelmeztetés a m. orvosi könyvkiadó-társulat tagjai számára.

Fentnevezett társulat tisztelt tagjait van szerencsém értesiteni, hogy az *1899-dik évi illetmény* második részlete t. i. *a Belgyógyászat hézikönyvének VI. kötete* teljesen elkészült és e napokban hagyta el a sajtót. Ezen kötettel, melynek terjedelme 78 ivet tesz ki, a nagy belgyógyászati gyüjtőmunka be van fejezve. Annak folyamatban levő bekötése remélhetőleg még ez év utolsó napjaiban végét érheti úgy, hogy szétküldése tüstént újév után megkezdhető lesz.

Mint a tisztelt tagok tudják, az 1899-dik év illetményének első részlete, *Mihalkovics Géza* tanár fejlődéstana, már mult tavaszszal megjelent. Postaköltség kimélése szempontjából ezt csak a budapesti tagoknak és vidéken az alapító tagoknak küldtük el.

1900. évi január hó elején a társulat mindazon tagjainak, kik az 1899-dik évi tagdíjat addig megfizetik, úgy *Mihalkovics* munkáját, mint a *Belgyógyászat VI. kötetét meg fogjuk küldeni.* Január 20-dikán túl a szétküldés *utánvétellel* fog történni olyan tagok czimére, kik a mondott napig az 1899-dik évvel hátralékban lesznek.

Budapest, 1899. évi deczember 20-dikán.

Koller Gyula dr.
a m. orv. könyvk. társulat első titkára.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1899. deczember 22.

⊱ **Körrendelet a pestis-mérgekre vonatkozó laboratoriumi vizsgálatok tárgyában.** A belügyminister f. hó 14-dikéről 130,726/VI-a szám alatt valamennyi törvényhatósághoz a következő körrendeletet intézte:

A pestis-betegséget okozó kóranyaggal (pestis-bacillus) végzett laboratoriumi vizsgálatok, mint a tapasztalat mutatta, azon veszélylyel járhatnak, hogy a laboratoriumokban foglalatoskodó egyének a pestis kóranyagával fertőzik magukat és hogy a kisérleteknél használt állatok kellő vigyázat hiányában kiszabadulván, a pestis terjesztőivé lehetnek.

Miután tudományos szempontból is kivánatos, de a pestisgyanus kóresetek kórisméjének bakteriologiai úton való megállapitása szükségéből kifolyólag gyakorlati szempontból is fontos, módot nyújtani arra, hogy a bakteriologiai vizsgálatokkal foglalkozó tudományos és gyakorlati czélokat szolgáló intézetek, az ismert nem kicsinyelhető veszélyek daczára is, a pestis-kóranyag vizsgálatával foglalkozhassanak, indokoltnak találtam, hogy ezen ügy a gyakorlati és tudományos érdekek, valamint a közbiztonsági és közegészségi érdekek megvédésével hatóságilag közelebbről szabályoztassék. E czélból az országos közegészségi tanács véleménye alapján, a m. kir. vallás- és közoktatásügyi és a m. kir. földmivelésügyi minister urakkal egyetértőleg kiadom a mellékelt „Utasitás“-t, mely a pestisgyanus kóresetek megállapitásával és általában a pestis-mérgekre vonatkozó egyéb vizsgálatokkal foglalkozó laboratoriumok berendezését, valamint a vizsgálatokkal való elbánást illetőleg, minden részletre kiterjedő rendelkezéseket tartalmaz.

Ezen „Utasitás“-t mellékelten oly felhivással küldöm meg a törvényhatóságnak, hogy azt a törvényhatóság területén levő összes oly tudományos és gyakorlati czélokat szolgáló intézetekkel, vizsgáló állomásokkal, kórházakkal, melyek bakteriologiai vizsgálatokat végeznek, szigorú mihieztartás végett haladéktalanul egész terjedelmében közölje s gondoskodjék arról, hogy az esetleg ezután felállitandó hasontermészetű intézetek ezen rendelkezéseimről idején tudomást nyerjenek.

Az „Utasitás“ hiteles másolata a szóban forgó intézetek vezetőinek kézbesitendő, kik annak átvételét sajátkezű aláirásukkal elismerni tartoznak. Budapesten, 1899. évi deczember hó 14-dikén. A minister helyett: *Jakabffy* s. k., államtitkár.

Ugyane körrendelethez a következő utasitást csatolta a pestisgyanus kóresetek megállapitásával és általában a pestis-mérgekre vonatkozó egyéb vizsgálatokkal foglalkozó laboratoriumok berendezését és vezetését illetőleg.

I. *A laboratoriumok fekvése és berendezése.* 1. A pestis vizsgyálatok számára, nevezetesen a pestis-bacillus tenyésztésére és a megfelelő állatkisérletekre egészen elkülönitett dolgozó helyiségek szükségesek, melyek elzárható külön bejárattal birjanak.

A zár ne ú. n. fökulcs által nyitható, hanem a saját kulcsa által zárható, ú. n. angol zár legyen.

Külső kényszerítő körülmények között egyetlen helyiség is elég, czélszerű azonban és ajánlatos legalább két helyiség berendezése, esetleg desinfectiora, ruha elhelyezésre és fürdésre szolgáló harmadik helyiséggel. Kivánatos továbbá, hogy a dolgozó helyiségek mellett előszoba legyen, hol a ruházat kieserélhető s a szükséges tisztogatás is végezhető. A két dolgozó helyiség egyike állatok elhelyezésére, bonczolásra és megsemmisitésre, másika a bacillus tenyésztésére, átoltására, górcsöi vizsgálatokra stb. szolgáljon. A két munkahely elzárható ajtóval egymásba nyiljon.

2. A dolgozó helyek feltétlenül jól szellőzhetők és világosak legyenek; padozatuk és falaik mindenütt, nevezetesen a helyiség szögleteiben is, simák s úgy a padozattal való egybeszögelésük helyén, mint valamennyi sarokban legömbölyitettek, vizhatlanok, könnyen tisztithatók és desinficiálhatók legyenek. Nem szabad a padozaton semminemű apró résnek vagy nyilásnak lennie, nehogy azokon kisebb állatok (legkevésbbé patkányok és egerek) ki-bebujhassanak.

A dolgozó helyiségek minden szellőző nyilása sürű dróthálóval vonandó be; az ablakoknak csupán felső részlete legyen nyitható. Kinyitáskor a nyilásokba finomközű sodronyhálók helyezendők.

A helyiségekben csak a legszükségesebb s oly butorok legyenek elhelyezve, a melyek mögött és alatt állatok nem fészkelhetik be magukat.

3. A dolgozó helyiségek kizárólag a fenforgó czél szolgálatára mindazon berendezésekkel és műszerekkel legyenek felszerelve, melyek mikroorganismusok tenyésztésére és állatkisérletek végzésére szükségesek; ilyenek:

a) Biztos lakattal elzárható tartály élő kulturák és gyanus anyagok elhelyezésére; elzárható thermostat vagy elzárható thermostat fülke.

b) Berendezések a kisérleti állatok biztos elhelyezésére; e czélra legalkalmasabbak gőzbográcsban sterilizálható, magas üveghengerek, megterhelhető vagy a hengerhez erősitett sodronyfedővel, esetleg dupla fedővel, mely között vékony vattaréteg helyezhető el.

Berendezések és eszközök az állatok bonczolására és a bonczolt tetemek vagy egyéb fertőzött tárgyak megsemmisitésére (kemencze vagy savalló nagy edények a tetemek felolvasztására concentrált kénsavban).

Berendezések és eszközök a kisérleti állatok hulladékának, nemkülönben tápszerek és alommaradékok gyüjtésére és desinficiálására.

c) Berendezések a kezek, nemkülönben a munkánál használt tárgyak tisztogatására és desinficiálására.

E tekintetben különösen hangsúlyozandó, hogy semminemű anyagot, melyet a tisztogatásnál használtunk, ne engedjünk fertőtlenités nélkül eltávolitani. Ilyenek a törlő kendők, a seprők, maga a kézmosáshoz használt viz és más folyadékok. Ezek közül az olcsóbb tárgyak, mint törlő kendők és seprők, egyszerűen elégethetők, a viz és más folyadékok pedig főzéssel vagy antisepticumok hozzáadásával fertőtlenitendők.

4. Kerülendő a dolgozó helyiségekben minden olyan tárgy vagy felszerelés alkalmazása, mely, mint például ablakfüggönyök stb., a vizsgálatok végzésénél mellőzhető.

II. A laboratoriumok vezetése és üzeme. 1. A pestis bacteriologiai tanulmányozása, valamint a pestismérreggel való kisérletezés magánegyéneknek nincs megengedve. Ha állami tan- és tudományos intézetek rendeznek be ily czélú laboratoriumot vagy vizsgáló állomást, ezt felettes hatóságuk útján a m. kir. belügyministeriumnak előzetesen bejelenteni kötelesek. A laboratorium vezetője annak állandóan szabályszerű karban tartásáért, valamint az összes üzemért személyesen felelős.

Kényszerítő körülmények hatása alatt egyes műveletekre magát oly szakemberekkel helyettesitheti, vagy olyanokat vehet segitségül, a kiknek úgy szakbeli képzettségükhöz, mint megbizhatóságukhoz kétely nem fér. A helyettes, illetőleg a segédek eljárásukért felelősek. E felelősség azonban az intézet vezetőjét is terheli.

Laboratorium szolgákul csak józan megbizható egyének alkalmazhatók, kiket irott utasitással külön ki kell tanitani. Az utasitás átvételét aláirásukkal kell igazolniok.

Tisztogatást és egyéb munkálatokat csak a vezető és helyettesének jelenlétében és személyes felügyelete alatt végezhetnek.

2. A laboratorium vezetőnek kötelessége a dolgozó helyiségeket és a kulturák stb. elhelyezésére szolgáló tartályokat vagy thermostatot biztos zár alatt tartani és esetleges helyettesén kivül mindenkinek hozzáférhetetlenné tenni.

Ha kényszerítő körülmények hatása alatt idegen egyén a dolgozó helyiségbe be lett bocsátva, úgy a vezető, esetleg annak megbizott helyettese személyesen felel az iránt, hogy a vendéget fertőzés ne érje.

A dolgozó helyiségekben való tartózkodás alatt külön czipőt (az előszobában cserélhető) és *védő felső ruhát kell hordani* A ruha a helyiségek elhagyása előtt leteendő és mosásba való adás előtt magukban a dolgozó helyiségekben fertőtlenitendő (legbiztosabban gőzbográcsban vagy autoclavban való főzés által). A mosások alkalmával használt szenyvíz főzés útján tétessék ártalmatlanná.

A helyiségekben csak zárt ajtók és zárt vagy sűrű dróthálós betétek által védelmezett nyitott ablakok mellett szabad dolgozni.

4. Kisérleti állatokkal való dolgozásnál teljesen kizárva legyen annak még lehetősége is, hogy az állat megszökjék, de elejét kell venni a virulens fertőző anyag szétszórásának is. Czélszerű a kisérleti állatoknak bőrparasitaiktól való előzetes megtisztitása is (féregpor stb.). Ajánlatos továbbá minden állat-hullát, a mint a tartályból kiemeljük, azonnal absolut alkoholba mártani, vagy az illető edényt még az állat kiemelése előtt a vattán át absolut alkohollal megtölteni.

Az állatok eltávolitása után a tartályok alkalmas módon fertőtlenitendők és pedig tartalmukkal (takarmánymaradék) együtt.

A dolgozó helyiségekben elhelyezett kisérleti állatok ugyanazon helyiségekben semmisitendők meg. Hulláikat legczélszerübb ugyanott elégetni vagy tömény kénsavban felolvasztani.

5. A helyiségek elhagyása előtt a vezetőnek vagy megbizott helyettesének meg kell bizonyosodni arról, hogy a kisérleti állatok és a culturák biztosan vannak elhelyezve, és hogy fertőző anyag szétszórva nincsen.

— **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1899. deczember hó 3-dikától 1899. deczember hó 9-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élveszületett 468 gyermek, elhalt 219 személy, a születések tehát 249 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2712 beteg, szaporodás 830, csökkenés 786 maradt e héten végén ápolás alatt 2756. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 4, roncsoló toroklob 3, hökhurut 1, kanyaró 4, vörheny 10, himlő —, typhus abdominalis 0, gyermekágyi láz 0, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 7, agykérlob 10, agyvérömleny 9, rángások 2, szervi szívbaj 15, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 25, tüdőgümő és sorvadás 23, bélhurut és béllob 4, carcinomata et neoplasmata alia 8, méhrák 4, Bright-kór és veselob 12, angolkór 1, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 10, aszkór, aszály és sorvadás 2, aggkór 7, erőszakos haláleset 10. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1899. deczember 10-dikétól deczember 16-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 8 (meghalt —), himlőben —, (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 61 (meghalt —), vörhenyben 52 (meghalt 8), kanyaróban 184 (meghalt 5), roncsoló toroklobban és torokgyikban 24 (meghalt 9) trachomában 5, vérhasban 1 (meghalt —), hökhurutban 9 (meghalt —), orbánczban 15 (meghalt —), gyermekágyi lázban — (meghalt —).

± **Az orvosprofessorok magánpraxisa ellen** mozgalmat kiván megindítani 27 kartársunk a budapesti orvosok szövetsége útján. Mint a lapokból olvassuk, külön rendkivüli közgyülést kivánnak összehivatni az elnök által a következő inditvány tárgyalására: Mondja ki az orvosszövetség, hogy úgy az egyetemi tanitás, mint az orvosi tudomány alaposabb művelése, valamint a gyakorló orvosok érdekében szükségesnek tartja, hogy fizetéses állásban levő egyetemi tanárok *kizárólag csakis a beteget kezelő kartárssal együttes consultáló* praxist üzhessenek. Ezen elv kötelező keresztülvitele végett pedig egy erre a közgyülés által kiküldött bizottság a nagyméltóságú magyar királyi vallás- és közoktatásügyi minister úrnál alkalmas úton és módon tegyen lépéseket.

A 27 kartárs ez inditványához a lapok szerint következő indokoló levél van mellékelve:

Nagyságos Elnök Úr!

Mi huszonheten a mellékelt íven alulirottak a mellékelt indítványt nyújtjuk be a szövetséghez a végből, hogy az teljesen kinyomatva a meghivón, *külön, rendkivüli közgyülésen tárgyaltassék.*

Indítványunk nem új és keresztülvitele nem lehetetlen. A jogi fakultáson már rég idő óta tilos az egyetemi tanároknak az ügyvédi praxis.

Ez volna a mi célunk is az orvosprofessoroknál.

Ezen indítványunk elfogadása nagyot lendítene az orvosképzésünkön, melynek tökéletesítése annál nagyobb fontosságú, mennél inkább fogy az orvosnövendékek száma egyetemünkön.

Az orvosprofessorok általános és háziorvosi praxisa pedig mélyen sérti a gyakorló orvosok anyagi érdekét.

Ha ezt a szövetség — czéljához képest — javítani tudja, úgy a gyakorló orvosok silány helyzete ezt kötelességévé teszi a szövetségnek. Ismerjük ugyan azon érdekellentéteket, a melyeket indítványunk foganatosítása érint, azonban az egyesek, a kevesek nagy kalácsát kisebbé tenni még mindig érdemes akkor, ha azzal sokaknak jogos kenyeret tudunk nyujtani.

Igaz ügy, jogos ügy Nagyságodat mindig lelkesíté, ha abból a közügynek hasznát látta.

Biztosra veszszük, hogy e küzdelmünk is Nagyságodban hű és őszinte pártfogóra számithat.

Nagyságodnak kiváló tisztelői

Budapesten, 1899. decemberben 15-dikén.

Huszonhét aláirás.

Nem gondoljuk, hogy ez az indítvány megtétele valami szerencsés gondolata lenne a budapesti orvosi szövetség ama 27 tagjának, kik a „kevesek nagy kalácsát akarják kisebbé tenni, hogy azzal — mint mondják — a sokaknak jogos kenyeret nyújtsanak". Nem pedig azért, mert ez utóbbi czélt nyilván el nem érnék, ha a kivihetetlen indítványt el is fogadná az orvosszövetség, mert továbbá ok nélkül teszik koczkára e socialistikus izű indítványnyal a budapesti gyakorló orvosoknak eddigelé a kenyéririgykedés vádjától ment reputatioját. Kivihetetlen-e tényleg ez az indítvány? Kivihetetlen! Megszorítható-e az egyetemi orvosprofessor praxisa egészen odáig, hogy csupán consiliumokat tarthasson? Nem! Ezt mutatja a tapasztalat. A hol orvosprofessorok vannak, mindenütt a világon az ő orvosi segélyöket veszi leginkább igénybe a nagy közönség, szegény és gazdag egyaránt, mert joggal róluk teheti fel leginkább azt, hogy náluk kapja meg a baja ellen a legjobb segítséget. Valamint semmiféle emberi törvény el nem tilthatja azt a jogát az egyesnek, akár szegény, akár gazdag, hogy a hite szerint legjobb segítséget bajában ott keresse, a hol akarja, viszont a humanismus legelemibb törvénye követeli az orvosprofessortól, még ha tanitói működéséért fizetést is kap, hogy a keresett segítséget a lehetőség határai között a keresőtől meg ne tagadja, még akkor is, ha az által indirecte valamely orvostársának, a ki e segítséget talán épen úgy megadhatná mint ő, anyagi kárt okozna. Sohasem kell eltéveszteni szem elől, hogy nem a beteg van az orvosért, han az orvos a betegért.

De vajjon, ha ez az indítvány kivihető lenne? és valamely ürügy alatt tényleg csak a consiliumra szorittatnék a fizetéses orvosprofessor praxisa? Vajjon elérnék-e indítványozók azt a czéljukat, hogy az igy megkisebbitett kalácscsal csakugyan jogos kenyeret nyújthatnának másoknak?

Bizonyára nem! Azok a betegek, a kiket gyógyítás végett az orvosprofessornak el nem volna szabad fogadnia, nem a kenyérben szűkölködő orvosokat keresnék fel, hanem más nem professor orvosokat, a kik szorgalmuk, kitartásuk, ügyességük és tudásuk által szintén hirre tettek szert, a kiknek nagy kalácsát azután, mert azok talán közkórházi orvosi fizetést vagy egyéb javadalmat máshonnan is húznak, szintén újabb korlátozó indítványokkal kellene kisebbíteni, mig utoljára ki nem mondatnék az, hogy minden okleveles orvosnak csak határozott számú és honoráló képességökre egyenletesen elosztott betegeket szabad kezelni.

Ennek az indítványnak megtétele bizonyára felesleges volt már csak azért is, mert tudomásunk szerint orvosprofessoraink — kik tanitói működésükért egyetemi fizetést húznak — magángyakorlatukat annyira soha sem hajtották és hajtják túl, hogy azzal a gyakorló orvosok anyagi érdekét sértenék. Bizonyítja ezt az a körülmény, hogy a fővárosban gyakorlatot üző kartársak közül — még pedig a fiatalabbak közül is — akárhány van olyan, a ki praxisának elfoglaltságára és talán jövedelmezőségére is vetekedik az orvosprofessorokkal.

Hogy Budapesten van sok szegény orvos is, az kétségtelen. De belátható, hogy ez nem is lehet másképp akkor, ha az összes négyezer és pár száz magyarországi orvosdoktorból ezernél több a fővárosban akarja megkeresni kenyerét, mig egyes vidékeken nagy területeken nem kapható orvos, még pedig gyakran elég nagy fix fizetésre sem; mint erről bárki meggyőződhetik, a ki egész év folyamán a pályázatokat áttekinti. Orvosi rendünknek kétségen kivül sok mindenféle bajai vannak, a melyek ellen vállvetve kell küzdenünk; e vállvetett működés sikere érdekében azonban óvakodnunk kell attól, hogy egymás szájából lessük ki a kalácsot és kenyeret!

Az indítvány azon intentiójára, hogy az az orvosprofessorok praxisának megszorítása által akarja javítani a hazai orvosi képzést, nem szükség megjegyzést tennünk. A főok mellett ez minden bizonynyal csak takaróul szerepel.

Nem kételkedünk, hogy a budapesti orvosok szövetségének igazgató tanácsa meg fogja találni a helyes elbánást az ilyen indítványokkal szemben!

○ **Személyváltozások a honvédorvosi karban.** A m. kir. honvédelmi minister folyó évi 92,318/V., illetve 95,617/V. sz. alatt kelt rendeleteivel *a honrédség kötelékéből elbocsáttatnak*: 1900. évi január hó 1-jével: a szolgálati kötelezettség teljesítése után, viselt tiszti (tisztviselői) rendfokozatuk megtartása nélkül, saját kérelmükre: *Schlesinger Antal* dr. és *Tandlich Ignácz* dr. nyitrai 14. honvédgyalog-, *Jankura János* dr. kassai 5. honvéd-huszárezredbeli tartalékos főorvosok; *Kassovitz Armin* dr. a szegedi II. és *Hönig Márton* dr. a pozsonyi IV. honvédkerületi parancsnokság nyilvántartásában álló szolgálaton kivüli viszonybeli főorvosok; továbbá: *Böhm Gusztáv* a debreczeni 3., *Ruttner István* a lugosi 8. és *Klór József* a pozsonyi 13. honvédkiegészítő parancsnokság nyilvántartásában álló tartalékos gyógyszerész-járulnokok; *Forgách János* a budapesti 1., *Heim Berthold* a lugosi 8., *Matavovszky Gusztáv* a miskolczi 10. és *Leustek Emil* a károlyvárosi 26. honvédkiegészítő-parancsnokság nyilvántartásában álló tartalékos gyógyszerész-gyakornokok; továbbá: a szolgálati kötelezettség teljesítése után, viselt tiszti (tisztviselői) rendfokozatuk megtartása nélkül, saját kérelmükre: *Szappanos Mihály* dr. szegedi 5., *Gábor Gyula* dr. miskolczi 10., *Kertész Sámuel* dr. nagykanizsai 20. honvédgyalog, és *Sarkadi Dániel* dr. debreczeni 2. honvédhuszárezredbeli tartalékos segédorvosok; továbbá *Kocsiss Béla* a nagyváradi 4. és *Trsztyánszky Kálmán* a pozsonyi 13. honvédkiegészítő parancsnokság nyilvántartásában álló tartalékos gyógyszerészjárulnokok.

— **A jövő év orvosi congressusai**: *márczius 9—12.*: Balneologiai congressus Frankfurt a. M.; *julius 23—28.*: Az orvosi ethika nemzetközi congressusa Párisban; *julius 27—29.*: Az orvosi szaksajtó nemzetközi congressusa Párisban: *augusztus 2—9.*: 13-dik nemzetközi orvosi congressus Párisban; *augusztus 2—9.*: 4-dik internationalis dermatologcongressus Párisban; *augusztus 10—17*: 10-dik internationalis hygienei és demographiai congressus Párisban; *augusztus 12—15.*: internationalis hypnotikus congressus Párisban.

⁂ **Adakozás a Semmelweis-emlékalapra** Az I. számú nőklinika gyüjtése: 30 frt. Az alap pénztárosának, Elischer Gyula dr. úrnak átszolgáltattuk.

□ **Donogány Zakariás** dr. volt belklinikai tanársegéd, ki a Benefféle stipendiummal két éven át Ausztria, Német- és Franciaország, továbbá Anglia laryngologiai intézeteit és klinikáit tanulmányozta, a fővárosban mint gyakorló orr- és gége orvos letelepedett és lakása *József-körút 37—39. sz. alatt van.*

— **Bolyó Károly** dr. a lipótmezei állami elmekórház eddigi helyettes igazgatóját Ő Felsége ezen intézet rendes igazgatójává nevezte ki.

◎ **Hőgyes tanár Pasteur-intézetében** f. év november havában 165 veszett és veszettségre gyanus állatmarta egyén (138 magyarországi, 12 horvát és szlavon, 2 boszniai 8 szerbiai, 5 galicziai) nyert antirabikus védoltást. 144 egyént kutya, 7-et macska, 3-at sertés, 6-ot borjú, 5-öt tinó mart meg. Halálozás nem fordult elő. Évi folyó száma a gyógyíttaknak: 1922; egyetemes folyó szám 12,125.

✳ **A Kézmárszky-féle szülészeti poliklinika** segélyét november hóban 128 esetben vették igénybe 63 műtéttel. Évi folyó szám 1411.

△ **Figyelmeztetés.** Egy körorvosi állást 800 frt fix fizetéssel és ezzel együtt 3—4000 frtra rúgó évi jövedelemmel egy keresztyén orvos elfoglalhat. Tudakozódni lehet Petter Károly gyógyszerésznél, Zalamegye, Letenye.

○ Azon tisztelt orvos urak, kik magukat önállósítani akarják, **Keleti J.** Budapest IV., Koronaherczeg-utcza 17. sz. alatti sebészeti műszergyártó czégnél **orvossebészeti műszerekből** teljes berendezéseket, szavatolt legjobb kivitelben és legcoulánsabb módozatok mellett, havi vagy negyedévi részletfizetésre kaphatnak. Árjegyzékek ingyen.

Dr. **Herczel** egyet. m.-tanár újonnan épült „Fasorsanatoriuma" (magángyógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek** részére) **Budapest,** VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitünő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospektus.

NÉLKÜLÖZHETLEN minden orvosra nézve AZ ORVOSI ÉVKÖNYV. ○ ○ ○ (X. évfolyama karácsonyra jelenik meg.)

Téli kúra

Szt. Lukács-fürdő

Budapest

Kénes iszapfürdők, természetes fürdőmedencze. Begöngyölések iszappal. Kőkád- és gőzfürdők. Massage. Kitünő szállodák. Meghülés kizárva. Vendéglő saját üzemben. Olcsó árak. Gondos kezelés. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.

A „Kristály" Szt. Lukács-fürdő savanyúviz, mint kellemes üdítő ital ajánlatik

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület. (XXXI. rendes ülés 1899. nov. 25.) 667 l. — Közkórházi orvostársulat. (XV. bemutató szakülés 1899. november 8-dikán.) 668. l.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XXXI. rendes ülés 1899. november 25.)

Elnök: **Réczey Imre**; jegyző: **Lévai József.**

(Vége.)

Sectio caesarea gyógyult esete.

Kubinyi Pál: A II. szülészeti és nőbeteg-klinika anyagából sect. caes. gyógyult esetét mutatja be, a mely nemcsak a medenczeszűkület, hanem az egész csontváz hypoplasiájánál fogva is érdekes, a mit mikromeliának is neveznek.

Az egyén 31 éves soroksári koldusleány, szülei rendes fejlettségűek. Ő a 10-ik gyermek. Anyja 42 éves volt, a mikor szülte. 1 éves korában tudott ugyan járni, ekkor azonban egy általa „Auszährung"-nak nevezett betegségbe esett, mely miatt 3 éves koráig pólyában hordták. Később egészséges volt s — kivéve nehéz munkát — dolgozni is birt. 14 éves kora óta rendesen menstruált.

A klinikára november 4-dikén délután 3 órakor szállították be, miután már előző este óta vajudott s reggel elfolyt a magzatvíz.

Ekkor az először szülő s a terhesség végén levő egyénnél koponyafekvést találtak IV. fokú medenczeszűkület mellett (conj. vera 5 cm.), a mely medenczébe a koponya be se tudott illeszkedni, hanem a promontorium által előre tartva, a symph.-en mintegy fennakadt és a méh alsó szakaszán jól látszottak contourjai. Méhszáj ujjnyi. A koponya a symph.-en támaszkodik, oldalt közte s a lin. term. közt fel lehet hatolni. A téraránytalanság olyan, hogy a medenczebemenet gyűrűje fölött csak a koponya egy segmentuma van, a többi már a csipőtányérokra jut. A csontos medenczét később részletesebben leirja.

Temp. rendes; élő magzat. A IV. fokú szűkület indicálja a császármetszést, még pedig absolute, minthogy a rendes úton, még a magzat feláldozásával is, csak a legnagyobb sérülések árán lehetne a szülést befejezni.

Este 7 órakor végezte *Tauffer* tanár a műtétet. A hasseben át kigördített méhet ezúttal a *Fritsch* által ajánlott harántmetszéssel nyitja meg, még pedig nem a fund. tetején, mert itt a seb tátongásától tartunk, hanem attól mintegy 3 ujjnyira a mellső falon. A sebzés egész hosszában placentát érint; ezt gyorsan leválasztják és kiemelik a magzatot, mely asphyxiás, azonban könnyen feléleszthető. Ezután kiemelik a placentát, kisajtolják a vért a méhűrből s csomós selyemvarratokkal elzárják a sebet, elkerülve az öltésekkel a nyálkahártyát. A vérzést közben dörzsöléssel csillapítják. Strangulatiot a méh alsó szakaszán nem alkalmaztak. A conceptio kizárása végett átégetik a tubákat Paquelinnel, s toilette után zárják a hasűrt.

A magzat él és feje aránytalan: nagy koponya, domború homlok, beesett orrnyereg; rövid végtagok, a 28 mellkerület mellett 36·5 fejkerület, mely azóta is 2 cm.-rel növekedett, a mi *Berend dr.* szerint — a ki észleli — valószinűvé teszi, hogy hydrocephalus van jelen.

A gyógyulás simán ment. Láz nem volt. Hasseb per primam egyesült; 18-dik napon felkelt. Az uterus kissé nehezen fejlődik vissza, még most is nagy.

A mi a harántmetszést illeti, különös előnyét nem látták. Úgy látszik, még nem áll rendelkezésre elég tapasztalás, mert a nézetek nagyon eltérők. A metszés placentát talált, a melyet pedig egyesek éppen könnyebben elkerülhetőnek vélnek, és a sebfalak is eléggé vérzettek, a mit ugyan talán a placenta tapadásának lehet betudni, mely azon a helyen vérdúsabbá tette a méhfalat. Az az előny, hogy a magzat lábához könnyebben lehet hozzáférni, sem volt szembeszökő, mert a placenta leválasztása után be kellett nyúlni a magzat után, holott *Fritschnek* éppen ez tünt fel legelőször előnynek, hogy a megnyitás után a magzat lába megjelent a sebben. Kérdés, vajjon haránt-, vagy farfekvés esetén nem okoz-e éppen nehézséget, hogy fölülről kell benyúlni, kivált contractiós gyűrű esetleges jelenlétében. Gazdagabb tapasztalat szükséges, hogy ehhez a kérdéshez hozzászólhassunk.

Lássuk most közelebbről az egyént! A csontrendszert kivéve nem találtak eltérést a szervezetben. 123 cm. testmagasság; nagy aránytalanság: hosszú törzshöz rövid-vastag, gyermekded végtagok, nagy fej. Jó tápláltság, a mely azonban inkább a zsirpárnára vonatkozik. Laza, nagy redőkbe emelhető köztakaró, mely az izületek vidékén és az áthajlási helyeken lebenyszerű. A koponya brachycephalus jellegű, széles koponyaboltozat, gömbölyű homlok, beesett orrnyereg, kissé kiálló pofacsontok. Mellkas aránylag hosszú, sternum lapos, a mellkas egészben véve nem deformált. Gerinczoszlopon erős lumbal-lordosis, kiálló keresztcsont. Csöves csontok rövidek, vékonyak, bunkós epiphysisekkel, elgörbülve nincsenek. A csontos medenczét erős dőlés, benyomuló keresztcsont, tátongó csipőtányérok jellemzik. Meredeken lefutó crista, tömeges magas symphys., szűk arcus pubis, mely 2 harántujjat fogad be, meredek szárakkal. Ülőgumók közelítve. Méretek: Sp. 24, Cr. 23½, C. e. 15. Igen könnyen elérhető promontorium. Oldalfalak könnyen elérhetők, lin. term. végig kitapintható, spin. os. ischii előugrók. Cd. 7 és valami; ebből a nagy medenczedőlés és magas symph. miatt az átlagos 18 mm. helyett 20-at levonva, 5 és valami a vera, tehát IV. fokú szűkület. . . .

Hogy tulajdonképen milyen csontbetegséggel van dolgunk, arra nézve némileg útbaigazit az, hogy hiányzanak a rachitisre jellemző nagy elváltozások a mellkason és a végtagokon az elgörbülések. Ez tehát nem rachitis klinikai értelemben, vagyis a csontok táplálkozási zavara, hanem mikromelia, azaz a csontok növekedési zavara.

A mikromeliát rachitis foetalisnak is nevezik klinikai értelemben, azonban a szerzők általában kételkednek ennek létezésében. *Henoch* 2 esetet is látott, mindkettő csontelgörbüléssel, sőt csonteltörésekkel jött a világra.

A rachitis foetalis vagy mikromelia alatt a kórboncztanban a csontosodásra hivatott porcz hiányos proliferatioját és idő előtti csontosodását értik, a mely miatt a csontok hosszirányban való növekedése visszamarad.

Ennek veleszületett és postembryonalis formáját különböztetik meg. A veleszületettnél jellemző a végtagok abnormalis rövidsége, de jól fejlett az agy, a postembryonalis pedig *Virchow* szerint a cretinismussal szokott párosulni és endemikusan lép fel.

Ez az egyén az előbbihez tartozik. Nem cretin. Eltekintve az iskolázottság hiányától, intelligentiája nem mondható alacsonynak.

Van azonban egy körülmény és ez a medencze változása, a hol a benyomuló keresztcsont, tátongó csipőtányérok a rachitisra emlékeztetnek. Lehet, hogy az egyén a veleszületett csonthypoplasián kivül rachitisban is szenvedett, a mely a legnagyobb nyomás helyén, vagyis a medenczén nyomot hagyott s talán erre vonatkozik az anamnesis azon adata, hogy gyermekkorában általa „Auszährung"-nak nevezett betegségben szenvedett, s hosszabb ideig pólyában hordták.

Mindenek szerint azonban ez egy mikromelas.

Genersich Antal: Az eset nagyon érdekes, különösen, hogy a műtét olyan jó eredménynyel végeztetett. A csontrendszer megbetegedését illetőleg, az kétségkivül oda tartozik, a hova előadó sorozta, t. i. a cretinistikus rendszerhez s nem a rachitishez.

A cretinistikus megbetegedés, a hova a mikromelia is tartozik, ha a magzatban fellép, akkor azon vészes hatást gyakorolja, melynek eredménye vagy a csontok törékenysége, vagy olyan rövidülése a csontrendszernek, mely törés nélkül jön létre, a csontok nem nőnek kellő hosszúra; e két alak egy csoportba tartozik, s a koponyaelváltozások a két alaknál végeredményben ugyanazok.

Hogy a bemutatott beteg a cretinek csoportjába tartozik, bár szellemi fejlettsége elég jó, az kétségkivüli, eléggé ki van ez fejezve a bőr fejlettségén is a csontrendszerhez képest — több t. i. a bőr mint a csont.

Megemliti szóló, hogy egy hasonló egyén csontváza a kolozsvári anatomiai muzeumban is van; az illető szintén teherbe esett s terhessége exitussal végződött.

A kanyaró fertőzés korai tünete.

