KIR. MAGYAR TUD. EGYETEMI
II. SEBÉSZETI KLINIKUM

Negyvenharmadik évfolyam. 40. szám. *Budapest, 1899. október 1.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HŐGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

Korányi Frigyes: Magyarország orvosaihoz! 478. l.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Dollinger Gyula: A féregnyújtványgyuladás (appendicitis). 479. l.
Sámson Márton: A pellagra itthon és Olaszországban. 481. l
Sidlauer Ármin: Négy diphtheria-eset. 483. l.
Hruska János: Két pellagra-eset. 485. l.
Tárcza. Réczey Imre megnyitó előadása 1899. évi szeptember hó 25-dikén 485. l. — *Epstein László:* Az elmebetegség veszedelme és az ellene való védekezés. 486. l.
Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Byrom Bramwell:* Anaemia and some of the diseases of the bloodforming organs and ductless glands. 486. l. — *Prof. E. Grawitz*: Methodik der klinischen Blut-Untersuchungen. 486. l. — *Lapszemle. Reinprecht Leopold:* A diffus perforatios peritonitis sebészi kezeléséhez. — *Wehr Victor*: A szív feltárásának egy új módszere. — *Hofmann*: Az aneurysmák műtéti kezeléséről. — *Schloffer*: Ileusról hysteriánál. — *M. T. Schnirer*: A tüdővész medicamentosus kezeléséről. 486. l.
Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — A budapesti gyakorló orvosok segélyző egyesülete. — Balkányi Miksa. — Gágor Károly. — Riegler Gusztáv — Egyetemi nyilv. rendkivüli tanári czimet nyertek. — A budapesti Császárfürdő kimutatása. — Elhunyt. — Herczel dr. — Orvosi évkönyv. — Szt. Lukács-fürdő. — Pályázatok. — Hirdetések. 486. l.

Tudományos társulatok és egyesületek.

Magyarország orvosaihoz!

Tisztelt pályatársak!

A humanismusnak, valamint hazánk közérdekének nevében fordulok tisztelt pályatársaimhoz a gümőkór elleni védekezés tárgyában.

A belügyministeri jelentések az ország közegészségügyéről évenként 60—70 ezer közt változó számú tüdővészhalottat mutatnak fel Magyarországban, a halottak ezen számából átlag négy-ötszázezer közötti tüdővész-beteg állományra kell következtetni.

Óriási szám!

Ezen számoknak hatása alatt állva szólaltam fel a millenniumi ünnepélyességek idején előbb a sajtóban, azután a főrendiházban, sürgetve a védekezés eszközeit: egyrészről a közegészségügyi intézkedéseket, másrészről sanatoriumok felállítását a tehetetlen, mert vagyontalan, tüdővészbetegek számára.

Felszólalásom eredménye az volt, hogy csakhamar hozzám csatlakozott karunk több kiválósága, helyeslőleg szólalt fel a napi sajtó, minden irányban támogatott a kormány, önként jelentkeztek az adakozók, s ma már a sanatoriumok felállítására irányzott tevékenység terén nem állok egymagam, hanem *az ügyet kezébe vette egy hatalmasan szervezkedett egyesület, a melynek védnöke ő Felsége a király, védnöknője ő Fensége Klotild főherczegasszony, tagjai közt a társadalom minden rétege a legmagasabbtól a legszerényebbekig képviselve van.*

Ennek a minden oldalról megindult meleg részvétnek, a budapesti orvostársak lelkes támogatásának, az egyesület vezetőférfiai fáradhatatlan összehatásának lehet köszönni, hogy nagy és élesen nyilatkozott nehézségek elhárítása után *Budapest székesfőváros törvényhatósága a szegény tüdőbetegek számára Budapesten felállítandó első sanatorium helyéül egy 24,000 négyszögöl terjedelmű, minden szakkövetelménynek megfelelő, nagy értéket képviselő telket bocsátott egyhangú határozattal rendelkezésre a budai hegyek legszebb vidékeinek egyikén.*

Az egyesület kitüzött czélja: *sanatoriumokat felállítani a vagyontalan tüdővészbetegek számára, először az ország szívében Budapesten, azután az ország más részein, előmozdítani fiókegyesületek keletkezését és minden más hasonnemü törekvést tanácsesal és pénzzel, hogy előhaladólag átszőve legyen hazánk nagy és kis tüdővész-gyógyintézetekkel, mint a hogy át van szőve Anglia, Németország, Svájcz, a hol a czélnak megfelelő intézkedések következtében leszállott a tüdővészhalandóság egy harmaddal, sőt Angliában a réginek felére.*

Tisztelt pályatársaim! Midőn a millenniumi orvosi congressuson azon kérdés intéztetett hozzám, hogy miként áll a tüdővész-sanatorium ügye? támaszkodva arra, hogy ez az ügy már az egész polgárosult világon diadalra jutott: úgy nyilatkoztam, hogy a sanatorium létrejötte kétségen kivül áll, de mint a sikernek egyik legfontosabb feltételét, hozzátettem azt is:

„hogy nem kételkedhetem, miszerint szaktársaim a fővárosban és vidéken, áthatva azon roppant fontosságtól, a melylyel a tüdővész elleni védekezés épen nálunk, a rokontalan fajú, aránylag kis számú, elejétől fogva nehéz politikai viszonyok közé helyezett magyar nép közepette bir: mérlegbe vetendik egész befolyásukat, ha a cselekvés ideje megjön, és közrehatnak a sanatoriumok felállításának lehetővé tételéhez!“

A cselekvés ideje bekövetkezett!

A budapesti szegénysorsú tüdőbetegek sanatorium-egyesülete a mai napon megkezdette az országos actiot, elindította az egész országba aláirási íveit, számítva polgártársaink áldozatkészségére.

A főváros által ajándékozott telken fel kell emelkednie az első sanatoriumnak, annak jelvényeül, hogy Magyarország belépett a polgárosult államok közé, a melyek a tüdővész pusztításai ellen sikeresen küzdenek.

De, hogy a nemzetünk szellemében fekvő áldozatkészség tevékenységbe lépjen, szükséges a felvilágosítás. Fel kell tárni azokat a sebeket, a melyeket államunk szervezetén a tüdővész pusztításai ejtenek, meg kell ismertetni a hasznot, a melyet a külföld a védekezés eszközeinek felhasználása által elért, szembe kell állítani a nyomort, a melyet egyeseknél, családokban, országokban okoz a tüdővész, azon jólétreményekkel, a melyeket a betegek meggyógyítása és a tüdővész elterjedésének korlátozása egyesekre és társadalmakra árasztott másutt, és eredményezni fog nálunk is.

Ez a felvilágosítás, az áldozatkészség ébresztése, irányzása és buzdítása első sorban az orvosok feladata. Ez az, a mire tisztelt pályatársaimat felkérem a humanismus és hazánk közérdekének nevében. A főváros orvosai tevékenységök javában vannak, lépjenek a tevékenység terére a megyék, városok, községek orvosai is, mozdítsák elő azon bizalomnál fogva, a melyet hatáskörükben élveznek, tekintélyükkel, érdeklődésükkel az Egyesület gyüjtését, forduljanak azokhoz, a kiket a sors vagyonnal áldott meg, azok nevében, a kiktől megvonta, és ne vessék meg a filléreket sem; az Egyesületnek nemcsak pénzre, de erkölcsi támogatásra is szüksége van s minél bővebben részesül ezekben, annál hamarább jut kitüzött feladatának azon részéhez is, hogy a budapesti után a vidéki sanatoriumok létesítéséhez fogjon, mindenek előtt a vagyontalanok számára.

Az elérendett sikerek kétségtelenül meg fogják hozni a sanatoriumokat a vagyonos tüdőbetegek számára is, s hazánk e tekintetben is önállóságra jut a külföldtől való mostani függés helyett.

Ezek olyan czélok, a melyek megérdemlik a jóknak munkálkodását.

Magyarország orvosai nemes czéloktól még sohasem zárkóztak el. Bizalommal terjesztem a sanatorium-egyesület kérését elibük.

Korányi Frigyes.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A féregnyújtványgyuladás (appendicitis).

Dollinger Gyula dr. egyetemi nyilvános rendes tanártól.[1]

Azon betegség, a melyet azelőtt *vakbélgyuladásnak* és vakbélkörüli gyuladásnak, typhlitis és peri- vagy paratyphlitisnek neveztünk, újabb időben felfogásunkban lényegesen átalakult. Egyesek ugyan már régebben megállapították azon fontos szerepet, a melyet e betegségnél a féregnyújtvány visz, így 1834-ben Copland az ő dictionáriusában, 1837-ben John Burne, később Grisolle, Albers, Voltz, Rokitanszky, Bamberger, Lewis, Wister, újabban pedig 1880-ban With, Coppenhágában, a ki még a gyógykezelésre vonatkozólag is igen becses indítványokat tett, de azért az orvosok közfelfogásában és a gyakorlatban a vakbél maradt az igazi kórokozó szerv, a melyben anatomiai elhelyezkedésénél, az egyén életmódjánál és táplálkozásánál fogva bélsárpangás keletkezik és ebből fejlődnek később azon súlyos tünetek, a melyek a betegséget a legveszedelmesebbek közé sorozták. Ma tudjuk, hogy a vakbél csak ritka, kivételes esetekben, okoz ilyen tüneteket, hogy a daganat, a melyet a jobb csípőárokban érezünk, csak ezen ritka esetekben bélsár, míg a legtöbben a vakbélkörüli kötőszövetnek lobos daganata, és tudjuk, hogy a betegségnek tulajdonképeni kiindulópontja, az egész betegségnek magva, a féregnyújtvány. E felfogásnak megfelelőleg megváltozott a betegség neve is, a melyet grammatikailag ugyan nem egészen helyesen megalkotott, hanem most már általánosan elterjedt néven appendicitisnek, féregnyújtványgyuladásnak nevezünk. A modern vizsgálatok és az újabb gyógykezelés *Fitz* nevéhez füződnek. A bostoni sebésznek 1886-ban közzé tett dolgozata óta e téren nagy munkálkodás folyt, a melyet eleinte amerikai collegáink maguk vittek, ma pedig az egész müvelt világ sebészei vállvetve vesznek benne részt. Ezen 13 esztendei szorgalmas munka eredménye egy, legalább körvonalaiban teljesen kikerekített kórkép, a melyhez az alapmunkát a régebbi kórboncztani vizsgálatok vetették meg, míg a fontos detailmunka nagy részét a sebészet szolgáltatta, a mely eleinte túlzásnak látszó, ma pedig általánosan elfogadott beavatkozásával a betegség különböző stadiumaiban kitárja a beteg regiot, a megejtett vizsgálattal a legpontosabban meghatározza a materia peccanst, a kitágult lobos féregnyújtványt, a kezdődő üszkösödést vagy a tályogot, és attól a szervezetet megszabadítja.

E betegségnél az orvos abban a szerencsés helyzetben van, hogy az egyszerű számtani feladat megfejtésén kivül a próbát is bemutathatja, mert a gyógyulás, a mely a kellő időben végzett műtétet nyomban követi, és a rohamok által végkép elcsigázott beteget, a mint a chloroform nyomorúságain túlesett, egy mély édes álom után közvetlenül az egészségesek közzé sorozza, a számtani próba kétségbevonhatlanságával bizonyítja, hogy a betegség fészke az eltávolított féregnyújtvány és nem az otthagyott, mert a vizsgálat alkalmával egészségesnek talált vakbél volt. Ezen momentán eredmény feletti örömünket és a beteg boldogságát az teszi teljessé, hogy a szervezetünk élettani működésére felesleges, csenevész szerv eltávolításával a visszaesés lehetősége is ki van zárva.

[1] Az orvosok és természetvizsgálók szabadkai vándorgyülésén tartott előadás.

A féregnyújtványgyuladás kérdése ma napirenden van; daczára annak, hogy ma mindenfelé tárgyaltatik, e fejezetnek még mindig vannak egyes pontjai, a melyek eredményes eszmecsere tárgyát képezhetik s ezért érdemesnek tartom, hogy az egész tárgy felett rövid áttekintést adva, az eszmecserét ezzel megindítsam.

Az ébrénynél a vastagbél legalsó részéből fejlődik a féregnyújtvány, a közvetlenül felette fekvőből a vakbél.

A féregnyújtvány eleinte egyenes folytatását képezi a vakbélnek és fundusának legmélyebb helyéből indul ki, csak később kerül egy kissé annak belső, felső és rendesen hátulsó oldalára, úgy hogy felnőtt embernél a vakbél a legtöbb esetben reáfekszik a féregnyújtvány eredési pontjára, míg vége a hasüreg bármely irányába tekinthet, legtöbbször azonban lefelé, a medencze felé tekint, a hol az ott elhelyezkedő szerveket érinti és gyuladás esetén velük összenőhet. Igy össze szokott néha nőni, mint az én egyik esetemben, a petefészekkel (lásd I. számú kórtörténet) vagy összenőhet más adnexképletekkel, a mi estleg diagnostikus tévedésekre adhat alkalmat.

Vannak esetek feljegyezve, hogy a kivételesen rendkivül hosszú féregnyújtvány hegye a májat vagy a vesét érintette és ha már most az ilyen féregnyújtvány a hegyéhez közel átfúródik, a belőle származó tályog igen nagy diagnostikus nehézségeket okozhat.

A féregnyújtvány a vakbéllel együtt gyakran elhelyezkedik a jobboldali lágyéksérvben, a hol meggyuladva sérvkizárási tüneteket imitálhat. A féregnyújtvány rendes hossza 8—10 cm., de húsz egynehány cm. hosszú példányok is vannak leirva. Kivül a szervet *hashártya* borítja, a melytől befelé egy *hosszant és egy körkörös simarostú izomréteg* következik. Ezen izomzat az egészséges embernél összehúzódásaival a féregnyújtvány ürteréből kinyomja a nyálkahártya által elválasztott nyákot és ezzel a beléje került apró idegen testeket és a bakteriumokat, meggátolva ez által felhalmozódásukat.

A féregnyújtvány hurutjánál az izomösszehúzódás bizonyára nagyon sokszor kinyomja a lobos váladékot is, a mire az általa okozott feszülés és fájdalom azonnal megszünik. De ha a gyuladás nagyobbfokú és ha az reáterjed magára az izomzatra is, akkor az izom megbénul és az izzadmány tetszés szerint töltheti meg és a megpukkadásig kitágithatja a féregnyújtvány üregét.

Az izomzattól befelé egy *vastag réteg kötőszövet*, azután a *nyálkahártya* következik, a mely nagyon változó nagyságú *lument* fog körül. Ez a lumen legtágabb az ébrénynél és kicsiny gyermekeknél, míg növekvő korral folyton szükül. Teljes elzáródása épen nem ritkaság, mert *Ribbert* vizsgálatai szerint, a melyeket 400 hullán végezett az esetek 25%-ában nem volt lumen.

A nyálkahártya cylindrikus hámsejtekkel van borítva, külön izomréteggel bir, szövete adenoidszerű, a melybe annyi mirigytüsző van hintve, hogy azok egymást szinte érintik és a mely adenoidszövetbe azonkivül mélyen belenyúlnak a Lieberkühn-féle mirigyek, a melyek a féregnyújtvány lumenjébe szájadzanak; szövetileg tehát a féregnyújtvány nyálkahártyája hasonlít a manduláéhoz, csakhogy nagy a különbség a két szövet elhelyezésében. Míg a mandula nagyon kényelmesen talál helyet a garatban, ha megduzzad, addig a szük féregnyújtványban már a legkisebb duzzanat is erős feszüléssel jár és az ürtér elzáródása által súlyos tüneteket és következményeiben a betegre végzetes másodlagos változásokat okozhat. A pangó lobos váladék a feszülés folytán

belenyomatik a nyirokedényekbe, a melyek a szervet behálózzák, innen először a féregnyújtvány tövénél elhelyezett egy vagy két nyirokmirigybe jut, a hol lobos duzzanatot, esetleg pedig genyes szétesést okozhat. A tályogok egy részénél a gyuladás terménye nem a féregnyújtvány falának áttörése, hanem a nyirokedények útján jut a hashártyára vagy a hashártyaalatti kötőszövetbe. A féregnyújtvány alapjától közel a csúcsáig mintegy kis vitorla vonul a hashártyának egy kettőzete, a melyet *mesenteriolumnak* nevezünk és a mely talán épen csak arra való, hogy a felső cseplesz-ütérből és vivőérből a féregnyújtványhoz egy kis üteret és vivőeret vigyen. Ezen két véredényke rendkivül fontos képlet, mert ezek úgynevezett végső véredények lévén, más edényekkel nem közlekednek, hanem az ütér a kizárólagos élelmiszer szállítója a féregnyújtványnak, a vivőér pedig az elhasznált vérnek egyedüli elszállítója.

Igy van ez legalább a férfinél, és azért ha a lobos izzadmány a véredényeket megnyomja, ez által a féregnyújtvány szöveteinek táplálási viszonyai szenvednek és ezek kevésbbé lesznek képesek a bakteriumokkal a harczot felvenni, ha pedig lumenjük akár külső nyomás, akár bennük fejlődött thrombus által teljesen elzáratik, a féregnyújtvány menthetetlenül el van veszve és gangraeneskál. A nőnél körülbelül az esetek 20 százalékában egy második kis hashártyaredő van kifejlődve, a *ligamentum appendiculo-ovaricum*, a mely a petefészek felől hoz a féregnyújtványhoz egynéhány kis véredényt. Igy tehát jobban van gondoskodva a szerv táplálékáról, a melynek szövetei így a bakteriumokkal szemben nagyobb ellenállást tudnak kifejteni. Lehet, hogy ezen anatomiai viszonyokban leli magyarázatát ama tény, hogy az appendicitis sokkal ritkább a nő-, mint a férfinemnél.

Matterstock szerint a férfinemre	71·1%	esik, a nőnemre	28·8%
Herczog	„ „ „	68·5%	„ „ „	31·5%
Sonnenburg	„ „ „	59·0%	„ „ „	41·0%

Armstrong szerint 2 férfira esik egy asszony.

Idegeit a féregnyújtvány a sympathicus felső bélfodor fonatából kapja. Ezek közvetítik a fájdalomérzést, a mely a betegek legnagyobb részénél hirtelen lép fel. Csak gondoljunk arra, hogy a mandula, ha tonsillitis follicularis kezdődik, néha milyen hirtelen és milyen nagyon duzzad meg. Igy dagad meg a féregnyújtvány nyákhártyája is, mihelyt a kórokozó bacterium működése nyilvánulni kezd rajta. A féregnyújtvány azonban, a mint már fentebb említém, annyival rosszabb helyzetben van, hogy a hashártya feszes hüvelyként veszi körül, a mely már a kisebb duzzadást is megérzi. A féregnyújtvány idegágainak vongálása a helybeli fájdalmon kivül erős reflectorikus bélmozgásokat vált ki, a melyek a betegnek a betegség kitörésekor az egész hasra kiterjedő colicaszerű fájdalmakat okoznak, a melyeket néha egy vagy több székletét követ. A peristaltikus erős bélmozgások a gyomorra is átterjednek, a minek hányás a következése. Azonban lehetséges, hogy a bélmozgás és a hányás már ptomainhatás. A reflex átterjed a szív és véredények mozgató idegeire, innen a gyors és apró érverés. A reflex átterjed a hasizmokra, a melyek különösen a jobboldalon néha deszkakemények. Míg a betegség első napján sokszor az egész has érzékeny, enyhébb rohamnál a fájdalom a második napon már csak a jobb csípőtányérra korlátozódik, különösen pedig gyakran a Mc Burney-pontra, a mely a felső mellső csíptövist a köldökkel összekötő vonal közepén van és a féregnyújtvány helyének felel meg.

A féregnyújtvány üregе szabadon nyilik a vakbélbe. Mindaz, a mi naponként a vakbélen keresztülhalad, szájadéka felett vonul el. A nyálkahártyabillentyű, a melyet itt Gerlach leirt, a legtöbbször hiányzik és ha jelen van is, sokkal tökéletlenebb, semhogy a lument jól elzárná. Hogy ilyen viszonyok között az űrtér mégis nincsen állandóan bélsárral megtöltve, azt szük volta mellett az előbb leirt izomzatának köszönheti, a mely a váladékot kinyomja, de rendesen be nem ereszt semmit. De, hogy ez az őr nem mindig van ébren, azt mutatják ama apró bélsárrészletek és kisebb idegen testecskék, a melyek a kapun néha mégis besurrannak és a melyeket egészséges féregnyújtványban is néha találni lehet. Ilyen körülmények között természetes, hogy a bélcsatornában állandóan tartózkodó bacteriumok a féregnyújtványban is lelhetők, a nélkül, hogy azok itt, ép úgy, mint a bélben, gyuladást okoznának. Mindazonáltal ma már egészen kétségtelen, hogy a *féregnyújtványgyuladást infectio okozza.*

Winternitz mütő úr külön előadásban fog a féregnyújtványgyuladást okozó bacteriumokról értekezni és ez alkalommal azon bacteriumfajokról referálni, a melyeket a mult tanévben általam mütött esetekben talált. Én csupán annyit említek meg, hogy az appendicitisnél úgyszólván állandóan találkozunk streptococcusokkal és a bacterium colival. Már most, miután ezen bacteriumok állandóan találhatók a bél lumenjében, az a kérdés, hogy melyek azon különleges viszonyok, a melyek mellett e bacteriumfajok, a bélnek egyébként békés lakói, egyszerre gyuladást okoznak. Kérdés, vajjon apró, kis erosiok, a melyek ismeretlen okból keletkeznének, elégséges alkalmi okot képeznek-e, hogy e bacteriumfajok a rést, a melyet a nyálkahártyán találnak, kihasználva, gyuladást okozzanak, a mely a lument elzárja és a többi tüneteket okozza, avagy pedig Goluboffal, a ki Moszkvában egynehány appendicitis epidemiát észlelt, feltételezzük, hogy az appendicitis egy betegség sui generis, a melynek a maga bacteriuma van, de a melyet még nem ismerünk pontosan.

Ez esetben a betegséget az appendicitis külön bacteriuma nyitná meg, ez okozná az első tüneteket, a nagy nyálkahártyaduzzanatot és az azzal járó fájdalmat, továbbá a vakbélkörüli lobos, de nem genyes beszürődést. Ez a betegség egynéhány nap alatt lefoly és a beteg utána többé rohamot nem kap. Ha azonban az első és specifikus gyuladás által felszántott nyálkahártyába streptococcus, staphylococcus, bacterium coli, vagy valamennyi együttvéve belételepszik és ott genyedést és fekélyesedést okoz, akkor keletkeznek a súlyos alakok, a melyekre azonnal áttérek. Achard és Broca egy esetben pneumococcust találtak appendicitisnél, Winternitz egy esetemben diplococcus lanceolatus Fränkelt, egy másikban pedig influenza bacteriumot. A leletek tehát egymástól még nagyon szétágazók és nem alkalmasak arra, hogy belőlük végérvényes következtetéseket vonjunk. Az sincsen kizárva, hogy valamint a pleuritis purulentát többféle bacterium okozhatja, úgy az appendicitisnél is többféle bacterium szerepelhet mint elsődleges kórokozó tényező. *A bélsárrögöknek és az idegen testeknek,* úgymint magvaknak, hajszálaknak stb. sokkal nagyobb fontosságot tulajdonítottak, mint a mi őket joggal megilleti. Egyik esetemben egy két centimeter hosszú bélsárkövet találtam a féregnyújtvány ampullaszerű tágulatában (II. kórtörténet). Nem valószinütlen, hogy ezen esetekben a féregnyújtvány megbetegedése az elsődleges és a bélsárrögképződés a másodlagos. Én úgy gondolom, hogy az ilyen esetekben egy vagy egynehány roham után az izomzat szövetileg annyira megváltozik, hogy rendes, teljes összehúzódásra képtelen, ha már most a lumen nem zárul el, akkor az izomzat nem képes a belékerült bélsárrögöket kihajtani és ezek új lerakódások által megnőnek. Sonnenburg 200 operált esete közül 50-nél volt bélsárrög.

A roham igen sokszor éjjel kezdődik és a beteg hirtelen erős hascsikarással ébred, a melyet néha székletét és hányás követ. A fájdalom ekkor rendesen az egész hasra kiterjed, később a jobb csípőtányérra és a Mc Burney pontra szorítkozik. Néha mint egy darázscsípés után már egynehány óra mulva, néha csak másnap a jobb csípőárokban egy daganat jelenik meg, a temperatura pedig felszökik 38·5—40·0 C. fokra. Az érverés a roham alatt gyors. Némely könnyü esetben daganat és hőemelkedés hiányzik. Könnyü lefolyásúnak igérkező esetekben a beteg egyébként nem nagyon változott, csak a fájdalom nem hagyja nyugodni, ha az nem volna, nem maradna fekve. A fájdalom egynehány nap mulva, néha már másnap szünik, a csípőárkot kitöltő daganat néha gyorsan, néha lasabban felszivódik, és a beteg ismét visszatérhet foglalkozásához. Hány beteg gyógyul ki az első roham után a betegségből teljesen, annak igen nehéz a nyomára jutni. Az eddigi statistikai összeállítások azt bizonyítják, hogy az eseteknek legalább 30%-ában a roham megismétlődik, vagy már az első rohamnál lépnek fel súlyosabb szövődmények, hogy tehát körülbelül 70% gyógyul ki a betegségből complicatio nélkül egy rohammal. Némely betegnél az első roham után a symptomák nem mulnak el teljesen. A csípőtányér kissé érzékeny, a féregnyújtványt néha egy kisujjnyi vagy czeruzavastagságú kötegként ki lehet tapintani, székrekedés és hasmenés felváltják egymást és egy éven belül a roham megismétlődik.

*

Némely esetben a két roham között a beteg egészen jól érezte magát.

A recidiva a legtöbb esetben az első évben következik be. Herzog 65 recidiváló esetében a visszaesés 39-nél az első esztendőben történt. Az egyes rohamok néha hosszabb időközökben, néha azonban igen gyorsan követik egymást. Egy betegemnél 8 hónap alatt 13 roham folyt le 2—4 heti időközökben (I. kórtörténet). E rohamok a beteget teljesen kimerítik, a beteg szoros diaetával sem ér el sokat, végül már alig mer enni, az álmatlanság, a folytonos ágybanfekvés kimerítik, a munkátlanság egész figyelmét a betegségére irányítja, a különböző orvosságokhoz kötött remények pedig sorra hiuknak bizonyulnak. Csak a ki egy ilyen esetet végig észlelt, csak az tudja a mai gyógykezelést igazán megbecsülni. Az egyes rohamok egymástól nem sokat különböznek, csupán az hoz a kórképbe változatosságot, a mely átfúródáshoz vezet. Greg Smith azt állítja, hogy már a második roham 7 beteg közül megöl egyet, és így szerinte egy recidiváló roham magában is súlyosabb betegség, mint a hasi hagymáz.

Ha a féregnyújtvány egyszer be van fertőzve, akkor a beteg további sorsa függ a fertőző bacterium energiájától és a saját szöveteinek ellentálló képességétől, függ attól, hogy azután, hogy a bacteriumok a nyálkahártyát megduzzasztották és magukat a féregnyújtványban elbarrikadálták, milyen gyorsan és milyen nagy számmal jelennek meg a harcztéren a polynucleáris leucocyták, a szervezet ezen apró katonái, a melyek a bacteriumok ellen kivonulnak, azokat mint egy raj körülveszik, és váladékukkal, a nucleinnel a szöveteket elárasztva, a bacteriumok terjedésének gátat vetnek.

(Folytatása következik.)

A pellagra itthon és Olaszországban.[1]

Sámson Márton dr., járás- és tb. megyei főorvostól.

Tisztelt szakülés!

Mult év junius havában egy pellagrabeteget mutattam be a biharmegyei közkórházban és a julius 1-sejei szakülésen volt szerencsém eme előttünk akkor még új kórformáról értekezni. Azon értekezésem alapját csak 1—2 eset rövid ideig tartó megfigyelése képezte és az akkori fogyatékos ismereteim hiányait az irodalomból merített adatokkal igyekeztem pótolni. Azóta több esetet volt alkalmam huzamosabban megfigyelni és tanulmányozni, sőt nem átallottam a pellagra classikus hazájába, Olaszországba utazni és a milanoi ospedale maggiore, a velenczei ospedale civile és a mogliano-venetoi pellagrosarium bő anyagát tanulmányul felhasználni.

Ezen feltétlenül érdekes betegségről szerzett eddigi tapasztalataimat és ebből folyólag az aetiologiájára nézve elfoglalt álláspontomat kivánom a t. szakülés becses engedelmével most előadni.

A pellagra historiai részére vonatkozólag csak röviden megemlítem, hogy eme kórforma legelőször Spanyolországban és pedig 1735-ben lépett fel, Olaszországban 1770-ben, Franczia-országban 1818-ban és Romániában 1830 ban.

Magyarországon 1888-ban Major dr. a Bukovinából hazatelepített csángóknál észlelte és 1889-ben Takács dr. nagysomkúti járásorvos ismertetett néhány pellagra-esetet, melyet azon vidék oláh lakossága között talált. A mult év tavaszán Erdélyben és pedig Kolozsmegyében epidemia alakjában lépett fel és Purjesz május 20-dikán az erdélyi muzeum-egylet orvos-természettudományi szakosztályában e tárgyról tartott felolvasásával hívta fel a szakkörök figyelmét a nálunk még addig csak ritka és egyesek által egyáltalában kétségbevont kórformára.

Purjesz eme felolvasása által figyelmessé téve, mivel a feltételek és kórokok a pellagra fellépésére nézve a mi oláh népünknél épen úgy megvoltak, mint a szomszédos kolozsmegyeiek nél, figyelni kezdtem és csakhamar sikerült is 2 pellagrást találnom, kiknek egyikét annak idejében önöknek be is mutattam.

Ezt azért kivántam chronologikusan felemlíteni, mivel a szűkebb értelemben vett Magyarországon vagyis a Királyhágón innen én találtam és ismertettem a legelső eseteket és noha azt egyáltalában érdemnek nem tekintem, azért hangsúlyozom, mivel Scheiber dr., ki a „Közegészségügyi Kalauz“ folyó év április 1-sejei számában a pellagráról értekezik, Áldor, Sternberg, Bécsi, Lengyel és Sándor eseteit — melyek sokkal később lettek ismertetve, mint az enyimek — felsorolja, az enyémekről pedig úgy látszik nem is bir tudomással.

A pellagra aetiologiájára vonatkozólag említett felolvasásomban per longum et latum felsoroltam azon nézeteket és véleményeket, melyeket egyes tudósok és vizsgálók a pellagra okára nézve az idők során harczba vittek. Nem akarok tehát ismétlésbe esni és csak röviden felemlítem, hogy a pellagrát tartották a insolatio következményének, syphilis egy új jelenségének, leprafajnak, orbánczszerü bőrfolyamatnak, mely az emésztő szervek zavaraiból származik, a spanyol pellagralogusok szeszes italok mértéktelen élvezetétől és nyomortól származtatták, azt is állították és vannak, kik most is állitják, hogy a pellagra általában a szegénység és nyomor betegsége, illetve a rossz és czélszerütlen táplálkozás és hygieniai miseriákból eredő chronikus inanitio következménye.

Kinek alkalma van a pellagrával csak kissé behatóbban foglalkozni, meggyőződhetik, hogy ezen vélemények egytől egyig tarthatatlanok és hogy ezek legnagyobb része most már csak historiai szempontból érdemes az említésre.

A komoly számba vehető pellagrologusok mindannyian megegyeznek abban, hogy a pellagra kórokozója a kukoriczában rejlik és csak a betegség közvetlen előidézőjének meghatározásában térnek el véleményeik. Hogy a pellagra és a kukoricza élvezete között direct oki összefüggés van, az ma már nem szenved kétséget. E mellett szól azon kétségbevonhatatlan tény, hogy e betegség csak azon országokban és országtájakon lép fel endemikusan, hol kukoricza termeltetik és hol az a nép főtápszerét képezi, a mellett szól továbbá azon körülmény, hogy a pellagra időbelileg csak a kukoriczacultura megkezdése után lépett fel és a kukoriczatermelés ideje előtt egyáltalában nem létezett. Erre vonatkozó feljegyzéseket találtam és pedig Olaszországban a bresciai kerületben a kukoriczát 1774-ben kezdték termeszteni és 1807-ben Sabasti már irt le onnan pellagra-eseteket; Toscániában kukoriczatermelés 1769-ben, pellagra 1792-ben, Piemontban kukoriczatermelés a XVIII. század közepe táján, pellagra a század végén, Romániában kukoriczatermelés a XVIII. század végén, pellagra a XIX. század elején, Francziaországban kukoriczatermelés a XVIII. században, pellagra 1818-ban.

Hogy tényleg a kukoricza okozója a pellagrának, az említtetteken és a később felhozandókon kivül igazolja olasz tudósoknak abbeli megfigyelése is, hogy némely vidéken, hol a pellagra nagyon el volt terjedve, a kukoriczatermelés alábbhagyása és a burgonyatermelés fokozásával a pellagra is alábbhagyott és kevesbbedett.

A pellagra kukoricza-theoriájának hívei is 2 táborba oszlanak és pedig: egy tekintélyes rész azt mondja, hogy a kukoricza kizárólag élvezve nem képezi az embereknek élettanilag alkalmas tápszerét, vagyis, hogy a pellagra a sok keményitő, de csekély nitrogentartalmú kukoriczával való egyoldalú táplálkozásból eredő chronikus inanitionak a következménye.

A másik rész, hová többek között Strambio, Cuboni, Lombroso, Selmi, Belmondo a padovai, Neusser a bécsi egyetem hírneves tanára és Caldana, a mogliano venetoi pellagrosarium igazgató orvosa tartozik, a romlott kukoriczát tartja a pellagra tulajdonképeni és kizárólagos kórokozójának.

Cuboni a pellagrát romlott kukoriczában fejlődő élősdi által okozott *bélmycosisnak* tekinti. A pathogen élősdi a bakterium maidis, mely Cuboni szerint 100 hőfoknak is ellenáll. Lombroso és Selmi a pellagrát romlott kukoriczában fejlődő vegyi mérgekkel való *chronikus intoxicationak* tartja.

Mint multkori felolvasásomban is említettem, igen szép és megvesztegető theoriát állított fel Neusser bécsi egyetemi tanár, melylyel — igénytelen nézetem szerint — a pellagra közvetlen okának sötét kérdését megvilágította.

A pellagra — úgymond Neusser — két tényező működésének vagy hatásának az eredménye, az egyik tényező magában a megromlott kukoriczában, a másik az azt elköltő egyén emésztő

[1] Felolvasta a biharmegyei orvos-gyógyszerész és természettudományi egylet f. év május 1-sején tartott szakülésén.

szerveinek állapotában keresendő. A romlott kukoricza nem tartalmaz ugyan pellagrogen mérgeket, de ezeknek *anyaanyagjait*, melyeket „Vorstufen"-eknek nevez.

Rendesen működő emésztő szervekben ezen anyaanyagok megemésztetnek vagy kiválasztatnak a nélkül, hogy a szervezetnek ártanának. Ha azonban az emésztés dyspepsia vagy catarrhus által, mely jól táplált egészséges egyéneknél, ha romlott kukoriczával táplálkoznak, csak lassankint, a szegénység és nyomor által elgyengülteknél könnyebben és hevenyen fejlödik, oly módon van megzavarva, hogy az emésztési nedvek mennyiségileg és minőségileg elváltoznak, vagy ha abnormalis erjedési folyamatok foglalnak helyet az emésztő szervekben, akkor a romlott kukoriczában levő és magában nem mérges anyaanyagok (Vorstufen) igazi mérgekké változnak és *intestinalis autointoxicatio által* okozzák a pellagrát.

Hogy intestinalis autointoxicatio általában létezik, azt igen jól tudjuk, mert az emberi szervezet egy nagy vegyi laboratorium, melyben a kivülről bevezetett anyagok bomlás és synthesis által elváltoznak. A bomlási és kiválasztási productumok hosszú lánczolatában nemcsak hasznos vagy közömbös, de ártalmas és mérges anyagok is termeltetnek és ez utóbbiak a szervezetet meg is betegíthetik. A szervezetben a szervezet által ily módon produkált mérges anyagok által létrejött megbetegedést nevezzük autointoxicationak.

Nem mérges anyagok a bélhuzamban különféle módon változhatnak igazi mérgekké és pedig oxydatio, reductio, hydratatio és hasadás útján. Az oxydatiora példa a vegyészek által felvett képződése igazi coniinnak bizonyos nem mérges hullaalkaloidákból oxydáló folyamatok befolyása alatt. A hasadás útján létrejöhető mérgezésre példa az amygdalin mely néha 4 gm.-os adagokban is hatástalan, míg emulsin vagy élesztő jelenlétében sokkal kisebb adagokban is erős kéksavmérgezési tüneteket okoz. Állatkisérleteknél tapasztalták, hogy a macskára nézve egyáltalában nem mérges amygdalin kutyák és tengerinyulaknál már 1—2 gm.-os adagokban halálos mérgezést okoz, miből Husemann azt következteti, hogya kutya és tengerinyul gyomrában vagy belében valamely anyagnak kell lenni, mely az amygdalin hasadását és a mérges kéksav kiszabadulását okozza.

Lehetnek tehát — úgymond Neusser — a romlott kukoriczában hasonló ismert, vagy nem ismert glucosid nemü testek, melyekből a gyomorban vagy belekben való szétesés által mérges anyagok hasadnak el és ezek okozhatják a pellagrát. E szerint azután magyarázatát lehet adni annak is, hogy például egy családban, mely egyformán táplálkozik és mindannyian ugyanazon romlott kukoriczát eszik, hogy miért csak egyik vagy másik tagja kapja meg a pellagrát.

Mindezeket szükségesnek tartom multkori felolvasásomból recapitulálni és még mielött fejtegetéseimben tovább mennék, kinyilatkoztatom, hogy eddigi tapasztalataim és megfigyeléseim alapján én is — igénytelenségem teljes tudatában — a romlott kukoriczatheoria hiveinek táborához csatlakozom.

Ezen álláspontom indokolására a következőket hozom elő: A táplálkozás physiologiájából tudjuk és kisérletekkel beigazolást nyert, hogy a szervezet az úgynevezett vegyes táplálkozás mellett prosperál legjobban. Az ember 24 órai középtáplálkozási szükséglete, közepes munka mellett a következőkben van megállapítva: 120 gm. fehérje, 70—120 gm. zsír, 350—400 gm. szénhydrat, 2500—3000 gm. víz — beleértve a táplálékokban levő vízrészt is — és 14—32 gm. szervezetlen vegyek, vagyis sók.

Felolvasásom keretén kivül csik a táplálkozás és anyagcsere physiologiájának részleteibe bocsátkozni és csak megemlítem, hogy a fehérjeanyagokat tartják a tulajdonképeni szervképzőknek és azok Liebig szerint plastikus tápszereknek neveztetnek, holott a zsír és szénhydratok, mint hőképzők, respiratorikus tápszereknek mondatnak.

Hogy a szervezet egyensúlyban maradjon a plastikus és respiratorikus tápszerek körülbelül fenti arányban kell, hogy bevezettessenek és pedig erősebb izomműködésnél nagyobb, teljes nyugalomnál kisebb quantitásokban.

Egyoldalú és a szervezetre hiányos vagy káros a táplálkozás, ha a tápszerek egyik csoportja a másik rovására nagyobb mennyiségben vitetik a szervezetbe és hiányos még azon esetben is, ha például kizárólag fehérje vagyis tisztán plastikus tápszerek vitetnek be. Ezen alapszik az úgynevezett Banting-kura is, melyet elhizottak megfogyasztására alkalmaznak. Ha a táplálkozás egyáltalában nem, vagy megközelitőleg sem az említett arány szerint történik, vagyis akár a fehérjét, akár a zsírt avagy szénhydratokat vonjuk meg huzamosabb ideig a szervezettől, akkor a szervezet elgyengül, súlyban megfogy és előállhat azon pathologikus állapot, melyet chronikus inanitionak nevezünk.

Mielött a táplálkozásról mondottakat a pellagrával vonatkozásba hoznám, tekintsünk kissé körül a gabonanemüek tápértéke között.

A búza közép fehérje tart.	13%	zsír tart.	1·6%	szénhydr. tart.	66·2%
a rozs	„	„	11%	„	„	2·0%	„	„	67·0%
az árpa	„	„	10%	„	„	2·3%	„	„	64·0%
a tengeri	„	„	10·0%	„	„	6·8%	„	„	61·0%

A mint e táblázatból látszik, a legnagyobb tápértékü gabonanemü tápszer, tudniillik a búza, közép fehérje tartalma csak 2·4%-kal nagyobb a kukoriczáénál, de ezzel szemben a kukoricza zsírtartalma 4·2%-al nagyobb a búzáénál és éppen ezen nagy zsírtartalmánál fogva használtatik a kukoricza állatok hizlalására és romlatlan állapotban embereknek is igen becses táplálékát képezi.

Ezek után nehezen érthető azon theoria, mely azt mondja, hogy a kukoricza kizárólag élvezve nem képezi az embernek élettanilag alkalmas tápszerét, vagyis, hogy a pellagra a sok keményitő, de csekély fehérjetartalmú kukoriczával való egyoldalú táplálkozásnak a következménye, mert ezek szerint azon 2·4% fehérje kevesebblet, mi a tengeri és búza között van, kell hogy a pellagrát okozza, hacsak nem teszszük fel, hogy búza kizárólagos élvezete is képes pellagrát okozni.

Az elvitázhatatlan tény, hogy az egyoldalaú táplálkozás, még ha az kizárólag és tisztán fehérjefélékkel, de annyival inkább, ha lisztes, azaz szénhydratokat túlsúlyban tartalmazó tápszerekkel történik, a szervezetre ártalmas és idövel beállhat azon állapot, melyet inanitio chronica incompletanak nevezünk. Ennek tünetei bár nagyjában hasonlítanak a pellagra némely tünetéhez, de ezek mellett van egy egész sor tünet és jelenség, mely által a két kór egymástól lényegesen különbözik és éppen ezen különbség képezi a dolog magvát és lényegét, melynélfogva nem szabad a két kórt egymással összetévesztenünk.

Minthogy az egészséges kukoriczának vegyi alkatrészei teljesen ismeretesek és azok a többi gabonanemüek alkatrészeitől qualitativ nem és csak quantitativ különböznek — de abban sem lényegesen —, nagyon önkényesnek tartom azon mondást, hogy a kukoriczával való egyoldalú, illetve kizárólagos táplálkozás okozza a pellagrát. Ez még valószinütlenebbé válik, ha figyelembe veszszük Rubnernek vizsgálatait, melyek szerint a különféle növényi táplálékok nitrogentartalma nem egyformán használtatik ki a tápcsatorna által, úgy hogy a székletételben kukoriczatáplálkozásnál 15·5%, búzakenyértáplálkozásnál pedig 32% fehérje felhasználatlanul hagyja el a szervezetet. Ezek szerint, levonva a levonandókat, a felhasználásra kerülő fehérjemennyiség a búza- és kukoriczatáplálkozásnál majdnem egyforma.

Mindezektől eltekintve kérdem, hogy az egészséges kukoriczatheoria hivei hogyan magyarázzák meg franczia és olasz tudósoknak azon tapasztalatait, hogy jól táplált, kedvező anyagi viszonyok között élő, vegyesen, tehát nem kizárólag csak kukoriczával táplálkozó egyéneknél is találtak pellagrát? Neusser is tesz említést hasonló megfigyeléseiről, sőt az én betegeim egy része is a kukoriczalisztet felében rozslisztttel elegyitette, tehát nem táplálkozott kizarólagosan kukoriczával és mégis pellagrás lett. Meg kell még jegyeznem, hogy az én betegeim a rozszsal elegy kukoriczatáplálkozás mellett még sok paszulyt is fogyasztottak, melynek közép fehérjetartalma 23·1%, úgy hogy a paszulynak fehérje fölöslege a búzához viszonyítva is plusra egészitette ki a kukoricza fehérje hiányát és mégis súlyos pellagrát kaptak.

Olaszországban, hol az ez idő szerint hivatalosan összeirt pellagrások száma a 100,000-et eléri, nem azért van oly sok pellagra, mert a nép „kizárólagosan" kukoriczával, hanem azért, mert sok romlott kukoriczával táplálkozik, mert tudniok kell uraim, hogy Olaszország tengeri termelési viszonyai sajátságosak és a mieinktől eltérők, a mennyiben a tengerinek csak egy részét vetik el tavaszszal, nagy része pedig a learatott gabona után,

tehát junius végén vagy julius elején kerül a földbe. Ezen késői tengeritermés, mely jobbára nem érik meg teljesen, adja a szegényebb nép majdnem kizárólagos tápszerét, míg a tavaszi vetésből termesztett jó egészséges tengerit a vagyonosabb néposztály fogyasztja. Hogy a pellagrások ama legszegényebb néposztályból rekrutálódnak, kik az olcsóbb romlott kukoriczával táplálkoznak, kitünik a mogliano venetoi pellagrosariumnak 1897. évi kimutatásából is, mely szerint a 182 beteg közül volt 7 zsellér, 109 napszámos, 16 koldus, 24 pásztor és csak 26 szintén szegény, de más foglalkozású egyén.

Itt tehát direct rá lehet mutatni a meg nem ért, tehát könynyebben romló és dohosodó tengerifogyasztás és a pellagra közötti oki összefüggésre.

Hogy a pellagra országunkban is a tavalyi év tavaszán és nyarán lépett fel tömegesen, az is a romlott kukoricza theoriát igazolja, mert köztudomású, hogy az 1897-dik évi tavasz és nyár az egész országban csapadékokban gazdag, esős és általában hüvös volt, a középhömérsék jóval alatta volt az éghajlatunknak megfelelő nyár hömérsékének úgy, hogy a legöregebb emberek sem emlékeztek vissza olyan csúnya esős és hüvös nyárra. A hosszas tavaszi esőzések miatt a tengeri csak későn lett elvetve, és az abnormis időjárás miatt nem érett meg teljesen úgy, hogy nagyobbára nyersen és nedvesen szedetvén le, megdohosodott, megromlott és ez által előállott a pellagra fellépésének főfactora. Ehhez hozzájárultak azután az elősegítő momentumok, és pedig a búza és rozs drágasága, melynek következtében a szegény nép a szokottnál is többet fogyasztott a romlott kukoriczából; a sertésvész következtében pedig a kis hústól és zsírtól is meg volt fosztva. A pálinka mértéktelen élvezése, mely sajnos, oláh népünknél nagyon el van terjedve, és a görög-keletieknek hosszú böjtjük egyfelől direct a gyomrot betegíti meg, másfelől meggyengíti a szervezetet és fogékonyabbá teszi arra, hogy a romlott kukoriczában levő Neusser-féle anyagokból a pellagrogen-méreg kiváljék és a szervezetet pellagrosusan megbetegítse. Elősegítő momentumként említendő még az 1897-ben járványosan fellépett malaria is, mely a szervezet elgyengítésére szintén nagy mértékben befolyt.

A romlott kukoriczatheoria mellett szól még olasz tudósoknak azon tapasztalata, hogy oly esztendőkben, mikor a kukoriczatermés rosszul sikerül, azaz, ha kedvezőtlen időjárási viszonyok miatt sok rossz tengeri termeltetik, a pellagrás betegek száma is szaporodik.

Hogy a szegénység, a nyomor, rossz táplálkozás, az éhezés ép úgy nem lehet oka a pellagrának, mint az egészséges kukoriczával való egyoldalú táplálkozás, az szembeszökő, ha meggondoljuk, hogy millió és millió a szükséget szenvedő nyomorban élő és éhező emberek száma és azért a pellagrát még sem kapják meg és hogy oly országokban, melyekben a lakosság igen szegény és kizárólag rizszsel és burgonyával táplálkozik, mint pl. Indiában, noha a rizs fehérjetartalma 6·9%, a burgonyáé meg csak 1·8%, tehát aránytalanul kevesebb, mint a kukoriczáé, mégsem kapnak pellagrát.

Járásomban van néhány tót telep, hol a gyermekek a kizárólagos krumplievéstől — gyomor és béltágulat folytán — oly nagy hasat kapnak, hogy a szerencsétlenek úgy néznek ki, mint a felfújt békák és noha ezen táplálkozási mód, ha lehet azon kifejezéssel élnem, még egyoldalúbb, mint a kukoriczával való táplálkozás, azért sem köztük, sem a felnőttek között, kik hasonló viszonyok között élnek, egyetlen pellagrás sincs.

Hogy a kukoricza kizárólag élvezve nem képezi az embereknek élettanilag alkalmas tápszerét, azt feltétlenül elismerem, de ugyanez áll többé-kevésbbé minden növényi táplálékra, sőt mint láttuk magára a húsra is, azonban csalfa és téves ebből levonni azon consequentiát, hogy a kukoricza és pedig a jó kukoricza kizárólagos élvezete okozza a pellagrát. Azon tényből, hogy a kukoriczaevők kapják meg a pellagrát, azt következtetni és állítani, hogy a kukoricza, mint olyan oka eme betegségnek, ép oly kevéssé alapos és indokolt, mintha valaki azt mondaná: minthogy rozskenyérevőknél fordul elő az ergotismus, tehát a rozs, mint olyan oka eme betegségnek vagyis az anyarozszsal való mérgezésnek.

Minden esetre nagyon kényelmes a post hoc ergo propter hoc elvénél fogva megelégedni azon mondással, hogy a kukoricza nem képezi az embereknek élettanilag alkalmas tápszerét és ezen általában helyes és elfogadható praemisséból levonni azon physiologiailag és logikailag egyaránt indokolatlan következtetést: ergo a kukoricza mint olyan oka a pellagrának.

(Folytatása következik.)

Négy diphtheria-eset.[1]

Sidlauer Ármin dr.-tól.

Uraim! Négy diphtheria-esetről bátorkodom beszámolni, melyeknek mindegyike külön-külön szövődménye folytán érdekes, tanulságos s közlésre érdemes. Közlésre érdemes annál is inkább, mivel az említendő szövődmények nem is oly ritka események s kell, hogy azok előttünk — gyakorló orvosok előtt — ismertek legyenek, hogy adandó alkalommal meg ne lepődjünk megjelenésük által s hogy azon csak gondos tapasztalat által szerzett biztonsággal járhassunk el, mely az orvos legjobb fegyvere épen úgy a betegség elleni küzdelemben, mint minden betegének meghódításánál is.

Első esetem egy, valószinüleg műhiba által okozott kellemetlen incidens következtében lett említésre méltó. Ez egy súlyos diphtheria volt egy 9 éves, különben egészséges, igen jól táplált s korának megfelelőleg kifejlődött leánygyermeknél, a kinél három serumbefecskendezést eszközöltem, még pedig III. számú Behringgel, két egymásután következő napon.

Engedjék meg, hogy itt mindjárt a serumkezelésről egy megjegyzést tehessek.

A diphtheria serumkezelésénél az adagolás, azaz, hogy milyen számú, hány adag s az ismétlendő adag milyen időközökben fecskendeztessék, ez mindeddig még csak tisztán egyénileg tapasztalati s még biztos szabályt nem követ. Az angolok általában sokkal többet injiciálnak, mint a continensi orvosok. De ez az Angliában gyártott serumnak tulajdonítható, mely minőségben sokkal gyengébb, mint a német vagy franczia gyártmány, a mint ezt a „Lancet“ által e végből kiküldött bizottság kiderítette. Igaz ugyan, hogy van általános útmutatónk a beteg korában, a betegség korai vagy késői időszakában s a betegség súlyos vagy kevésbbé súlyos jellegében. A két első oly directiva, mely után még némiképen jól indulhatunk. Az utolsó azonban, mely talán épen a legfontosabb, egyúttal nagyon is megbizhatlan s megbizhatlan különösen akkor, mikor leginkább volna szükségünk reá, azaz a diphtheria kezdeti időszakában. Mert épen a betegség kezdetén sohasem határozhatjuk meg biztosan: súlyos vagy nem súlyos természetü bajjal fogunk-e szemben állani. Emlékezzünk csak vissza a serum előtti korszakra, hányszor tévedtünk s csalódtunk elörejóslásunkban; a mi kezdetben könnyü esetnek igérkezett, gyakran a legsúlyosabbnak bizonyult s a mi viszont néha első látásra veszélyesnek imponált, legnagyobb s legkellemesebb meglepetésünkre simán és könnyen folyt le.

Ha tehát nincsen biztos jelzőnk sem a helyi megtámadásban, sem az általános tünetekben, mely már kezdetben képesítene bennünket a kór súlyos vagy kevésbbé súlyos jellegét a kivánatos határozottsággal declarálni, szerény nézetem szerint — már a betegünk érdekében is — legczélszerübb eljárás az, hogy minden esetet úgy kezeljünk, mintha tényleg súlyos volna. S ezt mostanában, jelenlegi gyógykezelésünkkel annál is inkább tehetjük, mivel eddigi, eléggé bő tapasztalataink szerint, a serumból, habár van is tagadhatatlanul némely eléggé kellemetlen utóbaja és mellékhatása, de komolyan vele betegeinknek nem árthatunk, ha esetleg többet is injiciálunk, mint a mennyire különben szükség lett volna, míg ellenkező esetben, ha kevesebbet adagolunk a szükségesnél, ez könnyen kárhozatos mulasztássá válhatik.

Eljárásomat rendesen e szerint szabályozom s mondhatom eredményben a legnagyobb megelégedésemre. Sohasem injiciálok alsóbb számúval, mind III. számú Behringgel, tekintet nélkül a korra s a betegség keletkezési idejére. Az injectiot ismétlem azután esetleg 24 óra mulva, de néha még korábban is, úgy hogy ha reggel történt az első injectio, délután megismétlem; ha

[1] Felolvastatott a borsodmegyei orvos-gyógyszerész-egylet rendes havi ülésén f. év április hó 24-dikén.

pedig délután, másnap reggel egészen addig, a míg a kór progressiv jellegét megtartja. Megjegyzem azonban, hogy eddig még sohasem injicáltam többet, mint négy adagot, három vagy négy egymásután következő napon; ez alatt vagy után még minden esetem — complicált vagy túlságosan elhanyagolt esetet kivéve — jobbra fordult.

Visszatérve esetemre, ismétlem, hogy ez egy súlyos diphtheria volt s három hármas számú Behringet injiciáltam nála. A diphtheria harmadik napon terjedési hajlamát elveszítette, a láz megszünt, a közérzet javult s betegem egy hét lefolyása alatt felépült. Ekkor azonban egy kellemetlen tünet lépett fel, a melyet imént műhibának neveztem. Ugyanis a hely, hová a harmadik injectiot csináltam — mindig a hasfalba szoktam injiciálni —, fájdalmas lett, itt felületén kékes-pirosan elszínesedett keményedés támadt s a beteg magas lázat kapott. Tíz nap alatt magas, a délelőtti órákban intermittáló láz mellett, rendkivüli nagy fájdalmakkal szövődve, a hasfalon a kötőszövetben egy tyúktojásnyi tályog képződött. Eddig ez volt az egyetlen esetem, hogy ilyen kellemetlen szövődmény megesett velem. Én — bátran mondom — serum-injectiot mindig a legszigorúbb fertőtelenítéssel végzek. Desinficiens-nek mindig aethert használok. A hasfalat megelőzőleg ezzel dörzsölöm be, a tűt aetherrel itatott Bruns-gyapotba teszem s csak közvetlenül injectio előtt veszem ki belőle, kézzel a tüt injectio előtt sohasem érintem s használat után a fecskendőt és tüt először tiszta vízzel, azután mindig aetherrel öblítem ki. A beszúrt helyet azután újra bedörzsölöm aetherrel s ragasztó tapaszszal befödöm.

Ez esetben hasonlóan jártam el s mégis valamelyes fertőzés következtében tályog támadt.

A legközelebb eső feltevés természetesen az, hogy a fertőző anyag vagy a műszerre, vagy a kézre tapadt csirák által jutatott be a böralatti kötőszövetbe. Igy azonban el nem utasítható egészen még egy más eset lehetősége is, t. i. a serumnak mint olyannak nem kellő asepticitása. S én, uraim, ez esetben hajlandó is voltam, bár be nem bizonyíthatom, az utóbbi eshetőséget is elfogadni. Még pedig több okból: először, mivel oly antisepsist alkalmaztam, a milyen a magángyakorlatban csak kivihető; másodszor, mivel ugyanezen műszerrel majdnem ugyanazon órában, ugyanezen, az imént jelzett cautelák megtartása mellett még egy más gyermeknél is injiciáltam serumot, hol semmi ilyenféle fertőzés létre nem jött s mivel harmadszor a támadt abscessus de facto olyan elütő sajátságokat mutatott, milyeneket más ilyen kis kiterjedésü genyedésnél nem igen tapasztaltam. Ilyenek voltak ugyanis az észlelés alatt tartós magas láz teljes intermissioval a délelőtti órákban, mely láz a tályog megnyitása s kellő kivezetése után is, habár kisebb mérvben, eltartott addig, a míg csak a legkisebb mennyiségü geny mutatkozott; továbbá állandó, szokatlan nagyfokú fájdalmasság, mely szintén a teljes behegedésig tartott; végre a rendkivüli lassú gyógyulás, mely az incisio után, antiseptikus kezelés mellett, több mint három hetet vett igénybe. Mind oly momentumok ezek, melyek így együttesen, ily nagy mérvben, egy más közönséges, hasonló mekkoraságú kötőszöveti tályognál annyira kifejezve alig vannak. S maga Baginsky is állítja, hogy néha, bár ritkán, a legnagyobb elővigyázat mellett is történik fertőzés, ha a serum nem teljesen aseptikus. S természetes is, hogy ilyen anyagnál, mely oly kedvező talaja mindenféle bakterium tenyészetének, hogy ilyennel ilynemü fertőzés könnyen megeshetik.

Megengedem tehát, hogy legnagyobb valószinüség szerint itt az ubiquistikus csirák véletlen behurczolása kivülről okozta a fertőzést, de a jelzett okok folytán el nem utasíthatom a második lehetőséget sem.

Az ezen esetből levonandó tanulság minden esetre az, hogy serumfecskendésnél a legnagyobb elővigyázattal s a lehető legszigorúbb fertőtelenítés alkalmazásával kell eljárnunk. Mert mondhatom uraim, hogy mindentől eltekintve, egy ilyen incidens a kezelő orvos részére rendkivül kellemetlen s hozzá még megszégyenítő is, különösen intelligens háznál, hol az ilynemü fertőzés modern elvei nem egészen ismeretlenek.

Második esetem egy az elsőhöz hasonló súlyos diphtheria volt egy tíz éves, különben egészséges, erősen kifejlődött leánygyermeknél. Itt hasonlóan három III. számú Behringet fecskendeztem be három nap alatt a kifejtett szempontok követésével. Teljes gyógyulás hat nap alatt következett be. A gyermek már fenjárt és teljesen jól volt, a midőn tizedik napon lázas lett s a következő napra reá az egész bőrtakarón, különösen kifejezetten a végtagokon, egy küteg támadt, mely az erythema exsudat. multiforme minden jellegét mutatta. Ily kiterjedésben és intensive, mint ez esetben, az exanthemát még alig láttam. A gyermek lázas, nagyon bágyadt volt s erős fájdalmakról panaszkodott a a kéz- és lábtőizületekben. A gyermek szülei nagyon nyugtalanok voltak a látszólag súlyos beteg kórképét feltüntető gyermek miatt s alig adtak hitelt határozott kijelentésemnek, hogy az egész csak muló baj és tényleg úgy volt: négy nap alatt ezen úgynevezett „Spritzexanthem“ eltünt s a gyermek teljesen felépült.

Uraim, ezen esetet azért bátorkodom felemliteni, mivel épen az exanthema a leggyakoribb mellékhatása a serumnak — biztosan mindnyájan találkoztak már vele gyakorlatukban — s jó, ha mindenki már eleve elkészül ennek a bekövetkezésére s hogy felismerje annak, a mi tényleg, t. i. egy muló, semmi komoly jelleggel nem biró bajnak s hogy a beteg félő környezetét megnyugtathassa.

Kiegészitésül megemlítem még, hogy sem az első, sem a második esetben albuminuria nem volt.

Érdekesebb s tanulságosabb volt a következő eset. Ez Ixel dr. úr, a mi igen tisztelt egyleti elnökünk betege volt s én mint consiliarius hivattam hozzá. Ixel dr. úr megengedte, hogy közölhessem az esetet s én kedves kötelességet teljesítek, a midőn itt szíves előzékenységéért köszönetet mondok.

Az eset kórtörténete következő:

Egy négy éves, korának megfelelőleg igen jól kifejlődött s különben egészséges fiúgyermek mult évi november 3-dikán torok-tünetekkel megbetegedett. Két napig egy könnyü tüszős mandulagyuladás látszott fenforogni. A harmadik napon azonban, a midőn engem is hivattak, a diphtheriát már biztosan lehetett megállapitani. A mandulák szalonnás, helyenkint üszkös álhártyákkal voltak bevonva; az állkapocsmögötti mirigyek duzzadtak voltak; üszkös büz volt a szájüregből érezhető és természetesen láz is mutatkozott. Injectio III. sz. Behringgel. Másnapra az adagot megismételtem. Harmadnapra javulás s azután sima lefolyás állott be. Folyó évi január hó vége felé a gyermek torokgyuladás tüneteivel újra megbetegedett s a vizsgálatnál mindkét mandulán többszörös, disseminált, szürkéssárga lerakódások voltak láthatók. Miután a gyermek csak harmadfél hónappal ezelőtt egy typikus diphtherián esett át, nehezen voltunk hajlandók most újra egy olyannak a jelenlétét feltételezni s így az esetet kezdetben csak mint tüszős mandulagyuladást kezeltem. A gyermek azonban rosszabbul és rosszabbul lett, úgy hogy harmadik napon már kétség nem lehetett az iránt, hogy egy, még pedig igen súlyos diphtheriával állunk szemben. Mindkét mandula egészen, úgyszintén a garat hátsó fala nagyobbrészt be volt vonva egy vastag, szalonnás, helyenkint sötétszürkés álhártyával. Az állkapocsmögötti mirigyek mindkét oldalon erősen duzzadtak voltak. Ezenkivül baloldali rhinitis fibrinosa is jelen volt és foetor ex ore. Magas, tartós láz. Minthogy tehát a kórismét illetőleg kétségünk nem lehetett, e szerint is jártunk el. Injectio III. sz. Behringgel. Negyedik napon semmi javulás; újra injectio. Ötödik napon a lepedék még mindig terjedőfélben levőnek mutakozott, állandó láz; harmadik injectio. Hatodik napon az állapot változatlan, ezenfelül rekedt köhögés; negyedik injectio. Hetedik napon a lepedék élesen határolt, köhögés kevésbbé rekedt és a láz alábbhagyott. Ezen időtől kezdve lassú, de folytonos javulás mutatkozott. A lepedék csak 10-dik napra tünt el egészen s megemlítem, hogy miután oly nehezen vált le, a mandulákat naponta 3—4-szer Löffler-féle mentholtoluol-oldattal ecseteltem. Ennek jó hatását abban is észlelhettük, hogy a kellemetlen üszökbüzt hamar megsemmisítette.

A gyermek egy hétig teljesen jól volt. Ekkor azonban újra láz jelentkezett, s a gyermek fájdalmakról panaszkodott az alsó végtagokban. A fájdalmakat az izületekben localizálta s rendkivül hevesek voltak. A gyermek mozdulatlanul ült vagy feküdt, megtagadta az ételt s rosszul aludt. Ez így tartott körülbelül két hétig, miközben a láz kevés kivétellel 38° és 39° között inga-

dozott s a gyermek kellő táplálkozás hiányában lesoványodott s vérszegény lett. Megjegyzem, hogy az arthritisnek objectiv látható tünetei nem voltak; sem duzzanat, sem gyuladásos piros szín. Két hét után a láz lassan-lassan szünt, a fájdalmak enyhültek, az étvágy javult. A gyermek azután még két hétig Abbaziában időzött s teljesen felépülve érkezett onnan haza. Végül hozzáteszem, hogy sem az első, sem a második megbetegedés biztos provenientiája kideríthető nem volt s hogy a gyermek másodszor megbetegedett, a nélkül, hogy annak kis huga, a ki igaz, hogy az első betegség alkalmával két hétig — házon kivül — elkülönítteteti, a ragályt megkapta volna.

Ezen eset több tekintetben igen tanulságos. Először a diphtheria ismétlődése ily rövid időközben: a második roham körülbelül 12 hétre lépett fel. Én sem recidivát, sem a diphtheria újból ismétlődését ily rövid időre tizenöt évi magángyakorlatomban, mely idő alatt pedig itt több diphtheria-járványt átéltem, még nem tapasztaltam. Hogy gyermekek diphtheriát többször is acquirálnak, ez tény, valamint az is biztos, hogy sok gyermeknek kifejezett hajlama (dispositioja) van a ragálynak az acquirálására. De hogy diphtheria ilyen rövid időn belül ilyen súlyos alakban visszatérjen, ez mindenesetre ritka esemény.

A diphtheria recidivájáról azonban Baginsky állítja, hogy ez nem oly ritka, különösen gyermekeknél, kik kórházi kezelés alatt vannak, hol oly bő és gyakori alkalom nyilik újból való ragályozásra, s könyvében két ilyen esetet le is ir. (Diphtherie und diphtheritischer Croup. Nothnagel's Handbuch.) Az elsőnél recidiva két hét mulva állott be, és a recidiva nagyon könnyü volt. A második eset egy diphtheria-croup volt, s a croup kilencz nap mulva visszatért, úgy hogy újból serum és még intubatio alkalmaztatott. Esetünkben azonban a diphtheria 12 hét mulva ismétlődött. Hogy ez recidiva volt-e, azaz az első betegség újból való fellobbanása, friss ectogen infectio nélkül, vagy pedig tényleg új, kivülről eredő fertőzés történt-e a gyermeknél, ezt nem tudom s nem merem eldönteni; mert mind a két lehetőség megeshetett egyforma valószinüséggel. Az ez iránt tett vizsgálatok ugyanis kideritették, hogy diphtheriából kigyógyult gyermekek garatjában Löffler-féle bacillusok néha még két-három hónap után is találhatók. Eme bacillusok az illető viselőikre nézve azonban csak mint ártalmatlan saprophyták szerepelnek, azonban nem tisztán azért, mivel a bacillusok virulentiájokat egészen elveszitették, minthogy viselőik másokat érintkezés által könnyen fertőznek, hanem inkább azért, mivel viselőik immunisok lettek. Könnyen képzelhető azonban, hogy maguk a bacillusokat magukban rejtő egyének néha kedvező körülmények összejátszásával, saját bacillusaik által újra megbetegednek vagy hogy a bacillusok virulentiája erősbödik s saját viselőikre nézve is pathogen természetüekké lesznek, vagy — a mi valószinübb — hogy az egyének immunitása elvész és a dispositio visszatér. Lehetséges tehát itt is, hogy a gyermek saját maga bacillusai által, melyeket még első betegsége óta magában hordozott, recidivába esett, de mi bizonyíték sincs ama feltevés ellen sem, hogy az egész második fertőzés új kútforrásból eredt, hogy tehát egy teljesen új megbetegedés származott. Eldönthető lett volna ezen érdekes, bár csak elméleti kérdés, ha a gyermek garatjából vett nyákkal egész idő alatt rendesen bacteriologiai vizsgálatokat végezhettem volna, mi itt természetesen nem történt. Igy azonban ezt eldönteni nem tudom.

(Folytatása következik.)

Két pellagra-eset.

Hruska János dr. körorvostól.

Napról napra több és több pellagrás beteg keresvén fel, nem mulaszthatom el, hogy kartársaim figyelmét ezen betegségre fel ne hívjam, habár ezzel csupán azt óhajtom elérni, hogy orvostársaim, kik nincsenek azon helyzetben a pellagrát betegeken tanulmányozni, legalább igy ismerjék meg ezen veszedelmes betegséget.

Betegeim közül azonban csupán kettőt és pedig egy kezdődő stadiumban levőt és egy kifejlődött pellagrást akarok röviden leirni.

1. Burka János Kostin, 19 éves, magyar-gy.-monostori napszámos f. hó 27-dikén felkeres, előadja, hogy egy hét óta szájfájása van, úgy hogy keményebb összeállású ételekkel táplálkozni nem tud. Betegemet természetesen szájának megvizsgálásával kezdtem megtekinteni, kinél azt találtam, hogy szájnyákhártyája s ugyan úgy a torokűr sötét piros, nyelve mély repedésekkel van tele. A pofákon fogak benyomata látható s mindenütt kerek, lencsenagyságú, zöldes-sárga genynyel fedett hámfosztott helyek vannak. Foghús laza, vérzékeny s valóban az egész szájüreg oly képet mutat, mint azt syphilisnél ungu. hydrarg. használata után látni szoktuk. Salivatio nagyfokú. Lehelete bűzös.

Ezen betegemnél, úgy mint más kettőnél is, az állalatti mirigyek egész diónyi nagyságot értek el, ezt azonban sem az elmult évben nem láttam, sem pedig kartarsaim, a kik a pellagráról már megemlékeztek ugyanezen szaklapban, említést nem tesznek. Szerény véleményem a mirigyekről az, hogy azok megnagyobbodását a szájbeli lobos folyamat idézi elő.

Kezeinek háti felületén, a mi az egyedüli biztos jel a diagnosis felállításánál, már látható a bőr sötétbarna elszinesedése, mely ez idő szerint még nem hólyagzott fel s nem is mutatja a jellegzetes repedéseket (rhagades).

Ez volna tehát a pellagrának kezdődő stadiuma.

2. Gligán Vonucz Boska, 58 éves, oláh-monostori lakos, kinél a pellagra már az előző évben is nagyfokú volt s úgy az erythema mint a rhagades a legkifejezetebb alakban mutatkozott, f. hó 25-én megjelent nálam, előadta, hogy most is mint az előző évben már egy hó óta szája fáj s körülbelül két hét óta nála ismét azon kiütések jelentkeznek ugyanoly tünetekkel, mint a milyenekben az előző év tavaszán szenvedett.

Betegemet kikérdezve, előadja, hogy úgy most, mint az elmult évben búza- és kukoricza-lisztből készült kenyér képezte legfőbb táplálékát; megjegyzi azonban, hogy az idén sokkal jobban élt, mint az elmult évben. Panaszát haspuffadtság, gyomorégés és szájfájás salivatioval képezik, a mihez még néha szédülés is jár.

Megtekintésnél rögtön szembe tünik az orr porczos részének barnasága; az orrszárnyak mindkét oldalán számtalan apró szürkésfehér dugószerű kiemelkedés látható, lekaparva egy ily kiálló dugót, az irha fagygyúját ismerjük fel, a mely teljesen megkeményedett. Szájának nyákhártyája pirosan belövelt, de sokkal kisebb fokban, mint azt az előző esetben leirtam, fekélyek nincsenek. Hasa tényleg puffadt, sőt azt lehet mondani, feszült, kopogtatásra legtöbb helyen léghangot kaptam.

Kezeinek háti oldalán a bőr sötét-barna, repedezett, helyenként a bőr már czafatokban hámlik; repedések már a tenyéri oldalon is vannak.

Mindkét betegemet, illetőleg valamennyit a kukoricza-kenyértől eltiltottam, nekik erős táplálékot ajánlottam, belsőleg solut. ars. Fowleri-t és tinct. ferri pomati-t 3-szor napjában 1 kávéskanállal.

TÁRCZA.

Réczey Imre tanár megnyitó előadása 1899. évi szeptember hó 25-dikén.

Tisztelt Uraim!

Az orvosi tudományok elsajátitása és tanitása terén már évszázados szokás, hogy a kezdők az orvosi tudományoknak úgynevezett *elméleti* részével ismertetnek meg legelébb és csak ezen elméleti tanulmányok elsajátitása után vezettetnek be azon ismeretek körébe, miket *gyakorlati* orvosi szakmáknak szoktunk nevezni.

Ez logikailag nem is lehet másként. A ki élte feladatául tűzte ki azt, hogy az emberi szervezet bajainak gyógyitásával foglalkozzék, annak ismernie kell az embert minden oldalról, ismernie kell az emberi szervezet szerkezetét, működésének törvényeit, ezen szervezet beállható romlásait és ezek befolyását a szervezet működésére, ismernie kell azon eszközöket, módokat és elveket, melyekkel az emberi szervezet hibái javithatók vagy elháritható. Az anatomia és a physiologia beavatta Önöket az emberi szervezet szerkezetének és működése módjának, törvényeinek ismeretébe, a kórboncztan és a kórtan megismertette Önökkel az emberi szervezet romlásából származó változásokat és ezek módositó befolyását a szervezet életműködéseire, a gyógyszertan és általános gyógytan kezükbe adta azon elveket és eszközöket, mikkel szervezetünk bajai gyógyithatók.

Minél gazdagabban vannak ellátva ezen ismeretekkel akkor, midőn a klinikumra kerülnek, annál jobban állják meg itt helyüket, annál könnyebben, gyorsabban tájékozódhatnak a klinikumon azon kifogyhatatlan változatosságú bajok felismerésében, értelmezésében és gyógyitásában, miket az élőszervezet — a klinikum tár elénk.

És midőn most már a klinikumon az *élő* ember gyógyitásával fognak foglalkozni, nem tesznek mást, mint eddig szerzett ismereteiket alkalmazzák gyakorlatilag — *orvosi gyakorlatot* űznek.

Az orvosi gyakorlat pedig legnehezebb része az orvosi hivatásszerű foglalkozásnak. Mint minden gyakorlati szakma, úgy az orvosi gyakorlat is bizonyos tudományos előkészültséget kiván meg, melyet tapasztalatnak kell a gyakorlat számára megérlelnie; de az orvosi gyakorlat még ezenkivül is támaszt igényeket Önökhöz. Fárasztó physikai munkát, önfeláldozást és mindenek felett olyfokú *egyéni* felelősséget követel, minőhöz foghatót más foglalkozásúaknál alig ismerünk.

A betegeknek lelkiismeretes pontos physikai megvizsgálása a velejáró laboratoriumi vizsgálatokkal, a therapeutikus eljárásoknál mindinkább előtérbe nyomuló manualis beavatkozások, a modern műtétek kivitele sok physikai munkát képviselnek, mit nem kis mértékben fokoz a magángyakorlat természetéből folyó azon körülmény, hogy a beteget lakásán kell felkeresnie az orvosnak, ki az utakat nem számitva, csak

kissé nagyobb városban 60—80 emeletet mász meg, mig napi teendőivel elkészül.

Nyugalmat nem ismerve rendelkezésére kell állania az orvosnak betegei számára éjjel-nappal, gyakran kitennie magát és családját fertőzés veszélyének, nem egyszer életveszélynek is. Testi nyugalmát feláldozni, egészségét, talán életét is veszélyeztetni, veszélyeztetni szeretteinek egészségét, bizonyára oly foka az önfeláldozásnak, minőt hivatása betöltésében csakis az orvos kénytelen hozni embertársai irányában.

És mindezt az *egyéni* felelősség olyan mértéke mellett, mihez foghatót más foglalkozásúaknál hiába keresünk. Nehéz és felelősségterhes azért az *orvosi* gyakorlat, de bizonyos értelemben még nagyobb felelősség nyugszik a *sebész* vállain, kinek működése könnyebben ellenőrizhető, kinek ténykedése szorosabb oki összefüggésben van az elért eredménynyel, kinek sokszor csekély mulasztása vagy hibája nem egyszer a beteg életét koczkáztatja, kinek sokszor a szó szoros értelmében „*kezében*“ van a reá bizott beteg élete.

Az orvosi gyakorlat ezen nehéz pályáján biztos alapjuk csakis *orvosi tudásuk* és *tapasztalatuk* lesz, ellenőrük — saját *correct lelkiismeretük* és *tisztességük*. Ha ezeknek szava kiséri a beteg körüli ténykedésüket, legjobb tudásukkal hasznára fognak betegüknek lenni és balsiker esetében megnyugvásukat lelhetik mindig azon tudatban, hogy megtettek mindent, a mit tenniök lehetett, a mit tenniök tudásuk szerint kellett.

Ha kellő *tudással, lelkiismeretesen* és mindig a *tisztesség* szerint fogják orvosi gyakorlatukat űzni, bizonyára kivivják maguknak nemcsak betegeik bizalmát és köszönetét, hanem embertársaik tiszteletét is. Erre pedig épen az orvosnak, az egész orvosi rendnek nagy szüksége volt mindig, mert ez alapja azon bizalomnak, mely a beteg és az orvos között kell hogy fennálljon; de nagy szüksége van erre az orvosi rendnek épen *ma*, midőn századunk végén épen orvosi rendünk az, mely sok oldalról rosszakaró támadásoknak van kitéve. Nemcsak anyagilag nem méltányolja kellőleg a mai társadalom az orvos működését, melyet nem ritkán a napszámoséval egyenértékűsit vagy épen azon alul állónak becsül, és régen elmultak az idők, midőn „*Galenus dat opes*, hanem tiszteletében is nagyon sülyedt *orvosi rendünk tekintélye!*

Sok és sokféle oka van ennek, miket e helyen részleteznünk nem lehet. De a sok között egyre mégis rá kell mutatnunk Önök előtt, kik pályájuk megkezdése előtt állanak, s ezt röviden abba foglalhatjuk össze, hogy az orvosok egy része *önbecsülését* rosszul alkalmazza és egymás irányában *intolerans*.

Sohase feledjék, hogy a létért való küzdelemben jogosan győz ugyan az erősebb, de „*magunk ügyét védve mások iránt mindig igazságosnak lenni*“ oly erény, mely alapköve minden egyéb társadalmi erénynek. A kikkel az orvosi gyakorlat terén együtt élniök kell, a kikkel a versengést kerülve *nemes* versenyre kell kelniök, azok embertársaik — collegáik —, kik époly kevéssé tökéletesek, mint önmaguk, kiknek épúgy van joguk a mindennapi kenyérre, mint önmaguknak, kiknek ugyanazon rendi érdekeik vannak, mint önmaguknak, kikhez Önöket érdekközösség fűz. *Türelem* és *igazságosság* legyen alapja mindig kartársaikkal való érintkezésüknek s bizton kinyerik azok elismerő méltánylását maguk számára is. Ez lesz az *összetartás* legerősebb alapja — összetartva pedig ki kell vívniok újra az orvosi rend számára azon tekintélyt, mely már-már veszendőben van!

Igyekezzenek azért alapos tudásra és a bőven kinálkozó alkalom kellő kihasználásával lehetőleg bő tapasztalatra szert tenni és ha majdan az életbe kikerülnek, foglalkozásukban tartsák mindig szem előtt azt, hogy a tisztességes, lelkiismeretes, serény és kitartó munka mindig győz s örökké igaz marad *Cicero* azon mondása, hogy:

„*brevis* vita nobis data est, sed memoria *bene redditae* vitae sempiterna“.

Az elmebetegség veszedelme és az ellene való védekezés.

(Folytatás.)

Rég kiveszett volna az egész emberiség, ha ellensúlyozó momentumok fel nem tartóztatnák végzetszerű menetében a fokozatosan súlyosbodó elfajulást. Ezen momentumok közreműködése folytán az átöröklés útján a szervezetbe oltott kórcsira gyengülhet vagy teljesen el is pusztulhat és a beteggé lett törzs ismét felépül.

Ezen a degenerálást enyhítő és esetleg megszüntető összes tényezőknek, a melyek között az ép vérrel való kereszteződés első helyen áll, helyes felismerése és intensiv kihasználása képezi legelső feladatát, illetőleg lehathatósabb eszközét az elmebetegségek prophylaxisának, mert a neurastheniásoknak, az öröklésileg terhelt és a degeneratio különféle stigmait mutató egyéneknek óriási serege alkotja az elmebetegségnek kifogyhatatlan tartalékcsapatját, a melynek egyre sűrűsödő soraiból toborzódik össze közvetlenül vagy közvetve az elmebetegeknek túlnyomó többsége.

És azon nagy veszedelem mellett, a melyet ilyképen az összes degenerativ alakok a most élő és még inkább a következő generatiokra képeznek, ha röviden is, de meg kell emlékeznünk a már előbb említett *Magnan*-féle magasabb rendű elfajultaknak specialis társadalmi jelentőségéről, a mely kellő világításba helyezve, alárendeltnek épenséggel nem mondható.

Miután egyrészt számuk oly rengeteg nagy és másrészt értelmiségük az intellectualis és moralis körben náluk létező és őket jellemző dysharmonia daczára sokszor valóban jelentékeny, sőt egy irányban esetleg kiváló tehetséggel is rendelkezhetnek, ennélfogva mélyreható befolyást gyakorolnak a társadalom legszélesebb rétegeiben és a culturalis tevékenység legkülönbözőbb ágazataiban, úgy hogy működésük nyoma feltalálható a társadalmi élet minden terén, a divatban, erkölcsi felfogásban ép úgy, mint tudományban, irodalomban és művészetben is.

Egy-egy külön elmekórtani tanulmány tárgyát képezhetné az ezen különböző irányokban érvényesülő befolyás, mert hiszen az elmekórtani kritikát valósággal provokálja pl. a secessionak nevezett új irányzata a festőművészetnek vagy az erotikus irányú és a sexualitást valóságos kéjelgéssel tárgyaló modern szép- vagy jobban mondva nem szépirodalom.

Kétséget nem szenved, hogy azon egyének működése igen gyakran positiv értékkel bir, sőt sokszor áldásosnak is mondható, de nagyobbára mégis oly aberratiokban nyilvánul, a melyeknek a tömegek szellemi életére gyakorolt káros hatását elvitatni nem lehet.

Az „exempla trahunt“ elve itt psychikai fertőzésben nyilvánul A nagy tömegeknek amúgy sem igen önálló judiciuma megzavartatik, a társadalom nagy része úgyszólván desequilibráltatik, úgy hogy az elfajulás symptomáit a közélet egészében époly könnyen ki lehet mutatni, mint egyeseknek szembeötlően kóros ténykedésében.

.s a baj még egyre növekszik, növekszik kiterjedésében és növekszik mélységben.

És a midőn ezt konstatáljuk, önkéntelenül is ajkunkra tolul a kérdés: mi lesz ebből? Vajjon nem az emberiségnek, vagy legalább is a civilizált népeknek alkonyát jelenti-e ez a mindnagyobb mérveket öltő elfajulás? Hiszen az elfajulásnak most észlelhető arányai után ítélve attól kell tartani, hogy miként korunkat az idegesség és idegbetegség jellemzi, úgy a jövő század utolsó harmada már az elmebetegség jegyében fog állni.

Kell, hogy az utódok feje itt-ott már az elődöknek is fájjon, de azért kissé korai volna még az emberiség sorsa felett kétségbe esni.

A természet sohasem feledkezik meg a correctivumokról ott, a hol az ő saját törvényei folytán lényeinek szervezete bajokban leledzik. Itt sem feledkezett meg.

Az egyik correctivumról megemlékeztünk, a midőn a fogyatékos emberanyagnak irgalmatlan kiselejtezéséről szóltunk; ezzel együtt jár, sőt egy bizonyos tekintetben vele egyértelmű az ép, életerős elemeknek a faj fentartására szolgáló kiválasztása. És én nem tudom leküzdeni az impressiot, hogy a civilizált társadalom jelenleg egy ilyen nagy arányú és acutabb természetű kiválasztási folyamaton megy keresztül, a mely bizonyára még beláthatatlan időkig fog eltartani, de a melynek végeredménye egy finomult és a mellett mégis ellentállóbb idegrendszer leend, a mely egy későbbi kor embereit képessé fogja tenni arra, hogy még a mienkél is nehezebb feladatokkal baj nélkül megbirkózhassanak. Mindaddig, a mig az be nem következik, az ideg- és elmebetegségek száma emelkedőben lesz, de attól az időponttól fogva ismét csökkenésbe fog átmenni. És igy a természet már ezzel az egy eszközzel is lassan el fogná hárítani azt a veszedelmet, a mely az emberiségnek nagy részét az elmebetegség alakjában fenyegeti.

Epstein László dr.,
a budapest-angyalföldi m. kir. állami elmegyógyintézet főorvosa.
(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Byrom Bramwell: Anaemia and some of the diseases of the blood-forming organs and ductless glands. Edinburgh, Oliver and Boyd, 1899.

Nagy szorgalomra és nem kevesebb tudásra vall a hírneves edinburghi klinikus ezen legújabb munkája, mely úgy a vérbetegségekkel behatóbban foglalkozó búvárt, mint a gyakorló orvost egyaránt kielégítheti. A rendkivül díszes kiállitású, ötödfél száz lapra terjedő könyv az anaemiát, chlorosist, anaemia perniciosát, leukaemiát, Hodgkin-kórt, Addison-kórt, myxoedemát, Basedow-kórt és akromegaliát tárgyalja világos, érdekes, szépen tagolt előadásban. Nagybecsűek a mellékelt nagyszámú kórtörténetek szerzőnek kórházi és magángyakorlatából, valamint a hozzájuk fűzött megjegyzések, melyek a könyvre határozottan az eredetiség bélyegét nyomják és gondos klinikai megfigyelés, valamint szorgalmas kórtani búvárkodás eredményei lévén, maradó értéket biztositanak a munkának.

Prof. E. Grawitz: Methodik der klinischen Blut-Untersuchungen. Berlin, 1899. Verlag von Otto Enslin.

A 40 lapra terjedő füzet kiegészitő része akar lenni szerző „Klinische Pathologie des Blutes“ czímű munkájának, mely ezelőtt 3 évvel jelent meg. Röviden összefoglalva találjuk benne a legfontosabb vérvizsgálati módszereket. Az 1-ső fejezet a vérvizsgálat czéljairól szól és jelentőségét fejtegeti az általános kórtanra nézve. A 2-dik fejezet a vizsgálathoz szükséges vér vételét tárgyalja. A 3-dik fejezet a vér histologiai vizsgálati módszereivel (friss és festett készitmény, finomabb histologiai vizsgálatok) foglalkozik. A 4-dik fejezet a mikroorganismusokra való vizsgálatát a vérnek adja elő és végül az 5-dik fejezet a physikalis és vegyi vizsgáló módszereket (vérsejtszámlálás, fajsúlymeghatározás, spektroskopia, alkalimetria, haemoglobinmeghatározás stb.) ismerteti. A leirások rövidek, jól érthetők; az ajánlott módszerek helyes megválasztása a tárgygyal behatóan foglalkozó búvárt árulja el. A vizsgálati eredmények jelentőségét és értékesithetőségét illetőleg azonban szerzőnek fentebb emlitett nagyobb munkáját kell az olvasónak igénybe vennie.

II. Lapszemle.

A diffus perforatios peritonitis sebészi kezeléséhez. *Reinprecht Leopold* dr. egy eset kapcsán az utóbbi időben annyira vitatott appendicitis kérdéshez szól. 22 éves csaposlegényt hoztak diffus peritonitis tüneteivel az innsbrucki klinikára, kinél a fájdalomnak s tompulatnak a jobb csípő árokban való legintensivebb volta valószinűvé tette a vakbéltől való eredetet. A tünetek súlyos volta miatt a sebészi beavatkozást elhatározván, a metszést a linea albában végezte, a köldöktől a symphysisig. Az előtoluló meteoristikus beleken genyes rostonyás izzadmány, mely helyenkint annyira összetapasztotta, hogy szétválasztásnál a serosa beszakadt; ennek Lambert-varattal egyesítése. Legtömegesebb az izzadmány a processus vermiformis körül, mely egy helyen átfúródott. Typikus resectio, miután a puffadt belek tartalmát punctio útján eltávolították. Steril-gazezel az izzadmányt lehetőleg eltávolítva, a vakbél tájékát Mikulicz-féle fátyollal drainezi és az alsó sebvég kivételével a hasfalakat egyesíti. Műtét után hőmérsék normalis, de sem flatus, sem székletét nem távozik, daczára a végbélbe bevezetett bélcsőnek. A hasfájdalmak csak hatodnapra szünnek, mikor bő székletét következik. A Mikulicz-féle csik helyett draincső bevezetés. 21-ed napon gyógyulva távozott. A praeparatum szerint úgy látszik, hogy itt sem közvetlenül a processus vermiformis átfúródása folytán jött létre a diffus peritonitis, hanem egy eltokolt tályog megrepedése okozta azt. A medianmetszés ez esetben jobbnak bizonyult Sonnenburg oldalsó metszésénél, mert eltekintve a nagyobb áttekinthetőségtől, az exsudatum eltávolítása csak így volt lehetséges. Külön nyilás, mint azt Edwards ajánlotta, a vakbél táján nem volt szükséges. A peritoneum mosását folyadékkal elveti, mert oly részekre vihetne fertőző anyagot, melyek ettől meg voltak kimélve; fontosnak tartja végül a belek kiűritését, mert gyógyuláshoz három feltételt tart elengedhetetlennek: 1. a perforatios nyilás elzárását; 2. az exsudatum és 3. a bélbenněk eltávolítását. Utóbbi kettővel nemcsak septikus anyagok eltávolitását éri el, hanem a túlfeszült és telt bélnek hűdését akadályozza meg. Utóbbi okból Andrew Cosh nem helyesli az opium adagolását hasonló esetekben, sőt calomel adagolással bő ürüléseket igyekszik előidézni s így a bélhűdés ellenére dolgozni. Bizonyság ez eset Richardson és Brewster nemrég hangoztatott nézete ellen, hogy appendicitis utáni peritonitis nem alkalmas sebészi kezelésre. (Beiträge zur klin. Chirurgie. Bd. 24. Heft 1. Zur Operativen Behandlung der diffusen Peritonitis.)

Az aneurysmák műtéti kezeléséről ir Hofmann s a boroszlói klinikáról hét esetet közöl, melyek műtét után gyógyultak. Kettőnél Hunter szerint lekötést alkalmaztak, három teljesen kiirtatott s két izben a Mikulicz-féle eljárást végezték. Ezen műtéti mód két ülésben végeztetik. Először az odavezető edény lekötése történik vagy Anel vagy Hunter szerint. A seb begyógyulása után, ha az aneurysma nem kisebbedik, azt Mikulicz 4 cm. hosszaságban felmetszi; a nyilás épen elég a véralvadék kinyomására, mely után a sebet azonnal bevarrja s nyomó kötést tesz reá. Az eljárás csak akkor alkalmazható, ha az infectio teljesen kizárható. Előnye ezen eljárásnak az exstirpatio felett, hogy jóval csekélyebb beavatkozás, mely nem jár olyan sok edénysértéssel; kimerült betegnél nagy jelentőségű, mert Schleich-anaesthesiában is elvégezhető. Miként a hideg tályog punctiot, úgy a Mikulicz-féle metszést is teljesen ép bőrön át kell tennünk, mert elvékonyodott, rosszul táplált bőrben ejtett metszés után a bőrszélek necrosisa támadhat, mi a prima intentiot megakadályozza s infectioval fenyeget. Műtét után hosszabb ideig mérsékelt nyomás alatt kell az aneurysma zsákot tartanunk rugalmas pólyák segítségével. (Beitr. zur kl. Chir. XXIV. 2. f.

A szív feltárásának egy új módszere. *Wehr Victor* dr. fontosnak tartja, hogy szivvarrat alkalmazásánál minél nagyobb területen, de a pleura megsértése nélkül férhessünk a szivhez. Ő a bőrmetszést a sternum jobb szélétől a harmadik bordaporcz felett harántul vezeti a bal szegyszélig, innen kifelé domború ivalakú metszést visz a hatodik bordáig, majd ismét haránt irányban húzza a processus xyphoideus tapadásáig. A lebeny visszapraeparálása után harántul átfürészeli a szegycsontot a harmadik borda felett s a negyedik, ötödik és hatodik bordaporczot köriv alakban vágja át gombos végű porczkéssel. A porczkés csúcsa, mint az iv középpontja, az ötödik bordaporcz tapadása alá essék; ügyelni kell továbbá, hogy a kés minél laposabban feküdjék, igy lévén legkönnyebben elkerülhető a vérzés és a pleura megsértése. Az igy képzett csontlebenyt átesapja a jobboldalra a bordaporczok eltörésével nagy területen teszi hozzáférhetővé a szivburkot. (Archiv für klin. Chirurgie 1899. 59. Bd. 4. Heft.)

Ileusról hysteriánál czim alatt *Schloffer* három újabb esetét közli a hysteriás alapon fennálló bélsárhányásnak az irodalomból összegyüjtött több eset kiséretében s ezek alapján azt állitja, hogy vannak ileus-esetek, melyek magyarázata csupán antiperistaltikus bélmozgások felvételével lehetséges s arra a következtetésre jut a diagnosis szempontjából, hogy oly ileus-eseteket, melyekben valódi formált bélsártömegek hányatnak ki, gyanúsaknak tarthatunk arra, hogy azoknál sem mechanikus akadály, sem bélhűdés nem forog fenn (melyeknél szilárd bélsártömegeknek a hányadékba keveredése a legnagyobb ritkaság), hanem olyan állapot van jelen, mely tisztán ideges, talán hysteriás alapon jött létre. (Beitr. zur kl. Chirurgie. XXIV. 2 f.)

A tüdővész medicamentosus kezeléséről következőleg ir *M. T. Schnirer* dr.: Szerző az edző, rosszizű toxikus kreosot helyett a nem izgató, szagtalan és vízben oldó *thiocolt* 1897 óta 32 esetben használta. Kezdő tüdőtuberculosis 3 esetében 3—5 hó alatt oly javulás állott be, hogy csupán a kezelés félben hagyása óta elmult rövid idő (7—8 hó) miatt nem meri gyógyulásnak oda állitani. De az előrehaladtabb esetekben is feltünő volt a javulás. A 32 beteg közül 20 zavartalanul folytatja foglalkozását. Schnirer a thiocolt 3—6 gm. naponkénti adagokban rendelte *por alakban* vagy oldatát valamely szörpben, vagy pedig a *sirolin* alakjában. Azonkivül egy második készitménynyel is tett kisérleteket, t. i. a kreosot sulfo-savas kaliummal (sulfosot), mely hygroskopikus volta miatt csakis a *„sulfosolsyrup“* alakjában jön kereskedésbe. Ezen szörp hatása ép olyan mint a thiocolé s ennél jóval olcsóbb. (Klin. ther. Wochenschr. 35., 36. 1899.)

Ugyanezen szerekkel kisérleteket tett *de Renzi tanár Nápolyban*, és pedig *tüdőgümőkór 24 esetében* és egy nem gümös chronikus *bronchoalveolitisnél*, Az utóbbi baj gyorsan lényeges javulást mutatott (5 nap alatt a láz szünt s 600 gm. súlygyarapodás constatáltatott). A tuberculosus betegeknél is feltünő volt a gyors és tetemes súlygyarapodás, a láz mérséklése, a köhögés, kiköpés és bacillusok csökkenése s a közérzet és erőbeli állapot tetemes javulása. A betegek a thiocolt és sirolint nemcsak jól tűrték, de nem kellemetlen izük miatt szivesen vették is. (Deutsche med. Wochenschr. 1892. 32. sz.)

Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1899. szept. hó 10-dikétől 1899. szeptember hó 16-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 401 gyermek, elhalt 273 személy, a születések tehát 128 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2330 beteg, szaporodás 740, csökkenés 713 maradt e héten végén ápolás alatt 2357. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup —, roncsoló toroklob 2, hökhurut 1, kanyaró 1, vörheny 11, himlő —, typhus abdominalis 3, gyermekágyi láz 1, influenza —, egyéb ragályos betegségek 5, agykérlob 10, agyvérömleny 8, rángások 5, szervi szívbaj 18, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 24, tüdőgümő és sorvadás 40, bélhurut és béllob 23, carcinomata et neoplasmata alia 20, méhrák 10, Bright-kór és veselob 1, angolkór 7, görvélykór 1, veleszületett gyengeség és alkathiba 24, aszkór, aszály és sorvadás —, aggkór 6, erőszakos haláleset 12. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1899. szeptember 17-dikétől szeptember 23-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 7 (meghalt —), himlőben —, (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 11 (meghalt —), vörhenyben 60 (meghalt 13), kanyaróban 21 (meghalt 1), roncsoló toroklobban és torokgyikban 12 (meghalt 2) trachomában 7, vérhasban 1 (meghalt —), hökhurutban 7 (meghalt 1), orbánczban 14 (meghalt 3), gyermekágyi lázban — (meghalt —).

☒ **A budapesti gyakorló orvosok segélyző egyesülete** belügyministeri engedélylyel módosított alapszabályai értelmében tagjainak betegség esetén ezentúl napi 8 korona segélyt nyújt.

Ugyancsak belügyministeri engedélylyel lépett be testületileg a fentnevezett egyesület körébe az eddig fenállott munkásbetegsegélyző pénztár orvosi segélyegyesülete is.

✳ **Balkányi Miksa** dr. a gyógygymnastika és massage szakorvosa megkezdte Budapesten működését.

⊥ **Gáger Károly** dr., kir. tanácsos, téli fürdőorvosi gyakorlatát *Arcoban* ismét megkezdette.

⊕ **Riegler Gusztáv** dr. budapesti egyetemi m. tanárt Ő Felsége a kolozsvári Ferencz József tudomány-egyetemhez a közegészségtani tanszék ny. r. tanárává nevezte ki. Benne szakmájában jelesen képzett buzgó szakembert kap a testvéregyetem.

✕ **Egyetemi nyilv. rendkivüli tanári czimet** nyertek *Róna Sámuel* dr. és *Schaffer Károly* dr. egyetemi magántanárok.

— **A budapesti Császárfürdőben** 1899. évi augusztus 31-dikéig 960 személy lakott és 280,164 személy fürdött.

† **Elhunyt.** *Widder Bertalan* dr. gönczi járásorvos és tb. megyei főorvos Abaúj-Szántón 60 éves korában.

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.

Szt. Lukács-fürdő
téli és nyári gyógyhely
Budapest

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 négyszögméter nagyságú nyitott és zárt medenczéiben a forrásvíz naponkint négyszer megújul. Mindennemü gyógy- és üdítőfürdők. Kitünő szállodák. Vendéglő saját üzemben. Olcsó árak. Prospectust ingyen küld *az igazgatóság.*

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Erdélyi muzeum-egylet. 488. l. — A szabadkai vándorgyülés belgyógyászati szakosztálya. 489. l. — Biharmegyei orvos-gyógyszerész és természettudományi egylet Nagyváradon. 490. l.

Erdélyi muzeum-egylet.

(Orvos-természettudományi szakosztály ülése 1899. február 17.-én.)

Elnök: **Lechner Károly**; jegyző: **Genersich Gusztáv.**

Hanasiewitz Oszkár dr. kórboncztani gyakornok mikroskopi készítmények, rajzok bemutatásával értekezik egy tüdőparasita által okozott tüdőbántalomról, „**Tuberculum verminosum**“ czímén. Esetében a strongylus commutatus még ki nem fejlett alakjai okozták a vizsgált mezei nyul tüdejében a gümőhöz úgy makroskopice, mint mikroskopice teljesen hasonló elváltozásokat. Leirja a parasita alakját, méreteit, felsorolja az idevágó irodalomban megemlitett terjedési és statistikai adatokat.

Végül megemliti a bántalomnak embernél észlelt első esetét, mely egy Kolozsvárt 1845-ben elhalt 6 éves fiucskára vonatkozik.

Jakobi József dr. belgyógyászati gyakornok „**A typhushoz csatlakozó genyedések**“-röl ad elő.

Jakobi előbb röviden megemlékezik a typhushoz csatlakozó genyedések irodalmáról, s azután elmond egy általa észlelt esetet, mely egy fiatal leányra vonatkozik, kinél a kiállott typhus után két hét mulva recidiva, majd ennek végén periostitis lépett fel jobb ulnáján, mely genyedésbe ment át; a genyből egy bacillust tenyésztett ki, melyet a typhus bacillusának tart, s azt leves, közönséges és szőlőczukros agar, gelatinalemez és szürt culturájával, burgonya-tenyészettel, negativ indolreactioval, csillófestéssel, a Gram-festésre való elszintelenedéssel és a Widal-reactioval bizonyitja. Tekintettel arra, hogy állatkisérletekkel be van bizonyitva a typhus-bacillus pyogen hatása, *Jakobi* ez esetben a genyedést a typhus-bacillusnak tudja be, mi mellett különösen az szól, hogy a genyben más mikroorganismust nem talált.

Jancsó M. és **Rosenberger Mór** tanársegédek előadása: „**Kolozsvár és vidékének malariája a legutóbbi öt év (1894—1898) alatt.** I. Epidemiologiai rész.

A kolozsvári belgyógyászati kórodán a legutóbbi 5 év alatt 1280 malaria-eset került szerzők megfigyelése alá. A felszini-, hegy- és vízrajzi viszonyokra nézve, a mennyiben ezek a malaria epidemiologiájának szempontjából számitásba jönnek (l. mocsárelmélet), szerzők e meglehetős nagyszámú eset alapján arra a következtetésre jutnak, hogy bár az ú. n. „malariás vidékek“ talajviszonyainak lehet szerepe a malaria-járványok fellépése s elterjedése körül, de malaria-esetek nagyobb számmal fordulhatnak elő nem malariás vidéken is. Kolozsvár vidékének nyugati része ugyanis, melyet a bihari havasok boritanak, havasi és havasalji jelleggel bir, a keleti rész ellenben mocsaras, lapályos s az ú. n. malariás vidéknek minden sajátságát mutatja; ennek daczára a két egymástól olyannyira eltérő területrész között a kórodán jelentkező malaria-esetek számára nézve feltünő differentia nem volt észlelhető. A földtani, hegy és vízrajzi viszonyok megtalálhatók Koch Antal tanár különböző közleményeiben, ki ép e vidéken évek során át számos földtani kutatást végzett.

A mi a meteorologiai viszonyoknak az endemiával való összefüggését illeti, szerzők az egyes évek között találtak ugyan különbséget az egész évi járvány terjedelme és súlyossága, valamint az évek hömérsékleti, csapadékbeli stb. viszonyai tekintetében, de oly feltünő szabályszerűség, mely valami általános törvény kifejezője volna, ez irányban mégsem mutatkozott. Szerzők az általuk észlelt eseteket kiegészitették a kolozsvári országos kórháznak a megelőző 20 évi (1873—93) malariaforgalmával, a meteorologiai viszonyokra vonatkozó adatokat pedig a kolozs-monostori meteorologiai állomástól szerezték meg ugyancsak 25 évre terjedőleg. A 70-es években Kolozsvárt és környékén a jelenleginél sokkal nagyobb és súlyosabb járványok uralkodtak, s ez évek általában melegebbek voltak, mint a 80-as évek, melyekben (különösen 85—90-ig) Kolozsvár úgyszólván teljesen malariamentes volt; a 90-es évek kezdete óta az esetek mindinkább szaporodnak, s 97—98-ban a malaria már epidemikus jelleget öltött; ezen éveknek átlagos középhömérséke is nagyobb volt, mint a malariamentes 80-as éveké. A csapadék mennyiségét és elosztási módját illetőleg még ennyi szabályosság sem mutatkozik. Eme, még problematikus természetű eredményekkel szemben igen érdekes s évről évre szabályszerűen ismétlődő jelenséget mutatott az esetek megoszlása az egyes éveken belül az évszakok és a betegek vérében található parasitafajok szerint, kapcsolatban a járvány jellegének változásaival.

Mint számos más helyen, úgy e vidéken is az esetek ebből a szempontból olyanformán csoportosulnak, hogy tavasz végén és nyár elején a a járványok enyhe jellegűek s majdnem kizárólag typikus tertiana — s kevésszámú quartana — esetek által vannak képviselve, a betegek vérében ennek megfelelőleg főképen tertiana-, kevés esetnél quartana-parasiták találhatók, félholdképző parasiták csak ritka kivételképen s ekkor is csak chronikus esetekben; mig nyár végén és őszszel a járvány jóval súlyosabb jelleget öltött és ekkor feles számban fordultak elő a súlyos jellegű, atypikus, néhány esetben lethalis kimenetelű megbetegedések, melyekben a betegek vére mindig a félholdképző parasita fajt tartalmazta. Tertiana- és quartana-esetek azonban az őszi évszakban sem hiányoztak, de ezek ép oly jóindulatú, typikus, complicatiok nélkül lefolyó esetek voltak, mint a tavasziak, úgy hogy a járvány jellegének súlyosbbodása az őszi időszakban kizárólag a félholdas esetek jelentkezése által volt feltételezve. A téli időszakban (körülbelül november végétől márczius végéig) a járvány megszüntnek mutatkozott annyiban, hogy csak oly esetek jelentkeztek a klinikán, melyekben a betegség már több hónap, 1 év, vagy még hosszabb idő óta tartott s ez eseteknek több mint felében a vér quartana-parasitákot, másik felében félholdképzőket tartalmazott, tertiana-parasiták ellenben alig egy pár esetben voltak találhatók. Ha magából a városból jelentkező eseteket különválasztjuk a vidékről jelentkezőktől, azért az esetek évszak és parasitafaj szerint való csoportosulása ugyanaz marad, tehát a városi esetek ép úgy, mint a vidékiek magukban véve is tavasz-nyárelői enyhe, typikus, complicationélküli tertiana (quartana) és nyár-őszi súlyos, atypikus, nehéz szövődményekkel (icterus, haematuria, haemoglobinuria, nephritis, delirium, coma stb.) társuló félholdas esetekre oszlanak meg; ugyanezt az eloszlást mutatták a Kolozsvárt állomásozó katonaság körében előfordult esetek.

Ennyire különböző közlekedési és socialis viszonyok között élő osztályokban — a városokból jelentkező betegek nagy része kézmives, a vidékről jelentkezők ellenben többnyire földmivesek — a malariának ily azonos évszaki megoszlása mellett szerzők kizártnak tartják azt, hogy az eseteknek e feltünően szabályszerű s évről évre ismétlődő csoportosulása évszak és parasitafaj szerint valami véletlen, külső körülményben lelné magyarázatát, hanem azt, mint a malaria epidemiologikus functioját fogják fel, melynek megfejtését csak akkor remélhetjük, ha a malariaparasitáknak az emberi szervezeten kivül eltöltött étetphasisait, valamint az emberi szervezetbe jutásuk módját ismerni fogjuk.

(Folytatása következik.)

A szabadkai vándorgyülés belgyógyászati szakosztálya.

A belgyógyászati szakosztály az ő *tizenkét* előadásával egészben véve olyan munkásságot fejtett ki, melynek hasznos érdemét dicsérőleg kell kiemelnünk. A szakosztály tevékenysége méltán csatlakozott a társszakosztályokéhoz, beigazolva a vándorgyülési előadásoknál mindjobban emelkedő niveaunjáról nyert benyomásainkat. Akad még itt-ott, mint a hogy az congressusi vagy e fajta alkalmakkor szereplő felolvasásokban a világon mindenütt előfordul, egy-egy kissé érezhetőbben reklám-izű előadói megnyilatkozás, de az összes kép már határozottan a vándorgyülések előnyére fest, a mi nemcsak a tudomány terjesztése, szélesebb körben megkedveltetése czéljából, de a vidéki centrumok közmüvelődésének és hygienés fejlődésének szempontjából is kiválóan örvendetes jelenség.

Genersich Antal tanár megnyitó előadása: „*A szeszes italok habitualis élvezete folytán bekövetkező változásokról az ütőerekben és a szívben*“, mindjárt kellő komoly tudományos hangot intonált. Pompásan választotta tárgyát, az alkoholról szólván a nagy vendégszeretet classikus városában, s érdekesen fűzte tanulságos fejtegetéseit mindvégig. Ime:

Az alkoholnak bár nem mértéktelen, de *szükségen felül való* élvezete is hátrányos a szervezetre, mert kisebbiti a munkaerőt, a test ellenálló képességét s *időelőtti vénülési* okoz az *arteriosclerosis kifejlődésének siettetése* útján, melynek következményei azután elragadják az *élet delén* lévő férfit és nőt is egyaránt. A budapesti kórboncztani intézetben és szent István-kórházban bonczolt 2852 tetem közül a professor 743-ban talált ütőérelkeményedést s ez utóbbiakból 220-nál az arteriosclerosis és következményes állapotai maguk oltották ki az egyén életét, 215-nél pedig az utolsó, halált hozó betegség és az érelkeményedés közt oki és okozati összefüggés állott fenn. 13·6%-a az összes elhaltaknak arteriosclerosisban pusztult el, a 20 éven felül kiszenvedettek tetemében pedig e végzetes érelváltozás az esetek 1/3-ánál constatálható volt. Az arteriosclerosis közvetlen következményeiben elhalt 220 egyénből 39%-nak cardialis vizkórja, 26%-nak szivbénulása, 10—10%-nak agyvelői gutaütése és agyvelőlágyulása, 7·7%-nak aneurysmája, 3%-nak érdugulásos üszkösödése s 1·3%-nak érdugulásos vérzése és gyuladása szerepelt a halál okául. A szivbénulás és a szivtől eredő vizkór eseteiben kórboncztani elváltozások voltak a *függőér* billentyűin, a koszorús szivverőerekben s kiválóan érdekes az az *insufficientia*, mely a függőér egyik-másik billentyűjének több-kevesebb *ellazulásából* származik. Ezen rugalmasságavesztett billentyű elvégre egészen lekonyul s mint ilyen teljesen fogyatékosan zárja az ostiumot. Az ilyenkor fennálló pathologikus viszonyok *Genersich* intézetében beható vizsgálatnak vettettek alá (*Hager Péter* szig. orvos dolgozta a kérdést), s az eredmény az volt, hogy ki lehetett mondani: az *aorta billentyűin az arteriosclerosis révén újból és újból jelentkező apró gyuladásos fészkek helyén a rugalmas elemek átalakulnak, a billentyű bizonyos körülirt részletei engedékenyek lesznek*, miből valóságos idült billentyűaneurysmák keletkezhetnek, de leggyakrabban a *valvula*

széleinek s kisebb-nagyobb részletének lekonyulása származik. Az ilyetén eredésű insufficientia azután oly súlyos lehet, hogy a nagyfokú következményes *keringési zavar vízkórt és exitust* okoz. 78 insufficientia esete közül 5-ben talált *Genersich* szivaneurysmát, *28 esetben* pedig a *billentyű ellazulása* volt jelen. Ez a szám azonban mélyen a valóság alatt marad, mert az arteriosclerosis kártékony hatása a billentyűkre önként érthetőleg nem mindig öli meg az egyént s ha az individuum életben marad, a relaxált billentyű utóbb *megrövidül* s ezzel — bár csakis insufficientia jár a rövidülés nyomában — a billentyű maga mégis újból ellenállóbbá lesz s az említett lazulási folyamat többé mint ilyen nem constatálható. A *szívizomzat elfajulását* és rostos átalakulását az esetek túlnyomó többségében a coronariák különböző fokú és nemű *arteriosclerosus megbetegedése* hozza létre. 220 súlyos érelkeményedés esete közül 32-ben jegyzett fel *Genersich* kiterjedt arteriosclerosist a szívet tápláló erekben, 48 esetben a coronariák szűkülése volt jelen. Az agyvelő nagyobb verőereiben 32 izben talált súlyos arteriosclerosist a szerző, 2 esetben thrombust, 8 esetben emboliát, 5 esetben pedig ütőeres daganatot.

Az összes arteriosclerosisos eseteket számba véve, az egyén beigazolt *részeges* voltára a klinikailag és kórboncztani úton kiderithető adatok csak 7·9%-ban engedtek következtetést. Nagyon alkalmas lelet annak a nézetnek megingatására, hogy az exquisit részegesség volna az érelkeményedés főoka. A *dohány* élvezete semmi lényeges befolyással nem lehet az arteriosclerosis előállására, mert *nőknél* a bántalom époly gyakori, mint férfiaknál. A *bujakórról Genersich* azt tartja, hogy az arteriosclerosis oktanában szintén csak igen alárendelt szerepet játszhatik. A *gümős* betegség okozta *endoarteritis obliterans* a legkisebb erekben felette gyakori, a nagyobb ütőerekben azonban *alig* fordul elő. *Heveny fertőző* bántalmak sem igen jöhetnek az arteriosclerosis aetiologiájában számba, legfeljebb a scarlat, de ez is csak elenyésző fontosságú. *A kor* jellemzőjének tartják rendesen az érelkeményedést. És van jogos alapunk hozzá. Ámde igen gyakran észlelhető az arteriosclerosis *50 éven alul*, egyébként erős egyéneknél is. 241 ilyen esete volt *Genersich* tanárnak s épen *ezek* közt volt a legtöbb súlyos, következményeiben *halálhoz* vezető eset. Az erek rugalmasságának aggkori alábbhagyása lehet tehát *praedisponáló* tényező, de *nem cardinalis oka az arteriosclerosisnak*.

A feltételezhető oki tényező oly izgató agens, mely az ütőereknek ismételten *nagyobb feszülés alá* jutását idézi elő, s az érfalon a kötőszövet túltengését indítja meg. Fokozott fali nyomást hoz létre az erekben a *testi munka is*, de *Genersichnek* az állatorvosi főiskola adataiból vett bizonyítékai nem szólnak e tényező szereplését megerősítőleg az arteriosclerosis oktanában. A nagyobb testmozgás, valamint a kedélyi felindulások okozta erősebb feszülés az erekben csak transitorius és ment lévén minden méreghatástól, csak alárendelt jelentőségű az érkeményedés létrehozásában. Joggal mondotta is tehát *Jendrássik*, hogy „az érkeményedés valódi közvetetlen okát mindeddig *nem ismerjük*.“

Az arteriosclerosis ezen valódi okát illetőleg *Genersich* tanár azután kifejti saját igen plausibilis felfogását. Érvelése a következő: az állatvilág összes lényei közül leginkább az ember az, a ki gyakorta *többet iszik a kelleténél* és pedig nem tiszta vizet, hanem *erőltetett munkára izgató* anyagokkal készült nedüt. Az az 1—2 liter bor vagy 3—4 korsó sör, a mit a „solid“ munkásember bekebelez, rövidesen 1/6—1/5-del sőt még nagyobb fokban szaporítja a vérerekben keringő folyadékmennyiséget, a szivet intensivebb működésre sarkalja s az egyén teltségi érzetét az alkohol-anaesthesia elnémítván, őt magát is fokozott erőkifejtésre engedi felbuzdulni. A kiválasztó szervek épsége mellett ugyan e stimulatios plethora csakhamar tünik, a szervezet hydraulikus egyensúlyba jut, de ha a surcharge minduntalan ismétlődő, akkor az excretorius organumok a túláradó munkát végre is nem győzik, nő a fali nyomás, az ütőérnek ellenálló ereje csorbát szenved, az ércső engedni kénytelen, tágul s szokott rythmusos megszűküléseit akadálytalanul nem végezhetvén, rugalmasságából végre is veszít. És nemcsak akkor következik ez be, ha részegességig fajul az alkohol élvezete, hanem olyan esetben is, midőn — mint az olyan gyakran előfordul — az egyén csak *szükségen felül* használja a szeszes italokat. Mi több, a *kifejezett alkoholismus* a szervezetet általánosan gyengítő hatása, az emésztés megrontása stb. útján lassan-lassan a vérmennyiséget is leszállítja s ekként az *arteriosclerosis előidézésében talán még kisebb szerepet is játszik*, mint a szeszes italok *mérsékeltebb*, de a megkivánt arányokat mégis túlhaladó élvezete, a szerény *iddogálás*.

Előadó azt hiszi, hogy a fővárosban az *arteriosclerosis szaporább előfordulása a szeszfogyasztás emelkedésével* van szoros kapcsolatban s a bántalom létrehozása bűnében a *sört* tartja főképen ludasnak, mint a mely nagy tömegekben itatja magát s igy a szeszes folyadék túlságos quantuma bekebelezésének minden veszélyét ráháritja az egyénre.

Salgó J. dr. m.-tanár ugyancsak az *alkoholról* szólott erősen vádló hangon.

A *szeszmérgezés és nehézkórság kórtani viszonyáról* tartott előadásában kifejtette, hogy a szeszes italok a legsúlyosabb mérgező anyagokhoz tartoznak s e hatásuk első sorban a középponti idegrendszert érinti. A halálos kimenetelű szeszmérgezés a centralis idegrendszer legsúlyosabb kórtüneteivel jár és általános bénulásoktól kisért agyvelői halált okoz. A szesznek az agyvelőt érintő mérgező hatása abban is nyilvánul, hogy a bármiképen invalidált agyvelői szervezet különösen érzékeny a szeszes italokkal szemben. Koponyasérülés vagy nehézkórság által meggyengített agyvelő sokkal könnyebben, már absolute kis szeszadagokra reagál súlyos cerebralis tünetekkel. Tudjuk, hogy minő könnyen vált ki epilepsiásoknál egyetlen ivási excessus nemcsak solitaer nehézkóros rohamot, hanem egész rohamsorozatot. De tudjuk azt is, hogy koponyasérüléses egyéneknél néha az erősebb ivási excessus kivált-tója az *első* nehézkóros rángási rohamnak. Ez is a mellett bizonyíti hogy a szeszmérgezés és a nehézkórság között mélyebb, benső kórtan, viszony áll fenn.

De az alkoholintoxicatio benső rokonsága az epilepsiával kitünik abból az aetiologiai szerepéből is, mely az átöröklés hajlamositásában nyilvánul. Minden kétséget kizáró módon megállapított tény, hogy a szülők iszákossága a progenitura különböző központi idegrendszerbeli megbetegedésére és kiváló gyakorisággal annak nehézkórságára vezet. Sőt tökéletesen megbizható adatok szerint a szülők (apa vagy anya) muló részegségében nemzett gyermek igen gyakran nehézkórságba esik és nehézkóros marad.

De a kettő közötti mély kórtani viszony legjobban kiviláglik abból, hogy a szeszmérgezés bizonyos körülmények között tünetekre és lefolyásra mindenben a nehézkóros rohamhoz hasonlító tünetcsoportot szül. *Magnan* kisérleti és kórodai vizsgálatai nyomán tudjuk, hogy a szeszes ital, nevezetesen pedig az *absynth* teljes öntudatlansággal járó általános rángási rohamokat vált ki, melyek semmiben sem különböznek a nehézkóros görcsöktől. Kiváltja pedig olyan esetekben, melyekben semmiféle nehézkóros előzmény nem volt jelen. Megjegyzendő, hogy a szeszmérgezésnek ezen specialis hatása mindenkor egyszeri nagyfokú mérgezés kapcsán áll be, tehát egy nagyobb ivási excessus után, ilyen nélkül pedig nem.

Egészen hasonlóan látunk psychikai nehézkóros rohamokat kitörni, azaz olyanokat, melyek rögtönösen jelentkező izgalmakból és teljes öntudatlanságból állanak, mely tünetcsoport rövid idő alatt lezajlik és majdnem átmeneti status nélkül vagy pedig hosszú, úgynevezett kritikus álom után világos öntudatba megy át, maga után hagyván egy áthidalhatatlan emlékezetbeli hézagot (amnesiát). Különösen fiatal és szeszes italokhoz nem szokott egyéneknél fejlődik a szeszmérgezésnek ezen súlyos tünetcsoportja, melynek megitélésénél az előrement részegség kimutathatósága semmi fontossággal nem bir, mert a vázolt kóros állapot kitör a nélkül, hogy előzőleg meglátszott volna az illető mérgezett egyénen a részegségnek akár lelki, akár valamely testi tünete.

Grósz Gyula dr. kórházi főorvos „*skarlát-betegek kezeléséről*“ czimen a Bródy Adél-gyermekkórház skarlát-osztályán az utolsó *két* év alatt megfordult betegeknél alkalmazott gyógyeljárásokról számolt be nagy vonásokban. 1897. május havától 1899. május haváig (bezárólag) összesen 168 skarlát-eset került észlelése és kezelése alá; közülök gyógyult 142 (84·5%) és meghalt 26 (15·4%). A 7 haldokló állapotban behozott skarlátos esetet levonva, marad 161 eset közül 19 halálozás, azaz 11·8%. Megjegyzendő, hogy az említett 168 esetben benne foglaltatnak azon nephritis scarlatinosa-esetek is, a melyek mint olyanok vétettek fel és pedig összesen 16 eset. A 161 eset közül feljegyzésre került 19 halálesetre vonatkozólag megjegyzi előadó, hogy 1 esetben kétoldalú empyema volt jelen (már ily állapotban került észlelés alá), 2 esetben bronchopneumonia, 1 ízben uraemia és 1 esetben endocarditis ulcerosa volt a halál oka; végül 14 esetben a skarlát legsúlyosabb, septikus alakjával állott szemben.

A skarlát kezelését illetőleg előadó első sorban azon prophylactikus és hygienikus intézkedésekről szól, melyek e tekintetben a Bródy-Adél-gyermekkórházban alkalmaztatnak. A skarlát symptomatikus kezelését illetőleg főleg három pontra terjeszkedik ki: a *láz*, az *angina necrotica* és a *nephritis* náluk dívó kezeléséről emlékezik meg főbb vonásokban.

1. *A lázellenes kezelésben* antipyreticumokat csak kivételesen alkalmaz. Nagy súlyt fektet az excitantiák alkalmazására, a mikor szivgyenge ségtől lehet tartani, vagy midőn szivgyengeségi tünetek máris jelentkeznek. Sokkal gyakrabban alkalmazza a *hideg begöngyölítéseket*, a melyekkel majdnem mindég czélt ért; ezeknek határozottan előnyt ad a fürdők fölött.

2. *Az angina necroticával* előadó behatóan foglalkozott és úgy bacteriologiai, mint klinikai szempontból teljesen elkülöníti a közönséges, Löffler-féle diphtheriától. 152 skarlát-eset közül 93-ban talált különböző torokaffectiót, a közönséges angina follicularistól a legsúlyosabb angina necrotisans-ig és pedig 31 esetben tonsillitis follicularist, 4 esetben Löffler-féle diphtheriát és 58 esetben angina necrotisanst. A gyógyító eljárásra vonatkozólag a 14 septikus eset nem képezheti criterium tárgyát. A 79 gyógyult eset közül 53-ban volt angina necrotisans. Ezeket előadó 3 csoportba osztja a tünetek extensitása és intensitása szerint. A gyógyeljárás a lehető legegyszerübb és legenyhébb volt. Nagy gondot fordítottak az orr-garatüreg tisztán tartására (3%-os bór- vagy 1%-os kal. chloricum-oldattal való öblögetések, illetőleg kifecskendések). Az eljárás csak palliativ.

3. *Nephritist* összesen 28 esetet észlelt előadó és pedig 16 eset már nephritisszel vétetett fel, 12-ben pedig a vesegyuladás a skarlát észlelése alatt fejlődött. A 16 felvett nephritis közül 13 gyógyultan és 2 javultan hagyta el a kórházat, 1 pedig mindjárt a felvétel után néhány órával uraemiában meghalt. A skarlát észlelése alatt fejlődött nephritisek meggyógyultak. A diaetetikus kezelésen kivül úgy a medicamentosus therapiát (digitalis, diuretin, ferr. sesquichlor., ergotin), mint az izzasztó fürdőket kitünő sikerrel alkalmazták.

Donáth Gyula dr., egyetemi m. tanár, „*Adalékok a Basedow-kór kór- és gyógytanához*“ czímű előadásában mindenekelőtt azon általános élettani, valamint kórtani szempontból érdekes kérdést fejtegette, vajjon *a jod előfordul-e a rendes vizeletben, továbbá a Basedow-kórosak vizeletében? Baumann E.* azon nagy felfedezése után, hogy a jod, egy fehérnyeszerű anyaghoz kötve, a pajzsmirigynek rendes és a szervezetre igen fontos alkatrésze, közelfekvő volt annak a megvizsgálása, vajjon az anyagcsere ezen eleme a vizeletben kimutatható-e. Különös érdekkel bir ezen kérdés a Basedow-kórra nézve, melynél a *Möbius* theoriája szerint

a pajzsmirigy fokozott tevékenysége van jelen. Előadó három különböző, igen érzékeny jodkémlési módszert dolgozott ki, de sem a rendes, sem a Basedow-kóros vizeletben — ámbár 5 litert is vett egyszerre munkába vizsgálatainál — *a jodnak még csak nyomait sem találta.* Kitünt, hogy maguk a húgyalkatrészek nehezitik meg nagyon a jod kimutatását, annyira, hogy 1 literre 3 mg. jodot kellett venni, hogy az egyáltalában kimutatható legyen. *A rendes vagy a Basedow-kóros vizeletben tehát vagy elő nem fordul a jod, vagy pedig mennyisége az említett határon alúl van.* Ugyanaz áll arra az esetre, ha a pajzsmirigy jodtartalmú alkatrészét, a jodothyrint oly mennyiségben adjuk belsőleg, mely 1·8 mg. jodnak felel meg. Ez a magyarázata annak, hogy miért nem sikerült oly sok kutatónak a jod kimutatása a vizeletben.

Ellenben sikerül a húgyban kimutatni a nagyobb mennyiségben bevett jodot. Azon körülményből, hogy a Basedow-kóros pajzsmirigyben jodot nem, vagy csak nyomokban is alig lehet kimutatni, előadó azt következteti, hogy a Basedow-kórnál nem szólhatunk a pajzsmirigy rendes secretiojának fokozódásáról, legföljebb egy vegyileg megváltozott elválasztás túlsúlyáról.

A jodkémlésnek a rendes vizeletben való sikertelensége emlékeztet a tengervíz hasonló viszonyaira, melyben a jod szintén ki nem mutatható, bár a tengerben élő szervezetek a nekik oly rendkivüli higításban nyujtott jodot csodálatos módon fel birják magukban halmozni. E tekintetben ezek hasonlóan viselkednek, mint a pajzsmirigy a szervezetben keringő joddal szemben, mely itt szintén nem mutatható ki.

Az előadás további tárgya volt: a *Basedow-kór sebészi kezelése a nyaki sympathicus resectiojával.* Előadó fejtegeti, hogy mióta a Basedow-kór finomabb tünettanának birtokában vagyunk, ennek kórjóslata is aránylag sokkal kedvezőbben alakul. Az esetek nagy számában hygienikus eljárás, physikalis gyógyitó módok és orvosszeres kezelés útján gyógyítást, illetőleg lényeges javulást érhetünk el. Csak súlyos esetekben, hol az exophthalmus a corneát fenyegeti, vagy szivgyengeség, cachexia, továbbá a golyva által okozott fuldoklási tünetek az életet veszélyeztetik, kell a sebészi beavatkozáshoz fordulni. Utóbbi szükséges lehet oly egyéneknél is, kik ninesenek azon helyzetben, hogy magukat hosszadalmas belgyógyászati kezelésnek alávessék és kiknél a munkaképesség helyreállítása sürgősen kivánatos. Egy esetben, hol előadó a nyaki sympathicus ganglion mediumát és a felső összekötő darabot mindkét oldalt kiirtotta, mint a műtét kozvetlen hatása az exophthalmus csökkenése, a golyva kisebbedése és tömörülése állott be. Később az összes tünetek javultak és a beteg munkabirását visszanyerte.

