572 0.96.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT

KÖZLÖNYE.

F.2
4/48

SZERKESZTETTE:

HŐGYES ENDRE
EGYETEMI TANÁR.

KIR. MAGYAR TUD. EGYETEM II. SEBÉSZETI KLINIKUM

BUDAPESTI ORVOSTUDOMÁNYI EGYETEM
II. sz. Sebészeti Klinika Könyvtára
Budapest, VIII. Baross-u. 23-25
Telefon 148-600.

1899.

NEGYVENHARMADIK ÉVFOLYAM.

BUDAPEST, 1899.
A PESTI LLOYD-TÁRSULAT KÖNYVNYOMDÁJA.
DOROTTYA-UTCZA 14. SZ.

XX/43 F 46/1899

II. sz. SEBÉSZETI KLINIKA
KÖNYVTÁRA
Bp. VIII., Baross-u. 23-25

~~Fl. 11. 25.~~

Leltári szám: F 46/189

TARTALOM.*

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Egyetemi intézetekből, klinikákból és kórházakból.

Oldal

Hőgyes Endre tnr. általános kór- és gyógytani intézete.

1. **Hőgyes Endre**: A budapesti Pasteur-intézet statistikája 1898-ban kapcsolatban az előbbi évek adataival 263
2. **Aujeszky Aladár**: A házinyulak lépemulsio-injectiókkal előidézett anthrax-immunitásáról és a normális szervrészekkel való immunizálásról 419, 432
3. **Aujeszky Aladár**: A veszettség ellen való immunizálásról normalis ideganyaggal 534

Bókay Árpád tnr. gyógyszertani intézete.

4. **Kerntler Jenő**: Az 1899. év első felében felmerült újabb gyógyszerek ... ... Gyó. 9
5. **Koós Aurél**: Néhány mesterséges tápszerről és azok alkalmazásáról a gyakorlatban ... ... Gyó. 15

Plósz Pál tnr. élet- és kórvegytani intézete.

6. **Plósz Pál**: Zsírképződés szénhydratokból és ennek összefüggése a diabetessel 126, 140

Genersich Antal tnr. I. kórboncztani intézete.

7. **Genersich Antal**: Köldökig érő Meckel-féle gurdély. Bélcsavarodás egy Meckel-féle gurdély körül, átfúró hashártyalob 114
8. **Róna D. Dezső**: Adatok a mellékvesék syphilises és gümős elfajulásának kérdéséhez 405, 421

Pertik Ottó tnr. II. kórboncztani intézete.

9. **Reách Dezső**: A cystitis aetiologiájáról 430, 444, 459, 471

Korányi Frigyes tnr. I. belklinikája.

10. **Bálint Rezső**: Adatok a puerperalis idegbajok tanához 321, 334
11. **Benedict Henrik** és **Schwarcz Miklós**: A typhuskezelés diaetetikus irányelvei 164, 178, 190, 203, 230, 240
12. **Kovács József**: Vérvizsgálatok lázas bántalmaknál s chlorosisnál, különös tekintettel azok osmosis-viszonyaira 563, 581
13. **Kövesi Géza**: A gastroenterostomia befolyása a gyomor secretionalis viszonyaira 3
14. **Lengyel Loránt**: Aspirin ... ... Gyó. 8
15. **Tóvölgyi Elemér**: Vizsgálatok a „gelatine“ vérmegalvasztó hatásáról 369

Kétly Károly tnr. II. belklinikája.

16. **Kétly László**: Jackson-epilepsia operatióval gyógyult esete 442, 457
17. **Kétly László**: Néhány újabb gyógyszerről szerzett klinikai tapasztalatok. I. Heroin. II. Thiocol. III. Pyramidon. IV. Citrophen. V. Aspirin ... ... Gyó. 1

Oldal

18. **Gebhardt Ferencz**: A sclerosis polyinsularisban szenvedők érzési zavarairól 520, 539
19. **Hönig Izsó**: A diazoreactio klinikai jelentősége 594, 610

Dollinger Gyula tnr. I. sebklinikája.

20. **Dollinger Gyula**: A gümös csont- és izületi gyuladások gyógykezelésénél alkalmazott kötések és gépek szerkesztésének elvei 1, 15, 29
21. **Dollinger Gyula**: A féregnyújtványgyuladás (appendicitis) 479, 494, 510, 525
22. **Bodon Károly**: Az exophthalmus pulsans traumaticus sebészi gyógykezelése a carotis communis egyoldali, illetve kétoldali alákötésével 38, 51, 65

Réczey Imre tnr. II. sebklinikája.

23. **Réczey Imre**: A budapesti kir. m. tud. egyetemi 2. sz. sebészeti klinikum betegforgalma az 1894—1897. években. K. m. a 14. számhoz.
24. **Chudovszky Móricz**: Gümös hashártyalobok 89, 103, 117, 142, 153, 166, 179, 191
25. **Boross Ernő**: Intravenosus befecskendezések borkősavas sublimattal streptococcus és staphylococcus pyogenes aureus fertőzésnél 345

Kézmárszky Tivadar tnr. I. szülő- és nőbeteg-klinikája.

26. **Erőss Gyula**: A foetalis életben gyógyult spina bifida esete ... ... Gye. 11
27. **Bäcker József**: Kimutatás az I. sz. szülő- és nőbeteg klinika 1895—1896. évi működéséről. Külön melléklet a 23. számhoz.
28. **Doktor Sándor**: Császármetszés septikus szülő nőn 162, 176
29. **Doktor Sándor**: Méhrepedés a hasüregbe kilépett magzattal. Császármetszés. Gyógyulás 577
30. **Walla Béla**: Császármetszés fundalis harántmetszéssel ... 381
31. **Platzer Sándor**: A bimbósérülésekről 628, 645, 659
32. **Lovrich József**: Rendes helyen tapadó lepény időelőtti leválásának esete 357

Schulek Vilmos tnr. szemklinikája.

33. **Schulek Vilmos**: A hyperibolyás fény elleni védekezés ügye ... ... Sz. 1
34. **Schulek Vilmos**: 225 anyag viselkedése az ibolyán túli fény irányában ... ... Sz. 21
35. **Schulek Vilmos**: Következtetések az ibolyán túli fény elnyeletésére tett vizsgálatokból ... ... Sz. 51
36. **Schulek Vilmos**: Átlátszó sárga anyagok fényelnyelése Sz. 65
37. **Schulek Vilmos**: További vizsgálatok az ibolyán túli fény elnyeletéséről ... ... Sz. 81
38. **Schulek Vilmos**: Színes szemüvegek színáteresztése. Sz. 93
39. **Grósz Emil**: A keratitis neuroparalytica ... ... Sz. 45

* Sz. = „Szemészet“ melléklet. — Gye. = „Gyermekgyógyászat“ melléklet. — Gyó. = „Ujabb gyógyszerek és gyógymódok“ melléklet. — K. m. = Külön melléklet.

Oldal

40. **Grósz Emil**: A magyar orvosok és természetvizsgálók 1846-iki és 1847-iki vándorgyülésein szemkórházak létesítése érdekében tett indítvány ... Sz. 87
41. **Blaskovics Fridolin**: A nyitott sebkezelés szemoperálások után ... Sz. 101
42. **Scholtz Kornél**: A retinalis és üvegtesti kötőszövetképződések okairól ... Sz. 7, 34
43. **Scholtz Kornél**: Idegen testek a szemfenéken ... Sz. 61
44. **Leitner Vilmos**: Periodikus exophthalmus esete ... Sz. 17
45. **Leitner Vilmos**: Ulcus conjunctivae ... Sz. 18
46. **Leitner Vilmos**: Embolia arteriae centralis retinae partialis esete ... Sz. 18
47. **Leitner Vilmos**: A látószerv megbetegedéséről akromegalia kiséretében ... Sz. 103
48. **Pólya Jenő Sándor**: Tyloma (keratosis) conjunctivae Sz. 89
49. **Binder Emil**: Astigmatismus és vizsgálati módszerei katonaorvosi szempontból ... Sz. 72
50. **Seidner Sámuel**: A fénytörés rendellenességének befolyása a különböző csapatnemek szolgálatképességére Sz. 58

Laufenauer Károly tnr. elme- és idegkórtani klinikája.

51. **Hajós Lajos**: Laufenauer tanár klinikai idegbeteg ambulatoriumának kimutatása az 1898. évről ... 154

Bőrbeteg-klinika.

52. **Sellei József**: Az ulcus cruris gyógykezelése ferrum sesquichloratummal ... 397

Árkövy József tnr. fogklinikája.

53. **Szabó József**: A budapesti kir. m. tud. egyetem fogklinikájának jelentése az 1897/98. tanévről ... 143
54. **Szabó József**: A budapesti kir. m. tud. egyetem fogászati klinikájának évi kimutatása az 1898/9. tanévről ... 661
55. **Biró Lajos**: Vizsgálatok a fogcaries és a terhesség közt fennálló viszonyra vonatkozólag ... 238, 252, 265

Kolozsvári egyetem gyógyszertani intézete.

56. **Jakabházy Zsigmond**: A natrium lygosinatum élettani hatásáról ... 127

Kolozsvári egyetem sebklinikája.

57. **Filep Gyula**: A sebészeti klinika működése 1896- és 1897-ben ... 393, 408, 423, 436, 447

Kolozsvári egyetem szülő- és nőbeteg-klinikája.

58. **Ákontz Károly**: A méhrákról kórodai és kórszövettani szempontból ... 198, 215, 227, 239, 253, 267, 276

Berlini egyetem pathologiai intézete.

59. **Áldor Lajos**: Az albumosenak a vizeletben való kimutatásáról és az enterogen albumosuriáról ... 188, 201

Berlini egyetem II. belklinikája.

60. **Reusz Frigyes**: Landry-féle felhágó hűdés egy esete 274, 289

Lipcsei egyetem belklinikája.

61. **Hasenfeld Arthur**: A bacillus pyocyaneussal mesterségesen létrehozott szívbelhártyagyuladásról és egyes a szívbelhártyagyuladásokat általában illető megjegyzések 64, 79, 91

Szt. Rókus-kórház.

62. **Böke Gyula**: Exostosis a külső hangvezetékben ... 671
63. **Böke Gyula**: Észrevétel Gedeon János dr. „Közlemények az orvosi gyakorlatból“ czímű czikkére ... 555
64. **Donáth Gyula** és **Hültl Hümér**: Neuralgia spermatica egy esetéről, mely a n. lumboinguinalis és n. spermaticus externus csonkolásával lett kezelve ... 102, 115
65. **Havas Adolf**: Mercuriol, egy új higanykészítmény. Gyó. 14
66. **Jordán Ferencz**: A tonsillitisek abortiv gyógyításáról ... 643
67. **Csillag Jakab**: Az ulcus venereum oktanának mai állása. Ulcus venereum és prostitutio 288, 302, 314, 326

Oldal

68. **Horváth Kornél**: Paraesthesia nervi cutanei femoris lateralis esetei ... 138
69. **Hültl Hümér**: A pajzsmirigy bujakóros megbetegedéséről 417
70. **Schultz Henrik**: Adatok az uterus gonorrhoeájának kór- és gyógytanához ... 25, 39, 53, 67, 80
71. **Varga Géza**: Unguentum cinereum-labdacsok (pilulae hydrarg. ciner.) adagolása syphilis ellen ... 385
72. **Weisz Miksa**: Purpura syphilises alapon ... 150

Szt. István-kórház.

73. **Herczel Manó**: Vesekiirtások fekve maradt csiptetőkkel ... 186
74. **Herczel Manó**: Adatok a heges pylorus szűkületek műtéti kezeléséhez ... 225
75. **Herczel Manó**: 32 év óta fennálló, bélsársipolyokkal komplikált cruralis eventeratio műtett esete ... 362
76. **Herczel Manó**: A féregnyúlványlob (epityphlitis) és annak sebészi kezelése. K. m. a 44—47. számhoz.
77. **Amberg S.**: Lép-echinococcus esete ... 106
78. **Huber Alfréd**: Perifolliculitis suppurativa és framboesiaszerű vegetatiók eczema kapcsán ... 469
79. **Körmöczi Emil**: Az infectiosus megbetegedések hatása a leukaemiára ... 640
80. **Vajda Adolf**: Polyposis intestinalis 11 éves gyermeknél 608, 630

Szt. János-kórház.

81. **Szontagh Félix**: Fractura basecs cranii és következményi leptomeningitis trauma után, vagy pedig egyszerű meningitis tuberculosa? ... Gye. 31

Szt. Margit-kórház.

82. **Tomka Samu**: Exostosis a külhalljáratban ... 655
83. **Tomka Samu**: A pajzsmirigy használata a fülgyógyászatban ... Gyó. 6

Stefánia-gyermekkórház.

84. **Bókay János**: Orvosi jelentés a „Stefánia“ pesti szegénygyermek-kórház 1898. évi működéséről ... 350
85. **Bókay János**: A pertussis prophylaxisáról, különös tekintettel a tuberculosis terjedésére ... Gye. 23
86. **Bókay János**: Emlékbeszéd O'Dwyer József dr. felett K. m. a 45. számhoz.
87. **Bauer Lajos**: Aspiratio linguae a csecsemőkorban . Gye. 3
88. **Berend Miklós**: Symmetricus gangraena (Raynaud-féle kór) esete gyermeknél ... Gye. 7
89. **Berend Miklós**: Bélinvaginatio spontan gyógyult esete Gye. 8
90. **Kármán Samu**: Pseudobulbaerparalysis a gyermekkorban ... Gye. 6
91. **Preisich Kornél**: Lumbalpunctio meningocele occipital. esetében. Gyógyulás ... Gye. 35
92. **Preisich Kornél**: Torokdiphtheritis és gégecroup kiújulása serumgyógykezelés mellett ... Gye. 35
93. **Torday Ferencz**: Légutakba jutott idegen test néhány esete ... Gye. 12
94. **Zboray Béla**: Adatok a Quincke-féle lumbalpunctióhoz Gye. 14

Vörös-kereszt egylet Erzsébet-kórháza.

95. **Köllner Károly**: Cirrhosis hepatis mellett fejlődött carcinoma ventriculi esete ... 466

Izraelita kórház.

96. **Stiller Bertalan**: Az enteroptosis és ideges dyspepsia tana a bordajel alapján ... 77, 90, 105, 118, 129
97. **Rózsa Félix**: A pankreas farki részének rákja ... 505

Bródy Adél gyermekkórház.

98. **Grósz Gyula**: Hydrocephalus internus chronicus acquisitus kapcsán fellépett amaurosis; az oldalgyomrocsok punctiója; gyógyulás ... Gye. 1

Oldal

99. **Mohr Mihály**: A Sachs-féle idiotia amaurotica familiaris Sz. 14, Sz. 38

Budapesti poliklinika.

100. **Baumgarten Egmont**: Az orrsövény elhajlásainak és léczeinek mütevése a Schleich-féle érzéstelenítő eljárással ... 310, 323
101. **Baumgarten Egmont**: A hortyogó csontos elzáródásáról .. 324
102. **Baumgarten Egmont**: A phenolum natrosulforicinicum az orr-gégészeti gyakorlatban ... 335, 349
103. **Baumgarten Egmont**: A rhinitis chronica hypertrophica véres kezelése ... 360
104. **Baumgarten Egmont**: A hysteriás aphoniák és azok újabb kezelése ... 372
105. **Baumgarten Egmont**: A kemény szájpadlás eddigelé ismeretlen fekélyéről ... 373
106. **Feleki Hugó**: A húgycsöblennorrhoea antiparasitás gyógyító módjai ... 286, 301, 312, 324, 336

Berlini friedrichshaini városi kórház.

107. **Donogány Zakariás**: Adatok a porczos orrsövény szövettani szerkezetéhez, különös tekintettel az ezen helyről eredő orrvérzésekre ... 454

Esztergomi kórház.

108. **Gönczy Béla**: Sebészeti esetek az esztergomi kórházból ... 541

Hódmezővásárhelyi Erzsébet-szemkórház.

109. **Imre József**: A trachomás kötőhártya megkaparása ... Sz. 31
110. **Imre József**: A vakság okai a magyar Alföldön ... Sz. 96

Nagyszebeni állami elmegyógyintézet.

111. **Konrád Jenő**: A rendellenes koponyaalkat mint signum dispositionis ... 548, 565, 582

Nagytapolcsányi kórház.

112. **Friedrich Alajos**: Áthatoló koponyalőseb gyógyult esete ... 291

Szegedi bábaképezde.

113. **Korda Jenő**: A Schleich-féle eljárás alkalmazása nőgyógyászati műtéteknél ... 298, 311

Batizfalvy Sámuel magángyógyintézete.

114. **Trajtler István**: Évi jelentés Batizfalvy sanatoriuma és vízgyógyintézete 40. évi működéséről ... 168

---

115. **Abonyi József**: A fogászat Hippokrates korában. K. m. a 15. és 16. számhoz.
116. **Abonyi József**: A kaucsuk és annak alkalmazása az orvosi gyakorlatban, különös tekintettel a fogászatra 550, 566
117. **Ambrus Pál**: Egy újabb beavatkozásmód újszülöttek asphyxiájánál ... 51
118. **Bársony János**: Exstirpatio totalis uteri ... 211
119. **Borbély Samu**: Viszontmegjegyzések Hültl Hümér dr. „A magas hólyagmetszés“ czímű dolgozatomra tett észrevételeire ... 68, 83
120. **Bosányi Béla**: Észlelések a helyi iszapkezelés körül a szt. Lukács-fürdőben ... 624
121. **Csapodi István**: A közellátóság osztályozása ... Sz. 76
122. **Csapodi István**: Iritis papulosa esete ... Sz. 76
123. **Csillag Gyula**: A gyermekek alkoholismusa elleni védekezés törvényhozási és társadalmi szempontból ... Gye. 22
124. **Daday Vilmos**: Sérvmetszés hashártyalobbal. Gyógyulás 31
125. **Deutsch László**: Pestis elleni védőoltások és a pestis serum ... Gyó. 11
126. **Déri Henrik**: Szamárhuruthoz csatlakozott agyvérzésről 538, 553
127. **Engel Gábor**: A fogó alkalmazásának jogosultsága az utánjövő fejre ... 250
128. **Erdős János**: Hallásvizsgálat phonendoskoppal ... 675

Oldal

129. **Falta Marczel**: Largin a szemészetben ... Sz. 57
130. **Fialowski Béla**: Törvényszéki orvosi esetek 241, 254, 268, 278
131. **Fried Aladár**: Négy hónapos csecsemőnek bőrön át történt heveny alkoholmérgezése ... 374
132. **Gedeon János**: Közlemények az orvosi gyakorlatból. I. Idegen test a fülben. II. Carcinoma mammae Schleich-féle eljárással műtett esete ... 526
133. **Gedeon János**: Válasz Böke Gyula dr. egyetemi tanár „Észrevételei“-re ... 570
134. **Halász Henrik**: Adatok az orrból eredő szembántalmak gyógyulásához ... 212
135. **Halász Henrik**: A csecsnyújtvány trepanálása fogászati fúrógéppel egy eset kapcsán ... 592
136. **Havas Leó**: A kanyaró Koplik-féle koratünete ... 468
137. **Hruska János**: Két pellagra-eset ... 485
138. **Hültl Hümér**: Észrevételek Borbély Samu dr. műtő „A magas hólyagmetszés“ czímű czikkére ... 5, 18
139. **Jutassy József**: Lupus vulgaris, lupus erythematodes, eczema chronicum, hypertrichosis és naevus vasculosus Röntgen-fénynyel kezelt esetei ... 537, 551, 568
140. **Kiss Gyula**: A férfigonorrhoea kezelése ... 579, 596, 612
141. **Kollarits Jenő**: Észrevétel Pálfi István dr. „Gyógyult tetanus“ czímű czikkére ... 661
142. **Korda Kálmán**: Takarékosság a kórházi sebkezeléseknél 410
143. **Kovács Mór**: Reflexiók, vonatkozással Sziklay Károly dr. „A gyermekágyi láz gyógyítása“ czímű közleményére ... 461
144. **Lantos Emil**: Újabb adatok az abortus kezeléséhez 333, 347, 358, 370
145. **Lénárt Zoltán**: Hans Wilhelm Meyer és az adenoid vegetatiok kór- és gyógytanának mai állása ... 434, 445
146. **Lévai József**: A phosphornekrosisról ... 506 522,
147. **Márer József**: Urethritis gonorrhoica 5 hónapos fiúgyermeknél ... 300
148. **Meskó Aladár**: Kizárt lágyéksérv az incarcerált bélrész teljes elhalásával, ennek folytán sérvműtét hasmetszéssel combinálva ... 398
149. **Moskovitz Ignácz**: Gége-pachydermia ... 672
150. **Ostermayer Miklós**: Herniologiai közlemények ... 383
151. **Ónodi Adolf**: A mandola lipomája ... 237
152. **Ötvös József**: Az elzüllött gyermekek gondozása ... Gye. 32
153. **Pálfi István**: Gyógyult tetanus ... 644
154. **Politzer Alfréd**: Az angolkór prophylaxisa ... 657, 673
155. **Róth Jenő**: A prostata-hypertrophiánál alkalmazott Bottini-féle műtét kérdéséhez ... 200, 216, 228
156. **Sámson Márton**: A pellagra itthon és Olaszországban 481, 495
157. **Schabanoff Anna**: Az idült bántalmakban szenvedő gyermekek védelme Oroszországban ... Gye. 21
158. **Schwarcz Ede**: I. A csecsnyújtvány csontlobjainak genyes dobüri lob nélkül fejlődött két esete. II. Facialis hüdéssel jelentkezett heveny genyes dobüri lob lefolyása után támadt periostitis mastoidalis esete ... 407
159. **Sidlauer Ármin**: Négy diphtheria-eset ... 483, 497
160. **Sugár K. Márton**: Ritka álképlet a fülkagylón ... 151
161. **Sziklai Károly**: A gyermekágyi láz gyógyítása ... 398
162. **Temesváry Rezső**: Előítéletek, népszokások és babonás eljárások a szülészet körében Magyarországon. K. m. a 10—13. számhoz.
163. **Tihanyi Mór**: Klaudios Galenos, az ókori görög orvosi tudomány legkiválóbb képviselője. K. m. a 49. számhoz.
164. **Török Lajos**: A seborrhoea corporis (Duhring) és annak viszonya a psoriasis vulgarishoz és az eczemához 13, 27, 42, 54, 82, 92
165. **Vas Bernát**: A vizelet vizsgálata, tekintettel az életbiztosításra ... 492, 508
166. **Váli Ernő**: A külső hangvezető veleszületett elzáródásának feltárása ... 627
167. **Weisz Ede**: Létezik-e klinikailag önálló arthritis deformans? ... 174

TÁRCZA.

Oldal

Az év lejártáu, az új év elején 7
Babarczi-Schwartzer Ottó: Az orvosi szakértő mint tanú 8, 20, 32
† Bécsi Gedeon 32
Kuthy Dezső: Budapest egészségügyi hatósága a tüdővész ellen 43
Havas Adolf: Emlékbeszéd Schwimmer Ernő Lajos felett 56
Pálka Géza: A budapesti kéjnők statistikájához 70
Ifj. Klug Nándor: Néhány külföldi élettani intézetről 84, 95
Kuthy Dezső: A hydrotherapia a különböző egyetemeken és nálunk 107
Deutsch László: Az immunitás tanának mai állása 120, 131, 143, 155
Müller Kálmán elnöki megnyitója az országos közegészségi egyesület közgyülésén 155
Hőgyes Endre: Megemlékezés Török Józsefről és Antal Gézáról .. 169, 181. 192
Juba Adolf: Az iskola-egészségügy reformja 205, 217

Oldal

Deutsch László: A lille-i Pasteur-intézet 231, 243
Az állatorvosi szakoktatás reformja ... 256
Kuthy Dezső: Hazánk egyes éghajlati öveinek méltatása az orvosi meteorologia szempontjából 269, 280
Fodor József: Atzél Béla báró sporttelepe 279
Tihanyi Mór: Aristoteles hatása az orvosi tudomány fejlődésére .. 292, 304, 316
Heisler Ignácz: A rokkantság és aggkor esetére szóló német biztosítási törvény, különös tekintettel a vagyontalan tüdőbetegek gyógykezelésére 327, 339
† Mihalkovics Géza 352
Buchböck Gusztáv: A csizi jodtartalmú ásványvíz physico-chemiai vizsgálata 362
Vályi Zsigmond: Hársfalváról 375
Donogány Zakariás: A laryngo-rhinologia Párisban 387, 399
Kuthy Dezső: A műhelyek hygieneje érdekében 411

Oldal

Nékám Lajos: Orvosok élete Angliában 424, 437
Győry Tibor: Egy régi magyar könyv 448, 461
Epstein László: Az elmebetegség veszedelme és az ellene való védekezés 473, 486, 499, 513
Réczey tanár megnyitó előadása 485
Tihanyi Mór: † Puschmann Tivadar ... 499
Intézkedések a pestis ellen Németországban 526
Váli Dezső: Előitéletek, népszokások és babonák a szülészet körében Szabadkán 541, 555
Krompecher Ödön: Párisi levél 570
Torday Ferencz: A scrophulosis — tengeri és gyógyfürdők 583, 598
Szalárdi Mór: A lelenczügy jelenlegi állása Magyarországon 614
Kelen István: † Szontagh Miklós 632
Purjesz Zsigmond: A klinikai tanításról, tekintettel a diagnostikára .. 632, 647
Sugár K. Márton: A tisztiorvosi kiképzés és minősités reformjához .. 661, 675

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Oldal

Albert: Der Mechanismus der skoliotischen Wirbelsäule 571
Bendix: Lehrbuch der Kinderheilkunde Gye. 36
Berend és Preisich: A gyermekgyógyászat compendiuma 281
Boas: Diagnostik und Therapie der Darmkrankheiten. II. Specieller Theil. 412
Bókay, Kétly és Korányi: A belgyógyászat kézikönyve. Ötödik kötet. 328, 339, 353, 363, 376, 387
Bramwell: Anaemia and some of the diseases of the blood-forming and ductless glands 486
Brissaud: Leçons sur les maladies nerveuses 270
Budapest székes főváros közkórházainak évkönyve 1898. 513
Burger: A szem egészségtana ... ... Sz. 63
Chudovszky: Csonttörések és ficzamodások kézikönyve 599
Ebstein: Die Pest des Thukydides ... 218
Ebstein: Handbuch der praktischen Medicin 527
Friedrich: Ipari megbetegedés és annak kórokozói 439
Frisch: Die Krankheiteten der Prostata 584
Grancher, Comby et Marfan: Traité des maladies de l'enfance ... ... Gye. 29
Grawitz: Methodik der klinischen Blut-Untersuchungen 486
Grosse: Die offenen Briefe an Professoren der Geburtshilfe von Dr. Ignaz Philipp Semmelweis 462
Hajós: Az idegesség férfiaknál és nőknél 556
Hochsinger: Studien über die hereditäre Syphilis ... ... Gye. 9
Kaiser: A bakteriologia rövid tankönyve 33
Keen: The surgical complications and sequels of typhoid fever 663

Oldal

Kehr: Anleitung zur Erlernung der Diagnostik der einzelnen Formen der Gallensteinkrankheit 542
Kisch: Klimatotherapie 21
Körner: Die Ohrenheilkunde der Gegenwart und ihre Grenzgebiete. I. Die eitrigen Erkrankungen des Schläfebeins 623
Körösy: Zur internationalen Nomenclatur der Todesursachen 424
Külz: Klinische Erfahrungen über Diabetes mellitus 649
Landerer: Die Behandlung der Tuberculose mit Zimmtsäure 58
Laudenheimer: Die Schwefelkohlenstoffvergiftung der Gummiarbeiter 5%
Lewin: Die Nebenwirkungen der Arzneimittel 157
Leyden: Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik 71
Lindner und Kuttner: Die Chirurgie des Magens und ihre Indicationen einschliesslich Diagnostik 109
Lombroso: Die Lehre von der Pellagra 170
Lukjanow: Grundzüge einer allgemeinen Pathologie der Verdauung 84
Marcuse: Diätetik im Alterthum 400
Martius: Pathogenese innerer Krankheiten 145
Masters of medicine 678
Mendelsohn: Krankenpflege für Mediciner 244
Mihalkovics: Fejlődéstan 206
Mikulicz und Kümmel: Die Krankheiten des Mundes 182
Mosler: Über Entstehung und Verhütung der Tuberculose als Volkskrankheit 317
Mosso: Der Mensch auf den Hochalpen 44
Mracek-Justus: A syphilis és a venereás betegségek atlasza, pathologiájuk és therapiájuk alapvonalaival ... 120

Oldal

Neumann: Über die Behandlung der Kinderkrankheiten ... ... Gye. 19
Némethy: A nyilvános betegápolás költségeinek fedezéséről szóló törvény magyarázata 305
Oláh: Az ember és az egészség 375
Piering: Über den Abortus 194
Preisz: Bakteriologia 615
Ribbert: Die Lehren vom Wesen der Krankheiten in ihrer geschichtlichen Entwicklung 132
Rosenbach: Grundriss der Pathologie und Therapie der Herzkrankheiten 473
Schröder und Mennes: Über die Mischinfection bei der chronischen Lungentuberculose 96
Schwalbe: Bestimmungen über die Zulassung zur ärztlichen Praxis im Auslande 449
Temesváry: Előitéletek, népszokások és babonák a szülészet körében Magyarországon 293
Thirring Gusztáv: Budapest székes főváros statistikai évkönyve 9
Turban: Beiträge zur Kenntniss der Lungentuberculose 232
Weichselbaum: Epidemiologie 257

Az ismertetéseket a szerkesztőségen kivül a következő urak irták: Aujeszky Aladár, Balogh Oszkár, Csapodi István, Friedrich Vilmos, Győry Tibor, Hainiss Géza, Jendrássik Ernő, ifj. Klug Nándor, Kopits Jenő, Kuthy Dezső, Linsbauer Rezső, Manninger Vilmos, Loewy Leo, Politzer Alfréd, Reách Dezső, Réczey Imre, Rigler Gusztáv, Sarbó Arthur, Tauszk Ferencz, Temesváry Rezső, Thanhoffer Lajos, Tihanyi Mór.