Loewy Leó: Daczára annak, hogy a kanyarót már az ókorban és középkorban is ismerték, van e fertőző kórnak egy korai tünete, mely nehány év előtti időig az orvosok figyelmét látszólag elkerülte, mely tünet a *Koplik* newyorki orvos által 1896. deczemberében az Archives of Pediatricsben leirt s utána *Koplik*-féle foltoknak elnevezett buccalis eruptio. Hogy ezen bővebben tárgyalandó tünet eddig az észlelők által leirva nem lett, magyarázatát talán abban találja, hogy a kanyarónál jelenlevő szájnyákhártyaküteg, mely a bőrkiütés jelentkezését nehány nappal megelőzi, szintén nem volt elég pontosan tanulmányozva. A nagy belgyógyászati s gyermekgyógyászati tankönyvek s kézikönyvek nem foglalkoznak behatóbban az enanthema s exanthema közt lévő viszonynyal. *Koplik* különösen felhivja a figyelmet azon tényre, melyet előadó is megerősit, hogy a belső küteg éppen tetőfokát éri el, midőn az exanthema a bőrön kezd mutatkozni, s midőn a bőrkiütés virágzásban van, az enanthema már visszafejlődik, úgy, hogy a nyakhártyaküteg már régen eltünt, midőn a bőrkiütés elhalványult s a pikkelyedzés megindul. A Koplik-tünet abban áll, hogy a kanyaró prodromalis szakának 1—2-dik napján, midőn bőrküteg fejlődésének még nyoma sincs s sokszor még annak gyanuja sem merült fel, a pofa belfelületének nyákhártyáján, valamint az ajkak belfelületén kis, szabálytalan alakú, halványvörös foltok centrumában tejfehér tűszúrásnyi pontocskák észlelhetők, néha csak kis számmal, kifejezett esetben pedig oly sűrűen állva, hogy egy-egy oldalon az egész buccalis nyákhártya felületét takarhatják. E pontocskák mindenkor megtartják pontszerű jellegüket s hártyává vagy plaque-ká soha sem folynak össze. A budapesti Stefánia-gyermekkórházban 1898. nov. 1-től 1899. november elejéig végzett kutatások megerősitették *Slawyk, Knöspel, Wolter Lester Carr, Henry Fruitnigat, Guttmann és Havas* vizsgálati eredményeit s mutatták, hogy a kanyaró ezen korai tünete diagnostikus szempontból absolut becsesel bir. 179 ambulans kanyaró beteg közül csak 15 nem mutatta a Koplik-foltok jelenlétét, mig 75 a kanyaró-osztályra felvett gyermek közül 9-nél nem fordultak elő. Az esetekben, melyeknél Koplik-foltok nem találtattak, részint már a bőrkiütés is elhalványult, a midőn már ily foltok nem is várhatók, részben pedig oly elörehaladottak voltak, hogy a bőrkiütés a végtagokon vagy törzsön még virágzott ugyan, de az arczról már eltünt, ily esetekben sem volt a kanyaró ezen korai tünete állandóan jelen. Hogy a Koplik-foltok három, a prodromalis szakban levő betegnél nem

észleltettek, előadó szerint magyarázatát abban találhatja, hogy nem kitünő világítás mellett gyér pontocskák a figyelmet elkerülhették, vagy esetleg a diagnosisban is tévedés forroghatott fenn. A Koplik-foltok alapján 41 esetben állíttatott fel a kanyaró kórisméje, e felvett betegeknél a kütegnek 1—5 nap mulva történt kifejlődése igazolta a kórisme helyességét. Más kórfolyamatoknál Koplik-foltok sohasem találtattak. *Jürgensen* kanyaró czikkében citálja *Flindt* dán orvosnak jelentését a dán „Sundheds collegium"-hoz, melyben hasonló fehér pontszerű képletekről tesz említést, úgy szintén *Filatow* orosz gyermekgyógyászati tankönyvében már 1895-ben ir le hasonló nyákhártya eruptiot, de utóbbi tünetről az 1897-diki német fordítás még nem emlékezik meg. Előadó a pofa nyákhártyáján a praemolaris s molaris fogakkal szemközt található tejfehér pontszerű pettyeket, melyeket soortól és tejalvadéktól könnyű megkülönböztetni, a kanyaró állandó s megbizható korai tünetének tartja, mely úgy diagnostikus, mint differential diagnostikus szempontból a kanyarónak vörhenytől, himlőtől, influenzától, typhus exanthematicustól, septikus s gyógyszeres, valamint morbilliszerű serum-exanthemától s erythemás kütegektől megkülönböztetésére igen jó szolgálatokat tehet. Végül reámutat e tünet prophylactikus jelentőségére s azon reményének ad kifejezést, hogy a kanyarós betegeknek az e tünet alapján eszközölt korai elkülönítése által a kanyaró ragályozásának tovaterjedését meg lehet akadályozni.

Genersich Antal: Tartozik volt professora, Wagner emlékének annak kijelentésével, hogy már Wagner tanitotta és Erdélyben a collegák is ismerték régen ezen kiütéseket, melyeket Koplikról neveztek el, s melyeket új tünetnek hirdetnek; e tünet tehát nem új, hanem azért oktanilag, szövettanilag és gyakoriságát illetőleg még mindig érdekes marad.

Gerlóczy Zsigmond: Kórházi osztályán egyik skarlatos-pavillonjában szeptember 6-dikán kanyarómegbetegedési esetek fordultak elő nagyobb számban, s igy alkalma volt a kanyarófertőzés korai jeleit több esetben figyelemmel kisérni. A fertőzés az egészen megtelt skarlatos-pavillonban úgy történt, hogy egy septikus skarlatinában szenvedő gyermek kivülről szerzett morbilli-fertőzéssel került az osztályra, a hol azután számos más gyermeket fertőzött. E súlyos betegnél a morbilli prodromalis jelei teljesen hiányzottak, mert a gyermek egészen apathikus volt a skarlat-infectio következtében, s a nyálkahártyákon a kiterjedt skarlatos toroknecrosis miatt a morbillire jellegzetes enanthemákat, Koplik-foltokat, nem észlelhették; a testén is a morbilli exanthema csak durványos maradt, s inkább a sepsis egy részjelenségének tarthatták a morbilliszerű foltokat, melyek főképen a farpofákon és a végtagokon jelentkeztek. A gyermeknél a morbilli ki sem fejlődhetett, mert sepsis tünetei között pár nap mulva meghalt. Csak utólagosan jöttek reá, hogy az a ki nem fejlődött morbilliszerű foltos kiütés a septikus skarlatinában szenvedő gyermeknél csakugyan morbilli volt. Sajnos, hogy egy másik skarlatos-pavillon is ugyanekkor fertőződött morbillivel, és pedig úgy, hogy az előbbi pavillon telve lévén, egy családot áttettek a másikba, olyankor, mikor még egyáltalában nem tudták, hogy a pavillon kanyaróval fertőződött, s a szerencsétlen véletlen úgy hozta magával, hogy azon család két gyermeke is már fertőzve volt morbillivel.

Az első fertőzött pavillonban a 81 beteg közül 18 kapta meg a kanyarót (= 22·2%), és pedig az első betegtől 10 (= 12·3%). A másik pavillonban csak 5-en kapták meg a kanyarót. Ilyen módon 23 esetben volt alkalmuk a morbilli fejlődését figyelemmel kisérni. Valamennyinél volt Koplik-tünet. 23 betegük közül 11-nél vették észre a Koplik-tünetet már akkor, a mikor a kanyarónak más tünete még nem volt meg, s alkalmazták az elkülönítést már a Koplik-tünet megjelenésekor. Eseteik közül 10-ben a Koplik-tünet megjelenése csak egy nappal előzte meg a bőrkiütést. Szóló véleménye szerint is a Koplik-tünet a kanyaró diagnosisában igen értékes jel, s ha *Wagner* már régebben tanitotta is e tünetre (talán csak a nyálkahártya enanthemájára általában?) hallgatóit, úgy mégis nem lehet Kopliktól elvitatni azt az érdemet, hogy pontos észleleteit leirva, felhivta figyelmünket e tünetre. Jó szolgálatot tesz a rubeola és kanyaró közti differentialis diagnosisnál, sőt éppen a legutóbbi napokban nagy hasznát vették e tünet értékesitésének egy betegnél, kit a szent László-kórházba croup laryngis kórismével küldtek be, s kit a felvételes orvos tisztán a Koplik-foltok alapján egyenesen a kanyarósak közé vett fel s másnapra tényleg kiütött a gyermeken a kanyaró. Mennyi fertőzést okozott volna telt diphtheriás kórteremben e gyermek, ha a felvételes orvos fel nem ismerte volna a Koplik-tünetet! Más kérdés az, hogy milyen mértékben lesz értékes a Koplik-tünet a prophylaxis szempontjából? Kétségtelen, hogy minél korábban ismerünk fel valamely fertőző betegséget, s minél korábban isoláljuk a beteget, annál nagyobb sikerét várhatjuk óvintézkedéseinknek. Azt hiszi azonban, hogy kanyarónál, ha az elkülönitést mindjárt a Koplik-tünet megjelenésekor alkalmazzuk is, feltétlenül biztosan nem védjük meg a gyermekeket a fertőzéstől, vagyis, hogy a kanyarós beteg a prodromalis stadiumban már a Koplik-foltok megjelenése előtt is fertőz.

Ilyen észlelései vannak magángyakorlatából és egy ilyen észlelése van a kórházból is. Egy fiúcska ugyanis a kanyaróval fertőzött skarlatos kórteremben varicellát kapván, egy másik pavillon egészen külön szobájában isoláltatott; reá pár nap mulva még egy gyermek ugyanonnan szintén varicella miatt hozzája került. Az első gyermek szájában október 9-dikén Koplik-foltokat vettek észre. Azonnal elkülönitették és mégis október 20-dikán a másik gyermeken is kitört a kanyaró. Ennek a fertőzésnek ideje tehát október 6-dika körül esik, a mikor még a másikon Koplik-tünet nem volt.

Gerlóczy főorvos egy említett esetéről azt hiszi, hogy a Koplik-tünet nem vétetett észre jelentkezése első napján, a mit az incubatio rövid volta (a fertőzéstől a bőrkiütés jelentkezéseig 14 nap helyett csak 11 nap mult el) igazolt. Újból hangsúlyozza, hogy mindaddig, míg a kanyaró fertőzést a specifikus kórokozó meglelése által felismerni nem fog sikerülni, legkorábban s legbiztosabban e tünet segélyével diagnostizálhatjuk.

Gerlóczy Zsigmond: Az előadó félreértette szóló szavait. Az esetet épen annak illustrálására hozta fel, hogy úgy látszik, miszerint már a Koplik-tünet megjelenésekor alkalmazott azonnali elkülönités sem véd feltétlenül a fertőzés tovahurczolása ellen, hogy a kanyarós beteg még előbb fertőz.

Az esetet máskép nem is lehet magyarázni, mert a gyermek abban az időben fertőztetett a másiktól, a mikor az utóbbin Koplik-tünet észlelhető még nem volt.

Közkórházi orvostársulat.

(XV. bemutató szakülés 1899. november 8.)

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

(Vége.)

Diverticulum cordis e tuberculo solitario ortum.

Minich Károly: A 26 éves férfihulla bonczolatánál a tüdőtuberculosis megszokott jelenségein: a bélhuzam hevenyebb természetű gümős fekélyein kivül a szíven sajátlagos változások voltak jelen. A szivburokban, a melynek két lemeze a szivcsúcs táján szálagosan egyesitve volt, kevés tiszta savó; a szív hosszúkás tojásdad idomú, a rendesnél kisebb, 10 cm. hosszú, 8×7 cm. harántátmérőjű, mindkét felében mérsékelten összehúzódott, kissé vastagodott és azért fehéresen zavaros epicardiummal bevont, a melynek edényei kanyarodott lefutásúak; a szivcsúcson, a melyet kizárólag a bal gyomrocs alkot, egy 2 cm. átmérőjü, 13 mm.-nyire előemelkedő kerekded csomó van, a mely infehér savós borítékkal bir és egyes szalagok segélyével a szivburok fali lemezével van egyesitve; a szivizomzat barna-vörös, középtömött, a szív üreiben laza vér- és rostonya-alvadék; a szivcsúcson talált csomó a bal gyomrocs ürének egy 13 mm. szélességü, 10 mm. magas gömbalakú kitüremkedése által jött létre, a mely a gyomrocsesal egy irónvastag, rövid csatorna útján függ össze és belfelületén, a mely különösen a csatorna területében fekszik szabadon, kissé megvastagodott belhártyával béleltetik ki; maga az üreg vörhenyes-szürke véralvadékkal van kitöltve; falát pedig a vastagodott savós hártya alatt egy sárgás-fehéren sajtos réteg alkotja, a mely a kitüremkedés mellső falán 1 mm.-nyi s innen kezdve fokozatosan vastagodik, a kitüremkedés tetején már 6 mm.-nyi, a hátsó részen ismét fokozatosan vékonyodik és belülről a szivbelhártya kitüremkedett lemezével borittatik be; a környezethez való viszonya ezen kitüremkedésnek olyan, hogy a szivcsúcs helyén a csatorna területében az izomzat teljesen hiányzik és a metszéslapon az izomzat a kitüremkedett belhártya alatt éles határral végződik, e kitüremkedés alapján pedig a szivburok zsigeri lemeze a szív faláról homorúan hajlik át és az igy képződött szögben igen kevés kötőszövetre akadunk; a szív koszorúütőerei szabadok, a szivcsúcshoz haladókban sem találni rögösödést vagy más elváltozást.

A szivcsúcsi kitüremkedés falának górcsői vizsgálata szerint úgy a szivburki lemez, mint a szivbelhártya gömbsejtesen infiltrált, lobos; s míg a szivburok felületes rétegeiben a lobosodás csak egyes gömbsejtek elszórt elhelyeződésében nyilvánul és a szivburki álhártyák közötti területen a savós hártya epithelialis borítékja teljesen érintetlen, addig a mélyebb rétegek felé az infiltratio fokozatosan növekedik és legkifejezettebb a sajtos rétegnek közvetlen közelében; a fal legnagyobb részét elfoglaló sajtos részlet szövettanilag egyneműen finoman szemcsés tömegnek bizonyul, a mely eosinnal megfestődik ugyan, de magfestést nem fogad el és a környezet felé élesen határolva nincsen; a belhártya rostosan vastagodott szövete ugyancsak lobos és az üreget kitöltő réteges alvadékkal van összekapaszkodva, a mennyiben egyes véredény nyujtványok az alvadék felületes részeibe már behatolnak és ugyanitt csekély infiltratio is mutatkozik, míg az alvadék legnagyobb része bár kifejezetten réteges jellegű, alakelemeket nem tartalmaz; a kitüremkedés kapujánál a szivbelhártya alatti kötőszövet, a mely a szivfali izomzatot az üreg felé határolja, a lobos beszűrődésen kivül egyes sávos necrotikus szigeteket és ezek körül számos óriás sejteket tartalmaz. A véredények sehol elváltozást nem mutatnak, sem rögösödés, sem ütérfalvastagodás bennük nincsen. A metszeteknek tuberculosis-bacillusra szokásos festésénél az összes metszetekben, és pedig a necrotikus falrészlet közelében majdnem minden látótérben egy, sőt több jellegzetes tubercolosis-bacillus.

Mindezekhez képest olyan diverticulumnak tekintendő a talált szivbeli elváltozás, a mely a szivizomzat gümőkóros megbetegedése révén fejlődött ki akként, hogy a megbetegedés helyén az izomzat elpusztult, és bár úgy a belhártya, mint a szivburok ezen helyen megvastagodott, mégis a folytonos nyomás alatt lassankint kitágult és a jelzett aneurysmának képzéséhez vezetett. Pericardialis eredetűnek ezen szivgümő nem vehető, mert egyfelől a szövettani vizsgálat szerint is a pericardiumon a gümős megbetegedés nincsen jelen, még a diverticulum területén is sértetlen epithel (endothel) födi a szivburkot, de másfelől az izomzatnak teljes hiánya, a gümös megbetegedés localisatioja a mélyebb rétegekben határozottan arra utalnak, hogy a gümő eredeti székhelye a szivizomzat volt.

A szivizomzatban ily fajta gümő már ismételten észleltetett és 1896-ban *Genersich* tanár is egy 19 éves fiatal embernél talált oly szivgümő-esetét mutatta be, a hol a jobb pitvarban levő féldiónyi gócz a halálos tuberculosis miliaris kiindulási pontját képezte. Mégis kiváló

érdekességet kölcsönöz a bemutatott szívgümő-esetnek azon körülmény, hogy székhelyén egy ú. n. aneurysma fejlődött ki. Az irodalomban ily fajta eredésü aneurysma esetéről említés téve nincsen, és minden tankönyv is csak a heges myocarditis kapcsán kifejlődő aneurysmákat ismerteti. A bemutatott aneurysma ugyan klinikailag semmiféle jelenséget nem okozott, de tekintettel az aneurysmafal egyik részletének rendkivüli vékonyságára (1 mm.) képzelhető volna, hogy a folytonos növekedés közben ily fajta aneurysma is alkalmat adhatna szakadása útján egy halálos haemopericardium kifejlődésére.

Echinococcus cordis kórbonctani készitménye.

Minich Károly: A 20 éves leány-hulla bonczolatánál, a melyet a törvényszéki orvostani intézetben rendőri felszólításra végeztek, a szivben a következő elváltozások voltak jelen: A szivburok erősen tágult, egyes szalagos hártyákkal összenőtt, ürében tiszta savó. A szív harántirányban erősen megnagyobbodott: 13 cm. széles, 11 cm. hosszú, vaskos; a szivcsúcs kettős és pedig a jobb gyomrocs által alkotott csúcs kicsiny, alig 1 cm.-nyi, a bal csúcs pedig tompa, 6 cm. átmérőjü félgömbnek felel meg, a mely 7×7 cm.-nyi területen, vékonyfalú tömlőhöz hasonlóan áttetsző, hullámzó. Ezen áttetsző részlet legnagyobb területe a szív hátsó felszinére jut és csak körülbelül egy harmadrésze van a mellső felületen. A környezet felé mellül éles határ nélkül lejtősen, hátul azonban egy meredek szélü barázda által válik el. A szivürökben híg vér. A jobb gyomrocs középtágnak mutatkozik, falazata a legvastagabb helyen sem haladja meg a 4 mm.-t, üre mindazonáltal a rendesnél szükebb, mert a gyomrocssövény erősen domború lemezként emelkedik elő és ez által az üreret tetemesen szükiti; a billentyük épek. A bal gyomrocs, a melynek legnagyobb haránt átmérője a szivcsúcstól 4 cm.-nyi távolban 8 cm., 12—13 mm.-nyi sötétbarna-vörös izomzatú, melynek helyén a szivcsúcs táján egy 7×4½ cm. méretü, tojásdad tömlő harántul fekszik és a tulajdonképeni szivcsúcson kivül legnagyobb részével a bal gyomrocs hátsó felében van elhelyezve akként, hogy felső mellső felületére az oldalsó szemölcsizmok alapja borul reá, fele részben a gyomrocs, fele részben pedig a szivburok üre felé domborodik elő. Elhelyeződése miatt a különben tágultnak látszó gyomrocs üre a rendesnél jóval szükebb, bár a sövény erős jobb felé domborodása az ürtér szükitését némileg csökkenti. Falát inszerüen fehér rostoshártya alkotja, a mely a gyomrocsi felületen tallérnyi területen szabadon fekszik, egyebütt pedig az erősen megvékonyodott, gerendezetes izomzat s reá kifeszített szemölcsizmokkal takartatik be. Szakadás vagy másfajta közlekedés a gyomrocs ürével ki nem mutatható. Feszesen hullámzó falának megnyitásakor viztiszta savó ömlik elő. A belfelület sima, savós hártyához hasonló, a kéthegyü billentyü és hozzátartozó inhúrok épek, csupán az oldalsó vitorlához haladók vannak kissé meglazitva az által, hogy a tömlő a szemölcs izmokat is felemeli. A függőér szájadéka szük, a kisujjat szorosan körülfogja, kerülete az art. anonyma eredése helyén 3⅓ cm.-nyi.

A többi szervekben pangási jelenségek láthatók, a melyek különösen a hasi szervekben voltak kifejezettek és kétségtelenül magyarázatát adják a bőrön és a bélhuzam nyálkahártyáján talált kisebb-nagyobb véraláfutásoknak is.

A rendőri felszólitás adatai szerint az elhalt egyén szolgálati helyén hirtelen fellépett rosszullét után rövid idővel halt el.

A szivbeli elváltozás echinococcus tömlőnek felel meg, a mely a szív ürébe tolakodott s a vérkeringést akadályozva, a bal gyomrocs befogadási képességét lényegesen alászállitotta. A bonczolatnak egyéb halálokra negativ eredménye mellett felvehető, hogy a szivbeli megbetegedés szivhüdésileg váltotta ki a halált.

Hasonló esetet mutatott be Kenyeres Balázs dr. 1896-ban az orvos-egyesületben, a melynek készitményét, valamint az I. kórbonctani intézet gyüjteménytárában őrzött szivechinococcus esetet is bemutatja. Az első esetben egy almanagyságú, a másodikban egy diónyi tömlő van jelen, mindkettő a pitvarsövény hátsó felső részén ül és mindkét gyomrocs üre felé előemelkedik.

Kystoma retroperitoneale sarcomatosum, sarcoma cordis dextri.

Minich Károly: A 63 éves nőhulla bonczolásánál a jobb csípőtányér vájulatában a csípőtaréj és a vakbél, valamint a felhágó vastagbél között egy 15×14×16 cm. méretü ovalis, tömlős daganatot talált, a mely külső mellső falán hashártyával födött, sima felületü, belső oldalán a felhágó vastagbéllel, vakbéllel függ össze és azokat a gerinczoszlop felé szoritja, míg a féregnyújtvány a tömlő alsó ovalis csúcsán a felületre kapaszkodva terül szét; a belekkel való összenövése kötőszövetes és a vakbél oldalfalának kivételével elég könnyen szétválasztható, az utóbbi helyen azonban az izomréteg egyes foszlányai a tömlőfallal szorosan egyesitve vannak, felfelé a tömlő a máj alsó felszinéig ér, a jobb vese csúcsát meghaladva a rekesz irányában nyomul előre, a medencze felé a névtelen vonalat el nem éri. Az egész tömlő feszesen hullámzó és körülbelül ¾ liternyi csokoládé barna, tejfölsürü anyagot tartalmaz, a melynek felszinén apró selyemfényü pikkelyek úszkálnak. A tömlőfal 1—2 mm. vastag porczkemény és fehér rostos szövetből áll, a mely a belfelületen infehér, fénylő alapon számos szenyes, vörhenyes-barna és sárgás-barnás elmosódott határú szigetekkel márványozott; ezen szinezett területeken a belfelület atheromatosus edényhez hasonlóan egyes felületes kimaradásokat és szenyes, vörhenyes-barna régi véralvadásokhoz hasonló lapos felrakodásokat mutat, mi által egyenetlenül hullámossá lesz. A mellső felületen a tömlő kevés laza kötőszövettel van bevonva, a mely a hashártya fali lemezével tartja fenn az összeköttetést; a háti felület felső részén a jobb vese alsó csúcsa táján a tömlő fala szorosan összenőtt két gyermekökölnyi, tömött szivós csomóval, a melyek közül a felső és külső 5×4×5 cm. méretü, az alsó 5½×5×6 cm.-nyi, mindkettő a környezet felé laza kötőszövettel határolt, egyenlően tömött, a metszéslapon legnagyobbrészt szürkés-sárga, kisebbrészt pedig egyes különálló szigetekben szürkésen áttetsző, a környi részeken egyes élénk piros sávokkal márványozott. Az alsó csomó a hashártya mögötti laza kötőszövet felé egy gyermekökölnyi nyújtványé bocsát, a mely a jobb vese belső széle és az alsó ürös vivőér közt kelődik és a vesemedencze felső széleig követhető; a felső csomó külső oldalán találjuk a jobb húgyvezért a szövet egy vájulatába ékelten és pedig akként, hogy jól megkülönböztethető fala a csomó szövetébe van ágyazva; ezen helyen a húgyvezér üre tetemesen szükült, a mi még a csatorna szögletbetörése által lényegesen fokozódik. A tömlő bal oldalán akadunk egy 4-dik csomóra, a mely 7×4½×4 cm. nagyságú Ez a vese bal oldalán fekvő csomóval áll kötőszövetes összefüggésben. peen csomó a vena cava és hasi függőér mellső fala előtt fekszik, és fadig közvetlenül a két csipőütőére oszlás fölött, a vena cava mellső klával szorosan összekapaszkodott, annak szövetét daganatosan átalakitja, úgy, hogy a belhártya babnyi területen sárgás-fehérnek látszik és egy lencse terjedelmében laposan előemelkedő oly daganattal ellátott, a mely a vivőér üre felé tekint. A mellüri szervek közül a bal tüdőben az alsó lebeny hátsó alsó részén egy gyermekökölnyi áttéti gócz; a főhörgök közti mirigyek erősen festenyes szövetében több borsónyi egész diónyi áttétel, a melyek miatt a hörgi mirigyek gyermekökölnyi megnagyobbodott csomagot alkotnak.

A szivburokban 30 gr. savó. A szív lelapitott gömbalakú, 10 cm. hosszú, 14 cm. széles, 9 cm. magas, bal fele kissé tágult ugyan, azonban mégis csak 4½ cm. széles s a szivcsúcs képzésében részt nem vesz; a jobb fél legnagyobb szélességében 9½ cm.-nyi. Máj tömött, erősen domború felületü. A szivburok zsigeri lemeze mindenütt kissé homályos, a jobb gyomrocs élén gyermektenyérnyi helyen egyenetlenül dudoros, finoman erezett álhártyákkal bevont. A bal gyomrocs falzata 1 cm. vastag barna-vörös izomzattal bir, gerendezete kissé laposra nyomott, belhártyája a billentyűkön egyes vaj-sárga megvastagodásokat mutat; a függőér belhártyája kissé egyenetlen. A jobb szív üre egy a metszéslapon 8×5½ cm. méretü egyenlően tömött csomóval van kitöltve, a mely a conus pulmonalis mellső falának kivételével a gyomrocs falával szorosan összenőtt és a jobb szív üréből csak a conus területében hagy egy csekélyke rést szabadon, és pedig egyfelől a szivcsúcs, másfelől a venosus szájadék felé haladó irányban; ezen rés a legszélesebb helyen sem éri el az 1 cm.-t és a csúcs felé, már a sövény közepe táján elvékonyodva, véget ér. A tüdő-ütér fala, a szivet kitöltő daganat régi vérröghöz hasonlóan egyenetlenül lesimitott, egészben domború fölületet mutat, a melynek közepén, a tüdő-ütér szájadéka alatt egy mogyorónyi kocsányos polypszerü növedék ül és ez a billentyűk alapját vagy ¾ cm.-rel meghaladva, a tüdő-ütér ürterébe emelkedik elő. A vivőeres szájadék felé a daganat a mellső belső vitorlát egész területében infiltrálja és azt a pitvar üre felé egyenetlenül elődomborítja, mi által a szájadék teljesen zártnak tünik fel és csak kivül oldalt találunk egy rostonyás lepedékkel sűrűn belepett rést, a melyen át egy vékony 5-ös sonda a conus mellső fala mentén előretolható, és ekkor kitünik az is, hogy a megfelelő vitorlák ezen helyen mintegy begyűrött állapotban a falhoz szoritvák. A szívfal a conusban 4 mm.-nyi, a mellső fal területében a szív éle felé haladólag fokozatosan vékonyodik, annyira, hogy a gyomrocs szélétől 2½ cm.-nyi távolban már csak 1½ mm.-nyi az izomzat vastagsága és ezen helyen a daganatnak szövete egyes öblökben az izomzatba nyomul előre. Maga a daganat egyenletesen tömött, körülbelül zsirosan beszűrődött májhoz hasonló, a metszéslapon régi tömött véralvadékhoz hasonlóan szabálytalanul réteges, illetőleg szigetes, tömöttsége daczára könnyen szétmorzsolható, legnagyobb része halvány szürkés-sárga, egyes kénsárga egynemü elhalt szigetekkel behintett. A metszéslapon ezenkivül szabálytalan csikok és elágazódó szigetek alakjában szürkés-vörös és piros góczok is vannak, a melyek egynemü metszéslappal birnak és a rendkivül vékony gyomrocsfal felé is élesen határoltak. A szív kivétele előtt a vena cava superioron a szivbe bocsátott viz lassú csurgással a conus külső felében bugyborékol elő. A szív súlya 660 gr., üreiben kevés híg vér találtatott.

A többi szervekben a mindenütt kimutatható öregkori sorvadáson kivül általános vérszegénység a legszembeötlőbb. A jobb vesének hydronephrotikusan tágult medencéje van; az ivarszervekben feltünő eltérés nincsen, mindkét kürt cystikusan tágult, a petefészkek tömöttek, sorvadtak. Szövettani vizsgálatnál a tömlőfal durván rostos kötőszövetből állónak bizonyult, a mely az egyes lapos előemelkedések területében daganatszövettel van infiltrálva és rétegesen lemezeire szétválasztva; a belfelületen egyes mélyedések területében leválásban lévő, kibélelő sejtekre akadunk és ezek elég nagy maggal birnak, szabálytalan köbalakjuk miatt hámsejteknek imponálnak. Az űr tartalmában nagyszámú cholestearintáblát és sejttörmeléket, szemcsegömböket láthatunk. A tömlővel összefüggő csomók, a mellkasi szervekben levő áttételi góczok egyazon szerkezetűek; a legnagyobb tömegében nem festődő, elhalt anyagban kicsiny területü oly góczokat találunk, a melyekben reticularis igen vékony kötőszövetes gerendezeten belül egyes s többes sorokban középnagy sokszögletü, aránylag nagymagvú sejtek láthatók. A gerendezet sok helyütt minden rend nélküli, a legtöbb szigetben azonban a benne található véredény körül részint radialisan, részint köralakban elrendezett, sőt egyes helyeken a vérerek fala is circularisan a daganat sejtjei által szétfeszitett, úgy, hogy egészben hámgyöngyhöz hasonló képet ad. A tömlőfal felé a daganat határa szövettanilag sem éles, annak szövete sok helyen nemcsak a falba hatol, hanem az űrbe is beemelkedik. A szivdaganat szövete a gyomrocsfallal oly szorosan összeforrt, hogy a daganat sejtjei, illetőleg szövete még az izomostokat is dissociálják. A sejtek a legkülönfélébb nagyságúak, egyes helyeken feltünően kicsi-

nyek, viszont másutt óriás sejtekhez hasonlón 3—4 csoportos magvat tartalmaznak. A necrotikus részekben helyenkint gömbsejtes infiltratio mutatkozik.

Sem az anatomikus, sem a szövettani vizsgálat adatot nem ad arra, hogy a talált retroperitonealis tömlő honnan indult ki és igy csak azon feltevésekkel foglalkozhatunk, a melyeket ilyfajta tömlő eredésére nézve felhasználni lehet. Közönséges nyiroktömlőnek a belfelületen talált s degenerált hámnak megfelelő kibélelés miatt a tömlő nem tekinthető és igy kystomás eredetűnek kell tartani. Ilyennek kiindulására alkalmat adhatott volna egyfelől a Wolf-féle vagy Müller-féle vezeték, az ősvese- vagy az ősvese fejlődését megelőző pleuroperitonealis hámkibélelés, más felől figyelembe veendő azon eshetőség is, a melyet *Genersich* tanár akadémiai értekezésében fejteget, hogy t. i. ily fajta tömlők az ébrényi életben a bélcsatorna egyes részeinél befűződés útján is fejlődhetnek. A tömlővel összefüggő daganatcsomók a szövettani vizsgálat alapján oly sarcomáknak tekinthetők, a melyek az edények körüli sejtekből növekedtek és azért angiosarcomás jellegűek. Egyébként úgy a makroscopikus, mint különösen a szövettani kép élénken emlékeztet a kemény agykéreg hasonló eredésű daganataira. A daganatnak összenövése a vena cava falával, annak daganatos beszűrődése és áttörése magyarázzák az áttétel módjait, a melynek útja a jobb szivgyomrocson át vezetett és ez által a leirt szivbeli daganat fejlődését hozta létre. Ezen másodlagos szivdaganat terjedelménél és localisatiojánál fogva is kiválóan tanulságos, mert a jobb gyomrocs űrét — egy csekely rés kivételével — kitöltötte, és daczára annak feltünő, zavarokat mégsem okozott. A kórtörténet adatai szerint a hasűri daganat 26 év óta fokozatosan fejlődött és csak az utóbbi időben volt növekedése valamivel rohamosabb, nehézséget azonban csak székelésnél váltott ki; tavasz óta gyomorpanaszok léptek fel, a melyek miatt folytonos émelygés bántotta a beteget. Szivre vonatkozó panaszai a betegnek sohasem voltak.

Genersich Antal: A ritka szép és érdekes esethez csak azt jegyzi meg, hogy azon lehetőségek mellett, melyeket előadó említett, azt is fel lehet venni, hogy tán chylusszerű nyiroktömlő forog fenn; azon sarcomák, melyek a dura materen lépnek fel, nagyon lassan fejlődnek, s az elsődleges sarcoma fennállhatott 20—30 évig s ezen idő alatt nyomást gyakorolt a nyirokerekre s ez eredményezhette, hogy nyiroktömlő jött létre, melynek felvételét igazolja azon sajátságos fal, mely itt található s mely emlékeztet az atheromatosus ütérfalra. A daganat benneke: a sajátszerű zsiros tömeg cholestearin anyagából magyarázható, hogy a hasűrben nemcsak tisztán nyirok, hanem chylusszerű anyag is keveredett; a csokoládébarna szín a vérzésből és a vér megváltozásából magyarázható.

PÁLYÁZATOK.

1180/99. k.-b. szám.

A kormányzatomra bizott Kolozsvármegye **mező-örményesi** járásában megürült **járási orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek s felhivom azokat, a kik ezen 500 forint évi fizetés és 100 forint úti átalánynyal javadalmazott állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előirt minősitést, a tiszti orvosi vizsga letételét és eddigi szolgálatukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérésüket hozzám **folyó évi deczember hó 27-dikéig** annyival is inkább adják be, mert a később érkezők figyelembe nem vétetnek.

Kolozsvármegye és Kolozsvár szab. kir. város főispánjától.

Kolozsvár, 1899. deczember 4-dikén.

2—2 *Gróf Béldy Ákos*, főispán.

13240/99. sz.

A lemondás folytán megüresedett **komlósi körorvosi állásra**, melyhez Komlós székhelylyel Kajáta, Nyiri, Füzér, Pusztafalu, Hollóháza, Filkeháza, Pálháza, Kovácsvágás, Kovácsvágás-Hutta, Sompataki-Kis- és Nagy-Hutta, Kis- és Nagy-Bozsva, Radvány, Nádasd, Pányok, Alsó- és Felső-Kéked községek vannak csoportosítva, pályázatot hirdetek s felhivom az ezen állásra pályázni óhajtókat, hogy az 1876:XIV. t.-cz. 143. §-ában előirt minősitésüket, magyar állampolgárságukat és eddigi alkalmaztatásukat tanusító okmányokkal felszerelt folyamodványaikat f. évi deczember hó 28-dikáig bezárólag annál is inkább nyújtsák be hivatalomhoz, mert az ezen határidő után elkésetten beérkezett pályázati folyamodványokat figyelembe venni nem fogom.

A megválasztandó körorvos javadalmazását a vármegye pénztárából negyedéves utólagos részletekben fizetendő 600 frt fizetés és 200 frt úti átalány és a szabályrendeletileg megállapított 50 kr. nappali és 1 frt éjjeli látogatási díj képezi.

A választás megejtésének határidejéül **f. é. deczember hó 30-diki napjának d. e. 9 óráját** tűzöm ki Komlós községbe a körjegyzői irodába.

Zsadány, 1899. deczember hó 7-dikén.

2—2 *Koós Béla*, főszolgabiró.

9990/1899. szám.

Nyitravármegye szakolczai járásába kebelezett és lemondás folytán megüresedett **radosóczi körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen állással 600 frt évi fizetés, 200 frt úti átalány, mely havi részletekben a vármegyei főpénztár által előre kiutalványoztatik és a szabályrendeletileg megállapított díjak szedhetési joga van egybekötve.

A körorvos működési köréhez tartoznak:

Radosócz, Vlcskován, Vidován, Lopassó, Veszka, Oreszko, Chropó, Kis-Koválló, Szent-Istvánfalu, Czoborfalu, Mokrihaj, Kis-Pritrzsd és Tövisfalu községek. A halottkémi és vágóbiztosi teendőket Radosócz és Vészka községekben látja el. Magángyógyszertár tartási joga folyamodás esetén elérhető.