Előadó oly esetekben, a hol sebészi beavatkozás szükséges, a nyaki sympathicus részleges csonkolásának előnyt kiván adni a veszélyesebb golyvakiirtás fölött.

(Folytatása következik.)

Biharmegyei orvos-gyógyszerészi és természettudományi egylet Nagyváradon.

(Vége.)

Egyletünk létjogosultságát fejtegetni ma már feladatom körén kivül állónak kell tartanom. A természettudományoknak, különösebben pedig az orvosi tudománynak szoros vonatkozása nemcsak az államélet megnyilatkozásaihoz, de magához a világfelfogáshoz annyira kézen fekvő, hogy az ilyen specialis tudományos egyleteknek fennállása, a hol pedig azok még nincsenek, megalakítása határozott szükségletnek mondható. A mienk e fontos központon, a minőnek a folyton fejlödő Nagyváradot méltán tarthatjuk, 31 év alatt igazán hézagpótló intézmény lett, melynek nyomait semmi sem törülheti ki városunk annaleseiből.

És ma talán még nagyobb szükségünk van erre az intézményre, mint az előrement idők folyamán bármikor. Nem a századvég elfajulásainak ellensúlyozására: ezeket én átmeneti jelenségnek tartom, a hatás visszahatásának, mely megint csak kiegyenlítődik, s mivel a cultura s a technika kincseinek mai birtoka mellett a visszafejlödés lehetetlen: meggyőződésem, hogy mindaz, a mi az élet, az erkölcs próbakövét kiállotta, a maga tisztaságában a jövő nemzedékek egy-egy klenodiumává lesz.

De intézményünk szükségét az idők általános irányzata teszi actualissá. Az új világnézlet a socialis munka világfelfogása, mely a tevékenységnek kézzel fogható czélokat jelöl ki. E tannak magvát az egyén saját érdekeinek a társadalom érdekei alá való helyezése, a másokért való cselekvés, az altruismusnak az egoismussal való szembeállítása képezi. Ez a meggyőződés nemcsak a megfelelő bölcsészeti rendszereket szüli: hatalmas hullámokban vonul az át egész életünkön! Nem csupán kivül találkozunk e szóval: socialis, bensőnket is eltölti ez az eszme. Sok nagy történt már ebben az irányban, s fog még történni ezután is, itt rejlik félreismerhetetlenül az idők ereje. És ha sokan azt hiszik, hogy minden erőfeszités mellett sem sikerül az *egész* embert, annak külső és belső világát egyaránt meghódítani, egész benső vágyódásunkat kielégiteni, akkor azok az evolutio tanának csak itt-ott kiszakitott csupasz tényei hatása alatt állanak, s az egész rendszer betetőzését türelmetlenségükben nem birják bevárni.

Igaz, az élet alapján gyakran látunk rideg meghasonlást: látjuk a subjectum s az objectum, a hangulat s a munka kettéválását, mely a modern embert szétszakitja, széjjelmorzsolja. De azok, a kik a socialis moral befolyása alatt az egyéniség, az egyén belső világának vesztén keseregnek, a régmult idők dicsérőinek hibáit ismétlik, a kik a jelenről csak korholólag képesek nyilatkozni, mert conservativ hajlamaiknál fogva csak a túlhajtásokat, csak a gyomot látják, s a valódi haladás minden jelenségével szemben szinvakok!

Minden idők története mutatja, hogy a nagy átalakulások, a philosophiai rendszerekben ép úgy, mint a biologiaiban, nem eshetnek meg rázkódtatások nélkül. A ki az evolutio rendszerének mélyebb értelmezésében járatos, ennek üdvös czélzatát azonnal belátja. Ezek a rázkódások képezik láthatatlan alkatrészeit annak a chemiai folyamatnak, mely az eszmék kijegeczedését, a tiszta igazság, az erkölcs leszűrődését biztositja. Fluctuat: nec mergitur! áll az erkölcsi élet minden jelenségére nézve. Az evolutio tanát elferditik azok, a kik azzal rágalmazzák, hogy az a nyers erőnek s igy az erőszaknak a diadalát hirdeti; a fajok kiválása, az eszmék győzelme erkölcsi alap nélkül merőben elképzelhetetlen s egész nemzetek, évszázados culturák mennek tönkre, ha existentiájuk alapját másutt, ha nem a tiszta erkölcsben keresik!

És ime, ez az irányzat az, t. közgyülés, mely egyleti intézményünk továbbfejlesztését, annak intensiv ápolását nem csupán a helyi szempontokból, hanem az általánosság érdekében is kötelességünkké teszi. A természettudományok ma a technikai élet csodái útján egész világrendszerünket átalakitották; azt mondhatnám: a természettudományi felfogás atomjai az összélet minden nyilvánulatát saturálták, s nincs senki, a ki e hatás alól magát kivonhatná. Ha van — még ha csak látszólagos is — ellentét az új felfogás s az egyéni élet benső harmoniája, az individualis szabadság teljes kifejtése közt, akkor annál inkább kell egy központot teremtenünk, melynek keretén belül ezt az ellentétet az egyéni szabadság akadályozatlan érvényesitése és az összesség érdekében kifejtett tevékenysége által kiegyenliteni lehetséges lenne!

Ilyen központ a mi szerény világunkban Egyletünk, melynek 31-dik működési évét zárjuk ma le. Tűzhelye a kartársi érzetnek, oltára az önzetlen tudományszeretetnek, tárháza tapasztalatainknak, iskolája a fiatalabb, nyugvóhelye az idősebb nemzedéknek, a hol mindenikünk ösztönzést ad, hogy ösztönzést nyerjen, a hol a szertejövő erők egy közös resultatumban egyesülnek, a melyből a haszon a közé, a belső megnyugvás, a teljesitett kötelesség édes érzete az egyesé! Czéljai, eszközei által magasan felülemelkedik minden más egyesülési formán, mely csak a materialis érdekek képviseletét intendálja; erejét az önkéntesség, a spontaneitás, s nem a kényszer adja meg, nimbusát az általánositás, a magasabb eszmék, melyek nélkül humanus hivatásunkat sikerrel nem gyakorolhatjuk!

Tisztelt közgyülés!

Igy fejthető meg az a szerény munkásság, mely egyletünket a lefolyt évben is jellemezte. Hiven a mult traditióihoz, ez év sem volt meddő. Tárgyalásaink részletezéséből ki fog tünni, hogy a gyakorlati élet kérdései beható megvitatás alá kerültek, s hogy nagy figyelmet szenteltünk az általános egészségügy napirenden levő thémáinak, melyek különösen a főorvosi jelentések kapcsán merültek fel.

Egyletünk a lefolyt 1898/99-dik évben 1 évi közgyülést, 11 szakülést, 5 választmányi ülést tartott. A szakületeken 19 előadó részéről 29 előadás került tárgyalás alá, ú. m.:

1. Alexander Lajos v. állatorvos: Az állatok tuberculosisáról, az emberi tuberculosisra való vonatkozásban.

2. Baróthy Ákos dr.: *a*) Rednik József dr. emlékezete, *b*) Havi jelentések Nagyvárad város egészségügyi állapotáról.

3. Berkovits Miklós dr.: Angina catarrhalis kapcsán fellépett pleuritis esetekről.

4. Döri Ferencz dr.: Újabb fogtechnikai eljárásokról.

5. Gerő Sándor dr.: A malaria-plasmodiumokról (górcsövi demonstratioval).

6. Grósz Albert dr.: A bakteriumokról.

7. Grósz Menyhért dr.: *a)* A tuberculosis elterjedése Nagyváradon az utolsó öt év alatt. *b*) A formalin desinfectioról (demonstratioval). *c*) Japáni papirból készült légpárna (demonstratio).

8. Kazay Kálmán dr.: A hévvizek gyógytani hatásáról.

9. Konrád Béla dr.: Typhus-statistika.

10. Konrád Márk dr.: *a*) A pessariumok alkalmazásáról. *b*) Inveterált retroflectált uterus készitménye. *c)* A nagyváradi bábaképezde az 1898-dik évben.

11. Korda Kálmán dr.: A camphor-gazeról.

12. Nemes Áron dr.: Ectopia vesicae egy torzszülöttnél.

13. Papp Oszkár dr.: Myositis ossificans esete (betegbemutatás).

14. Popovits György dr.: *a)* Biharmegye egészségügye az 1897. évben, *b*) Havi jelentések Biharmegye egészségi állapotáról.

15. Révész Vilmos dr.: *a*) Három pellagra-eset (bemutatás). *b*) Akromegalia esete (bemutatás). *c*) Accessorius-görcs esete (bemutatás).

16. Sámson Márton dr. (Élesd): *a*) A pellagráról. *b*) Pellagra nálunk és Olaszországban. *c*) Saját szerkesztésű oltógerej bemutatása.

17. Sternthal Sándor gyógyszerész: Egy új szagtalanító eljárásról.

18. Waldmann Béla dr.: Ectopium luxurians és cicatriceum műtett esetei (bemutatással).

19. Ullmann Béla dr.: A Behring-serum a croup therapiájában.

Ez évi vidéki szakülésünket a Felix-fürdőben tartottuk meg, örvendve győződve meg arról a fokozatos fejlődésről, melyet e méltán jóhírnevű gyógyhely tanusit.

Üdvözöltük 25 éves tudorsága alkalmából alelnökünket, a most már betegsége miatt nyugalomba vonult városi főorvost, *Hoványi Ferencz* dr. urat. Az ő érdemei közegészségügyünk terén az utolsó 8—9 év alatt kifejtett igazán eredményдús munkássága által be vannak

vésve városunk történetének lapjaira, egyletünk érdekében kifejtett tevékenysége, a kartársi életben tanusitott magatartása által nyújtott példája pedig mindnyájunk emlékébe van zárva. Nem tudnám őt jobban jellemezni, mintha a collegialis élet Bayardjának, sans peur et sans reproche nevezem el.

Mindnyájunk tisztelete, rokonszenve kiséri őt akkor, a midőn betegeskedése miatt lelép az activitás szinteréről s az az óhajunk, vajha nyújthatna neki erőt, vigaszt a megpróbáltatás nehéz óráiban az az általános sajnálkozás, melyet e kiváló erőnek a közélettől való elvonása felett az egész társadalom érez!

Tagjaink sorából egyike a legrégebbieknek, Ujlaky Ferencz dr. tenkei járásorvos dőlt ki. Emlékét a mai ünnepélyes ülésen Sebess Lajos dr. úr, az ő hivatalbeli utódja fogja felelevéniteni. Az elhunyt tagtárs egyike volt azoknak, a kik az orvosi hivatást nehéz helyzetben, nehéz viszonyok közt tiszteletre emelték s közhasznú működésük által az orvosi rend tekintélyét gyarapitották.

Egyletünknek jelenleg 73 tagja van, orvos 65 (helybeli 45, vidéki 20), gyógyszerész 8 (helybeli 6, vidéki 2), a természettudományi szakosztályban 19 tag.

Ez évfolyamán nehány orvostársunk egyletünkből kilépett. Nincs jogom a kilépés ténye felett, mely elvégre mindenkinek egyéni dolga, kritikát gyakorolni, de mert egyik s másik kilépettnél az képezte a kilépés indokát, hogy az országos orvos-szövetség megalakulásával rájuk nézve feleslegessé vált az egyleti élet, engedtessék meg nekem, hogy a jelentésem bevezetésében mondottakon felül — talán szerénytelenül — czitáljam velük szemben azokat, a miket az egyleti életre vonatkozólag a millennáris congressuson tartott referatumomban mondottam.

„Az egyleti élet organisatioja, szóltam akkor, nem lehet kimeritve kizárólag a rendi érdekek védelme által. Habár ez a tevékenység az, melynek kifejtése czéljából akarjuk az egyesületek szervezését, mégis be kell látnunk, hogy ez nem lehet elég jogczim, annál kevésbbé, mivel a hivatásbeli ügyek erre nem is elegendők. A tudomány, főleg gyakorlati alkalmazásában, kell hogy mindenha alapját s támasztó oszlopát képezze az egyesületi életnek, mert ebben fekszik a kimerithetetlen bőségű anyag. A tudománynak az egészségügyre való alkalmazása s értékesitése a legfontosabb feladat.“

Ezekhez hozzátenni, de még kevésbbé azokból elvenni valóm ma sincs. Lehet, hogy felfogásom nem elég gyakorlatias, lehet, hogy clubszerű tagozódások jobban megfelelnének egyik-másik kartárs izlésének, de én abban a hitben élek, hogy azok, a kik az országos orvos-szövetséget létesitették, tették ezt abban a tudatban, hogy az újabb tömörülés által épen az orvosegyleti életet, a mely nem egyedül a honorarium szabályozásában, biztositásában stb. látja az orvosi élet feladatát, fogják új erőre kelteni s hogy első sorban az orvosi rend *szellemi* szinvonalának emelésével, mely pedig orvosegyleti élet nélkül el sem képzelhető, szolgálják legjobban kitűzött czéljukat.

És most, tisztelt közgyülés, jelentésemnek végére érkeztem.

Jelszavunk: in certis unitas, in dubiis libertas, in omnibus charitas, a jövőre nézve is. Ebben rejlik az erő, mely munkálkodásunkat a jövőben is gyümölcsözővé teheti.

Mielőtt azonban jelentésem tudomásul vételét kérném, s e helyről, melyet az önök bizalmából 12 évig foglaltam el, lelépnék, arra kell kérnem a t. közgyülést, miszerint a titkári tisztség alól való felmentésemet véglegesnek méltoztassék tekinteni. Magánviszonyaim nem engedik meg, hogy e helyet azzal az ügybuzgósággal tölthessem be, a melyet az igényel, s igy érzem, hogy annak további elfogadása orvosi közügyeinknek csak hátrányával járhatna. Ez az egyik indok. A másik pedig az: a fiatalabb generatio tevékenységének nagyobb tért kell biztositanunk. Orvosi karunk ifjabb nemzedéke annyi kiváló talentumot, annyi még el nem használt erőt bir, hála Isten! felmutatni, hogy azoknak működése elől a tért elzárni az egylet érdekei ellen elkövetett bűn volna!

Legyenek meggyőződve, hogy a közkatonák közé való visszatérésem után is nagy feladatainkat csak azzal a buzgósággal fogom szolgálni, mint bármikor eddig, s hogy életem legszebb emlékei közt foglal helyet az a 12 esztendő, mely alatt lehető volt csekély képességeimet az egylet, az orvosi közügy szolgálatában, ebben az exponált állásban kifejteni.

3. *Heringh Sándor* pénztáros terjeszti elő jelentését, a melyet a pénztár vizsgálására kiküldött tagok is felülbiráltak és pontosnak találtak.

4. *Révész Vilmos* dr. könyvtáros a könyvtár állapotáról tesz jelentést, a melyet a közgyülés szintén tudomásul vesz.

5. A jelentések meghallgatása után *elnök* hivatkozva arra, hogy Berkovits Miklós dr. egyleti titkár ezúttal végleg lemond viselt tisztségéről, a melyet tizenkét éven át legnagyobb megelégedésre töltött be, vázolja az egylet felvirágzása körül szerzett kiváló érdemeit. Azt véli, hogy a közgyülés akaratát és óhaját tolmácsolja akkor, a midőn az egylet nevében a tisztségéről *végleg lemondó titkárnak*, *Berkovits Miklós dr.-nak*, *a legnagyobb elismerését fejezi ki*, s köszönetet mond fáradhatatlan, buzgó tevékenységeért, s arra kéri, hogy támogatását, tevékenységét az egylettől a jövőben se vonja meg. Indítványozza, hogy az egyletnek ez elismerése és köszönete a jegyzőkönyvben is megörökittessék s hogy a most hallott, legutolsó titkári jelentése emlékül külön kinyomattassék.

A közgyülés helyesléssel fogadta elnök szavait s egyhangúlag hozzájárult elnök javaslataihoz.

Ezután ismét *elnök* emel szót, hogy egy szomorú kötelességet teljesitsen, bejelentve, hogy *Hoványi Ferencz* dr. egyleti alelnök arra kéri a közgyülést, hogy az egylet tisztikarának megválasztásánál személyétől eltekintsen, mert az alelnöki tisztséget többé, tekintettel megrongált egészségére, el nem fogadhatja. Hoványi dr. őt nemcsak ennek bejelentésére kérte fel, de arra is, hogy tolmácsolja háláját is az egylet iránt, eddigi kitüntető figyelmeért, s hogy arra kérje nevében az egylet tagjait, hogy őt, a munkásság és közélet teréről lelépőt tartsák meg ezután is jóindulatukban és barátságukban.

A közgyülés sajnálattal s igaz részvéttel hallgatta elnök előterjesztéseit, s őszinte sajnálattal hajlik meg a *lemondó alelnök*, *Hoványi Ferencz* dr. akarata és kivánsága előtt, de a midőn ezt a körülmények kényszerének engedve teszi, s a midőn e miatt sajnálatát fejezi ki, elnök indítványára Hoványi Ferencz dr. alelnök eddigi buzgó tevékenységét és érdemeit jegyzőkönyvében is megörökíti.

Ezután *elnök* úgy maga, mint tiszttársai nevében lemond eddig viselt tisztségéről, s indítványára a választások tartamára korelnök Grósz Albert dr. veszi át a közgyülés vezetését, s a jegyzői teendőket Konrád Béla dr. korjegyző végzi.

A választások megejtetvén, a közgyülés egyhangúlag megválasztja

elnöknek: Konrád Márk dr.-t,
alelnöknek: Berkovits Miklós dr.-t,
titkárnak: Edelmann Menyhért dr.-t,
jegyzőnek: Mayer László dr.-t,
pénztárosnak: Heringh Sándor-t,
könyvtárosoknak: Grósz Albert dr.-t és
Révész Vilmos dr.-t.

A választmány tagjai lettek szavazattöbbséggel: Kutiák Ágoston dr., Kornstein Lajos dr., Dőri Ferencz dr., Bartha János dr., Bodor Károly dr.; póttagok: Fráter Imre dr. és Grósz Menyhért dr.

A választások megejtése után *elnök* úgy a saját, mint tiszttársai nevében köszönetet mond megválasztásáért.

6. Berkovits Miklós dr. felolvassa *Sebes Lajos dr.-nak emlékbeszédét Ujlaky Ferencz dr. tenkei járásorvos, a mult évben elhunyt egyleti tag felett.*

A közgyülés tagjai az elhangzott emlékbeszéd meghallgatása után elnök indítványára kegyeletüknek kifejezése gyanánt felállnak helyeikről, s az emlékbeszéd kinyomatását határozzák el.

PÁLYÁZATOK.

7033/99. ki. sz.

Jász-Nagy-Kún-Szolnok vármegye jászsági alsó járásában kebelezett **Tisza-Süly** községben szervezett **orvosi állásra** pályázatot nyitok.

Ezen állás évi 700 frt és 100 frt lakbérrel díjaztatik.

A megválasztott községi orvos tartozik a törvény és szabályrendeletben reá rótt teendőket a községi szabályrendeletben megállapitott díjakért pontosan teljesiteni, úgyszintén a halottkémlést is végezni.

Jelen pályázat határidejét **folyó évi október hó 15-ikéig** tüzöm ki és felhivom a pályázni szándékozókat, hogy kellően felszerelt kérvényeiket ezen határidőig annyival inkább terjesszék hivatalomhoz, mert később beérkezendő kérvények nem fognak figyelembe vétetni.

A választás napját később fogom kitüzni.

Jász-Apáti, 1899. évi szeptember hó 20-dikán.

2—1 *Cseh József*, főszolgabiró.

2629/1899. ikt. sz.

A **kassai alap. közkórháznál** betöltendő **segédorvosi állásra**, mely évi 400 frt fizetéssel, egy butorozott szoba és előszobából álló szabad lakással, fütés és világitással van javadalmazva, pályázat nyittatik.

Ezt elnyerni óhajtók orvosi oklevelüket vagy ennek hiteles másolatát, valamint eddigi alkalmaztatásukról szóló bizonylataikat **f. évi október hó 20-dikáig** alulirott igazgatóságnál nyújtsák be, megjegyeztetvén, hogy az elnyert állás f. évi november hó 1-én elfoglalandó.

Kassa, 1899. szeptember hó 24-dikén.

Az igazgatóság.

A rimamurány-salgótarjáni vasmű részvénytársaság kebelében fennálló gyártelepi munkás-társpénztári intézetnél Ozdonban egy 1000 frt évi fizetéssel, szabad lakás és fütésilletmény élvezetével egybekötött **másodorvosi állásra** ezennel pályázat nyittatik.

Pályázóktól egyetemes orvostudori oklevéllel igazolandó képesités kivántatik — megjegyezvén, hogy gyakorlati képesitéssel birók előnyben fognak részesülni. Kellően felszerelt folyamodványok **folyó évi október hó 1-ig** az alólirott hivatalhoz terjesztendők be.

A rimamurány-salgótarjáni vasmű részvénytársaság
3—3 *műszaki vezérigazgatósága Salgó-Tarjánban.*

35,524/1899. alisp. szám.

A lemondás folytán üresedésbe jött 550 frt évi fizetéssel és 150 frt úti átalánynyal javadalmazott **jámi járásorvosi állásra**, melylyel az ez idő szerint betöltetlen berlistyei körben teljesitendő körorvosi teendők ellátásáért 700 frt fix jövedelem és kézi gyógyszertártartási jog van egybekötve, ezennel pályázatot hirdetek.

Felhivatnak mindazok, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában körülirt minősitésüket, tisztiorvosi vizsga letételét, nyelvismeretüket s eddigi alkalmaztatásukat igazoló bizonyitványokkal felszerelt kérvényüket **f. évi október hó 15-dikéig** az alispáni hivatalhoz nyujtsák be.

A román nyelv ismerete kivánatos.

Lugos, 1899. évi szeptember hó 12-dikén.

3—2 *Fialka*, alispán.

Negyvenharmadik évfolyam. 41. szám. *Budapest, 1899. október 8.*

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

Vas Bernát: A vizelet vizsgálata tekintettel az életbiztositásra. 492. l.

Dollinger Gyula: A féregnyújtványgyuladás (appendicitis). 494. l.

Sámson Márton: A pellagra itthon és Olaszországban. 495. l

Sidlauer Ármin: Négy diphtheria-eset. 497. l.

Tárcza. *Tihanyi Mór:* Puschmann Tivadar. 499. l. — *Epstein László:* Az elmebetegség veszedelme és az ellene való védekezés. 499. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. R. Laudenheimer:* Die Schwefelkohlenstoff-Vergiftung der Gummi-Arbeiter unter besonderer Berücksichtigung der psychischen und nervösen Störungen der Gewerbehygiene. 500. l. — *Összefoglaló szemle. Illyés Géza:* A cystoskop alkalmazásának jelen állásáról a sebészetben 500. l. — *Lapszemle. Strasser:* A hasi hagymáz vízkezeléséhez. — Uj sanatorium. — *Bettmann:* A gonorrhoikus epididymitis kezelése salicylkészitményekkel. 501. l. — *Tchiriev:* Basedow-kór. 502. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Egyetemi alkalmaztatások. — Duka Tivadar. — Lenhossék Mihály. — Ifj. Klug Nándor. — A német egyetemek hallgatóinak száma. — Az egyetemek magántanárai. — A német egyetemek rendes tanárai. — A téli sanatorium Uj-Tátrafüreden. — A Kézmárszky-féle szülészeti poliklinika. — Megjelent. — Tudomásul. — Herczel dr. — Orvosi évkönyv. — Szt. Lukács-fürdő. — Falta dr. — Pályázatok. — Hirdetések. 502. l.

Tudományos társulatok és egyesületek.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A vizelet vizsgálata tekintettel az életbiztositásra.[1]

Irta: *Vas Bernát* dr. egyetemi magántanár, a poliklinikai laboratorium főnöke.

A vizelet vizsgálatának fontosságát az életbiztosításoknál maguk az életbiztosító-társulatok ismerik el azzal, hogy egyes társulatok ugyan csak egy bizonyos nagyobb összegü biztosításnál, mások azonban minden esetben egyaránt megkivánják a vizelet-vizsgálatot is. Ezen intézkedés nyilván azon, mindnyájunk által ismert tapasztalati tényre vezethető vissza, hogy egyes betegségek, mint a diabetes, a nephritis az összes vizsgálati módszerek legpontosabb alkalmazása mellett sem diagnostizálhatók a vizelet vizsgálata nélkül. Másrészt lehetnek jelen bizonyos objectiv kórtünetek, teszem, egy különben egészségesnek látszó embernél egy kisebb fokú balszivhypertrophia, melynek az életbiztosítás szempontjából való elbirálása, hogy az mint idiopathikus vagy esetleg nephritis folytán keletkezett bántalom áll-e fenn, a vizelet vizsgálata nélkül szintén alig lehetséges.

A vizelet vizsgálatának általánosan elismert fontossága mellett felötlik a kérdés, vajjon azon eljárások, melyeket a biztositó orvosok jelenleg gyakorolnak, megfelelnek-e annak a czélnak, a mely miatt a társulatok az ilyen vizsgálatot elrendelik? Ezen most dívó eljárások birálata, az esetleg fennálló hiányainak kimutatása képezi előadásom egyik részét. E mellett azonban nézetem szerint elérkezett az ideje annak, hogy mi is foglalkozzunk azon rendkivül fontos kérdéssel, mely a biztositó orvosok állásfoglalását illeti bizonyos esetekkel szemben. Értem azon eseteket, a midőn különben egészséges embereknél bizonyos, később emlitendő körülmények között eddig feltétlenül kórosoknak hitt alkatrészek jelentkeznek a vizeletben; ezen jelenség pedig, a mint látni fogjuk, a modern tudományos felfogás és mostani ismereteink szerint máskép birálandók el ma, mint 10—15 évvel ezelőtt.

Ez álláspont precisirozása képezné előadásom második részét. Külföldön, Angliában és Amerikában, különösen ezen utóbbi themának már tekintélyes irodalma van, nálunk először *Vermes* dr. foglalkozott a kérdéssel általánosságban „az orvos feladatáról élet- és balesetbiztositásoknál“ czimü előadásában és *Aczél* dr. azon válaszában, melylyel az előbbi előadását kisérte. Előadásom folyamán mindkettőre még visszatérek.

A mi mindenekelőtt azt a pontot illeti, hogy életbiztositásoknál a vizelet vizsgálatát egyes társulatok csak egy bizonyos nagyobb összegtől kezdve kivánják, úgy az előbb, a bevezetésben mondottak alapján az egyedül helyes és rationalis álláspont csak az lehet, *hogy a vizelet vizsgálata minden esetben megtörténjék.* Ha a társulatok anyagi érdekből hiányos intézkedéseik javitását nem tartják szükségesnek, úgy ez tisztán az ő dolguk, itt kizárólag a mostani eljárás helytelen voltára kivántam rámutatni.

De nézzük részletesen a biztositó társulatok ezidőszerinti manipulatioját.

Ez rendszerint abban áll, hogy a napnak akármily szakában kölcsönös megállapodás szerint vagy a biztositó orvos megy a biztositandóhoz vagy fordítva az illető fárad a doctorhoz, illetve a biztositó intézetbe. A vizsgálat anyagát képező vizeletrészletet a férfiak a doctor jelenlétében tartoznak bocsátani, nőkre ezen, a megtévesztések kikerülése szempontjából oly szükséges és természetes követelmény már nem áll fenn. Nem terjeszkedhetem ki itt az ebből esetleg származó zavarok fejtegetésére, csak mellesleg jegyzem meg, hogy Angliában akárhány biztositó orvos a nőknél is ugyanama eljárást követeli, mint a férfiaknál, igy pl. Williams, Crosby biztositó orvosok sohasem fogadnak el más vizeletet, mint a melyet jelenlétükben bocsátottak.

A bizalmi orvosnak rendelkezésére bocsátott vizelet vizsgálata a legtöbb társulatnál használt utasitás szerint úgy hangzik, hogy határoztassék meg a vizelet külsője, vegyhatása, fajsúlya, továbbá vizsgáltassék nincs-e jelen geny, fehérje, czukor; egyes társulatok — de csak a kisebb számnak — a vizelet üledékének mikroskopi vizsgálatát is kivánják.

A vizsgálat tehát 2, illetve 3 részre oszlik: 1. a physicalis tulajdonságokra, 2. a vegyi úton kimutatható kóros alkatrészek kimutatására és esetleg 3. a mikroskopi vizsgálatra.

A physicalis tulajdonságok vizsgálatának egyáltalában nem tulajdoníthatunk különösebb fontosságot, még akkor sem, ha az a szabály szerint 24 óráig gyüjtött vagy a nap hosszabb szakából való anyagon eszközöltetik, de alig van értelme és értéke oly eljárás mellett, a minő a biztositó vizsgálatoknál divatos, a midőn hol egy reggeli, hol egy délelőtti vagy déli vizeletrészlet képezi a vizsgálatnak tárgyát. A vizelet physicalis tulajdonságai rendszerint felhivják figyelmünket, hogy más eljárások segitségével bizonyos kóros alkatrészeket kutassunk, vagy a normalis alkatrészek közül egyikre vagy másikra terjeszszük ki a vizsgálatot. A biztositó vizsgálatoknál szokásos eljárás mellett azonban semmi más következtetésre nem vagyunk feljogositva, hogy ha találunk egy világos vagy sötét borsárga vizeletet, egy alacsony vagy magas fajsúlyut, vagy ha akár a rendes savi kémhatás helyett

[1] Előadta a bpesti poliklinika 1899. április 21-én tartott tud. estélyén.

közömbös, sőt alkalikus kémhatást constatálunk. Mert tudnunk kell, hogy physiologikus viszonyok között is, a nap különböző szakában, a tápfelvételtől számított különböző időben, az izommunka és sok más körülmény folytán tág határok között ingadozhatik a vizelet színe, kémhatása, fajsúlya és hogy a vizsgálat időpontja szerint hol egyik, hol másik körülmény módosítja a vizelet összetételét, ezzel egyszersmind annak physicalis tulajdonságait is, melyeknek elbirálása ily körülmények között gyakran nehézzé lesz és nem is ment minden tévedéstől.

Vegyük pl. az esetet, hogy egy különben egészségesnek talált embernél a vizelet vizsgálatát az étkezés utáni első órákban végezzük és a savanyú kémhatás helyett közömbös vagy alkalikus kémhatást találunk. Tudnunk kell, hogy az emésztés folyamán a gyomorban elválasztott sósav elvonatván a vérből, annak alkalicitását és közvetve a vizeletét is fokozhatja, a mi egy alkalikus, esetleg phosphatoktól zavaros vizelet kiürítésére vezethet, mely körülmény az eset elbirálásánál esetleg az orvos félrevezetésére adhat alkalmat, pedig normalis viszonyokban találja alapját és bizonyára nem lett volna constatálható, ha nagyobb mennyiségű vizelet állott volna rendelkezésre. Vagy vegyük szemügyre a vizelet fajsulyát. A fajsúlyból rendszerint a szilárd alkatrészek mennyiségére és ezek között a szervezet háztartásában oly fontos szerepet játszó hugyanyra szoktunk következtetni, a biztosító vizsgálatoknál szokásos eljárás mellett ilyen következtetésre már nem vagyunk feljogosítva. Pedig nézetem szerint az anyagcsere tanának becses adatait, melyekkel orvosi tudományunk különösen az utolsó 2 évtizedben gazdagodott, bizonyos esetekben az életbiztosításoknál is fel lehetne használni. Oly eseteket értek, minőkkel a biztosító orvosok bizonyára nem ritkán találkoznak, midőn a vizsgálati eljárások legpontosabb alkalmazása mellett sem képesek semmi kóros tünetet felfedezni, de a mely eseteket a kedvezőtlen összbenyomás miatt mégis kénytelenek visszavetni, a nélkül, hogy számot tudnának maguknak adni a visszavetés tényleges okairól. Azt hiszem, hogy egy anyagcserevizsgálatnak, melynek különösen a N-tartalmú anyagok anyagcseréjére kellene irányulnia, becses adatokat és útbaigazítást nyújtana ily kétes esetek elbirálásánál. Ily vizsgálatok a jelen viszonyok között azonban természetesen alig vihetők ki, a biztosító vizsgálat esetleges reformálásánál azonban szóba jöhetnének.

A vizeletvizsgálat szokásos módja, hogy tetszés szerinti különböző időben vett részletek kerülnek vizsgálatra, súlyosabb tévedésekre adhat alkalmat akkor, ha kóros alkatrészekről van szó, mert mint látni fogjuk, ezen methodus mellett nincsen kizárva, hogy a vizeletben csak időszakonkint fellépő kóros alkatrészeket észre nem veszünk, pl. a cyclikus albuminuriánál.

Áttérve a vizeletvizsgálat 2. részére, t. i. a kóros alkatrészekre, általában véve elegendőnek lehet tartani a vizsgálatot fehérjére és czukorra. A fehérjevizsgálatban benfoglaltatik az albuminuria spuria, t. i. geny, vér vagy más fehérjetartalmú anyagok által feltételezett fehérjevizelés vizsgálata is. Ennek megállapítása legegyszerűbben a biztosítási vizsgálatoknál oly annyira elhanyagolt mikroskop segítségével történik. Igaz ugyan, hogy annak elbirálására, vajjon a kimutatható fehérje csupán a genyből vagy vérből feltételezett-e vagy annál több, arra ez idő szerint megbizható eljárással még nem rendelkezünk. De a biztosítás szempontjából ennek a körülménynek különösebb fontossága nincs, mert az esetet így vagy úgy bizonyos időre visszavetik és csak egy második kedvező eredményű vizsgálatnál ajánlják a rendes vagy a rendesnél magasabb díjtételek mellett.

Részletesebben kell foglalkozni azonban azon fehérjével, mely az albuminuria veranál, vagyis a veséből származó fehérjevizelésnél szerepel.

Nézzük mindenekelőtt, mennyiben felelnek meg a szokásos vizsgálati eljárások azon követelményünknek, hogy a vizelet minimalis fehérjetartalmát tudomásunkra hozzák. Nem lehet tagadni, hogy a fehérje kimutatására szolgáló kémszerek egyre érzékenyebbek és finomabbak lettek, részben ennek tulajdonítják némelyek a fehérjevizelés gyakoribb előfordulását, bár erre esetleg más körülmények is befolyással lehetnek, így *Poore*[1] az angol biztosító orvosok gyülekezetében, melyben az albuminuria elbirálásáról tartott előadást, statistikai adatok alapján állítja, hogy Angliában az 55—65 év közti életkorban az utolsó évtizedben nagyobb volt a mortalitás, mint a 40 éveseknél és hogy 1858 óta a vizeleti bajokban elhaltak száma mintegy megkétszereződött. De a finomabb reagensek daczára is néha nehézségbe ütközhetik fehérje nyomokat kimutatni, ha arra csak egy, bár magában véve megbizható eljárást használunk, mely bizonyos körülmények között cserben hagyhatja a vizsgálót.

Mert nézzük pl. a leggyakrabban használt főzés-eczetsav próbát. A vizsgálat pl. az ebéd utáni órákban történik, midőn a vizelet, a mint már előbb kifejtettem, gyengén savi, esetleg alkalikus is lehet. Mint ismeretes, ilyenkor forraláskor a savanyú phosphorsavas kalium mint normalis phosphorsavas só a fehérjével összetéveszthető fehér csapadék alakjában válik ki. Tudjuk, hogy ilyenkor 1—2 csepp eczetsavval s több csepp légenysavval legtöbbször el lehet dönteni, vajjon a csapadék fehérjétől vagy phosphattól van-e feltételezve, előbbi esetben nem oldódik, utóbbi esetben feloldódik a csapadék.

Csakhogy a dolog, mikor fehérjenyomokról van szó, távolról sem oly egyszerű. Ha eczetsavat cseppentünk hozzá — az előirás szerint 25%-os oldatból 10 cm^3 vizeletre 1—2 cseppet —, megeshetik, különösen eredetileg alkalikus vizeletben, hogy a fehérje oldva marad, míg ha kevesebb eczetsavat adunk hozzá, megtörténhetik, hogy a phosphatos csapadék nem oldódik fel teljesen és fehérjével való összetévesztésre adhat alkalmat. Ha légenysavat alkalmazunk — az előirás szerint 25%-os oldatból minden cm^3 vizeletre 1—2 cseppet —, kevés sav hozzáadására a sav és a fehérje között egy a forraláskor felolvadó vegyület képződhetik, mely több sav hozzáadására válik csak ki, viszont más esetben ily mennyiségű sav hozzáadásakor a fehérjenyomok is feloldatnak és kikerülhetik a vizsgáló figyelmét. Látható tehát ezekből, hogy egyes esetekben a főzési próba, ha azt egyedül használjuk, fehérjét mutat ki, a midőn nincs, viszont nem mutatja ki akkor, mikor van.

Hasonlókép bizonyos körülmények között a Heller-féle légenysav aláágyazási próba is cserben hagyhatja a vizsgálót. Igy pl., ha a vizelet sok húgysavat, de kevés fehérjét tartalmaz, a légenysav aláágyazásával 2 gyürü keletkezik, melyeket egymástól jól megkülönböztetni néha nehéz. Ha vízzel felhígítjuk a vizeletet, a húgysavgyürü ugyan elmarad, de a hígítás által esetleg a fehérje is annyira kevesbedhetik, hogy szintén nem csapódik ki légenysavra. A főzési próbával, esetleg egy 3. megbizható próbával együtt használva, a Heller-próba azonban az esetek túlnyomó többségében kielégítő eredményeket ad.

A dolog nehezebb része azonban csak akkor kezdődik, midőn ezen pontosan kimutatott fehérje jelentőségének elbirálására kerül a sor és a biztosító orvos azon fontos kérdés elé állíttatik, vajjon ezen lelet alapján a vizsgálandó egyén visszautasítandó-e vagy nem. Tulajdonkép nem fejeztem ki magam helyesen. Mert nehézségek csak akkor merülnének fel, ha a mint kivánatos volna, a biztosító társulatok eddigi merev, elutasító álláspontjukból engednének, melyre minden albuminuriás egyénnel szemben helyezkednek és számolva a modern kutatásokkal és tapasztalatokkal, albuminuria és albuminuria között distinguálnának. Nem kétlem, a biztosító orvosok maguk is érzik ezen kérdésben jelen helyzetük visszásságát és maguk is elitélik a társulatok részéről alkalmazott szigorúságot, mely jogtalanul és méltatlanul foszt meg egészséges egyéneket a biztosítás jótéteményeitől.

Angliában az orvosok állásfoglalásának tulajdonítható, hogy a társulatok eddig tanúsított merev álláspontjukból lassankint engednek, bár nem tagadható, hogy a milyen nehéz a kérdés eldöntése az orvosra nézve, ép oly fontos az financialis szempontból magukra a társulatokra nézve is. És talán első sorban a társulatokra!

Még nem régiben azt hittük, hogy normalis viszonyok között a vizelet fehérjét nem tartalmaz, ha pedig előfordul, mindig vesebajnak következménye. Az utolsó évtizedben tett észleletek, melyek különösen *Senator*,[1] *Leube*,[2] *Noorden*[3] nevéhez

[1] The relation of slight degrees of albuminuria to life assurance. Lancet, 1894. junius 16.

[1] Die Albuminurie. Berlin 1890.
[2] Zeitschrift f. klin. Med. 13.
[3] Arch. f. klin. Med. 38.

füződnek, valószinüvé teszik, hogy fehérje mint *normalis alkatrész* foglaltatik minden vizeletben, de kérdéses, vajjon ezen fehérje a vesében választatik ki, tehát a vérből származik-e, a mint azt az épen említett szerzők hiszik, avagy csupán a húgyutak levált epitheljében foglalt fehérjéből ered, a melyet a vizelet feloldott, a mint azt alapos laboratoriumi vizsgálatok alapján *Winternitz*,[1] *Mörner*,[2] *Neumeister*[3] állítják. Akárhogy álljon is a dolog, ezen normalis fehérjetartalma a vizeletnek az életbiztosítások szempontjából nem jöhet szóba, mert a rendelkezésünkre álló közönséges kémszerekkel ki sem mutatható, hanem csak nagyobb mennyiségü besürített vizeletből állítható elő.

Van azonban a fehérjevizelésnek egy alakja, az ú. n. *physiologikus albuminuria*, mely teljesen egészséges embereknél keletkezik bizonyos káros befolyások folytán, általában nem jelentékeny, többnyire csak rövid időtartamú, minden következmény vagy utóbaj nélkül eltünik és az eddigi — már elég tekintélyes számú — tapasztalat szerint vesebajjal nincsen összefüggésben. Erőltetett testmozgások — pl. katonáknál —, hideg fürdők, psychikus izgalmak, heves fejfájás, továbbá czélszerütlen diaeta szokták előidézni.

(Folytatása következik.)

A féregnyújtványgyuladás (appendicitis).

Dollinger Gyula dr. egyetemi nyilvános rendes tanártól.[1]

(Folytatás.)

Ezen sejtbeli változásokat azonban csak úgy látjuk meg, ha szemünket a górcsővel egynehány ezerszeresen megerősítjük. De folynak itt le a szervezet részéről olyan *védekező munkálatok* is, a melyeket szabadszemmel jól meglátunk és a kezünkkel kitapinthatunk. Valamint a gyuladt csontvéggel határos izületben lobos átizzadás történik, úgy itt is a befertőzött féregnyujtvány a vakbél és a szomszéd vékonybelek hashártyaborítékán, továbbá a csipőtányért borító és néha még nagyobb kiterjedésü hashártyarészen egyrészt a felületen, másrészt a hashártya alatti kötőszövetben savós, vagy rostonyás savós, vagy tisztán rostonyás *átizzadás jön létre*, a mely a nevezett képleteket egy tömegbe olvasztja és a féregnyújtvány közvetlen szomszédságát a hasüreg szabad részétől elzárja. Ezek a külső védművek, a melyek actioba lépnek, ha az első védekezés magában a féregnyújtványban nem sikerül és az átfuratik. Ezen izzadmány képezi a *tumort*, a melyet az esetek egy részében a csipőtányérban érezünk és a melyről régebben azt hitték, hogy ez a felhalmozott bélsár, a melyet ki kell üríteni. A kiizzadás nyomást gyakorol az idegekre, a melyeket körülvesz és átterjed hüvelyeikre. Innen ezen tájék érzékenysége, a mely csak a kiizzadás teljes felszivódásával múlik el.

Néha az idegekben mélyebbre menő változások is keletkeznek, a melyek a betegnek évekig tartó kellemetlenségeket okoznak.

De térjünk vissza a féregnyújtványhoz!

A bacteriumok, a melyek a nyákhártya megduzzasztásával a féregnyújtvány lumenjét magukra falazták, sokszor úgy járnak, mint egy befalazott ember, a kit a saját váladékai, a kilehelt szénsav stb. csakhamar megölnek. A bacteriumokat megölik a saját ptomainjaik, mások meg egyáltalában rövid életüek és igy megtörténik, hogy az egész fertőző colonia hamarosan elpusztul. Ezek azon esetek, a melyekben a beteg az *első roham után egészen meggyógyul.*

Más esetekben a bacteriumok csak egyidőre gyengülnek el, a mint ismét erőhöz jutottak, újabb rohamot intéznek a szervezet ellen és ezt addig ismételik meg, a míg tönkre nem mennek vagy valamiképen kiküszöböltetnek a szervezetből vagy az ember pusztul el belé. Az ilyen bakteriumok a roham után oly gyengék, hogy azokat pl. az intermedialis időszakban górcsővel meg lehet látni, de tenyésztésre nem alkalmasak.

Ha a mütő az ilyen esetben az intermedialis időszakban, vagyis egy roham után, a mikor a beteg láztalan, operál, akkor néha erős *összenövéseket* talál, mint a *II. számú esetben*; máskor azonban az összenövések igen csekélyek, a féregnyújtványban egy *heget* találunk, a mely annak ürterét elzárja, ezen hegtől peripherice a lumen egy kissé ki van tágulva és benne egy kevés nyák, a melyből a kórokozó bacteriumot sikerül kitenyészteni, mint pl. az itt közölt III. esetben Winternitz kitenyésztette a diplococcus pneumoniae Fränkel-t; vagy pedig a lumen steril és a betegnek mégis, mint a *IV. eset* mutatja, öt negyedév alatt öt rohamja volt, az utolsó egy hónappal a mütét előtt. Néha összenövés nincsen, a féregnyújtvány kampószerüleg meg van görbülve, a nyálkahártya duzzadt, a lumen a béllel közlekedik.

Máskor azonban mélyebbre menő változásokat lelünk. A fertőző bacteriumok nemcsak megduzzasztották a nyálkahártyát, hanem egy kis területen el is pusztították, mint a *VI. számú kórtörténet* mutatja, a melyben a féregnyújtvány falát egy lencsényi fekély fúrja át és a melynek megfelelőleg az összenövések között már egy kis *tályog* képződött. Ez az átfúródás és ez a tályog már messzire előre vetette az árnyékát és a betegség kezdeténél, valamint az egész lefolyásban a mütétig kifejezést nyert.

A betegség rázóhideggel kezdődött, a csipőtányér érzékenysége el nem mult, a beteg nem tudta magát a roham óta többé összeszedni és egy hónappal a roham után operáltatott meg, a mikor a fentebbi kórképet mutatta. A tályog ez esetben igen picziny, épen elégséges ahhoz, hogy egy ilyen tályog kezdetét meglássuk. Különösen picziny a tályog, ha tekintetbe veszszük, hogy az első tünetek óta egy hónap telt el, míg máskor már egy hét elegendő néha ahhoz, hogy almányi tályog fejlődjék ki. A mikor a féregnyújtvány átfuratik, azt már a fentebb leirt összenövések veszik körül és az áttörés többnyire ezen összenövésekbe és nem a szabad hasüregbe történik. E szerint azon eseteket, a melyeknél áttörés történik, két csoportba osztjuk, az egyikbe azokat sorozzuk, a melyeknél az *áttörés az izzadmányba*, vagy az izzadmány által a hasüreg többi részétől elzárt területre történik, a másikba azokat, a melyeknél az áttörés közvetlenül a szabad hasüregbe jön létre.

Az előbbi csoportot tárgyalva azt látjuk, hogy igen sokszor már a betegség első kitörése is súlyosabb, mint az egyszerü lefolyást igérő esetekben. Itt rázóhideg is szerepel, míg amott ritkábban és a roham hosszasabban tart. A beteg nem egyszer hány, hanem a hányás egyideig megismétlődik, mihelyt a beteg enni próbál. A tumor megmarad, vele az érzékenység is a csipőtányérban. Ez néha a daganat növekedésével együtt növekedik. Hullámzást hiába keresünk. Azt ebben a stadiumban nem érezni. Ezek a jelek, a melyekből arra lehet következtetni, hogy a féregnyújtvány körül tályog képződött. A tályogképződés azonban nem mindenkor csak átfúródás útján jöhet létre. Néha a féregnyújtvány nem töretett át, hanem a fertőzés a nyirokedények által vitetett a lobos falzaton keresztül a körülvevő izzadmányba, a mely az infectio iránt különben is nagyon fogékony.

A mint az elmondott kórjelek tályogképződésre utalnak, azonnal operálni kell. Helyes észlelés mellett nem fogunk csalódni és a tályogot megleljük. A mütét elhalasztása vagy elmaradása a beteget a legnagyobb veszélybe dönti. Igaz, hogy a tályog spontan gyógyulása nincsen teljesen kizárva, mert a tályog tartalma sterillé válhatik és felszivódhatik, de ez olyan ritka esemény, a melyre itt ép úgy, mint a genyes mellhártyagyuladásnál nem számithatunk.

Magára hagyatva a tályog, mindenekelőtt a csipőtányérban érhet el egy bizonyos nagyságot (VII. eset), az ilyen tályog esetleg a legkedvezőbb esetben a csipőtányér felett magától is áttöri a hasfalat és a felületre ürül ki. Sokkal kedvezőtlenebb, ha a hashártyamögötti laza kötőszövetbe jut, a hol azután mindenfelé kényelmesen terjeszkedhetik. Felterjedhet a májig, a rekeszig, a hol mint rekeszalatti tályog esetleg a rekeszen keresztül vagy annak szárai között a mellüregbe jut és itt vagy genyes mellhártyagyuladást okoz, vagy előzetes odanövés után a tüdőszövetbe tör át és a bronchusokon át igyekszik kifelé. Máskor a vese felé veszi útját és mint paranephritikus tályog jelenik meg.

Ha a medencze felé sülyed, az abban elhelyezett szervek bármelyikét áttörheti, vagy ha előbb vétetik észre, esetleg diagnostikus nehézségekre adhat okot. Áttörhet a bélbe és pedig esetleg magába a féregnyújtványba, a mely esetben ez mint egy

[1] Zeitschrift f. physiol. Chemie.
[2] Skandinav. Arch. f. Physiolog. 6.
[3] L.

*

természetes draincső fekszik a tályogban, a mi azonban ritkaság (VIII. eset). Áttörhet a vakbélbe, vagy a vastag- és vékonybél bármely részébe. Ez az áttörés a bélbe csak akkor szerencsés esemény, ha billentyűképződéssel történik, mert különben a kiürült genyedség helyébe bélsár foly a tályogba és annak gyógyulását meggátolja. Láttam esetet, a melyben többszörös áttörés történt a bélbe. A bélsár az egyik nyiláson befolyt a tályogba és azon végigömölve, azt a másikon elhagyta. Ilyen szerencsétlen körülmények között persze gyógyulásról már szó sem lehet. Ilyen sokszoros áttöréseket mutat a IX. eset.

Ha a fertőzés a féregnyújtvány vivőerén fel a felső cseplesz-vivőérre terjedő gyuladást és érdugaszképződést okoz, akkor annak szétesése folytán a vena portae ágaiban és a körülvevő májszövetben tályog képződik, ha pedig a folyamat a vena cava ascendens valamely ágán okoz hasonló változást, akkor ilyen módon tüdőtályog keletkezhetik. A *genyedség*, a mely a tályogban van, többnyire igen büzös bélsárszagú, benne vagy csupán bakterium coli találtatik, vagy pedig keverve streptococcusokkal. Ebből nem az következik, hogy a nevezett bakteriumok okozzák az appendicitis első rohamát, hanem csupán az, hogy e bakteriumok életképesebbek, mint a többi. A legellentállóbb a bakterium coli, a mely a folyamat vége felé egyeduralkodóvá válik a tályogban és sokszor saprophyták társaságában el is pusztítja a beteget.

A tályog a felsorolt szerveken kivül a *hasüregbe tör át.* Ezen áttörés vagy úgy történik, hogy az áttörést mindig előbb összenövések előzik meg, úgy hogy végre a hasüregben a belek között a tályogoknak egy lánczolata van, a melyek egymásból való származását az őket egymásközött összekötő szükebb vagy tágabb közlekedő csatornák bizonyítják, vagy pedig az áttörés a tályog megpukkadásával hirtelen történik, a mikor a genyedség az egész hasüreget elárasztja.

Ezen hirtelen áttörést rendesen momentan igen erős, az egész hasra kiterjedő fájdalom jelzi, a melyet az általános hashártyagyuladás egyéb symptomái követnek. A has felfúvódik, a légzés gyors, az érverés igen szapora, apró, néha alig érezhető, a temperatura néha magas, máskor subnormalis, az egész kórképet pedig a beteg nagy összeesettsége uralja.

A symptomák hasonlók, ha az áttörés nem a tályogból, hanem közvetlenül a féregnyújtványból történik a hasüregbe. Nem épen ritkák azon esetek, a melyekben ez mindjárt az első roham alatt történik. Az áttörés az egyik vagy a másik módon a hashártya üregébe és ennek folytán általános hashártyagyuladás az appendicitis folytán elég gyakori. Mc. Cosh és Hawkey 69 appendicitis esete közül 12-nek volt a kórházba való felvételkor általános peritonitise.

Ezzel a veszélyek, a melyeknek a féregnyújtványgyuladás a beteget kiteszi, még nincsenek kimerítve. Említettem már, hogy a féregnyújtványt egy végütőér és vivőér ágazza be, a melynek férfinél nincsenek, asszonynál ritkán vannak közlekedő ágai a szomszéd véredényekkel. Ezen exclusiv táplálkozásnak az a káros következménye, hogy mihelyt a féregnyújtványt körülvevő izzadmány, vagy valamely régibb gyuladásból visszamaradt heg zsugorodása a véredény ürterét elzárja, vagy pedig az edényben a gyuladás reáterjedése következtében vérdugasz képződik, a féregnyújtvány nem tápláltatik, a minek a *féregnyújtvány elhalása* a következménye. Ha a féregnyújtvány ekkor már lobos összenövések által el van zárva a szabad hasüregtől, akkor körülötte tályog fejlődik. A tályogképződés és az egész folyamat ilyenkor igen súlyos symptomákkal jár. Néha azonban az elhalt féregnyújtvány vagy egy részével tekint szabadon a hasüregbe, vagy egészen szabadon függ bele és a mint elhal, azonnal befertőzi az egész hashártyát. Az ilyen beteg néha mint egy villámcsapásra a legsúlyosabb septikus tünetek között megbetegszik és egynéhány óra alatt meghal. Alig van rá idő, hogy a hashártyagyuladás tünetei kifejlődjenek, a kórképet a sepsis dominálja. Máskor az elhalt féregnyújtvány leválik és a boncasztalon a hasüregben valahol a belek között kerül meg.

A midőn így a féregnyújtványgyuladás egyes alakulásait a gyógykezelés teljes átértése végett röviden vázoltam, áttérek a *gyógykezelésre.* Ha az első roham a bekezdési symptomák után itélve könnyű lefolyásúnak igérkezik, akkor nincsen semmi ok reá, hogy a régi gyógykezeléstől eltérjünk. Mert a bekezdő symptomák enyhe volta nem garantia ugyan, de biztató jel arra, hogy betegünk legalább ez egyszer könnyen kilábal a bajból. Igaz, hogy vannak esetek, a melyekben a kezdetben enyhe symptomákat csakhamar még ugyanazon rohamban súlyosak váltották fel — és e tapasztalaton okulva, ne schematizáljunk, ne bizzuk el magunkat, hanem észleljük gondosan tovább betegünket, hogy a tünetek esetleges változásai résen találjanak —, hanem mégis nagyjában áll az a tapasztalat, hogy súlyosnak igérkező rohamok súlyos tünetekkel, könnyűnek igérkezők könnyűekkel köszöntenek be. *Az ilyen könnyű első rohamban* a fájdalom enyhítésére per os, vagy ha hányás van jelen, per anum opiumot adunk, a mely a beteg nyugtalanságát is csillapítja, azonban ezzel a szerrel, valamint a morphiummal is mértéket kell tartani, mert nagyon alkalmasak arra, hogy esetleges complicatiokat, a melyek azonnal való felismerése fontos volna, eltakarjanak (Vergely). Hogy helybelileg *jég, megmelegedő borogatás avagy meleg pépek* alkalmazandók-e, az az egyes esettől függ. Nálunk általában tartózkodnak a *hashajtótól*, míg az amerikai Morris egy sós hashajtóval ajánlja a beleket kitisztítani.

Ezen *körben mozogtak még ezelőtt 13 esztendővel* Fitz fellépése előtt az orvos összes gyógybeavatkozásai az első, és visszaeső esetekben a második és a következő rohamoknál. Az első rohamnál ehhez az orvos azon reményét csatolta, hogy a jelen eset szintén egyike lesz ama 70%-nak, a mely az első rohamból teljesen kigyógyulva kerül ki és esetleg még az erős hit valamely specifikus gyógyszerben vagy gyógyító eljárásban. Ma azonban ismervén a féregnyújtványgyuladás valódi okát, azt is tudjuk, hogy orvosságokkal nem férközhetünk a kórokozó bacteriumokhoz és ha ma mégis több okunk van reményleni, hogy betegünk egészségesen kerül ki végre is a súlyos betegségből, az onnan van, hogy hitünkkel a késhez fordultunk!

Most röviden el fogom mondani, miféle *műtétek* jöhetnek itt szóba. Ezeket csupán főbb vonásaikban fogom ismertetni, mert a kivitel részleteit minden műtősebész, a ki valóban művész a szakmájában, a saját egyénisége, a beteg, a betegség egyéni alakulásai és egyéb számos más külső körülmény szerint határozza meg. Ebben senkit sem kell befolyásolni, mert az ő kezében ezen egyéni sajátságok szabad érvényesülése biztosítja leginkább a sikert.

Vegyünk egy egészen egyszerű esetet, a milyennel mindennap találkozunk. A betegnek egy esztendő előtt volt első féregnyújtványgyuladása. Azóta az, eleinte 4 6 hetenként, utóbb gyakrabban megismétlődött, akár követett el a beteg diaetahibát, akár nem. Most már a beteg egészen el van csigázva, az utolsó félesztendőben több időt tölt az ágyban, mint azon kivül, dolgozni nem képes, hivatásának meg nem felelhet, szervezete és családjának existentiája a tönkrejutás szélén áll. Tályog nincsen jelen, a rohammentes időszakban láz sincsen, de a jobb csípőtányérban húzó fájdalmak és nehézség érzése elkeserítik a betegnek azon egynéhány napot is, a melyeket a rohamok szabadon hagynak. Mi bizonyára valamennyien megegyezünk abban, hogy ez a beteg megoperálandó, mert tudjuk, hogy a rohamközti időben, az úgynevett *intermediaer időszakban végzett műtétnek* halandósága nincsen. Ezen tudatban nemcsak megemlítjük a betegnek a műtétet, és reábizzuk, hogy esetleg végső kétségbeesésében elhatározza-e reá magát, hanem egyenesen reábeszéljük.

(Folytatása következik.)

A pellagra itthon és Olaszországban.

Sámson Márton dr., járás- és tb. megyei főorvostól.

(Vége.)

T. szakülés! Az előadottak alapján határozottan tagadásba merem venni, hogy egészséges kukoricza képes volna pellagrát okozni és azt tartom, hogy a pellagra kórokozó agensét a romlott kukoriczában kell keresnünk. Hogy eddig nem sikerült a rendelkezésünkre álló módszerek és eszközök segítségével a tulajdonképeni materia peccanst megtalálni, az nem bizonyít annak létezése ellen, mert igen sok betegség kórokozóját is csak a legújabb tudományos vizsgálódásnak és kutatásnak sikerült felfedezni, de meg tudjuk, hogy a természettudományokban általában és az orvosi tudományokban specialisan ezen kérdésen kivül is még sok problema vár megoldásra.

Remélhetőleg a segédeszközök érzékenységének fokozása, a vegytan további haladása és újabb vizsgálódási módszerek segítségével, a kutató emberi elménck sikerülni fog a *romlott kukoriczában levő* pellagraképzőt kimutatni és talán tisztán előállítani.

A mi a pellagra tüneteit és kórlefolyását illeti, a multkori felolvasásomban mondottakhoz nem sokat füzhetek hozzá, de ki kell corrigálnom azon tévedést, mintha e betegségben időbelileg és sorrendben egymásután következő 3 stadiumot lehetne megkülönböztetni (Scheiber dr. is említett czikkében 3 stadiumról beszél). Ilyen értelemben ez nem helyes, mert a bőrelváltozások, az emésztő szervek és az idegrendszer zavarai nem stadiumok, melyek szabályos sorrendben egymásután lépnek fel, de tünetcsoportok, melyek nem fordulnak elő mind, minden egyes betegnél és nem is lépnek fel az említett sorrendben. Saját betegemnél észleltem és Mogliano Venetoban több esetet láttam, hogy a börtünetekkel egyidejüleg vagy azok megjelenése után közvetlenül a psychopathikus-tünetek léptek fel, sőt a bőrtüneteket jóval megelőző kedvetlenséget, szédülést, álmatlanságot, fej-, hátgerincz- és tagfájásokat, melyek a pellagrának prodromalis tünetei, szintén ideges eredetüeknek kell tekintenünk. Az emésztő szervek zavarai is, néha a bőrtünetekkel egyidejüleg, néha azokat megelőzőleg szoktak jelentkezni, mint azt több esetben tapasztalni alkalmam volt, miért is nem indokolt 1-sö, 2-dik és 3-dik stadiumról beszélni, hanem egy tünetcsoportról, mely a bőrön, az emésztőszervekben és idegrendszerben nyilvánul minden időbeli és sorrendi szabály és rendszer nélkül.

A fent említett prodromalis tünetek rövidebb vagy hosszabb ideig tartó fennállása után, rendesen a tavaszi napsugarak beköszöntésével jelentkeznek, néha lázas mozgalmakkal, a pellagrának pregnans tünetei. Ugyanis a kézhátakon, az ujjakra és alkarra is terjedőleg, az arczon, nyakon, mellen és ha az illető mezitláb járt, a lábfejeken, szóval a nap sugarainak kitett helyeken, a különben halvány bőr megpirosodik, megduzzad, fényes, melegebb és némelyeknél fájdalmas lesz. Ezen erythemák némely esetben rövid fennállás után elhalványulnak, a bőr kissé megbarnul, korpádzást mutat és egy idő után meggyógyul.

Ha a betegség azonban előbbre halad, a bőr infiltrálódik, megbarnul és érdes lesz, a hám czafatokban leválik, az irha egyes helyeken szabadon fekszik, más helyeken vastag, piszkos sárgásszínü pörkök képződnek. Ezen elváltozásokat a kezeken és lábakon kivül észlelhetni az arcz bőrén, nevezetesen a járomcsont feletti részeken, homlokon és főleg ennek dudorán, az állon, az ajakszélen és szájzug körül, továbbá a nyakon és nyakszirten, utóbbi helyeken néha galléralakjában veszik körül a nyakat.

A kezek és ujjak háti részein mély repedések támadnak, melyek néha a tenyéri felületbe is átmennek. Különös elváltozást mutat az orr, hol a fagygyúmirigyekből kinyúló, sürün egymás mellett álló, piszkos sárgaszínü, kihúzható csapocskák láthatók, melyek néha az orrczimpákon mint zsíros máz szétkenve vannak. Azonban nemcsak a nap sugarainak kitett helyeken találhatni bőrelváltozásokat, hanem az alhason és a czombok felületén, sőt nőknél a nagy szeméremajkakon is. Purjesz és mások irtak le ily eseteket, én magam nem láttam.

Majdnem minden betegnél stomatitis kifejezett tünetei észlelhetők és a nyelven még az enyhe eseteknél is mély barázdák látszanak, melyek néha szabályos, sakktáblához hasonló beosztást mutatnak.

Az elősorolt börtünetek majdnem mindegyike 2—3 havi létezés után, különösen czélszerü életmód mellett visszafejlődik és pedig oly módon, hogy a felület kiszárad, hámlik és úgy néz ki, mintha mésztejjel volna leöntve. A bőr még egy ideig érdes, beszürődött és pergamentszerü, később sorvad és megvékonyodik, a lemeztelenitve volt helyeken pedig fénylő, fehéres, hegszerü és szörtelenné lesz.

A nagyfokú bőrbántalomban szenvedőknél ennek nyomai, nevezetesen a kézhát bőrének sorvadtsága, felületes hegesedése és szörtelensége még évek mulva is meglátszanak és a bőrnek eme maradandó elváltozásait az olaszok „stigmá"-knak nevezik.

Hallottuk ugyan, hogy a betegség előbbi szakában is vannak táplálkozási és emésztési zavarok, de egy idő után gyomorfájdalmak és göresök, undorig terjedő étvágytalanság, hányási inger és profus hasmenések lépnek fel. Ilyen körülmények között természetes, hogy a betegek elgyengülnek, lesoványodnak, a szemek mélyen beesnek, az egész arcz összeesik és piszkos barnaszínüvé lesz, szóval cachectikus küllemet kapnak. A pellagrás betegek tekintélyes része esik eme gyomor- és bélbántalomnak áldozatául.

A pellagrásoknál előforduló elmebántalmak általában véve nem különböznek a más okok következtében fellépő psychopathiáktól, úgy, hogy a legtöbb esetben csak az anamnesis és a már említett stigmák — ha megvannak — vezetik az embert helyes diagnosisra.

Olasz statistikák szerint a pellagrás betegek 20—26%-a lesz elmebeteggé.

A pellagrás elmezavarok között leggyakoribb a melancholia, mely a más kórokok folytán fellépő melancholiától csak annyiban különbözik, hogy az ezt jellemző mély lelki fájdalom és gyötrelem hiányzik és a betegeket csak nagy levertség és közönyösség uralja. Hallucinatiok, érzékcsalódások, üldöztetési téveszmék, kényszerképzetek, melyek következtében öngyilkosokká lesznek és előszeretettel vízbe ugranak, gyujtogatnak és erőszakoskodnak, csak úgy fordulnak elő, mint a más kórokoknál fogva keletkezett melancholiánál.

A pellagra következtében fellépő mánia semmiben sem különbözik más maniakális kórformáktól.

Az acut pellagrás elmezavarok, ha nem gyógyulnak, dementiába mennek át és eme szerencsétlenek állandó lakói lesznek valamely tébolydának, hol nehány esztendei sinylődés után tönkre mennek, hacsak valamely intercurrens betegség sanyarú tengődésüknek előbb nem vet véget.

Mielőtt a pellagra therapiájára térnék, megemlíteni kívánom, hogy Caldana dr. a moglianoi pellagrosarium igazgató orvosa a pellagrát hereditariusnak tartja, azonban nem azon értelemben, hogy az utódok a pellagra bőrtüneteit öröklik, hanem, hogy neuro- és psychopathiákra hajlamosak.

A gyógyulás a pellagra kezdeti szakában lehetséges még azon esetben is, ha a betegek elmezavarba esnek, de kellő időben jutnak czélirányos ápolás és kezelés alá. Erre vonatkozó példát saját gyakorlatomból is tudok felhozni és pedig egy beteg nőt, kin az elmebántalom mindjárt a börtünetek után lépett fel és kit pellagrás elmezavar diagnosissal a biharmegyei kórházba küldtem, honnan 10 heti kezelés után egészségesen tért haza. E beteg, néha jelentkező szédüléstől, álmatlanságtól és derékfájástól eltekintve, most is elég jól érzi magát.

A pellagra könnyebb eseteinek gyógyulása nehány hónap alatt történik, a súlyosabb esetek azonban 1—2 évig is eltartanak.

A pellagra igen nagy hajlamot mutat a recidivára és ha a beteg előbbi táplálkozási módját folytatja, úgy csaknem biztosra vehető a visszaesés, azért a gyógykezelésnél főszerepet játszik a kukoriczatáplálkozástól való szigorú eltiltás.

Első tekintetre úgy látszik, hogy ez ellentétben áll a pellagra aetiologiájára nézve elfoglalt és kifejtett álláspontommal, de az ellentét csak látszólagos, mert, ha azt mondom, hogy a pellagrás betegnek a kukoriczatáplálkozás szigorúan megtiltandó, ezzel nem concedálom, hogy a kukoricza, mint olyan, tehát a jó és romlatlan kukoricza okozza a pellagrát, hanem eltiltandó azért, mert nem lehet a betegre bízni annak elbirálását, hogy a kukoricza jó-e vagy romlott, továbbá igénytelen nézetem szerint azért is, mert a pellagrának a visszaesésre való nagy hajlandóságánál fogva sokkal kevesebb pellagrogen anyag — ha szabad e kifejezéssel élnem — szükségeltetik, hogy a labilis szervezetet újból pellagrosusan megbetegítse és ez beállhat még azon esetben is, ha a kukoricza nagyjában jónak látszik, de teszem fel minden 10-dik vagy 20-dik szem romlott.

A kukoricza szigorú eltiltásán kivül a hygieno-diaetetikai gyógymód alkalmazandó és pedig nyujtsunk a betegnek az emésztőszervek állapotához képest húst, tejet, tojást és bort, tartózkodjék sokat a friss levegőn és gondoskodjék lakása tisztán tartásáról és jó szellőztetéséről. A gyógyszerekkel való kezelésnek kisebb szerep jut. Mogliano Venetoban idegtüneteknél strychnint, arsent, továbbá arsen- és vastartalmú ásványvizeket adnak, a börtüneteket pedig zink- és dermatol-kenőcscsel kezelik.

T. szakülés! Ezek után azt hiszem, hogy nem lesz érdektelen, ha elmondom, hogy Olaszországban mily eljárást követnek a pellagrával és pellagrásokkal szemben.

Minthogy a pellagrásoknak, mint fentebb láttuk, tekintélyes hányada lesz elmebeteggé és e miatt rövidebb, huzamosabb vagy állandó lakója valamely tébolydának, mi által úgy a társadalomra, mint az államra nagy terhek nehezülnek, a privat könyörületesség, közjótékonyság és az államkormányzat egymással kezet fogva igyekeznek e borzadalmas betegségnek lehetőleg gátat vetni és a mennyiben ez nem sikerül, a megbetegedett szerencsétleneket ápolni és gyógyítani. Ezt a következő módokon eszközlik:

Az említett késői tengeri-termelésből kikerülő nedves és romlékony tengeri szárítására és élvezhetővé tételére egyes községekben szárítókemenczéket állítottak fel, azonban úgy látszik, hogy ezen intézkedés által nem sok eredményt értek el, erre enged következtetni azon felületesség és lanyhaság, melylyel ez eljárást foganatosítják.

Azon szegények részére, kiknél a pellagra kezdetleges tünetei mutatkoznak, de még kórházi ápolást nem igényelnek, hogy a tengeri-evéstől megóvassanak, számos községben, a község által fentartott népkonyhák (cucina economica) léteznek. Ezeken kivül egyes tartományokban az újabb időben tápintézeteket (locanda sanitaria) állítottak fel. A locandákat az illetékes tartomány által megszavazott összegen kivül, országos állami segélyezésből és közadakozásokból tartják fenn.

A locanda mindig tavaszszal nyittatik meg s legalább 40—60 napig, de ha a helyi egészségügyi hatóság szükségesnek látja, még tovább is nyitva tartatik.

A tápszereket a betegek a locanda helyiségében költik el, étkezés napjában egyszer van. A locandákba való felvételre előnynyel birnak pellagrás terhes és szoptató nők, mert előbbieknél sok az elvetélés és koraszülés; továbbá a pellagrások gyermekei, ha hatósági orvos pellagrosus megbetegedésüket igazolja. A locandákban a betegek következő tápszereket kapják:

1. Egy liter minestrát, ez hosszú lére eresztett különféle zöldség, vagy levest, 100 gm. tésztával, rizszsel vagy főzelékkel.
2. 100 gm. marhahúst.
3. 300 gm. jó búzakenyeret.
4. 450 gm. jó erős bort.

A tápszereket a locandában házilag készitik és egy napi étkezés költsége személyenként 50 centesimibe, azaz 22—23 krba kerül.

Az előrehaladottabb stadiumban levő pellagrások, kiknek már állandó orvosi kezelésre és felügyeletre van szükségük, e czélra szolgáló pellagrosariumokban helyeztetnek el. Olaszországban több pellagrosarium van és ezek egyikét, a Velencze közelében levő mogliano venetoit, mely 1883-ban, mint az országban a legelső létesült, látogattam meg, hol Caldana dr. igazgató orvos által a legszivélyesebb és legelőzékenyebb fogadtatásban részesültem.

Az ő kalauzolása mellett tekintettem meg az intézetet és volt oly szives az intézet érdekesebb eseteire figyelmemet felhívni, többek között egy betegre, ki hétszer recidivált és akkor már megint a javulás útján volt. Látogatásom alkalmával az intézetben 90 beteg volt.

Az intézet több különálló, de közös igazgatás alá helyezett osztályból áll és pedig:

1. Egy osztályból pellagrás betegek részére, kik még nem elmebajosok.

2. Elmegyógyintézetből, mely főleg pellagrás elmebetegek felvételére szolgál, de befogad más elmebetegeket is.

Az intézet kötelékéhez tartozik még egy aggápolda és árvaház, melyet azonban nem néztem meg.

Az intézet költségei saját vagyonának jövedelméből, önkéntes jótékony adományokból és az ápolási díjakból kerülnek ki.

A pellagrosarium főépületét az egykori Torni grófok villája képezi, mely a czélnak megfelelőleg van átalakitva. A szép, tágas és magas hálótermek 124 beteg elhelyezésére szolgálnak és a férfiak osztálya az épület egyik, a nőké a másik felében van elhelyezve. Ezenkivül az intézet el van látva szép, tágas és világos étkezőtermekkel, fürdővel, konyhával, éléskamrával, pékműhelylyel, jégveremmel, mosóházakkal és istállóval. Az intézet belső berendezése igen egyszerű, de a czélnak teljesen megfelelő és mindenütt a legpedánsabb rend és tisztaság látható. A vizet ártézi kút szolgáltatja. Az ápolónői szolgálatot apáczák végzik, valamint a konyha vezetését is. Az ételeket házilag készitik és ehhez a szükségletek nagy részét az intézethez tartozó gazdaság és kertészet szolgáltatja, melynek terjedelme 30 hektár. Ezen gazdaságban a munkaképes betegeket foglalkoztatják is. Az intézetnek szép tehenészete is van, mely a szükséges tejet szolgáltatja.

A betegek gyógykezelésénél a fősúly a jó táplálkozásra van helyezve, a betegek táplálékát zöldség vagy tésztás leves, hús, tej, tojás és maccaroni képezi, ezenkivül minden beteg — még a gyermekeket, kik szép számmal vannak, sem véve ki — jó, erős bort is kap. A betegek a nap legnagyobb részét a szabadban töltik.

Ezen hygieno-diaetetikai gyógymóddal bámulatos eredményeket érnek el. Caldana több beteget mutatott, kiket emberi formájukból kivetköztetve, csontvázig lefogyva, majdnem haldokolva hoztak az intézetbe és kiket 6—8 heti bennlét után én már jó conditioban találtam.

Specifikus gyógyszere a pellagrának nincsen és mint már említettem, a szükséghez képest roborantiákat, strychnint, arsent és vasat adnak. A gyógyszereket saját házi gyógyszertárukban készitik.

A tébolyda körülbelül 100 lépésnyire van a pellagrosariumtól és két modern stylü és berendezésü pavillonból áll, melyek egyikében a férfiak, másikában a nők vannak elhelyezve.

Felolvasásom végére jutván, midőn szives türelmüket megköszönöm, elreferálni kivánom, hogy az itthon eddig megfigyelt betegeim — egy kivételével, kit a leküzdhetetlen hasmenés megölt — meggyógyultak és hogy a folyó évben buzgó keresésem daczára egyetlen újabb esetet sem találtam, mely körülményt a tavalyi jó és egészséges kukoriczatermésnek kell tulajdonitanom.

Négy diphtheria-eset.

Sidlauer Ármin dr.-tól.

(Vége.)

Annyi azonban minden esetre következtethető az esetből, hogy a diphtheria oly fertőzés, mely többször is megtámadja ugyanazon szervezetet s hogy nemcsak a müleges immunisatio, hanem a kiállott betegség által létrejött immunitás is csak rövid ideig tart; ez esetben csak 12 hétig. S még az sem áll, hogy talán egy serummal kezelt diphtheriás beteg immunitása rövidebb tartamú, mint egy olyan egyéné, ki diphtherián átesett s belőle kigyógyult, a nélkül, hogy nála serum alkalmazva lett volna, más szóval, hogy a diphtheria szülte védőanyagok, antitoxinok, resistensebbek s a szervezetet ellentállóbbá is teszik egy új fertőzés esélyénél, mint a diphtheria-méreg semlegesitésére serum által bekebelezett antitoxinok, nem áll ez, mivel az immunitás létrehozásában — mint alább még kifejteni bátor leszek — a serum hatása tulajdonképen azonos a kiállott diphtheria ez irányú hatásával. Mind a kettő nem directe nemzi az antitoxint, hanem csak mint egy inger, mint egy sajátlagos inger fejti ki hatását a szervezetre, mely erre szintén sajátlagosan müködésbe hozza, maga gyártja védőanyagait, az antitoxinokat. S tényleg a serummal kezelve nem volt diphtheria után az immunitás nem tart hosszú ideig. Az előadás utáni discussioban Dobos dr. úr felemlit egy esetet a serumelőtti korszakból, hol diphtheriás croup után 6 hétre újra diphtheria lépett fel s mind a kétszer bakteriologice is igaz diphtheriát constatáltak.

Következtethető ez esetből az is, hogy a praeventiv injectio mily problematikus értékü, hacsak nem epidemia idején, a midőn rövid ideig tartó immunitás is nagy nyereség.

A második érdekes körülmény, mit ez esetben tapasztaltam, az a nyilvánválóan itt létrejött alkalmazkodása, megszokása volt a szervezetnek a serumot illetőleg. Mert míg az első attaquenál 3000 antitoxinegység elegendő volt a betegség leküzdésére, másodszor már ennek kétszeresére volt szükség, hogy a betegség megtöressék; s ez ugyanazon betegnél s a betegség ugyanazon körülményei között csak 12 héttel később történt. Részemről legalább másképen nem tudom megmagyarázni a második megbetegedés makacsabb ellentállását a serum alkalmazásánál. S ha

ez így van — s én azt hiszem, hogy tényleg így van —, ezen eset klinikus bizonyítékául szolgálna Ehrlich s vele egy véleményen lévő sok újabb búvár nézetének a serum miképeni hatásáról. Ezek ugyanis állítják, hogy a serum nem egyszerüen, mint egy ellenméreg pure et simple hat, nem úgy, mint a reagensüvegben, hogy az antitoxin a toxint directe semlegesíti s megsemmisíti, hanem indirecte a szervezet közvetítésével, még pedig úgy, hogy az antitoxin bekebelezése a test bizonyos sejtjeit és szerveit oly irányú reactiv működésbe hozza, akár a phagocytosis emelése által, akár a toxikus anyagok bizonyos sejtekhez való kötése által, minek folytán a szervezet maga teszi ártalmatlanná a mérget s küszöböli ki magából. Esetünk ezen utóbbi elmélet mellett szól, mivel az egyszerü ellenméreg elmélete szerint egy és ugyanazon betegnél, egy és ugyanazon betegségben s ceteris paribus ugyanazon körülmények között mindig ugyanoly mennyiségü ellenméregnek hatásosnak kell maradnia, minthogy csak ugyanoly mennyiségü mérget kell neutralizálnia. Ha azonban a serumhatásnál a szervezet élő és visszahatólag specifice működő szereplését elfogadjuk, úgy itt teljesen értjük a szükségesnek bizonyult kettős adagot, mert eléggé jól ismerjük számos tapasztalatból a szerv alkalmazkodását, megszokását mindennemü reágyakorolt toxikus bántalmazásnál.

Érdekes volt végre az eset az utólag fellépett oly makacs, rendkivüli fájdalmas, lázzal járó s hosszantartó izületi gyuladás szövődménye folytán is. Ezen gyuladás ép úgy, mint az exanthema határozottan serumszülemény, s mint olyan muló, és akármilyen hosszantartó is, minden baj visszamaradása nélkül eltünik. Kivéve természetesen azon eseteket, midőn az izületi gyuladással a szív megtámadtatása is complicálódik, a mit én részemről azonban még nem tapasztaltam.

Szintén rendkivül érdekes és tanulságos volt a következő s ezúttal utolsó esetem is. Itt a diphtheria nem szövődményei folytán volt érdekes, hanem a diphtheria volt érdekes, mint maga egy szövődmény.

Az eset kórtörténete következő.

Egy családban egy negyedfél éves, korának megfelelőleg igen jól kifejlödött s különben teljesen egészséges leánygyermek f. é. márczius 17-dikén kanyaróval megbetegedik, miután megelőzőleg két idősebb fivére azon szerencsésen átesett. A gyermeknél egy concommittáló bronchitis is volt. A negyedik napra, azaz 20-dikán, a midőn a küteg már visszafejlödni kezdett, rekedt köhögés lép fel és egyúttal megint felszökik a láz. A rekedtség fokozódik s 21-dikére már teljes crouppá fejlödik. Az egész torok azonban tiszta s még gyuladásnak sines semmi nyoma sem a mandulákon, sem a garaton. Diagnosis: laryngitis pseudocrouposa, a mint ezt kanyarónál oly gyakran látjuk. Délután a gégeszükület tünetei még fokozódtak, a miért hánytatót rendeltem (cupr. sulfuricum). Egyúttal a szülöket figyelmeztettem a betegség komoly fordulatára s kértem még egy más orvos meghivását is tanácskozás végett. A hánytató prompt müködött s a gyermek az éjjelt nyugodtan töltötte.

III. 22. Reggel a gyermeket Dobos dr. kartárs úrral megvizsgáltuk s a következő állapotot találtuk: croup, mint a megelőző napon. A bal mandula közepén egy gombostüfejnyi, szürkés fehér pety, mely le nem törölhető. Az egész torok különben tiszta, sehol semmi gyuladásos elszinesedés. Állkapocs mögötti és állkapocs alatti mirigyek nem duzzadtak. Láz. Szapora érverés Rendelés: Ipecac. mint köptető pilocarpinnal.

Délutáni látogatásnál a gyermek anyja mutat nekünk kendőn valamit, a mit a gyermek állítólag a nap folyamán egy fullasztó köhögési roham után kiköpött, s azt mondja, hogy ez ma már a második ilyen, a mit a gyermek kiköhögött. Ez egy valóságos fibrinosus álhártya volt, körülbelül 6 cm. hosszú és 3 cm. széles, nem csőformájú. Minthogy ezzel a croup diptheriás jellege bebizonyult, azonnal serumot injiciáltam, még pedig a baj úgy súlyos természete, mint késői ideje miatt egyszerre 3000 antitoxinegységet. A gyermek az éjjelt nehány heves köhögési roham kivételével, a midőn állítólag egészen elkékült s apnoikus lett, meglehetősen nyugodtan átaludta. Álhártyát ki nem köhögött.

III. 23. Reggel nem annyira stenotikus, mint inkább általános dyspnoikus légzést észlelhetünk a kiterjedt (diffus) bronchitis és a hiányos expectoratio következtében. A torokban elszórva több rendbeli szürkéssárga petty. Láz. Szapora érverés. Rendelés: erős köptető.

Délután a dispnoë alábbhagyott, de a légzés megint stenotikusabb jelleget ölt. Injectio 3. sz. Behringgel.

III. 24. Reggel a gyermeket csendesen, nyugodtan lélegezve találtuk. Az alsó ajkon egy babszemnyi infiltratio, mely az ajak pirnak ép felhámján keresztül sárga-szürke színnel átfénylik. Toroklelet mint megelőző napon; disseminált pettyek, de nem összeolvadt álhártyák. Teljes aphonia. Láz. Szapora érverés. Rendelés: köptető s az ajak diphtheriás infiltratioja miatt, melyről a folyamat még meg nem tört erejére következtettünk, még egy seruminjectio.

Délután szabad légzés, jó expectoratio.

III. 25. Reggel a gyermek láztalan, de az érverés szapora. Légzés csendes s szabad, expectoratio jó. Dyspnoë, a cyanosis elmúlt. Az ajak azon helyen, a hol tegnap infiltrálva volt, be van süppedve s egy barnásvörös színü pörkkel van befödve. Torok egészen tiszta. Aphonia.

III. 26. Status idem. Az egész elmult napon és éjszakán a gyermek hasonló jó állapotban volt.

III. 27. Korán reggel vidékre utaztam s csak délfelé érkeztem haza. Távollétem alatt, valamivel 11 óra után sürgösen hivattak a gyermekhez, mivel ez hirtelen rosszul lett. A mint haza érkezve, 12 órakor oda indultam, elém jönnek a hirrel, hogy a gyermek már meghalt.

Utólag tudakozódtam a halált megelőző állapotról (s a bekövetkezett halál közelebbi körülményeiről) s úgy értesültem, hogy már az egész megelőző napon semmiféle ételt, italt nem tudott lenyelni, mivel az az orrán visszajött. Egész éjjel hányta, vetette magát az ágyban, valami keveset azonban mégis aludt. Jól lélegzett s néha-néha köhögött. Reggelre egészen lecsendesedett, kért különfélét enni, de a midőn a kivánt ételnemüt oda adták, azt mindig visszautasította. Tizenegy órakor még apjával enyelgett, aztán szólt az anyjának, hogy csókolja meg s hogy ültesse fel az ágyában. Az anyja megtette, de a gyermek visszahanyatlott. Most kérte, hogy fordítaná a fal felé, de mikor az anyja ezt tenni akarja, látja, hogy a gyermek egészen elhalványul, egyet nyújt a testén, és azonképen meghal.

Az esethez következő epikritikus megjegyzéseim vannak.

A kanyarónak szövődménye crouppal — ezt tágabb értelemben véve — nem ritka esemény. Minden kanyarójárvány alkalmával észlelhetünk ilyesmit. Sokkal ritkább azonban, s egyáltalán ritka eset a kanyarónak szövődménye diphtheriás crouppal. S ha már akármilyen croupos szövődmény kanyarónál igen komoly dolog, úgy a diphtheriás croup complicatioja egyszerüen vészes jellegü s legtöbbnyire halálos kimenetelü. Rilliet és Barthez[1] a kanyarónál ennek croupos szövődménye által autopsiára került eseteket következőleg csoportosítják: valamivel kevesebb mint a felénél ulceratiok és erosiok voltak a croup kórboncztani substratumai, ötödrészénél álhártyák, egy hatodánál egyszerü gyuladás, egy ötödénél azután egyáltalán semmi sérelem sem volt található. Ezen csoportosítás még az intubatio és a serum előtti korszakból való és kérdéses, hogy ezen két epochalis gyógymód bevezetése változtat-e a felállított arányon, mert annyi bizonyos, hogy kanyaró-croupnál sem az intubationak, sem a serumnak oly prompt hatása nincsen, mint complicálatlan croupnál.

Fürbringer[2] a kanyarónál fellépő diphtheriát és diphtheriás croupot aetiologikus szempontból különválasztja a vulgaer-diphtheriától és crouptól. Jürgensen,[3] Baginsky,[4] Bókay[5] és több új szerző azonosítja azokat aetiologice is.

Esetem is kétségtelenül diphtheria, valódi diphtheria szövődménye volt egy kanyarónak, még pedig a diphtheria súlyosabb válfaja: egy diphtheriás croup. Hogy itt a croup tényleg diphtheriás jellegü volt, s nem egy egyszerü laryngitis pseudomembranacea, hol a gégenyákhártya nagyfokú gyuladása izzadmányt

[1] Jürgensen után idézve ennek monographiájából. Nothnagel Handbuch 4. kötet.
[2] Eulenburg: Real-Encyclopädie. Artikel: Masern.
[3] Ibidem.
[4] Ibidem.
[5] Belgyógyászati kézikönyv. I. kötet.

szült, mely a felületre lerakódott s álhártyát képezett, ezt, bakteriologiai vizsgálat hiányában is, klinice bizonyítják a garaton és a mandulákon később szintén fellépett disseminált, diphtheriás lerakódások, melyek valószinüleg csak azért nem terjedtek, nem confluáltak egy összefüggő álhártyává, mivel a serum hatása az ilyent megakadályozta. Minden kétségen felüli lett ez azonban, a midőn az ajkon diphtheriás fekély támadt.

De a kanyaró, ha diphtheriával szövődik, ez majdnem mindig egy diphtheriás crouppal való szövődmény; torok és mandulák csak ritkán, s ilyenkor is csak csekély mérvben vannak megtámadva. Ezt valamennyi nagy gyermekorvos egyetértőleg állítja, s Baginsky szerint ez onnan van, mivel kanyarónál a légzőszerv egyáltalán egy locus minoris resistentiae, minden megbetegedésre kiváló hajlamot mutat, s így egy hozzáfüződő diphtheriás fertőzés is leginkább a gégében localizálódik, honnan szintén inkább lefelé, mint felfelé terjed, néha még a bifurcation túl is. S ez egy igen fontos tény. Mert tudva ezt, ha kanyarónál laryngitis keletkezik, s rekedt, ugató köhögéssel stenotikus légzés fejlődik, egy igazi, diphtheriás croup esélyére is kell majd gondolnunk, hogy gyógyeljárásunkat e szerint irányítsuk, azaz hogy a serum alkalmazását fontolóra vegyük. S bár Rilliet és Barthez szerint hártyalerakódás a bonczolásra került gégestenosisok csak egy ötödrészét teszi ki, ez azért elég nagy hányad mégis, hogy figyelemre méltassuk. Sajnos, igaz, hogy kanyarónál keletkező, fokozatosan fejlődő gégestenosis esetében nincsen biztos elkülönítő jel, hogy határozottan mondhassuk, croup vagy csak pseudocroup van-e előttünk, miután rendesen gyermekekkel van itt dolgunk, s a gége közvetlen szemlélése rendes körülmények között kivihetetlen marad. Kötelességünk azonban mindig kutatni, keresni a kórisme biztos megállapítására vezető jelek és tünetek után.

Esetemnél kezdetben szintén pseudocroupot kórisméztem, miután első és második napon semmi támpontom diphtheriás croup felvevésére nem volt, s mivel a kanyaróval velejáró laryngotracheitis oly gyakori eset. S még a harmadik napon is csak egy kedvező véletlenség folytán, a levált s kiköhögött álhártyák folytán derült ki a croup igazi jellege, mely utóbbi különben csak negyedik napon történt volna, a midőn a torokban is diphtheria mutatkozott. A gyermek ennek utána serummal lett kezelve s az injectiok ismételtettek először a torokdiphtheria fellépésénél és azután, midőn az oly ritkán észlelhető diphtheriás infiltratio képződött az ajkon. S a serumnak a diphtheriás folyamatra kétségtelenül hatásos befolyása is volt, miután a gégében álhártyák újra nem képződtek s a stenosis bár lassan, de teljesen elmúlott, úgyszintén a torok és ajakdiphtheria is.

Az egész lefolyás alatt a gyermeken egy mértéken túli elesettség, kedvetlenség volt észlelhető, mely különösen később lett feltünővé, midőn az objectiv tünetek annyira javultak. Megjegyzendő a tachycardia is, mely tartott azután is, mikor a láz már szünőfélben volt. A szivnek objectiv lelete azonban physikalis úton kimutatható eltérést nem tüntetett fel.

Sajnos, a gyermek mégis meghalt nyolczadnapra a diphtheria fellépése után. Meghalt pedig akkor, midőn úgy a kanyaró, mint a szövődményes diphtheria minden szemlélhető tünete már megszünt volt. Meghalt hirtelen, a tiszta öntudatnak teljes birtokában, sőt a halált még azonfelül egy meglehetős euphoria előzte meg.

A halál oka itt csak szívhüdés lehetett. Szívhüdés, a mint ez diphtheriák után még mostanában is, a serum áldásdús korszakában, bár szerencsére ritkán, de néha mégis bekövetkezik és bekövetkezik többnyire váratlanul, a diphtheria teljes lefolyása után még sok hétre, a midőn már úgy a szülőknél, mint az orvosnál a megmentett gyermeki élet fölötti örömet a teljes gondtalanság váltotta fel. A szívhüdést acut dilatatio előzi meg, mely a szívizomnak gyakran makro- vagy csak mikroskopice kimutatható elfajulásában leli kórboncztani magyarázatát. Itt ez esetben, jelentéktelen mozdulat kapcsán, egy úgynevezett korai hüdés — Frühlähmung — állott be, talán a két heveny fertőzés gyilkos szövetkezésének rombolóbb hatása alatt.

Uraim, a midőn eseteimet itt előadni bátorkodtam, tettem ezt az esetek gyakorlati dignitása miatt, s tettem azon reményben, hogy előadásom itt discussiot fog indítani, a midőn azután kiki a maga nézetét és tapasztalatait elmondandó lesz. Örülni fogok, ha ezek az enyéimmel megegyeznek, de nem kevésbé fogok örülni, ha bárki esetleges tévedéseim felől felvilágosítani szíves lesz. Kegyes türelmükért pedig fogadják őszinte köszönetemet.

TÁRCZA.

† Puschmann Tivadar.

Századunk második felében a természettudományok és az orvostan minden ágában történt rohamos haladás, a folytonosan felmerülő újabb és újabb vívmányok megismerése és gyakorlati alkalmazása, valamint a további előrehaladás utáni vágy annyira absorbeálta világszerte az orvosbúvárok munkásságát, hogy nagyon is ritkákká váltak azok, a kik tudományunk multjának kutatását és az ebből meríthető olyannyira becses tanulságok megismertetését választották hivatásuknak, és annál is kevésbbé vállalkoztak az orvosbúvárok ezen sokoldalú előkészültséget igénylő életpályára, mivel e szakma művelésével erkölcsi elismerést is csak alig, anyagi előnyöket pedig éppen nem lehet elérni. Az orvosi történelem gyér számú művelőinek egyik legkiválóbbját veszítettük el *Puschmann Tivadar* bécsi egyetemi ny. r. tanárnak és udvari tanácsosnak f. é. szeptember hó 28-án bekövetkezett elhalálozásával.

Puschmann Tivadar 1844. május 4-dikén született Löwenbergben, Sziléziában. Orvosi tanulmányait a berlini, bécsi, müncheni és marburgi egyetemeken végezte és 1869-ben Marburgban nyerte el az orvosi oklevelet. Az 1870—71-diki német-franczia hadjáratban mint katonaorvos vett részt, azután Kairóban, majd pedig Münchenben folytatott orvosi gyakorlatot. Csakhamar azonban egészen az orvosi történelem művelésének szentelte magát és ismereteinek kibővítése végett nagy utazásokat tett; beutazta Itáliát, Angliát és Franczia országot és ezen országok nagy könyvtáraiban átkutatta az ott őrzött régi orvosi műveket. 1878-ban Lipcsében egyetemi magántanárrá habilitáltatott, de már 1880-ban a bécsi egyetemre hivták meg ny. rendkivüli tanárnak, 1888-ban pedig ugyanott az orvosi történelem ny. r. tanárává neveztetett ki; az 1897/98. tanévben a bécsi orvosi facultás dékánjává választotta meg.

Puschmann Tivadar igen jelentékeny irodalmi működést fejtett ki; ő szerkesztette a *Virchow* és *Hirsch*-féle „Jahresberichte"-ben a történelmi rovatot, valamint a „Jahresberichte für die classische Alterthumwissenschaft" orvosi részét. Nagyobb művei közül kiemelendők: 1. *Alexander* von Tralles, (1879, két kötet); a műben a trallesi *Alexandros* munkáit eredeti görög szövegben és német fordításban közölte kimerítő magyarázatok kiséretében. 2. Die Medizin in Wien während der letzten 100 Jahre (1884). 3. Fragmente aus *Philomenes* und *Philagrius* (1886). 4. Geschichte des medizinischen Unterrichtes (1889); e müve angolra is lefordittatott. Az utolsó két évben állandóan betegeskedett és szeptember 28-dikán d. e. bekövetkezett halála súlyos szenvedésektől váltotta meg. *Puschmann* egész életében a halottégetés kötelezővé tétele mellett harczolt és holtteste az ő kivánságára a góthai crematoriumba fog szállittatni elhamvasztás czéljából. Nejétől elváltan élt, gyermeke nem volt és vagyonának legnagyobb részét, valamint igen értékes könyvtárát a bécsi facultásnak hagyományozta. *Puschmann Tivadar* tehát nemcsak egész életpályáját szentelte idealis módon szakmája művelésének, hanem úgy intézkedett, hogy halála után vagyonát is az orvostan művelésének czéljaira fordítsák. Jeles tudós, lelkiismeretes búvár, jóakaró tanár, derék férfiú volt; valóban megérdemelte, hogy emlékezetét az orvosi tudomány művelői mindig és mindenütt tiszteletben tartsák.

Tihanyi Mór dr.

Az elmebetegség veszedelme és az ellene való védekezés.

(Folytatás.)

De rendelkezik a természet még egy másik correctivummal is, a melynek segitségével a túlságos és fölösleges pusztulást megakadályozza és az előbb emlitett folyamatot enyhiti és megrövidíti, és ez az emberiségnek önfentartási ösztöne, a mely többek között a betegségek elleni védekezésben is nyilvánul.

Küzdelemteljes multja van az emberiségnek e téren is. Himlő, cholera, pestis és még sok egyéb járványszerű betegség ismételve megremegtette az emberek millióit, de a haladó orvosi tudomány, különösen a hygienia letompitotta az ezen betegségek által alkotott veszedelmi élét. Napjainkban pedig egy époly intensiv, mint extensiv küzdelem folyik a tüdővész ellen és remélhető, hogy az, részben a sanatoriumok útján is, de még inkább más úton a kivánt eredményre fog vezetni.

A harcz itt annál indokoltabb, a kedvező eredmény annál kivánatosabb, mert mig az előbb emlitett betegségek csak a meglevő emberanyagot tizedelték meg, addig a tuberculosis csirájában már a jövendő generatiot is megtámadja.

És ugyanez áll a *syphilisre*, a melynek kárhozatos természetét mind jobban és jobban felismerjük; nevezetesen felismertük benne egy fontos aetiologiai tényezőjét több ideg- és elmebetegségnek, úgy hogy felemlitésével megjelöltük egyszersmind egyik pontját ama területnek, a melyről az elmebetegségek elleni védekezést megindithatjuk.

Miként *Erb* a tabesre nézve már régebben a syphilist állitotta oda mint kizárólagos aetiologiai momentumot, úgy újabban a tabessel rokon paralysisnek is egyedüli okát abban keresik, úgy hogy pl. *Möbius*

a tabest és paralysist direkt a „metasyphilis“ elnevezése alá foglalja. Bár nézetem szerint ezen betegségeket így egyszerűen a luetikus infecto következményének tekinteni nem lehet, a tényt el kell ismerni, hogy a terjedő hűdéses elmezavarban szenvedők anamnesisében a syphilis feltünően gyakran szerepel, úgy hogy azt puszta véletlennek nem tekinthetjük, hanem a kettő között egy bensőbb összefüggést kell feltételeznünk. De a syphilis nyomán még más elmebántalmak is szoktak fellépni, a melyeknek tünetcsoportja tüzetesen még körülirva nincs és csak a dementiát mutatja ki, mint kimagasló és permanens tünetet; tudjuk továbbá, hogy a neurasthenia különböző formái is meglepik gyakran azokat, a kik luesben szenvedtek.

Ha már most tekintetbe veszszük, hogy egyedül a paralytikusok legalább az intézeti elmebetegeknek körülbelül 20%-át teszik ki, úgy mondhatjuk, hogy a syphilis prophylaxisa némi részben egyúttal az elmebetegségek prophylaxisát is képezi.

Hasonló, de még sokkal nagyobb jelentőséggel bir, ha síkra szállunk az *alkoholismus* ellen. Igaz, hogy ez nehéz vállalkozás, mert nemcsak mélyen megrögzött szokásokkal, hanem az állami jövedék érdekeivel is szemben találjuk magunkat, de ha tekintetbe veszszük azokat az óriási károkat, a melyeket az alkohol emberben és vagyonban egyaránt tesz, úgy ettől a collisiotól visszariadnunk nem szabad.

Nem lehet czélom és feladatom, hogy az alkoholismusnak káros hatását nemzetgazdasági szempontból fejtegessem, de az idő rövidségénél fogva nem mehetek bele a szeszmérgezés következményeinek egészségi szempontból való részletezésébe sem. Be kell érnem azzal, hogy csak reámutassak egy-két tényre, a mely az alkoholismus és az elmebetegség közötti szoros viszonyt éles világitásba helyezi.

A megfigyeléssel párosult tapasztalat kimutatta, hogy alkoholisták gyermekei az elfajulás legsúlyosabb jeleit mutatják és különösen gyakran epilepsiában szenvednek. *Demme*[1] 12 év folyamán megvizsgálta két csoportba osztott 10—10 családnak gyermekeit. Az egyik csoportban a szülők iszákosak voltak, a másikban józan életűek. Az iszákosak csoportjából 57 gyermek származott; ezek közül 10, tehát 17·5% normalis volt, a többi különféle fejlődési hibában, továbbá choreában, epilepsiában, idiotismusban szenvedett; 25 gyermek már életének első hónapjaiban halt meg. A józan életű családokban 61 gyermek volt: ezek közül csak 5 halt meg, 2 fejlődési hibát mutatott és 4 szenvedett később idegbetegségben, de a többi 50, vagyis 81·9% volt és maradt egészséges.

Egy további tény, hogy a bűntettes elmebetegek igen nagy része és pedig épen az, a mely a legsúlyosabb bűntetteket követi el, epileptikusok mellett alkoholistákból áll; nemkülönben látjuk, hogy az iszákosság sietteti a paralysis kitörését, sőt egymagában is képes a paralysishez hasonló tünetcsoportokat előidézni. Ha hozzáveszszük még az ellenőrzés alatt nem álló, de közbiztonsági és közegészségi szempontból egyaránt veszedelmes számtalan esetét a kóros részegségnek és delirium tremensnek, úgy érhetővé válik előttünk az az irtó háború, a melyet a nyugaton az alkoholismus ellen folytatnak.

Minél nagyobb buzgósággal folytatják a háborút, annál jobb, mert véleményem szerint a kérdésnek egy egészen különleges, socialis jelentősége is van.

Az alkoholismus leginkább abban a társadalmi osztályban van elterjedve, a mely a socialismus eszméitől áthatva, nem akar már pusztán eszköz lenni a felette álló osztályok kezében, hanem abbeli jogát kivánja érvényesiteni, hogy a társadalom szellemi és anyagi javaiból az őt megillető részt kivegye. Physikai erejének egész súlyával ad nyomatékot ezen népbiologiai okokból eredő és azért természetes és jogos követelésnek és kétségtelen, hogy belátható időben annak érvényt is fog szerezni.

Epstein László dr.,
a budapest-angyalföldi m. kir. állami elmegyógyintézet főorvosa.
(Folytatása következik.)

[1] Ezzel a tapasztalattal összhangban áll az a tény, hogy a zsidóknál, a kik között az alkoholismus csak kivételesen fordul elő, aránylag ritka az epilepsia.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Dr. **R. Laudenheimer: Die Schwefelkohlenstoff-Vergiftung der Gummi-Arbeiter unter besonderer Berücksichtigung der psychischen und nervösen Störungen und der Gewerbehygiene.** Leipzig. Veit und Co. 8 márka.

A szénkéneg, a CS_2 újabban az iparban igen elterjedten használtatik, úgy a kaucsuk- és gummi-czikkek előállításánál, mint a vegyi iparban az olajok és zsirok kimosásánál. Ezen a szervezetre igen veszélyes folyadéknak nagyobb mennyiségben való belégzése nemcsak heveny mérgezésekre, ú. n. ipari balesetekre vezethet, hanem páráinak hosszú időn át való beszivása idült bántalomhoz, a gummi-munkások ipari megbetegedéséhez vezethet. Ezen baj okozója a CS_2 ép úgy, mint az ólom az ólommegbetegedésé vagy a phosphor a gyufagyártók megbetegedéséé. A szénkéneg-megbetegedés kérdésével Franciaországban Delpéche, azaz 1850 óta állandóan foglalkoznak, mégis közel egy félszázad kellett hozzá, mig e megbetegedés minden tünetét felismerték s azt összegyüjtötték oly alakban, mint azt ezen 200 oldalra terjedő alapos tanulmányban találjuk. E monographiában felsorolt állatkisérletek világosan igazolják, hogy a szénkénegnek akár egyhuzamban, akár időszakonként és különböző százalékokban való belégzése az állatoknál az emberekkel ugyan nem teljesen megegyező, hanem ahhoz hasonló tünetcsoportot mutat, ú. m. 1. helybeli izgalmi tüneteket, nyákhártyahurutot, hányást s salivatiot; 2. vérbeli elváltozásokat s pedig methaemoglobinképződést, poikilocytosist, vértestecsek szétesését; 3. idegizgalmi tüneteket s hűdési jelenségeket. A szénkéneggel dolgozó munkásoknál fellépnek idővel általános somatikus elváltozások, mint a köthártya, a garat s hörgök lobja, mandola-duzzanat, az orron acne rosacea, az emésztő-szervek részéről változások, vérszegénység, arythmia, nemi képesség csökkenése. Mind e tüneteknél azonban sokkal szembeötlőbbek s súlyosabbak az idegrendszer részéről mutatkozó különböző jelenségek, ú. m. fejfájás, szédülés, végtagok bágyadtsága, a láták merevsége, az nyelv alatti és arcz idegbénulása, az idegreflexek felfüggesztése, hólyagzavarok, körülirt érzési elváltozások, izom- s ideghűdések, izomsorvadás s ataxia.

Mig e tünetek magyarázatát szervi idegmegbetegedésben találhatjuk, addig egy nagyobb csoportot functionalis zavaroknak kell tekinteni. A szokatlan s érdekes psychikus jelek közül kiemelendő a szénkénegmámor, „ivresse sulfocarbonée“, mely ép úgy, mint az ilynemű állapot alkohollal visszaélt egyéneknél, izgalmi s másoknál deprimáló tulajdonságokat mutat, egyeseknél jókedv jelentkezik, másoknál kábultság és álmosság. A CS_2-nek az idegekre való behatásának kell tulajdonitani a levertséget, az emlékező tehetség csökkenését s a hűdéseket. A neurosisokról s a psychosisokról szóló részletes s beható kórtörténetek egyenként s összesen igazolják, hogy a szénkénegről boncztanilag s klinikailag be van bizonyitva, hogy ez súlyos agyi méreg. Ezen az agy s a gerinczagy, valamint az idegek velőállományát roncsoló hatásnak tudhatók be ama kóresetek, melyekből csakis a központi idegrendszer elváltozására lehet következtetni. A szénkéneg-mérgezés által előidézett esetek egy része súlyos psychosis képét nyújtja, melynél a rövid mérgezés által előidézett prodromal-stadium után beáll a heveny hallucinatorikus elmezavar, melyet a stuporosus vagy depressiv állapot követ, mely vagy javulásba megy át vagy pedig elbutuláshoz vezet. Ugy ezen, mint a többi igen kimeritő 42 kórtörténetben s azok világos epikrisiseiben magyarázva találjuk az egyes tüneteket s tünetcsoportokat; azon törekvés mutatkozik majdnem minden kóreset leirásánál: megértetni az olvasóval, hogy a szénkéneggel való foglalkozás s az alkalmilag nyilvánuló megbetegedés nem véletlen összetalálkozás, hogy a szénkéneg nem a Charcot által agent provocateur-nek nevezett, a betegséget kiváltó, indító ok, hanem hogy ezen mélyreható megbetegedés egy ipari megbetegedés sui generis, melynek aetiologikus momentuma a szénkéneg. A szénkéneggel foglalkozóknál tulajdonképeni megszokás nincs, mert azon munkásoknál, kik 8—14 napi megszakitás után ismét munkához látnak, újból jelentkezik a mérgezés tünetcsoportja.

A szénkéneg-mérgezés ipari megbetegedése egyes rosszúl, azaz egészségellenesen berendezett gyárakban endemice lép fel s ennek kikerülése végett saját kutatásai nyomán következő óvórendszabályokat javasolja: 1. a munkatermeknek gőzerővel hajtott exhaustorral való kiszellőztetése s a CS_2-gőzöknek a keletkezés s fejlődés szinhelyén való kiszivása; 2. a vulkanizálással foglalkozók számára maximalis munkaidő megállapitása s pedig 2 óra délelőtt s 2 óra délután; 3. fiatal munkások kitiltása a veszélyes vulkanizálástól s az újonnan belépetteknek kéthetenkint orvosi felülvizsgálata. A könyvhöz két tábla van mellékelve, mely annak rajzát tartalmazza, mikép lehet vulkanizálni a nélkül, hogy a CS_2 olyannyira mérgezővé váljék az illetőkre.

Mindazon orvosoknak, kik iparokozta ilynemű megbetegedésről nem olvastak, de különösen az idegorvosoknak figyelmébe ajánljuk ezen Curschmann lipcsei klinikájáról kikerült szakavatott s beható tanulmányt. *Friedrich.*

Összefoglaló szemle.

A cystoskop alkalmazásának jelen állásáról a sebészetben. Ismerteti: **Illyés Géza** dr., tanársegéd az egyetemi I. számú sebkórodán.

Irodalom: Prof. *Zuelzer* und F. M. *Oberländer*: Klinisches Handbuch der Harn- u. Sexual-Organe. 1894. III. *Nitze*: Lehrbuch der Cystoskopie. *Albarran*: Ein neues Uretercystoskop und dessen Anwendung. Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexual-Organe. Band VIII. *Nitze:* Die intravesicale Operation der Blasengeschwülste. Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexual-Organe. Band VII. *Kelly*: The catheterisation of the ureters in the male trough an open cystoskope with the bladder distended with air by posture. Virchow: Jahresbericht. XXXIII. Jahrgang II. Band II. Theil. *Guyon*: Die Krankheiten der Harnwege. III. 1899. *E. Chevalier:* Chirurgie des voies urinaires. 1899. *König*: Lehrbuch der speciellen Chirurgie. 1899. II. *Güterbock:* Steine und Fremdkörper der Harnblase und Harnröhre. Chirurgische Krankheiten der Harnleiter. 1894. *H. Lohnstein*: Zur Technik der Cystoskopie. Deutsche medicinische Wochenschrift 1895. *L. Casper*: Der Katheterismus der Uretern. Deutsche medicinische Wochenschrift 1895. *L. Casper*: Therapeutische Erfahrungen über Ureterkatheterismus. Berliner klinische Wochenschrift 1899., Nr. 2. Prof. *F. Israel*: Was leistet der Ureterkatheterismus der Nierenchirurgie. Berliner klinische Wochenschrift 1899., Nr. 2. *Th. Landau*: Der Harnleiterkatheterismus in der Gynäkologie. Berliner klinische Wochenschrift 1899., Nr. 2. *G. Kolischer*: Der Katheterismus der Uretern beim Weibe. Wiener klinische Wochenschrift 1896. *O. Zuckerkandl:* Über die Verwendung des Brenner'schen Cystoskopes zur Sondirung der Harnleiter am Manne. Wiener klinische Wochenschrift 1897. *Nitze*: Kystophotographischer Atlas. 1894. *Löwen-*

hardt: Über einige Hilfsmittel bei Litholapaxie. Centralblatt für Chirurgie 1899., Nr. 27.

* * *

A hólyagvizsgálati módszerek egyik legtökéletesebbike a cystoskopia, a mely a hólyag belsejének közvetlen megvilágításából és megvizsgálásából áll.

Ezen czélból *Desormeaux* egyenes csövet vitt be a hólyagba s ezen át reflektált fény mellett vizsgált. *Bruck* pedig a végbélbe vezetett erős fényforrással a hólyagot diaphanoskopikusan megvilágította s egy egyenes csövön keresztül vizsgálta.

Ezen eszközöknél sokkal tökéletesebb a *Nitze* által szerkesztett cystoskop, a melynél a fényforrás magában a hólyagban van, a megvilágítás tehát tökéletes, azután a látótér bizonyos optikai készülékkel jelentékenyen meg van nagyobbítva.

Az eszköz catheter-alakú, rövid orrmánynyal, hol a fényforrás egy villanyos mignon-lámpa alakjában van alkalmazva.

Az optikai rész a cső belsejében van s áll egy prismából, a melynek egyik befogója tükörfelület lévén, a ráeső képeket derékszög alatt megtöri, és egy lencsesorozatból, a melyen át egyenes és távolság szerint változó nagyságú kép látható. Ha a prisma szabad felülete 3 cm. távolságban van a vizsgálandó tárgytól, akkor azt körülbelül normalis nagyságúnak látjuk; ennél nagyobb távolságnál az áttekinthető felület nagyobb, de a részletek kisebbek, míg kisebb távolságnál a felület, a mit látunk, kisebb, de a részletek nagyobbak a normalisnál; a cystoskop különben úgy mutat, hogy a mi balról látszik, az tényleg balról van, a mi jobbról látszik, az jobbról van; de ha a tárgy vizszintes s a cystoskop vele párhuzamosan áll, akkor az függőlegesnek, míg ha 45° szögben áll a tárgyhoz, akkor vizszintesnek látszik.

Épen ezért, ha a vizsgálandó képlet egyes részei a prismától különböző távolságban és irányban vannak beállitva, akkor olyan képeket kapunk, a melyek a természetes állapotnak nem felelnek meg tökéletesen s ezt a megitélésnél számba kell vennünk. A cystoskop ocularis végén levő gomb jelzi a prisma állását.

Helyszűke miatt csak megemlitem, hogy vannak cystoskopok, a melyek a *Nitze*-félétől egy s más részletben eltérők, lényeges szerkezetük azonban ugyanaz. Ilyenek a *Berkeley*, *Hill* és *Harrison* által szerkesztett irrigatios cystoskopok.

Ilyen továbbá a *Whitehead*-féle cystoskop, melynek kalibere 40 Charriére, s a melyet egy boutonnière sebén keresztül kell bevezetni; a *Boisseau du Rocher*-féle megaloskop, a hol külön van a catheter és az optikai rész, a látótér állitólag nagyobb, de az eszköz komplikált és nehéz; a *Leiter*-féle cystoskop Hurry Fenwick-féle módositással stb.

A villanyáramot, ha nincs más forrásunk, legczélszerűbb accumulatorokból venni, a honnan izolált vezető sodronynyal viszszük a cystoskophoz, a hol egy szánkakészülék segélyével megindítható és megszakitható.

A cystoskopozás technikáját illetőleg megjegyzendő, hogy három feltétel szükséges annak sikeres keresztülviteléhez. I. A húgycső kellő tágas volta. II. A hólyag bizonyos capacitása. III. A hólyagot kitöltő folyadék átlátszósága.

I. A rendesen alkalmazni szokott cystoskop 23 Charrière, előnyös azonban, ha a húgycső a 24—26 sondának is átjárható, különben a cystoskop bevezetése fájdalmas, esetleg kis berepedések keletkeznek a húgycsőben, a melyekből eredő vér bepiszkitja az eszköz prismáját, esetleg a lámpát is. Ezen bepiszkitást lemosandó, szerkesztette *Nitze* irrigatios cystoskopját, hol az eszközön végig futó kis csatorna a prisma előtt nyilik úgy, hogy a rátapadó vér vagy nyák ezen csatornácskán végig eresztett vizsugárral könnyen lemosható; ezen eszközön még egy másik csatorna is fut végig, a melyen át a hólyag is kimosható.

Ha a húgycső tágsága nem tesz ki 24—25 Charrière-t, akkor vagy vékonyabb eszközt használunk, vagy pedig a húgycsövet kitágitjuk. Fejletlen húgycsőnél, szűkületeknél vagy prostata túltengések bizonyos eseteiben a cystoskopizálás tehát nem végezhető.

Löwenhardt ir le egy esetet, a hol a symphysis feletti punctio sebének kitágitásával czélt ért, mert ezen át cystoskopizált, majd a kórismézett követ elzúzta; az eljárást elnevezte cystoskopia suprapubicá-nak.

II. Hogy a hólyagot jól áttekinthessük, annyira kell megtölteni, hogy ránczai elsimuljanak s az eszközt benne szabadon mozgathassuk; ehhez körülbelül 150 kcm. folyadék szükséges, lehet azonban még 80 gramm folyadék mellett is vizsgálni. Ha a hólyag capacitása kicsi, mert a hólyag nagyon ingerlékeny, akkor czélszerű a húgycsövet és hólyagot érzésteleniteni; a cocain veszélyes, mert a húgycsőből meg a kóros hólyagból felszivódhatik s mérgezést hozhat létre, mint a hogyan *Nitzenek* egy esetében halálosan végződött; czélszerűbb a helyett a kevésbbé veszélyes eucaint használni, melynek 2% oldatából 30 kcm.-t fecskendezünk be a húgycsövön keresztül a hólyagba.

Bizonyos fogásokkal többnyire sikerül a hólyagot kellőleg megtölteni, kivévén azon ritkább eseteket, hol csak chloroform-narcosisban vagy még úgy sem lehet vizsgálatot végezni.

III. A hólyagot kitisztitjuk az által, hogy tiszta bór-oldattal fecskendő segélyével többszörösen kiöblitjük s azután megtöltjük.

Ritkán fordul elő nagyobb vérzés, a mely a hólyagot kitöltő folyadékot olyan gyorsan átlátszatlanná teszi, hogy a vizsgálat e miatt nem végezhető.

A vizsgálandó beteget úgy helyezzük el, hogy medenczéje az asztal szélén feküdjék s czombjait szétvesse.

Érzéstelenitni legtöbb esetben nem is szükséges, mert kiméletes bánás mellett a betegnek alig vannak fájdalmai; érzékenyebb egyénnél 2% eucainnal érzéstelenitünk. A hólyagot Nelaton-catheteren át addig mossuk, míg a kijövő folyadék egészen tiszta, midőn megtöltjük azt.

Az eszköz bevezetése előtt meggyőződünk arról, vajjon jól működik-e, t. i. elég intensiv-e a fény, tiszták-e a lencsék, meg a prisma. Most a 4% carbol-oldattal sterilizált eszközt glycerinnel teszszük sikamlóssá, a mely hygroskopicus lévén, a hólyagban levő vizzel azonnal keveredik, s tisztaságát nem befolyásolja.

A hólyagban levő cystoskoppal háromféle mozgást végezhetünk; forgathatjuk jobbra-balra, tengelye körül emelhetjük és sülyeszthetjük s ki-behúzhatjuk. Ezen háromféle mozgatás combinálásával 45° szeletekben rendszeresen áttekinthetjük az egész hólyagot.

A látottak helyes értelmezésénél figyelembe kell vennünk azt, hogy bizonyos értelemben fordított, vagyis tükörképeket kapunk, a melyeknek alakja s nagysága a cystoskop helyzete szerint változik.

Normalis hólyagnál a nyálkahártya világos-sárgás rózsaszinű, finom elágazó véredényhálózattal. A vivőereket arról ismerhetjük meg, hogy azok nem oszlanak el látható finom hajszáledényágakra, mint a verőerek, hanem hirtelen tünnek el.

Ha az orrmányával felfelé irányzott eszközt visszahúzzuk, a látótér alsó részén finom, vörösen áttünő függöny alakjában megjelenik az orificium urethrae internum.

Lefelé fordítva az eszköz orrmányát, láthatjuk a trigonumot, melynek nyálkahártyája sima s a melynek felső részén az eszköz előretolásánál némely egyénnél egy jól kifejezett ránczot, a ligamentum interuretericumot láthatjuk. Ezen ligamentum tájékozásul szolgál az ureternyilások beállitásánál is, a mennyiben az eszköznek 45° alatt jobbra vagy balra fordításánál a ligamentum végein megtalálhatjuk az egyénenként változó alakú ureternyilásokat, a melyekből időnként azoknak bizonyos mozgása mellett vizelet ürül, melynek áramlását a hólyagban szemlélhetjük.

Némelykor a hólyag oldalsó falai erősen pulzálnak, a mely pulsatio közlött s az arteria iliaca externatól ered.

A cystoskopicus vizsgálat nagy fontossággal bir a következő kóresetekben:

Hólyagdaganatoknál, a melyek néha hosszú időn keresztül tünetek nélkül maradnak. A cystoskop az egyedüli eszköz, a melylyel biztosan megállapithatjuk a daganat jelenlétét, annak székhelyét, nagyságát, alakját, hogy kocsányos-e vagy sem, a mi műtét szempontjából fontos, esetleg közelebbi tulajdonságait is, mindezeket igen korai stadiumban. A vizsgálatot óvatosan kell végezni, mert sokszor a hólyag capacitása kicsi, azután a könnyen beálló vérzés is zavarhat működésünkben. Nagy daganatokat cystoskop nélkül is kórismézhetünk, söt itt a cystoskop ártalmas lehet, a mennyiben a meglevő hurutos állapotot fokozza s könnyen vérzést idéz elő. (Folytatása következik.)

Lapszemle.

A hasi hagymáz vízkezeléséhez. A mily előnyös a hydrotherapia typhusnál, annyira szükséges óvakodnunk esetleges túlzásoktól. Sem a nagyon gyakori fürdetés, sem a túlalacsony temperaturák alkalmazása nem jogosult. A hideg erős ideginger, a gyakran ismételve beható intensiv ingerlés természetesen az idegrendszer kimerülését vonja maga után. Egy betegnél, a ki 48 óra alatt 24 fürdöt kapott, súlyos ideges jelenségek mutatkoztak (izgatottság, subsultus tendinum, stb.) s a hőmérséklet a fürdők túlszapora adása mellett aránylag mind kevésbbé volt leszoritható, a mit a nagyon is gyakori erős ingerbefolyás hatásából a hőképző szervekre magyarázhatunk meg. A *Winternitz* iskolája ezért *29—30°* C. hőmérsékű fürdőkkel *kezdi* a typhus-eset kezelését s csak lassankint száll lejebb *21°* C.-ig. Alacsonyabb hőmérsékleteket csak nagyobb depressiot mutató betegeknél vesz igénybe átmenetileg. A fürdő 5—10—15 perczig tartó félfürdő. A mikor a hőszárnyalás tartósan igen magas, akkor, hogy a nagy idegingert adó (mert az egész bőrfelszint érintő) fürdők számát csökkenthessék, kombinálják az eljárást közbeiktatott partialis beavatkozásokkal, legjobban *hideg törzsborítások* útján. A fürdő, a nagy stimulans, megismétlésére ne is annyira a hőmenet, mint inkább a *dicrot pulsus* előállása és a központi *idegrendszer depressios* tüneteinek megjelenése legyen irányadó. Hisz az úgynevezett apyretikus typhus esetén is, ha komoly vérkeringésbeli és idegrendszeri symptomák merülnek fel, csak olyan hasznos és szükséges a fürdő, mint a temperatura legmagasabb röpte idején! *(Strasser*, Bl. für klin. Hydrotherapie, 1899. Nr. 2.) *Kuthy.*

Uj sanatorium nyilt meg módosabb tüdővészesek számára Franczia-ország Loiret départementjában, *Meung-sur-Loire* mellett. (Gazette des Eaux, 1899. augusztus 31.) *Kuthy.*

A gonorrhoikus epididymitis kezelése salicylkészítményekkel. A salicylkészítmények értéke gonorrhoikus megbetegedéseknél (monoarthritis, epididymitis) még vitás; míg a szakférfiak legnagyobb része tagadja, addig egyesek sikereket értek el belső használatakor (Kopp, Henderson, Picot). Külsőleg Cariot kisérelte meg, e czélra a methyl salicylat (salicylsavas methylester, oleum gaultheriae arteficiale. Ref.) olajos keverékét használta; eredményei oly kedvezők voltak, hogy e szernek kezdődő mellékhereloboknál direkt abortiv hatást tulajdonitott. E közleményen indulva használta *Bettmann* is Erb heidelbergi klinikáján; 1 rész methylsalicylat és 2 rész oleum olivarum keverékéből 6—8 cseppet közönséges (nem zsirtalanitott) gyapotra csepegtetve, a borékot e gyapottal beburkolta, erre valamely vizhatlan szövet (guttaperchapapir, Billroth-battist) és egy vattával kipárnázott jól záró suspensorium jött. A kötést reggel és este változtatták. A szer igy alkalmazva semmi kóros izgalmat nem idéz elő, az olaj a felszivódást elősegiti, a mennyiben néhány órával utóbb a vizelet salicyl reactiot adott. Ha a bántalom objectiv lefolyásában nem is volt befolyásolható, egy igen jelentős eredmény biztosan elérhető:

fájdalom azonnali alábbhagyása és igen rövid időn belül bekövetkező teljes elmulása, miáltal a betegek koraibb ambulans kezelése válik lehetségessé. (*Münch. med. Woch. 1899, 38. szám.*) —*y.*

Basedow-kóros betegeket *Tchiriev* kiewi tanár következőképen orvosol. Naponkint vagy másodnaponkint este beecseteli a nyak mellső és oldalsó részét jodtincturával; éjjel a nyakra Priessnitz-borogatást kap a beteg; minden második napon a glandula thyreoidea erősen faradizáltatik. Belsőleg jodkaliumot és jodnatriumot kap a beteg, az utóbbiból 3-szor annyit, mint az előbbiből; a beveendő jodűrök napi mennyisége 0·75—1·5 gm. három részre elosztva. Ezenkivül brom-sókat is rendel, a tachycardia ellen pedig tinctura convallariae-t. Minden este 15—20 perczig tartó 35°-os fürdőt vesz a beteg. A táplálékot illetőleg az ú. n. fekete húsokat eltiltja, úgyszintén az alkoholt, a kávét és a theát. A vaskészitmények szerinte ártalmasak, jó szolgálatot tehet azonban a solutio arsenicalis Fowleri 2—7 cseppnyi adagban minden étkezés előtt. (La sem. méd. 1899. 2. sz.) —*n.*

Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1899. szept. hó 17-dikétől 1899. szeptember hó 23-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 455 gyermek, elhalt 200 személy, a születések tehát 255 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2357 beteg, szaporodás 777, csökkenés 828 maradt e héten végén ápolás alatt 2306. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup —, roncsoló toroklob 2, hökhurut 2, kanyaró 1, vörheny 13, himlő —, typhus abdominalis —, gyermekágyi láz —, influenza —, egyéb ragályos betegségek 1, agykérlob 9, agyvérömleny 4, rángások 5, szervi szívbaj 9, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 26, tüdőgümő és sorvadás 26, bélhurut és béllob 8, carcinomata et neoplasmata alia 9, méhrák 3, Bright-kór és veselob 7, angolkór —, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 9, aszkór, aszály és sorvadás 3, aggkór 9, erőszakos haláleset 6. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1899. szeptember 24-dikétől szeptember 30-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 11 (meghalt 1), himlőben —, (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 13 (meghalt —), vörhenyben 63 (meghalt 11), kanyaróban 22 (meghalt 3), roncsoló toroklobban és torokgyikban 12 (meghalt 1) trachomában 8, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 15 (meghalt 1), orbánczban 23 (meghalt —), gyermekágyi lázban 1 (meghalt —).