II. Összefoglaló szemle.

Oldal

Illyés Géza: A cystoskop alkalmazásának jelen állásáról a sebészetben 500, 514
Aujeszky Aladár: A moszkito-malaria-kérdés jelen állásáról 542, 556

Oldal

Kaczvinszky János: A localis anaesthesia jelen állása 571, 585
Ifj. Klug Nándor: A fülgyógyászat újabb haladása 599, 616, 634, 649

Oldal

Pekár Mihály: A tejczukor physiologiai szerepéről 663

III. Lapszemle.

E czím alatt megjelentek: kórtani, gyógyszertani, belgyógyászati, sebészeti, szülészeti és nőgyógyászati, gyermekgyógyászati, szemészeti, bőr- és bujakórtani, orr-, torok- és gégegyógyászati közlések, szám szerint összesen 170.

E közléseket a szerkesztőségen kivül a következő urak irták: Aujeszky Aladár, Baranyai Vilmos, Bálint Rezső, Bradách Emil, Dapsy Viktor, Deutsch Ernő, Faludi Géza, Gabler Lajos, Grósz Emil, Havas Adolf, Heim Pál, Holzwarth Jenő, Illyés Géza, Jendrássik Ernő, Kollarits Jenő, Leitner Vilmos, Lengyel Loránd, Loewy Leó, Manninger Vilmos, Orbán Rezső, Pfann József, Picker Rezső, Pólya Jenő, Preisich Kornél, Reách Dezső, Szigeti Gy. Sándor, Torday Ferencz.

HETI SZEMLE.

	Oldal
A kórházakról, gyógyintézetekről és üdülőházakról szóló új szabályrendelet tárgyában kiadott belügyministeri körrendelet 10,	22
Nemzetközi értekezlet a venereás betegségek és a syphilis prophylaxisa tárgyában 34,	425
Az országos közegészségi egyesület pályázata 58,	258
Az orvosi honorariumok és a biztosító intézetek	96
A budapesti orvosok szövetségének ülése 109,	650
Az országos orvos-szövetség igazgató tanácsának ülése 121,	195
A közegészségügy és az országgyülés ...	158
Az országos orvos-szövetség igazgató tanácsa a miniszterelnöknél	158
Meghivás a magyar szent korona balneologiai egyesületének közgyülésére és a 9. magyar balneologiai congressusra	171
A sanatorium-egyesület közgyülése ...	171
Machlup-üdülőház 171,	294
A magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyülése központi választmányának ülése 182,	305
Az orvosképzés ügye a képviselőházban	194
A VI. szünidei orvosi kurzus 206, 305,	651
Korányi Frigyes tanár beszéde a főrendiházban	218
Az orvosi kör 25 éves fennállása	232
A magyar közlekedési vállalatok orvosi nyugdij- és segélyegyesületének közgyülése	244
A budapesti egyetem ünnepélyes közülése	257
A budapesti orvostudományi kar pályatételei az 1899/1900. tanévre	258
Rendeletek a pestis behurczolásának megakadályozása tárgyában 293,	449
A Bródy Adél-gyermekkórház évi jelentése	294
Uj szorgalmi és szünidő-rend az egyetemeken	328
Erzsébet királyné sanatorium-egyesület	340
Mihalkovics Géza tanár temetése	364
Uj pestis-serum készitő hely Oroszországban	474
Praeventiv pillulák a pestis ellen	529
Az esztergomi új kórház épitése	558
A budapesti orvosok szövetségének ülése az orvosi dijszabás tárgyában	572
A XIII. nemzetközi orvosi congressus magyar bizottságának értekezlete ...	587
A hygiene megbecsülése Angliában ...	601
A m. k. belügyministerium 1900. évi költségvetése	601
Körrendelet a pestis tárgyában	635
A vallás- és közoktatásügyi ministerium 1900. évi költségvetése	651
Körrendelet a pestis-mérgekre vonatkozó laboratoriumi vizsgálatok tárgyában	665
Mozgalom az orvosprofessorok magánpraxisa ellen	665
Belügyminiszteri körrendelet a körülmetélés tárgyában	678
Ezeken kivül minden számban a fővárosi statistikai hivatal heti kimutatása a főváros egészségéről, továbbá rövidebb hirek.	

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

	Oldal
Magyar Tudományos Akadémia 46, 97, 207, 221, 233, 245, 259, 318,	602
Budapesti királyi orvosegyesület 35, 46, 59, 72, 86, 97, 110, 122, 134, 146, 159, 196, 207, 221, 233, 246, 259, 271, 283, 295, 306, 319, 330, 530, 545, 559, 574, 588, 602, 618, 636, 652, 667,	680
Budapesti királyi orvosegyesület gynaeckologikus szakosztálya ... 403, 414,	516
Budapesti királyi orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztálya 533,	622
Közkórházi orvostársulat 11, 23, 37, 49, 61, 74, 88, 100, 113, 124, 135, 147, 159, 172, 183, 197, 284, 341, 355, 366, 377, 389, 401, 413, 426, 531, 545, 560, 575, 590, 620, 638, 652,	668
Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete 354, 365, 379, 391, 428, 638,	681
Budapesti poliklinikai egyesület tudományos estélyei 160, 428, 441,	504
Országos közegészségi egyesület	160
Stomatologusok országos egyesülete ...	504
A magyar szent korona országainak balneologiai egyesülete	210
IX. magyar balneologiai congressus 223, 234,	249
Magyar orvosi könyvkiadó társulat 173,	184
Országos orvos-szövetség congressusa 464,	475
Budapesti orvosok szövetsége 63, 109, 572,	650
Budapesti gyakorló orvosok segélyző-egylete	262
Királyi magyar természettudományi társulat	63
Magyar orvosok és természetvizsgálók 30. vándorgyülése 440, 464, 488, 503, 517,	605
Erdélyi Muzeum-Egylet 488, 503,	518
Biharmegyei orvos-gyógyszerészi és természettudományi egylet 441, 450, 475,	490
Máramaros vármegyei orvos-gyógyszerész-egyesület	547
Nyitravármegyei orvosgyógyszerészi és természettudományi egyesület	682
Szegedi orvos-egyesület ... 50, 161, 249,	682
Karlsbadi német belgyógyászati congressus	223
Berlini tuberculosis-congressus 285, 296, 307, 319, 331, 343, 355, 367,	380
XXVIII. berlini sebész-congressus	235
III. nemzetközi szülészeti és nőgyógyászati congressus	429
IX. nemzetközi szemész-congressus ... Sz.	104
II. nemzetközi gyermekvédő-congressus Gye.	21
XX. német balneologiai congressus 137,	148
Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből 50, 273, 297,	682

TÁRGYMUTATÓ.

	Oldal
Abortus kezelése 333, 347, 358,	370
Acoin ... ... Gyó.	10
Atzél báró sporttelepe	279
Adenoid vegetatiok kór- és gyógytanának mai állása 434,	445
Agy lőtt sebe	136
Agyvérzés pertussisnál 538,	553
Agyacs carcinoma	441
Airol 529,	587
Ajakrák kiterjedt metastasissal	367
Akadémia, magyar tudományos 46, 97, 207, 221, 233, 245, 259, 318,	602
Akromegalia gyógyitása hypophysinnel	50
Akromegalianál a szem megbetegedése Sz.	103
Aktinomycosis	60
Albumose kimutatása a vizeletben 188,	201
Albumosuria, enterogen 188,	201
Alexander-műtét	652
Alkohol viszonya az epilepsiához	489
Alkoholismus (gyermekkori) elleni védekezés ... ... Gye.	22
Alkoholmérgezés bőrön át csecsemőnél	374
Alkoholos italok befolyása a szivre és üterekre	488
Alszárcsonkitás, osteoplastikus	75
Alszárfekélyek gyógyitása 397,	529
Amaurosis cerebralis blepharospasmus után ... ... Sz.	92
Amaurosis, chinin okozta ... ... Sz.	92
Amaurosis hydrocephalus internus kapcsán ... ... Gye.	1
Amblyopia, jodoform okozta ... ... Sz.	79
Anaesthesia, helybeli ... 571, 585, 606,	616
Anaesthesia. Schleich-féle — l. Schleich-féle eljárás.	
Aneurysma cirsoideum műtett esete ...	545
Aneurysmák gyógyitása 48, 532,	545
Aneurysmák műtéti kezelése	487
Angioma cavernosum	427
Angioma multiplex linguae	365
Angiosarcoma epiglottidis	428
Angol kór — l. rachitis.	
Antal Gézáról megemlékezés 169, 181,	192
Aphonia hysterica és újabb kezelésmódja	372
Apocynum cannabinum	170
Appendicitis 37, 479, 494, 510, 525, 559, 574, 590, 605, 606, K. m.	
Appendicitis larvata	572
Aristoteles hatása az orvosi tudomány fejlődésére 292, 304,	516
Arteria mesaraica superior embóliája ...	622
Arthritis deformans klinikailag önálló létezése	174
Aspirin ... ... 515, Gyó. 5, Gyó.	8
Astigmatismus katonaorvosi szempontból Sz.	72
Ataxia cerebellaris	146
Athetosis és taenia saginata ... ... Gye.	10
Állatorvosi szakoktatás reformja	256
Állkapocs-anchylosis műtett esete	541
Állkapocs-csonkolás	147
Állkapocs-hiány pótlása	607
Állkapocs-sarcoma műtett esete	541
Álmatlanság orvoslása	617
Átlátszó sárga anyagok fényelnyelése Sz.	65
Balassa-díjak odaitélése	530
Balneologiai congressus, 9. magyar 171, 223, 234,	249
Balneologiai congressus, 20. német 137,	148
Balneologiai egyesület, magyar ... 171,	210
Basedow-kór 223, 489,	678
Basedow-kór gyógyitása 428, 489,	502
Basedow-kór kapcsán myxoedema ... 528,	604
Batizfalvy sanatoriumának évi kimutatása	168
Belgyógyászati congressus, német, Karlsbadban	223
Belügyministerium 1900. évi költségvetése	601
†Bécsi Gedeon	32
Bélbajok orvoslása tannopinnal	85
Bél-colibacillusok ismeretéhez ... ... Gye.	37

Oldal

Bélelzáródási esetek 24, 147, 575
Bélelzáródás hysteriánál 487
Bélinvaginatio spontan gyógyult esete Gye. 8
Bélműtétek 234, 246
Bélpolyposis 608, 630
Bélresectio 366
Bélsárkő okozta bélsársipoly 575
Biharmegye egészségi állapota ... 450, 451
Biharmegyei orvos-gyógyszerész és természettudományi egylet 441, 450, 475, 490
Bimbósérülések 628, 645, 659
Blepharospasmus után cerebralis amaurosis ... ... Sz. 92
Bottini-féle műtét 200, 216, 228
Bőrbaj, sajátságos 618
Bőrtuberculosis ... 11, 377, 378, 379, 504, 653
Bright-kór gyógyítása 45, 340
Bright-kór (idült) öröklése 650
Bright-kórnál pruritus 75
Bródy Adél-gyermekkórház évi jelentése 294
Budapesti ártézi fürdő 234
Budapesti egyetem ünnepélyes közülése 257
Budapesti gyakorló orvosok segélyző-egylete 262
Budapesti királyi orvosegyesület — l. orvosegyesület.
Budapesti orvostudományi kar pályatételei az 1899/1900. tanévre 258
Budapesti Pasteur-intézet statistikája 259, 263
Camphora gyógytani értéke 451
Carcinoma cerebelli 441
Carcinoma az inyvitorlán 365
Carcinoma labii kiterjedt metastasissal ... 367
Carcinoma laryngis 354
Carcinoma mammae műtevése Schleich-féle érzéstelenítés mellett 526
Carcinoma a pankreas farki részében ... 505
Carcinoma vestibuli 403
Carotis traumás aneurysmájának műtéte 147
Cerebellaris ataxia 146
Chloroform Anschütz 182
Chlorosis gyógyitása 682
Cholecystoenterostomia 86
Cholesteatoma 621
Chorea laryngis 588
Chorioditis ossificans plastica 377
Citrophen ... ... Gyó. 5
Collargolum Credé 519
Colotomia, Hacker-féle 621
Conjunctiva lupusa 112
Conjunctiva alá történő injectiók ... Sz. 63
Conjunctivalis tyloma ... ... Sz. 89
Conjunctiván fekély ... ... Sz. 18
Conjunctivára Thiersch-féle transplantatio 619
Cor bovinum congenitum ... ...Gye. 37
Cornea scabiese ... ... Sz. 19
Cornea ulcus serpensének gyógyitása Sz. 107
Cowperitis bilateralis gonorrhoica 331
Croup miatt végzett intubatio érdekes esete ... ...Gye. 10
Cystitis — l. húgyhólyaglob.
Cystoskopia 500, 514
Czombcsont-zúzódás conservativ kezelése 59
Czombizomzatban mészköves daganat ... 528
Czombtörésnél járókötés 147
Czukorképződés a májban 97
Csappantós ujj 160
Császármetszés fundalis harántmetszéssel 381
Császármetszés méhrepedés miatt 577
Császármetszés mikromelia mellett 667
Császármetszés septikus szülő nőn 162, 176, 416
Csecsnyújtvány-műtét 172, 559
Csecsnyújtvány trepanálása fogászati fúrógéppel 592
Csecsnyújtvány-csontlob 98
Csecsnyújtvány csontlobja genyes doűbri lob nélkül 407
Csipőizületi csontos merevség és zsugorodás műtevése 97
Csizi jódvíz physico-chemiai vizsgálata 362
Csontok korhadása 503
Dementia paralyticánál a thalamus opticus rostjainak viselkedése 528
Dematitis herpetiformis 125
Dermoid cysta áttörése 261, 271

Oldal

Dextrocardia insufficientia bicuspidalissal 561
Diabetes gyógyítása ... 183, 197, 284, 341
Diabetes — zsirképződés szénhydratokból 126, 140
Diazoreactio klinikai jelentősége ... 594, 610
Diazoreactio prognostikus jelentősége phthisikusoknál 635
Dionin ... ...Gyó. 9
Diphtheria bakteriologiai kórismézése ... 23
Diphtheria-esetek 483, 497
Diphtheria terjedésére befolyása az iskolázásnak 637
Diphtheritis kiújulása serumkezelés mellett ... ...Gye. 35
Dobűri lob facialis hüdéssel, utána periostitis mastoidalis 407
Dynamogen 157, 572
Dysenteria gyógyítása 364
Echinococcus a hasüregben 75
Echinococcus cordis 669
Echinococcus hepatis 331, 541
Echinococcus hepatis műtevése tömlő-kivarrás nélkül 75
Echinococcus lienis 106
Echinococcus pleurae 636
Eczema chronicum gyógyítása Röntgen-fénynyel 537, 551, 568
Eczema, jodoform okozta 11
Eczema kapcsán perifolliculitis és framboesiaszerű vegetatiók 469
Eczema seborrhoicum Unna 12
Egyetem (budapesti) ünnepélyes közülése 257
Egyetemeken új szorgalmi és szünidőrend 328
Elektrikus mikroforrólégedző 634
Elephantiasis syphilitikus alapon 113
Elmebeteg-ápolói intézmény reformja ... 533
Elmebetegek, fejlődő állapotban levőek és nem közveszélyesek, elhelyezése 622
Elmebetegség veszedelme és az ellene való védekezés 473, 486, 499, 513
Embolia arteriae mesaraicae 622
Emlőbimbósérülések 628, 645, 659
Empyemák (régiek) gyógykezelése 134
Endocarditis — l. szivbelhártyalob.
Enteroptosis és ideges dyspepsia tana a bordajel alapján ... 77, 90, 105, 118, 129
Epehólyagrák, cholelithiasis alapján fejlődött 636
Epekőbetegség sebészi gyógyitása ... 283, 605
Epidermolysis bullosa 110
Epididymitis gonorrhoica kezelése 501
Epilepsia (Jackson-féle) műtett esete 442, 457
Epilepsia és szeszmérgezés közötti viszony 489
Epilepsiánál agybeli finom elváltozások 46
Epilepsiánál hosszú rohammentes időszakok 45
Epilepsiás vándorösztön 47
Epityphlitis — l. appendicitis.
Erdélyi muzeum-egylet 488, 503, 518
Erysipelas gyógyítása 45
Erythema exsudativum syphilises egyénen 124
Erythema nodosum 389
Erythema solare 518
Erythromelalgia gyermeknél 652
Erzsébet királyné sanatorium-egyesület ... 340
Esztergomi új kórház építése 558
Eugallol ... ...121. Gyó. 10
Euresol 121
Eurobin ... ...121. Gyó. 10
Eventeratio cruralis műtett esete 362
Exophthalmus, periodikus ... ... Sz. 17
Exophthalmus pulsans traumaticus gyógyítása a carotis communis alákötésével 38, 51, 65
Exostosis a külső hangvezetékben 631, 655, 671
Égett sebek gyógyitása 650, 672
Élettani intézet, néhány külföldi ... 84, 95
Énekhang zavarai 504
Érzéstelenités — l. anaesthesia.
Felkarcsont-sarcoma műtevése 87, 97
Felkartörés kezelése újszülöttnél 60
Fertőző betegségek hatása a leukaemiára 640
Féregnyujtvány-gyuladás — l. appendicitis.

Oldal

Fibroma ovarii multi cellulare 415
Fibroma tonsillae 343
Fibromyoma uteri multiplex a corpus carcinomájával combinálva 414
Fistula vesico-vaginalis 75
Fogászat Hippokrates korában ... K. m.
Fogászatban a kaucsuk alkalmazása 550, 566
Fogak korhadása 503
Fogcaries és terhesség közti viszony 238, 252, 265
Fogklinika kimutatása 143, 661
Fogó alkalmazása az utánjövő fejre ... 250
Formalin-desinfectio 450
Formoform pinus-essentia 364
Fül átfúrásához új műszer ... ...Gye. 38
Fülben idegen test 526
Fülbetegségekhez viszonya a facialisnak 73
Fülelzáródás műtevése 607
Fül-exostosis 531, 655, 671
Fül- és gégeorvosok egyesülete 354, 365, 379, 391, 428, 638, 681
Fül és szem között levő reflex-kapcsolatok 259
Fülgyógyászat újabb haladása 599, 616, 634, 649
Fülgyógyászatban pajzsmirigy használata ... ...413, 426 Gyó. 6
Fülkagyló ritka álképlete 98, 151
Fülpolypus 519
Fülsebészeti esetek 607
Fürdők, villamosak 249
Fürdőtörvény-javaslat 210
Galenos ... ... K. m.
Garat- és gégephlegmone, heveny fertőző 172
Garatsyphilis 389, 413
Gasser-dúcz kiirtása ... 35, 46, 604, 618, 634
Gastroenterostomia befolyása a gyomor secretionalis viszonyaira 3
Gelatina vérmegalvasztó hatása 369
Gégebajoknál phenolum natrosulforicinicum 335, 349
Gége-chorea 588
Gégecrisisek tabesnél 196
Gége- és garatphlegmone, heveny fertőző 172
Gégében idegen test 112
Gégefedő angiosarcomája 428
Gégeösszenövés (heges) műtett esete ... 112
Gége-pachydermia 672
Gége-pemphigus 403
Gégerák 354
Gégescleroma 365
Gégesérülés 547
Gégestrictura, syphilitikus 391
Gégeszűkület bujasenyves porczhártyalob miatt 638
Gégeszűkület gyógyítása Thiersch-féle transplantatióval 295, 306
Gégeszűkület (heveny) perichondritis következtében 160
Gégetuberculosis 380, 391, 638
Gégetükör, rögzithető 271
Gégészet Párisban 387, 399
Glaucoma műtevése a csarnokzúg szétroncsolásával ... ... Sz. 43
Globon 664
Gonococcaemia 650
Gonococcus biologiájához adatok 529
Gonorrhoea antiparasitás gyógyító módjai 286, 301, 312, 324, 336
Gonorrhoea gyógyítása 247, 428, 579, 596, 600, 612
Gonorrhoeánál a protargol mint prophylacticum 58
Gonorrhoea gyermekeknél 529
Gonorrhoea 5 hónapos fiúnál 300
Gonorrhoea recti fistulával 76
Gonorrhoea uteri 25, 39, 53, 67, 80
Gonorrhoeás epididymitis kezelése 501
Gonorrhoeás kétoldali Cowperitis 331
Gonorrhoeás paraurethritis 545
Gümős csont- és izületi gyuladásoknál alkalmazott kötések és gépek szerkesztése 1, 15, 29
Gümős hashártyalob 89, 103, 117, 142, 1 3, 166, 179, 191
Gyermekágyi láz gyógyítása 398, 461
Gyermekek alkoholismusa elleni védekezés ... ...Gye. 22
Gyermekek, elzüllöttek, gondozása Gye. 32

Oldal

Gyermekek, idült bántalmakban szenvedők, védelme Oroszországban ... Gye. 21
Gyermekgyógyászatban vérelvonás Gye. 37
Gyermekkori gümőkóros lábgyuladások kezelése ... 619
Gyermekkori hysteria ... Gye. 38
Gyermekorvos-társaság, olasz ... Gye. 30
Gyermekvédő congressus, II. nemzetközi Gye. 21
Gyomorbajok orvoslása tannopinnal ... 85
Gyomorfekély gyógyítása ... 270
Gyomornedvelválasztás gyógyszeres befolyásolhatósága ... 650
Gyomor-sérülés ... 37
Gyógyszerek, újak ... Gyó. 9
Gyógyszer-porok készítésénél a befúvás elkerülése ... 465
Hacker-féle colotomia ... 621
Haematidrosis szövettana ... 46
Hallásvizsgálat phonendoskoppal ... 675
Hangképző központ ... 97
Hangvezető, külső, exostosisa ... 531, 655 671
Hangvezető, külső, veleszületett elzáródásának feltárása ... 627
Hasba lövés a belek többszörös sérülésével ... 427
Hashártya-tömlők ... 207
Hasi zúzódásoknál hasmetszés ... 616
Hasmetszés érzéstelenítés nélkül ... 341
Hassérüléseknél hasmetszés ... 621
Hasüri echinococcus ... 75
Hályog (szürke) spontan feltisztulása Sz. 79
Hályog (utó) műtevése ... Sz. 79
Hályogműtét után intraocularis vérzés Sz. 64
Hályogműtét után nyitott sebkezelés Sz. 80
Hársfalva ... 375
Hemiplegia, Parkinson-féle kettős ... 23
Herniologiai közlemények ... 383
Heroinum muriaticum 232, 257, 664, Gyó. 1
Herpes zoster ophthalmicus ... Sz. 91
Hévvizek javalatai ... 441
Higany hatásmódja syphilisnél ... 637
Higany rectalis alkalmazása lues ellen ... 135
Himlő kezelése ... 678
Holocain a szemészetben ... Sz. 44
Homloköböl-empyema ... 379
Hortyogó csontos elzáródása ... 324
Húgy — l. vizelet.
Húgyhólyaglob aetiologiája 430, 444, 479, 471
Húgyhólyag-kitüremlés műtevése ... 330
Húgyhólyagmetszés, magas 5, 18, 68, 83, 607
Húgyhólyaghüvelysipoly műtéte ... 547
Húgykövek ismeretéhez adatok ... 607
Húgykőmorzsolás a hólyagnak antipyrin végbélcsőre útján elért érzéstelenítése mellett ... 528
Hydrargyrum colloidale ... Gyó. 10
Hydrocephalus internus kapcsán amaurosis, az oldalgyomrocsok punctiója, gyógyulás ... Gye. 1
Hydrokele-műtét Winkelmann szerint ... 606
Hyperibolyás fény elleni védekezés ügye Sz. 1
Hyperibolyás fény irányában viselkedése 225 anyagnak ... Sz. 21
Hyperibolyás fény elnyeletésére tett vizsgálatokból következtetések ... Sz. 51
Hyperibolyás fény elnyeletéséről további vizsgálatok ... Sz. 81
Hypertrichosis gyógyítása Röntgen-fénynyel ... 537, 551, 568
Hypnotismus mint gyógyeszköz ... 249
Hypophysis elváltozása myxoedemanál 664
Hypopyon-keratitis, b. pyocyaneus okozta Sz. 92
Hypospadiasis ... 355
Hyrgol ... Gyó. 10
Hysteria a gyermekkorban ... Gye. 38
Hysteriánál bélelzáródás ... 487
Hysteriás aphoniák és újabb kezelésük ... 372
Hysteriás mozgási hűdések psychologiája 46
Hysteriás tünetek félreismerése miatt laparotomia ... 544
Ichthyol ... 145
Ichthyosis ... 546
Ichthyosis localis palmaris et plantaris ... 35
Idegbajok, puerperalisak ... 321, 334
Idegbeteg-ambulatorium (klinikai) kimutatása ... 154