Pályázni szándékozók felhivatnak, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében felszerelt folyamodványaikat **1900. évi január hó 20-dikáig** alulirottnál nyújtsák be.

A választás határnapjáról a pályázók külön értesittetnek.

Holicson, 1899. deczember 6-dikán.

3—2 *Frideczky*, főszolgabiró.

5406/1899. fü. sz.

A főfelügyeletem alatt álló **miskolczi kir. törvényszéki fogháznál** üresedésbe jutott **orvosi állásra**, a mely állással évi 600 korona tiszteletdij van összekötve, kir igazságügyi miniszter úr Ő nagyméltóságának f. évi deczember hó 7-dikén 71,619/1899. I. M. II. szám alatt kelt magas rendelete folytán pályázatot hirdetek.

Felhivom mindazokat, a kik ezt az állást elnyerni óhajtják, hogy születési anyakönyvi kivonattal, helyhatósági bizonyitvánnyal és az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában s az 1894. évi április hó 24-dikén 16,379/1894. I. M. sz. a. kibocsátott kir. igazságügyi miniszteri rendeletben előirt minősitő kellékeket igazoló okiratokkal felszerelt kérvényüket ennek a hirdetménynek a „Budapesti Közlöny“ hivatalos lapban harmadszori közzététele napjától számított **négy (4) hét alatt** hozzám nyujtsák be.

Kassa, 1899. deczember hó 15-dikén.

1—1 *Paksy*, kir. főügyész.

2855/899. igt. sz.

A **Máramaros vármegyei közkórházban** a segédorvosnak osztályorvossá történendő kineveztetése folytán, 1900. évi január hó 1-jével a **segédorvosi állás** fog megüresedni, a mely évi 360 frt fizetéssel és teljes ellátással van egybekötve.

Azon orvostudorok, kik ez állásra pályázni szándékoznak, kellően felszerelt folyamodványaikat **f. évi deczember hó 31-dikéig** bezárólag alulirott igazgatósághoz küldjék be.

M.-Sziget, 1899. deczember hó 14-dikén.

2—1 *A Máramaros vármegyei közkórház igazgatósága.*

A **pesti izr. hitközség kórházában a szemészeti osztályon** egy alorvosi állás 1900. január 15-én betöltendő. A jelzett állással 400 frt évi fizetés, természetbeni lakás, fütés, világitás és élelmezés jár. Ezen állásra nőtlen, az összes gyógytudományok tudorai pályázhatnak, születési bizonyitvánnyal és a képesitésre vonatkozó minden egyéb okmánynyal kellően felszerelt folyamodványok **1900. évi január hó 15-dikéig** a pesti izr. hitközség titkári hivatalába (Síp-utcza 12.) nyujtandók be.

Budapest, 1899. évi deczember hó.

1—1 *A pesti izr. hitközség elöljársága.*

HIRDETÉSEK.

Kedélybetegek és morphinkórosok

a legszorgosabb ápolásban részesülnek

Dr. SVETLIN MAGÁNGYÓGYINTÉZETÉBEN Bécsben

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

VEDŐJEGY.



Univ. med. Dr. PECSI DANI

nyilvános

tehénhimlő-termelő intézete

BUDAPEST, II., Margit-körút 45. sz.

tömeges oltásokhoz, jó és biztos hatékonyságú oltóanyagot a következő árakon szállit:

1 fióla 2—3 egyénre	120 fillér
10 vagy több fióla á	100 fillér
1 fióla 10—15 egyénre	3 korona
1 fióla 50 egyénre	450 fillér
1 fióla 100 egyénre	9 korona
Epidermin, egy tubus	100 fillér
Üres fióla darabonkint	2 fillér
„ fúvócső darabonkint	4 fillér
Tárgylemez darabonkint	8 fillér
Oltógerely kaucsuk-tokkal	2 korona
Portóért és csomagolásért	80 fillér

TAMAR INDIEN GRILLON

frissítő és hajtó gyümölcs-pastillák.

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

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

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

Magyarországi főraktár:

TÖRÖK JÓZSEF gyógyszertára, Budapest, király-utcza 12.

Egy doboz ára 1 forint 50 krajczár.

Negyvenharmadik évfolyam. 53. szám. *Budapest, 1899. deczember 31.*

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:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Böke Gyula: Exostosis a külső hangvezetékben. 671. l.

Moskovitz Ignácz: Gége-pachydermia. 672. l.

Politzer Alfréd: Az angolkór prophylaxisa. 673. l.

Erdős János: Hallásvizsgálat phonendoskoppal. 675. l.

Tárcza. *Sugár K. Márton*: A tisztiorvosi kiképzés és minősítés reformjához. 675. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés.* Masters of medicine. 678. — *Lapszemle. Winkler Ferdinand*: Kisérleti tanulmányok a functionalis mitral insufficientiákról. (K—i.) — *Vetlesen*: A Basedow-kór kórtanáról és therapiájáról. (—ts.) — *Müller E.*: Égetések és égetett sebek gyógykezelése ichthyollal. (—r.) — *Cohn*: A vizeletüledék fixálása és conserválása. (—ts.) — *Adamkiewitz Albert*: A carcinoma és sarcoma klinikai differential diagnosisához. (Dapsy.) — *Kotowtschicoff*: A hólyagos himlő (variola vera) genyedő stadiumának kezeléséről. 678. l.

Hetiszemle és vegyesek. Belügyministeri körrendelet a körülmetélés tárgyában valamennyi törvényhatóságnak. — A főváros egészsége. — Iskolaorvosok és egészségtanárok. — A Nyitravármegyei közkórház kimutatása. — Nékám Lajos. — Justus Jakab. — Jendrássik Ernő. — Megjelent könyvek és füzetek. — Elhunyt. — Herczel dr. — Orvosi évkönyv. — Szt. Lukács-fürdő. — Kuthy Dezső dr. — Falta dr. 678—679. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Melléklet: Ujabb gyógyszerek és gyógymódok. 2. sz.

Tudományos társulatok és egyesületek.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Exostosis a külső hangvezetékben.

Böke Gyula dr. egyetemi tanártól.[1]

Exostosisnak nevezzük azon újképletet, mely a külső hangvezeték csontfaláról, körülirt helyen, széles alappal, mint kendermag- egész borsónagyságú, rendes bőrrel fedett csontkemény dudor annak belüre felé kiemelkedik.

Az exostosis többnyire a külső hangvezeték belső felének hátsó falán található, némelykor vele szemben a mellső falon is emelkedik ki ily dudor, úgy hogy azok egymással majdnem érintkeznek.

Ezen csontkinövések észrevétlenül jönnek létre, semmiféle tüneménynyel nem járnak és megfigyelésünkre csak akkor kerülnek, ha jelenlétük által okot adnak a hallóképesség csökkenésére, így ha a rés fülzsírral elzáródik; jelenlétük feltünik akkor is, midőn a dobüregben genyező kórfolyamat jön létre és az exostosisok a genynek eltávolítását megnehezítik vagy lehetetlenné teszik.

Az exostosis, mint elszigetelt és körülirt helyről kiinduló újképlet már ez által is különbözik az úgynevezett hyperostosistól, mely elnevezés alatt a külső hangvezeték csontfalának hyperplasiáját értjük, mely lobos kórfolyamatnak következménye. A hyperostosis egyenletesen az egész csontfalon terjed, úgy hogy ez által valóságos szükület áll be a hangvezeték belürében és leginkább annak belső felében, miáltal az némely esetben egészen elzáródik vagy alig egy sondának elégséges nyilás marad fenn a dobüreghez.

Az exostosis Tröltsch szerint mindkét fülben symmetrikusan fordul elő, Toynbee majd csak egyfelől, majd mindkét fülben látta, gyakorlatomban én mindig csak az egyik fülben láttam.

A mi az exostosis aetiologiáját illeti, arról még határozott nézet nem létezik. Duplay az exostosist veleszületettnek tekinti és a külső hangvezeték rendellenes kifejlődésének tulajdonítja; nézetét azzal támogatja, hogy Welker és Seligmann ez újképletet feltünő nagy számban Amerika őslakóinak koponyáin találták. Moos, ki egy esetben mindkét fülben a Shrapnel-hártya közelében talált exostosist, ezt oly módon magyarázza, hogy az annulus tympanicusnak a sziklacsont pikkelyével való összenövése alkalmával ott létrejött volna. Toynbee csúznak vagy köszvénynek tulajdonítja, míg Triquet és Roosa a syphilisnek tulajdonítják, Gellé és Hedinger körülirt lobterménynek tekintik. Tapasztalatom szerint az exostosis a külső hangvezeték megcsontosodásának idejében, mely az életkor 10. évéig tart, jön létre és ritka esetekben, mint a bemutatandó betegnél, lobos kórfolyamatnak tulajdonítható.

Mint említém, az exostosis a beteg és orvos részéről észrevétlenül állhat fenn és így annak tulajdonképeni gyógykezelését illetőleg bizonyos elvet felállítani nem lehet. Toynbee, ki az exostosis eredetét a csúzos vagy köszvényes bántalomnak tulajdonítja, ez ellen irányítja beavatkozását; ily elvből indulnak ki azok, kik az exostosist bujakóros eredetünek tartják és jodkali adagolását ajánlják, mindezen eljárások azonban az exostosis visszafejlődését nem eredményezik; határozottan kerülendő azon beavatkozás, mely helybelileg alkalmazandó volna, így az exostosis ecsetelése jodtincturával, annak égetése lapissal vagy chromsavval, ily eljárásnál az eddig ép takaró genyező felületü lesz és maga a csontképlet semmiképen sem fejlődik vissza; ugyanezt lehet tapasztalni, ha nyomás által véljük a csontképlet kisebbedését elérni és e végett laminariát, préselt szivacsot vagy más effélét vezetünk a résbe, melyet az exostosis meghagyott, ezen eljárással csakis fájdalmat okozunk a betegnek. Vannak betegeim, kiket már hosszú éveken át van alkalmam megfigyelni, kik évenkint egyszer fordulnak hozzám, midőn hallásuk gyengülni kezd, ennek mindig az exostosis közti résnek bedugulása fülzsírral az oka, melynek eltávolítása az adott körülményeknél fogva bizonyos eljárást követel ugyan, de midőn ez megtörtént, a hallóképesség az előbbi fokra visszatér.

Az úgynevezett operativ eljárás, t. i. mütét által czélzott eltávolítása az exostosisnak csakis azon esetekben bir jogosultsággal, midőn határozottan megállapítható, hogy jelenléte a genynek kiürítését a lobos dobüregből lehetetleníti és így a genyretentio tüneményeit és súlyossá válható következményeit okozza; ha ezen indicatio nem áll fenn, akkor a beavatkozás semmiképen sem helyeselhető. Hogy az exostosis következtében nehézhallás, süketség állana be és hogy ez volna indicatioja a mütétnek, ezt tapasztalatom szerint nem állithatom, ily esetekben a vizsgálatot ki kell terjeszteni a dobüreg állapotára is, mert exostosis mellett annak bántalma igenis lehetséges és Noquet újabb időben 3 exostosis-esetet közöl, melyeknél a nehézhallást a dobüreg hurutja okozta és catheter alkalmazása által a nehézhallást meggyógyította.

Az exostosis eltávolítására különféle operativ eljárások lettek alkalmazva: Bounafout annak átreszelését ajánlja, Delstanche és mások fogorvosi fúrót használtak, minden ily eljárás azonban

[1] Betegbemutatás a közkórházi orvostársulat deczember 6-dikán tartott ülésén.

czélhoz nem vezet, a legbiztosabb és a sebészet követelményeinek legmegfelelőbb beavatkozás a vésőnek alkalmazása. Ezen mütétnél első feladatunk, szabad tért és belátást készíteni a csontképlethez, mit az által érünk el, hogy a fülkagyló mögött köralakú, vele párhuzamos, csontig érő bemetszéssel azt és vele együtt a külső hangvezeték bőrtakaróját előrehajtjuk, ily módon elénkbe helyezzük az újképletet, melynek levésését a külső hangvezeték hátsó faláról veszszük foganatba, a levésés után a fülkagyló szücsvarrattal ismét helyére vissza lesz helyezve és a külső hangvezeték steril gazezel kitamponálva. Hogy a műtét alkalmával mennyire haladjunk beavatkozásunkkal, azt a lelet mutatja; ha egészséges csontra akadunk, a csontképlet eltávolításával azt bevégzettnek tekinthetjük, máskülönben az antrum megnyitása is szükségessé válhatik, sohasem kezdjük azonban az exostosis mütétet a csecsnyújtvány felületének megnyitásával.

Hogy mily eshetőségek fordulhatnak elő mütétnél, azt esetem mutatja:

Hrabalek Antal 29 éves kömíves november 14-dikén lett a szt. Rókus-kórház fülbeteg osztályára felvéve.

A közepes termetü, rendes alkotású férfi előadja, hogy bal fülében öt év előtt nagy fájdalmai támadtak, néhány nap után füléből genyes kifolyás mutatkozott, mire fájdalmai megszüntek, hallása gyengült ugyan, de azért mindent hallott. Négy év előtt füle nyilásában kis daganat jelentkezett, mely lassanként nőt, de semmi kellemetlenséget nem okozott. Fülfolyása csekélyebb fokban mindig meg volt. Kórházban jelentkezése előtt nehány héttel a fülfolyás egészen megszünt, mire fájdalmak állottak be és hallóképessége egészen megromlott, utóbbi napokban fájdalmai növekedtek és nemcsak a fülre, hanem a koponyára is kiterjedtek.

Felvételénél a bal külső hangvezeték nyilásától egy centimeternyire egy kis mogyorónyi nagyságú rendes bőrrel bevont csontkemény daganatot lehetett látni, mely a fül nyilását oly annyira elzárta, hogy vékony kutaszszal a mell- és fölfelé megmaradt résen át alig lehetett a külső hangvezetékbe jutni, hátra és lefelé a daganat széles alappal a csontfalból indult ki, a kutaszolás a betegnek nagy fájdalmat okozott. Hallóképessége balfülén az akumeterre 0, a suttogó beszédet nem hallotta, a Webert balfelé localizálta.

Ily előzmények után a fülben és a fejben jelentkező fájdalmakat a dobüregben visszatartott genynek, melynek kifolyását a daganat akadályozta, kellett tulajdonítanom és noha a csecsnyújtvány tájéka és a fossa mastoidea nyomásra fájdalmas nem volt, mégis nem lehetett kizárni, hogy a dobüregbeli lobos kórfolyamat a csecsnyújtvány üregeibe nem terjedt volna át, miért is mindenek előtt a daganatnak mütét útján való eltávolítása és esetleg a dobüreg és a csecsnyújtvány feltárása a külső hangvezeték hátsó falából kiindulva, mely mütéti eljárást radicalis mütétnek nevezünk, volt általam tervbe véve.

November 18-dikán a beteg mütéthez előkészítve narcotizálva lett, de mielőtt a fülkagyló leválasztásához fogtam, kutaszszal kissé erélyesebben a daganat és a külső hangvezeték közt fennálló résen behatoltam, onnét ezen úton jókora mennyiségü sajtosan meggyült genyt eltávolítva, ezen manipulatio közben a daganatot alapjáról letörtem és egész nagyságban csipővel kiemeltem, ezután a külső hangvezetéket kifecskendve, betekintést szereztem a mélyebben fekvő részekbe, midőn is a dobhártya hátsó alsó negyedét elpusztulva találtam, a dobüreg nyákhártyája ezen perforation át egyenletes síma felületet mutatott, úgy hogy ebből azt lehetett következtetnem, hogy a lobos kórfolyamat csakis a dobüregre localizálódott.

A helyen, melyről a daganat letörve lett, 2—3 millimeter magas és széles karimaszerü csontkiemelkedés látszott, melynek eltávolítását más alkalomra halasztva, a tervezett nagyobb mütéttől elállottam és a külső hangvezetékbe jodoformgaze-csikot vezettem.

A beteg a narcosis után jól érezte magát, fül- és fejfájdalmai többé nem jelentkeztek, a genyes kifolyás a jodoformgaze eltávolítása után igen csekély volt.

November 22-dikén, midőn a beteg érzékenysége tökéletesen megszünt, a külső hangvezeték hátsó falán meglevő csontkeretet 3 mm. széles, lapos vésővel nehány kalapácsütés alatt narcosis nélkül távolítottam el, mi a betegnek semmi fájdalmat sem okozott.

Jodoformgaze-csik mindennap újra be lett vezetve és a fül bekötve; genyedés a dobüregből alig mutatkozott és a hely, hol a daganat ült, a hangvezeték falával síma egyenletes bőrrel bevont lett, úgy hogy a beteg november 26-dikán a kórházat elhagyta; hallóképessége ekkor az akumeterre 10 centimeter volt, a suttogó beszédet 5 meternyire egészen jól hallja; azóta a beteg minden harmadnap az ambulantiára jön, midőn a jodoformgaze csik megújítva lesz, genyedés már alig mutatkozik.

A daganat vizsgálatából kiderült, hogy a rendes bőrrel fedett kis mogyorónagyságú gömbölyü csontképlet úgy a bőrrel fedett részben, mint a később eltávolított darabokban eburnizált sejtnélküli csontállományból áll.

Gége-pachydermia.

Közli: *Moskovitz Ignácz* dr.

A kóralak, melyről említést tenni óhajtok, előfordulását illetőleg nem tartozik a gyakoriabbak közé; lényegét tekintve fontosnak tartom azért, mert diagnostikai tévedésekre adhat okot, a mennyiben a kórkép olyan, mely a felületes megtekintésre egy *fekélyes* folyamatnak néz ki, s ha a bántalom lényegével tisztában nem vagyunk, a gyógykezelés kérdésénél helytelen indicatioknak felelhetünk meg.

Az eset egy 33 éves férfibetegre vonatkozik, foglalkozására nézve *szeszkereskedő*, ki arról panaszkodik, hogy körülbelül egy év óta sajátságos fojtogatásszerü érzés bántja, a mint magát kifejezi, mintha valaki nyakát összeszorítaná, e mellett hangja rekedt, s hangosabb beszédnél gégeszerve felmondja a szolgálatot, köhögés nem igen fordul elő. Az igen jól táplált és egészséges kinézésü betegnek luese soha nem volt; úgy a szájüreg, mint a torok vizsgálata rendellenest nem tüntet fel; az orrüreg nyákhártyája kissé duzzadt, a kagylók kis mértékben túltengett állapotban.

A gégetükri vizsgálat a következő, igen jellegzetes képet tünteti fel: mindkét hangszalag hátsó részén, megfelelően a processus vocalisnak, symmetrikusan fejlődött infiltrált részlet látható, mely beszüremkedés *kötegek* alakjában mutatkozik; hosszuk körülbelül 4 mm., szélességük majd ugyanannyi. Ezen kötegek színe barnásszürke, egymás felé néző felületük kissé bemélyedést mutat, mely bemélyedés mintegy lenyomata a szemben lévő infiltrált részletnek; phonationál nagyon tisztán kivehető, miként helyezkedik el az egyik oldal kiemelkedő részlete a másik üregében.

A hangszalagok mozgékonysága teljesen normalis, a hangrés teljesen jól zárul, a gége nyálkahártyája egészben véve duzzadt, idült hurutos jelleget mutat.

Első pillanatban feltünő a kötegek egymásra néző felülete, mely a folytonos érintkezés és egymásra gyakorolt kölcsönös nyomás folytán *usurált*, úgy tünik fel, mint egy fekélyző felület, melynek szélei csipkézettek, erősen kidomborodva, szalonnásszerü lepedékkel fedve. Igen könnyen ragadtathatja el magát a felületes szemlélő akár a carcinoma, akár a gumma syph. kórismére, pedig ez megfelel a Virchow által legelsőbben méltatott *pachydermia* kórképének.

A bántalom megjelenését illetőleg a kép, a melyben az mutatkozik, minden megfigyelő előtt egy és ugyanaz; két körülmény az, mely még mindig discussio tárgyát képezi; ez pedig a bántalom aetiologiájára vonatkozik egyrészt, másrészt annak az eldöntését illeti, mely körülmény okozza a kötegek medialis felületén fellépő bemélyedést.

A mi a bántalom aetiologiáját illeti, esetemben biztos az oki összefüggés az alkohol behatását illetőleg. Hivatásából kifolyólag a beteg évek folyamán szesz bevásárlásával foglalkozik, ezzel jár a gyakori kóstolás, mely körülmény hurutos állapotot létesit a gégében és különösen annak hátsó részén. Ezen chronikus hurut a gégében a nyálkahártya megvastagodását létesíti egyrészt, másrészt a hangszalagokon felhámtúltengést, ehhez társul kötszöveti túltengés. Alkohol és a nicotin túlságos élvezete azon két legfontosabb tényező, mely a pachydermia kérdésében mint ok szerepel, mert az alkohol és nicotin létesit hurutos folyamatot a leggyakrabban a gégeszervben nemcsak a *közvetlen* behatás következtében, de mert ezen két anyag élvezete válik szokottá a legtöbb esetben.

Syphilis és tuberculosis közvetlenül pachydermiát elő nem idéz; a mennyiben ilyen betegeknél az észlelhető, úgy kell értelmezni, hogy a megvastagodást előidéző ok mellett fejlődött a betegnél syphilis vagy tuberculosis, vagy megfordítva, és ily esetekben lépnek fel *fekélyek* kapcsolatosan a pachydermiával, mely esetben a fekély vagy syphilissel vagy tuberculosissal áll oki összefüggésben, és ugyanily viszonyok között képződhetik porczhártyalob a gégében.

A mi a kötegeken fellépő bemélyedéseket illeti, Virchow kezdetben azt hitte, hogy fekélyzés folyamán létesültek, később ezen nézetét megváltoztatta, és úgy értelmezte ezen bemélyedéseket, hogy azok azon helynek felelnek meg, a hol a mucosa az alatta fekvő porczczal szorosan összefügg, arra mintegy reátapad, és ez okozza a bemélyedést; nem lehetetlen szerinte az sem, hogy ezen helyen hámfoszlással járó elváltozások okozzák ezen folyamatot, de hegképződést észre nem vehetett. Fränkel nem hiszi, hogy a nyákhártya rögzítése a porczon volna a behúzódásnak oka, mivel az egész köteg mucosája oda van nőve a porczhoz, nem csupán a bemélyedésé; Fränkel inkább hiszi, hogy a bemélyedések a kölcsönösen egymásra való nyomástól származnak; hogy ez tényleg így van, igazolják azon ritkább esetek, a hol a köteg *egy*oldali, ez esetben bemélyedés nem látható.

Ugyancsak Fränkel véleményét igazolja azon constatált ténykörülmény, hogy a hangrés a megvastagodás daczára is teljesen záródik és a kannaporczok belső felületének egymásra való hajlása tökéletes. Hogy a megvastagodás a primaer elváltozás, a bemélyedés pedig nyomás következménye, az önként következik az elmondottakból.

Réthy Virchow álláspontját elveti és Fränkel véleményéhez csatlakozik.

Kuttner mindkét párthoz csatlakozik, és annak igazolásául, hogy nem csupán a nyomás okozza a bemélyedést, egy kóresetet ir le, mely a saját megfigyelésére vonatkozik, hol a typikus kötegeket észlelte a processus vocalisok fölött, azok közepén a hosszúkás kehelyszerü bemélyedéseket. A hangszalagok *nem* feküdtek egy niveauban, hanem a hangrés-záródásnál mintegy lépcsőszerű egymásfölé helyezkedés volt észlelhető, tehát szerinte a behúzódás oka nem lehetett a kölcsönös nyomás, mert a kötegek nem is találkozhattak egymással; épen ezért Virchow feltevéséhez is csatlakozik.

Személyes tapasztalatomból kifolyólag inkább vagyok hajlandó a kölcsönös nyomásnak tulajdonitani a bemélyedés keletkezését, e mellett azonban véleményem szerint hozzájárulhat *táplálkozási zavarokból kifolyó atrophia is* ezen bemélyedések létrejövetelénél és ezen feltevés annál inkább foglalhat tért, mert tudvalevő dolog, hogy a pachydermiás megvastagodásnál kötszöveti és felhámtültengés, felhámelszarúsodás, sejtbeszürődés a jellegzetes, tehát véredényekben szegény alkatelemek vannak felhalmozva; mi sem közelebb fekvő, mint hogy táplálkozás hiányában a megvastagodás tömegében atrophia lép fel; észlelhető pedig ezen folyamat azon részen, a hol az más kóros termékekben hasonló viszonyok között fellépni szokott, t. i. a tömeg közepéből kiindulván a kerület irányában, tehát centrifugalis irányban. Hosszabb ideig tartó megfigyelés bizonyára beigazolná a bemélyedések keletkezésének ezen okát, a mennyiben azok mindinkább nagyobbodnak az előrement atrophikus folyamat következtében és marad egy árokszerü bemélyedés a kötegek helyén körülvéve egy beszürődött, megvastagodott fallal, mely túltengett és elszarúsodott felhámból, és ez alatt számos sürün egymás mellett álló papillákból van összetéve.

Rosszindulatú daganatoktól a pachydermia az által különbözik, hogy ez utóbbi majd mindig kétoldali, symmetrikusan fejlődik, nagyrészt fiatal egyéneknél, míg a rák, melylyel leginkább összetéveszthető, egyoldali és idősebb egyéneknél figyelhető meg; igen fontos még differential diagnostikus szempontból a hangszalagok zavartalan mozgása a pachydermia kórisméje igazolására, a renyhe mozgás, miként Semon beigazolta, a rosszindulatú daganat mellett szól.

Ezen pachydermiás elváltozások leginkább ott létesülhetnek, a hol kövezetfelhám létezik, főleg tehát a processus vocalisok felett s mint feljebb már említém, majd mindig symmetrikusan lépnek fel kötegek alakjában. Rosszindulatú daganattá való fejlődését még nem észlelték eddigelé, fekélyképződés a kötegekben igen ritka, s ha előfordul, véletlen complicatio (typhus, tuberculosis vagy syphilis) következménye.

A gyógykezelést illetőleg a diaetetikus magatartás és a hurutos állapotnak megszüntetése a fő irányelv, müvi beavatkozás nemcsak felesleges, de káros is.

Az angolkór prophylaxisa.

Politzer Alfréd dr. gyermekorvostól Budapesten.

(Vége.)

Az első gyermekkor teljes egészségtanát kellene megirni annak, a ki ki akarna mindama tényezőkre terjeszkedni, melyek az angolkór létrejöttét közvetve elősegitik.

Rosszul szellőztetett, egészségtelen lakások, elégtelen vagy helytelen táplálás, a bőrápolás elhanyagolása, különféle betegségek mindannyian többé-kevésbbé hozzájárulnak a bántalom kifejlődéséhez.

Ha azonban a közelebbi tényezőket kutatjuk, melyek a baj létrejöttét közvetlenül befolyásolják, úgy azt találjuk, hogy a *romlott, rossz levegő* azon factor, melynek a többi káros behatások közül a főszerep jut az angolkór kifejlődésénél. A régi vagyi-alimentaer elmélet, mely a rachitikus csontok csekély mésztartalmát táplálkozási zavarokkal hozta egyenes összeköttetésbe, hosszú ideig befolyásolta a rachitisről szóló tant s még ma is sok szerző e tan befolyása alatt áll. Igy *Jules Comby* szerint az angolkór prophylaxisa egyértelmü a táplálási viszonyok rendezésével. „Ha sikerülne minden csecsemőt anyatejjel táplálni, úgy a rachitis nem is léteznék.“ E szavakkal vezeti be az angolkór prophylaxisának tárgyalását. Távol áll tőlünk, hogy a helytelen táplálásnak, mint az angolkór iétrejöttében közbenjáró egyik tényezőnek jelentőségét ne ismerjük el. Hosszantartó hasmenések, ha nem is létesitik, de bizonyára elősegitik a csontképző szövetekben azon idült inflammatorikus állapot fejlődését, mely *Kassowitz* szerint a rachitikus folyamat alapját képezi, épen úgy mint más bántalmak, tuberculosis, scrophulosis, syphilis (persze nem azon értelemben, mint *Boerhave* és *Parrot* hitték), de a respiratorikus ártalmakkal szemben befolyásuk sokkal csekélyebb a baj létrejöttére. Ha az emésztési zavaroknak tényleg döntő befolyásuk volna a baj kifejlődésére, úgy a nyári hónapokban, augusztus, szeptemberben a rachitis-esetek számának legnagyobbaknak kellene lenni, mert hiszen nyáron szenvednek a gyermekek leggyakrabban súlyos emésztési zavarokban (nyári hasmenés) s az alimentaer elmélet szerint várható volna, hogy ezen időszakban az angolkóros esetek számának lényeges emelkedését észlelhessük.

A tapasztalat ép az ellenkezőt mutatja. *Kassowitz* statistikai adatokra támaszkodva mutatta ki, hogy a rachitis-esetek s ezzel párhuzamosan a laryngospasmus-esetek száma januártól májusig, juniusig folytonosan növekszik, innen kezdve folyton csökken, novemberben, deczemberben érve el a minimumot. Egészen azonosak *Fischl*,[1] *Quisling*[2] (Krisztiánia), *Alexander*[3] (Kiel), *Cohn*[4] (Berlin), *Szegő*[5] (Budapest) és legújabban (1898) *Johanessen*[6] (Norvégia) észleletei.[7] E feltünő körülményt úgy magyarázhatjuk meg, hogy a rachitis in- és extensitása a téli hónapok alatt a legnagyobb, mert ez időszakot a gyermekek legnagyobbrészt zárt, rosszul szellőztetett helyiségekben töltik, minek folytán állandóan a rossz levegő káros hatásának vannak kitéve, míg a nyári hónapokban a tiszta levegőben, szabad ég alatt való huzamosabb tartózkodás folytán az esetek jórészt javulnak vagy gyógyulnak. A nagytehetségü *Elsässer* (l. c.) úgy látszik már 1843-ban gyanította a respiratorikus ártalmak szerepét az angolkór aetiologiájában, midőn igy nyilatkozik. „Weningstens erkannte ich in schlechter, *eingeschlossener Luft öfter ein kausales, äusseres Mo-*

[1] *Fischl.* Der Einfluss d. Jahreszeit auf d. Frequenz d. Rachitis Prager med. Wochenschrift. 1888.

[2] Studien über Rachitis. Archiv f. Kinderh. 1888. 9. k.

[3] Statistik d. Rachitis. Inaug.-Diss. Breslau, 1888.

[4] l. c.

[5] *Szegő.* Magyar Orvosi Archiv. 1894 és Über d. nervösen Erscheinungen d. Rachitis. Jahrb. f. Kinderh. 1895. 40. k.

[6] Bemerkungen über d. Vorkommen d. Rachitis in Norvegen. Jahrb. f. Kinderh. 1898. 46. k.

[7] *Körösy* szerint 1883—85-ben Budapesten 265 angolkór következtében beállott haláleset közül 184 esett a deczember-májusi időszakra. (Die Sterblichkeit in d. Stadt Budapest 1883—85. Berlin, 1888.)

*

ment als z. B. in fehlerhafter Nahrung.“ A későbbi szerzők közül csak *Vogel*,[1] *Friedleben* (l. c.) és *Ritter* (l. c.) munkáiban találjuk nagyobb nyomatékkal kiemelve a romlott levegő befolyását a rachitis folyamatára.

Ujabban azonban mindinkább kezdik elismerni a respiratorikus ártalmak befolyását. *Hagenbach-Burkhardt* (l. c.), *Biedert* (l. c.), *Unger* (l. c.) s másokon kivül legújabban *Jacobi*[2] (l. c.), a hirneves newyorki gyermekorvos az idén megjelent kitünő munkájában igy nyilatkozik a rachitis prophylaxisánál: „Frische Luft bei Tag und Nacht ist wichtiger, als gute Ernährung“ és „Die Hauptsache bleibt Luft, Luft und wieder Luft“. Érdekes adatokkal járult a szóbanforgó kérdéshez *Volland*[3] davosi orvos is. Noha a gyermekeket csaknem kivétel nélkül helytelenül táplálják Davosban (már az első életnapokban a csecsemők kevés anyatej mellett, egy liszt, vaj és vízből készült pépet, ú. n. „Schmalzmuesli“-t kapnak táplálékul), a rachitis csaknem ismeretlen e vidéken, mit nagyon helyesen a tiszta, bakteriummentes alpesi levegő befolyásának tulajdonít. Más magasfekvésü helyeken hasonló eredményeket talált *Hagenbach-Burkhardt* (l. c.) is. Az angolkór gyakorisága a mérsékelt égöv alatt *Hirsch*[4] szerint a változó, nedves időjárással áll összefüggésben. Valószinünek tartjuk, hogy e körülmény különösen abban leli magyarázatát, hogy égövünk alatt a gyermekek az év nagyobb részét zárt helyiségekben töltik.

Hogy másrészt a rossz táplálkozásnak nem jutott döntő szerep a rachitis aetiologiájában, bizonyítják a Kassowitz-féle gyermekgyógyintézet adatai is, hol az angolkóros gyermekek 72%-a hosszabb ideig saját anyja által tápláltatott, valamint *Mey*[5] (Riga) észleletei, ki 78 anya által táplált csecsemő közül 62-nél (79%) talált rachitist és *Johanessen* legújabb közleményei (1898, l. c.) az angolkór elterjedéséről Norvégiában, a hol így nyilatkozik: „(Aus der Statistik) geht wohl hervor, dass das Brustgeben selbst *nicht, wie behauptet wurde (Vierordt, Marfan, Comby) eine sehr grosse prophylaktische Bedeutung haben kann* gegenüber dieser Krankheit (Rachitis)“.

Azt hiszszük, sikerült bebizonyítanunk, hogy mily lényeges a „respiratorikus ártalmak“ befolyása az angolkór keletkezésére. Ujabb időben több szerző *(Mircoli*,[6] *Chaumier*,[7] *Hagenbach-Burkhardt*[8] *és J. Lange*[9]) nem habozik egy, a romlott levegőben levő mikroorganismust tenni felelössé a baj keletkezésére, feltevések, melyek ép úgy még bizonyításra szorulnak, mint *Wachsmuth*[10] ama nézete, hogy a rachitis idült szénsavmérgezés következménye volna. Mint már említve volt, a rossz levegőn kivül helytelen táplálás, dyspepsiák, hasmenések, fertőző és más bántalmak elősegitik a baj kifejlődését.

Az észszerü prophylaxis feladata lesz, mindazon káros behatások ellen küzdeni, melyek az angolkór létrejötténél közbejárnak.

Legelöl áll itt, mint kimutattuk, a romlott levegő káros hatása. A baj elhárítása czéljából tehát mindenekelőtt arról kell gondoskodnunk, hogy a gyermekek az egész éven át lehetőleg friss, tiszta levegőben tartózkodjanak. A gyermekszoba télen is gyakran szellőztetendő; a mennyire a viszonyok csak megengedik, e szoba világos, tágas (egy gyermek számára 12—15 km. levegő), jól szellőztethető legyen, s nem mint az jómódúaknál is gyakran található, hogy a gyermekszoba czéljaira egy kis udvari szoba szolgál. Fütőanyagnak legjobb a fa; szén, coaks s legkivált gázkályhák kerülendők. Hasonlólag nem czélszerü a gázvilágitás; legkevésbbé rontja a levegőt a fájdalom még igen drága villamos világitás. A gyermekek télen is lehetőleg naponta a levegőre viendők. Nyáron nagyon ajánlatos a gyermekeket a nagy városok fülledt légköréből vidékre küldeni. Igen ajánlatosak magasabban fekvő helyek (nem túlságos csapadékkal), mert bebizonyult, ha a rachitis ily helyeken ritkább. Még kitünőbben hatnak tengeri fürdők. Tengeri levegő és tengeri fürdő kitünő prophylacticumai az angolkórnak.