△ **Egyetemi alkalmaztatást** nyertek a budapesti orvostudományi tanári kar f. é. október 3-diki I. sz. ülésében: *Ritoók Zsigmond* dr. az I. sz. belgyógyászati kórodához I., *Guzmann József* dr. az I. boncztani tanszékhez I. tanársegédekül; *Kovács József* dr. az I. a belgyógyászati kórodához II-dik, *Csiky János* dr. a II. szülő- és nőbeteg-kórodához II., *Farkas Ignácz* dr. az I. boncztani tanszékhez II. tanársegédekül választattak. *Leitner Vilmos* dr. díjazott gyakornok a szemkórodán, *Kollarits Jenő* dr. díjazott gyakornok a II. belgyógyászati kórodán, *Tóth Zsigmond* dr. díjazott gyakornok a II. boncztani intézetnél állásukban egy további évre meghagyattak. *Láng Kornél* dr. a II. belklinikához, *Gabler Lajos* dr. a szemkórodához, *Madzsár József* dr. a fogászati tanszékhez, *Marikovszky György* dr. az általános kór- és gyógytani tanszékhez, *Kerntler Jenő* szigorló orvos a gyógyszertani tanszékhez, *Seligmann Hugó* dr. az I. boncztani tanszékhez, *Lükő Géza* V. éves orvostanhallgató az élet- és kórvegytani tanszékhez díjazott gyakornokokká megválasztattak; *Farkas Miksa* dr. az I. belgyógyászati kórodához, *Barlay János* dr. a szem-kórodához, *Tornai József* dr., *Torday Árpád* dr., *Psor Ferencz* dr., *Türk Szilárd* dr. és *Hurzman Orbán* dr. a II. belgyógyászati kórodához, *Reusz Frigyes* dr. az ideg- és elmegyógyászati intézethez, *Siklós Ármin* dr. és *Kugel Mór* szigorló orvos a II. kórboncztani intézethez, *Schreiber Vilmos* szigorló orvos és *Lutter Károly* V. éves orvostanhallgató a gyógyszertani intézethez, *Mészáros Béla* szigorló orvos, *Scholbe Károly* és kiskéri *Tóth Jenő* V. éves orvostanhallgatók a II. boncztani tanszékhez díjazatlan gyakornokokul alkalmaztattak. Továbbá díjazott demonstratornak megválasztatott az I. boncztani intézethez *Plesch János* V. éves orvostanhallgató, a II. boncztani intézethez *Hammer Dezső* szigorló orvos, a II. kórboncztani intézethez *Ziffer Hugó* és *Fleischmann László* V. éves orvostanhallgató és az élettani intézethez *Derencsay Rezső* és *Bihary Jenő* IV. éves orvostanhallgató. Díjtalan demonstratorok lettek az élettani intézetnél *Dalmady Zoltán*, *Halász Aladár*, *Breitner Gyula*, *Fleischer János*, *Flesch Hermann*, *Kanitz Henrik*, *Lichtenberg Sándor*, *Lobstein Leó*, *Steiner Pál* III. éves orvostanhallgatók; ugyane minőségben nyertek alkalmazást az I. boncztani intézetnél *Benard Ágost*, *Gajzágó Tibor*, *Királyfi Géza*, *Lobmeyer Géza*, *Szirmay Kálmán*, *Kmeth Paula* II. éves orvostanhallgatók; a II. boncztani intézetnél pedig ifj. *Babarczi-Schwarzer Ottó*, *Orsós Ferencz*, *Vass Albert*, *Skoff Tibor*, *Szili Aurél*, *Stühmer Frigyes*, *Dvoraczek Antal*, *Geber János* II. éves orvostanhallgatók. Ifj. *Genersich Antal* dr. a II. sz. sebészeti intézethez díjtalan műtőnövendékké alkalmaztatott.

× **Duka Tivadar** dr. Londonban élő hazánkfiának a napokban küldötte el a budapesti egyetem orvostudományi kara az *orvosdoktori díszoklevelet*, melyet érdemeinek elismeréseül állitott ki. Ő mint 1849-diki politikai menekült az angol földön keresett és talált magának új életpályát. Az orvosi tanfolyamot ott végezte és ott kapott oklevelet, melylyel azután indiai szolgálatba lépett; később nyugdíjaztatván, Londonban telepedett le és innen hazáját időről időre meglátogatja és a Londonba látogató fiatal tudósainknak az ottani viszonyokkal való megismerkedésben szives útbaigazitója. Ő ismertette meg Semmelweissünket az angol orvosi közönséggel és ő volt, a kinek buzgalma folytán az angol orvosok a Semmelweis-emlékre tetemes összeget adakoztak. Az orvostudománykar csak helyesen cselekedett, midőn orvosi rendünknek e nestorát diszoklevelével tüntette ki.

± **Lenhossék Mihály** dr. tübingei rk. tanárt a budapesti egyetem orvoskari tanártestülete mult ülésén a Mihalkovics tanár halálával megürült I. sz. boncztani tanszékre nyilv. rendes tanárnak meghivta és ilyen módon való kinevezésre ajánlotta. Benne a megürült tanszék és az egyetem kitünő szakerőt nyer, ki méltóan fogja betölteni a helyet, melyet szegény Mihalkovicsunk idejekorán elhagyott.

⊱ **Tauszk Ferencz** dr. egyet. m. tanár kartársainak szives tudomására hozza, hogy lakása f. év október 1-től *Andrássy-út 46. sz.* alatt van.

⊙ Ifj. **Klug Nándor** dr.-t az orvoskari tanártestület a Bene-féle utaztató ösztöndijjal adományozta meg. Klug dr. az orr- és fülbajok sebészetéből szándékozik a külföldön behatóbb tanulmányokat tenni.

⊱ **A német egyetemeken** 2284 külföldi rendes hallgató tanul, ezek között 477 az orvosi fakultásokon. A kimutatásból nem állapitható meg a magyarok száma, mert a kimutatásokban sajnos az osztrákokkal együtt szerepelnek (valamennyi facultáson összesen 447).

⊠ **Az egyetemek magántanárainak** jogi helyzetét *Arndt* hallei rendes tanár és titkos tanácsos tarthatatlannak mondja és azt sürgeti, hogy az államhivatalnoki jelleget megkapják, mivel annak minden kötelességét teljesitik, a nélkül, hogy jogait élveznék,

⓵ **A német egyetemek rendes tanárai** közül 22% hetenkint 2—6 órát ad elő; 52% 7—12 órát; 15% 13—18 órát; 2% 19—30; 6% 31—60 órát és 2% 60 óránál többet! Természetesen a rendes tanároknak segédeik is segédkeznek. A rendkivüli tanárok 60%-a hetenkint 2—6 órát tanit, a magántanárok közül pedig 82% ugyanennyit.

⊙ **A téli sanatorium Új-Tátrafüreden**, mely Davos-Görbersdorfi mintára, a hygiene minden kellékeivel lett ellátva és teljes kényelemmel újonnan berendezve, a szepesi orvos-gyógyszerész-egylet tagjai s a szepesi orvosok élénk részvéte mellett október 1-jén lett újból megnyitva s a közhasználatnak átadva.

✳ **A Kézmárszky-féle szülészeti poliklinika** segélyét szeptember hóban 43 esetben 27 műtéttel vették igénybe. Az esetek folyó száma 537.

= **Megjelent.** *Nagy Képes Világtörténet* 39. füzete: Tartalma Nagy Sándor korának leirása. Ára 30 kr. — *Tellyesniczky Kálmán* dr. boncztani adjunctus: *Művészeti bonczolástan*, az emberi test formáinak ismertetése művészek és a művészet iránt érdeklődők számára; számos eredeti fametszettel és színnyomatos táblával. I. füzet. Ára: 2 korona. Budapest. Az Eggenberger-féle könyvkiadó bizománya. — Budapest székes főváros közkórházainak évkönyve. 1898. Közrebocsátja a szt. Rókus-közkórház igazgatósága. Budapest, 1899.

—r. Elhalálozott orvos összes műszerei és gyönyörű könyvtára olcsón eladó, czim: Dembicz Mátyás dr., Kerepesi-út 10, I. em. 2.

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.)

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.

Szt. Lukács-fürdő
téli és nyári gyógyhely
= **Budapest.** =
Rheuma, köszvény, neuralgiák, ischias stb. ellen. **Nagy kénes iszapfürdő.** Iszapbegöngyölések és külön fürdők. Kö-, kád- és gőzfürdők és uszodák. Kitünő szállodák. Vendéglő saját üzemben. Olcsó árak. A fürdő orvosa: Dr. Bosányi Béla kir. tanácsos. Prospectust küld ingyen
az igazgatóság.

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.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Erdélyi muzeum-egylet. 503. l. — A szabadkai vándorgyülés belgyógyászati szakosztálya. 504. l. — Stomatologusok (fogorvosok) országos egyesülete. (III. köz- és nagygyülés 1899. szeptember 22—23-dikán.) 504. l. — Budapesti poliklinikai egyesület. (Tudományos estély 1899. április 26-dikán.) 504. l.

Erdélyi muzeum-egylet.

(Szakülés 1899. márczius 10-dikén.)

Elnök: **Lechner Károly**; jegyző: **Genersich Gusztáv.**

Marschalkó tanár bemutat:

I. **Két lichen ruber**-esetet. A lichen ruber tanának rövid összefoglalása és saját álláspontjának kifejtése után, miközben különösen hangsúlyozza, hogy a pityriasis rubra pilarist mint egy független és önálló megbetegedést acceptálja, áttér a két eset rövid leirására. Az egyik eset egy 34 éves nőbetegnél typikus l. r. planus, aránylag friss, alig pár hetes megbetegedés. A másik 45 éves nőbetegnél egész typikus universalis lichen planus eruptio mellett a végtagokon, különösen a két alkaron egészen jellegzetes acuminatus göbcsék vannak, ez tehát a lichen ruber vegyes alakját mutatja. Érdekesen illustrálja még ezen eset, hogy a lichen rubernél a sajátképeni megbetegedés mindig a coriumból indul ki. A beteg ugyanis, a ki 2 év előtt 72 kilót nyomott, egy intercurrens betegség után oly gyorsan kezdett hízni, hogy testsúlya azóta 147 kilóra emelkedett és kórházba jövetele alkalmával még mindig 121 kilogrammot nyomott. A bőr gyors és nagymérvű kitágulásának megfelelőleg az irhaszövet számos helyen berepedt, a minek helyén most számos stria atrophica látható a bőrön; különösen a tompor táján és mindkét czomb belső oldalán ezen atrophikus csikok szabályos párhuzamos lefolyásuak a Langer-féle vonalaknak megfelelőleg és ép bőr csikokkal váltakoznak. Már most a lichen papulák csakis ez utóbbi helyeken ülnek, az előbbieken nem, és miután azok egy része már visszafejlödött, sötét sepiaszerű festenyzettséget hagyva hátra, a bőr ezen helyeken sajátságos bizarr kinézést mutat, sötét csikok váltakoznak világos fehér sávokkal.

II. Egy **rhinoscleroma** esetet. A 38 éves nőbeteg, földmives neje, Zágra, b.-naszódmegyei községből, három nap előtt jelentkezett *Marschalkó* kórodáján. Marschalkó előadja, hogy 14 év előtt bal orrnyilásában egy borsónyi fájdalmatlan daganat keletkezett, mely lassan, de folytonosan növekedve nyolcz év alatt az egész bal orrnyilást kitöltötte; három év előtt a jobb orrnyilásban is fellépett a bántalom, a mely azóta azt is majdnem teljesen kitölti, úgy hogy csak egy vékony sonda számára átjárható nyilás maradt fenn. Megtekintésnél az orr kissé szélesebb, lelapított, a bőr különben normalis, csak az orrnyilások hátsó része körül látni a felső ajak bőrén erősen kitágult véredényeket. Mindkét orrnyilás — különösen a bal — ki van töltve ama jellegző sárgásbarnás, lebenyzett daganat massák által, melyek az által tünnek ki, hogy azokon semmi nyomát a szétesésnek nem találni. Ha az orrot két ujjunkkal összenyomjuk, porczkemény, sőt elefántcsontszerű ellenállást érzünk. Ennek daczára az orrűrből kitekintő daganat korántsem kemény, egy sondával nagyon könnyen keresztül lehet bökni, miközben bő vérzés mutatkozik. Ennek oka abban rejlik, hogy a rhinosclerománál a daganat tulajdonképeni specifikus szövete igen lágy, a legfiatalabb részek majdnem kocsonyaszerűek, a daganat régibb részeiben azonban a collagen szövet hatalmas túltengést mutat, és a legrégibb részletek, a hol a specifikus elemek már tönkrementek, csaknem kizárólag ily hatalmasan túltengett rostos collagenből állanak. Ez adja meg a rhinoscleromának azt a jellegző porczkemény, de mégis ruganyos összeállását. Marschalkó annál nagyobb érdeklődéssel tekint a szövettani vizsgálat elé, mert az 1897. év őszén a szakülésnek bemutatott másik rhinoscleroma-esetet azóta szövettanilag már átdolgozta.

Ezeken kivül röviden referál *Marschalkó* a rhinoscleromára vonatkozó szövettani vizsgálatainak eredményeiről, melyek, úgy véli, elég érdekesek és a melyeket górcsövi készitmények bemutatásával támogat. Miután munkája egész terjedelmében az „Archiv für Dermatologie und Syphilis“ egyik legközelebbi számában közölve lesz, csak annak végeredményeit emliti meg. Ezek röviden összevonva a következők. A rhinoscleroma specifikus szövetelemeit a bacillusokon kivül csakis a Mikulicz-féle sejtek képezik; ezek biztosan szövetsejtek, melyek a rhinoscleroma-bacillusok behatása következtében sajátságos specifikus elfajulást szenvednek, mely nagy analogiát mutat a leprasejtekével. Kezdetben ugyanis minden egyes Mikulicz-sejtben ki lehet mutatni a jellegző rhinoscleroma-bacillusokat, circa 0·5 μ vastag és 2 μ hosszú, apró kis pálczikákat, melyek egyenként, de legtöbbnyire egy gloea-anyagba beágyazva csoportokként fekszenek a sejt protoplasmájában. Egyetlen egy Mikulicz-sejt sokszor 6—8 és még több ily gloeát tartalmaz megszámlálhatlan bacillussal. A bacillusok a gloea-anyagban bizonyos szabályos távolságra fekszenek egymástól és úgy ezeknél, mint a magányosan állóknál demonstrálni lehet, hogy azok egy tokkal vannak körülvéve. A sejtmag kezdetben jól megtartva, később szintén degenerálva tisztán kivehető. Az elfajulás későbbi stadiumában a maximumig kitágult sejt hártyája megreped és a bacillusok a gloea-anyaggal együtt kiszabadulnak; a sejt azután összetöpörödik, a kiesett gloeák helyén nagy, ovalis vagy kerek ürök maradnak vissza, végre egészen szétesik és helyét a túltengett collagen-szövet foglalja el. Kétségtelen, hogy a szabadon fekvő bacillusok egy része eredetileg a Mikulicz-sejtekben volt. A hyalinsejtek ellenben nem egyebek, mint Unna-féle plasmasejtek, a melyek lymphocyta, tehát leukocyta eredete *Marschalkó* által először kimutatva, azóta több búvár által beigazolást nyert, s a melyeknek protoplasmája sajátságos elfajulást mutat. Kezdetben ugyanis a megnagyobbodott sejt protoplasmájában apró, élesen határolt, erősen fénytörő szemcsék lépnek fel, a melyek később egymással összefolyva, nagyobb gömböket képeznek; végre a sejthártya megrepedvén, elözönlik a környi szöveteket. Ezen gömbökre, valamint az emlitett granulákra, melyekből azok keletkeznek, az előtte emlitett alaki és optikai tulajdonságokon kivül jellemző még, hogy különösen savanyú anilin színekkel igen erősen festődnek és mindenféle színtelenítési kisérletnek erélyesen ellenállanak.

Hogy azonban a hyalinsejtek egyáltalában nem képezik a rhinoscleroma specifikus elemeit, azt *Marschalkó* az által is demonstrálta, hogy már eddig is sikerült ugyanezen sejtelemeket syphilises sclerosisokban is kimutatni, valamint arról is meg van győződve, hogy azon sajátságos fénylő gömbök, a melyek eddig a legkülönbözőbb kórfolyamatoknál, különösen daganatoknál általában mint Russel-féle vagy fuchsin testecsek lőnek leirva és a melyeket különösen olasz szerzők blastomycetáknak tartanak, nem egyebek, mint ezen hyalin-gömbök, tehát sejtelfajulási termékek.

A készitmények, melyeket bemutat és melyeket nemrég a boroszlói orvosegyesületben is volt alkalma demonstrálni, valamennyien *Apáthy* tanár kitünő technikája és festési módszerei szerint készültek, a melyeket *Marschalkó*-nak *Apáthy* laboratoriumában elsajátitani alkalma volt, miért is *Marschalkó* neki nagy hálával tartozik, mert az ő festési módszerei tényleg oly instructiv és szép képeket adnak, hogy mióta *Marschalkó* azokkal megismerkedett, más módszerekkel alig dolgozik.

III. **Rudas Gerő** dr. előadása: „**Tanulmány a fogak és csontok korhadásáról.**“

A fogak és csontok ellenállását kétféle processus idézi elő. Az egyik a petrificatio, a másik a korhasztó gombák behatolása. A petrificatio abban áll, hogy feloldódott ásványalkatrészek vagy ásványok oldatai a csontok és fogak üreit kitöltik, ott lecsapódnak, esetleg kijegeczednek.

Ezen folyamat később nemcsak az ürökre szoritkozik, hanem az alapállományban lévő mészsók kioldása után azokat helyettesiti is, természetes eredeti alakjukban, t. i. gömbalakot öltenek. Ezek azután időfolytán kisebb-nagyobb tömeggé folynak össze. Ezen vizsgálat alapján megállapitotta szerző Kölliker ellenében, hogy a csontfibrillumok nincsenek elmeszesedve, mert készitményeiben limonittal vannak kitöltve. Készitményeiben limonitot, haematitot és magnetitet talált.

A gombákra nézve megemliti szerző, hogy ezek Roux-járatok neve alatt ismeretesek. Azonban ezek egyáltalában nem egyfélék, csakhogy az összeseket egy kalap alá vették, bár lényegesen különböznek egymástól.

Szerző egyelőre Roux elnevezését használja, a ki ezen korhasztó gombákat mycelites ossifragus névvel jelöli, de három fajtát különböztet meg. A legelterjedtebb ilyneműgombákat, a melyek úgy a csontot, mint a fogat pusztitják mycelites ossifragus a-nak nevezi. Azokat a gombákat, a melyek az előbbiektől úgy morphologiai, mint biologiai tekintetben különböznek és csakis a fogat pusztitják, csontban pedig soha elő nem fordulnak, mycelites ossifragus b-nek nevezi. Egy eddig ismeretlen korhasztó gombafajt, melyet szerző csakis csontban talált és ő ir le legelőször, mycelites ossifragus c-nek nevez el. Hozzáteszi, hogy ezen megkülönböztetések csak addig birnak előnynyel, mig az illető szakbúvárok ezeknek a gombáknak classificatioját meg nem ejtik.

Bemutat szerző még egy gombafajt, a melyet korhadt csontban talált és melyet már Schaffer leirt. Ezen gombafajt Schaffer nemcsak a Havers-csövekben, hanem a resorptio és appositio közti határt jelölő, úgynevezett „Kittlinie“-ben is találta, a mit szerző készitményein beigazoltnak nem talál. A „Kittlinie“ elnevezést nem tartja eléggé indokoltnak és azért szerző ezen vonalat *határvonal*-nak nevezi el, mivel ez az újonnan képzett és a régi csontszövet közti határt mutatja.

Szerző azt hiszi, hogy a csontok és fogak ezen részletesen ismertetett és tovább tanulmányozandó szöveti szerkezetének legfinomabb változataiból, a melyek halál után létrejönnek — bár a körülmények sokasága, a melyeket tekintetbe kell venni, nagyon megnehezíti a dolgot —, megközelitőleg meg lehetne állapitani azt az időt, mennyi idő óta ezek élettelenek, mire nézve eddigi megállapodásaink szerző szerint nagyon problematikusak.

Mindezen állitásait szerző számos csont- és fogkészitménynyel erősíti úgy a gombákat, mint a petrificatiot illetőleg.

A szabadkai vándorgyülés belgyógyászati szakosztálya.

(Folytatás.)

Epstein L., az angyalföldi tébolyda főorvosa, „*Az elmebetegség veszedelme és az ellene való védekezés*“ czimén tartott előadást. Az ideg- és elmebetegségek szaporodásának tényéből kiindulva, megemlékezik

az intézetek *zsúfoltságáról*, a melynek főokát nem annyira magában az elmebajoknak nagy számában, mint inkább abban a körülményben látja, hogy a közönség nem idegenkedik már napjainkban olyannyira a téboly-dáktól és könnyebben határozza magát rá, hogy elmebetegét arravaló intézetben elhelyezze. Még több figyelmet, mint a köznapi értelemben vett elmebajok, érdemelnek az *átmeneti alakok*, az úgynevezett „dégénérés superieurs", a kiknek soraiból toborzódik össze a legtöbb elmebeteg és a kik különösen a jövendő generatiókra nézve alkotnak veszélyt. Felemliti kiváló társadalmi jelentőségüket és sok aberratiót, a mely pl. a művészetben és irodalomban szemünk elé tárul, nekik tulajdonit.

Azt hiszi *Epstein*, hogy a czivilizált társadalom egy kiválasztási folyamaton megy keresztül, a mely hovatovább finomult és mégis ellentállóbb idegrendszerhez fog vezetni. De a ma folyó nagy pusztulást kellő védekezés által enyhítenünk szükséges. *Syphilis* és *alkoholismus* idézik elő az elmebajok igen nagy részét, ezért ellenök kell legelsőben sikra szállni.

Tekintettel kell lennünk az utókorra az úgynevezett *nőemancipatio* kérdésében is. A nő azzal, hogy őt az élet küzdelmébe belevonjuk, csak úgy neurastheniás lesz, mint a férfi és most még ép idegrendszerének ellensúlyozó hatása a férfival szemben a keletkező magzat javára megszünik. Ennek következménye azután csakis progressiv elfajulás lehet. Végül felhivja előadó a szakosztály figyelmét a nép számára állitandó *ideggyógyintézetekre*, a melyeknek szükségességét már 2 év előtt Trencsénben hangoztatta. Azokban látja az egyedüli eszközt, melylyel már az élő generatiokat óvhatjuk az elmebetegség ellen s az elmebajosok számát már napjainkban némileg csökkenthetnök. Jelenleg csupán a vagyonos embernek áll módjában, hogy egészségét, ha idegrendszere kárt szenvedett, ismét helyreállitsa. A nagy sokaságnak drága kúrákra nem telik, őt a társadalomnak kell gondjába fogni.

Dr. Popper Mór „Atonia prostatae" czim alatt ir le egy ismert tünetek csoportjából álló új betegségi alakot. Objectiv tünete a kóros állapotnak, mint a neve is mutatja, az, hogy a prostata puha, laza, alig érezhető, elmosódott határú. Az ujjal per rectum végzett tapintáskor a húgycsőből a prostata benneke, de sokszor csupán az ondóhólyag tartalma, sperma távozik el. A subjectiv tünetek az objectiv lelet foka szerint változók. Minthogy a prostatának élettani szerepe van mint izomnak és az ondóhólyag és a húgyhólyag zárása körül, e két élettani záró működése a szerv megbetegedésekor megzavartatik. Igy gyakori alvási pollutiok lépnek fel, melyek successive átmennek a defaecatios, később a mictios spermatorrhoeába. Ezzel párvonalban coituskor az ejaculatio folyton gyorsabban áll be s végül már az immissio előtt megtörténik. Az erectio is folyton gyengébb, ritkább leszen, végén már csak oly kis fokú, hogy az immissio nem sikerülhet. Impotentia képét utánozza ekkor a kórállapot. Az ejaculatio továbbá a betegségnél egyszerre megy végbe, nem lökésszerű részletekben, a kéjérzés kisebbedik, mignem alig érezhető vizelésszerű érzéssé válik az egyén subjectiv érzete az ondókilövelés alkalmával. Ezután az ejaculatum szokatlanul nagy mennyisége visszamarad a húgycsőben és visszamaradnak benne a vizelet-végi cseppek (a ruha azután nedvessé lesz tőlük), mert a vizelés actusát rendes viszonyok közt befejező lökésszerű részletek (Nachspritzer) elmaradnak. A vizelésnél még egy tünet szokott fellépni, a mely *absolute normalis* vizelet mellett folyadéknak apró részletekben történő kiürítésében áll. Egyes betegek 6—8-szor, mások 12—15-ször is vizelnek naponta.

A baj oka előadó szerint a prostatanak túlságos munkakifejtés közben létrejött *kifáradása*. E kimerülés *abusus in venere* útján jő létre. (Ide számitja *P.* az ifjúkori *onaniát* is.)

A bántalom *gyógyítása* az *atonia* javitása által történik. Faradizálja előadó a prostatát a saját maga konstruálta *végbél-prostata-* és *húgycső-prostata*-elektrodjával. Több mint 100 esetben látta hasznát és a már kifejlődött spermatorrhoea, impotentia stb. az emlitett sorrendben fejlődtek vissza. A faradizálásnál *Popper* a fősúlyt arra helyezi, hogy a prostatának kiváltott összehúzódásait felváltva nyugalom kövesse. „Hol legyen, hol ne legyen áram a prostatán keresztül." Eljárását és az idevágó kóresetek részletes ismertetését különben egy külön füzetben („Rendellenes magömlésről", Dobrowsky és Franke, ára 50 kr.) meg is irta a szerző.

Dr. Bosányi Béla, kir. tanácsos, a Szt. Lukács-fürdő főorvosa, *a helyi iszapkezelésről* értekezett, mely gyógyitásmód újabban a Lukács-fürdőben nagyszabásúlag alkalmaztatik. A mellett, hogy a borogatások direkt therapeutikus értéke jelentékeny, a szervezetre nem hatnak transitorice sem lankasztólag, mint a hogy ez az általános hévvizi kezelésről ismeretes. Az elősorolt kóresetek rajzai igazolták, hogy a localis iszapkezelést jól tűrik a szivbetegek, idegesek, gyengült egyének. A gyógyitásmód leginkább a végtagok bántalmainál válik be üdvösen.

Pajor Sándor vizgyógyintézeti rendelő orvos, a *mesterséges szénsavas fürdőkről* adott elő. Szerinte ezek a *természetes* szénsavas fürdők surrogátumai oly esetekre, a midőn a beteg ilyen fürdőhelyre el nem utazhatik avagy a szénsavas fürdőkúra használatára télszakán van rá-utalva. A mesterséges szénsavas fürdők előállitására egyszerű, bárhol alkalmazható készülék szolgál.

Zwillinger Hugó dr. gégeorvos ezután az énekhang zavarairól szólott. A hangápolás nálunk elhanyagolt ügyének vél szolgálatot tenni tapasztalatai közlésével. Kifejti, hogy nem elegendő hozzá szakorvosi képzettség, zenei érzékkel is kell birnia annak, a ki az énekes bajait megérteni kivánja, hogy rajtuk segíteni tudjon.

Inti az énektanulókat, hogy mielőtt szakavatott tanár kezébe adják magukat, előbb szakorvos által vizsgáltassák meg magukat általános testi egészségükre és különösen *hangképző szerveik épségére nézve*. Miután a tanitási methodusokat megbirálás tárgyává tette, áttér a tanitás physiologiai részének magyarázatára; fejtegeti, mire kell tulajdonképen a tanitónak és tanitványnak törekednie. Beszél a légzésvétel oekonomiájáról, a hang túleröltetéséből eredő bajokról, tárgyalja az orr, torok és a gége idevágó szöveti megbetegedéseit, szól a hurutról, a pachydermiáról, az énekes ú. n. csomóiról, a félbénulásról. Miután a megnehezített intonálás, a detonálás, a tremola viszonyait ismertette, felemliti a timbre bajait, a torokhangot, az innyes timbret, az ú. n. foghangot. Ezen bántalmak szakszerű kezeléséről értekezve, végül áttér a hang zavarainak prophylaxisára.

(Folytatása következik.)

Stomatologusok (fogorvosok) országos egyesülete

(III. köz- és nagygyülés 1899. szeptember 22—23-dikán.)

A stomatologusok (fogorvosok) országos egyesülete f. hó 22-dikén és 23-dikán tartotta meg évenkinti szokásos köz- és nagygyülését.

A közgyülést Prof. *Árkövy József* dr. elnöki megnyitója vezette be. A beszéd, a míg egyrészt a fogászati szakképzést, annak fentartását a kellő mértékben felölelte nemcsak a hazai, de a külső államokban is, másrészt nagy vonásokban ecsetelte a szakirodalmat. A közgyülés Chyzer Kornél dr. min. tanácsost tiszteletbeli tagjául választotta.

A nagygyülés programmszerűen folyt le.

Bauer dr. (Budapest) a cavitások alakitásáról értekezik különös tekintettel a zománczszélekre.

Dalma dr. (Fiume) a korona- és hidmunkálatokat tárgyalja s mikor a különböző rendszereket röviden megemlíti, néhány igen szép kivitelű praeparatumon saját rendszerű hidmunkát mutat be. Ezen újabb hidrendszer előnye, hogy a porczellánfogakat nem forrasztja a fémalkotmányra s igy elkerüli, hogy a fogak magasabb hőnek legyenek kitéve.

Bauer dr. sekély cavitások tömését aranynyal demonstrálja; a módszert különösen egyszerűsége és gyorsasága tünteti ki.

Szabó dr. tanársegéd a csiszolt porczellánnal való pótlásról, az üveg- és porczellántömésről tart előadást, felállítja e tömések indicatioit, majd e különböző eljárásokat demonstrálja a hallgatóság előtt.

Hattyasy dr. magántanár a gyökércsatornák lege artis történő megnyitását mutatja be számos, remek kivitelű gypsmodellen.

Dalma dr. (Fiume) zinktömés készitését öntés útján demonstrálja. Az igy nyert pótló darab czementtel rögzittetik a cavitásban, azután aranynyal behuzatik.

Sándor dr. (Budapest), contour-aranytömést készit.

Szabó dr. a pulpakamra nagysági viszonyairól végzett vizsgálatairól referál.

Prof. *Árkövy* dr. a conservativ fogműtétek indicatioiról tart kimerítő előadást.

Kozma dr. (Budapest) a „calcic inflammations"-ról szerzett tapasztalatairól számol be és annak therapiájáról (pulpa exstirpatio) referál.

Cserey dr. és *Balassa* dr. (Budapest) a clampek és matriczok különböző fajait ismertetik.

Rottmann dr. magántanár a periodontitisek következményes bántalmairól tart előadást, bő casuistikával illustrálva azt.

Rudas dr. (Kolozsvár) górcsövi készitményeit mutatja be; korhadó csontokban és fogakban található algákat demonstrál. Bemutat továbbá saját módszere szerint készült rézmodelleket, röviden azután amalgam-maradékok feldolgozásáról és értékesitéséről szól.

Végül *Weisz* Bécsből mint vendég a legújabb műszereket és eszközöket demonstrálja a hallgatóságnak.

A szép számban összegyült tagok két napi fárasztó munkálkodás után az elnöknek Árkövy tanárnak lelkes éljenzése közben oszlottak szét.

Szabó József dr. egyet. tanársegéd.

Budapesti poliklinikai egyesület.

(Tudományos estély 1899. április 26-dikán.)

1. **Roth Alfréd: Tertiaer lues esetét** mutatja be egy 20 éves egyénnél, ki 2 év előtt acquirálta luesét. Beteg még az initialis stadiumban részesült antiluetikus kezelésben, de csak 20 bedörzsölést végzett s igy a tertiaer-tünetek fellépte a különben jól táplált egyénnél a nem elégséges higanykezelésnek tudandó be.

2. **Roth Alfréd: Tuberculosis cutis** esetét 2 szempontból tartja érdemesnek bemutatni, ú. m. 1. az infectio eredete és 2. a bántalom tovaterjedése miatt.

Beteg, ki különben is tuberculotikus, állitólag 2 év előtt sebezte meg jobb hüvelykujja első izületének háti felületét, majd később 2 hétre lépett fel ugyanazon helyen a jelenleg is látható bőrtuberculosis. A fertőzés valószinűleg úgy történt, hogy a beteg a sebzett ujjával szájához ért és ott oltotta be bőrbaját.

Egy évvel később ugyanazon kéz felkarjának alsó harmadán még pedig annak hajlító oldalán egy hasonló bőrbántalom lépett fel, míg az alkaron egy és a felkaron két diónyi, a bőrrel összefüggő, de alapjában mozgatható terimenagyobbodás volt található, mely fluctuatiot mutatott. Ez utóbbiak elsajtosodott mirigyek voltak s igy a tovaterjedés a nyirkedények útján történt. Ezen fluctuáló mirigyek megnyittattak, a kiürült genyben mikroorganismust nem sikerült találnunk.

3. **Frey Ernő: A franklinozás gyógyértékéről** néhány eset kapcsán értekezik.

4. **Vas B.: A vizeletvizsgálatról tekintettel az életbiztositásra** tart felolvasást (l. lapunk más helyén).

PÁLYÁZATOK.

Pannonhalmán (u. p. Győr-Szt.-Márton) a főapátsági orvosi állás betöltendő.

Illetmény: évi 1200 frt készpénz, 48 m³ kemény tüzifa, 4—5 szobás lakás (konyha, kamara, padlás, pincze, 672 □-öl kerttel); 10 évenkint 100 frt korpótlékra való igénynyel.

Az állást elnyerni óhajtó r. kath. orvostudorok kérvényüket, szakképzettségüket, eddigi gyakorlatukat, egészségi és családi állapotukat feltüntető okmányaikkal **f. é. november hó 15-dikéig** a pannonhalmi főmonostori perjelnél személyesen nyujtsák be. Fogorvoslásban jártosak — különben egyenlő körülmények között — előnyben részesülnek.

Munkakör. Orvosi gondozásban tartozik részesíteni: 1. a főmonostort és alkalmazottjait ezek családjával (összes lélekszám mintegy 120); a győr-szt-mártoni apáczakolostor tagjait (5—6); 2. a szentmártoni és veszprémi gazdasági kerületekben a rendi lelkészeket (6); 3. a nevezett gazdasági kerületek és a főapátsági erdészet tisztjeit és alkalmazottjait családjaikkal és házi cselédjeikkel (4—5 család); 4. a szentmártoni gazdasági kerület és az erdészet összes cselédjeit és azon családtagjait, a kik velük egy háztartásban vannak (11 majorban mintegy 550 lélekszámmal).

Kocsiról az utóbbi három pontban említettek maguk gondoskodnak; a cselédek — a mig lehetséges — lakásán keresik fel az orvost.

Pannonhalma, 1899. szeptember hó 29-dikén.

2—1 *Kroller Miksa*, főmonostori perjel.

3035/899. kig. sz.

Gömör-Kishont vármegye rimaszombati járásában lévő **nyustyai** közegészségügyi körben, melyhez ezen járásból 1 nagy- és 13 kisközség, a szomszéd nagyrőczei járásból pedig 1 kisközség tartozik, a **körorvosi állás** lemondás folytán megüresedvén, azon megjegyzéssel, hogy ezen közegészségügyi kör 10,382 lelket számlál, arra ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állás javadalmazása: a községek által fizetendő 700 forint fizetés és lakpénz, továbbá nappali látogatásért 20 kr., éjjeli látogatásért 40 kr. díj, végül pedig magánosok látogatása alkalmával megfelelő előfogat.

A körorvos székhelye: Nyustya kisközség.

Felhivom a pályázni kivánókat, hogy az 1883. évi I. t-cz. 9. §-ában és az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előirt képesitést igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket, melyekben az, hogy a tót nyelvet is birják vagy értik, feltüntetve legyen, hozzám **f. évi november hó 14-dikéig** annál inkább adják be, mert a később érkezendőket figyelembe venni nem fogom.

A választást a körorvos székhelyén, Nyustyán a szolgabirói hivatalban f. évi november hó 15-dikén délelőtt 9 órakor fogom megejteni.

Nyustya, 1899. október hó 3-dikán.

Főszolgabiró szabads.
Molitorisz, szolgabiró.

7033/99. ki. sz.

Jász-Nagy-Kún-Szolnok vármegye jászsági alsó járásában kebelezett **Tisza-Süly** községben szervezett **orvosi állásra** pályázatot nyitok.

Ezen állás évi 700 frt és 100 frt lakbérrel dijaztatik.

A megválasztott községi orvos tartozik a törvény és szabályrendeletben reá rótt teendőket a községi szabályrendeletben megállapított dijakért pontosan teljesiteni, úgyszintén a halottkémlést is végezni.

Jelen pályázat határidejét **folyó évi október hó 15-ikéig** tüzöm ki és felhivom a pályázni szándékozókat, hogy kellően felszerelt kérvényeiket ezen határidőig annyival inkább terjesszék hivatalomhoz, mert később beérkezendő kérvények nem fognak figyelembe vétetni.

A választás napját később fogom kitüzni.

Jász-Apáti, 1899. évi szeptember hó 20-dikán.

2—2 *Cseh József*, főszolgabiró.

35,524/1899. alisp. szám.

A lemondás folytán üresedésbe jött 550 frt évi fizetéssel és 150 frt úti átalánynyal javadalmazott **jámi járásorvosi állásra**, melylyel az ez idő szerint betöltetlen berlistyei körben teljesitendő körorvosi teendők ellátásáért 700 frt fix jövedelem és kézi gyógyszertártartási jog van egybekötve, ezennel pályázatot hirdetek.

Felhivatnak mindazok, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában körülirt minősítésüket, tisztiorvosi vizsga letételét, nyelvismeretüket s eddigi alkalmaztatásukat igazoló bizonyitványokkal felszerelt kérvényüket **f. évi október hó 15-dikéig** az alispáni hivatalhoz nyujtsák be.

A román nyelv ismerete kivánatos.

Lugos, 1899. évi szeptember hó 12-dikén.

3—3 *Fialka*, alispán.

HIRDETÉSEK.

Orvosnak,

ki téli gyógyhelyen kiván letelepedni, kedvező alkalma nyilik szép házat kerttel megvehetni. Az eddigi tulajdonos átadná orvosi gyakorlatát. Felvilágositással szolgál **Rudolf Mosse** czég **Bécsben** „W. P. 4327.“ jelige alatt.

Legjobb
étrendi és üditő
ital
Mattoni és Wille Budapest,
Mattoni Henrik Bécs
giesshübli Sauerbrunn, Budapest, Franzensbad, Karlsbad és Bécs.

Dr. Balkányi Miksa a gyógygymnastika és massage szakorvosa
rendel hétköznap egész napon át
Budapesten, VI., Hajós-utcza 12. szám alatt.

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.

CSÁSZÁRFÜRDŐ
BUDAPESTEN.
Elsőrangú kénes hévvizű gyógyfürdő **páratlan gőzfürdővel**, legmodernebb **iszapfürdőkkel**, pompás **ásványvíz-uszodákkal, kő-** és **kádfürdőkkel**, 200 kényelmes lakószobával. A legszolidabb kezelés.
Prospektusok kivánatra ingyen és bérmentve.

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

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), vizkúrák minden neme, masszázs, svéd gyógygimnasztika, testegyenesités, inhalácio, villamozások minden neme stb. A modern higiénia minden követelményeinek megfelelő tágas és kényelmes gyógytermek. Külön férfi- és női osztályok.

Az idióták és gyengeelméjüek
államilag engedélyezett intézete **Pelsőczön** (Gömör-megye), kivánatra bérmentve küld prospectusokat.

FELTÜNŐ SIKERREL
rendelik chlorosis anaemia stb. eseteiben
Tabl. Ferri Protoxalati c. Ars. Deér
és
Tabl. Ferri Protoxalati Deér készítményeket.
(Pro dosi 0·1 Ferr. protox. és 0·0001 ars.)
A Blaud pilu'a jobb és czélszerübb alakban. A jelenkor legjobb vaspraeparatuma a természetes ásványvizek arsentartalmával. A kis labdacs-nagyságú tablettek könnyen nyelhetők és a gyomorban könnyen szétmállanak. Adagja naponta 3—6 tabletta étkezés közben. **Ára egy üvegben 100 tabl. 1 frt.**
E készítmények kaphatók minden gyógyszertárban és a készítőnél:
Dr. DEÉR ENDRE
gyógyszerészeti laboratoriuma, „Jó Pásztor“ gyógyszertár.
Budapest, IX., Soroksári-utcza 11—13.

Negyvenharmadik évfolyam. 42. szám. *Budapest, 1899. október 15.*

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

Rózsa Félix: Közlemény a pesti izr. kórház Stiller Bertalan dr. egyetemi tanár vezetése alatt álló belgyógyászati osztályáról. A pankreas farki részének rákja. 505. l.

Lévai József: A phosphornekrosisról. 506. l.

Vas Bernát: A vizelet vizsgálata tekintettel az életbiztosításra. 508. l.

Dollinger Gyula: A féregnyújtványgyuladás (appendicitis). 510. l.

Tárcza. *Epstein László:* Az elmebetegség veszedelme és az ellene való védekezés. 513. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés.* Budapest székes főváros közkórházainak évkönyve. 513. l.— *Összefoglaló szemle. Illyés Géza:* A cystoskop alkalmazásának jelen állásáról a sebészetben 514 l. — *Lapszemle.* Ujabb közlemények a protargolról. — *Wohlgemuth* és *Withauer*: Az aspirinról. — *Weber:* A kezdődő tüdővész gyógyítása. 515. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Prorektorválasztás az egyetemen. — A tiszti orvosi vizsgák. — Müller János szobrának leleplezése. — A kolozsvári egyetem orvosi klinikái. — Hőgyes tanár Pasteur-intézetének kimutatása. — A budapesti általános poliklinika. — A budapesti önkéntes mentőegyesület. — A Tauffer-féle szülészeti poliklinikum. — Megjelent füzetek. — Hibaigazítás. — Herczel dr. — Orvosi évkönyv. — Szt. Lukács-fürdő. — Baumgarten dr. — Sarbó Arthur dr. — Pályázatok. — Hirdetések. 515. l.

Tudományos társulatok és egyesületek.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a pesti izr. kórház Stiller Bertalan dr. egyetemi tanár vezetése alatt álló belgyógyászati osztályáról.

A pankreas farki részének rákja.

Rózsa Félix dr., kórházi alorvostól.

A hasnyálmirigy betegségei az utolsó időkben sokat foglalkoztatják az orvosok elméit. A pankreas jelentőségének, működésének mibenlétét most már csaknem teljesen ismerik, de működési zavarainak felismerése még mindig „nehéz“. És pedig bizonyára azért, mert collateralis szervek a pankreasnak minden, az emésztésre vonatkozó működését — annak akadályoztatása esetén — elvégezhetik. A fehérjeemésztést megcsinálja a gyomor; a zsír emulgeálását részben az epe s részben a bélnedv; az amylolysist a nyál és bizonyos bélmirigyek váladéka. „Még a zsírok szétbontása sem kizárólag a pankreas képessége. Abban is résztvesznek a belek alsó részeiben fészkelő mikroorganismusok.“ (Hédon és Ville.) Helyzete pedig annyira sajátságos, hogy bántalmait e miatt egyrészt a határos szervek bántalmaitól majdnem lehetetlen elkülöníteni; másrészt pedig az esetek túlnyomó nagy részében a bántalom csak akkor mutatkozik, mikor az már tényleg a többi szervekre, gyomorra, belekre, epehólyagra vagy májra is átterjedt. A physiologiának és az orvosi vegyészetnek haladásával eljutottunk azonban odáig, hogy a pankreas betegségeinek felismerése mind közönségesebbé válik, de mégsem mindennapivá, a mit legjobban bizonyít az a tünemény, hogy a szaklapokban időnkint még mindig fel-felbukkanik a pankreas betegségeinek egy-egy kórismézett esete. E diagnosisok nagy része azonban az úgynevezett vegyészeti kórismék közé tartozik, s a ki a diabetes, glycosuria, steatorrhoea, azatorrhoea, indican, stb. kimutatásával nincs tisztában, az aligha fog ez úton eredményt felmutathatni; egy másik kisebb rész pedig, a melyik bár nem támaszkodik az előbbiek bizony-bizony ingatag talajára — nagyrészt szintén nem, hogy úgy mondjam, direct diagnosis —, hanem inductiv természetü, kizárás útján, a többi szervek állapotának tekintetbe vételével, általános tünetek és egyéb, jóformán mellékes körülmények körültekintő megfontolása útján jön létre. S hogy ez így van, arra mutatnak azok az útmutatások, a melyeket a hasnyálmirigy leggyakrabban kórismézett — bár bizonyára nem a leggyakoribb — betegségének, a ráknak megismerésére irányadó elvekül összeállítottak. *Oser* a pankreasbántalmakról szóló, mindent felölelő nagy munkájában következőket mondja: „*Lassan fellépő, de állandóan erősbbödő icterus, mely nagy epehólyaggal, megnagyobbodott vagy kevéssé megnagyobbodott májjal jár,* a pankreas fejének tájékán állandóan növekedő daganat, a rohamosan fejlődő cachexia, a nagy gyengeségi érzés és a sajátságos éles fájdalmak, ha hozzájuk veszszük még a bélsárnak és a vizeletnek bizonyos elváltozásait, mint zsírnak vagy nagymenyiségü emésztetlen izomrostoknak a bélsárban való megjelenését, vagy diabetest: coincidentiájukban egy oly jellegzetes kórképet alkotnak, hogy abból csaknem határozottsággal állíthatjuk fel a pankreas rákjának kórismèjét.“

Stiller pedig egy eset leirásának kapcsán a következő, szinte classikus csoportosítását adja azon indirect tüneteknek, melyekből a pankreas rákját kórismézni lehet: „Jogosulva vagyunk önálló pankreas-rákot felvenni, ha gyorsan fejlődő cachexia és elgyengülés mellett heves dyspepsiás-tüneteket, hányást, fájdalmakat, teljes étvágyhiányt találunk daganat nélkül, gyomortágulás nélkül, *de haladó sárgaságot* a májnagyobbodása nélkül, melyet azután gyomor- és májrákot kizárva, a pankreas rákjára kell visszavezetnünk. Támogatva lesz ezen kórisme, ha betegnél azonkivül az aléltság, elesettség feltünő jelenségeit is, és a mi szerfelett ritka, glykosuriát vagy zsiradékban dús széket találunk.“ A dolog természetében rejlik, hogy ilyen kórismékhez csak sok tapasztalattal biró, éles látású klinikusok jutnak. Csak ritkán juthat az orvos abba a szerencsés helyzetbe, hogy, mint a leirandó esetben, már magának a könnyen kitapintható daganatnak helyzete és természete egyenesen a pankreasra utal.

De még egy fontosabb körülmény is ösztönzött ennek az esetnek a közzétételére. Az előbb idézett definitiokban ugyanis, melyekhez még *Bard és Pick*, *Friedrich* stb. hasonló szellemü meghatározásait is sorolhatom, mindenütt feltünő módon *hangsúlyoztatik az icterus, a májmegnagyobbodás* és mindazon tünetek, melyek a pankreas *fejének* megbetegedésére utalnak. De elesnek mind e támogató, figyelmet a pankreasra felhivó támpontok azon rendkivül ritka esetekben, hol, mint az én esetemben is, a megbetegedés kizárólag a pankreas farki részét illeti.

Az eset a következő:

S. M. 53 éves hajadon, varrónő. Felvétetett 1898. április 22-dikén. Korábbi betegségeire nem emlékezik. Öt-hat év óta két-három hónaponkint ismétlődőleg görcsszerü fájdalmak szoktak jelentkezni gyomra tájékán, a melyek oldalt és hátfelé sugároznak ki. A fájdalmak negyed—fél óra hosszat szoktak tartani és a roham intensitásának tetőpontján hányni szokott. Most 10—14

nap óta állandóan görcsei vannak, a mit ő egy régibb baja újolagos kitörésének tart; tünetei azonban a régiebbektől tartamuk állandóságában, intensitásuk csekélyeb voltában és abban különböznek, hogy most inkább gyomra tájékán, a bal bordaív alatt érezhetők. A beteg, bár az utolsó időben lényegesen soványabb lett, jól táplált nőnek mondható. Cachexiának semmi nyoma. Étvágytalanságról és s zékrekedésről panaszkodik. Tüdők és szív határai normalisak. Fölöttük sem kopogtatással, sem hallgatódzással semmifele abnormitas ki nem mutatható. A has vizsgálatánál a bal hypochondriumban a bordaív és a köldök haránt-vonala közt középen egy kis ökölnyi tumor tapintható, a mely a mélybe folytatódik; a légzési kitéréseket egyáltalában nem követi és nem is mozgatható.

A daganat első megtapintásánál már a pankreasra kellett gondolni; kissé lejebb volt, mint a hol a gyomor nagy görbületén székelő daganatok lenni szoktak; légzési kitéréseket egyáltalában nem végzett, még csekélyet sem, mint a hogy a gyomornak más szervekkel már összenőtt daganatainál ezt látni szoktuk; de nem is volt mozgatható és átfektetésnél sem változtatta helyét. Vesére nem kellett gondolni, miután a daganat nem mozgott; a mélybe és inkább a has közepe tája felé látszott folytatódni. Még leginkább a retroperitonealis mirigyek hyperplasiájától való összetévesztéstől kellett tartani, de ennek ellene szólt azon körülmény, hogy ilyen retroperitonealis daganatoknak, ha már annyira meg- és felnőnek, hogy ilyen könnyen kitapinthatók (szinte a has bőre alatt éreztük), már azóta sokkal nagyobb, sokkal viharosabb tüneteket (belek összenyomatása stb.) kellett volna okozniok már a környező — fölötte levő — életfontos szervek működésének megzavarása miatt is. Itt azonban a subjectiv tüneteket, miután azok jelentéktelenek voltak s bennök semmi jellegzetes nem volt, egyáltalán figyelmen kivül kellett hagyni. Mindezeknél jobban rávallott azonban a gyomor és a bél felfuvásának eredménye és a betegség lefolyása.

A gyomornak pezsgővel való felfúvásánál a gyomor alsó határa a köldök felett két harántujjnyira van. A daganat felett a kopogtatási hang dobossá válik, de maga a daganat nem mozdul helyéről. A tompulat felderülésének és a daganat csaknem változatlan kitapinthatóságának és helyzete állandóságának ezen bizonyítéka csak megerősített feltevésemben. Hiszen nem képzelhető, hogy egy a gyomor ürébe promineáló daganat a gyomor felfúvására helyzetét absolute ne változtassa, és nem képzelhető, hogy annyira ne hátráltassa az emésztést, hogy a pangás következtében, aránylag rövid idő alatt is, legalább kisebb fokú tágulást ne okozzon. A bélfelfúvódás egészen hasonló eredményre vezetett. A daganat ugyanis nem mozdult helyéről, a felfuvódott belek a daganat kitapinthatóságát egyáltalában nem befolyásolták. Ez egyrészt a vesedaganattal való összetévesztést zárta ki, másrészt pedig azt mutatta, hogy a dagauat a haránt remesénél magasabban van, úgy hogy ez még felfúvódott állapotában sem birta azt egészen eltakarni. Ezekhez hozzávéve az elsoványodást és a görcsöket — melyeket sem cardialgiáknak, sem kolikáknak nem lehetett tartani —, az étvágynak és emésztésnek zavartalan voltát: csaknem biztosan fel lehetett venni a pankreas rákjának kórisméjét.

Miután pedig a fentebb annyira hangsúlyozott „lényeges májmegnagyobbodás nélküli sárgaság“ nem mutatkozott, feltettük, hogy nem vonatott a bántalom körébe a pankreas feje, mint a melyik a ductus choledochusnak rajta való áthaladása miatt már igen kis fokú megnagyobbodásánál is sárgaságot okoz, hanem az elváltozás csak a pankreas farki részére vonatkozik. Így lett a „carcinoma caudae pankreatis“ diagnosisa megállapítva. A gyorsan bekövetkezett események csakhamar mindenben igazat adtak nekünk.

Április 29-dikén intensiv görcsök után nagymennyiségű híg, véres székletétele volt. Ez ugyan kissé turbálhatta volna calculusainkat, mert hathatósan eszünkbe juttatta a kórisme megállapításánál kissé elhanyagolt beleket. De már olyan az orvosi természet, hogy a megszokott, különösen a tetszetős gondolathoz ragaszkodik s megalkotott gondolatmenetének kerékvágásából, hacsak lehet, nem tágít. Így ezt a tünetet is könnyen megmagyaráztuk, különösen, miután a melaena úgy nézett ki, mint a melyik a gyomoremésztést is végig csinálta; úgy magyaráztuk, hogy a gyomor hátsó falával összenőtt daganat a gyomor falának egy véredényét arrodálván, az bevérzett a gyomorba.

Április 30-dikán: 300—400 gm.-nyi fekete hányadék; egészen fekete széklet; collapsus, nagy anaemia; a felhas diffuse érzékeny; somnolentia.

Május 1-sején. A beteg nyolcznapi kórházi tartózkodás után meghalt.

A bonczjegyzőkönyv idevágó részét idézem: „Gyomor középtág, izomzata megvastagodva nincs, benne kevés véres nyák. Nyálkahártyája palaszürkésen elszínesedett. A gyomor hátsó falán egy körülbelül 1·5 cm. hosszú, 8·0 mm. széles, a gyomor összes rétegeire terjedő anyaghiány, melynek alapját egy kemény, göbös tapintatú szövet képezi. Ezen anyaghiány szélei nem felhánytak, megkeményedve nincsenek. Az anyaghiány hosszátmérőjének megfelelőleg, két szélétől kiindulólag gyufaszálvastagságú véredény halad, mely azonban folytonosságában meg van szakítva; az edény lumenében könnyen kinyomható thrombus. Az anyaghiány széleit az alapról leválasztva kitünik, hogy ez a pankreas farkában székelő kemény tapintatú, göbös daganat, melynek metszlapjáról fehér, tejfelszerű váladék vonható le. A daganat körülbelül a pankreas felét változtatja el, a fejnek megfelelő részlet makroskopice épnek tünik fel.“

Diagnosis: Catarrhus chronicus mucosae ventriculi; haemorrhagia ex arrosione arteriae unius ventriculi; ulcus posterioris partis ventriculi subsequente perforatione carcinomatis caudae pankreatis.

A phosphornekrosisról.

Irta: *Lévai József* dr. műtőorvos, az „ált. munkásbetegsegélyző pénztár“ sebész-főorvosa.

Dániában 1875-, Svájczban 1881 január 1-jén eltiltották a sárga phosphorral készült gyufák használatát. Midőn Németországban 1878-ban a birodalmi gyülésen ezen kérdés szőnyegen volt, a legfőbb érv a tilalom ellen az volt, hogy 1878-ban 232,064 bányamunkás közül 562 sérült meg halálosan, vagyis 413 közül egy, míg 2100 gyufagyári munkás közül csak egy halt meg csontelhalás következtében.

Akkor még nem volt annyira ismeretes, mint most, hogy a phosphornekrosis igen sokszor akkor pusztítja el a munkást, midőn már régen nem dolgozik gyufagyárban. Ezt tudva, ma már könnyen lehetne statistikával beigazolni azt, hogy a phosphoros gyufák gyártása nagyon is veszélyes. De a vállalkozás czéltalan volna. A sárga phosphorral készült gyufák gyártása nálunk elég jelentékeny iparág. Az ilyen gyufa ára felényi sem, mint a vörös, nem mérges phosphorral készült úgynevezett svéd gyufáé. Hozzávetőleges számítás szerint az előbbi gyufák használatának betiltása Magyarország lakosságát 3—4 millió forint kiadással terhelné meg évente és ezen pénz, mivel nálunk vörös phosphorral alig gyártanak gyufát, legnagyobb részben külföldre vándorolna.* Ez elég ok arra, hogy nálunk hosszú ideig még csak szóba sem jöhet a sárga phosphorral készült gyufák használatának eltiltása.

A phosphornekrosissal való foglalkozás nálunk most actualis, mert a belügyministerium mult évben adott ki szabályrendeletet „a gyufagyári munkások egészségének megóvása tárgyában“ (24,929. szám alatt) és a gyárosok részéről e miatt történt sok tekintetben jogos felszólalás ügyében tudtommal még nem döntött.

Tudományos szempontból sem érdektelen a phosphor okozta elhalással való foglalkozás, mert a betegség lényegéről, daczára, hogy sokan igyekeztek azt felderíteni, ma sem tudunk többet, mint midőn *Lorinser*[1] 1845-ben először közölt ilyen eseteket. Ezen különben nem is kell csodálkozni, hiszen a gyógyszerhatástan sem fejtette meg eddig, miben áll alapjában véve a phosphornak mérgező hatása az állati szervezetre.

A phosphornekrosis lényegét felderíteni hivatott észleletek sok tekintetben igen ellentmondók. Míg *Bogdanik*[2] és a legtöbb szerző összefüggésbe hozza a rossz fogakkal, *Bucquoy*[3] ép fogak mellett látta létrejöttét, *Kocher*[4] szerint pedig ép fogak, ép foghús mellett is kifejlődhetik. Magam is észleltem és alább közölni fogok egy

* A „Schweizer Zeitung“ annak idején kiszámította, hogy Svájczonak a tilalom az első évben 900,000 frankba került. (L. Kleinmann, Die Phosphornekrose. Lipcse, 1883.)

eclatans hasonló esetet. A legtöbb szerző nagyfokú periostalis felrakódásokat észlelt; *Charles*[5] egy és ugyanazon egyénnél észlelte, hogy az elhalt alsó állkapcsot erős csontláda vette körül, az elhalt felső állcsonton pedig nyoma sem volt a csonthártya részéről képezett új csontnak.

A kérdést tisztázni hivatott bonczlelet csak kettő ismeretes. Az egyik *Wegner*[6] sokat emlegetett esete. 18 éves munkás zúzódást szenvedett bal alszárán. Kórházi üszök lepte meg a sebet. Az alsó végtag a czomb alsó részén amputáltatott és akkor kitünt, hogy a csonthártya az egész czombkonczról könnyen válik le. Bonczolatnál a czombkoncz kezdődő elhalása, a szervezetben több genygócz, a koponyán kisfokú, általános hyperostosis. A fogmedreken kisfokú periostitis ossificans (ép fogak mellett), a végtagok epi- és apophysisein nagyobbfokú osteoporotikus felrakódások találtattak. Az egyén több évig dolgozott gyufagyárban. Ez okból a betegség szokatlanul kedvezőtlen lefolyását és a talált elváltozásokat Wegner a phosphor hatásának tulajdonította. *Rose*[7] csontelhalás miatt több izben operált egyénnél a csontok kéregállományának tetemes megvastagodását és a velő elváltozását találta, az állapotot „Tertiaer Phosphorismus"-nak nevezte el. Mind a két bonczlelet a mellett szól, hogy a phosphor hosszabb behatása a csontrendszerben állandó és szembeötlő elváltozást okozni képes. A behatás módjáról ezen leletek sem adnak felvilágosítást.

Wegnert említett esete indította arra, hogy a kérdést állatkisérletekkel igyekezzék megoldani. Nyulakat phosphorgőzben helyezett el. Ugy az állkapcson, mint a sípcsonton, ha csonthártyájuktól megfosztotta, periostitis ossificans keletkezett sok esetben. Megengedjük, hogy ezen csonthártyalob a phosphorgőz behatására keletkezett, de ezen állatkisérletekből Wegnernek nem volt joga azt következtetni, hogy embernél a phophor okozta csontelhalás szintén a phosphorgőz helyi izgató hatásának tulajdonítandó. Wegnernek ezen felfogása közkeletűvé vált, daczára annak, hogy kisérleteinek egy részét *Kissel*[8] Moszkvában megismételte és negativ eredményre jutott.

Szándékom volt a szóban levő kérdést állatkisérletek útján tisztázni, de elállottam feltevésemtől, mihelyt meggyőződtem arról, hogy a kisérleti állatokat lehetetlen olyan viszonyok közé juttatni, mint a minők között a gyufagyári munkás éveken át létezik és így az eredményeket, akár positivek, akár negativek, nem lehet emberre alkalmazni. Igy természetesnek találtam azt, hogy *Bibra* és *Geist*[9] régebbi kisérletei meddők voltak és hogy *Stubenrauch*[10] a legutóbbi berlini sebészcongressuson három évi fáradozásainak eredményeképen azt jelentette ki, hogy állatoknál a melyeket phosphorgőzben tartott és foghúsukat megsebezte, még ha csonthártyájukat genynyel fertőzte is, csak körülirt csontelhalást tudott előidézni, hogy tehát a phosphorgőznek a csupaszon fekvő csonthártyára és csontra nincs különleges izgató hatása és az embernél észlelhető phosphornekrosissal azonos betegséget házinyulnál, tengerimalacznál és kutyánál létrehozni nem lehet.

* * *

Mielőtt a saját vizsgálataim módjára térnék, közlöm azon eseteket, a melyeket az ált. munkásbetegsegélyző pénztár sebészi rendelésén és kórházában 1892 óta észleltem.

I. P. Róza, született 1874-ben. 1892. október 18-dikán jelentkezett a pénztár sebészi rendelésén. A bal felső állkapocsban egy hó óta heves fájdalmakat érez, a foghús e helyen vörös, duzzadt, fellazult, helylyel-közzel genyedő nyilás látszik rajta, a melyen át a kutató csupasz, érdes csontra bukkan. Állitólag két év óta dolgozik gyufagyárban mint csomagoló.* A betegnek kórházba való felvételt ajánlottam, de ezt nem fogadta el.

1896. január 21-dikén jelentkezett újból. A bal járom tájékán behúzódott szélű, tölcsérszerű nyilás volt látható, a melyen át ujjal a szájüreg hátsó részébe lehetett jutni. A bal felső állkapocs teljesen el volt halva, csak az orrsövény mellső részével függött lazán össze; ujjal megfogva, könnyű szerrel tudtam eltávolítani. Az eltávolított csont histologiai vizsgálat czéljából eltétetett. Néhány nap mulva az arczon levő nyilást plastikai műtéttel zártam. Meglepő volt, hogy daczára a bal felső állkapocs teljes elhalásának, ezen oldalon is teljes volt a fogazat és a lágyrészekbe ékelve megmaradt akkor is, midőn az elhalt állkapcsot eltávolítottam. Ugy látszott, hogy az elhalt csontról visszahúzódó foghús magával vitte a fogakat. A fogaknak ezen állapota már maga elég érv arra, hogy a phosphornekrosis okát ne a fogak állapotában keressük.

II. R. Sámuel, 45 éves. 18 év óta dolgozik gyufagyárban különböző minőségben. Három hó óta jobb alsó állkapcsának fogai fájnak, ezeket sorban kiszedette. Két hó óta jobb alsó állkapcsa megduzzadt. Midőn 1892. november 15-dikén felkeresett, a jobb alsó állkapocs el volt halva. Kórházi kezelést ajánlottam. 4 napig az izraeliták kórházában, pár hétig a szt. Rókus-kórházban ápoltatott, majd Bécsbe ment gyógykezelés végett, ott operáltatott, de néhány héttel a műtét után meghalt.

III. G. Ede, 35 éves, gyufagyárban 6 év óta mártómunkás, 1893. augusztus 19-dikén jelentkezett rendelésemen a bal felső II-dik praemolaris fog szúvasodásával és a fog körüli csont elhalásával. A szúvas fog és elhalt csont az épben eltávolíttatott. Ennek daczára nemsokára az egész jobb felső állkapocs elhalt, később a bécsi „Allgem. Krankenhaus"-ban resecáltatott. Azóta a beteg egészséges. Jelenleg mint paszományos dolgozik.

IV. Sch. Ferencz, 21 éves, 3 éven át két gyufagyárban dolgozott, előbb mint csomagoló, majd mint mártó. Egy év óta beteg. Midőn 1894. november 17-dikén nálam jelentkezett, az egész alsó állkapocs el volt halva, a lágyrészek egész a szegycsontig erősen megduzzadtak, több nyilás vezetett a nyakról és az arczról a szájüregbe, a melyeken büzös híg váladék szivárgott, száját alig képes nyitni, igen elgyengült, rosszul táplált. Néhány hét mulva meghalt.

V. T. Teréz, 21 éves, gyufagyárban 3 év óta csomagoló, 1894. deczember 10-dikén jelentkezett rendelésemen. A bal felső II. praemolaris szúvas és a fogat körülvevő fogfészek csonthártyától fosztott, érdes volt. A fog és az elhalt csont eltávolíttatott és szövettanilag megvizsgáltatott. A sebzés helye zavartalanul behámosodott három hét alatt.

VI. K. Lujza, 24 éves, gyufagyárban csomagoló 3 év óta. A jobb felső I-ső praemolarison gyökérelhalással és a fogfészek necrosisával 1895. szeptember 18-dikán jelentkezett. A fog és elhalt csontrészek eltávolítása után 4 hét mulva gyógyult, a gyufagyárba visszament. Jelenleg is ott dolgozik. 1898. augusztus 28-dikán megvizsgálván, 7 fogát és 2 foggyökerét találtuk szúvasnak; egyébként egészséges volt. Az eltávolított részek histologice feldolgoztattak. Ugyancsak megvizsgáltatott az elhalt csont eltávolítása alkalmával az ép fogmederből levésett három kisebb csontszilánk is.

VII. R. Ignácz, 23 éves gyufagyári munkás, 1897. deczember 27-dikén jelentkezett. Hét éve dolgozik a gyárban, mint mártó. Előző hónap elején a bal alsó II-dik praemolarisa fájni és mozogni kezdett. Kihuzatta. Ezután az alsó állkapocs egészben megduzzadt, fájdalmas lett. Jelentkezésekor az alsó állkapocs mellső részén az összes fogak hiányzottak, az alsó állkapocs legnagyobb részében elhalt. Munkaadója kivánságára a bécsi „Allgem. Krankenhaus"-ban vétette fel magát, a hol 1898. január 1-sejétől május 21-dikéig gyógykezelték. Alsó állkapcsát jobboldalon egészben, baloldalon a III. molaris-nak megfelelő részig eltávolították.

1898. augusztus 16-dikán másodizben keresett fel rendelésemen. A bal alsó állkapocs megmaradt részén 2 cm.-nyi terjedelemben a csont elhalt. A felső jobb I-ső praemolaris koronája évek előtt letört, gyökereinek széle kissé éles, az alsó állkapocs hiánya miatt befelé eső pofa nyálkahártyáját sérti. A pénztár kórházába vettem fel, a hol az alsó állkapocs necrotikus részét és a jelzett foggyökereket az alveolus külső falával együtt eltávolítottam.

Az eltávolított részek szövettani vizsgálat czéljából eltéttettek.

VIII. Sz. Dávid, 27 éves, 1898. január 3-dikán jelentkezett rendelésemen. Négy év óta dolgozik gyufagyárban, mint mártó.

*

* A gyufagyárakban phosphorral érintkezésbe jönnek: a gyútömeg készitő, a mártó, a ki a keretekbe rakott szálak fejeit a gyútömeggel ellátja, a szárító és a csomagoló. A gyútömeg rendesen 6—7 százalék sárga phosphort tartalmaz. Ugyanennyi van a hazai gyártmányú látszólag finomabb gyufákban is.

1897. október 26-dikán egyik bal alsó praemolarisát, fájdalmas lévén, kihuzatta. Ennek kapcsán csonthártyalob lépett fel, a melylyel fogorvos kezelte. Állapota egyre rosszabbodott. Midőn nálam jelentkezett, a bal alsó állkapocs vízszintes része el volt halva. 1898. február 1-sején saját kívánságára a szt. István-kórházba ment, a honnan 290 napi gyógykezelés után gyógyultan bocsáttatott el.

IX. P. József, 36 éves gyufagyári munkás 1898. julius 20-dikán jelentkezett rendelésemen. Nyolcz hét óta felső fogai inognak, fájdalmasak. Részint fogorvos, részint saját maga távolította el fogait a bal felső zápfogak kivételével. A mellső fogak helyéből geny szivárog. E helyeken a sonda érdes csontra jut.

15 év óta dolgozik gyufagyárban. Eleinte mártó volt, az utóbbi években mint berakó dolgozott évente 4—5 hónapon át, az év többi részében a gyáron kivül mint tetőmunkás foglalatoskodott. A beteg igen vérszegény, rosszul táplált. A pénztár kórházába vettem fel.

Julius 26-dikán a fogmeder irányában vízszintes, csontig ható metszést ejtettem. A csonthártyát ujjal és elevatoriummal könnyü szerrel letoltam, míg az ép csont határához értem. E helyen a felső állkapocs legnagyobb részét eltávolítottam.

A gyógyulás igen rohamosan ment, csupán a seb jobb sarkában halt el utólag kis darabka csont, a melyet pótlólag eltávolítottam. Augusztus 30-dikán teljesen gyógyulva távozott.

1899. február 6-dikán másodizben jelentkezett. A felső állkapocs jobb oldalán és közepén újra képződött ép csont, baloldali hátsó részén azonban elhalt csont érezhető. E mellett a bal orbita és járomcsont tájéka igen duzzadt, piros. Bemetszéskor geny ürül, a sebbe vezetett kutató a csupasz, elhalt járomcsontra jut. Márczius 18-dikán a száj felől a felső állkapocs még meglevő része a járomcsont elhalt részével együtt eltávolíttatott. Ez alkalommal úgy az orbita alsó fala, mint az ikcsont alsó felülete csonthártyától fosztottnak, érdesnek tünt ki.

A beteget márczius 20-dikán bocsátottam el a kórházból, egy ideig ambulanter gyógykezeltem. Igen halvány, állandóan fejfájásról panaszkodik. Minden jel szerint a csontelhalás a koponyaalap felé terjed.

A műtétek alkalmával eltávolított csontrészleteket szövettanilag feldolgoztam.

X. A. Sabina, 23 éves, hajadon. 7 év óta dolgozik gyufagyárban mint csomagoló.

Két hét előtt bal felső I-ső praemolarisát — fájdalmas lévén — kihúzatta. A fájdalom nem szünt meg. 1898 augusztus 8-dikán jelentkezett. Az említett fognak megfelelő fogfészek fala mindenütt érdes. Felvettem a pénztár kórházába, a hol másnap a fogmederre vízszintesen vezetett, csontig hatoló bemetszésből kiindulva a csonthártyát minden irányban eltoltam. Kitünt, hogy az említett fognak megfelelő fogfészek körül az állkapocs elhalt. Az elhalt csont az éptől könnyen vált el egy körülbelül 2½ cm. hosszú, alapján 1½ cm. vastag kúp alakjában. A Highmor-üreg a kúp hegyének megfelelő helyen nyitva volt. Zavartalan sebgyógyulás után szeptember 25-dikén a gyárba visszament. Azóta is ott dolgozik.

Az eltávolított csontot szövettanilag feldolgoztam.

A betegnek a már említett fogán kivül hiányzott a bal felső I-ső zápfoga, a jobb felső I-ső praemolaris foga, jobb felső I-ső zápfogának gyökere cariosus volt.

XI. P. Antónia, 31 éves, hajadon. Öt év óta dolgozik gyufagyárakban mint csomagoló. Jelentkezésekor két felső belső metszőfoga plombált, jobb felső II-dik praemolarisa, mindkétoldali alsó I-ső zápfoga, a jobb alsó II-dik zápfoga hiányzik, bal alsó II-dik zápfog plombált.

5 hét előtt huzatta bal alsó II-dik praemolaris fogát. Ennek helyén duzzanat keletkezett, a mely felfakadt. 1898. deczember 8-dikán jelentkezett. A legutóbb megnevezett fog fészkének külső fala csupasz, kissé érdes, a pénztár kórházában eltávolíttatott, szövettanilag megvizsgáltatott.

A sebzés helye 10 nap alatt gyógyult.

(Folytatása következik.)

A vizelet vizsgálata tekintettel az életbiztositásra.

Irta: *Vas Bernát* dr. egyetemi magántanár, a poliklinikai laboratorium főnöke.

(Vége.)

Neumeister és *Krehl*[1] kifogást tesznek a „physiologikus“ elnevezés ellen, mert tulajdonkép nem lehet szó physiologikus állapotról, minthogy physiologikus viszonyok között a vesehámsejtek nem bocsátanak át fehérjét. Felvehető, hogy az említett káros befolyások folytán részben toxikus anyagok halmozódnak fel a vérben, részben circulationalis zavarok keletkeznek, melyek folytán a vesehámsejtek táplálkozása szenved, ennek következménye, hogy a rendestől eltérőleg a fehérjét átbocsátják, vagyis ezen albuminuria tartama alatt az illető egyének veséjüket illetőleg mégis betegek. Minthogy azonban ezen albuminuriák általában jóindulatúak és jó prognosist nyújtanak, a physiologikus szó csak ily értelemben használtatik.

Minő álláspontot foglaljon el a biztosító orvos ily albuminuriánál. Nézetem szerint, ha egy oly esettel állunk szemben, melyben a physiologikus albuminuriát biztosan diagnostizálhattuk, akkor az illető a rendes díjtételek mellett felvehető. Ilyen esetek azok, midőn fiatal vagy közepes korú egyének, kiknél semmiféle organikus elváltozást a szervekben nem találtunk, az említett káros behatások egyikének vagy másikának kitéve magukat, fehérjét vizeltek. Ezen fehérje mennyisége mérsékelt vagy kevés — *Senator* szerint 0·04%-nál kevesebb. A fehérjetartalmú vizeletben, mely különben normalis külsejü, fajsúlyú és mennyiségü, mikroskoppal a legpontosabb vizsgálat daczára sem sikerül a vesére utaló alakelemeket — cylindereket vagy vesehámsejteket — felfedezni. A felvételt természetesen egy második, 10—14 nap mulva eszközölt teljesen kedvező eredményü vizeletvizsgálattól teszszük függővé és ily álláspontra helyezkedik a legtöbb angol biztosító orvos is, igy *Poore*, *Fraser*,[3] *Hingston Fox*[3] stb. Poore szerint ily esetekben a rendesnél behatóbb vizsgálat szükséges és albuminuria mellett még a legcsekélyebb tünetre, melyet különben hajlandók volnánk elhanyagolni, is ki kell terjeszkednünk.

Valamivel szigorúbban birálandók el azon esetek, melyek a „*cyclikus albuminuria*“ neve alatt szerepelnek.

Többnyire fiatal, kissé anaemikus egyéneknél a pubertas idejében fordulnak elő. A reggeli vizelet rendesen fehérjementes, mozgás közben azonban fehérje jelentkezik, ez délelőtt legkifejezettebb, délután pedig csökken, estefelé egészen megszünik. Sokszor rendes életmód mellett az albuminuria teljesen szünetel, excessusok után azonban csakhamar előáll. Vesealakelemek a vizeletben sohasem találtattak, vesebajba *Krehl*-nek tapasztalatai szerint nem mennek át és általában véve jóindulatúak. Igy birálandók el ezen esetek, nézetem szerint, az életbiztosítás szempontjából is, a hol tulajdonkép — a mint *Senator* mondja — nem az fontos, hogy constatáltassék, vajjon a biztosítandó egyén teljesen egészséges-e, hanem hogy az életkorának megfelelő valószinüségi élettartamot elérheti. Az eddigi tapasztalatok szerint a cyclikus albuminuriában vagy az ezzel rokon ifjúkori albuminuriában szenvedők ezen állapotot idővel kiheverik és Angliában ily esetek valamivel magasabb díjtételek mellett elfogadásra ajánltatnak. Nem kell különösen hangsúlyozni, hogy a biztosításoknál most dívó eljárások mellett ily esetek igen könnyen kikerülhetik a vizsgáló orvos figyelmét, mert ha a vizsgálatot a reggeli órákban közvetlen a felkelés után végezzük, fehérjét nem találunk, miután az ezen esetekben csak az izommunka, úgyszintén a vízszintes helyzetből a függőlegesbe való átmenetelkor áll elő.

Az említett albuminuriákon kivül fehérje azonban még igen gyakran fordulhat elő a vizeletben teljesen egészségeseknek látszó egyéneknél; ezeknek elbirálása egyik legnehezebb feladatát képezi a biztosító orvosoknak, hacsak nem helyezkedik azon kényelmes álláspontra, hogy fehérje, tehát visszavetés. Angliában a biztosító orvosok több mint 10 éve tárgyalják már a kérdést és az albuminuria több válfajára nézve a régitől eltérő megállapodásra jutottak.

[1] Pathologische Physiologie 2. k. 1896. Lipcse.
[2] Albuminuria and life assurance. Lancet, 1890. április 19.
[3] Albuminuria in relation to life assurance. Lancet. 1891. deczember 12.

Az albuminuriák között különös fontossággal bir az, melylyel a biztosító orvosok valószinüleg leggyakrabban találkoznak, t. i. azon albuminuria, melyet *köszvényeseknél* vagy *húgysavas diathesisben* szenvedőknél találunk.

A kinek alkalma van húgysavban vagy oxalsavas mészjegeczben bő üledékes vizeletet vizsgálni, bizonyára megerősítheti azt a tapasztalatot, hogy ily vizeletből alig hiányzik a fehérje is. *Grandmaison*[1] szerint az albuminuria ily esetben háromféle alakban mutatkozik, fiatal korban mint transitorikus, később mint permanens albuminuria, mindkét esetben a vese structuralis elváltozására utaló alakelemek nélkül, magasabb korban, illetve a baj hosszabb fennállása után vesealakelemek is találhatók és morbus Brighti képe fejlődik ki. Az ily esetekben mutatkozó albuminuriát a nagyobb mennyiségben kiválasztott húgysav és uratok okozzák, melyek kezdetben csak felületes, később mélyre ható laesiokat hoznak létre a glomerulusokban.

Nem tudom, hogy nálunk a biztosító társulatok minő álláspontra helyezkednek ily esetekkel szemben; Angliában, hol a köszvény gyakori, *Marsh*[2] szerint rosszak a tapasztalatok és ily eseteket csak szigorúbb feltételek mellett ajánlanak felvételre. *Hingston Fox* ellenben, ha a fehérjetartalmú vizelet magasabb fajsúlyú (1020—1040) és sok uratot tartalmaz, a jelölteket 4 hétre veti vissza, hogy ezen idő alatt egy kúrának vessék alá magukat; ha a második vizsgálat alkalmával a fajsúly alacsonyabb, a húgysavas sók kevesbedtek és az egyén egyébként egészségesnek találtatik, csak akkor ajánlja a felvételt.

A biztosító orvosoknak ily esetek elbirálásánál nézetem szerint a fehérjére és górcsövi leletre egyaránt tekintettel kellene lenniök és azon körülményt sem szabad figyelmen kivül hagyni, hogy a húgysavas diathesishez nephritisen kivül gyakran diabetes is szegődik. A fehérjelelet egymaga nem a döntő, mert hisz ily uratikus üledékben nem ritkán találhatunk cylindereket akkor is, midőn a vizeletben a fehérje kimutatása a legérzékenyebb kémszerrel sem sikerül. Bár úgy látszik, hogy ismereteink a cylinderekre vonatkozólag jelenleg bizonyos átalakulásokon mennek át, czélszerűnek tartom ily esetekben, hogy főleg a szemcsés cylindereknek eddigi jelentőségét ezentúl se mellőzzük és azokat a vese structuralis elváltozására jellegzeteseknek tekintsük. Ily körülmények között a fehérje és az üledék górcsöi vizsgálata együttesen lesznek irányadók az eset elbirálásánál. Nézetem szerint húgysavas diathesisnél az egyszerü fehérjevizelés vesealakelemek nélkül feltétlen visszavetésre okot nem képezhet. Ha a vizsgálati egyének még középkorúak, talán a negyvenedik életéven innen vannak, szervi bántalomban egyébként nem szenvednek és egy második, 1—2 hónap mulva, eszközölt vizsgálatnál ugyanoly mennyiségü fehérjét mutatnak, mint első alkalommal, felvételre ajánlhatók, legfeljebb a rendesnél magasabb díjtételek mellett.

Ha fehérjét nagyobb vagy középmennyiségben találunk akár vesealakelemekkel, akár a nélkül, a visszavetést természetesnek találjuk, mert igen ritkák azon esetek, minőket *Hingston Fox* említ, midőn 15—20 évig tekintélyes mennyiségü fehérje változatlanul állott fenn az egészség megzavarásának legkisebb tünete nélkül. Továbbá nem képezheti vita tárgyát, hogy oly esetek is visszavetendők a biztosítástól, bár csak kis mennyiségü fehérjét mutatnak a vizeletben, melyekben *Fraser* összeállítása szerint a következő momentumok egyike vagy másika van jelen: szívnagyobbodás, feszes pulsus, a vizelet mennyiségének nagyobbfokú szaporodása, igen alacsony fajsúly — 1010-en alul a 24 óráig gyüjtött vizeletből vett próbában —, epithelialis, zsír- vagy szemcsés cylinderek az üledékben, megszaporodott alacsony fajsúlyú vizeletben hyalin cylinderek, vízkór vagy ha ilyen az utolsó 2 esztendőben észleltetett volna, ólommérgezés, előrement vörheny, továbbá kiállott syphilis.

Nehéz az elbirálása az albuminuria azon eseteinek is, melyek az eddig említett kategoriák egyikébe sem oszthatók. Ilyenkor csak a legpontosabb vizsgálat, mely úgy az egész testre, mint a vizeletre és annak üledékére kell hogy kiterjedjen, nyújthat némi felvilágosítást és útbaigazítást a fennálló albuminuria lényegére nézve. Általában előnyös momentumoknak kell tekinteni, ha fiatal vagy középkorú, könnyü foglalkozást üző egyénekről van szó, kiknek vizeletében bár ismételt vizsgálatnál is mindig ugyanazon mennyiségü fehérjét mutatjuk ki, de vesealakelemeket sohasem találunk és a kiknél a megzavart egészség legkisebb tünete sem észlelhető. Ily körülmények között a felvételt, ha a fehérje eredetét illetőleg nem is vagyunk tisztában, a normalisnál nagyobb díjtételek mellett megajánlhatjuk.

Nem lehet azonban csodálkozni, hogy a biztosító orvosok az albuminuriának különböző válfajait, melyek úgy lényegükre, mint a prognosisuk szempontjából is oly rendkivül különbözök, mind egy kalap alá sorozzák és a felvételtől kizárják. A jelenlegi vizsgáló rendszer mellett nincsen megadva a biztosító orvosoknak a mód és lehetőség arra, hogy ily eseteket ismételt pontos vegyi és mikroskopikus vizsgálatnak vessenek alá és ennek alapján mondjanak itéletet; semhogy egyszer is tévedjenek, inkább valamennyi albuminuriás esetre egyforma mértéket alkalmaznak. Ez eljárásukkal a társulatok anyagi érdekeik szempontjából kétségtelenül helyesebben cselekszenek, mint akkor, midőn különben egészségeseknek látszó egyéneknél kis mennyiségü fehérjét vagy fehérjenyomokat minden alapos vizsgálat nélkül egyszerüen tekintetbe sem vesznek.

Másrészről viszont ezzel az eljárással megsemmisítik nem épen csekély számú egészségesnek mondható ember jogos igényeit a biztosításra.

Röviden összefoglalva, véleményem szerint a physiologikus albuminuria esetei a rendes, a cyclikus és a serdülők albuminuriája pedig nagyobb díjak mellett ajánlhatók felvételre; ugyanigy birálandók el a húgysavas diathesis mellett, valamint az ismeretlen okból származó kisfokú albuminuriák is, ha azok fiatal vagy középkorú, szervi bántalomban nem szenvedő egyéneknél fordulnak elő, feltéve, hogy a másodszor vagy harmadszor eszközölt vizeletvizsgálatnál, mely azonban a nap hosszabb szakában gyüjtött vizelet egy részletéből eszközlendő, mindig ugyanazon mennyiségü fehérje mutatható ki, vesealakelemek (cylinderek, vesehámsejtek) pedig nem találhatók. Közép- vagy nagyfokú albuminuria esetei, akár találunk vesealakelemeket, akár nem, ha szervi bántalom egyébként fenn sem forog, felvételre nem ajánlatosak; hasonlókép csekélyfokú albuminuriák esetei sem, ha az előbb említett szervezeti kóros tünetek egyikét vagy másikát constatálhatjuk a jelölteken.

A második kóros alkatrész, melynek vizsgálatát biztosító orvostól kivánják, *a czukor*. Sokkalta nagyobbak a nehézségek itt, mint a fehérjénél, ha arról van szó, hogy kis mennyiségü czukrot egy adott esetben biztossággal kimutassunk. A biztosításoknál jelenleg szokásos eljárások bizonyos esetekben — meggyőződésem szerint — teljesen elégtelenek erre, cserben hagyják a vizsgálót még akkor is, ha nem — a mint legtöbbször szokott történni — csak egy, hanem ha két, sőt három próbát is megkisérel a czukor kimutatására.

Értesüléseim szerint a biztosításoknál leggyakrabban a *Trommer*-félét, ritkábban a *Nylander*-féle bismuthpróbát és a *Heller-Moore*-féle kalilúgpróbát használják. Utóbbit kivéve, megbizható eljárások ezek a czukor kimutatására, ha sok, közép vagy mérsékelt mennyiségü czukorról van szó, kis mennyiségü czukor jelenlétében is legtöbbször kielégítenek, ha a próba kivitele szakszerüen történik és ha sohasem térünk el attól a szabálytól, hogy ily esetekben mindig legalább kétféle próbát csinálunk s nem elégszünk meg egy próba negativ vagy positiv eredményével.

De azért nem ritkák azon esetek sem, midőn a qualitativ próbákkal egyáltalán nem boldogulunk.

A *Heller-Moore*-próba kismennyiségü czukor kimutatására teljesen elégtelen. De nézzük az oly elterjedt használatnak örvendő *Trommer*-féle próbát. Alig ismerek ennél veszedelmesebb próbát a nem szakértő kezében, és ha rosszul végzik, végzetes tévedések alig kerülhetők ki. Meggyőződésem szerint ezen próbával a biztosító orvosok igen gyakran constatálnak czukrot, a mikor nincs, míg nem ritkán meglevő czukrot vele kimutatni nem képesek; az előbbi esetekben teljesen egészséges embereket vetnek vissza, utóbbi esetben, bár ezek ritkábbak, diabetikusokat ajánlanak felvételre.

Mert vegyük pl. a leggyakoribb esetet. Erőteljes, jó életmódhoz szokott, bőven táplálkozó ember a délelőtti vagy déli órákban, esetleg ebéd után jelentkezik vizsgálatra. Az ilyenkor

[1] Gaz. des hôpitaux 1894.
[2] Ref. Virchow-Hirsch. 1892.

bocsátott vizelet valamivel concentráltabb a rendesnél és így a physiologikus húgyalkatrészeket, ezek közül a húgysavat, kreatinint, brenzkatechint is nagyobb mennyiségben tartalmazza. Ezen alkatrészek, mint ismeretes, maguk is redukálni képesek a rézoxydot, de a czukorra jellegzetes rézoxydul kiválása nem szokott bekövetkezni. Ha azonban a próbához esetleg több rézsulfatot és kalilúgot veszünk és a vizeletet, a mi gyakran elég helytelenül történik, hosszabb ideig főzzük, czukor jelenléte nélkül is válhatik ki vörös rézoxydul vagy sárgásvörös réz-oxydulhydrat és ilyenkor czukrot veszünk fel, holott a vizelet csak erősebben redukál. A sok czukor diagnosisnak a biztosításoknál — nézetem szerint — gyakran a *Trommer*-féle próba hibás, nem szakszerű kezelése képezi alapját. Viszont lehetséges az is, hogy kismennyiségű czukor daczára negativ marad a *Trommer*-féle próba, mivel a kreatininból és hugyanyból származó ammoniak oldva tarthatja a reductio által képződött rézoxydult és megakadályozza annak kiválását.

Ilyen hibák a *Nylander* által módosított *Böttcher*-féle bismuth-próbával alig fordulnak elő, és szinte csodálatos, hogy ezen a legkisebb gyakorlatot igénylő próbát a practikusok még mindig nem helyezik a *Trommer*-féle próba fölé. A *Nylander*-próbát a húgysav, kreatinin egyáltalán nem zavarják, csak gyógyszerek, pl. az antipyrin, senna, rheum, salicyl stb., illetve azok bomlási termékei tanusítanak vele szemben ép oly viselkedést, mint a czukor.

Előfordulhatnak azonban esetek, midőn sem a *Trommer*, sem a *Nylander*, sem a két próba együttesen nem képes nekünk teljes bizonyságot szolgáltatni a felől, vajjon egy adott esetben czukor nyomok vannak-e jelen vagy sem. Ilyenkor a kérdés biztos eldöntése a kisebb laboratoriumi berendezést igénylő, kellő óvatossággal végzett erjedési próba nélkül szinte lehetetlen, ezen próba alkalmazása nélkül tévedések a biztosító orvosok részéről a czukor kimutatásánál alig lesznek kikerülhetők.

A mi a biztosító orvos álláspontját illeti azon esetekkel szemben, melyekben czukor akár csak nyomokban is kimutatható, úgy a biztosító társulatok részéről követett eljárást, tudniillik a visszavetést teljesen méltányolni tudom.

A vizeletben normalisan is előforduló czukor a rendes próbákkal nem lévén kimutatható, hanem csak bizonyos complicált eljárásokkal, a biztosításoknál egyáltalában szóba sem jön. Csak az úgynevezett *alimentaris glycosuriánál*, vagyis a nagyobb mennyiségü czukor elfogyasztása után előálló, rendesen nem nagyfokú és csak rövid ideig tartó glycosuriával kell röviden foglalkoznunk. Bár némelyek ezen glycosuria és a diabetes között minden összefüggést tagadnak, mások azt egy később beálló diabetes előjelének tekintik; sokkal kevesebbek tapasztalataink és rövidebb időről szólanak, semhogy tanácsos volna a biztosító orvosoknak ezen alimentaris glycosuriával szemben liberalisabb álláspontra helyezkedni, mint a közönséges diabetessel szemben. Véleményem azonban az, hogy ezen szigorú és most mégis helyeselhető álláspont is módosulna, ha a biztosító vizsgálat reformálásával ily esetben a vizsgálandóknak a szénhydratokkal, különösen az amylaceákkal szemben mutatkozó tolerentiája megállapítható lenne. Ezzel nemcsak képesek volnánk megkülönböztetni az alimentaris glycosuriát a valódi diabetestől, hanem felhasználhatnók oly esetekben is, midőn diabetikusok vizeletének ideiglenes czukormentességét megkisérlik arra, hogy a biztosító orvosokat megtéveszszék és a biztosításra elfogadtassanak.

A mi már most azon eljárásokat illeti, melyek hivatva volnának az említettem vizsgálati hiányokon segíteni, ilyeneket ajánlanom ma nem lehet. Sokkal kevésbbé ismerem a biztosító társulatok ügymenetét, belső életét, semhogy az összes paragraphusok és eshetőségek mérlegelése nélkül ezt megkisérhetném. Előadásom czélja csupán az volt, hogy a vizsgálat körül tényleg fennálló hiányokra rámutassak és azt az álláspontot jelezzem, melyet bizonyos, eddig kórosnak ismert alkatrészszel szemben a modern tudományos felfogás értelmében a társulatoknak ezentul elfoglalniok kellene.

A mennyiben a hiányos vizeletvizsgálatokból és az eddig elfoglalt helytelen álláspontból származó kár üzleti szempontból is érezhetővé válnék, a társulatok bizalmi orvosaik meghallgatásával bizonyára saját hatáskörükben fogják a megfelelő intézkedéseket és javításokat eszközölni.

Vajjon erre inkább czélhoz vezet-e egy házi laboratorium felállítása szakszerű vezetéssel, a mint azt *Aczél* javasolja, vagy pedig az egyetemen tartandó ily irányú cursusok segítenének-e a bajon, a mint azt *Vermes* ajánlja, annak elbirálása előadásom keretén kivül esik.

Minden esetre azonban némi útbaigazítást nyújthatnának a szükséges intézkedésekre nézve, ha a biztosító társulatok, úgy a mint az üzleti eredményeket közlik évenként, a mortalitások statistikáját is közölnék, ha nem is a nagy közönség, de legalább bizalmi orvosaik okulására.

Ezzel sok érdekes adatot nyujthatnának és esetleg becses directivát adhatnának a jövőben is előfordulható kétes esetek elbirálására nézve, a mi nemcsak nekik válnék kétségkivül anyagi és erkölcsi hasznukra, hanem idővel még az orvosi diagnostika némi, legalább ethikai szempontból nem alárendelt jelentőségü bővítésére és tökéletesítésére szolgálhatna.

A féregnyújtványgyuladás (appendicitis).

Dollinger Gyula dr. egyetemi nyilvános rendes tanártól.

(Folytatás.)

Csak a tudatlanság járhatna el mai napság az ilyen esetben máskép. A mütét czélja a befertőzött szervnek, a féregnyújtványnak teljes eltávolítása. A beteg előkészítése a laparotomiáknál szokott módon történik. Hogy az asepsisre nagy gondot fordítunk, azt mondanom sem kell. Hiszen ezen alapul a mütét sikerébe vetett szilárd reményünk. A *bemetszés helye* iránt nincsen végleges megállapodás. Míg a sebészek nagy része, különösen az angolok és az amerikaiak a féregnyújtvány felett, a Mc Burney-ponton metszenek be, Sonnenburg a csípőcsont széle mellett hatol át a hasfalon és még arra is törekszik, hogy a bőrmetszés és az izommetszés ne essék egymás fölé, a mit azzal ér el, hogy a bőrmetszés előtt a bőrt kifelé húzza. Ezzel a műtét után a hassérv képződését akarja meggátolni. Sonnenburg azután a hashártyáig bevágva, azt a csípőtányérról lefejti és a mikor a féregnyújtványhoz ért, megnyitja a hashártyát. Én eleinte követtem ebben Sonnenburgot, de utóbb meggyőződtem róla, hogy a hashártya ezen lefejtése szükségtelen és a féregnyújtvány felett hatoltam be a hasüregbe. A hasmetszés a széles hasipólya szálaival párhuzamosan kivülről felülről, be- és lefelé vonul. Eleinte csupán a hasipólyát nyitottam meg késsel, az izmokat pedig Mc Burney szerint egyszerüen széjjel toltam, de utóbb meggyőződtem róla, hogy nem az a fontos, hogy a hasisérvet elkerüljük, hanem az, hogy a hasfal egyes rétegeit pontosan összevarrjuk, és lehetőleg kicsiny sebbel érjük be. Morris 4 cm. hosszú seben keresztül operál. Ez valóban idealis és már a legközelebbi mütétemnél utánozni fogom. Az első eseteimben nagyobb metszést készítettem, mert mindent pontosan látni akartam. Az utolsó esetemben a féregnyújtványt már egészen a tapintóérzésem után indulva választottam ki, a mi egy bizonyos gyakorlat mellett könnyü, mert a féregnyújtvány kemény, hengeres képlet, a melynek tapintása egészen más érzést kelt, mint a körülvevő szervek bármelyikéé. Ha a féregnyújtvány lobos összenövéseiből ki van választva, akkor azt a vakbéllel együtt úgy fordítjuk, hogy eredési helye a metszésbe jusson, azután egy fél centimeternyire az eredésétől hashártya borítékát és az izomréteget körülmetszszük, az így keletkezett manchettát visszatoljuk a vakbél felé, a féregnyújtvány nyálkahártyatömlőjét közel az eredéséhez finom selyemfonállal lekötjük, lemetszszük, a csonk felett a manchettát bevarrjuk, azután az egész csonkot betoljuk a vakbél lumenje felé és a vakbél hashártyaborítékát felette Lembert-varrat módjára egynéhány öltéssel összevarrjuk. A terület revisioja után a hassebet, rétegenkint külön varrva a hashártyát, az izmokat, a széles hasipólyát és a bőrt, gondosan egyesitjük. E czélra vagy selymet, vagy valami megbizható catgutkészitményt, pl. chromcatgutet használhatunk. A sebre egy réteg jodoformos collodiumba mártott mullt ragasztunk, a mi jól elzárja. Ha a seb kicsiny, akkor a beteg a 10. napon felülhet, egy-két nap mulva egy keveset felkelhet és a második vagy harmadik héten az egyes eset szerint teljesen meggyógyulva elhagyja a kórházat.

Ha nincsenek complicatiok, a műtétet igen gyorsan be lehet fejezni. Egy ilyen egyszerű esetemben a mütét kezdetétől a sebvarrat befejezéséig 19 percz telt el.

Ezen *schemától akkor térünk el,* a mikor a mütét alatt kitünik, hogy a *vakbél hashártyája a féregnyujtvány eredése körül gyuladás folytán savóshártya jellegét elvesztette,* és újonnan képezett kötőszövettel van beborítva. Itt megtörténhetik, hogy a Lembert-varrat nem eredményez per primam gyógyulást és azért az ilyen esetben a csonk rendes ellátása után odaerősítjük a vakbélnek a féregnyújtvány eredését tartalmazó részét egynéhany öltéssel a hasseb széléhez, vagy pedig, ha ez nem lehetséges, ha a vakbél hegesen erősen oda van nőve a csípőtányérhoz, akkor a Mikulicz-féle köténykötést alkalmazzuk, a mely abból áll, hogy egynéhány réteg mullt helyezünk a hasseb fölé, azt zsákszerüleg begyürjük a féregnyujtvány eredési helyéig, a vakbélig a hasüregbe, az igy keletkezett zsákot pedig jodoformos mullal egészen lazán kitöltjük. Igy járunk el akkor is, ha a vakbél a gyuladás folytán a féregnyújtvány eredése körül annyira meg van vastagodva, hogy nem sikerül a féregnyújtvány csonkját befelé gyürni és a csonk felett varratot alkalmazni. Sonnenburg rendesen igy kezeli nyiltan az ő eseteit. A nyilt kezelésnek az a hátránya, hogy a seb helyén egy szélesebb heg keletkezik, a mely nem olyan ellentálló mint a rendes hasfal és idővel a hasprés müködése által kitágittatván, hassérv képződéshez vezet. Ezt Sonnenburg az által hárítja el, hogy oldalt hatol be a csípőtaraj széle mellett a hasüregbe, azok pedig, a kik a féregnyújtványra közvetlenül reámetszenek az által, hogy lehetőleg kicsiny helyen nyitják meg a hasüreget. Az appendicitis sebészeti gyógykezelésének első szakában *a hasi sérvek* meglehetősen gyakoriak voltak és a műtét népszerütlenitéséhez ez a körülmény is hozzájárult. Ma a hassérvképződést az emlitett módon meggátoljuk. Ha az intermedialis időszakban a *csípőtányérban daganat van,* akkor nem a Mc Burney-ponton, hanem a daganat legnagyobb domborúságán vágunk be. A daganat a hegtömeg, a melynek magját a féregnyújtvány képezi. A daganat legtömöttebb központjába kell behatolnunk, ott van az eltávolítandó szerv. Ezt a heg néha annyira körülveszi, hogy azt belőle csak darabokban szedhetjük ki, néha csak kikaparhatjuk, de azért el kell távolítani egészen, mert egy ott maradt, nagyobb darabja esetleg új rohamot provokálhat.

Ha *tályogképződés jelei vannak,* azonnal operálunk. A roham végét itt bevárni nem lehet, mert vége sokszor a beteg élete végét jelenti. Sonnenburg 81 esetben operált körülirt genyes gyuladásnál a roham alatt és a betegek közül egy sem halt meg. A bemetszés nem a Mc Burney-ponton történik, hanem a tályog legnagyobb domborúságán; ha jelentékenyebb daganat nincsen, akkor a csípőtarajhoz közel a mellső felső csípőtövistől lefelé és befelé viszszük a metszést. A hasfal néha vizenyösen be van ivódva, máskor pedig a mint a széles hasipólyán keresztülhatoltunk, azonnal a genyedség kezd a szövetek közül elöömleni. Ha a tályog heges szövettől van körülvéve, akkor az elevátor hegyével, vagy az ujjunkal hatolunk rajta keresztül. Ha a tályognyitással beérjük, akkor a genyedség kibocsátásával a mütét be van fejezve.

A tályogüregbe lágy draincsövet helyezünk és kivül a beteget jó vastag réteg steril-vattával bekötjük, a mely az első 24 óra bövebb genyes váladékát felfogja. Azonban a tapasztalat azt mutatta, hogy a féregnyújtvány áttörése és a tályogképződés, továbbá a genyedés, a mely a tályognyitás után egy ideig fennáll, nem nyujtanak garantiát az iránt, hogy a féregnyújtvány-gyuladás ne ismétlődjék és Körte egyszerü tályognyitás után 12-szer látott recidivát. Azért, hogy a beteget teljesen meggyógyitsuk, a *tályognyitás után is el kell távolítanunk a féregnyújtványt.* Ha a tályognyitás csakhamar követi a genyedés első jeleit, akkor a féregnyújtvány könnyen feltalálható a tályogüregben, mert a genyedség kiöblítése és kitörülése után néha egészen felületesen fekszik a tályog falán. Ellenben, ha a tályog már régebben áll fenn, akkor feltalálása sokszor nem könnyü és azért mielőtt ehhez hozzáfogunk, a tályogüreget steril physiologiai konyhasó-oldattal tisztára kiöblítjük és 1 pro mille sublimat-oldattal vagy tömör hydrogen-dioxyddal fertőztelenitjük. Ez azért szükséges, mert az appendix keresése alkalmával a legnagyobb valószinüséggel megszakasztjuk a hashártyát, a mi által a tályogüreg communicatioba lép a hasüreggel. A jelzett elővigyázati intézkedések mellett a hasüreg megnyitása a tályogüregből nem veszélyes. Mc Cosh és Hawker 27 tályognyitás esetében 13-szor távolították el a féregnyújtványt és ezek közül 10-szer nyitották meg a hasüreget, a nélkül, hogy egyetlen egy betegük meghalt volna. Ugyanigy jár el Sonnenburg, Morris stb. *Azonban, ha a betegnél hashártyaizgatottság tünetei* vannak, akkor a hasüreg megnyitása mégis veszélyes, mert az ilyen hashártya már nem lévén egészen egészséges a megnyitás alkalmával, a desinfectio daczára is netalán a tályogban maradt és onnan belékerülő bacteriumok ellen nem képes oly jól védekezni, mint az egészséges hashártya. Azonkivül, ha a beteg a műtétig kiállott szenvedésektől már nagyon elgyengült, akkor sem tanácsos a tályognyitás alkalmával azonnal a féregnyújtványt eltávolítani, mert ez a mütétet néha nagyon megnyújtja. Az ilyen esetben érjük be egyelőre azzal, hogy a beteget a tályognyitással az életveszélyből szabadítottuk ki, a beteg a mütét után gyorsan javulni és erősödni fog, mert láztalanná lett, az orvos reá ér a tályogot gondos sebkezelésével fertőzteleníteni, úgy hogy két-három hét mulva egy secundaer mütétnek sokkal jobbak lesznek a kilátásai, mintha azonnal a tályognyitáskor operáltunk volna. A mütét azután olyan, mintha tályog nélküli esetet rohammentes időszakban operálnánk.

Ha a tályog nem lesz idejekorán megnyitva, hanem csak akkor, a mikor a fentebb leirt tályogvándorlás valamely alakja létrejött, akkor már a kilátások a beteg megmentésére nagyon rosszak.

Az ilyen esetekre nem lehet szabályt alkotni, hanem a szervezet pontos átvizsgálása után esetről esetre fogjuk eldönteni, vajjon történhetik-e még valami a beteg érdekében. Az áttörést a hasüregbe rendesen hirtelen fellépő erős fájdalom jelezi, a mely az egész hasra kiterjed. Ehhez a belek puffadása is csatlakozik, a beteg összeesett, az érverés gyors, többnyire kicsiny, a hőmérséklet magas, néha azonban rendes vagy subnormalis, a melyet csekély lázas hőemelkedések szakíthatnak meg. A beteg sokszor hány.

Ha az áttörés a hasüregbe történt és a körülmények olyanok, hogy a műtéttől még várhatunk eredményt, akkor ne a középvonalban hatoljunk be a hasüregbe, hanem a Mc Burney-pont tájékán. Az izzadmány kibocsátása után a hasüreg meleg steril phys. konyhasó-oldattal, utána esetleg 2%-os bór-oldattal vagy hydrogen-dioxyddal mosatik ki. Mc Cosh és Hawker ilyenkor a belekben punctioval magnesium sulfuricum tömör oldatából 30 gm.-ot fecskendenek be és a mikor a beteg a chloroformmámorból felébred, per os 0·6 kalomelt adnak neki. Csöre, a míg kiadós székletét nem következik be, ha hányás van jelen, gyomormosás. Ha a féregnyújtványt könnyen el lehet távolítani, akkort azt meg kell tenni, ha nem, akkor tekintettel a beteg súlyos állapotára nem kell a mütétet kereséssel megnyújtani. A hasüreg nyitva tartatik és gondoskodni kell a váladék levezetéséről. A beteg további kezelése az általános szabályok szerint történik. Mc Cosh és Hawker 9 beteget operáltak általános hashártyagyuladással. Ezek közül meggyógyult 3, meghalt 6. Sonnenburg különbséget tesz azon esetek között, a melyekben tovaterjedő rostonyás-genyes hashártyagyuladás van jelen számos tályoggal a belek között és az általános septikus hashártyagyuladás között, a mennyiben az előbbeni sokkal jobbindulatú. Ennél 18 operált betege közül meggyógyult 8, vagyis majdnem minden második, a septikus általános peritonitisnél pedig 21 operált beteg közül csupán 3 gyógyult meg, azaz minden hetedik.

És miután igy a féregnyújtványgyuladásról szóló ismereteinket vázlatosan eléjük terjesztettem, reátérek a legkényesebb és legvitásabb részre, *az indicatiora.*

Szóljunk mindenekelőtt az első rohamról.

Ha léteznének olyan egészen biztos kórjelek, a melyekből a gyakorlő orvos a roham kitörésekor azonnal biztosan meg tudná mondani, hogy az adott esetben appendicitis simplex-szel van dolga, a mely egynéhány nap alatt meg fog gyógyulni és soha többé ismétlődni nem fog, akkor természetesen, ennek megállapitása után a műtővel szóba sem állana és nehogy a beteget nyugtalanitsa, a nevét sem ejtené ki. Ha egy másik esetben volna rá mód, hogy azonnal az első rohamban felismerje az appendicitis recidivanst, a mely esetleg már egy hónap mulva először és azután még számtalanszor készül megismétlődni, akkor vagy azonnal a roham

alatt operálna, de a mint elmult, bizonyosan kitárná a beteg előtt a helyzetet és egész ékesszólását felhasználná, hogy a műtétre reábeszélje, mielőtt esetleg már a második roham kedvezőtlenebb viszonyokat teremt. Ha egy harmadik adott esetben azt tudná, hogy perforatio készül, természetesen megoperáltatná a beteget még a perforatio előtt, mert egyes esetekben a perforatio azonnal a szabad hasüregbe történik és a beteget a legveszedelmesebb helyzetbe hozza, vagy ha azt tudná, hogy itt appendicitis *gangraenosa* van készülőben, melyikünk várakoznék vagy habozna csak egy perczig is. Hisz erre csak tudatlanság vagy rosszakarat volna képes. Az imént leirtam azon kórjeleket, a melyek az egyes rohamokat jellemzik, de ezek többnyire csak azt mutatják, mi van ma és alig engednek következtetést a másnapra, de sőt a következő órára sem biztosat, mert a legegyszerűbbnek látszó eset már egy óra mulva átfúródás folytán tályogképződés vagy általános hashártyagyuladás tüneteit mutathatja. És e körülményekben rejlik az indicatiokat illető controversia alapja.

A különböző álláspontok egyik végletét foglalják el azon kevesen, talán már nincsenek is, a kik a féregnyújtványgyuladásnál a sebészeti gyógykezelést perhorreskálják, vagy legfeljebb akkor fordulnak a sebészhez, ha nagysokára a betegség kitörése után, a mikor a lázak a beteget már egészen kimerítették, végre a jobb csípőtányér tájékán valahol egy jókora tályog jelenik meg a bőr alatt. Még 15 esztendő előtt körülbelül ebből állott az appendicitis sebészi gyógykezelése. Láttuk, milyen nagyot fordult azóta!

A másik végleten azok állanak, a kik *minden féregnyújtványgyuladásnál azonnal* az első roham kitörésekor sürgetik és hajtják végre a műtétet. Ide tartozik Dieulafoy, Le Dentu, Potherat, Segond, Tuffier, Morris stb. Ez utóbbi „Lectures on appendicitis“ czimü könyvében a következőképen okoskodik: „A féregnyújtvány be van fertözve és a szomszéd szervekre nézve olyan veszélyes, mint egy diphtheriás gyermek a testvéreire nézve. A mint ez meg van állapitva, a féregnyújtványt ép úgy, mint a gyermeket, rögtön isolálni kell. A féregnyújtványt isolálni a szomszéd szervektől csakis úgy lehet, ha eltávolitjuk s ezért minden appendicitist azonnal meg kell operálni, mert minden órányi várakozás nagy veszélyeket hozhat. A statistika azt mutatja, hogy sebészeti kezelés nélkül a féregnyújtványgyuladásban szenvedő betegek 15 százaléka meghal. Ebbe még nincsenek is azok felvéve, a kik az appendicitis által feltételezett valamely más betegségben pusztultak el később. Bull statistikája azt mutatja, hogy az intermedialis időszakban megoperált betegek közül 2% halt meg, pedig már az intermedialis stadiumban jöttek létre a szomszédszerveken olyan változások, a melyek az esetet kedvezőtlenebbé teszik. Helyesen végzett mütét után a halálozás minden esetre kisebb 1%-nál. Ehhez járul még, hogy a mütét, a melyről itt szó van, maga sokkal kevesebb kellemetlenséget okoz a betegnek, mint egyetlenegy roham. Ha a mütét nélküli kezelés 15%-nyi halálozása mellett a sebészeti kezelés halandósága 14% volna, akkor is sebészileg kellene kezelni az appendicitist, de igy a különbség a sebészeti kezelés javára óriási és azért mindebből az következik, hogy minden appendicitist vagy azonnal az első roham első időszakában, tehát a betegség kitörésekor, kell megoperálni, vagy pedig azonnal utána. Ezt az argumentatiot még megerősíti az, hogy a második roham 7 beteg közül megöl egyet. Ha tehát nem operálhatunk az első roham alatt, kerüljük el a második által feltételezett veszélyt.“

Ez az okoskodás tiszta a felsorolt tények következtetéseit teljesen levonja. De csak a felsoroltakét. Morris csak a 15%-nyi halálozást nézi és nem veszi figyelembe azt a fontos tényt, hogy az első rohamból a betegek 70%-a teljesen meggyógyulva kerül ki. Ő ezeket is megoperálja és azért eljárása reám azt a benyomást teszi, mint egy baleset elleni tömegbiztositás. A befizetés, a mit minden betege teljesit, a mütét. Ezen túl kell esnie valamennyinek, akár van reá szüksége, akár nincsen, nincsen pedig a betegek 70 százalékának, vagyis majdnem $^3/_4$ részének, mert ezek anélkül is meggyógyultak volna. Még hagyján állana a dolog, ha 70%-nak volna szüksége a mütétre és csak 30 operáltatnék meg hiába csupán bölcs előrelátásból, de igy a betegeknek majdnem $^3/_4$ része kerül hiába a mütőasztalra. Ha ezt igy terjesztenék a beteg elé és neki kinjai közepette volna elég higgadt itélete, nem gondolják-e, hogy a legtöbb mégis csak kiállaná a rohamot és ki akarná használni a mütét nélkül való meggyógyulás 70%-nyi kedvező esélyeit. És mi magunk még inkább ne okoskodjunk-e igy, a mikor tudjuk, hogy a többi 30% további sorsa sincsen egészen a véletlenre bizva?

Vannak jeleink, a melyek arra utalnak, hogy tályog van fejlődőben. A mint e jelek megjelennek, azonnal operálni kell és egy napig sem szabad várakoznunk, mert az máris súlyos veszélybe hozhatja a beteget. Ha gondosan megfigyeljük betegeinket, nem leszünk ugyan abban a helyzetben, hogy megmondjuk biztosan mi lesz holnap, de teljesen ismerni fogjuk a mai helyzetet és a szerint fogunk cselekedni, ha szükséges még ma.

Azon esetek közül, a melyekben az első jelek azonnal az átfúródás és a septikus általános hashártyagyuladás, azok, a kik azonnal az első rohamban operálnak, épen úgy elveszitenek 7 beteg közül 6-ot, mint Sonnenburg, ezen esetekben ők semmi előnyben sincsenek. A különbség tehát közöttünk az, hogy míg az előbbeni álláspont hivei 100 beteg közül hetvenet megoperálnak hiába, addig nálunk ez a 70 beteg mütét nélkül gyógyul, a fenmaradó 30%-nál pedig vagy az első rohamban operálunk, ha tályogképződés jelei mutatkoznak, vagy pedig, ha egy második roham mutatkozik, a roham alatt távolítjuk el a féregnyújtványt, hogy azt vele coupirozzuk, vagy pedig a roham után, azonnal.

Van még egy kérdés és ez teremti meg a legnehezebb helyzetet az orvosra nézve. *Mit kell tennünk, ha általános hashártyagyuladás* jelei mutatkoznak. Nem azok az orvos elhatározására nézve a nehéz esetek, a melyekben ez olyan foudroyansan lép fel, hogy a mikor a beteget meglátjuk, az már összeesett a septikus méreg hatása alatt, az ilyen esetben természetesen szó sem lehet már a műtétről, hanem azon esetek, a melyekben az orvos az életveszélyt már egészen tisztán látja és a betegnek még van annyi ereje, hogy azt a metszést, a melyből a beavatkozás ilyenkor áll, jól elbirhatja. Fentebb bemutattam, milyen szerfelett nagy halálozás van itt; a mütét daczára csak minden 7-dik beteg marad életben, de vannak gyógyult esetek is és az életmentési kisérlet nem teljesen reménytelen. Ha kimondjuk, hogy a beteg meghal és nem operálunk, igazat mondunk, mert a beteg operatio nélkül egészen bizonyosan meghal épen úgy, mint a vizbefult ember, ha kisérletet sem teszünk, hogy kihúzzuk; ha azonban a szivünk is megmozdul és a csekély reményt, a mely a beteg életéhez van, ki akarjuk használni, ha ezt a család elé terjesztjük és az a beteggel együtt reá áll a mütétre és már most a beteg mégis meghal, akkor alig marad el a vád, hogy a mütéttel hozzájárultunk a beteg tragikus végéhez, és utolsó óráit még súlyosabbá tettük. Mert a laikus emlékezetében természetszerüleg soha el nem halványul a mütőasztalról lekerült és nemsokára azután meghalt beteg emlékezete. Ez az emlék dominál annak emlékezete felett, hogy az orvos hangsúlyozta, milyen igen kevés a remény a beteg megmentéséhez.

Hogy nem fog egyikünk sem operálni, ha a beteget elveszettnek hiszi, ahhoz kétség sem fér, de ha a mondottak alapján van rá kilátás, hogy a beteget megmentjük, akkor egyikünk sem fog habozni és meg fogja tenni a kötelességét.

Ez a féregnyújtványgyuladás sebészeti gyógykezelésének szomorú oldala és hozzá tartozik a kép teljességéhez. Nehéz pályánknak megvannak ezek az erős árnyékai, de szerencsére vannak fényoldalai is, és hogy ne épen e szomorú árnyékkal fejezzem be ünnepélyes együttlétünket, szolgáljon kimagasló fénypontnak az a tudat, hogy a féregnyújtványgyuladás helyesen megválasztott, idejében végzett mütéteknek tulajdonképen nincsen halálozási százalékuk és hogy a sebészek azon válvetett működésének, a mely egyes vezérférfiak eszméi után indulva a sebészeti technikát a mai magas niveaura emelte, már ma is az az eredménye, hogy bizonyára az ezret meghaladja azok száma, a kiket a sebészet csupán az appendicitis helyes gyógykezelésével évente megszabadit szenvedéseiktől, visszaadva őket munkakörüknek, családjuknak és az életnek.

És most áttérek azon kóresetek rövid ismertetésére, a melyek a vezetésem alatt álló klinikán az 1898—99. évi tanév alatt gyógykezelésben részesültek.

(Folytatása következik.)

TÁRCZA.

Az elmebetegség veszedelme és az ellene való védekezés.

(Vége.)

Az a számszerint oly hatalmas osztály, a mely ez idő szerint a culturai munkálkodásnak legfeljebb még csak technikai részét végzi és a culturával szemben inkább csak passivnak mondható, azontúl jelentékeny részében activ szerepet fog vállalni és a társadalom intellectualis és egyéb erkölcsi értékű vagyonának kezelői és gyarapitói közé fog lépni. Nem lehet tehát közömbös a társadalomra nézve, hogy az ezen osztályból származó további generatiok mily szellemi és testi qualitásokkal fognak rendelkezni, hanem érdekében áll, hogy a culturának ezen várandó tömérdek sokaságú új napszámosa a reá háramló új feladatok végzésére minél alkalmasabb legyen.

Örömmel kell tehát a tényt üdvözölni, hogy az alkoholismus kérdésével, úgy látszik, nálunk is kezdenek már foglalkozni és hogy annak több szempontból való fejtegetése a legközelebb Budapesten tartandó nemzetközi gyermekvédő congressus programmjába is fel lett véve.

A gyermekvédelem bizonyos tekintetben a mi törekvésünk czélja is, a mennyiben az utókor szellemi épségét biztositani akarjuk.

De a rationalis gyermekvédelemnek a *szülőknél* kell kezdődnie és azért figyelmünket első sorban ezekre kell irányitanunk. Nem mindig biztató, a mit itt látunk, és különösen aggasztónak tartok egy jelenséget, a mely az utolsó egy-két évtizedben mint állandóan actualis kérdés a társadalomnak széles rétegeit foglalkoztatja.

Korunk socialis mozgalma ugyanis be akarja vinni a nőt az élet küzdelmébe, vagyis ki akarja tenni mindazon tényezők káros behatásának, a melyek a férfiaknál a tömeges neurastheniát idézték elő és azt eredményezték, hogy az elmebetegség esete jelentékenyen több a férfinemnél, mint a női nemnél, daczára annak, hogy természet szerint inkább az ellenkezőt kellene várni, miután a nő nemi életében és kedélyvilágában az elmebetegségre praedisponáló vagy az azt kiváltó kórhatányoknak egész sora rejlik, a melyektől a férfi egészen mentve van. Kétségtelen, hogy a gyengébb idegzetű nő a szellemi és physikai megerőltetés alatt sokkal előbb és inkább fog szenvedni, mint az általában erősebb idegzetű, edzettebb férfi.

A neurastheniás és az elmebetegségre még jobban hajlamositott nő lesz tehát az úgynevezett nőemancipationak productuma és a helyett, hogy a nő az ő ép idegrendszerével a keletkező magzat javára ellensúlyozó momentumot képezne a férfi neurastheniájával szemben, inkább ellenkezőleg még csak elősegiteni és siettetni fogja a progressiv elfajulást.

Nem kell az elmeorvos pessimismusa hozzá, hogy valaki az ilyen szülőktől származó ivadékban már előre is a súlyosan degenerált egyént lássa és csodálkoznom kell, hogy ez a szempont a nőkérdés vitatásánál figyelemre és méltatásra eddig még nem talált.

Egyébiránt közelebbről érdekel bennünket a közvetlen jelen, mint a késő jövő és azért végezetül rátérek annak felemlitésére, hogy az elmebetegség terjedésével szemben az élő generatiokra való tekintettel mit tegyünk. Igérem, hogy az elmondandókat egészen rövidre fogom szabni, bár eredetileg kitűzött czélom ép annak bővebb fejtegetése volt, a mit most már csak pár szóval fogok érinthetni.

Eredetileg ugyanis a nép számára felállitandó *ideggyógyintézetekről* akartam csak értekezni, a melyeknek szükségességét közbevetőleg már két év előtt, trencséni összejövetelünk alkalmával kiemeltem. Felállitásuk azért szükséges, sőt sürgős, mert egyelőre ez az egyedüli eszköz, a melynek segitségével az elmebetegségek számát már most némileg csökkenthetjük.[1]

Igen nagy része azon okoknak, a melyek elmebetegséget *i*déznek elő, a civilisatioban rejlik és *Tolstoj* elméletének kellene gyakorlatilag érvényesülni, vagyis összes culturánkat egy csapásra meg kellene semmisitenünk, hogy azon okokat megszüntessük.

Arra azonban semmi hajlam sem lévén, csakis az alkalmazkodásban kereshetjük és találhatjuk a szükséges orvosságot.

Ám ez hosszú idő kérdése.

Életmódunk és szokásaink, nevelési és oktatási rendszerünk, társadalmi és kereseti viszonyaink stb. csak lassan, lassan fognak megfelelő előnyös irányban megváltozni és ép úgy lesz mindaz, a mit az elmebetegségek prophylaxisára vonatkozólag előbb volt szerencsém felhozni, csak hosszú ideig tartó czéltudatos és ernyedetlen munkálkodással, államnak és társadalomnak vállvetett buzgó tevékenysége által megvalósitható.

Mindennek jótékony hatása pedig csak évtizedek multán lesz egész nagyságában érezhető.

Közvetlen feladatunk tehát csak az lehet és annak kell is lenni, hogy azokat, a kiket az elmebetegség veszélye fenyeget, ezen veszélytől lehetőleg megóvjuk. A kinek elég ideje és sok pénze van, az, ha az őt fenyegető veszélyre figyelmessé lesz, ezt sokszor tényleg el is hárithatja. Pihenés, klimatikus gyógyhely, tengeri fürdő, idegsanatorium, hidegvizgyógyintézet és sok más, a mit az orvosi tudomány a technika segitségével nyujthat, sőt sokszor még az is, a mit a kuruzslás az emberi hiszékenység felhasználásával művel, mindaz egyesül, hogy a pénzes embernek megrongált idegrendszerét ismét reparálja.

De vajmi kevés az az ember, a kit a sors oly kedvező helyzetbe juttatott, hogy esetleg hónapokon át kereset nélkül ne csak megélni, hanem egészségének helyreállitására még sok pénzt is áldozni tudjon.

A többinek, vagyis a nagy sokaságnak drága kúrákra pénze nem telik, úgy hogy ha idegrendszerében egyszer kárt szenvedett, tehetetlenül kénytelen nézni saját pusztulását.

Ezek részére volnának szükségesek az olcsó ideggyógyintézetek, a melyekben a létérti küzdelemben kifáradt, idegzetében erősen megviselt szegényebb ember pihenést, üdülést és gyógyulást találna és igy saját magának, családjának és a társadalomnak visszaadatik.

Milyenek legyenek ezek a nép-gyógyintézetek, a melyeknek egy része esetleg az elmegyógyintézetekkel volna bizonyos nexusba hozható, azt ma, a mikor becses türelmüket már annyira igénybe vettem, ki nem fejthetem, azt egy más alkalomnak kell fentartanom.

De legyen e vándorgyülés, a melynek a magyar tudomány és társadalom már sok új eszmét, sok üdvös intézményt köszön, az a hely, a honnan elmebetegügyünk reformálására és népünk idegbetegeinek gyógyitására a buzdító kezdeményezés kiindult.

Epstein László dr.,
a budapest-angyalföldi m. kir. állami elmegyógyintézet főorvosa.

[1] Akkor még nem volt tudomásom arról, hogy a nép-ideggyógyintézetek eszméjével Németországban már foglalkoztak és igy trencséni felolvasásomban jóhiszemű meggyőződéssel mondhattam, hogy a szóban forgó intézménynyel „a külföldet is megelőzzük“. Daczára annak, hogy a szakirodalmat állandóan figyelemmel kisérem, az emlitett tény sajátságosan mégis csak később jutott tudomásomra. *Möbius*-nak egy dolgozatában (Bemerkungen über die Priorität. Vermischte Aufsätze. Leipzig, 1898) olvasom, hogy *Möbius* maga már 1894-ben irt e tárgyról, a nélkül, hogy viszont neki tudomása lett volna arról, miszerint *Krafft-Ebing* már egy 1891-ben adott, de közzé nem tett szakértői véleményben szükségeseknek jelezte ezen intézeteket. Azért emlitem ezt, mert az a körülmény, hogy ugyanazt az eszmét különböző helyeken egymástól függetlenül penditik meg, mutatja, miszerint a viszonyok érlelték meg azt az eszmét és hogy az óhajtott intézmény tényleges szükségletnek felelne meg.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Budapest székes főváros közkórházainak évkönyve. 1898. A székesfővárosi törvényhatóság megbizásából közrebocsátja a szt. Rókus-közkórház igazgatósága. Budapest, Pesti könyvnyomda-részvénytársaság, 1899.