Oldal

Idiotia amaurotica Sachs 99, 110, 622, Sz. 14, Sz. 38
Immunitás tanának mai állása 73, 120, 131, 143, 155
Immunizálás normalis szervrészekkel 419, 432, 534
Influenza gyógyítása salophennel ... 133
Influenzánál szembajok ... 606
Intubatio ... 682, Gye. 10
Inyvitorlarák, elsődleges ... 365
Ipari munkások megvédése a tüdővésztől 465
Iris transfixioja ... Sz. 20
Iris-tuberculosis ... 72
Iritis papulosa ... Sz. 76
Iritishez csatlakozó neuritis ... 59
Iskolaegészségügy reformja ... 205, 217
Iskolázás befolyása a kanyaró és croup-diphtheria terjedésére ... 637
Iszapkezelés, helyi, a szt. Lukács-fürdőben ... 504, 624
Izom pseudohypertrophia ... 306
Izületi csúz gyógyítása ... 22, 557
Jackson-epilepsia műtett esete ... 442, 457
Jodoform-eczema ... 11
Jodoformogen ... 96
Kanyaró fény-gyógymódja ... Gye. 10
Kanyaró Koplik-féle koratünete ... 468, 667
Kanyaró terjedésére befolyása az iskolázásnak ... 637
Kanyaró után psychosisok ... Gye. 20
Kaucsuk és alkalmazása a fogászatban 550, 566
Kámfor-gaze ... 410
Kellog-féle elektromos izzasztó-szekrény 517
Keratitis neuroparalytica ... 196, 207 Sz. 45
Keratitis parenchymatosa aetiologiája Sz. 79
Keratosis conjunctivae ... Sz. 89
Kéjnők statistikája Budapesten ... 70
Kérődzés ... 518
Kéz feszítő inainak sérülése ... 49
Klinikai tanításról, tekintettel a diagnostikára ... 632, 647
Kolozsvár malariája ... 488
Koplik-féle tünet kanyarónál ... 468, 667
Koponyalapi repedés és következményi leptomeningitis vagy meningitis tuberculosa ... Gye. 31
Koponyaalkat rendellenessége mint signum dispositionis ... 548, 565, 582
Koponya-löseb ... 291
Kórházakról szóló új szabályrendelet tárgyában belügyministeri körrendelet 10, 22
Könyv, régi magyar orvosi ... 448, 461
Köpet földfémtartalma és fajsúlya ... 519
Körülmetélés tárgyában belügyminiszteri rendelet ... 778
Kötőhártya — l. conjunctiva.
Közegészségi egyesület ... 160
Közegészségi egyesület pályázata ... 58, 258
Közegészségi egyesület közgyülésének elnöki megnyitója ... 155
Közegészségtan megbecsülése Angliában 601
Közegészségügyi vita az országgyülésen 158, 218
Közkórházi orvostársulat — l. orvostársulat.
Közlekedési vállalatok orvosi nyugdíj- és segélyegyesülete ... 244
Kulcscsont-törés, kétoldali ... 572
Kystoma retroperitoneale sarcomatosum 669
Landry-féle felhágó hűdés ... 274, 289
Largin ... 600
Largin szembetegségeknél ... 634 Sz. 57
Laryngitis hypoglottica gyógyítása intubatioval ... 354
Lágyfekély, extragenitalis ... 160, 591
Lágyfekély a kézujjon ... 125
Lágyfekély és prostitutio 288, 302, 314, 326
Lágyfekély oktanának mai állása 288, 302, 314, 326
Lágyfekély gyógyítása ... 376
Látóidegsorvadás tabesnél ... Sz. 20
Lelenczügy jelen állása Magyarországon 614
Lenigallol ... 121, Gyó. 10
Lenirobin ... Gyó. 10
Leukaemia, myelogen, lép- és májmegnagyobbodással ... 11

Oldal

Leukaemiára hatása a fertőző betegségeknek ... 640
Légcső idegei ... 72
Légutakban idegen testek ... Gye. 12
Légzőszervek gyógyítása Marillán ... 517
Lép-echinococcus ... 106
Lépkiirtás ... 616
Lépfene-bacillus tokjának festése ... 544
Lépfene fertőző anyagára befolyása a visszeres pangásnak ... 439
Lépfene gyógyítása ... 317
Lépfene-immunitás, lépemulsio-befecskendésekkel előidézett ... 419, 432
Lichen ruber ... 503
Lichen ruber planus ... 136
Lichen scrophulosorum ... 427
Lille-i Pasteur-intézet ... 231, 243
Lipoma tonsillae ... 134, 237
Lovaglási csontok ... 452
Lumbalpunctio meningocele esetében Gye. 35
Lumbalpunctiohoz adatok ... Gye. 14
Lupus conjunctivae ... 112
Lupus-esetek ... 378
Lupus gyógyítása ... 618
Lupus gyógyítása gyökeres kiirtással ... 222
Lupus kezelése belső szerekkel ... 529
Lupus gyógyítása Röntgen-fénynyel 537, 551, 568
Lycetol ... 557
Lymphoma malignum ... 607
Machlup-üdülőház ... 171, 294
Macula lutea topographiája ... Sz. 43
Malaria Kolozsvárt és vidéken ... 488
Malaria kórokozója ... 453
Malaria kóroktanában a moszkitok szerepe 542, 556
Mandola-fibroma ... 343
Mandola lipomája ... 134, 237
Mandolalobok abortiv gyógyítása ... 643
Mandolarák műtevése ... 87
Májban czukorképződés ... 97
Májcirrhosis mellett fejlödött gyomorrák 466
Májdaganat ... 560
Májechinococcus ... 331, 541
Májechinococcus műtevése tömlőkivarrás nélkül ... 75
Májsyphilis ... 342
Mármaros vármegyei orvos-gyógyszerész-egyesület ... 547
Meckel-féle gurdély ... 114
Mellékvesék syphilises és gümős elfajulása ... 405, 421
Mellhártyalob angina kapcsán ... 452
Mellkasfal álképleteinek kiirtásánál új műfogás ... 146
Mercuriol ... Gyó. 14
Metakresolanytol orbáncz ellen ... 45
Meyer Hans Wilhelm ... 434, 445
Méhenkivüli terhesség ... 636
Méh gonorrhoeájának kór- és gyógytana 25, 39, 53, 67, 80
Méh (retroflectált) incarceratioja ... 476
Méh, kettős, kettős vaginával ... 562
Méhlepény, rendes helyen tapadó, időelőtti leválása ... 357
Méhmyoma vaginalis kiirtása morcellement útján ... 148
Méh multiplex fibromyomája combinálva a corpus carcinomájával ... 414
Méhrák kórodai és kórszövettani szempontból 198, 215, 227, 239, 253, 267, 276
Méhrepedés miatt végzett császármetszés gyógyult esete ... 577
Méh teljes kiirtása ... 211
Mészáros-jutalomdij odaitélése ... 531
† Mihalkovics Géza ... 352
Mihalkovics Géza temetése ... 364
Mikromelia ... 667
Mikrostat ... 602
Mikulicz-féle lábtőcsonkolás ... 653
Morbus hungaricus ... 209, 221
Morvan-kór ... Gye. 20
Moszkito-malariakérdés jelen állása 542, 556
Műhelyek hygieneje ... 411
Műszemek ... Sz. 80
Myopia műtevése 98, 112, 123, 248, 259, 306, 620 Sz. 92
Myopia osztályozása ... Sz. 76
Myopiás retina-leválás ... Sz. 19

Oldal

Myositis gummosa 653
Myxoedema Basedow-kór kapcsán 528, 604
Myxoedemánál a hypophysis elváltozása 664
Naevus vasculosus gyógyitása Röntgen-fénynyel 537, 551, 568
Naevus verrucosus universalis 636
Nagyvárad egészségi viszonyai 451, 453 476, 477
Nagyváradi bábaképezde 1898. évi működése 476
Natrium hydrosulfuricum 476
Natrium lygosinatum 97
Natrium lygosinatum élettani hatása ... 127
Nephritis — l. Bright-kór.
Neuralgia spermatica kezelése a n. lumboinguinalis és n. spermaticus externus csonkolásával 102, 115
Nirvanin ... ...Gyó. 10
Nőgyógyászati műtéteknél Schleich-féle eljárás 298, 311
Nyelv-aspiratio a csecsemőkorban ...Gye. 3
Nyelvgumma, sokszoros 681
Nyelvgyök adenoid szövetének túltengése 681
Nyelvideg resectioja neuralgia miatt ... 134
Nyelv multiplex angiomája 365
Nyelvrák műtett esete 681
Nyelv-tuberculosis 183
Nyirokmirigyek eltávolitása 528
Nyitramegyei orvos-gyógyszerészi egyesület 682
O'Dwyerről emlékbeszéd. K. m.
Orbáncz gyógyitása 45
Orexin terhesek hányása ellen 317
Orexintannat a gyermekgyakorlatban ... 96
Orr-adenoma 161
Orrbajoknál phenolum natrosulforicinicum 335, 349
Orrból eredő szembántalmak gyógyitása 212
Orrgyógyászat Párisban 387, 399
Orrkagyló túltengés műtett esetei 681
Orr mellüregei 602
Orrsövény (porczos) szövettani szerkezete, különös tekintettel az ezen helyről eredő orrvérzésekre 454
Orrsövény elhajlásainak és léczeinek műtevése Schleich-féle érzéstelenítés mellett 310, 323
Orrszűkület, heges 681
Orvosegyesület, budapesti királyi 35, 46, 59, 72, 86, 97, 110, 122, 134, 146, 159, 196, 207, 221, 233, 246, 259, 271, 283, 295, 306, 319, 330, 530, 545, 559, 574, 588, 602, 618, 636, 652, 667, 680
Orvosegyesület (budapesti) elme- és idegkórtani szakosztálya 533, 622
Orvosegyesület, budapesti, gynaekologikus szakosztálya 403, 414, 516
Orvosegyesület, szegedi 50, 161, 249
Orvos-gyógyszerész-egyes., biharmegyei 441, 450, 475, 490
Orvos-gyógyszerész-egyesület, máramarosmegyei 547
Orvosképzés ügye a képviselőházban ... 194
Orvos-szövetség, országos 121, 158, 195, 464, 475
Orvostanárok magángyakorlata ellen mozgalom 665
Orvostársulat, közkórházi 11, 23, 37, 49, 61, 74, 88, 100, 113, 124, 135, 147, 159, 172, 183, 197, 284, 341, 355, 366, 377, 389, 401, 413, 426, 531, 545, 560, 575, 590, 620, 638, 652, 668
Orvosi chromotaxia 222
Orvosi congressus, XIII. nemzetközi, magyar bizottsága 587
Orvosi díjszabás 572
Orvosi honorariumok és a biztosító intézetek 96
Orvosi könyvkiadó társulat 173, 184
Orvosi kör 25 éves fennállása 232
Orvosi kurzus, szünidei 206, 305, 651
Orvosi meteorologia szempontjából hazánk egyes éghajlati övei ... 269, 280
Orvosi szakértő mint tanu ... 8, 20, 32
Orvosok élete Angliában 424, 437
Orvosok és természetvizsgálók vándorgyülése Szabadkán 182, 305, 440, 464, 488, 503, 517, 605

Oldal

Orvosok szövetsége, budapesti 63, 109, 572, 650
Ovarium-cysta 87, 389
Ovarium-fibroma, multicellularis 415
Ovarium-sarcoma, fusocellularis 415
Ólommérgezés kohómunkásoknál 465
Ólommérgezés súlyos esete 533
Pajzsmirigy bujakóros megbetegedése ... 417
Pajzsmirigy használata a fülgyógyászatban ... ... 413, 426, Gyó. 6
Pankreas-cysta műtett esete 319
Pankreas farki részének rákja 505
Papillitis, pangásos, keletkezése ... Sz. 105
Paraesthesia n. cutanei femoris lateralis ... 138
Paralysisnél a gerinczvel'ői hátsó kötelek elfajulása 46
Paraurethritis gonorrhoica 545
Parkinson-féle kettős hemiplegia 23
Pasteur intézet (budapesti) statistikája 259, 263
Pasteur-intézet, lille-i 231, 243
Patella-varrat 100
Párisi levél 570
Pellagra 481, 485, 495, 518
Pellagra gyógyitása 412
Pemphigus 366, 427
Pemphigus laryngis 403
Penis-rák műtevése Pearce Gould szerint 59
Perifolliculitis suppurativa és framboesiaszerű vegetatiók eczema kapcsán ... 469
Peritonitis mellett (penetráló hasszúrás folytán) végzett bélvarrás 652
Peritonitis (heveny) sebészi kezelé-e ... 557
Peritonitis (diffus perforatiós) sebészi kezelése 487
Peritonitis tuberculosa 89, 103, 117, 142, 153, 166, 179, 191
Peritonitis tuberculosa sebészi kezelése 557
Perityphlitis — l. appendicitis.
Peronin ... ... Gyó. 9
Pertussis prophylaxisa, különös tekintettel a tuberculosis terjedésére Gye. 23
Pertussishoz csatlakozott agyvérzés 538, 553
Pestis ellen praeventiv pilulák 529
Pestis elleni intézkedések Németországban 526
Pestis-mérgekkel laboratoriumi vizsgálatok tárgyában rendelet 665
Pestis elleni védőoltások és a pestisserum ... ...Gyó. 11
Pestis-serum termelő hely, új, Oroszországban 474
Pestis tárgyában rendeletek ... 293, 449, 635
Petefészek — l. ovarium.
Pharynxplastika 86
Phenolum natrosulforicinicum az orrgégészeti gyakorlatban 335, 349
Phosphornekrosis 161, 506, 522
Pleuritis angina kapcsán 452
Pneumococcus-infectiók 518
Pneumoniánál általános pneumococcusfertőzés 273
Pneumothorax hirtelen beállta látszólag egészségeseknél 572
Pneumotyphus 11
Poliklinikai egyesület tudományos estélyei 160, 428, 441, 504
Polyarthritis — l. izületi csúz.
Polymastia 546
Polyposis intestinalis 11 éves gyermeknél 608, 630
Pons-megbetegedés gyermeknél 652
Poriomania 47
Prostata-atonia 504, 607
Prostata-hypertrophiánál Bottini-műtét 200, 216, 228
Protargol 515
Protargol mint prophylacticum gonorrhoea ellen 58
Pruritus nephritisnél 75
Pruritus senilis gyógyitása 463
Pseudobulbaerparalysis a gyermekkorban Gye. 6
Pseudohypertrophia musculorum 306
Pseudoleukaemia 389, 401
Psoriasis universalis 23, 343
Psoriasis vulgaris atypikus localisatióval 343
Psoriasis vulgaris makacs esetei 159

Oldal

Puerperalis idegbajok tanához adatok 321, 334
Pupillák állapotának diagnostikai jelentősége ... ... Sz. 106
Purpura syphilises alapon 150
† Puschmann Tivadar 499
Pylorus-szűkület (heges) műtevése 225
Pyosalpinx, kétoldali 377
Pyramidon ... ...Gyó. 4
Rachitis prophylaxisa 657, 673
Rachitisnél a fejméretek ... ...Gye. 38
Raynaud-féle kór gyermeknél ... ...Gye. 7
Recurrens hűdés és az aryepiglottikus redő lazulása daganat alakjában ... 638
Resorbin mint kenőcsalap 182
Retina központi ütőerének partialis embóliája ... ... Sz. 18
Retina-leválás, myopiás ... ... Sz. 19
Retina-leválás (spontan keletkező) pathogenesise és gyógykezelése ... Sz. 89
Retina-vérzések a vér és véredényrendszer megbetegedéseinél ... ... Sz. 19
Retinalis kötőszövetképződés okai Sz. 7 Sz. 34
Retinitis albuminuricánál a terhesség megszakítása ... ... Sz. 107
Retinitis centralis, elektromos fény okozta Sz. 106
Rhinitis chronica hypertrophica ... Sz. 218
Rhinitis chronica hypertrophica véres kezelése 360
Rhinoscleroma 72, 122, 426, 428, 503, 638
Rhinoskopia posterior rögzíthető nyelvlapoczczal 590
Rokkantság és aggkor esetére szóló német biztositási törvény 327, 339
Röntgen-fény diagnostikai alkalmazása ... 50
Röntgen-fény bőrbajok gyógyitására 537, 551, 568
Röntgen-fény lupus ellen 618
Rövidlátás — l. myopia.
Sachs-féle idiotia amaurotica 99, 110, 622. Sz. 14. Sz. 38
Salophen izületi czúz ellen 22
Sarcoma alveolare makrocellulare 415
Sarcoma cordis dextri 669
Sarcoma mandibulae műtett esete 541
Sarcoma multiplex idiopathicum ... 122, 518
Sarcoma ovarii fusocellulare 415
Sarcoma, a kis medencze hashártya alatti kötőszövetéből kiinduló 403
Scabies corneae ... ... Sz. 19
Schleich-féle érzéstelenítés ... 61, 74, 310, 323
Schleich-féle eljárás a nőgyógyászatban 298, 311
Schleich-féle érzéstelenítés mellett végzett carcinoma mammae műtevése ... 526
Schwimmer Ernő Lajosról emlékbeszéd ... 56
Sclerodermie en plaques 23
Sclerosis polyinsularisnál érzési zavarok 520, 539
Scrophulosis—tengeri és gyógyfürdők 583, 598
Sebészcongressus, 28. berlini 235
Sebészeti esetek az esztergomi kórházból 541
Sebészeti klinika (egyetemi második) betegforgalma 1894—1897. K. m.
Sebészeti klinika, kolozsvári, működése 1896 és 1897-ben 393, 408, 423, 436, 447
Sebgyógyulás nedves vérrög alatt ... 589, 602
Sebkezelés (nyitott) szemműtétek után Sz. 101
Sebkezelésnél takarékosság 410
Seborrhoea corporis (Duhring) és viszonya a psoriasis vulgarishoz és eczemához 13, 27, 42, 54, 82, 92
Serum-exanthemák 272
Sérvműtétek 547
Sérvmetszés hashártyalobbal, gyógyulás ... 31
Sérvműtét hasmetszéssel 398, 541
Sinus frontalis, maxillaris s a környező üregek megbetegedése 106
Somatose 544
Spencer Wells 221, 233, 245
Spina bifida gyógyulása a foetalis életben ... ...Gye. 11
Staphylococcus és streptococcus fertőzéseknél intravenosus befecskendések borkősavas sublimattal 545
Stefánia-szegénygyermekkórház évi jelentése 530

Oldal

Sterilitas nőknél ... 607
Stomatitis ulcerosa gyógyítása ... Gye. 9
Stomatologusok országos egyesülete ... 504
Strabismus műtevésének új módja ... Sz. 44
Streptothrix okozta betegségek ... 12
Strumektomia ... 541
Subconjunctivalis injectiok ... Sz. 63
Sulfosot-syrup ... 587
Syndaktylia ... 73, 160
Syphilid, taetovirozott és lupusos területekre szoritkozó ... 654
Syphilis congenita megelőzése ... 194
Syphilis-esetek ... 136, 504
Syphilis és erythema exsudativum egy egyénen ... 124
Syphilis glandulae thyreoideae ... 417
Syphilis gyógyítása ... 607
Syphilis gyógyítása szürkekenőcs-labdacsokkal ... 385
Syphilis gyógyítása végbélen át alkalmazott higanynyal ... 135
Syphilis hepatis ... 342
Syphilis hereditaria ... 342, 343
Syphilis hereditaria tarda ... 11, 59
Syphilis hereditaria tarda szembeli jele ... 49
Syphilis-infectio, extragenitalis ... 23, 101, 342
Syphilis maligna ... 342
Syphilis pharyngis ... 389, 413
Syphilis prophylaxisa tárgyában nemzetközi értekezlet ... 34, 425
Syphilises alapon purpura ... 150
Syphilises szemfenéki elváltozás ... 621
Syphilist miként gyógyítja a kéneső? ... 637
Syphilitikus alapon keletkezett alszár-elephantiasis ... 113
Syphilitikus család ... 76
Syphilitikus gége-strictura ... 391
Syphilitikus periostitis ... 113
Syphilitikus szemhéjlob ... 159
Szamárburut — l. pertussis.
Szájgyöngyök, antiseptikusak ... 364
Szájnyákhártya gümőkórja ... 319
Szájpadlás (kemény) eddig nem ismert fekélye ... 373
Szájpadlás (kemény) sequestere ... 681
Szegedi orvosegyesület ... 50, 161, 249, 682
Szem alkalmazkodási képessége állatoknál ... Sz. 44
Szem és fül között levő reflex-kapcsolatok 259
Szem lövési sérülései ... 377
Szem megbetegedése akromegaliánál ... Sz. 103
Szem részéről a katonai és vasúti szolgálatra alkalmazhatóság feltételei Sz. 106
Szem scrophulotikus bántalmai ... Sz. 79
Szemek, műviek ... Sz. 80
Szemek vadállatoknál ... Sz. 20
Szembeli jel syphilis hereditaria tardánál 49
Szemben vasszilánkok felismerése és ezek eltávolítása ... Sz. 77
Szembaj, a nap heve által előidézett Sz. 92
Szembajok gyógyítása sozojodol-készitményekkel ... 109
Szembajok gyógyítása larginnal 634, Sz. 57
Szembajok influenzánál ... 606
Szembajok, orrból eredők, gyógyítása ... 212
Szemcsarnokzúg szétroncsolása glaucoma ellen ... Sz. 43
Szemcseppekben viz helyett olaj ... Sz. 43
Szemfenéken idegen testek ... Sz. 61
Szemfenéki elváltozás, bujakóros ... 621
Szemfénytörés rendellenességeinek befolyása a különböző csapatnemek szolgálatképességére ... Sz. 58
Szemgödri genyedés fogbaj következtében ... Sz. 107
Szemgödri genyedés következtében agytályog ... Sz. 107
Szemizom-előrevarrás technikája ... Sz. 91
Szemkórházak létesitése tárgyában tett inditvány a magyar orvosok és természetvizsgálók 1846. és 1847-diki vándorgyülésein ... Sz. 87
Szemlencse (átlátszó) eltávolítása ... Sz. 80
Szemműtéteknél extractum suprarenale használata ... Sz. 79
Szemműtétek után nyitott sebkezelés Sz. 101
Szemtükör, új ... Sz. 78
Szemtükri kép helye és természete ... Sz. 20
Szemüreg lövési sérülése ... 50

Oldal

Szemüvegekről ... 161
Szemüvegek (színesek) színáteresztése Sz. 93
Szemész-congressus, IX. nemzetközi Sz. 104
Szemészetben vérbocsátás és revulsio Sz. 80
Szemészeti plastika-esetek ... 196
Szédülés bénulással ... 544
Szénsavas fürdők, mesterségesek ... 504
Szinkép ibolyahatára ... Sz. 44
Szív-diverticulum ... 668
Szív-echinococcus ... 669
Szív feltárásának új módja ... 487
Szív helyzete ... 602
Szív helyzetváltozása — l. dextrocardia.
Szív (hypertrophiás billentyűbajos) befolyásolása izomzatának zsíros elfajulása által ... 318
Szivinsufficientiáról kisérletes vizsgálatoknál ... 678
Szív lőtt sebe ... 136
Szív veleszületett óriás volta ... Gye. 37
Szív sarcomája ... 669
Szivre való befolyása a fájdalomnak ... 557
Szívbaj erős nevetés következtében ... 317
Szívbajoknál apocynum cannabinum ... 170
Szivbelhártyagyuladás, b. pyocyaneussal előidézett ... 64, 79, 91
†Szontagh Miklós ... 632
Szörtelenítés Röntgen-fénynyel 537, 551, 568
Szülészet körében előitéletek, népszokások és babonák Magyarországon K. m.
Szülészet körében előitéletek, népszokások és babonák Szabadkán ... 541, 555
Szülészeti és nőgyógyászati congressus, III. nemzetközi ... 429
Szülő- és nőbeteg-klinika (egyetemi első) 1895—1896. évi működése ... K. m.
Tabes gyógyitása ... 544
Tabes okozta vakság ... 318
Tabeses arthropathiánál térdizületi resectio ... 261
Tabeses ataxia gyógyitása ... 295
Tabeses látóidegsorvadás ... Sz. 20
Tabesnél gégecrisisek ... 196
Tannalbin ... 400
Tannopin ... 85, 650
Tarsitis luetica ... 159
Tápszer, néhány mesterséges ... Gyó. 15
Tejczukor physiologiai szerepe ... 663
Tejtisztitás és tejkezelés ... 517
Teleangiektasiák transplantatiós hegen ... 48
Terhesség és fibroma ... 516
Terhesség és fogcaries közti viszony 238, 252, 265
Terhesség, méhenkivüli ... 404, 636
Terhesség, tubaris ... 389, 516
Terhességi hányás orvoslása ... 317
Természettudományi társulat ... 63
Tetania ... 622
Tetanus gyógyitása ... 543
Tetanus gyógyult esete ... 644, 661, 682
Térdkalács — l. patella.
Thiocol ... Gyó. 3
Thyreoidin soványitásra ... 600
Tonsilla — l. mandola.
Tisztiorvosi kiképzés és minősités reformja ... 661, 675
Török Józsefről megemlékezés 169, 181, 192
Törvényszéki orvosi esetek 241, 254, 268, 278
Trachoma fejlődése, kórbonctana és aetiologiája ... Sz. 78
Trachoma gyógyitása ... Sz. 80
Trachomás kötőhártya megkaparása Sz. 31
Trichinosis ... 639
Trional ... 617
Tuberculosis, állati, viszonya az emberihez 554
Tuberculosis-bacillus kimutatása a bélsárban ... 544
Tuberculosis, beojtási ... 653
Tuberculosis-congressus, berlini 285, 296, 307, 319, 331, 343, 355, 367, 380
Tuberculosis cutis ... 11, 504, 653
Tuberculosis gyógyítása Landerer szerint 586
Tuberculosis iridis ... 72
Tuberculosis laryngis ... 380, 391
Tuberculosis linguae ... 183
Tuberculosis mucosae oris et labii ... 319
Tuberculosis Nagyváradon ... 441
Tuberculosis (csont és izületi) statistikájához adatok ... 518

Oldal

Tuberculosis terjedésére befolyása a pertussisnak ... Gye. 23
Tuberculosis verrucosa cutis ... 377, 378, 379
Tuberculosus csont- és izületi gyuladásoknál alkalmazott kötések és gépek szerkesztése ... 1, 15, 29
Tuberculosus hashártyalob 89, 103, 117, 142, 153, 166, 179, 191
Tuberculosus peritonitis sebészi kezelése 557
Tuberculosus lábgyuladások kezelése a gyermekkorban ... 619
Tuberculum verminosum ... 488
Tüdőlob — l. pneumonia.
Tüdővészre hajlamos egyének orvoslása 317
Tüdővész ellen Budapest egészségügyi hatósága ... 43
Tüdővész gyógyitása ... 487, 515
Tüdővész-sanatorium ügye Magyarországon ... 171, 340
Tüdővésznél a diazoreactio prognostikus jelentősége ... 635
Tüdővésznél a verejtékben tuberculin ... 10
Tüdővésztől megvédése az ipari munkásoknak ... 465
Tyloma conjunctivae ... Sz. 89
Typhus bacteriologiai kórismézése ... 528
Typhusellenes védőanyagok eredete ... 620
Typhushoz csatlakozó genyedések ... 488
Typhus-kezelés diaetetikus irányelvei 164, 178, 190, 203, 230, 240
Typhusnál a lábclonus ... 678
Typhus-statistika Nagyváradról ... 452
Typhus vizkezelése ... 501
Typhusos perforatiók sebészi kezelése ... 650
Unguentum cinereum labdacsok ... 385
Ureterek sebészete ... 600
Utóhályog műtevése ... Sz. 79
Újszülöttek asphyxiájánál új beavatkozásmód ... 51
Üvegtestben spontan vérzések ... Sz. 19
Üvegtesti kötőszövetképződés okai Sz. 7, Sz. 34
Vakok Spanyolországban ... Sz. 20
Vakság okai a magyar Alföldön ... Sz. 96
Vakság tabes következtében ... 318
Validol ... 474
Vallás- és közoktatásügyi ministerium 1900. évi költségvetése ... 651
Vaskészitmények bőr alá fecskendezése 388
Vasutasok látélességére vonatkozó porosz ministeri szabályzat ... Sz. 44
Vállficzam (idült) repositiója gypskengyellel ... 441
Váltóláz — l. malaria.
Vena-pálya, collateralis ... 284
Venereás betegségek prophylaxisa tárgyában nemzetközi értekezlet ... 34, 425
Vesekiirtás fekve maradt csiptetőkkel ... 186
Veselob — l. Bright-kór.
Vestibulum-carcinoma ... 403
Veszettség ellen immunizálás normalis ideganyaggal ... 534
Végbél-elöesés gyógyitása gyermekeknél 244
Végbél-gonorrhoea ... 76
Végbélrák sacralis műtéte ... 100
Végbél-strictura ... 653
Vérelvonás a gyermekgyógyászatban. Gy. 37
Vér és véredényrendszer betegségeinél retina-vérzések ... Sz. 19
Vérizzadás szövettana ... 46
Vér vastartalmának meghatározása ... 297
Vérvizsgálatok lázas bántalmaknál és chlorosisnál ... 563, 581
Vérhas — l. dysenteria.
Viszketés ... 441
Vitiligo, övalakú ... 183
Vízvezetékek és csatornázások közegészségi szempontból ... 465
Vízvizsgálatok ... 464
Vizeletben albumose kimutatása ... 188, 201
Vizelet energiatartalma ... 318
Vizeletüledék fixálása és conserválása ... 678
Vizeletvizsgálat életbiztositásnál ... 492, 508
Vízgyógyászat a különböző egyetemeken és nálunk ... 170
Vörheny kezelése ... 489
Xerodermia pilaris ... 124
Zsírképződés szénhydratokból ... 126, 140

NÉVMUTATÓ.