A gyermekek helyes táplálására nagy gond fordítandó. A legüdvösebb a gyermekre az anyatejjel vagy legalább jó dajka által való táplálás. A mesterséges táplálásnál jó minőségü, sterilizált tej nyújtandó. Észszerü táplálkozás és a diaeta rendezése leginkább fogják a hosszantartó hasmenések fellépését megakadályozni, melyek az angolkór kifejlődését elősegitik. Specifikus étrendi szabályok felállítását indokoltnak nem látjuk. Ismételjük, hogy a leghelyesebb táplálás daczára is fejlődhetik a rachitis és *West, Trousseau* és *Comby* állításait, hogy helyesen táplált gyermekeknél az angolkór ki nem fejlödik, a mindennapi tapasztalat megczáfolja. Ajánlatosak továbbá sósfürdők hetenként 2—3-szor, melyek a közérzetet előnyösen befolyásolják.

Még fokozottabb mértékben érvényesek az imént felsorolt hygienikus szabályok ott, a hol a fejlődő rachitis első symptomáit már felismertük.

Mindazon intézkedések, melyek államok és községek részéről a városok hygienikus viszonyai javitására irányulnak, utczák és lakások levegőjének javitását czélozzák, csökkentik a rachitis-esetek számát is.

Intézetek, melyek a rachitis továbbfejlődése ellen küzdenek, többfélék. Indirecte hozzájárulnak hygienikus elvek szerint berendezett *bölcsődék*, a mennyiben a csecsemők a nap nagy részét jól szellőztetett helyiségekben töltik s helyesen táplálttatnak.

A rachitis ellen létesített *klimatikus gyógyintézetek* utánzásra méltó példája Zürich közelében az Aegiri tó mellett fekvő gyermekmenhely. Fényes eredményeit magyarázza azon körülmény, hogy már öt honapos csecsemők is felvétetnek, tehát oly időben, midön az angolkór még csirájában van.

Legintensivebb gondozásban részesülnek a rachitis-betegek Olaszországban, a hol 1873-ban Turinban Riccardi di Netri gróf létesitett egy intézetet, mely példát számos más olasz városban követtek. Kitünő eredménynyel küzdhetnének a *tengeri-hospice*-ok is az angolkór ellen; fájdalom jórészük kizárólag görvélykóros gyermekeket vesz fel. A Berq-sur Mer-i franczia, Lido-i olasz, Rifunsas-i dán és San Pelagio-i osztrák hospice-ok, melyek angolkóros betegeket is felvesznek, fényes eredményeket mutatnak fel.

* * *

Az előzőkben felsorolt hygienikus intézkedések, ha nem is minden esetben, de igen gyakran képesek a kezdődő rachitis továbbfejlődésének gátat vetni. Fájdalom, a lakosság csak aránylag csekély töredéke van azon szerencsés anyagi helyzetben, hogy egészséges lakást tarthasson és még kevésbbé, hogy gyermekeit idejekorán a klimatikus és thalassotherapia sikereinek részeseivé tegye. A nyilvános jótékony-intézetek száma pedig a rachitis-esetek óriási számához képest elenyésző csekély s a fennálló intézetekbe is csak jórészt nehéz s teljesen kifejlődött esetek vétetnek fel. Mi történjék azon gyermekek ezreivel, kiknél az angolkór első tünetei jelentkeztek s hol a hygienikus szabályok keresztülvitele a szegénység folytán leküzdhetlen akadályokba ütközik?

Szerencsére ma már ez esetekben sem áll fegyvertelenül a bántalommal szemben a gyógyító tudomány. *Kassowitz* első közleményében[1] a phosphortherapiáról beszámolt azon fényes eredményekről, melyeket kifejlődött angolkór eseteiben a phosphor adagolása által elért s azóta a gyermekorvosok túlnyomó része is beigazolta ez eredményeket; sőt számos igen tekintélyes szakember nem habozik a phosphort az angolkór specifikumának tekinteni. Közelfekvő volt tehát a gondolat, a phosphort már kezdő rachitis-esetekben, mint prophylactikus szert a betegség továbbterjedésének meggátlására alkalmazni. 1890-ben *Kassowitz* egy második közleményben[2] igy nyilatkozik: „Ich muss an meiner ersten Mittheiiung eine Correctur vornehmen u. z. in Bezug auf die

[1] *A. Vogel.* Lehrb. der Kinderkr. Erlangen, 1860.
[2] *Jacobi.* Ther. d. Säuglings- u. Kindesalters, übers. v. Reunert. Berlin, 1898.
[3] *Volland* Über d. geringe Kindersterblichkeit in Davos nebst einigen Bemerkungen über Rachitis. Jahrbuch f. Kinderh. 1884. 22. k.
[4] *Hirsch.* Historisch-geogr. Path. 1886. 3. k.
[5] Jahrb. f. Kinderh. 42. k. 1896.
[6] Archivio italiano di clinica medica. 1895. III.
[7] *Chaumier.* De la nature du rachitisme. La médecine infantile 1894.
[8] Zur Aetiol. d. Rachitis. Berl. klin. Wochenschrift 1895. 21 sz.
[9] Zur Aetiol. d. Rachitis. Verhandl. d. Ges. f. Kinderh. in Frankfurt 1897.
[10] Jahrb. f. Kinderh. 39. k. 1895.

[1] Zeitschrift f. klin. Medizin VII. k.
[2] Beitr. z. Kinderheilkunde aus d. I. öff. Kinderkranken-Institute. I. 1890.

Indikation der Phosphorbehandlung in den leichtesten Fälle oder Anfangsstadien der rachitischen Erkrankung . . . denn eine fortgesetzte auf die leichten Fälle gerichtete Aufmerksamkeit hat mir die Überzeugung verschafft, dass solche Fälle trotz der günstigsten äusseren Verhältnisse und der consequenten Anwendung der Soolenbäder dennoch oft in ihrer Entwicklung fortschreiten, dass sich eine ausgedehnte Craniotabes heranbildet etc.“ Ezen közleményben *Kassowitz* melegen ajánlja a kezdődő rachitis-esetek „prophylaktikus“ phosphor kezelését s kiemeli, hogy számos jól megfigyelt esetében a folyamat rövid idő alatt lefolyt, a későbbi káros következmények elmaradtak, még akkor is, ha a hygienikus követelmények nem voltak keresztülvihetők. Egészen hasonló értelemben nyilatkoznak *Unruh*[1] és *Unger*,[2] melegen ajánlva a phosphorkezelést már az initialis alakoknál.

Azon eredmények, melyeket e kezelés mellett a Kassowitz-féle intézetben való működésünk alatt mi is észleltünk, arra serkentettek, hogy az utolsó hét év alatt úgy magángyakorlatunkban, mint a négy évig általunk fentartott szegény-ambulatoriumban, számos kezdődő rachitis-esetben alkalmazzuk a phosphort s eredményeink annyira kielégítők, hogy a rachitis eme „prophylactikus kezelését“ legmelegebben ajánlhatjuk. A mire különös súlyt fektetünk (Biedert, Hagenbach, Unger és Kassowitz-al egyértelemben): *eredményeink még oly esetekben is feltünőek voltak, a hol a hygienikus viszonyok javítása legyőzhetetlen nehézségekbe ütközött.* Gyakran már néhány hét után a phosphorkezelés eredményekép a fejizzadság szünik, a gyermek vígabb, élénkebb lesz, étvágya javul, az ossificatio halad, a késedelmező fogzás megindul s az esetleg fennálló ideges tünetek (eclampsia, gége görcs) eltünnek. A phosphort csecsemőknek legszívesebben az ismert emulsio[3] alakjában adjuk, néha lipaninnal,[4] mit a gyermekek ritkán utasítanak vissza; egész szegényeknél phosphorcsukamájolajat olcsósága miatt.

A phosphorcsukamáj-olaj úgy olcsósága, mint kitünő hatása folytán praedestinálva van arra, hogy mint valóságos „népgyógyitószer“ még a legszegényebb osztályoknál is ezen, szövődményeiben gyakran oly végzetes bántalom kifejlődését megakadályozza.

Alapos a reményünk, hogy ha az orvosok a kezdődő rachitis-esetek felismerésére minél nagyobb gondot fordítanak, úgy a bántalom korai kezelésével számos esetben sikerülni fog az angolkórt csirájában elnyomni s a nagy városok angolkór statistikái nem fognak oly ijesztő nagy számokat felmutatni, mint ez, fájdalom, eddig történik!

Hallásvizsgálat phonendoskoppal.

Erdős János dr.-tól.

A hallóképesség vizsgálatára közönséges esetekben a zsebóra ketyegése, hangvilla búgása teljesen megfelelő. Másként van ez akkor, midőn a hallóképesség minimalis jelenlétéről akarunk meggyőződni, vagy esetleg simulánsokkal van dolgunk. A süketnémák vizsgálatánál, mint tudjuk, trombitára, sípládára vagy harangszóra vagyunk utalva; sőt tudok esetet, a hol a hallóképesség eldöntése végett puskát sütöttek el a süketnéma gyermek füle mellett. Mindezen vizsgálati módok igen zajosak s nélkülöznek minden discretiot. A simulánsokkal pedig úgy állunk, hogy raffinált tanácsadóik kitanítása mellett — sajnos, a mai társadalomban ilyen existentiák is vannak — akárhányszor daczolnak a szokott vizsgálati módokkal s csak a véletlen leplezi le őket. Épen azért nem fölösleges, ha ilyenek részére újabb vizsgálati eljárásokat eszelünk ki, vagy olyanokra hivjuk fel a figyelmet, melyek még nem váltak általánosan ismertekké.

Ilyen vizsgálati eljáráshoz való eszközt ismertem fel a phonendoskopban, mely eddigi kisérleteim után itélve, hivatva van arra, hogy a süketnémákat jövőben minden feltünés nélkül vizsgálhatjuk hallóképességükre és a mely által a simulánsokkal szemben egy fegyverrel több van a kezünkben.

Az eszköz hatását legjobb, ha magunkon próbáljuk ki először s bizonyos gyakorlottságot szerzünk annak alkalmazásában. A phonendoskop alsó tárcsáját leveszszük; a hallgató csövek bogyóit füleinkbe dugjuk. Most a dobozt egyik kezünkbe fogva, resonáló lemezéhez egy megütött hangvillával közelítünk. Átható búgást hallunk, mely azon pillanatban, midőn a rezgő hangvilla végét a kaucsuklappal érintjük, éles csattanásba megy át; ha az érintést oly óvatosan végezzük, hogy a mellett a hangvilla rezgése nem szünik meg azonnal, a csattanás egy hasonló intensitású hangba folytatódik, mely 1—2 másodperczig eltarthat. E tünemény a hangfelhalmozódásnak physikailag is érdekes példáját mutatja. Azon egyének, kik e hatásra nem voltak elkészülve, a bogyókat ijedten rántották ki füleikből s a kisérlet ismétlésekor is összerázkódtak vagy legalább is szemhéjaikkal jelezték azt. A pulsus minden esetben gyorsabbá vált. A hang hatása valóban oly élénk és közvetetlen, miszerint semmi kétségem sincs a felől, hogy a hallóképesség minimalis jelenlétét is érvényre juttatja; közvetetlenség által talán még könnyebben, mint akár a trombita, sípláda vagy a harang szava. A simulans pedig elképedve kapja hátra a fejét s e zavara elég időt enged arra, hogy csalását leleplezzük.

[1] Jahresb. d. Ges. f. Natur- u. Heilkunde. Dresden. 1895/96.

[2] Lehrb. d. Kinderkr. 2. k. Wien. 1894.

[3] Phosphor 0·01—Ol. amygd. dulc. 30·0—Pulv. gumm. arab. Sacch. alb. āā 15·0—Aqu. dest. 40·0. M. f. emuls. DS. Naponta egy kávéskanállal (felrázni!).

[4] Phosphor 0·01—Lipanin. 30·0—Pulv. gumm. arab. Sacch. alb. āā 15·0—Aqu. dest. 40·0. M. f. emuls. DS. Naponta egy kávés kanállal.

[5] Phosphor 0·01—Ol. jecor. asell. 100·0. MDS. Naponta egy kávéskanállal. Izjavitóul néha ehhez 0·10 saccharint adunk. Igen fontos a gyógyszer elkészitését lelkiismeretesen végezni, mert csak a helyesen elkészitett oldat tartalmazza a szükséges phosphormennyiséget.

TÁRCZA.

A tisztiorvosi kiképzés és minősités reformjához.

Aphorismák Fodor tanár úr hasonczimű munkájához.

(Vége.)

A vegytanból való vizsga Ludwig tanár intézetében a következő thesisekre terjed ki: 1. acid. carbol., 2. acid. chromic., 3. acid. lact., 4. acid. phosphor., 5. acid. salicyl., 6. acid. tannic., 7. acid. tartar., 8. acid. boric., 9. arsen, 10. alum. crud., 11. alum. ustum, 12. alum. acet., 13. alum. sulf., 14. ammonium acet., 15. ammonium bromat., 16. ammonium carbon., 17. ammonium chlor., 18. bismuthum subnitr., 19. calcium carbon., 20, calc. hypochlor., 21. calcium oxyd., 22. calc. sulfurat., 23. calcium phosphor., 24. calc. sulfur., 25. chloralum hydrat., 26. cupr. sulfur., 27. ferr. carb. sacch., 28. ferrum citric., 29. ferr. hydroxyd. dialysat., 30. ferrum lacticum, 31. ferrum natr. pyrophosphor., 32. ferr. pulverisatum, 33. ferr. sesquichlor., 34. glycerin, 35. hydrargyrum bichlor. ammoniac., 36. hydrarg. bichlor. 37. hydrarg. bijodat. rubrum, 38. hydrarg. chlorat. mit., 39. hydrarg. jodat. flavum, 40. hydr. oxyd., 41. hydrarg. tannic. oxydat., 42. jodoform, 43. kali acet. solutum, 44. kali bromatum, 45. kali carbon., 46. kali chloratum, 47. kali hydroxydat., 48. kali hydrotartar., 49. kali hypermang., 50. kali jodatum, 51. kali natr. tartar., 52. kali nitricum, 53. kali sulfur., 54. magnesium carbon., 55. magnes. citricum, 56. magnesium oxydat., 57. β-naphthol, 58. natr. brom., 59. natr. carbon., 60. natr. hydrocarb., 61. natr. phosphor., 62. natr. jod., 63. natr. salicyl., 64. natr. silic., 65. natr. sulfur., 66. plumb. acetic., 67. plumb. acet. basic. solutum, 68. plumb. carbon., 69. plumb. hyperoxyd., 70. plumb. oxyd., 71. stibium kalio-tartar., 72. stibium sulfur. aurant., 73. stib. sulfur. nigr., 74. sulfur, 75. thymol, 76. zincum chlorat., 77. zincum oxyd., 78. atropin sulfur., 79. chinin mur., bisulfur., ferrocitricum, tannicum, 80. morphium, 81. apomorphin, 82. strychnin, 83. coffeïn, 84. veratrin, 85. physostigmin, 86. digitalin, 87. antipyrin, 88. antifebrin, 89. cocain, 90. nicotin.

A tisztiorvosi jelölt az előbb citált osztrák ministeri rendelet értelmében egy vizsgálati tárgyat kap (diaetetikus, kosmetikus szert) és pedig csakis qualitativ analysis czéljából, továbbá vegyelemzést az épen felsorolt thesisekből, melyet lege artis, a qualitativ elemzés útját demonstrálva és magyarázva végez. Ezen vegytanból való vizsgán a jelölt végre a vegyelemzett készitménynek az osztrák pharmacopoeában foglalt szövegét az eredeti latin nyelvből németre fordítja, miközben a készitmény tisztaságára felsorolt követelményeket értelmezi és magyarázza. Az osztrák tisztiorvosi jelöltek vegytani kiképzése tehát szintén eléggé komoly és alapos.

A negyedik vizsga a törvényszéki orvostan gyakorlati részével foglalkozik hullán.

A tisztiorvosi jelöltek előbb teljes féléven át a törvényszéki orvosi bonczolásokat frequentálják. Én magam még a felette instructiv demonstratiokat az elhunyt Hoffmann József tanárnál látogattam. Az óriási anyag mellett a semester elég arra, hogy a jelölt e szakmában is minden szükségest elsajátitson magának. Átlag háromszor a féléven át alkalma nyilik mindenkinek, hogy a tanár személyes vezetése alatt törvényszéki bonczolást végezzen.

A vizsgán a tisztiorvosi jelöltnek feladata rendőri vagy törvényszéki orvosi bonczolást egész hullán és nem csak a hulla egyik részén egyes-egyedül végezni. Itt-ott gyermekhullák használtatnak, a midőn

a jelöltnek az összes próbákat a gyermek életképességének megitélésére demonstrálnia kell.

A bonczolási leletet az obductio folyamán a bizottság jelenlétében lege artis tollba diktálja és indokolt véleményt ir sajátkezűleg a jegyzőkönyvbe. A jelöltnek kötelessége azonkivül törvényszéki orvosi leletet valami traumatikus sérülésről vagy másnemű eröművi behatásról élőn szerkeszteni; az esetet a vizsgáló tanár szemeli ki a sebészeti osztályok egyikén. E törvényszéki orvosi vizsga elméleti részét később a helytartósági épületben tartják és a következő kérdésekre terjed ki: 1. törvényes határozatok szakértők használatánál, 2. a nemzőképességről, 3. a nemi ösztön törvényellenes kielégitése, 4. terhesség és szülés, 5. magzatelhajtás, 6. a sebesitő eszköz meghatározása, 7. a sérülés minősitése a büntető törvénykönyv értelmében, 8. halálos sérülés, 9. öngyilkosság, 10. megfojtás általi halál, 11. akasztás általi halál, 12 vizbe fulás általi halál, 13. elégetés és leforrázás, 14. megfagyás, 15. méreg és ellenméreg hatása, 16. a mérgezés általi halál kórismeje, 17. maró mérgek, 18. arsen, 19. phosphor, 20. narcotikus mérgek, 21. szénoxyd, 22. kéksav, 23. gyermekgyilkosság fogalma, 24. eljárás gyermek obductiojánál, tüdőpróba, 25. a gyermek halála szülés előtt, 26. szülés közben, 27. életképtelenség miatt, 28. rohamos szülés, 29. a köldökzsinórból való elvérzés, 30. szándékos gyilkosság, 31. az elmebeli állapot tekintetbe vétele, 32. veleszületett psychosisok, 33. beszámithatóság, 34. elmekór szükebb értelemben, 35. elmeháborodottság traumák után, 36. szerzett gyengeelműség és bárgyúság, 37. epileptikus elmebaj, 38. hysterikus, 39. alkoholikus elmebaj, 40. kérdéses dispositio, 41. azonosság megállapitása, 42. hullajelenségek, 43. gyanus foltok, 44. feltalált csontok megvizsgálása.

Az osztrák tisztiorvosi vizsga ötödik része az elmekórtanból való gyakorlati vizsga, de csak azon jelöltek hivatalosak arra, kik elmegyógyászati klinikán vagy tébolydában nem szolgáltak; ezek báró Krafft-Ebing tanár klinikáján egy esetet vesznek fel, kórismét és leletet csinálnak és szóbeli véleményt adnak.

Az irásbeli vizsga a helytartósági épület gyülés termében, designált helytartósági főhivatalnok felügyelete alatt, szigorú klausurában tartatik meg. A jelöltek Obentraub-nak törvénykönyvét „systematisches Handbuch österreichischer Sanitätsgezetze“ (Hofverlag Manz, Wien) tanulmányozzák.

Azt hiszem, hogy nem teljesen érdektelen dolgot végzek, ha felsorolom azon thesiseket is, a melyeket a mult évben nyugdijba vonult Karajan lovag helytartósági tanácsos, az orvosi administratio volt főnöke Ausztriában, állitott össze. Megjegyzem, hogy az összes előbb is felsorolt kérdések a közegészségtanból, vegytanból, gyógyszerisméből és törvényszéki orvostanból csak az osztrák tiszti orvosi jelöltek kezén forognak, kik ezeket a vizsgán már túlesett collegáktól megszerzik; eredetileg e kérdések a vizsgáló tanárok által lettek kijelölve.

Irásbeli egészségügyi törvények: 1. Milyen szabályok léteznek a gyufagyártásra, 2. mily módon gondoskodunk a tanuló ifjúság egészségi állapotának megőrzéséről, 3. mily rendeletek szabályozzák az orvosoknak praxisát (letelepedés, gyógyszerek elárusitása), 4. mily rendeletek léteznek temetők alapitására és az eltemetésre egyáltalában, 5. prostituáltak számára és a bujakór terjesztése ellen, 6. gyógyszertár megvizsgálásáról jegyzőkönyv szerkesztések és kimutatandó, hogy mire kell ügyelni a visitatio alkalmával, 7. rendeletek a himlő elleni intézkedésekről, 8. lelet és nyomozás cholerabejelentés esetében, 9. mily szabályok léteznek a hullaszemle számára, 10. jegyzőkönyv és cholera-esetének constatálása egészségügyhatósági obductio és bacteriologiai vizsgálat alapján, 11. mily szabályok léteznek a fertőtlenités számára, 12., 13., 14., hullakamarák-, gyárak-, iskolák felállitása számára, 15. mily egészségügyi határozatokat tartalmaz az iparrendszabályzat, 16. mily intézkedések léteznek, hogy iskolában fertőző kiütések terjesztése meggátoltassék, 17. hogy a gyermekek egészségének kárositása az iskolában meggátoltassék, 18. mily egészségügyi szabályok vannak a munkások védelmére, 19. a fertőző betegségeknek a birodalmi és országos határoktól való távoltartására, 20. szabályok a hullák kiásatására és szállitására, 21. gyógyszertárak felállitására és adományozására, 22. mérgek eladására, 23. mérges festékek számára, 24. mily kötelességei vannak a községeknek, tekintettel az egészségügyi szolgálatra, 25. törvényes határozatok az elmebajosok védelmére tébolydákban és intézeteken kivül, 26. jegyzőkönyv szerkesztése egy a vizből partra mosott hulláról személyleirással közzététel czéljából, 27. lelet és vélemény: *a*) katonai szolgálatképességről, *b*) szolgálatképtelenségről, *c*) fiát a katonaságtól reclamáló atya kereseti képességéről, *d*) valamely tanulónak dispenzálásáról a rajzolás oktatása és női munka alól, 28. mily rendeletek léteznek a cholera meggátlására, 29. mily közegészségügyi rendeleteket tartalmaz az épitési szabályzat, 30. járásorvosi jelentés szerkesztése egy magán-elmekórintézet revisiojáról, 31. jegyzőkönyv szerkesztése az ország községében constatált járványról a szükséges intézkedések megjelölésével, 32. rendeletek a himlőoltásról.

Az egészségügyi törvények elméleti részét a theoretikus vizsgán kérdezik.

E vizsga tárgyai a következő kérdések: 1. élelmi szerekről szóló rendeletek, 2. temetők és hullakamarák felállitásáról szóló rendeletek, 3. iskolaegészségügy, 4. munkásközegészségügy, 5. ipar- és gyárhygiene, 6. betegek és sinlők ápolása kórházakban, 7. elmebajosokról és tébolydáról szóló rendeletek, 8. bábaasszony-, dada- és lelenczügy, 9. rendeletek járványok alkalmával, 10. tömeges szállók, lakhelyek, egyáltalában épitési szabályzat, 11. himlőoltás, 12. hullakiásatás és szállitás, 13. mentőintézetek, szükségapparatusok, házi gyógyszertárak, 14. hullaszemle, 15. hullaeltemetési ügy, 16. egészségügyi személyzet, 17. gyógyszerészeti ügy, 18. méregkereskedés, 19. fertőző betegségek terjesztésének meggátlása, 20. egészségügyi szolgálat községekben, 21. politikai elsőfokú közegészségügyi szolgálat, 22. katonasorozás, 23. orvosi statistika (egészségügyi jelentések), 24. vásárfelügyelet, 25., 26. intézkedések cholera és himlők ellen, 27. vizek tisztántartása, 28. fertőtlenités, 29. a légkör tisztán való tartása, 30. a hulladékok eltávolitása.

Az elméleti vizsga végén a tisztiorvosi jelölt állatgyógyászatból és állatjárványkórtanból felel. Ezen tárgyat a téli félév alatt a magyar származású Csokor tanár olvassa s a gyakorlati demonstratiokat az állatgyógyászati intézetben mutatja be. Az osztrák tisztiorvosi jelölt ezen a közegészségügyi szolgálatban fontos doktrinát szintén teljesen elsajátitja magának.

Látjuk tehát, hogy az osztrák tisztiorvosi vizsga különösen ama körülmény által, hogy a vizsgáttartók kivétel nélkül szakjuk képviselői az egyetemen, komoly és nehéz vizsga. A tisztiorvosi jelöltek kényszeritve vannak oly tárgyakat is inskribálni és tényleg hallgatni, melyeknél a frequentia kimutatása nem szerepel mint törvényes kellék. A vizsgáló tanárok a jelöltek személyismeretére nagy súlyt fektetnek, miáltal ezek szorgalomra és alapos tanulmányokra ösztönöztetnek.

És ha most a leirtam osztrák tisztiorvosi vizsgával összehasonlitjuk a jelenlegi tisztiorvosi vizsgát magyar földön, be kell vallanunk, hogy az utóbbi gyermekjáték számba megy.

Fejtegetéseimnél azon feltevésből indulok ki, hogy a magyar tisztiorvosi vizsga nagyjában ismeretes, mert különben dolgozatom nagyon hosszúra nyúlnék.

A magyar tisztiorvosi jelölttől nem követeltetik bizonyos specialis tanulmányok kimutatása, silány kursusokban, részben intézeti szolgánál, pár hét alatt készülnek. A fontos közegészségtani vizsga főkép csak elméleti és jóval felületesebb, mint az orvosnövendék előirt vizsgája a rigorosumnál, tehát e formában csak hasztalan ismétlés. A gyógyszerisméből és méregtanból való vizsga csak makroskopikus felületes leirásra szoritkozik; vegytani laboratoriumban töltött gyakorlatok hiánya miatt hiányzik a jelölteknél a kellő értelem a követelt csekély qualitativ vegytani analysisek megértéséhez, a miért is többnyire képtelenek a pharmacopoeát, illetve a készitmények tisztaságára való reactiokat megmagyarázni. Az elmekórtanból való vizsga nem vehető komolynak, csak az egészségügyi törvényekre és rendeletekre fektetnek nagyobb súlyt.

A magyar tisztiorvosi vizsgának alaphibája, hogy ki lett ragadva az egyetem keretéből.

Mindazonáltal már e helyen kijelentem, hogy a Flesch Nándor collega által, mint az országos orvos-szövetség fötitkári indítvány bizottságának előadója által kidolgozott jelentés (lásd Országos orvos-szövetség II. évfolyam, 7. sz.) nagyon is negativ álláspontra helyezkedik, a midőn kereken a tisztiorvosi vizsga eltörlését kivánja. Elvártam volna, hogy oly fontos indítvány orvosi és nem laikus előadója jobban karolja fel a themát, mert hogyan fogjam fel gúnyos kritikáját a himlőoltásról való állitólagos vizsgáról, mint a tisztiorvosi vizsgák harmadik tárgyáról, ha ezen tárgy, mint tényleg, egyáltalában nem követeltetik a magyar tisztiorvosi vizsgán. Teljesen ferdék további szemlélődései is a tisztiorvosi vizsgálat második tárgyáról: „méregtan és gyógyszerisme“, mert épenséggel nem igaz, hogy a ki megtanulta a méregtant és gyógyszertant, az tud gyógyszertárt is megvizsgálni. Ehhez alapos vegytani tanulmányokon kivül többek között növénypharmakognostikai górcsövi tanulmányok is kellenek, a mint ezeket Ausztriában, különösen Bécsben űzik. Ha azt az érvet hozta volna fel az említett referens-collega, hogy manapság a legtöbb hatékony gyógyszer vegytani felügyelet alatt gyárilag külföldön készül, hisz tudjuk, hogy a darmstadti Merk, az elberfeldi Bayer Frigyes utóda német czég, La-Roche Baselben stb. árasztják el ügyes és olcsó készitményeikkel az orvosi piaczot és azért felesleges sé válnék a gyógyszertárak vegytani és gyógyszertani revisioja, oly érv, melyet itt-ott tényleg szakavatott emberektől is lehet hallani, még akkor sem állitanám, hogy a méregtanból és gyógyszerisméből való vizsga felesleges a tisztiorvosi vizsgán.

Tény az, hogy a kevésbbé ambitiosus tisztiorvosi jelölt jelenleg ismereteinek alig észrevehető gyarapodását tapasztalja a tisztiorvosi vizsga költséges letevése után és ép oly képtelen egészségügyi és pharmakognostikus vizsgálatokra, mint előbb.

A tisztiorvosi vizsga eltörléséről a Flesch-féle indítvány értelmében, mely elég sajátszerűen a f. évi szeptember 9-dikén Nagyváradon tartott országos orvosszövetség gyülésén el lett fogadva, szó sem lehet a nélkül, hogy ellentétbe helyezkednénk a nyugat összes művelt államaival.

A jelenlegi tisztiorvosi vizsga alapos reformra szorul, de távolról sem felesleges. A tisztiorvosi vizsga eltörlése az utóbbi időben egyáltalában kedvelt phrasissá vált, a nélkül, hogy az ebbeli viszonyok komoly ismerője oszthatná e nézetet.

Még az orvosi karnak érdemes dékánja Klug Nándor tanár is, a tisztiorvosi és törvényszéki orvosi vizsga behozatala által az orvosi tanulmányok lényeges megnehezitését látja és évmegnyitó beszédében (l. Orvosi Hetilap 1898. 40 sz.) leplezetten kikel ezek ellen. Major képviselő collegánk kezdeményezésére még a parlamentben is támad vita e vizsgák eltörlése érdekében és a jelenlegi közoktatásügyi minister Ő Nagyméltósága megigérte, hogy e vizsgák eltörlése illetve reformja érdekében a competens ministeriumokkal érintkezésbe fog lépni. Az Orvosi Hetilap hasábjain és pedig az 1898. évi 21., 23., 24., számokban, nagyon kimeritően találjuk az érveket felsorolva, melyek orvosi karunk hanyatlását okozták és a következő szemlélődéseket akarom mint idetartozót a 24-dik számból idézni: „Csak rámutatunk azon visszásságra, hogy azon tanuló, ki a közegészségtanból — tehát a tiszti orvos legfontosabb tárgyából — az orvosdoctori oklevél elnyerése czéljából már az egyetemen egyszer tett vizsgálatot, a tisztiorvosi vizsgán újra

és pedig még háromszor (gyakorlatilag, szóbelileg és irásban) tesz vizsgálatot. Az egyetemen kiállott törvényszéki orvosi szigorlat után még háromszor (irásban, gyakorlatilag és szóbelileg) kénytelen vizsgálatot tenni a törvényszéki orvosi vizsgálaton, melyen még a szülészet, sebészet, kórboncztanból is újra kell vizsgálatot kiállania. Hogy ezen vizsgálatokat az is nehezíti, hogy a képesítő vizsgálatokon a tanulóra nézve egészen idegen vizsgálók szerepelnek, ez a dolog természetében fekszik. Mindezekhez számithatjuk ezen vizsgálatok költségeit is, melyek a dijakon kivül az egyetem székhelyén eltöltendő több heti tartózkodás, előkészítő kursusok stb. költségeiből állanak. De minden qualificatio birtokában kénytelen megérni az orvos, hogy a törvény világos intézkedése ellen olyanokat alkalmaznak a hivatalos állásokra, kik ezen minősitvénynyel nem birnak s alkalmaz maga a kormány, mely ezen minősitvényi vizsgákra szoritja orvosainkat!"

Keserű valóság fekszik különösen az utóbbi szavakban, mert fájdalom, nagyon is igaz, protectio és nepotismus üti fel nálunk vakmerő módon hydrafejét és szégyenletes a kalvária, melyet nálunk állásért végig kell csúszni-mászni. Hiába, nem bizonyítványok és érdemek, hanem csak „összeköttetés" mérvadó nálunk, a miért is sok törekvő ember elkeseredetten hagyja el a küzdelem porondját.

Ép ezeken a viszonyokon, a mennyiben nálunk, sajnos még a „jog és igazság" kormánya alatt is, egyáltalában segiteni lehetséges, akar a Fodor-féle javaslat segiteni az által, hogy csak szükség szerint bizonyos számú tiszti orvost kiván képesiteni, kiknek az állás államilag biztositva lesz.

A ki nyakát nem tudja a nálunk divó protectiós rendszer caudini igájába hajtani, meleg köszönettel fogadja a különben is komoly és nagyszabású Fodor-féle javaslatnak különösen ezen részét.

Melegen együttérző szive másutt is megdobban karunk nehézségeinél, melyeket később ecsetelni, méltányolni akarok.

A Fodor-féle javaslatnak magvas pontja, mint ismeretes, abban fekszik, hogy a nagyobb városokban működő tiszti főorvosok és megyei főorvosok számára magasabb qualifikatiot kiván. A szerzett orvosi oklevél után a tisztiorvosi jelölteknek specialis tanulmányokkal két évet kell tölteniök és csak azután elméleti és gyakorlati vizsga letevése után nyernék el a képesitést mint tiszti orvosok. A sikerrel végzett vizsga után a jelölt valamely tisztifőorvosi hivatalban fizetéssel segédképen volna alkalmazandó és tiszti főorvossá csupán legalább két évi ilyen gyakorlat után volna előléptetendő. A tanfolyam első évének tárgyai: általános chemia és analytikai chemia, növénytani mikroskopia, gyógyszertani és toxikologiai gyakorlat, orvosrendészet, árúisme; a második év tárgyai: gyakorlati élelmiszervizsgálatok és közegészségtani gyakorlatok a legtágasabb értelemben bacteriologiával együtt, mint melléktárgyak himlőoltás és syphilidologia.

E melléktárgyakat szerény véleményem szerint elmekórtannal és állatgyógyászattal okvetlenül meg kellene toldani; az első tantárgygyal legalább addig, míg az orvosnövendék által hallgatandó tárgyak közzé nincs felvéve. E két tantárgyból elég volna egy-egy szakcolloquium, mint azt Fodor a többi tantárgyakra nézve is javasolja.

Megjegyzem, hogy az épen csak röviden körvonalozott Fodor-féle javaslat nagyjában megfelel az osztrák tisztiorvosi jelölttől követelt tanulmányi tárgyaknak. Ausztriában a rendőrorvostól is követelik a jelenlegi osztrák tisztiorvosi vizsga letevését, de annak hiteles kimutatását is, hogy legalább egy évig valami bőrgyógyászati, bujakóros osztályon működött legyen, tehát itt a syphilidologiára különös súlyt fektetnek.

Fodor javaslata szerint a tisztiorvosi jelöltek szakcolloquiumokat tennének le évközben minden egyes tárgyból, a nagy tiszti főorvosi vizsga a két éves tanfolyam végén tartatnék meg.

Ezen alapos kiképzés által Fodor tanár azt akarja elérni, hogy az egészségügyi szakmunka, a melyet a tiszti orvosok az utolsó évtizedekben kezeikből kisiklani hagytak, mert nem haladtak, nem haladhattak eléggé együtt az egészségtan tudományos és gyakorlati fejlődésével, ismét elvonassék a chemikustól, a mérnöktől, az épitésztől.

Lehetetlen Fodor ezen érvelődéseiben is a meleg jóindulatot az orvosok iránt meg nem találni.

Bölcsen jegyzi meg Fodor, hogy a chemikusok és technikusok orvosi, hygieniai szakképzettség és ennek folytán helyes itélőképesség hiányában, inkább az alaki dolgokra, a finom analysisekre fektették a súlyt, és nem a főkérdésre, hogy mi ártalmas az egészségre?