Néhány héttel ezelőtt jelent meg a székes főváros közkórházainak 1898. évi működéséről szóló tizenegyedik évkönyv az előzőkhöz hasonló alakban és gazdag tartalommal. A *statistikai részben* — a melynek több tekintetben érdekes adataira helyszűke miatt nem terjeszkedhetünk ki — a betegforgalmi kimutatás az eddig használt betegségi névsorozat helyett az 1898-ban belügyministeri rendelettel kiadott utasitásban foglalt új betegségi névsorozat szerint állittatott össze. Ugyanezen részben találjuk az új szt. János-kórház és az ennek fiókját képező, szintén újonnan épült szt. Margit-kórház leirását, a kórházakat ábrázoló képekkel és tervrajzokkal. A *gazdászati rész* a székesfővárosi tanács határozata értelmében ezentúl közölni fogja a székesfővárosi kórházak részére évenként befolyó hagyományokat; az 1898. évben 2018 forint folyt be hagyományok czimén. A mi végül a *tudományos részt* illeti: a benne foglalt közlések újból fényes tanúbizonyságát adják annak, hogy a székesfővárosi kórházak gazdag beteganyagát tudományos czélokra is kellőképen felhasználják. Összesen 23 dolgozat talált helyet ezen évkönyv tudományos részében; a dolgozatok czimei a következők: *Pertik Ottó*: A szt. Rókus-kórházi prosecturában 1898-ban bonczolt ritkább esetek kórboncztani lelete; *Elischer Gyula*: Adatok a méhenkivüli terhesség kórtanához; *Gerlóczy Zsigmond*: A szt. László-kórházban 1898-ban serumtherapiával elért eredmények diphtheriánál; *Böke Gyula*: A csecsnyújtvány felvésének egyik feltétlen indicatioja; *Morelli Károly*: 1. Angioma multiplex linguae. 2. Angiosarcoma linguae et epiglottidis (színes táblával); *Haberern J. Pál*: Amputatiok Schleich-féle infiltratios anaesthesiával; *Donáth Gyula*: 1. A Röntgen-laboratorium berendezése és működése. 2. Traumás eredetű periodikus hüdés esete; *Chudovszky Mór*: Önkéntes csonttörés négy esete; *Genersich Antal*: A szt. István-kórház prosecturájában végzett bonczolásokból néhány érdekesebb eset; *Róna Sámuel*: A heveny takonykór két esete; *Feuer Nathaniel*: Jelenlegi distichiasis-műtétek a szt. István-kórház trachoma-osztályán; *Kovács Aladár*: A bőr hyperalgesiája visceralis bántalmakkal kapcsolatban; *Lipscher Mór*: Recidiváló vakbélkörüli gyuladás után keletkezett jejunumszűkület esete; *Vidéky Richárd*: A cornealis betegségek kezelése a szt. János-kórház szemészi osztályán; *Goldzieher Vilmos*: Adatok a szem újképződményeinek tanához; *Ringer Jenő*: A neurastheniás heveny zavartságról; *Hudovernig Károly*: A circularis elmezavarról; *Décsi Károly*: A katatoniáról; *Tomka Samu*: 1. A csecsnyújtvány-műtétekről; 2. Exostosis a külhalljáratban; *Fejér Gyula*: 1. Neuritis retrobulbaris chronica esete. 2. Kétoldali papillo-retinitis haemorrhagica 19 hónapos gyermeknél. 3. Üvegdarab a mellső csarnokban. Ezeken kivül egy közlemény a szt. János-kórház sebészi osztályán Bassini szerint végzett sérvműtétekről számol be.

Összefoglaló szemle.

A cystoskop alkalmazásának jelen állásáról a sebészetben. Ismerteti: **Illyés Géza** dr., tanársegéd az egyetemi I. számú sebkórodán.

(Vége.)

Húgyhólyagkövecknél igen jól láthatjuk a kőnek alakját, nagyságát; természetesen pontosan számba kell itt venni a cystoskopnak a kőtől való távolságát, valamint fekvését is; a színből és a felületnek sima vagy dudoros voltából némi következtetést vonhatunk a külső kéregnek vegyalkatára is.

Fontos ezen vizsgálat annak megállapítására, vajjon egy vagy több kővel van-e dolgunk, továbbá diverticulumban fekvő vagy betokolt köveknél s incrustálódott daganatnál, mely utóbbit néha cystoskop nélkül nem is vagyunk képesek biztosan kórismézni. *Litholapaxia* után mindig czélszerű cystoskopikus vizsgálattal meggyőződni arról, vajjon a kő egészen eltávolíttatott-e, vagy nem maradtak-e vissza kis letört részek, a melyek újabb köképződésnek képezhetik magját.

Idegen testek pl. letört katheter-darabkák vagy masturbationalis czélból véletlenül bejutott legkülönbözőbb tárgyak felkeresésében jelentékenyen segítségünkre van.

Prostata hypertrophiánál azon esetekben, midőn a középső lebenynek túltengése van jelen, láthatjuk annak helyét s kiterjedését, s megítélhetjük, vajjon alkalmas-e a műtétre vagy sem. Prostata hypertrophiánál különben az orificum urethrae internum által alkotott sarlószerű függönyt egyenetlennek látjuk, a mint egyik vagy másik lebeny van erősebben túltengve s a mely helyek sötétebb foltok alakjában nyilvánulnak. Megemlíthetjük a tuberculás hólyagot s az esetleg jelenlevő diverticulumokat. Prostata carcinománál és heveny prostatagyuladásoknál a cystoskopizálással sokat árthatunk.

A hólyag lobos megbetegedésénél a heveny stadiumban a nyálkahártya élénk vörös, belövelt, könnyen vérzik. Itt a vizsgálat nehezen végezhető a kis hólyag capacitas miatt s nem is sok czélja van. Idült alakoknál a nyálkahártya néha piszkos szürkés fehérszínű, úgy hogy néha kifekélyedett lepedékes daganattól alig különböztethető meg. Ezen alakoknál, midőn egyes foltok vagy szemölcsök tartják fenn a folyamatot, ép úgy mint azon esetekben, a hol egyes fekélyek, pl. tuberculosus vagy álképleti alapon fennállók okoznak súlyos tüneteket, a cystoskopikus vizsgálat néha döntő a gyógykezelés szempontjából, a mennyiben korán megállapíthatjuk pontosan azon körülményeket, a melyek az esetet a magas hólyagmetszés útján vagy endovesicalis úton való gyógyításra alkalmassá teszik. Albarran leír hólyag varicositasokat, a melyeket csakis cystoskoppal lehet kórismézni.

Nitze sok esetben végzett cystoskopikus vizsgálatai közben soha sem látott ú. n. hólyag varicositásokat, úgy hogy ezeknek létezését egyáltalában kétségbe vonja.

Megemlíthetjük még, hogy hólyagsipolyoknál a sipolynyilás helyét, valamint fejlődési rendellenségeknél azoknak mibenlétét a cystoskoppal kórismézhetjük egyszerű módon. Ezen helybeli kóros elváltozásokon kivül a cystoskopikus vizsgálat némi felvilágositást nyújt a vese állapota felől; mert láthatjuk, hogy egyik vagy másik ureter nyilásán át ürül-e egyáltalában vizelet vagy sem, hogy a kiürülő vizelet genyes, véres vagy tiszta s hogy melyik ureter váladéka kóros. Az ureterek és a vesék direct vizsgálata még tökéletesebb az ureter cystoskopok segélyével, midőn az uretereket megkatheterizáljuk a húgycsőn át a hólyagba vezetett eszköz segélyével. *Pawlik* nőknél a húgycső tágitása nélkül merev eszközökkel sondázza az uretereket. *Brenner* volt az első, a ki cystoskop segélyével végezte ezt. Az ő cystoskopjának egyenes részében egy lencserendszer van, a mely nagyit, prisma azonban hiányzik. Az eszköz domború oldalán egy csatorna fut végig, a melyen keresztül az ureter katheterizálására szolgáló finom katheter bevezethető, ha előzetesen az ureter nyilását pontosan beállitottuk. *Kolischer* és *Zuckerkandl* most is ezen eszközt tartják előnyösnek, azért, mert itt egyrészt direct képeket kapunk, másrészt azonban a csatorna hólyagbeli nyilása és a cystoskop ablak közötti távolság kicsi lévén, az ureterkathetert a hólyagba lépésénél azonnal láthatjuk s könnyen irányozhatjuk. A *Boisseau du Rocher*-féle megaloskopot is hasonló módon átalakitották s *Pariernek* sikerült is az uretereket megkatheterizálni férfiaknál is; Caspernek, Albarrannak s Güterbocknak ez nem sikerült.

A *Nitze*-féle uretercystoskopoknak homorú oldalán fut végig a csatorna, a mely a katheter befogadására szolgál. Helybeli nyilása a prismától bizonyos távolságban fekszik, úgy hogy a katheter csak akkor látható, ha annak körülbelül 2—3 cm. darabja künn van a csatornából. Ezen körülmény hátrányos a katheter irányzása szempontjából, a mennyiben az puha anyagból készült s kis akadályok már eltéritik irányából; kezelése tehát elég nehéz, különösen, ha a jobb uretert akarjuk katheterizálni, midőn bal kezünkkel kell a kathetert vezetni. Egy kis fénynyelvecskének mozgatása segélyével a hólyagban levő katheter végét hegyesebb vagy tompább szögben is beállíthatjuk, szükség szerint. Ha a kathetert benne akarjuk hagyni az ureterben, akkor annak folytonos előretolása mellett a cystoskopot lassan eltávolíthatjuk.

A *Casper*-féle eszköz hasonlit az előbbihez, itt is a homorú oldalán fut végig a csatorna s itt van a prisma és lámpa is; de ez utóbbi az eszköz hossztengelyének egyenes folytatásában fekszik közvetetlenül a prisma mögött, mi által az orrmánynak az esetek szerint különböző görbületet adhatunk. Azonkivül a cystoskopok ocularis vége nem a csatorna meghosszabbitásában fekszik, hanem kettős prisma segélyével a kép körülbelül 2 cm.-rel lejebb esik, úgy hogy a sonda bevezetése egyenes úton történvén, a hol semmi sincs az útban, sokkal kényelmesebb. Mindazáltal kezelése nehéz s mint *Casper* is kiemeli, nem minden esetben lehet vele czélt érni.

Az *Albarran* által szerkesztett cystoskopnál az ureterkatheter befogadására szolgáló készülék az eszköztől elvehető sterilizálható s megint hozzácsatolható, ugyanigy az irrigatiora szolgáló rész is.

Vastag kathetereket is lehet használni, a milyet az ureter épen befogad.

A csatorna nyilása a prismához közel fekszik, úgy hogy a katheter kezelése és bevezetése nem nehéz. Irrigatio segélyével a prismát vagy lámpát esetleges piszoktól a katheterismus alatt is megtisztíthatjuk, sőt a hólyagban levő folyadékot is megváltoztathatjuk.

Vastagabb katheterek bevezetésére egy mandrin szolgál, melyet előzetesen beviszünk a katheterbe s erre ráhúzzuk a nyitott végű ureter kathetert, a mely, ha benn van, a mandrint óvatosan eltávolíthatjuk. Előnye tehát ezen eszköznek az, hogy az ureterkatheter befogadására szolgáló csatorna tág, tehát vastag katheter is bevezethető, mely a sűrű genyet is levezeti s hogy úgy a kathetert vezető, valamint az irrigatióra szolgáló rész az opticai résztől függetlenül sterilizálható. *Kelly* a nőknél egyenes fémtubust használ, melyet bevezet az obturatorral a hólyagba, a a beteget térdkönyök helyzetbe hozza, az obturatort eltávolítja, mire a hólyag azonnal megtelik levegővel. Most homlok-reflektorral bevilágítva beállítjuk az uretert, s sondázzuk. Kellynek sikerült egy esetben sondázni veséből származó vérzésnél, a hol a *Casper*-eszközzel nem boldogulhatni. Az ureter katheterizálását lehet végezni kórismészeti vagy gyógyítási czélból s bizonyos műtéteknél az ureterek lefutásának megjelölése s igy azok sérüléseinek elkerülése czéljából.

A vesék vizeletét külön-külön felfoghatjuk s megállapíthatjuk, vajjon van-e benne vér, geny, bakteriumok, sőt kombinálva a Korányi-féle fagyasztási eljárással azt is meghatározhatjuk, vajjon sufficiens-e a vese vagy sem, a minek megállapítása veseműtéteknél különösen fontos. Az ureterek megtöretésénél átjárhatóságát vizsgálhatjuk; azoknak obliteratiójánál, kövek által okozott eldugulásánál, tengelyfordulásánál, heges szűkületeinél meghatározhatjuk a szűkülés vagy átjárhatatlanság helyét, néha természetét is. Therapeutikus czélból alkalmazható, úgy mint azt *Kolischer és Casper* ajánlották, az ureterbe beékelődött köveknél, a hol a katheterrel vagy pedig rajta keresztül végzett olajbefecskendéssel a beékelődést meg lehet szüntetni bizonyos esetekben. Ureterbeli szűkületeknél, billentyűképződéseknél katheterizálás által a medenczebeli retentio megszüntethető. *Casper* újabban ajánlja az ureterkatheteren át végzett vesemedencze kiöblítéseket, a melyeket heveny és idült pyelitisnek bizonyos eseteiben eredménynyel végezett. A kiöblítések 3% bóroldattal, majd 1‰ argent. nitr. oldattal történnek.

Casper eljárását a mult év novemberben a berlini orvosegyesület gyülésén ismertette, a hol érdekes vita fejlődött ki az ureterkatheterizálás kérdése körül, a melyben különösen Israel nyilatkozott legerősebben az eljárás ellen; szerinte az ureterkatheterizálás veszélyes, másrészt az elérhető eredmények csekélyek és bizonytalanok. Véres vizelésnél, ha a veséből származó vérzés erősebb, azt cystoskoppal is megláthatjuk, ha pedig kicsi, akkor tudván azt, hogy az ureterkatheter is megsértheti az ureter nyálkahártyáját s vérzést okozhat, nem tudhatjuk, vajjon a csekély vér kóros veséből származik-e vagy pedig a katheterizásnál származó sértés következménye. A pyelitis kezelése ellen azt hozza fel, hogy a vesemedencze nem egy egyszerű tömlő, hanem sok kiöblösödéssel bir, a hova az öblítő folyadék egyáltalában be sem juthat s igy gyógyulásról szó sem lehet; azután néha a geny oly sűrű, hogy a vékony katheteren keresztül nem is folyhat ki vagy fibrinosus czafatok eldugaszolják annak űrterét. Tuberculosus pyelitisnél ellenjavalt, pedig sokszor nem tudhatjuk előre a pyelitis természetét.

Az eljárás veszélyes végre az infectio szempontjából, a mennyiben a cystoskop és a katheter nehezen lévén sterilizálható kivülről is, de másrészt inficiált hólyag mellett a hólyagból is vihetünk be infectiot okozó mikroorganismusokat. Landau ajánlja az ureterkatheterizálást bizonyos műtéteknél, igy különösen carcinoma uteri kiirtásánál azon czélból, hogy igy a megkatheterizált ureter lefutásában jól érezhető legyen s igy annak esetleges sérülése elkerültessék, ajánlja továbbá az ureter-sipolyok kezelésénél a vizelet állandó levezetése czéljából.

Az ureter katheterizálása minden esetre olyan beavatkozás, a mely nem mondható veszélytelennek s épen azért csak szigorú indicatiók alapján végzendő, azonban hogy bizonyos körülmények között hasznos, az kétségtelen, az ezután szerzendő bővebb tapasztalatok fogják alkalmazásának határait közelebbről megjelölni.

Megemlíthetjük még, hogy *Nitzenek* az ú. n. photographozó cystoskopjával sikerül a nyert képeket megörökiteni, illetőleg a cystoskopikus leleteket photographirozni s az általa kiadott kystophotographikus atlas tényleg rendkivül hű képeket mutat.

Ugyancsak *Nitzenek* sikerült ú. n. *operatiós cystoskopot* szerkeszteni, a melylyel kisebb daganatokat a természetes utakon eltávolíthatunk, fekélyeket kezelhetünk stb.

Van olyan eszköze, a melynek végén sodronykacs van elhelyezve, a melyet szemünk ellenőrzése mellett ráhúzhatunk a kocsányos daganatra s azt leszoritással eltávolíthatjuk.

Egy másik eszközének végén kis galvanokauter van, melylyel a vízzel megtöltött hólyagban ép olyan jól égethetünk, mint a szabad levegőn. Intravesicalis műtevésre természeten csak kisebb kocsányos és csak jó indulatú daganatok alkalmasak s bizonyos gyakorlat szükséges a komplikált eszközök kezeléséhez; az eszközök egyszerűsitése és tökéletesitése azonban folyamatban van, a mi ha sikerül, az intravesicalis beavatkozások száma is gyarapodni fog.

Lapszemle.

Újabb közlemények a protargolról. Alig van az újabb gyógyszerek közt egy is, melyet különféle hurutos bántalmaknál oly sikerrel megkíséreltek volna, mint a *protargol*. A közlemények egész sora fekszik előttünk, mely ezen új készítményről referál. Igy szembajok közül a heveny *kötőhártyalobnál* rendkivül dicséri *E. Sicher* dr. (Bullet. Med. Trentino), ki 10—20%-os oldatától 2—9 nap alatt teljes gyógyulást látott. Dacryocystitisnél is legjobb szernek mondja. *Cipriani* dr. (N. Morgagni No. 7. 98) protargollal kezelte a *conjunctivának járványos acut oedematosus hurutját*, mely Olaszországban elég gyakran fordul elő. Ezen bajnál 10%-os protargol-oldat becseppegtetéseket alkalmazott naponta kétszer, az esetleges corneafekélyekre protargolkenőcsöt (1 : 20) tett igen jó sikerrel. *A gonorrhoea* kezelésénél protargollal époly jó eredményeket ért el, mint *Neisser*. A gonorrhoea ellen *Panichi* dr. is alkalmazta a protargolt (La settimana medica LIII. 16. és 17. 194); 1/4% befecskendésekkel kezdte, egész 3%-ig emelkedett és visszatartatta azt a húgycsőben 2—3 egész 5—10 perczig. Panichi szerint a protargol előnye, hogy jól tűrik a betegek s a baj hamarabb gyógyul s hogy az acut stadiumban is használható. Végre *Alexander* dr. (Archiv f. Laryngologie 9 köt. I. f.) a rhino-laryngologikus praxisban is kisérleteket tett protargollal. Az *idült garathurutnál* 1%-os oldatot kent vagy fecskendezett be a garatra és gégére kiváló jó eredménynyel. Igen megrögzött esetekben 5%-os oldattól teljes gyógyulást látott. Az énekesek idült gégehurutjánál 1/2%-os oldat volt jó hatással s itt latba esik, hogy a protargol teljesen izgatás nélkül hat, úgy hogy azonnal az injectio után az éneklés is lehetséges. Végre mindenféle genygyülemeknél, különösen a melléküregek empyemájánál szintén rendkivül dicséri 5%-os oldat hatását és azt ily esetben páratlannak mondja.

Az aspirin (acetylsalicylsav) nevű új szerről következőleg irnak *Wohlgemuth* dr. a *Leyden*-féle *klinikáról Berlinben*, és *Witthauer* dr. A nevezett szer főelőnye a salicylsav és annak sói felett, hogy a gyomor nyálkahártyáját nem izgatja, változatlanul jut a belekbe és csak az alkalikus bélnedvben hasad szét componenseire. Az előbbi szerző egy grammos porban adagolta csúzos izom- és izületfájdalmaknál s azt tapasztalta, hogy fülzúgást és gyomorfájdalmakat soha sem okozott, úgy hogy a salicylsav és sói kitünő pótszerének mondja. Witthauer dr. a készítményt 50 betegnél használta oly esetekben, melyek különben salicylsavas natronnal kezeltetnek, tehát főleg izom- és izületi csúznál, pleuritis siccánál stb. Itt a hatás kétségkivül jobbnak bizonyult, mint a salicylsavas natriumé. Csak egyetlenegy beteg panaszkodott kisebb fokú fülzúgásról, a többinél sohasem tapasztalta ezen kellemetlen mellékhatást. Gyomorfájdalmakat soha sem okozott s feltünő volt a betegek jó étvágya még akkor is, ha a szert hosszabb időn át kellett venniök. (Therap. Monatshefte 1899. 5. szám.) —*r*.

A kezdődő tüdővész gyógyítása minden egészséges klimában jól kivihető, az otthon éghajlata alatt nem kevésbbé. Bizonyos esetekre bizonyos klimasajátosságok előnyösebbek ugyan, de az éghajlati befolyás egymagában szigorú orvosi gondozás és felügyelet nélkül többnyire elégtelen. A betegek vak bizása némely „gyógyklimákhoz" gyakran oly ballépésre viszi őket, mely a baj rosszabbodását, sőt az egyén halálát vonja maga után. A legtöbb tüdőbajosra nézve a *sanatoriumi gyógyítás* korai megkezdése az indicatio rationalis, a szegényebb sorsúak *csakis* e gyógyintézeti kezeléstől várhatnak sikert. Számos *népsanatorium* állítása ennélfogva *nemzeti szükséglet* a tüdőtuberculosis gyógyitása és prophylaxisa szempontjából. (Sir Hermann *Weber*, Tagebl. f. d. Congress z. Bekämpf. der Tuberculose, Berlin, 1899. 24. Mai.) *K—y*.

Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1899. szept. hó 24-dikétől 1899. szeptember hó 30-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 400 gyermek, elhalt 253 személy, a születések tehát 147 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2306 beteg, szaporodás 732, csökkenés 738 maradt e héten végén ápolás alatt 2300. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup —, roncsoló toroklob —, hökhurut 1, kanyaró 2, vörheny 12, himlő —, typhus abdominalis 4, gyermekágyi láz —, influenza —, egyéb ragályos betegségek 4, agykérlob 5, agyvérömleny 8, rángások 6, szervi szívbaj 16, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 18, tüdőgümő és sorvadás 36, bélhurut és bellob 21, carcinomata et neoplasmata alia 22, méhrák 4, Bright-kór és veselob 5, angolkór 1, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 11, aszkór, aszály és sorvadás 4, aggkór 13, erőszakos haláleset 6. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1899. október 1-dikétől október 7-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 21 (meghalt 1), himlőben —, (meghalt —), álhimlőben 1, bárányhimlőben 16 (meghalt —), vörhenyben 65 (meghalt 10), kanyaróban 23 (meghalt —), roncsoló toroklobban és torokgyikban 17 (meghalt 7) trachomában 1, vérhasban 2 (meghalt —), hökhurutban 13 (meghalt 2), orbánczban 6 (meghalt —), gyermekágyi lázban 1 (meghalt —).

⚔ **Prorektorválasztás az egyetemen.** Mihalkovics tanár, az egyetem rector magnificusának elhalálozása folytán prorector választásának szüksége merült fel a budapesti kir. m. tudomány-egyetemen. E tisztségre az 1899—1900-dik tanév folyamára a négy kar elektorai *Hőgyes Endre* tanárt választották meg.

= **A tiszti orvosi vizsgák** második — 3 évi — cyclusának lejártával *Müller Kálmán* dr. tanár, a budapesti országos bizottságnak alelnöke és a közegészségtan vizsgálója, ezen eddig viselt tisztségeiről lemondott.

┼ **Müller Jánosnak**, a hires physiologusnak szobrát f. hó 7-dikén leplezték le *Coblenzben*, a hol 1801-ben született. Atyja czipész volt, ki sokat áldozott arra, hogy fia jó nevelést kapjon. A bonni egyetemen tanult előbb theologiát, azután medikát. 1824-ben lett ugyanott privat docens, majd 1826-ban rendkivüli, 1830-ban pedig rendes tanár. 1833-ban a berlini egyetemre nevezték ki az anatomia és physiologia tanárává, hol a boncztani és zoologiai muzeum igazgatója lett és az akkori idők tudományos állása szerint anatomiát, physiologiát, embryologiát, kórboncztant tanitott és mindezen tárgyakat nemcsak tanitotta, hanem rendkivüli energiával önállólag is tovább fejlesztette és úgy az összehasonlító boncztan és physiologia, valamint a szövettan terén önálló vizsgálataival és buvárkodásával új ösvényeket teremtett. De nemcsak maga volt nagy búvár, hanem másokat is búvárkodásra ösztönzött. Tanitványai közül tudományunknak nagy nevű búvárlói kerültek ki: Schwann, Henle, Du Bois-Reymond, Helmholtz, Remak, Virchow, kik mindannyian alapvetői lettek az orvosi tudomány modern fellendülésének.

△ **A kolozsvári egyetem orvosi klinikáinak** új épületei nagyrészt már elkészültek. A bel- és nőklinikák már e tanév elején megnyiltak. A belklinika megnyitása ünnepélyesen történt, városi notabilitások és a tanulóifjúság jelenlétében *Purjesz* tanár nyitotta meg ünnepi beszéddel.

◎ **Hőgyes tanár Pasteur-intézetében** f. év szeptember havában 195 veszett és veszettségre gyanus egyén (172 magyarországi, 9 horvát és szlavon, 4 boszniai és herczegovinai, 7 szerb, 3 montenegrói) nyert antirabikus védoltást. 165 egyént kutya, 19-et macska, 2-t sertés, 2-t ló, 6-ot tehén mart meg, egyet veszettségben elhalt egyén inficiált. Halálozás a védoltottak közül nem fordult elő. Évi folyó száma a gyógyítottaknak: 1597; egyetemes folyó szám 11,800.

⊙ **A budapesti általános poliklinika** segélyét szeptember hóban 2531 új beteg vette igénybe 11,471 rendeléssel.

△ **A budapesti önkéntes mentő-egyesület** szeptember hónapban 1038 esetben működött; évi működés folyó száma 8220.

┼ **A Tauffer-féle szülészeti poliklinikum** segélyét szeptember hóban 136 esetben vették igénybe 102 műtéttel. Évi folyó szám: 1150.

// **Megjelent füzetek:** *Czirfusz Dezső* dr.-tól *San Remo* téli klimatikus gyógyhely ismertetése. Kassa, 1899. — *Szontagh Miklós* dr.-tól: A Basedow-betegség és sikeres orvoslása Uj-Tátrán 82 eset kapcsán. — Prof. Dr. *Róná*-tól: Prostitution et maladies vénériennes en Hongrie. Bruxelles. 1899., mint jelentés olvastatott fel az idei brüsszeli nemzetközi konferenczián. — Prof. Dr. *Róna*: Über Rhinosklerom. Különlenyomat az Arch. für Dermatologie und Syphilis 1899-dik évfolyamából. — Dr. *Emil v. Grósz*: Semestralbericht über die ungarische ophthalmologische Litteratur. I. Semester, 1899. Különlenyomat a Zeitschrift f. Augenheilkunde II. kötetéből. — Dr. *L. Rakovac*: Sbor Liecznika kraljevina Hrvatske i Slavonije 1874—1899. Spomen-knijiga. Zágráb 1899. — Prof. *Thomayer*: Archives bohémes de médecine et chirurgie. Prága, 1899.

✳ **Hibaigazítás.** Mult számunkban az 502. lap első hasábjának 60-dik sorában *Scholbe* helyett *Schöller* olvasandó.

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.

Karácsonyra megjelenik AZ ORVOSI ÉVKÖNYV. ○ Nélkülözhetlen ○ minden orvosra nézve.

Szt. Lukács-fürdő

téli és nyári gyógyhely

Budapest

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 négyszögméter nagyságú nyitott és zárt medenczéiben a forrásviz naponkint négyszer megújul. Mindennemü gyógy- és üditőfürdők. Kitünő szállodák. Vendéglő saját üzemben. Olcsó árak. Prospectust ingyen küld *az igazgatóság.*

Dr. Baumgarten Samu Stefánia-út 55. szám alatti **Sanatorium** sebész-főorvosa osztályán **sebészeti és húgyszervi betegek** külön szobára kitünő ellátás, gondos ápolás és állandó orvosi felügyelet mellett **napi négy forintért** vétetnek fel. Bővebbet 1/2 2—1/2 4-ig járóbeteg rendelőjében, Budapest, VI. ker., Eötvös-utcza 23. szám.

Dr. Sarbó Arthur egyetemi magántanár (V., Arany János-u. 10.) intézete a compenzáló gyakorlati gyógymód keresztülvitelére (Dr. Frenkel-féle módszer, tabeses ataxiák gyógyítására) a dr. Grünwald-féle sanatoriumban (VII., Városligeti fasor 13—15).

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: A budapesti kir. orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya (XVII. ülés 1899. évi január hó 17-dikén). 516. l. — A szabadkai vándorgyülés belgyógyászati szakosztálya. 517. l. — Erdélyi muzeum-egylet. 518. l.

A budapesti kir. orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya.

(XVII. ülés 1899. évi január hó 17-dikén).

Elnök: **Kézmárszky Tivadar**; jegyző: **Tóth István.**

1. **Elnök** üdvözli a megjelenteket és az ülést megnyitva, felkéri a jegyzőt évi jelentése felolvasására.

2. **Tóth István: Jelentés a szakosztály 1898. évi működéséről.** Szakosztályunk az 1898. évben összesen 5 rendes ülést tartott, a melyeknek tárgyát 4 előadás és 20 bemutatás képezte. Tagjaink közül részint elköltözés folytán, részint más okból négyen kiléptek, egy rendkivüli tagtársunk pedig, üléseink szorgalmas látogatója Bauer Antal dr. elhalálozott. Rendes tagul újonnan ketten léptek be s pedig Schwarcz Hugó s Pokorny Sándor dr.-ok. Ugy, hogy ma az osztálynak 43 rendes s 4 rendkivüli tagja van. Megemlitendő, hogy a mult év első ülésén a szakosztály a tagsági díjat felére szállitotta le. E jelentés tudomásul vétetvén, jegyző jelenti, hogy a januári gyülésen rendes tagokul jelentkeztek még: Nádory Béla, Palotai Andor és Csiky János dr.-ok. Rendkivüli tagul pedig: Szinessy József dr. Tudomásul vétetik.

3. **Elnök** jelenti, hogy a pénztárt megvizsgálta és teljesen rendben találta.

4. **Liebmann Mór** pénztáros jelentése az 1898. évről.

A) Bevétel: Hátralékos tagdijak 1897. évről		60	frt
Tagdijak 1898. évről		330	„
Összesen		390	frt.
B) Kiadás: Irodai és postakiadások	61 frt	43	kr.
Katalogus szerkesztése ...	38 „	54	„
1897. évkönyv kiadása ..	14 „	80	„
Pénzbeszedő jutaléka ...	9 „	70	„
Összesen	124 frt	47	kr.
Marad tiszta bevétel	265 frt	53	kr.
Áthozat 1897. évről	1114 „	09	„
Vagyoni állás 1898. decz. 31-dikén	1379 frt	62	kr.

5. **Temesváry Rezső** titkár indítványozza, hogy a szakosztály bevételének egy részét (kb. 80 frtot) szaklapok járatására fordítsa. Megrendelésre ajánlja: Revue de gynéc. et de chir. opératoire (Pozzi), Annales de gyn. (Pinard), American Journal of Obstetrics and Diseases of Children, The British Gynecological and Obstetric. Journ. The American Gynaec. and Obstetr. Journ., Annali di ostetricia e di ginecologia, Graefe's Sammlung zwangloser Abh. és Der Frauenarzt. A folyóiratok az orvosegyesület olvasó termében helyeztetnek el. Az indítvány elfogadtatik és intézkedésre az indítványozó titkár kéretik fel.

6. **Elnök** bejelenti, hogy Bauer Antal tagtárs elhalt. A kik ismerték, kollegiális, jó embert tiszteltek benne. Ajánlja, hogy a szakosztály gyászának a jegyzőkönyvben kifejezést adjon. A szakosztály gyászának jegyzőkönyvileg ad kifejezést.

7. Elnök a jegyzőkönyv hitelesitésére Neumann és Bäcker tagokat kéri fel.

8. Minthogy az alapszabályok értelmében a tisztikar két évenként választandó, ezen évzáró közgyülés egyúttal tisztujító is. Elnök köszöni az egész tisztikar nevében azt a bizalmat, melyet a szakosztály iránt tanúsitott és felkéri a közgyülést, hogy az új tisztikart válaszsza meg. A választás időtartamára Bársony tagtársat kéri fel az elnöki szék elfoglalására.

Bársony János mindenekelőtt köszönetet mond a tisztikarnak működéséért és indítványozza, hogy kérje fel a közgyülés a tisztikart a maradásra.

A közgyülés az indítványt elfogadja és az egész tisztikart egyhangúlag újból megválasztja:

Elnök: *Kézmárszky Tivadar*; elnökhelyettes: *Tauffer Vilmos*; jegyző: *Tóth István*; titkár: *Temesváry Rezső*; pénztáros: *Liebmann Mór*; könyvtáros: *Bruck Jakab.*

Kézmárszky az egész tisztikar nevében köszönetet mond a bizalomért.

Tauffer Vilmos: Fibroma és graviditas egy esetét mutatja be. Egy 27 éves OP.-nál 4½ hó előtt kimaradt a menstruatio; az idő óta hasa erősen növekszik. Egy hét óta gyermekmozgásokat is érez. A hasűrt kitölti egy rugalmas, vastagfalú, terhes méh benyomását tevő, a bordaív magasságáig felterjedő képlet, melynek felső mellső polusán egy gyermekökölnyi tömött képlet mozgatható bizonyos határok között. Közvetlenül a symphysis fölött több kemény tömött képlet tapintható. Livid szeméremrés, felpuhult hüvely. A medenczét jórészt kitölti egy gyermekfejnyi, tömött, kemény, csak nagyon kis határok között megmozgatható képlet, a mely a felpuhult portiot a medencze hátsó baloldali quadransába szorítja, a hol az csak elég magasan érhető el.

A hasűrben helyet foglaló képlet fölött határozottan magzati szivhangokat hallanak s objective is magzatmozgásokat észlelnek.

Graviditas mellett subserosus myomának tartják a medenczében levő képletet, a mely absolut szülési akadályt képez.

Nem zárkózhatnak el az elől sem, hogy a dudoros daganat malignus, ovarialis eredetű. Miután remélik, hogy a tumor kivételénél a terhes méhet épen tarthatják meg, nem várva be a terhesség végét, már most végzik a *laparotomiát*, a mikor a daganat subperitonealis cervicalis fibromyomának bizonyul. Megkisérlik külön kifejtését, azonban oly erős vérzés indul meg a daganat ágyából, hogy ez csak az uterina körülöltésével csillapitható.

Miután ilyen beavatkozásra nem remélhető a terhesség további fennállása, másrészt a vérzéscsillapitás nem tökéletes, az amúgy is több fibromgóczczal biró terhes méh csonkitása látszik a helyes eljárásnak, a melyet typice végeznek, a mi után sikerül a nagy fibromgócz kiásával járó vérzésnek teljes csillapitása.

A beteg gyógyulása zavartalan.

Bäcker József: Graviditas tubaria esetét mutatja be.

M.-né H. Mária 30 éves férjes nő 1898. decz. 19-dikén vétetett fel a szt. János-kórház nőbeteg osztályára collapsus tünetei között. Négyszer szült, utoljára egy év előtt. Szülései, gyermekágyai rendesek voltak. Utolsó mensese nov. 20-dika körül volt. Decz. 18-dikán munka közben fájdalmakat kapott, hirtelen rosszul lett, elájult. 19-dikén reggel hányni és csuklani kezdett. Vizsgálatkor a hasat puffadtnak, érzékenynek találtuk, az alhas baloldalán resistentia. Méhtest nagyobbnak látszik, a medenczében mindenütt, de főként a Douglasban, resistentia. A beteg igen kivérzettnek látszik, pulsusa 132, alig tapintható; hőmérséke rendes. Külső vérzés hiányában, belső vérzésre kellett gondolnunk s nevezetesen korai tubaris terhesség megrepedésének gyanujával azonnal laparotomiához fogunk. Óvatos narcosis. A has és medencze üregе tele hig és alvadt vérrel (az eltávolított mennyiség közel liternyi). Baloldalt a medenczébe vitt kéz a véralvadék között egy tojásnyi tumorra akad. Kihozva lekötjük és levágjuk. Ekkor derül ki, hogy csak ovarialis cysta. Hosszas vizsgálódás után akadunk rá a jobboldali tuba hátulsó falán, az uterustól körülbelül 1½ cm. távolságban egy cm. hosszú folytonossághiányra, mely a tuba egy babnyira tágult üregével kommunikál és vérzik. A jobboldali adnexumok eltávolítása. Hasseb zárása. Zavartalan gyógyulás.

Az eltávolított tubát Lovrich József dr. úr volt szives megvizsgálni. A góreső vizsgálat kideritette, hogy a repedés helyén a tuba muscularis rétege túltengett, véredénydús, helyenként vérzésekkel behintett; elszórtan egyes helyeken kis gömbsejtes infiltratiot mutat. A mucosa legnagyobb részben tönkrement s csak egyes szigetekben sikerül még felfedeznünk egyes hengerhámsejtekből álló lumen kibélelést; e helyett a tuba üregét legnagyobbrészt véralvadék tölti ki. A mucosa laza kötőszövetében számos decidua sejtet látunk, részben bevándorolva, részben a szabad vérzéses felületen elhelyezve. Itt találjuk a boholyrészleteket is, melyek szabad felületükön syncytialis sejtekkel vannak szegélyezve, mélyebb részletükben pedig nagy, gömbölyű, kerek maggal ellátott sejteket találunk, mint ez a Langhans-sejteknél látható. Ezek alapján minden kétséget eloszlató módon beigazolódott a tub. graviditas diagnosisa. Érdekes ez esetben, hogy a terhesség 1—2 hetes lehetett csupán, mégis a legsúlyosabb anaemia acutára vezetett. A petét sajnálatunkra a véralvadékban nem találtuk meg.

Tóth István: A II. szülő- és nőbeteg-klinika poliklinikumában az utóbbi időben egymásután két esetük volt, a hol a nő rosszulléte miatt hivták őket; mindkét esetben a terhesség korai időszakában létrejött belső elvérzés volt jelen, mely halálosan végződött, mert a nőket szállitani nem lehetett, operatióról pedig a szűk lakásviszonyok miatt szó sem lehetett.

Érdekes egy harmadik esetük. A klinika ambulantiájára jött egy nő, a kit már azelőtt lobos bántalom miatt masszáltak. Jelenleg azért jött, mert hat hét óta nem menstruált és fájdalma van a hasában. Vizsgálat közben hirtelen oly rosszul lett, hogy a klinikán kellett tartani. A vizsgáló orvos az uterus baloldalán tyúktojásnyi daganatot konstatált. Ugyanezen nő már 2—3 hét előtt is jelentkezett és akkor valószinű graviditást vettek fel, tumort akkor nem találtak.

Jelen esetben tehát egy extrauterin terhesség volt jelen, a melynél vizsgálat közben ruptura jött létre. A beteg állapota annyira még sem volt súlyos és a diagnosis sem volt oly feltétlen biztos, hogy laparotomiát végezni okvetlen kellett volna, annál is inkább, mert láttak eseteket, a hol a betegek összeszedték magukat. A beteg tényleg magához tért; tumort a has érzékenysége miatt kitapintani nem lehetett, de a baloldali hüvelyboltozatot jobban ledomborítva találták. Excitansok, fájdalomcsillapitók. Egy-két nap mulva egy éjjel ismét hirtelen rosszul lett a nő; az attaque elmultával a medenczében a haematokelét kitapinthatták. A roham ezen ismétlődése miatt műtétet végeztek. Haematokelenél t. i. ha a beavatkozás nem volt sürgős, exspectative jártak el és a betegek jól gyógyultak. Ezen esetben azonban a beavatkozás indicatioja fennállván, laparotomiához fogtak. A hasűrben részint eltokolt,

részint szabad vérömlenyt találtak. A medenczében összenövések voltak jelen; ezeknek tulajdonítható, hogy a vérzés sohasem lehetett valami nagyon jelentékeny. A bal tuba ost. abdominaleja tágult és berepedt. A tubát alákötötték. Beteg gyógyult.

Lovrich József: Felhivja a figyelmet Bäcker esetének górcsövi képére; a tuba nyákhártyája átalakult deciduává; chorionbolyhok is láthatók. Nézete szerint a ruptura azért jött létre olyan korán, mert a tuba fala lobos volt, a mint az górcső alatt felismerhető.

Tauffer Vilmos: Bäcker esetének diagnostikai szempontból nagy jelentősége van; egy nem egészen 4 hetes terhesség felismeréséről van szó. A mi az eljárást illeti, az extrauterin terhesség ilyen korai stadiumában, régebben az volt a nézet, hogy várjuk meg a haematokelét, ha pedig ez stationaer, akkor nem kell hozzányúlni. Ha a ruptura nem történik oly közel az uterus sarkához, ilyen korai időben csak kis haematokele jön létre és a beteg nagyon jól gyógyul.

A diagnostika ilyen tökélyre emelkedése és a műtéti technika tökéletesedése mellett nem sokára oda fogunk jutni, hogy elhagyjuk a haematokele conservativ kezelését, mert ennek sok hátránya van, pl. a tályogképződés, összenövések stb.

Álláspontja tehát az, hogy a méhen kivüli terhesség lehetőleg mindig a műtét tárgyát képezze,

Kézmárszky Tivadar: Az esetet nem tekinti haematokele operationak, hanem itt az operatio azon általánosan elfogadott indicatio alapján történt, hogy a vérzés csillapíttassék. Másképen áll a dolog nézete szerint akkor, ha a ruptura tüneteinek némi csillapodása után haematokele jön létre, ez már csak kivételesen szolgáltat okot a beavatkozásra, olyan esetekben t. i., a melyekben a haematokele communicál a szabad hasüreggel és újabb vérzésektől tarthatunk. Bäcker diagnosisa minden esetre érdekes; némileg ugyan útbaigazította azon körülmény, hogy a parametrium egyik oldalán resistentia mutatkozott. Gyakorlatában észlelt egy esetet, melyben a menstruatio rendes idejében vérzés lépett fel — nem akarja határozottan havivérzésnek állitani — és néhány nap mulva tubaris abortus és haematoma jött létre, mely körülbelül félökölnyi volt. Összenövések nem voltak kimutathatók.

Ha, mint Bäcker esetében, a belső vérzés tüneteihez a parametrium resistentiája is hozzájárul, nagy valószinűséggel felvehető a terhesség. Érdekes az eset annyiban is, hogy a tuba kicsiny repedésén annyi vér ürült ki.

Bäcker József: Megjegyzi, hogy a diagnosist Nozdroviczky dr. csinálta. A diagnosis csak hasűri vérzés volt, de mert nőről volt szó, felvették az extrauterin terhességet. Köszöni az érdekes hozzászólásokat.

Több tárgy nem lévén, elnök az ülést bezárja.

A szabadkai vándorgyülés belgyógyászati szakosztálya.

(Vége.)

Pécsi Dani dr. *a tejtisztításról s a tejkezelésről* értekezett.

A tej a legtöbb fertőző betegség csiráját tartalmazhatja, azonkivül pedig igen sok egyéb tisztátlanság is van benne, mint pl. vér, genyedtség, szőr stb.

Freudenreich szerint a tisztátlan tej köbcentimeterében a fejés után rögtön (15° C.) 9000 csira van, egy órával később 32,000, 2 órával később 36,000, 4 órával később 40,000, 7 órával később 60,000, 9 órával később 120,000 és 25 órával későbben 5.000,000. *Escherich* dr. grácziai tanár még sokkal nagyobb szaporodást constatált; 35° C.-nál a csírák száma két óra alatt 23-szor annyi, 3 óra alatt 60-szor, 4 óra alatt 215-ször, 5 óra alatt 1830-szor, 6 óra alatt 3800-szor annyi a tejben, mint a mennyi eredetileg volt.

A *Pécsi* dr. által megejtett bakteriologiai vizsgálatok alkalmával a következő bakterium-tartalom találtatott egy-egy köbcentimeter tejben: I. szüretlen tejben: 3.935,000; II. szűrt tejben 3.541,000; III. pasteurizált tejben 270,000; IV. centrifugált tejben 236,000; V. sterilizált tejben ellenben nem talált bakteriumot.

Elvárhatjuk ennélfogva minden termelőtől, hogy a tejkezelése *feltétlen* — és pedig orvosi értelemben vett — *tisztaságú* legyen. Tehát tiszta és a modern kivánalmaknak megfelelő legyen az istálló, a kezelő személyzet, nemkülönben az edények is tiszták legyenek; a szállításhoz használt edények pedig necsak fémszűrővel birjanak, hanem gyapot- vagy selyem-szitával is; azonfelül a jól hűtött tej légmentesen záródó és plombált edényekben hozandó forgalomba, hogy ahhoz utólag semmiféle idegen anyag ne kerülhessen, illetőleg, hogy a tej tisztasága könnyebben ellenőrizhető legyen. Az *ellenőrzés* szempontjából a *braunschweigi eljárás* bizonyult eddig a legjobbnak, ott ugyanis 3—4 naponkint megvizsgálják a tejet és a vizsgálat eredményét *hirdetményekben* teszik közzé; ezzel a módszerrel elérték azt, hogy már a kisérlet első féléve után minden termelőnél és eladónál jó és hamisitatlan tej találtatott.

A fejőállatok közt elterjedt *gümőkór* könnyen terjesztője lehet a tüdővész csiráinak, tehát *nagyfontosságú közegészségügyi érdek* az, hogy *ettől a fenyegető veszélytől a fogyasztó közönséget már a tejkezelés kezdetén megvédeni igyekezzünk.* A Koch-féle *tuberculin* igen hasznos diagnostikai anyagnak bizonyult arra, hogy az állatok *tuberculosisa* még *lappangó alakjában is felismerhető legyen*, ezért — a külföldi példák után — már nálunk is igyekeznek *olyan tehenészeteket* létesiteni, a hol *az állatokat előzetes tuberculin-próbával megvizsgálják.*

A tejben létezhető egyéb kórokozó csirák életképességét vagy a tej *fagyasztása*, vagy annak *hevítése* által csökkenthejtük. Ezek közül a *hevítés* az *egyszerübb és olcsóbb* eljárás, mely különben is annál sikeresebb, *minél korábban* kerül a tej a forraló eljárás alá.

Minden hosszabb útra szánt tejet pasteurizálni kellene és ha ezt nem tették a termelők, akkor a fogyasztókat kell rá nyomatékosan figyelmeztetni, hogy használat előtt a tejet kellőkép felforralják; a *tejtermékek készítéséhez* használt tejet azonban *okvetlenül pasteurizálni* kell, hogy igy a készitett vaj, tejfel, aludt-tej stb. az egészségre ártalmas ne lehessen.

De társadalmi szempontból legfontosabb annak a tejnek a kezelése, melyet a *csecsemők és kisdedek táplálására* használnak. Nem elég, ha ezt a tejet nagyjából pasteurizálják, mert ennek a legfrissebb eredetűnek és a *gümőkórtól teljesen mentes tehenészetből származottnak* kell lennie; azonkivül a csecsemő korának megfelelőnek készitendő el a tej és egyszeri használathoz való apró palaczkokban hozandó forgalomba.

Ezekből láthatjuk, hogy a nem tisztán kezelt tej igen sok és fulmináns veszélyt rejt magában, mert a tüdővész csiráin kivül még a typhus, diphtheria, skarlát, szájpenész stb. csirái, illetve bakteriumai is a tejben szaporodnak legkönnyebben s e szaporodásuk rögtön a fejés után megkezdődik benne, úgy hogy minél később kerül a tej a fogyasztóhoz, hogy felforralhassa, annál több benne a bakterium; de nemcsak a bakterium több, hanem azok életműködésének, anyagcseréjének a termékei, a toxinok is annyira felhalmozódhatnak, hogy őket már a forralás sem teszi tönkre; az ilyen tej azután *veszélyes megbetegedési tüneteket okozhat, különösen gyermekeknél.*

Azért kell a *csecsemők részére* való tejet, ha az anya vagy dajka tejét akarja helyettesiteni, *rögtön* vagy *rövid idő mulva a fejés után pasteurizálni vagy sterilizálni.* Hogy az ily módon elkészitett csecsemőknek való tej mily eredményeket adhat, azt meg lehet itélni a mult év junius havában *Hainiss* Géza dr., egyetemi m. tanár által és általam alapitott *sterilizált gyermektej-termelő intézet* eddigi működésének megvizsgálásából. Az intézetben készitett tejjel, mely *Frankland, Backhaus, Lesser, Monti* példájára savóval higittatik, a melyhez semmiféle idegen alkatrész (viz, czukor) nem jő, *700 gyermek* táplálтatott. Ezek közül *kizárólagosan sterilizált gyermektejjel* neveltetett fel *170 kisded*; vegyesen anyatejjel és sterilizált gyermektejjel táplálтatott állandóan 16 csecsemő, igy *összesen 186 csecsemő neveltetett fel az intézetünkben termelt tejjel.* 514 gyermek tejünket csak ideiglenesen használta, mig dajkát nem kaptak, vagy mig az anya beteg volt; 50 csecsemő (7%) akadt, ki a mesterséges táplálkozást teljesen visszautasitotta. Mint nagy fontosságú körülményt kell kiemelnem, hogy a *kizárólag általunk táplált 186 csecsemőből csak egyetlenegy halt meg* életének harmadik hónapjában bronchitisben.

Mint 11-dik előadás *Hoffenreich* Armand dr. felolvasása következett *„A légzőszervek gyógyitásáról Marillán“*. Érdekesen számol be a tüdőaffectiókkal, főkép tuberculosissal Marillavölgyön megforduló betegeknek az intézet keretében 15 év óta szokásos therapeutikájáról. Ennek lényege: emelni a test ellenálló képességét, megvédeni káros befolyásoktól. *Hygienico-diaetás* eljárás az, melyet az intézet gyönge tüdejű lakóival szemben a legjobb sikerrel alkalmaz. Sok szabad levegőt juttat nekik, bőségesen, gonddal táplálja őket, megedzi bőrüket a lehetőség szerint, mozgásaikat szabályozza (½—3 órai járás-kelés naponta, esetleg a rövidebb séták ismételten), stb. A diaetában nem engedi *Hoffenreich* Mór dr. Marilla főorvosa, túlságosan szerepelni a húst, csupán az összes tápláló anyagok ¼-ének arányáig; a *vegyes kosztra* fekteti a fősúlyt. A kezelés hydrotherapiás részében kivált gyöngébb testű egyéneknél a 25° C. hőmérsékű partialis bedörzsölések szerepelnek kora reggel az ágyban, jobb erőben levő betegek 22—25° C. egész lepedődörzsöléseket kapnak edző eljárásul. Zuhanyt csak ritkán alkalmaz az intézet s akkor sem tovább tartót 20—30 mp.-nél. A fekvő kúra alkalmazásánál tekintettel vannak Marillán a fáradási láz megjelenésére, a secundaer genyedési infectio okozta lázak ellen csak nagyon meredek hőszárnyalás esetén adnak pyramidont, melynek már 0·20—0·30 dosisai is igen jól hatnak, feltünő izzadást nem okozva. Előadó ezek után még a pneumatikus kamra alkalmazásának hasznát fejtegeti idült bronchitisnél és chronikus catarrhalis tüdőlob esetén.

Végül *Kuthy* Dezső magántanár a *„Kellogg-féle elektromos izzasztószekrényekről“* adta élő a tudnivalókat. Igy nevezi ő a „villanyos fényfürdőt“, mely utóbbi név a reklám szolgálatában igen hathatós csengésű ugyan, de teljesen hibás, a mennyiben az izzasztó-szekrény kis Edison-lámpácskái nem az ő sárga fényükkel, hanem a hősugaraik útján hatnak. Igenis „Lichtbad“ volna a készülék akkor, ha ivlámpák kékes-ibolya világát alkalmaznók benne gyógyitás czéljából — van is ily berendezés —, csakhogy ekkor a napfényt imitáló ivlámpa-sugarak chemiai hatását érvényesitendő a hőhatást vagyunk kénytelenek a beteg érdekében kizárni (a melegség-sugarak elnyeletése útján). Izzasztó-szekrény és fényfürdő tehát egészen különböző valami s a *Kellogg*-tól divatba hozott apparátus, mely a vizgyógyintézetek jó gőzszekrényeit napjainkban teljes homályba borította, tényleg nem egyéb, mint *idealis tökéletességű izzasztóberendezés.* Részletesen kifejti előadó az izzasztó-szekrény felmelegedési viszonyait, a nagyfokú párolgást, mely benne az egyén böréről folyik (a perspiratio insensibilis is mennyire nő a szekrényben, hygrometer útján igazolta be), végig tárgyalja szines rajzokkal illustrálva a pulsus, a lélekzésszám viszonyait az aránylag kellemes *száraz meleg* atmospherában történő izzasztás alatt, rátér a testhőmérsék viselkedésére az 50—60° C hőmérsékben tartózkodás alatt (a centralis hő, mint a végbélmérések mutatták, *nem* emelkedik), megadja a test hőemelkedése kimaradásának egyedül lehetséges magyarázatát s befejezésül az elektromos izzasztószekrény hasznáról számol be a fasor-sanatorium vizgyógyintézetében tett tapasztalatai szerint. Mint fogyasztó eljárás az elektromos izzasztás csak adjuvans, egymagában vele olyan eredményeket, a minőkről hangzatos hirdetések szólottak, el nem érhetünk. Ellenben kitünő szolgálatot tesz a Kellogg-féle szekrény mindenütt ott, a hol izzasztással egyáltalán

czélhoz érhetünk, chronikus rheumás megbetegedéseknél (izületi és izomcsúz), köszvénynél, vesebajokban, izzasztásra javuló szembántalmak esetén, drastikus hideg eljárásokat megelőző hőappositio szüksége alkalmával és így tovább. *Kuthy* dr.

Erdélyi muzeum-egylet.

(Szakülés 1899. április 21-dikén.)

Elnök: **Lechner Károly** tnr., jegyző: **Genersich Gusztáv** m. tnr.

I. **Marschalkó** tnr.: **„Sarcoma multiplex idiopathicum“** esetét mutatja be. A férfibetegnél három év előtt a jobb kéz III-dik, IV-dik ujján livid csomók keletkeztek, melyek tumorokba nőttek. Miután e mellett más zavarok nem voltak, a bántalmat hagyta. 1897. nyarán a tenyéren is keletkeztek tumorok, melyek össze voltak nyomhatók. *Marschalkó* akkor sarcoma multiplex idiopathicumnak tartotta. Tavaly tavasz óta a tumorok gyorsabban nőttek. Arsenkezelésre nem történt megállapodás. Tavaly augusztus óta a jobb tenyér közepén 1½—2 cm.-nyi kiemelkedés nőtt, mely szétesett. Januárban exstirpálta. Időközben a lábfőkön és a jobb fülczimpán jöttek újabb tumorok. (Purjesz tavaly látta a beteget és még kifejezetlennek találta.) A górcsövi vizsgálat orsósejtű sarcomát mutatott cavernosus jelleggel; a sarcoma valószínűnűleg az edények endotheljából indult ki. Festeny nincs. A bántalom lassan lesz általános, de előbb-utóbb még tovább terjed.

Marschalkó bemutatja még a mult szakülésen demonstrált lichen ruber planus-esetet javult állapotban; viszketegség elmult, a göcsök visszafejlődtek, csak pigmentatio van még jelen. A javulás 400 drb. ázsiai arsenpilulára következett be. *Kaposi* tartós javulást 600—1000—1500 pilula alkalmazásától látott.

II. **Strobel Villibald** dr. bemutat egy *kérődző beteget*. A kérődzést nagyobbára idiotáknál észlelik. Okai: pertussis, elmebántalom, az accessorius Willisii megvastagodása. Némelyek neurosisnak, Dehio *rossz szokásnak* tartja, mert észlelt egy gouvernantot, kiről két gyermekre ráragadt. Észlelik olyanoknál, kik gyorsan esznek (elmebetegek, sietősen evők, fognélküliek). Mások a cardia izomhűdésétől, ismét mások öröklésből, degeneratioból magyarázzák. Igen sok esetben hyperaciditas van jelen. Esete egy 18 éves fiú. Gyermekkorában mutuly volt. 5 éves korában ½ liter rumot ivott meg, heveny alkoholismust kapott. Falánksága miatt közveszélyes lett, rárohant az evő emberekre. Sovány volt, 34 kg.-ot nyomott, most 1½ év mulva 55 kg. Fején asymmetria van. Gyomor tág. Ujjain a bőr vastagabb, mert mérgében harapja azokat. Kryptorchismus volt nála. Penise nagy, de erectio nincs. Beszélni nem tud; csak az étel érdekelte és a félelem a veréstől. Most már tisztább és némileg illedelmes.

III. **Genersich Gusztáv** m. tnr. bemutat *erythema solare* esetet. Azt hiszi, hogy még élénk emlékezetben lesznek azok a betegek, kiket tavaly tavaszszal Purjesz tanár *pellagra* név alatt bemutatott, és kiknél az idegrendszer, a gyomor és bélhuzam bizonyos eltérései mellett igen feltünő bőrváltozások is voltak észlelhetők a napnak kitett testrészeken: az arczon, a kéz és lábháton. Purjesz ezeket a pellagrára jellegzetesnek tartja, bár hangsúlyozza, hogy a pellagra csak a tünetek összeségéből kórismézhető, de a bőrtünetek fellépte nélkül figyelmünk aligha irányulna a bántalomra.

Marschalkó tnr. annak idején a hozzászólásban kifejtette, hogy a pellagra mellett fellépő bőrváltozásokat nem tartja jellegzőknek, mert ugyanilyen erythemák előfordulhatnak más egyéneknél is, kik sohasem voltak pellagrások; az erythema a nap vegyi sugarai által okoztatik leggyakrabban tavaszkor, a legelső verőfényes napok alkalmával és megkülönböztetésül azoktól a bőrváltozásoktól, melyek nyáron, tisztán a napnak perzselő ereje által okoztatnak és *dermatitis calorica* néven ismeretesek, francziásan *„erythéme chimique solaire“* neveztetett el, mely, mint a pellagra is, különösen cachectikus egyéneknél lép fel. *Marschalkó* említést tesz *Besnier* esetéről, egy öreg asszonyról, ki nem lakott pellagrás vidéken, kukoriczát sohasem evett, kinél tavaszszal napsütés következtében a pellagrás erythemához csalódásig hasonló változás jött létre; a bőrön nemcsak pirosság, hólyag, hámlás keletkezett, hanem mély fissurák és rhagadesek is, melyekre *Purjesz* tanár pellagránál oly nagy súlyt fektet.

Így állván a kérdés az itteni szakülés előtt, igen érdekesnek tartja *Genersich* oly eset bemutatását, mely egyfelől igazolja az erythéme chimique solaire létezését, de másfelől a mellett is bizonyit, hogy mégis vannak oly tünetek a pellagrás bőrváltozásoknál, melyek egyszerű erythéme solaire-nél nem fordulnak elő.

Az eset a következő: J. K. 7 hónapos, u. k. téglavető gyermeke. Munkaközben az anyja mellett a földön szokott feküdni, így történt az f. é. április 19—20-dikán is, mely napokon a hőmérő 25—30° R.-t mutatott. Tegnap (IV. 20-dikán) vették észre, hogy bőre az arczon és kézháton kipirosodott, sőt kezén fel is hólyagzott. *Genersich* látta a gyermeket egy hét előtt (IV. 14-dikén) és constatálhatja, hogy akkor a bőrön még semmi változás nem volt. Ma mindkét kéznek a háti felületén a bőr barnás-vörös, vastagabb és szárazabb tapintatú. E változás alófelé az első ujjperczek háti felületére, felfelé a csukló bőrére is reáterjed, 1 cm.-nyire az alkart is érintve, egészen addig, mig az ingecske a bőrt csupaszon hagyja. A jobb kézhátnak csaknem egész kiterjedésében kis babnyi apróbb és azok összefolyásából származó nagyobb, koronanagyságú, fehéresen áttünő hólyagos terület van, melynek fedőhámja kissé száraz. Nyomásra itt-ott megreped a bőr és kevés tiszta savó szivárog elé. Egy apróbb hólyag van a bal kis ujj első perczén is. Mindkét pofa bőre nagy, tallérnyi kiterjedésben és ezzel összefolyva az orr bőre, sőt a homloknak alsó segmentumát is felölelve, szóval az arcznak az a része, melyet a fejkendő nem fed, sötétveresszínű, vastagabb és szárazabb, de duzzadt és ránczokat nem mutat. Érintésre úgy az arcz, mint a kezek bőre érzékeny.

Az orrháton lencsényi kiterjedésben és épen oly nagy helyen az orrtól jobbra a felhám hiányzik és a barnás, pergamentszerűleg beszáradt irha látszik.

A bemutatott esetnél a napnak kitett arcz- és kézrészek a pellagrához hasonló módon vannak elváltozva; de hogy jelenben nem pellagrával állunk szemben, hanem a legnagyobb valószinűséggel erythéme solaire-t látunk magunk előtt, a mellett a következő indokokat lehet felbozni: 1. *Genersich* tavaly a pellagrát gyermekeknél tanulmányozta és egyetlen egy esetben sem látta csecsemőnél fellépni, pedig számos szoptatós pellagrás asszonyt látott. Sőt észlelt Magyar-Nagy-Somboron családot, hol az anya és 5 gyermek betegedett meg pellagrában, és — bizonyára a házon kivül is étkező apa és a még télen beállott szegénység miatt szolgálatba küldött legidősebb leányon kivül — csak a csecsemő maradt egészséges. A bemutatott csecsemő elég jól táplált és egy héttel azelőtt fellépett dyspepsián kivül beteg nem volt. Anyja egészséges külsejű. 2. A későbbi észlelet azt szokta mutatni, hogy a pellagrás bőrváltozások renyhén, lassan gyógyulnak, mig ellenben az erythema solare ép oly hevenyen múlik el, a mily gyorsan keletkezett. (Esetünk utólagos észlelése azt mutatja, hogy IV/22-dikén az addig duzzadt, de sima arcznak felhámján számos ráncz, berepedés és pikkely van, de a pir még fennáll. Április 24-dikén a pír csak a homlok közepén az orrháton és szárnyszerűleg a szemek alá terjedve látható. A bőr ránczos, repedezett, pikkelyes. Mindkét kézhát tetemesen lelohadt, a legfelsőbb hámréteg levált és a kéz szélein mint száraz czafat lelóg. A hólyagok eltüntek, helyükön friss bőr. Az ujjak bőre alig pirosabb. *Marschalkó* tnr. hozzászólásában az esetet szintén erythema solare-nak minősíti.

IV. **Veszprémi Dezső** dr. kórbonczctani tanársegéd általános és meglehetősen súlyos **pneumococcus infectio** néhány esetéről referál bonczolások és bakteriologikus vizsgálat alapján. Egyik esetben a bal tüdő alsó lebenyében volt pneumonia, mely már carnificatio jeleit mutatta. Ennél az egyénnél endocarditis ulcerosa, meningitis cerebrospinalis purulenta és hydrocephalus internus volt még a pneumonián kivül. Jellemző diplococcus lanceolatust talált az endocarditikus növedékről vett kaparékban, úgy a cerebralis, mint a spinalis meninxek purulens izzadmányában, melyből typikus culturát is sikerült nyerni, valamint a hydrocephalus internus savójában is.

Egy másik esetben pneumonia volt a jobb tüdő felső és középső lebenyében, és a bal tüdő felső lebenyében. Ezenkivül pleuritis, mediastinitis serofibrinosa, mely serosopurulens phlegmone alakjában átterjedt a jobboldali mellkasi izmok közé is. Mindezekben az exsudatumokban sok diplococcus lanceolatust lehetett kimutatni. Ugyanezen egyénnél volt még pericarditis és endocarditis incipiens is. Továbbá meningitis convexitatis serosa, feltünően sok izzadmánynyal, melyben nagyon sok tokos pneumococcus volt, a mely oltás után glycerines agaron jellegzetes culturát is adott. A diplococcusok virulentiájáról meggyőződendő házinyulfül venájába fecskendett be a meningitikus izzadmányból, melynek következtében a nyul 36 órán belül elpusztult, vére telve volt diplococcusokkal, a melyek tovább tenyészthetők is voltak. Ezenkivül még néhány esetet említ, melyek mind egymásutáni napokon kerültek sectiora s a melyeknél súlyosabb pleuritissel, bronchitis fibrinosával stb. volt complikálva a magában véve is nagyobbfokú croupos tüdőgyuladás.

V. **Filep Gyula** dr.: **„Adatok a csont és izületi gümőkór statistikájához“** czimmel tart felolvasást.

1. A csont és izületi gümőkór a klinikánk beteganyagát szolgáltató törvényhatóságban terjedőben van, épen úgy, mint a tüdőgümőkór.

2. A csont és izületi gümőkór a férfiakat valamivel gyakrabban támadja meg, mint a nőket és ebben is hasonlit a tüdőgümőkórhoz.

3. Leggyakrabban fordul elő a 15—20 év között, mig a tüdőgümőkór a 20—30 év között gyakoribb.

4. Leggyakrabban betegszenek meg a térd, a láb izületei és csontjai és a csípő; 15 éven alul az alsó végtagok megbetegedései valamivel gyakoribbak, mint a felső végtagokéi.

5. Örökölt terheltség az esetek 18%-ánál biztosan kimutatható, 17%-nál gyengén.

(Szakülés 1899. május 25-dikén.)

Elnök: **Lechner Károly**; jegyző: **Genersich Gusztáv.**

1. **Genersich Gusztáv** m.-tanár **pellagra-esetet** mutat be 2½ éves gyermeknél. Az eset már félig gyógyult, mert a szakülésnek a mult hétre hirdetett napjától mai napig kórházi kezelés alatt állott. Bemutatása azonban annál érdekesebb, mert demonstrálja a pellagra és erythema solare közti hasonlatosságot; utóbbi kóralak előadó által a mult szakülésen lett bemutatva. A beteget felvételekor (V/15.) azzal a panaszszal hozták, hogy több mint egy hét óta arcza sebes. Az arcz egész mellső része, felfelé épen a szemöldökig, oldalt 2 cm.-rel a fül előttig, alófelé majdnem az állig nagy részben már fiatal, rózsaszínű hámmal takart, melyen részben halványfehéres, részben barnás, sőt véres hámpikkelyek és varak fekszenek helyenkint elszórva; legtöbb var és pikkely van a száj és az orr körül, legkevesebb a pofák domborúságán. Az elváltozott területet úgy a homlok elé, mint hátra a fül felé, sőt a nyakon köröskörül haladva sötét-barnás-feketés, kissé ránczos bőr határolja. Alófelé az áll felé ily sötéten festenyzett határ nincs. A bal fülczimpán is van hámlás és pörkösödés, ellenben a jobb fül egészen tiszta. Mindkét kézhát és csukló, valamint felette az alkar feszítő felületének 2 harántujjnyi része, a kézujjaknak első és részben második percze, vastag, pergamentszerű, vörösbarnás, helyenkint zavaros váladék

által némileg felemelt bőr által takart, a felhólyagzott részekből vizszerű váladék nyomható ki. A csukló felett a határon baloldalt zöldes varak, jobboldalt ezek leválása után visszamaradt vékony hám. A határt felfelé festenyes sáncz képezi, mely után egészen ép és fehér bőr következik. A hajlító felület és az oldalsó részek alsó fele már egészen vékony és halavány bőr által takart. Az átmenet az ép és megtámadott bőr között a csuklók oldalain köríves. A lábhát barnás, repedezett, festenyesebb hám által takart és úgy az ujjak is. Éles határ felfelé nincs. Jobboldalt csak az öreg ujj belső szélén, baloldalt a láb szélén az os naviculare-ig a bőr vöröses és az ujjak redőinél rendesnél mélyebb ránczokat mutat, részben a vöröses helyek körül czafatos.

Észlelésünk alatt a vastagabb bőr egészen lehámlott, sőt a festenyes határövig levált és különösen a fül előtt, valamint a nyakon helyenkint eczemás bőrrészek vannak. Maga az arcz meglehetősen halvány lett. A kezek bőre halványabb vörös, simább, de még infiltrált tapintatú. A lábak alig változtak.

A gyermek egy dezméri (Kolozsvártól egy órányira fekszik) földmívesnek a fia. Állitólag 9 hónapos koráig szopott, aztán magától elvált, mert anyjának kevés volt a teje. Azóta kevés tejen kivül majdnem kizárólag málés kenyérből élt. Egyéb ételt, búzakenyeret, zsemlyét, sőt czukrot is visszautasitott. Kórházi tartózkodása alatt lassankint mindent kezdett enni, sőt jó étvágyra tett szert és tetemesen megépült és eddigi siránkozását elhagyva, élénken játszani kezd.

A t. szakülés ama tagjai, kik számosabb pellagra-esetet észleltek felnőtteknél, talán erre az esetre is azt mondhatnák, hogy kétes, miszerint pellagrában szenved és valószinübb, hogy szintén az erythema solare csoportjába tartozik, minőt a mult szakülésen bemutatni szerencsém volt. Ha ezt az esetet mégis pellagrának minősitem, teszem azt a következő indokoknál fogva: Gyermekeknél tavaly tavaszszal és nyáron tett észleleteim szerint a pellagrás bőrelváltozások némileg elütő módon lépnek fel, mint a felnőtteknél. Míg felnőtteknél a bőrlob, a dermatitis gyakrabban csak félheveny, vagy még inkább chronikus, a bullák képződése, az ezek szétesése által keletkezett fekélyek a ritkább eshetőségek közé tartoznak, ellenben legtöbbször igen jól kifejezett, mélyreható repedések és ezek szélén hámfelrakódások észlelhetők, addig gyermekeknél a dermatitis többnyire acut jellegű, bullák és fekélyedések gyakran jelentkeznek, a bőr megperzselését gyorsan követi a teljes lehámlás, mely után ha fekélyek nem jöttek létre, igen gyorsan mélyebb repedés nélküli, aránylag vékony bőr marad vissza. A folyamat egy idény alatt 3—4-szer ismétlődik a nélkül, hogy azok a mély repedések és hámvastagodások jelentkeznének, mint felnőtteknél. Felnőtteknél az arczon ritkán vannak súlyos változások, leginkább az orr körül látunk felületes dermatitist és azonkivül látjuk azokat a jellegző csapokat az orr hegyén és a czimpákon. Gyermekeknél többnyire az arcz van legnagyobb mérvben megtámadva, a bőr itt megperzselődik, megreped, gyorsan lehámlik és egy idő mulva ismét beteg lesz, de nagyobb nyomok nélkül. A faggyúmirigyektől eredő csapok nem észlelhetők. Az általános megviseltség gyermekeknél sokkal gyakoribb, különösen a gyakran fellépő súlyos, véres hasmenések miatt, melyek folytán kimerülés, oedema universale és halálos kimenetel nem tartozik a ritkaságok közé.

II. **Jakóbi József** dr. babnyi **fülpolypust** mutat be, melyet tegnap egy a fül- és gégeambulatoriumon kezelt 12 éves fiúnak bal füléből kivett. A polypus a külső halljáratot egészen kitöltötte, a dobüregből indulva ki. A polypus kivételét geny kiürülése követte. A betegnél a bal külső hallójárat tágabb, a bal fülkagyló túltengett, ezek okát Jakóbi dr. a hét éven keresztül tartó kezelésnek és részben a polypusnak tudja be.

III. **Filep Gyula** dr.: **Kisérletek collargolum Credével** czimmel előadást tart.

Arra az eredményre jut, hogy a collargolum Credé a staphylococcus fertőzést semmi módon nem befolyásolja és azért a collargolum Credét teljesen hasznavehetetlennek tartja. Nagyobb adagokban alkalmazva ezüst mérgezés tünetei miatt ártalmas.

(Szakülés 1899. junius 23-dikán.)

Elnök: **Lechner Károly**; jegyző: **Genersich Gusztáv**.

Parádi Ferencz dr. egyetemi tanársegéd előadja „**Adatok a köpet földfémtartalmának és fajsúlyának ismeretéhez**“ czimü értekezésének ismertetését. Adatai szerint tuberculosis pulmonumnál a földfémek 24 órai kiválasztása 0·0164 gm. és 0·0579 gm. között (középérték 0·0374 gm.) ingadozott. Pneumonia crouposánál a minimum 0·0084, a maximum 0·1475 gm. volt (középérték 0·1221 gm.); bronchitisnél a minimum 0·0341 gm., a maximum 0·8423 gm. volt (középérték 0·3149 gm.). Az eredmények alapján a következőket lehetett megállapitani:

1. A köpettel kiválasztott földfémek mennyisége az egyes egyének szerint igen tetemes ingadozásokat mutatott s a számba vett betegségek egyikére sem volt fajlagosan jellemző. A földfémeknek sem absolut, sem pedig a köpet szilárd részeire vonatkoztatott relativ mennyisége tuberculosis pulmonumra nem volt jellemző.

2. A köpet 24 órai mennyiségben foglalt földfémek mennyisége arányban volt a 24 óra alatt termelt köpet mennyiségével és egyes esetekben olyan tekintélyes értéket ért el, a mely a földfémek általános szervezeti forgalma szempontjából semmi esetre sem mellékes jelentőségü.

3. A vizsgált köpetekben általában több calcium és kevesebb magnesium volt található.

4. A köpet fajsúlya arányosan emelkedik és süllyed a köpet összeállásával, mely a köpet összes mennyiségétől és főleg a fehérjéktől függ.

PÁLYÁZATOK.

Pannonhalmán (u. p. Győr-Szt.-Márton) **a főapátsági orvosi állás** betöltendő.

Illetmény: évi 1200 frt készpénz, 48 m³ kemény tüzifa, 4—5 szobás lakás (konyha, kamara, padlás, pincze, 672 □-öl kerttel); 10 évenkint 100 frt korpótlékra való igénynyel.

Az állást elnyerni óhajtó r. kath. orvostudorok kérvényüket, szakképzettségüket, eddigi gyakorlatukat, egészségi és családi állapotukat feltüntető okmányaikkal **f. é. november hó 15-dikéig** a pannonhalmi főmonostori perjelnél személyesen nyujtsák be. Fogorvoslásban jártosak — különben egyenlő körülmények között — előnyben részesülnek.

Munkakör. Orvosi gondozásban tartozik részesiten: 1. a főmonostort és alkalmazottjait ezek családjával (összes lélekszám mintegy 120); a győr-szt.-mártoni apáczakolostor tagjait (5—6); 2. a szentmártoni és veszprémi gazdasági kerületekben a rendi lelkészeket (6); 3. a nevezett gazdasági kerületek és a főapátsági erdészet tisztjeit és alkalmazottjait családjaikkal és házi cselédjeikkel (4—5 család); 4. a szentmártoni gazdasági kerület és az erdészet összes cselédjeit és azon családtagjait, a kik velük egy háztartásban vannak (11 majorban mintegy 550 lélekszámmal).

Kocsiról az utóbbi három pontban emlitettek maguk gondoskodnak; a cselédek — a mig lehetséges — lakásán keresik fel az orvost.

Pannonhalma, 1899. szeptember hó 29-dikén.

Kroller Miksa, főmonostori perjel.

2—2

39,392/1899. alisp. sz.

Az 550 frt tiszti fizetés és 150 frt évi úti átalánynyal javadalmazott begai **járásorvosi állásra** — Bálincz székhelylyel — ezennel pályázatot hirdetek.

Felhivatnak mindazok, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy a tiszti orvosi vizsga letételét igazoló, valamint az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előirt és eddigi alkalmazásukat s nyelvismeretüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket **f. évi október hó 31-dikéig** hozzám nyujtsák be.

A román nyelv ismerete kivánatos.

Lugos, 1899. évi október hó 5-dikén.

3—1 *Fialka*, alispán.

16,171/1899. szb. sz.

Udvarhely megye székely-keresztúri járás Etéd községe székhelylyel lemondás folytán a **körorvosi állás** megüresedvén és annak betöltésére ezennel pályázatot hirdetek.

A körhöz 10,250 lelket számláló következő községek tartoznak: Etéd, Körispatak, Bőröd, B.-Újfalu, Siklód, Szolokma, Küsmöd, Martonos, Enlaka, Tordátfalva, Tarcsafalva, Csehétfalva és Firtos-Váralja.

Javadalmazása: 1. 500 frt rendes fizetés. 2. 180 frt havi körutak fuvardija. 3. Etéd községben esetenként 50 kr. halottkémlési dij, ugyanott 4. marhavágatás alkalmával vágóbiztosi dij. 5. Jogositva van beteglátogatások alkalmával házánál 30 kr., házán kivül 40 kr. dij szedésre, azon kivül a székhelyen kivül 1 frt 50 kr. napi dija jár, éjjel ezek kétszerese számitható. 6. Hivatalos kiküldetések alkalmával a természetbeni fuvart vagy kilométerenkint 13 krt követelhet.

A körorvos kötelességeit az 1876. évi XIV. t.-cz. 145. §-a irja elő, s ahhoz alkalmazkodni tartozik. Ezek után felhivatnak a pályázni kivánók, hogy folyamodványaikat hiteles okmányaikkal felszerelve az alulirthoz **f. évi november hó 1-jéig** okvetlenül adják be, mert ellenkezőleg folyamodványaik figyelembe vétetni nem fognak.

Székely-Keresztur, 1899. évi október hó 1-jén.

3—1 *Dollny Róbert*, főszolgabiró.

HIRDETÉSEK.

Az idióták és gyengeelméjüek
államilag engedélyezett intézete **Pelsőczön** (Gömör-megye), kivánatra bérmentve küld prospectusokat.

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, testegyenesités, inhaláció, villamozások minden neme stb. A modern higiénia minden követelményeinek megfelelő tágas és kényelmes gyógytermek. Külön férfi- és női osztályok.

San Remoban gyakorlatot folytat mint évek óta a bécsi Univ. Dr. **STEINBERG RIKÁRD**
Nyáron **Reichenhall és Grossgmain.**

Görbersdorf (Porosz-Szilézia).
Dr. RÖMPLER sanatoriuma
tüdőbetegek részére.
561 m. a tenger szine felett. 1875 óta áll fenn a tulajdonos vezetése alatt. Egész éven át nyitva. Magyarországi betegek részére legközelebb fekvő zárt rendszerű tüdőgyógyintézet. Magyarok által állandóan látogatva. Az első assistens magyar (volt klinikai gyakornok Korányi tanár klinikáján). Villamos világitás. Prospektust és albumot kivánatra küld Dr. Römpler.

Telefon 54—20.

Budapesti Gyógymechanikai (Zander) Intézet

VIII., Muzeum-körút 2. sz. (Nemzeti Szinház bérháza.)

Testegyenesitès, svéd-gymnasztika, massage. **Hőgyógyászati osztály.**

Villamos sugárzó hő- és túlhevített levegő-fürdők: (idült csúz, köszvény, idegzsábák, elhájasodás stb. eseteiben.)

Telefon 54—20.

Kalle & Co.

anilinfestékgyár

Biebrich a. Rh.

Pharmaceut készítmények osztálya.

Minták és irodalom az orvos uraknak rendelkezésre állanak.

Hetol & Hetokresol

(synth. fahéjsav. Na u. Cinnamylmetakresol.)

Készítmények a gümőkór kezelésére

dr. Landerer A. stuttgarti tanár szerint.

A kellő tisztaság garantiája mellett.

Orexin. tannicum.

Legjobb stomachicum.

Teljesen **ártalmatlan**, biztos hatással **étvágytalanság** ellen **gyermekeknél** és **felnőtteknél.** Főleg a

hyperemesis gravidarum ellen ajánltatik.

Adag 0·5 kétszer naponként vagy két

Orexin-csokoládé-tabletta.

Jodol.

A jodoform legjobb pótszere, szagtalan, nem mérges.

Első tekintélyek által ajánlva.

Menthol-Jodol

(finom kristályos jodol 1%-os menthollal) **Dr. Schaeffer bremai orvos szerint,** különösen alkalmas befuvásokra a rhino-laryngolikus praxisban.

LUTZ-féle valódi, teljesen ólommentes

PORCELLÁN-ZOMÁNCFESTÉK

falakon és mennyezeteken porcellánszerű, kemény s igen elegáns felületet ad, mely **vízzel mosható, sublimat- vagy carbololdattal könnyen fertőtlenithető s évekig tartós.** Műtőtermek, betegszobák, fürdőhelyiségek, főző- és mosókonyhák, klosetek részére a legcélszerűbb mázolat. **Kórházakban, magángyógyintézetekben, fürdőkben stb. évek óta kitünően bevált.** Szakkörökből való számos bizonylattal, valamint mintával, prospektussal s színkártyával szívesen szolgálnak az egyedüli gyárosok

Lutz Ede és Társa, Pozsony, Gyár-út 20.

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:

	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 „

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi-, górcsöi- és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN

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

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

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

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 készítve. Igen alkalmas a mindennapi használatra azoknál, kik rendes szorulásban szenvednek.

A **Tamar Indien Grillon** Franciaország 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.

REINIGER, GEBBERT & SCHALL

Wien, III., Universitätsstrasse Nr. 12.

Berlin—Erlangen—München.

Különlegesség: **Villamos orvosi készülékek galvanisatio, elektrolyse faradisatio, franklinisatio, kaustik, endoskopia** stb. **orvosi csatlakozó készülékek villamos fényvezetékekhez.**

Röntgen-berendezések. **Villamos fényfürdők.**

Képes árjegyzések ingyen és bérmentve.

Képviselő Budapesten:

WONKE REZSŐ műszerész

VI., Ó-utcza 42 (Mintaraktár).

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

BUDAPESTI ORVOSTUDOMÁNYI EGYETEM
II. sz. Sebészeti Klinika Könyvtára
Budapest, VIII. Baross-u. 23-25
Telefon: 143-600.

Negyvenharmadik évfolyam. 43. szám. *Budapest, 1899. október 22.*

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

Gebhardt Ferencz: Közlemény a kir. magy. tud. egyetem II. számú belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr. ny. r. tanár.) A sclerosis polyinsularisban szenvedők érzési zavarairól. 520. l.
Lévai József: A phosphornekrosisról. 521. l.
Dollinger Gyula: A féregnyújtványgyuladás (appendicitis). 525. l.
Gedeon János: Közlemények az orvosi gyakorlatból. 526.
Tárcza. Intézkedések a pestis eslen Németországban. 526.
Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. W. Ebstein* und *J. Schwalbe:* Handbuch der praktischen Medicin. 528. l. — *Lapszemle.* Ujabb adatok a typhus abdominalis bacteriologiai kórismézéséhez. — —*ss.* Gautier: Myxoedema esete. — —*ss.* E. Schultze: A thalamus opticus rostjai dementia paralyticanál. — —*ts.* Lexa: Kemény mészköves daganat. — *Manninger* (*Vilmos:* Lennander: A lágyéki és a vasa iliaca et obturatoria körül fekvő nyirkmirigyek eltávolitása egy műtéttel. — *Illyés Géza:* Duchastelet: Kömorzsolás a hólyagnak antipyrin végbélcsőre útján elért érzéstelenítése mellett. 528 l. — *Havas:* Philippson: A lupus vulgarisnak belső szerrel való gyógykezelése. — *Reách:* Scholtz: Adatok a gonococcus biologiájához. — *Reách:* Bogdan: Kis fiúk húgycsőgonorrhoeája. — —*r.* Andriani: Az airol varicosus fekélyeknél. 529. l.
Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Egyetemi alkalmaztatások. — Korányi Frigyes. — Praeventiv pillulák a pestis ellen. — A pestis állása Portóban. — Megjelent. — Tudomásul. — Herczel dr. — Orvosi évkönyv. — Szt. Lukács-fürdő. — Kuthy Dezső dr. — Pályázatok. — Hirdetések. 530. l.
Tudományos társulatok és egyesületek.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a kir. magy. tud. egyetem II. számú belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr. ny. r. tanár.)

A sclerosis polyinsularisban szenvedők érzési zavarairól.

Gebhardt Ferencz dr. klinikai gyakornoktól.

A sclerosis polyinsularis a központi idegrendszer azon betegségei közé tartozik, a melynek felismerése, más betegségektől való elkülönítése typusos esetekben nehézségekbe nem ütközik. Az intentios remegés, skandáló beszéd, szemrezgés stb. azon tünetek, melyek ezen megbetegedést az idegrendszer többi bántalmaitól élesen elkülönítik. A jellemző tüneteket tehát különböző mozgási zavarok alkotják.

Ha régebbi ideggyógyászati könyveket átlapozunk, fel fog tünni, hogy majdnem az összes észlelők egyetértenek abban, hogy a sclerosis polyinsularis klinikai képének jellemző vonásai közé tartozik az, hogy érzési zavarok sohasem vagy csak kivételesen fordulnak elő.

„Les troubles sensitifs ne font pas partie du tableau clinique de la sclerose en plaques“ mondja *Charcot*. Hasonlóan nyilatkoznak *Seeligmüller*, *Hirt*, *Eichhorst* s mások.

Az érzésbeli zavarok jellemző hiánya ezen adatok szerint lényeges különbség volna tehát a tabes dorsalissal szemben, a melynek klinikai kórképében különböző érzési zavarok: a lancinaló fájdalmak, övérzés stb. a leggyakoribb s kórjelző tüneteket képezik.

Már *Cruveilhier*,[1] *Charcot*,[2] *Berlin*[3] is irnak le sclerosis polyinsularis eseteket, melyeknek lefolyásában oly érzési zavarok jelentkeztek, melyek az esetek klinikai megjelenését a hátgerinczsorvadáshoz feltünően hasonlóvá tették. Ilyen tünetek voltak épen: a nyilaló fájdalmak, a hangyamászás s más paraesthesiák a végtagokon, szorító övérzés stb., a melyek a sclerosis polyinsularis egyéb, itt részletesen fel nem sorolható, a tabes dorsalist utánzó tüneteivel egyetemben oly kórképet nyújtottak, a melynek differenciálása csak hosszabb s alaposabb észlelés után lehetséges. Ezen eseteket azonban csak kivételeknek tartják, úgyannyira, hogy maga *Charcot* ezen érzésbeli zavarokat csak „szokatlan módon fellépett tüneteknek“ mondja.

Berlin az ilyen sclerosis polyinsularis eseteket a tabes dorsalishoz közeledő megbetegedésnek tartja s tiszta sclerosisnak csak azon kórképet tekinti, melyet egyedül a mozgási sphaera bántalmazottsága jellemez.

Mindinkább szaporodtak azonban azon észleletek, a melyek szerint a sclerosis egyes eseteit különböző érzési zavarok kisérik és ezen esetek diagnosisának helyes voltát bonczolással is igazolták. (*Engesser.*[4])

Ezek alapján *Erb*[5] már 1878-ban az érzési zavarok hiányát a sclerose en plaques-ra nézve nem tartja jellemzőnek, sőt ellenkezőleg, szerinte a typusos esetekben ezek mindig jelen vannak, de elismeri, hogy az érzési zavarok sokszor részben vagy teljesen is hiányoznak.

Az újabb időkben *Oppenheim*[6] és utána *Freund*[7] is az érzési zavarokat a sclerosis polyinsularis csaknem állandó tüneteinek tartják. *Oppenheim* csak egy esetet látott, a melyben több esztendőig tartó észlelés alatt érzési zavar sohasem jelentkezett. *Freund* az esetek 88%-ában észlelt érzési eltéréseket, melyek az összes érzékszervekre kiterjedtek. A nyomás érzést 33 eset közül 17-szer, izomérzést 22-szer, a hőérzést, fájdalomérzést szintén 17 esetben találta megváltozottnak, a mely érzési eltérések részben az érzés csökkenésében — hypaesthesia —, sőt teljes anaesthesiában, illetve hyperalgesiában, vagy hypalgesiában stb., szóval qualitativ és quantitativ különbségekben nyilvánultak. Két esetben a stereognostikus érzés is szenvedett; egyik esetében említi *Freund*, hogy a beteg nem tudta megmondani, hogy kést-e vagy villát, vagy egyáltalán mit tart a kezében. *Eichhorst*[8] leirja, hogy egy betege, ha a bal lábát megszúrta, a szúrást a jobb lábán érezte. (Allocheiria.)

Az íz- és szaglásérzés, sőt a hallás és látás körében is feltünő zavarokat irnak le. (*Pierre Marie.*[9]) *Uhthoff*[11] 100 eset közül 24-szer hirtelen fellépő megvakulást — amblyopiát — észlelt.

[1] *Cruveilhier.* Anat. path. Livr. 32. 38. 1835—42.
[2] *Charcot.* Klin. Vortr. über die Krankh. des Nervensyst. Deutsch v. *Fetzer* (1874).
[3] *Berlin.* Beitrag zur Lehre v. der multiplen Gehirn-Rückenmarks-Sclerose. Deutsch. Archiv. f. klinische Medicin. Bd. XIV. (1874).
[4] *Engesser.* Beitrag zur Casuistik der multiplen Sclerose des Gehirns und Rückenmarks. Archiv. f. klinische Medicin. Bd. XVII. (1876).
[5] *Erb.* Handbuch der Krankheiten des Nervensystems, Handbuch der speciell. Pathologie u. Therapie v. *Ziemssen.* Bd. XI., II. Abth. (1878).
[6] *Oppenheim.* „Zur Pathologie der disseminirten Sklerose“. Berliner klin. Wochenschrift. 1887. Nr. 48. „Weitere Notizen zur Pathologie der disseminirt. Sklerose“. Charité Annalen 1888.
[7] *Freund.* „Über das Vorkommen von Sensibilitätstörungen bei multipler Herdsklerose. Archiv. f. Psychiatrie Bd. XXII. (1891.) 317—344. u. 588—613.
[8] *Eichhorst.* Handbuch d. speciell. Path. u. Therap. Bd. III. (1896).
[9] *Pierre Marie.* Leçons sur les maladies de la moëlle (1892).

Ezen objectiv eltéréseken kivül subjectiv érzési panaszokat is irnak le, melyek különféle paraesthesiákban, hangyamászásban, bizsergésben, övérzésben, czikkázó, lancináló fájdalmakban nyilvánulnak és néha igen erősek, rendesen azonban csak kisfokúak szoktak lenni (*Leyden és Goldscheider*[10]). Localisatiojukat illetőleg ezek csaknem mindig a végtagokra, s főképen a végső ujjperczekre szorítkoznak, néha azonban a végtagok nagyobb területére, akár egész testfélre, mint hemianaesthesia vagy hemihypaesthesia kiterjednek.

Az érzési zavarokat lefolyásukat illetőleg azok hirtelen keletkezése, majd gyors megszünése, szóval nagy változékonysága jellemzi. Ezen tünetek meglepő javulása, illetve eltünése *Oppenheim* szerint oly jellemző, hogy ily fokban ez egyik idegbántalomnál sem fordul elő, kivéve talán a *hysteriát*, a *melyhez* ezek révén *az esetek néha az összetévesztésig hasonlítanak.*

A sclerosis polyinsularis összes tüneteire általában jellemzőnek mondják azt, hogy azok nem állandóak, hanem minden felismerhető ok nélkül hirtelen megváltoznak, vagy egészen eltünnek, majd ismét esetleg más helyen s más alakban újból visszatérnek.

Így a látási zavarok, melyeket *Uhthoff, Parinaud, Gnauck* irtak le, hólyag és végbél panaszok — *Oppenheim* —, a bénulások, nevezetesen a peroneus bénulás, de különösen az *érzéstelenség,* vagy fokozott *fájdalomérzés,* időközönkint változnak.

Oppenheim[4] és *Freund*[5] eseteinek alapján tehát az érzésbeli zavarok a sclerosis polyinsularisnak lényeges s jellemző symptomái, sőt némely esetben a diagnosis felállítására nézve is nagy jelentőségüek lehetnek. *Freund* egy esetet irt le, a mely 12 éven keresztül a spastikus spinalis paralysis kórképében folyt le. A végső stadiumában jelentkező érzésbeli zavarok miatt azonban a kórismét sclerosis polyinsularisra helyesbítette, a mit a bonczolás tényleg igazolt is.

A II. számú belklinikán az utóbbi években 28 sokgóczú sclerosis-esetet észleltünk, a melyek közül 18 esetben a legkülönfélébb érzési zavarokat: mint paraesthesiákat, szaggató fájdalmakat, szorító övérzést, csökkent s fokozott fájdalomérzést, hallási, látási, sőt egy-egy esetben izlési, illetve szaglási zavarokat is találtunk. Ezen tapasztalatok is azt bizonyítják, hogy az érzésbeli zavarok hiánya nem jellemző, mint azt régente hitték s még újabban is némelyek hiszik, hanem ellenkezőleg csak kivételesebb állapot. Azonkörülmény azonban, hogy ezen érzésbeli zavarok nem az összes esetekben, hanem csak azok körülbelül 64%-ában jelentkeztek, azt mutatja, hogy ezek még *sem tartoznak a sclerosis polyinsularis cardinalis tünetei közé.*

Mielőtt ezen érzési zavarok bővebb méltatásába bocsátkoznánk, a két utoljára, hosszú időn, sőt egyik éveken keresztül észlelt esetünk lefolyását kivonatolva irjuk le.

I. eset. B. Mari 23 éves hajadon, beteg lett 1892-ben, a klinikára először felvették 1894. április 23-dikán.

Anamnesis. Családjában ideg- vagy elmebaj nem fordult elő. Előző betegségeire vonatkozólag elmondja, hogy 7 éves korában, minden előzmény nélkül egyszerre megzavarodott az eszmélete, zürzavaros, összefüggéstelen dolgokat beszélt; ez állapot pár perczig tartott, s 7 éven keresztül egész addig, a míg a havi baját meg nem kapta, időnkint visszatért: eleinte hónaponkint egyszer, később naponta többször; az első havi bajakor azonban, mintha elvágták volna, elmulott. 18 éves korában egy egész nyáron át lelte a hideg, mely csak őszkor maradt el. Ugyanezen évben fejfájások kezdődtek, melyek főkép a homlokára és a feje tetejére lokalizálva, szaggató jelleggel hetenkint 2—3-szor megjelentek, órákig vagy fél napig tartottak. A fejfájásokhoz szédülés is csatlakozott. E fejfájások 3 évi fennállás után megszüntek.

Jelen betegsége 1892-ben kezdődött. Előtte ismeretlen okból kevés járás után is fáradságot kezdett érezni bal lábában, mihez pár napig tartó fájdalom csatlakozott a bal czombizület táján és innen előrefelé és lefelé a czombon. A fájdalmak szaggató-égető jelleggel, úgy járás, mint fekvés közben egyformán intensivek voltak. E fájdalmak miatt beteg klinikai ambulantiánkra s a villamozásokra bejárt. Jelenleg a fájdalmak három nap óta folytonosan fennállanak; lábának gyengülésével egy időben balkarja is gyengülni kezdett. Kisfokú fejfájásai most csak havibajával egyidejüleg vannak.

Jelen állapot: *Az érzékszerveken eltérés nem mutatható ki.* Az *érzési körben* eltérés annyiban van, hogy beteg a bal *alsó végtag hátulsó felszinén a n. ischiadicus mentén nyomásra mérsékelt fájdalmat jelez;* a mellső oldalsó felszinen azonban *spontan szaggató és égető fájdalmai vannak,* a melyek nyomásra fokozódnak. A fájdalom a bal czombizület táján kezdődik és onnan halad előrefelé és lefelé a czombon, alsóbb részletén már a cruralis futását követve. Bal lába állítólag gyengébb a jobbnál. A bal kar vállban nehezebben emelhető, a deltoideus ez oldalon gyengébb. A bőrérzés mindenütt jó; reflexek megvannak. A mozgásban járáskor alig van rendellenesség, úgy a jobb, mint a bal kéz főleg finomabb müködésnél, de durvábbnál is szabálytalan remegést mutat.

Ezen első alkalommal *1894. április 23-dikától junius 23-dikáig* feküdt beteg a klinikán, mely idő alatt a *fájdalmak fájdalomcsillapító szerekre csak keveset enyhültek.*

1894. augusztus 22-dikén újra felvétetik; állapota annyiban változott, hogy a bal alsó végtagban jelenlevő fájdalmak, s égés érzés mellett *derék s hátfájdalmak* is mutatkoznak. A patellareflexek kifejezetten fokozódtak. A lábakban gyengeség érzete van jelen. A bal alsó végtaggal a járás spastikus: beteg lábát a földhöz csiszolva húzza maga után. *Visusa jobb szemen* 5/5? *bal szem* 5/5. *Emmetropia. Színlátás hibátlan.*

Fájdalom ellen 0·5—1·0 gm. phenacetin. *Fájdalmak állandóan nem csökkennek* október 6-dikáig, ekkor chloralhydratra valamit enyhültek a fájdalmak, beteg aludt egy-egy órát, de meg nem szüntek. Október 15. *Paquelinnel érintetett* a gerinczoszlop mindkétoldalon több helyen, *mire a fájdalom a lumbalis tájon s háton enyhül.*

Ignipunctura ezután több izben végeztetik, utána mindig jó hatás.

1895. márczius 5. A kereszttáji és bal tompor körüli *fájdalmak oly hevesek, hogy a száján át adott antineuralgicum nem nyújt enyhülést. Subcutan* (0·01—00·2 gm.) *morphin rendeltetik.*

Márczius 14. A fájdalmak, főleg éjjel, még mindig hevesek, azonban a morphin subcutan alkalmazva már negyedik napon 0·02 gm.-os adagban sem hatván, 0·50 gm. antipyrin alkalmaztatik subcutan, localiter igen jó hatással. Az égési érzések helye jod-tincturával ecseteltetik.

Április 16. A bal tenyér feltünően jobban izzad, mint a jobb. A fájdalmak enyhébbek, úgy hogy per os adatik ismét antineuralgicum. A járás nem javul, jellege erősen spastikus.

Május 15. Kórodát elhagyja.

Újra felvétetik 1897. október 22-dikén. Fájdalmai távolléte óta fokozódtak, járása nehezebbé lett, szédülése s fejfájása gyakrabban van. A nyár folyamán 5 hét alatt naponta tízszer is minden ok nélkül hirtelen egész testében megrázkódott. Felvétele előtt egy héttel hirtelen rosszul lett, szédülés fogta el, összeesett, arcza elkékült, de eszmélete megmaradt. Ez állapot körülbelül 6 óra hosszáig tartott. Igen feledékeny lett.

Felvételkor a bal alsó végtag mozgatásakor az ellenállás fokozottnak találtatik; hanyatt fekve a jobb lába 90°-ra, a bal 75°-ra emelhető a vízszintes helyzettől. Felálláskor a test inog, csukott szemmel az ingás nagy mértékben fokozódik. Járáskor térdén, főleg a balon megfeszül a lába, tántorogva bizonytalanul jár. Az eléje nyujtott tárgyat elég biztosan fogja meg, azt azonban észreveszi a beteg, hogy *keze begombolás alkalmával ügyetlenebb, a czérnát nehezen füzi tűbe.* Ha valamely tárgy után nyúl, reszket a keze; orrát, fülét biztosan fogja meg. Csukott szemmel lábsarkát térdére biztosan helyezi. Az ínreflexek fokozottak. Lábclonus kiváltható; talpreflex élénk, hasreflexek nem válthatók ki. Izomerő úgy a kezekben, mint az összes feszítő és hajlító izmokban csökkent, legkevésbbé a bal alsó végtagban. *Az ecsettel való érintést mindenütt jól érzi; tű hegyét a fokától nem tudja megkülönböztetni,* a mellkas, has, hát, ágyék bal felén és a bal czombon. *Ugyane helyeken a fájdalomérzés is nagy mértékben csökkent, a csipést érintésnek mondja.* Nyomásbeli különbségeket felismer. A lokalizálás jó.

[10] *Leyden u. Goldscheider.* Die Erkrankungen des Rückenmarkes und Medulla oblongata. Spec. Path. u. Therap. v. *Nothnagel.* Bd. X. (1897.)

Az egész testen a meleget hidegnek érzi, néha a hideget melegnek. A tagok helyzetének tudata jó. Fájdalmai lábaiban, hasában és hátában vannak.

Látás, hallás, ízlés, szaglás rendes.

Beszédben zavar nincs, de könnyen kifárad. *Emlékező tehetség gyengült.*

1898. márczius 3. *A bal alszáron s főleg a lábfejen nem érzi a tűszúrást; a hideget a melegtől nem tudja megkülönböztetni.* Állapot különben változatlan.

Márczius 17. Fájdalmai nem oly intensivek.

Márczius 21. *Már öt napja alig volt fájdalma; ma óriási gyomortáji fájdalmakat kapott;* 0·02 gm. morphin subcutan adatik.

Márczius 29. Ismét nagyobb fájdalmai vannak, ámbár mint beteg mondja, a fájdalmak állandóak.

Április 2. Az éjjel nagyon *fájt a feje,* 1 gm. phenacetin rövid időre szüntette.

Április 9. Valamivel ismét jobban érzi magát, fájdalmai csekélyebbek.

Április 12. Ismét vehemens fájdalmai vannak.

Április 24. Nagyon szédül, óriási fájdalmai vannak a *bal felhasi tájon.*

Május 2. Fájdalmak csekélyebbek, de állandóak.

Május 24. Nagy *ggomortáji fájdalmak.* 0·03 gm. morphin subcutan.

Junius 15. Ismét igen nagy fájdalmai vannak.

1898. augusztus 24. Újra felvétetik. Két hónapi *távolléte alatt fájdalmai fokozódtak, fejfájásai erősebbek lettek, a gyomortáji fájdalmai a hátába s czombjaiba sugároztak ki.* Nagy *szédülései* voltak. A reflexek fokozottak, talp s hasi reflexek nem válthatók ki. Tántorogva jár; intendált remegés a felső végtagokban. Nagyon gyengének érzi magát. *Az ecset érintést elkésve jelzi a test baloldalán, a tű hegyét a fokától nem képes biztosan megkülönböztetni az alsó végtagok feszítő oldalán; ugyanitt a fájdalomérzés is csökkent.* Jól lokalizál. *Nyomás és hőbeli eltérés nincs.*

Szeptember 10—21. *Igen vehemens fájdalmai vannak a gyomortájon.*

Szeptember 22. Óriási fájdalmak a gyomortájon, derekában és bal vállában; nagyon fáj a feje; *epés színűt hányt.*

Szeptember 27. Az ecset érintést az egész test baloldalán elkésve jelezi, néha nem jelezi. A tűt a gombtól nem tudja megkülönböztetni a bal lába fején, az egész czombján, a bal hypochondriumban, a bal csecsmirigy alatt; a jobb oldalon csak a czomb feszítő oldalán. *A hideget a melegtől nem tudja megkülönböztetni* általában az egész test bal oldalán, de különösen a lába fején, az alszáron egészen a térdig; *e helyeken a forrót sem érzi.*

Más érzésbeli eltérés nem mutatható ki.

II. eset. Cs. Ernő 37 éves róm. kath. gymnasiumi tanár, a klinikára felvétetett 1898. május 28-dikán Beteg lett 3 éve.

Anamnesis. Családjában idegbeteg nem volt. 18 éves korában váltólázban szenvedett. 23 éves korában állítólag ulcus durumot szerzett.

1892 óta több izben volt influenzája. Jelen bajára nézve elmondja, hogy 1895 áprilisban jobb arczfelében hangyamászásszerű érzése támadt, mely érzés folytatódott a jobb csípő tájáig, majd a jobb alsó végtagját is illette. Ez érzés annyira fokozódott, hogy lassankint nem tudta jobb kezével a tárgyakat felismerni s 1895. deczemberben már írni sem tudott.

1896 elején járása is romlani kezdett, olyan érzése volt, mintha jobb lábával bársonyra lépne, inogni kezdett. E közben jobb felső végtagja annyira rosszabbodott, hogy evőeszközöket nem volt képes a szájához vinni, ez idő alatt bal kezével evett; 1896 óta rekedt, akkor megvizsgáltatta gégéjét s jobboldali recurrens bénulást konstatáltak rajta.

1897-ben a *csízi fürdőben* keresett gyógyulást, azonban itt járása fokozatosan *rosszabbodott; széke rendetlen lett, szokatlanul sokat kellett vizelnie.*

Izom- és idegrendszer-vizsgálatok. I. Mozgás. Az izmok feszesek, térfogatukban rendellenesség nem mutatható ki. Az arczizmok mozgásai elég jók. A fej mozgásainál bizonyos ütemszerű remegés vehető észre. A jobb felső végtag izomereje a baléhoz képest gyengült.

Az ágyban fekve jobb alsó végtagját felemelni nem képes; csak térdben behajlítva birja valamennyire felhúzni. A jobb alsó végtagot 70°-ra lehet a fekvő helyzettől elmozdítani; a jobb alsó végtag izomereje a baléhoz képest gyengült.

A bal alsó végtagját csekély térdbeli behajlítással képes mintegy 135°-ra a fekvő helyzettől felemelni. Passive 90°-ra lehet a vízszintestől elemelni. Mind a négy végtagjában intendált mozgások kivitelénél *remegés* látható, mely finomabb mozgásnál fokozódik. Különösen testének jobb felében, de főleg jobb felső végtagján vehető ki jól. Irni nem képes.

Beteg járni vagy felállani nem tud. A lábak ujjai karomszerüleg behajlítvák. A lábak nem távolíthatók, nem feszíthetők jól. A lábak oldalsó szélei nem emelhetők, a medialis szélei nem sülyeszthetők; sem maga nem tudja mozgatni, sem passiv nem mozgatható.

Az inreflexek nem válthatók ki; a cremaster és hasi reflexek balololdalon gyengébbek; a talpreflexek hiányoznak.

A *beszéd* valami feltünő elváltozást nem mutat; beteg állítja, hogy beszédje 1896 óta nehézkessé lett. Ugyancsak 1896 óta rekedt, a jobb n. recurrens bénult; nyelés is nehéz volt.

Szemrések egyenlő tágak, szemgolyók rendes irányokban jól mozognak. Oldal- és felfelé nézetésnél nagyfokú oscilláló s rotáló *szemrezgés* látható mindkét szemen. Szembogarak középtágak, egyenlőek, fényre és alkalmazkodásra elég jól hatnak vissza. Bal papilla halványabb.

Zárizmok működése korlátolt; a vizelet megindítása nehezen megy; székletét csak hashajtó bevétele után rendes.

(Folytatása következik.)

A phosphornekrosisról.

Irta: *Lévai József* dr. műtőorvos, az „ált. munkásbetegsegélyző pénztár“ sebész-főorvosa.

(Vége.)

Valamely betegség lényegének kiderítésére a jelen állapoton kivül ismernünk kell a betegség további és végleges lefolyását és a szervezetnek betegség előtti állapotát.

A mi az első pontot illeti, a munkás-pénztár ügykezelése megadja a módot arra, hogy bármelyik beteg sorsáról bármikor, akár évekkel a betegség után felvilágosítást szerezhessünk és ha az illető még él, akár személyesen is megvizsgálhassuk. A második pontra nézve 1898. év augusztus 28-dikán Budapest egyik szomszédos községében levő nagy gyufagyár tulajdonosának meghivására alkalmam volt a gyárat behatóan megtekinteni. Alkalmam nyilt azonfelül valamennyi munkását tüzetesen megvizsgálni. Azon 49 munkásnál, a ki phosphor-gőzzel jő munkája közben érintkezésbe, Popiel Dénes, a pénztár fogorvosa szives segitségével a szájüregről és fogazatról pontos leletet vettem fel. A munkásokról felvett ezen lelet igen értékes anamnestikai alap esetleges későbbi megbetegedésük esetére. Maga a lelet is igen értékes már magában véve. Meglepően rossznak tünteti fel a gyufagyárban dolgozó munkások fogazatát. A megvizsgált 49 munkás közül csak egy 17 éves leánynak volt teljesen ép fogazata; négy 15—19 éves leánynál egy-egy fog volt szuvas, a legtöbb munkásnál a mellett, hogy hiányzott több foga, több szuvas fogat és rossz foggyökeret találtunk. Volt olyan, több év óta állandóan phosphor-gőzben dolgozó munkás, a kinek 3 nagy mértékben szuvas fog és 9 rossz foggyökér, egy másik, a kinek 17 lyukas fog volt a szájában, a nélkül, hogy bármelyiknél akár csontelhalást, akár valamilyen csonthártyalobot lehetett volna találni.

A gyárban levő többi, phosphorral érintkezésbe nem jövő munkásnak ugyanilyen karban volt a fogazata. Ugy hogy ezen vizsgálatból kétségkivül kitünt az, hogy a phosphor-gőznek számbavehető helybeli izgató hatása az állkapcsokra nincs és hogy *a phosphor nem helybeli izgató hatás által hozza létre az elhalást.*

*

Ha így volna, az ott dolgozó munkások közül azok, a kik 15—28 éve dolgoznak phosphor-gőzben és ugyanennyi idő óta birnak rossz fogakkal, bizonyára inkább nyújtották volna jelét a phosphor-gőz okozta helybeli izgató hatásnak, mint az imént közölt eseteim egyik-másika, a kinél sokkal rövidebb idő alatt és ép fogazat mellett (pl. az I. esetben) lépett fel a csontelhalás. De különben semmi gyógyszerhatástani alap sincs annak felvételére, hogy a phosphornak helybeli izgató hatása jelentékeny. Heveny phosphormérgezésnél a gyomorban talált csekély elváltozás előidézhető úgy is, ha a phosphor bőr alá fecskendeztetik.[15] A phosphor-gőz oly kevéssé izgatja a tüdőt, hogy a legtöbb munkás néhány nap alatt már nem köhög tőle, nem sok közöttük a hörghurutos. (A tüdővészre való káros hatásának más magyarázata van, a mint arra később fogok rátérni.)

Ismétlem, a phosphor helybeli izgató hatásának számottevő jeleit nem találtam, de több adatot találtam arra nézve, hogy a phosphor a szervezetre általánosságban kedvezőtlenül hat. Valamennyi munkás, a ki több mint 8—10 éve dolgozik a gyárban, rosszul táplált, vérszegény; fiatalabb egyének (sajnos 12 évest is találtunk) már 1—2 évi ott tartózkodás után feltünően vérszegények. Erre ugyan azt mondhatná valaki, hogy véletlen, de az már semmi esetre sem véletlen, hogy a phosphor-gőzben dolgozó munkások egy részének csontja feltünően törékeny. P. József nevü munkásnak, a kinek kórtörténetét IX. szám alatt közöltem, az utolsó 4 év alatt csekély ütésre egy izben két bordája, két izben pedig csekély esésnél alkarja tört el. Sz. Róza nevü 48 éves csomagoló, a ki 32 év óta van e szakmánál, az utolsó 3 év alatt 4-szer törte el czombkonczait. Két régibb munkásnak aránylag csekély erőmüvi behatásra alszára törött.* Gyufagyári munkásokkal foglalkozó fogorvosok jól tudják, hogy ilyen munkásoknak állkapcsa foghúzásnál könnyen törik. Ha még hozzáteszem, hogy *Haeckel*[12] vizsgálatai is hasonló tapasztalatról tesznek tanuságot, az eddigiek alapján gondolom, bátran el lehet fogadni, hogy *a phosphor-gőz hosszasabb behatásnál a szervezetben, különösen a csontrendszerben elváltozást hoz létre.*

A kérdés az, hogy milyen természetü a csontrendszer megváltozása. *Offer*[12] egy *Hofmokl* tanár által phosphornekrosis miatt kiizelt jobboldali alsó állkapcsot analyzált nemrégiben. Ugy találta, hogy az aetherrel kivonható organikus anyag mennyisége az elhalt csontokban 1·19, a szomszédos ép csontban 0·53% volt. Az elhalt csont Ca O-, Mg O- és különösen P_2O_5-tartalma azonban lényegesen nem tért el, sem a szomszédos ép csontétól, sem más szerzők által más ép csontok vizsgálata alkalmával nyert arányszámoktól. Ezen körülmény oda utal, hogy a phosphor nem hat helybelileg a csontra (ez esetben a phosphorsav mennyiségének aránylag megnagyobbodottnak kellene lennie) és egyáltalában nem változtatja meg a csont vegyi összetételét. Az aetherrel kivonható organikus anyagok megszaporodása kétségkivül a bakteriumok jelenléte (genynek) rovására irandó.

A phosphor behatása által okozott csontelváltozás ezek szerint nem vegyi természetü. Milyen tehát az ok, a mely a gyufagyárban dolgozó munkások csontját úgy megváltoztatja, hogy az törékenyebbé és (legalább az állkapocs) elhalásra hajlamossá válik?

A véredényrendszer nagyfokú megbetegedése acut phosphormérgezésnél már régebben ismeretes. Nemcsak a vérkeringés központja, a szív degenerál, hanem az üteres vérpálya környi részei is egészen a mikroskopikus edényekig részt vesznek az elfajulásban. Az edények kóros elváltozása az agy, a máj, a porcz és csontok edényeiben legfeltünőbb. A véredények megbetegedése magyarázza meg a heveny phosphormérgezéssel járó nagy terjedelmü sokszoros vérömlenyeket. Hogy chronikus phosphormérgezésnél is megbetegszik az edényrendszer, erre nézve vizsgálatok eddig nem történtek, de több jel utal erre. Igy feltünően halványak mindazon munkások, a kik hosszabb ideje dolgoznak gyufagyárban. A tüdő vérszegénysége az oka, hogy ha gümőkórra hajlamos munkás dolgozik gyufagyárban, rövid idő alatt elpusztul tüdővészben. Wegner állatoknak hosszú ideig adagolt phosphort és úgy találta, hogy a csontkéreg állománya megszaporodik a Havers-féle csatornák ürterének rovására. Ha ez csak indirect véredényelváltozás mellett szól, Stubenrauch következő észlelete direct edényelváltozásra utal. Gyufagyári munkásnő alsó állkapcsát 12 órával a klinikai tünetek jelentkezése után eltávolította és a csont összes edényeit thrombotizáltnak találta.

Az általam észlelt betegektől származó csontok szövettani vizsgálata* több tekintetben érdekes tényeket derített ki. A vizsgálatokat részint mésztartalmuktól meg nem fosztott, alkohol-aetherrel kezelt csontmetszeteken besürített canadabalzsamban végeztem, úgy a hogy *Reisz Octáv*[13] leirja, részint *Haug*-féle folyadékban mésztelenített csontokon.

a) Az I-sö esetben eltávolított elhalt felső állkapocs, a VII-dik esetben az alsó állkapocs elhalt darabja, a IX-dik esetben a felső állkapocs elhalt darabja már szabad szemmel is az elhalás teljes képét nyujtották. Az első sötétszürkés, a második szürkéssárga, a harmadik szürkésfehér volt. Structuráját a legutóbbi, a mely legfrissebb eredetü volt, őrizte meg legjobban, ez is az ép csontnál sokkal likacsosabb és törékenyebb volt. Mind a három esetben nem mésztelenített metszeteken kifejezetten lehetett *Recklingshausen*-féle[14] rostélyalakokat észlelni. A IX-dik esetből származó decalcinált festett metszeteken elvétve néhány hosszúkás csonttestecset lehetett felfedezni, a másik két esetből származó valamennyi metszeten minden csontlikacska üres volt.

b) Az V-, VI-, és X-dik esetből származó elhalt fogmeder vizsgálata azonos eredményt adott. Mind a három esetben kúpalakú volt az elhalt és eltávolított csont alakja, csúcsával a Highmor-üreg felé és mindegyik esetben körülbelül olyan a nagysága, mint a hogyan a X-dik esetben leirtam. Az eltávolított csont mind a három esetben igen törékeny volt, a csontban a rendesnél jóval nagyobb likak és hézagok voltak jelen és ezeket száraz mészhabaresszerü anyag töltötte ki. Ezen okból a nem mésztelenített darabokból vizsgálatra alkalmas metszeteket igen nehezen sikerült nyernünk. A rostélyokra való vizsgálat mind a három esetben negativ eredménynyel járt. A csontlikacskák mindegyik esetben üresek voltak. Ezen csoportbeli mésztelenített darabokból készített festett metszeteken legfeltünőbb volt az, hogy a legtöbb megtekintésre került edény telve volt véralvadékkal. Valószinü, hogy mindegyik edény thrombotizálva volt, de ezt biztosan megállapítani azért nem lehetett, mert kezelés közben a metszetekből a törmelék kihullott, szakadékonyakká váltak és kevés teljes edényátmetszet maradt meg bennük.

c) A XI-dik esetben a bal alsó II-dik praemolaris fogmedrének külső fala kissé érdesnek, de különben szabad szemmel épnek látszott. A csonttestecsek teljesen normalisnak tüntek fel. Decalcinált festett metszeteken, különösen a metszet egyik oldalán több *Howship*-féle lacunát láttunk. Mivel azonban a csont szerkezete különben teljesen normalisnak mutatkozott, ezen lacunákat az előzőleg jelen volt genyes periodontitis okozta felmaródásnak tulajdonítjuk. A leányt azóta is volt alkalmunk látni, teljesen egészséges.

d) Legérdekesebb leletet nyujtotta a VI. esetben a fogmeder ép részéből levésett csontszilánkoknak és a VII. esetben a jobb felső I-sö praemolaris ép fog medrének külső faláből vett csontrészletek szövettani vizsgálata.

Mind a két esetben úgy a mésztől meg nem fosztott, mint decalcinált és különböző módon (haematoxylin-eosin, carmin stb.) festett metszeteken úgy a csonttestecsek, mint a csontszerkezet normalis volta kétségtelenül megállapítható volt. Ellenben, a menynyire ezt a rendelkezésemre álló kis metszeteken, véletlenül nem a legjobban sikerült festés mellett megállapitanom sikerült, az edényeket kibélelő endothelsejtek a normalisnál sokkal nagyobbak, duzzadtak voltak és különösen a VII-dik esetből származó készítményen az edényt kibélelő endothel helylyel-közzel az edénynek ürterét feltünően megszükítette. E mellett az intima sehol aprósejtü beszürődésnek nyomát nem mutatja. A csontdarabokkal egyidejüleg kimetszett csonthártya is teljesen épnek és minden infiltratumtól mentesnek bizonyult. Mindezekből jogosnak tartom azon feltevésemet, hogy ezen esetekben *a csont edényendotheljének primaer elváltozását* derítettem ki.

* Az említett egyéneknek luesük sohasem volt.

* A szövettani vizsgálatokat az „általános betegsegélyző-pénztár" laboratoriumában végeztem.

Láttuk, hogy a phosphornekrosist a phosphor helybeli izgató hatásából megmagyarázni nem lehet, klinice kimutattuk, hogy a phosphor hosszas behatásnál elváltozást okoz a szervezetben, a csontokat törékenynyé teszi. Szövettani vizsgálataink kimutatták, hogy három olyan esetben, hol gyufagyári munkásnál az állkapocsban körülirt elhalás lépett fel, ezen csontbeli — valószinüleg összes — véredények thrombotizálva voltak (Stubenrauch hasonló észleletéről már fennebb megemlékeztünk); egy olyan egyénnél, a kinél körülirt elhalás és egy másiknál, a kinél terjedelmes csontelhalás volt jelen, az ép csont szövettani vizsgálata azt derítette ki, hogy az ép csont véredényei előbbinél kisebb mértékben, utóbbinál kifejezettebben elváltoztak oly módon, a mely azokat thrombus képződésre, végeredményben a csontot elhalásra alkalmassá és hajlamossá teszi.

Teljesen biztossá akkor válnék feltevésünk, ha oly csontban, a hol ma az edények elváltozását észleltük, egy idő multán csontelhalást észlelnénk (hallomás útján értesültem felőle, de személyesen nem győződhettem eddig meg, hogy a VII-dik esetben ez nemrég bekövetkezett!), ha gyufagyári munkások egyéb csontjaiban is észlelnénk hasonló edényelváltozást és egy idő mulva csontelhalást (remélem, idők folytán a munkáspénztár révén nyilik erre is alkalom). Ugy vélem azonban, már az eddigiekben elég alapot nyertünk annak a kijelentésére, hogy a gyufagyári munkásoknál fellépő, *phosphornekrosis neve alatt ismeretes csontelhalás a csont edényeiben a chronikus phosphormérgezés által előidézett primaer kórbonctani elváltozástól van feltételezve. Az elhaláshoz az indító okot külső körülmény, legtöbbször fertőzés adja meg.*

Ilyen módon a phosphornekrosis összes viszonya egyszerre érhetővé válnak.

Érthető, hogy az elhalás az állkapcsokban lép fel, mert itt van a legtöbb alkalom arra, hogy az arra hajlamos csontba a rossz fogak útján fertőzés jusson. Érthető, hogy csekély virulentiájú fertőzés a már régebbről bántalmazott endothel mellett ki nem egyenlíthető táplálkozási zavart és ennek kapcsán elhalást hoz létre, a minőt ép csontban csak igen nagy virulentiájú fertőzés képes előidézni. Jól meg lehet érteni, miért nem lép fel sok gyufagyári munkásnál, daczára rossz fogazatának, csontelhalás és hogy ez sohasem lép fel a foglalkozás első idejében, mert eltart egy bizonyos ideig, míg a lassankint bekebelezett méreg a csont edényeire káros hatását kifejti; ilyen munkásoknál nem lép fel az elhalás akkor sem, ha történt is fertőzés (mint pl. a XI. esetben). Fiatalabb munkásoknál néha kisebb terjedelemben körülirtan mutatkozik elhalás, ellenben alig kimutatható okból — csekély fertőzésre — váratlanul és nagy terjedelemben fellép a csontelhalás olyanoknál, a kik hosszabb ideig foglalkoztak phosphorral. Az ilyenek sorsukat akkor sem kerülik ki, ha már hosszabb ideje megváltak foglalkozásuktól, mert egy bizonyos időn túl a phosphor már megcsinálta az edényekben az állandó elváltozást és hajlamossá tette a csontot az elhalásra.

Az eddigiekből meg tudjuk magyarázni, miért halt el kúpalakban a csont az V-, VI-, és X-dik esetben, mert ez felel meg a fogmederbeli ütérelágazódásnak és csak ezen mellékütérben történt az elzáródás. Okát tudjuk adni azon ténynek, miért ritkább és többször részleges az elhalás a felső állkapocsban és gyakoribb és terjedelmesebb az alsóban. Ott ugyanis több az anastomosis, könnyebben kiegyenlítődik a vérkeringési zavar, emitt a viszonyok sokkal hasonlóbbak a csöves csontokéhoz *(König)*.[16] Megfelel felfogásunknak azon tapasztalat is, hogy a csontelhalás átterjed a járomcsontra, az orbitára, a koponyaalapra is, olyan helyekre, a hova a phosphorgőzök el sem jutnak. Beilleszthető végül a megkészített keretbe azon körülmény is, hogy Wegner hires esetén kivül eddig nem észleltek gyufagyári munkás csöves csontjain elhalást. Bizonyára azért, mert az elhalás két feltétele, csontedényelváltozás és alkalmi ok (fertőzés) közül az utóbbi ezen csontokon ritkán fordul elő. A syphilissel járó csontelhalás is, a melynek kétségkivül hasonló alapja van, leggyakoribb az arcz- és koponyacsontokon.

* * *

Ha ezek után azon kérdést vetjük fel, helyes-e az eddig követett prophylaxis a phosphornekrosis megakadályozására, különösen, helyes-e a fentebb idézett belügyministeri szabályrendelet, a mi tapasztalataink szerint következőkben adhatjuk meg a választ.

Teljesen czéltalan a 3-dik szakaszban megnevezett helyiségekben „szétszórtan, terpentinnel öntözött vászondarabok“ felfüggesztése. Ez nem teszi ártalmatlanná a phosphorgőzöket. A phosphorgőz ugyanis szerfelett tapad. Ennek jellemzésére megemlítem, hogy midőn mult év augusztus 28-dikán a már említett gyufagyár irodájában az iróasztalból kivett papirosra jegyzeteimet megcsináltam, három nap mulva élénken és gyengébben még hat nap mulva is éreztem a papiroson a phosphorszagot. Gyufagyári munkásokon, még ha ünneplő ruhában vannak is, megérzik a phosphorszag. A szellőzésre minden esetre minél nagyobb gondot kell fordítani. A leghelyesebb mód az, ha a gyútömeg készítése zárt, magas elvezető csővel ellátott edényben a szabadban történik. Az sem elég, ha „a gyufáknak a rámából való kiszedésére és az első csomagolására szolgáló helyiségeknek oly légtérrel kell birniok, hogy minden munkásra legalább is 10 köbmeter levegő jusson“, hanem szerintünk ezen müveleteknek félig nyitott félszerszerü épületben kell történnie. A szellőztetésen kivül, tekintve a phosphorgőz rendkivüli tapadós voltát, ezen körülményt sem szabad szem elől téveszteni.

A phosphor vízben nem jól, ellenben zsíros olajokban jól oldódván, étkezés előtt a munkásoknak kezeiket előbb olajba mártott ruhával kellene ledörzsölniök és csak azután megmosniok vízzel és szappannal.

A szabályrendeletben említett szájöblítés 0·1 százalékos felmangansavas kali-oldattal, melyet *Bókay* és *Antal*[17] friss mérgezéseknél ajánlottak, teljesen indokolt ugyan, de a munkások legnagyobb részénél leküzdhetlen undort kelt. Ellenben igen jól beválik és szívesen alkalmazzák azóta, hogy mult nyáron ajánlottuk, a fogazatnak szappannal és fogkefével minden étkezés előtt való megtisztítását.

Mivel az elhalt csont bomlástermékeivel tovább fertőz, genysülyedés és a lágyrészek lobos beszüremkedése életveszélyessé teszik a beteg állapotát, mivel a csonthártya sokkal inkább képes új csontot termelni, ha az elhalt csont eltávolíttatott: azt a kérdést, hogy mikor történjék a mütét, *Rose*-vel és másokkal szemben, az újabb szerzőkkel tartva, saját tapasztalataim alapján úgy dönteném el, hogy minél előbb.

A mütét úgy, a hogy *Dumreicher* ajánlotta, *Albert*[18] és mások végzik, igen egyszerü. A fogmeder szélén ejtett metszésen át akár a felső, akár az alsó állkapocs úgyszólván vértelenül a külső lágyrészek sebzése nélkül egészben is eltávolítható.

Az ép és elhalt csont határát *Riedel*[19] odáig terjeszti, a meddig a csonthártya könnyen leválasztható. Igy azután természetes, hogy minden esetben teljes resectiot végez. Minden gyakorlott sebész tudja ugyanis tapasztalásból, hogy ha pl. törés után az állkapocsnak csak egy kis része halt el és e tájék lobos, a csonthártya e tájékon túl is nagy terjedelemben könnyen leválasztható a csontról. Riedel kriteriuma tehát nem megbizható. Az elhalt és ép csont határát minden esetben úgy rátekintés, mint tapintással könnyü megállapítani. Az eltávolítás az épben történjék.

Az eltávolított csont helyébe ajánlatos fémből készült ideiglenes prothesist tenni és azt hosszabb ideig bent hagyni. Ez esetben az eredmény legtöbbször kosmetikai szempontból is jó lesz.

Irodalom. [1] Lorinser: Medicinische Jahrbücher des k. k. österr. Staates, 1845. [2] Bogdanik: Archiv für klin. Chirurgie, 1896. [3] Bucquoy: Gaz. des hôp. 1867. [4] Kocher: Zur Kentniss der Phosphornekrose. Biel, 1893. [5] Charles: Ref. Virchow's Jahresb. 1875. [6] Wegner: Der Einfluss des Phosphors auf den Organismus. Virchow's Archiv LV. [7] Rose: Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, XXV. [8] Kissel: Virchow's Archiv, LVI. [9] Bibra und Geist: Die Krankheiten der Arbeiter in den Ph. Zündholzfabriken etc. Erlangen, 1847. [10] Stubenrauch: Verhandl. des XXIX. Congress der deutschen Gesellschaft f. Chirurgie, 1899. április. [11] Haeckel: Ref. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, XXV. [12] Offer: Zahnärztliche Rundschau 1899, április 16. [13] Reisz Octáv: A tétlenségi csontsorvadásról. Gyógyászat, 1898. [14] Recklingshausen: Festschrift d. Assistenten für Virchow, 1891. [15] Kunkel: Handbuch d. Toxicologie. Jena, 1899. [16] König: Lehrbuch der spec. Chirurgie. Berlin, 1893. [17] Bókay: Ref. Therap. Monatsh. 1892. [18] Albert: Lehrbuch d. spec. Chirurgie, 1897. [19] Riedel: Archiv für klin. Chirurgie, 1896.