Oldal

Abonyi József 550, 566, Km.
Aczél Károly 465
Alapy Henrik ... 295, 619
Alexander Lajos 450
Alpár Arthur ... 35
Amberg S. 106
Ambrus Pál 51
Aujeszky Aladár 419, 432, 534, 542, 556
Ákontz Károly 198, 215, 227, 239, 253, 267, 276
Áldor Lajos ... 188, 201
Ángyán Béla 342, 560, 561
Bäcker József ... 172, 377, 516, Km.
Baróthy Ákos 451, 453, 476, 477
Bauer Lajos 272, Gye. 3
Baumgarten Egmont 160, 161, 196, 310, 323, 324, 335, 349, 360, 365, 372, 373, 638, 681
Bálint Rezső 295, 321, 334, 622
Bársony János 211
Beck Soma 636
Benedict Henrik 164, 178, 190, 203, 230, 240
Berend Miklós 281, Gye. 7. Gye. 8. Gye. 27
Berger Ferencz 607, Gye. 29
Berkovits Miklós ... 452
Binder Emil ... Sz. 72
Biró Lajos 238, 252, 265
Blaskovics Fridolin Sz. 101
Blum Ödön 622
Bodon Károly 38, 51, 65
Borbély Samu 68, 83, 607
Boros József 24, 37, 100, 160
Boross Ernő 345
Bosányi Béla ... 504, 624
Bókay János 112, 350, 636, Gye. 23, Km.
Böke Gyula 555, 621, 671
Bruckmayer Ferencz 101, 113, 159, 342
Buchböck Gusztáv ... 362
Burger Péter ... Sz. 63
Burtik Győző 465
Chudovszky Móricz 89, 103, 117, 136, 142, 147, 153, 166, 179, 183, 191, 599
Csapodi István 59, 98, 222, Sz. 76
Csillag Gyula ... Gye. 22
Csillag Jakab 75, 124, 125, 159, 288, 302, 314, 326
Daday Vilmos 31
Deutsch Arthur 12
Deutsch Ernő 306, Gye. 26
Deutsch László 73, 120, 131, 143, 155, 231, 243, 620, Gyó. 11
Déri Henrik 538, 553
Dirner Gusztáv 261, 271, 607, 652
Doktor Sándor 162, 176, 404, 416, 577
Dollinger Gyula 1, 15, 29, 35, 48, 87, 97, 134, 146, 147, 234, 246, 261, 283, 479, 494, 510, 525, 545, 604, 605

Oldal

Donáth Gyula 47, 102, 115, 489
Donhoffer Szilárd 172, 427, 652, 653
Donogány Zakariás 387, 399, 454
Dőri Ferencz 476
Duka Tivadar 221, 233, 245
Elischer Gyula 61, 75, 341, 389
Engel Gábor 250
Epstein László 473, 486, 499, 503, 513
Erdős János 675
Erőss Gyula Gye 11. Gye. 26
Fabinyi Rezső 97
Falta Marczel ... Sz. 57
Faragó Gyula ... Gye. 26
Farkas Kálmán 465
Feldmann Ignácz ... 639
Feleki Hugó 286, 301, 312, 324, 336, 428
Ferenczi Sándor 355, 427, 653
Feuer Nathaniel Sz. 80
Fialowsky Béla 241, 254, 268, 278
Filep Gyula 393, 408, 423, 436, 447, 518, 519
Fischer Aladár 366
Fodor József 279
Frank Ödön 465
Frey Ernő 504, 622
Fried Aladár 374
Friedrich Alajos 291
Friedrich Vilmos 439
Gebhardt Ferencz 520, 539
Gedeon János ... 526, 570
Genersich Antal 114, 207, 488
Genersich Gusztáv ... 518
Genersich Vilmos ... 456
Gerő Sándor 453
Glück Gyula 223
Goldzieher Vilmos 49, 50, 112, 248, 259, 377, 620, 621. Gye. 28
Gönczy Béla 541
Grósz Albert ... 441
Grósz Emil 196, Sz. 45, Sz. 87, Sz. 104
Grósz Gyula 99, 489, Gye. 1, Gye. 28
Grósz Menyhért 441, 450, 451
Győry Tibor 209, 448, 461
Gyurmán Emil 183, 197, 284
Haberern Jonathan Pál 235
Hajós Lajos 46, 154, 556, 622
Halász Henrik ... 212, 592
Hanasiewitz Oszkár ... 488
Hankó Vilmos 464
Hasenfeld Arthur 64, 79, 91, 318
Havas Adolf 11, 56, 122, 136, 427, 562, Gyó. 14
Havas Leó 468
Heisler Ignácz ... 327, 339
Herczel Manó 75, 86, 87, 147, 148, 186, 225, 319, 330, 331, 362, 636, Km.
Hlatky József 234
Hochhalt Károly 11, 532, 545
Hoffenreich Armand ... 517

Oldal

Horváth Kornél 138
Hőgyes Endre 169, 173, 181, 192, 259, 263
Hönig Izsó 594, 610
Hruska János 485
Huber Alfréd 23, 76, 113, 343, 469, 607
Hültl Hümér 5, 18, 102, 115, 134, 417, 428
Ihrig Lajos 48, 59
Illyés Géza 59, 500, 514, 605, 606
Imre József 465, Sz. 31, Sz. 96
Imrédy Béla 604
Irsai Arthur 284, 403, 413
Iványi Ernő 343
Jakabházy Zsigmond ... 127
Jakobi József ... 488, 519
Jancsó Miklós 488
Jordán Ferencz 643
Juba Adolf 205, 217
Justus Jakab ... 120, 637
Jutassy József 537, 551, 568
Kaczvinszky János 571, 585
Kaiser Károly 33
Kazay Kálmán 441
Kármán Samú ... Gye. 6
Kelen István 632
Kende Mór ... ... Gye. 28
Kerntler Jenő Gyó. 9
Kétly László 442, 457, Gyó. 1
Kiss Gyula 247, 579, 596, 612
Klasz Pál 465
Ifj. Klug Nándor 84, 95, 599, 616, 634, 649
Kollarits Jenő 661
Konrád Béla 452
Konrád Jenő 548, 565, 582
Konrád Márk ... 452, 476
Koós Aurél ... ... Gyó. 15
Kopits Jenő 60
Korányi Sándor 23
Korda Jenő ... 298, 311
Korda Kálmán ... 410, 451
Kovács J. 161, 563, 581, 682
Kovács Mór 461
Kőhegyi Lajos 50
Köllner Károly 466
Körmöczi Emil 11, 389, 401, 640
Kőrösy József ... 424, 637
Kőszeg Miksa 319
Kövesi Géza 3
Krausz József 249
Krompecher Ödön ... 570
Kubinyi Pál 667
Kuthy Dezső 43, 107, 234, 269, 280, 285, 296, 307, 319, 331, 343, 355, 367, 380, 411, 488, 503, 517
Kuzmik Pál 160, 575
Laczkovich Elemér ... 49
Lantos Emil 333, 347, 358, 370
Laufenauer Károly ... 46
Leitner Vilmos Sz. 17, Sz. 18, Sz. 103
Lengyel Loránt Gyó. 8
Lengyel Soma 547
Lénárt Zoltán 354, 434, 445
Lévai József 506, 522, 605
Lindner Samu ... Gye. 29
Lipscher Mór 621
Loewy Leó 667
Lovrich József ... 357, 403

Oldal

Makara Lajos 606
Marschalkó Tamás 503, 518
Maszák Elemér 465
Márer József 300
Meskó Aladár 398
Mihalkovics Géza ... 206
Minich Károly ... 668, 669
Mohr Mihály 72, 123, 606, 619, Sz. 14, Sz. 38
Morelli Károly 365, 426, 428
Moskovits Albert 136, 160, 389
Moskovitz Ignácz ... 672
Müller Kálmán 155
Navratil Imre 354, 380, 391, 638, 681
Nádor Henrik 547
Nemes Áron 451
Nékám Lajos 12, 73, 424, 437, 546
Oláh Gusztáv 465
Oláh Gyula 375
Ostermayer Miklós ... 383
Ónodi Adolf 72, 97, 134, 237, 588, 602
Ötvös József Gye. 28, Gye. 32
Pajor Sándor 504
Papp Oszkár 452
Parádi Ferencz 519
Paunz Márk 271, 343, 590
Pálfi István 644
Pálka Géza 70
Pekár Mihály 663
Pertik Ottó 367
Pécsi Dani 517
Platzer Sándor 628, 645, 659
Plósz Pál 46, 97, 126, 140
Politzer Alfréd ... 657, 673
Gye. 27, 28
Pólya Jenő Sándor Sz. 89
Polyák Lajos 379
Popovits György 450, 451
Popper Mór 504, 607
Preisich Kornél 281, Gye. 35
Preisz Hugó 615
Purjesz Zsigmond 632, 647
Ranschburg Pál 46
Reách Dezső 430, 444, 459, 471, 545
Reisz Octav 441
Reusz Frigyes ... 274, 289
Réczey Imre ... 485, Km.
Révész Vilmos ... 450, 453
Révfi Jenő 465
Rosenberger Mór 488
Róna Dezső 405, 421
Róna Sámuel 23, 60, 72, 110, 122, 159, 222, 342, 377, 378, 546, 618, 653, 654
Róth Adolf 124
Róth Alfréd 183, 504, 591
Róth Jenő 200, 216, 228
Rózsa Félix 505
Rudas Gerő 503
Salgó Jakab 489
Sarbó Arthur 533
Sámson Márton 450, 477, 481, 495
Schaffer Károly 46, 161, 428
Scheiber S. H. ... 146, 249
Schein Mór 618
Scholtz Kornél Sz. 34, Sz. 61
Schreiber Fülöp 161

Oldal

318, Sz. 1, Sz. 21, Sz. 51, Sz. 65, Sz. 81, Sz. 93
Schultz Henrik 25, 39, 53, 67, 80
Schuschny Henrik Gye. 28
Schvarcz Miklós 164, 178, 190, 203, 230, 240
Schwartz Arthur 161, 652
Schwartz Ede ... 98, 407
Schwartzer Ottó 8, 20, 32
Schwarz Hugó ... 414, 415
Seidner Sámuel ... Sz. 58
Sellei József 12, 397
Sidlauer Ármin 483, 497
Id. Siklóssy Gyula ... 196
Skrilecz Mihály 622
Sternthal Sándor ... 476
Stiaszny Károly 135
Stiller Bertalan 77, 90, 105, 118, 129
Strobel Villibald 518
Sugár K. M. 98, 151, 661, 675
Szabó József ... 143, 661
Szabóky János 23
Szalárdy Mór 59, 614, Gye. 27
Szántó Manó 465
Szegő Kálmán Gye. 28
Szenes Zsigmond 440, 607
Szigeti Sándor 621
Sziklai Károly ... 50, 398
Szili Adolf 123
Szontagh Félix 379, Gy. 27, Gye. 31
Szontagh Miklós 223
Tanárky Árpád 607
Tangl Ferencz 318
Tauffer Vilmos 516
Tausz Béla 331
Temesváry Rezső 293, Gye. 26, Km.
Thanhoffer Lajos ... 602
Thirring Gusztáv Gye. 26
Tihanyi Mór 292, 304, 316, 499, Km.
Tomka Samu 73, 172, 413, 531, 559, 655, Gyó. 6
Torday Ferencz 583, 598, Gye. 12, Gye. 28
Tóth Imre 465
Tóth István 636
Tóvölgyi Elemér ... 369
Török Lajos 13, 27, 42, 54, 82, 92, 125, 366, 389, 441
Trajtler István 168
Ullmann Béla 450
Vajda Adolf ... 608, 630
Varga Géza 385
Varságh Zoltán 465
Vas Bernát 492, 508
Váli Dezső 541, 555
Váli Ernő 607, 627
Vályi Zsigmond 375
Vámos Gyula ... Gye. 27
Vermes Lajos ... 73, 306
Veszprémi Dezső 518
Waldmann Béla 476
Walla Béla 381
Weisz Manó 589, 602
Weisz Ede 137, 148, 174
Weisz Miksa 150
Wenhardt János 261, 271
Winternitz Arnold ... 606
Zboray Béla ... ... Gye. 14
Zimmermann Károly ... 607
Zwillinger H. 365, 504, 681

Negyvenharmadik évfolyam. 1. szám. *Budapest, 1899. január 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. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Dollinger Gyula: A kir. magyar tudomány-egyetem I-sö számú sebkórodájának közlései. A gümös csont- és izületi gyuladások gyógykezelésénél alkalmazott kötések és gépek szerkesztésének elvei. 1. l.

Kövesi Géza: Közlemény a Korányi Frigyes tnr. vezetése alatt álló I. sz. belgyógyászati kórodáról. A gastroenterostomia befolyása a gyomor secretionalis viszonyaira. 2. l.

Hültl Hümér: Észrevételek Borbély Samu dr. műtö: „A magas hólyagmetszés" czimü czikkére. 5. l.

Tárcza. Az év lejártán, az új év elején. 7. l. — *Babarczi-Schwartzer Ottó*: Az orvosi szakértő mint tanú 8. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Thirring Gusztáv*: Budapest székes főváros statistikai évkönyve. 9. l. — *Lapszemle. Salter*: A tüdővészesek verejtékének tuberculin-tartalma. 10. l.

Hetiszemle és vegyesek. Belügyministeri körrendelet. — A főváros egészsége. — A nagykállói m. kir. állami elme-gyógyintézet. — Orvosi kinevezések. — A budapesti általános poliklinika. — A budapesti önkéntes mentőegyesület. — Az I. sz. női klinika szülészeti poliklinikája. — Falta. — Megjelent. — Lakásváltoztatás. — Herczel dr. — Szt. Lukács-fürdő. — Pályázatok. — Hirdetések. 10. l.

Tudományos társulatok és egyesületek.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A kir. magyar tudomány-egyetem I-sö számú sebkórodájának közlései.

II.

A gümös csont- és izületi gyuladások gyógykezelésénél alkalmazott kötések és gépek szerkesztésének elvei.[1]

Dollinger Gyula dr. egyetemi nyilvános rendes tanártól.

Tisztelt szakosztály! Azon tapasztalatok, a melyeket a gümös csont- és izületi gyuladások gyógykezelése körül az utolsó évtizedekben tettünk, arra tanítottak, hogy különösen a gyermek és a serdülő korban az elsőség a conservativ gyógykezelést illeti meg. Ha ezt a baj kezdetétől fogva helyes elvek szerint, szigorúan keresztülviszszük, az egész kórlefolyás sokkal enyhébb alakot ölt, heves fájdalom, nagy daganat, az izület elgenyedése és más súlyos tünetek háttérbe lépnek, szerencsés esetekben az izület rendes functióval teljesen kigyógyul, más, súlyosabb esetekben is gyakran elmarad a genyedés, az izület a csontvég felszívódásával vagy a nélkül működésre alkalmas helyzetben megmered és azon kórképet nyerjük, a melyet azelőtt caries sicca néven mint külön betegséget irtak le.

Ezen eredmény biztosítására mindenekelőtt kedvező hygienikus viszonyokra, különösen a levegő és a világosság teljes szabad élvezetére van szükségünk, a melyek mellett a conservativ gyógykezelés súlypontja a kötéseken és a gépeken nyugszik; ezek képezik leglényegesebb gyógykincsét, ezeknek a tana alkotja a csont- és izületi tuberculosis pharmacologiáját s azért irányukban ugyanazon figyelemmel tartozunk, a melylyel a belgyógyász az ő orvosságainak összes sajátságait tanulmányozza. Örömmel vállalkoztam tehát azon feladatra, a melylyel a moszkvai congressus rendező bizottsága megtisztelt s a következőkben mindenekelőtt azon elveket fogom elemezni, a melyek a csont- és izületi tuberculosis gyógykezelésénél alkalmazásban levő kötések és gépek megalkotásánál mai napság uralkodnak, másodsorban pedig be fogom mutatni, hogyan öltöttek alakot és testet az általam helyeseknek elismert elvek az én kezeim között.

* * *

Heveny esetekben a gyógykezelésnek mindenekelőtt a fájdalommal és a velejáró reflectorikus izomgörcscsel kell foglalkoznia. A hideg vagy a meleg alkalmazásának, különböző tincturák és kenőcsök bekenésének vagy bedörzsölésének csak múló hatása van. Biztos eredményt két beavatkozástól várhatunk, a distractiótól és a rögzítéstől.

I. A distractio.

A distractiós gyógykezelés azon felfogáson alapul, hogy a fájdalmat és a reflectorikus izomgöresöt a gümös izületi felületeknek egymásra való nyomása okozza. Ha tehát a beteg izületi felületek nyújtással egymástól eltávolíttatnak, megszünik a fájdalom. Általánosan ismeretesek Koenig, Paschen, Schultze, Morosoff, Lannelongue, Bradford és Lovet kisérletei, a melyek részint a gümös izületi felületek széthúzhatósága mellett, részint ellene szólanak; ezek részletes ismertetésébe tehát nem kell bocsátkoznom. Végeredményképen azon tapasztalatot nyertük, hogy a csípőizületet, a mely körül a vita leginkább forgott, élő embernél alkalmazható súlyokkal tényleg lehet distrahálni. A distractio hatása leginkább úgy nyilvánul, ha fekvő betegen alkalmazzuk, ekkor azonban nemcsak distrahálja, hanem egyszersmind rögzíti is az izületet. A distractio tehát azon formában, a melyben az orvosi gyakorlatban alkalmazásba jut, két ható tényezőből áll, t. i. az izületi felületek széthúzásából és a rögzítésből. E két tényezőt külön-külön vizsgálva, kitünik, hogy ha a distractio mellett az izület mozgását nem korlátozzuk, az izületben a lobos izgatottság tovább is fennáll, míg ha az izületet nem distraháljuk, hanem csak egyszerüen rögzítjük, a reflectorikus izomgörcs és a fájdalom elmulik.

Ebből minden kétséget kizárólag az következik, hogy a distractio ható tényezője nem maga a distractio, hanem a velejáró rögzítés.

A reflectorikus izomgörcs nem csupán fájdalmat okoz, hanem a gümös izület másodlagos alakelváltozásait is befolyásolja. A gümös izületi végek a gümös gócz körül lefolyó csontfelszívódás folytán felpuhulnak s a distractiónak az lenne a feladata, hogy meggátolja, hogy ezen felpuhult csontvégek a reflect. izomgörcs által egymáshoz ne szoríttassanak és általa össze ne nyomassanak. De a tapasztalat azt mutatja, hogy a distractio ezen várakozásnak megfelelni nem képes, hogy minden distractio daczára sem sikerül a csigolyagyuladás egyes súlyos eseteiben a púpképződést, némely súlyos coxitisnél pedig az izületi vég és az izületi vápa elkopását meggátolni, mert a gümös csontvég alakváltozása, összenyomatása, nem csupán az izomgörcstől, hanem más tényezőktől is függ, nevezetesen a gümös gócz nagyságától, a testsúly által való megterheléstől és a gyógyulási időszakban a heges zsugorodástól. A mit a gümös csontvég alakváltozásának elkerülésére tehetünk, az nem a distractio, hanem a megpuhult csontvég tehermentesítése, a mire még értekezésem egy későbbi részében vissza fogok térni.

[1] Az 1897. évi nemzetközi orvosi congressus sebészeti szakosztályának referatuma.

Ezzel azonban még nincsen kimerítve azon feladatok sorozata, a melylyel a distractiót megbizzák. Combinatiója a mozgatási kezeléssel a „motion without friction“ elvéhez vezetett. Ezen gyógykezelési eljárás meg akarja gátolni az izületi merevséget és az izomsorvadást s ezt az által reményli elérni, hogy az izületi végek distractiója mellett az izület szabad mozgását elősegíti. Biztató példákul valószinüleg azon fényes eredmények szolgáltak, a melyeket a mozgatási gyógykezeléssel distorsióknál érünk el. Csakhogy a két folyamat egymástól teljesen különbözik.

Míg az izületi distorsiónál és a hozzá hasonló traumás eredetü folyamatoknál a mozgatási kezeléssel az izületben és az izület körül levő vért és kiizzadást sikerül eltávolítani, addig a gümös izületgyuladásnál a mozgatás által a gümös mérget az izületnek és környékének még egészséges szöveteibe dörzsöljük és azokat befertőzzük. Minden tapasztalt sebész tudja, hogy mozgatással nem lehet a gümös izület mozgékonyságát fentartani, hanem hogy ez által az izület csak még merevebb és még lobosabb lesz. A massage-divatnak az imént lefolyt legújabb periodusa, mely alatt ismét meg lett kisértve a gümös izületeket mozgatással gyógykezelni, újabb tapasztalati anyagot szolgáltatott ezen igazság támogatására. A „motion without friction“ alkalmazása a gümös csont- és izületi betegségeknél tehát nem tapasztalaton alapul, hanem csupán elméleti okoskodás szüleménye. Ha sikerült a gümös izületi folyamatot megállítani, mielőtt az izületi felületeken és a tokszálagon nagyobb pusztítást végzett, akkor az izület a teljes rögzítés alatt mozgatási kezelés nélkül mozgékonynyá válik. E tényt már 1889-ben demonstráltam a budapesti kir. orvosegyesületben[1] és a gümös csípőizületi gyuladás gyógykezeléséről szóló értekezésemben újra hangsúlyoztam. Ha az izület a rögzítő készülék alatt mozgékonynyá kezd válni, akkor a gépre az izület helyén izületet készíttetünk és azt lassanként mindinkább szabadabbá teszszük, a mellett massáltatjuk az izomzatot és azt az izület mozgékonyságának határán belül ellentállási gyakorlatokkal erősítjük. E közben semmi esetre sem szabad az izületet a spontan mozgékonyság határán túl passive mozgatni. Ezen eljárás és a használat által az izület lassankint olyan mozgékonynyá válik, a mennyire azt annak kóros változásai megengedik.

Nem hallgathatom el azonkivül a distractiós gyógykezelés egynehány hátrányát. Hogy csupán a csípőizületi gyuladásról szóljak, a hol leginkább alkalmazzák, megjegyzendő, hogyha a lábnál fogva fejtünk ki olyan húzó erőt, a mennyire szükség van, hogy hatása számba essék, akkor úgy meglazítjuk a térdizületet, hogy a beteg annak kárát vallja, ha ellenben a czombnál fogva distrahálunk, ahhoz ragasztó tapaszcsíkokra van szükségünk, a melyek alkalmazása magában is kellemetlen, azonkivül egy idő mulva a bőr rendesen eczemával reagál.

Ambulanter alkalmazva a distractio nagyon complicálja és drágítja a gépeket s ezért több lelkes védője a distractiót nem viszi keresztül minden gümös izület gyógykezelésénél, hanem csupán az alsó végtag némely izületénél alkalmazza, míg a felső végtag gümös izületeinek distractio nélkül kell meggyógyulniok, a nélkül azonban, hogy ezen mostoha elbánásnak legkisebb kárát vallanák.

Az alsó végtagokat azért részesítik előnyben, mert itt a distractio címe alatt tulajdonképen tehermentesítenek, a mely czélt azonban egyszerübb eszközökkel is el lehet érni, a mint azt alantabb látni fogjuk.

Hasznosan alkalmazható a distractio mint súlynyújtás, valamely specialis adott esetben egy izületi contractura kinyújtására, vagy pl. a spondylitis cervicalis rögzítésére addig, a míg az alantabb leirandó fejtartó elkészült, bár e czélok elérésére is egyszerübb eszközök állanak rendelkezésünkre; azonban ezen alkalmazásnál sem jut neki azon szerep, a melyet neki tulajdonítanak, mert az egyik esetben a contracturát nyujtja ki, a másikban a beteg részt rögzíti, de egyikben sem az izületi felületek széthúzása által válik hasznossá.

II. A rögzítés.

A mint a fentebbiekben láttuk, a distractiós gyógykezelésnél is a ható tényező a rögzítés. Balassa már 1852-ben észlelte az állandó rögzítés nagy hasznát gümös izületeknél és e kérdésre vonatkozó bővebb tapasztalatait 1864-ben „Az absolut nyugalom ügyéhez a lobos ízbántalmak gyógykezelése körül“ czímü értekezésben e lapok hasábjain tette közzé. A gyógykezelés a melyet mi követünk, jórészt az általa kimondott alapelveken nyugszik. Hogy alkalmazása mellett a gümös folyamat kigyógyuljon, ahhoz az szükséges, hogy a rögzítés tökéletes és állandó legyen. A lehető tökéletes rögzítés úgy történik, hogy a beteg izületre elvben egy sínt alkalmazunk, a mely az izületet alkotó csontok egész hosszára kiterjed. Ha a csontok rövidsége miatt ez nem elegendő, akkor a rögzítő sínnek a szomszéd csontokra is ki kell terjednie. Rosszul rögzít pl. az olyan coxitis kötés vagy gép, a mely egyrészt kiterjed a végtag egész hosszára, másrészt azonban a medenczét csupán egy keskeny gyürü alakjában veszi körül.

Orvosi gyakorlatom kezdetén egész hévvel fogtam hozzá a distractios gyógykezeléshez. Így pl. gümös csípőizületi gyuladásnál súlynyújtást alkalmaztam és fekve distraháltam. Csakhogy ezen gyógykezelési módszer nyilvános rendelésem betegeinél nem volt keresztülvihető és azért náluk fájó szívvel voltam kénytelen az egyszerü rögzítéssel beérni. Gipszkötést alkalmaztam tehát, a mely az egész végtagra kiterjedt, a medenczét körülvette és a törzsre is felterjedt egy darabig. Nyomorult lakásaikban ezeket a szegény gyerekeket nem tarthattam fekve s azért megengedtem, hogy a mennyire a kötés engedte fenjárhatnak. Kétféle gyógykezelésem volt tehát. Az egyik a súlynyújtás a vagyonosak részére, a másik a gipszkötéssel való rögzítés a vagyontalan osztály gyermekei számára. Daczára a rossz hygienikus viszonyoknak, daczára annak, hogy a beteg izületi vég tehermentesítéséről szó sem volt, a fenjáró szegény gyermekek jobban gyógyultak, mint azon vagyonosak, a kiknél a súlynyújtást alkalmaztam és a kik a legkitünőbb ellátás mellett még a folytonos fekvés áldásában is részesültek. E tapasztalatra támaszkodva természetesen nem soká haboztam, hanem ezután valamennyi esetemet egyszerü rögzítéssel distractio nélkül gyógykezeltem, a coxitis-ágyakat bekebeleztem a régiség-gyüjteménybe és az összes csontok és izületek gümös megbetegedésénél az állandó fekvést mellőztem. Felnőttek úgy is nagyon rosszul türik az állandó fekvést, nemsokára étvágytalanokká, halványakká és az általános tuberculosisra annál fogékonyabbakká lesznek. Gyermekek az állandó fekvést látszólag jól türik és ha jól vannak táplálva, még meg is híznak, de idegzetük mindig megsínyli és a gümös csontfolyamat is sokkal lassabban gyógyul ki, mint a fenjárólag gyógykezelt gyermekeknél. A test általános egészségi állapota megkivánja, hogy a beteg a gyógykezelés alatt fenjárjon, a localis csontfolyamat e mellett kedvezőbben gyógyul, az ápolás is sokkal kényelmesebb s így én nem tudok egyetlen egy okot sem, a miért a csont és izületi tuberculosisban szenvedő betegeket fekve és ne fenjárólag gyógykezeljük. Ez csupán technicai kérdés és mihelyt ez iránt tisztában voltam, azonnal hozzáfogtam olyan kötések és prothesisek szerkesztéséhez, a melyek az izületet állandóan rögzítik és ha a gerinczoszlopról vagy az alsó végtag valamely izületéről van szó, azt azonkivül tehermentesítik s így a fenjárást a betegnek lehetővé teszik.

Hogy megmutassam, hogyan alkalmazom az eddigiekben kifejtett elveket a gyakorlatban, sorra be fogom mutatni azon kötéseket és prothesiseket, a melyeket a különböző izületek számára szerkesztettem, előbb azonban még egynehány általános megjegyzést kell tennem.