Tényleg tapasztalatomból tudom, hogy az osztrák tisztiorvosi jelölteknek be kell tanulni ok azösszes nehéz qualitativ és quantitativ reactiokat, melyek az egészségre alig ártalmas anyagokra vonatkoznak.

Az élelmiszerek vizsgálata azonban többek között a tiszti orvos szakörébe tartozik, ki mikroskopiai és főleg bacteriologiai vizsgálatot is végezhet.

Az Ausztriában másfél évvel ezelőtt német mintára behozott élelmiszer-chemikusok, kik jelenleg az egyetem közegészségtani intézetében, mint állami élelmiszer-vizsgáló állomásokon hosszas egyetemi tanulmányok után neveltetnek, nem képesek hygienikus véleményezést adni.

Fodor munkájában részletesen ismerteti a külföld ezen intézkedéseit az élelmiszerek ellenőrzése terén, és éles, de jogosult kritikát gyakorol rajtuk.

Csak egyben téved, hogy az élelmiszer-vizsgálatok Ausztriában a közegészségtan tanárát terhelik, mert tudtommal Gráczban pl. Smital orvoscollega barátom, Ludwig bécsi vegytani tanár volt első assistense, lett kinevezve az élelmiszer-vizsgáló állomás vezetőjének és az élelmiszer-chemikusok tanárának, a prágai német egyetemen Huppert, az orvosi vegytan tanárának egy assistense működik, míg a közegészségtant Gráczban Prausnitz tanár, Prágában Hueppe tanár képviseli az egyetemen.

Egyet látunk azonban határozottan, hogy még Ausztriában is az ottani sokkal komolyabb tisztiorvosi vizsgát nem tartották kielégitőnek az élelmiszerek sikeres ellenőrzése czéljából.

Ha az osztrák kormány Fodornak magyarországi javaslata értelmében cselekedett volna, felesleges lett volna az állami élelmiszervizsgáló állomások behozatala és külön élelmiszer-chemikusok nevelése. Az élelmiszerek megvizsgálásának központosítása ellen tényleg nyomós okok beszélnek.

E tekintetben Fodor meggyőző érvelődéseire utalok, mert a Fodor-féle javaslatnak ezen része is feltétlen támogatást érdemel.

Az osztrák élelmiszer-állomások behozatala az osztrák kormány régi félszeg intézkedéseire vezethető vissza, hogy egészségügyi kérdésekben nem kérdezi meg az orvosi kar vezető férfiait. Az élelmiszerchemikusok Ausztriában sem népszerűek és orvosi véleményezésre képtelenek lesznek.

Tekintve azonban az orvosi hivatásra nehezedő válságos időt és a gyakorlatban uralkodó törekvést, amúgy is hosszú tanulmányainkat rövidíteni, elégnek tartanék másfélévi specialis studiumot a Fodor által követelt tantárgyak kimeritő elsajátítására.

A jelöltek számára állami ösztöndijak alapittassanak, mint azok a sebészeti klinikákon műtők számára léteznek.

A vizsga sikeres letevése után elégnek mutatkozik egy év mint gyakorlati év, valamely tisztifőorvosi hivatalban, illetve laboratoriumban.

Ezen intézkedés nem volna olyan súlyos, úgy hogy a fiatal orvos az 1883. évi I. törvényczikkben előirt csak egy évi kórházi gyakorlat vagy évi magángyakorlat után és összesen $2^1/_2$ évi tisztiorvosi előképezés után, tehát átlag 28-dik életében tiszti főorvos volna. Ha a viszonyokot a székesfővárosi tiszti főorvosi hivatalban tekintem, azt hiszem, hogy az ott napidijasként alkalmazott collegák, kik ketten rosszul világitott egyablakos kis szobában ülnek, melyet télen borus idő alkalmával még nappal is gázzal vagy gyertyával kell megvilágitani, előnyt adnak Fodor javaslatának.

Ezen javaslat értelmében, mely ellen oly nagy zúgolódás volt, hamarabb juthat a képesitett tiszti orvos társadalmilag is méltó álláshoz.

Népesebb vármegyében mindinkább égetőbb szükség van megyei segédorvosokra, mert a központban székelő vármegyei főorvos egyesegyedül physikailag képtelen az egészségügyi administratio szolgálatára. Mutatja ezt szűkebb hazám példája, Temes vármegye, hol most egy vármegyei tiszti segédorvosi állás kerül betöltésre. A Fodor-féle javaslat megvalósitása nem kerülhet az államnak nagyobb költségbe, mint a czélszerűtlen élelmiszer vizsgáló állomások alapitása és az élelmiszer-chemikusok dotálása. Karunknak pedig a javaslat végrehajtása által újabb jelentékeny bevételi forrása támad egy parlagon fekvő téren, melyen ma magánvegyészek és technikusok élősködve kontárkodnak. De tünedező orvosi tekintélyünk is emelkednék e javaslat megvalositása által.

Orvosi kötelességünk a Fodor-féle javaslat végrehajtását sürgetnünk, mert szinte szemünk látára megy végbe honunk átalakulása agriculturállamból iparállammá és nem lehet, hogy a tiszti orvos e tényekkel szemben készületlenül álljon, a nélkül, hogy teljesen elveszitené a talajt, melyen áll.

A mai tisztiorvosi vizsgát Fodor tanár körülbelül megfelelőnek találja a járásorvosi állás betöltésére a vidéken. Fodor tanár ezen javaslatai szerény véleményem szerint némi hézagot mutatnak fel, mert nehezen kivihető, hogy a vidéken működő járásorvos számára más minősitést irjunk elő. Jobbnak tartom a járásorvost vidéken minden magasabb képesitéstől felmenteni és a járásorvosi állás elnyerésére talán csak obligat kétévi kórházi gyakorlatot, illetve háromévi magánpraxist feltételként szabni. Hisz a járásorvos, a mint Fodor is megjegyzi, főkép gyakorlati orvos. Ha a vidéki járásorvos később városba igyekeznék jutni, pótlólag végezze a $1^1/_2$ évi tisztifőorvosi tanulmányokat, a tiszti főorvosi hivatalban, illetve laboratoriumban töltendő szolgálattól azonban legalább két évi meg nem szakitott járásorvosi szolgálat esetében felmenthető.

A jelenlegi tisztiorvosi vizsga eltörlését tehát járásorvosokra nézve indokoltnak tartom. Ép oly szükségtelen a tisztiorvosi vizsga városokban a kerületi- és rendőrorvosok számára; szükséges valamely tisztiorvosi állás elnyerésére a fővárosban és nagyobb vidéki városokban.

A jelenlegi tisztiorvosi vizsgán képesitett orvosok számára átmeneti intézkedések szükségesek; talán az irányban, hogy hosszabb kórházi szolgálat nélkül is a járásorvosi állások betöltésére, esetleg az előirandó tisztifőorvosi tanfolyamba való felvételre előnyben részesülnének és a gyakorlati évtől mint tisztiorvosi segédek valami tisztifőorvosi hivatalban felmentendők volnának.

A járásorvosok kiképezéséről szólva, Fodor mellesleg eszmét pendit meg, melyet nem lehet eléggé melegen üdvözölni. A tisztiorvosi vizsgának egyesitését a törvényszéki orvosi vizsgával. Ezen egyesitésnek történnie kell, mert gyakorlati szükségességnek felel meg. Ezen egyesités, mint fent ecseteltem, Ausztriában létezik, és már azért is opportun, mert ez által a tiszti orvosok esetleges hajlamukhoz képest törvényszéknél is működhetnek és könnyebben viselhetik el a praxistól való eltiltást. A tiszti orvos az állam hivatalos orvosa volna, mert hiszen úgyis törvényhatósági életünk államositásának küszöbén állunk, mi által törvényszék és megyei hivatal között a válaszfalak remélhetőleg ledőlnek. A leirt tantárgyakat csak törvényszéki orvosi gyakorlatokkal kellene szaporitani, mert a jelenlegi törvényszéki orvosi vizsga összes többi tantárgyai csak szükségtelen ballast, vagy tényleg felületes ismétlései oly tantárgyaknak, melyek ismeretét az orvosnövendékeknek az orvosi

szigorlatokon az oklevél elnyerése czéljából alaposabban be kell bizonyitaniok.

A tiszta sebészeti, szülészeti meg kórboncztani kérdések, melyek az igazságügyminister 1894. évi november 3-dikán 42,417. sz. a. kiadott rendeletében foglaltatnak, nem a törvényszéki orvosi vizsga keretébe valók.

Flesch Nándor collegának, mint az országos orvosszövetség főtitkári indítvány bizottságának előadója, ebben tényleg igaza van. Igaza van abban is, hogy a müvelt nyugoti államok egyikében sem érezték meg a törvényszéki orvosi vizsga hiányát. A törvényszéki elmekórtan és törvényszéki vegytan néhány fontosabb kérdését fel kellene venni a megfelelő tisztiorvosi vizsga kérdései közé.

Nem ajánlható eléggé Fodor terve szerint egy állami egészségügyi hivatal alapitása a székesfővárosi tisztifőorvosi hivatalnak részbeni átalakitása által, illetve egyesitése által a fővárosi bakteriologiai és élelmiszer-vizsgáló állomással, a berlini „Reichsgesundheitsamt“ mintájára. Ezen intézetben lehetne segédképen alkalmazni a Fodor-féle javaslat szerint képesitett első tiszti orvosokat és később tág szellemi látkörrel mint a tudományos orvosi kutatás apostolait a vidék nagyobb városaiba kiküldeni. Ezen központi országos egészségügyi hivatalt okvetlenül államositani kellene, mint ezt Fodor tanár úr munkájában ajánlja, melynek olvasását érdekelteknek nem ajánlhatom eléggé melegen.

Ismétlem, lehetetlen a Fodor-féle összjavaslatokat nagy és irreparabilis károk nélkül továbbra is ignorálni; e károk az orvosi karra nézve ethikailag és anyagilag is egyaránt nagyok.

A jelenlegi tisztiorvosi vizsga reformálandó és úgy tetszik nekem, hogy e reform szükségét a tisztiorvosi vizsgák budapesti bizottságának alelnöke és vizsgálója a közegészségtanból, Müller Kálmán tanár ő Méltósága is érezte, midőn pár hét előtt ebbeni állásáról lemondott.

Nem ironiával akarom fejtegetéseimet bezárni, mert a nélkül, hogy hasonlattal éljek, a tisztiorvosi vizsgának eltörlését kérők régi deákadomát juttatnak eszembe. Mióta Pythagoras tételének felfedezése alkalmával hálából az isteneknek az ökrök hekatombáit áldozta fel, félnek — de csak az ökrök — valami új igazság felfedezésétől és új vizsgák behozatalától.

A competens tényezőkhöz inkább a német költőfejedelem szavait idézem „Wallenstein“-jéből:

„Gebt uns den Raum, das Ziel werden wir uns selbst setzen!“

A czél magasztos és méltó ama classikus római beszédnek megfelelőleg, a mely tudományunkról mondja:

„Nil praestantius, nil humani generis dignius — medicina.“

Sugár K. Márton dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Masters of medicine. London, T. Fisher Unwin.

Fenti czimmel új vállalat indult meg nemrégiben, melynek czélja az orvostudomány művelőinek legkiválóbbjait, úgy a régi, mint az újabb időkből, megismertetni és pedig nem annyira tulajdonképeni életfolyásuk szempontjából, mint inkább az orvostudomány megfelelő ágának korhű ismertetése keretén belül. Minden egyes kötet egy-egy hirneves orvost ismertet. A vászonkötésű, rendkivül diszes, mondhatnók pazar kiállitású kötetek mindegyike az illető tudós arczképét is tartalmazza jól sikerült fénymetszésű mellékleten.

Az eddig megjelent kötetek a következők: *John Hunter,* irta Stephen Paget; *William Harvey*, irta D'Arcy Power; *James Simpson*, irta Laing Gordon; *William Stokes*, irta ifjabb William Stokes; *Benjamin Brodie*, irta Timothy Holmes; *Claude Bernard*, irta Michael Foster; *Hermann von Helmholtz*, irta John Mc Kendrick. Előkészitésben vannak egyelőre Jenner, Vesalius és Sydenham életrajzai.

Tekintve, hogy az egyes kötetek irói szintén kiválóbb alakjai az orvostudománynak, megvan a kellő garantia arra, hogy a vállalat orvostörténeti szempontból hézagpótló szerepet fog játszani. A mi szempontunkból csak az sajnálható, hogy orvosaink közül az angol nyelv kevéssé elterjedtsége miatt aránylag csak kevesen olvashatják az egyaránt hasznos és tanulságos, mint érdekes és élvezetes köteteket.

A diszes kiállitás daczára a kötetek ára aránylag mérsékelt, egy kötet ára körülbelül 5 korona (3½ shilling).

Lapszemle.

Kisérleti tanulmányok a functionalis mitral insufficientiákról. *Winkler Ferdinand* rövid bevezető részlet után kisérleteit irja le, melyeket állatokon végzett, hogy a mitralis insufficientiákról tiszta képet nyerhessen. Kisérleteinek technikai része kissé bővebb részletezést kivánna s igy csak a lényeget emlitem, mely szerint házi állatok bal szív felébe fonalakat vezetett be s igy vizsgálta a megváltozott bal szív fél működését. Alapos megfigyelés alá vette a különböző vérnyomáskülönbségeket, egyrészt a bal pitvarban és ütőérrendszerben, másrészt pedig a bal pitvarban, ütőérrendszerben és a tüdőütérben. Előrebocsátandó, hogy a kisérleti anyagul szolgáló állatok teljesen ép szívvel rendelkeztek, hogy következtetései biztosabbak lehessenek. A sértés után a legtöbb szív felett zörejt hallott, még pedig leginkább systoleban, mig a diastolés-zörej szerfelett ritka; leginkább kettözött hangot kapott. Az élőben hallott zörejek és a sectio által kapottak egybevetése érdekes viszonyt tüntetett fel a zörej és az esetleges organikus elváltozás között. Zörej nem okvetlenül billentyű elváltozás eredménye. Legerősebb zörejnél sokszor semmi elváltozást a billentyűkön s a szájadékon felfedezni nem volt képes és ellenkezőleg a legkifejezettebb mitral insufficientia élőben nem járt zörejjel. Régi tapasztalat igazolása. A vérnyomásbeli különbségek vizsgálata a fent emlitett helyeken azon eredményre juttatta szerzőt, hogy a bal pitvarbani növekedése a vérnyomásnak megfelelt a carotisbani vérnyomás csökkenésének, mig a balpitvarbani vérnyomás emelkedés az arteria pulmonalisbani vérnyomást megfelelő módon növeli. Előbbinek magyarázatát abban találja szerző, hogy a fonalak bevezetése által a nervus depressor izgattatik, a mi pedig az edényfalak ellazulását vonná maga után, utóbbi esetben pedig a közvetlen kapcsolatot veszi fel, mely a bal pitvar és a tüdőütér között fennáll. Érdekesek azon leletei, midőn úgy a balpitvarban, mint az ütérrendszerben csökkent vérnyomást talált, mit egyrészt a működésében megváltozott, gyengült szívfél, másrészt a nervus depressor izgatása magyarázna meg. Végül a zörejek keletkezési módjáról értekezik, midőn a systolés-zörejnél a regurgitatiot erősen számbaveszi, a mig a diastolés-zörejeknél a szájadék szükültét veszi fel. Legfontosabb szerepet azonban magának a bal szívfél izomzatának tulajdonit, az izomcsoport functionalis megváltozásában kell a valódi okot keresnünk. (Ztschrft f. klin. Mediz. 1899. 37. k.) *K—i.*

A Basedow-kór kórtanáról és therapiájáról irt tanulmányában *Vetlesen* a hyperthyreoidálás tanához csatlakozik, de szerinte Möbius theoriájából hiányzik egy lánczszem, mert nem tud felelni arra, hogy mi okozza a pajzsmirigy működésének megváltozását. A Basedow-kór rokonsága az idegbajokkal és az elválasztószervek élettanának meggondolása arra indítja, hogy primum movensnek a pajzsmirigy *hibás innervatioját* tekintse. Therapiai kisérleteket tett, és hol acid. sulph. dilut.-mal, hol a „dynamogen“-nel phosphorsavas natriummal, majd thymus-tablettával, majd struma-resectioval ért el jó eredményeket. (Der Morbus Basedowi mit besonderer Rücksicht auf Pathogenese und Behandlung. Zeitschrift für klin. med. 1899. 512. l.)

Typhusban szenvedőknél a lábclonust mindig ki tudta váltani *Beaujen*, a mikor a betegek önkivületi állapotban voltak, vagy deliriumban feküdtek. Daczára a lábclonusnak, a patella-reflexek ez esetekben nem voltak fokozottak. (Thése de Lyon 1899.) *—ts.*

Égetések és égetett sebek gyógykezelése ichthyollal. *Müller* E. dr. Lübeckben ily sebek kezelésénél teljesen elvetendőnek tarta a szokásos lenmagolaj és mészvízből álló keveréket, miután a gyógyfolyamat nagyon hosszas ideig elhúzódik. Szerző az ichthyolt alkalmazza, de nem vizes oldatban, sem kenőcsalakban, hanem a tiszta ichthyolt késhátvastagságban rakja a sebre s azt bőven behinti talcummal, azután beborítja vattával és bekötözi puha gazezel. Az égető fájdalom 10—30 percz mulva megszünik, a kötés 3—5 napig fekve marad s ez idő alatt első s másodfokú égetéseknél teljesen meggyógyul, harmadfokú égetéseknél a tiszta ichthyol helyett *ichthyol vasogen borogatásokat* alkalmaz naponta kétszer. Ily kezelés alatt még kiterjedt harmadfokú égetések is 8—14 nap alatt gyógyulnak. *Schutze* dr. (Bad-Kösen) izzó ólommal a bal kézen ejtett harmadfokú égetést 50% ichthyolvizzel kötözött be s a kötést eczetsavas agyagföld felrakásával nedvesen tartotta és a beteg 18 nap mulva teljesen szolgálatképessé lett. (Aerztl. Rundschau, München, 1899. Nr. 21.) *—r.*

A vizeletüledék fixálására és conserválására *Cohn* a következő eljárást ajánlja: A pipettából az üledéket fedőüvegre kenjük, levegőn szárítjuk, rázást mellőzve 10 perczre 10% formalinba teszszük, röviden vízben kimosva 70% alkoholos sudan-oldatba teszszük, azután 70% alkohollal ½—1 perczig lemossuk, haematoxylinnal vagy timsós cochenillelal utánfestjük, vízzel lemosva glycerinben elteszszük, melyet fedő üvegkittel zárunk el. Kanada-balzsam nem használható, mert a felvilágositó szerek és abs. alkohol oldaná a zsirokat. (Über Fixation und Conservirung von Harnsediment. Zeitschrift f. kl. Medizin 1899. 38. k. 1—3. f.). *—ts.*

A carcinoma és sarcoma klinikai differential diagnosisához *Adamkiewitz Albert*, a coccidium theoria hive a következő differentialis jeleket közli: 1. A sarcoma a házinyul agyvelőjébe úgy gyógyul be, mint egy normalis szövet. 2. A sarcoma a cancroinra nem reagál. (Centralblatt für medizinische Wissenschaften.) *Dapsy.*

A hólyagos himlő (variola vera) kezeléséről. *Kotowtschicoff* (Kazan), miután nehány esetében bevált, azt ajánlja, hogy a himlő prodromalis stadiumában vagy az eruptio kezdetén több napon át, napjában kétszer oltónyirkkal beoltásokat végezzünk. Az ilyen oltások úgy a kiütés genyedését, mint az általános tüneteket feltünően javitják. Eljárása veszélytelen volta miatt határozottan megkisérelhető. (Zeitschrift f. klin. Medizin. 38. k.) *—v—.*

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1899. deczember 29.

< **Belügyministeri körrendelet a körülmetélés tárgyában valamennyi törvényhatóságnak.** 113,831. szám VI-a. Az izraelitáknál szokásos körülmetélés avatatlan és felületes kezelése folytán gyakran elvérzések és ragályozások fordultak elő. Szükségesnek mutatkozik ennélfogva, hogy a körülmetélési eljárás, a mint azt már számos izraelita hitközség saját hatáskörében megtette, a ritualis szertartás érintése nélkül a közegészségi érdekek megvédése szempontjából szabályoztassék. A vallás- és közoktatásügyi minister úrral egyetértőleg kötelességévé teszem tehát minden hazai izraelita hitközségnek, hogy a körül-

metélési ügy kezelésénél a tekintélyesebb izraelita hitközségeknél már amúgy is érvényben levő és az alábbi pontokban felsorolt szabályokat szigorúan szem előtt tartsa s azoknak saját területén érvényt szerezzen.

A körülmetélésnél követendő eljárásra nézve rendelem a következőket:

I. A körülmetélést csak oly egyén végezheti, a kinek erre a hitközségtől engedélye van.

II. A hitközség a körülmetélések teljesíthetésére engedélyt csak oly egyénnek adhat, ki hatósági orvosi bizonyítványnyal igazolja azt, hogy egészséges és hogy circumcisio végzésére képességgel és megbízható gyakorlottsággal bir.

III. A körülmetélő, ha nem orvos, a műtétet lehetőleg orvos jelenlétében és annak ellenőrzése mellett végezze. Ellenőrző orvos jelenléte szigorúan kötelező oly esetekben, a hol a körülmetélendő gyermek nemző részein valamely veleszületett rendellenesség van, vagy valamely betegség tünetei mutatkoznak.

IV. A körülmetélő szigorúan köteleztetik eljárásánál az alábbiakban felsorolt rendelkezések pontos betartására. És pedig:

1. A körülmetélő a műtét előtt kezét szappanos vízzel jól megmosni, tiszta kefével ledörzsölni, körmeit letisztitani és végre kezét tiszta alkohollal vagy más fertőtlenitő folyadékkal, melyet esetleg az orvos e czélra kijelölt, alaposan fertőtleniteni tartozik.

2. A kés, melylyel a műtét végeztetik, teljesen tiszta legyen; műtét előtt (czélszerűen 5 perczig tiszta alkoholban) fertőtlenités után forralt vízzel lemosandó.

3. Locsolás a szájba vett borral szigorúan tilos.

4. A körülmetélés alatt eredő vérzés elállitására 3%-os bórsavas vízoldatba mártott tiszta vatta, mint compresse alkalmazandó.

5. A seb bekötésére műtét után és az utókezelés alatt fertőtlenitő kötőszer (pl. 5%-os jodoformgaze) használandó.

6. Műtét után a körülmetélő a kést vízzel mosni és alkoholban desinficiálni köteles.

7. Utókezelés alatt a seb mosására 3%-os bórsavas vízoldat használandó.

8. A körülmetélésnél jelenlevő orvos a körülmetélő eljárását ellenőrizni és irásban igazolni tartozik azt, hogy a körülmetélés az ő jelenlétében és a fentebbi utasitások szigorú szem előtt tartásával végeztetett. Az orvosnak ezen bizonyitványát a körülmetélő legkésőbb három nap alatt a hitközségnek bemutatni tartozik, arról a bizonyitvány megőrzendő.

V. A ki a hitközség fentebb emlitett engedélye nélkül körülmetélést végez, a mennyiben tette súlyosabb beszámitás alá nem esik, kihágást követ el, mely 200 koronáig terjedhető pénzbüntetéssel, behajthatatlanság esetén, 20 koronát egy napnak számitva, megfelelő elzárással büntettetik.

VI. Azon körülmetélő pedig, ki habár a hitközségtől a körülmetélés teljesitésére engedélylyel bir, a körülmetélést a fentebbi szabályok betartása nélkül teljesiti, a mennyiben mulasztása súlyosabb beszámitás alá nem esik, kihágást követ el, mely 100 koronáig terjedhető pénzbüntetéssel, behajthatatlanság esetén — 20 koronát egy napnak számitva — megfelelő elzárással büntettetik, azonfelül a körülmetélési jog tőle elvonható.

A befolyt birságpénzek az 1876: XIV. t.-cz. 7 §-a értelmében azon község közegészségügyi czéljaira fordítandók, melyben a kihágás elkövettetett.

Ezen rendeletem 1900. év január hó 1-én lép életbe.

Felhivom a törvényhatóságot, hogy a rendeletben foglaltakat a törvényhatósága területén lévő összes izraellita hitközségekkel szigorú miheztartás végett, a gyakorló orvosokkal pedig tudomás vétel végett haladéktalanul közölje. Budapesten, 1899. évi november hó 25-dikén. A minister helyett: *Jakadfy* s. k, államtitkár.

— **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1899. deczember hó 10-dikétől 1899. deczember hó 16-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten élveszületett 525 gyermek, elhalt 225 személy, a születések tehát 300 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2756 beteg, szaporodás 792, csökkenés 763 maradt e héten végén ápolás alatt 2785. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 4, roncsoló toroklob 2, hökhurut —, kanyaró 5, vörheny 5, himlő —, typhus abdominalis —, gyermekágyi láz —, influenza —, egyéb ragályos betegségek 3, agykérlob 10, agyvérömleny 4, rángások 8, szervi szivbaj 23, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 25, tüdőgümő és sorvadás 23, bélhurut és béllob 13, carcinomata et neoplasmata alia 7, méhrák 1, Bright-kór és veselob 5, angolkór 1, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 19, aszkór, aszály és sorvadás —, aggkór 13, erőszakos haláleset 10. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1899. deczember 17-dikétől deczember 23-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 3 (meghalt 1), himlőben 1, (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 53 (meghalt —), vörhenyben 63 (meghalt 5), kanyaróban 175 (meghalt 3), roncsoló toroklobban és torokgyikban 15 (meghalt 5) trachomában 1, vérhasban 1 (meghalt —), hökhurutban 6 (meghalt —), orbánczban 11 (meghalt —), gyermekágyi lázban 2 (meghalt —).

△ **Iskolaorvosok és egészségtantanárok.** A budapesti tudományegyetem orvosi karán az idei tanfolyamon iskolaorvosi és középiskolai egészségtantanári képesitést nyertek a következő orvosok: *Alexy János* gyakorló orvos Lőcse, *Arányi Zsigmond*, a Lukács-fürdő alorvosa Budapest, *Egressy Lajos* kórházi gyakornok Budapest, *Farkas Miksa* kórházi gyakornok Budapest, *Fodor Oszkár* gyakorló orvos Budapest, *Jakab László* gyakorló orvos Budapest, *Karcsay Sándor* honvédfőorvos Budapest, *Kassai Jenő* kórházi segédorvos Budapest, *Márkus Soma* klinikai gyakornok Budapest, *Mosánszky Jenő* gyakorló orvos Kassa, *Pálka Géza* műtőnövendék Budapest, *Sidlauer Jenő* kórházi gyakornok Budapest, *Skrilecz Mihály* tanársegéd Budapest, *Schwitzer Hugó* kórházi gyakornok Budapest, *Szahlender Ferencz* ezredorvos Budapest, *Tutsek Géza* gyakorló orvos Brassó.

○ **A nyitravármegyei közkórházban** az 1898-dik év folyamán — mint azt *Biringer Ferencz* dr. kórházi igazgató kimutatásából látjuk — 1521 beteg (903 férfi és 618 nő) nyert ápolást, az elmekórosztályon pedig 183 egyén (92 férfi és 91 nő) ápoltatott. Az intézet orvosi személyzete állott a következőkből: igazgató főorvos: *Biringer Ferencz* dr., alorvosok: *Babó Tivadar* dr., *Adler Lipót* dr., *Mosánszky Jenő* dr.

⊛ **Nékám Lajos** dr. egyetemi magántanárt, a székes fővárosi bakteriologiai intézet igazgatóját, a polgármester az új szt. János-kórház bőrgyógyászati osztályához rendelő orvossá nevezte ki; ugyanesak őt bizta meg az orvoskari tanártestület a bőr- és bujakórtani tanszék ideiglenes helyettesitésével.

⊠ **Justus Jakab** dr.-t a pesti izraelita kórházhoz bőrgyógyászati rendelő orvosul választotta meg az izraelita hitközség; *Beck Soma* dr. számára a Bródy Adél-gyermekkórházban szándékoznak hasonló állomást szervezni.

⚔ **Jendrássik Ernő** egy. ny. rk. tanárt az ez évi juliusban megalakult Société de neurologie de Paris külföldi levelező taggá választotta.

⊕ **Megjelent könyvek és füzetek.** *Ranschburg Pál* és *Décsi Károly* dr.-ok: Lelki gyógymódok (Psychotherapia). Az orvoskari tanártestület által jutalmazott pályamunka. Budapest, 1900. Ára 1 frt 50 kr. — *Kármán Samu* és *Bauer Samu* dr.-ok: Gyermekhygiene. Utmutató anyák számára a gyermekápolásban. Budapest, 1899. Ára? — Huszadik század. Társadalomtudományi havi szemle. 1900 január hó. I. évfolyam 1. sz. Szerkeszti: *Gratz Gusztáv* dr. — *Nagy Képes Világtörténet* 50-dik füzet. Folytatólag tartalmazza a római történetet az itáliai forradalomig. Ára: 30 kr. — *Kőrösy József* dr.: Jelentés a nemzetközi statistikai intézetnek 1899. évi szeptember havában Krisztiániában tartott üléséről. 1900. — Gyógyszerárszabvány a magyar gyógyszerkönyv II. kiadásához és annak függelékéhez. Érvényes 1900. január 1-jétől. Hivatalos kiadás 1899. Ára 1 korona. — *Ábrahám Béla* dr.: A máramarosvármegyei orvos-gyógyszerészegyesület első évkönyve az 1895/6—1898. egyesületi évekre. M.-Sziget. 1899.

† **Elhunyt.** *Kramolin István* orvosdoktor, volt 1848/9-diki honvédfőorvos Budapesten f. h. 19-dikén élete 78-dik évében.

○ Azon tisztelt orvos urak, kik magukat önállósítani akarják, **Keleti J.** Budapest IV., Koronaherczeg-utcza 17. sz. alatti sebészeti műszergyártó czégnél **orvossebészeti műszerekből** teljes berendezéseket, szavatolt legjobb kivitelben és legcoulánsabb módozatok mellett, havi vagy negyedévi részletfizetésre kaphatnak. Árjegyzékek ingyen.

Dr. **Herczel** egyet. m.-tanár újonnan épült „Fasorsanatoriuma“ (magángyógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek** részére) **Budapest,** VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitünő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospektus.



Téli kúra
Szt. Lukács-fürdő
Budapest

Kénes iszapfürdők, természetes fürdőmedenczék. Begöngyölések iszappal. Kőkád- és gőzfürdők. Massage. Kitünő szállodák. Meghülés kizárva. Vendéglő saját üzemben. Olcsó árak. Gondos kezelés. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.

A „Krístály“ Szt. Lukács-fürdő savanyúvíz, mint kellemes üditő ital ajánltatik

Vízgyógyintézet bejáró és bennlakó betegek számára a **Herczel-sanatóriumban** (Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz.) **Kuthy Dezső** dr., a hydrotherapia egyetemi magántanárának vezetése alatt. Igen mérsékelt árak. Rendelés új betegeknek (az év minden szakán) d. e. 8—10; hétköznapokon (kedd kivételével) d. u. is 5—6 között.

Falta dr. szem- és fül-sanatoriuma, **Szeged,** Laudon-utcza és Mars-tér sarkán. Folytonos orvosi felügyelet, lelkiismeretes gondozás és ápolás, igen jó ellátás. Külön szobák. **Mérsékelt dijszabás.** Külön trachomaosztály. Telefon 293. Kivánatra útmutató.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület (LXII. évzáró közgyülés 1899 deczember 9-dikén) 680 l. — Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete. (II. rendes ülés 1899. február 23-dikán) 681. l. — Szegedi orvosegyesület. (Szakülés 1899. április 11-dikén) 682. l. — Nyitravármegyei orvos-gyógyszerészi és természettudományi egyesület. (XI. közgyülés 1899. október 30-dikán.) 182. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 682. l.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(LXII. évzáró közgyülés 1899. deczember 9-dikén.)

Elnök: **Réczey Imre**; jegyző: **Grósz Emil.**

Elnök a közgyülést a következő beszéddel nyitja meg:

Tisztelt közgyülés!

Egyesületünk hatvankettedik évét zárja le a mai nappal. A letünt év alkonyán régi és üdvös szokás az, hogy felújitsuk emlékünkben ez év eredményeit a titkári jelentés és az egyesület igazgatási körébe eső jelentések alakjában s ebből meritsünk tanulságot a jövőre nézve, megismerve netaláni hibáinkat, új erőt merítve sikereinkből. Ezen önismeretes törekvés volt egy félszázadnál hosszabbra terjedő időn át mindig egyesületünk tovahaladó fejlődésének biztositéka, az elődök példáján buzdultak az utódok s felépitették egyesületünket mai magasságára.

Évek óta hatalmasan növekedett tagjaink száma, mely immár alig marad vissza a hétszáztól s a mai közgyülésen ismét negyvennél több tagtárs belépési ajánlata felett fog a tisztelt közgyülés dönthetni. Egyesületünk rendes tagjainak ezen nagy száma és orvostudományunk rohamos fejlődése mellett tetemesen felszaporodott azok száma is, kik egyesületünk tudományos törekvéseit előadásaikkal, betegek bemutatásával támogatni igyekszenek, felszaporodott az anyag is, melynek szakszerű feldolgozása, megvitatása egyesületünk tudományos törekvései körébe esik.

Egyetemi klinikumainknak tökéletesebb felszerelése és kibővítése, a kórházainkban és intézeteinkben meghonosult tudományosabb munkálkodás, a nyilvános betegrendelések újabb időben mindinkább fokozódó fellendülése oly tömegét szolgáltatja a beteganyagnak, mely bőségesen nyújt tudományos feldolgozásra alkalmas anyagot, bőségesen szolgál tapasztalatokra és érdekes észlelésekre alkalmas eseteket, okulására a vele foglalkozóknak, tanulságára az összes orvosi gyakorlatnak. S ha másrészt felszaporodtak azok is, kiknek ezen anyag első sorban áll rendelkezésükre, valóban nem kell csodálkoznunk azon, hogy évről évre többen vállalnak munkát az irodalom, a tudományosság terén is s ezzel egyesületünk tudományos üléseinek anyagát is eddig el nem ért módon megszaporitják. Daczára annak, hogy az utolsó hat év alatt több oly egyesület keletkezett, mely a miénkhez hasonló irányt követve a gyakorlati orvostudományok művelését előadások tartásával és betegek bemutatásával tűzte czéljául, az egyesületünk tagjai által tartott előadások és bemutatások mégis oly számot értek el, mint eddig még soha.

Éppen ezen előadások sokasága, mely az eddig követett szokás szerint hetenkint egyszer tartandó üléseink keretébe beilleszthető többé nem volt, volt indító oka az egyesületi választmány azon intézkedésének, hogy hetenkint két ülést rendezett, egyiket a bemutatások, másikat az előadások számára. Azon aggodalom, hogy üléseink tárgyának ezen kettéosztása talán az ülések iránti érdeklődést csökkenteni fogja, alaptalannak bizonyult, a már ezen három hónapi tapasztalat bőségesen beigazolta azon remények jogosultságát, miket az egyesület választmánya az ülések ezen új beosztásához fűzött. Nemcsak a betegbemutatások, hanem az előadások is nyertek ezen intézkedéssel, mert mindenikre elég idő volt szentelhető, nyugodtabb és szakszerűbb lőn a vitatkozás is, és biztositva lett ezzel az üléseinkben tartott bemutatások és előadások tudományos szinvonala is. Ezen tapasztalat bátorítja az egyesületi választmányt arra, hogy továbbra is az üléseknek ezen kettő osztása mellett maradjon.