A féregnyújtványgyuladás (appendicitis).

Dollinger Gyula dr. egyetemi nyilvános rendes tanártól.

(Vége.)

Kórtörténetek.

I. R. K. 18 esztendős hajadon 8 hónap óta szenved féregnyújtványgyuladásban, azóta 13 rohama volt és utóbbi időben úgyszólván folyton az ágyban feküdt. A műtét nála f. év május hó közepén Kétly tanár ajánlatára történt. Bemetszés a Sonnenburg-féle vonalban; a féregnyújtvány a kis medenczébe vonul le a középvonal felé úgy, hogy végét e metszésből elérni nem lehet s azért egy második bemetszés a linea albában történik. Innen a féregnyújtványt követhetjük, a mely a bal ovariummal igen erősen össze van nőve. Leválasztás után féregnyújtvány eltávolítása. Nyálkahártyája duzzadt, lumenje elzárva nincsen, benne streptococcusok. A hassebek egyesítése etage-varrattal; per primam gyógyulás. A beteg azóta egészséges.

II. N. A. 19 éves férfi első rohama 1898. szeptember 5-dikén. A roham három napig tartott, azután hosszabb ideig esti hőemelkedések és érzékenység az ileocoecalis tájékon. Itt egy resistens köteget lehet érezni. Műtét január 10-dikén. Bemetszés a Sonnenburg-féle vonalban; a processus vermiformis a coecum alatt fekszik, az összenövések igen erősek, a leválasztásnál a féregnyújtvány vége leszakadt, rendes manchettát a féregnyújtvány csonkját borító peritoneumból nem készithetünk, miután az össze van szakadozva, azért a féregnyújtványt egyszerűen lekötjük, a lekötés előtt levágjuk, végét paqueline-nel megégetjük. A sebet nyitva hagyjuk, köténykötést alkalmazunk. Az eltávolított féregnyújtvány 8 cm. hosszú, közepén egy 2 cm. hosszú datolyamagalakú bélsárrög. A kő által kitágított részlet nyákhártyája erősen túltengett, a többi nyákhártya rendes. A további lefolyás láztalan, a beteg gyógyulva hagyja el október 28-dikán a klinikát.

III. L. I., 13 éves fiú; első roham 1898. junius 15-dikén. A beteg Korányi tanár klinikáján ápoltatott, a hol egyideig lázas mozgalmak észleltettek nála. Később áthelyeztetett hozzánk és a jobb hypogastriumnak fennálló érzékenysége miatt 1898. október hó 1-sején nálunk megoperáltatott. Bemetszés a Sonnenburg-féle vonalban; a féregnyújtvány álszálagok által össze van kunkoritva és a környezettel összenőve. Rendes manchettakészités s a csonk szabályszerű ellátása után a seb teljes bevarrása etage-varrattal, selyemmel. A műtét 19 perczig tartott. A féregnyújtvány alsó végén egy kis mogyorónyi tágulat, a mely felett a féregnyújtvány lumenje egy 8 mm. hosszú heggel teljesen el van zárva. Nyálkahártyája úgy a heg feletti nyitott, mint az elzárt részletben kissé túltengett; az elzárt üreg zavaros nyákos váladékából Winternitz dr. egyedül diplococcus lanccolatus Fraenkelt tenyésztett ki egész tiszta tenyészetben. A további lefolyás zavartalan; a beteg október 16-dikán gyógyultan hagyta el a klinikát.

IV. D. Zs., 26 éves gazdász, első roham 1897. november havában, utána a has jobb fele hónapokig érzékeny maradt. Második roham 1898. junius havában, harmadik novemberben, negyedik 1899. január közepén, az ötödik ugyanez év február elején. Ezen roham elmultával február 27-dikén kórodánkra jött. Műtét márczius 4-dikén. A féregnyújtvány a szomszédsággal összenőve nincsen, distalis végén egy kevés oedemás véreredydús kötőszövet, a féregnyújtvány eltávolítása a szokott módon, a hassebb elzárása etage-varrattal. A féregnyújtvány közepén egy ½ cm. hosszú heges elzáródás, a mely a féregnyújtvány lumenjét ketté osztja. Az elzárt csücsök lumenjében néhány csepp genyes csikoktól áthatott zavaros nyák, a melyben mikroorganismusok góresővel nem találtatnak, sem abból ki nem tenyészthetők. A nyákhártya ezen elzárt területen duzzadt, sötétpiros. A lefolyás teljesen zavartalan, a beteg márczius hó 27-dikén gyógyultan hagyta el a klinikát

V. M. I., 28 éves férfi, első roham 1898. karácsonykor, második roham 1899. február végével. A jobboldali fossa iliacában egy resistens képletet lehet érezni. A beteg márczius 17-dikén vétette fel magát klinikánkra, a hol 21-dikén megoperáltuk. Bemetszés a beszűrődés felett, a féregnyújtvány kérdőjelalakúra van összekunkorodva; a féregnyújtvány eltávolítása, a hasfal réteges elzárása.

A féregnyújtványban néhány csepp catarrhalis nyákos váladék, a nyákhártya igen duzzadt, haránt ránczokba szedett, belövelt, szürkéspiros. Góreső alatt a váladékban genysejtek találtatnak. A bakteriologikus vizsgálat eredményét Winternitz műtő úr egy külön közlésben fogja leirni, itt csupán annyit említünk meg, hogy a váladékban Winternitz influenza-bacillust talált. A betegnek márczius 21-dikén s utána való két este csekély lázas hőemelkedése volt, egyébként a lefolyás változatlanul jó volt s a beteg április 1-sején gyógyulva hagyta el a kórodát.

VI. N. J. 18. éves festőnövendék; első roham 1898. szeptember elején. Ezen roham után fájdalmai teljesen nem múltak el, daczára annak egy nagyobb utazást tett, a mely után szeptember 22-én ismét erős fájdalmak léptek fel a jobb hypochondriumban. A klinikára 1898. október 2-dikán vétetett fel, ekkor a jobb ileocoecalis tájékon resistentia volt tapintható; a beteg ekkor láztalan volt. A műtét október 8-dikán történt. A hasüreg megnyitásakor a vakbél külső oldalán látható a processus vermiformis hegye, mig többi része a vakbél mögött vastag kötőszöveti hegbe van beágyazva. A féregnyújtvány distalis vége rendes teriméjének kétszeresére van kitágitva, e helyen a nyálkahártya duzzadt, élénkpiros, apró haemorrhagiáktól tarkázott és haráninányú szürkéspiros redőkbe szedődött, nyúlós, zavaros, genyes-nyákos folyadékkal fedett. A féregnyújtvány proximalis 2 cm. hosszú darabjának nyálkahártyája halavány, vékony. A hol a rendes nyálkahártya átmegy a lobosba, a féregnyújvány összes falait átfúró kis lencsemekkoraságú, czafatos, belövelt szélű lik található, melynek megfelelőleg a féregnyújtványt körülvevő heges kötőszövetben egy kis tályogocska foglal helyet.

A féregnyújtvány szokás szerint amputáltatott, a csonk nyálkahártya tölcsére finom selyemmel leköttetett, savós hártyája bevarratott, a csonk befelé gyüretett, a vakbél felette Lembert-varrattal bevarratott, a hasseb azonban tekintettel a hegben talált tályogra nyitva tartatott s jodoform mullal kitömetett.

A féregnyújtványban nagymennyiségű bacterium coli és streptococcus találtatott. Ennek tulajdonitandó, hogy a sebben genyedés keletkezett, mely miatt azt hosszabb ideig nyitva kellett tartani. November 25-dikén egy kevés bélsár ürült, azonban ezen bélsárszivárgás csakhamar elállott s a műtét helyét erős heg zárta el.

VII. M. K., 25 éves vadász. 1898. deczember havában lépett fel nála az első roham, a melylyel Kétly tanár klinikájára vétette fel magát; már ekkor szóba hozatott a roham hosszas lefolyása miatt az operativ beavatkozás, a beteg azonban a klinikát elhagyta. Második roham 1899. május első felében. A midőn ezzel kórodánkra vétette fel magát, hasa egész térfogatában puffadt volt s rendkivül érzékeny, különösen a jobb csipőtányér tájékán. A betegnek ekkor erős hasmenése volt. Május hó 19-dikén bemetszés a jobb spina ant. sup.-tól kissé felfelé és befelé s innen mintegy 8 cm. hosszaságban hátrafelé párhuzamosan a csipőtarajjal. A tályogból nagymennyiségű geny, bélsár és bélgázok ürülnek, tehát a béllel közlekedik. A tályog hátrafelé és felfelé a gerinczoszlopig hatol. Műtét után a tályogból folyton sok bélsár ürül, mely bélsárfolyás állandóan megmarad úgy, hogy a beteg junius hó 20-dikán a hegben levő sipolylyal haza bocsáttatik. A beteg ekkor még igen gyenge s ez okból halasztatik a sipoly elzárása a következő tanév elejére.

1899. szeptember hó 11-dikén a sipoly elzárása végett újra felvéteti magát a klinikára. Ekkor a hegben egy koronaterjedelmű elénkpiros duzzadt bélnyákhártyaelőesés látható, a mely a hasprés működésekor mintegy féldiónyira domborodik elő. Ezen nyálkahártyarészletet egy felülről lefelé vonuló redő kétfelé választja, úgy hogy egymás mellett a bélbe vezető két lyuk mutatkozik, a melyek közül a belsőből korgás kiséretében egy kevés bélsár ürül. A műtét szeptember 23-án történt. A sipoly körülmetszetett, a vakbelet körülvevő és vele kötőszöveti álhártyákkal összenőtt vékonybelek leválasztatnak, a féregnyújtvány kikerestetik. Ez felfelé és hátrafelé szorul és hegye egy tályogüregben fekszik, a mely a heg hátulsó sarkában levő sipolynyilással a bőrön nyilik. A féregnyújtvány 7 cm. hosszú, tollszárvastagságú, csúcsán kissé tágult, közvetlen ezen tágulat felett egy 5 cm.-nyi rés van rajta, a melyen keresztül a féregnyújtvány belsejébe lehet jutni. A nyilás szélén a nyákhártya az izomréteghez van nőve, a mi bizonyitja, hogy itt spontan átfúródás történt. A nyálkahártya igen erősen túltengett és felső felében vastag harántredőket képez, a melyek tetején számos apró vérkiömlés. A csúcson levő tágulat nyálkahártyája igen erősen belövelt, szürkésen festenyzett és számos apró vérömlenytől tarkázott. Ezen kiöblösödésben egy nagy borsómekkoraságú, barna-feketeszinű, kemény, körömmel alig kaparható bélsárkő. A nyálkahártyából Winternitz műtő úr bakterium coli commune-t tenyésztett ki. A féregnyújtvány szokás szerint amputáltatott és helye bevarratott. A féregnyújtvány eredési helye és a vékonybélnek a vakbélbe való szájadzása között egy 3½ cm. harántátmérőjű kerek lyuk, a mely a bélsipoly nyilásának felel meg. Ezt körülmetszszük és Lembert-varrattal bevarrjuk.

A hassebet kisebbitjük, a nyitvahagyott résen keresztül jodoformmal köténykötést alkalmazunk, a melyet szeptember 29-dikén távolitunk el; ekkor egy kis csepleszrészt találunk előesve, a melyet eltávolitunk és miután a seb tiszta, secundaer-varrattal egyesitjük, csupán a seb sarkába helyezünk egy vékony drain-csövet. Október hó 2-dikán a varratokat eltávolitjuk és miután sebváladék nincsen, a drain-csövet is. A beteg az egész lefolyás alatt láztalan volt.

VIII. F. Gy., 24 éves hivatalnok, első roham 1898. május 28-dikán; ezen roham 8 napig tartott, azóta felülés, járás, székelés után a czombra kisugárzó éles fájdalmak lépnek fel, a melyek munkára alkalmatlanná teszik. A jobb csipőtányérban resistentia, mely nyomásra érzékeny. Műtét 1899. junius 5-dikén. Bemetszés a szokott helyen; a mint a széles haspólyát átvágjuk, a hasfalban sarjakra bukkanunk, a melyek mentén a csipőtányérban fekvő, sarjakkal bélelt, de genyet alig tartalmazó tályogüregben fekszik a féregnyújtvány átfúrt vége, úgy hogy lumenje a tályogüregbe nyilik és azt a bél felé drainezi. A féregnyújtvány csupán 3 cm. hosszú és eredési helye körül oly erősen van álhártyák által a vakbélhez tapasztva, hogy a vakbél itt beszakad és a féregnyújtvány eltávolitása után a vakbélen a féregnyújtvány átmérőjének megfelelő nagyságú lyuk marad vissza. Ezen lyukat körülmetszszük és Lembert-varrattal bevarrjuk. A féregnyújtvány körül néhány megnagyobbodott mirigy találtatott, a melyeket tompán leválasztottunk. A féregnyújtvány nyálkahártyája olyan, mint az idült gyomorhurutnál szokott lenni. A nyákban Winternitz műtő úrnak sem górcsövileg, sem tenyésztéssel mikroorganismusokat kimutatni nem sikerült. A sebet nyitva kezeljük; a beteg állandóan láztalan marad és julius 17-dikén sarjadzó sebbel hagyta el a klinikát.

IX. R. R., 18 éves leányzó. 1899. február 28-dikán vétetett fel a klinikára; a beteg teljesen le van soványodva, halavány és lázas; a köldök alatt a has középvonalában egy gyermekfejnyi előmborodó daganat, mely hullámzik. Előadja, hogy baja január 1-sején kezdődött, de pontosabb felvilágositásokat adni nem tud. Az egész has igen érzékeny és a beteg nagy kimerültsége mellett pontosabb vizsgálatot nem enged meg. Márczius 1-sején megnyitjuk a tályogot, abból 150 gm. igen büzös genyt bocsátunk ki és drainezzük. A beteg, daczára a tályognyitásnak, folyton lázas marad, hőmérséklete 39·2—37·3° C. között váltakozik és

márczius hó 14-dikén meghal. A Genersich tanár által megejtett bonczolat kideritette, hogy a féregnyújtvány a jobb kürttel egybeforrt, mellső falán a kürt felett egy kendermagnyi, piros szélű nyilás, a melyen át a féregnyújtvány csatornája a kismedenczét kitöltő tályog üregével közlekedik. Ezen tályog áttörte a végbél mellső falát egy fillérnyi területen és ezen lyukon közlekedett a végbél nyilásával. Egy második tályog a bal csipőtányérban találtatott. Ez az egyik vékony bélkacsot fúrta át egy borsónyi helyen, a melyen keresztül tartalmát a bélével kicserélte. Egy harmadik tályog a jobb csipővájulatban találtatott, a mely egészen a máj alsó felszinéig terjedt és a felhágó remesét több helyen áttörte. Egy negyedik tályog a rekesz, a máj, a lép és a flexura coli sinister között foglalt helyet és mintegy 400 gm. piszkosszürke genyet tartalmazott. Felső falán a rekesz át van törve, de itt oda van nőve a bal tüdő alsó lebenye, a mely a tályogot a mellüreg felé elzárja. Láthatjuk ebből, hogy a természet gyógyitóereje, a mely ez esetben úgy nyilvánult, hogy a tályog tartalmát a beleken kifelé igyekezett vezetni, szintén nem mindig menti meg a beteget.

Még 1896-ban végeztem hasonló esetben tályognyitást, a nélkül, hogy sikerült volna a beteget ezzel megmenteni. A bonczolat kideritette, hogy a féregnyújtvány többszörösen át van törve, a medenczében egy nagy tályog foglal helyet, mely az ileumba, a flexura sigmoideába és a vakbélbe több helyen áttört és ez utakon cserélte ki tartalmát a béllel. Ezen áttörések sem vezettek gyógyuláshoz, hanem sepsishez.

A mint a fentebbi kórtörténetekből látjuk, az 1898/99. tanévben féregnyújtványgyuladásban szenvedő beteg operáltatott 9. Ezek között volt 7 férfi és 2 nőbeteg. A műtét alkalmával elterjedt tályogok voltak a hasüregben a belek között és a mesenterium mögött egy esetben, az áttörések a belekbe nem segitették elő a gyógyulást. A beteg meghalt. Körülirt nagy tályog volt egy esetben, nagy közlekedő nyilással a vakbélbe. Ez megnyittatott, a féregnyújtvány eltávolítása és a nagy bélsipoly elzárása később történt. A beteg meggyógyult. Két esetben kisebb tályogok voltak jelen a vakbél szomszédságában. Ezeknél a féregnyújtvány azonnal eltávolíttatott és a seb nyitva kezeltetett. A betegek meggyógyultak. Egy esetben bár nem volt tályog, mégis nyilt kezelés történt, mert a vakbél savós hártyája nem volt olyan karban, hogy Lembert-varrat alkalmazása mellett p. p. gyógyulásra lehetett volna számitani. A beteg meggyógyult. Négy esetben nem volt tályog a féregnyújtvány körül és azért a féregnyújtvány csonkjának elzárása után a hasseb réteges varrattal teljesen elzáratott. A betegek meggyógyultak. Meghalt tehát ama beteg, a kinél a műtétkor kiterjedt hasüri genyedés volt jelen többszörös bélátfúródással, míg a többi nyolcz meggyógyult. E nyolcz beteg közül az első roham után operáltatott 3, mindháromnál ez a roham súlyosan folyt le, közüle kettőnél kis tályog volt jelen. A második roham után operáltatott 3, az ötödik roham után operáltatott egy, a tizenharmadik roham után egy.

Közlemények az orvosi gyakorlatból.

Gedeon János dr.-tól, Kassán.

Idegen test a fülben.

1. *Böhm Lajos*, 40 éves; 1898. augusztus 24-dikén volt először alkalmam megvizsgálnom, a midőn is a jobb külső hallójáratot sarjtömeggel teljesen kitöltve találtam. Előadja, hogy gyermekkora óta fülfolyásban szenved, de fájdalmak és egyéb kellemetlenségek nem jelentkezvén, nem is fordult orvoshoz, hanem hallójáratát közönséges vizzel szorgalmasan mosogatván, vattával eldugaszolta. Hat héttel azelőtt azonban történt, hogy a vattát nem birta a külső hallójáratból kiszedni, a miért is orvoshoz fordult, a ki azonban, daczára hogy a vattagomoly szabad szemmel látható és könnyen hozzáférhető volt, azt nem szedte ki, de fecskendést ajánlott és a fecskendést is magára a betegre bizta. A beteg néhány nap mulva újra jelentkezett orvosánál, jelentvén, hogy a vattagomolyt még nem sikerült kifecskendeznie. Az orvos újolagos vizsgálatnál nem látván többé a vattát a hallójáratban, kijelentette, hogy a vatta már bizonyosan kifecskendeződött, mert többé nem látható. A beteg ugyan erősítette, hogy a vattának még benn kell lennie, de elvégre meghajolt az orvos határozott kijelentése előtt. Azóta, tehát körülbelül öt hét óta, a fül folyása megszünt, de fejfájdalmak jelentkeztek, melyek mindinkább fokozódva, most már éjjel is, nappal is tűrhetetlenekké váltak. A beteget felvilágositottam állapota komolysága felől és sürgős műtét czéljából Budapestre utasitottam, a hová augusztus 26-dikán (a midőn utoljára láttam, d. u. 1/24 órakor, 39° C. láza volt) rázó hideggel távozott. További sorsáról csak hozzátartozóinak bemondása útján van tudomásom. E szerint a Rókus-kórházban a beteg egyenes és határozott kivánságára a csecscsontot trepanálták; a műtét után 2—3 napra a beteg meghalt. Bonczolatnál az agyhártyán állitólag megtalálták a vattagomolyt.

Nagyon kár, hogy ezen esetet a rókuskórházi fülosztály eddigelé nem közölte, pedig ezen eset általános érdekkel és értékkel bir.

2. Ugyanezen vidékről jelentkezett 1899. május hó 2-dikán rendelésemen egy anya öt éves gyermekével s előadja, hogy 1896. karácsony táján gyermeke összerágott papirost dugott mindkét hallójáratába, a honnan ő kötőtűvel annyit szedett ki, a mennyit birt; a maradékkal orvoshoz fordult, a ki ezen esetben is fecskendést ajánlott és a fecskendést újra a beteg hozzátartozóira bizta. Állitólag szorgalmasan fecskendezték a hallójáratokat, de a benrekedt papirost nem birták kihozni. Miután a gyermek a fül mélyében viszketésről, sőt fájdalomról kezdett panaszkodni, hozzám fordultak.

A külső hallójáratok szabad szemmel meglehetős könnyen áttekinthetők és mindkét hallójárat mélyében a dobhártyákat teljesen elfedőleg csakugyan látható valamely szürkéssárgás idegen test.

A gyermek annyira félt, kapálódzott, hogy chloroform-bódulatot kellett alkalmaznom a gyermek nyugalomba hozatalára. Ily módon a bal fülből, a dobhártya felületéről négy kisebb czafatot és egy 2—3 borsónyi, sárgásan átivódott tömött dugaszt, jobbról pedig két dugaszt, 2—2 borsónyi nagyságban hoztam ki. A jobb dobhártya igen izgatott, a környéke piros, duzzadt s az idegen test számára lobos fészek képződött. Utóbbi papirosdugasz különösen tömött és kemény.

Az első eset igen tanulságos példa arra, hogy idegen testek kifecskendezését ne bizzuk a betegre vagy hozzátartozóira, hanem végezze azt az orvos maga. A második eset pedig bizonyítja, mily sokáig érintkezhetik a dobhártya idegen testtel a nélkül, hogy komolyabb baja esnék. Mindkét eset azonban kézzelfoghatóan tanusitja, hogy orvosi ténykedéseink között kutassuk lelkiismeretünk szavát és hallgassunk is rá.

Carcinoma mammae Schleich-féle eljárással műtett esete.

A Schleich-féle eljárás a sebészetben a tanulmányozás, a kisérlet stadiumán túl van. A gondolat megszületett s életképessége s rendkivüli hasznavehető czélszerűsége mindennap beigazolást nyer. Csak a technikája nem egységes még. Hogy mást ne emlitsek, sokan a szövetek rétegenkénti beitatását gyakorolják, mig vannak, a kik a műtét területét egyszerre itatják át, a szövetek mélyében is, úgy hogy azután a műtétet minden megszakitás nélkül végzik. Az egyes eljárások előnyeiről vagy hátrányairól ezúttal nem kivánok szólani, de úgy tartom, hogy fontosabb casuistikus esetek közlése jogosult, sőt kivánatos.

Ilyen esetnek tartom a következőt is:

Brösztel Simonné, 38 éves, 1899. julius 6-dikán jelentkezett rendelésemen bal csecsmirigyében székelő férfiökölnyi daganattal, a mely a bimbó közelében dudorzatos és a börrel összekapaszkodott volt. A hónaljban megnagyobbodott mirigyek nincsenek. Beteg sápadt s olykorolykor nyilaló fájdalmakat érez. Az utóbbi időben, mondja a beteg, nagyon elgyengült s étvágytalan. Carcinoma mammae. Műtétet ajánlottam, a melybe a beteg bele is egyezett s ezt még azon napon végre is hajtottam.

Beteg fürdőt vett. A műtét területe 1:1000 sublimat-oldattal gondosan lemosatott. A metszés irányában a daganat körül, természetesen az egészséges szövetben haladva, Schleich-féle II-dik számú oldattal befecskendezéseket eszközöltem, még pedig a felületen és mélységben is. Azután a daganatot minden megszakitás nélkül távolitottam el. Megjegyzendő, hogy a műtétet minden assistentia nélkül egyedül magam végeztem, a mi chloroform-bódulat mellett nem volna tanácsos. Fájdalmat a beteg a műtét alatt nem érezett; a műtétet végig nézte és kitünően tűrte, sőt a véredényalákötéseknél még segédkezett is. A vérzéscsillapitás után a tekintélyes sebfelületet fertőtlenitettem és megvizsgáltattam; azután — a tiszta munka tudatában — teljesen zártam. Nyolcz mély és nyolcz felületes öltést alkalmaztam, de a bőr átszúrása fájdalmas volt. Ujolagos fertőtlenités után jodoformgaze-wattakötést alkalmaztam. Másnap, azaz julius 7-dikén első kötésváltoztatásnál a watta vérrel át volt ugyan itatva, de semmi izgalom, közérzet kitünő; varratok jól zárnak; vérszivárgás nincs. 10-dikén második kötésváltoztatásnál izgalomnak semmi jele, három öltést eltávolitottam, 14-dikén harmadik kötésváltoztatásnál hét öltést távolitottam el; közérzet kitünő; étvágy igen jó; semmi izgalom. 19-dikén negyedik kötésváltoztatásnál eltávolitottam az utolsó három öltést, a melylyel egy idealisan szép gyógyulás fejeződött be.

TÁRCZA.

Intézkedések a pestis ellen Németországban.

A német birodalmi kanczellár a pestis tárgyában a császári egészségügyi hivatallal javaslatokat dolgoztatott ki, a melyek *a*) a pestis lényegével és terjedésmódjával, *b*) a pestisre gyanus vizsgálati anyagok vételével és szállításával és *c*) azon laboratoriumok berendezésével és munkamenetével foglalkoznak, melyek a pestisre gyanus megbetegedések megállapitásával és a pestis okozóival végzendő vizsgálatokkal megbizandók lesznek. A tárgy időszerűségére való tekintettel az alábbiakban egész terjedelmükben közöljük a javaslatokat.

a) Oktatás a pestis lényegéről és terjedésmódjáról.

1. A pestis ragályos betegség, mely kizárólag oly módon keletkezik, hogy egy bizonyos kórokozó csira (a pestis-bacillus) belejutott a testbe.

2. A pestis hirtelen avagy rövid általános rosszullét után beálló lázas betegség, a mely az esetek többségében, és pedig többnyire a betegség 3. és 5. napja közötti időben, halálhoz vezet, a gyógyulóknál pedig nem ritkán többé-kevésbbé súlyos utóbetegségeket hagy vissza. A megbetegedetteken az ütérfeszülés feltünő csökkenése és az ütérlökések számának szaporodása mellett nagyon gyorsan nagyfokú gyengeség és részvétlenség vesz erőt. A betegség székhelye és hevessége

szerint a pestis többféle alakja különböztethető meg. Leggyakoribb a mirigy- vagy bubopestis, melynél egy vagy több nyirokmirigy, különösen a czombhajlatban, a hónaljban és a nyakon, fájdalmasan megduzzad. Ezen alaknál a betegség tetőfokát többnyire már az első napon eléri.

A betegség lefolyásában rendesen vérkiömlések fordulnak elő a nyákhártyákon (véres vizelés, feketés tömegek kiürülése a hányadékkal és székletéttel), ritkábban a bőrön. Ha a halál nem áll be már az első napokban, akkor a mirigydaganat genyedésbe vagy szétoszlásba mehet át. A pestis egy másik alakjánál valahol a bőrön hólyagocska jelentkezik, a melyből néha kéznagyságú szövetpusztuláshoz vezető jellegző pestis-fekély vagy pestis-pustula fejlődik. Ezen alaknál a betegség lefolyása általában valamivel enyhébb, mint a mirigy-pestisnél. A tüdőpestis hirtelen fellépő súlyos tüdőlob képét mutatja és csaknem kivétel nélkül halálos kimenetelü. A beteg köpetében nagymennyiségü pestis-bacillus van. Idült tüdőbetegségekben, főleg tüdővészben szenvedő egyének különösen hajlamosak a pestis ezen alakjára.

A tüdőben lokalizált kórfolyamat a tüdőszövetet elpusztithatja és rendkivül erős tüdővérzést és üszkösödést okozhat (a középkori „fekete halál").

Némelyek a betegségnek még egy negyedik súlyos alakját, a bélpestist is észlelték; itt a gyomor és a bél nyákhártyáján fekélyek képződnek; maga a lefolyás súlyos typhus abdominalishoz hasonló lehet.

A pestis ezen kóralakjai csakhamar a betegség jelentkezése után a fertözés általánossá válása folytán rendkivül fokozódhatnak és általános sepsis tünetei között már néhány óra alatt bekövetkezhetik a halál. Ezen súlyos alakok mellett, noha sokkal ritkábban, enyhe pestisesetek is előfordulnak, melyek alig észrevehető általános és helyi tünetekkel járnak és rendszerint kedvező lefolyásúak.

3. A fertőző anyag benne van a vérben, a megbetegedett nyirokmirigyek tartalmában és szövetében, a pestis-fekélyekben és pustulákban, tüdő-pestisnél a köpetben és nyálban, ritkábban a székletétben és a vizeletben; innen átmehet más személyekre, úgyszintén némely állatra, pl. patkányra és egérre, rájuthat továbbá a legkülönbözőbb tárgyakra és ezekkel tovahurczoltathatik.

Ilyen tárgyak a többi között: ruhadarabok, fehérnemü, ágynemü, rongyok, gyapjú, szőnyegek, szőrök, bőrök stb.; bizonyos körülmények között ételek és italok is közvetithetik a fertözést.

4. A fertőző anyag emberre és fogékony állatokra többnyire oly módon vitetik át, hogy észrevétlenül maradt kis bőrsebzések — vakarási seb, oly rovarok csipése, melyek pestisben szenvedett állatokon vagy embereken tartózkodtak — útján a vérkeringésbe jut; a fertözés oly módon is történhetik, hogy a fertőző anyagot tartalmazó port belégzi az ember, vagy pedig fertözött táplálékot visz szájához.

Tüdőpestisnél a fertözés többnyire személyről személyre történik, a megbetegedett egyén bacillusdús köpete útján.

5. A pestis más helyekre elhurczoltathatik: *a*) olyan egyének által, kik csak könnyen betegedtek meg pestisben, avagy már gyógyulóban vannak; *b*) pestises betegek által használt és nem fertöztelenített tárgyak (ruha, fehérnemü, ágynemü) útján; *c*) pestisben szenvedő patkányok, egerek és más állatok útján.

b) *Utasítás a pestisre gyanus vizsgálati anyagok vételére és küldésére vonatkozólag.*

1. Vizsgálati anyagok gyanánt tekintetbe jönnek:

a) beteg egyéneknél: megbetegedett nyirokmirigyek tartalma (geny, még czélszerübben szövetrészecskék); bőrön levő gyanus hólyagok vagy fekélyek tartalma; köpet, nyál, vér (utóbbi lehetőleg fedőlemezre felkenve), vizelet, bélpestisre gyanú esetén béltartalom is;

b) hulláknál: lépdarabok, megbetegedett bőrrészletek és nyirokmirigyek, kóros tüdőrészletek, bélpestisre gyanúnál béldarabok is.

2. Valamennyi vizsgálatra szánt anyag lehetőleg friss állapotban küldendő el. Mennél tovább állanak szobahömérsékнél, a vizsgálat számára annál hasznavehetetlenebbekké lesznek; mindennemü hozzátétel kerülendő.

3. Valamennyi vizsgálati anyag — és pedig minden egyes betegtől vagy meghalttól származó külön-külön — előzetes fertöztelenítés nélkül alkalmas száraz üvegedénybe teendő. Az üvegedények vastagfalúak és jól elzárhatók legyenek. Legjobbak a gyógyszertári úgynevezett porüvegek tág nyakkal és becsiszolt üvegdugóval; ha ilyenek nem állanának rendelkezésre, közönséges vastagfalú, cylindrikus nyakú üvegedények, tiszta, jól záró parafadugóval is használhatók. Közönséges vékonyfalú befőttes üveget és orvosságos palaczkot nem szabad használni. A dugók nedves hólyaggal vagy pergamentpapirral bekötendők. Az edények jól felragasztott vagy erősen odakötött czédulával látandók el, mely a megbetegedett vagy elhalt egyén vezeték- és keresztnevét, továbbá e szót „pestispróba" tartalmazza, tisztán olvashatólag. A küldeményhez erős papirra irva következő adatok melléklendők: *a*) az egyén — kitől a vizsgálandó anyag érkezett — vezeték- és keresztneve; *b*) kora; *c*) helyben lakó-e vagy honnan jött? *d*) a vizsgálati anyag vételének ideje, nap és óra; *e*) lehetőség szerint a betegség kezdete, neme, alakja, esetleg a halál ideje.

4. Ha az edények nincsenek pontosan illő kemény tokkal körülvéve, akkor papirszeletkék, széna, szalma, gyaluforgács vagy más ruganyos anyag segélyével erős kis ládába csomagolandók úgy, hogy a szállitásnál biztosan és szilárdan feküdjenek, egymáshoz ne ütődhessenek. Törékeny szivardobozok vagy kartonok használata kerülendő.

Leghasználhatóbb állapotban természetesen akkor maradnak a vizsgálati agyagok, ha jég között (vízmentes tartályokban) szállittatnak.

A ládák a vizsgáló állomás pontos czimén kivül a következő feliratokat tartalmazzák: „vigyázat", „sürgösen kézbesitendő".

5. A vizsgálatra szánt anyagokat lehetőleg csak approbált orvos vegye.

c) *Határozmányok azon laboratoriumok berendezését és munkamenetét illetőleg, melyek pestisre gyanus megbetegedések megállapításával és a pestis kórokozóival végzendő vizsgálatokkal megbizandók lesznek.*

A) A dolgozóhelyiségek fekvése és berendezése.

1. A pestis okozóival avagy pestisre gyanus anyagokkal való vizsgálatokhoz külön dolgozóhelyiségek szükségesek, a melyek más helyiségektől el vannak különítve és jól elzárható bejárással birnak. A bejárat elzárásához külön kulcs szükséges, más helyiségekhez is szolgáló ú. n. főkulcs mellőzendő. Noha esetleg egy helyiség is elegendő, czélszerű legalább két helyiséget használni, a melyek közül az egyik a kisérleti állatok elhelyezésére, bonczolására, és megsemmisitésére szolgál, a másik pedig főleg a pestisbacillusok tenyésztésére, mikroskopi vizsgálatokra használtatik. A helyiségek közvetlenül egymás mellett legyenek és elzárható ajtóval álljanak egymással összeköttetésben.

2. A dolgozóhelyiségek levegő és világosság számára mindenütt — a sarkokban is — jól hozzáférhetők legyenek, sima, átjárhatlan, könnyen tisztogatható és fertötleníthető padlóval és falakkal birjanak; kis nyilások, a melyeken kisebb állatok avagy patkányok ki- és bejárhatnának, ne legyenek jelen. A szellőző nyilások sürű dróthálóval vonandók be. Az ablakok megbizhatóan jól záródjanak; kinyitásuk esetén sürű drótrostély helyezendő az ablaknyilásokba.

3. A helyiségek felszerelve legyenek mindazon tárgyakkal és eszközökkel, a melyek mikroorganismusok tenyésztéséhez és állatkisérletekhez szükségesek, nevezetesen nem szabad hiányozniok: *a*) jó lakattal biró tartályoknak az élő tenyészetek és gyanus anyagok eltevésére; *b*) berendezéseknek a kisérleti állatok biztos elhelyezésére (legczélszerübben magas, vizgőzzel sterilizálható üveghengerek dróthálófedéllel és wattaelzárással), az állatok bonczolására, a hullák és más fertözött tárgyak megsemmisitésére (külön égető kemenczék vagy saválló edények concentrált kénsavban való elpusztitásra), a kisérleti állatok ürülékeinek, az alomnak és ételmaradékoknak összegyüjtésére és fertötlenitésére (saválló edények); *c*) berendezéseknek a kezek és a dolgozásnál használt tárgyak megtisztitására és fertötlenitésére.

4. A vizsgálatok végzéséhez szükséges tárgyakon és eszközökön kivül más tárgyak és eszközök nem foglalhatnak helyet a dolgozóhelyiségekben; névszerint függönyök alkalmazása is mellőzendő.

B) Vezetés és munkamenet.

1. A vizsgáló állomás vezetőjét az illetékes állami hatóság külön kijelöli és megbizással látja el. A vezető a rend fentartása és az egész munkamenet tekintetében személyesen felelős. Egyes dolgok elintézésére megbizhat helyetteséképen vagy pedig segitségül olyan egyéneket, kik előképzettségük és személyes tulajdonságaik (megbizhatóság stb.) alapján képesek mellette a teljes felelősséget elvállalni. Laboratoriumi szolgák a tisztogatási s más efféle munkák végzésére a dolgozóhelyiségekben csak a vezetőnek vagy a helyettesitésével megbizottnak jelenlétében tartózkodhatnak. A szolgák jól válaszstandók meg és utasitásokkal látandók el.

2. A vezetőnek kötelessége gondoskodni, hogy a dolgozóhelyiségek, úgyszintén a tenyészetek stb. elhelyezésére szolgáló tartók zár alatt legyenek és az általa személyesen megbizott helyettes kivételével, senki számára hozzáférhetők ne legyenek. Ha valami idegen nyomós okokból múlólag bebocsátást nyer, úgy ennek a fertözésétől való biztosságát illetőleg a vezető vagy helyettese személyesen felelős.

3. A dolgozóhelyiségekben tartózkodás alatt védő felsőruha viselendő, mely a helyiségek elhagyása előtt levetendő; a védő felsőruhák mosásba adás előtt a dolgozóhelyiségekben fertötlenitendők (autoclav, gőzfazék). A helyiségekben csak zárt ajtók és ablakok mellett (esetleg dróthálló-betétek) szabad dolgozni.

4. A kisérleti állatokkal dolgozás alkalmával nagy gondot képezzen az, hogy állatok meg ne szökjenek, vagy pedig fertőzőképes anyag szét ne szórassék.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Handbuch der praktischen Medicin. Unter Redaktion von **W. Ebstein** und **J. Schwalbe** herausgegeben von **W. Ebstein.** Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke.

Virchow a szerkesztésében megjelent munka előszavában már 40 évvel ezelőtt azt mondta, hogy egy ember már nem képes a gyógytudomány rengeteg anyagát egészében áttekinteni. Mennyivel indokoltabb ezen kijelentés ma, az utolsó évtizedekben végbement rohamos fejlődése után az orvosi tudománynak. Tényleg tapasztaljuk is, hogy az egy szerző által megirt belgyógyászati tan- és kézikönyvek egyes fejezetei nagyon különböző értékűek, a szerint, a mint a szerző a megfelelő fejezetekkel behatóbban, nagyobb előszeretettel foglalkozott, avagy nem. A munkafelosztás elvének alkalmazása tehát, főleg belgyógyászati munkák elkészitésénél, nagyon czélszerű, sőt talán elengedhetetlen. A szerkesztőn mulik csak azután, hogy az egyes részek iróinak helyes megválasztásával és a különböző fejezeteknek bizonyos egységes tárgyalási módjának megszabásával hasznavehető munka létesüljön.

Az Ebstein kiadásában megjelenő gyüjtőmunka, melynek első kötete nemrégiben jelent meg, középállást foglal el a tankönyvek és az

egyes monographiákká szétesö nagy gyüjtömunkák között. Körülbelül olyasféle, mint a Bókay, Kétly és Korányi tanárok szerkesztésében megjelenő „Belgyógyászat kézikönyve". Nem csupán a tulajdonképeni belgyógyászatot öleli fel, hanem az orvostudomány egyéb szakait is, a mennyiben összefüggésben vannak a belgyógyászattal (sebészet, szemészet, fülészet, gyermekgyógyászat megfelelő fejezetei), úgyszintén a laryngologiát, psychiatriát, bör- és bujakórtant, valamint a fogászatot is, még pedig az általános orvosi gyakorlat szükségleteihez mért terjedelemben és feldolgozásban.

Általában a gyakorló orvos igényeinek szemmel tartása egyik főelve a szerkesztőségnek. Ehhez mérten, noha az aetiologia, symptomatologia, diagnostika és prognosis szintén beható tárgyalásban részesülnek, a súlypont a therapiára van fektetve; az anatomiai, physiologiai és kórboncztani kérdések közül csak a legfontosabbak vétettek a tárgyalás keretébe, a melyek a többi rész megértéséhez okvetlenül szükségesek.

Az irodalmi adatok kimerítő felsorolása hiányzik, a mi csak helyeselhető a térkimélés szempontjából; a fontosabb, lényeges haladást feltüntető adatokra vonatkozó irodalom azonban helyet talált a munkában, valamint azon dolgozatok czime is, a melyek az illető kérdésre vonatkozólag kimerítő irodalmi jegyzéket nyújtanak. Ily módon tér is maradt, a szükséglet is ki van elégítve.

A mi az eddig megjelent első kötetet illeti, ez a légző és vérkeringési szervek betegségeit tárgyalja körülbelül 1200 lapon. Jó rajzok és pontos tartalomjegyzék teszik használhatóbbá az egytől-végig kitünően megirt fejezeteket tartalmazó könyvet. Az orr, torok és gége betegségeit *Strübing* (Greifswald), a trachea, bronchusok és tüdőparenchyma betegségeit *Liebermeister* (Tübingen) és *Lenhartz* (Hamburg), a légzőszervek sebészetét *König* (Berlin), a mellhártya és mediastinum betegségeit *Unverricht* (Magdeburg), a vérkeringés zavarait pedig *Romberg* (Leipzig) irták meg. Úgy ezen nevek, mint a többi kötetet megirandó munkatársak nevei elegendő biztositékot nyújtanak a munka jóságát illetőleg; ha pedig a tágyalás menetében az egységesség a többi kötetben is annyira kifejezésre fog jutni, mint ezen elsőben, akkor egy használhatóságát illetőleg elsőrangú munkával gyarapszik az orvosi irodalom.

Az első kötet ára 14 frt 40 kr. Az egész munka öt kötetre van tervezve.

Lapszemle.

Ujabb adatok a typhus abdominalis bacteriologiai kórismézéséhez. *A Widal-reactio* megbizhatóságára nézve még mindig eltérők a nézetek. Az kétségtelen, hogy az esetek túlnyomó nagy többségében a typhus-betegek vére úgynevezett agglutináló hatást gyakorol a typhus-bacillusokra; vannak azonban esetek, a melyekben a reactio nem mutatkozik, vannak továbbá nem typhus-esetek, a melyekben a reactio positiv. Igy *Stewart* (Report and Papers of the Americ. Public Health Assoc. 23. kötet) a philadelphiai egészségügyi hivatalban 1000 esetben végzett vizsgálatot a Widal-reactioval; 28 biztos typhus-esetben nem mutatkozott agglutinatio, 3 nem typhus-esetben ellenben jelentkezett. Philadelphiában a vizsgálandó vért papirdarabkára száritva posta útján küldik be az egészségügyi hivatalba, a hol azután tenyésztő húslevessel leoldják a vért a papirról, a higitás fokát pedig colorimetrikus úton határozzák meg. *Van Houtum* (Nederl. Tijdschrift v. Geneeskunde, 1898. II.) 97 typhus-eset közül 1-ben, noha a bonczolás typhust derített ki, a vért nem találta agglutináló hatásúnak, pedig a vizsgálatot a betegség 2. és 3. hetében összesen 4 izben végezte; más 8 esét a betegség 2. és 3. hetében vizsgálva szintén negativ eredményt adott, ismételt vizsgálatra azonban mégis mutatkozott agglutinálás. 30 normalis vagy lázas egyén vére legfeljebb 1:30 higitásban adott positiv eredményt. *Kasel* és *Mann* (Münchener medicinische Wochenschrift, 1899-dik évi 18. sz.) a würzburgi poliklinikán 43 esetben vették igénybe a Widal-féle eljárást; typhus 2 esetében a reactio úgy a betegség alatt, mint a betegség lefolyása után nem mutatkozott, mig pneumonia crouposa 2 esetében erősen positiv volt. Szerzők egyéb adatin kivül még felemlithető, hogy a Widal-reactio a typhus lezajlása után nagyon különböző ideig mutatható ki; igy egy esetben még 21 év után is megvolt, mig máskor már 30—40 nap mulva hiányzott; 7 éven aluli gyermekeknél általában gyengébben szokott jelentkezni a reactio, mint felnőtteknél. Typhusból kigyógyult 3 anya teje agglutináló hatású volt, egy esetben még 1:50 arányban is; az illető anyák csecsemőinek vére azonban nem adta a Widal-reactiot. Néhány esetben a reactio csak a typhus lefolyása után jelentkezett. *Schumacher* (Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten, 30. kötet) szintén közöl egy esetet, a melyben, noha a bonczolás határozottan typhust állapitott meg, a Widal-reactio úgy az élőben (a betegség 12. és 17. napján), mint röviddel a halál után negativ eredményt adott. Hasonló eseteket *Pélon* (Gaz. des hôp. 1898. 91. sz.), *Bormans* (Presse méd. 1898. okt. 15.) és *Neufeld* (Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten, 30. kötet) is észleltek. Utóbbi 10 *typhusos beteg reseoláját* is vizsgálta typhus-bacillusokra és 9 esetben meg is találta azokat; az egy negativ esetben a Widal-reactio sem sikerült. Úgy járt el, hogy a roseolákból vett anyagot csak erősen higitva használta a bakteriologiai vizsgálathoz és pedig azért, hogy ily módon a roseolák bemetszésekor serkenő vérnek káros hatását a bakteriumokra (jelen esetben az esetleg ott levő typhus-bacillusokra) kizárja; az erősebben higított vér ugyanis elveszti úgynevezett bakteriumölő hatását; ilyen esetekben különben a nagyon gyorsan dolgozást is ajánlja.

Petruschky (Centralblatt für Bakteriologie, 23. kötet) már több mint egy év előtt felhivta a figyelmet arra a körülményre, hogy *typhusnál a vizeletben a typhus-bacillusok* elég sok esetben és igen nagy számmal mutathatók ki, még az üdülés szakában is. Hasonló eredményre jutott újabban *Richardson*, továbbá *Schichhold*. *Richardson* (Journ. of experim. med. III. kötet) 38 betege közül 9-nél voltak typhus-bacillusok a vizeletben, még pedig többnyire nagy számmal és úgyszólván tiszta tenyészetben. A bacillusok többnyire csak a betegség későbbi szakában jelentek meg a vizeletben és még az üdülés szakában is hosszabb időn át kimutathatók voltak, a miből önként következik typhusnál a vizelet fertőtlenitésének szükségessége még a reconvalescentia szakában is. *Schichhold* (Deutsches Archiv für klinische Medicin, 64. kötet) 17 beteg közül 5-nél talált a vizeletben typhus-bacillusokat, egy esetben már a betegség 7. napján.

A vizeleten kivül még *az izzadság is tartalmazhatja a typhus fertőző anyagát*, a mint azt *Sudakoff* (Wratsch, 1898. 25 sz.) kisérletei bizonyitják; typhus 4 esete közül ugyanis kettőben az izzadság typhus-bacillusokat tartalmazott; a kültakaró fertőztelenitése typhus eseteiben tehát szintén fontossággal bir.

Végül még *Graziani* (Riforma medica, 1898. 171 sz.) egy közlését emlitjük, a mennyiben egy további adatot szolgáltat *a typhus-bacillus megkülönböztetésére a b. coli commune-től*. Azt találta ugyanis, hogy az olyan tenyésztő-anyagban, mely 1:7500 arányban formalint tartalmaz, a b. coli jól nő, a b. typhi ellenben nem. Ha a további vizsgálatok szerző ezen állitását beigazolnák, akkor minden esetre elég egyszerű, könnyen végezhető eljárásunk volna a bacterium coli és a typhus-bacillus megkülönböztetésére. *Székely.*

Myxoedema tüneteit látta *Gautier* oly nőn, a kit azelőtt Basedow-kórosnak ismert. A 25 éves betegen mutatkozott először a Basedow-kór, ez vas- és valerianakezelés mellett gyorsan megjavult, másfél év mulva a beteg visszaesett bajába, de újra meggyógyult (talán csak sápadtsága volt, Ref.). Két év mulva a myxoedema tünetei jelentkeztek, a melyekből azonban csak a subjectiveket javitotta meg a thyreoideás kúra. A szerző persze félt ezen szerből többet adni, nehogy ismét visszatérjen a Basedow-kór. Ezen esetből Ref. azt következteti, hogy a betegnek talán ép oly kevéssé volt meg az egyik, mint a másik betegsége. *Gautier* abbeli félelmét, hogy a thyreoidea-pastillák a Basedow-kóros tüneteket hivták volna elő, egyáltalában nem tartjuk jogosultnak számos kisérletünk alapján. —*ss*—

A dementia paralyticában *E. Schultze* megvizsgálta a thalamus opticus rostjait s úgy találta, hogy annak elülső és középső részei alig vagy csak későn degenerálnak, azon rostokban ellenben, a melyek a thalamusból a központi szürke (ürszürke) állományhoz húzódnak, jelentékenyebb sorvadást állapitott meg az esetek többségében; mindazonáltal nem igazolhatta be *Schütz* azon nézetét, hogy ezen pálya elfajulása a beteg beszédzavarával, arczkifejezése butaságával és irási képességének elveszésével volna arányban. (Monatsschrift für Psych. und Neurologie 1898. IV.) —*ss.*

Kemény mészköves daganatot talált *Lexa* egy betege mindkét czombja felső részének izmaiban és böralatti kötőszövetében. E tumorok szabálytalan alakúak, hol gombostűfej, hol ökölnagyságúak voltak, feltörésükkor kiderült, hogy a kemény külső rész alatt egyesekben puhább törmelék, másokban folyékony anyag volt. A vegyi vizsgálat bebizonyitotta, hogy kaliumphosphatokból és kaliumcarbonatokból állottak; e képleteket körülvevő kötőszövet mikroskop alatt épnek bizonyult. A beteg ezenkivül idült arthritis deformansban szenvedett. Szerző esetét („*metastase calcaire*" vagy „*diathèse calcaire*") meszes diathesisnek tartja. *Poncet* köszvényes tophusokhoz hasonlitja őket. (Sur une varieté spéciale de calcification dans les tissus. Thèse de Lyon. 1899.) —*ts.*

A lágyéki és a vasa iliaca et obturatoria körül fekvő nyirkmirigyek eltávolítása egy műtéttel. Ha az alsó végtag vagy penis rosszindulatú álképleteinél beszűrődve találjuk a felületes lágyéki mirigyeket, nem elég csak ezeket eltávolitani, mert az iliaca externa és communis körül fekvő mirigyek is rendesen már betegek. A nyirkerek ezekhez részben a vasa femoralia, részben — a mély nyirokmirigyek közvetitésével — a vasa obturatoria és hypogastrica mentén haladnak. Csak akkor tudjuk a hasfalakon áttapintani a mirigyeket, ha annyira megnőttek, hogy kiirtásuk reménynyel nem kecsegtethet. Ezért kell minden esetben, melyekben a lágyékmirigyek betegek, nemcsak ezeket, hanem a szívhez egy szakaszszal közelebb fekvő mirigyeket is eltávolitani. Követelés, hogy oly műtéttel érhessük ezt el, melylyel semmi fontos szervet nem sértünk és sérv keletkezését elő nem mozditjuk. A bőrmetszést a Poupart-szalag mentén a symphysistől a crista ilei közepéig viszszük, utána az arteria femoralis fölött erre merőleg metszést teszünk a czombon, úgy hogy az összes lágyékmirigyeket eltávolithassuk. Ezután a felső bőrmetszésnek teljesen megfelelő metszéssel leválasztjuk a hasizmokat a lig. Poupartii és crista ileiről; a vasa epigastrica körüli nyirkmirigyet felkeressük és eltávolitjuk, majd a peritoneumot letoljuk egész a kis medenczéig, mikor is az összes fent leirt mirigyekhez elég könnyen hozzáférhetünk fel az aorta oszlásáig. Két gaze-zel körülcsavart drain behelyezése: egy a hatsó, egy a mellső sebzugba, utóbbi a czomberekkel párhuzamosan, a Poupart-szalag alatt. Nem szabad végezni a műtétet genyes mirigygyuladásnál, mert ekkor a hasizomzat letapadását nem biztosithatjuk. A szalaghoz levarrjuk pontosan a hasizmokat; ép igy hátul a crista ileihez. Mozgató idege műtétnél meg nem sérül. (Prof. Dr. *K. G. Lennander*. Centralblatt für Chirurgie 1899. 37. szám.) *Manninger Vilmos* dr.

Kőmorzsolás a hólyagnak antipyrin végbélcsőre útján elért érzéstelenitése mellett. Dr. *L. Duchastelet* ajánlja ezen eljárást, melyet Guyon próbált meg egy kömorzsolás esetében, hol a beteget légcsőhurutja s rövid idővel előbb mutatkozott véres köpése miatt narcotizálni nem akarta. Guyon végbélcsőre alakjában antipyrin-oldatot

alkalmazott (antipyrin 1·50 gr., laudanum 10 csepp, viz 100 gr.), körülbelül 3/4 órával a műtét előtt. A kömorzsolás alatt, mely több mint fél óráig tartott, a beteg semmi fájdalmat nem érzett, sem vizelési ingerei nem voltak, még a morzsolás utáni aspirationál sem, csak a húgycsőben okozott a benne levő eszköz kellemetlen érzést. Úgy látszik, hogy az antipyrin a rectumba alkalmazva sokkal tökéletesebben s tartósabban érzéstelenít, mint ha direct a hólyagba fecskendeztetik. (Annales des maladies des organes génito-urinaires. 1899. Nr. 7.)

Illyés Géza dr.

A lupus vulgarisnak belső szerrel való gyógykezeléséről referál *Philippson A.* dr. Hamburgból. Miután szerző állatokon és saját magán tett kisérletek alapján meggyőződött, hogy a „*fluor-natrium*“ nem nagy adagokban szedve a szervezetre relative ártalmadan: luposus betegekkel „fluor-natrium“-ot szedetett belsőleg és pedig egy decigrammot pro die, labdacsalakban tejjel. De minthogy a „fluor-natrium“ hosszabb időn át való használás után undort, gyomorizgalmi tüneteket stb. idéz elő, a Merk-féle gyár által egy szerves fluorvegyet állíttatott elő, a „para-fluor-benzoesavas-natriumot“, mely hatására nézve hasonló a fluornatriumhoz, de gyomortüneteket nem idéz elő. Ph. 10% fluornatrium-tapaszt helybelileg is alkalmazott és vele oly eredményeket ért el, mint semmiféle más külsőleg alkalmazott gyógyszerrel. Ph. a következőkben összegezi véleményét. A fluor-natrium belsőleg szedve gyógyitólag hat a lupus vulgarisra, de a gyógyszer szükséges adaga (3×0·10 pro die) nem szedhető a bántalom meggyógyulásáig, mert az a gyomrot izgatja; miért is ajánlatos a jól tűrt és ép oly hatásos szerves fluor-vegyet, a „*natrium-para-fluorbenzoicum*“-ot (Merk) napjában 3×0·50 adagban szedetni. Ph. gyógyult esetről, az észlelési idő rövidsége miatt, még nem referálhat, de constatálhatja már eddig is a bántalom továbbterjedésének megakadályozását, miért is e gyógyszer más gümőkóros folyamatoknál is megkisérlendő. (Dermatologische Zeitschrift. Bd. VI, Heft 3. 1899.)

Havas.

Adatok a gonococcus biologiájához. *Scholtz,* hogy a gonococcus kérdés tisztázásához hozzájáruljon, gonococcustartalmú tályogoknál végzett culturalis vizsgálódásokat, állatkisérleteket és klinikai megfigyeléseket. Eredményei a következők: 1. A legjobb és legmegbizhatóbb gonococcustáptalajt agarnak illetőleg bouillonnak emberi vérsavóval való keveréke nyújtja, a többi táptalaj nem mondható ezzel egyenértékűnek. 2. Állatokkal szemben (házinyúl, egér) a gonococcus nem fertőző, de mérgező hatást fejt ki. Ezen mérgező hatás intraperitonealis befecskendezésnél tünik ki legjobban. A mérgező anyag a gonococcus testében foglaltatik. Megölt gonococcusok emberi húgycsőbe fecskendezve, muló genyedést idéznek elő, ép úgy, mint a staphylococcus, pyocyaneus. 3. Kedvező körülmények között kötőszövetbe is letelepszenek, lobot, genyedést, sőt valódi phlegmonékat idézve elő. A nyirk- és vérpályák útján távolabbi szervekbe is elvitetnek, endo- és myocarditist, valamint áttételi gyuladásokat okozva az izületekben, inhüvelyekben és a bőrben. (Arch. für Derm. u. Syph. Bd. 49. I.)

Reách.

Kis fiuk húgycsőgonorrhoeáját 14 esetben észlelte *Bogdan.* E gyermekek kora 18 hónap és 11 év közötti volt. Szerző szerint a kis fiuk gonorrhoeája sokkal gyakoribb, mint általában hiszik, legtöbb esetben a gonococcus kimutatható szűk és hosszú fitymával biró gyermekeknél, a fertőzés ennek útján terjedhet, a mennyiben előbb balanitist, majd urethritist okoz. A fertőzés lehet közvetlen, nemi érintkezés útján vagy pedig történhetik az átvitel szenyes ruhák vagy szivacsok stb. útján, ez utóbbi közvetett fertőzés többnyire a praeputium útján megy végbe. A megbetegedés tünettana, lefolyása, prognosisa és kezelése ugyanaz, mint a felnőtteknél, complicatiok ellenben ritkábbak. Tekintettel arra, hogy a közvetett fertőzés lehetősége nincs kizárva, a gonococcuslelet egyedül nem bizonyit valamely stuprum mellett, erre még más bizonyitékok is szükségesek. (Deutsche med. Ztg., 1899. szeptember 14.)

Reách.

Az airol varicosus fekélyeknél. *Andriani A.* dr. 10 év óta tartó varicosus fekélyről referál, mely a bal alszár belső felületén 10 cm. hosszú, 4 cm. széles kiterjedésben szabálytalan alakban mély alappal és keményedett szélekkel találtatott s folyton recidivált. A külső felületen hasonló kisebb fekély volt jelen. Mindkét fekély elterjedt, száraz eczemától lett körülvéve. A legkülönfélébb szerek eredménytelen használata után a fekélyek alaposan megtisztittattak és airollal behinttettek. Az eczema már két nap mulva eltünt s a fekélyek külleme javult. A seben lassankint egészséges szemcsésedések képződtek és a 60 éves beteg 2 hónap alatt teljesen meggyógyult. (Gazz. internat. di med. practica Nr. 8. 1899.)

Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1899. október hó 1-dikétől 1899. október hó 7-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 438 gyermek, elhalt 267 személy, a születések tehát 147 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2300 beteg, szaporodás 805, csökkenés 736 maradt e héten végén ápolás alatt 2359. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 3, roncsoló toroklob 3, hökhurut 1, kanyaró —, vörheny 7, himlő —, typhus abdominalis —, gyermekágyi láz —, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 4, agykérlob 10, agyvérömleny 4, rángások 6, szervi szívbaj 16, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 23, tüdőgümő és sorvadás 41, bélhurut és béllob 30, carcinomata et neoplasmata alia 12, méhrák 6, Bright-kór és veselob 7, angolkór —, görvélykór 1, veleszületett gyengeség és alkathiba 9, aszkór, aszály és sorvadás 1, aggkór 8, erőszakos haláleset 16. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1899. október 8-dikától október 14-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 14 (meghalt 1), himlőben —, (meghalt —), álhimlőben 1, bárányhimlőben 22 (meghalt —), vörhenyben 73 (meghalt 11), kanyaróban 25 (meghalt 2), roncsoló toroklobban és torokgyikban 19 (meghalt 7) trachomában 6, vérhasban (meghalt —), hökhurutban 10 (meghalt —), orbánczban 14 (meghalt 1), gyermekágyi lázban — (meghalt —).

⊕ **Egyetemi alkalmaztatások.** Az orvostud. tanári kar f. évi október 17-diki II. sz. ülésében egyetemi alkalmazást nyertek a következők: *Erdey Gyula* dr. a II. szülő és nőbeteg klinikához poliklinikai tanársegéddé; *Genersich Vilmos* dr. a közegészségtani intézetben tanársegéddé; *Tóth Zsigmond* dr. a II. boncztani tanszékhez II. tanársegéddé; *Reichenfeld Zoltán* dr., *Rajnay Béla* dr., *Heresi Arthur* dr. a II. szülő és nőbeteg klinikához, *Arkenberg Béla* szigorló orvos az élettani, *Goth Lajos* szigorló orvos a II. boncztani, *Hollós József* szigorló orvos a II. kórboncztani intézethez díjazott gyakornokká megválasztattak. *Zboray Béla* dr. díjtalan gyakornok a II. szülő és nőbeteg klinikán állásában meghagyatott. *Finaly György* dr., *Tischler Manó* dr. a II. szülő és nőbeteg klinikához, *Földes Mór* szigorló orvos az I. kórboncztani intézethez, *Földi Ottó* V. éves orvostanhallgató a II., *Zilahi Kiss Sándor* V. éves orvostanhallgató az I. boncztani intézethez díjazatlan gyakornokká megválasztattak. *Entz Géza* és *Polacco Brunó* V. éves orvostanhallgatók az I. kórboncztani intézet mellett díjazott gyakornoki állást nyertek.

⊠ **Korányi Frigyes** tanárt a belgyógyászoknak 1900-ban Wiesbadenben tartandó congressusára a berlini ügyvezetőség a tüdőgyuladás gyógyitásának referenséül választotta meg. Correfensül pedig *Pel* tanár, az amsterdami belgyógyászati kóroda igazgatója választatott meg.

△ **Praeventiv pillulák a pestis ellen.** *Shamsudin J. Sulemani* tudósitja a Lancetet f. év augusztus 24-dikéről, hogy Indiában Baroda államban a pestistől látogatott vidékeken az utóbbi évben pestis ellenes praeventiv pillulákat osztogatnak ki a nép között, a melyekből reggel és estve egy-egy szemet kell bevenni. Egy ilyen pilula állott *chininum sulfuricum*-ból (két angol gran, circa 0·12 gm.) *pulvis ipecacuanhae, camphora tritae*-ból aa (1/4 angol gran, 0·015 gm.), acid. carbol.-ból 1/4 csepp. Statistikai összeállitásból kiderült, hogy az olyan helységekben és városokban, a hol e pillulákat szerte használták, az epidemia átlagos tartama megrövidült, a megbetegedések és halálozások száma tetemesen megapadt. Ennélfogva ajánlatos, hogy e praeventiv pillulákat igénybe vegyék első sorban azok, kik pestises betegekkel foglalkoznak, orvosok, betegápolók, kórházszemélyzet stb., továbbá ki kellene azokat osztani a nép között oly helyeken, a hol kitört vagy kitörőben van a pestisjárvány. (The Lancet, 1899. szeptember 16.)

⊱ **A pestis állása Portóban** hivatalos adatok szerint következő: f. év junius 5-dikétől szeptember 12-dikéig 70 egyén kapta meg a pestist és 31 halt el. Egy szeptember 27-dikéről kelt közlés szerint Portóban az utóbbi napokban hevesebben lépett fel a baj, 23-dikán 3 pestis megbetegedés volt 2 halálesettel, 24-dikén pedig 4 eset 2 halállal. 25-dikén 1 és 26-dikán 4 megbetegedési eset volt. A katona kordonon kivül is fordult elő 10 eset Vendanovában 5 halálesettel.

+ **Megjelent.** *Goldzieher Vilmos*: Adatok a szem újképződményeinek tanához. Különlenyomat Budapest székes főváros közkórházainak évkönyvéből. — *Wilhelm Goldzieher*: Therapie der Augenkrankheiten. Zweite, völlig umgearbeitete Auflage. Erste Hälfte. Leipzig, Verlag von Veit und Comp. 1899. — Iritis glaucomatosa. Sep. Abdruck aus dem „Centralbl. f. prakt. Augenheilkunde.“ — *Nagy Képes Világtörténet* 41. és 42. füzete a görög költészet és szobrászat leirását tartalmazza. Ára 30—30 kr.

—r. Elhalálozott orvos összes műszerei és gyönyörű könyvtára olcsón eladó; czim: Dembicz Mátyás dr., Kerepesi-út 10, I. em. 2.

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.)

Szt. Lukács-fürdő
téli és nyári gyógyhely
= Budapest. =

Rheuma, köszvény, neuralgiák, ischias stb. ellen. **Nagy kénes iszapfürdő.** Iszapbegöngyölések és külön fürdők. Kő-, kád- és gőzfürdők és uszodák. Kitünő szállodák. Vendéglő saját üzemben. Olcsó árak. A fürdő orvosa: Dr. Bosányi Béla kir. tanácsos. Prospectust küld ingyen **az igazgatóság.**

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. (LXII. évforduló nagygyülés 1899. október 14.) 530. l. — Közkórházi orvostársulat. (XII. bemutató szaküles 1899. szeptember 27-dikén.) 531. l. — A budapesti kir. orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztálya. (XXII. szaküles 1899. évi január hó 18-dikán). 532. l.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(LXII. évforduló nagygyülés 1899. október 14.)

Elnök: **Réczey Imre**; jegyző: **Grósz Emil.**

Elnök:

Tisztelt Nagygyülés!

A tisztelt egyesületnek hosszabb szünet után ismét egybegyült tagjait örömmel köszöntöm a tudományos munkálkodás ezen hajlékában. Erőben gyarapodva, újult munkakedvvel vehetjük fel újra a reánk váró munkát, a gyakorlati orvostudományok fejlesztését, melyben egyesületünk tisztelt tagjai mindig ernyedetlen kitartással fáradoztak és a közös munkával nemcsak orvosi szakirodalmunk fellendülésében, hanem az orvosi szaktudás fejlesztésében és ezzel karöltve önművelődésben is tiszteletre méltó tevékenységet fejtettek ki. Az elmult évtizedek tapasztalataira hivatkozva, remélhető, hogy ebbeli buzgalmuk ezután sem fog lankadni.

Ma üli egyesületünk *hatvankettedik* évfordulóját alapításának, melyet már legrégibb szabályaink évente külön üléssel rendeltek megünneplendőnek. Igen helyesen! Nemcsak megörökítette ezzel egyesületünk azon — sok nehézség legyőzése után létesült — tény emlékét, hogy egyesületünk megalakult, nemcsak megörökítette ezzel azon csekély számú kartársunk érdemét, kiknek lankadhatatlan akarata teremtette meg egyesületünket, hanem emléknapul állítván be e napot egyesületünk tevékenysége terébe, ezzel alkalmat akart adni a késő utókornak arra, hogy szabályosan visszatérő időkben visszapillantást vethessen a multra és a jövőbe tekinthessen!

A gyakorlattal foglalkozó orvosoknak, kiket hivatásuk nehéz pályája majdnem teljesen elfoglalt, már egyesületünk alapitása idejében felmerült azon indokolt kivánsága és szükséglete, hogy egymással érintkezve, egymás között tartott eszmecsere útján az azon korban rohamos fejlődésnek induló és az addigi empirikus irányából az exact búvárkodás felé terelt orvosi ismeretek birtokába juthassanak. Ezen szükséglet teljesítése volt egyesületünk megalkotásának első indító oka és alapköve azon szervezetnek, melylyel egyesületünk félszázadot meghaladó idő előtt megindult s melyet kitűzött czéljainak teljes és helyes tudatában híven megőrizett ime már félszázadon túl. Mint működése első idejében, úgy ma is az orvosi — főleg a *gyakorlati* orvosi — tudomány művelésében, a tapasztalatok közlésében, a felmerülő napi kérdések szakszerű megvitatásában látja egyesületünk egyedüli czélját, melynek megvalósításában mindig számíthatott tagjainak készséges támogatására és számíthat — a letünt évtizedek tanuskodására hivatkozva — a jövőben is. Becsülettel töltötte be egyesületünk hivatását a multban, becsülettel fog megfelelni annak a jövőben is.

Igaz, hogy az orvosi tudomány fejlődése épen a legutolsó évtizedek óta oly mértéket öltött, oly rohamosan halad, hogy annak szemmeltartása mind nehezebbé válik. Az orvosi tudománynak széttagolása külön szakokra ezen áttekintést még tetemesebben megnehezíti a gyakorló orvos számára. De szaporodtak munkásaink is. Egyesületünk első nagygyülését 36 taggal tartotta meg és ma tagjaink száma a *hatszázat* jóval felülmulja, kiknek igen nagy része készségesen siet közölni egyesületünkkel tapasztalainak és tudományos munkásságának eredményeit.

Ezen megszaporodott munkával számolva: egyesületünk több évvel ezelőtt három szakosztályát alakitotta, melyek számának még kettővel növelése még ezen egyesületi év folyamában kilátásban van. Szakosztályaival alkalmat nyitott egyesületünk mindinkább felszaporodó munkás tagjainak arra, hogy a gyakorlati szakmák egyes ágainak fejlesztésén szorosan szakszerű eszmecsere által behatóbban munkálkodhassanak, mint a hogy az az egyesület tágkeretű összműködése körében lehetséges.

Hogy ezen tagolással az egyesület összes tagjaira nézve a szakosztályok munkássága veszendőbe ne menjen, arról egyrészt gondoskodott egyesületünk az által, hogy a szakosztályok felkérettek arra, hogy a felmerülő fontosabb kérdések megvitatását, általánosabb érdekű megállapodásaikat az egyesület összességével közöljék; másrészt a szakosztályok oly szervezete által, mely minden egyesületi tagnak megengedi azt, hogy a szakosztályok ülésein résztvegyen s azok munkájából a maga okulására valót kivehesse. Hogy azon kapocs, melyet ezen szervezete a szakosztályoknak ezek és az egyesület összessége között fentartott, még erősebb kifejezést nyerjen: azon intézkedést léptettük az igazgató tanács hozzájárulásával életbe, hogy az összülésre szóló meghivókon ezentúl mindig a következő héten tartandó szakosztályülések ideje és tárgysorozata közöltetni fog az egyesület összes tagjaival, mint az már a mai ülés meghivóján is megtörtént.

A tagok rohamos szaporodása mellett mi sem természetesebb annál, hogy mind nagyobb lett azok száma is, kik tapasztalataikkal egyesületünk tudományos törekvéseit támogatni siettek és főleg a gyakorló orvosok szükségleteinek szemmeltartásával concret betegség-esetekből kiindulva közlik a tagtársakkal tapasztalataikat. Mindegyre felszaporodtak a bemutatások, melyek a hozzájuk füződő eszmecserével együtt nem egyszer a tudományos ülés egész idejét igénybe vették. De legújabban tetemesen felszaporodott — és azt örömmel kell kiemelnünk — azok száma is, kik kidolgozott, szoros értelemben vett tudományos előadások tartására vállalkoznak.

Bár egyesületünk mindig kiváló tekintettel volt a gyakorló orvosok szükségleteit szolgáló betegbemutatásokra s azoknak már évek óta a legtágabb teret engedte, mégsem oldaná meg egyesületünk az orvosi tudomány művelése körül kitűzött feladatát teljesen, ha ezen irányzattal leszorittatni engedné a tudományos előadásokat üléseink napirendjéről.

E kettős feladat és kettős munkálkodás helyes és az egyesület tisztelt tagjait minden irányban kielégitő megoldása már évek óta foglalkoztatta az igazgató tanácsot, mely tudatában volt annak, hogy egyik irányban sem szabad az egyesület czéljainak koczkáztatása nélkül a tisztelt tagok munkásságát korlátok közé szoritania. Az utolsó évben azonban oly tömegesen jelentkeznek a tagtárs urak előadások tartására, hogy lehetetlenné vált immár azoknak az eddigi ülések keretében való elhelyezése még akkor sem, ha — a mi évente többször meg szokott történni — a kitűzött előadást a bemutatások a napirendről le nem szoritják. Égetővé vált azért ezen kettős feladat megoldásának kérdése. Az igazgató tanács hozzájárulásával azon intézkedésre határoztuk el magunkat, hogy egyelőre, mig a bejelentett előadások száma ily nagy, hetenként két tudományos ülést tartunk: *csütörtökön* a bemutatások számára és *szombaton* az előadások számára. Ezzel — úgy hiszszük — elérhető lesz az, hogy a bemutatások, egy egész ülés ideje állván rendelkezésre, nagyobb méltatásban fognak részesülni, nagyobb méltatásra számithatnak az előadások is, melyeket eddig rendesen a már kifárasztott hallgatóság nyugtalanul hallgatott végig és mindkét ülés rövidebb időre fog terjedni, a mi — viszonyainkat tekintetbe véve — szintén nem maradhat figyelmen kivül. Az igazgató tanács ezen intézkedését volt szerencsénk a mai ülés meghivójával együtt a tisztelt tagtárs uraknak szives tudomására juttatni.

Hogy azonban a csütörtöki ülések kellő időben rendezhetők legyenek, szükségesnek mutatkozik a tisztelt tagtárs urakat arra is felkérni, szíveskedjenek a szándékolt bemutatásokat az előző szombatig bejelenteni, önként értetvén az, hogy a tisztelt tagtárs uraknak azon joga, hogy bejelentés nélkül is hozhatják bemutatás czéljából betegeiket a csütörtöki vagy a szombati ülésre, csorbitatlanul fenmarad. Az előre be nem jelentett bemutatások azonban mindkét ülésen csak a napirend letárgyalása után fognak eszközölhetők lenni.

Ezen intézkedéssel legigazságosabban gondoltunk megfelelni az egyesületi tagok jogos kivánságának és tágabb teret nyitni a szorosabb tudományos munkálkodásnak, melynek elvitázhatlanul legértékesebb megnyilvánulásai a kidolgozott és a szaktársak birálata elé terjesztett tudományos előadások.

Van szerencsém ezzel az egyesület LXII. évforduló nagygyülését megnyitni.

Következnek a titkári jelentések:

1. **Jelentés a Balassa-pályadíj** odaitélése tárgyában.

Tisztelt Nagygyülés! A budapesti kir. orvosegyesület 1896. október hó 14-dikén tartott nagygyülésén a Balassa-díjalapból 500, azaz ötszáz forint pályadíjat tűzött ki magyar nyelven irott orvosi értekezés megjutalmazására. A tárgy szabadon volt választható, de munkaterv és egy kidolgozott fejezet 1897. május 31-dikéig az egyesületi titkárséghoz a szerző nevének feltüntetésével volt benyujtandó.

A beérkezett pályamunka tervezetek megbirálására az igazgató tanács a Balassa-díj szabályzat 10. §-a értelmében 1897. junius 12-dikén tartott ülésén 6 tagú bizottságot küldött ki.

Ezen bizottság jelentése alapján az igazgató tanács az 1897. október hó 14-dikén tartott nagygyülésén *Temesváry Rezső dr.-t „a szoptatás élet-, kór- és gyógytana“* czimű munkatervezetének kidolgozásával azon kikötéssel bizta meg, hogy a pályázati szabályzat értelmében a kidolgozott művét 1899. augusztus 31-dikéig tartozik beadni.

Temesváry Rezső kidolgozott pályamunkáját 1899. augusztus 31-dikén adta be, mire a pályázati szabályzat értelmében az első birálatot teljesitett bizottság a beérkezett kész művet megbirálta.

A bizottságnak a választmány elé terjesztett jelentéséből kitünik, hogy *Temesváry Rezső „A tejelválasztás és szoptatás“* czimű pályaműve a kitűzött feladatnak hiven és teljesen megfelelt, önálló tudományos értékű, az irodalomban hézagot pótló, terjedelmes magyar mű, miért is a bizottság a pályaművet pályadíjra egyhangúlag érdemesnek tartja.

Ezen jelentés alapján az igazgató tanács *Temesváry Rezső „A tej elválasztás és szoptatás“* czimű művének a Balassa-pályadíj kiadását elhatározta, mit ezennel a nagygyülés tudomására hoz.

Kelt a budapesti kir. orvosegyesület igazgató tanácsának 1899. évi október 7-dikén tartott üléséből. Réczey elnök, Imrédy titkár.

2. **Jelentés a Balassa-jutalomdíj** odaitélése tárgyában.

Tisztelt Nagygyülés! A budapesti kir. orvosegyesület 1897. évi október hó 14-dikén tartott nagygyülésén a *Balassa-díjalapból* 400,

azaz négyszáz forint jutalmat tűzött ki magyar nyelven írt és önálló dolgozatok alapján készült, gyakorlati szakmákba vágó legjobb orvosi értekezésnek vagy könyvnek megjutalmazására, mely 1897. évi junius hó 1-től 1899. évi május hó 31-dikéig nyomtatásban megjelent.

Az igazgató tanács a szabályzat 5. §-a értelmében 1899. évi junius hó 17-dikén tartott ülésén 7 tagú bizottságot küldött ki ez ügyre vonatkozó véleményes jelentéstétel végett.

A bizottság a lefolyt cyclusban nyomtatásban megjelent dolgozatokat beható megvitatás tárgyává téve, azon javaslatot teszi, hogy az igazgató tanács a Balassa-jutalomdíjat ez alkalommal *Schulek Vilmos „Fényhatástani tanulmányok az ibolyántúli fényről a szemvédés czéljaira“* czímű, a Magyar Tudományos Akademia III. osztályában, valamint egyesületünk tudományos ülésein előadott s az Orvosi Hetilap „Szemészet“ mellékletében 1899. év folyamán megjelent munkájának, nevezetesen pedig *„Következtetések az ibolyántúli fény elnyeletésére tett vizsgálatokból“* czímű s az említett folyóirat 3. számában megjelent dolgozatának ítélje oda.

Schulek Vilmos ezen munkában azon kérdésre keresett feleletet, hogy a szemre kártékony hyperibolyás sugarakat mikép lehetne a szemtől távoltartani? 225 anyagot spectrograph segélyével rendszeresen megvizsgált s azon eredményre jutott, hogy e czélra legalkalmasabb a triphenylmethan xylolban 35 : 100 arányban, mivel e folyadék az ultraviolett-sugarakat a spectrum H-vonalánál elvágja a nélkül, hogy a színes részt gyengítené. Sikerült is ez anyagot kamarás pápaszembe foglaltatni, mely 2 és 1/2 mm. réteget tartalmazván, villanyos fénynyel dolgozóknak, naptányérba-nézéskor, hómezőkön, kohókban, de szembajoknál is megbecsülhetetlen szolgálatot fog tenni. A folyadék befoglalására szürke üveget alkalmazva, a spectrum színes képe is tetszés szerint tompítható.

De ezen nagyfontosságú gyakorlati eredményeket felmutató vizsgálatai közben jelentős theoretikus kérdések tisztázásához is hozzájárult. Nevezetesen a barna színezés keletkezését kimagyarázza, az egyforma sárgaszinnek sokféle hullámhosszak combinatiójából való lehetőségét kimutatja és megjelöli az irányt, mikép lehetne a színérzésnek physikai objectiv alapját megtalálni s belőle a színérzésünkre vonatkozó élettani kisérleteknek realis basist teremteni. A fényvédelmi eszközök kimeritő kritikáját nyújtja s megjelöli, hogy fokszerinti berendezésök mely physikai elvek szerint szabályoztassék. Vizsgálatait a szem közegeinek fényáteresztésére is kiterjesztette s az emberi cornea, csarnokviz, lencse és üvegtest viselkedését az ép fénynyel szemben tisztázta és e közben azon eredményre jutott, hogy a sugárzó energia a lencsére, mely a retinát a hyperibolya ellen védi, ártalmat képvisel.

A munka tehát nemcsak eredményeiben, hanem módszerében is példás, önálló vizsgálatok nagy számán alapuló, tudományos mű, miért is jutalmazásra feltétlenül érdemes és méltó.

Ezen jelentés alapján az igazgató tanács *Schulek Vilmos „Következtetések az ibolyántúli fény elnyeletésére tett vizsgálatokból“* czímű, az Orvosi Hetilap 1899. évfolyama „Szemészet“ mellékletében megjelent munkájának ítélte oda a Balassa-jutalomdíjat.

A budapesti kir. orvosegyesület igazgató tanácsának 1899. évi október hó 7-dikén tartott üléséből. Réczey elnök, Imrédy titkár.

3. **Jelentés a Mészáros Károly-jutalomdíj** odaitélése tárgyában.

Tisztelt Nagygyülés! A budapesti kir. orvosegyesület 1897. évi október hó 14-dikén tartott nagygyülésén a Mészáros Károly-díjalapból 900, azaz kilenczszáz forintos jutalomdíjat tűzött ki a közegészségtan, bakteriologia és törvényszéki orvostan körébe tartozó oly legjobb értekezésre avagy általános érdekű hézagpótló monographiára avagy kézikönyvre, mely 1895. évi junius elsejétől 1899. május 31-dikéig magyar nyelven nyomtatásban megjelent.

Az igazgató tanács a szabályzat 6-dik §-a értelmében 1899. évi junius 17-dikén tartott ülésén ez ügyben öt tagú bizottságot küldött ki véleményes jelentéstétel végett.

A bizottság jelentése szerint jutalmazásra kijelölt szakmákban 1895. évi junius 1-sejétől 1899. május 31-dikéig terjedő időszakban különösen két mű válik ki mint jutalmazásra méltó és érdemes. Ezek egyik *Raitsits Lajos* dr.-nak Beszterczebánya főorvosának *„Beszterczebánya sz. kir. város közegészségügye, különös tekintettel az utolsó értizedbeli assanáló munkálataira“* czímű műve, mely Beszterczebányán 1896-ban jelent meg. Szerző műve nem egyszerű leirása Beszterczebánya városa egészségügyi institutioinak, hanem szakszerű, tudományos munka, közegészségtani tekintetben fontos kérdések megvilágositására. Önálló tanulmányainak és megfigyeléseinek, valamint önálló vizsgálódásainak eredménye. Növeli a munka becsét, hogy az buzdító például szolgál a közegészségügy terén való nem csupán administrativ, de egyszersmind tudományos és irodalmi foglalkozásra. S növeli a munkás megbecsülését, hogy a munkát vidéki kis városban szerkesztette, a hol tudományos irodalmi eszközök csak áldozattal voltak szerző által megszerezhetők.

A másik kiváló munka Preisz Hugó dr. „Tanulmányok a sertés-pestis és sertés-septikaemia okára vonatkozólag“ czímű Budapesten 1897-ben megjelent műve. Szerzőt munkálatára és annak közlésére az birta, hogy irodalmi tanulmányai alapján arra az eredményre jutott, hogy jelenleg a sertésvész és sertés-pestis a legkülönfélébb nevekkel bir a nélkül, hogy a két bántalom aetiologiája egységesen tisztázva volna. Főleg azonban a védekezési kisérletek előmozditása indította szerzőt arra, hogy a Magyarországon uralkodó sertés-járványokat vizsgálata tárgyává tegye, ezen czélból számos, a kitűzött feladatot minden irányban felölelő vizsgálatot és kisérletet végzett, melyek egyenkint való ismertetése vagy felsorolása, valamint az azokból folyó következtetéseinek részletes ismertetése ezen jelentés keretét meghaladná. Az egész dolgozat hosszantartó, rendkivül fáradságos, önálló búvárkodás eredménye, mely egyrészt a sertésvész és sertés-pestis aetiologiáját tisztázza, másfelől ezen betegségek fertőzési módjait illetőleg gyakorlatilag rendkivül fontos következtetésekhez jut s ez által ezen betegségek elleni védekezés útjait is kijelöli.

Az igazgató tanács a bizottság jelentése alapján mindkét művet a maga nemében jutalmazásra érdemesnek találta. De mivel egyrészt buzdító példa gyanánt jutalmazni akarta a vidéki városi orvost, ki a fővárostól és egyetemtől elszakadva nem feledkezett meg a tudomány ápolásáról, másrészt a jutalomtól nem vélte megfosztandónak a másik művet sem, mely fárasztó és beható búvárkodás szülötte, a jutalomdíj megosztására nézve a szabályzat harmadik szakasza értelmében a boldogult alapitó családja legidősebb férfi tagjának engedelyét kikérte és megnyerte. Ennélfogva az igazgató tanács *Raitsits Lajos*, Beszterczebánya főorvosa *„Beszterczebánya sz. kir. város közegészségügye, tekintettel az utolsó évtizedbeli assanáló munkálataira. Beszterczebánya, 1896.“* és Preisz Hugó *„Tanulmányok a sertés-pestis és sertés-septikaemia okára vonatkozólag. Budapest, 1897.“* czímű munkáinak ítélte oda az egyenlő két félre osztott Mészáros-jutalomdíjat.

Kelt a budapesti kir. orvosegyesület igazgató tanácsának 1897. október 7-dikén tartott üléséből. Réczey elnök, Imrédy titkár.

Felolvastatnak ezután a pályázati hirdetések:

I. Pályázati hirdetés.

A budapesti kir. orvosegyesület a kezelése alatt álló *Balasssadíjalapból* 400, azaz négyszáz forint *pályadíjat* tűz ki magyar nyelven irott orvosi értekezés megjutalmazására. A tárgy szabadon választható, de a munkaterv és egy kidolgozott fejezet 1900. évi május hó 31-dikéig az egyesület titkári hivatalához, a szerző nevének feltüntetésével benyujtandó. Az elfogadott tervezet szerzője az 1900. évi október hó 14-diki nagygyülésen fog megbizatni azzal, hogy munkáját 2 éven belül elkészitse és az egyesület választmányához benyújtsa. Ha a kész munka maga díjra érdemesnek találtatik, ez esetben az 1902. évi október hó 14-diki nagygyülésen fog a pályadíj kiadatni.

Kelt a budapesti kir. orvosegyesület 1899. évi október hó 14-dikén tartott évforduló nagygyüléséből. Réczey, elnök. Imrédy, titkár.

II. Pályázati hirdetés.

A budapesti kir. orvosegyesület a kezelése alatt álló *Balassadíjalapból* 400, azaz négyszáz forint *jutalomdíjat* tűz ki magyar nyelven irott és önálló dolgozatok alapján készült, az elméleti szakmába vágó legjobb orvosi értekezésnek vagy könyvnek megjutalmazására, mely 1895. évi junius hó 1-től 1901. évi május hó 31-dikéig nyomtatásban megjelent.

A jutalmazásra pályázó munkák 1901. évi május hó 31-dikéig a budapesti kir. orvosegyesület titkári hivatalához küldhetők be; tekintetbe veendő azonban az e téren nyomtatásban megjelent minden egyéb munka is.

A jutalomdij az 1901. évi október hó 14-dikén tartandó nagygyülésen adatik ki.

Kelt a budapesti kir. orvosegyesület 1899. évi október hó 14-dikén tartott évforduló nagygyüléséből. Réczey, elnök. Imrédy, titkár.

III. Pályázati hirdetés.

A budapesti kir. orvosegyesület a kezdése alatt álló *„Mészáros Károly dr. alapitványa“* kamataiból 800, azaz: nyolczszáz forintnyi dr. *Mészáros Károly-jutalomdíjat* tűz ki a boncz-, szövet- és fejlődéstan, élettan, kórboncztan és kisérleti kórtan körébe vágó önálló dolgozatok alapján szerkesztett tudományos becsü oly legjobb értekezésre, avagy általános érdekü hézagpótló monographiára, avagy kézikönyvre, mely 1897. évi junius hó 1-től 1901. évi május hó 31-dikéig magyar nyelven nyomtatásban megjelent.

A jutalmazásra pályázó munkák 1901. évi május hó 31-dikéig a budapesti kir. orvosegyesület titkári hivatalához küldhetők be; tekintetbe veendő azonban e téren nyomtatásban megjelent minden egyéb munka is.

A jutalmazott munka kihirdetése az 1901. évi október hó 14-dikén tartandó évforduló nagygyülésen történik és a jutalomdij a szerzőnek azonnal kiadatik.

Kelt a budapesti kir. orvosegyesület 1899. évi október hó 14-dikén tartott évforduló nagygyüléséből. Réczey, elnök. Imrédy, titkár.

Végül **Bókay János** tartott emlékbeszédet O'Dwyer felett, melyet lapunk más helyén közlünk.

Közkórházi orvostársulat.

(XII. bemutató szakülés 1899. szeptember hó 27-dikén.)

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

Exostosis műtéte a hallójáratban a fülkagyló és a porczos hallójárat leválasztása mellett.

Tomka Samu: M. Zs. 33 éves férfibetegnek kiskorában lefolyt scarlatina óta folynak fülei és azóta mindkét fülére rosszul hall. Az utóbbi két hétben a bal fülben a folyás teljesen megszünt, azóta erre a fülére semmit sem hall és azóta azon fülében és a bal csecsnyújtvány tájékán mindinkább erősebb fájdalmai vannak. A füllelet a következő: jobboldalt a hátsó és mellső hallójáratfalon egymással átellenben egy-egy gömbalakú, normalis színezetű, vékony bőrrel fedett, érintésre nem

fájdalmas, csontkemény tapintatú daganat látható, a melyek a hallójárat lumene felé emelkednek és azt annyira szűkitik, hogy ott egy szűk rés marad, a melyen csak igen vékony sondával lehet áthatolni; dobhártyalelet e szerint nem kapható. A katheteren át befújt levegő a fülön áthatol, a dobhártya perforatioja tehát most is fennáll. A hallásképesség ez oldalt: konverzáló szók 10 cm. volt, Weber-féle kisérlet balra lateralizált, a Rinné negativ. Fájdalom és fülfolyás ezen oldalon nincsen. Baloldalt szintúgy, mint a jobb oldalon, a mellső és hátsó hallójárat-falon egymással átellenben két gömbalakú kiemelkedés látható, a melyek oly nagyok, hogy a hallójárat lumenét teljesen elzárják, annyira, hogy még egy szőrszállal sem lehet keresztülhatolni és így ott gönypangást okoznak. Katheterizálás alkalmával levegő nem hatolt keresztül, a fülkürtön át vízzel való befecskendezéskor egy csepp víz sem jut keresztül a hallójáraton. A hallás ez oldalt = 0, Rinné-féle kisérlet negativ. A csecsnyújtvány külsőleg a normálistól semmiféle eltérést sem mutat, de benne a fájdalmak mindinkább hevesebben jelentkeztek, melyek nyomásra fokozódtak és így beteget 1898. október 10-dikén a szt. Margit-közkórházban megoperálta szóló. A műtétet chloroform-narcosisban hajtotta végre, de a beteg igen rosszul aludt, sokszor collabált, a szivműködés olyan rossz volt, hogy betegen sietve kellett az exostosis eltávolitását végezni és így ezen műtét alkalmával egy tervbe vett esetleges radicalis műtét végrehajtására gondolni sem lehetett. Meg kellett elégednie azzal, hogy a fülkagyló és porczos hallójárat leválasztása mellett az exostosist távolitsa el gyökeresen. A hátsó falon levő exostosisból egy darabot levésett és így a két exostosis között kis szabad teret nyert, ezután iparkodott a hátralevő résznek periostjából valamit megtartani, úgy hogy keskeny egyenes vésővel a periostot leemelte, a mi részben sikerült is; az exostosis többi részét ezután levéste. Ezután a mellső falon levő exostosisról a periostot, a mennyire csak tudta, leválasztotta. Az exostosis meglehetős kémény volt, csaknem az egész csontos hallójárat hosszában végigterjedt, úgy a mellső, mint a hátsó falon. Ezt az alakot hyperostosisnak nevezik. Az exostosis levésése után a külhallójárat jó széles volt. A dobüregben a geny és detritus eltávolitása után bő sarjadzás volt. A levegő a katheterizáláskor áthatolt a hallójáraton. A dobüregben levő sarjadzás eltávolitása után a fülkagylót visszavarrta. Az exostosisokról letolt periostot visszahelyezvén, fölébe jodoform-port hintett, a varrás fölé jodoform-kötést alkalmazott. Egy hét mulva a varrást eltávolitotta. A műtét után még 3—4 napig meglehetős fájdalmai voltak a betegnek fülében és a csecsnyújtványban, a melyek még vagy tiz napig időnkint ismétlődtek és azután teljesen megszüntek.

A hallás a műtét utáni napokban lényeges javulást mutatott. Suttogó beszédet 1 meterre, konverzáló szókat 3 meterre hallott. A levegő mai napon is igen széles áramban hatolt befúvás alkalmával a hallójáraton keresztül, a lumen egész terjedelmében jó tág; a hallás a genyes középfüllob kezelés mellett máris elég jó; baloldalt suttogó szókat $2^1/_2$ meterre, konverzáló szókat $4^1/_2$ meterre; a jobb oldalon pedig suttogó szókat $^1/_2$ meterre, konverzáló szókat 1 meterre hall; fájdalmai sem a csecsnyújtványon, sem a fülben nincsenek. Betegnek sem luese, sem műtéti bántalma nem volt, sem traumát nem szenvedett, családjában sem volt senkinek fülbaja. Betegnek nem volt tudomása, hogy fülében exostosisok vannak, csak midőn fájdalmai s rosszul hallása miatt szólóhoz fordult, tőle tudta meg, hogy fülében csontdaganatok léteznek. A jobb fülében most csak arra szorítkozik a kezelés, hogy az ott esetleg összegyülemlett termékeket időnkint eltávolitsa. Ha azonban nagyobb kellemetlenségeket okozna az exostosis, azt a fülét is meg kellene operálni. A növekedés e korban még elő szokott fordulni és akkor is a műtéthez kellene folyamodnia. A II. számú (Thanhoffer tanár-féle) boncztani intézet szövettani laboratoriumában végzett szövettani vizsgálatokból kitünik, hogy az exostosis rendkivül tömör, véredények alig láthatók. Az exostosis diagnosisa a sonda segélyével könnyen megejthető. A kórjóslat, ha az exostosis kicsiny, ha nem fiatal korban lép fel és növekedése nem mutat hajlamosságot: elég kedvező; ha azonban — mint jelen esetben is — genyretentiot okoz: kedvezőtlen és a műtét indicatio vitalis. A kórokok közt luest, arthritist, traumát, hallójárat-lobokat, fülfolyást emlitenek, de ezen körülmények fennállása mellett nagyon sokszor hiányzanak az exostosisok, mig viszont olykor a fenti tényezők nélkül előfordulnak. Az exostosis tünetei: nagyothallás, szédülés, genypangás, fülzúgás, neuralgiás fájdalmak, fej- és fülnyomás. Figyelemmel kell azonban lennünk, vajjon eme tünetek az exostosis tünetei-e, vagy pedig esetleg egyidejűleg fennálló középfülbántalmak által okoztatnak!

Schwartz Ede: Az esetet ismeri: egy év előtt jelentkezett a beteg szólónál s ő is ajánlotta az operatiot, azonban a beteg a kerületi betegsegélyző-pénztár tagja lévén, ott operáltatta magát.

Magára az operativ eljárásra nézve az a megjegyzése, hogy az ilyen exostosisoknál, a melyek otitis mediával vannak kapcsolatban, ajánlatos és helyes radicalis operatiot végezni, mert csak így remélhetjük, hogy a gyermekkor óta fennálló otitis media meg fog szünni; az a körülmény, hogy a bemutatott esetben a bemetszés helye az insertiotól $1^1/_2$—2 cm.-nyire van, azon benyomást teszi, mintha ezen esetben a bemutató nem intendálta volna a radicalis operatiot.

A bemutatott esetben az exostosis nincs meg, az otitis media pedig fennáll, s ez is bizonyitja, hogy helyes lett volna az operativ beavatkozást radicalis műtéttel egybekötni, a mit előadó talán azért nem végzett, mert a beteg a narcosist rosszul tűrte, azonban később jó lesz ezen operatiot végrehajtani.

Az exostosis-operatioknál is ajánlatos és általában elfogadott nézet, hogy a bemetszést ne az insertiotól $1^1/_2$—2 cm.-nyire, hanem közvetlenül az insertio helyén ejtsük, mert így könnyen eljuthatunk a külső hangvezeték falához, melyet különben — mint szóló maga is tapasztalta — nehéz megtalálni, főleg ha sok lágyrész van.

Tomka Samu: Helyes és czélszerű ilyen esetekben a műtvi beavatkozást radicalis operatioval egybekötni; azonban ezen betegnél máskorra is volt halasztható, mikor a betegnek érkezése lesz reá, mert most nem volt sürgős; majd ha a jobb fülön is indicált lesz az operativ beavatkozás, akkor fogja radicalisan operálni.

A mi az incisio helyét illeti: szóló könnyen megtalálta a csontos hallójárat falát, mert jó magasan kezdte az operatiot.

Neubauer Adolf: A jobb fül külső hangvezetékében is van két exostosis, de acut tünetek nincsenek, s így — azt hiszi — nem lesz szükség a radicalis beavatkozásra; az otitis media suppurativát pedig conservativ eljárással is meg lehet gyógyitani; vagy legalább meg lehet kisérleni.

Schwartz Ede: A beteg operált füle is mutatja, hogy az otitis media fennáll s az ilyen eseteket mindig radicalis operatioval gyógyitják, mert tudjuk, hogy ez másképen nem fog meggyógyulni, mint a bemutatott eset is bizonyitja.

Neubauer Adolf: A mastoid-operatiok egyharmad részénél látjuk, hogy az otitis media fenmarad, akkor tehát inkább kisérelljük meg előbb a conservativ eljárást, operatiot mindig ráérünk végezni.

Tomka Samu: A mastoid-operatiok eredménye mindig attól függ, hogy ki operál s hogyan végzi az operatiot, ha jól operálunk, nem marad fen az otitis; lesz alkalma szólónak eseteket bemutatni, hol a radicalis operatio után nem maradt fen a fülfolyás.

A gelatina-kezelés értékéről aneurysmánál egy eset kapcsán.

Hochhalt Károly: 1897. év nyarán *Lancereaux* a párisi akadémia ülésén a mellkasi aneurysmák egy uj kezelési módját, a gelatin bőr alá fecskendések therapiáját ismertette egy eset közlésével, a melynél, bár többszörös recidiva után, végleges gyógyulás állott be.

Lancereaux ezen eljárásának eszméjét a physiologusok (*Dastré* és *Floresco*) azon felfedezéséből merítette, hogy az intravenosus gelatina-befecskendések által a vér alvadó képessége fokozható. Ez alapon *Lancereaux* a következő állatkisérletet ejtette meg: egy kutya peritonealis üregébe 50 kbcm. 5%-os gelatin 7‰ konyhasós oldatot 37° C. hőmérsék mellett fecskendett be. A befecskendés után 27 percz mulva vett vérpróba már 10 másodpercz mulva kocsonyásodott, mig a befecskendés előtt vett vér csak 2—3 percz mulva alvadt meg. Ebből azt következtette, hogy a gelatin kétségtelenül a vér haemostatikus képességét fokozza. Ezen könnyebb megalvadás a szív rendes hajtóereje és rendes áramlási sebesség mellett nem érvényesülhet, de érvényesülhet ott, a hol — miként ütőeres daganatok esetében s tömlőalakúaknál inkább, mint cylindrikus alkatúaknál — az áramlási sebesség csökkent, örvénymozgások létesülnek s a hol az edényfalak nem simák, egyenletesek, hanem eltekintve azok kóros elváltozásától, az amúgy is minden esetben alvadékok és vérrögök jelenléte folytán egyenetlen és dudorzatos.

Lancereaux ezen felfogása több oldalról heves támadásoknak tárgya lett. A vegyészek szerint a colloid-anyag a vérben nem alvad, csak suspensiot képez; ebből *Labord* azt következtette, hogy a gelatina felszivódása a nyirkedények útján és úgy a vérbe jutása élettanilag képtelenség. *Camus* és *Gley* kórtani kisérleteiket hozták fel, a melyek szerint állatoknál az intraperitonealis űrbe befecskendett folyadék felszivódik, de a gelatina mint csapadék megmarad, a mint azt az állatok leölése után constatálhatták. Ezekkel szemben *Lancereaux* azzal védekezett, hogy a gelatinának a nyirkutak útján felvétele kétségtelen, mert hiszen hatása a vérben s vizeletben kimutatható. A fehérnye, ép úgy, mint a colloid-anyagok, igaz, hogy hártyákon nem szivárognak át és oldatlanok: azonban ki vonná kétségbe, hogy a szervezetben képződő oedemák, a melyek pedig dúsan tartalmaznak fehérnyét, kedvező körülmények között fel nem szivódnak? A kisérleti állatok hasüregében található csapadék pedig nem gelatina többé, hanem fibrin-alvadék.

Kétségtelen, hogy ezen tényeket illetőleg a vizsgálatok nincsenek befejezve s így a műtéti eljárásnak physiologikus alapja még magyarázatra szorul. Ámde a klinikai tapasztalatok *Lancereaux* felfogását látszanak igazolni. Eddigelé 20 esetet találunk az irodalomban feljegyezve, hol a szóban forgó eljárás foganatosittatott: *Lancereaux* 5, *Boinet* 3, *Huchard* 2, *Beck* (New-Yorkban) 1 esetet kezelt, a többi tiz: *Senator*, *Fraenkel*, *Klemperer*, *Leyden*, *Unverricht*, *Schrötter* s más német szerzők között oszlik meg. A végeredményt illetőleg: 10 esetben lényeges változás, javulás állott be, 5 esetben az állapot változatlanul maradt, másik 5 eset pedig halállal végződött. A halálos esetek közül egynél heveny tüdővész, egynél ruptura szerepelt, a többi háromnál lassú kimerülés volt a halál-ok, a mit különben a nem rupturával végződő ütőeres daganatoknál rendszerint is tapasztalunk.

Minden esetre feltünő, hogy a kezelt esetek 50%-ánál lényeges javulás van kimutatva A javulás abban culminál, hogy az aneurysmatömlő területileg kisebb, keményebb lesz, lüktetése kevésbbé emelő, az összes alanyi és objektiv tünetek enyhülnek, a helyi fájdalom megszünik, a nyomásokozta jelenségek (neuralgiák, nehéz légzés, nehéz nyelés) enyhülnek vagy teljesen szünetelnek. A kórkép ezen lényeges változása azonban még nem jelent gyógyulást, csak időszakos javulást (pseudoguerison, a hogy *Huchard* nevezi), mert a tömlőben létrejövő rögök és alvadékok nem falhoz tapadók, még nem kemények, organizáltak, mint a spontan gyógyult eseteknél látjuk, hanem puhák, s ez az ok, hogy a visszaesések rendesen bekövetkeznek, a melyek azután újból való kezelést, illetve gelatina-befecskendéseket igényelnek.

(Folytatása következik.)

A budapesti kir. orvosegyesület elme- és idegkórtani osztálya.

(XXII. szakülés 1899. január 18-dikán.)

Elnök: **Niedermann Gy.**; jegyzők: **Epstein L.** és **Ranschburg P.**

1. **Sarbó Arthur** bemutatja **ólommérgezésnek egy súlyos esetét.**

D. Mihály, 35 éves, nős, ólomöntő. Előző betegségekről nem tud. Családilag nem terhelt. Öt év óta ólomöntő. Két év óta jelentkeznek az ólommérgezés tünetei. Három izben volt ólomkólikája. Jelen baja 1898. őszén (szeptember) kezdődött, azt vette észre, hogy jobb kezének 3 ujja (a 3., 4. és 5-dik) nem volt jól feszíthető. Ekkor 1 hétig pihent; majd újra dolgozott október végeig, a mikor háttáján, gyomortáján erős fájdalmai és karjaiban szaggatásai jelentkeztek, ezen idő óta karjait használni nem tudja.

Mindkét karra kiterjedő atrophiás hűdés van jelen, tehát nem a typusos radialis hűdés, hanem a mindkét plexus brachialis által beidegzett izmok vannak hűdve, teljes paraplegia brachialis van jelen, az izmokban elfajulásos reactio. Fibrillaris rángások nem voltak jelen soha. Érzés rendben. Paraesthesiák nincsenek. Mindkét kézháton duzzanat, ujjbenyomatokat megtartó vizenyős beszüremkedés. Bemutató kiemeli, hogy úgy a jelen esetben, valamint ólommérgezés több súlyos általa észlelt esetében a foginy jellegzetes elszíneződését nem találta meg.

Felemliti továbbá, hogy a beteg beszédmódja is változást mutat oly értelemben, hogy lassan, vontatottan beszél, mint egy súlyos bántalomban szenvedő. A beszélő izmok részéről eltérés azonban nem constatálható. Sensorium, intellectus ép.

Schaffer megjegyzi, hogy ólommérgezésnek egy különben typikus esetében ő sem látta az annyira jellegzetesnek vélt ólomszegélyt.

2. **Javaslat az elmebeteg-ápolói intézmény reformjához.** A tárgyalás alapjául benyujtják **Oláh, Schaffer** és **Epstein.**

1. A betegek körül alkalmazott segédszemélyzet két kategoriából álljon, ú. m. *a*) *ápolók*, a kik a tulajdonképeni betegápolást, a betegekre való felügyeletet és azoknak gondozását végzik: *b*) *szolgák*, a kik az alsóbbrendű szolgálatot teljesitik, vagyis tisztogatnak, mosogatnak, stb. Minden nyolcz betegre jusson egy ápoló, minden 50 betegre egy szolga.

2. Vezérelvül szolgáljon, hogy az ápolói foglalkozás ne egy ideiglenes természetű vállalkozás jellegével birjon, hanem egy hivatásszerű életpályának tekintessék, a melyen, mint minden más pályán, arra alkalmas egyének nemcsak a jelen gondjait űzhetik el, hanem a jövőjüket is biztositva látják és a családalapitás lehetőségével a boldogulás feltételeit is megtalálhatják.

3. Ápolóknak csak feddhetetlen előéletű, testileg és szellemileg ép egyének vétessenek fel, a kik legalább egy bizonyos elemi műveltséggel rendelkeznek. Minimalis kor férfiaknál a 20-dik, nőknél a 18-dik életév; maximalis kor férfiaknál 35, nőknél 30 év.

4. Történjék gondoskodás arról, hogy legalább minden állami elmegyógyintézetnél az ápolószemélyzet egy azzal megbizott intézeti orvos által az elmebetegápolásban megfelelő elméleti és gyakorlati oktatást nyerjen. Legczélszerűbb volna a vörös-kereszt mintájára elmebetegápolói tanfolyamok létesitése és vizsga behozatala.

5. A próbaszolgálat ideje számittassék be a szolgálati időbe, a mely viszont 20 évnél hosszabb ne legyen, miután az ápoló ily hosszú szolgálatban okvetlenül elhasználódik és elmebetegápolásra alkalmatlanná válik. Ezen idő után másfelé alkalmazandó és 30 évi szolgálat után teljes nyugdíjat élvez.

6. A fizetések a helyi viszonyokhoz mérve szabályoztassanak és az egyéb illetményeken kivül az ápolók ruházatot is kapjanak.

7. Lehetőleg csak nőtlen ápolók vétessenek föl, de adassék meg a lehetőség arra, hogy az ápoló, ha szolgálatában bevált és családot alapitani óhajt, az intézet által és annak közelében felépitendő kis lakóházakban családja részére olcsó és jó lakást kapjon. A colonialis rendszerű és a vidéki intézeteknél könnyen megvalósitható.

8. Az ápolószemélyzet baleset ellen biztositandó és e czélból fizetésének egy megfelelő hányada visszatartandó.

9. Hogy az ápoló felelősségteljes szolgálatát teljes éberséggel teljesithesse és hogy a testet és lelket ölő szolgálatban idő előtt ki ne merüljön, szükséges, hogy más szolgálati ágak pl. a vasúti, posta, fegyőri szolgálat mintájára a leváltás rendszere lépjen életbe, úgy hogy meghatározott számú órán át teljesitett szolgálat után néhány órai pihenésre legyen alkalma. Azonkivül kielégitőbb üdülés czéljából évenkint 8 napi szabadságot élvezzen.

10. Gondoskodás történjék, hogy mulasztások vagy visszaélések, a melyek magukban talán nem is jelentékenyek, de az elmebetegápolás szempontjából súlyos elbirálás alá esnek, a büntetőtörvény útján megtorolhatók legyenek.

Az eszmecserében résztvettek *Salgó*, *Oláh*, *Epstein*, *Niedermann*, *Jendrassik*, *Schaffer*.

PÁLYÁZATOK.

16,171/1899. szb. sz.

Udvarhely megye székely-keresztúri járás Etéd községe székhelylyel lemondás folytán a **körorvosi állás** megüresedvén és annak betöltésére ezennel pályázatot hirdetek.

A körhöz 10,250 lelket számláló következő községek tartoznak: Etéd, Kőrispatak, Böröd, B.-Újfalu, Siklód, Szolokma, Küsmöd, Martonos, Enlaka, Tordátfalva, Tarcsafalva, Csehétfalva és Firtos-Váralja.

Javadalmazása: 1. 500 frt rendes fizetés. 2. 180 frt havi körutak fuvardija. 3. Etéd községben esetenként 50 kr. halottkémlési díj, ugyanott 4. marhavágatás alkalmával vágóbiztosi díj. 5. Jogositva van beteglátogatások alkalmával házánál 30 kr., házán kivül 40 kr. díj szedésre, azon kivül a székhelyen kivül 1 frt 50 kr. napi dija jár, éjjel ezek kétszerese számitható. 6. Hivatalos kiküldetések alkalmával a természetbeni fuvart vagy kilométerenkint 13 krt követelhet.

A körorvos kötelességeit az 1876. évi XIV. t.-cz. 145. §-a irja elő, s ahhoz alkalmazkodni tartozik. Ezek után felhivatnak a pályázni kivánók, hogy folyamodványaikat hiteles okmányaikkal felszerelve az alulirthoz **f. évi november hó 1-jéig** okvetlenül adják be, mert ellenkezőleg folyamodványaik figyelembe vétetni nem fognak.

Székely-Keresztur, 1899. évi október hó 1-jén.

3—2 *Dollny Róbert*, főszolgabiró.

39,392/1899. alisp. sz.

Az 550 frt tiszti fizetés és 150 frt évi úti átalánynyal javadalmazott begai **járásorvosi állásra** — Bálincz székhelylyel — ezennel pályázatot hirdetek.

Felhivatnak mindazok, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy a tiszti orvosi vizsga letételét igazoló, valamint az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előirt és eddigi alkalmazásukat s nyelvismeretüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket **f. évi október hó 31-dikéig** hozzám nyujtsák be.

A román nyelv ismerete kivánatos.

Lugos, 1899. évi október hó 5-dikén.

3—2 *Fialka*, alispán.

7505/899. közig. sz.

Alsó-Fehérvármegye magyarigeni járásában **Vajasd** székhelylyel üresedésben levő **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

1. körorvos évi fizetése 500 frt s 150 frt úti átalány, valamint magángyakorlatért a képviselőtestületekkel megállapitandó dijak.

2. A magyarigeni kör áll a sárdi, boros-bocsárdi, krakkói, benedeki és vajasdi körjegyzőségek községeiből, valamint Magyar-Igen nagyközségből (19 község 15,980 lakóssal).

3. Pályázni kivánók felhivatnak, miszerint az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a s az 1876 évi XIV. t.-cz. 43. §-ában körülirt képesitésüket igazoló hizonylataikkal felszerelt folyamodványaikat hozzám **f. évi deczember hó 15-dikéig** adják be, mert a később érkezők tekintetbe nem vétetnek.

4. A választás 1899. deczember hó 16-án d. e. 10 órakor Magyar-Igen községházánál fog megtartatni.

Magyar-Igen, 1899. október hó 16-dikán.

3—1 *Csuka Domokos*, főszolgabiró.

7505/899. közig. sz.

Alsó-Fehérvármegye magyarigeni járásában **Zalathna** székhelylyel üresedésben levő **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

1. A körorvos évi fizetése 500 frt s 150 frt úti átalány, valamint magángyakorlatokért a képviselőtestületekkel megállapitandó dijak.

2. A zalathnai kör áll a metesdi, fenesi és zalathnai körjegyzőségek kör községeiből (11 község 10,820 lakossal).

3. Pályázni kivánók felhivatnak, miszerint az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a s az 1876. évi XIV. t.-cz. 43. §-ában körülirt képesitésüket igazoló bizonyitványaikkal felszerelt folyamodványaikat hozzám **f. évi deczember hó 15-dikéig** adják be, mert a később érkezők tekintetbe nem vétetnek.

4. A választás 1899. deczember hó 18-dikán d. e. 10 órakor Zalathna községházánál fog megtartatni.

Magyar-Igen, 1899. október hó 16-dikán.

3—1 *Csuka Domokos*, főszolgabiró.

Az alulirt elöljáróság a pesti izr. hitközség „**Bródy Adél-gyermekkórházában**“ 1899. november hó 1-jén betöltendő **alorvosi** esetleg **segédorvosi** tisztségre ezennel pályázatot nyit.

Az alorvosi állás 400 frttal, a segédorvosi állás 300 frttal díjaztatik.

Pályázó nőtlen orvostudorok születési bizonyitványnyal, orvostudori oklevéllel és eddigi működésükről szóló bizonyitványokkal felszerelt folyamodványukat a pesti izr. hitközség titkári hivatalában (VII., Síp-utcza 12. I. em.) **f. évi október hó 31-dikéig** nyujtsák be.

A választás 2 évre szól; a megválasztott a kórházban tartozik lakni, a hol élelmezést is nyer.

Budapest, 1899. október hó.

1—1 *A pesti izr. hitközség elöljársága.*

A **pesti izralita hitközség kórházában** a belgyógyászati osztályon egy **alorvosi** esetleg egy **segédorvosi állás** 1899. évi november 1-jén betöltendő. Az alorvosi állással 400 frt, a segédorvosi állással 300 frt évi fizetés s mindegyikkel természetbeni lakás, fütés, világitás és élelmezés jár. Ezen állásokra nőtlen, az összes orvostudományok tudorai pályázhatnak. Születési bizonyitványnyal és a képesitésre vonatkozó minden egyéb okmánnyal kellően felszerelt folyamodványok **f. évi október 30-dikáig** a pesti izr. hitközség titkári hivatalába (Dohány-utcza, templom-épület) benyujtandók.

Budapest, 1899. október hó.

1—1 *A pesti izr. hitközség elöljársága.*

HIRDETÉSEK.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi-, górcsői- és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN

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

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

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

Negyvenharmadik évfolyam. 44. szám. *Budapest, 1899. október 29.*

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

Aujeszky Aladár: Közlemény a budapesti egyetem általános kór- és gyógytani intézetéből. A veszettség ellen való immunizálásról normalis ideganyaggal. 534. l.

Jutassy József: Lupus vulgaris, lupus erythematodes, ekzema chronicum, hypertrichosis és naevus vasculosus Röntgen-fénynyel kezelt esetei, betegbemutatásokkal. 537. l.

Déri J. Henrik: Szamárhuruthoz csatlakozott agyvérzésről. 538. l.

Gebhardt Ferencz: Közlemény a kir. magy. tud. egyetem II. számú belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr. ny. r. tanár.) A sclerosis polyinsularisban szenvedők érzési zavarairól. 539. l.

Gönczy Béla: Sebészeti esetek az esztergomi kórházból. 541. l.

Tárcza. *Váli Dezső*: Előítéletek, népszokások és babonák a szülészet körében Szabadkán. 541. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Prof. H. Kher:* Anleitung zur Erlernung der Diagnostik der einzelnen Formen der Gallensteinkrankheit. 542. l. — *Összefoglaló szemle. Aujeszky Aladár*: A moszkito-malaria-kérdés jelen állásáról. 542. l. — *Lapszemle.* —*ss*—. Rigot: Súlyosnak induló tetanus gyógyult esete. — —*ss*— Riley: A tabes dorsalis gyógyítása. — —*ts*—. Sander: Hysteriás tünetek félreismerése miatt laparotomia. — —*r*. Kronfeld: A somatose. — —*ss*— Gerlier: A bénulással járó szédülés. — *Olt:* A lépfene-bacillus tokjának feltüntetése. — *Rosenblatt:* Béltuberculosisnál a gümőbacillusok kimutatása a bélürülékben. 543. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — A pestis állása. — Nemzetközi folyóirat. — Elhunyt. — Ajánlat. — Herczel dr. — Orvosi évkönyv. — Szt. Lukács-fürdő. — Pályázatok. — Hirdetések. 543. l.

Tudományos társulatok és egyesületek.

Mellékletek: Szemészet. 6. sz.

Herczel Manó: A féregnyúlványlob (epityphlitis) és annak sebészi kezelése.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti egyetem általános kór- és gyógytani intézetéből.

A veszettség ellen való immunizálásról normalis ideganyaggal.

Aujeszky Aladár dr. egyet. tanársegédtől.

Mikor a mult esztendő elején *Wassermann* és *Takaki*[1] a tetanus mérgére, *Widal* és *Nobécourt*[2] pedig a strychninre és morphiumra vonatkozólag azt az érdekes felfedezésüket közölték, hogy az egészséges állatok ideganyaga más állatok életét e mérgek halálos adagai ellen megvédeni képes: önként felmerült a kérdés, vajjon nem lehetne-e hasonló módon, normalis idegrészeknek a bőr alá fecskendezése által állatokat a veszettség mérge ellen épen úgy mentesíteni, mint a hogy az a fentebb említett mérgek, különösen a tetanus-méreg ellen sikerült. Mert ha, miként azt Wassermann és Takaki az *Ehrlich-féle theoria* alapján magyarázták, a tetanusnál az idegsejtek a tetanotoxin iránt specifikus affinitással birnak s a mérgező anyagot magukhoz vonván, ezt megkötik és így ártalmatlanná teszik: akkor ugyanilyen folyamat mehet végbe a szervezetben a veszettségnél is, mint a mely betegségnél is az *idegrendszer* az organismusnak az a része, a hol a betegség különösen fészkel s a mely a veszettség mérge iránt specifikus affinitással látszik birni. És ha úgy volna, hogy az ép ideganyagnak az állati szervezetbe emulsio alakjában való bevitele akár ante, akár post infectionem a veszettség kitörése ellenében az organismust meg képes védeni: akkor ennek a tapasztalatnak gyakorlati szempontból nagyfontosságú következményei volnának. Egyrészt az tünnék ki belőle, hogy a mikor mi a veszettségellenes védőoltásokat (veszettségben elpusztult házinyulak idegrészeinek successiv bőr alá fecskendezését) végezzük, tulajdonképen nem az ideganyagban foglalt higított (a Hőgyes-féle dilutios módszernél) vagy gyengített veszettségi virus (a Pasteur-féle eredeti módszernél) ad a szervezetnek immunitást a veszettség ellen, hanem maguk a beoltás által a szervezetbe juttatott idegrészek. Másrészt pedig ez esetben az antirabikus védőoltást sokkal egyszerübben lehetne elvégezni, a védőoltóanyag előállítása is sokkal egyszerübb és olcsóbb volna s a mi fő: a védőoltásokat a vidéken is könnyen lehetne végrehajtani.

A kérdés eldöntése tehát úgy tudományos, mint gyakorlati szempontból elég fontosnak és érdekesnek látszott arra, hogy vele foglalkozzunk és azért az egyetemi általános kór- és gyógytani intézet laboratoriumában még a *mult év január havában* hozzá is láttunk a megfelelő kisérletes vizsgálatok végrehajtásához.

Miután az utóbbi időben hasonló vizsgálatok nem teljesen egyező eredményeiről olvashattunk, nem tartjuk feleslegesnek, hogy az e tárgyra mutatkozó saját tapasztalatainkról megemlékezzünk.

* * *

Alig, hogy Wassermann említett közleménye napvilágot látott és méltó feltünést keltett, *Babes* bukaresti professor a párisi „Académie de Sciences“ 1898. márczius 28-diki ülésén[1] *Bouchard* által bejelenttette, hogy neki assistensével *Riegler*-rel együtt, már évek előtt végzett kisérleteit megismételve, sikerült kutyákat egészséges birka bulbusának emulsiojával a veszettség ellen immunizálni. Egy kilogramm testsúlyú házinyultól származó két napos passage-virussal trepanatio útján inficiált négy kutya közül 3 a fertőzés napjától fogva tíz napon keresztül 5—5 gm. birkabulbus emulsiot kapott bőre alá[2] és míg a kontroll-kutya a 15. napon elpusztult veszettségben, az egyik kezelt pedig a 20. napon, addig a másik kettőn nem tört ki a veszettség. Egy másik kisérlet alkalmával 3 hasonlóan kezelt kutya közül egy állotta ki a fertőzést. (Összesen tehát 6 ilyen módon kezelt kutya közül 3 nyert mentességet = 50%.) Három olyan kutya pedig, melynél az infectio előtt 3 nappal kezdték meg az egészséges birkavelő emulsiojával való injectiokat: immunisnak bizonyult a veszettség ellen, míg a kontroll-állat a 12. napon esett áldozatául a veszettségnek. Házinyulaknak hasonló módon való mentesítése a veszettség ellen alig sikerült.

Babes vizsgálatai szerint a veszettség fix virusa egészséges állatból eredő ideganyagggal *in vitro* nem volt neutralizálható (még tízszeres adaggal sem), pedig a veszettség ellen immunizált kutya vére ötven annyi fix virust is hatástalanná képes tenni. Egy legújabban megjelent közleményében[3] azonban, melyben további

[1] „Über eine neue Art von künstlicher Immunität“ és „Über tetanusantitoxische Eigenschaften des normalen Centralnervensystems“. Berlin. klin. Wochenschr. 1898. Nr. 1.

[2] A „Société médicale des hôpitaux“ 1898. február 25-diki ülésén.

[1] L. Comptes rendus de l'Académie des Sciences. 1898, CXXVI. 986. l.

[2] A jelentésből nem tünik ki, hogy az 5—5 gm. bulbusemulsio milyen sűrű volt, mennyi volt benne a velő?

[3] „Bemerkungen über das Verhalten gewisser Organe gegenüber specifischer Infectionen.“ Berl. klin. Wochenschr. 1899. 17. sz.

kisérleteiről számol be, Babes már a következőket mondja: „ . . . ausserdem habe ich mit meinem Assisten Dr. Riegler gezeigt, dass die virulente Nervensubstanz mit normaler Substanz vermischt, neutralisirt wird und nicht mehr Wuth hervorbringt, ebenso wie dies von den erwähnten Autoren für Tetanus nachgewiesen wurde. Die Wirkung der Nervensubstanz auf die virulente Substanz der Wuth ist aber geringer, als auf die Tetanustoxine.“ További vizsgálataiból ugyanis kiderült, hogy egészséges állattól való ideganyagot nagyobb mennyiségben kell a virulens velővel összekeverni, ha ezt ártalmatlanná akarjuk tenni. Azok a kutyák és házinyulak, a melyek subduralis fertőzése olyan anyaggal történt, a melyben a fix virusos és az egészséges velő aránya 1 : 1 és 1 : 2 volt, mind megvesztek. Ha filtrált 2 napos passage-virushoz 20-szor és 50-szer annyi normalis ideganyagot adtak és ezzel az anyaggal végezték a subduralis oltást, a nyulak kiállták a fertőzést, míg a kontroll-állat elpusztult. Az utczai virus és egészséges velő 1 : 10 és 1 : 20 arányban összekeverve hasonló módon 4 kutya közül hármat ölt meg, míg ha fix virust kevertek össze ugyanolyan arányban a normalis velővel s ezzel az anyaggal oltották be a kutyákat, ezek életben maradtak. Minden esetre feltünő, hogy a normalis ideganyag a fix virusra nagyobb hatást gyakorolt, mint az utczai virusra, melyet kevésbbé paralizált.

Az utczai virussal intracranialis fertőzést szenvedett kutyák különben a normalis velő emulsiójának több napon keresztül való bőr alá fecskendezése által sem voltak mentesíthetők a veszettség ellen, míg a 2 napos passage-virussal inficiált 2 kutya hasonló kezelésre életben maradt; fix virussal fertőzött 12 eb közül pedig 8 kapta meg a veszettséget, egy tályogja következtében pusztult el, 3 életben maradt.

Babes ezen újabb közleménye szerint tehát *normalis ideganyaggal hosszabb időn át kezelt és veszettséggel fertőzött 17 kutya közül 11 az injectiok daczára megveszett*, egy tályogja folytán pusztult el *és csak 5 állotta ki a fertőzést.*

A házinyulakat illetőleg pedig megemlíti Babes, hogy a 2 napos passage-virussal inficiált és a kontroll-állatnak veszettségben való elpusztulása napjáig naponta egy kcm.-nyi normalis velőemulsioval kezelt házinyulak megannyian (4) életben maradtak. Sajnosan nélkülözzük azonban Babes közleményében annak feltüntetését, hogy a normalis velő emulsiójával kezelt állatok milyen sürü emulsiot kaptak s hogy a fertőzésnek ellentálló kutyáknak és házinyulaknak tulajdonképen mennyi normalis velőanyagot juttattak szervezetükbe? Pedig ezt tudni mindenesetre érdekes volna, annyival is inkább, mert czikkelyének végén a szerző ezeket mondja. „Die Thiere, welche mit 2tägigem Virus de passage inficirt worden waren, widerstanden also, wenn ihnen subcutan *eine genügende Menge* normale Nervensubstanz injicirt wurde. Gegen subdurale Infection mit fixen Wuthgift oder Strassengift konnten wir hingegen mittelst dieser Methode Thiere nicht sicher retten.“

Érdekes volna különben még azt is tudni, vajjon a fertőzést kiállott állatoknak e methodus szerint létrehozott immunitása meddig tartott? Vajjon egynéhány hét mulva megismételt fertőzéssel szemben is refractaerek voltak-e?

Babestől függetlenül, hasonló kisérleteket végzett Nápolyban *Calabrese*[1] is, a ki vizsgálatait Cardarelli professor intézetében végezte és nemcsak egészséges állatok (birka, kutya és házinyul), hanem a veszettség ellen már immunizált állatok középponti idegrendszerének a veszettség virusára való hatását is tanulmányozta. Az ő vizsgálatainak eredményei röviden a következők:

Az egészséges állatok ideganyaga az utczai veszettség virusát (mely a házinyulak szemének mellső csarnokába fecskendeztetvén, ezeket 16—20 nap alatt ölte meg) in vitro nem képes közömbösíteni. *Calabrese* a normalis ideganyagból steril, nem peptonizált levessel 5—10%-os emulsiot készített, melynek 25 részéhez 1 rész veszett nyultól származó bulbust tördelt. E folyadékból 1/4 kcm.-t fecskendezett egészséges nyulak szemébe és az állatok mind megkapták a veszettséget.