* * *

Minden kötésnek és gépezetnek a legelső tulajdonsága az egyszerüség legyen. Lehet ugyan valamely zsugorodott izületet összetett kötéssel vagy gépezettel is redressálni, mindazonáltal én ezt a kényes munkát mindig a kezem számára tartottam fenn. Én tehát nem szerkesztek redressáló gépeket, hanem a kezeimmel redressálom a contracturákat és az elért eredményt gipszkötéssel rögzítem. A redressálásnak kiméletesen kell történie, a zsugorodott tokszálagot, az erősítő szálagokat és az izmokat nem szabad elszakítani, hanem csak meg kell nyújtani. Ehhez elegendő, ha az izületet a tervezett nyújtás irányában csupán megfeszítjük, és ezen feszülést a kötéssel állandósítjuk. Ez a folytonos feszülés, a melyben az izület redressálását gátoló összes képletek a kötés által tartatnak, 3—8 napon belül annyira fellazítja ezeket, hogy a

[1] Orvosi Hetilap 1889. 10. sz. A budapesti kir. orvosegyesület üléséről szóló referatumban.

redressálás megismétlésénél engednek, meguyúlnak. A redressálást ilyenformán 2—3 ülésben befejezzük.

Ha az izület a gyógykezelés megkezdésekor olyan helyzetben van, a melyben, feltéve, hogy megmered, functióra nem alkalmas, akkor akár van az izület heveny gyuladás, akár idült hegesedés stadiumában, a gyógykezelés mindig az izület redressálásával kezdődik. Sohasem tapasztaltam, hogy a redressálás heveny gyuladást okozott, vagy ha az amúgy is jelen volt, azt fokozta volna, feltéve, hogy az izület minden egyes redressáló ülés után azonnal rögzítve lett.

Csak, ha a redressálás be van fejezve, akkor látok a végleges prothesis, vagy a szegény praxisban a végleges kötés megszerkesztéséhez. Ez utóbbit hygienikus okokból mindig levehetőre kellene készíteni, de erősen látogatott nyilvános rendelésnél ehhez egy külön technicai munkásra volna szükség és teljesen még akkor sem pótolják a levehető kötések a prothesiseket, mert emezeknél sokkalta nehezebbek. Egy olyan anyag, a mely a gipszet teljesen pótolni volna képes és a mellett könnyű is lenne, nagy jótétemény volna a gümös csont- és izületi betegek szegény majoritása részére.

Az összes prothesiseket vastag, kemény bőrből készíttetem. Ezt a műszerész beáztatja, ez által megpuhítja, ebben az állapotban a gipszmintára húzza, azon megszárítja, kisimítja, kifényezi és féldomború aczélsínekkel megerősíti. A mintáról levéve, tökéletesen illenek a testre, könnyüek, rendkivül tartósak és évekig használhatók. Alattuk a beteg tricot visel, a melynek a gépbe varrt bélés felett az az előnye, hogy mindennap meg lehet változtatni.

(Folytatása következik.)

Közlemény a Korányi Frigyes tnr. vezetése alatt álló I. sz. belgyógyászati kórodáról.

A gastroenterostomia befolyása a gyomor secretionalis viszonyaira.

Irta *Kövesi Géza* dr.

„Wir sind über die Zeit hinausgegangen, in welcher man die Magenoperationen blos als glänzende Kunststücke operativer Technik bewundert hat.“ Semmi sem jellemzi jobban a gyomorsebészet fellendülését *Billroth* és *Péan* kezdeményező lépéseitől mai napig, mint *Mikuliczuak* ezen határozott kijelentése; eredménye a modern, functionalis vizsgálaton alapuló gyomorkórismészet és a sebészi technikai haladás szerencsés összetalálkozásának; mily gazdag gyümölcsöket hozott e téren is a munkafelosztás elve a belgyógyász és a sebész együtt müködése alapján. Mindazonáltal a gyomormütétek kérdése mindeddig főként sebészi szempontból lőn megvilágítva, kiválóan a mütéti eljárások tökéletesbítésére s az adott esetben az alkalmazandó mütéti eljárásra lévén irányítva a fő gyelem s csak a legutóbbi időben észlelhetjük, hogy a gyomor müködésének változásait mütéti behatás után némi érdekkel kisérik; pedig minden esetre megérdemelné a kérdés a behatóbb tárgyalást nemcsak az elért eredmény tekintetéből, hanem az ily irányú vizsgálatok, úgy szólván, experimentalis pathologiai becsecsel is birhatnak s esetleg a gyomorbántalmak kórtanának terén még nagy számban található vitás kérdések tisztázásához is hozzájárulhatnak. Azon csekély számú közlések, melyek az irodalomban fellelhetők, egyoldalúlag, főként a gyomor mozgatóképességének megváltozásával foglalkoznak s a chemismust illetőleg egyáltalán nem, vagy pedig csak hiányos adatokkal szolgálnak; ezen jelenség természetes következménye azon mindinkább tért hódító irányzatnak a gyomorpathologiában, mely a motorikus képesség vizsgálatát a gyomor chemismusánál előbbre helyezi s a mely irányzat az elválasztási rendellenességek túlbecsülésére bekövetkezett visszahatásból fejlődött lassankint, azonban éppenséggel nem ment mindennemü túlzástól; oly jelenség ez, melyet több helyütt van alkalmunk az orvosi tudomány haladásában észlelhetni, hogy miként válhatik valamely módszer, mely tulajdonképp csak mint segédeszköz szerepel a bántalom teljesebb megismerésére, részint az ujság varázsa alatt, másrészt a vizsgálónak subjectivitása folytán, úgyszólván önczéllá. A gyomor motorikus zavarainak túlbecslése az elválasztás qualitativ megváltozásával szemben éppenséggel nem gyökerezik a klinikai megfigyelésben, minthogy a secretionalis zavarok végeredményben a mozgatóképesség súlyos megváltozásához vezethetnek, hogy csak a hypersecretio continua s a hyperaciditas hydrochloricahoz csatlakozó spasmus pylori folytán lassankint beálló retentiós gyomortágulatra utaljak; s még számos példával lehetne illustrálni, hogy éppenséggel nem jogosult a törekvés a gyomor kórtanában egyes functionalis zavarok túlbecslése, hanem mindkét müködésvizsgálatnak teljes méltatása az egyedüli helyes eljárás.

Ezek előrebocsátása után áttérek a következő, kórodán észlelt eset közlésére, melynek épp azon körülmény, hogy a gyomor elválasztó müködésére vonatkozólag mütét után oly kevés adattal rendelkezünk továbbá a secretorikus viszonyok gyökeres megváltozása kölcsönöz némi tudományos értéket.

B. János, 56 éves, 1898. márczius 2-dikán kereste fel kórodánkat. Előző betegségek közül felemlít: 35 év előtti sokizületi csúzot. 12 év előtt szobafestő lévén, sokat dolgozott ólomfestékkel s folyton ezen légkörben tartózkodván, igen heves hastáji fájdalmakban szenvedett s ezzel egyidejüleg mindkét felső végtag izületei megduzzadtak; ekkor foglalkozását egy időre beszüntette, mely idő alatt a fájdalmas rohamok megszüntek s az izületek affectioja is visszafejlődött; mígnem 3 év mulva ismét fellépett heves kólikák s makacs obstipatio miatt kénytelen volt foglalkozását újból félbehagyni. Hüdések, valamint fejfájás nem mutatkoztak. Jelen baja, mely miatt tulajdonképen felkereste a kórodát, előadása szerint mintegy 8 hó előtt vette kezdetét, a midőn ugyanis újból felléptek a kólikaszerü rohamok, melyekhez újabb jelenség is társult, t. i. igen gyakori hányás, mely szabálytalanul jelentkezett; néha félóránkint, majd egy-két napig szünetelt, a midőn igen kínos gyomornyomási és puffadási érzet lépett fel, mindaddig, míg igen nagymennyiségü, becslése szerint 1—2 liter között ingadozó hányadék kiürítése által meg nem könnyebbült; első izben a hányadék sötétbarna színü volt s nagyobbrészt emésztetlen ételrészekből állott. Haematemesis nem ment előre. Ezen idő alatt rohamosan soványodott, néha égető érzés jelentkezik az oesophagus alsó részletében s bár étvágya nem volna rossz, enni nem mer, minthogy rögtön hányásra ingerli, ezen jelenségeken kivül gyakori fejfájás s szédülés érzete.

Beteg alacsonyabb termetü s igen súlyos beteg benyomását teszi nagyfokú lesoványodása miatt; bőr színe igen halvány, kissé sárgás árnyalattal. Has felső része puffadt, légpárnatapintatú, azonban az epigastrium besüppedt; apró ütögetésekre a proc. xyphoideustól a köldök alá folytatólag hangos locsocsanás váltható ki, valamint kifejezett peristaltikus nyugtalanság is észlelhető néha; egyebütt a hasban korgás. A gyomorgödörben, különösen jobb felében a szokottnál nagyobb resistentia található, melyet azonban élesebben elhatárolni nem sikerül. Gyomor alsó határa levegővel való felfúvás alkalmával a köldök alatt 9 cm.-nyire találtatott, azonban a curvatura minor is mélyebben fekszik, a proc. xyphoideustól 7 cm.-nyire, tehát descensio ventriculi forog fenn.

A több izben megejtett gyomornedvvizsgálatok eredményét középértékben közlöm:

Ewald-Boas-féle próbareggeli után (79 gm. zsemlye, 250 cm^3 téa) egy óra mulva 180 cm^3 durván emésztett zsemlyerészletekből álló gyomorbennék volt nyerhető. Górcső alatt: nagyszámú keményítőszemcsék, továbbá hasadásban lévő élesztőgombák, bakteriumtömegek s Jaworsky-féle magvak. Günsburg-, tropaeolin, Boas-féle kémlés erősen positiv. Biuretreactio élénk. Tejsavpróba Strauss szerint negativ. Szabad H Cl: 0·164% (Riegel-Mintz). Aciditas: 79 1/10 Na HO-dal (0·288% sósavértékben). Amylolysis igen hiányos, a mennyiben szüredék Lugol-oldattal kifejezetten ibolyaszíneződést ád. Jobbracsavaró anyagok mennyisége czukorértékben: 2·5%

Gázfejlődés tetemes s gyors, 24 óra alatt a Liebig Eihornféle erjesztő edény egész csövét kitöltő. Pepsinogen: 61% (Hammerschlag szerint). Testsúly felvételkor 39·5 klg. A kórisme felállításánál első sorban is a betegnek kora, jelentékeny fokú lesoványodása, a hányadék jellegzetes külleme, a gyomortájon észlelhető homályos resistentia a carcinoma felvételére utaltak ugyan, azonban a gyomornedv vizsgálata, főként a sósavnak fölös mennyiségben való jelenléte, tejsavnak ismételt vizsgálat alkalmábóli teljes hiánya a felvétel helyessége ellen szólottak; tekintetbe jött az előrement saturnismus alapján a gastritis sclerotisans kérdése is, e bántalom azonban, épp úgy mint az esetleg szintén számbajöhető gastritis hypertrophica anaciditással járnak. E bántalmaknak

*

kizárása után mi alapon fejthető meg tehát a fennálló ektasia? Ezen kérdésnek megfejtésére is ad némi útmutatást a chemismus vizsgálata, ugyanis az aránylag a mi viszonyaink között magas aciditással szemben a szabad sósav mennyisége nem mutat oly nagyfokú s arányos felszaporodást, mely jelenség főként jóindulatú pylorus stenosisoknál észlelhető, melyek túlságos sósavproductioval járnak, ezen esetekben az aciditas magas értéke jó részt a kötött sósav mennyiségére vezethető vissza; ezen felvétel teljes összhangzásban volt tényleg az objectiv tünetekkel, melyek alapján a kórisme: *Cicatrisatio regionis pylori cum gastrektasia consecutiva et hyperaciditas hydroclorica* volt.

Betegnél naponkint, néha két izben is alkalikus oldattal gyomormosásokat végeztünk, azonban csekély eredménynyel; hányás sürűen jelentkezett bő mennyiségben (1—2 liter között), az erőhanyatlás fokozatosan előhaladt, mely jelenségek alapján három hét mulva a műtéti beavatkozás lön javaslatba hozva.

* * *

Márczius 24-dikén hajtatott végre a műtét Dollinger tanár által, kinek e helyen is köszönetemet fejezem ki a műtéti jegyzőkönyv készséges átengedéséért. A gyomor a rendes térfogatának körülbelül kétszeresére van kitágulva; fala mindenütt egyenletesen túltengett; a pylorus tájon circularis heg, mely a pylorust annyira szükítette, hogy a levegőnek keresztül szorítása is alig lehető. *Gastroenterostomia antecolica antica* végeztetett. Először a hátulsó serosa-varratot készítjük a gyomor mellső falának alsó széle közelében, ezután a gyomor és bél serosáját s muscularisát átvágjuk s a hátulsó sebajkakat átöltő varrattal egymáshoz varrjuk. Ezen sebvarrat a hátulsó serosa-varrat előtt mintegy 3—5 mm.-nyire fekszik. Ezután a bél s gyomor megnyittatik körülbelül 6—7 cm. hosszúságban s a nyákhártya sebszéleit körkörösen összevarrtuk. Ezt követi a sero-muscularis varrat folytatása a mellső oldalon s végül a mellső serosa-varrat. A jejunumnak a gyomorhoz varrt része körülbelül 40 cm.-nyire fekszik a duodenum alatt.

Tekintettel a beállható gyomorvérzésre, mütét előtt gyomormosást nem végeztünk; a műtét alatt a gyomorban nyákos folyadék találtatott, mely egy hányási mozgás alatt a gyomorból kilocsesant s a mütét területét, a mely a hasüregtől ugyan isolálva volt, ellepte. Ezen körülmény miatt a műtét befejezésével a mütét területét sublimat mullal megtisztítottuk.

Műtét után három napon át tápláló csöréket alkalmaztunk; negyednaptól kezdve 1/4—1/2 óránkint 2 evőkanálnyi tej.

Beteg egy izben sem hányt; a további lefolyás láztalan s egyébként is zavartalan volt.

A műtét után 4 hét mulva megejtett gyomorvizsgálat eredménye a következő:

Ewald-, Boas-féle próbareggeli után 360 cm³ finoman pépes gyomorbennék nyerhető. Górcső alatt: Közepes számú keményítő szemcse, bakteriumok s hasadó élesztőgombák nagyszámmal; Jaworski-fél magvak nem voltak fellelhetők. Günsburg-, tropaeolin, Boas-féle kémlés positiv.

Biuretreactio élénk. Tejsavpróba negativ.

Szabad H Cl mennyisége: 0·0803%; aciditás: 42 1/10 Na OH-dal. (0·149% sósavértékben.) Amylolysis tökéletes, a mennyiben Lugol-oldat szüredék hozzáadására színét nem változtatja meg. Gázfejlődés tetemes. 24 óra alatt 3/4 cső. Pepsinogen: 53%.

Gyomor alsó határa levegővel való felfúváskor köldök alatt három harántujjnyira; a felfúvás könnyen sikerül, a befújt levegő nem távozik az újonnan képzett nyiláson át.

Hányás teljesen megszünt; gyomorzavarok nincsenek, testsúly: 46 kg.

Junius 1-én beteg ismét jelentkezett. Az ekkor megejtett vizsgálat alkalmával próbareggeli után 2 1/2 óra mulva még 80 cm³ gyomorbennék volt nyerhető; következő alkalommal 1 óra mulva 200 cm³, finoman pépes s kissé zöldesen festenyzett; megjegyzem, hogy a gyomor lehetőleg kiüríttetett, minthogy minden egyes alkalommal szívó készüléket alkalmaztunk.

Górcső alatt: kevés keményítőszemcse, számos bakterium, hasadó élesztőgomba; Jaworski-féle magvak nem voltak találhatók. Szabad sósavkémlés positiv.

Tejsavpróba negativ. Szabad H Cl: 0·091%; aciditas: 38 1/10 Na OH-dal (0·138% sósavértékben). Amylolysis tökéletes. Gázfejlődés 24 óra alatt csekély, néhány hólyagocska; 36 óra alatt egész csőre kiterjeszkedő. Pepsinogen: 54%. Jobbra csavaró anyagok mennyisége: 6·3% czukorértékben. Gyomor alsó határa a köldök alatt két harántujjnyira. Testsúly: 59·5 kg.

A vizsgálati eredmények könnyebb áttekintésére szolgáljon a következő táblázat:

Vizsgálat napja	Gyomorbennék mennyisége	Szabad H Cl (a)	Összaciditás	Összaciditás sósavértékben (b)	a—b	Tejsavpróba	Jodpróba	Górcsői lelet	Gázfejlődés	Pepsinogen	Jobbracsavaró anyagok
III/4.	180 cm³	0·164%	79	0·288%	0·124	—	ibolya	Nagyszámú keményítőszemcsék, Jaworski-féle sejtek	Egész cső	61%	2·5%
IV/23.	360 cm³	0·0803%	42	0·149%	0·069	—	barnavörös	Közepes számú keményítőszemcse, élesztőgombák	3/4 cső	53%	5·8%
VI/1.	80 cm³	0·091%	38	0·138%	0·047	—	barnavörös	Kevés keményítőszemcse, hasadó élesztőgombák	Egész cső protrahált	54%	6·3%

Mielőtt ezen eredmények méltatására áttérnék, az ez irányú vizsgálatok rövid áttekintését bocsátom előre.

Gyomorvizsgálatot carcinoma pylori miatt végzett gastroenterostomia után közöl *Jaworski* (műtét *Rydygier* által), továbbá *Kaensche* a Mikulicz-féle kórodáról, mindkét esetben a gyomor chemismusában semminemű változás sem állott be, az achlorhydria változatlanul fennállott, míg a mozgatóképesség *Jaworski* esetében javult.

Rosenheim eseteiben a műtét sem volt képes feltartóztatni a secretorikus functio rohamos hanyatlását. Ép ily csekély számúak, s többnyire hiányosak a pylorus jóindulatú szűkületei miatt végzett gastroenterostomia utáni vizsgálatról szóló közlemények. *Dunin* eseteiben sem a motorikus, sem a secretorikus functio nem tért vissza teljesen a rendeshez, bár némi javulás mutatkozott; *Mintz* és *Grundzach* betegénél pedig műtét előtt sem forgott fenn elválasztási rendellenesség; *Rosenheim* pedig a berlini orvosegyesületben bemutatás alkalmával csak mellesleg, röviden említi fel a hyperaciditas csökkenését, számadatokat nem is említve, hasonlóképen *Schmeisser* is; ennyire szorítkozik az irodalomban az erre vonatkozó adatok száma.

Mily változások állottak be tehát esetünkben a chemismust illetőleg? Legszembetünőbb a hyperaciditas fokának jelentékeny csökkenése, ugyanis 79-ről 42-re, majd 38-ra; azon aránytalanság, mely mint már fennebb említém, jóindulatú pyloris-stenosisoknál található a szabad s kötött sósav értéke között, s a mely számbeli kifejezést nyer *Thomsen* szerint a szabad H Cl s összaciditás között fennálló értékkülönbségben s jelen esetben 0·124 volt, szintén a rendes értékhez tért vissza, ugyanis 0·069 és 0·047-re. A górcsövi lelet értékes felvilágosítást nyujtott a gyomornyákhártya izgalmi állapotának megszünéséről, mely kifejezést nyert a Jaworski-féle magvak eltünésében; a chemismusnak ezen megváltozásával karöltve járt az amylolysis tökéletesebb volta is, a mennyiben műtét után a gyomornedvben erythrodextrin kimutatása nem sikerült, s a saccharificatio mind teljesebbé lön, a mennyiben a jobbracsavaró anyagok mennyisége czukorértékben kifejezve 2·5%-ról 6·3%-ra, azaz normalisra emelkedett.

A visszafejlődésnek már nem ily tökéletes képét nyujtja egyrészt a gyomor dimensioinak, másrészt mozgató képességének ismételt vizsgálata. Úgy *Dunin* gastroenterostomia, mint *Klemperer s Rosenheim* pylorectomia után a tágult gyomornak rendes nagyságára való visszafejlődését igen kiemelik; eseteinkben is e tekintetben némi javulás ugyan mutatkozik, a mennyiben a mütét után három hó mulva a gyomor alsó határa a köldök alatt 3 cm.-nyire volt található, azonban ezen idő alatt a teljes visszafejlődés nem következett be. A mozgatóképesség elégtelenségének egyik jele gyanánt szolgál már ama körülmény is, hogy próbareggeli után egy óra mulva 360, majd 210 cm^3 gyomorbennék volt nyerhető, mely minden esetre pathologiai jelenség; a motorikus insufficientia fokának megitélésénél újabban *Hoppe-Seyler, Kuhn, Strauss, Wissel* és *Vauthey* vizsgálatai alapján a gázfejlődés foka és gyorsasága értékesíthető, mely mütét után 4 hét mulva még igen jelentékeny volt s három hó mulva sem szünt meg teljesen; akkor azonban már igen protrahált volt, a mennyiben 24 óra mulva a gázfejlődés csak néhány hólyagocska képződésére szorítkozott, s csak 36 óra mulva foglalta el az erjesztő edény egész csövét.

Ezen eredmények alapján áttérek a gyomorbántalmak s főként a túlságos sósavelválasztással járó alakok kórtanában néhány még eldöntetlen kérdésnek tárgyalására.

A hyperchlorhydriának alapjául a szerzők többsége, mint *Mathieu, Bouveret, Fleischer, Schüle, Ewald, Boas, Pick* és mások, a secretorikus neurosist tekintik, míg mások, főként franczia szerzők, mint *Hayem, Roux, Robin, Carle és Fantino*, a pylorus szükületét veszik fel, legyen az bár organikus elváltozás vagy pedig izomgörcs folytán feltételezve, egy harmadik csoport, melynek főképviselői gyanánt tekinthetők *Riegel s Jaworski*, a hyperaciditas hydrochloricát önálló kórkép gyanánt véli értelmezni, mely a mirigyszerkezet szöveti elváltozásával járna; ez utóbbi felfogást látszanak támogatni újabban *Cohnheim és Hemmeter* vizsgálatai, kik hyperchlorhydriának több esetében a fedősejtek proliferatióját állapították meg, ezzel ellentétben *Oestreich*, kinek alkalma volt 11 évig fennálló hyperchlorhydria után a gyomornyákhártyát szöveti vizsgálatnak alávetni, azt teljesen intactnak találta. Esetünkben a gyomorbennék pangásának megszüntetése után a túlságos sósavképződés rövid idő alatt megszünt, mely körülmény legkétségtelenebb bizonyítéka a fokozott inger aetiologiai szerepének s a mely állandó voltánál fogva vezethet a nyákhártya secundaer elváltozásaira s ekként értelmezendők *Cohnheim, Boas s Hemmeter* szövettani vizsgálatainak eredményei is, annál is inkább, minthogy a fedősejtek túltengése s a fősejtek pusztulása nem mint állandó jelenség mutatkozott, hanem a fennálló hyperaciditas némely eseteiben a nyákhártya normalis képet mutatott, másokban pedig a mirigycsövecskék atrophiája s az interstitialis anyag szaporodása volt felismerhető, mely utóbbi lelet indirecte ugyan a hyperchlorhydriának neurotikus eredete mellett szólana.

Ujabban ismét napirendre került a hyperaciditasnál az amylaceák emésztésének kérdése! Az egyik tábor, kiindulva *Ewald* és *Boas* vizsgálataiból, hogy a fölös H Cl a ptyalin hatást lerontaná s ekként a saccharificatiót jelentékenyen háltráltatná, a keményítőtartalmú anyagokat a hyperchlorhydriások étrendjéből kizárni véli, mint *Boas, Rosenheim, Riegel, Fleischer, Penzoldt* s mások; ezzel ellentétben tapasztalataikra hivatkozva főként *Jürgensen*, mint leglelkesebb híve e felfogásnak, továbbá a franczia szerzők egy része, *Dujardin-Beaumetz, Bardet, Mathieu, Bouveret*, végre *v. Sohlern* és *Fleiner* az amylaceák emésztését hyperaciditas hydrochloricánál nem tekintik hiányosnak vagy gátoltnak.

Esetünk a sósavelválasztás megváltozásánál fogva e tekintetben is némi érdekkel bir.

Az amylolysis hiányos voltát igazolta mütét előtt a jodpróba színváltozása, a jobbracsavaró anyagok csekély mennyisége a szüredékben, t. i. 2·5% (rendesen 5·0—7·0%) s a górcsövi vizsgálatnál a keményítő rögcsék nagy száma; míg mütét után a hyperaciditas megszünésével az amylolysis tökéletessé lön, mely kifejezést nyert egyrészt, hogy erythrodextrin már nem volt kimutatható, másrészt a jobbracsavaró anyagok mennyisége 6%-ra emelkedett s a górcsői képben csak csekélyszámú keményítő rögcse volt fellelhető. Mindezek kétségtelen jelek, hogy a túlságos sósavképződés a keményítő anyagok emésztésének hátráltatására vezet s Jürgensen és társai felfogásának helyességét legalább is kétségesnek tüntetik fel.

Végül egy körülményre bátorkodom a figyelmet felhivni, melynek alapján ugyan a felvetendő kérdésről végérvényes itéletet mondani nem jogosult, azonban minden esetre felemlítésre méltó s melyet nagyobb számú vizsgálatok alapján lesz alkalmam máshelyütt bővebben tárgyalni; ugyanis általánosan elfogadott nézet azon szigorú parallelismus, mely a H Cl és a pepsinelválasztás között fennállana, a mely természetes folyománya ama körülménynek, hogy a pepsinelválasztásnak quantitativ viszonyai pathologiai körülmények között kevésbbé képezték behatóbb tanulmány tárgyát, bár már *Riegel* és *Sticker* körülbelül egy évtized előtt a pepsinelválasztás önálló zavarai lehetőségének kérdését felvetik, melynek bizonyítékát ugyan nem szolgáltatták. Esetünkben a pepsinogen mennyisége a mütét előtt 61% volt, mely érték teljesen normalisnak tekintendő s épenséggel nem mutat minden körülmények között fennálló parallelismusra, mivel ez esetben jóval magasabb értéket kellett volna nyernünk 79 összaciditás mellett; figyelemre méltóbb a műtét után beállott viszony, ugyanis a H Cl mennyiség csökkenésével nem tartott lépést a pepsinogen; míg az aciditas 38-ra sülyedt, mely már alacsony értéknek tekintendő, addig a pepsinogen mennyisége csekély ingadozást mutat, a mennyiben 54%-nak felelt meg.

Mint már fentebb említém, nem czélom e helyen ezen kérdésnek bővebb ismertetése, mely csak nagyobbszámú ily irányú vizsgálatok alapján jogosult s csak mint figyelemre méltó jelenséget bátorkodtam felemlíteni.

Vizsgálataink alapján eredményeinket a gyomor működésében gastroenterostomia után beálló változásokat illetőleg a következőkben foglaljuk össze:

1. A hyperaciditas fokának jelentékeny csökkenése; azon aránytalanságnak kiegyenlítődése, mely a szabad és kötött H Cl mennyisége között fennállott.

2. A hyperaciditas visszafejlődésével kapcsolatban a hiányos amylolysis is tökéletessé lön.

3. A motorikus elégtelenség visszafejlődése nem oly tökéletes, mint a hyperaciditasé, azonban e tekintetben is javulás mutatkozik, a mennyiben a gyomortágulat foka csekélyebb lön.

4. A pepsinsecretio a H Cl-elválasztás ingadozásaival szemben állandó magasságon marad.

Irodalom.

1. *Obalinski u. Jaworski.* Wien. klin. Wchschrft. 1889. Nr. 5 u. 17. 2. *Kaensche.* Deutsch. med. Wchschrft 1889. Nr. 29. 3. *Th. Rosenheim.* Deutsch. med. Wchschrft. 1892. Nr. 29. 4. *Dunin.* Berlin. klin. Wchschrft. 1894. Nr. 3, 4. 5. *Grundzach u. Mintz.* Revue de méd. 1893. Nr. 11. 6. *Rosenheim.* Deutsch. med. Wchschrft. 1894. Vereinsbeilage. 7. *Mintz.* Zeitschrft. f. klin. Med. 1894.

Észrevételek Borbély Samu dr. mütő: „A magas hólyagmetszés“ czimü czikkére.

Irta: *Hültl Hümér* dr. egyetemi szaksegéd.