A túlságosan felszaporodott előadások rendezését megkönnyitendő, az egyesület választmánya más módot is fog megkisérleni a jövő egyesületi évben, t. i. előadásaira szánt tudományos üléseit már szeptember hóban fogja megkezdeni, mivel alapszabályainkban semmi olyas rendelkezés nincsen, mely ezt ellenezné, s csak régi szokáson alapul azon tény, hogy az őszi időnyben egyesületünk tevékenységét csak az október 14-dikén tartandó évforduló közgyüléssel kezdi meg.

Egyesületünknek jelenleg létező három szakosztályában ép oly serényen foly a munka, mint azt egyesületünk t. tagjai az évkönyvvel kapcsolatosan kiadandó évi jelentéseikből kivehetik. Mind nagyobb kedveltségre tesznek szert azon szakosztályok, hol a legszorosabb értelemben vett szakemberek előtt foly le azon tudományos eszmecsere, mely az ismeretek tisztázását szokta megelőzni s melynek csak végeredményei valók arra, hogy az általános orvosi gyakorlat számára értékesittessenek s a gyakorló orvos okulására szolgáljanak. Alig tanusithatja jobban valami azon méltánylást, melyben ezen szakosztályok jogosan részesülnek, mint az, hogy immár még két szakosztálynak életbeléptetése, illetve szervezése iránt történtek intézkedések, úgymint egy otologiai szakosztálynak és egy dermatologiai és urologiai szakosztálynak szervezése iránt, a mire szakosztályaink száma ötre fog felszaporodni.

Tagadhatatlan, hogy épen a specialismus jellegzi korunk tudományosságát az orvosi téren is s minél több részletességre szakad gyakorlati orvostudományunk, annál nagyobb lendületet vehet annak minden egyes ága. De ép úgy tagadhatatlan az is, hogy annál nagyobb a szüksége annak, hogy a különböző tudományágak kölcsönösen kiegészitsék egymást, mert a mint egy az élet, úgy az orvosi tudomány is csak egy lehet. Az emberi szervezet életműködésének külön idomú és szerkezetű képletei mindmegannyi alkotó részei egy egésznek, egy oszthatatlan egésznek, melynek egyes részeibe az életműködés elárad s onnan az egész fentartására visszasugárzik. A szervezet egyes részeinek élete, azok működése és épsége az egész szervezet állapotától függő s ha szenved a szervezet egy része, szenvedni fog többnyire az egész is. „Labor unus, consentientia omnia", mondja már Hippocrates. És ezen összetartozása a gyakorlati orvostudomány számos specialis szakmájának szükségessé teszi azt, hogy egyesületünk tudományos ülésein ismét megjelenjenek a szakosztályok specialis tárgyai és kérdései is, miket nem nélkülözhet az sem, ki általános gyakorlattal foglalkozik.

Kivánatos és szükséges ennélfogva, hogy szakosztályaink részéről koronkint tartandó referáló előadások, a napi kérdéseket ismertető jelentések tartatnának egyesületünk összes ülésein, hogy munkásságuk eredményei köztulajdonává váljanak egyesületünk tagjainak. Ezen előadásokkal együttesen ismét feleleven ülhetnének üléseinken a nagyobbszabású előadások, melyek szükségességét már ismételve hangsúlyoztuk e helyről s melyekből ép úgy jutna ki a hazai orvostudományunknak, mint egyesületünk minden egyes tagjának. S ha e mellett orvostudományunk akademiai művelése is meg tudna honosulni egyesületünkben, akkor érné el egyesületünk azon magasztos czélját, mely egy félezernél jóval nagyobb számú tagjainak szellemi tőkéjéhez, munkakedvéhez és munkabirásához legméltóbb volna.

Egyesületünk tagjainak rohamos számbeli szaporodása mellett csak természetesnek fogjuk találni azt, hogy rohamosan szaporodik azok száma is, kik olvasótermünket használják s gazdag könyvtárunkat igénybe veszik. Az egyesületi választmány ezért a könyvtár fejlesztését sem téveszthette szem elől s főtörekvését odairányította az utolsó években, hogy főleg a folyóiratok és szaklapok beszerzésével nyújthasson a tudományos önképzésnek és tanulmányozásnak kellő eszközöket. Tetemes összeget fordit ezért egyesületünk évente ezen czélra s a mennyire anyagi viszonyai engedik, a meglevő értékesebb folyóiratok kiegészitésén, régibb évfolyamok beszerzésén fáradozik.

Ezen könytárszaporodás, az olvasók számának folytonos növekedése, főleg azonban tagjainknak már a hétszázat túlhaladó száma rövid idő mulva oda fog — előreláthatólag — vezetni, hogy egyesületi házunk, illetve olvasótermünk és üléstermünk elégtelenné fog válni. Rövid idő mulva fel fog merülni egy új ülésterem kérdése, talán a mostani udvarnak alkalmas beépitésével. Ez ismét nagyobb anyagi áldozatot fog kivánni s azért új tőke gyüjtéséről is kell egyesületünknek jó eleve gondoskodnia. Mily egyszerűen és sikeresen történhetnék meg ez az által, hogy egyesületünk azon tisztelt tagjai, kik azt nagy áldozat nélkül megtehetik — ilyen pedig egyesületünk hétszáz tagja között nagyszámmal van —, alapitó tagdíjukat lefizetnék s ezzel egyesületünknek új pénztőkét teremtenének.

Egyesületünk mult évi működésének részleteit a t. közgyülés elé terjesztendő hivatalos jelentések fogják kimerítően ismertetni.

Nem kételkedünk, hogy egyesületünk fejlődése a jövőre is a multakhoz méltó lesz, biztositékunk arra egyesületünk tagjainak egyre szaporodó száma és azon lankadatlan érdeklődés, melylyel minden egyes tag az egyesület feladatai és czéljai iránt viseltetik, azon fáradhatatlan munkásság, melylyel tagjainak nagy száma tevékenyen buzgólkodik feladataink megoldásán.

Ezzel van szerencsém a budapesti kir. orvosegyesület 62. évi közgyülését megnyitni.

Imrédy Béla titkári jelentéséből kitünik, hogy a lefolyt évben 31 tudományos ülésen 28 előadás és 86 bemutatás tartatott, a bemutatásokat és előadásokat 63 rendes és 2 levelező tag (Körössy József és Weisz Ede) tartotta; majd referált az október 14-dikén tartott évforduló nagygyülésről s az akkor kiosztott pálya- és jutalomdíjakról.

A szakosztályok működését illetőleg, a 45 rendes és 6 rendkivüli tagból álló gynaekologikus szakosztály 7 rendes ülésének 6 előadás és 25 bemutatás volt a tárgya;

az elme- és idegkórtani szakosztály 41 rendes tagja 7 előadást és 5 bemutatást hallgatott meg;

a stomatologikus szakosztály 47 rendes tagja 5 előadást és 6 bemutatást tett eszmecsere tárgyává;

jelenti továbbá, hogy az otologusok szakosztálya most van alakulóban.

Az igazgató tanács czélszerűnek vélte az egyesület részére projectios-készüléket beszerezni; e kérdés tanulmányozására *Högyes Endre* és *Klug Nándor* választmányi tagokból álló bizottságot küldte ki.

Az Ivanchich-alap kamataiból 690 frt lett segélyképen kiosztva 2 kartárs és 5 orvosözvegy között.

Az egyesületnek ez idő szerint 1 tiszteletbeli, 44 alapító, 623 rendes és 117 levelező tagja van.

Az év folyamán elhaltak *Fromm Pál* alapító tag, *Tyroch József*, *Schultz Henrik*, *Csajághy Béla*, *Mihalkovics Géza* rendes tagok, s a levelező tagok sorából *Bunsen Henrik*.

A könyvtáros jelentése szerint a könyvtár állása: 5949 munka és 410 különlenyomat 9079 kötetben, 2545 füzetben, 410 különlenyomatban; összes darabszám 12,034.

A pénztáros jelentése szerint: bevétel volt 12,666 frt 16 kr., kiadás 11,790 frt 50 kr., pénztármaradék 875 frt 66 kr.

A számbizottság jelentése szerint a Schuster-Bugát-féle ösztöndíj a jelen évben is *Kovács Bélának*, néhai Kovács Dániel hadházi orvos árvájának adatik ki.

Ezután következik a tagválasztás. Valamennyi ajánlott tag: összesen 43 megválasztatott és pedig:

Adler Oszkár, Altstädter Izidor, Arányi Zsigmond, Báthory Alfréd, Balázs Emil, Balog Lajos, Büchler Antal, Dapsy Viktor, Forgách Aladár, Friedmann Kornél, Frigyesi József, ifj. Genersich Antal, Genersich Vilmos, Glück Gyula, György Gábor, Hasenfeld Oszkár, Hoffenreich Armand, Huber Alfréd, Inselt Arnold, Jakab László, Jutassy József, Kelemen Dávid, Keppich Emil, Koch Béla, Kratochvilla János, Láng Sándor, parnói Molnár János, Molnár Sándor, Neubauer Adolf, Orbán Rezső, Pollatschek Elemér, ráthonyi Reusz Frigyes, Róth Adolf, Roth Alfréd, Salamon Henrik, Sipos Dezső, Spitzer Gyula, Surányi Lipót, Szántó Manó, Szigeti Gyula Sándor, Waldmann Fülöp, Weisz Ferencz, Weisz Miksa.

Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

(II. rendes ülés 1899. február 23-dikán.)

Elnök: **Navratil Imre.** Titkár: **Polyák Lajos.**

Orrkagyló-túltengések műtett esetei.

Baumgarten Egmont bemutatja az alsó orrkagylók túltengésének néhány esetét, melyet ollóval egész hosszában eltávolított és a hol a hátsó bunkósvégű rész látható. Egyik esetben a túltengés csekély volt, ellenben az orrszűkület igen nagy s miután az illető 22 éves nőbetegnek igen erős asthmája volt, a nyálkahártya túltengéssel együtt egy keskeny, hosszú, vékony s kiálló csont-léczet is eltávolított. Az asthma a műtét után teljesen eltünt.

A kemény szájpad legnagyobb részét illető sequester esete.

Baumgarten Egmont: A készitmény 24 éves fiatal embertől származik, ki négy év előtt syphilist szerzett, mely mindjárt a baj kezdetén oly rosszindulatúnak mutatkozott, hogy pl. 3—4 hó mulva a beteg súlyos szivárványhártyalobot állott ki. Annak daczára, hogy a beteg három éven át folyvást higany- és jodos orvosságokkal élt, a syphilis legkülönfélébb másod- és harmadlagos tünetein ment keresztül. Hat hónap előtt, midőn én a beteget először láttam, az orrgaratűr hátsó felső falán nagyobb szétesett gummát észleltem, mely a betegnek oly fejfájásokat okozott, hogy az illető öngyilkossági gondolatokkal foglalkozott. A fekély mélyen terjedt a csontba, kezelésre azonban nemsokára gyógyult. Alig hogy meggyógyult, nemsokára az orrgaratűrben hasonló fekélyeket kapott, melyeket Anton dr. úr Prágában orvosolt és meg is gyógyitott. Ezek után az orr bedugult, genyes kifolyás mutatkozott és rövid időn belül az orrsövényen nagy anyaghiány mutatkozott. Emellett már rendkivül büzös szag is jelezte, hogy kiterjedt nekrosisnak kell lappangnia, a kemény szájpadon a középvonal mentén hosszas fekély volt jelen.

Az antiluetikus kezelés a beteget annyira megviselte s a mellett annyira czéltalan volt, hogy azt végtére is abba kellett hagynia. Nagy nehézségek közepette — mert a beteg a legcsekélyebb érintésnél mindjárt rázógörcsöket kapott — voltam képes a vomert, egynéhány rostacsontlemezt, melyek nekrotizálódtak, eltávolitani. Az orrban látni lehetett a necrotizáló spina anterior nasi-t és a kemény szájpadon egy ezüstforintnyi anyaghiányt. Miután további három hét multán a sequester mozdulni nem akart s lázak is mutatkoztak, elhatároztam azt narcosisban eltávolitani. A csontrészlet a szájon át raspatorium segélyével lőn felszabadítva és a szabad orrüregbe luxálva, nagy terjedelménél fogva azonban csak nehezen lehetett megragadni és harántul fektetve kihúzni. Apróbb csontdarabkákat azután kikanalaztam.

A beteg néhány nap mulva lényegesen javult s úgy az evésben, mint a beszédnél zavarokat nem érzett, minthogy Krausz dr. ezredorvos úr már megelőzőleg az anyaghiányról lenyomatot készitett s műtét után a kész lemezt közvetlenül be is helyezte, a mit a beteg jól tűrt mindjárt.

Morelli: Igen üdvösnek tartom, hogy ez esetben az obturator előre el lett készítve, mert ezzel a tápfelvétel meg lett könnyítve, de az obturatort előre elkészíteni nehéz dolog és később rendesen meg is kell változtatni.

Baumgarten: Az obturator előrekészítése a kisérő ezredorvos érdeme.

Sokszoros nyelvgumma esete.

Navratil Imre: T. F., 50 éves vasúti hivatalnok, előadja, hogy 25 év előtt a himvesszőn fekélye volt, mely pár nap alatt szürke kenőcsre gyógyult. Azóta semmi kóros tünetet nem észlelt, bőrkütegre nem emlékszik. A nyelv felső felszinén s mindkét szélén a csúcson, sőt némileg az alsó felületre is ráterjedve éles szélű, a felszinről kiemelkedő, keménytapintatú, petealakú daganatok láthatók, melyek egyenetlen felszinűek, piszkos-sárgás lepedékkel fedettek, nem fájdalmasak. A jobb állalatti tájon egy galambtojásnyi, szabadon mozgatható mirigy tapintható, mely kissé érzékeny. Tarkó- és lágyékmirigyek mindenütt tapinthatók. Mindkét tenyéren bujasenyves sömörnek jelei, gyakori fejfájásról panaszkodik.

Mult év deczember havában feküdt első izben az osztályon, az alkalmazott antiluetikus kezelésre (higanykenőcs és jodkali belsőleg) gyors javulás jelentkezett, úgy hogy a beteg 2½ hét alatt saját kívánságára kibocsáttatott a kórházból. Néhány nap előtt majdnem a régi állapottal újból felvétette magát, a kezelés ugyanaz, az eredmény már néhány nap óta jelentékeny javulást jelez.

Török: A Baumgarten által operált syphilitikus kemény szájpadnekrosis esetében az antilueses kúrának nem volt hatása, úgy hogy az előadó még azokat is citálta, a kik az ilyen eseteket a higanykúrának tudják be; ezzel szemben a jelen eset az ellenkezőt mutatja. A beteg 25 év előtt lett fertőzve és addig, a míg *Navratil* tanár osztályára került, nem csinált antilueses kúrát, tehát csak 25 év mulva. Az ilyen esetek anamnesise rendesen azt deriti ki, hogy az ilyen betegek könynyelműen vették a dolgot és semmi, vagy csak jelentéktelen kenőkúrát csináltak. A tertiaer-esetek is az ilyenekből recrutálódnak.

A korai tertiaer-tünetek igen súlyos, rosszindulatú syphilis jelei. Az orrgaratűr ilyen bántalmainál néha csodálatos hatású a Zittmann-kúra, vagy pedig az ezután végzett higanykúra.

Nyelvrák műtett esete.

Navratil Imre: B. M. 33 éves mosónőnek 10 év előtt a nyelve bal szélén borsómekkoraságú daganata támadt, fájdalmas nem volt, csak a beszédben gátolta. Véletlenül megharapta és azóta sebes lett és megduzzadt, ilyenkor igen fájdalmas volt. Az alkalmazott szerek csak némileg szereztek enyhülést s azért a keletkezéstől számitandó 4 évre osztályunkon keresett segélyt. Akkor a daganat mogyorónagyságú volt, egyenetlen, felhányt szélű és lepedékes felületű fekélyt mutatott.

Műtét. Gyors gyógyulás, úgy hogy a beteg 14 nap mulva ép nyelvvel hagyta el az osztályt. Ezután majdnem 5 évig nyugta volt a betegnek, a mikor a baj ugyanazon helyen ismétlődött, de most már jóval gyorsabban terjedett, miért is a beteg újból felvétette magát az osztályra. Most a nyelv bal szélén, hegyétől a gyökig egy kemény, részint sima felületű, részint mély hasadékokat mutató daganat van jelen, mely a nyelv bal felét is meghaladja; egyes helyeken csipkézett széleket mutat. Állalatti mirigyeket nem tapinthatni, egyebütt sem constatálható semmi rendellenesség. A műtétet január 13-dikán végezte előadó, a daganat teljes kiirtásával akként, hogy a hozzáférhetőség kedvéért az állcsúcscsal párhuzamos ivmetszést vezetett az összes lágyrészeken keresztül; ezen nyiláson kihúzta a nyelvet és kiirtotta a daganatot. A nyelvből kiirtott daganatrészlet typikus carcinoma epitheliale strumáját mutatja. A daganat stromája olyan alkatú, hogy nincs kizárva, hogy ez esetben a carcinoma luetikus heg alapján támadt.

Beteg a műtét után láztalan volt, csak a nyelés volt eleinte nehezített. A nyelv sebe gyorsan gyógyult, s daczára annak, hogy kétharmada hiányzik, a beszéd, ha azzal nem siet, eléggé jól érthető, a nyelése rendes.

Felemliti előadó, hogy míg az előbbi esetben a külem után itélve a kórismét inkább nyelvrákra lehetett volna tenni, addig ezen esetben a külső jelek bujasenyv mellett szólottak. Megfigyelés és szövetvizsgálat azonban döntött és a helyes irányban indult gyógyeljárást az eredmények igazolják.

Heges orrszűkület.

Navratil Imre: R. I., 20 éves kőmives. Az arcz bőrén nagy himlőhegek láthatók, különösen az orrszárnyakon. Az introitus narium mindkét oldalon igen szűkitve van, úgy hogy csak egy lencsemekkoraságú az. Ezen szűkület az orrnyilásokra szoritkozik, az orrüreg normalisnak látszik, a nyákhártya elváltozást nem mutat.

Miután ezen bajától, mely az orron át való légzést lehetetlenné teszi s a beteg folyton tátott szájjal kénytelen lehelni, szabadulni akar, keresse fel előadó osztályát.

Előadó a szűkület megszüntetése czéljából a heges orrszárnyakból akkora darabot szándékozik eltávolitani, hogy az ép nyálkahártyát kiszeghesse a bőrhöz s ekkép kellő nagyságú orrbemenetet készithessen.

Baumgarten. Miután a synechia csak elől van, én hasonló esetben ezüst tubust hordattam egy betegemmel és az eredmény jó volt, erre, valamint a tágitás által elérhető eredményre óhajtottam a figyelmet felhívni.

Navratil. Ha a synechia teljes volna, úgy nem gondolnék műtétre, de a jelen esetben a műtét még nyujthat sikert, a tágitás azonban már nem.

A nyelvgyök adenoid szövete túltengésének egy esete.

Zwillinger Hugó: A beteg, kit bemutatni szerencsém van, tiz év óta arról panaszkodik, hogy idegen testet érez a torkában, leginkább akkor, ha üresen nyel, míg evésnél vagy ivásnál semmiféle akadályt nem érez. Minél többet figyel reá, annál élénkebben érzi azt, hogy valamit le kellene nyelnie. Hogy megszabaduljon a gyötrő érzéstől, mindent elkövetett, több orvos megvizsgálta, globus hystericust kórismézve, a

beteg villanyoztatott, különféle orvosságot szedett, baja azonban nem javult. A beteget megvizsgálva látjuk, hogy a nyelvgyök adenoid szövete hypertrophizált, különösen a jobb oldalon látjuk, hogy az epiglottis a szövetben mintegy beágyazott, a bal oldalon szintén, legkevesebbet azonban a középen. A kakastarajszerű vegetatiok leginkább akkor látszanak, ha beteg a nyelvét erősen kihúzza, akkor távolodnak el a nyeldeklő lingualis felületéről, míg különben az epiglottis felső szélét érintik s részben fedik, így a lig. laryngo-epiglotticum egy részét is. Czélszerűbb lett volna talán ezen esetemet más helyen bemutatni, hogy figyelmessé tegyem az orvosokat azon körülményre, hogy a torok paraesthesiainál mily fontos az alapos és szorgos vizsgálat és hogy ezen paraesthesiák mily gyakori esetben birnak realis alappal. Elég érdekesnek tartottam azonban esetemet arra, hogy Önöknek, kik előtt ezen viszonyok annyira ismeretesek is bemutassam, először is, hogy láthassák ezen adenoid vegetatiok különös alakját, másodszor, hogy győződjenek meg arról, hogy ily esetekben mily nagy a nervosus momentum, a mi abból világlik ki, hogy a meglehetős nagymérvű túltengést ecsetelve Lugol-oldattal, a beteg sokkal jobban érzi magát, az idegen test érzése sokkal csekélyebb, mint eddig volt, félnapra is eltünik, úgy hogy az ezelőtt nyugtalan beteg most nyugodt. Felemlitem még azt is, hogy ily mérvű túltengés néha accidentalis leletet képez, és a más baja miatt a gégeorvost felkereső beteg ezen elváltozás részéről semminemű kellemetlenséget nem érez.

Mint minden ily esetben, az én esetemben is, kutasz segítségével arról lehet meggyőződni, hogy a bajt a túltengett adenoid-szövet okozza. A követendő gyógyeljárás természetszerűleg nem lehet más, mint e vegetatiok eltávolítása, és pedig etapeszerű eltávolítása a galvanocaustikus kacs segítségével, a nyelvgyök számos és tág visszereit tekintetbe véve.

Szegedi orvos-egyesület.

(Szakülés 1899. április 11-dikén.)

Elnök: **Faragó Ödön**; jegyző: **Falta Marczel.**

Az intubatioról.

Kovács József: A tubusok leirását adja és bemutatja azokat. Alkalmazásuk módjáról értekezik bővebben, hangsúlyozva azt, hogy ő mindig fonállal használja a tubusokat, míg mások a nélkül is. Az intubált táplálását vázolja, valamint az intubálás indicatioit.

Ő maga 32 esetben intubált, ezek közül 30 croupban, 1 kanyaróban és 1 vörhenyben szenvedett. Elhalt 12. Serumoltások behozatala előtt 5 esetben intubált, ebből elhalt 4, a serum alkalmazása után 25 esetben, ebből elhalt 8.

Regdon Károly: Gégevizenyőnél is ajánlja az intubálást, szerinte intubálásnál tracheotomia csak igen ritkán szükséges. Egy betege 24 napig volt intubálva és ez meggyógyult. Az egyetemen az intubálás tanitását ajánlja.

Berger Mór: Egy esetben 28 napig volt betege intubálva, meggyógyult. Utólag nephritisben halt meg.

Rex Izsó: Egy esetében, más hiányában, három hónapos serummal oltott, mire másnap fekete petechiák léptek fel.

Goldschmidt György: Ha a diphtheria diagnosisa meg van állapitva, kötelezővé kellene tenni az oltást.

Faragó Ödön: Kapcsolatosan a diphtheriaellenes serumkezelésről számol be az 1898. évről. Bejelentetett a törvényhatóság területén előfordult roncsoló toroklob-eset közül a tisztifőorvosi hivatalban 119. Elhalt 50 (42%). A 119 eset közül serummal kezeltetett 50, ezek közül meghalt 14 (28%), serummal nem oltatott 69, ezek közül meghalt 36 (52%).

Kifejezett gégecroup tüneteinél 7 esetben alkalmaztatott serum. Öt esetben kellett intubálni, az intubáltak közül meghalt 3 (60%), gyógyult 2. Két gégecroupnál intubatiora nem volt szükség és a lefolyás igen kedvező volt.

Nyitravármegyei orvos-gyógyszerészi és természettudományi egyesület.

(XI. rendes közgyülés 1899. október 30-dikán.)

Thúróczy Károly dr. egyes. elnök megnyitó beszédében az iskolahygiene jelentőségéről és feladatairól tartott előadást s utalt annak fontosságára, mennyire kellene a középiskolai ifjúság szellemi nevelése mellett testi fejlődését ellenőrizni. A titkár jelentéséből az egyesület mult évi működéséről kivettük, hogy az egyesületnek 1 alapító, 162 rendes és 16 pártoló tagja van; a tagok közel felét a vármegyei orvosok és gyógyszerészek képezik s hogy az egyesület orvosi szakosztálya, egyszersmind az orsz. orvosi szövetség fiókjává alakult. A közgyülés után az orvosi szakosztály ülésezett, melyben *Hückl Ernő* dr. Bosznia egészségügyi haladásáról értekezik, *Biringer Ferencz* dr. a sérvek radikalis gyógyitását, különösen a Bassini-féle eljárást ismertette, *Adler Lipót* dr. a nyitrai közkórházban operált odontoma-esetet mutatott be, *Pavlik Sándor* dr. egészségügyünk állapotával foglalkozott, végül *Schiller Károly* dr. egy általa észlelt és typhus után fellépett pylorus stenosis esetéről értekezett.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Tetanus gyógyult esetét mutatta be *Schuster* a „Berliner medicinische Gesellschaft“ november 1-sején tartott ülésén. Az eset egy kis fiúgyermekre vonatkozik, kinél fejsérülés után már néhány nap mulva felléptek a tetanus tünetei. A betegnél, ki a sérülés után 12 nappal vétetett fel a Mendel-féle klinikára, eleinte Tizzoni-féle tetanus-antitoxint fecskendtek be és pedig a dura alá (2 gm. száraz antitoxin 20 gm. vizbe oldva). Ugy a hőmérsék, mint a rohamok száma a befecskendés után fokozódott. Egy második hasonló befecskendés néhány nap mulva szintén inkább rosszabbá tette az állapotot. A teljesen reménytelen esetben ekkor kisérletet tettek normalis ideganyag befecskendésével a has bőre alá (10 gm. disznóvelő 30 gm. vizzel eldörzsölve), mire az állapot csakhamar rohamosan javult és a beteg nemsokára meggyógyult. Előadó megjegyzi, hogy a tetanus-antitoxinba vetett remény nem valósult, a mennyiben az eddigi statistikai adatok szerint az antitoxinnal kezelt tetanus-esetek 43%-a halálosan végződött.

A chlorosis gyógyitásáról vassal tartott előadást *Aporti* az olasz belgyógyászati egyesület X. congressusán Rómában. Tapasztalatai szerint a ferrum citricum ammoniatum 10%-os oldatának endovenosus befecskendése, mely ambulanter is végezhető, rendkivüli jó eredményeket ad. Az úgynevezett organikus vaskészitmények szerinte nem hatnak jobban, mint a közönséges készitmények, sőt kutyákon végzett kisérletei alapján még kevésbbé megbizhatók, mint ez utóbbiak. A vas helyett ajánlott más nehéz fémekkel végzett kisérletes vizsgálatai szintén nem vezettek kedvező eredményre.

PÁLYÁZATOK.

10,994/1899. kig. sz.

Bács-Bodrogh vármegye topolyai járáshoz tartozó **Bács-Feketehegy** községben üresedésbe jött **községi orvosi állásnak** betöltése czéljából pályázat nyittatik.

Ezen állás javadalmazása:

I. a községi pénztárból évnegyedes előleges részletekben 500 frt.

II. Trachomásoknak gyógykezeléséért negyedévenként előleges részletekben a községi pénztárból 1934/1895. kgy. sz. alatt jóváhagyott szabályrendelet alapján 100 frt.

III. A látogatási díj a megválasztandó orvos és a község között egyezségileg fog megállapittatni, addig is azonban a megválasztott orvos az eddigi gyakorlatnak megfelelőleg nappal 30 kr., éjjel 50 kr. látogatási díj és vényirásért külön 20 krt szedhet.

Felhivatnak a pályázni szándékozók, hogy folyamodványaikat az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. § (1883. évi I. t.-cz. 8. §.) értelmében felszerelve hozzám **1900. évi január hó 20-dikáig** annyival inkább nyujtsák be, mivel a később érkezők figyelembe vétetni nem fognak.

A választási határnap utólag fog kitüzetni.

Bács-Topolya, 1899. évi deczember hó 22 dikén.

2—1 *Császár*, főszolgabiró.

8514/1899. kig. sz.

A lemondás folytán megüresedett **handlovai körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek,

Felhivatnak tehát mindazok, a kik ezen a nagycsausai és handlovai körjegyzőségre kiterjedő 12 községből álló és Handlova székhelylyel biró 1100 frt fizetés, fuvardij és trachomakezelési tiszteletdij elvezetével valamint kézi gyógytár köteles tartásával egybekötött állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében szabályszerűen felszerelt kérvényeiket és eddigi működésüket, valamint a német és tót nyelvbeni jártasságukat igazoló bizonylataikat hozzám legkésőbb **1900. évi január hó 15-dikéig** beadják, mert a később érkezetteket figyelembe venni nem fogom.

A trachomakezelés szükséges szaktanfolyam elvégzésének igazolását feltétlenül megkivánom.

A pályázók a választás határidejéről külön fognak értesittetni.

Privigye, 1899. deczember hó 27-dikén.

2—1 *Dr. Filberger Gyula*, főszolgabiró.

Az itteni **társládai orvosi állás** betöltendő. Évi fizetés 2000 korona, lótartási átalány 700 korona, házi gyógytár kezelés, külön megállapodás szerint, szabad lakás, fütés és világitás. Pályázatok kéretnek

1—1 *Bányaigazgatóság Kotterbach* (Szepes megye).

9990/1899. szám.

Nyitravármegye szakolczai járásába kebelezett és lemondás folytán megüresedett **radosóczi körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen állással 600 frt évi fizetés, 200 frt úti átalány, mely havi részletekben a vármegyei főpénztár által előre kiutalványoztatik és a szabályrendeletileg megállapitott díjak szedhetési joga van egybekötve.

A körorvos működési köréhez tartoznak:

Radosócz, Vlcskován, Vidován, Lopassó, Veszka, Oreszko, Chropó, Kis-Koválló, Szent-Istvánfalu, Czoborfalu, Mokrihaj, Kis-Pritrzsd és Tövisfalu községek. A halottkémi és vágóbiztosi teendőket Radosócz és Vészka községekben látja el. Magángyógyszertár tartási joga folyamodás esetén elérhető.

Pályázni szándékozók felhivatnak, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében felszerelt folyamodványaikat **1900. évi január hó 20-dikáig** alulirottnál nyujtsák be.

A választás határnapjáról a pályázók külön értesittetnek.

Holicson, 1899. deczember 6-dikán.

3—3 *Frideczky*, főszolgabiró.

Melléklet az „Orvosi Hetilap“ 53. számához. 2. SZ. Budapest, 1899. deczember 31.

UJABB GYÓGYSZEREK ÉS GYÓGYMÓDOK.

Szerkeszti BÓKAY ÁRPÁD egyet. tanár.

Tartalom: *Deutsch László* dr.: Pestis elleni védőoltások és a pestis-serum. — *Havas Adolf* dr.: „Mercuriol“ egy új higanykészitmény. — *Koós Aurél* dr.: Néhány mesterséges tápszerről s azok alkalmazásáról a gyakorlatban.

Pestis elleni védőoltások és a pestis-serum.

Irta: *Deutsch László* dr.

Kevéssel azután, hogy Yersin a párisi Pasteur-intézet növendéke, a kit a franczia kormányt az 1894-iki cantoni és hongkongi pestisjárvány kitörésekor küldött a betegség tanulmányozása végett Indochinába, a pestis okozójául a bacillust felismerte és annak könnyű tenyészthetőségét, meg kisérleti állatainknak fogékonyságát kimutatta, a párisi iskola alkalmazásba vette mindazokat a módszereket, a melyek az idők folyamán a bakteriumellenes és antitoxicus immunitás elérésére kifejlődtek. Törekvéseiknek köszönhető, hogy a járvány ma részben veszitett pusztitó jellegéből, mert védekezés áll módunkban.

A védekezésnek két specificus módja ismeretes: 1. a védőoltás (vaccinálás), 2. a serummal való kezelés (serum therapia), a mely ismét lehet prophylacticus vagy curativ.

Tárgyaljuk előbb a védőoltás lényegét. Yersinnek azon felfedezése óta, hogy a rendes laboratoriumi állatok (tengeri malacz, lapin, patkány, egér, de ló, sertés is) érzékenyek a pestisbacillus iránt, lehetséges volt a védő módszerek tanulmányozása. Roux, Calmette s Borrel már 1894-ben megkezdték a védőoltásokat a Pasteur-féle schema szerint; Yersin 1895 ben Indiából visszatért és segédkezett a végtelen türelmet és óvatosságot igénylő munkálatoknál.

Először is szűrt tenyészeteket fecskendeztek be a kisérleti állatokba, de eredménytelenül. Azután agar-kulturákról leöblitett bakteriumos massát húslevesben osztottak el, 58°-ra hevités útján elölték a bacillusokat és a toxicus, de nem fertőző (nem élő) anyagot fecskendezték be a nyúlak peritoneumába és a vivőerekbe. Az állatok rendszerint megbetegedtek, lázas reaction mentek keresztül, de azután helyreálltak; már az egyszer igy kezelt állatok is erős resistentiával birtak az élő kultura ellen, de az immunitásuk még inkább fokozódott, ha a búvárok még egy- vagy kétszer ismételték meg a védőoltást.

Ezek a kisérletek alapjául szolgáltak a maig is dívó praeventiv eljárásoknak. Kiderült ugyanis, hogy az intraperitonealis (vagy — bár lassabban — subcutan) oltások útján immunizált állat nemcsak maga volt védett, hanem savója más állatot is védeni képes. Például már az első nyúlak vérsavójának 3 ccm.-re más nyulat a legvirulensebb pestisnek subcutan infectiója ellen biztosan megóvott (prophylaxis!), sőt az állatot 12 órával a virus befecskendése után is megoltalmazta (curativ kezelés!).

Mig Roux és iskolája ez időtől fogva mind a mai napig tisztán a serummal foglalkozva, azokat a körülményeket igyekezett kiismerni, a melyek a serum hatékonyságára befolyással vannak, addig a Pasteur-intézet egy másik tehetséges tagja, Haffkin, a prophylacticus vaccinálás propagálására adta magát.

Haffkin, az állatkisérletek sikerén felbuzdúlva, elhatározta, hogy a praeventiv oltásokat széles körben fogja alkalmazni. Roux azon tapasztalatából indult ki, hogy a megölt kulturának *egy* adagja is képes érzékeny állatfajokat immunizálni; tehát 65°-ra hevített kulturát vitt emberek bőre alá védőoltás czéljából. Eleinte részint személyes okokból, részint tudálékos ellenérvek alapján nehézségekre talált, de mikor a pestis 1896-ban Hongkongból Bombayba tört át, s onnan 1897. tavaszán Karacheeba s Poonaba (India nyugati partvidékén) terjedt tovább, határozta el magát az angol kormány, hogy Haffkin módszerének kipróbálása czéljából Bombayban a „Government Plague Research Laboratory“-t (pestis laboratoriumot) felállitsa, s ezzel nagyarányú kisérletek megtételét lehetővé tegye.

Mielőtt kisérleteire, melyeknek arányait talán csak a himlőoltás múlja felül, rátérnénk, nehány szót kell szólnunk módszeréről. Haffkin ma (l. A Discours of Preventiv Inoculations. Roy. Soc. 1899. jun. 8. Lancet 1899. 1694. l.) azon a véleményen van, hogy az emberi pestis csak részben bakteriumos betegség; a tüneteknek egy részét (deliriumok, láz, gyengeség) a felszivódott toxinok okozzák. Tehát nem tartja elégségesnek a bakteriumellenes immunitást, a melyet a megölt bakteriumtestek beoltásával Roux és társai olyan könnyen értek el, hanem antitoxicus immunitásra is törekszik. És tényleg tapasztaljuk egyéb bakteriumos betegedéseknél is, hogy a toxinoknak egy része határozottan fegyverét képezi a bacillusoknak, a melyek segitségével a szervezett védőcsapatait, a phagocytákat visszatartják: minél nagyobb mértékben érzéketlenek a szervezet védősejtei a specificus sejtmérgekkel („phagotoxin“) szemben, annál immunisabbak a bacillussal szemben, a mely azután csakis védtelen, iners idegen test, sőt tápláló anyag számba megy. Bármily paradoxnak látszik is e mondás, tény, hogy pl. a diphtheria mérge ellen immunizált állat teste a subcutan befecskendett bacillusok testeiből ép úgy táplálkozik, akár a befecskendett tojásfehérjéből; feloldja és assimilálja azokat.