Egy másik kisérleti sorozatban a házinyulak bőre alá több napon (5—10) keresztül egészséges állatok ideganyagának emulsioját fecskendezte, még pedig a kisérleti nyulak 1—1 kgm. testsúlyára naponta 0·5—2 gm. velőt számítva. Akár a fertőzés előtt, akár azután alkalmazta Calabrese a velőemulsio-injectiokat, akár pedig úgy, hogy a nyulakat ante és post infectionem oltogatta: *az utczai veszettség ellen egyetlen nyulat sem tudott ily módon mentesíteni. Hasonlóan negativ eredményüek voltak kutyákon (3) végzett kisérletei is.* Sőt Calabrese az esetek jelentékeny számában azt is tapasztalta, hogy a normalis ideganyag befecskendezése még siettette a veszettség jelenségeinek bekövetkezését, szerinte valószinüleg az által, hogy a szervezet ellenállóképességét a lyssa ellenében csökkentette!

Nagyobb sikert ért el Calabrese akkor, mikor a veszettség ellen mesterségesen immunizált állatok ideganyagával kisérletezett. In vitro ugyan ez sem teszi hatástalanná a veszettség virusát, de az állatok bőre alá fecskendezve, a veszettség virusára kétségtelenül hatást gyakorol. Igy, ha házinyulak 24 órával az utczai veszettséggel való fertőztetésük előtt az immunizált állat (nyul, kutya vagy birka) ideganyagából 2·5 gm.-ot (pro kgm. testsúly) kaptak a bőrük alá, ez az adag a veszettség kitörése ellenében ugyan nem védte meg őket, azonban az incubatio jelentékenyen (a kontroll-állatéhoz képest 10—13 nappal) meghosszabbodott. Ha pedig a nyulak 3—8 egymásra következő napon kaptak egy-egy injectiot (1 gm. immunizált velő pro kgm. testsúly), akkor az állatok egy része, 8 közül 3, kiállotta a fertőzést, azok pedig, a melyeken a veszettség kitört, sokkal később (10—29 nappal) betegedtek meg és pusztultak el, mint a kontroll-állatok.

Hogy különben a veszettség ellen immunizált állatok idegállományával más állatokat a lyssa ellen mentesíteni lehet, már régebben ismeretes. Az egyetemi általános kór- és gyógytani intézetben *Högyes* professor erre vonatkozólag már jóval előbb, 1888-ban tapasztalatot szerzett. Miután e kisérletei azonban közlésre nem kerültek (a veszettségről szóló nagy monographiájában[1] is csak röviden vannak megemlítve), a külföld e munka megjeleneséig (1897. február) nem is tudott róluk.

Högyes professor e kisérletei az 1888. évi kisérleti napló adatai szerint röviden a következők.

Egy, a veszettség ellen a dilutios módszerrel immunizált kutya nagy agyveleje, kisagya, nyúltagya és gerinczvelejének felső része (összesen 55 gm.) másfél liter steril konyhasós vízzel finom emulsiová szétdörzsöltetett. Ebből az anyagból január 11-dikén 3 kutyának a hasüregébe 150—150, tracheájába 10—10, s bőre alá 10—10 kcm.-t fecskendeztek és ezt január 12-dikén és 13-dikán megismételték. Két kutya e manipulatio után néhány nappal, az egyik pleuritisben, a másik peritonitisben elpusztult. Az életben maradt kutyát január 24-dikén utczai veszettséggel fertőzték, mire az állaton február 2-dikán a veszettség kitört. E negativ eredményü kisérlettel szemben áll egy másik, a midőn *Högyes* professor két kutyának hasüregébe január 20-dikán 160 kcm. olyan emulsiot fecskendezett, a melyben egy immunizált kutyának agyvelejéből 25 gm. volt szétdörzsölve. Az egyik kutya néhány nap mulva peritonitisben hullott el, a másik pedig február 18-dikán subduralisan utczai virussal fertőztetett. Ez az állat február 22-dikén étvágytalan, szomorú, február 23-dikán erősen izgatott, majd a következő napon csendesebb s lassanként teljesen normalis viselkedésü lett. Az állat április 5-dikén egy újabb fertőzést baj nélkül kiállott, majd november 12-dikén egy harmadikat hasonlóképen. *Immunitását még 9 esztendő mulva is megtartotta*, mert 1897. julius 31-dikén újolag fertőztetvén, ezt az infectiot is eltürte.

Högyes tanárnak ezen experimentalis tapasztalatából tehát már jóval más búvárok hasonló vizsgálatai előtt kitünt, hogy a veszettség ellen mesterségesen mentesített állatok ideganyagával más állatokat a veszettség ellen meg lehet védeni.

A mi már most azt a kérdést illeti, hogy sikerül-e ugyanez normalis ideganyaggal is, a mint fentebb láttuk, *Babes* és *Calabrese* vizsgálatainak eredményei e tekintetben egymásnak ellentmondanak. *Babes* szerint a normalis ideganyag emulsioja a kutyák és házinyulak egy részét a veszettség ellen képes megvédeni, ha 1. elegendő mennyiségben került az állatok szervezetébe és ha 2. a virus, melylyel a fertőzés történt, nem volt túlságosan erős.

[1] „Possegono i centri nervosi di animali sani e di animali immunizzati contro la rabbia il potere di neutralizzare il virus rabbico.“ Clinica Moderna, 1899, Nr. 2—3.

[1] *Högyes*: Lyssa. (A Nothnagel-féle „Specielle Pathologie und Therapie“ V. kötetének V. része). 149. lap.

Calabrese ellenben, a ki különben csupán középerős utczai virussal dolgozott, azt tapasztalta, hogy ennek hatása ellenében normalis ideganyaggal sem a kutyákat, sem a nyulakat nem lehet megvédeni, sőt ő még tovább megy és kijelenti, hogy a normalis velőnek az állatok bőre alá fecskendezése még csökkenti ezeknek a resistentiáját.

Ezeknek előrebocsátása után már most áttérhetek az e tárgyra vonatkozó hasonló vizsgálataimra, melyeket az egyetemi általános kór- és gyógytani intézetben 1898. január hava óta végeztem.

Kisérleti tervem szerint mindenekelőtt az volt a czélom, hogy kiderítsem, vajjon a normalis ideganyag emulsiojával kezelt állatokat ezek az oltások a gyengébb virus ellenében képesek-e megvédeni? Ha igen, akkor egy további kérdés vár eldöntésre: hogy az erősebb hatású virussal szemben miként áll a dolog.

Az intézetünkkel kapcsolatos Pasteur-intézetből kapott, hosszabb incubatios stadiumot előidéző utczai virussal tettem az első próbát.

I. kisérlet. Két kutya (*A* 6 kg.-os, *B* 5½ kgm.-os) 1898. január 24-dikétől február 11-dikéig naponta 10—10 kcm. 1 : 10 higitású, egészséges marhától való velőemulsiot[1] kapott subcutan. Február 15-dikén *gyenge utczai virussal* szemükbe fertőztem őket, mire az injectiokat tovább folytattuk február 25-dikéig, úgy hogy egy-egy kutya 34 nap alatt összesen 30 gm. velőt kapott. A kontroll-nyul a 35. napon hullott el veszettségben, a *kutyáknak semmi bajuk sem lett.*

Miután a kutyák e fertőzést kiállották, második kisérletem alkalmával most már erősebb utczai virust használtam a próbainfectiora.

II. kisérlet. Egy 8000 (*C*), egy 8700 (*D*) és egy 6500 (*E*) gm. testsúlyú kutya ugyanolyan anyaggal kapja az oltásokat, mint az első kisérletbeliek. A *C* és *E* betűvel jelzett kutyák május 2-dikától naponta 10—10 kcm. velőemulsiot kapnak, az első naponta 1-szer, a másik naponta 2-szer, a *D*-vel jelzett május 11-dikétől kezdve, még pedig kétszer naponta, délelőtt és délután 10—10 kcm.-t. Mind a háromnak intraocularis fertőzése utczai virussal május 12-dikén történt. Szándékom az volt, hogy a kutyákat a kontroll-állat (trepanatio útján fertőzött nyul) megbetegedéseig oltom. *A velővel kezelt kutyák azonban előbb betegedtek meg, mint a kontroll-nyul.* A *C*-vel jelzetten ugyanis, mely a fertőzés előtt 10, a fertőzés után pedig 9 gm. velőt kapott, május 23-dikán reggel hirtelen — semmi megelőző gyanus jelenség nélkül — *epileptiform görcsök* mutatkoztak, melyek 2—3 perczig tartva, 5—15 perczenként ismétlődtek és a kutyát annyira kimerítették, hogy este már nem tudott lábra állani. Az állat ekkor nyöszörögve fekszik, olykor fájdalmasan vakkant, lélegzése mindig halkabb lesz és másnap délre az állat megdöglik. A bonczlelet negativ volt. Az agyából trepanatio útján beoltott két nyul egészséges maradt.

A *D*-vel jelzett eb, miután 13 nap alatt összesen már 26 gm. velőt kapott, az infectio után való 12-dik napon, május 24-dikén szomorú, nem eszik. Május 25-dikén igen izgatott, a feléje tartott botnak nagy dühvel neki vág, azonban egészen hangtalan. Nem eszik, csak kevés vizet iszik. Május 26-dikán rendkivül izgatott, erősen folyik a nyála, este felé bénulás jelenségei; május 27-dikén reggel eldöglik.

A harmadik kutyának (*E*) május 15-dikén két oltás helyén tályogja keletkezett, melyeket megoperáltunk. E kutya május 2-dikától 25-dikéig összesen 48 gm. marhavelőt kapott; május 26-dikán szomorú, nem eszik, 27-dikén izgatott lesz, a ketreczébe nyujtott botot dühösen rágja, 28-dikán erősen salivál, remeg, láthatólag soványodik és gyengül, álla lelóg, a botot nem birja megfogni; 29-dikén már nem tud felkelni s estére eldöglik.

Ugyanez alkalommal újra fertőztem a két első (*A* és *B*) kutyát annak kiderítése végett, hogy az első, gyenge virussal való fertőztetésük után, mely 3 hónap előtt történt, az erősebb utczai virus iránt is refractaerek-e? Mind a kettő május 12-dikén intraocullariter fertőztetett ugyanazzal az anyaggal, a melylyel a második kisérletre használt ebek.

Az egyik kutya (*B*) már május 27-dikén gyanúsan viselkedik, nem eszik; 28-dikán a járása nehézkes, tántorgó; nyálfolyás; az állat különben csendes; 29-dikén igen gyenge, alig képes felkelni, nyálfolyása igen erős; 30-dikán megdöglik. Társa junius 10-dikén kezd nyugtalankodni, étvágytalan; 11-dikén izgatott, a ketreczébe nyujtott botot dühösen megragadja; 12-dikén rendkivül izgatott, erősen remeg, hátsó tagjai gyengülnek; 13-dikán már alig tud lábára állani és 15-dikén reggelre eldöglik.

Miután tehát az erősebb utczai virussal szemben a normalis ideganyag nem védte meg a kutyákat, egy harmadik kisérletet úgy végeztem, hogy a normalis velővel kezelt ebeket gyöngitett (2 napig szárított) fix-virussal inficiáltam (intraocularis fertőzés).

III. kisérlet. Egy 6000 gm.-os (*F*) és egy 8000 gm.-os (*G*) kutya október 22-dikétől, egy 5000 gm.-os (*H*) pedig október 26-dikától fogva naponta 10 kcm. 1 : 10 higitású normalis marhavelő-emulsiot kap subcutan egészen november 12-dikéig. Mind a három kutyát az elülső szemcsarnokba 2 napos passage-virussal fertőzzük november 3-dikán. *Mind a 3 kutya kiállotta az infectiot*, a mennyiben deczember 24-dikéig egészségesek maradtak. Ugy látszik azonban, hogy a befecskendezéseknek ezt a jó hatását inkább annak tulajdonithatjuk, hogy a fertőző anyag (talán az erősebb kiszáradás folytán) gyenge volt, mert a kontroll-állat sem betegedett meg. Deczember 24-dikén tehát, vagyis az utolsó oltás után 42 nap mulva új fertőzésnek vetettük alá a kisérleti kutyákat, még pedig úgy, hogy azokat egy utczai veszettséggel inficiált és már dühös kutyával megmarattuk. Az *F*-fel jelzett eb ezután január 18-dikáig normalisan viselkedett, e napon azonban étvágytalan, szomorú; január 19-dikén nyugtalan, ketreczében folyton helyét változtatja; 20-dikán erősen gyengül, nyála erősen folyik; este már nem tud felkelni s 21-dikén megdöglik. A *H*-val jelzett kutya 21-dikén kezd magaviseletében megváltozni; 22-dikén tántorog, gyengének látszik; 23-dikán erősebben gyengült, a feléje nyújtott bot után kap, de nem tudja megfogni; erős nyálfolyás; 24-dikén délben elpusztul. A harmadik eb (*G*) csak február 11-dikén betegedett meg; nem eszik, szomorú; 12-dikén ingerült, 13-dikán nagyon izgatott, a feléje tartott botot dühösen rágja; rekedten vonyít; 14-dikén állapota nem változott, de 15-dikén már igen gyenge, álla lelóg; nem tud felkelni; 16-dikán eldöglik.

Ha tehát fel is teszszük, hogy a normalis velővel való oltások a kutyákat a nagyon gyenge virussal szemben megvédték (?), ez a védelem csak igen csekélyfokú lehetett, mert a 42 nap mulva bekövetkezett újabb infectiot egyik kutya sem állotta ki.

Teljesen negativ eredményüek voltak azok a kisérleteim, melyeket *házinyulakon* egészséges nyulak velőemulsiojával végeztem. Ime a kisérleti napló egyik erre vonakozó része:

Három nyul, két 1500 gm.-os (*A* és *B*) és egy 1300 gm.-os (*C*) május 2-dikától május 23-dikáig egészséges nyulak friss ideganyagából (1 gm. velő + 10 gm. steril viz) naponta kap injectiokat, úgy hogy 22 nap alatt egy-egy nyul összesen 7·6 gm. velőt kapott. A subduralis infectio utczai virussal május 12-dikén történt. Az ugyanakkor hasonlóan fertőzött 1400 gr.-os controll-nyúl május 28-dikán betegszik meg veszettségben és junius 2-dikán eldöglik. Az *A*- és *B*-vel jelzett nyul május 29-dikén betegszik meg és az első május 31-dikén, a második pedig junius 2-dikán pusztult el veszettségben. A harmadik (*C*) nyul május 31-dikén izgatott, nem eszik és lassankint kifejlődnek rajta a paralytikus veszettség jelenségei, mire junius 8-dikán elpusztul. Ez a nyul tehát 6 nappal élte túl a kontroll-állatot, míg a másik kettő ezzel körülbelül egyszerre pusztult el.

Megjegyzendő, hogy daczára annak, hogy az oltásokra szolgáló anyag elkészitése a tisztaság szabályainak legszigorúbb betartása mellett történt és hogy az oltásokat is a leggondosabban végeztük: a nyulak mindenikén *tályog* fejlődött. Feltünő volt az is, hogy az így kezelt házinyulak — már a tályogok képződése és a veszettség virusával való inficiálás előtt is — erősen soványodtak és gyengültek. Az első hét végén körülbelől 150—200 gm. súlycsökkenés volt a nyulakon észlelhető; a kezelés huszadik napján (május 21-dikén) pedig az *A* nyul testsúlya 400, a *B* nyulé 200 és a *C* nyulé 320 gm.-mal volt kevesebb, mint az oltások megkezdésekor, a mi 1300—1500 gm.-os állatoknál minden esetre jelentékeny súlycsökkenés.

Ez az észlelet megfelel a *Centanni*[1] által közölt tapasztalatoknak. Nevezett olasz búvár ugyanis, mikor egészséges nyulaknak bőre alá normalis ideganyag emulsioját fecskendezte, azt találta, hogy az állatok egy nagy része ezeket az injectiokat rosszul türte, erősen soványodott és el is pusztult. Hogy ez nem a tisztaság hiányából számazó infectionak volt betudandó, ezt az bizonyitja, hogy az oltások helyén keletkezett gyuladásos izzadmány bakteriologiai vizsgálatnak vettetvén alá, abból bakteriumok épen úgy nem voltak kitenyészthetők, mint az ilyen állatok véréből vagy más szerveiből sem. Centanni tehát azt hiszi, hogy a nyulak egy részénél — valószinüleg ezek bizonyos individualis tulajdonságai folytán — a bőrük alá oltott normalis velő emulsioja hiányosan szivódik fel s a fel nem szivódott anyag decompositioja következtében bizonyos toxinok keletkeznek, melyek az állatok szervezetére károsan hatnak. Igy magyarázza Centanni azt is, hogy a normalis velő emulsiojával oltott nyulak egy jelentékeny része sokkal kevésbbé ellenálló a veszettség virusával szemben, mint a kontroll-állatok, a mennyiben sokkal előbb betegszenek meg ezeknél.

Úgy látszik tehát, hogy a házinyulak a normalis velő (legalább is a nyulvelő) iránt érzékenyebbek, mint a kutyák. A mi kisérleteink alkalmával 8 normalis marhavelővel kezelt kutya

[1] A naponta frissen beszerzett marhavelőnek nyúltagyi s ezzel szomszédos részeit használtam az emulsio előállitására.

[1] „Sui prodotti tossici secondari nelle infezione.“ La Riforma Medica, 1898. III. Nr. 54.

*

közül csak 1 kapott tályogot; egyen pedig epileptiform görcsök jelentkeztek, melyek az állatnak halálát okozták. Eldöntetlen maradt, de nem is zárható ki, hogy ebben az esetben is a normalis velőnek a szervezetre toxikus hatása nyilvánult.

Mindezekből tehát kiderül, hogy a normalis ideganyagnak az állatok szervezetébe való bevitele, ha ez hosszabb időn keresztül, naponta történik is, az állatokat a veszettség erősebben ható virusa ellen megvédeni nem képes. S ha ezek az injectiok az igen gyenge veszettségi virus ellenében némi mentességet látszanak is adni: az ilyen módon keletkezett relativ immunitas egy, hetek mulva megismételt újabb fertőzés leküzdésére nem alkalmas, sőt kérdéses, hogy a talált észleletek nem arra vezethetők-e vissza, hogy a próbainfectio alkalmával a használt virus talán nem volt hatékony állapotban.

Lupus vulgaris, lupus erythematodes, ekzema chronicum, hypertrichosis és naevus vasculosus Röntgen-fénynyel kezelt esetei, betegbemutatásokkal.[1]

Jutassy József dr.-tól.

Tisztelt uraim!

Becses figyelmüket [tulajdonképen nehány beteg bemutatására óhajtom igénybe venni, kiket Röntgen-fénynyel gyógykezeltem. De a dolog természetéből, a tárgy újdonságából kifolyólag engedjék meg, hogy a Röntgen-fény alkalmazását illetőleg a szükséges kitéréseket megtehessem, annyival is inkább, mert hazánkban ez az első alkalom, hogy az orvosi tudomány ezen legújabb vívmányáról szakemberek nagyobb gyülekezete előtt beszélnem szerencsém lehet.

A Röntgen-fény gyógyászati értékesítése — a radiotherapia — azóta kezd tért hódítani, mióta nyilvánvaló, hogy a szervezetben, illetve a szervezet alakelemeiben bizonyos változásokat képes előidézni.

Az elváltozások legelőbb a köztakarón nyilvánulnak, mert a Röntgen-fény azt közvetlenül érheti. Innen van, hogy a sebészi diagnostikán kivül ezt az új factort leginkább a dermatologia aknázta ki, a mennyiben a therapeutikus sikerek majdnem kizárólag bőrgyógyászati jellegűek.

A bőr elváltozása lobosodásban jelentkezik, melynek foka a Röntgen-fény dosisától függ. Kevés és gyenge fény hyperaemiát okoz, mely barnavörös erythemává fokozódhatik s akkor a felhám excoriatiojával, desquammatiojával végződik; sok és erős fény a coriumot is megtámadja, mikor is az epidermis savóval telt hólyagban felemelkedik és autoinfectio folytán genyes dermatitis léphet fel; még erélyesebb fényadagolásnál mély sebek támadhatnak, melyek könnyen necrosishoz vezetnek.

A Röntgen-dermatitis morphologice leginkább a combustiohoz hasonlít, de ettől — valamint a traumatikus és chemikus bőrloboktól — abban különbözik, hogy a subjectiv fájdalomérzet jelentéktelensége sehogy sincs arányban az objectiv tünetekkel.

A mi a Röntgen-dermatitisek gyógyulási hajlamát illeti, a kisebb fokúak rendkivül gyorsan és simán hámosodnak be, a nagyobb fokúak azonban — kivált, ha gangraeneskálnak — oly rossz gyógyulási hajlamot tanúsítanak, a milyent egyéb renyhe fekélyeken — ha azok nem specifikusak — eddig alig tapasztaltunk. Nagy, pl. férfitenyérnyi ulcusok alig gyógyulnak transplantatio nélkül, kisfokúak azonban, legyenek bár nagy felületüek, aseptikus kezelés mellett oly sima és többnyire fehér heget hagynak, hogy általános a vélemény, miszerint nincs eljárás, mely után oly szép hegképződés remélhető, mint a radiotherapia. Azért újabban már sebészi álképletek kiirtására is kisérleteket tesznek vele; *Gocht*[2] pl. carcinoma mammae két esetében próbálta meg, de a fájdalom csillapulásán kivül mást nem tapasztalhatott, mert betegeinél a dermatitis kifejlődése előtt beállt az exitus lethalis.

A Röntgen-fény biologiai hatásának alapoka még nincs kellőleg felderítve; de nem is lehet mindaddig, míg az x-sugarak physikája, optikája a jelenlegi homályban vesztegel. Csodálatos azonban, hogy míg a röntgenezés technikája és az orvosi tudományban való alkalmazása oly rohamosan halad, addig a theoretikus ismeretek terén szinte stagnálás mutatkozik.

Azt tudjuk, hogy a Röntgen-fény penetráló tulajdonsággal bir, mely fordított arányban áll a testek tömörségével, fajsúlyával. Jellegzetes reá továbbá a cumulativ tulajdonság, melyre már 1897-ben *Forster*[1] figyelmeztetett; a Röntgen-fény okozta primaer inger ugyanis a bőr mélyében összegyül és onnan kifelé fejti ki a — mondhatni — secundaer hatást; azaz a Röntgen-fény nem a behatás pillanatában, hanem csak napok, hetek multán idézi elő a lobos reactiot.

Ma már szinte kétségtelen, hogy a Röntgen-dermatitist az x-sugarak okozzák.

Eleintén a fejlődő ozonnak és a Röntgen-lámpa körül tapasztalható villamos zónának tulajdonították azt; az utóbbi hypothesis mellett főleg *Balthazard*[2] kardoskodott, azt állítván, hogy a szabadon kisülő nagy feszültségű villamos szikrák hatása alatt is tapasztalt börgyuladást. Mások ezt megczáfolták azzal, hogy az elektrikus hatást a lámpa és kisérleti objectum közé helyezett levezető készülékkel kizárták és mégis dermatitist kaptak. Főleg *Rieder*[3] ez irányú kisérletei érdemelnek említést, a ki meggyőzően bizonyította be azt is, hogy az x-sugarak physiologiai hatásánál sem a thermikus (electrocauterikus), sem ez electrochemikus magyarázattal nem lehet élni, a mint ezt *Bowles*[4] tette, a ki a reactiokat a Röntgen-fény ultraviolett sugarainak tulajdonította.

Valószinű tehát, hogy az x-sugaraknak valamely — eddig még ismeretlen — tulajdonsága váltja ki a lobot. Hogy ez milyen úton történik, arra nézve legelőször *Destot*[5] nyilatkozott s a pathologiai elváltozásokat trophoneurotikus úton magyarázta. *Kaposi*[6] a véredények paresisében keresi az okot, legújabban pedig *Bordier*[7] azt tapasztalta, hogy x-sugarak behatása alatt állati és növényi szövetekben lassudik az osmosis; minthogy pedig a szövetek táplálkozása többnyire endosmosis útján történik, nem tartja lehetetlennek, hogy a szöveti elváltozások ezen táplálkozási zavarnak köszönhetők.

A Röntgen-fény okozta histologiai elváltozások a legtöbb szerző szerint azonosak egyéb bőrlobok leletével. *Fuchs*, *E. Schiff* és *L. Freund*, *Oudin*, *Barthèlemy* és *Darier*[8] specifikus elváltozásokat nem említenek; *Kibbe*[9] a faggyú- és verejtékmirigyeket, valamint a hajszemölcsöket sorvadtaknak találta, a mi megfelel azon klinikai tapasztalatnak, hogy a Röntgen-dermatitist kiállott bőr száraz szokott lenni s a hajak kihullanak. Saját vizsgálatom[10], melyet egy excoriativ dermatitisig megvilágított házinyul bőrén ejtettem meg, a hol főleg a szőrök papilláinak histologiájára fektettem a súlyt, azt mutatta, hogy a szőrszemölcsök legnagyobbrészt elsorvadtak s a megfelelő szörtüszők sejtdús kötőszövettel töltődtek ki; ez megfelel azon ténynek, hogy a jelzett házinyul kihullott szőre hónapok mulva sem nőtt meg.

Specifikus histologiai elváltozásokat legelőször *Unnának*[11] sikerült felfedeznie, kinek alkalma volt egy nagyobbfokú erythemás dermatitist emberi bőrben vizsgálnia. Ő azt találta, hogy a cutis kötőszövetének collagen gerendái rendkivül meg voltak duzzadva, minélfogva oly szorosan lapultak egymáshoz, hogy a nyirokhasadékok majdnem eltüntek. Rugalmas rostokat, valamint elastint a közönséges festési módokkal nem tudott kimutatni, csak miután az orcein-oldattal festett metszeteket orange-oldat és glycerin-aether híg keverékével szintelenitette, tünt elő sötétbarna színben egész tömegében az elastin. Unna az elastin ezen viselkedését a collagen szövet sajátos elváltozásával hozza kapcsolatba s egyszersmind ezen szövet pathologiai változásával magyarázza a Röntgen-fény cumulativ hatását, azaz a később fellépő reactiot, a mennyiben az x-sugarak a bőrnek éppen leg-

[1] Előadatott a magyar orvosok és természetvizsgálók XXX. vándorgyülésének orvos-sebészi osztályában, Szabadkán, 1899. aug. 28.

[2] Gocht (Würzburg): Fortschr. auf d. Geb. d. Röntg. Str. I. k. 1. sz.

[1] Forster (Berlin): Deutsche med. Wochenschr. 1897. 7. sz.
[2] Balthazard (Paris): Soc. d. Biolog. 1897. jul. 17.
[3] Rieder (München) Münch. med. Wochenschr. 1898. 4. és 25. sz.
[4] Bowles (London): The brit. Journ. of Dermat. IV. k. 1 sz.
[5] Destot (Paris): Compt. rend. 1897. V. 17.
[6] Kaposi (Bécs): Gesellschaft d. Aerzte 1898. nov. 11.
[7] Bordier: Compt. rend. 1898. II. 21.
[8] Oudin, Barthèlemy és Darier: Monatshefte f. pract. Dermat. XXV.
[9] A. B. Kibbe (New-York): New-York med. Journ. 1897. I. 10. sz.
[11] Jutassy (Bpest.): Orvosi Hetilap 1898. 21—23. sz.
[10] Unna (Hamburg): Deutsche Medicinal-Zeitung 1898. 20. sz.

indolensebb részét, a kötőszövetet és annak rugalmas rostjait befolyásolják.

Gassmann[1] viszont a Röntgen-gangraena histologiájára vonatkozólag ad felvilágosítást. Szerinte ez a gangraena abban különbözik egyéb necrosisoktól, hogy a szövetek degeneratioja jelentéktelen s túlnyomók az úgyszólván normalis, jól festhető alakelemek; ezeknek szintén jól festhető magva körül mononuclearis leucocyták tömörülnek, legnagyobb számmal a véredények tájékán. Vérrel telt capillarisok azonban csak elvétve találhatók Rugalmas rostok nagy számmal vannak jelen és a Weigert — vagy orcein — methodus szerint jól festhetők. Fibrin nem mutatható ki, a zsírszövet változatlan. Szerzőnek azonban kétsége van az iránt, hogy a normalis alakelemek nem olyanok-e, melyek már újra képződtek s újra degenerationak indultak.

A bőr idegei az eddig közzétett histologiai vizsgálatokban változatlanok gyanánt jeleztetnek. *Wuillomenet* és *Bardet*[2] direct vizsgálatai a szem retináján szintén negativ eredményt adtak. *Cowl*[3] leirja, hogy saját szemén egy negyedórai megvilágítás után egy 8 napig tartó conjunctivitist észlelt s ugyanakkor a napvagy hóokozta elvakuláshoz hasonló tüneteket tapasztalt.

A központi és környéki idegrendszerre, valamint a belső szervekre vonatkozólag kevés adat van; ezek azt bizonyítanák, hogy a test felületére eső Röntgen-fény káros hatást gyakorol rájok. Az exponált egyének néha főfájásról és émelygésről panaszkodnak, a mit hajlandó vagyok az áramszaggató motor által okozott zajnak és a fejlődő ozonnak betudni, annyival is inkább, mert a további ülések alatt — midőn az illetők azt már megszokták — a tünetek el szoktak maradni. *Oudin* és *Barthèlemy* ezelőtt 3 évvel azt állították, hogy az exponált egyéneknél emésztési zavarokat, hányást, hasmenést, szivdobogást, sőt egy ízben phthisis fellépését tapasztalták. *Segny* és *Quenisset*[4] hasonlókép a szív alteratiojáról, *Walsh*[5] gyomoraffectiokról, *Jankau*[6] neuritisről tesz említést; a legtöbb szerző előtt azonban ismeretlenek az ilyen mellékhatások. *Gocht* és *Kümmel*[7] Hamburgban, a kik kétezernél több egyént exponáltak, csak egyetlen esetben láttak a megvilágitás alatt türhetetlen fejfájást fellépni. Saját laboratoriumomban, a hol már vagy 150 egyén ült a Röntgen-fénynek, többször hallottam panaszt a fentebb említett fejfájásról és émelygésről; egy hysterikus nőbetegem 50—60 cm. lámpatávolságból is kiállhatatlannak mondotta azt az érzést, melyet arczán az x-sugarak előidéztek; hogy ez részéről nem volt képzelődés, azt következtetni lehet abból, hogy szemeit vattaréteg és e fölött ólomálarcz fedte s egyéb körülményekből sem tudhatta, melyik momentumban érintik a sugarak, melyikben nem. Egy másik — egyébként egészséges — nőbetegemnél, kinek arczán egy gyermektenyérnyi genyes dermatitist idéztem elő, heveny gastrikus tünetek mutatkoztak, melyek gyógyszerelésre oly kevéssé engedtek, hogy az illető jelentékenyen lesoványodott s csak a dermatitis gyógyulása után nyerte vissza egészségét tökéletesen.

Lázas hőemelkedést részemről csak Röntgen-ulcusoknál tapasztaltam.

A Röntgen-fénynek még egy mellékhatásáról kell megemlékeznem, arról t. i., hogy a bőrben szaporítja a pigmentet, még pedig *Unna* constatálása szerint nem a Malpighi-rétegben, hanem a cutis felsőbb rétegeiben. Innen magyarázható az a jelenség, hogy a Röntgen-erythemák vörösbarna színt nyernek; gyógyulásuk után azonban a festenyzettség is megszünik, csak nagyobbfokú dermatitisek után határolja a heget egy hyperpigmentált szegély, melyet a felhám erőszakos leválasztása után is legfeljebb csak halványitani sikerül, teljesen eltüntetni nem. Ez a jelenség csak úgy magyarázható, hogy a lobos cutisból a pigment a szélek felé tömörül s ott — az álarcz széleinek megfelelőleg — maradandó nyomot hagy.

[1] Gassmann (Bern): Fortschr. a. d. Geb. d. R.-Str. II. 4. és 6. sz.
[2] Wuillomenet és Bardet (Paris): Compt.-rend. de l'Acad. d. Sc. 1896. III. 23. és 1897. VI. 14.
[3] Cowl (Berlin): Zeitschr. f. diät. u. physik. Ther. 1898. II. 1. sz.
[4] Segny és Quenisset (Paris): Compt.-rend. 1897. 124.
[5] Walsh (London): Brit. med. Journ. 1897. I.
[6] Jankau: Intern. photogr. Monatsschrift f. Med. V. 1.
[7] Fortschr. a. d. Geb. d. R.-Str. I. és II. k.

A Röntgen-fénynyel való megvilágítást, a mit mi helytelen szóképzéssel röntgenezésnek nevezünk (az ulzmanozás, paquelinezés stb. mintájára), gyógyítási czélokra ma már az orvosi tudománynak majdnem valamennyi emporiumában igénybe veszik s többé-kevésbbé sikerrel alkalmazzák. Szakemberek indicálva tartják a radiotherapiát számos olyan bajnál, melyek a bőr mélyében gyökereznek s melyeket eddig gyógyszerekkel vagy éppen nem, vagy csak ideiglenesen tudtunk gyógyítani; indicáltnak bizonyult továbbá mindazon bőrbetegségeknél, melyeket eddig csak sebészi beavatkozásokkal sikerült eltávolítani, milyen az excisio és transplantatio, a kikaparás, a kauterizálás. Ezen fájdalmas, véres műtétekkel szemben, melyek rendszerint feltünő heggel szoktak gyógyulni, a radiotherapiának ajánló levelei: az enyhe, fájdalmatlan beavatkozás, gyakran semmi vérzés és a sima, szép hegképződés; nem megvetendő előnyök ezek főleg olyan betegekkel szemben, kik a késtől, tüzes vastól s egyáltalán a véres operatiotól természetszerüleg irtóznak.

(Folytatása következik.)

Szamárhuruthoz csatlakozott agyvérzésről.

Déri J. Henrik dr. járási orvostól Szarvason.

A szamárhurut lefolyására és kimenetelére nézve igen eltérők a vélemények; mert míg J. Frank e bántalom kórjóslatáról szólva, a következőket mondja: „neminem, cui intervalla libera fuerint, sub paroxysmo etiamsi vehementissimo unquam mori vidimus“, addig Brüning oly rosszindulatúnak tartja, hogy „Tussis infanticida“-nak nevezi. Rosen von Rosenstein adatai pedig, melyek szerint Svédországban 1749—1764-ig 43,000 gyermek, Rómában pedig egy év alatt 9000 gyermek esett e bántalom áldozatául, a lehető legsötétebb színben tüntetik fel e bántalmat.

A szamárhurutban elhaltak halálozási százalékát feltüntető következő adatok (Löschner 1·97%, Szabó Dénes 2·65%, Küttlinger 2·7%, Lorent 4·3%, Bókay János 4·5%, Stahlmann 5%, Pirow 5·5%, Ganster 5·9%, Stelzl 7·5%, Macall 7·8%, Hayfelder 8·2%, Gädecheus 9·8%, Bodenius 10·35%, Whithead 15%, Hagenbach 1—26%, Ed. Smith 5—40%) oly tág határok között ingadoznak, melyek arra engednek következtetni, hogy a szamárhurut lefolyására és kimenetelére a betegséget okozó fertőző kórhatányon kivül számos más mellékkörülmény is befolyással bir. Ilyen mellékkörülményként szokás említeni a beteg korát, nemét, az évszakot, melyben a járvány uralkodik, a járvány jellegét és a szövődményeket. Hogy a szövődmények mennyire fokozzák e bántalom halálozási százalékát, azt legjobban feltüntetik Pirow adatai, melyek szerint 1163 szamárhurutos beteg közül 64 halt meg, tehát 5%; e 64 közül csak 13-nál nem volt szövődmény és így a szamárhurut tiszta halálozási százaléka 1·03%, melyet a szövődmények emelnek 5%-ra. A szövődmények részben lobos természetüek, részben a szamárhurut folyamán észlelhető görcsös köhögés erőmüvi következményei. A szamárhurutos roham alkalmával az egymást követő görcsös kilégzések alatt a mellüri nyomás fokozódik, a tüdő belső felülete nagyobb nyomás alá jut, minek következtében tüdőtágulás jön létre. Ha a mellüri nyomás még jobban fokozódik, akkor a tüdőszövet nem képes ellenállani, a tüdő alveolus elpattan, lebenykeközötti, majd mellhártyaalatti emphysema jő létre, mely az egész test kötőszövetére terjedve, általános kötőszöveti emphysemát okoz, a mint azt Betz, Szabó, Roger, Schwediaur, Frank, Hicks, W. B. Herapath, Guillot, Blache et Guersent, Hempel, Bierbaum, Ozanam, Gelmo, Hervieux és Pooley esetei bizonyítják. A fokozott nyomás azonban a hörgök belfelületére is nehezkedvén, a lobosodott hörg falain elváltozásokat hoz létre, a mint azt a Laennec, Billard, Copland, Williams, Barrier, Rilliet és Barthez, Löschner által végzett bonczolatok alkalmával talált hörgtágulatok mutatják. A görcsös köhögési roham alatt leirt fokozódott mellüri nyomás nemcsak a légző szervekben, hanem a keringési szervekben is létrehoz erőmüvi változásokat. A fokozódott mellüri nyomás következtében a visszeres vérnek a szívhez való áramlása nehezítve van, miért is visszeres pangás jő létre. E visszeres pangás részben külső tünetek-

kel árulja el magát, mint: a nyak és arcz visszerei duzzadtak, a szemek kötőhártyája belövelt, nyelv kékesen elszíneződve duzzadt, ajkak szederjesek, részben az idegrendszer részéről mutatkoznak a visszeres vérbőség tünetei: fejfájás, aluszékonyság, görcsök és más ideges tünetek. A cyanosis annyira fokozódhatik, hogy a gyermek egészen elkékül, innen a németek „blauer Husten"-je. Ha a köhögési rohamok oly gyakran követik egymást, hogy az előző roham okozta visszeres pangás még teljesen el sem mullott és már egy újabb roham következik, mely a fennálló visszeres pangást fokozza, akkor a visszerek falán savós átszürődés észlelhető és a környező szövetek vizenyője jő létre.

Henoch szamárhurutban elhalt több gyermek hullájában az agyburok alatti izzadmány mellett, az agy állományának savós átivódását és az oldalgyomrocsok vizenyőjét találta. West két, Lombard több esetben látott szamárhurutnál heveny hydrocephalust fejlődni. Az agy egyes részeinek savós átivódásából magyarázhatók azon esetek, a melyekben a szamárhurutos roham folyamán vagy közvetlen utána egyes érzékszervek korlátolt működése volt észlelhető. Sebregondi, Steffen és Jacoby eseteiben a köhögési roham után egyideig a látóképesség csökkent, de a szamárhurut elmultával a betegek ismét visszanyerték látásélességüket. Alexander esetében is elvesztette látóképességét a szamárhurutos gyermek agyvizenyő következtében, de a roham multával nem nyerte vissza látóképességét, hanem folyton súlyosbodó agynyomási tünetek között halt meg a beteg. Troitski többször észlelte, hogy a köhögési roham alkalmával betegénél egyszer a látó-, máskor a hallóképesség csökkent. A Szabó Dénes által összeállított, a pesti szegénygyermekkórházban 1845—1879-ig észlelt 4181 szamárhurutos gyermek közül kettőnél van agyvizenyő feljegyezve. Úgy a mint a duzzadás az egész görcsös köhögési időszakon át a szemhéjakon, az orron, ajkakon, arczon fennáll, éppen úgy állhat fenn állandóan a savós átivódás az agyban és annak oly mérvü táplálkozási zavarát okozza, hogy mint Ferber leirja, betegén az elmezavar tünetei mutatkoztak. Úgy a köhögési rohamok gyakori volta, mint az egyes görcsös köhögés fokozott mérve együttesen oly nagyfokú visszeres pangást hozhat létre, hogy a nyomásnak az edény falai nem tudván ellenállni, megrepednek és vérzés jő létre. A legkülönbözőbb szervekben észleltek ilyen vérzést. Biermer szerint leggyakoribb a vérzés a szemek kötőhártyáján, azután az orrban és a szájban, a légutakban, a fülben és legritkább az agyban és burkaiban. Roger nagymérvü orrvérzést, Gibb szájvérzést látott szamárhurutos betegénél. Bouchut, Trousseau, de Haen a szem kötőhártyáján észleltek edényrepedést, úgy hogy a a gyermek a köhögési roham folyamán véres könyeket hullatott. A Szabó Dénes által összeállított esetek közül 15-nél volt vérömleny a szemek kötőhártyáján. Bókay János említi, hogy a szem mellső kamrájában is észleltek vérzést. Landesberg a szemteke mögött, Knapp a reczehártyán észlelt vérzést a szamárhurutos köhögési roham folyamán. Wilde, Gibb, Triquet, Roger a fülből eredő vérzést láttak; Monti és Szabó a bőrből és bőr alatti kötszövetből, Skoda a gégéből és légutakból eredő vérzésről tesznek említést. Steffen szamárhurutban elhalt gyermek bonczolatánál a tüdőben több apró vérömlenyt talált, mely az élőben semmiféle tünet által nem árulta el magát. Asti halálhoz vezető tüdővérzést látott szamárhurutos betegénél. Steffen és Bessert, és a legtöbb szerző igen súlyos szövődménynek tartják az eddig említett vérzéseket, részben azért, mert a vérzés néha nagyon profus, részben azért, mert a gyakrabban ismétlődő vérzés heveny vérszegénységgel fenyegeti az életet. Sticker gyakori orrvérzés után oly súlyos hydraemiát látott fejlődni, mely a vérzésre való hajlamot még fokozta. Frank, Trousseau és Reiser ellenben üdvös hatásúnak tartják a vérzéseket és több oly esetről tesznek említést, melynél a vérzés után a beteg állapota jobbra fordult.

Az eddigieknél sokkal ritkábban észleltetnek, de a szamárhurut lefolyására és kimenetelére sokkal végzetesebb befolyással birnak az agyban és burkaiban létrejövő vérzések. Barrier a kemény és lágyburok között látott vérzést. Cazin egy szamárhurutban elhalt gyermek agyában 180 gm.-nyi vérömlenyt talált. Butter irt le először hűdéssel járó agyvérzést szamárhurutnál. Finlayson és Marshall esetében az agy állományában jött létre a vérzés és míg Finlayson esetében féloldali hüdést, Marshall esetében aphasiát okozott. Möbius egy eseténél szintén észlelt hemiplegiát. A Szabó Dénes által összegyüjtött esetek között is van olyan feljegyezve, a melynél arczideghüdést, a végtagok hüdését és féloldali hüdést észleltek. Ez esetek iránt érdeklődve, a Stefánia-kórház igazgatójánál Bókay János tanár úrnál kérdezősködtem, de legnagyobb sajnálatomra az igazgató úr szíves válaszában az esetekről bővebb részleteket nem tudott velem közölni, mert a kórház évkönyveiben bővebb adatokat nem talált.

(Folytatása következik.)

Közlemény a kir. magy. tud. egyetem II. számú belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr. ny. r. tanár.)

A sclerosis polyinsularisban szenvedők érzési zavarairól.

Gebhardt Ferencz dr. klinikai gyakornoktól.

(Vége.)

II. Érzés. Beteg lehangolt, feledékeny, szellemi képességei csökkentek; állandóan szédül, különösen ha balra néz; gyengének, fáradtnak érzi magát. *Órákig tartó heves nyilaló fájdalmai vannak, melyek állandók, csak hevességükben szünetelnek.* E fájdalom a jobb lapoczka tájáról indul ki s leterjed a jobb felső és alsó végtagra, *éjjel rendesen fokozódik.*

Tapintásbeli eltérésben más változás nincs, mint hogy az *egész jobb testfél általában hyperaesthesiás.*

Színérzésben eltérés nem mutatható ki. Látóterek szabadok. Látás jobb szemen = 5/20, balon = 5/70.

Jobb fülén 1 meterről, a balon 30 cm.-nyi távolból hallja meg az óra ketyegését.

Izlés, szaglás rendes.

Május 28-dikán. *Lefolyás: Fájdalmai állandóak.* Rendeltetik 0·15 gm.-os chinin-por naponta háromszor.

Junius 7-dikén. Állapot ugyanaz. A fájdalom most rendesen este 9 órakor kezdődik *s reggel, mintha elvágták volna, mulik el.* Rendelés kalium jodatum 8:180, naponta 3-szor. Esténkint 1·25 gm.-os chinin-porok.

Junius 14-dikén. Mióta az 1·25 gm.-os porokat szedi, fájdalmai éjjel 12 órakor kezdődnek s nem oly nagyon hevesek.

Junius 24-dikén. Fájdalmai ép oly hevesek, mint voltak a chinin szedése előtt. *Rendeltetik* 1·0 gm. phenacetinból és 0·03 gm. codeinból álló por.

Junius 25-dikén. Fájdalmai az éjszaka nem voltak.

Junius 26-dikán. *Fájdalmai ismét voltak.*

Bal alszárán az erősebb tüszúrást nem mondja fájdalmasnak. A jobb alsó végtagján hyperaesthesia van jelen: a tüszúrást, ámbár igen csekély erővel történik, nagyon fájdalmasnak jelezi, kisfokú nyomást nagynak tartja.

Julius 1-sején. Olyan fájdalmai voltak, hogy 0·01 gm. morphint kellett alkalmazni.

Julius 8-dikán. A fájdalmak ellen, melyek mindennap, különösen este jelentkeznek, 3-szor naponta phenacetin-codein-porokat kap.

Julius 10-dikén. Egész éjjel nyugodtan aludt, fájdalmai nem voltak.

Julius 18-dikán. Öt napig elég jól érezte magát, de az utóbbi 2 napon ismét erősbödtek fájdalmai.

Julius 26-dikán. Fájdalmai ismét alábbhagytak intensitásukban.

Julius 28-dikán. *Érzésben annyiban van változás, hogy a hátán a két lapocz között az ecset érintését alig érzi.*

Augusztus 4-dikén. Fájdalmak ismét teljes intensitással léptek fel. Rendelés chinin-por napjában 3-szor.

Augusztus 10-dikén. *Rendkivül erősen szédül.*

Augusztus 19-dikén. Conjunctivitis cat. ocul. dextri.

Augusztus 23-dikán. Érzésben nincs változás.

September 4-dikén. A fájdalom fennáll, a szédülés alábbhagyott.

September 15-dikén. Conjunctivitis meggyógyult. *Az érzésben annyiban van változás, hogy tenyerébe adva a forintot, a koronától megkülönböztetni nem tudja.*

September 23-dikán. *Az ecsetérintést nem jelzi a jobb fül körül* s a fül alatt a nyakon mintegy tenyérnyi terjedelemben;

késve jelzi a jobb kézfejen és jobb lábfejen. A tüszúrás iránt igen érzékeny a jobb testfélen, főleg az alsó végtag feszítő oldalán; alig ér bőréhez a tű, neki az élénk fájdalmat okoz. A bal alsó végtagján az inguinal tájtól lefelé a feszítő oldalon erősebb tüszúrást sem tart fájdalmasnak.

Mindkét lába fején a hideget melegnek jelzi, míg jobb oldalán a langyos vízzel telt kémcsövet forrónak érzi. Balkéz stereognostikus érzése jó. Jobb kézen az érdest, a kúpot, a négyszögletes tárgyakat, a hengert, a gömböt absolute nem ismeri fel.

Bal fülén az óra ketyegését 15 cm.-nyire hallja, jobb fülön 1 meternyire. Csontvezetés jó. Szaglás, ízlés jó. Fájdalmai nem oly hevesek. Erős szédülése van.

Október 2-dikán. Fájdalmak ellen 0·5 gm. antipyrin.

Október 9-dikén. Reggel erős szédülése volt, 0·10 gm. chinint kap újra; este a szédülés engedett.

Október 16-dikán. Nem szédül, heves fejfájása van.

Október 18-dikán. A változás, mely állapotában klinikai tartózkodása alatt beállott, főleg abban nyilvánul, hogy most a jobb lábát maga is fel tudja emelni. A jobb oldal hyperaesthesiája kevésbbé kifejezett. A fül körül *csak a fül mögött van anaesthesia*; különben az érzés nem változott.

***

Ezen eseteket észlelve feltünt, hogy különféle úgy subjectiv, mint objectiv érzési zavarok vannak jelen. Mindkét betegnek subjectiv érzését szaggató vagy égető fájdalmak zavarták, melyek főképen az alsó végtagokra lokalizálódtak, az első esetben azonban a derék, a hát, s főleg a gyomor tájékán is igen nagy mértékben jelentkeztek. Sokszor, különösen a második esetben rendkivül erős fejfájások kinozták a beteget.

Az objectiv érzési zavarok közül a következőket észleltük: A *tapintás-érzés* ecsettel vizsgálva, a test egyes helyein teljesen hiányzott vagy csökkent; az egyik beteg a tű hegye s foka közötti különbséget nem ismerte fel. A *fájdalomérzés* mindkét esetben csökkent, a betegek a tüszúrást, a csipést egyszerü érintésnek mondják. Különösen feltünő volt ez a II. esetben, a hol az egyik alsó végtagra localizálódott csökkent fájdalomérzéshez, a másik alsó végtagon túlságosan finomodott érzés csatlakozott, úgyannyira, hogy a betegnek már az egyszerü érintés is élénk fájdalmat okozott. A *hőérzés* mind a két esetben nagyon rosszabbodott. *Izomérzés* tekintetében az egyik esetben annyiban észleltünk zavart, hogy a beteg a czérna befüzését nagyon ügyetlenül végzi, máskülönben az izomérzés mindkét esetben kielégítő volt. A II. esetben a *stereognostikus érzés* is zavart volt, a mennyiben a beteg a koronát a forintostól, az érdest a simától, a négyszögletest a gömbölyütől egyáltalán nem tudta megkülönböztetni. Az I. esetben az *emlékező tehetség* is gyengült.

Látás tekintetében csak a II. esetben észleltünk eltérést, a mennyiben a visus a jobb szemen $^5/_{20}$, a balon $^5/_{70}$ volt; a szemtükri vizsgálatnál a bal papillát halványabbnak találtuk. Ugyanezen esetben a *hallás* a bal fülön lényegesen gyengült, a mennyiben a jobb fülön 1 meternyire, a balon 30 cm.-nyire hallja az óra ketyegését.

Ezen érzési zavarok lefolyását illetőleg megjegyezzük, hogy a II. esetben az érzési zavarok, mintha *ollóval vágták volna el őket*, hirtelen megszüntek, és hosszabb időn keresztül nem is jelentkeztek. Ellenkezőleg az I. esetet az jellemzi, hogy a fájdalmak az egész idő alatt állandóan jelen voltak, s hevességükből jobbára csak a legkülönfélébb narcoticumok és fájdalomcsillapitók — mint phenacetin, lactophenin, morphin stb. — vagy a gerinczoszlop kétoldalán alkalmazott égetések — points de feu — segítségével engedtek valamit.

A második esetünk tehát teljesen megegyezik a *Freund* és *Oppenheim* tapasztalatával, azaz az érzési zavarok és főképen a fájdalom időnként tényleg eltünnek, majd ismét esetleg más helyen és más alakban újból jelentkeznek. Az első eset azonban a sclerosis polyinsularisban fellépő érzés-zavarok időszakos voltát nem igazolja s igy *Freundnak* és *Oppenheimnak* nézetét általános érvényünek, illetve jellemzőnek el nem ismerhetjük.

Azon kérdésre, hogy hogyan tudjuk ezen érzési zavarok keletkezését, majd megszünését értelmezni, a feleletet a sclerosis polyinsularis boncztana adja meg. Akkor, midőn érzésbeli zavarok jelentkeznek, a gerinczvelőnek oly területei vesznek részt a bántalomban, a melyek az érzést létrehozó inger vezetésére szolgálnak. Ha tekintetbe veszszük, hogy ezen tünetek feltünően hasonlitanak a tabes dorsalis érzésbeli zavaraihoz, közel áll a feltevés, hogy a sclerosis polyinsularis ezen eseteiben az idegrendszer ugyanazon részében találunk kóros elváltozást, mint a tabes dorsalisnál.

Láthatjuk ebből, hogy a sclerosis polyinsularis érzészavarai tulajdonképen a bántalom kiterjedésétől függenek. Érdekes pl. azon eset, a mikor a sclerosis polyinsularis lefolyásában a Brown-Séquard-féle tünetcsoport jelentkezik, a mely, mint tudjuk, eltekintve a mozgási zavaroktól, a legkülönfélébb érzési zavarokban, fokozott fájdalomérzésben, a bénult oldalon teljes vagy gyakrabban részleges anaesthesiában és csökkent fájdalomérzésben, a másik oldalon övérzésben stb. nyilvánul.

A tüneteknek nagyjában ilyenforma megoszlását észleltük a II. esetben; ilyenkor a sclerosis polyinsularis boncztani kiterjedése, mint azt a Brown-Séquard féle kisérletből tudjuk, a gerinczvelő egyik felére terjed ki.

Miután bonczolási vizsgálatokra még nem támaszkodhatunk, nem czélunk a sclerosis polyinsularis kóros szövettanával behatóbban foglalkozni, csak a tünetek időszakos voltának boncztani magyarázatát emlitjük fel.

A sclerosis polyinsularis *Uhthoff*[11] véleménye szerint egy primaer interstitialis lobos folyamattal kezdődik, s ennek eredménye volna az idegrostoknak pusztulása, a mennyiben a lobos úton fejlődött szövetszaporulat az idegrostok nyomási atrophiáját létesiti. Az idegrostok pusztulását a velős hüvely szétesése vezeti be, míg a tengelyszál hosszú időn keresztül ép marad, vagy csak csekély elváltozást mutat, a mi a tengelyszál duzzadásában, megvastagodásában nyilvánul *(Schultze*[12]*)*. *Charcot*[13] azt állitja, miszerint nemcsak hogy relative ép marad a tengelyszálaknak legalább egy része, hanem a csupaszszá vált tengelyszálakat lassankint új velős hüvely veszi körül, s igy teljes gyógyulás jön létre. A tengelyszálaknak ezen viselkedéséből óhajtják magyarázni az érzésbeli zavarok időszakos voltát.

Bármennyire elfogadhatónak lássék is ezen többé-kevésbbé boncztani alapon nyugvó nézet, mégis mi ezen magyarázatot nem tartjuk teljesen elfogadhatónak.

Azon alap, melyen *Freundnak* véleménye nyugszik, nem oly feltétlenül megdönthetetlen.

Semmiféle positiv klinikai, kórboncztani vagy kisérleti tapasztalat nem bizonyitja azt, hogy magasabbrendü emlős állatnál a gerinczvelőben tönkrement idegsejteket és rostokat újonnan képződött idegelemek pótolnák, s igy a sclerosis polyinsularisban jelentkező érzési zavaroknak hirtelen változását sem magyarázhatjuk az elpusztult gerinczvelőrészek regeneratiojával. Nem is igen képzelhető, hogy az idegrendszer regeneratioja vagy akárcsak relativ gyógyulása oly gyorsan létesülhessen, mint a milyen hirtelen a sclerosis polyinsularist kisérő érzésbeli zavarok változnak.

Azt hiszszük, hogy az olyan esetekben, mikor az *érzési zavarok állandóak* s legfeljebb hevességüket csökkentjük különféle narcotikumokkal valamennyire — mint egyik esetünkben —, a gerinczvelő s talán a cortex érző területein *oly boncztani elváltozások vannak, melyek soha többé nem reperálódhatnak*. El kell azonban ismernünk, hogy vannak oly idegbántalmak, mint pl. a gerinczvelő különféle okokból létrejött féloldali megbetegedései, mikor daczára a maradandó boncztani elváltozásoknak, az érzési zavarok mégis enyhülnek s lassankint teljesen eltünnek. Ezen eseteket magyarázó elméletek bővebb méltatásába jelenleg nem bocsátkozhatunk.

Ha sclerosis polyinsularisban jelentkező azon érzészavarokat vizsgáljuk, *melyek időszakosak*, azaz hol eltünnek, hol ismét elöállanak, úgy fel fog tünni, hogy ezek a *functionalis érzészavarokhoz* nagyon hasonlitanak.

Többször tapasztaltuk azt, hogy ezen érzési zavarok tisztán a beteg subjectiv érzületére ható szerekre, ú. n. *suggestiv therapiára* enyhültek s sokszor bizonyos időre elmultak. Nyilvánvaló,

[11] *Uhthoff*: Berliner klin. Wochenschrift Nr. 23. 1889. — Archiv f. Psychiatrie. Bd. XXI. Heft 1 und 2. 1890.

[12] *Schultze*: „Ueber das Verhalten der Axencylinder bei multipler Sklerose." Mendel's Neurolog. Centralblatt 1884, S. 196.

[13] *Charcot*: Gaz. des hôpitaux, Nr. 149. 1886.

hogy az ilyen sclerosis polyinsularis-esetek érzészavarai nem is ezen szóban forgó bántalomnak voltak tulajdonképen tünetei, hanem a vele kapcsolódott functionalis neurosis, *hysteria* eredményezte.

Ezek alapján azt véljük, *hogy a sclerosis polyinsularis érzési zavarai közül azok, a melyeket a gyors változékonyság jellemez, boncztani alappal nem birnak, hanem csak functionalis jellegüek, azaz a hysteriás érzési zavarokkal egyenértékűek.*

* * *

Ezzel elmondottuk azt, mit a sclerosis polyinsularist kisérő érzési zavarokra jellemzőnek tartottunk.

Mielőtt azonban befejezném e szerény értekezést, kedves kötelességemnek tartom köszönetet mondani *Jendrássik Ernő* tanár úrnak azon szívességéért, hogy ezen esetek közlését átengedni kegyes volt s jóindulatú tanácsaival s útbaigazításaival támogatott.

Sebészeti esetek az esztergomi kórházból.

Közli *Gönczy Béla* dr. igazgató főorvos.

1. Sarcoma mandibulae miatt végzett és prothesis alkalmazásával gyógyult állkapocs-csonkolás esete.

Cz. M.-né, 33 éves, rk., szalkai születésű földmíves nejénél húsdaganat miatt, mely alsó állkapcsán három jobboldali zápfogának helyét elfoglalta, állkapocscsonkolást végeztünk, s abból egy 4 cm. hosszú darabot távolítottunk el. Már műtét után pár napra feltünő volt a száj elferdülése, s a beteg panaszai kifogyhatatlanok voltak, hogy fogsorai nem fedezik egymást, miért is rágni nem képes. A beteget e miatt műtét után két héttel leküldtem Budapestre Bugsch Gusztáv dr. fogorvoshoz, ki a betegnek egy oly prothesist készített, melyen a bal praemolaris fogaknak megfelelőleg egy függélyes sín emelkedett felfelé, oly czélból, hogy az a felső fogsorra támaszkodva az alsó fogsort szorosan a felső fogsorhoz húzza.

A prothesis beillesztése, illetve viselése eleinte nagy fájdalommal járt, de miután a beteg 4—5 óra hosszáig azt eltűrte, a fájdalom lassan engedett, s következő nap már semmi kellemetlenséget nem okozott, s ekkor már a két fogsor teljesen egymáshoz illeszkedett.

A beteg prothesisét utóbb naponta csak néhány órára tartja szájában, mert fogai a nélkül is teljesen fedezik egymást.

2. Anchylosis mandibulae miatt végzett állkapocs-csonkolás.

B. János, 33 éves, rk., esztergomi születésű vinczellér 15 éves korában valamely szájgyuladást állott ki, mely a bal pofa belsején nagy szövetelhalásokhoz vezetett s gyógyuláskor a heg zsugorodása folytán nála egy állkapocszár keletkezett, miért is képtelen volt fogsorait egymástól eltávolítani, s hogy mégis táplálkozhassék, felső metszőfogait tördelte ki, hogy az igy képződött nyiláson legalább híg ételeket vehessen magához.

A betegnek műtétet ajánlottunk, s azt 1898. évi február 5-dikén hajtottuk végre. A bal állkapocs-szögleten egy ívalakú, 3 cm. hosszú metszést ejtettünk a csontig, s a seben keresztül vésőt vezetve be, az állkapcsot függélyesen átvéstük s belőle egy 1 cm. széles darabot el is távolitottunk. Műtét után a beteg alsó és felső praemolaris fogai közé egy 8 mm. széles éket sikerült dugni.

A beteg nagy fájdalmak árán és sok önmegtagadással éjjel-nappal tágitja fogsorait, úgy hogy 8-dik napon már kétujjnyi vastag éket tart fogai között. A seben át naponta gazet toltunk az állkapocs szétmetszett végei közé, úgy hogy azok nem forrhattak össze, mert a száj nyákhártyája beborította az állkapocs szétvésett végeit.

Ily módon egy új állizület fejlődött, s a beteg — ki február 19-dikén távozott — állkapcsát mostan rágásra egészen jól használhatja.

3. Hernia incarcerata miatt végzett sérvhasmetszés.

W. S., 57 éves, izraelita, nős, galgóczi születésű kereskedő, 1898. augusztus 13-dikán este sérvkizáródás tünetei közt hirtelen rosszul lett. Már évek óta gyermekfejnagyságú visszahelyezhető lágyéksérve volt de fentnevezett napon sérve fájdalmas lett, visszahelyezni többé nem tudta, csuklás, hányás jelentkeztek nála, mi miatt orvosi segélyhez folyamodott s ekkor többszöri kisérletezés után a sérv bár visszahelyeztetett, a kizáródási tünetek súlyosbodtak. Következő nap reggelén a beteg a közkórházba került. Felvétele alkalmával a jobb lágyéktáj a másikkal teljesen symmetrikus, de igen fájdalmas s egy tenyérnyi területen tompa kopogtatási hangot ad; ennek megfelelőleg a hasban tömöttebb tapintatú, férfiökölnél nagyobb daganat érezhető.

Ezek alapján felvettük, hogy a tátongó lágyékcsatornán át a sérv mindenestül együtt visszahelyeztetett s ez képezte okát, hogy a kizáródási tünetek még súlyosbodtak is.

A betegnél a lágyéktájban egy 15 cm. hosszú metszéssel azonnal hasmetszést végeztünk (narcosisban), mire a gyermekfejnagyságú sérv könnyen előhuzatott. A tömlő megnyitása után egy erősen megvastagodott és vérrel beivódott falú 16 cm. hosszú bélkacs tünt elő, melyet a 3 ujjnyi sérvkapu szoritott össze. A kapu tágitása után a bélkacs reponáltatott. Minthogy pedig a sérv valószinűleg már gyakrabban helyeztetett igy mindenestül vissza, a nélkül azonban, hogy kizáródott volna, a betolakodó sérv a hashártyát a hasfalzatról maga előtt letolhatta, illetve meglazitotta, úgy hogy a köztük képződött űrben foglalhatott helyet; miért is a sérvtartalom visszahelyezése után nemcsak a tömlőt irtottuk ki, de a laza hashártyából is egy oly darabot, hogy azt 14 cm.-nyi hosszúságban kellett utóbb összevarrni.

A műtét azután Bassini szerint lett befejezve.

Műtét után a beteg láztalan; augusztus 15-dikén beöntésekre székürülés jelentkezett, 9-dik napra fonálgenyedés miatt 38°-os láz mutatkozott, azóta hőmérséke mindig normalis volt. Szeptember 13-dikán a beteg gyógyultan távozott.

4. Strumektomia.

F. S.-né, 50 éves, róm. kath., esztergomi születésű földmíves neje, azon panaszszal vétette fel magát a kórházba, miszerint golyvája annyira szoritja, hogy néhány hónap óta alig bir lélekzeni s állapota azóta folyton súlyosbodik.

Betegnek nyaka erősen megvastagodott, 42 cm., assymetrikus. Ádámesutkája erősen jobb felé van tolva. A pajzsporcz baloldalán egy különálló tyúktojásnyi, e mögött egy ökölnyi dudorzatos, nem mozgatható daganat van, melyek a nyelési mozgásokat követik. A beteg lélekzése oly mértékben nehezített, hogy a belégzésnél erős fütyülő hangot hallat; egyáltalán erős fájdalmakról panaszkodik.

Diagnosis: Struma.

Műtét narcosisban 1899. február 22-dikén. A műtét Kocher szerint hajtatott végre.

Műtét után a beteg igen anaemikus, érlökése kicsiny, szapora, puha, úgy hogy 1/4 óránkint 100 cm³-nyi beöntéseket kap. Estére az érlökés javul, hőmérséke 37° s ettől kezdve állandóan 37° alatt marad. A seb 8 nap mulva már gyógyult. Húsz napi reconvalescentia után gyógyultan távozik. Légzési nehézségei teljesen megszüntek. A kiirtott golyva egyik lebenyének átmérői 6 1/2—4 1/2—4 1/2, a másikéi pedig 9—6—5 1/2 cm. Ez utóbbin látható egy diónyi kiemelkedés alakjában az isthmus.

Szövettani vizsgálatnál tágult mirigycsatornák láthatók benne sárgásbarna colloid tartalommal, egyesekben véralvadékkal. A jobb lebeny centrumában meszesedés is fellépett.

5. Echinococcus hepatis műtéte.

R. R., esztergomi születésű, 20 éves hajadon, báloldali epigastriumában egy ruganyos tapintatú, sima felületű, gyermekfejnagyságú daganat tapintható, a mely felett kikopogtatható tompulat a májtompulattal összefolyik. A daganat a légzési mozgásokat követi s a testnek balról jobbra forgásakor kissé a középvonal felé sülyed.

Diagnosis: májburkonytömlő.

Műtét narcosisban 1898. november 7-dikén.

A hasfal a linea albában 8 cm. hosszúságban nyittatott meg, mire a májnak erősen megnagyobbodott bal lebenye a hassebhez hozzáfeküdt; a tömlőt megpungálva, a zsigeri hashártyát a fali hashártyával már előzetesen összevarrt bőrhöz kivarrtuk. Végre a tömlőt szélesen megnyitottuk, belőle a fióktömlőket eltávolitottuk (tartalma 1 liternyi volt), az üreget kimostuk s egy vastag drain-csövet helyezvén beléje, körülte az üreget gaze-zel kitömtük.

Betegnél este a hőmérsék 38·1°, következő nap este 38°, azontúl a délutáni hőmérsék a 37·5°-ot sem éri el többé.

A beteg 19 nap mulva a kórházat elhagyja, de kötözésre bejár.

Műtét után 6-dik héten már csak egy sekély fistula maradt fenn, de az többszöri edzés és kikaparás után csak néhány hó mulva gyógyult be teljesen.

TÁRCZA.

Előitéletek, népszokások és babonák a szülészet körében Szabadkán.[1]

A következőkben azon előitéleteket és népszokásokat óhajtom megismertetni, melyek Szabadkán uralkodnak a nép között a szülészet körében.

Követem e tekintetben *Temesváry Rezső* dr. ismeretes jeles munkáját, mely az „Orvosi Hetilap"-ban mint külön melléklet jelent meg.

Tárgyalom tehát sorrendben mindazon előitéleteket, szokásokat és babonákat, melyek a szülést megelőző, magát a szülési actust kitevő s a szülést követő dolgokat, valamint általában a nemi életet érintik.

E sorok Szabadkára nézve kiegészitésül szolgálnak Temesváry dr. jeles munkájához.

Havi vérzés. A havi vérzést a szüléssel és a terhességgel szorosan összefüggőnek tartják s olyannak, melyre egészséges nőnek szüksége van, hogy *tisztuljon* a rossz vértől. Bár természetesen megjelenésétől félnek, tartva egy legközelebbi conceptiotól. Nemkülönben félnek a vérzés rendellenes elmaradásától, mert ebből egy már bekövetkezett conceptiora következtetnek. Igyekeznek is a vérzést megindítani különféle módon. Igen kedvelt szer a sáfrányfőzet, külsőleg forró fürdők s gőzölés friss oltott mész felett.

Az abortiv czélból alkalmazott eljárásokról másutt.

Ha a vérzés nagymennyiségű, fahéjfőzetet isznak. A különben okszerű hideg borogatásoktól irtóznak. Általánosan mondható a szegényebb néposztály nőiről, hogy havibaj alatt tartózkodnak az ingváltástól, mert az csak meghosszabbítja a tisztulás tartamát. Persze az új fehér-

[1] Az idei szabadkai vándorgyülés előadásaiból.

neműn a vér jobban elterjed beivódás folytán, mint a régi, véres, zsiros, verejtékes fehérneműn. *Havi vérzés elmultával nem fürdenek.* A vérzés tartamának befolyásolásakép teszik, mint hallottam, az első havibajos véres ingnek 2—3—4 ujjal való kimosását, hogy a következő vérzések 2—3—4 napig tartsanak csak.

A vér cosmetikus értéke májfoltoknál nagy.

Sterilitas. Sterilitas és a vele összefüggő dolgok a szabadkai nép gondolkodásmódjában különös felfogások által vannak magyarázva. Okának bizonyos babonás és anticonceptionalis eljárásokat tartanak.

Ha a nő a nászéjen a férj vánkosát észrevétlenül megfordítja, vagy a férj az első szülés után az ágyderekat megfordítja, biztos az ezutáni sterilitas. A magyar parasztasszony különben még elég logikusan azt mondja: nem szöreti az ura. Igen hathatós a sterilitas elérésére különben a karácsonyi morzsával vagy coitáló kutyák szörével való füstölés.

Művileg az úgynevezett *„parasztbábák“*, a szüléssel foglalkozó vén kuruzsló asszonyok igyekeznek azt elérni az által, hogy a méhet iparkodnak megfordítani szülés után (mesterséges *retroflexio*). Persze, hogy ezen bűnös műveletbe nem egy anya pusztul bele.

Anticonceptionalis és abortiv eljárások. Kutatásaimban szomorúan kellett tapasztalnom, hogy az anticonceptionalis és abortiv eljárások milyen sűrűen és nagy gyakorlottsággal alkalmaztatnak. Kiirthatatlan a törekvés egy conceptio vagy egy rendes szülés megakadályozására. Ezen törekvés legtöbbször bűnös alakban nyilatkozik.

Már az *esküvőnél* gondoskodik a leány, hogy a conceptio elkerültessék. Kútba dobott zárt lakat megőrzi a nőt addig a conceptiotól, míg a lakatot ki nem nyitják. Esküvőre menet hamarjában a hány kéményt számlál, annyi évig nem lesz conceptio. Ugyanezen czélból esküvőnél csengetni nem szabad. Ha a menyasszony a rozmaringyökér parazsát utolsó menstruatios vérének néhány cseppjével eloltathatja, meddő marad, valamint ha vőlegénye ingét köti a derekára.

Sokkal nagyobb a száma azon eljárásoknak, melyeket a conceptio elkerülése végett a *coitus alatt* alkalmaznak. Nem egy eljárás mélyen lealázó és elitélendő, erkölcstelenségénél fogva.

Fecskendezés, több férfival való coitus, gyors felugrás coitus után, üres palaczkba való fúvás általi erőlködés, megszakított coitus, spongya és rongydarabnak a hüvelybe való alkalmazása.

Sok helyütt tapasztaltam, hogy a szülés alatt és mindjárt utána olyan eljárásokat alkalmaznak, melyek egy következő conceptio megakadályozását czélozzák. Igy a köldökzsinórra 1—2—3—4, sok csomót köttetnek, hogy annyi évig conceptio ne történjék; hasonló czélból eszi a nő a sertés ovariumait és iszsza az úgynevezett „szarkalábtheát“, s a megszületett placentába búzaszemeket dugdos. Igen elterjedt vidékünkön, hogy a szülésnél jelenlévő parasztbába — a mint nálunk mondják — *„a méhet elfordítja.“* (Mesterséges retroflexio.)

Mindezeknél mélyebben elitélendő az úgynevezett *magzatelhajtó szerek és eljárásck* gyakori alkalmazása. Szomorú fényt vet népünk erkölcsi életére! Nyilvánosan beszélnek olyan asszonyokról, nevüket is említik, kik a magzatelhajtással üzletszerűleg foglalkoznak, ebből igen jól megélnek s *bántódásuk nincs!!* Olyan arányban szaporodott fel utolsó időkben városunkban az elvetélések száma, hogy ehhez fogható magas százalékot az ország egy részében sem találunk. Ezzel szemben a népesség szaporodása nem mutatja azt az egyenletesen nagyobbodó számot, melyet az eddigi számok után várhattunk. Közismert tény, hogy az utolsó időben a szülések száma az előző évek szüléseinek számához képest aránylag kevesbbedett. Oka ennek csakis az abortiv eljárások elterjedtsége lehet.

A módszerek között különben legismertebb a lúdtollal való beszúrás. Elég ügyesen a bevezetett új segédkezése mellett végezik. Használt eszköz még e czélra a kötőtű, fehérmályva kihegyezett gyökere és az orsó. Belsőleg anyarozs, rutafű, kámfor és sáfrány pálinkában; szarkalábfőzet, köszörűkőről lefolyó víz. Az általánosan elterjedt forró fürdőket és gőzöléseket itt is használják.

Az igazság kedvéért tartom szükségesnek megemlíteni, hogy ezen eljárások alkalmazását inkább a szerb és bunyevácz lakosságnál hallottam gyakrabban, a magyaroknál csak ritkán. Ezen tényt látszik magyarázni azon sajátságos felfogás, melylyel nálunk az abortáló nőről vélekednek: a gyakran abortáló nő megvetett. Érdekes különben, hogy a magyar azt hiszi, hogy az abortáló nőnek a pokolban abortált magzatainak holttestét kell megenni. Sőt azt is tartja a népfelfogás, hogy az ilyen nő lelke visszajár és ezt el is panaszolja.

Terhesség. Terhesség jelenlétét ott, hol a rendes élettani jeleket nem látja, babonás jelekből iparkodik megtudni. Leggyakrabban hallottam említeni a Mária képbe szúrt kilencz varrótűt, melyek ha megrozsdásodnak, úgy a nő teherben van.

A terhes asszony viselkedésére igen sok babonájuk van. Nem szabad kötél alatt elbujni, sok vizet inni. Ha terhes asszony valami ételt lát és megkíván, ezt neki meg kell adni, mert szülés után a gyermek szájában találják azt meg. Kötélre kötött korsóból ne igyék, semmit ne lopjon. Ne dobják meg a terhes nőt valamivel, mert a gyermek testén a megfelelő helyen folt lesz. Mint látjuk elég rationalis követelmények, mert a gyermek érdekeit védik. A terhes nő *diaetát az ételben* nem tart, kivéve a jobb módúakat. *Eszik a mije van.* Sok pálinkát isznak, különösen kámforral, hogy a magzat fehérarczú legyen. De vizet és tejet nem, mert ettől vízfejű lesz a gyermek. A terhesség alatti fehérfolyást a magzat tisztulásának tartják.

Terhes nő az emlőjét nem ápolja, nem mossa, ellenben megfogni nem engedné. Minden emlőbaj egyetlen okának a meghülést tartja, kivéve természetesen a boszorkányozási eseteket. Hisznek abban, hogy vannak öregasszonyok és boszorkányok, kik az emlőt megronthatják.

Érdekes, hogy milyen jelekből iparkodnak a *magzat nemét előre megállapítani.* Hegyes has, *„túlhordott“* magzat fiú lesz, kivált ha az anya arcza fehéren marad és a kézhátat inkább nézi a terhesség alatt. Ellenkező esetben leány születik. Ha az anya kompaktabb ételeket kíván enni, úgy fiút fog szülni.

Ethnographikus szempontból érdekes, hogy minő eljárásokat alkalmaznak a magzat kivánt nemének elérésére. A coitusnál a baloldali felszállás, bal láb felemelése, a száj becsukása fiút eredményez, ugyanezen czélból a férfi sapkát visel. Hogy leányváráskor mit alkalmaznak, nem hallottam, úgy látszik, nálunk sem kivánják a leánymagzat születését. Igen szép vonás, hogy a *születendő gyermeket* és annak érdekét mi minden módon iparkodnak védeni. Menstruatiokor tilos a coitus, (mert a gyermek sebes arczú lesz); mámoros férfi gyermeke hülye lesz. A legképzelhetetlenebb módokon iparkodnak a gyermeket még születése előtt megvédeni a megcsodálástól, megrontástól. Tilos terhes nőnek nyomorék embert vagy rút és szőrös állatot nagyon megnézni, mert a magzat olyan lesz; tilos az anyának lopni, mert a lopott tárgy alakja a magzaton meglátszik. Szintúgy meglátszik, ha az anyát valamivel megdobják; a gyermeknek anyajegye lesz. Legbiztosabb szer mindezek ellen, ha az anya rögtön a szoknya kötözködésbe dugja a hüvelykujját. Igen elterjedt különben még a parázsszénnek vízbedobása.

Antiabortiv szerekről és eljárásokról nem sokat hallottam: úgy látszik örül az ilyen nő, hogy ily szerencsés természete van.

A szülés. A szabadkai népnél is megvan a hit, hogy a szülőnő a *Boldogasszony védelme* alatt áll szülése alkalmával. Tehát nyoma maradt a régi pogány magyar vallásból származó felfogásnak. Személyesitik azonban most már Szűz Máriával.

Midőn a terhes asszony az időt elérkezni látja, előkészíti magát a szüléshez: magát, ágyát és környezetét behinti szentelt vízzel, a tisztasági szempontból való megfürdést azonban nem igen tartja szükségesnek. Nem egyszer látjuk a nyomát ennek nagy bosszúságunkra.

Az előkészületekhez tartozik különben a szülősátor elkészítése, melyet a gyermekágy fölé alkalmaznak. Rudakra nagy lepedőt feszítenek ki a gyermekágy fölé, melynek egyik sarkába sót, kenyeret és fokhagymát tesznek, míg a nő vánkosa alá kést és villát tesznek keresztbe. Mindez arra szolgál, hogy az anyát és gyermeket megvédje a rossz emberek szemverésétől, a boszorkányoknak pedig a gyermekhez való közeledését megakadályozza.

A szülésnél a nő nagyrészt ülő helyzetben van oly módon, hogy egy felfordított szék lábaira helyezkedik. Ez az ú. n. „parasztbábák“ által is igen kedvelt szülési mód. Ez esetben a gyermek placentával együtt csekély magasságból szabadon a földre hull vagy az alélhelyezett teknőbe, pokróczdarabra. A parasztbába az egész kitolási szakban a gyermeket nem vezeti, a gátat nem védi. Csak két esetben volt alkalmam tapasztalni személyesen, hogy a nő hosszas vajudás után *állva* kivánt *szülni*, mit persze nem engedtem meg. Szülésznőktől azonban több ilyen szülésről hallottam értesitést.

Váli Dezső dr. Szabadkán.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Prof. H. Kehr: Anleitung zur Erlernung der Diagnostik der einzelnen Formen der Gallensteinkrankheit. Berlin, 1899. Fischer's medicinische Buchhandlung.

Szerzőnek 1896-ban megjelent munkája (Die chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit), melyről annak idején lapunkban is megemlékeztünk, az epekőbetegség diagnostikáját csak mellékesen tárgyalta és a fősúlyt a cholelithiasisnál tekintetbe jövő operativ eljárások ismertetésére fektette.

Jelen munkája a gyakorló orvos igényeit akarja kielégíteni. Minthogy csak nagyon pontos, a kövek helyzetét és a lob fokát tekintetbe vevő diagnosisok alapján lehet megállapítani, vajjon szükséges-e az operativ beavatkozás: szerző első sorban arra a kérdésre akar feleletet adni, hogy mikép ismerhetők fel a veseköbetegség különböző alakjai, másodsorban pedig arra, hogy mikor javalt cholelithiasisnál a karlsbadi kúra és mikor az operativ kezelés?

Ezen kérdésekre epekőbetegség 433 esetében végzett laparotomia alkalmával szerzett tapasztalatai alapján adja meg a feleletet.

Maga a munka két részre oszlik. Az első rész négy előadás keretében az epekőbetegség kórtanát és kórboncztanát, az anamnesist és vizsgálati eljárást, a részletes kórismét és a gyógykezelést tárgyalja. A második rész 100 kórtörténetet közöl kimerítően, és pedig bizonyos osztályokba csoportosítva; e kórtörténetek beható tanulmányozása alkalmas arra, hogy az epekőbetegség részletes kórismézésének elsajátítását tetemesen megkönnyítse.

A cholelithiasis terén nagytapasztalatú szerző ezen újabb, a gyakorló orvosra nézve is nagyfontosságú könyvét melegen ajánljuk olvasóink figyelmébe. Ára 5 márka.

Összefoglaló szemle.

A moszkito-malaria-kérdés jelen állásáról.

Ismerteti: **Aujeszky Aladár** dr., az egyet. ált. kór- és gyógyt. intézet tanársegéde.

Irodalom. *R. Ross: On some peculiar pigmented cells found in two mosquitoes fed on malarial blood. Brit. Med. Journ. 1897. R. Ross: Pig-*

mented cells in mosquitoes. Brit. Med. Journ. 1898. R. Ross: Report on the cultivation of Proteosoma Labbé', in gray mosquitoes. Calcutta 1898. P. Manson: The mosquito and the malaria parasite. Brit. Med. Journ. 1898. R. Koch: Die Malaria in Deutsch-Ostafrika. Arb. a. d. Kaiserl. Gesundheitsamte. Bd. XIV. 1898. B. Grassi: Rapporti tra la malaria e peculiari insetti (Zanzaroni e zanzare palustri). Atti d. R. Accad. dei Lincei Classi di sc. fis. mat. e nat. Vol. VII. 1898. Fasc. 7. G. Bastianelli, A. Bignami e B. Grassi: Coltivazione delle semilune malariche dell'uomo nell'Anopheles Claviger Fabr. Atti d. R. Accad. dei Lincei, Classi di sc. fis. mat. e nat. 1898. nov. 28. Grassi e Dionisi: Il ciclo evolutivo degli emosporidi. Rendiconti della R. Accad. dei Lincei. Seduta del 4 dicembre, 1898. George H. F. Nuttall: Die Mosquito-Malaria-Theorie. Centrbl. f. Bakt. 1899, XXV., 5—10. Ergebnisse der wissenschaftlichen Expedition des geheimen Medicinalraths Professor Dr. Koch nach Italien zur Erforschung der Malaria. Deutsche Med. Wochenschr. 1899. Nr. 5. C. W. Daniels: On transmission of Proteosoma to birds by the mosquito: a report to the Malaria Committee of the Royal Society. Proceedings of the Royal Society. Vol. LXIV. 1899. R. Koch: Ueber die Entwickelung der Malariaparasiten. Zeitschr. für Hyg. 1899. XXXII., No. 1. G. Bastianelli, A. Bignami e B. Grassi: Resoconti degli studi fatta sulla malaria durante il mese di gennaio és Ulteriori ricerche sulla malaria. Rendiconti della R. Accad. dei Lincei. Seduta del 5. febr. e del 7. maggio, 1899. Bastianelli e Bignami: Sullo sviluppo dei parassiti della terzana nell'Anopheles Claviger. Bulletino della R. Accad. medica di Roma. Anno XXV. 1898—99. Fasc. 3. George H. F. Nuttall: Neuere Forschungen über die Rolle der Mosquitos bei der Verbreitung der Malaria. Centrbl. f. Bakt. XXV. 24—25 és XXVI. 4—5. R. Koch: Erster Bericht über die Thätigkeit der Malariaexpedition. Deutsche Med. Wochenschr. 1899. 37. sz.

I. Történelmi adatok. (*Nuttall* összeállítása.)

Hogy a malaria-fertőzést vérszivó rovarok, kivált moszkitók közvetitik: a napjainkban egyre szaporodó tudományos vizsgálatok bizonyító erejű eredményeinek közzététele előtt is már többen állitották. A K. e. I. és az utána következő századokban már akadtak irók (*Varro, Vitruvius, Columella*), a kik a malaria terjesztésével a szunyogokat vádolták. Ismeretes az is, hogy némely malariás vidék lakói régi idők óta a moszkitókra gyanakodnak, mint a melyek szúrása váltólázat okozhat, sőt a németkeletafrikai *Usambara* hegység négere, a ki csak félve száll le a malariás sikságra, egyenesen „*mbu*"-nak vagyis moszkitónak nevezi a váltólázat. Tudjuk azt is, hogy malariás tájakon a nép már régen különféleképen védekezik is a moszkitók csípése ellen (moszkitóhálók, fátyol, függöny, füstölések stb.). *John Crawford* 1809-ben a „Baltimore Med. Phys. Recorder"-ben megjelent czikkében részletesen kifejti, hogy az alsóbbrendű állatok terjesztői lehetnek a fertőző betegségeknek. *Linné*ről is állitják, hogy a rovarok által közvetitett malaria-fertőzés lehetőségéről meg volt győződve. *Nott* (New-Orleans) 1848-ban a sárgalázról értekezvén, a moszkito-malaria-theoriát mint eléggé ismeretest emliti, *King* pedig 1883-ban igen behatóan és részletesen tárgyalja azt. Mindezek a dolgok azonban annyira csekély méltánylásban részesültek az orvosok részéről, hogy majdnem feledésbe mentek és a mikor századunk utolsó tizedében *Laveran* (1891), *Koch* és *Pfeiffer* (1892), *Manson* (1894), *Bignami* és *Mendini* (1896) a moszkito-malaria-theoriát újra szóba hozták, ezt sokan új felfedezésnek tekintették.

De ha a moszkito-malaria-theoria eszméje nem is új, újak azok az *experimentális vizsgálatok*, melyeket annak megerősítése szempontjából főleg angol, olasz és német szerzők végeztek. Mielőtt a kisérleti vizsgálatok összegezésére áttérnénk, röviden meg kell emlékeznünk azokról a dolgokról, a melyeket a moszkito-malaria-theoriának bizonyitására az experimentalis vizsgálatok eredményein kivül felhoznak és a melyeket *Nuttall* szerint a következőkben foglalhatunk össze.

II. A moszkito-malaria-theoria alapjai.

1. A malariaidény bekövetkezését nagyobb nedvesség és a levegő hőmérsékletének emelkedése előzi meg, mely tényezők alkalmasak a moszkitók fejlődésére és szaporodására. 2. A malaria mélyen fekvő, nedves, mocsaras helyeken uralkodik leginkább, a hol sok a moszkito is, míg a magasabban fekvő helyeken ritka (Koch szerint 2000 m.-nél magasabban fekvő területeken nem is fordul elő, a mi egyezik azzal, hogy ily helyeken már nem is találni moszkitót). 3. Tapasztalat szerint bizonyos foglalkozású egyének (mocsaras helyeken dolgozó és alvó munkások, táborozó katonák, halászok stb.) nagyobb számban kapják meg a váltólázat, jobban ki lévén téve a moszkitók csípésének. 4. Bizonyos földmunkák (csatornaépités, vasútépités stb.) alkalmával gyakran észlelik, hogy a nedves talaj föltúrása után, azelőtt malariamentes vidéken, malariajárványok keletkeznek, melyek valószinűleg összefüggésben vannak a nedves talajon elszaporodó moszkitókkal. 5. Bizonyságul szolgálnak azok a különféle intézkedések is, melyeket a malaria és moszkitók ellen alkalmaznak. Az utóbbiak ellen malariás vidéken moszkitohálókat, fátyolokat használnak az emberek, ajtaikat, ablakaikat éjjelre jól bezárják; a szabadban való tartózkodást éjjel veszedelmesnek tartják, mert a moszkitok inkább éjjel támadják meg az embert; a szabadban tartózkodók éjjel tüzet gyujtanak, hogy a moszkitók részben belehulljanak, részben pedig a nekik kellemetlen füst által távoltartassanak. *D'Abbadie* szerint az aethiopiai elefántvadászok, mikor malariás helyeken vadásznak, naponta kénnel füstölik testöket, hogy elkerüljék a fertőzés veszedelmét; a moszkitók ugyanis a kén szagát nem kedvelik s a kénszagú embereket nem bántják. Ennek tulajdonitja *Silvestri* professzor (Catania), hogy a kénbányászok igen ritkán kapják meg a malariát (100 váltóláz esete közül csak 8—9%). A négerek is talán azért kapják meg kevesebben a betegséget, mint a fehérbőrüek, mert szeretik zsirral kenni testüket és ez által kellemetlen szagúak, a mi a moszkitókat nem igen vonzza. És ha igy van, talán meg is magyarázhatjuk *Lind*-nek (1779) azt az állitását, hogy kis fokhagyma- és camphoros zsákok hordása jó prophylacticum a malaria ellen. Tapasztalás szerint malariás vidékeken fekvő városok belsejében, a mely távolabb esik a mocsaraktól és igy a moszkitóktól is, kevesebb a váltólázesetek száma. *Koch* emliti, hogy mig Róma vidéke erősen malariás, maga a város nem az, legalább belseje nem; pedig a szél odafújja a mocsaras környék levegőjét, a viz onnan folyik a városba, az élelmiszereket is onnan hordják Rómába, igy tehát a fertőző anyag bejutására elég alkalom volna, ha azt a levegő, viz vagy élelmiszerek terjesztenék. Annak okát, hogy Róma belső részei malariamentesek, Koch abban látja, hogy odáig nem repülnek el a moszkitók, a város szélső részeire azonban eljutnak s ott van malaria is! Az is tapasztalati tény, hogy a mocsarakon túl levő nagyobb mozgó vizek és erdők védelmet nyujtanak a malaria ellen, azért, mert feltartják a moszkitókat, a melyek nem tudnak nagyon messzire repülni. Hogy a mocsarak kiszáritása, száraz földdel való betöltése kitünően beváló védő intézkedés a malaria ellen, régen ismert dolog; a mocsárral eltűnnek a szunyogok is. 6. Feltehető, hogy valamint bizonyos rovarok egyéb parasitarius betegségeket (Texasláz, Filaria Bankrofti [Manson], Filaria recondita [Grassi], stb.) közvetiteni képesek, úgy a malariát is terjeszthetik. Végül 7. be van immár bizonyitva, hogy a malariaplasmodiumok az emberen kivül a moszkitókban is fejlődhetnek és hogy az utóbbiak csipésükkel a plasmodiumokat az emberbe beolthatják.

III. Az újabb tudományos vizsgálatok eredményei.

A mi a moszkito-malaria-kérdésre vonatkozó experimentalis vizsgálatokat illeti, a fontosabbakat a következőkben foglalhatjuk össze:

Ross angol katonaorvos 1897-ben malariás betegek plasmodiumokban bővelkedő vérét moszkitókkal beszivatta és azt tapasztalta, hogy a moszkitók gyomrának falán 4—5 nap mulva 12—17 μ átmérőjű, sajátszerűen pigmentált sejtek mutatkoztak, melyek a malaria plasmodiumokhoz igen hasonlók voltak. Ilyen képleteket az ellenőrzés végett vizsgált malariás vért nem szivott moszkitókban hiába keresett s azért e lelet alapján azt következtette, hogy a mosztitokba jutott plasmodiumok ezekben tovább fejlődni, szaporodni képesek. További vizsgálatait a *Grassi* által felfedezett és *Labbé* által meghatározott *proteosoma* nevű parasitával végezte, a mely némely madarak, főleg a verebek, varjuk, kanári madarak és tengeliczék stb. egy malariaszerü betegségének okozója. Ross kisérleteiből kiderült, hogy ez a parasita a moszkitókban továbbfejlődik és ezek nyálmirigyeibe jutva, innen a moszkitók csípése alkalmával újra madarak vérébe kerülhet, hogy azokat fertőzze. Proteosomával inficiált madarak véréve! jóllakott szürke moszkitók 72%-ánál a gyomorfalon sajátszerű pigmentált sejteket talált Ross, a melyek a normalis vért beszivott moszkitók gyomorfalán nem fordultak elő. A szerzőnek sikerült továbbá ilyen inficiált vérrel táplált moszkitók csípése által egészséges madarakat fertőzni.

Ross vizsgálatait megismételte és megerősitette *Daniels* is, a kit a Royal Society küldött Indiába Ross vizsgálatainak ellenőrzésére. *Koch Pfeiffer*-rel együtt végzett kisérletei alapján szintén megerősiti Ross eredményeit. Koch proteosomával inficiált kanári madarakat, verebeket és tengeliczéket moszkitoháló alatt különböző fajtájú moszkitókkal hozott össze, melyek a madarak vérét szivták. Mikor azután a moszkitókat egészséges madarakra szabaditotta, kiderült, hogy a fertőzést egyedül a *culex nemorosus* nevű moszkito közvetitette. Koch megfigyelte azt is, hogy a culex nemorosus gyomrába került proteosoma itt 12—15 óra mulva féregalakot vesz fel, majd 48 óra után eltűnik s helyette a gyomorfal külső oldalán kerek, átlátszó, néhány pigmentszemmel ellátott képletek jelennek meg, a melyek néhány nap mulva sarlóalakúak lesznek. E képletek a 6—7. napon a gyomorfalon kivül a mellizomzatban és a nyál-(méreg)-mirigyekben is megtalálhatók, de a 9—10. napon már csak az utóbbiakban lelhetők föl. A proteosomás madárvérrel megszivatott moszkitok a vérszivás után 8 nappal — a mikor tehát a nyálmirigyükben az emlitett képletek már nagy számban megjelentek — egészséges kanári madarakra bocsáttattak és ezeket szúrásuk által fertőzték.

Grassi azt kutatta, hogy mely moszkitospeciesek azok, a melyek a malaria terjesztésével leginkább vádolhatók. Szerinte három moszkitospecies van, mely csupán csak malariás vidékeken fordul elő: az *anopheles claviger* Fabr. (zanzarone, moschino), a *culex penicillaris* és a *culex malariae Grassi* és ő azt hiszi, hogy egyéb moszkitofajoknak nincs részök a váltóláz közvetitésében. Grassi szolgájat mind a három fajta moszkito megcsipte s a malaria egy hónap mulva tört ki rajta. *Rovallesiában* szeptember havában megkisérlette Grassi azt is, hogy embereket fertőzzön az anopheles claviger csípése által (mely moszkitót a nép is a legveszedelmesebbnek tart), azonban az eredmény majdnem negativ volt, valószinűleg azért, mert azon a vidéken szeptemberben az anopheles már nem igen csip.[1] A kisérletében levő hat moszkitogyüjtőfiú közül csupán csak *egy* kapott könnyű lázrohamot, mely megfelelő chininkezelésre csakhamar gyógyult.

(Folytatása következik.)

Lapszemle.

Súlyosnak induló tetanust látott meggyógyulni *Rigot* chloral- és opiumkezelés mellett. Az 53 éves nőn, a ki egy földdel kevert szén-

[1] Hasonló próbát különben már 1893-ban *Bignami* és *Dionosi* is tettek egy moszkitofajjal (valószinűleg *culex pipiens*-szel), de a kisérlet végrehajtása nem volt exact és igy negativ eredménye nem jöhet tekintetbe.

halomra esett, már 12 óra mulva mutatkoztak a tetanus tünetei, először a nyakizmokban, majd a rágóizmokra került a sor, azután a végtagokra. Két hétig igen súlyos állapotban volt a beteg, aztán lassan meggyógyult. (Loire médicale 1899. 4.) —*ss*—.

A tabes dorsalist kissé szokatlan módon gyógyítja *Riley*; a beteggel naponta 3–4 liter igen meleg vizet itat, azon czélból, hogy kimossa szervezetét. Ezenkivül meleg és elektromos fürdőket ad, eltiltja az alkoholt és a dohányzást, mindezek mellett azonban a szokásos eljárásokat, a felfüggesztést és villamozást is alkalmazza. (Journ. of nervous and mental dis. 1899.) —*ss*—.

Hysteriás tünetek félreismerése miatt laparotomiára került a sor két esetben, melyeket *Sander* ismertet. A két tanulságos kórtörténet eléggé bizonyítja, hogy e tévedés némileg igazolható. Az első esetben rohamokban meteorismus és a has fájdalmassága mutatkozott első izben histeriás rohammal együtt, a mi miatt hysteriát vettek fel. Később ehhez hányás, hőemelkedés (38·7) és az ileocoecalis táj fájdalmas resistentiája csatlakoztak. A fájdalmai miatt folyton deprimált, szapora érlökésű, rossz szinben lévő betegen kétszer is végeztek laparotomiát, appendicitisre és bélstenosisra tévén a kórjelzést, de a hasűr felnyitásakor teljesen egészséges viszonyokra akadtak. A hőemelkedés a székrekedésből volt magyarázható, az ileocoecalis táj érzékenysége hysteriás hyperaesthesia volt, melyet talán a sok vizsgálás suggerált a betegbe. De csak mikor a tünetek később spontan megszüntek, volt a hysteria biztosan kimondható. A második beteg coxalgia miatt jött a kórházba, a coxalgia hysteriás jellegét az első felvételkor felismerték. A különféle betegségek simulálására nagyon hajló beteg azután hányt, hasa felpuffadt, hasmenése lett, előbb az ovarium táj, majd az egész has érzékeny lett. A hányadékban vért találtak, a gyomor fájdalmas volt és igy gyomorfekély látszott fenforogni, a beteg lázas is lett (38·1—40·1), a miből az ulcus átfúródására lehetett gondolni. E tünetcsoport időnkint rohamokban ismétlődött és egynehány héten át vizeletrekedés is volt jelen. E betegen is kétszer végeztek laparotomiát és egyik esetben appendixét resecálták is a nélkül, hogy a hasüregben bármi kórosat találtak volna. Ez esetben is csak hysteriás tünetek előtérbe lépésekor lehetett a diagnosist a többi kórtünetre is kiterjeszteni. (Deutsche med. Wochenschrift 1899. 36. sz.) —*ts*.

A somatose az újabb összetételű táplálóanyagok közt a leginkább elterjedt; felőle legújabban számos közlemény igen kedvezően nyilatkozik. Igy dr. *Kronfeld* többek között kiemeli a nevezett tápszernek étvágygerjesztő hatását, melyre *Voit* tanár a müncheni orvosegyletben tartott előadásában is reáutalt. Az étvágy fokozása főleg tuberculosisnál bir fontossággal, miután tudjuk, hogy a tuberculosus betegek gyakran undorral viseltetnek kivált a húsnemüek iránt. Ilyeneknek a somatosét bármilyen más étkekkel lehet adni, mert izetlensége miatt ezt nem is veszik észre. A teljes adag Kronfeld szerint 3—4 kávéskanál naponta, legczélszerübben meleg italokkal nyujtva.

Ugyanezen tápszerről ir *Landau* dr. Krakóban. Ő a gyermekkorban 4—10 grammot ád naponta teljesen feloldva, miután ily adagban hasmenést nem okoz. *Weber* a somatosét a csecsemőknél hosszabb ideig tartó gyomor- és bélhurutok ellen 1½—2 gm.-os adagokban tejben rendeli. *Cronin*, *Wolf* és *Fournier* is dicsérik heveny és idült gyomor- és bélhurutoknál gyermekeknél. *Drews* szintén kitünő diaetetikus és tonizáló gyógyszernek mondja, mely a csontképződést előmozditja és a fejlődő rachitisnek elejét veszi. *Landau* a somatosét 37 esetben többnyire hasi hagymáz után adta betegeinek s mindig jó hatást észlelt; továbbá gyenge és mesterségesen táplált gyermekeknek a második életévig. A tápszert a gyermekeknek mindig teljesen feloldva kell adni és azt, miután sem ize, sem szaga nincs, a gyermekek mindig szivesen veszik. (Allg. med. Central-Zeitung, 1899, 31. sz.) —*r*.

A bénulással járó szédülésnek *Gerlier* újabb eseteit közli. Szerinte ezen szédüléssel egybekötött rohamokban háromféle alakot lehet megkülönböztetni, úgymint olyat, a mely csak ptosis-sal, olyat, a mely a ptosis mellett még a fejnek előre lehanyatlásával is jár és végre olyat, a melyben a végtagok gyengülése is csatlakozik a tünetekhez s a beteg dühöng vagy el is esik. Ez a gyengeség gyakran a felső végtagokban is előfordul, rendes a látás tompulása is. Az ilyen roham 1—10 perczig tart. Jellegző tünet még a heves hátfájás is. A rohamok többnyire igen szaporán ismétlődnek, de éjjel nem szoktak jelentkezni, még ha jár is a beteg. Általában a mozgás váltja ki a rohamokat. Az egész betegség 1–5 hónapig tart, a téli hónapokban nem szokott kitörni. Eddigelé főleg Japánban észlelték, 1885—86-ban a Genfi tó partján epidemiaszerűen lépett fel, azóta 2—3 eset évenkint előfordul. A kór-ok még ismeretlen, de az észlelések tanúsítják, hogy főleg férfiak és pedig földmivesek, állatőrzők betegednek meg, a gazdák nem, sőt úgy látszik, leginkább azok, akik istállókban foglalatoskodnak. Az emberen kivül még a macska és a csirke kapja meg ezen bajt, a melynek gyógyitására a nyugalom, a lakóhely megváltoztatása a leghatásosabbak. *Gerlier* a jódkaliumot is ajánlja. (Arch. générales de méd. 1899.) —*ss*—.

A lépfene-bacillus tokjának feltüntetésére *Olt* (Deutsche thierärztliche Wochenschrift, 1899. 1. sz.) új eljárást ajánl. A lehetőleg friss anyagot vékony rétegben felkenjük a fedőlemezre, a szokott módon megszárítjuk és rögzitjük. Ezután következik a festés ½—1 perczig felforralt safranin-oldattal (3 gm. safranin, 100 gm. párolt vizben melegen oldva). A mikroskopi vizsgálat, úgy mint a Johne-féle eljárásnál is, vízben történik, nem pedig a kanada-balzsamba elzárt készitményen. Az ily módon előállított készitményeken a lépfene-bacillus teste vörösbarna, az erősen megduzzadt tok pedig birsalma-sárgaszinű.

Béltuberculosisnál a gümőbacillusok kimutatása a bélürülékben többnyire nagyon nehezen sikerül, a mennyiben a bélürülék rendesen hig és igy a bélfekélyekből származó gümőbacillusok erősen összekeveredenek a bélürülékkel. *Rosenblatt* (Centralblatt für innere Medizin, 1899. 29. sz.) tehát azt ajánlja, hogy a betegnek opium-tincturát adjunk, a mig a széke keménynyé lesz; az ilyenkor üritett kemény bélsárrögök felszinéből vett részletekben, vagy az esetleg rájuk tapadt genyes-nyákos részekben könnyen megtalálhatók a gümőbacillusok.

Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1899. október hó 8-dikétől 1899. október hó 14-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 430 gyermek, elhalt 228 személy, a születések tehát 202 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2369 beteg, szaporodás 731, csökkenés 725 maradt e héten végén ápolás alatt 2375. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup —, roncsoló toroklob 2, hökhurut —, kanyaró 2, vörheny 11, himlő —, typhus abdominalis 1, gyermekágyi láz —, influenza —, egyéb ragályos betegségek 2, agykérlob 11, agyvérömleny 4, rángások 5, szervi szivbaj 15, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 16, tüdőgümő és sorvadás 31, bélhurut és béllob 13, carcinomata et neoplasmata alia 7, méhrák 2, Bright-kór és veselob 12, angolkór 1, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 12, aszkór, aszály és sorvadás 3, aggkór 3, erőszakos haláleset 10. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1899. október 15-dikétől október 21-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 9 (meghalt 3), himlőben —, (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 24 (meghalt —), vörhenyben 60 (meghalt 9), kanyaróban 38 (meghalt 1), roncsoló toroklobban és torokgyikban 18 (meghalt 7) trachomában 4, vérhasban 2 (meghalt 1), hökhurutban 10 (meghalt 1), orbánczban 12 (meghalt 1), gyermekágyi lázban — (meghalt —).

⸸ **A pestis állása.** Oportóban nem javult a helyzet. Az október 15-dikén végződött héten 30 új eset merült fel 7 halállal; a járvány kitörése óta 151 megbetegedés fordult elő. Alexandriában ugyanezen idő alatt nem fordult elő egy sem. Mauritiusban az október 12-dikén végződött héten 60 új eset mutatkozott 47 halállal. Indiában az utolsó 18 hét alatt a halálozás ugyanaz maradt, 50—96 között ingadozott, úgy hogy remélni lehet, hogy a jelen epidemia forduló pontra jutott. Hong-Kongban az elmult héten nem fordult elő pestis eset.

⊕ **Nemzetközi folyóirat** indul meg a jövő évtől kezdve a *gümőkór és sanatorium ügyek* tárgyalására. Leyden, Gerhardt és B. Fränkel fogják szerkeszteni.

† **Elhunyt**: Ebesfalvi *Török József* gyógyszerész f. hó 26-dikán 75 éves korában Budapesten. A legtekintélyesebb és legbefolyásosabb fővárosi polgárok egyike volt, a ki évtizedeken keresztül elhatározó befolyást gyakorolt a fővárosi ügyekre és képviselőválasztásokra. Király-utczai gyógytárát az 50-es években alapitotta, mely arról lett hires és azzal tett szolgálatokat, hogy a külföldi specialis gyógyszerkészitményeket nálunk meghonositotta. Közegészségügyekben sok szolgálatot tett a fővárosnak, különösen pedig a Stefánia-szegénygyermekkórház ügyeiben fejtett ki buzgó munkálkodást. Halálát nagyszámú családja, azok tagjai között Török Sándor fővárosi gyógyszerész, mint fia, Tauffer Vilmos dr. egyetemi tanár, mint veje és nagyszámú ismerői és barátjai gyászolják.

— Szakvizsgát tett női masseur ajánlja magát az orvos urak pártfogásába. Lakik: Nagydiófa-utcza 30. sz. II. 25. ajtó.

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 savanyúviz, 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—¼4-ig járóbeteg rendelőjében, Budapest, VI. ker., Eötvös-utcza 23. szám.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület (XXII. rendes ülés 1899. október 19.) (XXIII. rendes ülés 1899 október 21.) 545. l. — Közkórházi orvostársulat. (XII. bemutató szakülés 1899. szeptember 27-dikén.) 545. l. — Máramarosmegyei orvosgyógyszerész egyesület. (Szakülés 1899. szeptember hó 26-dikán.) 547. l.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XXII. rendes ülés 1899. október 19.)

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

Aneurysma cirsoideum operált esete.

Dollinger Gyula: B. J. 21 éves leányzó bal falcsontdudora felett már csecsemő korában erősebb erezettség volt látható, a mely a fejre történt ütés után feltünőbb lett, majd mint daganat kezdett a felület fölé kiemelkedni. 12 éves korában ezt a daganatot hajtűvel megszúrta, mire igen sok vért veszitett. Az utóbbi 9 esztendő óta a daganat gyorsabban növekedett. A mikor a klinikára felvétetett, a bal falcsont, a halántékcsont és a homlokcsont bal felének nagy részét foglalta el a daganat, a mely a felület fölé mintegy 1½—2 cm.-nyire emelkedett ki, a felületen egyenetlenül dudoros volt, rhytmikus pulsatiot és surranást mutatott, csekély nyomásra ellapult, de a nyomás megszüntére azonnal ismét megtelt. A fej ütőereinek legnagyobb része erősen ki van tágulva. Dollinger bemutatja a műtét előtt vett gipszmintát és több fényképet, azután kiterjeszkedik az aneurysma cirsoideum kórboncztanára és kiemeli azon lényeges pontokat, a melyekben ezen baj egyrészt az aneurysma arterio-venosum, másrészt pedig a tumor cavernosustól különbözik. Az aneurysma cirsoideum lényege, hogy az apró ütőerek és vivőerek közvetlen érintkezésbe jutnak, úgy hogy az ütőerekből a vér a hajszáledényrendszer elkerülésével egyenesen a vivőerekbe ömlik. E tényből megmagyarázható a tumor és a körülvevő ütőerek kitágulása. Áttér ezek után a gyógykezelésre, ismerteti a régebbi eljárásokat, a milyenek véralvasztó szerek befecskendezése, localis nyomás, electrolysis stb., végre a hozzávezető ütőerek lekötése, s a melyek ritkán vezettek jó eredményhez, ellenben sokszor a beteg halálához. Ugyancsak a legtöbb esetben eredménytelen maradt a kisebb odavezető ütőerek lekötése, míg a carotis communis egyoldali vagy kétoldali lekötése többször okozta a beteg halálát. Ezen hosszas úton jutottunk a mai gyógykezeléshez, a mely az odavezető kitágult ütőereket mint másodlagos változást nem támadja meg közvetlenül, hanem a daganatnak egy vagy több góczát irtja ki, mire a kitágult ütőerek önként a rendes caliberre zsugorodnak össze. Ezen eljárás szerint operálta meg Dollinger a jelen beteget folyó év márczius hó 18-dikán, április 15-dikén és junius hó 23-dikán.

A vérzés csillapitására először megkisérlette Doyen szerint a fejbőrt a koponya kerülete körül vitt gummi-csővel esmarchálni, de ez még erősebb vérzést okozott; erre, a mint azt tumor cavernosos kiirtásánál régóta tenni szokta, a tumort körülvarrta, az öltéseket a koponyacsontig vezetve, és igy metszette ki a daganatot, a mely azonban ennek daczára több helyen erősen vérzett, a miért az egész daganatot csak három ülésben lehetett eltávolitani. A vérzés mindenkor csipőkkel állittatott el, a melyek egynéhány napig függve maradtak. A nagy folytonossághiányok sarjadzással gyógyultak. Jelenleg a beteg meggyógyult. A mint előre látható volt, a kitágult ütőerek, a melyek a daganatot körülvették, önként sorvadtak.

(XXIII. rendes ülés 1899. október 21.)

Elnök: **Bókay János**; jegyző: **Dieballa Géza.**

A féregnyúlványlob (epityphlitis) és annak műtéti kezelése.

Herczel Manó: (Ezen előadást lapunk más helyen egész terjedelemben hozza. E tárgy felett az eszmecsere a következő ülésre halasztatott.)

Paraurethritis gonorrhoica.

Reách Dezső: A bántalom látszólagos csekélysége daczára nemcsak specifikus érdekességgel bir: eltekintve a gonococcus biologiáját és a gonorrhoea pathologiáját illető fontosságától, fontos a gonorrhoeát szenvedett egyén fertőző képességének eldöntése tekintetében is.

A húgycső nyilásába és a körülöte szájadzó menetek és kis mirigyek kivezető csövei nőknél már régebben mint a gonorrhoikus megbetegedés gyakori, és a bántalmat makacsul fentartó helyei állapittattak meg. Guérin 1864-ben hivta fel a figyelmet reájuk és a bennük székelő megbetegedést *urethritis externának* nevezte.

Oedmanson 1885-ben a praeputium lemezei között levő, gyakran gonorrhoikusan megbetegedett ilyen képletekről számol be, ezen meneteket lefűződött és kifelé feltört nyirkedényeknek tartva.

Lejars „Des canaux accessoires de l'urèthre" czimű dolgozatában a megelőző irodalom majdnem teljes felhasználásával monographikus terjedelemben tárgyalja a glansban végződő meneteket, a melyek hossza néhány mm.-től a húgycső egész hosszának megfelelőleg a prostatáig terjedhet, annak mintegy kivezető csövét képezve, és egy valóságos második urethrának képét nyujtva. Ezen nagy menetek nyolcz eset közül négyben gonorrhoikusan voltak megbetegedve, a megbetegedés egyes esetekben ezen menetekben volt elsődleges, úgy hogy a húgycső gonorrhoeája másodlagosan társult a bántalomhoz.

A gonococcus biologiáját illető fontossággal birtak *Toutonnak*, *Jadassohnnak*, *Picknek*, *Fabrynak* esetei. Nevezetteknek az ilyen excindált menetek szövettani vizsgálatairól szóló közleményeik sokban járultak hozzá a gonococcusnak az egyes epithel alakokhoz való magatartásának megismeréséhez.

Eseteik többnyire az Oedmanson által leirt osztályozásnak első csoportját képező praeputialis folliculitisek voltak; a második csoportot azon menetek alkotják, a melyek az orificium externum urethrae nyákhártyája alatt a húgycsővel párhuzamosan vagy a frenulumban azt mintegy átfúrva haladnak a húgycsőnyilás ajkaiba szájadzva, részben ilyenek voltak az urethritis externa fogalmának megfelelve Feleki, Áldor, Pellizari, Pezzoli, Ehrmann, Róna esetei. A harmadik csoportot végül azon menetek alkotják, és ezek a relative legritkábbak, a melyek a penis alsó felületén a frenulumtól oldalt és hátrafelé futnak, a corpus cavernosum urethraetől többé-kevésbbé szorosan elhatárolhatók és vagy a frenulum mellett szájadzó Tyson-féle mirigyeknek vagy kryptáknak nevezett epidermoidalis képleteknek elhelyezett alakjai, vagy a mi valószinübb, úgy mint a többi csoportba tartozók, fejlödéstanilag szétszórt nyákhártya csirok.

Ezen utoljára emlitett csoportba tartozik az az eset, melyet szóló most bemutat és a melyhez hasonlót e napokban *Reichmann* is közölt. Betegnek hat év előtt volt először gonorrhoeája, a melynek második vagy harmadik hetében a penis alsó felületén babnyi élénkpiros, nyomásra fájdalmas, kemény tapintatú daganata támadt, a melyből hosszú ideig először veresen festett, utóbb sűrű, zöldessárga geny ürült. Ezen daganat kis tűhegynyi nyilás visszamaradásával gyógyult. Ujabb gonorrhoikus megbetegedéseknél az előbb leirt folyamat kisebb lobtünetek kiséretében ismétlődött, utoljára három év előtt, azóta a nyilás körül időközönként kis nyirkosságot tapasztalt, a nélkül, hogy a dolognak fontosságot tulajdonitott volna.

Beteg mult hó 10-dikén egy már akkor 2 hét óta fennálló heveny gonorrhoea és egy hetes baloldali herelobbal került gyógykezelése alá.

A penis alsó felületén, a frenulum melletti baloldali tasakban kis kölesnyi, pirosan elszínesedett, legmagasabb pontján sárgás pörkkel fedett terimenagyobbodás volt, mely a penis bőrében felfelé és hátrafelé mintegy másfél cm. hosszúságban tollszár vastagságú, nyomásra fájdalmas, az urethrától teljesen elhatárolt kötegként folytatódott. A pörk eltávolitása után sűrű, sárgászöldes geny ürült, melyben számos szabadon és sejten belül levő gonococcus és meg nem határozható alakú, részben szétroncsolt hámsejt találtatott.

A nyiláson át bevezetett legvékonyabb *Bowmann*-sonda 3 millimeternyire hatolt.

Ezidőszerint a tömött tapintatú köteg megnyomására a tűhegynyi nyiláson át kevés fehér, hig, folyós váladék ürül, melyben az utolsó megvizsgálás alkalmával gonococcusok még találtattak.

Az ilyen menetekből vagy folliculitisekből eredő infectiok veszélye az urethralis gonorrhoea megszünése után is fenmarad, *Touton* és *Welander* vizsgálatai szerint mintegy intermittáló jelleggel, mely fokozott, ha a cohabitatiot hosszabban tartó nemi izgalom előzte meg.

Ezért tanácsos, még ha normaliter váladékot nem is találunk, vagy ha gonococcusok ki sem mutathatók, a képletnek kiirtása. Miután ebbe a beteg beleegyezett, a szövettani készitményt annak idején be fogja mutatni.

Közkórházi orvostársulat.

(XII. bemutató szakülés 1899. szeptember hó 27-dikén.)

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

(Vége.)

Lancereaux legszerencsésebb esetében (egy 47 éves algerri gépmunkásnál) 3-szori visszaesés után 3-szori újbóli kezelés állitólag teljes gyógyulást eredményezett.

A művelettel járó kellemetlen esélyek közül a befecskendés actusa alatt jelentkező fájdalom sok esetben igen nagyfokúnak és tűrhetetlennek iratott le. A fájdalom foka a befecskendett folyadék mennyiségével egyenes irányban áll s a bőr alatti kötőszövet nagyfokú feszülésében találja okát. Némelyek tályogképződést emlitenek, a mi azonban bizonyosan csak az asepsis kifogásolhatóságában találja okát. Fontos szövődmény a láz. A szerzők egyike 40° C. hyperthermiát ir le, a legtöbb esetben azonban a láz a 38·5 C.-t nem igen haladja meg s nehány óránál tovább alig áll fenn. A magasabb hőemelkedést, esetleg rázóhideg jelentkezésével talán szintén a szigorú asepsis be nem tartásának lehet betudni.

Bemutató ezután egy általa észlelt esetről referál, a melynek rövid kórrajza a következő:

M. I. 62 éves pinczér augusztus 21-dikén vétetett fel az osztályra. A beteg 16 éves korában bujasenyves fekélyt acquirált, e miatt 4 hónapi kezelésnek volt alávetve. Jelen bajának keletkezését 6 évre vezeti vissza, ezen idő alatt jobb kulcsesontja fölött almanagyságú daganata

keletkezett. A gyengén fejlett, lesoványodott egyén szive rendes nagyságú, csúcslökés kihelyezve nincsen, a szivcsúcsi hangok tiszták, az aorta fölött systolikus dörzsölő zörej, diastolikus ékelt hang, valamennyi körzeti ütőér lökése peczkelő, kivévén a jobb orsó ütőerét, melynek pulsusa feltünően gyenge és kishullámú. A jobb kulcscsont belső harmada, valamint a jobb sternoclavicularis izület előredomborodott, mögötte és fölötte egy három harántujjnyira kiemelkedő daganat, mely úgy haránt, valamint függőleges irányban erősen lüktet, lüktetése a kar és szivütőerekkel egyidejű. A betegnek a jobb lapocz közötti térből kiinduló állandó fájdalma mellett légzése nehezített, időszakosan, naponta többször is asthmás rohamai vannak, kifejezett stridor kiséretében, mely rohamok alatt érlökése 104-ről 44-re száll alá. Jobb látája gombostűfejnyire szűkült, míg a baloldali középnagyságú. Ezek alapján a névtelen ütőér törzsének és valószinűséggel az aorta üre felhágó részének aneurysmáját állapithattuk meg, mely egyrészt a légcsőt nyomja, másrészt a jobboldali vagust és sympathikust izgatja.

A *Lancereaux*-féle gelatin-böraláfecskendéseket augusztus 27-dikétől szeptember 21-dikéig hét izben alkalmazták 20—100 cm³-nyi adagokban. A fájdalom csak a befecskendés pillanatában, de nagyon tűrhetően jelentkezett; lázas visszahatás csak nagyobb adagoknál 38·5° C.-ig terjedett s nehány óráig tartó volt.

A befecskendezések hatása alatt szeptember hó 2-dikától kezdve a stridor és asthmás rohamok, sőt a helyi fájdalmak is teljesen szüneteltek, s mai napig vissza nem tértek. A daganat pulsatioja nem látható többé, csak magaslatán érezhető, a tömlő teriméjében szemlátomást kisebbedett.

Hogy ezen javulás időszakos csak, s hogy a visszaesés bizton várható, azt mások tapasztalatai és az irodalmi feljegyzések alapján következtethetjük. Azonban tagadhatlan, hogy a betegnél ezen most már hetek óta tartó enyhülése az összes alanyi és objectiv tüneteknek csakis a gelatin-befecskendések eredménye lehet.

Ezeknél fogva csatlakozom nemcsak a franczia, de a német szerzők (*Fränkel*, *Romberg*, *Klemperer* s mások) ama nézetéhez, hogy a Lancereaux-féle eljárásnak az eddig divó kezelési módokkal, de különösen a veszélyes sebészi beavatkozásokkal szemben bizonyos létjogosultsága el nem vitatható.

Korányi Sándor: Az aneurysmák gelatina-therapiájának kérdésével az I. számú belgyógyászati klinika laboratoriumában *Tövölgyi* dr. foglalkozott, mielőtt még a betegágynál kisérleteztek volna ezen methodussal. *Tövölgyi* azt vizsgálta házinyulaknál, hogy a vér kibocsátása után mennyi idő mulva alvad meg gelatina-befecskendés előtt és után; s azt tapasztalta, hogy vannak esetek, melyekben gelatina-befecskendést kapott állatok vére gyorsabban alvad meg, mint azoké, melyek gelatina-injectiot nem kaptak; azonban ez épen nem törvényszerű, mert voltak esetek, melyekben a gelatinát nem kapott állatok vére alvadt meg előbb, szóval *Dastre* és *Floresco* tapasztalatait *Tövölgyi* kisérletei megerősiteni nem tudták.

Tövölgyi arra nézve is kisérletezett, hogy vajjon a véredény-falon előidézett változások után hogyan áll a dolog: házinyulaknál elpusztította az aorta-billentyűket és ezen manipulatio előtt a véredény-falzaton érdes felületet hozott létre, azonban a gelatina-injectionak a vér megalvadására módositó befolyását igy sem tudta constatálni, az eredmény akkor is negativ volt, ha az arteriát a centralis vége felé lekötötte; további kisérletei is negativak voltak.

Természetesen a therapiában nem mindig tarthatjuk magunkat a laboratoriumi eredményekhez; az I. számú belgyógyászati klinikán egy haemophiliás betegnél, kinél semmire nem javuló súlyos vérzések voltak, megkisérlettük ezen methodust s azt tapasztaltuk, hogy az injectio után láz jelentkezett, az injectio helye körül vérömlenyek léptek fel, a mi azt mutatja, hogy a vér alvadási képességét a gelatina még a közvetlen közelben sem javította; ugyanezen betegnél súlyos orrvérzések léptek fel, melyek gelatina-öblögetésre megszüntek — a mi megint a gelatina mellett szólt —; egy német szerző haemophiliás betegénél a gelatinától jó eredményt látott.

Egy aorta-aneurysma esetben is alkalmaztuk háromszor a gelatina-injectiot, ez azonban olyan fájdalmas volt, hogy a beteg nem engedte tovább alkalmazni s igy végleges itéletet nem szerezhettünk.

A gelatina-therapia értékét illetőleg azonban még igen kevés tapasztalatunk van, tehát az első kedvezőtlen esetek nem elegendők arra, hogy annak alkalmazását mellőzük.

Súlyos ichthyosis esete.

Róna Sámuel: A 30 éves nőtlen csizmadiánál az ichthyosis legnagyobb fokban van jelen. Még a rendesen mentes térd- és könyökhajlatok, hónaljgödrök és a mony is nagyfokban ichthyotikusok. Csak a scrotum két oldala, a czombvágány csekély részlete és az anus tallérnyi környéke ép. E helyeken, valamint az arczban, hónaljakban igen nagy melegben izzad is. A tenyerek és talpak is erősen ichthyotikusak és a kézujjak egyike-másika kisebb fokban contracturás a következményes bőratrophia következtében. A bőrzsugorodás egyes helyeken igen nagy mérveket öltött. Igy a fülek kagylói tetemesen megkisebbedtek, hátsó felükkel a koponyához rögzitettek és a szemrés rövidítése mellett nagyfokú ektropium van jelen; a szájnyilás is szűkült. Az ektropium és lagophthalmus a szem súlyos bántalmazottságát vonta maga után: ugyanis mindkét szem corneáját sürű középi hegek boritják, melyek a centralis látást teljesen lehetetlenné teszik és csak kisebb mértékben exentrikus látást engednek meg; 1 meterről ujjakat még olvas. A halbőrűség fennáll, a mióta csak emlékszik a beteg, de a szemek csak mintegy 8 év óta kezdtek romlani; f. évi februárig még maga kereste mesterségével kenyerét. A therapia a baj ezen stadiumában csak tűrhetővé teheti az életet; a beteget beoktatjuk, hogy miképen ápolja bőrét odahaza, hogy a kiszáradás és annak következményei ne ölthessenek nagyobb méreteket. De kiemelendő, hogy súlyos ichthyosisnak nem kell idáig fejlődni, ha idejekorán rendszeres kezelés és felügyelet alá kerül.

A polymastiáról.

Nékám Lajos: A polymastia az irodalom tanulsága szerint elég közönséges fejlődési rendellenesség: sok eset van felsorolva s egyesek statistikája is igen sok esetre terjed. Igy Leichtenstern 105, Blanchard 75, Puesch 77, Hansemann 185 esetet emlit, melyek közül azonban némelyik több statistikában is szerepel; Mitchel Bruce 3956 ambulans közül 161-szer észlelte. A polymastia nálunk aránylag kevés figyelemben részesült; mindössze Goldberger kartársnak egy közleményét találtam lapjainkban. Az esetek ezen nálunk látszólagos ritkaságának oka talán, hogy a fentebbi statistikában a polymastia a polytheliával, a bimbó rendellenes sokaságával van közösen felsorolva, hogy ezek az esetek a tulajdonképen igen gyakoriak, azonban néha igen nehezen ismerhetők fel, mert a mikor absolute nincs mirigyszövet alatta, a bimbó is rendkivül satnyán fejlett, néha csak kölesnyi naevus pilosushoz hasonló, melynek eredetét csak kivételesen bizonyitja egy areolaris papilla, koszorú vagy egy jellemző elrendeződés, hogy t. i. mint Petrone látta, a test két oldalán, symmetriásan a hasig párosan jelennek meg a bimbók. Egyéb esetekben górcsövi vizsgálat szükséges, a mikor a kivezető csövek maradványaként néhány solid hámcsapocskát találunk.

A polymastia Hansemann szerint, a kinek dolgozatából a legtöbb adatot átveszem, nőnél látszólag gyakoribb: 104 nőnél észlelték 84 férfi ellenében, talán azért, mert a puerperiumban alkalmatlanságot okoz és a beteget az orvoshoz küldi. A polythelia gyakorisága mindkét nemnél azonos.

Hansemannak, az azóta közölt eseteknek és az általam látottaknak egybevetésével 274 esetből 176 esetben egy, 88 esetben két, 7 esetben három, 2 esetben négy és 1 esetben 8 számfeletti mamma volt, mely utóbbit Neugebauer közölte.

Ezek közül 190 esetből be és lefelé feküdt a rendellenes mirigy 153-szor, a középvonalban háromszor, a hónaljban hétszer, a háton 3, a vállon 1, a czombon 1, a lágyékon 1, a nagy ajkakon 1, sőt még az ovariumcystában is volt 1 kétszer, a mely utóbbi eseteket Haffter és Velics közölték, mely eseteket azonban egyszerű dermoidnak kell tekintenünk.

A polymastiához számos kérdés fűződik.

A mi az öröklékenységet illeti, erre kevés eset van. Hansemannál egy apa szerepel, kinek 3 fia és két leánya is polymastiás volt. Tiedemann esetében 3 anyának 1—1 lánya lett azzá; végre Neugebauer egyszer 3 generation át észlelte; összesen tehát aránylag kevés esetben mutatható ki.

A polymastia a régi népeknél a termékenység kifejezője volt. Isisnek, Dianának, valamint a Nilus istenének, Hapinak, kit különben férfinak ábrázoltak, szobrain gyakran látható a polymastia.

E vélt magas termékenységet a statistika alig bizonyitja. Mindössze Hansemann egyik esete, egy idős nő volt 17-szer gravida, Paulinusé pedig háromszor szült ikreket.