Az „Orvosi Hetilap“ 50—51-dik számában *Borbély Samu* dr. tollából fenti czím alatt egy értekezés jelent meg. Az ebben elmondottakkal nem mindenben értve egyet, mint a hetilap olvasója, kötelességemnek tartom a sebészettel különösebben nem foglalkozó olvasótársaimmal szemben némely kérdésre nézve álláspontomat körvonalozni. Egyedül ez az oka, hogy *Borbély* dr. tőlem is észrevételeket kap czikkére vonatkozólag, lehet, még mások is fel fognak szólalni.

Mivel azonban a dolgozatba néhány apró tévedés is becsúszott, I. alatt előbb megpróbálom ezeket kiigazítani. Vannak részek, melyeket nem értek, ezeket II. alatt sorolom fel és csak azután fogom III. alatt szerény észrevételeimet megtenni.

I. 619. lap első hasáb 19. sor, azt irja B. dr., hogy a magas hólyagmetszésnek „*Aynz Veda lett volna a megteremtője*“. Ez tévedés, mert először is nem *Aynz*, hanem *Ayur Veda*, másodszor pedig ez nem egy ember, hanem egy könyv, melyet nagyrészt *Susruta* szerzett, a ki hogy élt-e? valóban kétséges, mert „*ez ind neve Sokratesnek, kit Hippokrates-szel* (és nem *Hypokrates*, mint B. dr. irja) *téveszettek össze*“. Ha tehát *Nevermann* phanta-

siájának hiszünk, akkor esetleg *Susrutaban* tiszteljük a kömetszés felfedezőjét.

A harmadik pont így szól: „*Blasius* Akiurgiájában e mütétet *Archigenestől* (nem *Archygenes*) eredőnek véli, de ezt megczáfolja *Ferdinand Petersen*, ki azt mondja, hogy ez téves állítása az egyes íróknak, mert ő az egész Akiurgiát átnézte, de ennek nyomára nem akadt". *Petersen* azonban nem ezt mondja, hanem azt, hogy „*Blasius* giebt in seinem Handbuch der Akiurgie an, dass *Archigenes* die Operation vorgeschlagen haben soll, doch habe ich sonst Nichts darüber finden können".

A negyedik pontban elmondja B. dr., hogy a *bambergi* székesegyházban van egy dombormű, mely azt ábrázolja, midőn *II. Henrik* császáron a *Monte-Cassino* kolostorban (tehát nem a *monte-casinoi hegyen*) magasmetszést végeznek. Ezen állítólagos történelmi adat azonban egyáltalán nem bizonyítja azt, hogy a mütétet 1002—1024 között már ismerték, legfeljebb arra lehetne belőle következtetni, hogy 1500 körül tudhattak róla, mert 1499—1513-ig faragta ki *II. Henrik* császár mondott képpel díszített sarcophagját *Riemenschneider* szobrász, *Heinrich Gross, trockaui* püspök meghagyásából. Azért, mert székelyföldön egy templomban úgy van lefestve *Ábrahám*, a mint felajánlja *Izsák* fiát istennek és puskával akarja lelőni, még nem következik, hogy a zsidók már a bibliai időben feltalálták a puskaport.

A második hasáb első pontjában valami „*szabad lövő*" van felemlítve, kin *Germain Colot* végezte a sectio altat. Ez a szabad lövő tulajdonképen *Petersen* szerint egy katona. *Zuckerkandl* (W. klin. Wochenschrift 1893, és nem Wiener med. W.), kitől ez adat idézve van, *Freischütz*-öt említ.

A második bekezdés így kezdődik: „*A XVI. században Peter Franco egészen biztosan használja e mütéti módot s a Celsus előírása szerint operál*". Ezt olvasva, tisztelt társaim azt gondolják, hogy *Franco Celsus* szerint végezte a magas metszéseket. Ez tévedés. Mert először *Celsus* nem végzett soha magas metszést, másodszor pedig, mert *Franco* ezen mütétnél: „*den Success vor einen puren Hazard gehalten, sie selbsten zu practiciren missrath,*"[1] csak egyetlen egyszer végezte, midőn a szükség kényszerítette reá:[2] „Dieser grosse Chirurg suchte nämlich bei einem zweijährigen Kinde den Stein nach der *Celsischen* Methode zu entfernen, da aber dies wegen Grösse des Steines und hoher Lage der Blase nicht gelang, hob er den Stein mit dem Finger vom After aus in die Höhe, und eröffnete die Blase sammt der Bauchwand, durch einen ober dem Schambogen geführten Schnitt."[3] *Heister* még ehhez hozzáteszi: „derohalben, weil des Kindes Eltern sehr darum baten" (823. l.).

E pontban és a következőkben javítandók ezen tulajdonnevek: „*Rosset*" recte *Rousset*, „*Braun*" recte *Braune*, „*Miltot*" recte *Millot*, „*Russet*" recte *Rousset*, „*Frere Come*" recte *Frère Côme*, „*Homme*" recte *Home*, „*Minian*" recte *Minin*, (Chirurg. Vestnik St. Petersburg 1885, 165—173. l.); a 620. lapon „*Barwel*" recte *Barwell*; 633. l. „*Bazzy*" recte *Bazy*; 634. l. „*Thomson*" recte *Thompson*, „*Perie*" recte *Perier*, „*Ponson*" recte *Poncet* (a cystostomia származik tőle, azért a franczia sebészek *Petit H.* ajánlatára *Poncet-féle mütétről* beszélnek. A németeknél „*Witzel-sche Schrägfistel*). „*Willet*" recte *Willett*, „*Lambert*" recte *Lembert*; 635. l. „*Petze*" recte *de Pezzer* (catheterjét egyébiránt *Malécot* után is hivják). „*Mare See*" recte *Sée* (ki már 1887-ben 478 magasmetszést állított egybe. Csak 13 esetben lett megsértve a hashártya. Ezek közül 3 halt meg).

Tévedés, ha B. dr. azt irja (620. l. első hasáb, 1. pont), hogy a sectio altara a figyelmet *Bergmann* tereli, „*annak előnyeit fejtegeti, s mint egyedüli létjogosultságú húgykö-mütétet mutatja be*". Ellenkezőleg: *Bergmann* örömmel üdvözölte azon nagy haladást, melyet a litholapaxia a lithotripsiával szemben képez. Csak ha a morzsolás lehetetlen, ajánlta a magasmetszést *Petersen* szerint. Kimondotta, hogy a hólyagot mindig varrni kell. Erre az elnöklő *Volkmann* jól elvetette a sulykot, mert azt mondotta: hogy a litholapaxia és lithotripsia olyan módszerek, melyek már nincsenek összhangzásban a mostani antiseptikus időkkel.[1] Tehát *Volkmann* és nem *Bergmann* tette a „*nagy mondást*".

Tévedés, ha B. dr. azt hiszi, hogy „*Trendelenburg keresztmetszést végez, s így paralell s nem reá vág a peritoneum lehajtására*", mert ő a fanívvel párhuzamosan metsz be, vagyis harántul a test hossztengelyére.

Egy kis számítási hiba is becsúszott. 619. l. második hasáb, utolsó sorban „10·5" betegre" 6·5-re helyesbitendő.

II. Nem értem (620. lap harmadik pont), hogyan „*szüli a vakon követés azt a nagy mortualitast* (sic), *a mit nem egyszer s nem egy alakú hamar felkapott eljárásoknál tapasztalunk*"; nem értem, hogy történik az, midőn „*az esetek egyénenként váltakoznak*"; hogy miért ne követelnének a többi kömütétek ép „*oly pontos indicatiót, mint a magasmetszés*". Nem tudom, milyen „*a hólyag vagy a prostata hátrafelé való vérzése,*" melynél a magasmetszés által „*a meggyötört beteg nyugalma biztosíttatik. S itt hiába védik a sectio perinealist . . .*" „*de egy igen nagy előny a magasmetszésnél az, hogy ez után a vérzés ex vacuo meglepetésszerüen fel nem léphet.*" (633. l. második hasáb, 1. pont).[2] Bátor vagyok kérdezni, ki akar hólyagbevérzéseknél sectio perinealist végezni?

Nem látom be, hogy „*a mütét technikájában mint vörös fonal húzódik keresztül a peritoneum megsértése s a követő húgyinfiltratio veszélye*" (633. l. második hasáb, 5. pont). A metermértékhez lévén szokva, nem tudom megbecsülni a távolságot, midőn olvasom, hogy: „*A hashártya a symphysis alatt 1·5 zollal fekszik.*" Miért és hogyan kell számolnom a végbél ellennyomásával? (633. l. utolsó és 634. l. első sora). (Talán teltségével?)

Tudom, hogy a hasfalon ejtett harántmetszések ellen érv gyanánt felhozzák, hogy sérvekhez vezetnek és elismerem, hogy a pontos egyesités ezt kizárja, nota bene, ha utána prima reunio következett be. De nem fogadhatom el, hogy a „*helyes kemény tamponálás*" is megtenné ezt, mert heg keletkezvén, az mindig többé-kevésbbé tágulékony.

Nem értem, hogy a bakteriologia legfőbb virágzásának decenniumában, miként lehet 1855-ből *Menschelt* idézve a következőkép méltányolni a húgyinfiltratio veszélyét: „*A húgyinfiltratio, melyet a pathologikus húgynak a hólyag körülötti szövetekbe jutása okoz s mely mint a kötőszövetekbe jutott idegen test fejti ki hatását, sokkal fontosabb következménye ma is a magasmetszésnek a peritoneum megsértésénél.*" 634. l. h. 3. p.)

Végre nem hallottam eddig impermeabilis cathetert említeni. Pedig van, mert szerző külön kiemeli: „*a hólyag egyesítése után a vizelet állandó távoltartása a permeabilis catheter útján éretik el*". (635. l. I. h. 6. p.) A mit a tamponálásról mond szerző (635. l. II. h. 1—13. sor), azt már megértem és még azt is szivesen elismerem, hogy „*ennek az igen egyszerü dolognak igen meritalis haszna van*", de ezzel át is térek szerény észrevételeimre.

III. A czikk bevezetését képező történelmi részre vonatkozólag két szerény észrevételt vagyok bátor megkoczkáztani.

Akár milyen rövid ez az összeállitás, czélja csakis az lehet, hogy a mütét fejlődéséről, vagyis helyesebben kiképzéséről az olvasót tájékoztassa. A meseszerüen hangzó *hinduk*, a *Monte-Cassinon* operáló *Szt.-Benedek*, meg ama bizonyos *Meudon*-ból való szegény bünös helyett „*kit fejedelme XI. Lajos halálra itél s választást ad neki a halál és a mütét kiállása között*" jobb lett volna felemlíteni, hogy *Frank* (1561) operatiója után *Rousset*-n kivül *Tolet, Bonnet, Solingen, Hildanus, Heister, Le Blanc* stb. és különösen *Douglass* (1719) és *Cheselden* (1723) irtak erről a

[1] Dr. *Lorenz Heisters* Chirurgie, Nürnberg, 1770, 822. lap.

[2] *Franco* saját szavai ezen esetről szószerinti fordításban olvashatók Arch. für klin. Chir. XXVIII. k. 884. l.

[3] *Büchler*, Die chirurgischen Operationen der *V. Wattmannschen* Schule, 177. l.

[1] Deutsche med. Woch. 1884, 736. l.

[2] Szószerint idézve *Zuckerkandl*-t (W. kl. Woch. 1893, 101. és 123. l.), kire B. dr. hivatkozik, következő értelmű dolog lát világot: Hólyagbevérzésnél a sectio altat végezzük, mely „behebt, mit einem Schlage alle Symptome. Mit Rücksicht auf die sofortige Euphorie, die nach den schweren Erscheinungen durch den Blasenschnitt mit einem Male eintritt, ist diese Operation in ihrem Effecte, mit der Tracheotomie oder Herniotomie in eine Linie zu stellen". És „Die klinische Thatsache, dass der hohe Blasenschnitt hämostatisch wirkt, steht fest, schwierig ist aber die Frage nach dem Grunde, warum nach der Eröffnung der Blase die Blutungen sofort sistiren, umsomehr, als es ebenso unwiederleglich feststeht, dass bisweilen gerade durch die Entleerung der Blase mit dem Catheter nach länger dauernder Retention eine Blutung provocirt wird, die sogenannte Hämorrhagia ex vacuo". A következő sorok ezen paradox jelenségnek pompás magyarázatát adják és a magas hólyagmetszést mint ultimum remediumot ajánlják.

tárgyról. Hogy utóbbi e módszert elhagyva, később a laterális metszés híve lett, hogy a *Cosme*-féle műtét épenséggel nem volt az a sectio alta, a melyet ma végezünk és a melyre vonatkozólag B. dr. czikke néhány szerző nézetét jelzi. Mert *Côme* (83 esetben) a húgycső megnyitásával kötötte össze az epicystotomiát, „*sonde à dard*“-jával az urethra sebéből döfve át a hólyag mellső-felső falát. Még *Deschamps* is magáévá tette *Côme* azon nézetét, hogy a vizelet és geny könnyebben folyik ki a gát sebén, mint az állandó catheteren át, azért a végbél felől is megnyitotta a hólyagot. Különösen *Scarpa*-nak munkái következtében elégedtek meg az egyszerű catheterrel. Hogy még akkor is, midőn a műtők többsége elvetette a magas metszést, *Amussat*, *Dzondi*, *Souberbielle* (ki állítólag 1000 magas metszést végzett) stb., később *Schuh*, *Pitha*, *Langenbeck* stb., melegen szót emeltek mellette. Szóval én sajnosan nélkülözök a czikkben több igen fontos adatot, melyek minden kézikönyvben ép oly könnyen hozzáférhetők, mint azok, a melyek közölve vannak, de talán nem oly érdemlegesek. Avagy *Linhart*-tal tart B. dr., ki azt mondja, hogy a kőmetszés története: „*sei das unerquicklichste, zeitraubendste und für den Praktiker nutzloseste Studium der ganzen Geschichte der Chirurgie*“. Igen? de akkor minek fogott bele.

És a mint kevés szavakban tett B. dr. említést néhány úttörő mesterről, ép oly szűkösen bánt el azon magyarokkal,[1] kiknek szintén adatott, hogy ezen kérdés irodalmához hozzájáruljanak. *Antal* és *Brandt*-on kivül csakis *Kovács*-ról van említés téve. A 620. l. I. h. 2. p. t. i. azt mondja: „*Alig volt a magas hólyagmetszésnek akkora ellensége, mint Kovács, ki szó nélkül szép statistikával bizonyította a többi húgykőmütétek létjogosultságát, azonban csupán azon érv, hogy miért csináljunk egy kicsi laparatomiát, mikor más úton is czélt érhetünk, nagyon általánosít s egyik vagy másik műtéti modorhoz való részrehajláshoz vezet!*“ Herkulesre! B. dr. *Kovács*-ot nem értette meg, ha ezen állítást le tudta irni. Mert *Kovács*-nak a magasmetszésről ez volt a véleménye: Minden követ, melyet a bevitt közúzó műszer meg birt fogni és az elgörbülés veszélye nélkül képes volt elroppantani: zúzott. Csakis a köves egyén alkata birta rá, hogy a morzsolástól elálljon. Nem zúzott tehát fejletlen urethrájú gyermekeknél, stricturás köveseknél és oly egyéneknél, kiknél a hólyag és vesék megbetegedése mellett nagy vagy sok kő volt, melyek elzúzása a debilis veséket afficiálta volna. A metszésre vonatkozólag *Kovács* álláspontját ezen sorok jellemzik:

Gyógyászat 1883. „Hogyha az urak anatomikus ismereteik alapján átvizsgálják, hogy mily képleteken megy keresztül a sebzés a réskészítésnél a gáton és mily képleteken a symphysis ossium pubis felett, akkor egy pillanatra mondhatják, hogy a symphysis feletti metszés észszerübb.

(Folytatása következik.)

[1] Általában hólyagmetszésre (kövekre) vonatkozólag közöltek vagy tudományos gyüléseken beszéltek: *Alapi*, *Bakó*, *Balassa* (*Réczey* szerint 4 esetben sikerrel végzett magasmetszést, oly időben, mikor még csak desperat esetekre állott fenn a javalat. Wiener med. Presse, 1879, 79. l.) *Baron*, *Baumgarten*, *Bécsi*, *Bókai*, *Farkas*, *Herczel*, *Ivanchich*, *Kramer* (Mező-Berény), *Kuzmik*, *Ludvik*, *Lumnitzer*, *Makara*, *Navratil*, *Prochnov*, *Réczey*, *Szentirmai*, *Thuróczi*, *Verebélyi* stb.

TÁRCZA.

Az év lejártán, az új év elején.

Ahhoz a nagy és folytonos átalakulási folyamathoz, a mely orvosi tudományunkat az utóbbi évtizedek folyamán majdnem minden ízében átváltoztatja és állandó forrongásban tartja: a letünő év is sok tekintetben hozzájárult a maga eredményeivel. Mint az utóbbi években általában, ez évben is különösen a betegségek kóroktanára és prophylaxisára vonatkozó kutatások, valamint az ezzel kapcsolatos therapeutikus törekvések uralták a vizsgálódások és alkotások terét. A bombay-i pestist tanulmányozó bizottságok dolgozatai tetemes világosságot derítettek a pestis okára, keletkezése és elterjedése módjára, Koch Róbert vizsgálatai folytán újabb néző pontok merültek fel a marhavész, a malária okaira és elterjedésére. Az afrikai gyarmattelepek orvosbúvárai a beriberi betegség ismeretéhez járultak közre kutatásaikkal. A preventiv és kurativ védőoltások és a serumtherapia terén is több irányban fejlődtek az ismeretek.

A preventiv sebkezelés és ennek alapján az operativ sebészet folytonos fejlődéséhez sok irányban conferált ez év tudományos működése, különösen a hasüri szervek operativ sebészetének több irányban való tovább fejlesztésével és az érzéstelenítő operáló módszerek tökéletesítésével.

Talán a legjellemzőbb ez év orvostudományi törekvéseire a gümőkór elterjedése ellen való küzdelemnek úgyszólva egyetemes felvétele a legkülönbözőbb országokban. Erre az impulsust néhány év előtt a tuberculosis kórokozójának felfedezése után azon collektiv vizsgálatok adták meg, melyeket a gümőkórra vonatkozólag Német- és Angolország orvosai végeztek. Tetemesebben lendületbe hozták ez ügyet a párisi gümőkór-congressusok, a melyeknek vitái és megállapodásai sok praktikus intézkedéseknek vetették meg alapját. Innen indultak ki azon törekvések, hogy a gümőkór ellen egyetemes közintézkedésekkel kell küzdeni, részint államilag, részint társadalmi úton, mely törekvések visszhangra keltek Európa több országában, legutóbb Angliában is, a hol a walesi herczeg elnöklete alatt nemzeti bizottság alakult meg a tuberculosis ellen való küzdelemre. E törekvések, mint ismeretes, már korábban megindultak hazánkban is.

A therapia modern átalakulási folyamatában a Brown Sequard-féle vizsgálatokból kiinduló organotherapia fellendülése is elég jellemző vonást nyújt a letünt év orvosi törekvéseinek.

Az orvostársadalmi közélet vajudásai és küzdelmei az elmult év folyamán úgyszólva valamennyi kulturállam orvosi rendjében, úgy mint az előbbiekben, szintén folyamatban voltak a nélkül, hogy valamelyes irányban tetemesebb eredményeket hoztak volna létre.

Hazai orvosi tudományos életünk részint egyetemeink intézeteiben, részint a különböző orvosegyesületekben folyik. E tekintetben a mult év is úgy, mint az előbbi, elég elevenséget tüntet fel. Klinikáink és intézeteink laboratoriumaiból — különösen a budapestiekéiből — elégszámú tudományos dolgozat látott napvilágot. Az orvosegyesületekben különösen casuistikus észleletek bemutatásában az előbbi évekhez képest még nagyobb serénység mutatkozott, a mihez járultak még az orvosegyesület különböző szakosztályainak vitabemutatásai. Ezen irányban oly nagy volt a productio, hogy annak előtüntetésére — mint olvasóink előtt ismeretes — lapunkhoz külön egyesületi mellékletet kellett berendezni. Ezen élénk szellemi productio intensitása érdekében óhajtandó volna, hogy a casuistikus bemutatások nagyobb összefoglaló előadásokkal is váltakozzanak.

A hazai orvosi oktatás történetében az elmult év szintén nevezetes fog maradni. A budapesti egyetemen a két nőorvosi klinika, a két boncztani tanszék, a kolozsvári egyetemen az összes klinikák kaptak modern helyiségeket; ez évben kezdték meg a budapesti egyetemen a központi egyetemi épület felépitését is. Feljegyzésre méltó a hazai orvosi oktatás szempontjából az is, hogy ez évben mondatott ki az osztrák és a magyar egyetemek doktori okleveleire nézve az eddig fennálló kölcsönösség megszüntetése, mely intézmény ez év január 1-jével lép életbe. Ez intézkedésnek a hazai orvosi oktatás szempontjából való fontossága később fog kitünni, a mennyiben várható, hogy az orvosi pályára lépők ezentúl legalább utolsó tanéveiket magyar egyetemeken fogják tölteni. Sajnos, hogy nem jegyezhetünk fel ilyen kedvező intézkedést szigorlati rendszerünkre vonatkozólag is. Az orvostudománykarok már 10 évvel ezelőtt fel lettek szólítva új, az előbbrehaladt tudomány igényeinek megfelelőbb szigorlati rendszer kidolgozására. Ez új szigorlati rendszer el is készült, több ministeri tanácskozások folyamán ismét meg ismét át lett vizsgálva, a végső megállapodás is megtörtént, az életbeléptetés még mindig késik az orvosi képzés határozott kárára. Szóba hozatott az időközben életbe léptetett, de gyakorlatilag be nem vált tisztiorvosi és törvényszéki orvosi vizsgáknak revideálása is; mindez irányban azonban még — noha mindenki érzi a megfelelő reform szükségét — csak a tanácskozások is alig vették kezdetüket; pedig a hazai ifjúságnak újabb időben az orvosi pályától való tartózkodásának egyik oka bizonyára az orvosi oklevél és különböző képesítés megszerzésének nehézsége, mely a többi pályákhoz képest túl-

ságos teherrel, költséggel és szellemi fáradsággal nyomja az e pályára menőket, a mely nehézségen hovahamarább okvetlenül segíteni kell.

Az ország közegészségügyi kormányzatának üdvös intézkedései gyanánt jegyezhetjük fel az elmult évről a nyilvános betegápolás költségeinek fedezéséről szóló törvény és ezzel kapcsolatban a szegény betegek számára ingyen gyógyszer szolgáltatásra, valamint a közkórházakra, gyógyintézetekre és üdülőházakra vonatkozó rendeletek létesítését, valamint a pellagra-járvány érdekében tett intézkedéseket is. A közegészségügyi kormányzat szakértő tanácsa az elmult év folyamán is éber figyelemmel kisérte a hazai közegészségügyet és annak érdekében megfelelő esetekben (pellagra, pestis) idejekorán felhivta a szükséges teendőkre a kormányzat figyelmét.

A hazai orvostársadalmi életben legjellemzőbb volt az elmult év folyamán az Országos orvosszövetség vidéki fiókjainak megalakulása. Rövid egy év lefolyása alatt az országban csaknem minden törvényhatóság megalakította a maga fiókszövetségét, annak jeléül, hogy az eszme népszerű és az orvosi rend szervezésének ezen módszere megfelel a magyar autonomikus felfogásnak. E fiókszövetségek a ránk jövő év folyamán már elkezdhetik nemes hivatásukat. Az Országos orvosszövetség igazgató tanácsa rövid idő mulva javaslattal fog előállani egy orvosi nyugdíj- és segély-intézmény létesítése érdekében: a fiókszövetségek feladata leend megbirálni, javítani és a helyi érdekekhez átalakítani e javaslatot, a mely, ha életbe léphet, üdvös első lépés gyanánt fog szolgálni a hazai orvosi rend anyagi állapotának némi javítására.

Kivánjuk, hogy a ránk jövő év is meghozza a maga javait orvosi tudományos életünk, orvosi oktatásunk, hazai közegészségügyünk és orvostársadalmi állapotaink helyes továbbfejlödése érdekében.

Az orvosi szakértő mint tanú.[1]

Az orvosi tudomány az igazságszolgáltatás terén is közreműködik, ha a biró hiányzó szakértelmének pótlására, akár büntető, akár polgári jogügyekben az orvosi szaktudomány segitségét veszi igénybe.

Olyan esetekben, a mikor két tudománykör határai érintkeznek, az a feladat, hogy a két tudománykör között netán fenforgó ellentétek lehetőleg elsimuljanak és mind a két tudománykör érdekei kiegyenlítést nyerjenek; kivánatos tehát, hogy akkor, a mikor az orvosi tudomány a jogtudománynak segítségére van, az orvosi tudomány jogos érdekei is kielégítessenek.

Abban a kérdésben azonban, a melyre a szövetség figyelmét ezúttal irányítani bátorkodom, az ellenkezőt, t. i. azt tapasztaljuk, hogy az orvosi tudománynak, illetőleg e tudomány müvelőinek, rendünk tagjainak érdekei sérelmet szenvednek. A szóban forgó sérelmet annak az eljárásnak az alakjában találom, a melyet bíróságaink az orvosi szaktudomány igénybevétele körül ez idő szerint követnek. Előbbi időben, ha a biró az orvosi szaktudományhoz folyamodott, az volt az eljárás, hogy a biró az orvost szakértőként hallgatta meg, tőle véleményt kivánt és szakértői esküt vett ki. Utóbbi időben azonban igen gyakran mint tanuk állunk a bíróság előtt, hogy tanúságot tegyünk olyan tényekről, melyeket szaktudományunk segélyével észleltünk és melyekről ép azért csak szakértői véleményt állana módunkban nyilvánítani és arra kényszeríttetünk, hogy a szakértői eskü helyett, más természetü és következményeiben súlyosabb jellegü tanúi esküt tegyünk le. Sérelmesnek találom ezt az eljárást nemcsak az anyagiak szempontjából, a mely szempontot csak mellékesen az utolsó sorban kivánom felhozni, hanem főkép az orvosi tudomány képviselőinek erkölcsi súlya szempontjából, és mivel a sérelem nemcsak az egyes egyéneket, hanem az egyénekben az orvosi rendet is érinti, szükségesnek tartom, hogy ezen kérdéssel szövetségünk foglalkozzék és a czélszerünek talált intézkedéseket megtegye.

* * *

A bíróságok sérelmes eljárásának, legalább a polgári ügyekben, törvényi alapja van.

[1] Előadatott a budapesti orvosi szövetség 1898. deczember havi ülésén.

A sommás eljárásról szóló 1893 évi XVIII. t.-cz. 94 §-ának utolsó bekezdése akkép rendelkezik:

Szakértői személyek, a kik oly elmult állapotokról és ténykörülményekről tanuskodnak, melyek észleléséhez szakértelem volt szükséges, tanuknak tekintetnek és reájuk a tanúkihallgatásra vonatkozó szabályok alkalmazandók.

Az 1893. évi XVIII. t.-cz. 215. §. ezt a rendelkezést a rendes eljárásra, ide értve a kereskedelmi és váltóeljárást is, kiterjeszti, mihezképest az a polgári peres eljárás mindkét nemében alkalmazandó, sőt az 1896: XXVI. t.cz. 114. §-a rendeleténél fogva alkalmazandó a közigazgatási bíróság előtti eljárásban is.

Megfelel ez a szabály a külföldi perrendtartásoknak és hogy ezek közül csak a minket legközelebbről érdeklőket említsük, az új osztrák és a német birodalmi polgári perrendtartás szabályainak is. Az utóbbinak 379. §.-a ugyanis így szól: Insoweit zum Beweise vergangener Thatsachen oder Zustände, zu deren Wahrnehmung eine besondere Sachkunde erforderlich war, sachkundige Personen zu vernehmen sind, kommen die Vorschriften über den Zeugenbeweis zur Anwendung.

Az osztrák polgári perrendtartásban pedig a 350. §. mondja ki a szabályt ekképen: Die Vorschriften über den Zeugenbeweis finden auch Anwendung, insoweit zum Beweise vergangener Thatsachen oder Zustände zu deren Wahrnehmung eine besondere Sachkunde erforderlich war, solche fachkundige Personen zu vernehmend sind.