Kérdés azonban, hogy preventiv czélokra szükséges-e az antitoxicus immunitás. Véleményünk szerint, nem. Szükséges volna, ha a szervezet a pestisbacillust nagy mennyiségű pestisméreggel együtt venné magába, ha pl. az infectio esetleges romlott tápanyagok útján, a béltractus révén történnék; ma tudjuk, hogy rendesen parányi bőrsertéseken át, rovarok (bolhák, legyek) útján történik a fertőzés, mikor valószinűleg csak egy-két bacillus kerül a szúrási sebbe. Ilyenkor bakteriumellenes immunitás, ha elég nagyfokú, teljesen elégséges. Tényleg újabb időben, pl. a Németország által küldött pestis kommiszszió a Haffkin-féle védőoltásokat az eredeti modificatióban (hevitett agar-kultura) elegendő erejűeknek tartja.

Haffkin, mint mondtuk, ezzel nem elégszik meg és oltóanyagát a következőképen készíti. Neutrális peptonos ürü-húsleveshez kevés sterilis kókusz-zsirt vagy vajat önt s beoltja a virussal: a rendkivül gyorsan kifejlődő bacillusok az olajcseppeken függő stalaktitok alakjában lefelé nőnek és belógnak az edény ürébe, miközben a bacillus-egyedek a környező folyadékkal egész felületükkel érintkeznek. 5—6 hét mulva a bacillustömegből álló stalaktitok leesnek az edény fenekére, s a bacillus növekedése megszünik. Ekkor a folyadék rendkivül toxicus, mivel a 6 hét alatt secernált toxinokon kivül a bacillusok szétbomlásából eredő bacillusmérgeket is tartalmazza. Az egy órán át 65°-ra hevitett folyadéknak felső tiszta része a Haffkin vaccinja, oltóanyaga.

Ez oltóanyag adaga 2·5 cm^3 s ezt a beoltandók bőre alá fecskendi. A beoltás után erős oedema fejlődik az injectio környékén, a mely fájdalmassá válik, rosszullét, borzongás áll be, néha rázó hidegig fokozódó lázas mozgalom (39—40°); az általános tünetek 24 óra mulva elmúlnak, csak a fájdalmasság marad meg még 4—5 napig.

Újabban az immunitás fokozására Haffkin 10 nappal az első után második oltást végez, mely rendszerint tünetek nélkül folyik le. Az adag ugyancsak 2·5 m^3.

Haffkin módszerével véghez vitt állatkisérletek határozottan positiv eredménynyel járnak: pl. a bombayi „Grant College Medical Society“ igazgatójának, Krishná-nak kisérletében 10 így preparált nyúl mind kiállotta a fertőzést, mig a 10 kontroll-nyúl mind elpusztult pestisben.

A nagyszámú orvosnak ellenőrzésével végzett emberoltások közül e helyen felsorolunk nehányat.

1. Tömeges oltás a bombayi Byculla javító-intézetben, a hova a pestist 1897. január 23-dikán hurczolták be. Egy hét alatt 346 fegyencz közül 9 esett pestisbe, ezek közül 5 meghalt; az oltás napján (január 30-dikán) 9 új eset, 6 halálos. A maradó 328 közül beoltatta magát 151, az oltást meg nem engedte 177 egyén; az utóbbiak közül pestisbe esett 12, meghalt 6, az elsők közül pestisbe esett 2, s mindkettő kigyógyult.

2. Oltás az „Umerkadi Common Jail“ nevű bombayi fogházban, a hova a pestis 1897. deczember végén tört be. 1898. január 1-ig 3 halálos eset. Az eredmény: 127 nem oltott között 10 eset, 6 halál; 147 oltott között 3 gyenge megbetegedés, a melyet az orvosok „mumps“-nak néztek.

3. Az oltások szinhelye a „Dharwar Jail“ börtön. Előzőleg 5 halálos eset. Beoltatott a börtön minden lakója, számszerint 373. Két nap mulva egy felgyógyuló eset.

4. 1898. február 12-dikén. Haffkin beoltja Undhera falu lakosságának felét, miután a pestis nehány hét alatt 79 áldozatot követelt. A járvány még 42 napon át jelentkezett 28 családban; e családokban 64 nem oltott közül 27 esett pestisbe (26 halál), a 71 oltott személy között 8 eset (3 halál) fordult elő.

5. Lanowlie faluban a Kirkee tüzérezred 1530 főnyi legénysége után Damaon portugál kolónia 2197 tagja következett, majd Khoja város 10,000 lakosa, s Hubli Dharwar Gadag *80,000* oltással. E közel 100,000 oltás eredménye, mint a hivatalos adatok bizonyitják, rendkivül kedvező volt, a menynyiben az illető helyeken a járványt lokalizálniok sikerült. A mégis észlelt pestisbetegek 80—90%-a nem volt beoltva, mig csak egytized részük rekrutálódott a beoltottak közül A védőoltás másik hatása az volt, hogy a halálozás korántsem érte el a rendes 80—85%-ot, hanem 40—45% között ingadozott, azaz a védőoltottak, ha meg is kapták a pestist, ez náluk enyhébben folyt le.

Ideiktatjuk például a föntebb emlitett Damaoni kisérlet adatait. 2197 beoltott közül pestisben elhalt 36 = *1·6%*, 6033 nem oltott közül 1482 = *24·5%*.

Még kedvezőbb az arány 1898-ban Bombayban: 8142 beoltott[1] közül csak 3 egyén pusztult el pestisben.

Ez eklatáns sikerek, a melyek Haffkin nevét egész Angliában bámulttá tették, az angol kormányt arra birták, hogy Haffkint egész India immunizálásának szervezésével bizzák meg. Mily rengeteg munka lesz a millió számra menő védőoltások szervezése, elképzelhető, de India kényszeritve van reá, mert a 4 év óta dühöngő járvány irtózatos pusztitásokat vitt véghez. Minden tartomány meg fogja kapni a maga vaccina készitő telepét. De szükséges is. Egész vidékek elnéptelenedtek, s ha egy járvány még épségben hagyta a lakosság egy részét, akkor a következő évben visszatért, hogy annál nagyobb erővel pusztitson.

Bombayban eddig 4-szer észlelték a járvány kitörését; 1896. derekán lépett fel, 1898. tavaszán újra kitört, 1899. tavaszán a három rohamot szenvedte el a szerencsétlen város, és a negyedik járvány ma sanyargatja Bombayt.

Vagy ha például Poona 80,000 lakossal biró város mortalitását vesszük szemügyre, megértjük Anglia rendkivüli igyekezetét. Az első járvány 1896. szeptembertől 1897. juniusig tartott (2118 esettel 1564 halál); a második 1897. junius 1-től 1898. junius 1-ig tartott (6561 eset, 4984 halál); ezután kis remisszió állott be, a mely egy évig tartott (1118 eset, 1017 halál), de az idén junius 1-én irtózatos explosiószerű erővel tört ki újra a ragály. Három hónap alatt 12,400 beteg közül 9795-öt, azaz a lakosság $^1/_8$-át elragadta: a járvány tetőpontján naponta 150 halálesetet észleltek, a mi Budapest nagyságú városra átszámitva naponkinti 1400 halálesetnek felel meg.

Anglia reméli, hogy a Haffkin-féle oltásoknak systematikus kiterjesztésével urává lesz a járványnak.

A mondottak után egészen természetes, hogy Haffkin oltóanyaga hijával van minden gyógyitó tényezőnek: csakis prophylactice hat, curative nem. A prophylaxis az eddigi tapasztalatok szerint elég kielégitő, de semmi sem áll útjában annak, hogy ép úgy, mint kisérleti állatainkat, ép úgy az embereket — esetlegesen több oltás segitségével — a teljes immunitásnak, az absolut védettségnek fokára emeljük. E tekintetben a laboratoriumi kutatásoknak még tág tere nyilik. Egyes baleseteket mindig fogunk észlelni, a minthogy naponkint észlelhetjük kisérleteinkben, mily külömbözőképen reagálnak ugyanazon állatfaj egyénei ugyanegy kártékony dosisra: de ezek nem fogják megakadályozni a Pasteur elveinek újabb diadalát, a pestis ellenes védőoltások elterjedését.

Ki nem küszöbölhető hátránya a vaccinoltásoknak, hogy az immunitás csak napok mulva (4—7) jelentkezik: addig az egyén védtelen s a pathogen csirának ki van téve. Hogy az orvost, az ápolót a reactiónak ez időszakában mily veszély környezi, azt legjobban érteti meg a szerencsétlen Müller doktornak s a két másik bécsi áldozatnak esete. Könnyen magyarázható tehát azoknak a törekvéseknek jogosultsága, a melyek a pestis serumtherapiájának megalkotásához vezettek. Az erősen védoltott (hypervaccinált) állatok seruma ugyanis a benne rejlő antitoxinok és bakteriumellenes anyagok segitségével más állatokat immunizálhat. A savóval átvitt passiv immunitásnak lényege, hogy azonnal beáll, amint az átvitt savó felszivódott, és megszünik, ha az idegen savó a szervezetet elhagyta. Belátható, hogy az immunizáló savóval rögtönös immunitás érhető el.

A savót curativ czélokra először nagyobb mennyiségben Roux állitotta Párisban elő, mikor a kisérleti nyulakkal positiv eredményre jutott. Roux lónak vénájába fecskendezte be a pestis *élő* kulturáját, minden toxinjával és bacillusával együtt: a ló az első órákban igen erősen lázas lett, elgyengült, de pár nap mulva magához tért. A teljes felépülés napján nagyobb, szintén élő adagot kapott, s igy óvatosan folyton feljebb haladt mintegy egy évig; seruma ekkor oly hatásossá lett, hogy $^1/_{10}$ cm^3-e az egeret a halálos infectio ellenében megvédte, 1 cm^3 pedig 12 órával az infectio után még a beteg egeret kigyógyitotta.

Ezzel a sérummal végezte Yersin hiressé vált első gyógyitási kisérleteit 1896. nyarán. Első esete egy fiatal kantoni kinai volt, a kit $^1/_{20}$ erősségű serumának 30 cm^3-ével igen súlyos pestisből kigyógyitott. Minthogy a kantoni pestis kialudt, Yersin Amoyba indult, s ott 23 beteget, közöttük nehány igen súlyosat, serumával beoltott. Az eredmény váratlanul kedvező volt: 23 eset közül 2 halt meg. Yersin az első campagne-ában a *mortalitás: 7·6%* volt.

Ily kedvező eredmények után Yersin 1896. végén Nha-Trangban nagyobb számú lovat kezdett immunizálni, minthogy a pestis időközben terjedésnek indult, s már Bombayban is pusztitott. A bombayi pestis Európát nyugalmából felrázta. A prophylacticus óvóintézkedéseket[1] mindenütt megtették s a közelgő veszély hirére Roux a párisi Pasteur-intézet garchesi serumtelepén 25 lónak immunizálását rendelte el. Minthogy azonban az élő kulturák ellenőrzése ily körülmények között igen nehéz volt, bizakodva a serumtherapia eddigi fényes sikereiben, Roux megelégedett, a lovaknak megölt kulturák, vagy pedig a kulturákból izolált és lecsapott toxinok ellen való immunizálásával.

Yersin a három hónapig immunizált lovaknak serumát 1896. telén magával vitte Bombayba, a hol a járvány óriási mérveket kezdett ölteni, s Nha-Trangi lovainak serumát is fel-

[1] Igaz, hogy a járvány alábbhagyott. *D. L.*

[1] A melyeknek köszönhető pl., hogy az 1897-diki 3 londoni pestis-eset, a melyet bombayi hajó hozott magával, izolált maradt.

használta gyógyitó kisérleteire. A készlete az 1896-nál sokkal gyengébb volt: annak, mint láttuk, egérre vonatkoztatott praeventiv adagja $^1/_{10}$—$^1/_{20}$ cm³ volt, ezé $^1/_4$, sőt csak $^1/_2$ cm³.

A külömbség pregnánsan nyilvánult, Bombayban s Cutch-Mandviban a Yersin által kezelt 141 betegnek mortalitása 49% volt, mig a nem kezelt pestiseké 80%. Az eredmény nem épen kedvező. Mig a párisi serummal kezelt (1897.) márcziusi 51 eset elég kedvezően folyt le 33% mortalitással, de már az áprilisi (nha-trangi) serummal kezelt 19 beteg mortalitása (72%) nem külömbözött a nem kezeltektől. Néha a hatás azonban elég nyilvános volt. Yersin pl. elmondja egy helyen egy terhességének 4-ik hónapjában levő parsi-asszony esetét, a mely 40·6 hőfokkal, deliriummal, hányással került kezelés alá; a beteg 110 cm³ $^1/_{10}$ erősségű serumra meggyógyult. Minden serum-injectio látható javulást okozott.

Ha tehát Yersin eredményei az 1896-iki amoyi eredményt meg sem közelitették, másrészt némely esetben a serum hatását kétségtelen bebizonyitották. Ezt különben az állatkisérletek már előre sejtették. Igy az 1897-es orosz expediczió tagjai, Wyssokowitch és Jabolotny, a párisi serummal a rendkivül sensibilis majmokat könnyű szerrel oltalmazták meg, sőt a virus beoltása után 24—48 óráig meg is gyógyitották őket. Pedig magunk is láthattuk, hogy a majmok rendkivüli érzékenységének tanusága gyanánt, miként pusztult el minden majom (Macacus faj) a pestiskulturával fertőzött bontótűnek alig látható szúrása után 4—5—6 nap mulva. A ganglionok már 24—36 óra mulva duzzadtak, s az állat minden esetben a legakutabb pestis-sepsisben pusztult el. A normális majom phagocytái ugyanis egyáltalán nem bántják a pestis bacillusait, a melyek akadálytalanul elszaporodnak. A serumbefecskendés után azonban az excitált phagocyták a bacillusokat — a melyeknek a sejtekre kártékony produktumát, phagotoxinját, mint mi gondoljuk, a serum védőanyagai lekötik — tömegesen pusztitják el. Ilyenkor azután egy phagocyta 8—10 pestis-bacillust is tartalmazhat, úgy hogy a bacillusok tömege a plasma tömegét felül is mulja.

Yersin serumával mintegy 500 oly egyént praeventive beoltott, a kik a pestis focusában éltek, és igen kedvező eredményt ért el. Például az osztrák bizottság két tagja, a kit maga Yersin oltott be, bonczoláskor kezét fertőzte; mindkettőnek hónaljmirigye 24 óra mulva megdagadt, de a betegség tovább nem fejlődött. Ép igy járt egy bombayi orosz orvos is.

Tanulságos a serum praeventiv hatásának elbirálására Yersin következő esete is: Egy bombayi európai család indus szolgája pestis tünetei között elhal; az európai kis leány pestisbe esik és serumra kigyógyul. Yersin praeventive beoltja az atyát, az anyát s 4 szolgát. Mind egészséges marad, mig az 5 be nem oltott szolga közül 4 megbetegszik és mind meghal.

A beoltott 500 eset között Yersin 5 pestis-esetet észlelt (3 halál), m. p. az oltás után következő 12., 20., 42. napon; ebből az derül ki, hogy a *praeventiv pestis-serum oltásoknak hatékonysága nem tart tovább 2—3 hétnél*, ami teljesen megfelel annak, amit egyéb antibakteriumos serumokra (typhus, cholera) nézve naponta tapasztalhatunk.

Mondtuk, hogy Yersin serumával, mely tényleg gyenge is volt, Bombayban nagy eredményeket nem ért el. Az indiai kormány ennélfogva másoknak, igy Lustig s Galeotti bolognai bakteriologusoknak megengedte, hogy serumukat, melyet ők a Yersinénél antitoxikusabbnak vallottak, kisérleteket tegyenek. Lustig kálilúggal vonja ki a bacillus toxinját és ezzel immunizálja lovait. Eredményei épenséggel nem voltak kedvezőek, mert elért mortalitása 40% körül ingadozott. Mások (Frank Clemow, Lancet 1899, 1213. l.) még rosszabb eredményeket értek el, pl. 13 eset közül 3 gyógyulást (23%). Ugyane szerző a „Roux methodusa szerint“ készitett orosz serummal, melyet a pétervári császári kisérleti gyógytani intézet készitett, is csak 25% gyógyulást ért el.

A mult évben a serumkezelés e módon hitelét veszitette. Az oka e rossz eredményeknek pedig egyrészt az volt, hogy a betegek nagy számánál fogva a serum adagait le kellett szállitani, másrészt a serum meg sem közelitette Roux első pestis-serumát, a mely kétségtelenül bevált. Az orosz „Roux“ serum készitési módszere például egyáltalán nem a Rouxé. Az emlitett serumot olyan megölt 2—3 napos agar-kulturáknak befecskendése útján nyerték, melyek toxinokat nem tartalmaztak. Az ekként nyert serum, a melyet Bombayban „Roux seruma“ neve alatt alkalmaztak, tisztán bakteriumellenes serum. A serumot csak akkor vették használatba, ha $^1/_{10}$ cm³-e a fehér egérnek 12 órával később eszközölt infectióját meggátolta; emlékszünk reá, ez volt ($^1/_{10}$ cm³) a Yersin-féle első párisi serumnak titere. És mégis ez hatott, a bombayi nem. A külömbséget mással, mint az első serum antitoxicus képességével nem lehet megmagyarázni.

Más ugyanis egy állat infectióját meggátolni és egy több nap óta beteg pestises egyént meggyógyitani. Az első esetben a szervezet intact, az antibakteriumos védőanyag a szervezetre elegendő, itt a szervezet a pestis-toxinoknak más részben áldozatává esett. Az antibakteriumos savó csakis reactióképes organismus esetében hat: a pestises beteg leucocytái mérgezettek, reactióra kevésbbé képesek, tehát a savó gyógyitóképessége csekély lesz.

Tehát gyógyitásra olyan savó használható egyedül, a mely bakteriumellenes, de antitoxicus is: praeventiv (antibakteriumos) anyaga a bacillust gyengiti, antitoxinja a keringő s a sejtekhez még csak lazán kötött bakteriummérget megsemmisiti, s a szervezet védősejteit reactióképesekké teszi.

Ez a tapasztalat irányadó manapság is a curativ serum kérdésének fejtegetésénél. És tényleg az a serum, a melyet Roux e perczben készit, mindkét követelménynek megfelel; serumkészitő eljárását eddig pontosan még nem közölte ugyan, de privát értesüléseink nyomán tudjuk, hogy az az oltóanyag, a melynek segitségével az állatokat immunizálja, a bacillusokon kivül toxinokat is tartalmaz, m. p. a hő által ártalmatlanná tett állapotban.

Hogy az igy nyert serum hatékony, az Calmette számadataiból kiderül, aki a most folyó oportói pestisjárvány halálozási arányszámát 43%-ről 13%-ra nyomta le.

Kérdés ezek után, hogy miként védekezzünk a pestis ellen? Ami a kérdésnek curativ oldatát illeti, kétséget nem szenvedhet, hogy a kitört pestis gyógyitásánál az erősen antitoxicus s bakteriumellenes serumnak minél nagyobb adagait kell alkalmazásba vennünk. A lóserumnak 100 cm³-nyi adaga sem okoz — esetleges urticarián kivül — nagyobb bajt; súlyos esetekben ilyen nagy napi adagig is fel lehet menni; különben 20—50 cm³ lesz a napi gyógyitó dosis.

Csodákat a serumtól sem lehet várni. Ha a beteg későn kerül kezelés alá, pl. 4—5 nappal a kór kitörése után, akkor a pestis toxinjai a szervezet sejteit már annyira megmérgezték, a toxin a sejtplasmával oly szorosan egyesült, hogy onnan semmiféle antitoxin ki nem üzi többé. Minthogy pedig a serum csakis a sejtek közreműködésével hat, eredményt nem is várhatunk.

Ami a prophylaxist illeti, tekintve, hogy a serum adta immunitás az injectio pillanatában beáll, de hatása csak egy-két hétre terjed ki, mig a Haffkin-féle activ immunitás csak 4—5 nap mulva áll be, de nehány hónapig is eltart, természetes, hogy azok, akik foglalkozásuknál (orvosok, ápolók, desinfektorok), lakásuknál fogva (családtagok, lakótársak) a ragálynak közvetlen ki vannak téve, a serummal passiv módon immunizálandók, mig az inficiált község vagy városrész többi lakosa Haffkin szerint kezelendő. *Legbiztosabb mindenesetre a kombinált módszer: egyidejű serum- és vaccin-oltás, midőn ez utóbbinak hatása akkor fejlődik legerősebben, mikor az első okozta immunitás már tünőfélben van.*

Valjon, mit tettünk mi magyarok eddig a tudomány ez eredményeinek az ország javára való értékesitésében? Semmit, egyáltalán semmit. Mit teszünk majd, ha a pestis itt lesz? Valószinűleg gyüléseket és enquête-eket fogunk rendezni, illő szakvéleményekkel és a szakemberek meghallgatásával. Valószinű, hogy ha a ragály már kikötőinket fogja tizedelni, akkor a kormány nehány ezer forintot meg is fog szavazni a „vész elhárítására szolgáló intézmények tanulmányozására“. Hogy most itt az ideje, hogy most kellene már gondoskodni mindenről, azt az intéző körök eddig még nem látták be. Mert ha akármilyen

strucz-politikát űzünk is, jó volna ez esetben kissé körülnézni, s jó is volna attól kissé el is ijedni, hogy hány oldalról fenyeget a veszély.

Formosa, Bombay, egész India egy pestisfészek ma, Dsedda, Suez, Portsaid, Alexandria fertőzött; a vész október havában átcsapott Mauritius s Reunion szigetekre, s Tananarivóba, Madagaszkar fővárosába, innen a Delagoa öböl környékére. Bombayból hajón vitték a csirákat Santosba (Brazilia), ahol lassan tovább harapódzik a járvány, szintén hajón Oportóba, a honnan az terjedőben van Spanyolország felé. Indiai hajó czipelte be a pestist októberben Algirba (Philippeville, Oran), s október 14. Plymouthba is, ahol az angol hatóság ébersége csirájában elfojtotta. Az Ural-hegység tövében levő kolobovkai fészek Astrachanon át fenyeget.

A pestist útjában csak egy tartóztathatja fel: a tudomány. Nálunk sajnos a tudományra még mindig nem akad pénz. Hol az az intézet Magyarországon, mely az országot védő anyaggal elláthatná, hogy azok az istállók, a melyekben a serum készül? A kis Bulgária fentart serumtelepet, Törökország, „a beteg ember“ Abbasiehben (Egyptom) pestis-telepet tart fenn, Németország a berlini pestis-konferenczia eredményeként sürgeti a pestisellenes védőanyag-intézetnek azonnali felállítását, Franciaországot a párisi Pasteur-, Angliát a Jenner-Institut, Olaszországot egész sor intézet, Oroszországot Pétervár látja el; még az örökké alvó Ausztria is előttünk van.

Ha a pestis itt lesz, akkor késő már; és az fog velünk történni, a mi Indiában történt: ha elmulasztjuk azt az időt, a melyben pár ezer oltással az országot megmenthetjük, millió oltás sem lesz elég.

Még van pár hónapunk, mert a pestis, ha terjed is, tavasz előtt nem érkezik ide. Ezt az időt az ország egészsége érdekében ki kellene használnunk. *Szükségünk van egy modern szinvonalon álló, minden búvárlati eszközzel ellátott pestis-intézetre*, ahol ahhoz értők időt és az állam pénzét nem kímélve, a pestisellenes szereket előre elkészítik. A Haffkin-féle oltóanyag készítése sok helyet s időt nem vesz igénybe: kisebb laboratórium is elég annyi adagnak (pl. 100,000) elkészítésére, a mennyi egy esetleges epidemia megállitására elegendő. A serum készítéséhez nagy istállók, desinficiálható épületek szükségesek, de ezenkivül legalább félesztendei munka is.

És ezért már most kellene az államnak az intézet minél hamarabbi megépitéséről gondoskodnia, nehogy, a mi különben okvetlen beállna, az ország egészsége egyesek üzérkedésének válhassék tárgyává. Sok pénz, sok munka nem kell az egészhez, csak egy kis előrelátó gondolkodás. És ezt jogunk van azoktól megkivánni, vagy ha kell, követelni, akik az államnak élén vannak. Caveant consules.

„Mercuriol“ egy új higanykészitmény.

Havas Adolf dr. egyetemi m. tanár, Szt. Rókus-kórházi főorvostól.

Blomquist Arvid, stockholmi gyógyszerész „Mercuriol“ név alatt egy új higanykészitményt állitott elő és hozott forgalomba, a melyben a higany finoman elosztott, elporlasztott állapotban fordul elő.

A „Mercuriol“ szürkés, puha, tapadós por, a mely egyenletes és finom szétosztásban, amorph alakban (nem golyócskákban) 40% fémhiganyt tartalmaz, a melyben igen lazán kötött, igy tehát könnyen szabaddá is lesz. A meglehetősen állandó összetételű készitményben a fémhigany oly finoman szétosztott, hogy még 200-szoros nagyitásnál sem láthatók higany-golyócskák. Különösen kiemelendő jó tulajdonságai a „Mercuriol“-nak, hogy a szobamérsékletének megfelelő levegőn, de még inkább nedves hőnél (a testhőmérsékletének behatása alatt) a higany könnyen szabaddá lesz, elpárolog és hogy a bőrt nem izgatja.

Blomquist „Mercuriolja“ aluminium és magnesium amalgamnak krétaporral való finom szétdörzsölése útján állittatik elő. Ezen poralakú készitményből a higany sem nyomásra, sem dörzsölésre golyócskák alakjában nem válik ki. A készitmény levegő, nedvesség és hő behatása alatt igen könnyen szétbomlik, a mennyiben u. i. alkotórészeire szétválik; az aluminium és magnesium t. i. oxydálódik, a higany pedig szabaddá lesz. A por tapadó képességének emelésére és az amalgamfémek oxydatiójának túlgyors lefolyásának megakadályozására a készitményhez kevés zsiradék is kevertetett.

Ez új gyógyszer hivatva van támogatni azon syphilodologok nézetét, kik azt hangoztatják, hogy a bedörzsölési kúránál a higanyfelszivódás nem a bőrön át történik, hanem a test hőmérsékletének behatása alatt elpárolgó higanynak belégzése által. És csakugyan, ha a szóban forgó gyógyszerrel kezelt syphiliticus betegeknél elért gyógyeredményeket tekintjük, a higanynak a légzőszervek útján történt felvételét el kell ismernünk. Szükséges azonban itt mindjárt kiemelni, hogy ezen eljárásnál is kétségbevonhatlanul beigazolódik egyszersmind azon tény is, hogy a higany a bőr által is felvétetik, amit bizonyit azon minden ily módon kezelt esetnél észlelt azon körülmény, hogy a lueticus kiütések első sorban és feltünő gyorsan különösen a bőr azon részein tünnek el, a melyek a higanyporos zacskó által födöttek. Különben a higanynak a légzőszervek útján való felvétele már rég ismert dolog, hisz ezen alapszik a füstölési gyógymód, mely régi időtől fogva szerepet játszott a syphilis therapiájában.

Az Ahman dr. (Welander assistense) által ajánlott gyógyeljárási mód a következő: Egy fehér parchetből készült 50—60 centimeter hosszú, 40 centimeter széles, szallagokkal a testhez rögzitett zacskóba a kúra első 5—10. napján mindennap, azután pedig a kúra befejeztéig minden második napon 5—5 gramm Mercuriolt hintünk be oly módon, hogy az lehetőleg ne csomósan, hanem egyenletes vékony rétegben a zacskónak egész, szőrös, illetőleg bolyhos belfelületére kiterjesztessék. Ezen eljárás a tünetek mérve szerint 30—40 napig alkalmaztatik. Az igy kezelt betegeknél már a kúra tizedik napján a húgyban higany volt konstatálható, jeléül annak, hogy a higany a szervezetbe felvétetett. A kezelés további folyamán a húgy higanytartalma azután folyton fokozódik. A lueticus tünetek a gyógyszer hatása alatt elég gyorsan fejlődnek vissza.

Welander és *Blomquist* felszólitására ez év október elején én is alkalmazásba vettem osztályomon e gyógyeljárást és hogy lehetőleg tiszta képet alkothassak magamnak, oly módon jártam el, hogy csak oly betegeknél alkalmaztam azt, a kiknél a recens syphilis tünetei voltak és a kik eddig még semminemű antilueticus kúrában nem részesültek; továbbá ezen betegeket egészen izoláltan, egy külön kórterembe helyeztem el. Igy tehát menten minden accidentalis külbefolyástól, feltétlenül friss syphilis-eseteiben kiséreltem meg a szer hatását. Az eredmény nemcsak kielégitő, hanem mondhatnám szinte meglepő. A syphiliticus tünetek majdnem vagy épen oly gyorsan fejlődnek vissza vagy tünnek el, mint a bedörzsölési kúránál. Eddigelé hat esetben volt alkalmam ez eljárást alkalmazni és a hatás mindegyik esetben biztos volt.

A maculosus syphilid már a kezelés ötödik napján határozott lehalaványodásban volt, a papulosus syphiliden pedig a kezelés tizedik napján lelapulás, a visszafejlődés biztos tünete volt észlelhető, e mellett a beteg lehetőleg jól érzi magát, a köztakaró a gyógyszer által absolute semmit sem izgattatik; a foghús öt esetben tökéletesen kifogástalan, egy esetben az izgatás enyhe tünetei észlelhetők.

Mindezek után a „Mercuriol“ oly antilueticus szernek tekintendő, melynek nagy szerep fog jutni a syphilis therapiájában.

Orvosi és társadalmi szempontból nagyon fontos, hogy egy oly szer fölött rendelkezzünk, mely a bőrt nem piszkitja, nem izgatja, a ruházatot nem mocskolja, mely a beteget, a kinek az esetek nagy számában kellő helyiség nem áll rendelkezésére, megkiméli a fáradságos és piszkos bedörzsölési kúrától. Nagy lesz az előnye ezen új gyógymódnak azon esetekben, ahol az hivatva lesz a belső gyógykezelést pótolni, a mely, tudvalevő, igen gyakran gyomor- és bélbeli kellemetlen tüneteket provokál, végtére pedig, tekintve a syphilis chronicus lefolyá-

sát és a kezelés hosszadalmasságát, mindig örömmel üdvözölhetünk egy újabb therapeuticus gyógyhatányt.

A gyógyszer árára nézve felvilágositást nem adhatok. Blomquist gyógyszerész ez irányban tett kérdésemre még ez ideig nem válaszolt.

Néhány mesterséges tápszerről s azok alkalmazásáról a gyakorlatban.

Közli *Koós Aurél* dr. gyógyszertani intézeti h. II. tanársegéd.

Sokszor az orvos egyik legnehezebb feladatát képezi a gyógyszerkezelés mellett, hogy betegének megfelelő táplálékot adjon azon czélból, hogy a beteg erejét és ellenálló képességét növelje s hogy a hosszú betegség által erősen tönkretett táplálkozási állapotot helyreállitsa. Hogy a szervezet az e czélnak megfelelő táplálékot felvegye, annak a különböző esetekben többféle akadálya lehet. Egyszer az képez nehézséget, hogy a szükséges tápanyagokat egy az életképességében a betegség által meggyöngitett szervezet nehezen assimilálja, másszor az, hogy a betegek a rendes tápanyagok (tej, tojás, hús) iránt ellenszenvet, sokszor undort éreznek. E kellemetlenségeket legyőzendő, az orvosok már régen kerestek oly tápszereket, melyeket az elgyöngült szervezet is képes bekebelezni, még concentrált alakban is, s melyek magas tápértékkel birnak s az emésztőnedvek által könnyen feldolgozhatók, könnyen assimilálhatók, a gyomorra és belekre izgató hatással nincsenek és a beteg izlésének is megfelelnek. Ezen gondolattal foglalkozva; orvosok és kemikusok az utóbbi évtizedek alatt a mesterséges tápszerek egész sorát állitották elő, melyekről a szakirodalom is többé-kevésbbé kedvező véleménynyel volt, de csak az újabb időben sikerült oly anyagokat előállitani, melyek jobban megfelelnek a mesterséges tápszer fogalmához kötött követelményeknek. Azon ismeretnek megfelelőleg, mely szerint a fehérje a táplálékban egy bizonyos fokig pótolhatatlan, kezdettől fogva nagy szerepet juttattak a fehérjekészitményeknek. A mesterséges fehérjeanyagok előállitásának első idejében oly fehérjekészitmények kerültek forgalomba, melyek megemésztett állapotban levő fehérjét tartalmaztak. Ilyenek a peptonok, melyek a gyomoremésztésnek kitett fehérje végterményei. A *peptonkészitmények* a fehérje mesterséges emésztése útján nyert tápszerek, melyek alkalmazásánál azon nézetből indultak ki, hogy a táplálékot pepton alakjában vivén a gyomorba, daczára ez utóbbi hiányos emésztő képességének, mégis fehérjét juttassanak felszivódásra. Azonban két dologban tévedtek, először az az anyag, melyről azt hitték, hogy bőven tartalmaz peptont, csak igen kis mennyiségben foglalt ilyent magában s nagyobbrészt albumosét tartalmazott. Másodszor a gyomorban a peptikus emésztés csak az albumose képezéséig terjed s peptonok a megemésztett anyagban csak alig mutathatók ki (Ewald). E két tény ugyan nem szólna az ú. n. peptonkészitmények alkalmazása ellen, sőt ellenkezőleg, de az e készitményekben foglalt peptonmennyiség elég arra, hogy keserű ize és a gyomor- és bél-nyálkahártyára gyakorolt izgató hatása miatt ne alkalmaztassék. A peptonkészitmények helyére igy lépett a *somatose,* melynek fehérjeanyaga, az albumose, a fehérjeemésztés középfokán áll a nativ fehérje és a pepton közt.

A *somatose* számos vizsgálat és kisérlet alapján jó ideig a legfontosabb és leghasználtabb mesterséges tápszer volt, mig újabb időben belátták, hogy fölösleges az emésztőrendszer munkáját pótolni hiányos fehérjeemésztés esetében, miután a gyomornak még igen elgyöngült állapotában is van annyi sósava, a mennyi szükséges ahhoz, hogy azon kevés fehérje, melyet a szokásos mesterséges tápszerekben beadunk, megemésztessék, sőt a sósav teljes hiánya esetén is elegendő a fehérjék peptonizálására, amint ezt állatkisérletes vizsgálatok (Czerny és Kaiser) és klinikai tapasztalatok egyaránt bizonyitják. Fentebbi okból, továbbá mivel az albumose és peptonkészitmények nagyobb mennyiségben nyújtva, könnyen hasmenést okoznak, végre mivel a gyomorba jutó albumose és peptonok nem szivódnak fel gyorsabban mint a nativ fehérjék (*Cahn*)[1] — belátva, hogy legjobb a természet útjait követni, — a könnyen emészthető caseinhez, a tej természetes fehérjéhez hasonló vagy abból előállitott mesterséges tápszereket gyártottak. A caseinból előállitott mesterséges tápszerek közt emlitést érdemelnek a *nutrose*, *eucasin* és *sanatogen*. Ezeken kivül a mesterséges tápszerek közt előkelő helyet foglal el az *alcarnose*, mely a *somatose*-val egy osztályba kerül, mivel megemésztett fehérje- (albumose-) tartalmú és a *tropon*, mely nemcsak diaetetikai, de rendkivüli olcsóságánál fogva socialis szempontokból is kiváló fontosságú tápanyag. Mindezekről később részletesebben lesz szó.