E járulékos emlők, tehát valódi polymastia-esetek kórboncztani magatartását illetőleg *Martin* különbséget tesz kivezető csővel biró és ilyen nélküli mirigyek között. Amazon szerinte csak egyszer észleltek carcinomát; az utóbbiakon álképletek, pl. fibroadenomák nem nagyon ritkák; újabban *Pitzorno* is leirt öt polymastia-esetből kettőben egy-egy álképletet (fibroadenomát és carcinomát).

Különösen érdekes volna tudni, hogy a számfeletti emlők szerepelhetnek-e az atavismus példájaként. Maga *Darwin* e tekintetben óvatosan nyilatkozik, mert a számfeletti mirigyek elhelyezésének szeszélyessége pl. a háton, a vállon, in inguine stb. theromorphia ellen szól. Később *Leichtenstern* felhivta a figyelmet arra, hogy mindezen helyeken némely állatnál typusosan előfordulnak emlők, igy a sündisznónál a vállon, kérődzőknél, a marsupialiáknál, edentatáknál a lágyékban s igy nem lehetetlen, hogy az állatoknál ismert tejvonal, mely az ébrények két oldalán mint mély barázda húzódik végig, hogy később tagozódjék és rendszeres távolságokban mamillákra vezessen, talán az ébrényi élet legelején az embernél is jelen van. *Hertwig* ugyan nem észlelte ezt, sőt egy másik theromorphiás módot ir le, a tejmezőt, mely a bimbó helyén van s a melybe szabadon nyilnak az egyes mirigyek kivezető csövei, úgy a mint az némely alsóbbrendű emlősnél állandóan megmarad, a hol a fiatalok szopás helyett felnyalják a kicsepegő tejet. Ily mező az embernél egy párban van és csakhamar átalakul bimbóvá.

Bartels szerint azonban még a tejvonal sem magyarázhatná meg a polymastia azon eseteit, a hol az aberrans mirigy pl. a háton fekszik, oly helyen tehát, a hova az igen korán fellépő axillaris redő miatt a későbben fejlődő mirigy már nem juthatna. Nem lehetetlen tehát, hogy a mirigyek a fagygyúmirigyek lefűződéséből jönnek létre minden atavismus nélkül is és e felfogás mellett szól *Virchow*, *Ahlfeld* és *Champney* észlelete, a ki szerint még puerperiumban is lehetséges, hogy faggyúmirigyek tejet kezdjenek elválasztani, a mit különben pl. a *Montgomery*-féle *gl. areolaresekről* is állitanak.

E fractionált működést bizonyitja ama számos észlelet, mely tejelő férfiakra, szoptató őzbakokra, bakkecskékre, szoptató szűzekre és a climakteriumon túl levő időszaki szoptatásra (lactatio serotina) vonatkozik. Némely helyen, pl. Javában, a hol a fiatal nők mezei munkával vannak elfoglalva, szokás, hogy napközben a csecsemők nagyanyja vagy dédanyja szoptatja, a ki emlőjét izgatással, dörzsöléssel teszi erre alkalmassá.

Az állapot létrejöttének legplausibilisabb magyarázata *Hansemanné*, a ki abból indul ki, hogy a pete eleinte differenczirozott, specialis sejtekké oszlik, a míg minden szervnek meg van a maga ős sejtje. Ezekből azután homolog oszlás útján jön a növekvő szerv létre. A homolog oszlás nem kezdődik minden szervnél egyszerre, némely ős sejt várakozik, míg környezetében már kiterjedt homolog burjánzás van. Ha egy ilyen ős sejt egyszer oszlik, azután megint lappang, úgy két ős sejt alakult s megtörténhetik, hogy a burjánzó környezet őket egymástól elválasztja és egy rendes és egy számfeletti mirigy létesülésére vezet.

Ez alkalommal két polytheliás férfit van szerencsém bemutatni, a kik mindegyikénél a normalis bimbótól be- és lefelé körülbelül 5 cm.-re fekszik a szőrös, areolától környezett számfeletti bimbó. Ez az állapot tehát igen közönséges és kis figyelemmel az esetek hosszú sorát lehetne összegyüjteni. A bemutatott fénykép ellenben egy valódi polymastia-esetre vonatkozik, egy 30 éves szakácsnőre, ki sajnálatomra nem jelent meg s a kinél bimbóval biró, a bal emlő alatt, kifelé ülő ökölnyi számfeletti emlő van jelen.

Temesváry Rezső: A tárgy érdekessége megérdemli, hogy vele behatóbban foglalkozzunk. A polymastia és polythelia, a melyeket újabban hypermastiának és hyperthelianak neveznek, az előbbi kifejezéseket az állatok rendes több emlőjűségének tartván fenn, szembe állítva azt a bimastiával, nem oly ritka jelenségek, mint a milyeneknek azokat még néhány év előtt tartották.

Lichtenstein körülbelül 20 év előtt az egész irodalomban csak 103 ily esetet talált feljegyezve, az utolsó évek alatt pedig több ezer hasonló esetről nyertünk tudomást, s míg azelőtt azt hitték — a mit előadó is hangsúlyoz —, hogy a nőknél gyakoribb a többemlőjűség, addig újabban a férfiaknál találtatott gyakrabban, a minek oka valószínűleg abban rejlik, hogy a férfiakat gyakrabban van alkalmunk alaposan megtekinteni, mint a nőket. Így Bardeleben — Németországban — körülbelül 100,000 újonczot vizsgált meg a többemlőjűség szempontjából s azt találta, hogy egy sorozatban 7—8%, sőt egy másikban 14% azon férfiak száma, a kiknél ezen rendellenesség található. Leggyakoribb természetesen a bimbók számfelettisége, a mely az ezen kérdéssel behatóbban nem foglalkozó figyelmét el is kerülheti, a mennyiben ezen bimbók könnyen összetéveszthetők naevusokkal vagy festenyfoltokkal. Jellemző a bimbókra, hogy rendesen világosabbak, néha bimbóudvarral vagy 1—2 vastagabb szőrrel birnak s hogy a hónaljtól az inguinalis tájék felé húzva képzelt befelé domborodó vonalak mentén találhatók.

A mint előadó helyesen megjegyezte, a számfeletti emlők két főcsoportba oszthatók; olyanokba, a melyek emlőtesttel, bimbóudvarral és bimbóval birnak, tehát valóságos emlők s pedig ezeknek rendesen kisebbített alakjai, s olyanokba, a melyeknél a corpus mammae, azaz tejmirigyszövet nem található, hanem csak bimbó, vagy legfeljebb még bimbóudvar is látható. A kettő közt tulajdonképen csak quantitativ különbség van; az egyik kifejlettebb alakja a másiknak; tudjuk ugyanis a fejlődéstanból, hogy a mirigytest mindig egy későbbi fejlődésszak terméke, mint a bimbóé és a bimbóudvaré. Azon esetek, mint a milyen a Goldberger által néhány év előtt az orvosegyesületben bemutatott érdekes eset is — s a melyhez egészen hasonlót felszólaló is észlelt a mult évben —, a hol csakis mirigytest (corpus mammae), de sem bimbó, sem bimbóudvar nem található, nem sorozhatók a polymastiások közé, mert egyrészt a fejlődéstanból tudjuk, hogy mirigytest sohasem képződik egymagában, vagy a bimbó és bimbóudvar fejlődése után, hanem utóbbiak csirái az emlő fejlődésének mindig első stadiumai, másrészt pedig, különösen Hennig idevágó vizsgálatai óta, tudjuk, hogy a tejmirigy nem lepényszerű kerek képlet, hanem inkább egy háromszöghöz hasonlít, a melynek van egy alsó, egy felső-belső és egy felső-külső, a hónalj felé tekintő csücske. Utóbbi az, a mely gyakran túlteng s a hónalj felé megnyúlik s ez adja egy bimbónélküli számfeletti (hónalji) emlő képét, a mely az emlővel egyidejűleg működik, tejet termel s megtelik vele, majd pedig a kivezető csatornákon át ki is üríti azt. Goldberger is Pravaz-fecskendővel tejet szivattyúzott ki egy ily „emlőből".

A polymastia fejlődésére érdekes világot vetettek a legújabb fejlődéstani vizsgálatok, a melyek kimutatták, hogy nemcsak oly állatoknál, a melyek kettőnél több emlővel birnak, hanem az embernél is az ébrényi fejlődés egy bizonyos szakában tejvonalak képződnek. Így Kallius és Schmidt 6 hetes, Strahl és Hirschland 2½—3 hetes (4 mm. hosszú) ébrényeknél kimutathatták a két tejcanalat, tejsávot; ezen megvastagodott hámsejtekből álló vonalak a hónaljtól az inguinalis hajlatig futnak le s az ébrényri fejlődés egy későbbi szakában tesznek tejpontokká s pedig annyi tejpont képződik belőlük, a hány csecsmirigygyel bir az illető állat teljesen kifejlődött állapotában. Az embernél tehát minden tejvonal után csak egy, többemlőjű állatoknál több tejpont marad vissza; s tényleg az esetek túlnyomó nagy számában a számfeletti emlők, illetőleg bimbók az ébrényi tejvonalak mentén lépnek fel.

Ritka kivételes esetekben — mint a milyeneket az előadó is említett — más helyeken, mint pl. a vállon, czombon, stb. lépnek fel számfeletti emlők. Ellenben az előadó által idesorolt esetek (mint Velitsé, Haffteré s még két más szerzőé), a hol ovarialis cystában, s pedig dermoid-tömlőben találtatott egy-egy jól kifejlődött emlő, nem számíthatók ide. Ezen esetekben teratomákról, embryomákról volt szó; az itt talált emlő épp úgy nem tekinthető számfelettinek, mint a hogyan nem nevezzük számfeletti szemnek a Kümmel által egy esetben ugyancsak teratomában talált jól kifejlődött szemet.

Róna Sámuel: Nálunk Magyarországon gyakori a polymastia illetve polythelia-eset, ezen eseteket azonban makroskopice nehéz felismerni.

Máramarosvármegyei orvos-gyógyszerész-egyesület.

(Szakülés 1899. szeptember hó 26-dikán.)

Lengyel Soma dr. **gégesérülés súlyos esetét mutatja be.**

Sz. L. 62 éves napszámos f. évi szeptember hó 1-én öngyilkossági szándékból nyakát beretvával elvágta. A sérültnél következő jelen állapot volt található: a jobb alsó állkapocsszöglet alatt 3 cm.-nyire kezdődő metszett seb, mely a cart. thyreoid. magasságában a nyakon harántul hatol át, s a baloldali sterno-cleido-mast. előtt, 6 cm.-nyire a bal alsó állkapocsszöglet alatt végződik.

A sebnyilás hossza 12 cm. A metszés áthatol az os hyoideum és cart. thyreoid. között, átszeli a ligament thyreo-hyoid. med. és lateralet, kettészeli alsó hegyénél az epiglottist, melynek felső része a nyelvgyökkel felcsapódik.

A gégefő lesülyedt, a sebnyiláson át szabadon betekinthetni a torok- és gégeűrbe, valamint a hangrésbe.

Beteg nehezen légzik, beszélni, nyelni képtelen. Miután sikerült a vérzést pontosan csillapítani lekötés által, elállottam a tervbe vett légcsőmetszéstől, sodronynyal odavarrtam az epiglottist az incis. thyr. superiorba, úgyszintén sodronyvarratokkal egyesítettem a ligament. obturatoriumot és a ligam. thyr. hyoid. lateraliákat.

A beteg állapota azonnal könnyebb, jól légzik s érthetően beszél.

Az átszelt musc. sterno-hyoid. és omo-hyoid. selyemmel történt egyesitése után bőrvarrat.

Lefolyás zavartalan, állandóan jól légzik, gyógyulás per primam; hangja tiszta, csengő, beszéde értelmes.

Tükörvizsgálatnál az epiglottis valamivel rövidebb, merevebb, ernyőszerűen hajlik a hangrés felé.

Lengyel Soma dr. **gépsérülés érdekes esetét mutatja be.**

Z. J. 16 éves munkásnál az egész penis lecsupaszított, mindkét here szabadon fekszik, a borékból csak kevés czafatos lebeny maradt meg a czomb és gáttájon. A bal here véresen beivódott, roncsolt.

A bal here castratiója után a jobb here képlő műtét által elegendő bőrtakaróval volt ellátható; nagyobb gondot okozott a penis fedése, a mi csak úgy volt elérhető, hogy a megmaradt praeputium használtatott fel a penis fedésére, annak lehúzása által.

Mint a gyógyeredmény mutatja, elég szerencsével, a mennyiben a penis alig kisebbedett s a potentia coeundi sem lesz nagyobb mértékben korlátozva.

Nádor Henrik dr. **néhány bakteriologiai készítmény bemutatása után hólyaghüvelysipolyműtét gyógyult esetét mutatja be.**

A 30 éves asszony hetedszer szült. A szülés után való második hétben vétetett föl a kórházba és ekkor a hüvelybemenettől 5—6 cm.-nyire egy két ujj számára átjárható hólyaghüvelysipolyt találtam, mely további öt hét mulva csak a hüvelykujjamat bocsátotta át. Ekkor történt a sipoly hegyes széleinek körülmetszése és selyemfonalakkal való egyesítése. A műtét után való tizedik napon távolítottam el a fonalakat. A sipoly teljesen behegedt.

Lengyel Soma dr. három nőbeteget mutat be; kettőnél kizárt czombsérv miatt, a harmadiknál pedig kizárt köldöksérv miatt lett **sérvműtét** végezve.

S. J. 62 éves özvegy felvétetett szeptember hó 14.-én. Felvételekor előadja, hogy már 29 éve szenved köldöksérvben. Sérve, mely mindig reponálható volt, 14 nap előtt záródott ki. Ez idő óta állandó fájdalmai vannak a köldök táján, sokat hány és nincs székletéte.

Beteg erősen elhízott, a has kerülete a sérv felett mérve 125 cm.

A köldök táján gyermekfej nagyságú tumor, mely felett a bőr erősen megvékonyodott, a kopogtatási hang dobos, tapintata lágy.

Reámetszés után csakhamar nagymennyiségű odanőtt cseplesz tünik elő, ezenkivül pedig vastagbél és tömeges vékonybél képezték a sérv tartalmát.

A tasak fenekén tallérnyi nagyságú, éles szélű gyűrű tapintható, mely a sérvkaput képezi. A cseplesz resectioja után a belek könnyen reponálhatók, anélkül, hogy a kizáró gyűrű tágitása szükséges lett volna. A beleken sehol nagyobb fokú strangulatio nyoma nem fedezhető fel, a mennyiben a kizáródás okát nem annyira a köldökgyűrű szűk volta, mint inkább az odanőtt cseplesz és a kizárt bélrészlet tömege okozta. Így érthető, hogy daczára annak, hogy a kizáródás 14 nap óta állott fenn, a bél mégis ép volt.

PÁLYÁZATOK.

874/1899. f. i. sz.

A kormányzatomra bizott Nyitravármegye tulajdonát képező „**Nyitrai közkórház**"-nál lemondás folytán üresedésbe jutott, évi 700 frt fizetés, természetbeni lakás és teljes ellátással s nyugdíjjogosultsággal egybekötött **alorvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok.

Felhivom azon orvosokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §. II. része értelmében megkivánt minősitésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket **f. évi november hó 15-dikéig**, még pedig a közszolgálatban állók hivatali főnökük útján annál is inkább nyujtsák be, mert a később beérkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

Elmegyógyászatban jártasok előnyben részesülnek.

A kinevezett csupán a kórház területére szorítkozó magángyakorlatot üzhet.

Nyitra, 1899. évi október hó 24-dikén.

2—1 *Thuróczy Vilmos*, cs. és kir. kamarás, főispán.

A féregnyúlványlob (epityphlitis) és annak sebészi kezelése.[1]

45 műtett eset kapcsán.

Közli *Herczel Manó* dr. egyetemi m. tanár.

I. RÉSZ.

Ez évtized eleje óta úgy a belgyógyászok, mint a sebészek vállvetve munkálkodnak a féregnyúlványlob kóroktanának kiderítésén, tünettanának megállapitásán és a követendő gyógyeljárás meghatározásán. Noha garmadaszámba megy az e téren megjelent tudományos közlemény és az utóbbi 2—3 évben határozott közeledés konstatálható az ellentétes álláspontok között, mégis be kell vallanunk, hogy a mai napig a kérdésnek nem minden oldala van tisztázva. Még mindig távol állunk attól, hogy a megbetegedés kezdetén megközelitőleg biztos prognosist állithassunk fel arra nézve, hol kell majd okvetlenül beavatkoznunk és hol lehet veszély nélkül mindvégig belső kezelésre szoritkoznunk.

Mindazonáltal ma már módunkban áll az, hogy az esetek túlnyomó részében legalább *óráról órára* megszabjuk a helyes útirányt és a körülmények pontos mérlegelésével eldöntsük azt, hogy adott esetben meddig *szabad* belsőleg gyógyitani és mikor *kell* műtétileg beavatkozni.

Nálunk, daczára annak, hogy a féregnyúlványlob igen gyakori megbetegedés és sok áldozatot ragad el, utóbbi ideig nem igen foglalkoztak e kérdéssel. Eltekintve *Müller* Kálmán tanár kitünő értekezésétől a „Belgyógyászat kézikönyvé“-ben és egyes casuistikus közleményektől, melyekben személyes részem volt, csupán *Benedikt* Henrik szép monographiáját emelhetem ki, mely az idevágó litteratura szorgalmas összeállitása által tünik ki.

Egybefoglalólag, különösen sebészi szempontból azonban a féregnyúlványlob kérdése vitatva nem lett [2] és azért szolgáljon jelen közleményem adalékul egynémely szempont tisztázásához.

Nem túlságos nagy a műtett anyag, — összesen 45 eset — melyre tapasztalataim alapitvák; de értékkel bir azért, mert egyrészt úgy a kórházban, mint magánintézetemben pontos megfigyelés tárgyát képezte, másrészt rendkivül változatos, a mennyiben a féregnyúlvány megbetegedésének minden formáját felöleli.

A 45 esetből szorosan véve 38 esik a féregnyúlványlobokra és pedig:

a tályoggal complicált heveny lobra	18
az általános hashártyagyuladással társult heveny lobra	9
és az idült, száraz lobra	11

A többi 7 eset részint szövődményes megbetegedések miatt, részint pedig diagnostikus tévedés alapján operáltatott. Ezek typhus-perforatio, féregnyúlvány-tuberculosis, következményes bélszűkület, rákos daganatok, genyes periappendicitissel és májtályog esetei.

Hogy mennyire kevéssé volt ez a műtét még e tized első éveiben közkincs a sebészek kezében, mutatja az, hogy pl. a heidelbergi klinikán csak 1892-ben operálták az első és abban az évben egyetlen féregnyúlvány-resectiót. Én magam 1894-ben végeztem az első hasonló műtétet. De már jóval előbb, a 80-as évek közepétől kezdve hangoztatták Amerikában *Reginald Fitz*, *Sauds* és mások, később Angliában *Macdugal*, Dániában *With*, Francziaországban *Talamon* és végül Németországban *Sonnenburg* biopsiák alapján azt az aetiologikus tényt, hogy lényegében véve a vakbélkörüli megbetegedések túlnyomó részében a féregnyúlvány a lobfolyamat kiindulási pontja. Ennek megfelelőleg a régi peri- és paratyphlitis elnevezést kiküszöbölendőnek itélték és az amerikaiak appendicitis, három év előtt *Nothnagel* scolex = féreg után scolicoiditis, legújabban pedig *Küster* epityphlitis [1] neveket ajánlottak. *Doyen* és *Lucas-Championniére* a perityphlitis név mellett vannak. *Müller* Kálmán is megmarad a vakbél körüli gyuladás elnevezés mellett és bélsárfelhalmozódás alapján keletkezett egyszerű typhlitis stercoralist is leir. Az utóbbi években különben a korán operáló sebészek — itt csak *Lennander*, *Körte* és *Moizard* közleményeire hivatkozom — mind sűrűbben tapasztalják, hogy tényleg létezik vakbél körüli megbetegedés a féregnyúlvány hozzájárulása nélkül is.

Én a magam részéről az *epityphlitis* elnevezést tartom legmegfelelőbbnek, mert a mellett, hogy a bántalom kiindulási pontja gyanánt a *féregnyúlványra mint vakbélen ülő szervre* (epi-typhlon) utal, kifejezi egyszersmind azt is, hogy ez lobos és hogy a lobtermék a vakbél körül·fekszik. Ennek megfelelőleg magyarban a „féregnyúlványlob“ kifejezést ajánlanám elfogadásra.

Mi az **oka** *annak, hogy az epityphlitis oly gyakori?*

Bár azt hiszem, hogy *Tost*, a ki, mint *Matterstock* emliti, minden harmadik személynél a féregnyúlvány beteges elváltozását vagy azon lefolyt lobosodás nyomait találta, határozottan elveti a sulykot, mégis valószinű, hogy a halálozások 7—10%-ánál találunk bonczolatnál e helyen kóros elváltozásokat. A féregnyúlvány alkata, mirigyszövetben való gazdagsága, a béllel való állandó összeköttetése, sokszor túlhosszúsága, különböző fekvése, megtörése, gyakran rövid mesenterioluma mind olyan körülmények, a melyek úgyszólva praedisponálják lobos folyamatokra.

Sahli igen helyesen figyelmeztet az analogiára, mely féregnyúlvány és tonsilla között fenáll. Úgy mint a tonsilla kriptáiban vak zsákokat tartalmaz, melyek a fertőzés veszélyeit szaporitják, a proc. vermiformis maga is annál veszedelmesebb vakzsák, mivel hosszúsága és lumenjének szűk volta egyenesen előmozditják a nyák stagnálását. Ebben a stagnáló nyákban most már a bélcsatornából bevándorló és különösen pl. — mint *Tavel* kimutatta — diarrhoea esetén amúgy is sokkalta virulensebb bact. coli commune egyrészt rendkivül jó tenyésztalajra talál, másrészt ezen bacteriumok a féregnyúlvány nyákhártyáját erősebb productióra ingerlik, úgy hogy az űr könnyen feszülésig megtelik. Ha még ehhez a nyákhártya duzzanata is járul, akkor a csatorna a Gerlach-féle billentyű táján teljesen elzáródik és megvan az epityphlitis első stadiuma, a *féregnyúlvány-kólika*.

1897-ben Francziaországban rendkivül heves vita fejlődött *Dieulafoy* felfogása körül, a ki az appendicitis okául az elzárt holtűr keletkezését szerepelteti. Ezzel szemben alapos bacteriologiai vizsgálatok útján *Legeux*, *Letulle*, *Reclus*, *Achard* és *Broca* kimutatták, hogy ténylegesen minden esetben bac-

[1] Betegek bemutatásával részben előadatott a bpesti kir. orvos-egyesület 1899. okt. 21-dikén tartott ülésén.

[2] *Dollinger* (10 eset kapcsán), továbbá *Lévai* és *Winternitz* a néhány hét előtti szabadkai vándorgyülésen tartottak e tárgyra vonatkozó előadásokat, de ezekre sajnálatomra nem terjeszkedhetem ki, mivel a közlések részint most folynak, részint pedig még egyáltalában nem jelentek meg nyomtatásban.

[1] Epityphlon = szerv, mely a typhlonon lóg.

terium colival, strepto- és staphylococcussal való infectio az elsődleges ok, mely később a falzatlobosodás valamennyi következményes tünetét vonja maga után. A párisi Academie de Médecine e fölött tárgyaló ülésében *Poncet*, *Pozzi*, *Broca* és *Walther* is ehhez a nézethez csatlakoztak.

A bélsárkövek korántsem birnak *azzal a kizárólagos jelentőséggel*, a melyet eleinte tulajdonítottak nekik. Ezek alig az esetek felében vannak jelen s *Ribbert* szerint a proc. vermiformis saját helybeli képződményei, a mennyiben épen csak a magvuk származik a vakbélből. Nem primaer okozói a bajnak, hanem annak már következményei, a mennyiben egy már meglévő epityphlitis alapján képződnek, de nem sokára előtérbe lépnek és azután másodlagosan úgy a lumen eldugaszolása, mint az oedematosus és lobosan infiltrált appendix falzatára gyakorolt állandó nyomás és horzsolás útján nagy jelentőségre emelkednek. *Sonnenburg* nagyon helyesen jegyzi meg, hogy a megbetegedett falzat előmozditja a kőképződést, a képződött kő pedig a falzat megbetegedésére van sulyosbitó befolyással. Az appendix falzata ulcerativ módon szétesik, a fekélyesedés lassan a serosáig hatol és végre a genyes, bűzös tartalom szabadon behatol a környezetbe.

De koprolithák nélkül is elég gyakran és ép oly könnyen előfordulhat, hogy a bélfalzat lobosodása folytán, különösen erős *bacterium-invasio* alapján — mint *Siredey* és *Le Roy* kimutatták, rendesen a folliculusok genyes szétesése folytán — nyákhártya-fekélyesedések és stenosisok lépnek fel, melyek empyemákra vezetnek. Ezek utólag szintén átfúródhatnak. Minden átfúródás nélkül, tisztán a bélfalzat follicului sainak mikrobás infectiója alapján is léphetnek fel azonban a nyirkedények mentén rohamosan tovaterjedő körülirt vagy diffus peritonitisek, sőt metastatikus tályogok is, mint azt *Piard*, *Letulle* és mások kimutatták. Ép úgy megtörténhetik, hogy empyema keletkezése nélkül is az infiltrált falzatban a fekély tovaterjedése folytán az izomzatban és a serosában perforatio létesül. Különösen könnyen történik ez akkor, ha *az appendix vérkeringése nem normalis*. Hisz tudjuk, hogy a processus vermiformis edényhálózata igen dús, a mennyiben *Fowler* szerint az arteria mesenterica superior, art. ileo-colica dextra és colica media között anastomosis áll fenn.

A féregnyúlványt tápláló ág a mesenteriolum szabad szélén fut és útközben elágazik. Ha a mesenteriolum kicsiny és rövid, úgy az arteria közvetlenül a peritoneum alatt az appendixen halad végig; kivételkép egyenesen fut végig az appendix csúcsáig a nélkül, hogy ágakra oszlanék, ott bemélyed a submucosába és itt ágazódik el. Mindezekből kiviláglik, hogy a féregnyúlvány vérrel való ellátása sokszor elégtelen, különösen akkor, ha csak egy arteria van jelen, továbbá azon esetekben, a hol a mesenteriolum rövid és nem terjed egészen az appendix végéig, hol tehát az arteria sem fut esetleg a csúcsáig. Ilyenkor a legcsekélyebb thrombosisnál is rendkivül szenved a falzat vitalitása, úgy hogy gangraena igen könnyen állhat be. Különösen férfiaknál; mert nőknél a ligamentum appendiculo-ovaricumban egy kis véredény fut a féregnyúlványhoz s igy ez jobban van táplálva. Ennek következtében nőknél e megbetegedések tényleg ritkábban fordulnak elő. (Az én eseteim közül 27 férfi- és 11 nőbeteget illet.) Hozzájárul ehhez, hogy rövid mesenteriolumnál a féregnyúlvány rendszerint meg van törve, másrészt hosszabb appendixek odanövések által gyakran vongáltatnak, a mi szintén circulationalis zavart idéz elő.

Ily viszonyoknak mechanikus úton való *hirtelen* megteremtése minden esetre a legnagyobb ritkaságok közé tartozik, úgy hogy *Sonnenburg* az appendicitis gangraenosa bevezetésében felemliti, miszerint azon esetek, hol a vér odavezetésének hirtelen megakasztása által a kisérleti állatnál gangraena keletkezik, az emberben bizonynyal a legnagyobb ritkaságok közé tartoznak.

Sajnos, én rendelkezem a gyakorlatomból olyan esettel, a hol kétségtelenül egy bizonyosan már előbb kórosan elváltozott appendixnél vongálás folytán hirtelen circulationalis zavar és ezt követőleg átfúródás állott be.

Az eset egy 30 éves honvédszázadost illet, a ki az 1895-diki év folyamán két izben szenvedett könnyebb és sulyosabb epityphlitisben; a második roham alkalmával huzamosabb ideig volt kénytelen feküdni. Ugyanezen egyénnek jobboldali nagy lágyéksérve volt, a mely hivatásában, nevezetesen lovaglásnál annyira gátolta, hogy radicalis műtétre határozta el magát. 1896. márczius havában Bassini-féle műtétet hajtottam végre rajta, mely alkalommal, az odanőtt csepleszt felszabadítása után könnyen sikerült a belekkel együtt a hasürbe visszahelyezni és a peritoneumot elzárni. A sérvcsatornában vagy a sérykapu környékén semmiféle összenövés nem mutatkozott. Zavartalan, láztalan gyógyulás, úgy hogy 14 nap lefolytával azon megnyugvással, hogy beteg 1—2 nap mulva elhagyhatja az ágyat, külföldre utaztam. 2 napra rá beteg hirtelen óriási fájdalmak között diffus septicus peritonitis minden tünetével sulyosan megbetegszik; a consultált sebésztanárok megnyitják a lágyékcsatornát, de mindent rendben találnak. 2 nap mulva exitus.

Pertik tanár boncleletéből a következőket emelem ki.

A hasüreg megnyitásakor az élénken belövelt, tetemesen tágult belek egymással és az omentum majus-szal sárgás-zöldes, genyes rostonyás izzadmány által összetapasztottak. A nagy cseplesz belövelt, az apró visszerek mentén sárgás csikokkal tarkázott.

A rekeszbeli nyirkpályák közvetítésével, a bal subpleuralis nyirkedények genyes lobja következményes baloldali genyes-savós mellhártyalobbal. *Sehol phlegmone, sehol tályog vagy áttétel.*

Az operatio terrenumán a tunica dartos, a laza kötőszövet, a tunica vaginalis communis és propria egészen épek; az összes medenczebeli, az összes subperitonealis kötőszövet a cavum praeperit. Retzii sejtes, mindennemű izzadmánytól szabad. A kis medencze jobb felén, az inguinalcsatorna belső szájadékán, sőt részben a jobb csipőtányéron is subperit. kötőszövet és a mellső hasfalakon is a lágyékcsatorna táján a subserosus kötőszövet Haemosiderin által barnás-vörösen festenyzett, mely puffadt belek által itt-ott postmortalisan elszinesedett. A proc. vermiformisnak cseresznyenagyságú bunkóján megvastagodott végrésze edényzett kötőszövet által a lágyékcsatorna belső nyilásához odanőtt. A féregnyujtványnak S alakban lekunkorodott 10 cm.-nyi hosszú szabad vége gombostűfejnyi nyilással átfúrt; a lik a nyákhártyaszinen erősen szürkésfeketésen festenyzett partú, a féregnyúlvány nyákhártyája heges és szintén festenyzett; a lik külső szine közvetlenül nem látható, mert a belső lágyékgyűrűhöz tapadó kötőszövetes adhaesiók között fekszik és genyes rostonyás, zöldes-szürke izzadmány-réteggel vastagon fedett; a nyákhártyalikba vezetett sonda azonban minden ellenállás nélkül jelenik meg a kötőszövetes növedékek között a nyúlvány külső szinén.

Boncztani diagnosis. Appendicitis, gombostűfejnyi perforatióval, mely a jobb lágyékcsatorna belső szájadékához peritonitis adhaesiva folytán odanőtt. Bassini-féle radicalis herniotomia három héttel a halál előtt a köztakaróbeli seb gyógyulásával, de az appendicitis kötőszövetes adhaesióinak vongálásával és innét a sondával minden ellenállás nélkül átjárható féregnyujtványból *peritonitis fibrinoso purulenta universalis.*

Ezek után világos, hogy a már előzőleg is kórosan elváltozott, megtört és a régi rohamok folytán adhaesiv kötegekkel a peritoneum parietalehoz, közel az inguinalis csatorna szájadékához rögzitett féregnyúlvány a műtét által, ha csekély mértékben is, vongálva lett. Mivel az appendix vége lelógott a kis medencze ürege felé, s az S formaszerűen megtört féregnyúlványnak legmagasabb domborulata feküdt legközelebb az inguinalis gyűrűhöz, és e helyen fixálva is volt, valószinű, hogy a sérvtömlő lekötése alkalmával a peritoneum parietaléra kifejtett húzás, elég vongálást gyakorolt az elsődlegesen elváltozott mesenteriolumra, hogy a vérkeringést a féregnyúlványban megzavarja és thrombosisra adjon alkalmat. Hogy pedig valóban a vérkeringés megzavarása által jött létre a perforatio, e mellett szól azon körülmény, hogy az átfúródás épen az appendix csúcsán történt, a mely a legrosszabb circulatióval bir, hogy a perforatio a gangraenosus nyákhártyából indult ki, a mennyibe a gangraena itt volt a legkifejezettebb és a csúcs felé a serosa irányában ékalakúlag kisebbedett, hogy az appendix nem volt túlságosan telt genyes nyákos folyadékkal és végre, hogy koprolitha nem találtatott.

Nézetem szerint **kóroktanilag** tehát úgy áll a dolog, hogy a *vakbél nyákhártyájának és falzatának enyhébb megbetegedései*, a milyenek az emésztési zavarokkal lépést tartanak, *képezik a kiindulási pontot a féregnyúlvány megbetegedésére.* A mig azonban a vastagbélnek ez a bántalmazottsága vagy éppen enyheségénél fogva figyelmet se kelt, vagy esetleg egy kis diarrhoea után nyomtalanul eltünik, a féregnyúlványba

propagált folyamat itt önállóan tovább fejlődik, úgy hogy a legtöbb esetben az appendix lesz a megbetegedés elsődleges okaként inkrimálva.

Röviden összefoglalva a mondottakat, *aetiologice* kétségtelen, hogy az *epityphlitis* rendszerint nem egyéb, mint *bacteriumok és pedig* rendszerint bacterium coli commune és streptococusok, ritkábban staphylococcus, diplococcus, vagy influenza bacillus (*Winternitz*) *által előidézett lobos megbetegedése a féregnyúlványnak. Létrejöttét nagyban elősegítik hiányos vérkeringésből* származó táplálkozási zavarok, *szűkületek*, ezek mögötti váladékpangások és végre *bélsárkövek*, vészthozó jellegét pedig az a könnyűség adja meg, a melylyel ez a lobos folyamat akár a nyirkedények útján tovaterjedhet, akár pedig perforatióra vezethet.

Sonnenburg a kórboncztani elváltozások alapján két főcsoportot különböztet meg, ú. m.:

1. *appendicitis simplex catarrhalis,* környékbeli genyedés nélkül és

2. *appendicitis perforativa suppurativa*, körültokolt tályogképződéssel.

Ezekhez járul harmadik csoportként

3. *appendicitis gangraenosa*, általános hashártyagyuladással, mely szerinte úgy az első, mint a második csoportból veheti eredetét.

Sonnenburg szerint az első két kóralakot, a mely kórboncztani alapon kétségtelenül helyesen van elnevezve, a betegágynál is meg lehet egymástól különböztetni. Azt állítja ugyanis, hogy az egyszerű appendicitisnél hőmérsék, pulsus és közérzet alig szenvednek és a folyamat sohasem lép fel rohamosan, míg az átfúródó alaknál a betegség hirtelen, nagy zavarokkal köszönt be, rázó hidegek mutatkoznak, a hőmérsék rohamosan emelkedik, pulsus szapora és kishullámú, e mellett hányás, hasmenés vagy obstipatio, fájdalmasság és resistentia az ileo-coecalis tájon, valamint meteorismus sohasem hiányoznak.

A valóságnak ez azonban nem igen felel meg, a mint azt *Sahli, Kümmel, Körte, Morisson, Rotter* és mások is kimutatták. *Sahli* például kiemeli, hogy perforatio nélküli esetek is végződnek halálosan, másrészt átfúródási processus mellett is gyógyul az epityphlitis, ha az eltokolódás elég gyorsan történik. *Kümmel* gyakorinak mondja azon eseteket, hol éppen appendicitis simplex-hez halálosan végződő hashártyalobok társulnak, sőt külön hangsúlyozza is, hogy átfúródó eseteknél is gyakran látott enyhe lefolyású és rövid tartamú rohamokat.

Az alább közlendő kórtörténetekből kifolyólag *én is csatlakozhatom az idézett szerzők nézetéhez.* Igaz ugyan, hogy a betegágynál is azon kell lennünk, hogy a klinikai képet a kórboncztan keretébe illeszszük, mint ezt az amerikai *Beck* kiemeli; de mivel ez ennél a megbetegedésnél nem lehetséges, első sorban azon symptomákra kell támaszkodnunk és kiterjeszkednünk, a melyek a pontos diagnosis, főleg pedig a követendő gyógyeljárás megállapitására nézve mérvadók: értem *a tályog fellépésének és további alakulásának a tünetei.* E tekintetben talán már feltünt, hogy én az *epityphlitisnél* mindig *két főcsoportról* beszélek, t. i. egy olyanról, a mely *eltokolt izzadmánnyal jár* és egy *másikról*, mely foudroyansan lép fel, és a melyhez a hashártya általános fertőzéséből *eredő diffus perifonitis társul.* Gyakorlati szempontból még külön választom az első csoporttól azon eseteket, a melyek gyakran recidiválnak, a melyeknél az intraperitonealis izzadmány jóformán teljesen felszivódott — a francziák „appendicite sec"-je —, de a melyekben a nehézségek a beteget mégis csak a műtét kiállására késztetik. Az epityphlitis ezen alakjai nem egyebek ugyan, mint a *körülirt tályogképződéssel járt rohamok maradványai*, de azért a különleges körülményekre, főleg pedig a teljesen elütő prognosisra való tekintettel bátran külön csoportba sorozhatók.

Ezek szerint én, úgy mint az amerikai szerzők *Morisson, Beck, Bernays* stb. három csoportot különböztetek meg és pedig:

I. *Heveny féregnyúlványlob körülirt tályogképződéssel.*

II. *Heveny féregnyúlványlob általános hashártyagyuladással.*

III. *Idült száraz féregnyúlványlob.*

Ha egy futó pillantást vetünk 38 esetünk **kórboncztanára,** úgy azt találjuk, hogy úgy a féregnyúlvány űrtere, nyákhártyája és falzata, mint a környező hashártya a legkülönbözőbb elváltozások szinhelye volt. Ez a sorozat — a féregnyúlványt tekintve — az egyszerű tágulástól a megvastagodás, hosszabbodás, megtörés és savós beivódáson át az űrtér szűkülése, összetapadása, a falzat genyes beszűrődése, kifekélyesedése és átfúródásáig, szóval a legegyszerűbb visszás körülménytől, a mely megakadályozza a nyák lefolyását a vakbélbe, egészen az üszkösödésig, a féregnyúlvány szövetéuek teljes elhalásáig terjed.

Ha erre nézve eseteimet taglalás alá veszem, akkor a következő eredményre jutok:

A mi legelsőbben is a féregnyúlvány *fekvését* illeti, nagyjában 4 változatot észleltem.

I. A féregnyúlvány a vakbél mellső felületén eredve elől és felfelé rögzítve találtatik = 13 eset (2, 7, 13, 15, 17, 22, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34. sz.).

II. A féregnyúlvány a vakbél hátsó felületén eredve hátul, felfelé kunkorodva találtatik = 4 eset (10, 26, 35, 36. sz.).

III. A féregnyúlvány a vakbél külső felületén eredve, rendszerint a hasfali vagy medencze-peritoneummal van összenőve = 7 eset (3, 4, 18, 19, 21, 23, 37. sz.).

IV. A féregnyúlvány lenyúlik a kis medenczébe, a hol rögzítve van = 9 eset (1, 5, 9, 11, 16, 24, 25, 33, 38. sz.).

Végül 5 esetben (6, 8, 12, 14, 20. sz.) a féregnyúlvány nem találtatott.

Ha a féregnyúlvány *alkata* felőli adatokat vizsgáljuk, szembeötlő és az esetek súlyosságára jellegzetes az átfúródás gyakorisága. *A 38 eset közül 19, tehát éppen a fele, perforált.* Az átfúródás a féregnyúlvány legkülönbözőbb pontjain ült, leggyakrabban a megtörés helyén, ritkábban a csúcson. A 19 perforatio közül 11 recidiváló esetet illet, a melyben a beavatkozásra okot szolgáltatott rohamot 1, 2, 5, sőt több recidiva előzött meg, úgy hogy joggal feltehető, miszerint éppen a *perforáló esetek azok, melyek nagy hajlamot mutatnak a visszaesésre*, valószinűleg azért, mert a bélből az átfúródott féregnyúlványon, mint nyilt kapun át állandóan lobgerjesztő anyagok jutnak a proc. vermiformis körül eltokolt tasakokba. E mellett bizonyit az a körülmény is, hogy 22 recidiváló esetem 50%-a (2, 3, 13, 16, 24, 25, 28, 29, 31, 32 és 36. sz. esetek) perforált.

Az egyik ezek közül (29. számú) igen gyakran kiújult esetet illet, a melynél a perforatio nem a szabad hasüregbe vagy a retrocoecalis kötőszövetbe, hanem a Bauhin-billentyű fölött a vékonybélbe történt, hová a féregnyúlvány tágult és kissé bunkószerű csúcsa betört, úgy hogy a bélsár a proc. vermiformis útján bélből bélbe communicált.

Valószinű azonban, hogy a perforatiok száma lényegesen nagyobb, a mennyiben az *obliterált* alak, a mint ezt *Sonnenburg* is felveszi, mindenek szerint gyakran szintén nem más, mint spontán gyógyult előzetes perforatio folyománya. Ilyen, féregnyúlvány-szűkületet felmutató esetem van 7 (2, 15, 17, 19, 29, 30 és 38. sz.); kettőnél az obliteratio teljes volt, a többinél csak részleges. Ezek a stricturák azonban korántsem foghatók fel végleges gyógyulásnak, hanem inkább súlyosbító körülmény gyanánt szerepelnek, a mi legjobban kiviláglik abból, hogy a gyógyfolyamat ezen phasisára rendszerint a féregnyúlvány tágulatával, teljes megtöretésével és környékbeli összekapaszkodottságával szövődve akadunk reá, a mint hogy az én 7 idevágó esetem is a legsúlyosabb lefolyású, folyton recidiváló csoportba tartozik. A műtétet mindegyiknél legalább 2 súlyos roham előzte meg és a műtétnél talált viszonyok is feltétlenül a mellett vallanak, hogy ezeknél az eseteknél a spontán gyógyulás kizártnak tekinthető. Különben a 19. számú esetben az átjárhatlan szűkület fölött képződött empyema bele is pukkadt a szabad hasüregbe, minek következtében végzetes kimenetelű általános hashártyalob lépett fel.

Bélsárkövet 10 esetben találtam és pedig hol hosszúkás nagyobb, hol kisebb, 1—2 csiszolt lapú koprolithát, egy esetben

pedig orsóalakú, stalaktitszerű követ. Ezenkivül néhányszor fövenyszerű törmelékre akadtam.

A hol ilyen se volt, ott rendesen körülirt *vérömlenyek*, *erosiók*, *fekélyesedések*, vagy végre *elhalások* találtattak.

A féregnyúlvány *gangraenája* 4 (18, 20, 26, 27. sz.) esetben forgott fenn és pedig három izben diffus peritonitissel, egyszer (18. sz.) pedig retrocoecalis tályoggal társulva. Valamennyi eset rendkivül súlyos lefolyású volt, mint a hogy a féregnyúlvány teljes elüszkösödése a legvehemensebb fertőzés bizonysága is; mindazonáltal sikerült a 4 közül 3 esetben gyógyulást elérnem.

Mindezen elváltozásokkal heveny megbetegedés esetén rendszerint kisebb-nagyobb kiterjedésű *plastikus izzadmány* keletkezése jár karöltve a féregnyúlvány és a vakbél körül, mely izzadmány azután a környékbeli vékonybélkacsok, fali hashártya és cseplesz között eltokolódhatik, esetleg a medencze mélyére sülyed vagy retroperitonealis tályogképződésre vezethet.

Ilyen esetem volt 18. Kettő kivételével, hol inkább serosus volt az izzadmány (15. és 17. sz.), mindig hatalmas genygyülemre bukkantam, a mely a féregnyúlvány fekvése szerint más-más irányban kúszott szét. Igy a féregnyúlványlob

2 esetben (8. és 10. sz.) lumbalis,
5 „ (2, 3, 6, 16, 18. sz.) retrocoecalis,
2 „ (4. és 14. sz.) nagy intraperitonealis és
7 „ (1, 5, 7, 9, 11, 12, 13. sz.) intraperitonealis

és medenczetályoggal volt complicálva.

Nézzük most a féregnyúlványlob **klinikai képét.**

Mindenekelőtt tekintettel kell lennünk arra, hogy a féregnyúlvány megbetegedése teljesen tünet nélkül, *latensen* is lefolyhat; ilyenkor a beteg, a ki többnyire dyspepsiában, székrekedésben vagy hasmenésben szenved, itt-ott néha a vakbél táján némi fájdalmasságot érez ugyan, de ezt állandó nehézségeinek a keretébe sorolja és igy a folyamat kikerüli a figyelmet. *Tapasztalataim szerint ez sokkal gyakoribb jelenség semmint eddigelé hangoztatva lett.*

Eltekintve ezen esetektől, az epityphlitis lefolyásának három fokozatát különböztetném meg:

1. féregnyúlvány-kólika és könnyű roham;
2. súlyos roham; és
3. általános hashártyagyuladással társult roham.

Ezen változatok gradatim átmehetnek egymásba, de teljesen önállóan is felléphetnek, úgy hogy pl. egyszerre a legvehemensebb qualitativ és quantitativ fertőzéssel: a féregnyúlvány gangraenájával és ehhez társult általános hashártyagyuladással találkozhatunk a nélkül, hogy akár kólika, akár csak egyszerű könnyű roham ment volna előre. Sőt ezen esetek elég gyakoriak.

Hogy ez tényleg igy van és hogy ezen folyamatok valóban csak fokozatos különbözetei egy és ugyanazon megbetegedésnek, azt legjobban igazolják *Nothnagel* klinikai észleletei, melyek szerint a féregnyúlvány átfúródását követő első órákban mindig diffus peritonitis tünetei vannak előtérben. Csakhogy míg az egyik esetben az ép hashártya a kis menynyiségű fertőző anyaggal megbirkózik, az izzadmány eltokolódik és a folyamat lokalizált marad, addig hevesebb, nagyobb mennyiségű bacterium-invasio által okozott fertőzés esetén diffus peritonitis lép fel.

Nézzük most már legelsőbben a *féregnyúlvány-kólika* kórképét!

Hirtelen éles, fúró, húzó fájdalmak lépnek fel a vakbél táján, melyek gyakran közvetlen székletéttel járnak, a mellett a betegek rosszullétről, hányingerről panaszkodnak, néha hánynak is és jobb czombjukat felhúzva tartják.

Ez az állapot rövid néhány percz vagy óra mulva azután vagy megszünik vagy pedig átmegy *könnyebb epityphlitikus rohamba*. A fájdalmak erősbbödnek, esetleg kisugároznak az egész hasra, gyakran a köldök és gyomor táján lokalizálódnak, a mi tudvalevőleg abban leli magyarázatát, hogy a féregnyúlvány és az ileum legalsó részletének beidegzése a sympathicus felső mesenterialis idegfonatai által történik. A hányás kissé makacsabb, hasmenés lép fel, gyakran *láz* is, de ez *csak rövid tartamú*. A vakbél nyomásra érzékeny, kopogtatással egy kis tompultságot lehet kimutatni, a mely részben bélsárfelhalmozódás, részben pedig a vakbél körül helyet foglaló, csekély savós vagy savós genyes izzadmány által van feltételezve. A hasfalak rendesen szintén kissé feszesek, *de a közérzet jó.*

Ez a kórkép körülbelül megfelel a Sonnenburg-féle appendicitis simplexnek.

Lényegesen megváltozik a kórkép, ha a vakbél körül a peritonealis vagy retroperitonealis űrben izzadmány lép fel, akár oly módon, hogy a kötőszövet vagy a hashártya a féregnyúlvány átfúródása folytán septikus, bacteriumdús váladék által fertőztetik, akár pedig úgy, hogy az infectio a megbetegedett féregnyúlványból a nyirkedények útján vitetik a környezetbe. Ilyenkor a tünetek sokkal viharosabbak. A fájdalmak csikaró jellegűek, néha tűrhetlenek, a hányás igen makacs, szél- és székrekedés áll be, a hőmérsék rázóhidegek közbejöttével állandóan magas, a pulsus szapora, a vakbél táján kifejezett resistentia, tompulat mutatható ki, a meteorismus kifejezettebb. Mindezen tünetek arra vallanak, hogy a vakbél körül izzadmány és pedig a magas láz és rázóhidegek értelmében genygyülem foglal helyet. De meg kell jegyeznem, hogy kivételes esetekben a hőmérsék normalis, sőt subnormalis maradhat és az érlökés 80—90-nél perczenként nem szaporább.

Ez az a kórkép, a melyet a régiek *középsúlyos epityphlitisnek* neveztek és a mely körülbelül megfelel a Sonnenburg-féle appendicitis perforativának.

A további fejlemények most már tisztán attól függnek, hogy ezzel az izzadmánynyal mi történik?

Kétségtelen, hogy ha a hasüregbe jutott fertőző anyag kis mennyiségű, akkor a szervezet megbirkózik vele, a hashártya nyirkedényei felszivják és az organismus azután közömbösiti. Ha a virus nagyobb fertőző erővel bir, akkor a hasüregben genyes izzadmány képződik ugyan, de a szervezet önvédelmében ezt eltokolja, gyors összetapadások létesülnek a különböző zsigerek között, a melyek a fertőzés tovaterjedését meggátolni hivatottak. Normalis viszonyok között azután ez a genyes izzadmányképződés 3—4 nap mulva eléri a tetőpontját, ekkor eltokolódik, lassanként sterilizáltatik és további néhány nap lefolyásával — ha újabb fertőzés nem történik — a közömbösitési folyamat be van fejezve. Innen kezdve tehát percutorice és palpatorice úgy szólván lépésről lépésre követhetjük a felszivódási folyamatot, a melynek megindultával természetesen az általános tünetek is visszafejlődnek, a közérzet javul, a hányás megszünik, a pulsus erősbödik és a 39° körül járt esti hőemelkedések elmaradásával a temperatura critice vagy lytice a normalisra sülyed.

Mi történik azonban, ha ez nem következik be, ha *az izzadmány állandósul, ha terjed* vagy *ha a fertőzés tovahurczolásával metastasisok* lépnek fel?

Typikus esetekben mindenek előtt szembeötlő a beteg nagy elesettsége és rosz közérzete, esetleg rázóhidegek állandósulása. Feltünő továbbá a lázmenet. A hőmérsék a 4—5. napon túl is állandóan magas vagy ha pár napon át le is esett, új emelkedéseket mutat. Ez mindig rossz jel. Viszont azonban vannak esetek, a hol a hőmérsék a negyedik napon túl akár egészen a normalisra, sőt subnormalisra sülyed és mégis tályog van jelen. Ilyenkor többnyire igen nagy jelentőségre emelkedik az érlökés minősége, illetőleg ennek a temperaturához való viszonya. Ha a magas hőmérsék leesik és ezzel parallel a pulsus szaporaságából nem veszit, ha tehát a subfebrilissé vagy éppen normalissá vált hőmérsék mellett ezzel meg nem egyeztethető szapora és gyenge pulsus van jelen, szóval *érlökés és hőmérsék között jelentékeny dissociatio* észlelhető, akkor ez mindig azt jelenti, hogy a genygyülem virulentiájából nem veszit, hanem *valami complicatio készül*, hogy a tályogűr nagyobbodik vagy pedig új lerakódások történnek a szervezetben.

Egy további körülmény, mely a tályog viselkedésének a felismerését megkönnyiteni van hivatva, a daganat *kitapinthatósága*. A hol szorgos vizsgálatnál a vakbél táján tompulatot és tapintásra resistentiát találunk, a hol ezen resistentia növekedik, ott kétségtelenül genygyülemmel van dolgunk; meg-

dönthetlen bizonyságot nyerünk, ha a vakbéltáj *oedematosus* vagy ha *fluctuatio* mutatható ki, a mi ritkán esik meg.

Ámde *a negativ physikalis lelet nem fogadható el ellenbizonyiték gyanánt.*

Sokszor ugyanis a kis teriméjű izzadmány a belek között vagy azok mögött fekszik, sokszor maga a féregnyúlvány részben vagy egészében paratyphlitikusan foglal helyet és ilyenkor persze se percutorice, se palpatorice nem tudunk tályogot kimutatni, különösen akkor nem, ha a genygyülem kicsiny. Ugyanez történhetik akkor is, ha a féregnyúlvány hosszú, a medencze felé lóg le és az izzadmány az átfúródott csúcs körül fejlődik, mert ekkor a váladék a medenczébe sülyed le és kitölti a Douglast, a midőn is vizsgálatnál a Poupart-szálag fölött se tompulatot, se daganatot nem találunk.[1]

A tályoggal most már, ha idejekorán nem lesz megnyitva, két dolog történhetik.

Egy az, hogy a *külfelületre, a hélbe vagy a hólyagba tör át,* mikor is kifelé, illetőleg a székletétben vagy vizeletben hirtelen nagy mennyiségű geny jelenik meg, a daganat eltünik és a beteg defervescál. Ezt követheti teljes gyógyulás is, de másrészt az is bizonyos, hogy az áttörés daczára a folyamat háboritlanul tovább propagálódhatik és a beteg elpusztulhat. Mindkét eshetőségre szolgálhatok példával. A halálos kimenetelű esetnél (5. sz.) a bonczolásnál nemcsak a gyomrot, hanem a vastagbélt is perforálva találtuk. A spontán gyógyult eset pedig a következő:

O. Karola, 31 éves pénzügyőrné állitólag soha beteg nem volt. Tiz nap előtt teljes jólét közepette székrekedés lépett fel, a has felpuffadt, általánosan érzékeny lett, majd magas lázak mellett a jobb alhasban a fájdalmak oly mérveket öltöttek, hogy beteg öntudatát elvesztette. Közben epés hányás. A negyedik napon orvost hivatott, ki először a fájdalmakat csillapitotta, később különböző hashajtókat adagolt, melyekre a székrekedés hetedik napján bő székelés indult meg. Vizelet pöcsappal. Beteg három napig feküdt *Korányi* tanár klinikáján, hol tályogot konstatáltak és czért műtét czéljából deczember 2-dikán osztályomra áttették.

Felvételkor 1896. deczember 3-dikán a jobb alhas tájéka nyomásra igen érzékeny, ugyanitt a Poupart-szálag közepén három ujjnyi resistentia tapintható. A méh balra van tolva egy a jobb parametriumban helyet foglaló, a Douglast kitöltő, körülbelül almanagyságú, feszes, nyomásra igen érzékeny tumor által. Hőmérsék 38·5°. Az éj folyamán sok nyákkal kevert, genyes váladék ürült a végbélen át, mire reggelre az alhasi fájdalmak megszüntek. Vizelet spontan megindult. Hőmérsék 37·2°. Másnapra a genyes kifolyás véget ért. 6dikán rectalis vizsgálatnál a végbél jobb falán, az anustól körülbelül 10 cm.-re, mintegy ½ krajczárnyi anyaghiány érezhető, mely a mutatóujj hegyét befogadja. Az első vizsgálatnál tapintott daganat teljesen eltünt. 13-dikán a rectalis áttörés helye ki nem tapintható, parametrium fájdalmatlan. Beteg saját kivánságára távozik.

A második eshetőség az, hogy a tályog nagyobbodik, a lobgátakat maga körül kijebb tolja vagy áttöri és a peritonealis űr felé terjed vagy pedig a retroperitonealis kötőszövetben, a felhágó remese mögött felkúszik a veséig, azt körülfolyja és *subphrenikus* tályog alakjában jelenik meg. Ide tartoznak továbbá a *metastatikus genyedések a tüdőben, mellhártyaűrben, a thrombosisok, a sok szoros*, eltokolt *tályogok* egyes bélkacsok között a *hasüregben* és végre a nem túlságos ritka *májtályogok is.*

Mindezen complicatiók nem egyebek, mint olyan elhanyagolt epityphlitisek folyományai, melyeknél az elsőleges appendicularis genygócz nem lett idejekorán megnyitva és igy az eredetileg kisebb jelentőségű beavatkozás időpontjának elmulasztásával a folyamat propagálódván, szövődményekre vezetett, melyeknek sikeres megoldásán azután a sebész legjobb tudása is hajótörést szenved.

Érdemes lesz ezekkel az esetekkel kissé behatóbban foglalkozni, mert kellő megvilágitásuk és megértésük nagy segitségünkre lesz később, midőn arról lesz szó, hogy az egész epityphlitis-kérdés legfontosabb mozzanatát: a műtéti beavatkozás időpontját megállapitsuk.

Vannak ugyanis esetek, melyeknél *hónapokkal a hevenyen lezajlott és sebészi beavatkozás nélkül gyógyult féregnyúlvány-lobosodás után*, rázóhideggel és excessiv magas lázakkal olyan tünetek lépnek előtérbe, melyek súlyos autoinfectio jellegét hordják magukon. A szabálytalan lázaktól eltekintve, a betegen kisebb-nagyobb elesettségen kivül eleinte semmi különös sem észlelhető. Csak később lépnek fel kisebbszerű fájdalmak a májtájon, a jobb bordaiv alatt, melyek a jobb vállövbe kisugároznak, majd percutorice csekély májnagyobbodás mutatható ki, a vér vizsgálata pedig streptococusokat vagy staphylococcusokat derit ki. Ilyenkor rendszerint pyaemikus infectióval van dolgunk, mely a béltractusban fekvő elsődleges gócztól, exulceratiótól veszi eredetét és a vena portae vérkeringési rendszerén át vagy a nyákhártyákon át, legelőbb is a májban, illetve e körül ad lerakodásokat.

Természetszerűleg, mint leggyakoribb okra, a féregnyúlvány megbetegedésére kell gondolnunk első sorban. Élénk emlékezetemben áll egy ilyen esetem, mely egy 41 éves erőteljes Ganz-gyári munkást illet. Ennél a betegnél az anamnesis csekély bélkólikáktól eltekintve a vakbélt illetőleg semmi positiv adatot nem derített ki. Az ember heteken át határozott pyaemikus tüneteket mutatott, a vérben streptococcusok voltak jelen gyér számban, de a genyvérűség okát *Kétly* tanárral egyetemben a legszorgosabb vizsgálat daczára sem sikerült kimutatnunk és a beteg elhalt. A bonczolásnál azután kitünt, hogy egy régi perforatiós epityphlitis állott fenn, néhány sipoly járta körül a vakbélt, a féregnyúlvány teljesen tönkrement és az innen kiindult thrombosis okozta a beteg pusztulását.

Ez az eset, a milyen typikus, ép oly kevéssé ritka és azt hiszem minden klinikus és nagyobb gyakorlattal biró orvos fog emlékezni saját praxisából egy-egy hasonló esetre, a hol az úgynevezett *spontan pyaemia* okát nem sikerült kideriteni s az kellő világitásban a féregnyúlvány elsődleges megbetegedésére lett volna visszavezethető.

Hasonló esetekben támogatja a valószinű kórismét az a körülmény, *ha a diaphragma körül, különösen jobb oldalt tályogra való tünetek mutatkoznak.* Ilyenkor *perihepatitikus dörzszörejek, a bordaiv alatti bőr oedemája, a hasfalak infiltratiója, esetleg fluctuatio, excessiv érzékenység* a bordaiv alatt, de főként *kezdődő pleuritis* nagyfontosságú jelek. Különösen a mellkasi izzadmánynak van pathognomikus jelentősége, a mennyiben ez rendszerint savós, ritkán savós-genyes vagy genyes. Nevezetesen a savós izzadmányok szólnak a mellett, hogy a rekeszizom alatt lefolyó vagy a máj parenchymájában lezajló genyedési folyamattal van dolgunk s ekkor a savós pleuritist úgy foghatjuk fel, mint a mellhártya reactióját a mélyben fekvő lobgócz körül. A mint a tályog eltokolódik, és a benne foglalt geny virusa csökken, szóval a lobos folyamat enyhül, könnyen megesik, hogy ez a savós izzadmány teljesen felszivódik, úgy hogy esetleges műtéti beavatkozásnál alig találjuk már nyomait; de ha korábban vagy súlyos progrediens esetekben operálunk, akkor azt mindig feltaláljuk.

Egy klassikus példával szolgálhatok erre nézve, a melyben az eredetileg enyhén lefolyt vakbélkörüli lob folyományaként később pyaemia lépett fel. A betegség előhaladtával jobboldali pleuritis diagnostizáltatott, a mely azonban javult és az exsudatum teljes felszivódásával végződött. Mivel azonban a beteg állapota folyton rosszabbodott, a sanatoriumban szorgos megfigyelés után subphrenikus tályogot kórisméztünk, a melyet a 8-dik intercostalis űrben ejtett próbapunctio beigazolt. A műtéti beavatkozás a mellkasüregen át történt és egy hatalmas *májtályog* megnyitására vezetett, melyet nem lehet másként magyarázni, mint egy primaer genyes epityphlitis másodlagos folyományát. Az eset gyógyult, részletei pedig a következők:

Sch. Miksa, 48 éves kereskedő Váczról. 2 évvel ezelőtt szédülései voltak nagy izgatottság közben. Székletéte több mint egy év óta rendetlen. 6 hónap előtt a vakbél táján görcsei, szúró fájdalmai voltak, hányinger kinozta, de nem hányt, sárgasága nem volt. Néhány nap mulva jobban lett és azután jól érezte magát. Hat hét előtt a jobb oldalában hirtelen szúrást érzett, kivált légzésnél és magas lázzal, rázóhideggel ágyba került. Azóta folyton magas esti hőemelkedések 41°-ig, száraz és fájdalmas köhögés. Az utóbbi három hét alatt különösen a jobb bordaiv alatt a hónaljban állandóan nyomó fájdalmakat érez, melyek mély belégzésnél lényegesen erősbbödnek, ép igy külső nyomásra is. *Hirschler* tanár és *Friedrich* főorvos 3 hét előtt jobboldali pleuritikus

[1] Ez utóbbi elég gyakori eshetőségre való tekintettel szükséges minden esetben a rectumon vagy vaginán át is vizsgálni resistentiára. Nagyon gyakran fogunk ilyenkor a kis medenczében pastosus izzadmányt vagy nagyobb genggyülemet, fájdalmasságot, infiltratiót találni, holott a hasüreg physikalis vizsgálata negativ eredményt adott.

izzadmányt constatáltak, mely azonban az utóbbi időben határozottan visszafejlődött. Éjjel erősen izzad, szeszes italokkal nem él, luese nem volt.

Felvételkor mellkas kevés eltérést mutat, mély belégzésnél mindkét fele egyenletesen tér ki. A kopogtatási hang jobboldalt a scapularis vonalban a 7-dik bordától, a mellső hónaljvonalban szintén a 7-dik bordától lefelé tompult. Bimbóvonalban jobb oldalt a tompulat a 6-dik bordán kezdődik, parasternalis vonalban az 5—6 bordaközben. *Litten*-féle tünet nem kifejezett, de kétségtelen, hogy a tompulat felső szegélye belégzésnél kevéssé alászáll. Hátul a tompulatnak megfelelőleg a légzés gyengült, bronchophonia, pectoral fremitus. A tompulat a májtompulattal összefügg. Has a jobb hypochondriumban kissé elődomborodó, ugyanitt egy ujjnyira a bordaív alatt és az epigastriumra kiterjedőleg tompult kopogtatási hang, resistentia, mely a légzési mozgásokat követi; nyomásra excessiv fájdalmasság. A lumbaltáj üres, kopogtatási hang itt dobos, nyomásra semmi érzékenység. Májtompulat fölött a bordákra és bordaközökre ható nyomás is fájdalmakat okoz. Mivel néhány napi megfigyelés alkalmával a lázak határozottan pyaemikus jelleget mutattak, a rázóhidegek typice visszatértek, sokszor $^1/_4$—$^1/_2$ órai tartammal, a beteg folyton erősen izzadt és a hiányos táplálkozás miatt egészen elerőtlenedett, egy rejtett genygóczot kellett feltételeznünk, a melyet jobboldalt a rekesz alatt gyanítottunk. E mellett szólt azon körülmény is, hogy absolute megbízható szaktársak által pleuritis lett constatálva, mely határozottan visszafejlődött, tehát mindenek szerint savós jellegű lehetett és hogy próbapunctioval ezen pleuritisnek még nyomait sem sikerült feltalálni. E miatt újabb, mélyebb, esetleg a májparenchymába vezető beszúrásra határoztam el magamat és tényleg a harmadik kisérletnél, a mellső hónaljvonalban a 9—10 borda között, 6 cm. mélységben tiszta sűrű genyre bukkantam.

Műtét másnap, 1898. május 22-dikén, a beteg elesettségére való tekintettel, Schleich-féle localis anaesthesiában. Először a 11. bordát resecáltam, iparkodva extrapleuralis úton hozzáférközni a genygóczhoz; de a tályog sokkal magasabban feküdt, semhogy innen meg lehetett volna nyitni. E miatt rögtön a 9. és 10., később a 8. bordát is resecáltam 10 cm. szélességben. Megnyitva a mellhártyaűrt, mely eltekintve kevés rostonyás szálagtól alig néhány gyűszűnyi savós váladékot tartalmazott, visszahúzódott a szabad, nem adhaerens tüdő és láthatóvá vált a pleura előtüremkedő diaphragmatikus részén egy négy krajczár- és egy krajczárnyi nagyságú, szennyesen áttünő, kiemelkedő genyfolt. Sterilgaze-zal való tamponade után, mely a genygóczokat és a rekeszt a tüdőtől és mellkastól lehetőleg izolálni volt hivatva, 6 cm.-es metszéssel, mely utóbb 10 cm.-re lett tágítva, megnyitottam és összekötöttem a két áttörni készült genygóczot, a mire hatalmas sugárban, körülbelül 3 liter sárgás-zöldes, párolt káposztaszagú geny ürült. A genyüreg fala mállékony, üreges, léczezett szövetből állott, mely csekély érintésre is könnyen vérzik és minden látszat szerint májparenchym; az utólagos górcsövi vizsgálatnál ez a falzat tényleg májszövetnek bizonyult. Következett az üreg sterilgaze-zal való tamponádja. Nyilt sebkezelés.[1]

Lefolyás várakozáson felül kedvező. Hat vagy hét napig még voltak ugyan lázak, de mind csekélyebb emelkedéssel, úgy hogy azt lehet mondani, hogy a hőfok lytice leesett. A naponta eszközölt kötésváltoztatás alkalmával első öt nap csupán a májüregbe vezető csikok lettek újakkal felcserélve, miközben meglehetős profus volt a secretio, különösen egy mellfelé nyúló genytasakból. Ötödik nap nagy elővigyázattal eltávolítottuk a mellüreget védő tampont, melynek kivétele után csak csekély savós váladék ürült, a pleura csak kevéssé van injiciálva és a tüdő elég jól tágult. Az új tampon betétele után a szúrás és a légzési nehézség néhány óráig tartottak, de lassankint elmultak. További 4—5 nap mulva a pleuraűr szélei sarjadzani, összehúzódni kezdettek, később a pleura costalis ráfeküdt és odagyógyult a diaphragma közepének szabad széléhez, úgy hogy 17. naptól kezdve már csak a májtályog ürét kellett kezelni. Ezen kezelés naponta 2%-os bórvizzel való irrigatioban és tamponadeban állott. Ez utóbbi helyett később, mikor négy hét mulva az üreg mindössze 7 cm. hosszú és 3 cm. széles, drainczső alkalmaztatik. Nyolcz hét lefolyása alatt az üreg azután kisarjadzott és teljesen áthámosodott, úgy hogy a beteg gyógyultan hagyta el az intézetet. Azóta kitünően érzi magát, 12 kilóval gyarapodott és midőn 14 hónappal később láttam, semmiféle nehézségekről sem panaszkodott.[2]

Hogy különben a subphrenikus tályogok aetiologiájában mily gyakran találkozunk vakbélkörüli megbetegedéssel, az kiviláglik *Finkelstein* statistikájából is, mely szerint 252 esetből 45-ben (17·8%) typhlitis és epityphlitis constatáltatott.

Hátra van most már az epityphlitis lefolyásának 2-ik fokozata: *az általános hashártyagyuladással társult roham.* E fellépési mód gyakoriságára élénk világot vet *Revers* statistikája, a mely szerint az összes peritonitisek 90%-a epityphlitisre vezethető vissza.

A diffus peritonitis fellépésének két módozata van: 1. vagy rögtön a roham beálltával áll be a féregnyúlvány gangraenájával, vagy hirtelen átfúródásával a szabad hasüregbe; 2. secundaer lép fel egy a betegség folyamatán képződött eltokolt tályognak hirtelen a hasüregbe való betörésével.

Ezek az esetek természetesen a legsúlyosabbak. Hirtelen rendkivül heves fájdalmak, rázó hidegek, magas lázak, görcsök lépnek fel szerte a hasüregben, igen heves hányás, mely állandóan tart, teljes szél- és székrekedés, rendkivül szapora, kicsiny pulsus, sokszor subnormalis temperatura vagy csekély hőemelkedés, mely a pulsus szaporaságával egyáltalában nem áll arányban. A has mindenütt, baloldalt is már puszta érintésre igen érzékeny, néhány óra alatt felpuffad, hasfalak feszesek, 24 óra alatt a meteorismus kifejezett. Ezzel párhuzamosan a beteg teljesen elesett, közérzete rendkivül rossz, szemgödrök beesettek, arczkifejezés aggodalmas, facies abdominalis, végtagok hidegek, verejtékekkel fedettek. Mindezen tünetek határozottan *hascollapsus jelei,* melyek hirtelen fellépett *perforatios peritonitisre vallanak.*

A *chronikus recidiváló epityphlitisről* (III. fokozat) később fogok röviden beszámolni.

A milyen egyszerű a vakbélkörüli lob *kórisméje* typikus esetekben, épp oly nehéz *a* **differentialis diagnosis** a lobos folyamatok két (heveny és idült) csoportjával szemben.

1. Az *első csoportba* azon *akut megbetegedéseket* soroljuk, melyek jórészt peritonitikus complicatio megjelöléssel küldetnek a sebészhez. Ismeretes, hogy még féregnyúlvány-kólika eseteiben is a diagnosis a betegség kezdetén sokszor igen nehéz. Differential-diagnostikus szempontból fontosnak és kiemelendőnek tartom, hogy a féregnyújtvány okozta görcsöknél *a rosszullét és hányinger a görcsös fájdalmak után* lépnek fel, mig *indigestionalis és egyéb kólikáknál* a roham tartama alatt, annak folyamán. Továbbá a *féregnyúlvány-kólikánál* a fájdalom a köldök és epigastrium körül lokalizálódik, a hólyag és here pedig csak akkor vonatnak a tünetek keretébe, ha az appendix vége közel fekszik a hólyag serosus burkához. Legfájdalmasabb rendesen a Mac Burney-féle pont (spina anterior superior és köldököt összekötő vonal közepe). *Májkólikáknál* a fájdalom az epehólyag tájáról indul ki, az epigastriumban ül s a jobb váll felé kisugárzik, hólyag és herepanaszok ritkák, az érzékenység főszékhelye a jobb bordaiv alatti részlet. *Vesekólikánál* a fájdalom a lumbalis tájról a hólyagba, herébe sugárzik, néha a végbélbe, erős tenesmussal; a hólyag érzékeny, dysuria, tenesmus, esetleg haematuria; az érzékenység kiindulási helye a vesemedencze, esetleg az ureter lefutási vonala.

A *coxitis, iliacalis tályogok, a fossa iliaca elgenyedt bubói* oly lobos megbetegedések, melyeknek feismerése a gyakorlott orvosnak vagy sebésznek nem okoz nehézséget. Nehezebb az *extrauterin graviditas* s a *tubo-ovarialis lobos daganatok* differentialis diagnosisa.

Extrauterin graviditasnál az extrauterin jobboldali zacskó hirtelen megrepedése téveszthető össze epityphlitissel. Elesettség, hirtelen collapsus, légszomj a belső elvérzés minden jeleivel, a menstruationalis viszonyok egybevetésével és a medencze vizsgálati eredményével adnak felvilágositást.

A *salpingo-ovarialis* lobokra az anamnesis, a bántalom rendszerinti kétoldalisága, a bélzavarok teljes hiánya s az exsudatum situatioja jellegzetes. Az exsudatum mélyen, a medenczében az uterusra szokott támaszkodni, s az uterust mellfelé a symphysishez nyomja. A fájdalmat ugyancsak a mélyben érzik a betegek. A kórismét a legtöbb esetben képesek leszünk felállitani. Nehéz lesz az, ha, mint *Richelot* megjegyzi, az exsudatumok magasan ülnek, lehetetlen jóformán a differentialis diagnosis, ha mind a két organum beteg, midőn *Dührssen* és *Sonnenburg* szerint az adnexek megbetegedése a lig. appendiculo-ovaricum nyirokpályáin át jut a féregnyújtványhoz vagy viszont.

Duodenalis fekély, gyomorfekély, melyek természetszerűleg peritonitissel járnak, szintén összetéveszthetők epityphlitissel.

[1] Ezen eset kapcsán csak mellesleg akarom megjegyezni, hogy jelenleg a subphrenicus és májtályogokat, melyeket transpleuralis úton kell megnyitni, technikailag másként kezelem, a mennyiben a bordák resectioja után a pleurát az alsó áthajlási redőnél kezdem lassan felfelé hasitani olykép, hogy két lebenyt képezek. Ezen lebenyeket successive a rekesz serosájához varrom, úgy hogy 10, 14, sőt 16 cm. hosszúságban is a diaphragmát szabaddá teszem, tehát extrapleurál helyezem és e mellett az űrt felfelé teljesen elzárom. Ezáltal elérem azt, hogy sem pneumotorax nem képződik a műtét alatt, sem piothorax a műtét után, mert ilyen módon a mellüreg elzárása útján elejét veszem az infectio veszélyének.

[2] Bemutattatott a kir. orvosegyesület 1899. október 21-dikén tartott ülésén.

A fájdalmak ezeknél a hypochondriumban lokalizáltak s a jobb vállizület felé sugárzók; anamnesis rendesen gyomornehézséget derit ki (Mühlhausen). Ehhez én a magam részéről hozzáteszem, hogy mindig charakteristikusnak találtam gyomor- és duodenalis perforationál, hogy főkép a köldök fölötti hasrészlet puffadt s hogy a májtompulat teljesen hiányzik. Eme jelek segélyével korán lehet a kórismét felállitani s a kellő időben megfelelő helyen beavatkozni.

Vakbélkörüli tályogoknál ugyanis, ha diffus peritonitissel vannak is társulva, a meteorismus nagy lehet ugyan és a májat élállásba is szoritja, de a puffadtság csak a legritkább esetekben oly nagy, hogy a *hónaljvonalban* a májtompulatot ne lehessen kikopogtatni, ámbár az elől hiányozhatik. E tünetnek nézetem szerint a magyarázata az, hogy hirtelen beköszöntő féregnyúlvány-átfúródásnál is csak igen ritkán jut nagyobb mennyiségű bélgáz a szabad hasüregbe, a minek viszont az az oka, hogy az appendix hosszú, megtört, lumene pedig azonkivül centraliter a perforatiótól szükült vagy plane bélsárkővel van eldugaszolva. Ezzel szemben gyomor- és duodenum-átfúródásnál igen sok gáz jut a szabad hasüregbe, melynek lefelé nyomulását a puffadt colon transversum gátolja. Ennélfogva a levegő a hasüreg boltozatában helyezkedvén el, a rekeszről mintegy elemeli a májat s igy ennek a tompulata eltünik. Gyermekeknél ez a tünet azonban nem bir jelentőséggel, mert ezeknél egyszerű meteorismusnál is könnyen elmosódik a májtompulat.

Typhusnál epityphlitissel szemben a betegség lefolyása, serumdiagnosis, bélsárvizsgálat adnak felvilágositást, ha ugyan a beteg előbb meg nem hal.

Azon esetekben azonban, a hol pontosabb anamnesis hiányzik és a melyek oly lassú lefutásúak, hogy az átfúródás körül a belek összenövése folytán az exsudatum eltokolódhatik, a differential diagnosis jóformán lehetetlen, különösen akkor, ha az izzadmány a has jobb oldalán, közel a féregnyúlványhoz foglal helyet.

Ilyen esettel találkoztam 1897 január havában.

Egy 16 éves, e baját megelőzőleg mindig teljesen egészséges esztergályos inas, K. Gyula, Bélabányáról, állitólag az árnyékszéken megfázott, erős hascsikarást kapott, mely 2—4 napig fennállott és mivel állapota nem javult, rázóhideg után lázas lett, 1897. január 27-dikén a Szt.-István-kórházba került. Itt a symphysistől jobbra tompult kopogtatási hangot adó, érintésre igen fájdalmas, kis gyermeköklnyi resistentiát constatáltak. Mérsékelt meteorismus. Therapia opium, később magas beöntések. Hőmérsék 37·2—39·5° között ingadozik. Február 8-dikán újabb rázóhideg; a jobb alsó tüdőlebeny fölött infiltratio bronchialis légzéssel. Másnap a bal alsó tüdőlebenyben is 2—3 ujjnyi tompulat mutatható ki (Hypostaticus pneumonia). Mivel az alhas fájdalmassága különösen a jobb Poupart-szálag fölött emelkedik, a jobb lumbalis táj elődomborodik és a jobb Poupart-szálag fölött a középvonalig terjedő 4 ujjnyi széles, teljesen tompult zóna mutatható ki, ezenkivül a végbélvizsgálatnál a kis medenczében jobboldalt a linea innominata felé húzódó resistentiát tapintok, a rendkivül elesett, a végletekig lesoványodott, 120 pulsust mutató beteg február 11-dikén áttétetik az osztályomra és 12-dikén megoperáltatik typikus rézsutos metszéssel a Poupart-szálag fölött, azon feltevésben, hogy epityphlitis perforativát követett genyes exsudatioval van dolgom. A hasüreg megnyitásával circa 2½ liter sűrű, sárgás-zöldes, rendkivül bűzös geny ürül, a tályogűr egyrészt le a medeczébe, másrészt fel a vese felé nyúlik, falzata vastag, rostonyás, könnyen vérző álhártyákkal fedett. Proc. vermiformist sehol sem találjuk; a szabad hasüreggel nincs communicatio. Tamponade, nyilt kezelés. Közvetlen a műtét után és később is gyakrabban 300—400 ccm. konyhasó-transfusiot kap. Negyednap bélperforatio jelei mutatkoznak, a mennyiben a sebváladékban nagyobb mennyiségű híg bélsár jelentkezik. Innen kezdve újabb lázak, daczára annak, hogy kötésváltás naponta kétszer is történik és a sebűr szorosan kiirrigáltatik. Közel a hólyaghoz, látszólag egy vékonybélkacsban ½ krajczárnyi lyuk van, melyből a béltartalom ürül. Mesterséges táplálással sikerül a beteget kissé roborálni, de a hypostatikus pneumonia tünetei újolag előtérbe lépnek és végre beteg márczius 29-dikén kimerülésben elhal.

A bonczolásnál aztán kitünik (*Genersich* tanár), hogy a *vékonybél alsó részén 20 és 30 cm. a vakbél fölött egy-egy krajczárnyi, sima* lekerekitett szélű hiány mutatkozik, melyek a sebűrbe nyilnak, hol is a vékony-, vastagbél és hólyag között sarjakkal benőtt nagy öböl van, mely jobboldalt a sebűrrel összefügg, balra pedig a csipőtarajig terjed. A féregnyúlvány hosszú, vékony, *de a sebűrrel semmi összeköttetésben nincs.* Peritonitis saccata purulenta ex perforatione ulceris typhosi ilei. Bronchopneumonia.

A mint tehát ezekből kitünik, ebben *az esetben egy typhus ambulatorius alapján állott be a bélperforatio*, a mely nem volt diagnostizálható és ezért adott az epityphlitissel való összetévesztésre alkalmat.

Hogy belső bélelzáródás, *ileus eseteiben néha rendkivül nehéz a differential diagnosis*, arról mas helyen, concret eset kapcsán, bővebben szólok. (22. számú eset.) Itt csak előre is ki akarom emelni, hogy kétes esetekben minden tényező pontos mérlegelése mellett az esetek gyakoriságára való tekintettel inkább epityphlitis perforativát fogunk felvenni. *Albarran* és *Caussade* is kiemelik, hogy az acut epityphlitis ileus charakteristikus tüneteit adhatja, a mennyiben a bél paralysise vagy az exsudatum nyomása heveny elzáródást okozhat. Hozzátenném ehhez, hogy subacut esetekben az álhártyák zsugorodása által okozott bélvongálás vagy bélmegtörés is okozhat ileust.

Különös figyelemmel kell még lenni *epekő-okozta ileusra*, melyre *Körte* hivta fel a figyelmet. Hogy epekő és epityphlitis együttesen léphetnek fel, arra *Riedel* tanitványa *Meusser* utal, a ki idevágó esetet közölt is.

Sonnenburg nyomán felemliteném még, hogy a bél *invaginatiója* vagy pedig valamely kisebb bélrészlet *incarceratiója* is okozhat tüneteket, melyek epityphlitisre emlékeztetnek. Kétes esetekben a tartós hányás, teljes szél- és székrekedéssel egyetemben vakbélkörüli lob *ellen* szólanak.

2. A második csoportba, melyek *diagnostikus nehézségeket* és tévedéseket *okoznak, az idülten lefolyó esetek* tartoznak és itt mindenekelőtt azon esetekre kell kiterjeszkednem, melyeket *Sonnenburg* latenseknek nevez, *Ewald* újolag *appendicitis larvata* névvel jelöl és a melyek évek hosszú során át gyomor-, bél-, máj-, vese-megbetegedés vagy hysteria kórképe alatt folynak le.

Ezen esetek kórelőzménye többnyire nem nyújt támpontot a féregnyúlvány megbetegedésére nézve. A betegek rendesen mindenféle belgyógyászati procedurán esnek át, a mig végül olyasvalakihez jutnak, a kinek sikerül a féregnyúlványt megvastagodottnak és érzékenynek találni és a bajt isolálni. A kórosan elváltozott appendix kiirtása azután egyszerre elvágja az összes tüneteket.

Ezzel szemben viszont *hysterikusoknál* határozottan láthatjuk a perityphlitis, sőt a peritonitis diffusa kórképét is a epitoneum minden anatomiai elváltozása nélkül. *Nothnagel* a „Wiener Klinische Wochenschrift“ ez idei évfolyamában *pseudoperityphlitis* név alatt utalt ezen functionalis kórképre; egy fiatal embernél perityphlitikus attaque miatt a féregnyúlvány egy izben el lett távolitva, a kinél is a regia iliaca dextrában megbetegedés jelei nem voltak észlelhetők. Emez esetekre állitólag a bőrnek hyperaesthesiája és láz hiánya jellegzetes.

Berthier és *Milian* is közölnek egy hason esetet, melynél az appendix szintén el lett távolitva és a daczára ennek fenmaradt nehézségek, — melyek rendszerint a XII. costalis ideg neuralgiája vagy ovaralgia szüleményei — később suggestióra elmaradtak.

Csak futólag akarom emliteni a *epitypilitis aktynomicosát*, mely a legnagyobb ritkaságok közé tartozik. *Isemer* a literaturában mindössze 25 ilyen esetet talált.

Gyakoribb a *epityphlitis tuberculosa*, mint az általános gümőkórnak részleges megjelenése. Néha teljesen latensen folyik le a többi szervek gümőkórja mellett, máskor a féregnyúlvány megbetegedése látszólag primaer tuberculosis benyomását teszi. A baj elsődleges volta, véleményem szerint épp oly kevéssé bizonyitható, mint a coecum tuberculotikus fekélyeinek elsődleges volta, melyek pedig nem oly ritkák s a mennyiben később szétesésekre és hegesedésekre adnak okot, a vakbélstenosis jellegzetes tüneteivel kerülnek műtét alá, a midőn is gyakran csak a műtét folyamán vagy az extirpált praeparatum górcsői vizsgálata alapján állitható fel a helyes diagnosis, mint azt *Makará*-nak és nekem 1—1 operált esetünk bizonyitja. *Cornil* is emliti már, hogy a tuberculotikus fekélyeken alapuló appendicitisek gyakran semmiben sem különböznek a tisztán lobos eredetű epityphlitisektől. *Monod* és *Bockhardt* említést tesznek olyan esetekről, midőn a diagnosis megállapitása csak később, górcső útján volt lehetséges.

A kórismét a pontos anamnezis, előrement symptomákra, mint: lesoványodás, izzadás, haemoptoe, bélvérzésekre valló adatok fogják megadni s concret esetben, ha gyanunk van tuberculosisra, a beteg állapota, közérzete és a nehézségek nagyságától tesszük függővé, hogy beavatkozzunk-e vagy nem, mert csak az autopsia alkalmával győződhetünk meg biztosan arról, vajjon a tuberculosis a féregnyúlványra lokalizált marad-e, a mikor eltávolításával a nehézségek megszünése várható, vagy pedig a féregnyúlvány és vakbélről átterjedt infectio következtében a hashártya diffusabb gümőkóros infiltratiója van-e jelen?

Az alábbiakban közlök egy esetet, a melynél az anamnesis a proc. vermiformis gümőkóros megbetegedésére mutatott, hol azonban a hasűr megnyitásánál azt láttuk, hogy a gümőkór infiltrált száraz alakjával (peritonitis deformans tuberculosa) már a körüllevő szövetekre is átterjedt, a mi miatt is a féregnyúlvány kiirtása gyógyulást nem hozott volna.

Az eset a következő: P. Tamás, 38 éves, nős szabó, Gyergyóról. Két gyermeke meghalt. 1897-ben egy féléven át köhögött, vért köpött, azóta azonban haemoptoeja nem volt; éjjel izzad. Jelen baja 1898. augusztus elején kezdődik; hasában fájdalmak lépnek fel, étvágytalan, szt. István napjától a fájdalmak fokozódnak, egész hasra terjednek ki, láz lép fel, miért is orvosi tanácsra ágyba fekszik, midőn Demjanovits dr. vakbéllobot diagnostizál nála. Ágyban hat hétig marad, ez idő alatt nem csuklik, egy izben volt hányingere. 1898. októberében ismét rosszabbodik állapota: hasa felpuffadt, főleg járásnál fájdalmas a köldök körül. 1899. február hava óta munkaképtelen. Hashajtó theákra van ürülése, de mindig nagy csikarással. Egy izben véres szék; február vége óta az ileocoecalis fájdalmak lépnek előtérbe. 1899. május 25-dikén a magas, erősen lesoványodott beteget a szt. István-kórház sebészi osztályára vettük fel, hol is a tüdőcsúcsok felett kevéssé rövidült hang, de mindenütt sejtes légzés. Has feszes, a jobb spina anterior superior és a köldök között a Mac Burney-ponton erős érzékenység, ugyanitt ezen vonalat derékszög alatt keresztező hosszúkás, két hüvelyknyi vastag, ujjnyi hosszú, nyomásra érzékeny, elmosódott határú resistentia tapintható ki. Ettől befelé egy másik diónyi, kevésbbé kifejezett és a rectus izomtól teljesen el nem különíthető, alig fájdalmas, ellenálló csomó. Egyebütt semmi rendellenesség.

Diagnosis: epitiphlitis chronia recidivans probabiliter tuberculosa. *Műtét* 1899. márczius 29-dikén chloroform-narcosisban; typikus 10 cm. hosszú metszés. Peritoneum igen megvastagodott, kékes, a coecummal kocsonyás álhártyákkal összenőtt. Proc. vermiformis mélyen fekszik álhártyákba ágyazva, vastagodott, rajta különösen közel coecalis insertiojához egy nagyobb, körülbelül 20 fillérnyi caseosus felrakodás, mely sárgásan fénylik. E körül a proc. vermiformis serosájában számtalan tuberculum, kevesebb solitaer gombostűfejnyi gócz a coecumon. A vékonybélkacsok meglehetős szabadok. Világos lévén itt, hogy a proc. vermiformis tuberculotikus megbetegedése már disseminált formában áll fenn, a hasűrt bezártam. Akadálytalan gyógyulás. Feltünő, hogy a beteg a próbalaparotomia után (legalább 1899. szeptember végéig) igen jól érzi magát.

3. Végül egy harmadik csoportba tartoznak az *álképletek*. Rég ismeretes már, hogy a vakbél újképletei körül lépnek fel időnként lobos és genyedésre vezető folyamatok, melyek gyakran lappangva, gyakran pedig heveny, vehemens módon fejlődnek, úgy hogy a kórkép teljesen hasonlit ahhoz, a melyet a féregnyúlvány megbetegedése folytán körülötte fellépett lobos folyamatok adnak. Természetesen ez is csak akkor fog beállani, ha a széteső újképletbe a bél felől mikrobainvasio történik. Ezen megbetegedés, a melyet legjobban *periappendicitis*-nek nevezhetünk, természetszerűleg symptomáiban alig különbözik a tiszta tályogképződéssel párosult appendicularis folyamatoktól, úgy hogy a betegség első stadiumában a differential-diagnosis jóformán lehetetlen. Csak a későbbi lefolyás, melynél többnyire állandó sipolyjárat marad vissza, nyujt felvilágositást, a mennyiben vagy a sipolyjáratból sarjadzik ki a roszindulatú újképlet vagy a sipoly körül lépnek fel kitapintható kemény göbös neoplasmarészletek vagy végre a sipoly elzárása és az appendix kiirtására irányzott műtéti beavatkozás alkalmával derül ki a folyamat valódi jellege.

Rendkivül érdekes és tanulságos erre nézve két esetünk, melyek közül az első egy 41 éves hölgyre vonatkozik. Körülbelül ötnegyed évvel a műtét előtt lobos genyedő folyamat fejlődött a jobb alhasban lassan és krónikusan, melyet egy vidéki kartárs (Schuster dr.) megnyitott; ez alkalommal a hatalmas tályogűrből mintegy 1 liter geny ürült. Ujjal való tapintásnál a tályogűrben semmi gyanusat nem talált, eltekintve egy kötegszerű, kisujjnyi vastag képlettől, mely a processus vermiformisnak imponált. Több hónappal később, miközben a sipoly folyton genyedzett, stenotikus tünetek léptek fel, a melyek minden látszat szerint a mellett szóltak, hogy a tályog falazatának heges zsugorodása folytán vagy comprimálva vagy vongálva lesz az ileum legalsó részlete; mellett a vakbél táján csak aránylag kis, kemény, egyenletes felületű terimenagyobbodás volt tapintható, mely épen egyenletessége és kicsinysége miatt, másrészt pedig tekintettel az előre járt genyedésre roszindulatú daganatnak nem imponált, annál kevésbbé, mert a daganat eltolható nem volt és tudvalevőleg az eltólhatóság rendkivül fontos differential-diagnostikus értékkel bir. Az eltólható és mozgatható daganatok minden esetre az újképletekhez sorozhatók, mig az el nem tólható daganatok vakbél körüli izzadmánynak felelnek meg, bár nincsen kizárva annak a lehetősége és erre éppen a mi esetünk is szolgál bizonyitékul, hogy mozgathatlansága mellett is a daganat rosszindulatú új képlet legyen.

Sonnenburg ilyen esetekben levegő befúvását ajánlja, a mi szerinte értékkel bir, mert újképletnél a bél falzata merev és a befújt levegő által nem tágul ki, mig a bél falzatán kivül fekvő izzadmányok ily módon esetleg tisztábban tapinthatók. Részemről ezen tünetnek túlságos jelentőséget nem tulajdonitanék, mig egy második pontot, a melyre *Sonnenburg* differential-diagnostikai szempontból szintén súlyt fektet és a mely szerint csupán roszindulatú újképletek, nevezetesen carcinomák okoznak stenotikus tüneteket, ellenben a epityphlitis nem, *határozottan tagadásba kell vennem.*

Einhorn és *Rotter* eseteit itt csak futólag akarom érinteni, mert ezekben a bélszűkület acut módon jött létre; előbbinél a gerinczoszlophoz rögzitett féregnyúlvány és bélkacs volvulus képződésére adott alkalmat, mig *Rotter* esetében az álhártyák a bél szöglettörését okozták, a mi acut bélelzáródáshoz vezetett.

De hogy egyenesen a vakbél körüli lob eredményeként lépnek fel szűkületek, olykép, hogy a féregnyúlványhoz rögzitett belet körülvevő álhártyák lassú zsugorodásuk által a bél lumenét fokozatosan szűkitik, arra magánál *Sonnenburg*-nál is találunk mindjárt két példát; az egyik egy 45 éves férfit illet, ki bélsárfistula miatt több izben lett operálva és végre genyes-rostonyás peritonitisben végkimerülésben halt el. Az autopsia ennél kimutatta, hogy a Bauhin-billentyű fölött három meternyire a vékonybélben gyürűszerű behúzódás van hegesedés nélkül, a subacut szűkület összes következményeivel.

Magam is operáltam 1898-ban egy igen súlyos esetet, a hol egy lefolyt epityphlitis következményeként, néhány hónappal a lezajlott lob után, egy magas vékonybélkacs teljes heges szűkülete lépett fel. Hasonló esetet csak egyet találtam az irodalomban. Ez egy 18 éves fiút illet, kit *Ullmann* 1896. márczius havában mutatott be a bécsi orvosegyesületben. A beteg két év óta szenvedett recidiváló epityphlitisben; a hasüreg megnyitása és a vastag szálagos álhártyákkal letapadt cseplesz resectiója után kitünt, hogy egy magas vékonybélkacs van a vakbélhez nőve, melyet leválasztani nem lehetett. *Ullmann* kettős bélresectiót végzett úgy a vékony-, mint a vakbélben külön-külön varratokkal. A beteg gyógyult.

Az én esetem, melyet „Recidiváló vakbélkörüli gyuladás után keletkezett jejunum-szűkület“ czimen segédorvosom, *Lipscher* dr. közölt a székesfővárosi közkórházak 1898-iki évkönyvében, a talált topographikus viszonyok érdekessége által tünik ki. Részletei a következők:

H. László, 28 éves szabó. Négy év előtt vakbele táján hirtelen erős fájdalmak léptek fel, láza volt, négy napon keresztül hányt, hasa puffadt és a jelzett helyen érintésre igen fájdalmas volt. (I. roham.) A láz egy hétig tartott, a fájdalmak csak lassan szüntek, hat hétig ágyban feküdt, de azután gyorsan összeszedte magát, teljesen munkaképessé lett. Ezen rohamok évenként ismétlődtek és a beteget mindannyiszor 4—6 hétre ágyba döntötték.

1899. évi január hó 1-én hirtelen rosszul lett, a vakbél tájékán fájdalmak léptek fel, hányt, de nem csuklott, széke beöntésre volt, szelek mentek. A láz és fájdalmak lassanként megszüntek, de a hányás nem. Beteg eleinte naponként hányt, később 2—3 naponként, de mindig nagy mennyiségű 2—3 liternyi fűzöld folyadékot, melyben néha 1—2 nap előtti ételek maradványait lehetett felismerni. Beteg folyton

Melléklet az „Orvosi Hetilap“ 44. számához. 6. szám. Budapest, 1899. évi október 29.

SZEMÉSZET.

Szerkeszti SCHULEK VILMOS egyet. tanár.

TARTALOM. *Schulek Vilmos* tnr.: Színes szemüvegek fényáteresztése. — *Imre József* dr.: A vakság okai a magyar Alföldön. — *Blaskovics Fridolin* dr.: A nyitott sebkezelés szemoperálások után. — *Leitner Vilmos* dr.: A lá tószerv megbetegedéséről akromegalia kiséretében. — *Grósz Emil* dr.: Az utrechti IX-dik nemzetközi szemész-congressus tárgyalásai. — *Irodalomszemle.* — *Vegyesek.*

Színes szemüvegek fényáteresztése.

Schulek Vilmos tanártól.

(Melléklettel.)

Ha az ultraibolyás fényt a szemtől egészen kizárni akarjuk, ezt a szinkép színes részének minden legkisebb változtatása nélkül megtehetjük úgy hogy kamarás pápaszemet adunk, a melyben triphenylmethan 35:100 xylol, 2·5 mm-vastag rétegben foglaltatik. A színjátszás azonfelül egy kevéske nitrobenzolnak hozzáadása által megszüntethető. Mindemellett a kamarás pápaszem még mindig szintelennek lesz vehető. A szinképnek színes részét a maga teljességében egyenletesen letompitani az előbb említett eredmény mellett számos esetben még azonkivül szükséges leend. Ezt könnyen és tetszés szerinti fokban el lehet érni, ha a kamarát alkotó üvegeket közömbös, de megfelelő szürke szinben választjuk.

Nagy hordó erejűnek mutatkozik ezeknél fogva azt szemle alá venni, hogy ez a combinatio az eddig rendelkezésre álló fényvédelmes szemüvegekhez hatásában miként viszonylik. A következőkben kimutatni igyekszem, hogy egyszerű szürke, azután kék, majd a sárga és végül a vegyes szürke-sárga (Fieuzal) üvegek az égfény szinképén mit változtatnak.

1. Szürke üvegek 3 sötétségi fokozatban (Calderoni és társa czég által a rathenowi gyárból hozatva) a következő tulajdonságokkal birtak:

	Színe		Megenged látást	Égfényes szinképe lemásolva
	fehér alapon	átnézően		
Világosszürke	R. 31. n.	31. r	$\frac{6}{6}$	II. táb. 31. sz.
Középszürke	R. 31. h.	31. m	$\frac{6}{7·5}$	II. táb. 32. sz.
Sötétszürke	R. 31. b.	31. f	$\frac{6}{10}$	II. táb. 33. sz.

Ezen adatok maguk szólnak. Saját látásom, melyet az összehasonlításokra igénybe vettem, egyébként a normálison valamivel felül van, t. i. $v = {}^{6}/_{5}$ megközelitve. A világitás nappali fény volt, derült ég mellett, déli időben. A szoba egy nagy ablakkal birt, szabad kilátással. A látópróbák az L. Weiss-féle fali betűs táblák voltak. A kitevés a szinképek készitésekor 15 perczig, derült égről nyert fénynyel, történt (1899. jan. 3..) A rés félig szabad, félig a keretéből kivett üveggel takarva volt. Az alsó fele mindegyik kettős csiknak a szabadon beáramló fénytől származik, a felsőn ez a fény az üveg absorptiója által gyengitve van. Hogy mennyire van gyengitve, az épen a megitélni való.

A Fraunhofer-vonalak ezen szinképeken szélesek és elmosódottak, mert a rés a physikalis hatás érdekében 0·5 mm.-nyi volt. A színes üvegeknek továbbat még itt közlendő szinképeinél ugyanezen körülmények szerepeltek.

Az ezen üvegek által egyenként okozott fénygyengités [1] a szinkép világosabb helyein itélhető meg legjobban, mert itt a lemez is gyengébb fényérzékenységű volt. Ellenben a szinképnek az ultraibolyába nyúló hossza legjobban akkor derülhetett ki, ha erősebb barnulásig engedtem a dolgot jutni. Könnyen fel lehet ismerni, hogy az ultraibolyának a szürke üvegtől gyengitése csak a szinkép többi részeinek gyengülésével arányos. Mert hogy pl. a 33. sz. a. ábrában az ultraibolya rövidebbnek látszik, mint a vele egyidejüleg felvett égfényszinképen, épen sem jele egy ott történt teljes elnyelésnek. Még hosszabb kitevésnél az a csik is hosszabbá vált volna; rövid kitevésnél az égfény csikja is rövidebbnek látszanék. [1] Valamicske gyengités az ultraibolyában, és pedig jobbról balra fogyólag, az üveganyagtól is van (mint már tárgyaltatott).

Kivonhatjuk tehát a következtetést, hogy *füstszínű szürke üvegek az ibolyántúli fényt nem specialisan gyengítik.*

2. Kobaltkék üvegek 3 fokozatban, szintén Rathenowból, a következő adatokat szolgáltatták:

	Színe		Megenged látást	Égfényes szinképe lemásolva
	fehér alapon	átnézően		
Világoskék (Nr. 1.)	R. 19-20. r-s.	19—20. n.	$\frac{6}{6·66}$	II. táb. 34. *a*)
Középkék (Nr. 3.)	R. 19-20. n-o.	19—20. r.	$\frac{6}{7·5?}$	II. táb. 34. *b*)
Sötétkék (Nr. 5.) ..	R. 19-20. h-i.	19—20. k.	$\frac{6}{10}$	II. táb. 34. *c*)

A kék üvegeknek az elnyelési szinképre menő lényegesen gyengitő hatást nem tudhatunk be, a mennyiben az *F*-től *N*-ig menő tájék jön szóba. A legsötétebbnél (34. c. felső csikja) az *Eb* tájon különösebb, ha talán nem is épen legnagyobb fokú, gyengités bizonyosan fog mutatkozni, mert mint kifejezetten kék üveg, a sárgából okvetlenül többet-kevesebbet elveszen. [2]

A három közölt szinképpel szemközt joggal lehet *csodálkozni, ha valaki ilyen üvegeket általános szemvédelemnek* használtatni akar.

3. Sárga üvegeket mostanában az érdeklődés az előtérbe állit. Ezekből tehát bőséges sorozatot kivántam vizsgálni. Kratzmann igazgató úr (üvegfestészeti műintézet) azon leköteléző szivességgel volt, hogy gazdag hulladékanyagot tetszés szerinti választásomra bocsátott. Minden világossági fokozatát a tiszta sárgának egészen le a Fieuzal-pápaszem sötétsárgájáig képviseltetve kivántam. Ámde a tiszta sárga szín az üvegfestészetben (templomablakokon szent jelenetek stb.) kevésbbé van használatban, mert különben a többi főszineket is az aesthetikai színösszhangzás kedveért nagyon élénk színezésben kellene alkalmazni. Ezért a fenmaradt hézagokat a sorozatban a szomszédos színárnyalatokból kellett kitöltenem. A sorozat a legvilágosabb fokkal kezdődik és a világossági fokozat itt a 3. és 5. rovatban külön meg van jelölve a Radde-színlépcsőzet szerint.

[1] Szürke üvegeknek használatáról szembetegségekben itt sem egyenként nem tárgyalhatok, sem az irodalmat, akár L. Böhmig (Therapie des Auges mittels farbigen Lichtes 1862, és ebben: über graue Brillen 37—44) menve csak vissza, nem idézhetem.

[1] Bromezüstgelatinelemezek elnyelési görbéinek abrái, melyeket Edertől (H. d. Phot. I. 242) már idéztem, ezt egészen érthetőre derítik.

[2] Ha lemezek léteznének, melyek a szinkép minden részeire egyenlően érzékenyek volnának, ezek a viszonyulások szembeszökőbben lennének leképezhetők.

Folyó szám	Fehér alapon		Átnézően		Megenged látást	Égfényes színképe lemásolva
	színezete	világossága	színezete	világossága		
1	10	u	11	< u		—
2	34—35	t	35	u—v		—
3	35—36	s	36	u	$\frac{6}{6?}$	—
4	34—35	r	36	t—u		III. 37
5	35	q—r	35	t		—
6	35	q	35	s		—
7	6—34	o	6. u—34. r.		$\frac{6}{6.66}$	III. 38
8	6—34	n	6. t—34. r.			—
9	6	m—n	6. s—34. r			—
10	6	m	6. r—34 r.			III. 39
11	4	l	6	r	$\frac{6}{7.5}$	—
12	2—3	k	4—5	n		—
13	3—4	h—i	4—5	l		III. 40
14	4	g—h	5—6	k		—
15	2—3	g	4—5	k	$\frac{6}{10}$	—
16	6—7	b—c	7	g—h	$\frac{6}{12?}$	III. 41

Valamennyinek színképét másolatban közölni nem lehetett. Belőle 5 a III. mellékletes táblán, 37—41. sz. a. is tanulságnak elég lesz. Azt mutatják, mindig szemben a velük együtt felvett szabad égfényes színképpel, hogy az ő színképük felső vége mint lesz mind rövidebb, és egyszersmind előbbre haladó módon a vörös oldal felé mind gyöngébb. A 4. sz. üvegnél (37. ábra) ebből még kevés, a 7. sz.-nál (38. ábra) sem sok (sőt talán még kevesebb) vehető észre. A 10. sz.-ban (39. ábra) az elnyelő hatás sokkalta több, mert az ultraibolyát majdnem egészen absorbeálja, az ibolyát és kéket is sokkal többet gyengíti, mint az előzők. Ez tehát már olyan elnyelés, mely nem is egészen szétoszlóan határolódik, hanem némely olajok és terpenek színképére emlékeztet. A 13. sz. (40. ábra) az ibolyát már alig, a kéket és a zöldet is már gyengén ereszti át. A 16. sz. (41. ábra) 2·5 mm. vastag lemezből való,[1] mely Fieuzal-féle pápaszemes üveganyag czimen jött kezembe.[2]

Az utóbbin nevezetes, hogy színképén *egy szín sem hiányzik egészen*, a mi természetesen bizonyos esetekben kitünően használhatóvá teszi, pl. lencsenélküli szemeken, melyeknek sárga lencsemagját a színezés szempontjából jól helyettesiti és a szemet általában is káprázтató fénytől óvja. A hályogoperálás utáni hetekre nem lehet czélszerübbet kieszelni, mint ezt a védőüveget.[3] Későbbre convexüveggel, mely világosabb sárga, pótolni kellene, talán ugyanazon üveganyagból vett vékony réteggel vonva be a domború üveg felszinét.

Ha mind a 16 számot a spectrographált üvegekből szinképeikkel együtt itt felmutatni lehetne, az olvasó alighanem csodálkoznék, hogy a sárga üvegek elég jól lépcsőzött sorozatának a színképek sorossága mily rosszul felel meg, hogy ebben milyen ugrások fordulnak elő több tekintetben, és hogy itt hasonló ismétlődik, mint a mi a sárga olajoknál és más sárga anyagoknál már észrevehető volt. Ha valaki sok ilyen anyagot spectrographosan vizsgált, bizonynyal elveszti a bátorságot, hogy a sárga szinezés szerint a spectrumról többet jósoljon, mint azt, hogy a színes színképnek felső vége valamelyest és talán az ibolyántúl kirivóbb mértékben gyengitve lesz.

Minthogy utóbb a szem fénytörő közegeiről fogok tárgyalni és fényelnyelésüket színképekben kimutatni, legyen szabad annyit előzetesen kimondani, hogy az emberi lencsék már a gyermekkortól fogva sárgásak és hogy az öregkorban nagyon sárgák lesznek. Ezen ténynyel szemben azt a tanácsot, mely újabb időkben olyan nyomatékkal akar érvényesülni és mely szerint fényelleni általános védőeszközül sárga szemüvegeket akarnak használatba hozni, a legnagyobb lelkiismeretességgel kell mérlegelni. Ez a mérlegelés ám történjék itt szemben a sárga üvegek elnyelési színképeivel, mint a hogy néhány a sok hasonló képviseletében a 37—41. sz. ábrákon leképezve van. Ha egyikét ezen kettős színképeknek szemléljük és elgondoljuk, hogy az a valaki, a kit általában a fény ellen védeni akarunk, azon fény helyett, melyet az égfény spectrum képvisel, ama fényt kapja, melyet a másik színképcsik (itt az alsó) jelez, akkor egyúttal bevallani leszünk kénytelenek, hogy ezzel voltaképen nem általános, hanem csak egyoldalú védelmet nyújtunk. A színképrészek eredeti és igy természetes egyensúlyát minden bizonynyal megzavarjuk. Ezzel ellentétben az anaktinos védőüvegek, mint azokat ezen dolgozat kilátásba veszi, a természeti szükségletnek okvetetlenül jobban tesznek eleget. Ezen szempontból kérem az itt majd következő kiegészitő adatokat megitélni.

4. Sárga és szürke vegyesszinű üvegeket Fieuzal hozott használatba.[1] Vannak laposak és öblösek, választás szerint, 3 fokozatban. A fokozat csak a hozzávegyitett szürkének mennyiségére vonatkozik, a sárga tényező azonos. Az üvegek 1·5 mm. vastagok. A legsötétebbnek

	Színezet		Megenged látást	Égfényes színkép ábrája
	fehér alapon	átnézően		
Világos	R. 7. m.	35. q—r	$\frac{6}{6}$	III. 42. *a)* szám
Közép	R. 7. i.	35. p	$\frac{6}{6·66}$	—
Sötét	R. 7. f.	35. n—o	$\frac{6}{7·5}$	III. 42. *b)* szám

szine fehér papiron R. 7. f., de áteső fényben R. 35. n—o; rajta keresztül $^6/_{10}$ nagyon könnyen, $\frac{6}{7·5}$ épen csak, és $\frac{6}{6·66}$ sehogysem olvasható. Ez természetesen változik más, bár elégséges nappali világitásoknál egyrészt, egyenes napfényes világitásnál másrészt. Az elnyelési színkép másolata a III. táblán 42. *b)* sz. a. nézhető; $1^1/_2$ órai kitevéssel készült. A csikok felsője szabadon beáramló égfénytől, alsója ugyanattól az üvegen áteresztve készült egy időben: az üveg a hasadék felét takarta. A színképben az *F—G* rész gyenge, a *G—H* rész nagyon gyenge, és az ibolyántúl még nyomszerű. Rövidebb kitevéskor, pl. $^1/_2$ óráig, a színkép ezen részeiben a fényáteresztésnek még csak nyoma sem jelenik meg, mint többszörösen kipróbáltam. Hatását már fönnebb méltányoltam.

5. Szürke pápaszemek olyan folyadéknak befoglalásával, mely az ibolyántúli fényt egészen elnyelje, mint általánosan védő szemüvegek vannak általam kilátásba véve. Egy Rathenowban készült, folyós üveggel megragasztott üveglapokkal biró kamarás pápaszemen a külső lap középszürke üvegből volt. Relucenter (ránézően) R. 31. h—i és translucenter (átnézően) R. 31. n—o szine volt. Vele $\frac{6}{8.57}$ jól lehetett olvasni. Elnyelési színképe üres állapotban nyerve a III. táb. 44. *a)* számában van másolva. A színkép készitése után azt triphenylmethan 35:100 xylollal (nitrobenzol hozzáadása nélkül) megtöltöttem, és most az emlitett anyagnak 2·5 mm. rétegével megnövesztett elnyelési képességét újra spectrographosan vizsgáltam. Az eredményezett színkép a III. táb. 44. *c)*-ben áll; egyszersmind a szintelen triphenylmethan pápaszem színké-

[1] Az asszonyok ezt a szint olajbogyózöldnek nevezik, bár zöld nines benne.

[2] Párisból, Société des lunetiers, rue Pastourelle 6.

[3] Uran-üveg még jobban megtenné, de nem mindegyik, mint Edernél (l. az 1894. évi értekezését) a 10. lapon 1. és 2. sz. a. nézhető, a hol különösen az a meglepő, hogy a nem fluoreskáló megfelelne, a fluoreskáló pedig sehogy sem felelne meg. A Term. tud. Közlönyben 1899. 166. lapon alul mondottak tehát nem alkalmazhatók.

[1] V. ö. Revue d'hygiène 13 année 1881 p. 951 et 955 (Paris), és Bulletin de la clin. opht. nat. Tome III. 1885, szintúgy Cohn, Hygiene d. Auges 1892, 646. l., sőt már a 642. l. kezdődve. Nagy köszönetet kell mondanom Valude tanár úrnak Párisban az idézett munkáknak megküldéseért.

pével is, mely III. táb. 44. *b)* sz. a. mellette áll, összehasonlítható.

A szürke triphenylmethanos pápaszem kettős szinképes csikjából (tiszta levegő és nagyon keveset fehérfelhős ég mellett $1^1/_2$ óra alatt 1898. nov. 6-án felvéve) a felső fél a szabad égfény szinképét mutatja, az alsó fél az elnyelési szinképet mint olyant tünteti elénk, mely *minden ibolyántúli fényt a H-vonaltól kezdve levág, és máskülönben a szinkép színes részén a fénynek általános és egyenletes gyengítésén kivül mit sem változtat.* Az utóbbi részen a gyengítés az üveglapnak szürke színe által egyébként az ábrán nem épen jól láthatólag mutatkozik, mert a kitevés nagyon hosszú volt [1] a czélból hogy hatása a Fieuzal-pápaszem ellenében jól meglássék. Rövidebb kitevéskor a szürke által történő gyengítés jó látszanék meg. De még ezen ábrának a lemezén is ki lehetne a különbséget mutatni a maga teljességében, ha positivot megfelelő módon másolnánk. Ekkor, t. i. hosszú expositionál ez a csik (az alsó) fényszegényebb maradna, azaz kevésbbé világossá válnék. A negativ és a positiv ez irányban is forditva viselkednek.[2]

6. Zöld és vörös üvegeket is vizsgáltam ugyan (Lumière 3-orthochromos lemezekkel), de ezeknek tárgyalása jelen munkálatom keretén túl menne. Röviden csak annyit emlitsek, hogy az átnézéskor legkellemesebbeknek bizonyult üvegek franczia eredetüek voltak és pedig a következők. Egy bágyadtan vörös üveg, mely ránézően carmin R. 28. l., átnézően carminbibor R. 26. q. volt, $v = \frac{6}{7{\cdot}5}$ megengedett és keretbe vágva napfényes időben órák hosszáig az utczán viseléskor nagyon kellemes benyomású s a levevéskor különösebb utóhatás nélkül való volt. Továbbá egy középzöld üveg, ránézően R. 15—16. i. átnézően R. 15—16. o, lehető $v = \frac{6}{7{\cdot}5}$. Végre egy világos kékeszöld üveg, ránézően R. 15. r, átnézően R. 16. s, lehető $v = \frac{6}{6}$, mely az utczán használatkor meglehetősen jól esett. Mindakettőnek azonban, a vörösnek és a zöldnek, az *ibolyántúlban csak kevéssé* rövidült szinképe volt, habár fényáteresztése[3] mintegy félannyi volt, mint az égfény maga. Egymás fölé rakva a kettő zöldesszürke R. 37 . m. volt. A szinkép a vörös üvegről II. táb. 35., a sötétebbik zöldről 36. sz. a. van másolva.

Tehát átalában a fényhatást ilyen üvegekkel (mint akármelyik színessel is valamennyire)[4] tompitani lehet ugyan, *de az ultra elnyeletésének ügye mégis bizonytalan mig a concret esetben spectrographosan nem vizsgáltunk.*

7. Minthogy Widmark kormozott lapokkal sokat kisérletezett,[5] tanulságosnak igérkezett kitudni, hogy az efféle koromrétegek mint viselkednek a fény irányában. Érdekes értekezés J. Stark[6]-tól tárgyalja a koromszemcséknek térbeli viszonyait, hogy mint telepednek falszerűleg egymásmellé és épülnek általuk aránylag nagy üröket bezáró boltosulások. Ilyen rétegek felszinén, mely érdes, Newton-féle interferentiás szingyűrük támadnak és a fény ellipsisen polározódik. Utóbb nedvesség adsorbálódik. Minthogy a Widmark kisérleteiben való érdeken kivül a bekormozás még azért is figyelmet követelt, mert mindenütt könnyen alkalmazható módja a fény elleni védekezésnek, a mennyiben szemüvegeket, üvegdarabokat stb. füstölgő láng felett tetszés szerinti vastag és a fény ellen védő réteggel befuttatni lehet: ezért az ilyenek fényáteresztéséről néhány kisérletet tettem.

Közönséges tárgylemezeket fotográfos lámpának rostás fedővel ellátott kürtője felett ide és tova mozgattam lehetőleg egyenletesen az érütéssel, 1-től 10-ig. Ilyen módon megközelitőleg egyenlő lépcsőzetben történt a bekormositás. Az 5-ik lépcsőzet már csak $^6/_{60}$ visust engedett meg, de az égfelé nézéskor még a fellegzés alakját, különben is a vidéket sötétbarnaszinben, de még tűrhetően felismerni engedte. A 10-ik lépcsőzet már csak a naptányért komor vörösségben hagyta meglátni, minden egyéb teljes sötétségbe volt merülve.

Ezeket a kormos lapokat az ismert módon a spectograph hasadékfelére illesztettem és a szabad ég fényével együtt ikercsikot produkáltam. A világosabb lemeztől kapott szinkép *F—G*-nél még némi ($^1/_3$—$^1/_4$) fényhatást, *H*-nál már alig, és az ibolyántúlban csupán egy csekély, alig látható nyomot az *L*-vonal közeléig mutatott. A sötétebb lemez, melynek szinképmásolatát a III. táb. 43. sz. ábrában bemutatom, még csekélyebb fényhatást adott, a mint az a harántul álló ikercsiknak alsó felén kivehető.

Nem lehet félreismerni, hogy az ilyen kormos lemezek használásakor *a látás finomsága hamarább megfogy, mint a fény elleni védelem megnövekedik.* Szintúgy, hogy az ultraibolya felé a szinképnek sehol éles határa nincs. A szemvédésre tehát csak jobbnak hiányában kisegitő eszköz lehet.

8. Biztosság okából, hogy a fényt feltartóztató réteg valóban egyenletes lett, bekormozások helyett fotográfos száraz lemezekkel készitettem a szürke rétegeknek egy lépcsőztetett sorozatát. Scholtz Kornél dr. tanársegédem begyakorolta magát arra, hogy a fotografos lemezt tartó cassettet egyenletesen végzett megrántásokkal fokonként nyissa és hirtelen megint becsukja. Auer-égő három méter távolságból szolgált a megvilágitásra. Hangosan történt a számitás 1—15-ig. A kezdeti számhangoztatás csak a figyelem élesitésére való volt, de a 11—15-nél egy-egy $^1/_5$-del a cassette jobban nyittatott és azután hirtelen becsapatott. Előhivása és fixálása a képnek fejezte be a procedurát. Igy a fényhatást öt lépcsőzésben lehetett megkapni. A bromezüstgelatinelemez színezése közömbös szürke lett, R. 31. b . d . g . k . m fokozatokban. Ezekből b és d-vel csak az ablakon át a tájékot körvonalakban, de a szobában semmitsem lehetett megkülönböztetni; g-vel $v = \frac{1}{60}$, k-val $v = \frac{4}{30}$, m-mel $v = \frac{6}{60}$ volt. Aránylag a füstös szinű pápaszemekhez a felismerhetőség ezen lemezekkel csak kevés volt. Lehetne őket különben fénymázzal vagy paraffinnal vékonyan bevonva szemvédésre használni. —

Mindezen fényvédelmi eszközök tekintetében kivánatos, hogy fok szerinti berendezésük physikalis elvek szerint szabályoztatnék. Hogy a gyárosok a szürke szemüvegek üveganyagja tekintetében miként járnak el, azt kellene mindenekelőtt physikalisan ellenőrizni. Az ügynek valóban tudományos álláspontra hozása[1] úgy lenne elérhető, ha nem a szemmel becsülés és nem szinskálák szerint, nem is látópróbákkal történnék a meghatározás, hanem ha egyöntetű, állandó fényforrással birnánk, ha továbbá a fényfogyatkozást valamennyi hullámhosszra nézve, a gyengitetlen szinképnek egyidejű párirányos felvételével együtt, tárgyilagosan előállitanók[2], és ha végre az optikai exstinctiónak (fénytani kioltásnak) ezen relatióit (egymásra viszonyulásait) hasonló módon, mint a már emlitett[3] úttörő eljárás Th. Simon szerint, praecisiós eszközökkel (szabatossági műszerekkel) meghatároznók.

Eddigelé biztos fizikális alap hiányában csak az éllettani

[1] Csekély fénymaradványok kimutatására hosszas kitevés, csekély fényhiányok kideritésére rövid kitevés a helyes eljárás, ha létezésüket általában kimutatni kell. Itt nem ez a kérdés sarka.

[2] Ez a műfogás alkalmas mód a lemezeknek a physikalis bizonyitás tekintetében tökéletlen voltát jócskán megjavitani. V. ö. „Das photographische Reciprocitätsgesetz" H. W. Vogel kézikönyvében II., 1894. 65. és köv. l.

[3] Eder: „Farbige Gläser . . ." 1894, munkálatában elnyelési görbék vázolva vannak. Érdekes az 1. sz. egy aranyrubin-üvegről, mely bőséges ultrát átereszt. Krienes (l. idézve „Szemészet" 1899. 1. sz.) vörös üvegekkel akar az ibolyántúli fény ellen védeni, a mi azonban nem mindeniknél talál.

[4] Hisz a szines anyagon átmenő fény okvetetlenül kevesbül valamilyen módon.

[5] Beiträge z. Ophth. 1891. XVI. és XVIII-ik értekezés.

[6] Untersuchungen über Russ: Wied. Ann. 1897., 62. k. 352—367. l.

[1] Szemészeti művekben sem a készitésről, sem az ügy történetéről nem kapható felvilágositás.

[2] A kettős és egyidejű photográfos felvétel követelését még az állandó fényforrás megteremtése esetében sem lehet elejteni, mert a photochemiás művelet épen sem képez egyszerűen elbecsülhető folyamatot. Előző alkalmakkor már emlegettem. Ezt, eltekintve Eder és Vogel terjedelmes kézikönyveitől a photográfozás felől, legegyszerübben tudomásul venni lehet a „Photochemie" czimű fejezetekből Nernst theoret. Chemie II. kiadás, 1898., 678—689. l. vagy Ostwald Allg. Chemie II. kiadás, 1. kötet 1006—1088. lapjain.

[3] „Szemészet" 1899. 1. sz. 6. l.

hatásból (mint e munkálatban ismételten és különösen a sárga anyagok és üvegek tekintetében ráutaltam) visszafelé következtetni tudtunk. Mivel az eddigi alap ingadozó volt, az indicatiók klinikai esetekben is természetesen csak ingadozók lehettek. Véglegesen biztos talppontot az utóbb említett téren úgyis csak akkor lehet elérni, mikor a látás miveletének rejtvénye maga megfejtve lesz. Addig az elmult időkbeli töretlen tapasztalási ösvény helyett esetleg próbálgató tapogatás töredékes ismeretek alapján kinálkozik, mint a hogy Pergens[1] különben megbecsülendő módon követte, de ebben is előbb a physikalis előismereteknek kellene tisztázva lenniök. Ezen tisztázásra jó kilátás nyilik a spectographia útján.

A vakság okai a magyar Alföldön.

Dr. *Imre József*-töl.

(Két táblázattal.)

A vakság statisztikája két irányban szolgáltathat tanulságokat. Vagy azt kutatjuk, hogy a testi nyomorúságok s közöttük a vakság, a lakosságnak mekkora részét teszik munkára képtelenné, tehát milyen gondot és terhet rónak a társadalom azon részére, mely adó és más hozzájárulások alakjában az ilyenekről gondoskodik (legalább egy részökről), — vagy azt akarjuk tudni, hogy mekkora a szenvedésnek, a testi jólét hiányának az a mértéke, melyet nekünk orvosoknak megelőzni vagy elhárítani kötelességünk s minő természetüek azon eszközök, melyek e feladat teljesítésére megkivántatnak? Ha ezt az utóbbi feladatot tüzzük magunk elé, mint én ezzel az alkalommal, akkor nem a vakság elterjedését, hanem a *vakság okait*, annak kórtani oldalát vesszük első helyen tekintetbe; nem az iránt érdeklődünk, hogy mennyi, magával tehetetlen vak ember van az országban, vagy annak egy részében, hanem azt kivánjuk tudni, hogy mely okból, milyen fajta bajok miatt szoktak az emberek megvakulni, mely okai a vakságnak és mi módon volnának elháríthatók, s mi okból nem háríttatnak el? és végre mily fokú a mi elmaradottságunk — ha elmaradtunk — más nemzetek törekvései és sikerei mögött?

A vakság ellen való küzdelem egyik legsajátabb tere az orvosi működésnek; majdnem az egész müvelt világon a szemorvosok magánműködéséből fejlett ki a szembajok gyógyításának s a mi ezzel egyértelmű, a vakság ellen való küzdelemnek egész rendszere. A trachoma ügyétől eltekintve, a szembajok okaira nézve, tehát a vakság okaira nézve is, jóformán lehetetlen a prophylaxis; a vakság olyan baj, melyet csak gyógyítással lehet megelőzni, nem úgy mint a halálozást bizonyos megelőzhető bajokban. A vakság legfőbb okai gyógyíthatók, de előfordulások nem gyéríthető, vagy csak igen csekély mértékben. Ezért a vakság okainak elhárítása soha sem lesz a preventiv orvostan, hanem a gyógyító orvoslás feladata. És ezt a feladatot kiváló sikerrel teljesitik az orvosok majdnem minden czivilizált országban; a mit fényesen bizonyít a vakok számának kimutatható apadása.

Nem lesz felesleges némely adatot bocsátanom előre a vakság elterjedtségéről s ennek némi változásairól. Az első kérdés, a mi bennünket érdekel, az, hogy milyen helyen állunk a vakság gyakoriságára nézve a többi államok között? *Widmarknak* 1894-ben közölt összeállítása szerint[2] legtöbb vak volt *Portugalliában*, (1878-iki adat szerint) 10,000 lakosra = 20; legkevesebb Hollandiában (1869) = 4·5. Az ismertetett 17 állam között Magyarország *10·5* számmal a hatodik helyen van (1890), tehát csak *ötben* nagyobb a vakok aránya; ezek a már említett Portugallia után sorban: Oroszország, Finnország, Spanyolország, Norvégia. A mi kedvezőtlen helyzetünket egy kissé enyhíteni látszik, hogy míg 1870-ben nálunk 10,000 lakosra *12* vak és 1880-ban *13* vak esett, addig az 1890-iki népszámláláskor csak *10·5* találtatott[3]; de ezt az apadást, míg részletesebb feldolgozását a mi vakságügyi statisztikánknak nem ismerem (nem is gondolom, hogy volna), kénytelen vagyok esetlegesnek, a bejelentések pontatlanságából származónak gondolni.