Megtaláljuk ezt a szabályt a magyar polgári perrendtartás törvényjavaslatának előadói tervezetében (1893) is, melynek 376. §-ában azt olvassuk: Ha szakértő személyek oly elmult ténykörülményekről vagy állapotokról tanuskodnak, melyeknek észleléséhez szakértelem volt szükséges, tanuknak kell őket tekinteni és ilyenekül kihallgatni.

Az új büntető perrendtartásban (1896: XXXIII. t.-cz.) ilyen rendelkezést nem találunk.

Hogy már most a törvényes rendelkezés jelentőségét megérthessük és helyességét birálat tárgyává tehessük, mindenekelőtt vizsgáljuk meg I. azt a különbséget, a mely a törvénynek a tanúkihallgatásra és a szakértők meghallgatására vonatkozó szabályai között mutatkozik, II. azt a különbséget, mely a tanuk és a szakértők perbeli állása között az elméletben, tehát a perjog elvei szerint fennáll.

I. A tanukra és szakértőkre vonatkozó törvényes szabályok.

1. Az első különbség már a bizonyítás felvétel elrendelésében található, a mennyiben a tanuk kihallgatását csak valamelyik fél kérelmére rendelheti el a biró (1893: XVIII. t.-cz. 82. §.), ellenben a szakértők meghallgatását akkor is elrendelheti, ha nem kérték is azt a felek. (1868: LIV. t.-cz. 211. §.)

2. Különbség van továbbá az érdekeltséget megállapító körülmények tekintetében, a mennyiben oly személyek, a kik a per kimenetelétől közvetlenül vagy közvetve kárt vagy hasznot várhatnak, kik a felek valamelyikét képviselik vagy képviselték, a felek valamelyikével perben vagy ellenségeskedésben állanak, végre hamis tanúzás, hamis eskü vagy nyereségvágyból elkövetett büntett vagy vétség miatt el voltak ítélve, szakértőkül nem alkalmazhatók, valamint azok sem, a kik a felek valamelyikével fel- vagy lemenő ágbeli rokoni, házastársi vagy jegyesi viszonyban állanak, továbbá azok sem, a kik által adandó vélemény bünvádi eljárás alapjául szolgálhatna a véleménytadó szakértő vagy a szakértőnek a törvényben tüzetesen felsorolt hozzátartozói ellen. (1883: XVIII. t.-cz. 94. §. 6. bekezdése és 86. §. 1., 2. p.) Ellenben a tanuk tekintetében nem szolgálnak a most felsorolt körülmények kizárási okul, hanem csak a vallomás megtagadására jogosítja fel a tanút a két utóbbi körülmény, t. i. a rokoni stb. viszony és a vallomás esetleges büntetőjogi következménye.

Ha azonban a tanú ezzel a jogával élni nem akar, kihallgatása akadályokba nem ütközik és ez a két utóbb nevezett, valamint a fent elősorolt valamennyi körülmény is, legfeljebb csak a tanúi vallomás birói mérlegelésére birhat befolyással.

3. A tanúnak a kihallgatásra tüzött határnapon meg nem jelenése újbóli idéztetését vonja maga után, a szakértő meg nem jelenése azonban a szemle megtartását vagy a vélemény beszerzését feltétlenül nem akadályozza, hanem a biró a meg nem jelent szakértőt mással helyettesítheti.

4. A tanúskodás, mint közpolgári kötelesség, kikényszeríthető, a mennyiben az a tanú, a ki alapos ok nélkül meg nem jelen, vagy a ki vallomást tenni vonakodik, arra pénzbirsággal, esetleg elzárás büntetéssel szorítható (1868 : LIV. t.-cz. 206. §.). Ellenben szakértői működésre, akarata ellenére, senki sem kötelezhető; a szakértők kinevezésüket elfogadni és véleményt mondani — legalább a mai jogunk szerint — nem kötelesek, a mennyiben sem az 1868 : LIV. t.-cz., sem az 1893 : XVIII. t.-cz. nem tartalmaznak intézkedéseket a tekintetben, hogy a szakértőként való megjelenés és a szakértő véleményadása kikényszeríthető volna.

5. A szakértő esküje is különbözik a tanú esküjétől és pedig úgy az eskütételének ideje, mint az eskü szövege tekintetében.

A tanuk utólagosan tesznek esküt vallomásuk megerősítésére (juramentum assertorium, bizonyító eskü) (1868 : LIV. t.-cz. 204. §.). A szakértők a szemle megtartása, illetőleg a vélemény nyilvánítása és a kérdés feltevése előtt teszik az esküt (juramentum promissorium, igérő eskü) (1868 : LIV. t.-cz. 216. §.), mert a szakértő működése olyan, a mely az előzetes esküt kivánja meg, annál is inkább, mert sok esetben a szakértők irásban adván be véleményüket, újabb megjelenésre nem idéztetnek. Ebből következik az a további különbség is, hogy míg a tanú megesketése csak a vallomás megtétele után kideríthető körülmények miatt mellőzhető, bizonyos esetekben pedig mellőzendő, sőt az érdekelt felek a tanú megesketésétől közös akarattal elállhatnak s így a megesketés a felek tetszésétől függ, addig a szakértő mindig megesketendő, azt az egyedüli esetet kivéve, ha a bíróságnak állandó szakértője volna, a mikor megesketését az e minőségében már letetett esküjére való hivatkozás pótolja.

Az eskü szövegére vonatkozólag megjegyzendő, hogy a tanút arra kell megesketni, hogy minden körülményre nézve, a mely iránt megkérdeztetik, legjobb tudomása és lelkiismerete szerint a tiszta és teljes valóságot vallotta és semmit azokból, a mik kérdésére tartoznak és a mikről tudomása van, el nem hallgatott, míg a szakértők arra tesznek esküt, hogy a szemle tárgyát pontosan megvizsgálandják és véleményüket részrehajlás és mellékteki ntet nélkül, szakismeretük szerint, jó lélekkel, a valósághoz hiven fogják előadni, magától értetődvén, hogy abban az esetben, ha a szakértők meghallgatása a nélkül foganatosíttatik, hogy egyúttal birói szemle tartatnék, a szemle tárgyának pontos megvizsgálását igérő része az eskünek elmarad.

Babarczi-Schwartzer Ottó,
a budapesti orvos-szövetség elnöke.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Budapest székes főváros statistikai évkönyve. II. évfolyam, 1895 és 1896. Szerkesztette **Thirring Gusztáv** dr. egyetemi magántanár, a fővárosi statistikai hivatal aligazgatója. Kiadja Budapest székes főváros statistikai hivatala. Ára 4 frt. Budapest, Grill Károly kir. udvari könyvkereskedése, 1898.

Midőn „Budapest székes főváros statistikai évkönyvé"-nek első évfolyama ezelőtt két esztendővel megjelent és mi azt az „Orvosi Hetilap" 1896. évi 48. számában örömmel siettünk ismertetni: azt a reményünket jeleztük, hogy az évkönyvnek következő köteteiben székes fővárosunk közegészségügyi viszonyaira vonatkozólag egyre kedvezőbb eredményeket feltüntető számadatokat fogunk találni. A második évfolyamot, mely a székes fővárosra vonatkozó statistikai adatokat az 1895 és 1896. éveket illetőleg tartalmazza, a napokban kaptuk meg és bizonyos nyugtalan kiváncsisággal fogtunk hozzá, hogy az újabb adatokat az első kötetben foglaltakkal összehasonlítsuk.

Miként az első évfolyam, úgy a második is terjedelmesen beszámol a Budapest összes életnyilvánulásaira vonatkozó statistikai adatokról, sőt némely dolgokban részletesebb is. Mi az alábbiakban azonban csupán a székes főváros egészségügyi viszonyait feltüntető adatokat veszszük szemügyre.

Lássuk első sorban a *lakosság szaporodását, a születéseket és halálozásokat* illető számokat. Budapest népességének szaporodása minden 1000 lakosra 1895-ben úgy, mint 1896-ban 11·3 volt, mig 1894-ben valamivel több: 12·3 (1874-ben csak 1·1). A népesség 1895-ben legerősebben szaporodott a VII. (16·3‰), III. (15·4‰), X. (14·5‰), VIII. (13·6‰) és II. (13·4‰) kerületben; 1896-ban pedig első helyen áll a X. kerület 21·7‰ szaporodással, azután következik a VII. (18·9‰), VIII. (16·0‰), VI. (14·6‰) és IX. (14·0‰) kerület. Legkevésbbé szaporodott a lakosság a IV. kerületben (1895-ben a szaporodás itt 4·9‰, 1896-ban 4·7‰). A mi a élve születettek számát illeti, ez 1895-ben 36·2‰, 1896-ban pedig 35·6‰ volt (1894-ben 35·7‰). A halálozási arányszám 1895-ben 24·9‰, 1896-ban pedig 24·3‰, mig 1894-ben valamivel csekélyebb: 23·6‰ volt. A külföld nagy városai közül e tekintetben 1896-ban felülmulták fővárosunkat, mert sokkal kedvezőbb halálozási arányszámmal dicsekedhetnek: Amsterdam (17·8‰), Berlin (18·0‰), London (18·8‰) és Páris (20·0‰). Bécs 22·5‰ halálozásával szintén felülmulja fővárosunkat. Viszont rosszabb eredményt értek el Trieszt és Bukarest, melyeknek halálozási arányszáma 30·1; illetőleg 33·0‰. De ha Budapesten nagyobb is a halandóság, mint a külföld legtöbb nagy városában, másrészről kitünik az új statistikai adatokból az is, hogy fővárosunk a halandóság tekintetében kedvezőbb arányszámokkal dicsekedhetik, mint hazánk többi nagy városai. Míg Budapesten 1896-ban a halálozási arányszám 24·3‰ volt, addig Sopronban 24·5‰, Szegeden 27‰, Debreczenben 30·9‰, Pozsonyban 32·7‰, Pécsett 33‰, Nagyváradon 33·4‰, Kassán 35·7‰ és Kolozsvártt 36·4‰. Erőszakos halállal Budapesten 1895-ben 616, 1896-ban pedig 581 egyén mult ki (1894-ben 573).

A *fertőző betegségek* okozta halálozás 1894-hez képest meglehetős javulást tüntet fel. 1894-ben minden 10,000 budapesti lakosra 22·2 fertőző betegség okozta haláleset jutott; 1895-ben pedig csak 15·5, 1896-ban 17·9. A gümőkórságnak, melyet mint az I. évfolyamban is, az évkönyv ismét a nem fertőző betegségek közé sorol, 1895-ben 2570, 1896-ban pedig 2432 áldozata volt (1894-ben 2236). Fertőző betegségek miatt 1895-ben 3452 lakás, 402,279 tárgy és 2131 ember, 1896-ban pedig 3200 lakás, 340,859 tárgy és 1243 ember fertőtlenitését rendelték el (1895-ben 3371 lakást, 375,477 tárgyat és 2180 embert desinficiáltak). 1895-ben 15,931, 1896-ban pedig 18,637 sikeres himlőoltást végeztek Budapest területén, bizonytalan eredményü volt 1885-ben 2635, 1896-ban 3969.

A *kórházak* kimutatásaiból kitünik, hogy az összes beteglétszám 1895-ben 69,496 volt 2.176,009 betegápolási nappal, a reá következő esztendőben pedig 65,920, a betegápolási napok száma pedig 2.110,711 (1894-ben 66,701 volt a beteglétszám Buapest kórházaiban 2.163,485 betegápolási nappal). A székes főváros területén az említett idő alatt 58 betegsegélyző pénztár müködött. A kórházba került kéjnők száma ismét igen nagy volt.

A *lakásügy* statistikájából kitünik, hogy a kerületi tiszti orvosok egészségi tekintetből 1895-ben 4487, 1896-ban 2344 lakást kifogásoltak és az első esztendőben 633-nak, a másodikban 407-nek használatát betiltották (1894-ben 1806 volt a tiszti orvosok által kifogásolt és 381 a betiltott lakások száma).

Végül az *állategészségügyre* vonatkozó statistikai adatok közül felemlítjük a következőket: 1895-ben a takonykórság járványosan mutatkozott, a mennyiben 858 lovon konstatálták; a lépfene is többször észleltetett, mint az előző években: 91 ló és 46 szarvasmarha kapta meg. Már 1896-ban lényegesen kedvezőbbek voltak a főváros állategészségügyi viszonyai: takonykórságos volt 70 ló, lépfenés pedig 2 ló és 2 szarvasmarha.

Száj- és körömfájást kapott 1895-ben 180 szarvasmarha, 1896-ban 205. Sertéskórban megbetegedett 1895-ben 187, 1896-ban pedig 13 sertés. A gyepmester 1895-ben 3280, 1896-ban pedig 4113 kóbor kutyát pusztított el (1894-ben 2827-et). 1895-ben 3 eben konstatálták a veszettséget, míg a reá következő esztendőben ilyen eset nem fordult elő.

Ha ezek után az évkönyv II. kötetének a székesfőváros egészségügyi viszonyaira vonatkozó adatait az első évfolyamnak 1894. esztendei adataival összehasonlítjuk, kitünik, hogy nagy különbségeket nem találunk. Két esztendő nem is nagy idő, nem is várhattunk valami óriási javulást. Azonban az utolsó évek bár lassú, de folytonos haladása, melynek bélyegét a lezajlott 1895 és 1896. esztendő is magán hordja, újolag megerősít

abban a reményünkben, hogy a buzgó, lankadatlan munkálkodás folytatásával „világszép“ fővárosunk egészségügyi viszonyai is majd lényegesen megjavulnak. *Aujeszky* dr.

II. Lapszemle.

Tüdővészesek verejtékének tuberculin-tartalma. *Salter* nagyobbszámú tüdővészes beteg verejtékét összegyüjtötte és gümőkórossá tett tengeri malaczokba fecskendezte, a minek az volt a következménye, hogy a malaczoknál typikus tuberculin-reactio állott be. 14 beteg közül csak kettőnek a verejtékével nem lehetett tuberculin-reactiót létrehozni. Ezen eredményekből tehát az következik, hogy a gümőbacillusok termelte méreg, legalább részben, izzadás útján távozik a szervezetből. Ennek alapján úgy vélekedik szerző, hogy tüdővészes betegek izzadását nem czélszerű megszüntetni, sőt azt lehetőleg elő kellene mozdítani. (Lancet, 1898. I. 152. l.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1898. deczember 30.

A m. kir. belügyminister által f. évi 133,000. sz. alatt a kórházakról, gyógyintézetekről és üdülőházakról szóló új szabályrendelet tárgyában kiadott körrendelet valamennyi törvényhatóságnak.

A nyilvános betegápolás költségeinek fedezéséről szóló 1898. évi XXI. t.-cz. 14. §-ának 1., 2., 6. és 7. pontjai felhatalmazzák a belügyministert, hogy a betegeknek nyilvános jellegű kórházakba és gyógyintézetekbe való szállítása, felvétele, azokban tartása, az ápolási költségek megállapítása, nyilvántartása, érvényesítése és elszámolása körül követendő eljárást; illetőleg a magánkórházak és gyógyintézetek által az országos betegápolási alappal és az államkincstárral szemben a szegény betegek ápolási díjainak megtérítése tekintetében emelhető igények feltételeit szabályozza; továbbá a magánosokat terhelő nyilvános betegápolási költségek behajtásának módját a közadók kezeléséről szóló törvény (1883: XLIV. t.-cz.) rendelkezéseinek lehető figyelembe vételével; úgyszintén a külföldiek után felmerült és a külállamokkal szemben érvényesíthető ápolási és szállítási költségek kifizetésének módját és pedig a betegsegélyző pénztárakkal, társládákkal, pénztári és társládatagokkal szemben követendő eljárásra vonatkozó résznek a kereskedelemügyi, illetőleg pénzügyi ministerrel egyetértőleg való megállapítása mellett meghatározza.

A felsorolt szabályozandó kérdések a gyógyintézetek különféle viszonyaival olyannyira szerves összefüggésben vannak, hogy azok rendezése elkülönitetten alig foganatosítható; s ezért az úgy, mint ez az 1876. évi 51,661. számú körrendelettel kiadott szabályrendeletben történt, most is a *kórházakról, gyógyintézetekről és üdülőházakról* készült új szabályrendeletbe foglaltatott össze.

Midőn ezen *„Szabályrendeletet a kórházakról, gyógyintézetekről és üdülőházakról“* több példányban ide mellékelve tudomás, alkalmazkodás és további megfelelő eljárás és intézkedés végett (*a czímnek*) kiadom, egyszersmind figyelmét az alábbiakra hivom fel.

Ezen szabályrendelet az 1898. évi XXI. t.-czikkel egyidejűleg 1899. év január hó 1-én lép életbe; ennélfogva szükséges, hogy annak az első sorban érdekeltekkel való közlése és a legszélesb körben való közhirré tétele haladéktalanul megtörténjék és mindazon előkészületek, melyek a fennakadást nem tűrő életbelépést biztosítják, leggyorsabban és legpontosabban megtétessenek úgy, hogy az életbelépés napján nemcsak a helyi és a közigazgatási hatóságok és ezek közegei, kiknek a vagyoni viszonyok kinyomozása és bizonyításán kivül még a szállítás körüli eljárásban is fontos feladataik lesznek; úgyszintén a betegápolással foglalkozó intézetek mindannyian, de az egész lakosság is kellő tájékozással birhasson úgy a teendők, mint a jogok és kötelességek tekintetében, melyek a szabályrendeletből reájuk háramlanak.

Átmeneti intézkedésképen rendelem, hogy minden kórház- vagy gyógyintézetben 1898. évi deczember hava 31-dikén és pedig éjjeli 12 óráig terjedőleg a beteglétszám megállapíttassék és az 1899. évi január hava 1-re átmenő beteglétszám vezettessék be az új ápolási törzskönyvbe, mely utóbbi nap kezdetével a felvétel csak az új betegfelvételi jegyzőkönyv és fejlap használata mellett foglalhat helyet és minthogy az 1898. évi deczember hó 31-dikig történő betegápolás külön felszámítási és elszámolási eljárás alá esik, az 1899. évi január hó 1-én még ápolás alatt álló betegekről új fejlapok szerkesztendők, melyeken csupán a most említett nap szerepelhet a felvétel napjaként; de a jegyzet rovatban feltüntetendő azon nap, melyen a beteg 1899. évi január hó 1-seje előtt vétetett fel.

Ezen körülmény a hosszadalmas betegeknek három hónapon túl való ápolása iránt engedély kérése tekintetében mit sem változtat.

Különösen felhivom a *(czím)* figyelmét arra, hogy a szabályrendelet szerint kiállítandó vagyoni és szegénységi bizonyítványok a valóságnak teljesen megfelelelően és pontosan állíttassanak ki és e végből a vagyoni és fizetésképességi viszonyok és a fizetésre kötelezettek kiderítése a lehető legbehatóbban és éber körültekintéssel végzett puhatolások útján foganatosíttassék; mert ha netalán e részben bárminemű lanyhaságnak, hanyagságnak vagy épen rosszhiszeműségnek jönnék nyomára, a megtorlás iránt kérlelhetetlen szigorral fogok intézkedni és a vétkesnek ellenében az anyagi felelősségnek teljes súlya fog érvényesíttetni. E részben (*a czímtől*) és illető közegeitől a legéberebb felügyelet és ellenőrzést, szükség esetén pedig gyors és erélyes intézkedést várok.

Ezzel szemben viszont figyelmét kiválóan irányítom a szabályrendeletnek az ápolási költségek magánosoktól való behajtását illető részének ama rendelkezésére, mely a megélhetést veszélyeztethető szigorú eljárás enyhítésére nyujt módot és e részben a közigazgatási bizottságnak discretionarius jellegű hatáskört biztosít. Gondoskodjék kellően arról, hogy egyfelől az érdekeltek kellően tájékoztatva legyenek a megélhetésüket alapjában veszélyeztető intézkedés elhárításának lehetőségéről és másrészt, hogy csak oly esetben legyen helye a behajtási eljárás félbenmaradásának, midőn erre teljes méltánylást érdemlő alapos ok forog fenn. Megkivánom különben, hogy ily kivételes ügyek mindig oly módon jussanak döntésem alá, hogy a kérdés a helyi viszonyok és megélhetési feltételek szempontjából is kellően megvilágíttassék, mi tekintetben az adandó felvilágosítás annál inkább lelkiismeretes mérlegelésen alapuljon, mert az országos betegápolási alap és az államkincstár ügyis nagymérvű érdekeltségénél fogva, az államháztartás lényegesen befolyásoltatik és abban a terhek nagyobbodása könnyen súlyosbítólag fogna kihatni az összes teherviselő lakosság anyagi érdekeire.

Ezen körrendeletemmel kiadott szabályrendelet akadálytalan életbeléptét és annak pontos megtartását okvetlenül elvárom.

Budapest, 1898. évi deczember hó 21-dikén.

Perczel, s. k.

(Magát a szabályrendeletet közelebbről fogjuk ismertetni.)

— **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1898. deczember 11-dikétől 1898. deczember 17-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 450 gyermek, elhalt 256 személy, a születések tehát 149 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2573 beteg, szaporodás 796, csökkenés 874, maradt e héten végén ápolás alatt 2522. — Nevezetesdbb halálokok voltak: croup 1, roncsoló toroklob 5, hökhurut —, kanyaró 9, vörheny 6, himlő —, typhus abdominalis —, gyermekágyi láz 1, influenza —, egyéb ragályos betegségek 2, agykérlob 14, agyvérömleny 5, rángások 7, szervi szivbaj 17, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 37, tüdőgümő és sorvadás 52, bélhurut és béllob 12, carcinomata et neoplasmata alia 20, méhrák 4, Bright-kór és veselob 5, angolkór —, görvélykór 1, veleszületett gyengeség és alkathiba 15, aszkór, aszály és sorvadás 2, aggkór 11, erőszakos haláleset 13. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1898. deczember 17-dikától deczember 24-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 31 (meghalt 5), himlőben — (meghalt —), álhimlőben 1, bárányhimlőben 13 (meghalt —), vörhenyben 15 (meghalt 6), kanyaróban 200 (meghalt 14), roncsoló toroklobban és torokgyikban 19 (meghalt 4), trachomában 14, vérhasban 1 (meghalt —), hökhurutban 4 (meghalt —), orbánczban 11 (meghalt —), gyermekágyi lázban 2 (meghalt 2).

⊠ **A nagykállói m. kir. állami elmegyógyintézetben** az 1897-dik év folyamán 320 egyén nyert ápolást. Az intézetben jelenleg 300 beteg fér el. Épitkezési költségek 161,000 frtba kerültek. Az intézeti személyzet állott *Borosnyói Lukács Béla* dr. igazgató-főorvos és *Grünfeld Károly* dr. intézeti orvosból, egy-egy gondnok, ellenőr és díjnokból, továbbá 6 irgalmas testvérből, 1 főápoló, 25 férfi- és 7 nőápolóból, egy-egy fürdős, kapus, hivatalszolga, éjjeli őr, katlanfűtő, gépész és gépfűtőből, továbbá 2 házi szolgából és 3 konyhai cselédből.

\+ **Orvosi kinevezések.** A főpolgármester a székesfővárosi szt. János-kórházba *Bakó Sándor* dr. és *Szontagh Felix* dr. egyet. m. tanárokat és *Minich Károly* dr. egyetemi tanársegédet főorvosokká, *Laczkovich Elemér* dr.-t igazgatói szaksegéddé, *Katona*, *Donhoffer*, *John* és *Nozdroviczky* dr.-okat alorvosokká, *Ardó Elek* dr.-t pedig a szt. Margit-kórházhoz segédorvossá nevezte ki.

× **A budapesti általános poliklinika** segélyét november hóban 2170 esetben vették igénybe 11,827 rendeléssel. Laboratoriumban 51 vizsgálat történt.

\+ **A budapesti önkéntes mentőegyesület** november hóban 669 esetben adott első segélyt különböző balesetekben.

△ **Az I. sz. női klinika szülészeti poliklinikájának** segélyét november hó folyamán — Kézmárszky tanár tudósítása szerint — 50 esetben vették igénybe 35 műtéttel.

△ **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 trachomaosztály. Telefon 293. Kivánatra utmutató.

— **Megjelent.** *Nagy Képes Világtörténet,* szerkeszti *Marczali Henrik.* 5., 6. füzet. A chaldeai törzsek vallásáról és műveltségéről. Egy füzet ára 30 kr.

r— **Krepuska Géza** dr. fülorvos, egyetemi m. tanár, lakását a Ferenczieк bazárjából József-utcza 4. sz. alá tette át.

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

Téli kúra
a Szt. Lukács-fürdőben
BUDAPEST.

Rheumatikus bajok, köszvény, neuralgiák, ischias stb. ellen. **Nagy kénes iszapfürdő,** külön fürdők. Massage, gépgyógyászat. Lakás és teljes ellátás; (közepes ár 25 frt hetenként). Lift. Meghülés kizárva. Prospektust ingyen küld az **igazgatóság.**

A fürdő rendelő-főorvosa: **Dr. Bosányi Béla.**

TUDOMANYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Közkórházi orvostársulat. (XIV. bemutató szakülés 1898. november 9-dikén.) 11. l.

Közkórházi orvostársulat.

(XIV. bemutató szakülés 1898. november hó 9-dikén.)

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

Tuberculosis cutis esete.

Havas Adolf: A 26 éves nőbeteg két és fél évvel ezelőtt vette észre, hogy a végbél jobb oldalán egy borsónyi daganat keletkezett, mely nemsokára kifekélyesedett és azóta folyton nagyobbodva, máig is fennáll. Most a végbél jobb oldalán egy férfitenyérnyi, alávájt, duplán öblözött szélű, egyenetlen, dudorzatos alapú, nem infiltrált, igen érzékeny és szürkés, kocsonyaszerű anyaggal fedett fekélyedés látható. A fekélyedés szomszédságában borsónyi egész kismogyorónyi, híg, savószerű és sárgás törmelékkel kevert váladékot ürítő göbök. E fekélyesedés széléből két izben történt excindálás és ebben ép úgy, mint a váladékban tuberculosis-bacillust nem találtak; még megemlítendő, hogy a beteg tüdői ez ideig épek voltak, hasmenésekben nem szenvedett, egy ép és egészséges gyermeket szült, a férje luetikus. Daczára a negativ górcsövi leletnek, daczára, hogy a fekélyesedés rendkivül érzékeny érintésre, mégis tuberculosisra kellett a diagnosist tenni, mert hiányzik az infiltratum az alapon és szélekben; a seb egész kórképe, az egyenetlen alap, a kettősen öblözött, alávájt szél, a betegség hosszú fennállása ($2^1/_2$ év) és végtére az antiluetikus kúra eredménytelen volta pedig mind a tuberculosis mellett szólnak.

Jodoform-eczema esete.

Havas Adolf: A férfibeteg tenyerén keletkezett sebzésre jodoformkötést kapott. A jodoform behatása alatt, úgy mint ezelőtt két évvel, úgynevezett erythema medicamentosum lépett fel nála. Ismeretes, hogy egyes gyógyszereknek a szervezetbe való jutása által, történt légyen a felvétel a gyomron át, a bőrön vagy a bőr alatt, az illető betegnél a bőrön duzzadás, hólyagcsa- és hólyagképződés lép fel. Ezen betegnél is a jodoform hatása következtében az egész köztakaróra kiterjedő ilyen kiütés lépett fel. Rendesen elég a bántalom megszüntetésére, ha a beteg az ártalmas gyógyszer használatát abbanhagyja; ezen esetben azonban ez nem vezetett czélhoz, és azért nála xeroformot alkalmaztak pasta alakjában. A xeroform, mint a jodoform pótszere kitünőnek bizonyult és azt a legmelegebben ajánlhatja acut eczemáknál, ulcus mollenél és mint sebfedő szer egyáltalában mindenütt, a hol kóros váladékok felszárításáról és ártalmatlanná tételéről van szó.

Adat a pneumotyphus kérdéséhez.

Hochhalt Károly: A pneumotyphus úgy pathogenetikus, valamint kórlényegtani tekintetben a pathologiának még mindig egyik vitás pontját képezi.