A *somatose* egy albumosekészitmény, melyet Bayer és társa elberfeldi gyára állit elő, egy világos sárgás szinű, vizben igen könnyen oldódó finom por. Egy főelőnye, melylyel az addig (1893) ismert összes fehérjetartalmú tápszertől és húspótló anyagtól különbözik, teljes iz- és szagtalansága. A gyár analysise szerint összetétele a következő: A 105° mellett kiszáritott porban van nitrogén 14·14%, sók 7·46%, pepton 0·24%.

Ha az itt feltüntetett nitrogént fehérjévé számitjuk át, úgy a somatose 90·49% albumosét tartalmaz, tehát igen nagy a fehérjetartalma. A *somatose* összetételében igen állandó készitmény, albumosékban csak a deutero- és heteroalbumosét tartalmazza, mig a protero- és dysalbumosék hiányzanak belőle. Az előbb emlitett albumosékből 100 rész viz- és sómentes albumoséra 48·2 rész deutero- és 51·8 rész heteroalbumose esik.

Hildebrandt[2] végzett először kisérleteket *somatoséval* kutyán, per os alkalmazva azt. Vizsgálatainak eredménye, hogy a somatose megfelelő mennyisége nem pótolja teljesen a húst, az anyagnyereség kisebb tehát somatose, mint hús adagolásánál, de azért *somatose* mellett is van nitrogénnyereség. *Hildebrandt* nemcsak per os, de subcutan is alkalmazta e mesterséges tápszert s állitása szerint, helybeli izgalmat nem okoz, az állatok jól tűrik, sőt igy is táplálónak bizonyult. *Neumeister*[3] a *somatose* subcután alkalmazásánál (a bélcsatorna kizárásával) tagadja annak direkt assimiliatioját, mely véleményét *Goldmann*[4] is megerősiti.

Hildebrandt második közleményével[5] kiegészitette az elsőt, a mennyiben az egészséges emberen végezett anyagcserevizsgálatokat és igy is ugyanazon eredményre jutott. További vizsgálatai azon kijelentésre birják, hogy az albumosék oly alakban nyújtva, mint a somatoséban vannak, a szervezet számára magasabb tápértékkel birnak, mint más fehérjék, melyek a bélben pancreas behatása vagy rothadás által változnak meg. *Riegel*[6] vizsgálatai szerint a somatose a szervezet összes fehérje-szükségletét képes fedezni, a szervezet jól tűri e tápszert, hasmenést nem okoz. Ugyanezt találták 7 pontosan végzett anyagcserevizsgálatnál *Kuhn* és *Völker*.[7] E vizsgálatok egészséges emberen tétettek 8—20 napi időtartammal s a szerzőknek ezekből levont tapasztalatai a következők: somatose adagolása esetén a fehérje assimilatiója — mit a vizeletben kivált N-nel mérhetünk, — a húsfehérje assimilatiójához közel áll, a készitmény kihasználása a szervezetben rendes, az anyagnyereség, mint a súlytabellák bizonyitják, megfelel a hússal való táplálkozásnál észlelt súlygyarapodásnak. Beteg egyéneken tett vizsgálataik alapján állitják, hogy phthisikusok, kiknek erős bélelváltozásai és profus hasmenései vannak, jobban tűrik a somatosét, mint a húst; tápcsörekép való alkalmazását nem ajánlják, ellentétben *Kronfeld*-del,[8] ki hosszú időn át és több esetben alkalmazta a *somatosét* tápláló csőre alakjában még gyermekeknél is s mindig igen jó eredménynyel.

A *somatose* használata különösen ajánlatos üdülőknek, kimerítő betegségek után; chlorosis, anaemia, scrophulosis, rhachitis eseteiben, a gyomor- és bélrendszer különböző megbetegedéseinél, mint a milyenek a catarrhus, ulcus, carcinoma ventriculi, dyspepsia, catarrhus gastro-intestinalis stb., lázas betegségeknél (kül. typhus abdominalis). Ez esetekkel és betegségekkel kapcsolatosan a somatose alkalmazásáról dicsérő feljegyzéseket találunk az irodalomban *Kraus*,[9] *Drews*,[10] *Goldmann*,[11] *Eichhoff*,[12] *Weber*,[13] *Reichmann*,[14] *Pollo*,[15] *Maassen*,[16] *Oelberg*,[17] *Fournier*,[18] *Landau*[19] és még sok más

gyakorló orvos részéről. E feljegyzések mind melegen ajánlják a somatosét, melynek alkalmazásánál a közérzet javulásán kivül legtöbbször a testsúly gyarapodását is tapasztalták; csak adagolására nézve nem egyeznek meg teljesen a vélemények, a mennyiben némelyek, mint *Oelberg* (l. e.), ki napi 50 gr. *somatose* adagolásánál is jó eredményeket látott és Kronfeld, ki egy izben egy 7 éves gyermeknél, ki nyalánkságból mintegy 100 gr. *somatosét* evett meg, semmi hátrányos hatását nem tapasztalta e nagy adagnak, azt állítják a legtöbb vizsgáló tapasztalatával szemben, hogy ily nagyobb adagok sem okoznak émelygést, hányást vagy hasmenést.

Külön akarván szólni a *somatose* nehány specifikus alkalmazásáról, ezeket utoljára hagytam. Igen fontos hatása a *somatosé*-nak már kis adag mellett is az étvágygyerjesztés, mely különösen tuberculotikusok kezelésében nagyjelentőségű. Ugyanis ép ezen betegek, kiknél oly fontos a testszervezet erősítése a betegség legyőzése czéljából, éreznek gyakran ellenszenvet, undort hús és erős izű anyagok iránt, úgy hogy e miatt gyakran étkezés után hányóinger lép fel náluk. Ezeknél joggal becsülhetjük nagyra a somatosét; ezt a csaknem teljesen íznélküli tápanyagot minden folyékony tápszerbe belékeverhetjük, s egyrészt a folyadék tápértékét, másrészt a beteg étvágyát növelhetjük. Egy másik fontos indicatiója a somatose adásának a hyperemesis gravidarum esete; *Lutaud* [20] több ily esetben somatose adagolása mellett a hányás gyors megszünését tapasztalta; ugyanezt megerősitette *Dirmoser* [21] a hyperemesis gravidarum kórokait és lefolyását tárgyalva; ez utóbbi a somatoset rizslében oldva kortyonként adja. *Lutaud* a *somatose* jó hatását oly esetekben is tapasztalta, midőn a hányás chloroform-narcosis következtében állt elő. Ezen complicatio néha igen veszélyes, mindig kellemetlen, s a műtét sikerét sok esetben veszélyezteti. A hányás 3 kávéskanál somatose (jeges vizben) adására megszünt. Végre még kiváló fontosságú a somatose szoptató nőknél, mint a tejkiválasztás izgató és fentartó eszköze. *Drews*, [22] ki mintegy 100 esetben tapasztalta a *somatose* jó hatását e szempontból, azt állitja, hogy e mesterséges tápszer specificus hatást gyakorol a tejmirigyek tevékenységére. *Joachim G.*, [23] ki *Drews* figyelmeztetésére tett vizsgálatokat ez irányban, azt tartja, hogy a *somatose* jó hatása első sorban a szoptató nők közérzetére vonatkozik, és csak közvetve ez úton a tejmirigyek elválasztására.

Az elkészités és adagolás módjára vonatkozólag még a következőket kell megjegyeznem: Érzékenyebb egyéneknek ajánlatos felváltva különböző folyékony tápszerekhez keverve adni a *somatosét*, igy kevésbbé lehet megunni és ellenszenvet érezni e tápszer iránt; adhatjuk: a legkülömbözőbb levesekben, tejben, tejes kávéban, cacaoban, csokoládéban, orosz theában, sörben stb. A mennyiséget illetőleg felnőttnek tökéletesen elég 3—4 kávéskanál pro die, nagyobb adagokra gyakran kellemetlen tünetek (émelygés, hasmenés) léptek fel. Hasonlókép hasmenés lép fel, ha a *somatosét* nem tökéletesen oldott állapotban adjuk. Igy, ha az ügyetlen elkészités miatt a somatose csomókat képez a tápláló folyadékban, ezek a csomók igen nehezen oldódnak az emésztő csatornában, és sokszor a szervezetbe került somatose felhasználatlanul küszöböltetik ki, sőt gyakran bélizgalmat is idéz elő. Ennek elkerülésére *Joachim* [24] egy általa régen használt igen alkalmas és egyszerű módszert ajánl a *somatose*-oldat elkészitésére. Módszere a következő: A mindennapi adagot egyszerre oldja fel, tehát egy hideg vízzel félig töltött pohárba 3 kávéskanál *somatosét* szór a vízre, azt igy állva hagyja, letakarva egy lap papirral, nehány óráig, melynek lefolyása után a somatose teljesen oldódott. Ezen oldatot 3 részre osztva, a különböző tápláló folyadékokhoz keverhetjük az étkezési idő szerint, reggel tejhez, délben leveshez, este sörhöz. A gyermekek a felnőttek adagjainak felét kapják.

Csecsemők táplálására is alkalmas a *somatose*. E czélból *Goldmann* állitott össze egy *somatose-tejnek* nevezett tápszert csecsemők számára, mely áll: 730 cm^3 viz, 10 gr. *somatose*, 46·0 gr. tejczukor, 35·6 zsir, illetve tejszinből. E keverék sterilizálva igen alkalmasnak bizonyult csecsemő táplálásra, de *Kronfeld* (l. e.), *Weber* (l. e.) és *Kraus* (l. e.) ép oly jó eredményeket találtak a megfelelően higitott és sterilizált *tej-somatose* keverékkel. Ez utóbbi vizsgálatai szerint a *somatose* egyik igen előnyös tulajdonsága az, hogy a tehéntej-caséin a somatose jelenlétében nem összeálló túrós tömegekké, hanem finom pelyhes csapadékká olvad s igy a csecsemő szervezete által könnyebben válik assimilálhatóvá. Egy szoptató-üvegre (2—3 deciliter) $1^1/_2$—2 gr. somatosét vesznek általában; ezt *Gumpertz* [25] soknak tartja, ő csak 1 gr.-ot vesz egy üvegre s az első napokban csak 3 üveg somatosés tejet ad, a többi tejet somatose nélkül adja, és csak a következő napokon emeli lassan a somatosés tej mennyiségét a többi tej rovására. Igy eljárva, sohasem tapasztalta a somatose-adagolás első napjaiban, a mások által oly gyakran észlelt bélcatarrhust, melynek külömben nagyobb jelentősége nincs, a mennyiben nehány nap alatt minden kezelés nélkül elmúlik. (*Hertmanni.*) [26]

A somatoséval egy osztályba tartozik az *alcarnosénak* elnevezett és *Hiller* [27] által feltalált mesterséges tápszer, a mennyiben szintén albumose-tartalmú. Ezen, Riedel chemiai gyára (Berlin) által előállitott anyag száraz állapotban egy barna, szivós, szagtalan tömeget képez, mely kissé édeskés, kellemes izü. Meleg vizben könnyen oldódik s kissé opaleskáló folyadékot ad. Feltalálója szerint a következő összetételü: emésztett fehérje (albumose) 23·8%, húskivonat-anyag és sók 2·3%, emésztett szénhydratok (dextrin és maltose) 67·1%, sók, mint NaCl, szénsavas-, kénsavas, phosphorsavas-alkali és földfémek, vas nyomai 6·8%.

Hiller czélja az volt e mesterséges tápszer előállitásánál, hogy egy olyan anyag álljon rendelkezésére, mely könnyen oldható s oly alakban legyen, a milyenben a tápanyagok vannak tökéletes bélemésztés után, felszivódásuk előtt. Gyakorlati szempontokból az alcarnose gelatincapsulákban kerül forgalomba (à 12 gr.), melyből egyszeri alkalmazásra egy darabot körülbelül 10-szer annyi meleg folyadékban oldunk fel. E folyadék tejen s a legkülömbözőbb leveseken kivül lehet csokoládé, cacao, gyümölcslé, crême, savanyú v. édes gelée stb., melyeknek a háziasszony könnyen sokféle változatosságot adhat. *Knauer*, [28] ki először alkalmazta e mesterséges tápszert betegeknél, rendelésének indicatióit az assimilatio zavaraiban s a táplálékfelvétel akadályaiban látta. A betegek szivesen vették és jól emésztették meg ez anyagot, a nélkül, hogy — daczára a hosszú időn át való alkalmazásnak — undor, émelygés, hányás vagy egyéb kellemetlen tünet lépett volna fel. Kiemelendőnek tartja, hogy első és jól bevált kisérleteit az anyaggal ép azokkal tette, kiknél a mindennemü táplálék iránti ellenszenv a leghatározottabb és legkifejezettebb volt, kik a számtalan húslé, húskivonat és egyéb modern mesterséges tápszer hiábavaló használata miatt ezen szerek iránt már eleve is bizalmatlanok voltak és ellenszenvvel viseltettek. Mégis nehány napi használat után nemcsak szivesen vették, de határozottan kivánták is azt.

Miután különösen a gyomor és oesophagus bizonyos megbetegedéseinél a tápláló csőrék sokszor nélkülözhetlenek, *Brandenburg* és *Hupperz* [29] nem végeztek hiábavaló munkát, midőn a különböző tápanyagok tápcsőrének való használhatóságát összehasonlitották az alcarnose használhatóságával. A legjobb mérőeszköze annak, vajjon mennyi szivódott fel a per rectum beadott tápanyagból, a hugyany-kiválás a vizeletben; a régebben használatban levő módszer, midőn csak a bélsárban levő nitrogénmennyiséget határozták meg e czélból, nem megfelelő pontos, mert a vastagbél ránczai közt megmaradt anyagok miatt még napokkal a tápcsőre beadása után is észlelhetjük a nitrogéntartalom növekedését. Ezen fentebb vázolt módszerrel 3 esetben vizsgálva az *alcarnose-csőre* tápláló képességét, azt találták, hogy rendes táplálás mellett alcarnose-csőre alkalmazásánál a vizeletben lényegesen növekedett a nitrogéntartalom s ez a többlet a csőrekép bevezetett N. mennyiségnek csaknem felét tette ki, a melyhez hasonló kedvező eredményt tej- vagy tojáscsőre alkalmazására sohsem látunk. A bélrothadás foka, mit a vizeletben levő aether-kénsavak mennyisége mutat, nem emelkedett. Betegeknél alkalmazva e tápláló csőréket, igen jó eredményeket érhetünk el, még olyan esetben is, midőn a vastagbél különösen érzékeny.

Ezen jó eredményeket kiváltképen annak köszönhetjük, hogy az alcarnose a tápanyagok két főképviselőjét, a fehérjét és a szénhydrátot, egy a vastagbélnek nagyon alkalmas, t. i. megemésztett alakban tartalmazza. A betegek subjectiv érzése jó és testsúlygyarapodásuk objective is bizonyitja az alcarnose tápláló csőrék alkalmazásának jogosultságát

Az albumose-tartalmú mesterséges tápszerek alkalmazását erősen hátráltatta egyrészt azon körülmény, hogy nem elég óvatos adagolás mellett könnyen okoznak hasmenést s e miatt rosszul használja ki a szervezet, másrészt hogy előállításuk igen költséges lévén, áruk ennek megfelelőleg igen magas. Az albumosetartalmú mesterséges tápszerek eme hátrányos körülményei miatt már régebben kerestek egy oly fehérjeanyagot, mely e tápszerek előnyeivel bir azok hátrányai nélkül, s midőn *Salkowski*[30] 1894-ben rámutatott a casein fontosságára mint tápszerre és ezt anyagcsere-vizsgálatokkal bizonyitotta, megtalálták azon mesterséges tápszerek alapanyagát, melyek közt legismertebbek a *nutrose,* az *eucasin* és a *sanatogen. Salkowskival* csaknem egy időben foglalkozott *Marcuse*[31] is a casein tápláló értékének meghatározásával összehasonlitva azt a húséval. Vizsgálataihoz kutyákat használva azt találta a már ismert módszer szerint, hogy a húsból egy esetben 93·91%, más esetben 93·34% használtatott fel, mig hasonló körülmények közt a caseinből 95·99%, illetve 96·22%. Ezen eredmények szerint a casein kihasználása kedvezőbb a húsénál, de tekintetbe kell vennünk, hogy bármily apróra zúztuk is a húst, mégis az emésztő nedvek nehezebben férnek hozzá mint a caseinhez, továbbá bármily gondosan is igyekeztünk eltávolitani a kötőszövetes és inas részeket, a hús még mindig tartalmaz nehezebben emészthető részeket, melyektől az emésztő nedvekben könnyen és teljesen oldódó casein egészen mentes. Ezeket tekintetbe véve mondhatjuk, hogy a casein tápértéke egyenlő a húsfehérje tápértékével.

Marcuse anyagcsere vizsgálatainak nagy becset ád azon körülmény, hogy ez volt az első kiterjedtebb anyagcsere-vizsgálat, melyet tiszta fehérjeanyaggal végeztek. A hús tápláló értekének meghatározása ép azért nehéz, mert igen változó összetételű u. i. a különböző fehérjefélék mellett zsirt, szénhydratot, N-tartalmú kivonatanyagokat és sókat tartalmaz; ebből is látjuk az előnyöket, melyek anyagcsere-vizsgálatokra a caseint a húsnál alkalmasabbá teszik.

A *casein* azonban magában nem bizonyult alkalmasnak mint mesterséges tápszer, miért is alkaliák hozzáadásával igyekeztek vizben oldhatóvá tenni. Igy állt elő a *nutrose*, mely casein-natrium, az *eucasin*, mely casein-ammoniak; a könnyebb oldódás szempontjából hozták össze glycerinphosphorsavas-natriummal, ez a *sanatogen.*

A *nutrose* vagy *casein-natrium*, melyet *Röhmann*[32] és *Liebrecht* állitottak elő, egy fehér pornemű anyag vizben könnyen oldható gyenge opalescálással, az oldat szagtalan, ize kissé sós; legtisztább állapotban a höchsti gyár hozza forgalomba. *Röhmann* a nutrosét mesterséges táplálásra igen alkalmasnak mondja, a mennyiben ez képes nemcsak a test nitrogén-szükségletét fedezni, de a szervezeti-fehérje képződésére is anyagot szolgáltat, s ezen állitását egy egész sor, kutyán végzett, anyagcsere-kisérlettel bizonyitja be.

A *nutrose* könnyen oldódik meleg tej, cacao vagy bouillonban, a nélkül hogy ezen folyadékok izét vagy szagát megváltoztatná. Egy csésze tejben 10 gr. *casein-natrium* oldódik, s igy képesek vagyunk oly mennyiségű fehérjét, mely 500 köbcm. tejben foglaltatik, 100 köbcm.-nyi folyadékmennyiségben a szervezetbe vinni. Egy lényeges előnye e mesterséges tápszernek, hogy oldható, chemiailag tiszta fehérje, melyet kivánságunk szerint vegyithetünk más tápszerekkel. Igy különböző sütemények készithetők vele, melyek nagy mennyiségű caseint tartalmazva jóval nagyobb fehérjetartalmúak, mint más sütemények. Különösen fontos, hogy oly sütemények készithetők a *nutrose*-val, melyek csupán casein és zsirból állanak, melyek tehát teljesen szénhydratmentesek, s igy a diabeticusok táplálására kitünően használhatók. Még egy fontos különbségről kell emlitést tennem, mely a casein és más fehérjék közt áll fenn, s ez a casein magatartása a rothadásnál. A legegyszerübb kisérlet, mely ezen különbséget demonstrálja, a csecsemőkön végezhető. Mig ezek székletétei rendes körülmények közt gyengén savanykás szagúak, addig a Riet-féle gyermektej adására intensiv büzösek lesznek; ennek oka, hogy e tejkészitményhez adott fehérje rothad a csecsemő bélrendszerében, mig a casein ezzel ellentétben sohasem bomlik a csecsemők belében hasonló büzös productumok képződése mellett. A casein s igy a caseinsók e tulajdonsága igen fontos a gyomor és a bél bizonyos betegségeinek kezelésében. A gyomor mozgási képességének csökkenésénél, csökkent sósav képzésnél, ép úgy bizonyos bélbántalmaknál a táplálék fehérjéi könnyen rothadnak, mely rothadási productumok a gyomor és bél nyálkahártya lobos állapotát még továbbra is fentartják. Caseinsók adásánál az ily rothadás sokkal kisebb, tehát az emésztő rendszer előbb emlitett megbetegedéseinél igen ajánlatos a szervezetbe vitt fehérjemennyiniyiség nagy részét nutrose- vagy egyéb caseinsó-készitménynyel pótolni.

Érdemesek a megemlitésre *Bornstein*[33] és *Neumann*[34] összehasonlitó kisérletei a *nutrose-* és *somatose*-val tápértéküket és használhatóságukat illetőleg. Mindketten egészséges emberen (önmagukon) tettek anyagcsere vizsgálatokat s egyforma eredményre jutottak. A nutrose tápanyagának kihasználása igen jó, nagyobb adagokban és hosszabb időn át használva sem okoz semmiféle kellemetlen tünetet, az ára nem drága: 1 kgr. 9 forint. A *somatose* nagyobb adagban véve mindkettőjüknél bélzavarokat okozott; csak kis mennyiségben vehető tehát, s ekkor inkább stomachicum mint tápszer. E mellett a *somatose* roppant drága, 1 kgr. 28—30 forint.

Az *eucasin*, melyet *Salkowski* állitott elő casein fölött ammoniakgázt vezetve át, egy kissé sárgás-fehér, finom por, melynek szaga a sajtra emlékeztet, meleg vizben csaknem teljesen oldódik. A csekély mennyiségű ammoniak, melyet előállitása következtében tartalmaz, a szervezetre nézve teljesen lényegtelen. *Salkowski*[35] kisérleteket végzett kutyákon e tápszer kihasználását és tápértékét illetőleg: az *eucasin* kihasználása minden tekintetben jó volt, a mennyiben az összes táplálék nitrogénjéből, melyből az *eucasin*-ra 87% esett, 95·85% használtatott fel; csaknem ugyanilyen eredményű volt egy másik kisérlet is, s hasonló jó eredményeket adott egy kisérlet emberen.

A *eucasin* tehát orvosi szempontból fontos és értékes tápszer. Az *eucasin* s a *caseinsók* általában nem tekinthetők egyébnek, mint tejnek, vaj, só és viz nélkül; e szerint ajánlatosak azoknál, kik a tejet visszautasitják, s a kiknek a gyomor-bélhuzamot nem izgató, tápláló, tartalmas tápszerre van szükségük. Az *eucasin*-ból hosszabb időn át vehetők nagyobb adagok is, a nélkül, hogy a szervezetre káros hatással lennének. Kitünően assimilálódik — 96%-ig, — jobban mint a húsfehérje. Miután *eucasin*-nal nem kerülnek a szervezetbe nucleinanyagok, a húgysavképződés is igen csekély, e miatt igen ajánlatos e mesterséges tápszer az izületi csúzban, köszvényben szenvedők táplálására.

Betegeken tett vizsgálatok alapján is a legkedvezőbb nyilatkozatokat találjuk, igy *Laquer*,[36] *Weisz*,[37] *Baginsky és Sommerfeld*,[38] kik tuberculosis, Bright-kór, cachexia, diabetes, lymphadenitis, rachitis és sok más esetben alkalmazták az *eucasint* mint tápszert, sohasem láttak emésztési zavarokat fellépni, ellenben a tápszer jó kihasználását tapasztalták, mit sokszor a testsúlygyarapodás is bizonyitott. Phthisikusoknál kitünő hasznát vette az *eucasin*-nak guajacetinnel kapcsolatban *Goldmann*[39] utána *Orenstein*[40] *és Kubasta*,[41] a kiknek észleletei szerint e tápszer hatása következtében az étvágy javulása és a testsúly lényeges növekedése állt elő.

Az *eucasin* adható tej, leves, chokoládé stb.-ben. Kényesebb izlésűek az *eucasin*-t egy sütemény alakjában is bevehetik, ez az *eucasin cakes.*

A *sanatogen* egy vizben oldható caseinkészitmény, melyben a casein 5% glycerinphosphorsavas natriummal van össze-

kötve. Ez egy fehér, csaknem iz és szagtalan por, melynek fehérje tartalma 95%. *Vis és Treupel*,[42] kik emberen tettek e mesterséges tápszerrel anyagcserevizsgálatokat azt találták, hogy ez egy könnyen emészthető és jól felszivható fehérjekészitmény, melynek egyik nagy előnye glycerinphosphorsavas natrium tartalmában van. A glycerinphosphorsav a lecithin egy hasadási képződménye, s épen e szerves phosphorsav sói azon tényezők franczia vizsgálók (Robin stb.) szerint, melyek a fehérjék kihasználását elősegitik a szervezetben. Igy az anyatej könnyebb kihasználását a tehéntejjel szemben, nagyrészt az előbbiben bővebben feltalálható szervesen lekötött phosphorsav okozza. A *sanatogen*-ből közvetlenül felvehető a nedvkeringésbe a glycerinphosphorsavas natrium, mely mint idegtonicum ismeretes (ép e miatt használják a *sanatogen* előállitásánál). Ezen só-tartalma miatt a *sanatogen* az idegek táplálására közvetlenül jó hatással van, s fokozott tevékenységre izgatja azokat. A közérzet jobb, az erőérzet nagyobb lesz. Használatának indicatiója ugyanaz mint a mesterséges tápszereké általában. *Wolfheim*[43] 38 esetben alkalmazta a *sanatogen*-t és csak két igazán kétségbeesett állapotú betegnél tapasztalta, hogy ép oly keveset használt, mint más tápszer. Többi betegénél, kik közt phthisis, pyelitis, chlorosis s mindenféle egyéb betegség volt képviselve, csaknem mindnél javulást és határozott súlygyarapodást észlelt, mit annak tulajdonit, hogy a *sanatogen* könnyen felszivható és soha nem okoz semmiféle emésztési zavart, még hosszú ideig tartó adagolás és elég nagy napi adagok mellett sem. *Gumpert*[41] hasonló kedvező eredményt ért el 30 betegen végzett kisérletével. Mindig észlelte az étvágy növekedését, gyakran az idegrendszerre való kedvező befolyását a *sanatogén*-nek; egyes kétséges esetekben hol más mesterséges tápszer cserben hagyta az orvost, neki sikerült *sanatogen* alkalmazásával és megfelelő kezeléssel az erőt és testsúlyt növelni. *Schlesinger*[45] szintén kedvezőn nyilatkozik s megemliti, hogy több esetben tapasztalta, hogy a betegek szivesen veszik a sanatogént, igy egy betege 6 héten át napi 40 gr. vétele mellett igen jól érezte magát és súlyban is gyarapodott.

E készitményt legczélszerübben tej, leves, cacao stb.-ben adhatjuk, még pedig úgy, hogy a kivánt mennyiségű *sanatogént* hideg vizzel egyenletes péppé dörzsöljük s azután adjuk a beteg izlésének megfelelő forró higitó folyadékhoz. A beteg korához, táplálék szükségletéhez és emésztő képességéhez képest naponta 10—40, gr.-t sőt esetleg többet is adhatunk több részre elosztva.

A Madridban tartott IX. nemzetközi demographiai congressuson 1898. április havában *Finkler* bonni tanár egy általa előállitott fontos fehérjekészitményt mutatott be. Ez egy állati és növényi proteinanyagokból nyert s a feltaláló által *troponnak* nevezett fehérje-anyag, melyben az összes fehérjemennyiség egy harmadrészét az állati fehérje teszi ki. Ezen anyag egy világosbarna, homokszerű por, mely vizben oldhatatlan, hygroskopikus és száraz állapotban tartós, egyáltalán nem rothadó, szaga nincs, ize nem kellemetlen.

A *tropon* fehérje tartalma ingadozó, előállításának első idejében csak 83% volt, most miután valószinüleg előállitási technikája is fejlődött, fehérje tartalma 90—97% közt van; ezen fehérje pepsin és sósav által teljesen maradék nélkül peptonizálható, tehát nucleint nem tartalmaz. *Finkler*[46] czélja e fehérjeanyag előállitásával az volt, hogy úgy a szegényebb néposztályok, melyek állandóan elégtelen táplálkozási viszonyok közt élnek, s ezért kevés ellentálló képességet tanusitanak a betegségek ellen, mint a betegek táplálkozását javitsa meg fehérjefelvétel szempontjából. *Finkleren* kivül *Neumann*,[47] *Fröhner és Hoppe*, *Strauss*,[48] *Schmilinsky és Kleine*,[49] *Rumpf*[50] és mások egészséges és beteg embereken végzett vizsgálatokban kimutatták, hogy a *tropont* igen jól használja ki a szervezet, jobban mint a tej fehérjéjét, a *tropon* teljesen pótolja más tápanyagok fehérjéit, az egészséges és beteg ember állapotában semmi zavart vagy kellemetlen változást nem okoz, úgy a betegek, mint az egészségesek a *tropont* bármily hosszú ideig is szivesen veszik, s gyakran tetemes testsúlygyarapodás érhető el vele. A *tropon* használatának indicatiói mindazon betegségek, melyeknél törekvésünk az, hogy könnyen assimilálható s a gyomor-bélhuzamot nem ingerlő fehérjét adjunk táplálékul. Ilyenek gyomor-bélfekélyek, typhus, tuberculosis, hyperemesis, stb. Meg kell jegyeznem, hogy a *tropon* homokos consistentiája miatt több panasz is fordult elő a betegek közt, igy gége- és garathurutban szenvedőknél a *tropon* homokos alkata erős köhögési ingert váltott ki; két ulcus ventriculi esetében ugyancsak ez oknak kell tulajdonitanunk a keletkezett fájdalomérzéseket.

A *tropont* még egy tulajdonsága miatt használhatjuk igen jól. Ugyanis nem tartalmaz nucleint s igy a húgysavkiválasztás kisebb, mint megfelelő hús-fehérjével való táplálaskor; ez fontos oly betegségeknél, hol a húgysav-kiválasztás lehetőleg csökkentendő (köszvény, nephrolithiasis).

E mesterséges tápszert legalkalmasabban langyos tejhez keverve, bouillonban, chocoladeban, cacaoban, esetleg rizskása, burgonyapép és főzelékekben adhatjuk 20—60 gm.-nyi mennyiségben. Miután ezen tápszerekben nyujtva is érezhető egy kissé homokszerű volta, s e miatt ellenszenvvel veszik a betegek, igen alkalmas készitményeket állitott elő a mülheimi chemiai gyár a *troponkenyér, troponbisquits és troponcakes* alakjaiban, melyekben e kellemetlen iz nem érezhető. A mi a *tropon* árát illeti, *Strauss* l. e. összeállitását iktatom ide, melyből kitünik, hogy ezen anyag a legolcsóbb fehérje.

1 kgm.	fehérje	ára	*eucasin*	alakjában	6.70	frt
1 „	„	„	*nutrose*	„	12	„
1 „	„	„	*somatose*	„	30	„
1 „	„	„	*Kemmerich-pepton*	alakjában .	36.6	„
1 „	„	„	*tropon*	alakjában	2.4	„

Hogy a *tropon* mikor fogja eredeti czélját, mely a szegényebb néposztályok táplálkozásának javitása, elérni, azt csak a jövőben teendő tapasztalatok fogják megmutatni.

Irodalom. 1. Cahn: Berliner klin. Wochenschrift. 1893. — 2. Hildebrandt: Verhandlung des XII. Congresses für innere Medicin. 1893. — 3. Neumeister: Deutsche med. Wochenschrift. 1893. Nr. 36 és 46. — 4. Goldmann: Pharmaceutische Ztg. 1893. Nr. 86. — 5. Hildebrandt: Zeitschrift für phys. Chemie. 1893. Band XVIII. Heft 2. — 6. Riegel: Pharmaceutische Centralhalle. 1894. 370. — 7. Kuhn és Völker: Deutsche med. Wochenschrift. 1894. 793. — 8. Kronfeld: Allg. med. Central-Ztg. 1899. Nr. 31. — 9. Kraus: Allg. Wiener med. Ztg. 1897. Nr. 27—28. — 10. Drews: Allg. med. Central-Ztg. 1894. Nr. 97. — 11. Goldmann: Pharmaceutische Ztg. 1893. Nr. 86. — 12. Eichhoff: Berl. klin. Wochenschrift. 1894. Nr. 46. — 13. Weber: Berl. klin. Wochenschrift. 1895. Nr. 9. — 14. Reichmann: Deutsche med. Wochenschrift. 1894. Nr. 47. — 15. Pollo: Wiener med. Wochenschrift. 1897. Nr. 36. — 16. Maassen: Wiener med. Wochenschrift. 1898. Nr. 1. — 17. Oelberg: Wiener med. Presse. 1897. Nr. 23. — 18. Fournier: Journal des maladies cutanées et syphilitiques. 1898. Nr. 3. — 19. Landau: Heilkunde. 1898. szept. — 20. Lutaud: Journal de méd. de Paris. 1897. Nr. 15. — 21. Dirmoser: Wiener med. Wochenschrift. 1897. Nr. 8. — 22. Drews: Therapeutische Wochenschrift. 1897. Nr. 45. — 23. Joachim: Centralblatt für innere Med. 1897. Nr. 10. — 24. Joachim: Allg. med. Central-Ztg. 1898. Nr. 88. — 25. Gumpertz: Allg. med. Central-Ztg. 1895. 522. — 26. Hertmann: Deutsche med. Wochenschrift. 1894. Nr. 52. — 27. Hiller: Zeitschrift für Krankenpflege. 1897. Nr. 3—4. — 28. Knauer: Allg. med. Central-Ztg. 1898. Nr. 24 és 53. — 29. Brandenburg és Hupperz: Deutsche med. Wochenschrift. 1898. Nr. 20. — 30. Salkowski: Berl. klin. Wochenschrift. 1894. 1063. — 31. Marcuse G.: Pflüger's Archiv. 1896. és Allg. med. Central-Ztg. 1896. Nr. 60. — 32. Röhmann: Berlin. klin. Wochenschrift. 1895. Nr. 24. — 33. Bornstein: Allg med. Central-Ztg. 1896. Nr. 65—66. — 34. Neumann: Münch. med. Wochenschrift. 1898. Nr. 3—4. — 35. Salkowski: Deutsche med. Wochenschrift. 1896. 15. — 36. Laquer: Zeitschrift für Krankenpflege. 1897. Nr. 7. — 37. Weiss: Wiener klin. Wochenschrift. 1897. Nr. 52. — 38. Baginsky és Sommerfeld: Therap. Monatshefte. 1897. okt. — 39. Goldmann: Wiener med. Wochenschrift. 1897. Nr. 50. — 40. Orenstein: Der praktische Arzt. 1898. április. — 41. Kubasta: Wiener med. Presse. 1898. Nr. 18. — 42. Vis és Treupel: Münch. med. Wochenschrift. 1898. Nr. 9. — 43. Wolfheim: Allg. med. Central-Ztg. 1898. Nr. 73. — 44. Gumpert: Deutsche med. Wochenschrift. 1898. Nr. 40. — 45. Schlesinger: Münch. med. Wochenschrift 1898. Nr. 23. — 46. Finkler: Deutsche med. Wochenschrift. 1898. Nr. 17: — 47. Neumann: Münch. med. Wochenschrift. 1899. Nr. 2. — 48. Strauss. Therapeutische Monatshefte. 1898. Mai. — 49. Schmilinsky és Kleine: Münch med. Wochenschrift. 1898. Nr. 31. — 50. Rumpf: Das rote Kreuz. 1898. Nr. 19.

Budapest, 1899. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető Müller Ágoston.) Dorottya-utcza 14. sz.

II. sz. SEBÉSZETI KLINIKA KÖNYVTÁRA Bp. VIII. Baross-u. 23-25