A második kérdés: van-e valamely adatunk arra nézve, hogy valahol a vakság-esetek számaránya *apadóban* van? Állítólag igen. Így pl. Poroszországban 1871-ben 9·5, 1880-ban 8·2 vak esett 10,000 lakosra; Hollandiában ez a szám 1860-ban 6, 1889-ben 4·4 volt; Angliában 1851-től ez a szám 10 évenként apadt: 10·2, 9·6, 9·5, majd végre 81-ben 8·8 volt; Amerikában, az Egyesült-Államokban 1880-ban 9·7, 1890-ben 8·0, a mit maga az amerikai szerző *részben* a vakok arányának valódi csökkenéséből, részben (a tizenegyedik népszámlálásról szóló hivatalos jelentéssel megegyezőleg) a kevésbbé pontos összeszámlálásból magyaráz.

Egy harmadik kérdés: van-e a vakság arányának valami függése a gyógyításra való alkalom közelségétől? Erre igen világos adatokat találunk a *Widmark* közleményében. E szerint (a hogy a Hjort javaslatára alkotott bizottság megállapította) a Norvégia 2320 vakja közül épen 1000-nél szürke hályog okozta a vakságot; már pedig azon időtájban évente csak 58 hályogmütétet végeztek az egész országban. A gyógyítható vakság vagy elhárítható vakság-okok elhanyagolása okozza W. szerint azt a nagy különbséget is, mely a városok és a vidék vakjainak számaránya közt tapasztalható; *Norvégiában* 1876-ban a városokban 8·3, a vidéken 14·5, *Svédországban* 1890-ben városokban 5·8, vidéken 8·8 vak esett 10,000 lakosra. Az utóbbi országban minden korosztályban megvolt ez a különbség, de különösen feltünő a 65. éven felül. Hasonló a helyzet *Dániában*, hol 1890-ben a szóban levő arányszám 5·31 volt az egész országra nézve, míg a távoli Farő szigeteken 28·5-et tett. Épen ilyen adatokat ismerünk *Oroszországból*: városokban 11, falvakban 23 az arányszám.

Nekünk orvosoknak ebben a nehány számban az fontos, hogy a vakság arányszáma részint a civilisatio fokával általában, részint és kiváltképen az orvosi munka tökéletesedésével és kiterjedésével apadni látszik. Tudjuk ebből is, mai ismereteink után is, hogy a vakság nem leküzdhetetlen fatum; igyekeznünk kell megtudni, mi kilátásai lehetnek a küzdelemnek? mely okai előzhetők meg a vakságnak? mely okok leggonoszabbak? mely intézkedésekre van szükség, hogy megbirjunk velök?

Ezek a kérdések az általános statistika teréről az orvosi statistika, vagyis a számokban felmutatott orvosi tapasztalat terére s első helyen a *vakság okainak* kutatására utalnak bennünket. Ilyen kutatásokat nagy számmal találunk már az összes müvelt nemzetek köréből; *Cohn* Hermann, *Magnus*, *Fuchs*, Millis *Hays* és mások összefoglaló munkái sok táblát, nagy tömeg számot tartalmaznak annak illustrálására, mely okok minő arányban idézik elő a vakságot? De úgy látjuk, hogy a vakság-okok a különböző országokban más-más arányban vesznek részt a veszedelmes munkában; így pl. míg a congenitus vakság esetei majdnem mindenütt egyenlő arányúak, addig a németeknél (Magnus) a szem saját bajai, franciáknál (Trousseau) az általános betegségekből eredő szembajok s Amerikában (Oppenheimer) a sérülések okoznak a többi nemzetekénél nagyobb arányban vakságot.

Ez a különbség az országok közt nemcsak igazolja, de megköveteli, hogy mi magyarok is igyekezzünk úgy egész hazánkra mint egyes részeire nézve kipuhatolni a vakság legfőbb okait s azok érvényesülésének arányát. Nekem évek óta volt az a benyomásom, hogy az előttem megforduló vakok állapotát *nem ugyanazon arányban* idézték elő a vakság-okok, minőt *Magnus* táblázatán találunk, sőt egyenesen az is, hogy több gyógyítható baj végződik, elhanyagolás miatt, vaksággal, mint más országban. Ha így van, érthető dolog; nálunk még nem sok ideje, hogy általában vannak szemorvosok. De így van-e valóban? Ez a sokat izgató gondolat késztetett arra, hogy a magángyakorlatomban és a 14 év óta vezetett városi szemgyógyintézet (most már „Erzsébet-szemkórház“ néven önálló szakkórház) járó és belső betegei közt látott vakokról található adatokat összegyüjtsem és megvizsgáljam. Hiszen hazánkból ilyen adatokat *Grósz* Emil közlésén túl nem ismerek;[1] ez az egész országra kiterjedő körből, az

[1] Klin. Monatsbl. f. Augh. 1897., 33. l.

[2] Jelentés a Budapesten 1894-ben tartott nemzetközi közegészségügyi congressusról. VII. köt. 738. l.

[3] *Norris and Oliver*, System of diseases of the eye. Vol. II.

[1] *Orvosi Hetilap* 1889. „Szemészet“.

egyetemi szemklinika anyagából veszi az adatokat, én a magam szük köréből, a magyar *Alföldről*, melynek több vármegyéjéből gyülnek a mi szemkórházunk látogatói.

Vakjainkat illető jegyzéseim összegyüjtése közben, nemcsak azért, mert a *mindkét* szemre végleg megvakultak száma nem valami nagy, hanem általában is, aggodalmam támadt az iránt, helyes-e, ha csupán a mindkét szemre megvakult egyéneket veszem tekintetbe? Mindig jobban meggyőződtem arról, hogy nem volna helyes; mint az alább közlendő táblák összehasonlításából is kiderül, a megvakulást okozható bajok uralkodásának és veszélyeinek tökéletes ismeretére csak az az eljárás vezethet, ha *úgy a mindkét szemen, mint az egyik szemen történő megvakulást feljegyezzük*, összeszámítjuk s elemezzük. Mert mikor a pusztító szembajok hatását s az ellenök való küzdelem módját forgatjuk elménkben, nem az a kérdés, hány embert tett nyomorulttá, munkára képtelenné valamely betegség, hanem az, hogy *hány szem nem gyógyult meg* belőle? A belső baj is, a sebészi vagy szemészi baj is, vagy halállal (a mi terünkön a szem végleges használhatlanságával) vagy elnyomorodással, vagy gyógyulással végződhetik; miért tartanók jelentéktelennek az olyan eseteket, melyekben nem mindkét szem, csak az egyik hal meg? A *szemet fenyegető bajok veszedelmeit* csak akkor ismerjük meg igazán, ha a monocularis vakságot is, a binocularist is, külön-külön, okok szerint ismerjük és megvizsgáljuk. Ebben én, Magnussal ellentétben, *Cohn* H.-hoz csatlakozom.[1]

Ez az okoskodás vezetett arra, hogy az összes jegyzőkönyveimben talált mintegy 20 évi idő alatt látott[2] vakság-eseteket *két táblán* tüntessem fel, hogy a másoktól származó hasonló adatokkal összevethessem. Az *első* táblán *302* binocularis, a II-ikon *850* monocularis vakság-esetet mutatok be, lehetőleg pontosan állapítva meg a vakság okát.[3] De itt mindjárt egy megjegyzést kell tennem. Minden kutatóra nézve alkalmatlan, de elkerülhetlen hiba, hogy az *okok*, melyeket az illető rovatban feljegyzünk, egymástól igen eltérő dignitásúak; vannak igazi, elsőrendü okok, pl. lues, blennorrhoea neonatorum, de vannak köztük egyszerű anatomiai diagnosisok, pl. abscessus corneae, iridochorioiditis stb., melyek nem is okai, hanem *módjai* a megvakulásnak. A megvakulás igazi okai igen sok esetben ki sem kutathatók; a glaucoma, a látóideg sorvadása, a myopiás érhártyasorvadás stb. mind nem elsőrendü ok, csak a szervezet valamely első okát szolgáló bajának lokalizálása a szemen, mely a megvakulásnak nem igazi, csak közvetlen, alkalmi oka. De ebbe egyelőre bele kell nyugodni, míg a vakság-okoknak és a szembetegségeknek kórtanilag helyes rendszerét valaki megalkotja. Én igyekeztem lehetőleg rövidíteni a betegségek s más okok sorozatát, mert a kép, melyet a nehány fő baj uralkodásáról kapunk, annál élesebb, s mivel úgy is csoportokat kell alkotnunk az összehasonlítások alkalmával. Az elnevezések változó volta, igen eltérő részletezése lehetetlenné teszi, hogy az összes okokat külön-külön hasonlítsam össze egy közös táblán. Külön tehát a mellékelt két tábla eredményét, az okok gyakoriságát százalékokban is feljegyezve, a mint következik:

A vakság oka	*Kétszemi vakság* szám	%	*Egyszemi vakság* szám	%
I. Veleszületett vakság	10	3·31	6	0·70
II. Sérülések	4	1·32	125	14·70
III. Általános betegségek:				
1. Agy- és gerinczagy-bajok	24	7·98	9	1·70
2. Hólyagos himlő	9	2·98	25	2·94
3. Vörheny	4	1·32	8	0·94
4. Kanyaró	1	0·33	3	0·35
5. Bujakórság	2	0·66	4	0·47
6. Orbáncz	—	—	1	0·117
7. Vesegyuladás	—	—	1	0·117
IV. *Genuin szembajok:*				
a) kötőhártya és szarúhártya				
1. Blennorrhoea neonat.	16	5·29	23	2·71
2. „ adultorum	25	8·27	36	4·23
3. Trachoma	19	6·29	65	7·64
4. Kerato-conj. phlyctaen.	1	0·33	20	2·35
5. Abscess. et Ulcus corneae	2	0·66	9	1·07
6. Epibulbaris álképlet	—	—	5	0·55
7. Ismeretlen külső gyuladás	24	7·98	143	16·82
b) Az uveal tractus bajai				
1. Iritis és irido-cyclitis	7	2·32	51	6·00
2. Chorioidit. suppurat	1	0·33	8	0·94
3. Chorioidit. disseminat.	3	0·99	4	0·47
4. Chorioidit. tuberculosa	1	0·33	2	0·23
5. Chorioidit. myopica	3	0·99	7	0·82
6. Iritis sympathica	—	—	8	0·94
c) Glaucoma	69	22·84	143	16·82
d) Látóideg és retina				
1. Atrophia optici	48	15·87	47	5·53
2. Ablatio retinae	1	0·33	28	3·29
3. Retinitis pigmentosa	9	2·98	2	0·23
4. Retinitis et neuritis opt.	16	5·3	15	1·78
5. Meghatározhatlan háttérbeli baj (catar. compl.)	—	—	15	1·78
6. Periostitis sicca orbitae (látóidegsorvadással)	1	0·33	—	—
e) Különfélék:				
1. Dacryocystitis	2	0·66	—	—
2. Szemgödörbeli álképlet	—	—	2	0·23
3. Szemgolyóbeli „	—	—	9	1·7
4. Vakság műtét után	—	—	26	3·17
	302	100	850	100

Ezek a számok magokban, idegen adatokkal összehasonlítás nélkül bizonyítják a következőket.

A két szemre és egyik szemre megvakulásnak okok szerinti sorozatában *feltünő különbségek* vannak. A *sérülések* csak 1·32% binocularis, de 14·70 monocularis vakságot okoztak; az *agy és gerinczvelő bajai* 8%-ban két szem vesztét okozták, de csak 1·70%-ban rontották meg az egyik szemet; a lázas exanthemák (maga a himlő is) meg a trachoma és az uveal-tractus bajai majdnem egyenlő mértékben okai egyszeműségnek és teljes vakságnak, míg a blennorrhoea, úgy felnőtteknél mint újszülötteknél, *kétszerte több* esetben okozott teljes vakságot, mint egy szemen valót; a *látóideg sorvadása három annyi* kétszemi, mint egyszemi vakság előidézője volt. A *legnagyobb százalék* a vakság-okok közt (az egyes betegségformákat számítva) a *glaukoma* rovására esik, 22·8% binocularis vaksággal, 16·8 monocularissal; tehát a glaukoma nálunk az Alföldön a legrosszabb indulatú szembaj, mert csak a látóidegsorvadás okoz nála több esetben teljes vakságot, akkor ha három faját (az agybajok utánit, az idiopathikusnak nevezett faját s a neuritis kimenetelét) összeadjuk.

Ilyen különbség van, de jobb irányban azon *külső gyuladások* hatásában is, melyek a staphylomák, szarúhegek, phthisis corneaek stb. alakjában jelennek meg, de melyek okát s kezdete módját utólag nem lehetett megállapítanom. Ilyen esetekben mindig a köthártya vagy szarúhártya valamely (genyedéssel végződött) baja áll fenn, tehát egész nyugodtsággal lehetett e csoportot a köthártya és szarú rovatába illesztenem. Ezek a bajok binocularis vakságot csak 7·98%-ban, míg monocularist 16·82%-ban okoztak, tehát a vakságnak leghathatósabb, de jobb indulatú okai közé tartoznak, mert kevesebb embert tesznek tehetetlen nyomorékká.

Ha most már a szembajok főcsoportjait vetjük össze, az én adataim következőket tanúsítják a *binocularis* vakságra nézve.

[1] H. *Cohn*. Hygiene des Auges, 765 l.

[2] Három évről magán jegyzőkönyveimet nem találtam meg.

[3] Vaknak minősítettem szokás szerint minden olyan szemet, mely 0·5 m.-nél nagyobb távolról nem számlált ujjakat, s melynek állapota javithatatlan.

I. Veleszületett volt a vakság-esetek... 3·31%-a,
II. Sérülés okozta vakság-esetek... ... 1·32%-ban
III. Általános bajok okozták ... ... 13·25%-ban
IV. Kötőhártya és szarúhártya bajaitól eredt... ... ... 28·82%-ban
V. Az uveal-tractustól eredt... ... ... 4·96%-ban
VI. Glaukoma volt az oka ... ... 22·84%-ban
VII. A látóideg és a retina volt az oka 24·81%-ban
VIII. Különfélék ... ... 0·99%-ban

} IV—VIII. együtt = 82·42%

Ugyanezen csoportok százalékszáma összes *egyszemi* vakságeseteimhez viszonyítva, következőleg alakul:

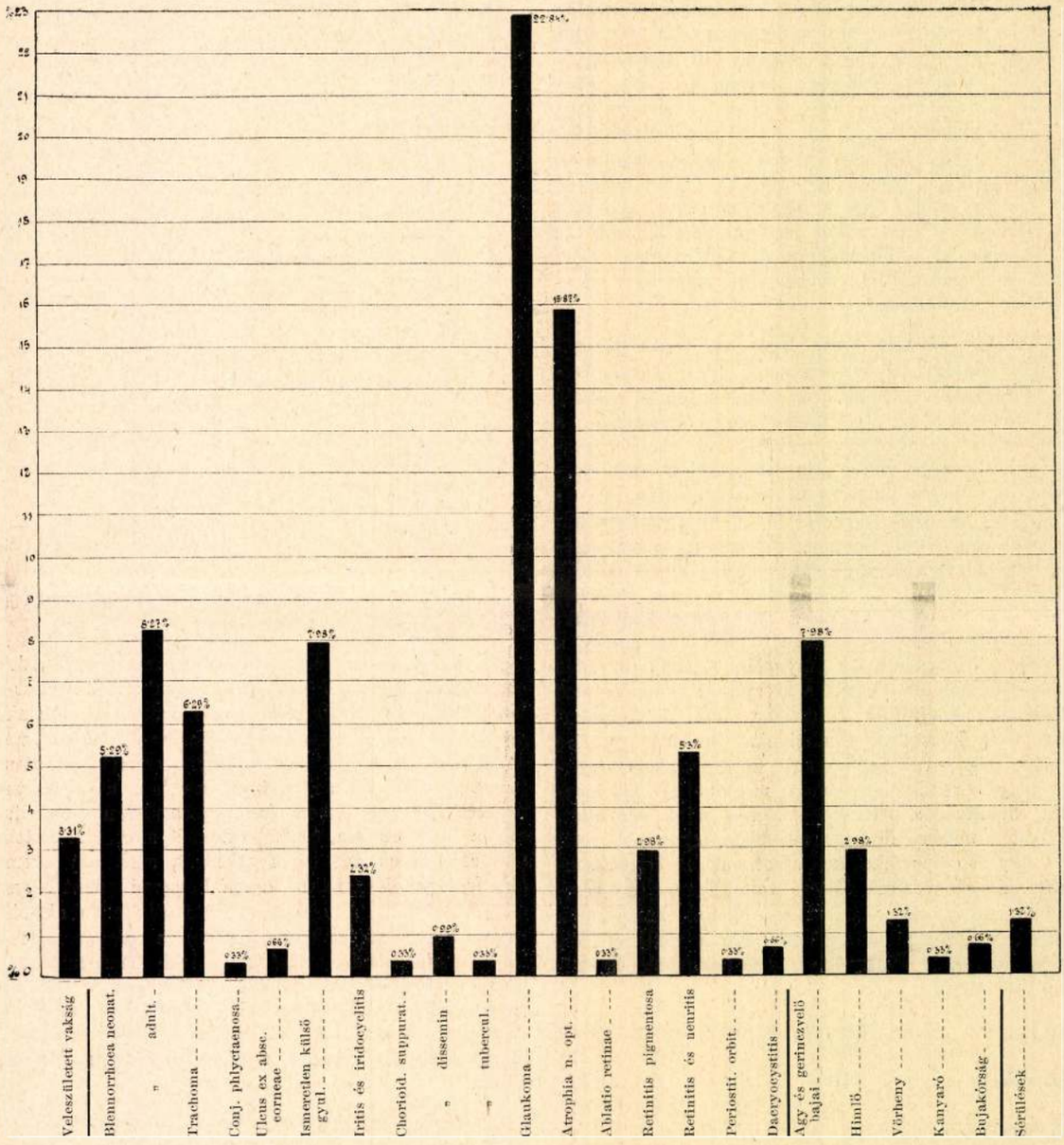
I.... ... ... 0·70% V.... ... ... 9·40%
II.... ... ... 14·70% VI.... ... ... 16·82%
III.... ... ... 6·62% VII.... ... ... 12·61%
IV.... ... ... 35·37% VIII.... ... ... 5·10%

} IV—VIII. együtt = 79·30%

Látnivaló, hogy a szembajoktól az emberiségnek okozott károkat igen tökéletlenül ítéljük meg, ha (mint *Magnus* kívánná)

Binocularis vakság okai.

Hódmezővásárhely, 1876—1898. (302 esetből.)



csak a teljesen, mindkét szemükre vak *egyének*, nem pedig a *megvakult szemek* számával foglalkozunk. Még azt az arányt sem itélhetjük meg helyesen, mely a kártékonyság tekintetében a különböző szembajokat megilleti; maga az a körülmény, hogy a „különfélék" rovata (melybe néhány specialis eset: egy könytömlőgenyedésből kiindult szarúbajtól mindkét szemre megvakult asszony, szemgödörbeli álképletek s a mütét utáni vakság kerültek, mely legutóbbi a mi célunkra nézve nem fontos) a teljesen vakok közt csak 0·99, míg az egyszemüek közt 5·10%-kal szerepel, mutatja, hogy némely viszonyok a monocularis vakság figyelmen kivül hagyása esetén rejtve maradnak.

De az egyes okok *malignitásának* fokát is csak a két parallel sorozatból tudjuk megitélni. Látnivaló, hogy míg a kötőhártya és szarúhártya bajai a *leggyakrabban* és *legnagyobb számmal* előforduló megbetegedések (a vásárhelyi szemkórházban az egész forgalomnak legalább 65%-a) a megvakulásoknak 28·82 százalékát okozzák, de a tőlük okozott vakság *sokkal többször* (35·37%) egyoldali, addig a látóideg és retina bajai csak 12·61% egyoldali, de 24·81% teljes vakságot okoznak, hasonlóul a glaukomában, mint előbb megjegyeztem. Tehát malignitásra nézve első helyen áll a látóideg és retina csoportjai, második helyen maga a glaukoma, harmadikon az általános betegségek (itt ismét az agybajok, tehát a látóideg sorvadásai döntenek) s csak azután következik a nagy számmal szereplő, de inkább féloldali vak-

ságnak okozására hajlandó *külső gyuladások* (conj. és corn.) csoportja.

Ha tovább megyünk s egy kissé elemezzük a két tábla adatait, kutatva, hogy melyik *korosztályban*, melyik *szem* mennyit és mitől szenvedett leginkább? következő felvilágosításokat kapjuk. (Megjegyzem, hogy azon esetekben, mikor a *megvakulás időpontja* kitudható volt, ezt jegyeztem fel, nem pedig a jelentkező vak életkorát; ily módon igyekeztem a magasabb korosztályok felszaporodó vakság-eseteit redukálni; a mi természetesen nem sikerülhetett tökéletesen.)

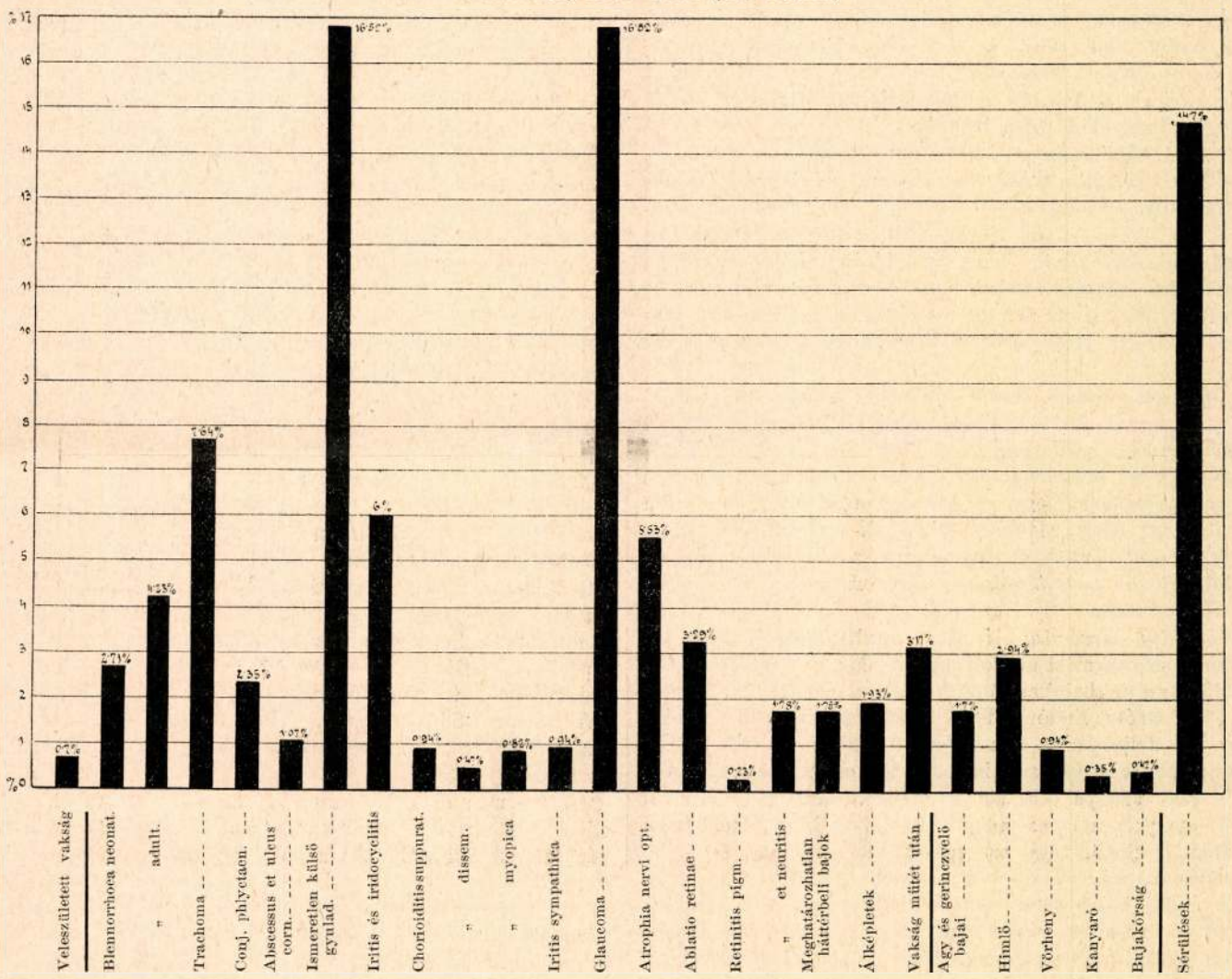
A *binocularis* vakság táblája szerint legtöbb vak egyén volt *5 év alatt* = 15·23%-a az egésznek; utána következik a 60—65 év közötti kor, 11·92%-kal; a 45 és 60 közti 3 osztály igen egyforma (= 8·28—8·61%); 40—45 közt meg 5—10 közt egyenlő számú eset volt. Hogy ezen sorrendnek *mi az oka?* egy tekintetre meglátjuk; az első korosztályban a veleszületett bajok, a himlő, az agybajok és az újszülöttek szemgenyedése okozza a magas vakságbeli százalékot, míg 60 éven felül hirtelen felszaporodnak a glaukoma-esetek s hogy nálunk mindeddig kevés glaukomát gyógyíttatnak, jól tudjuk.

Nem szerint nem sok volt a különbség; 165 férfira 137 nő esett; minden korosztályban nagyjában ehhez hasonló a férfi- és nő-vakok száma s minden *ok* miatt megvakultak közt csak a *glaukoma* tünteti fel a mások által is kiemelt fordított arányt, mert 26 férfira 43 nő esik, tehát a glaukomától megvakultaknak mintegy *65%-a* volt nő.

Az *egyszemi* vakság 850 esete közt *482* volt férfi, *368* női egyénnél; itt a különbség a két szem közt nagyobb mint amott, a nők száma csak a 15—20. év közt mulja felül a férfiakét tetemesebb mértékben. Ugyanazon korosztályba esik a vakok leg-

Monocularis vakság okai.

Hódmezővásárhely 1876—1898. (850 esetből.)



nagyobb száma, mihez legnagyobb mértékben járulnak: a *sérülések*, a *trachoma* és a meg nem határozott *külső* (szarúhártyát pusztító) *gyuladások*.

* * *

Hasonlitsuk össze röviden az én adataimat másokéval. Előre bocsátom, hogy alig van két, egészen egyformán csoportosított hasonló tárgyú kimutatás. Egyik a műtét utáni vakságot a sérülések rovatába teszi; másik a congenitus vakság eseteit csak a fejlődési hibákra szorítja; harmadik egy- és kétszemi vakságot összeszámít; a negyedik az érhártyát és retinát veszi egy csoportba stb. Igy azután részint a külön megnevezett egyes bajokat, részint az okok négy főcsoportját hasonlíthatjuk össze, egy csoportba összegezve minden genuin szembajt. Igy is találunk némely tanúságokat.

Vegyük sorba az egyes fontosabb *szembajokat*.

1. A *blennorrhoea* neonatorum *Magnus tábláján* 10·81, az én két szemre vakjaim közt 5·29, az egy szemre vakok közt 2·71, *Magnus* 770 betege közt 13·24, *Grósz* Emilnél 3·28, *Trousseau*-nál 4·6, *Oppenheimer*-nél 3·13%-kal van feljegyezve; *Dániában* 2·0, *Svédországban* 5·30, *Norvégiában* 0·81, *Finnországban* 1·22%.[1] Ebben a mi helyzetünk elég jó; tudjuk, hogy Nagy-Britanniában az összes vakoknak 22%-a, Amerikában (E.-Á.) mintegy 30%-a ezen baj miatt vesztette el szemeit.

2. A *blennorrhoea adultorum* (majdnem mindig *gonorrhoeás*). Magnusnál külön nincs a táblán, a szövegben 0·91, nálam *8·27*,

[1] *Widmark:* Mittheilungen aus der Augenklinik zu Stockholm. 2. Heft. Jena, Fischer 1899. 53. l.

illetőleg 4·23, Trousseaunál 11·4, Oppenheimernél 16·2%-ot, *Dániában* 1·0, *Svédországban* 1·22, *Norvégiában* 0·81, *Finnországban* 0·61%-ot tesz. Helyzetünk rossz, de nem a legrosszabb.

3. *Trachoma* miatt az összes vakoknak nálam 6·29 (illetőleg 7·64) százaléka vesztette el látását; figyelemre méltó, hogy több egyszemi mint kétszemi vakságot okozott. Magnusnál e czímen 9·49% (trachoma és blennorrhoea adult. chronica), külön 770 esete közt 2·20, Grósz Emilnél 4·68, *Cohn*-nál 1·7, Daumasnál 5·4, Carreras Aragonál 9·1, Oppenheimernél 4, Trousseaunál 3·84% volt az arány; Krükownál 0·6. Tehát csak a spanyol szemorvos számadata mulja felül az enyémet, a miből az látszik, hogy nálunk a trachoma fontosabb mint más országokban, kivéve Finnországot, hol a kuopioi vakok intézetében 20% esett a trachomára, *Widmark* pedig 162 vak közt *30·87*%-ban találta.

4. Az én kimutatásomban van egy tétel: „ismeretlen külső gyuladás", mely e néven másutt nem szerepel s itt a vakságokok 7·98 (illetőleg 16·82) százalékát foglalja magába. Ennek egyenértékét másoknál a keratitisekben, scrophulás kötőhártyagyuladásban, különböző kiütéses szembajokban stb. kell keresni. Ezek összege Magnusnál mintegy 8—10·65%-ot tesz; én nem akarom a szem *állapotát* venni a vakság *okának* nevéül s meghagytam az eredeti bajt, mint az én viszonyaim közt alig kikutathatót, *ismeretlennek*. Bizonyos, hogy ezek az esetek (mint Grósz E. is kifejezi) a conj. és cornea bajainak rovására, tehát az *elhárítható* vakság-okok közé irandók.

5. Az *uvea* bajai nálam 4·96%-ban (illetőleg 9·40%-ban), Magnusnál 22·20 (táblján 9·86), Trousseaunál mintegy 6, Oppenheimernél 2·6%-ban, *Budapesten* 7·17%-ban, *Dániában* 15, *Svédországban* 9·73, *Norvégiában* 8·45, *Finnországban* 4·83%-ban okoznak vakságot. Láthatjuk, hogy az eltérések igen nagyok, a szerzők különböző eljárása szerint (pl. Magnusnál a fertőzéses esetek is befoglalvák). Hogy nálunk nem csekély az arány, figyelmet érdemel, mert az ilyen eredetű megvakulások egy része is elháríthető.

6. A *glaukoma* nálam 22·84 (illetőleg 16·82), Magnusnál 8·97, Oppenheimernél 10·84, Trousseaunál 10·56, Krückownál 24, *Dániában* 14·5, *Svédországban* 13·06, *Norvégiában* 26·45, *Finnországbau* 12·34 százalékot ad. Az összes többi észlelőket is végig nézve, úgy találom, hogy egyedül az orosz és norvég szám van a tőlem közölt felett, a többi közül csak a Grósz Emil adata (18·82) közelíti meg. Tehát a glanuomára a mi alföldi népünk különösen hajlandó, de *gyógyíttatására még nem gondol kellő időben s rá nincs elég alkalma.*

7. A *látóideg sorvadása* 15·87%, agybajoknál 7·98% (és 5·53 egyszemi) megvakulást okozott nálam; Magnus tábláján 7·75 (agybajoknál és gerinczbajoknál 9·29%), Trousseaunál 6·8, Oppenheimernél 4·54, Grósz Emilnél 9·23 (központi eredetű sorvadás 5·31) arány van feljegyezve. Ha még tekintetbe vesszük azt is, hogy a *retinitisek és neuritisek* is épen az opticus sorvadásával végződnek s ezek aránya 5·3, sőt a pigmentosával és ablatióval együtt 8·94, együttesen *olyan nagy számot* tesz ki a látóidegben vagy retinában fészkelő, vagy az idegzet központjaiban levő, de opticus-sorvadást okozó vakság-okok csoportja (*32·79*%), melyhez csak *Dánia* adatai közelítenek, hol (Widmark szerint) a látóideg sorvadása 10, neuritis és neuroretin. 13, agybajok 6%, *együtt* tehát *29*%-át okozzák a vakságnak. Hogy ebből mi következik? alább bátor leszek rámutatni.

8. A *műtét utáni vakság* az én kimutatásomban csupán 3·17% *egyszemi* esettel szerepel. Külföldön többet mutatnak ki; Amerikából Oppenheimer 572 eset közt *32 hályogműtét utáni* vakságot jelez (ebből látszik, hogy a monocularis vakságot is feljegyezte); *Trousseau* 625 esete közt 30 „sikertelen műtét" található. Én nem irtam ezeket a „sérülések" rovatába, mert más jelentőségük van, az ilyen megvakulás ellen más módon lehetvén küzdeni.

* * *

Hogy mennyit *mulaszt* a lakosság (felvilágosodás és alkalom hiánya miatt), csak abból itélhetjük meg, hogy mennyit *lehetne* tennie? Mennyi lett volna szembajaiból *meggyógyítható?* Mennyi baj lett volna *elkerülhető*? Ezt bajos utólagosan megitélni. De némi valószinűséggel oszthatjuk a vakság okait e tekintetből 3 csoportra: *elháríthatlanok, talán* elháríthatók, tehát kétesek és elkerülhetők, meg hiztosan gyógyíthatók csoportjára. *Cohn H.* szerint az I. csoportba sorozhatjuk: a vele született vakságokat, a látóideg sorvadásait, álképleteket, typhus utáni vakságot stb.; a II. csoportba: a retina-leválást, a rövidlátók belső gyuladásait, az összes iritiseket és keratitiseket, a szerencsétlen műtéteket és az összes sérülések felét; a III. csoportba: a sérülések másik felét, a blennorrhoeákat, glaukomákat, syphilises, himlős, trachomás eseteket. Ily módon Cohn több észlelőnek adatait összevetve, úgy találja, hogy az

I. csoportba tartozó, elháríthatlan vakság-okok aránya = 22·5%.
II. „ „ talán elhárítható „ „ = 44·9%.
III. „ „ biztosan elhárítható „ „ = 32·6%.

Ezzel szemben az én eseteim, ugyanazon elvek szerint felosztva, azt mutatják,
hogy az I. csoportba tartozik 30·80%,
a II. „ „ 22·52% és
a III. „ „ 44·61%, vagyis a *biztosan gyógyítható, de elhanyagolás miatt megvakult szemek aránya hazánkban (az Alföldön) magasabb, mint Németországban* (igaz, hogy az elháríthatlan vakság-okok aránya is nagyobb minálunk).

Azt remélem, hogy az eddig előadottak világosan megmutatják az útat, melyet hazánkban a vakság okai ellen való eljárásnak követni kell. Az államnak és hatóságoknak több figyelmet kell fordítani a vakság okaira, a szembajokra és több alkalmat kell nyujtani a szembajosoknak arra, hogy gyógyítható szembajaikat sikeresen orvosoltathassák. Ez a kultura egyik fontos ágának: az egészségügyi mivelődésnek is nyilvánvaló követelménye, az országnak és a magyar nemzetnek is egyik fontos érdeke.

Ma az ország mint ilyen, *csak a trachoma ellen küzd:* hivatalosan s az így suggerált közvéleményben a trachoma tekintetik veszedelmes szembajnak, erre költ a belügyministerium, ez ellen emelnek külön intézeteket, ennek „sikeres gyógyításáért" osztanak ki évente jutalmakat, erről készíttetnek rendszeres kimutatásokat. Pedig méltán kérdhetjük: mivel érdemli *nálunk* a trachoma ezt a nagy utánjárást, költséget és minden mást elnyomó figyelmet? *Finnországban* ez mind természetes volna; hiszen ott a trachoma 30·87, ellenben a glaukoma 12·34, a látóidegsorvadás 7·40, a szarúhártya s a conjunctivalis trachomás bajai 14·68%-át okozzák a vakságnak. De nálunk a helyzet olyan, kiváló szerencsénkre! hogy a trachoma nagyon rosszindulatúnak nem mondható; hiszen míg a h.-m.-vásárhelyi szemkórházban a *betegforgalomban* olyan nagy helyet foglal el a trachoma, hogy az utolsó 5 év alatt a kórházban felvett szembajosoknak *50%-át*, az ambulansoknak pedig *23·6—32*%-át ez a baj szolgáltatta, addig a *vakok* közt a trachomától vakultak aránya *6·29*%-ra (egy szemre vakok közt 7·64%-ra) megy! Hogy ez nem csak nálam van így, mutatja *Grósz Emil* kimutatása a budapesti szemklinikáról, hol ez a szám 4·68%.

De nem ez a baj, hogy *megtörténik* az, a mit a trachoma ellen teszünk. Az mind szükséges és jó, egészen a trachomakórházak felállításáig. Az a baj, hogy *nem folytatunk küzdelmet a vakság többi okai ellen*. Pedig eszközeink ehhez nem hiányoznak. A két egyetem és főleg a budapesti, meg a főváros 2—3 nagy forgalmú kórházának szemészeti osztályai egész sorát képezik ki a derék szemorvosoknak; ezeknek a *vidék* alig veszi hasznát, mert alig van olyan nagyobb városunk, hol a szemészetből magából meg lehetne élni egy orvosnak; nem mennek az illetők vidékre, vagy ha ezt teszik is, a vakság ellen való munkára nem képesek, hozzá nincs eszközük; kórházok vagy szem-osztályuk nincs, a magángyakorlatra szorítkoznak. Mi lehet a hatások ilyen módon? A magán szemészek számának bármily nagy szaporodása is hatástalan, mert működésök a szegényebb sorsúakra nem terjed ki s mert munkájok nem lehet elég extensiv megfelelő kórház nélkül. Tömeges munka, tömeges eredmények, az alsóbb osztályok bizalmának megnyerésére s a fatalizmus megtörésére elengedhetlenül szükségesek s a végzendő feladat olyan nagy, hogy mindez *csak kórházi működéstől* várható. De azt is látjuk mindnyájan, kik szakunkat vidéken míveljük, hogy a fizetésért gyógyító vagy épen magasabb díjat követelő orvostól a nép, még a módosabbak is, vonakodik; a munkát ingyen vagy olcsón kell még most elpazarolni, ha a nép közt a gyógyításra való hajlandóságot fel

akarjuk kelteni. Ezért kell szem-kórházak és szem-osztályok felállításával adni alkalmat gyakorlott szemorvosoknak arra, hogy a magok körében a szemészet hitelét, a vakság okainak elhárítására való hajlandóságot megteremtsék. De ezt *trachoma-kórházaktól* soha sem várhatjuk.

A trachoma-kórház nem vonz, hanem elriaszt; vezetésök alig is bizható magasabb készültségü szemorvosra. Pedig *a vakság ellen való küzdelemre csak alaposan képzett szemorvosok vannak hivatva,* mert mint adataim is mutatják, a vakság okainak legnagyobb része (a glaukoma, a szem hátterének bajai, stb.) valamint a legfontosabb szembajok (a hályog, az általános bajok szembeli következései) csak *szemészetileg jól iskolázott orvosoktól gyógyíthatók.* Ha pedig ez így van s ha állandóan elég sok ifjú orvos van olyan állásokban, melyekben szem-vizsgálatra, szem-mütétekre kellően s alaposan megtaníttatnak: miért ne lehetne ezeket, magoknak s embertársaiknak sokkal nagyobb hasznára, a vidéken alkalmazni olyan szem-gyógyintézetekben, melyek *a vakság összes okai ellen* küzdenének s mellesleg azok 6%-ának, a trachomának ügyében is *mindazt megtennék,* mit most a trachoma-kórházak volnának hivatva megtenni!

Az egész világon nagyobb a vakok számaránya vidéken mint nagy városokban; nálunk is így kell lennie. De mi nem vagyunk abban a kedvező helyzetben mint Észak-Amerika, hol *Howe* Lucien szerint[1] azt a különbséget az újszülöttek szemgenyedése okozza, melyet városokban *Credé* eljárása szerint megelőznek, vidéken nem; nálunk a különbséget mindenesetre az az elhanyagolt glaukomák, keratitisek, érhártya- és látóideg-bajok stb., a tehát gondos és avatott gyógyítást kivánó bajok okozzák. Nálunk a vidék ellátása szemorvosokkal komoly és sürgető szükség. Véleményem szerint nem volna egyéb szükséges, mint hogy *rendelje el a belügyministerium minden nagyobb közkórháznál szemészeti osztály felállítását* bizonyos záros határidő, pl. 5 év alatt s adjon e czélra segitségül (a trachomaügyi költségből lehetne) a mennyi az osztály müszerekkel való *felszerelésére* szükséges. A többit az illető szemorvosok munkája, meg a betegápolási alap elvégezné. És tiz-húsz év alatt leszállana a vakok aránya hazánkban 10·5-ről 6-ra, mivel a vakság okainak 4/10 része gyógyítható.

A nyitott sebkezelés szemoperálások után.

Közli: *Blaskovics Fridolin* dr., szemklinikai tanársegéd.

Hjort, christianiai tanár 1897-ben ajánlotta az ú. n. nyitott sebkezelést szemoperálások után. Eljárása lényegében abban áll, hogy a szem burkain áthatoló sebzések után kötést nem alkalmaz, de nem kisebb fontosságú, hogy az operálás után való ágyban fekvést elhagyta, a szobát nem sötétíti el, a szemhez az operálás után lehetőleg keveset nyúl, a szem megtekintésénél a felső szemhéjat fel nem emeli, csak a szemhéjakon kivül található váladékot mossa le és becseppentéseket is csak szükség esetén alkalmaz. Kisebb jelentőségünek tartom a pillaszőrök kihuzogatását mütét előtt, a mit *Hjort* szintén ajánl.

Az utókezelésnek ezen módját újnak nevezhetjük, bár *Czermák* már 1893 óta követ hasonló eljárást, a mennyiben a szemhéjakat operálás után nem immobilizálja. Azonban *Czermák* eljárása, a ki átlátszatlan kaucsuklepellel takart, *Fuchs*-féle rácscsal köti a szemet, a *Hjort*-féle sebkezeléstől lényegesen különbözik a szemnek a fénytől való elzárásában és a beteg fekve tartásában.

Hjort óta *Rohmer* és *Walter O.* alkalmazták a nyitott sebkezelést és teljes elismeréssel adóznak az újításnak.[2] Korai volna ugyan még azt állítani, hogy a *Hjort*-féle utókezelés vívmány — mert erre kevés az észlelés — de el kell ismernünk, hogy az eddig követett sebkezelés számos hátrányára hívta fel a figyelmet, s így, ha nem is válik talán általánossá a nyitott sebkezelés, de legalább is remélhető, hogy ezen hátrányok felismerése az utókezelésben több lényeges változtatásra fog vezetni. Sajnos, hogy eddig még csak ily kevés visszhangra talált *Hjort* eljárása s így annak értékéről még nehéz végleges véleményt alkotnunk.

A tartózkodás, a melylyel *Hjort* eljárását fogadták, részben talán annak tulajdonítható, hogy ezen újítás merésznek és a sebészek által követett eljárással ellentétesnek látszik. Ezen ellentét azonban csak külső, mert hiszen nem lehet itt szó a seb nyitva hagyásáról, hanem csak arról, hogy a seb fedésére a szemhéjakat használjuk fel.

Ha a dolgot közelebbről akarjuk tekinteni, első sorban felmerül a kérdés, hogy mi legyen a sebkezelés feladata? Ezen feladat hármas: 1. a sebszélek támogatása, illetőleg azoknak egymással érintkezésben tartása, esetleg valamely ezt meghiúsító nyomásnak ellensúlyozása, 2. a seb nyugalmának biztosítása és 3. kártékony anyagok (infectio) távoltartása.

Nézzük most, hogy hogyan teljesíti ezen hármas feladatot a pólyakötés, és hogyan teljesitik a szemhéjak.

Ad 1. A kötés a szemhéjakat csak úgy fogja zártan tarthatni, ha bizonyos fokú nyomást gyakorol reájuk. Ha e nyomás bizonyos fokot meghalad, a szemtekén levő lebenyes sebet tátongóvá fogja tenni, úgy mint egy gummilabdába belevágva, bárhol nyomjuk is azt meg, a nyilás tátongóvá lesz. A sebszélek tehát úgy fognak legbiztosabban érintkezhetni, ha minden nyomás a szemtekére kerültetik. Ezt biztosabban érhetjük el kötés nélkül, mint kötéssel. Ezen felfogást igazolja azon klinikai tapasztalat is, hogy hosszú ideig nem záródó sebek a kötés elhagyásával néha meglepő gyorsan záródnak s a csarnok 1/2—1 nap elteltével helyreáll. Ilyen esetekben valószinü, hogy a kötés a szemtekét nyomta. Persze azon esetekben, a hol a kötésnek nyomást *kell* gyakorolnia, hogy ellensúlyt adjon az intraocularis nyomásnak bizonyos tágulásos folyamatoknál, a kötés érvényben marad.

Ad 2. Tagadhatatlan, hogy a seb teljes nyugalmát a szemnek teljes mozdulatlanságban tartásával fogjuk a legbiztosabban elérni, de ez csak úgy lesz meg, ha mind a két szemet kötjük. A mint csak az egyik szemet kötjük, a másik szem mozgásával a kötött szem is mozogni fog, s így ez esetben kötés nélkül a seb nyugalma inkább biztosíttatik, mint egy kötéssel, a mely esetleg nyom. Nem szabad azt sem felednünk, hogy a kötés alkalmazása mellett a meggyülő könyek és váladék, különösen ha beszárad, továbbá az alsó szemhéj esetleges befordulása a beteget sokszor erőszakos hunyorgatásra és szemnyitási kisérletekre, sőt a kötés megbolygatására is ingerelheti. Ha ezekkel szemben elgondoljuk, hogy a szemtekére enyhén reáfekvő szemhéjak síma conjunctivája meghagyott pislogás mellett is mily kevéssé bolygathatják az összefekvő sebszéleket, a nyitott sebkezelés előnyösebbnek fog látszani. Csak alul fekvő, tehát a szemrésbe eső sebekkel eshetnék meg, hogy az alsó szemhéj a feléje tekintő sebszélt felemeli. Tekintetbe kell azonban vennünk azt is, hogy megszünt csarnok mellett a mechanicai viszonyok változást szenvednek, a szemteke lágy és nagyon könnyen belapíthatóvá válik, úgy hogy a mozgó szemhéjak a csarnok helyreálltát gátolhatják. Ilyféle tapasztalatot tehetett *Hjort* is, ki egy későbbi czikkében az operálás után a szemeknek egy ideig behunyva tartását és nyugodt hátonfekvést ajánlott, de csak addig, a míg a csarnok kitelődik, vagyis addig, a míg a rendes mechanicai viszonyok ismét helyreállanak. A mi a mozgó szemhéjak súrolását illeti, meg kell még említenünk, hogy a cornea hámhiányainál a kötésről nem fog senki sem lemondani, mert annak fájdalomcsillapító hatása szembeszökő.

Ad 3. Első pillanatra azt kellene hinnünk, hogy a kötés segélyével az infectiosus csírokat biztosabban tartjuk távol, mintha a bacterium invasio ellen való védekezést csak a szemhéjakra bízzuk. Ha azonban tudjuk azt, hogy a conjunctivát sohasem tekinthetjük steril területnek, könnyen érthető, hogy a kötés alatt felgyülő váladék a kötés által állandó testhőmérsékben tartva, a conjunctiva bacteriumainak kitünő melegágyul fog szolgálni. Ez különben is kisérletek által beigazolt tény. Ezzel szemben, ha nem is tulajdonítunk a könyeknek bactericid hatást, bizonyos, hogy pislogáskor a folytonosan fennálló és egyirányú könyáram a bacteriumok szaporodásának gátul szolgál. Kisérleti tény, hogy pislogás alatt a conjunctiván szaporított bacteriumok igen gyorsan megfogynak. E tekintetben tehát semmiképpen sem tagadható a nyitott sebkezelés előnye, mert a szemet kötni annyit tesz, mint lemondani

[1] Why the proportion of blind in cities is less thar in the country? The American Journal of Ophthalmology. 1898. oct.

[2] *Wolffberg* sebkezelése, bár *Hjort* nyomán vette alkalmazásba nem nevezhető ezen eljárás követésének, a mennyiben az általa feltalált sötét védőpapirost tapasztja a szem elé és a 3-ik naptól fogva a szemre rendes kötést tesz.

a szemnek a bacteriumok ellen való physiologikus védelmi eszközéről.

Ennyit a kötés elméleti hátrányairól. A mi a *Hjort* ajánlotta egyeb eljárást illeti, ezek a kötés elhagyásánál nem kisebb figyelmet érdemelnek.

A hátonfekvés hátrányait mindenki ismeri nemcsak a betegek bőséges panaszai útján, hanem jól tudjuk, hogy különösen öreg egyének hosszú hátonfekvése éppen nem közömbös dolog. Ha elgondoljuk továbbá, hogy a seb nyugalmához a hátonfekvés alig járulhat hozzá, sőt a betegeket türelmetlenné téve, még annak hátrányára is válhat, haladásnak kell tekintenünk annak elhagyását.

A szoba besötétítését már mások is kezdik abbanhagyni, de nem a szemnek elzárását a fénytől. Ha valaki ezzel szemben azt állítja, hogy az operálások után fellépő fénykerülést mesterségesen idézzük elő éppen a besötétítés illetőleg a kötözés által, ez eléggé plausibilisnek hangzik s theoretikusan nehezen czáfolható. Mindenképpen előny lesz, hogy a sötét szoba elhagyásával annak egyéb hátrányai is elesnek. Ez alatt értem, hogy a tisztaság könnyebben lesz ellenőrizhető, s hogy a kórházban való tartózkodás kevésbbé borzalmassá lesz a beteg előtt. Különben is ilyes körülményeknek a beteg psychicumára való hatásában kereshető az operálások után néha fellépő őrjöngési rohamok alkalmi oka. Ezeknek ritkulása szintén várható a *Hjort*-féle utókezelés alkalmazásával.

Nem kell hosszabban kitérnem azon egyéb rendszabályokra, melyeket *Hjort* még ajánl. Hogy a szemnek gyakori nézegetése operálás után, a szemcseppeknek különösebb ok nélkül való adása és a túlságosan gyakori mosogatás felesleges, sőt káros is lehet, könnyen érthető. Ezért semmiképpen sem találom megokoltnak *Rohmer* azon eljárását, hogy nyitott sebkezelés mellett az operált szemeket 2—3 óránként 1 : 1000 oxycyanat-oldattal mossa. A mi végül a pillaszőrök kihuzogatását illeti, ennek haszna alig lehet. Megfosztjuk vele a szemet egyik, bár zárt szobában nem annyira fontos védő eszközétől s könnyen képzelhető, hogy az újból kinövő rövid pillaszőrök viszketést okoznak, izgatnak s a váladékot a szemhéjszélen rögzítve tartják. Legalább is ezt a tapasztalatot tettük az egyetemi szemklinikán a pillaszőrök tövig való levagdalása után, a mit több hónapon keresztül végeztünk.

Ha a mondott okok alapján plausibiliseknek is látszottak előttünk a *Hjort*-féle sebkezelés előnyei, annak eldöntését, hogy jobb-e az eddig követett utókezelésnél, csakis a gyakorlati eredményektől tehettük függővé. A dolog természetében fekszik, hogy csak számos észlelés alapján foglalhatunk állást a nyitott sebkezelés mellett vagy ellen. Az egyetemi szemklinikán 1898. február 20-tól 1899. október 20-ig, azaz 19 hónapon keresztül 1238 esetben alkalmaztuk a nyitott sebkezelést, melynek eredményeit a következőkben bátorkodom ismertetni.

A követett eljárásunk némileg eltér a *Hjort*-féle utókezeléstől. Először is a pillaszőrök levagdalását több hónapi tapasztalat alapján a fent említett okokból elhagytuk. Továbbá az első nehány operálás után úgy látszott, hogy jobb a csarnok teljes helyreálltát bevárni s csak azután engedni meg a pislogást. Így hát a szem csukva tartását és a teljes nyugalmat biztosítandó, mindkét szemet kötöttük oly módon, hogy a szemre tett száraz, steril borlinth fölé kevés vattát téve, azt *Arlt*-féle tapadócsíkkal rögzítettük és e fölé *Fuchs*-féle rácsot alkalmaztunk, de ez utóbbit csak az operált szemre. A beteg 2—3 óráig nyugodt háton fekvésben maradt s azután karosszékbe kiülhetett. 24 óra mulva a kötés teljesen elmaradt, de az operált szemet el nem takart *Fuchs*-féle rácscsal védettük, esetleges szembenyúlások és durvább traumák ellen. Ez szükségesnek látszott, a mennyiben minden külső védelem nélkül hagyni az operált szemet csak intelligens és rendelkezéseinkhez pontosan alkalmazkodó betegeknél lehetne veszélytelen. A szoba, melyben betegeink tartózkodtak, kellemes félhomályban volt tartva. A szemrésen kivül levő váladékot naponként kétszer mostuk le langyos 3%-os bór-oldattal. A kórházi tartózkodás ideje 10, 11 nap volt a hályogoperáltaknál.

Ilyen eljárást alkalmaztunk minden a szemteke burkain áthatoló sebzés után, kivéve, ha aláfelé készült lebenyes seb és ha tágulásos folyamatok (staphyloma) kivánatossá tették a nyomó kötést. Ily elbánásban részesült 615 öregkori hályogoperálás, valamennyi iridectomiával, 124 extractio linearis simplex, 38 extractio linearis cum iridectomia, 78 discissio és dislaceratio, 296 iridectomia, 12 iridotomia, 19 sphincterolysis anterior, 4 sphincterotomia, 11 koremorphosis, 34 punctio corneae és 7 sclerotomia, vagyis összesen 1238 operálás.

Valamely sebkezelés eredményeit legjobban megitélhetjük a sebrepedések és az infectiók számából, különösen a mennyiben ez utóbbi nem az operálás közben jött létre.

Az öregkori hályogoperálások után 56 esetben észleltünk sebrepedést. Ez megfelel 9·1%-nak. Ezen szám elég nagynak látszik, de megjegyzem, hogy ebben azon kisfokú sebrepedések is foglaltatnak, melyeknél a csarnok alján mutatkozó kevés vér 1—2 nap alatt teljesen felszívódott, úgy hogy ezen sebrepedések a betegek kórházi tartózkodását az esetek túlnyomó számában nem hosszabbították meg s már elbocsátáskor a látáseredmény teljesen kielégítő volt. Csak nehány esetben kellett a vért punctio corneae útján eltávolítanunk. Ha ezen százalékszámot összehasonlítjuk a klinikán tett régebbi tapasztalatainkkal, nevezetesen az 1895—96-ban közölt kimutatásunkkal,[1] a hol 9·66% sebrepedést jegyeztünk fel, azt kell mondanunk, hogy a nyitott sebkezeléssel a sebrepedések száma lényeges csökkenést nem mutatott, de semmi esetre sem szaporodott.

A mi az infectiók számát illeti, iritist, iridocyclitist és iridochorioiditist 16 esetben észleltünk. Ez megfelel 2·6%-nak, tehát valamivel több, mint az 1895—96-diki kimutatásban, a hol 2% iritis szerepel. Meg kell azonban jegyeznem, hogy a míg a régebbi kimutatásban csak a nem complicált hályogok eredményeiről van szó, addig a mostaniban az összes hályogoperálások szerepelnek s így e különbség éppen nem fog nagynak látszani. A mi a gyuladások fokát illeti, 11 esetben megfelelő kezelés mellett a szem megmenekült részben látással, részben occlusio pupillaevel, melyen utóoperálás még segíthet és 5 esetben a gyuladás a szem fényérzésének teljes vagy részleges hiányára vezetett, a mi megfelel 0·81% veszteségnek. Ezen számmal az említett kimutatás eredményét szembehelyeznünk nem lehet, nemcsak azért, mert ott csak nem complicált hályogok szerepeltek, hanem azért sem, mert ez mitsem bizonyítana az utókezelés helyessége tekintetében. Ugyanis a sebkezelés rovására csak az utóinfectiókat irhatjuk. Ha a veszteségeket ebből a szempontból itéljük meg, constatálnom kell, hogy kettő azok közül olyan volt, hogy az iritis már 24 óra mulva volt felismerhető, olyan idő mulva tehát, a meddig a szem amúgy is kötés alatt volt tartva. A másik 3 iridochorioiditis suppurativa 48 óra mulva volt felismerhető, a mi különben is a legtöbbször észlelt incubatiónak felel meg, úgy hogy ezen esetekben is az infectio bizton a műtét közben jött létre. Az enyhébb gyuladások a 2—6-dik napokon léptek fel s a gyuladás hevessége mindenkor megfelelt egy rövidebb-hosszabb incubatiónak, tehát ezen esetek sem tekinthetők utóinfectiónak. Általában véve, az utóinfectio lehetősége igen kicsi, s így bátran állíthatjuk, hogy egy esetben sem volt a sebkezelésnek tulajdonítható az infectio.

A 124 extractio linearis simplex 9 esetében észleltünk sebinfectiót és egyszer sebrepedést a 6-dik napon. A 9 infectiós eset közül a szem 3 esetben pusztult el, a mi megfelel 2·4% veszteségnek. Ezen gyuladások fellépése idejét és hevességét tekintve, ugyanaz áll, mint az öregkori hályogoperálásokra. Két esetben 24 óra mulva s a többiben 2—6 nap mulva lehetett az iritist felismerni s ez megfelelvén a gyuladás hevességének, utóinfectióról itt sem lehet szó.

A 78, részben lágy hályog és myopia ellen, részben cataracta secundaria ellen végezett discissio és dislaceratiónál kétszer észleltünk 24 és 48 óra mulva fellépő és a szem elpusztulására vezető gyuladást és egyszer enyhe lefolyású iritist. A veszteség megfelel 2·6%-nak. Utóinfectio itt is kizártnak tekinthető.

A mi végül az összes többi operálást illeti, sem sebrepedést, sem infectióból származó gyuladást nem észleltünk egyszer sem azok kezelése idejében.

Általában véve mondhatjuk, hogy a nyitott sebkezelés óta az eredmények alig szenvedtek változást. Ki kell azonban emel-

[1] A budapesti szemklinikán végzett legutolsó 300 Graefe-extractio eredménye. Közli: Blaskovics. Szemészet, 1896, 4. szám,

nünk, hogy a gyógyulás szakában bár nem maradt el a 3-dik és 4-dik napon tetőfokát elérő conjunctivalis izgalom és váladéktermelődés, de úgy látszott, hogy ezen izgalom nyitott szem mellett sokkal hamarabb szünt meg, mint azelőtt. Viszont a váladék nem látszott kevesebbnek, mint kötés alatt tartott szemeken, de ezen váladék a pislogás által az alsó szemhéjra került, olyan helyre tehát, a honnan könnyen letisztogatható és a hol bajt nem okozhat. Különösen szép és úgyszólván teljesen reactiomentes gyógyulást mutattak a lineáris sebek, úgy hogy ezeknél a nyitott sebkezelés fölényét már az eddigi tapasztalatok alapján is kétségen felül állónak tartom. A kórházi ápolás ideje csak annyi maradt, mint azelőtt. A látáseredményekben sem tapasztaltunk változást s nem hinném, hogy a sebastigmatismus nagyobb fokú lenne nyitott sebkezelés után, mint a szemek kötözése után. E tekintetben azonban mérések nem eszközöltettek a klinikán.

Ha mindezekhez hozzávesszük a betegeknek subjectiv jóérzését a nyitott sebkezelés mellett, ha meggondoljuk, hogy a hosszas fekvésből származó bajok, kellemetlenségek és panaszok egy csapásra megszüntek s ha hozzáteszem még, hogy a világosabb szoba és a nézegetés soha feltünőbb fénykerülésre nem vezetett, azt hiszem, hogy bátran mondhatjuk, hogy ezek tekintében a *Hjort*-féle utókezelésnek határozott és nem kicsinylendő előnye van a kötözéssel való sebkezeléssel szemben.

Irodalom. 1. *Hjort.* Offene Wundbehandlung bei Augenoperationen. Centralblatt für prakt. Augenheilk. 1897. Május.

2. *Hjort.* Weitere Erfahrungen über offene Wundbehandlung bei Augenleiden. Centralblatt für prakt. Augenheilk. 1897. November.

3. *Hjort.* Hundert Star-Extractionen mit offener Wundbehandlung. Centralblatt für prakt. Augenheilk. 1898. Február.

4. *Hjort.* Zur offenen Wundbehandlung bei Augenoperationen. Centralblatt für prakt. Augenheilk. 1898. Október.

5. *Wolffberg.* Ueber Hjort's offene Wundbehandlung am Auge. Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges. I. évf. 1. és 2. sz.

6. *Ohlemann.* Zur offenen Wundbehandlung am Auge. Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges. I. évf. 5. sz.

7. *Wolffberg.* Ueber die Bedeutung offener Wundbehandlung am Auge. Ugyanott.

8. *Wolffberg.* Ueber Hjort's „Weitere Erfahrungen über offene Wundbehandlung bei Augenleiden." Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges. I. évf. 11. sz.

9. *Hjort.* Zur offenen Wundbehandlung am Auge. Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges. I. évf. 14. sz.

10. *Wolffberg.* Neuer Beitrag zur offenen Wundbehandlung am Auge. Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges. I. évf. 17. sz.

11. *Wolffberg.* Neues zur sogen. offenen Wundbehandlung am Auge. Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges. I. évf. 34. sz.

12. *O. Walter.* Beitrag zur offenen Wundbehandlung nach Augenoperationen. Archiv für Augenheilkunde. XXXIX. köt. 3. füz.

13. *Rohmer.* De la suppression du pansement après l'opération de la cataracte. Annales d'occulistique. 1899. Junius.

14. *Czermak.* Centralblatt für prakt. Augenheilkunde. 1898. 158 oldal.

A látószerv megbetegedéséről akromegalia kiséretében.

Leitner Vilmos dr. szemklinikai gyakornoktól.

A következőkben az egyetemi szemklinikán észlelt 2 akromegaliás eset kapcsán röviden óhajtom ismertetni azon elváltozásokat, melyek akromegalia kiséretében a szemen észlelhetők.

A boncztani ok természete szerint a látószerv megbetegedése akromegaliánál közvetlenül és első sorban annak intracranialis részletére vonatkozik. A hypophysis daganatai a chiasmára gyakorolt nyomásuknál vagy destruáló hatásuknál fogva már jókor vezetnek zavarokra a szem müködésében, annyira, hogy a beteg esetleg csak szemei miatt keresi fel az orvost, míg akromegaliája sem neki, sem környezetének még tudomására sem jutott. A zavar, mely a látópályák részéről beáll, mihelyt a chiasma hátulsó vagy elülső zugában fejlődő nyomás az idegrostokat vezetésre képtelenné teszi, könnyen levezethető az idegrostok lefutásának ismerete alapján. Miután az említett helyen keletkezett nyomás a látóideg keresztezett rostjait teszi tönkre, kell, hogy a látás megromlása is ennek megfelelően a retina nasalis oldalán jusson kifejezésre. Ily esetekben tényleg azt találjuk, hogy a látásélességnek kisebb-nagyobb fokú csökkenése mellett mindkét látótérnek az a része, mely a müködésre képtelenné lett nasalis retina részleteknek felel meg, tehát a temporalis felek kiestek, vagyis bitemporalis hemianopia van jelen. E két oldali tempor. hemianopia feltétlen bizonyíték a mellett, hogy a látópályákban a megszakítás a chiasmában van, mert akárhol másutt keletkezik a vezetésben hiba, mindig más jellegü lesz a látóterek viselkedése; kereszteződés után az opticusok, a chiasma mögött pedig a tractusok vagy a magasabb pályák szenvedhetnek kárt, s így sectoralakú vagy concentrikus szükületek, az utóbbi esetben pedig homonym hemianopiák jönnek létre.

A bitemporalis hemianopia tehát mindig a chiasma megbetegedését jelenti, mely azonban különféle természetü okokból származhatik. Így Weir-Mitchell esetében egy megrepedt carotis-aneurysma okozta a chiasmának sagittalis irányban való elszakadását; néha meningealis gyuladások és vastagodások, máskor ismét egy ott fejlödött gumma adja az okot a tempor. hemianopiára, legtöbbször azonban a hypophysis túltengései és különböző álképletei szerepelnek.

Az akromegaliával oki összefüggésben álló ezen hypophysis daganatok legjellemzöbb hatása a látószervre, tehát a bitemporalis hemianopia. E mellett azonban nincs kizárva, s a tapasztalat is igazolja, hogy akromegalia jelenlétében más természetü látótérbeli elváltozások is keletkezhetnek. Csak arra kell gondolnunk, hogy a daganat nem foglalja el pontosan a középvonalat, s majd inkább a chiasma elé, majd mögé, avagy az egyik oldal irányában terjed, s akkor nem csodálkozhatunk, hogy míg egyrészt maga a temporalis hemianopia sem szokott élesen a középvonalban elhatárolódni, addig viszont concentrikus szükületek, centralis scotomák, az egyik szem praevaleáló megbetegedése, sőt olykor homonym hemianopiák is észlelhetők, ez utóbbi természetesen csak akkor, ha a daganat fejlődése egy irányban hátrafelé történvén, valamelyik tractust nyomta össze. A daganat növekedése szerint a látótér defectusai is változhatnak, s centralis relativ scotomából temporalis hemianopia, ilyenből pedig később teljes amaurosis fejlödhetik.

A látóterek megkisebbedésével lépést tart a látásélesség csökkenése is. Ha a szükület, mint legtöbbször, hemianopiás jellegü, akkor a kiesett látótér felekben esetleg a fényérzés is kialudt már, midőn a meglevő részekben még türhető látásélesség állhat fenn; nemsokára azonban bekövetkezik a megmaradt látóterek concentrikus szükülése mellett a látás további romlása is, úgy hogy idővel a tárgylátás is elvész. Sokszor még ilyenkor is sikerül a fényérzés vizsgálásánál a hemianopiát kideríteni; a betegnek t. i. csak orri oldala felől van meg a fényérzése, illetve a projectiója.

A szemfenéki kép nem mondható jellemzőnek akromegaliára, kifejezett temporalis hemianopia mellett negativ lehet a szemtükri lelet; gyakrabban találkozunk a retina venosus pangásával és descendáló neuritissel. Tapasztalat szerint a pangásos papilla nem gyakori, a minthogy általában a koponya alapján ülő álképletek ritkábban okoznak papillitist, mint a kisagyi vagy az agy convexitásához közel ülő daganatok. *Rath* e jelenség okát abból véli magyarázhatni, hogy ezen agyalapi daganatok egyrészt korábban vezetnek halálra, s így a papillitis kifejlödésére úgyszólván nem marad idő, másrészről pedig a látóideg hüvelyében a nyirokkeringést közvetlen nyomásuk folytán megakadályozván, mintegy elzárják az utat, melyen át a fokozódott intracranialis nyomás — a transport theoria értelmében — a papillitist előidézhetné.

A chiasma összenyomásából származott atrophia később a papillák részleges decoloratiójában nyilvánul, míg végül a teljes atropia n. optici képe áll előttünk, mely rendszerint a lefolyt kis fokú descendáló neuritis nyomait is magán viseli.

Ha a daganat a sinus cavernosusra is nyomást gyakorol, akkor a szemfenéken s esetleg a conjunctivákan és szemhéjakon látható pangásos tüneteken kivül a szemek protrusiója is bekövetkezik; az exophthalmus akromegalia mellett nem ritka jelenség, különös diagnosticus fontossága azonban nincs. Az orbita falainak megvastagodása is okozhatja, illetve fokozhatja a már meglevő exophthalmust; ilyenkor rendesen már az orbitaszélek vaskosabb volta is feltünő.

A csontok vastagodásával az orbita bemenete is megszükülhet. Nem szenved kétséget, hogy a csontvastagodás az orbita fenekén, nevezetesen a foramus opticum, s a fissurák körül a bennök átfutó idegeket is comprimálhatja. A látóideg összenyomatása ily módon hozzájárulhat a látás megromlásához, a látás-

élesség hanyatlását azonban nem róhatjuk fel első sorban e csontvastagodásoknak, hiszen a tempor. hemianopia egyenesen kizárja a felvételt, ellenben joggal gondolhatunk e tényezőre, ha a látótér concentrikus szükülése főkép az egyik szemen, s ezzel együtt a teljes atrophia jóval gyorsabban következik be, mint a másik szemen.

Említettük, hogy az orbita csontjainak vastagodása a fissurák körül idegbénulásokra vezethet; a szemizombénulások gyakrabban szereplő oka azonban intracranialisan, az idegeknek közvetlenül a hypophysis daganattól való összenyomatásában keresendő. Közeli szomszédsága miatt az oculomotorius bántalmaztatik legtöbbször, melynek teljes bénulása a maga részéről is hozzájárul a szemteke protrusiójának növeléséhez.

A mondottakból következik, hogy a szem részéről mutatkozó zavarok közt akromegaliás megbetegedésre jellemzőnek csak a bitemporalis hemianopia tekinthető. E tünet diagnostikus szempontból döntő lehet oly esetekben, midőn az akromegalia tünetei még nem kifejezettek, s a látás nagyfokú megromlását a szemen található csekély elváltozás, nevezetesen a szemfenék részéről, nem magyarázza meg.

Ily esetet volt alkalmunk látni az egyet. szemklinikán. R. Á. 19 éves férfi, látása 2 hó óta romlik; csekély fejfájáson kivül egyéb betegségről nem tesz említést. Jobb szemén 1 méterről olvas ujjakat, bal szemén tárgylátása nincs; jobb pupilla kissé tágabb, mindkettő fényre elég jól reagál. A szemfenéken a retina kisfokú venosus hyperaemiája s a papillákon decoloratio nyoma látható. E lelettel szemben, a beteg fiatal korát tekintve, első gondolatunk az volt, hogy öröklött látóidegsorvadással van dolgunk; ez irányban tett kérdéseinkre azonban támogató adatokat nem nyertünk. Teljesen el kellett ejtenünk e gyanút a látótér vizsgálata alapján. Kitünt ugyanis, hogy mindkét szem temporalis látótérfele kiesett. E bitemporalis hemianopia figyelmünket egyenesen akromegaliára hiván fel, pontosabb szemlélés után tényleg feltünt, hogy a beteg kezei a szokottnál nagyobbak; az arczcsontokban azonban szembeötlő eltérést nem találtunk, de a beteg atyja elmondta, hogy a fiú, mióta rosszabbul lát, különösen jól fejlődik, s az arcza, illetve a feje is megnőtt. Hozzávéve ezen adatokhoz a panaszolt fejfájásokat, valószinűséggel akromegaliát vettünk fel, s e diagnosisunk az ideggyógyászati vizsgálat részéről (Jendrássik) megerősítést is nyert.

Ezen eset alkalmas ama tény igazolására, hogy az akromegalia kezdeti szakában is már a szem vizsgálatából a diagnosisra irányadó adatokat meríthetünk.

Második esetünk, melyről megemlékezni kivánok, kifejezett akromegaliára vonatkozik. A 31 éves nőbeteg 2 év óta tapasztalja, hogy keze, lába s az orra nő; azóta rohamokban jelentkező fejfájásokban szenved, s ezzel együtt a látása is, főkép jobb szemén fokozatosan hanyatlik. Menstruatiója 3 éve nem jelentkezik.

Látásélessége vizsgálatkor a jobb szemén $^5/_{70}$, a balon $^5/_{20}$. A látóterek temporalis fele hiányzik, a felező vonal azonban a középvonalon itt-ott túlmegy; a meglevő látótérfelek rendes kiterjedésüek, külsőleg a szemeken rendellenesség nem található; exophthalmus nincs; a mozgásokban hiány nem mutatkozik. A szemfenék elváltozásai a retina venosus pangásán kivül a papillák kisfokú halványságában állanak.

Míg az előbbi esetben a szem affectiója az akromegalia tüneteinek úgyszólván elébe vágott, ez utóbbiban sokkal lassabban és enyhébben léptek fel a szem részéről a tünetek. A különbség okát, mely a két esetben a látószerv bántalmazása s az akromegalia kifejlődése között található, nyilván a hypophysis daganatok eltérő nagyságára, összeállására s terjedésük irányára kell visszavezetnünk.

Az akromegaliás szemmegbetegedések prognosisa — quoad visum — mindig rossz. Nem levén hatalmunkban az okot megszüntetni, az összenyomott idegrostok sorvadása fokozatosan bekövetkezik. Megállapodás egyes ritka esetekben észlelhető ugyan, javulás azonban soha sem várható.

Beavatkozásra esetleg csak az exophthalmus adhat alkalmat. Ha ugyanis a szemteke kidülledése oly nagyfokú lesz, hogy a szemhéjak kellő védelmet nem nyujtanak, úgy a szemrés szükítése (blepharorrhaphia lateralis) vagy éjjelre alkalmazott védőkötéssel kell a bekövetkezhető keratitis e lagophthalmo ellen küzdenünk.

Az utrechti IX-dik nemzetközi szemész-congressus tárgyalásai.

Az ezen év augusztus 14—18-dikáig *Utrechtben* tartott IX-dik nemzetközi szemész-congressus lefolyását a *Szemészet* folyó évi 5-dik számában már ismertettük, ezúttal a tudományos tárgyalásokról számolunk be. Az együttes üléseken *Pristley Smith*, *Leber*, *Panas*, *Knapp* és *Reymond* tartottak előadásokat, ezek képezték a congressus díszeit.

Pristley Smith (Birmingham) *a gyermekek kancsalságának gyógyitásáról* beszélt, megfigyelései alapján azon eredményre jutott, hogy 1. a kancsalság rendesen a legfiatalabb korban veszi kezdetét; 2. a gyógyitást rendesen csak akkor kezdhetjük meg, a mikor a kancsalság már soká fennállott; 3. pedig a siker annál biztosabb, mennél előbb vesszük a beteget kezelés alá. E tételek bizonyitásán táblázatokat mutatott be, melyek összesen 576 esetre vonatkoznak. 347 eset közül 210-ben, azaz 60%-ban a kancsalság a 4-dik év előtt kezdődött. 68%-ban a gyógyitás 12 havi fennállás után vette kezdetét. 96 esetben a kezelést a 4-dik év előtt kezdték meg, 55 esetben az eredményt is ellenőrizhette, 25-ször a kancsalság megszünt, 20-ban csökkent, sikertelen maradt 8-ban. A kezelés pápaszemek viseltetésében (51), a fixáló szem eltakarásában (Javal) s 15 esetben operálásban állott.

Leber (Heidelberg) *a szem táplálási viszonyairól* értekezett, és pedig ezúttal a cornea, lencse és üvegtestre szorítkozott. Az intraocularis folyadék tulajdonképeni elválasztó készülékét a sugárnyujtványok képezik. Tagadja, hogy az irisnek is szerepe volna, ezen felfogását azon tapasztalat is igazolja, hogy irideremia és aniridia mellett normális lehet a tensio, míg a sugárnyulványok eltávolításával az intraocularis folyadékképződés megszünik.

A cornea, lencse és üvegtest táplálási igénye igen csekély s diffusio útján teljesen kielégitést nyer. Lencsetok és Descemet hártya fehérjéket áteresztenek. A cornea táplálása főleg a széli érkacshálózat útján történik, de a csarnokvíz résztvevése sem tagadható.

Az üvegtest folyadékkal átivódott fibrillaris gerendezetből áll, a táplálási forrás ugyancsak a sugárnyujtványokban van, ezek eltávolitása után az üvegtest is teljesen eltünik. A szem fénytörő közegeivel szemben az érhártya és ideghártya anyagcseréje igen intensiv és sokszerü.

Panas (Páris) *a traumás eredetü szemizombénulásokról értekezett* s a következő conclusiókra jutott: 1. a szemizom inának a scleráról való leszakadása közvetlen sérülések eseteiben még nincs beigazolva; 2. a traumás szemideg bénulások leggyakoribb székhelye az agyalap s kivétel a mag; 3. a 10-dik évtől kezdve a bénulás agyalapi repedés, ritkábban vérzés útján keletkezik; csecsemőknél a vérzés a gyakoribb és pedig a sinus petrosus inferior részéről; 4. a veleszülött kancsalság előfordul s oka a fej mechanikus összenyomása s az ennek következtében keletkező vérzés.

Reymond (Turin) *a szarúhártya optikai része görbületi hibáinak sebészi javitásáról* szólt s kisérletei és megfigyelései alapján azon eredményre jutott, hogy addig nem állithatók fel ez irányban positiv szabályok, a meddig nem sikerül fok szerint tervszerüen megváltoztatni a szarúhártya valamelyik része ellentállását. *Knapp* (New-York) ritka orbitadaganatok öt typusáról (lipoma, savós cysta, sarcoma, dermoid, sarcoma molle) referál.

Ezen az összes üléseken tartott előadásokon kivül a szakosztályokban a 100-at megközelitő előadást tartottak. Ezek közül csak a következőket ismertetjük:

Schirmer (Greifswald) *az operálások után infectio alapján fejlődő jóindulatú cyclitisről értekezett.* Ezek a szem elpusztulására vezető súlyos infectiók s a mechanikus iritisek között állanak; serosus praecipitatumokkal járó cyclitis alakjában az operálás után 10—12 nappal jelentkeznek, 2—3 hétig tartanak, atropinra, meleg borogatásra jól gyógyulnak. Egy év alatt 16 ilyen esete volt s sikerült okát a bórsav-oldat hibás készitésében megtalálni, az oldatnak az operálás előtt való felforralása elégséges volt e baj keletkezését megszüntetni. Ez is bizonyitja, hogy az infectio még az operáláskor történt. *Straub* (Amsterdam)

a *hyalitis* kórképének helyreállítására törekszik. Az állatkisérletekhez hasonlóan emberen is azt találta, hogy e betegséget az üvegtestben izzadmányképződés, a pupilla területében fibrin, seclusio pupillae, izzadmány a hátsó csarnokban, hypopion jellemzik. *Schmidt-Rimpler* és *Greeff* a hyalitis kórképének fentartását jogosultnak tartják, míg *Schirmer* még nem látja eléggé indokoltnak. *Haab* (Zürich) *az intraocularis desinfectio* czéljaira a jodoformnak a mellső csarnokba való bevezetését javasolja s ama meggyőződésben van, hogy sérüléses és operativ eredetü genyedés ellen ez eljárás sikeres. *Silex* és *Krückmann* skeptikusak, míg *Schmidt-Rimpler* a jodoformot dicséri. *Benoit* (Liège) kimutatja kisérleti úton, hogy a szem hátsó polusán is vannak nyirokkivezető utak. *Critchett a keratoconusnak* galvanocauterrel való gyógyításából kitünő eredményeket látott, a látás még iridectomia nélkül is jelentékenyen javult. *Van Moll* azt vitatja, hogy az urethritis *metastasis* útján is okozhat *conjunctivitist*, ennek typusa a következő: rendesen arthritis kiséri, azzal javul s rosszabbodik, mindkét szemen egyszerre kezdődik, kevés a váladék, néha iritis van jelen, a kórokozó: a gonococcus, de néha a staphylococcus. *Jocqs* (Páris) *a myopiás lencse gyors és teljes* elhomályosítására a következő eljárást ajánlja: finom *Pravaz*-fecskendőt az elülső csarnokba a cornea szélén beszúrva, a csarnokvízből néhány cseppet felszív s azután a lencse tokját átszúrva, oda befecskendezi. Néhány nap alatt az egész lencse elszürkül s eltávolítható. Ez eljárást eddig csak állatokon próbálta ki. *Bietti és Axenfeld* (Rostock) kimutatták, hogy a *neurectomia optico-ciliaris* után a hátsó ciliaris idegek regenerálódnak, egy részük belép a szembe, másik részük a szem mögött neuromát képez. *Darier* (Páris) újból a *protargolt* dicséri; cseppek alakjában 5—10%-os erősségben ajánlja, ecsetelésül 30%-ig alkalmazza. *Boeckmann* (Amerika) a trachomás pannus gyógyítására a peritomiát ajánlja, melyet 20 év alatt körülbelül ezerszer végzett. *Sattler* (Lipcse) a *vashályogokról* beszél. Azt ajánlja, hogy azon esetekben, a midőn a lencsében vasdarab van, tekintet nélkül az egyén korára lebenyes metszéssel távolítsák el, mivel ezek a vas chemiai hatása következtében tömöttebbek és tapadósabbak. Ezen hályogokat intensitásában különböző, de az idegen test közelében legerősebben kifejezett barna színeződés jellemzi. *Hippel* (Halle) a *myopia operálásának tartós* eredményeiről számol be. Az utolsó 6 év alatt 188 esetet operált, 4 kivételével valamennyit hosszabb ideig észlelhette. 10 esetben látott ideghártyaleválást: 5·4% és pedig 3 esetben 3—4 év után, 6 esetben 1 év után, egy izben 8 hó multán. Viszont 1747 nagyfokú rövidlátó közül 117 = 6·7% betegedett meg ideghártya leválásában. Tehát az operálás nem segíti elő e bajt, de nem is akadályozza meg. Egyes esetekben operálás után az üvegtest mellső részében homályok keletkeznek, melyek az uvea chronikus gyuladásán alapulnak. Az operálás a centralis chorioiditis ellen sem képez védelmet. A végleges látásélességet egy év mulva érik el. *Dimmer* (Innsbruck) a szemfenék fotografiáit, *Dor* (Lyon) pedig praeparatumok színes fényképeit mutatta be. *Valude* (Páris) *a könyek bacteriumölő képességét* vizsgálta s ama eredményre jutott, hogy a pathogen mikroorganismusok fejlődésképességét s virulentiáját a könyek lényegesen csökkentik. *Goldzieher az iritis glaucomatosáról* értekezett. E kórképet az jellemzi, hogy egy jól gyógyult iritis recidivájához glaucoma társul, mely meleg borogatásra és mioticumokra jól gyógyul. Goldzieher szerint a tensio-emelkedés oka a fibrines izzadmánynak a kivezető utakban való megalvadása. *Grósz Emil a tabeses látóideg-sorvadásról* beszélt. Ezúttal 101 olyan klinikai esetről s 12 olyan anatomiai leletről referál, a melyekben kifejezett sorvadást talált. Ezekből azon következtetésekre jut, hogy az idegelemeknek kötőszöveti hypertrophia nélkül való sorvadása centripetalisan halad, előbb a széli rostokat támadja meg s valószinüleg az ideghártya dúczsejtrétegében kezdődik.

E vázlatos ismertetésből is kiderül, hogy az alapos és kimerítő eszmecserének az előadások nagy száma útját állja. A szakosztályokra való oszlás pedig az erők elforgácsolására vezetett. Sikeresebb munkásság volna várható azon berendezéstől, hogy egyes actualis themák napirendre tüzessenek s azok megvitatását egyes e czélra felkért referensek előadásai vezessék be.

Grósz Emil dr.

IRODALOM-SZEMLE.

A pangásos papillitis keletkezéséről. *Baas Károly referatuma. Türk* egy tumor cerebri bonczolása után, a hol retinalis vérzések voltak, az agynyomás fokozódásában és a venosus pangásban vélte okát feltalálni a szemben található elváltozásnak, *Graefe* (1860) a pangásos papillitis létrejövetelét úgy magyarázta, hogy a nyomásemelkedés az agyban megnehezíti a vérerekben a vérnek elvezetését s így pangás jő létre a vena ophtalmikában és a retinalis erekben, ennek következménye a papilla duzzanata és serosus izzadmány fellépte. E mellett a scleralis gyürü nem tágulván, az opticus incarceratiója jő létre, a mely ischiaemiához vezet. Nézete nem maradt ellenmondás nélkül. *Jackson, Brown-Sequard* reflex amaurosis nézete nem talált megerősítést, hasonlóképen *Benedict* nézete sem, ki szerint az edénymozgató sympathikus valamely kóros megváltozása oka a papillitisnek. *Loring* szerint a trigeminus izgalma szerepel okul, a melynek ő trophoneurotikus befolyást tulajdonít. *Leber* az agydaganatot, mint idegen testet tekinti, a mely izgalmi okul szolgál. *Graefe* nézetét megdöntötte *Sesemann*, midőn kimutatta, hogy az orbitalis venák a sinus az arczvenákkal igen sürün közlekednek s így pangás nem jöhet létre. *Schwalbe* kimutatta az intervaginalis és a subarachnoidealis ür közlekedését, alacsony nyomás mellett festéket lövelt a koponyaürbe s ez ki volt mutatható az opticus hüvelyében. Állatkisérleteket végeztek *Schmidt-Rimpler* és *Manz* a pangásos papillitis kórokának a kiderítésére. *Schmidt-Rimpler* arra az eredményre jutott, hogy a lamina cribrosa csatornarendszert tartalmaz, a mely az arachnoidalis ürrel direct összeköttetésben van, a nyomás emelkedés által folyadék préseltetik ezen csatornába s ha ez már folyadékkal meg van telve, akkor már csak igen csekély nyomásemelkedés szükséges, hogy ezen következményes oedema folytán az intraocularis látóideg incarceratiója és ebből származó gyuladása jöjjön létre. *Manz* szerint a retinalis erek venosus hyperaemiája elengedhetetlen kelléke a pangásos papillának. Későbbi munkáiban arra az eredményre jut, hogy a pangásos papilla gyuladásos eredetü s hogy a papilla gombaszerü kiemelkedése előtt már keringési zavarok állanak fenn, s ennek következménye a papilla oedemás duzzanata. *Leber* szerint a papillitis valódi gyuladás, a mely gyuladásban a chorioidea is részt vesz, oka pedig azon folyadék, a mely az optikus rostjai közé préseltetik s a mely összetétele által izgalmat okoz. Nézetéhez csatlakozik *Gowers, Hutchinson, Deutschmann*, ki szerint a gyuladásos elváltozások feltalálhatók még a környező retinában is. *Kuhnt* azt találta, hogy nyirkretentio, a mely által a lympha chemiai tulajdonságai megváltoznak és ez oka a pangásos papillitisnek. *Parinaud* hydrocephalus internusnál talált papillitist, hozzá csatlakozik később *Rochon-Duvignaud*. *Ulrich* szerint az oedema oka a centralis edények compressiója. *Falkenheim-Naunyn* szerint nem annyira a subarachnoidalis nyomás magassága, mint inkább annak tartama van befolyással a papillitis keletkezésére. Állatkisérletek alapján később *Leber, Deutschmann* arra a meggyőződésre jutottak, hogy az agynyomás magában nem elégséges a pangásos papillitis előidézésére, hanem főszerepe jut a gyuladást keltő anyagoknak, a melyek a cavum craniiből praeformált meneteken át jutnak az opticus rostjai közé. A *Leber-Deutschmann*-féle „gyuladásos theoria"-hoz csatlakoztak *Ledda, Scimeni, Angelucci, Ovio. Elschnig* az oedema mellett egész sorát mutatta ki a gyuladásos jelenségeknek az opticus rostjai között, a papillában, retinában és chorioideában, s hogy a gyuladás épen az opticus elülső végén a legkifejezettebb, annak tulajdonítja. hogy a venák és arteriák, valamint a nagyobb nyirkerek itt haladnak. *Knies, Haab-Zellweger, Goldscheider, Jakobson* kevés nézeteltéréssel szintén a *Leber-Deutschmann*-nézethez csatlakoznak. *Hoche* degenerátiót talált a hátulsó gerinczagy gyökében és nyomásemelkedésnek tulajdonít szerepet, míg *Ursin* inkább intoxicatióban és táplálkozás-zavarban keresi az okot.

Wecker, Br. Carter irnak le eseteket, a hol az opticus hüvely sebészi megnyitásával javulás következett be, a megnyitással t. i. mint *Quinke* megjegyzi a toxikus anyagok jelentékeny része eltávozik. Hasonlót tapasztaltak trepanatiónál is.

Ezek után áttér a szerző az egyes theoriák fejtegetésére és végre is a *Deutschmann*-féle conclusióra jut, hogy t. i. a

nyomásemelkedés egymaga nem elégséges, hanem szükséges gyuladást előidéző anyagnak is jelen lenni a papillitis keletkezésére (Zeitschrift f. Augenheilk. 1899. II. 2. Lásd „Az agydaganatok kiséretében keletkező papillitis pathogenesise és jelentősége“ című dolgozatot is a Szemészet 1897. 3. számában.) *Gabler Lajos* dr.

A pupillák állapotából levonható diagnostikai következtetéseket összegezi *Pfister. Az oculomotorius izgalma folytán beálló pupillaszükülés (miosis spastica)* normalis jelenség fénybehatás és alkalmazkodás esetén. Mint kóros tünet előfordul az agy és hártyáinak diffus gyuladásainál, a pupilla szűkitő központ, illetve az oculomotor. rostok vagy magának az idegnek a daganatainál, az opoplexia cerebri és a hysteriás s epileptikus roham kezdetén, továbbá a hidba történt vérzéseknél, huzamosan való közelbe nézéskor, a szem elülső képleteinek gyuladásos megbetegedéseinél s végül néhány méreg, mint: az eserin, pilocarpin, muscarin, nicotin és opium behatására. *A sympathicus hüdésén alapuló pupillaszükülés (miosis paralytica)* a nyúlt velőt ért roncsolásoknál, a mediastinum és nyelőcső daganatainál, valamint a n. sympathicus hüdésekor fordul elő.

Az oculomotorius hüdése miatt beálló pupillatágulás (mydriasis paralytica) okai lehetnek vérzések az aquaeduct. sylvii fenekén, az ideg rostjait lefutásuk közben ért bántalmak (pl. sinusthrombosis, glaucoma), továbbá méreghatások (atropin, duboisin, daturin, hyoscyamin, hyoscin, homatropin) s végül a szemteke zúzódása. *A n. sympathikus izgalma folytán keletkezett pupillatágulás (mydriasis spastica)* a következő esetekben észlelhető: megijedéskor, a vérben való szénsavfelhalmozódáskor, epileptikus és eklamptikus rohamok tetőfokán, a gerinczvelő daganatainál és gyuladásainál (pl. a tabes kezdeti szakában), reflektorikus úton bélférgek, ólom- és epekőkólika esetén, nyakdaganatoknál, melancholia és mania kiséretében s végül cocain alkalmazásakor.

A pupillaszükülés minden esetében fénynek a behatása, alkalmazkodás, convergentia és eserin a szükülést még fokozza; a spasticus miosisnál az atropin tágitólag hat, míg ellenben e hatása igen renyhe, ha a szükülést a sympathicus hüdése okozta.

A sympathicus izgalma okozta pupillatágulás esetén a fény, alkalmazkodás, convergentia és eserin szükitőleg hatnak, míg ha a tágulás az oculomot. hüdése miatt keletkezett, akkor fényre egyáltalán nem szükül meg a pupilla s a többi tényezők hatása igen gyenge.

A rendellenes pupillareactiók közül a reflectorikus pupillamerevség (Argylt Robertson-tünet) a leggyakoribb. Korai tünete a tabesnek s a paralysis progressivának; ritkábban találkozunk vele dementia senilis, paranoia, sclerosis multiplex, a közp. idegrendszer syphilise és epilepsia kiséretében. A hemianopiás pupillareactio a chiasmán túl székelő betegségre utal; végül az agykérgi reflex alatt Haab a pupillának oly megszükülését érti, mely előáll akkor, ha az egyén sötét helyiségben fényre gondol. (Corresp. f. Schweizer Aerzte 1899. Wochenschr. f. Therap. u. Hyg. des Auges. 1899. 41.)

A sinus frontalis, maxillaris s a környező üregek megbetegedéséről közöl adatokat *Lapersonne.*

A sinus frontalis bántalmai gyakran kerülnek a szemorvos elé. A bántalom kezdete lehet rohamos vagy lappangó, sőt intermittáló lefolyás is észlelhető. A canalis frontonasalis hirtelen elzáródása esetén a sinus frontalisban rohamosan meggyülemlő folyadék heves, rendszerint rohamszerüen kiújuló fájdalmakat okoz, melyek teljesen utánozzák a supraorbitális neuralgia képét. E mellett a conjunctiva kivörösödik, a szem könyezik s fénykerülővé lesz. Az orr vizsgálatánál a középső járat táján a nyákhártya vörösségét, duzzanatát, esetleg polypszerű megvastagodását találjuk. Idült esetekben az empyema az orbita felső-belső falát usurálja, s ha a váladék az orbitába áttört, exophthalmust okoz. Jellemző ily esetekben, hogy a bulbus nyomására jelentkező fájdalom punctum maximuma éppen fel- és befelé van. Heveny esetekben a sinus feltárása s a váladék levezetése hamarosan gyógyulásra vezet, míg ellenben a chronikus alaknál majdnem mindig fistula marad vissza, s gyökeres gyógyulás csak az üreg nyákhártyájának teljes kiirtása (kaparás, égetés) után érhető el.

A sinus maxillaris lobos folyamatainál az orbita következményes genyes gyuladása ismert kórkép; eldöntetlen azonban, hogy a lobgerjesztő anyag a vénák, avagy a nyirokedények útján kerül-e az orbitába. Sokkal nehezebb még a magyarázat oly esetekben, midőn az orbita sejtszövetének észrevehető gyuladása nélkül látótérszükület, a papilla atrophiája s iridochorioiditis lép fel üvegtesti homályokkal. L. egy kollegát észlelt, kinek baloldali empyema antr. Hyghmori után ugyanazon oldalon súlyos szembaja keletkezett, melyet másutt chorioiditis suppurat. gyanánt kezeltek. A bántalom kezdete után körülbelül 2 hónap mulva, midőn ő először látta a beteget, külsőleg gyuladásos tünet nem volt észlelhető, az üvegtest elég tiszta s a szemfenéken visszafejlődésben levő neuritis és részleges retinaleválás volt látható. Valószinünek tartja, hogy ezen és hasonló esetekben a primaer megbetegedés septikus eredetü neuroretinitis, melyet az ideg hüvelyében vagy az arter. centr. ret. útján odajutott virus indított meg.

Igen gyakran a sinus maxillaris gyuladásához a környező üregek, nevezetesen a sinus sphenoidalis és ethmoidalis bántalma is járul, mely a maga részéről eléggé kimagyarázza az ilyenkor beálló tüneteket (fájdalmasság, exophthalmus, bénulások stb.), úgy hogy reflexhatásra a magyarázatban nincsen szükség. (Bulletins et mémoires de la société française d'ophthalmologie. 1898.)

Leitner Vilmos dr.

A katonai és vasuti szolgálatra való alkalmazhatóság feltételei. *Roth* német főtörzsorvos táblázatba foglalta a látás mértékét, mely Németországban és Ausztria-Magyarországban a katonai és vasúti szolgálatra szükséges. A fontosabb adatokat, kiegészitve, a következőkben közöljük:

I. *Az osztrák-magyar monarchia hadserege.*

1. Szolgálatképes fegyverben: mindkét szemen legalább $^6/_{12}$ látásélesség, 25 cm. távolponttal, a legerősebb megengedett concav üveg 4·0 Dioptriás. Egyéves önkéntesek távolpontja 20 cm., üvege 5·0 D. lehet; önkéntes orvostanhallgatók, gyógyszerészek s állatorvosok távolpontja 15 cm., üvege 7·0 D.

2. Póttartalékosok látásának az egyik szemen legalább $^6/_{12}$, a másikon $^6/_{24}$-nek kell lenni, 20 cm. távolpont, 5·0 D. concav üveg a myopia határa.

3. Fegyvernélküli népfelkelők látása akármilyen üveggel az egyik szemen legalább $^6/_{36}$ legyen, a másik szem vak is lehet.

II. *Német hadsereg.*

1. Fegyverszolgálatra alkalmas: a jobbik szemen $^1/_2$ visus, 15 cm.-nél távolabb legyen a távolpont, legfeljebb concav 6·5 D. a javitóüveg; a másik szemen is legalább $^1/_2$ visus legyen, de akármilyen javitóüveggel.

2. Helyi szolgálatra fegyver nélkül a látás $^1/_4$-nél élesebb legyen tetszés szerinti üveggel.

3. Ugyanilyen látás képesit a népfölkelői szolgálatra, és pedig elégséges az egyik szemen, a másik akár vak is lehet.

III. *Magyar királyi államvasutak.*

A felvétel feltételei:

1. Minden szolgálatra alkalmas: az egyik szemen $^5/_5$, a másikon $^5/_7$ látásélesség szabad szemmel, 2·0 D.-nál kisebb Hypermetropia.

2. Forgalmi szolgálatra — kivéve a mozdonyvezetőit s fütőit — alkalmas: $^5/_5$ az egyik, $^5/_{10}$ a másik szemen szabad szemmel.

3. Irodai szolgálatra alkalmas: $^5/_{10}$ az egyik, $^5/_{20}$ a másik szemen szabad szemmel vagy üveggel.

IV. *Porosz királyi államvasutak.*

1. Minden szolgálatra alkalmas: mindkét szemen legalább $^2/_3$ szabad szemmel.

2. Korlátolt forgalmi szolgálatra alkalmas: az egyik szemen $^2/_3$, a másikon $^1/_3$ szabad szemmel.

3. Belső szolgálatra: az egyik szemen $^1/_2$, a másikon $^1/_6$ szabad szemmel vagy tetszés szerinti üveggel.

Mindkét vasút a régi alkalmazottak látásával szemben kisebb követeléseket támaszt.

(Roth. Sehproben. 1899.) *G. E.*

Elektromos fény által keletkezett centralis retinitis és ezt követő traumatikus neurosisról. *W. Uhthoff*-tól. Egy 33 éves egyénről szól, kinek bal szemébe váratlanul erős villamos fény esvén, hirtelen megvakult, utána mintegy húsz

perczig, majd ezután egy fekete foltot, később több apró fekete foltot látott szeme előtt forgolódni. A bal szemén látóélessége 5/15 Sn. centralis relativ scotomája, kisfokú metamorphopsiája van. A szemfenéken a macula lutea táján több apró elszórt szürkés csomócska. A photometrikus vizsgálat csak a scotomának megfelelőleg mutat némi eltérést, úgyszintén a színlátásban is némi eltérés annyiban van a bal szemen, a mennyiben a beteg czen a szemén mindent világosabbnak, fehérebbnek lát. Jobb szem teljesen ép. A következő év májusában ismét jelentkezett a beteg, s csupán annyiban mutatkozott eltérés, hogy a szemfenéken az atrophiás chorioretinalis csomócskák valamivel kifejezettebbek. Subjective azonban arról panaszkodik, hogy egy idő óta rendkivül ideges, hogy folyton valami aggódó érzés kínozza, álmatlan, főleg este növekedő főfájása van, a számokat, neveket illetőleg emlékező tehetsége gyöngült, munkaképessége csökkent. Objective a reflexek fokozottak, a bal nervus supraorbalis érzékeny, a bal arczfélen az érzékenysége némileg csökkent. Mindezen tünetek okául a szerző az intensiv villamos fényt tartja. (Zeitschr. für Augenheilkunde. 1899. II. 4.)

A terhesség megszakítása retinitis albuminurica gravidarumnál. *Meyer Ottó*-tól. Egy 28 éves másodszor terhes nőről szól, ki terhessége ötödik hónapjában azon panaszszal jött a breslaui szemklinikára, hogy 14 nap óta ködöt lát szeme előtt, erős főfájástól kisérve, a mely nap-nap mellett növekedik. Szemfenekén a papilla szürkés sárga, kissé elmosódott határú, a mac. lutea táján több fehéres plaque, s a véredények mentén kicsiny haemorrhagiák. A vénák kissé kanyargósak. Látóélesség jobb szemen 1/10, bal szemen 1/30. A vizeletben fehér és vörös vérsejtek, hyalin és szemcsés hengerek. A terhesség alatt növekedő chronikus nephritis diagnosisa állíttatván fel, a terhesség megszakítása határoztatott el. Az abortus után öt nap mulva vizsgálván meg a beteget, a szemfenéki kép megváltozott: a papilla határai kevéssé voltak most elmosódva, a plaqueok és vérzések száma és nagysága lényegesen megcsökkent, a vénák normálisak, az arteriák azonban fonálvékonyságúak. Az egész szemfenék szürkés fehér. A retinitis képe hetek alatt majdnem teljesen visszafejlődött. E mellett azonban a látóélesség állandóan erősen meg volt zavarva, a mennyiben csak a felső látótérfélben volt kézmozgás a látása.

Ezen esetből s szerző arra a következtetésre jut, hogy retinitis albuminurica gravidarumnál a terhesség megszakítása mellett is a prognosis quoad visum mily kétséges, a retinalis véredények későbbi megváltozása miatt.

(Zeitschr. f. Augenheilkunde. 1899. II. 4.)

Gabler Lajos dr.

Szemgödri genyedés következtében keletkező agytályog. Közli *Machek* tanár lembergi klinikájáról *Szulisławski* dr. A szemgödri phlegmone leggyakoribb okát sérülések képezik, a complicatiók között a legjelentősebbek az agy részéről jelentkeznek. Az agyhártya a gyuladás vagy a genyedésnek a fissura orbitalis superioron át való terjedése, vagy a vena ophthalmica és a sinus thrombosis közvetítése vagy a csontnecrosisa vagy metastasis útján keletkezhetik. Ez utóbbi módon nemcsak meningitis, de valódi agytályog is támadhat, úgy hogy mindazon esetekben, a melyekben az orbita phlegmonejához általános agyi tünetek társulnak s a meningitis tünetei hiányoznak, jogosult agytályogra gondolni. Ha ilyen körülmények között nincsenek gócztünetek, akkor az agytályog székhelyéül az azonos oldali homloklebeny vehető fel. Az általános agyi tünetek közül a hányás, szédülés, fejfájás rendesen jelen vannak, míg a pangásos papillitis hiányozhat. Utóbbi jelenléte a diagnosist eldönti.

(Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. 1899. August.)

Szemgödri genyedés fogbaj következtében. Közli *Dagilaiski* (Nishni-Nowgorod). Tekintettel arra, hogy 69 Hermann által összegyüjtött szemgödri genyedés közül 13 ízben a látás nagyon megromlott, 7 esetben teljes amaurosis, 4-ben halál következett be, e bántalom aetiologiájának kutatása fontos. D. esetében az ok a felső állkapocs bal molaris fogának cariese volt. Az alveolaris periostitis két úton terjedhet át a szemgödörre, vagy közvetlenül a csonthártya mentén vagy a Highmoor-barlang közvetítésével. A literaturában 27 olyan eset található, a melyekben orbitalis phlegmone foghúzás vagy fogcaries következtében fejlödött.

(Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. 1899. Juli.)

Az ulcus corneae serpens therapiája. *Wokenius* Hugó referátuma. A régi autorok a mai ulcus corneae serpenst a cornea abscessusai közzé számitották, s onyx vagy unguisnak nevezték. 1870-ben nevezte el *Saemisch* ulcus corneae serpensnek. Ma ezen elnevezés alatt oly inficiált cornea fekélyt értük, a mely bizonyos klinikai charakterrel bir, ilyen, hogy a cornea felületén mindig tovább terjed, hogy legtöbbször centralis fekvésü, hogy leginkább felnőtteknél fordul elő, stb. Az infectio kiindulhat mint *Arlt-Saemisch* már régebben kifejtették a dacryo-cysto-blennorrhoeából, vagy lehet oka a kötőhártya, szemhéjszél betegsége, tisztátalan kéz, müszerek, kötés stb. *Uthoff-Axenfeld* újabb vizsgálatai szerint oka a *Fränkel-Weichselbaum*-féle diplococcus. Máskor vegyes infetio (staphylococcus, streptococcus, diplococcus, bacillus stb.) mutatható ki kórokul.

Az ulcus serpenseket Kuhnt két főcsoportba osztja. *Ulcus serpens simplex*, a hová azon alakok tartoznak, a melyek sima tiszta alappal birnak, s a cornea felületes és középső rétegeinél mélyebbre nem terjednek, s e szerint *superficialis* és *profundus* alakot különböztet meg. A második főcsoportba sorolja az *ulcus serpens complicatumot*, azon fekélyeket, a melyek infiltrált, duzzadt kocsonyás alappal birnak, s a melyek a mélységbe hatolnak.

Az ulcus serpens gyógyitására a legkülönfélébb eljárások használtattak. A legrégibb a *Graefetől* származó, a mely nedves meleg, atropin, nyomó kötés alkalmazásában áll. Az injectio leküzdésére már *Horner* a könyszervek állapotának megfigyelésére utal, s a könytömlő kinyomását, sondázását, fecskendezését ajánlja. *Völkers, Kuhnt* a könytömlő teljes kiirtását végezték, s ez által a reinfectio veszélye is ki van zárva. Az antisepsisnek az ophthalmotherapiában meghonosodása után a kezelés más irányt vett fel. A conjunctiva alapos desinficiálása, az infectiós fészek direct kezelése, lemosás, ecsetelés stb. desinficiens anyagokkal szerepel most a therapiában. Első ily anyag volt a *Graefe*, majd *Grossmann-Schmidt-Rimplertől* használt chlorvíz, a melylyel igen jó eredményt értek el, hátránya a chlor illékonysága. A chininum hydrochloricumot 1870-ben *Nagel* alkalmazta először, később *Gotti, Prout* stb. kénsavas chinint, a borsavat *Just, Pflüger;* a salicylsavat *Horner, Sattler, Samelsohn* stb. mint borogatást és kötést használták. 1878-ban *Graefe Alfréd* carbolsav öblögetéseket végzett. A sublimatot 1:4000—10,000 oldatban *Rothmund* alkalmazta, később subconjunctivalis injectiókat végeztek, melyet azonban a fellépő necrosis miatt csakhamar elhagytak. *Pflüger* jodtrichlorid, *Dolganoff* paraphenolt ajánl. Nagyobb elterjedésnek örvendett a jodoform por és kenőcs alakjában. Újabban a resorcin, kali hypermanganicum, creolin, pyoktanin, hydrarg. bijod jöttek használatba. *Goldzieher* natrium sozojodolt, *Mellinger* ichtyolt ajánlanak. Az ulcus radicalis kezelésére három eljárás van használatban, edző szerek, mütéti beavatkozás és izzó vas. Az arg. nitricum pálczával való érintést már *Horner* alkalmazta, *Suarez* carbolsavat, *Kuhnt* 1:500 sublimatot, *Dolgenkow* 5% tejsavat használt.

Michel, Fukala az infiltrált és alávájt széleket körülvágták, *Holmes, Meyhöfer* stb. éles kanállal, vésővel stb. távolitották el a kóros részeket. A ferrum candenst (tüzes kötőtü, sonda stb.) 1873-ban *Martinache* alkalmazta, a galvanocautert *Gillet de Grandmont*, a thermocautert pedig *Sattler* vették először igénybe. Noha a szerzők egy része *(Lavaillée, Martin)* nem láttak elég kedvező eredményt a cauterisatiótól, mégis a legtöbben nem tagadhatták kiváló jó hatását *(Simi, Fuchs, Nieden, Rothmund stb.)*. Igen kedvezőleg foly be a gyógyulásra mindazon eljárás, a mely a cornea lehető jó táplálásának elömozditását czélozza. Ilyen a nedves meleg borogatás antiseptikus oldatokkal, atropin becseppentésekkel kapcsolatban, ilyen a konyhasós subconjunctivalis injectio. Ily czélú lenne az áthajlási redőnek cauterizálása *(Schiess-Gemuseus)*, kevés pártolóra talált. A mütéti beavatkozás közül használták a *cornea paracentesiset*, késsel, lándzsával, később izzó vassal, azután a *Saemisch-féle keratotomiát*, a melyet az autorok legnagyobb része mint kitünő eljárást ajánl. Ez eljárás ellen felhozták, hogy iris becsipödés, az iris sérülése, a lencse előbukkanása jöhet létre, mindez azonban óvatos eljárással elkerülhető.

Saemisch eljárását később módosította 1872-ben *Graefe Alfréd*, ki az úgynevezett demarcatiós metszést hozta javaslatba, a metszés tangentialisan történik az infiltrált területre (*Meyhöfer*, *Pagenstecher*, *Haken* gyakorolta) és a módosított Kuhnt-féle megnyitás, a melynél csak a cornea lemezei nyitatnak meg, két egymással párhuzamos és ezekre merőleges metszés által, itt a csarnok nem nyitatik meg. Az iridectomiát *Graefe* ajánlotta, ki egyszersmind optikai czélt is vélt ezzel elérni, azonban az infectio veszélye miatt már a hetvenes években elhagyták. Az intraocularis nyomás csökkentésére jó szer az eserin, melyet *Hippel*, *Pflüger*, *Burham*, stb. atropin, jodoformmal kapcsolták össze.

Ha az ulcus megállapodott, infectiosus természetét elveszté, tömör heg létesítése feladatunk. A staphyloma, synechia elkerülésére szolgál az iridectomia és a Kuhnt-féle keratoplastika.

Ha a Kuhnt-féle osztályozást veszszük alapul, akkor az egyes alakoknál a következő eljárásokat kövessük: *ha daeryocysto blennorrhoea van jelen, könytömlő kiirtást végzünk, ha ulcus serpens simplex superficialis van jelen, cauterisatiót végzünk, kevésbbé megbizható az eljárás, ha ulcus serpens profundum van jelen. Ha ulcus complicatum superficiale van jelen, a cauterisatio mellett keratotomiát is végezzünk. De bármily alakja van is az ulcusnak, konyhasós injectiók, nedves meleg, atropin mint támogató eljárások ajánlatosak.* (Zeitschrift f. Augenheilkunde. II. 3.)

Gabler Lajos dr.

VEGYESEK.

— *A budapesti kir. magyar tudomány-egyetem szemklinikáján* az utolsó 25 év alatt (*Schulek Vilmos* tanár igazgatósága óta) a járó betegek rendelésén 122,618 új szembeteg fordult meg, a klinikán magán 14,130 beteget ápoltak, 17,390 nagyobb műtétet végeztek. A megelőző 25 év alatt (*Lippay Gáspár* tanár igazgatása alatt) az új járó betegek száma 14,060, a klinikán ápoltaké 2419 volt.

— *Budapest székes főváros közkórházainak 1898-diki évkönyvéből* a következő adatokat közöljük: A *Szent Rókus-kórházban* (id. Siklóssy Gyula dr. főorvos) összesen 631 szembeteget ápoltak, legtöbben a kötőhártya, a szarúhártya és a lencse betegségeiben szenvedtek; az operálások száma 845, ezek között 167 hályogoperálás, 132 iridectomia, 20 enucleálás, 45 tenotomia. — A *Szent István-kórházban* (Feuer Náthán tanár főorvos) 342 beteget ápoltak, kik túlnyomóan (276) trachomában szenvedtek, az operálások száma 208, többnyire a szemhéjakon és kötőhártyán. — A *Szent János-kórházban* (Goldzieher Vilmos tnr. főorvos) 275 beteget ápoltak, a műtétek száma 113, közöttük 36 hályogoperálás, 39 iridectomia, 9 enucleálás, 6 tenotomia. — A *Szent Margit-kórházban* (Fejér Gyula dr. rendelő orvos) 13 szembeteget ápoltak s 50 műtétet, közöttük 1 hályogoperálást, 2 iridectomiát végeztek.

— *Fabritius Ágost dr. főorvos a brassói magyar kir. állami szemgyógyintézet* 1898-dik évi működéséről szóló jelentéséből a következő adatokat közöljük. Az 1898-dik évben 687 szembeteget ápoltak, ezenkivül 476 bejáró szembeteget gyógykezeltek. A betegségek között a leggyakoribb a trachoma volt, kórházi kezelésben 380 részesült. A nagyobb operálások száma 188 volt, ezek között 76 hályogműtét, 25 iridectomia, 14 enucleálás. Az ápolási napok száma a betegek részére 12,161, a napi ápolási díj 56 kr.

Az intézet 42 éve áll fenn, 10 éve pedig egész éven át nyitva van. Ezen utóbbi tiz év alatt 5288 beteg nyert felvételt, 4133 beteget járólag kezeltek, 1499 operálást (ezek között 594 hályogot) végeztek.

Ezek ellenére az intézet ma is ideiglenes jellegű, az igazgató főorvosnak 500 frt fizetése van, nincs nyugdíj igénye, a gondnok fizetése 250 frt, másodorvos nincs, ennek teendőit rövid idő óta kisegítő orvos teljesíti, ki naponta csak 1—2 órát tölthet az intézetben.

Ezen tarthatatlan állapotok megszüntetését a brassói orvosok szövetsége, valamint Brassó vármegye is feliratban sürgeti. Valóban kórházi czélokra alkalmas épület emelése, az intézet állandósítása, másodorvosi állás rendszeresitése a sikeres működés feltételei. Minthogy azonban első sorban *Brassó* és környéke élvezné az így megerősödött szemkórház áldásait méltányos volna, ha a város is hozzájárulna a költségek megszerzéséhez. Ilyen eljárás, t. i. az állam, a község és a társadalom együttműködése külföldön a rendes, kivánatos, hogy ezentúl nálunk is így történjék!

— *Az Országos Orvos-Szövetség brassói fiókja Fabritius Ágoston dr.* szemész-főorvos indítványára arról gondoskodott, hogy a helybeli anyakönyvvezetői hivatalnál minden félnek a gyermek születésének bejelentése alkalmával saját anyanyelvén a következő felszólítást kézbesítsék:

„Ezennel hivatalosan figyelmessé tétetik, hogy újszülött gyermekeknél a születés után mindjárt az első napokban gyakran erős genyedéssel egybekötött ragadós szembetegség lép föl, mely betegség elhanyagolása esetén a látképesség erős csökkenését, sőt egy vagy mindkét szem teljes megvakulását idézheti elő. Minek folytán felhivatik mindenki, ily esetben nem várni, mig a bába egy orvos közbenjárását tanácsolja, hanem a megbetegedett gyermek érdekében azonnal orvos után látni. — A városkapitányság."

Utánzásra méltó példa!

— *A Budapesti gyermekvédő congressus* folyó évi szeptember hó 14—17-dikéig tartotta üléseit. A kongresszus orvosi szakosztályát *Bókay János* egyetemi tanár nagy gonddal és fáradhatatlan buzgalommal szervezte. Az előadók között *Goldzieher Vilmos* a következő határozati javaslatot terjesztette elő:

A gyengelátással biró gyermekek iskoláztatásáról.

1. A scrophulotikus szembajok a gyermekkor leggyakoribb betegségeihez tartoznak. A szemészeti ambulatoriumok betegeinek zöme e kórcsoporthoz tartozik.

2. E betegség leginkább az iskolakötelesek idült betegsége lévén, az orvosi kezelésen kivül, szerep jut az iskola hygienének is.

3. Úgy a manifest szembajosok, mint a gyógyultak — utóbbiak a visszaesés szempontjából — élénk megfigyelés tárgyát képezzék. A gyógyulás után visszamaradó finom cornealis homályok, a látóélességet nagy mértékben gyengitvén, a közelmunkát határozottan nehezitik s a megerőltetés folytán, a baj kiújulását nagy mértékben könnyitik.

4. Az iskolaorvos s a paedagogus karöltve működjenek, a vakok paedagogiája (Blindenpaedagogik) alapján szervezett tanfolyamok felállitásán. Az orvos esetről esetre határozza meg a látóképesség fokát s bocsássa ez adatokat a paedagogus rendelkezésére.

5. A scrophulás megbetegedéseken kivül a myopiásak, astigmatikusok vagy más okból gyengült látóerejű gyermekek is e tanfolyamokba osztandók be.

— *A vasúti alkalmazottak látásáról* az osztrák vasúti ministerium rendeletet bocsát ki, melyben a vasúti szolgálatra való alkalmazás feltételeit részletesen szabályozza. Ilyen szabályzatot a m. kir. államvasutak igazgatósága 1895-ben bocsátott ki. A látásvizsgálatok Ausztriában is a pályaorvosokra bizták s csak a felülvizsgálatok utalták a tanácsadókhoz. Az állam, a közbiztonság s az egyes érdekben állana, ha a hollandi rendszert sikerülne meghonosítani, e szerint látás vizsgálatát e czélra megbizott szemorvosok végezik. Az állami vasútaink szervezetében ez könnyen megoldható volna, ha minden üzletvezetőség területére egy szemorvos nyerne megbizást.

— *Förster*, a boroszlói egyetem nyugalmazott szemésztanára folyó évi julius 31-én ülte meg doctorságának 50 éves jubilaeumát.

— *Bietti* dr.-t Páviában, *Nattini* dr.-t Genuában, *Norsa* dr.-t Rómában, *Lucciola* dr.-t Paduában a szemészet magántanárává habilitálták. *Rohmer* dr. *agrégét* Nancyban a szemészet tanárává nevezték ki. *Kostenitz* dr.-t Varsóban a szemészet rendkivüli tanárává nevezték ki.

— *Borysikiewicz Mihály* dr. a gráczi egyetemen a szemészet ny. r. tanára 50 éves korában meghalt. Nevét főleg az ideghártya finomabb szerkezetéről közölt értékes dolgozatai tették ismertté.

— *Új könyvek. F. Brun et X. Morax.* Thérapeutique Oculaire. Paris. Octave Doin. 1899. — *Donath B.* Die Einrichtungen zur Erzeugung der Röntgenstrahlen und ihr Gebrauch. Gemeinfasslich dargestellt insbesondere auch für Ärzte und Kliniken. Berlin. Verlag von Reuther & Reichard. 1899. — *M. Maschke.* Die augenärztliche Unfallpraxis. Ein Hilfsbuch für die Feststellung der Unfall-Erkrankungen des Auges und der Unfall-Renten. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 1899. — *Wilibald A. Nagel.* Die Diagnose der praktischen wichtigen angeborenen Störungen des Farbensinnes. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 1899. — Die Ophthalmologie (liber de oculo) des *Petrus Hispanus* (Petrus von Lissabon, später Papst Johannes XXI.). Nach Münchener, Florentiner, Pariser, Römer lateinischer Codices zum ersten Male herausgegeben, ins Deutsche übersetzt und erläutert von *Dr. med. A. M. Berger.* München. Verlag von I. F. Lehmann. 1899. — *Dr. Katz.* Wie erhält man seine Sehkraft? oder Die Krankheiten und Fehler des Auges. Vierte Auflage. Leipzig. Th. Grieben's Verlag. 1899. — *Howard F. Hansell, A. M., M. D. and Wendell Reber, M. D.* A practical Handbook on the muscular Anomalies of the Eye. London K. Kimpton. 1899. — *F. Ostwalt.* Des verres périscopiques et de leurs avantages pour les myopes. Paris. Georges Carré et C. Naud. 1899. — *Bach, L.* Die ekzematösen (scrophulösen) Augenerkrankungen. Halle, 1899. — *Boyle, C. C.* Therapeutics of the Eye. London, 1899. — *Grimpret.* La pilocarpine en thérapeutique oculaire en part. dans les kératites interstitielles. Paris, 1899. — *Klinkowstein, R.* Bericht über 50 von Prof. Dr. O. Haab ausgeführte Myopie-Operationen. Zürich, 1899. — *Macbridge, N. L.* Diseases of the Eye. London, 1899. — *Roosa, D. B.* Defective Eyesight. London, 1899. — *Altschuhl, E.* Taschenwörterbuch für praktische Augenärzte. Wien. — *Mooren, Alb.* Die medicinische und operative Behandlung kurzsichtiger Störungen. Wiesbaden, 1897. — *Birnbacher, A.* Die pathologische Histologie des menschlichen Auges. I. Lief. Leipzig. Verl. v. Veit & Comp. 1899. — *Goldzieher.* Therapie der Augenkrankheiten. II. Auflage 1. Hälfte. Leipzig. Veit u. Comp. 1899. (A munka teljes megjelenése után részletesen ismertetni fogjuk.) — *Rolland E.* La myopie des liseurs. (Excès d'allongement de l'oeil). La cause — ses dangers — sa cure. Toulouse, 1899. — *Widmark I.* Mitteilungen aus der Augenklinik des Carolinischen medico-chirurgischen Instituts zu Stockholm. II. Heft. Mit 2 Tafeln und 12 Abbildungen im Text. Jena, 1899.

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

Schulek: Ibolyán túli fény.

III. tábla.

A 37—41. sz. a. az előbbiekhez csatlakoznak; 1899. április 6. készültek. Az égfénycsík itt a felső.

37. sárga, 4. sz., v = $^6/_6$?, R. 34—35. r.
38. sárga, 7. sz., v = $^6/_{6 \cdot 66}$, R. 6—34. o.
39. sárga, 10. sz., v = $^6/_{7 \cdot 5}$, R. 6. m.
40. sárga, 13. sz., v = $^6/_{8 \cdot 57}$, R. 3—4. i—h.
41. sárga, 16. sz., v = $^6/_{12}$?, R. 6—7. b—c.

A 42—44. sz. a. 0·25 mm. résnyitással és $1^1/_2$ órai kitevéssel készültek, hogy a fényhatás tetemes legyen.

42. *a*) Fieuzal 1-es sárga szemüveg, v = $^6/_6$, R. 7. m. *b*) Fieuzal 3-as sárga-sötétszürke szemüveg, v = $^6/_{7 \cdot 5}$, R. 7. f. Az égfénycsík egyidejű.
43. kormozott lap.
44. összehasonlításra: *a*) középszürke mint üres kamara, v = $^6/_{8 \cdot 57}$, R. 31. h—i. *b*) színtelen kamara triphenylmethannal xylolban 35 : 100. *c*) a középszürke kamara triphenylmethannal xylolban 35 : 100 megtöltve. 1898. nov. 1—6; az égfénycsík nem egyidőben, hanem csak csatlakozva készülhetett; Lumière double orthochrom lemez.

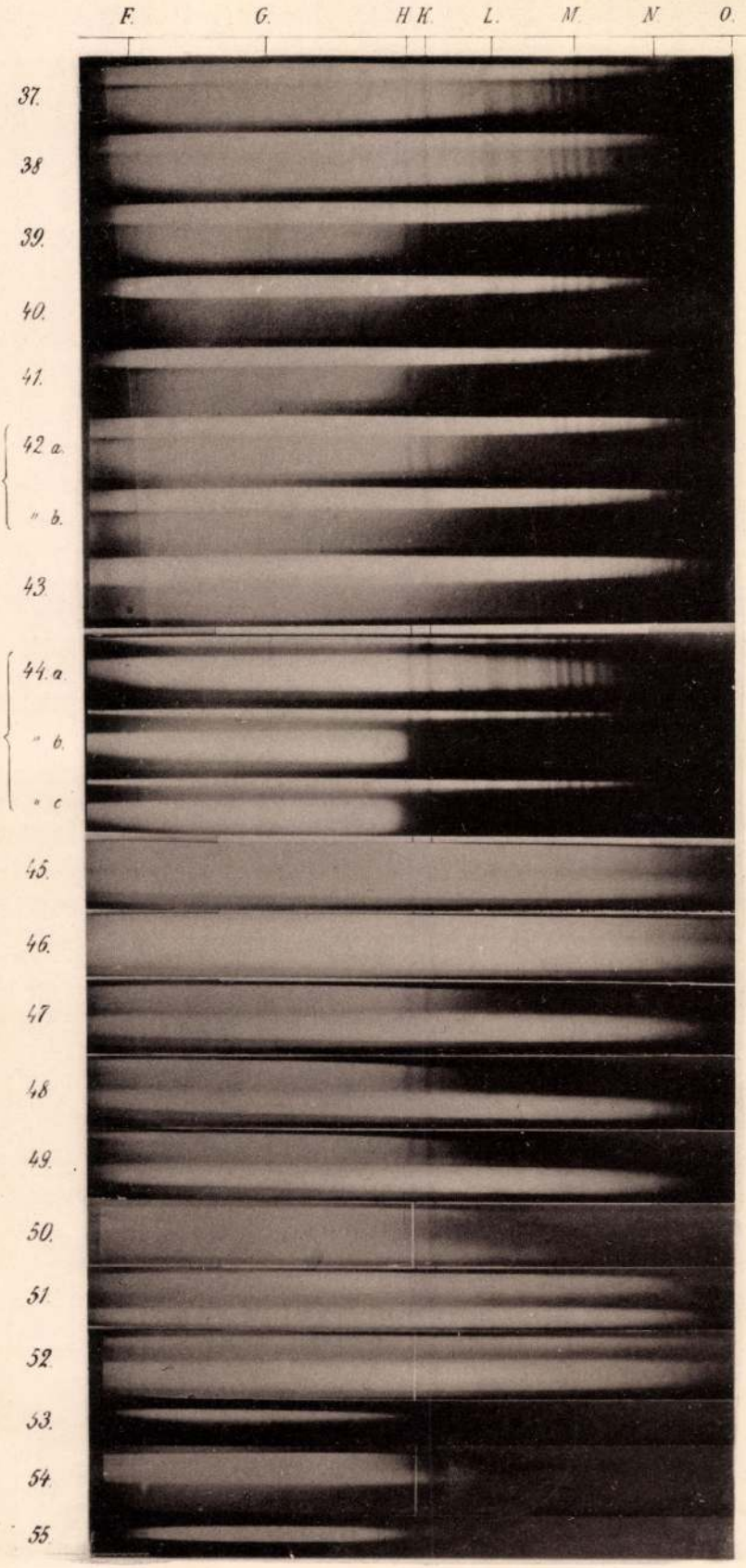
A záró csoport az emberi szemközegek színképeit mutatja. 1 nappal a halál után, 1 mm. résnyitással és 1 órai kitevéssel, a mennyire lehetett egyidejű (itt alsó) égfénycsíkkal készültek.

45. szaruhártya, 44 évesről, 1898. febr. 21.
46. csarnokvíz, 28 évestől, 1898. febr. 22.
47. szemlencse, újszülöttből, 1898. jan. 29.
48. „ 24 évesből, 1898. jan. 27.
49. „ 54 évesből, 1898. jan. 23.
50. „ 75 évesből, 1898. ápr. 24.
51. üvegtest, 44 évestől, 1898. febr. 21.
52. „ 75 évestől, 1898. márcz. 27.
53. egész szemgolyó, 40 éves, 1898. febr. 23.
54. „ „ 75 éves, 1898. ápr. 23.
55. „ „ újszülött, 1899. jan. 30.

Az 50., 52. és 54. sz. ábrában a fehér vonal H-nál az eredeti lemezen harántúl a megjelölés kedveért kihúzott ténta vonaltól származik, melyet utóbb kiáztatni nem sikerült.

A mellékleteken közölt összes színképek az eredeti lemezek után photochemiás módon készített egyenes másolatok, tehát positivok az eredeti negativokról. Retouche nem történt.

99. 10. — A Pesti Lloyd társulat könyvnyomdája.


F.
G.
H K.
L.
M.
N.
O.
37.
38.
39.
40.
41.
42. a.
" b.
43.
44. a.
" b.
" c.
45.
46.
47.
48.
49.
50.
51.
52.
53.
54.
55.