Úgy tudom, a hatvanas években *Griesinger* volt az, a ki egyptomi útjából hazatérve, először irta le a pneumotyphust, alatta oly kórformát értve, a melynél a betegség kezdetén egy idiopathikus tüdőbaj klinikai képe tárul elénk, később pedig az alhasi hagymáz tünetei fejlődnek ki. *Rindfleisch* tagadta a két klinikai kép heterogeneitását s kutatásai útján oda concludált, hogy ezen kóralak egységes, mert ilyen eseteknél a tüdőszövetnek typhosus infiltratiója forog fenn. *Gerhardt* az ő gyermekgyógyászatában hasonló nézetnek ad kifejezést. *Liebermeister* a pneumotyphus elnevezést jogosulatlannak tartja, mert szerinte minden croupos tüdőlob, a mely hagymáz folyamán fellép, a secundaer pneumoniák jelentőségével bir.

Később *Leichtenstern* a typhus szerepét ezen kérdéses kóralaknál teljesen negálja és azt primaer asthenicus pneumoniának mondja, a melynél többé-kevésbbé kifejezett elerőtlenedés, az idegrendszer zavarai, gyomor- és béltünetek lépnek előtérbe, a melyek a betegség összbenyomását a typhoid képéhez hozzák közel, noha ez lényegileg nem más, mint egy atypikus lefolyású astheniás tüdőlob, hová a typhosus, a biliosus és erysipelato- phlegmonosus tüdőlobok is tartoznak.

Ezen felfogás hosszú időn keresztül uralta a tért, ennek hódol *Aufrecht* is *Nothnagel* gyüjtőmunkájában, de megjegyzi, hogy ezen kérdésben csak exact bacteriologikus vizsgálatok dönthetnek. Ugyanezt mondja *Korányi* is. És megindultak ez irányban a vizsgálatok, eldöntendők a kérdést, vajjon a pneumotyphus tisztán a typhuscontagium, illetőleg az *Eberth-Gaffky*-bacillus fertőzetének folyománya-e, vagy pedig a *Fränkel-Weichselbaum*-féle diplococcus jelenléte mellett kettős fertőzés körülménye forog-e fenn?

Bruhl és *Castaignac* újabb időben hasonló eseteknél tüdőpunctio után nyert tüdőnedvből állitólag az *Eberth*-bacillust tudták kitenyészteni. Ezzel szemben *Chantemesse*, *Karlinski* és *Netter* pneumococcusokat találtak és tenyésztettek ki.

Ezen bonyodalmas kérdésnek jelen időszakában alkalmunk volt egy idevágó esetet észlelhetni, a melyet ezennel bemutatok.

B. N. 35 éves kádár f. év október hó 15-dikén vétetett fel a szt. István-kórház VII. orvosi osztályára. A betegnek huszonhat testvére van, a kik közül csak kettő halt el, sem ezeknél, sem a szülők részéről gümőkóros terheltség nem forog fenn. A beteg alhasi hagymázban ezelőtt soha sem szenvedett. Baja 8 nap óta áll fenn; erős fejfájással, étvágytalansággal, hasmenésekkel és egyéb közérzeti zavarokkal vette kezdetét. Felvételkor 39·5 és 40 között ingadozik a hőmérséke; rendkivül nagy fejfájások, hasmeteorismus, léptompulat (a VII. bordától kezdődőleg a bordaélekig), naponta többször híg borsólészerű székletek voltak jelen. Baloldalt a tövis feletti táj absolut tompa, a tompulat fölött bronchialis légzés hallható, a köpet kevés, genyes, nyákos, nem enyves, sem véres, de benne górcső alatt minden látótérben *Fränkel*-féle diplococcus lanceolatus bőven található. Négy nap mulva, a mely idő alatt a láz folyton tartó és magas, enyves köpet nem mutatkozik, fejfájások folyton tartanak, s koronként deliriumok lépnek fel, a mellkas és hastakarón számos gombostűalakú, jól kifejezett roseolafolt mutatkozik s ugyanekkor a *Widal*-reactio, *Pfander*-féle eljárás szerint végrehajtva, 1:15 sőt 1:75 arányban positiv volt, a mennyiben a bacillusok mozgásai már egy fél-, illetve egy óra alatt megszüntek és azok csoportokba verődve találtattak.

Október hó 21-dikén, vagyis a betegség 14. napján, a láz alábbhagyó, majd intermittáló jelleget ölt, miglen a betegség 18. napján, vagyis október 25-dikén az esti hőemelkedés a 37·5°-ot nem haladja meg s a beteg könnyebbülten érzi magát, a súlyos idegzavarok teljesen megszüntek.

Október 26-dikán hajnalban, vagyis a betegség 19. napján, egyszerre egy óráig tartó hidegrázás lépett fel s a hőmérsék ismét 38·6°-ra emelkedett. A mellkas jobb oldalán erős szúrások jelentkeztek, gyorsult felületes légzés kiséretében. Már a következő napon a jobb csúcsban, különösen a jobb tövisfeletti tájon, tompulat, szörcsögő zörejek és határozatlan légzés mutatkoznak, ez utóbbi csakhamar hörgéssé változott s a köpetben ismét *Fränkel*-féle diplococcusok mutatkoztak. A láz azonban most már alábbhagyó jellegű és november hó 3-dikán, vagyis a betegség 27. napján, rendes hőmérséknek adott helyet. Megjegyzendő, hogy a jobb csúcsbeli tompulat még ma is fennáll és hallgatódzáskor hörgi légzés crepitáló zörejekkel észlelhető. *Koch*-féle bacillust a köpetben egyszer sem találtunk. A beteg jelenleg jól érzi magát, étvágya megjött, sensoriuma rendes. A tegnapi nap folyamában eszközölt *Widal*-reactio még mindig positiv, a mennyiben az 1:75 arányban friss 24 órás bouillonba oltott vérsavó egy óra alatt agglutinál.

A tünetek mérlegelése tagadhatatlanul azon gyanút költi fel, mintha az atypikus migráló tüdőlob kórképével volna dolgunk. Súlyos agyi tünetekkel kezdődő baloldali csúcsbeszűrődés rövid tartam után lysisszerű defervescentiával végződött s azután újból rázóhideg kiséretében a jobb tüdőcsúcs szűrődött be, a mely beszűrődés azonban minden súlyos tünet nélkül, csekély láz kiséretében folyt le. A köpetben *Fränkel*-féle coccus található. Ezzel szemben azonban, ha a súlyos agyi tüneteket a csúcspneumoniával hozzuk is kapcsolatba, másrészt voltak béltünetek, borsólészerű híg székürülések a betegség első két hetében, léptumor, számos roseola a kültakarón és ismételten kimutatott positiv *Widal*-reactio. Ép utóbbi lelet megerősíti azon feltevést, hogy jelen esetben két fertőző agens, vagyis a typhus és pneumonia contagiumának társulása, tehát az úgynevezett vegyes fertőzés forgott fenn, mely feltevést megerősiti azon körülmény is, hogy jelenleg nálunk az alhasi hagymáz úgyszólván endemikus, a croupos tüdőlob pedig hasonlóképen csoportosan, mondhatni járványszerűen mutatkozik. A mi részünkről tehát ezen észleletünk alapján a pneumotyphus elnevezést jogosultnak és lényegileg vegyes fertőzés talaján létrejövőnek kell tekintenünk.

Súlyos heredosyphilis tarda gyógyult esete.

Hochhalt Károly: Előadó a mult év január havában mutatta be ezen beteget, kinél tiz év óta fennálló, nagy kiterjedésű gummosus fekélyek voltak a kültakarón, a bal felkaron osteomyelitises gumma következtében spontan csonttörés és hepatitis interstitialis nyomán nagyfokú hasvíz, a mely 8 év óta persistált. A pubertas visszamaradt. fanszőrök hiányzanak, herék és hímvessző fejletlenek. A 21 éves ifjú egy 13 éves gyermek benyomását keltette. Egy évi kezelés alatt a beteg $1^1/_2$ kiló jodkalit szedett s 25 spermin-injectiót kapott. Utóbbiak a tengéletet hatalmasan fokozták s ezen körülménynek köszönhető, hogy a jodkali folytonos nagyban adagolása keresztülvihető volt. Ma a beteg teljesen gyógyultnak mondható. Nemcsak a gummosus fekélyek hegedtek be teljesen, hanem a 8 év óta fennállott hasvíz is teljesen elenyészett s a pubertas egy év óta hatalmasan fejlődött.

A myelogen leukaemia esete lép- és májmegnagyobbodással.

Körmöczi Emil: A 36 éves nőbeteg baja mult év őszén kezdődött hidegrázással. Jelenleg pár megnagyobbodott mirigye van az áll alatt és nagy máj- és lépdaganata. A vérvizsgálatnál azt találtuk, hogy a haemoglobin 35%, a veres vérsejtek száma 1.200,000, a fehéreké 120,000. Az arányszám tehát 1:10.

A friss vérkészítményben: poikilocytosis nincs, de a fehér vérsejtek nagyon meg vannak szaporodva, még pedig leginkább a granulált fehérvérsejtek. Charcot-Leyden-féle kristályokat találni nem lehetett, sem azokat a haemamoebákat, miket ez év folyamán Löwit leirt.

Ezután ismerteti az előadó a leukaemia tanának újabb elméletét, különösen pedig Ehrlich beosztását, ki a leukaemiát két részre osztja: *lymphatikus leukaemiára* (lymphaemia), mely Ehrlich szerint a szervezet lymphoid szövetének túlszaporodása által okoztatik és *myelogen laekaemiára*, mely a myeloidszövet túlszaporodásával jár.

Ismerteti azután azon vizsgálódás menetét, mely Ehrlichet ezen beosztásra vezette. Miután jelen bemutatott eset haematologikus képe megegyezik azzal, mit Ehrlich a myelogen leukaemiára jellemzőnek tart, azért az előadó bővebben ismerteti a myelogen leukaemia haematologikus képét és jelen esete demonstrálására vérkészítményeket mutat be. (I. Eosin-haematoxylinnal festve a magvak és a plasma egymáshoz való viszonyának a tanulmányozására. II. Eosin-methylenkékkel festve a basophil granulatiók feltüntetésére. III. Ehrlich-féle „Dreifarb-Mischung-gal" festve, a neutrophyl granulatiók feltüntetésére. A magvas veres vérsejtek és acidophil granulatiók mindegyik festésnél látszanak).

A leukaemia két csoportba osztását haematologikus lelet alapján jogosultnak tartja a bemutató, de nem tartja bebizonyítottnak, hogy ezeket a lymphoid, illetve a myelogen-szövet felszaporodása okozza. Különösen vitásnak tartja ezt a lymphaemiára nézve. Felemlíti Leube és Fleischer régen közölt esetét, hol a lymphaemia haematologikus képe megvolt a nélkül, hogy a bonczolásnál leukaemiára utaló egyéb elváltozást leltek volna; ugyanily esetet mutatott be f. évi szeptemberben a berlini belgyógyászok egyletében Hirschlaff és ugyanily esetet irt le a bemutató is az 1897. évi deczemberi „Magyar Orvosi Archivumban"; mindezek alapján azt véli, hogy ezen esetek vagy egészen külön választandók a leukaemiától, mivel természetesen nincs megmagyarázva létrejövetele módjuk, vagy pedig elhagyva a régi Virchow-féle nézetet, hogy a leukaemiánál a vérkészítő szervek megbetegedése az elsődleges, azt kellene felvenni, mit Löwit már régebben állít, hogy a vér megbetegedése az elsődleges.

Köldökig érő Meckel-féle gurdély. Bélcsavarodás egy Meckel-féle gurdély körül, átfúró hashártyalob.

Genersich Antal: (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.)

A streptothrixekről és némely általuk előidézett betegségről.

Nékám Lajos: A tudomány fejlődésének menete bizonyítja, hogy törekvéseink első sorban gyakorlati czélokat szolgálnak. Mindig az aktualis kérdések a legnépszerűbbek, a legközönségesebb betegségek a legjobban kutatottak, azok a themák a legvitatottabbak, a melyeket a legkönnyebben lehet a gyakorlati életben felhasználni, nem pedig azok, a melyekre a tudomány kikerekítése czéljából a legnagyobb szükség volna. Igy volt ez a bakteriologiában is, a hol pl. a streptothrix-családdal alig foglalkoztak mindaddig, a mig nem tudtuk, hogy a legveszedelmesebb, legközönségesebb betegségek okozói közül is nem egy tartozik ide, s hogy a táplálékul szolgáló növények rendszerint el vannak árasztva ilyen gombákkal, a melyek többé-kevésbbé érintetlen állapotban jutván a bélcsatornába, a szervezet chemismusában valószinűleg igen fontos részt vesznek.

Ismereteink gyarapodása óta, a minek első lépése e téren a b. tubercul. elágazásának Klein, Fischel, Coppen-Jones, Bruns stb. által történt felfedezése volt, a közfigyelem ráirányult ezen eddig elhanyagolt csoportra, a minek első következménye egy nagy fogalmi zavar lett. Majdnem minden szerző mást ért streptothrix alatt s más fajokból állítja össze e csoportot. Ha általános definitióul valódi elágazással biró burkos fonalat veszünk, úgy ide sorozhatjuk a régi cladothrix, crenothrix, spirothrix, streptothrix, oospora, nocardia csoportok legnagyobb részét, fejezetünk tehát a bakteriologiának egy igen nagy osztályát fogja képezni.

E fajok némelyike csak igen sovány tápanyagokon képes megélni. A közönséges crenothrix például megél destillált vízben, ha egy darabka vasat tettünk beléje; el is szokta lepni a vízvezeték vas csöveit, s oly tömegeket képez benne, hogy azok egészen eldugulnak. A mikor Megyeren a próbakutakat fúrták, és az egyik vizében 14 mg. vas jelentkezett, nagy volt az aggodalom, hogy kiszolgáltatjuk vezetékeinket e gombának. Szerencsére a többi kút vasban szegény vizet adott s így nem történt baj, a míg Berlin mellett Tegelben fel kellett tárni az egész vezetéket.

Más fajok viszont igen difficilisek tápanyag tekintetében; így a tuberculosis tudvalevőleg már specialis tápanyagokat kiván, a lepra pedig, mely valószinűleg szintén ide tartozik, az emberi testen kivül épen nem él meg.

Ily viszonyok között a streptothrixeket a következőleg oszthatjuk fel: 1. nem pathogen typusos fajok, minőket Rossi, Doria, Gasperini, Berestneff stb. irtak le. Ide tartoznak a növényeken tartózkodó streptothrixek és actinomycesek legnagyobb részt; ide azok, melyek a tonsillák öbleiben meggyülő tömegekben szoktak jelen lenni.

2. Állatokra pathogen fajok, mint a a farcin du boeuf, a Rabe-, a Terni-féle marhavész gombái, a cladothrix dichotoma, cl. asterioides stb.

3. Emberre is pathogen fajok a tuberculosis, diphtheria, lepra bacillusai. Továbbá néhány igen ritka más eset, mint a Rosenbach-féle erysipeloid, a Naunyn-féle eset, egy choreában, haemorrhagiákban és kis abscessusokban szenvedő beteg, kinek minden szervében meg lehetett e fonalakat találni. Azután Eppinger jól átvizsgált esete, egy 20 nap alatt elhalt 52 éves munkás, ki láz, hűdés közben agyhemisphaera-tályog, tüdő-abscessus stb. miatt elhalt; ide tartozik Ferré és Faguet agytályog esete, végre Buchholzé, egy 38 éves aczélöntő, ki phtisis pulm. cavernos. tünetei között pusztult el strept. infectio miatt.

Mindezen esetekben typusos bacillusok, illetve fonalak fejlődtek; néhol azonban a fonalakat környező burok annyira megvastagodott, hogy bunkó alakot vesz fel, s a telep rosettaszerűleg rendeződik; ilyen bunkókat látni a jól ismert actinomycesnél, a melynek újabban Berestneff igen számos faját veszi fel; ilyen bunkókat talált szerző a lágy fekély kaparékában, ha azt emberi agaron cultiváljuk. Ilyen okozza végre az ú. n. mycetoma vagy madura láb nevű betegséget is.

Ez a betegség Európában még soha sem került észlelés alá; londoni és párisi muzeumokban van néhány praeparatum belőle; szerző Marokkóban látott egy beteget, a kiről azt hiszi, hogy e bajban szenvedett.

Ez a betegség igen chronikus; 10—20 évig is elhúzódik, s ha a beteg részt amputatióval el nem távolították, marasmusra vezet. Tropikus vidékeken fordul elő, különösen a lábon, ritkán a kézen, mindig inoculatio eredménye, a testben egy fungosus, a csontot felolvasztó, erősen genyedő, járatokban gazdag, igen fájdalmas újképlődést idéz elő. Két varietást különböztet meg nála Vandyke Carter, első tanulmányozója; ú. m. a feketét, mely óriási callosus túltengés mellett valósággal szivacsszerűleg át és átjárja a tagot, és a halványat vagy rózsaszínűt, mely inkább a bőr alatt, kiemelkedő tömegekben localizálódik. Mindezeket a bemutatott nagyszámú képen, a szövettani jelenségeket a górcsövi készítményeken, a bakteriologiaiakat a bemutatott culturákon demonstrálja előadó.

Mindent összevéve tehát, a streptothrix csoportba igen fontos, igen változatos és érdekes fajok tartoznak s valószinű, hogy a bakteriologia jövő haladása különösen ebben az irányban fog történni.

Goldzieher Vilmos: A streptothrixnek a szemészetben szerepését adja elő, mire *Nékám* válaszol.

Eczema seborrhoicum Unna.

Deutsch Arthur: Ugyanaz a kóralak, mint a melyet *Róna* seborrhoea circinata név alatt mutatott be a dermatologiai egyesületben ez év április havában. *Unna* az eczema seborrhoicumra nézve ép úgy felveszi a morococcust, mint aetiologikus momentumot, mint az eczemánál, csak azzal a különbséggel, hogy az eczema seborrhoicumnál a sero- és fibrinotaxison kivül sebotaxist vesz fel, vagyis a morococcus okozta serofibrinosus exsudatumon kivül azok a verejtékmirigyek zsirelválasztását fokozzák s ennek következménye a bővebb zsirelválasztás. A mi a histologiai képet illeti, az eczema seborrhoicumra nézve is azt állítja, a mit az eczemára általában. A parakeratosis, az epithel burjánzása és duzzadása, az intercellularis nyirkürök szélesbbedése volnának esetünkben a várható szövettani elváltozások. A parakeratosissal kapcsolatosan a stratum granulosum s így a keratohyalin hiányzik. Az interpapillaris léczek megszélesbbedtek, a suprapapillaris epithel-réteg változatlan; a papillák az epithelléczek okozta nyomás által meghosszabbodottaknak látszanak.

Ezek az elváltozások a bemutatott készítményeken tényleg láthatók, hasonlóképen a megfestett hámvakarékban a morococcusok.

Hogy azonban ezen leletek kórjelzők-e, az még eldöntve nincs s különösen, a mi a morococcust illeti, nem is valószinű.

Ujabban *Török* histologiai alapon mutatja ki ezen, a bemutatott esethez hasonló eczema seborrhoicum alakok összefüggését a psoriasissal. Érdekesek *Róna* azon észlelései, hogy psoriatikusoknál látott typikus seborrhoea circinnatát, máskor meg psoriasis plaque-okat a sternumon, melyek seborrhoeás küllemüek.

Lymphangioma cysticum circumscriptum. Cysthygroma verrucosum.

Sellei József: (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.)

PÁLYÁZATOK.

12,892/898. V. sz.

Torontál vármegye török-kanizsai járásában kebelezett Szőreg, Klárafalva, Deszk és Uj-Szt.-Iván községekből álló **szőregi körorvosi állás**, melylyel 600 frt évi fizetés, 40 kr. nappali és 80 kr. éjjeli látogatási díjak vannak egybekötve, megüresedvén, annak betöltése czéljából pályázatot hirdetek s felhivom miszerint azokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, szabályszerüen felszerelt kérvényeiknek **1899. évi január hó 15-dikéig** való benyujtására.

Az érdekelt községek képviselőtestületei által megválasztandó körorvos községeit az ezek által előállitandó fuvar igénybe vételével hetenkint egyszer meglátogatni, a teljesen szegény betegeket ingyen gyógykezelni és a kör központját képező Szőreg községben a halottkémlési s húsvizsgálati teendőket a szabályrendeletileg megállapitott dijazás mellett végezni köteles.

T.-Kanizsa, 1898. évi december hó 27-én.

2—1 *Tamásy*, főszolgabiró.

12,482/898. ki. sz.

A Jász-Nagykún-Szolnok vármegye tiszai alsó járásában megüresedett **czibakházai körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek és felhivom a pályázni kivánókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előirt minősitésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám **1899. január hó 12-dikéig** adják be.

A körhöz Czibakháza, T.-Nagy-Rév és T.-Inoka községek tartoznak. Az állás javadalmazása Czibakházától 400 frt, T.-Nagy-Révtől 110 frt, T.-Inokától 90 frt = 600 frt és a szabályrendeletileg megállapitott látogatási díjak, T.-Nagy-Rév és T.-Inoka községektől természetbeli fuvar. A megválasztandó orvos állását január 15-dikén elfoglalni köteles.

T.-Földvár, 1898. évi december hó 28-dikán.

2—1 *Busa Ákos*, főszolgabiró.

Negyvenharmadik évfolyam. 2. szám. *Budapest, 1899. január 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

Török Lajos: A seborrhoea corporis (Duhring) és annak viszonya a psoriasis vulgarishoz és az eczemához. 13. l.

Dollinger Gyula: A kir. magyar tudomány-egyetem I-sö számú sebkórodájának közlései. A gümös csont- és izületi gyuladások gyógykezelésénél alkalmazott kötések és gépek szerkesztésének elvei. 15. l.

Hültl Hümér: Észrevételek Borbély Samu dr. műtő: „A magas hólyagmetszés“ című czikkére. 18. l.

Tárcza. *Babarczi-Schwartzer Ottó*: Az orvosi szakértő mint tanú 30. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. E. H. Kisch:* Klimatotherapie. 21. l. — *Lapszemle. Mosler:* Heveny izületi csúz gyógyítása. 22. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Szabályrendelet a kórházakról, gyógyintézetekről és üdül-ökórházakról. — 250,000 font adomány a Jenner-intézetnek. — Adomány a Semmelweis-emlékre. — Az egyetemi I. sz. női klinika szülészeti poliklinikája. — A budapesti általános poliklinika. — Megjelent. — Elhunyt. — Herczel dr. — Szt. Lukács-fürdö. — Sarbó dr. — Baumgarten dr. — Pályázatok. — Hirdetések. 22. l.

Tudományos társulatok és egyesületek.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A seborrhoea corporis (Duhring) és annak viszonya a psoriasis vulgarishoz és az eczemához.

Irta: *Török Lajos* dr. egyetemi m. tanár.

Ezen dolgozatban a Duhring által „seborrhoea corporis“-nak nevezett betegség klinikai képét akarom röviden vázolni, és egyúttal bebizonyítani, hogy az nem egyéb, mint a psoriasis vulgarisnak egy válfaja, mely a typustól csak localisatiója és intensitásának csekély volta által tér el. Ha meggondoljuk, hogy a seborrhoea corporis Duhringot utóbbi időben az eczemával hozták összefüggésbe, sőt hogy azt mint az Unna-féle eczema seborrhoicum legjellegzőbb alakját tüntették fel, akkor nyilvánvaló, hogy e tárgyban is ki kell fejtenem nézetemet.

A seborrhoea corporis Duhringgel sok szerző foglalkozott; ennek az érdeklődésnek köszönheti tömeges elnevezéseit. Ime a legelterjedtebbek: Eczéma acnéique Bazin és Lailler; pityriasis acnéique vagy acnéiforme du sternum Bazin; eczema figuré circinné, margineé; eczema flanellaire vagy de la flanelle; lichen annulatus serpiginosus Wilson; circinnaria Payne; seborrhoea papulosa; seborrhoea lichenoides Crocker; lichen circumscriptus Willan-Bateman; lichen gyratus Biett és Cazenave, az Unna-féle ekzema seborrhoicum „csinos“ alakja; flannel rash; lichen acnéique; lichen circinnatus Weyl; lichen marginatus stb. Néhány régi szerző kivételével, kik a seborrhoea corporis kórképébe oly bőrelváltozásokat is vettek fel, melyeket ma már nem ide sorolunk (lásd pl. Rayer és Willan „Lichen circumscriptus“ fejezetét), a betegség dermographikus leirását illetőleg a legteljesebb egyöntetüség uralkodik. Kisértsük meg a következőkben a betegség pontos leirását. A kezdeti bőrelváltozás mint miliaris, gömbölyü, papillaris, halványvörösen hyperaemikus, kissé oedematosus, gyakran follicularis kiemelkedés jelentkezik, melynek tetején szennyes-fehér vagy szürkés, finom pikkely van, mely utóbbi azonban néha alig vehető észre. Utóbbi esetben némi kaparással mégis csak leválasztható egy kis vékonyka pikkely, melynek helyén azután pontszerü vérzés támad. E kezdeti stadiumban néha barnavörös pontszerü vérpörköt is találunk a laesio tetején, a mi azonban vakaródzás eredménye. Nemsokára gombostüfej nagyságú lesz az initialis laesio, a mikor is a szennyes fehér pikkely még jobban láthatóvá lesz. Ha a kiemelkedés még ennél is nagyobbra nő, akkor a centruma gyakran kissé besüpped és a bőrelváltozás olyan alakot nyer, mint egy lapos kráter. Fél borsónagyságú kiemelkedésnél a centrum besüppedése rendszerint már a normalis bőr niveaujáig ér. Míg a besüppedt részlet mind nagyobb és nagyobb területet foglal le magának, addig az élesen kiemelkedő szél a laesio növekedésével annak mind kisebb és kisebb részletét veszi igénybe. Ez a széli kiemelkedés körülbelül 1—2 mm. széles és ½ mm. magas; színe rendesen halványpiros, néha erősebben hyperaemikus. Ezen széli részletben nem egyszer emelkedéseket is látunk helyenként, melyeknek tetején pontszerü vérpörk található. Ezen kiemelkedések, valamint maga az initialis laesio is akárhányszor egy-egy szörtüszőnek felelnek meg. A sánczszerü szél teteje vékony, keskeny, szenyesfehér vagy szürkés színü pikkelylyel van fedve, mely pikkely mint egy szegély húzódik végig a széleken, gyakran érdes vagy egyenetlen felületü, vagy finom ránczokkal ellátott s könnyen leválasztható; leválasztás után számos apró vérző pont támad. A vérző pontok egyébként nemcsak a sánczon, hanem annak tőszomszédságában is lépnek fel, még pedig úgy a folliculusok szájadéki táján, mint azok között.

E fél vagy egész borsónagyságú laesiók centruma — mint említettük — a bőr normalis niveaujában fekszik. E centrum színe, miután a hyperaemia itt teljesen megszünt, kávébarna, világos szürkésbarna, sárgás-szürkés avagy sárgásbarna lesz. Csak elvétve fordul elő, hogy némi halvány hyperaemia itt is fenmarad. A felület itt sima; itt u. i. rendszerint nem képződnek pikkelyek. Néha azonban egy vékonyka szarúréteg leválasztható róla, a mi a következőkép történik. A bőrelváltozás sánczszerü szélén egy finom hasadásszerü barázda látszik sok esetben. Ezen barázdától a laesio központja felé leemelhető a szarúréteg; ilyenkor sokszor a középső területről is leválik egy finom szarúlemezke.

Egy-egy esetben a kisebb laesióknál dúsabb a pikkelyezettség; a pikkelyek színe ilyenkor inkább világos sárgás-fehér és gyakran a papillaris hyperaemia és az oedema is valamivel intensivebb.

A bőrlaesio további növekedésével egy ideig még megtartja gyürüszerü alakját; látjuk, hogy egy barnás centrum, egy világosvörös, finom pikkelylyel fedett keskeny sánczszerü széllel van koszorúzva, mely szél élesen, néha finom kiszögelésekkel határolódik el a környezettől. Nemsokára a szélrészlet is besüpped helyenként; kisujj-körömnagyságú laesióknál ez gyakran látható, néha még kisebbeknél is. Ez a spontan gyógyulásnak már egy további jele, mert hisz a gyógyulás kezdete már a centralis visszafejlődésben nyilvánult. A sánczszerü szél is mindinkább visszafejlődik, darabonként veszti veres színét, visszatér a bőr rendes niveaujáig és simává lesz; vérbőség, oedema és a kóros szarúsodás lassanként eltünnek, s csupán némi elszínesedés áll még fenn. E

visszafejlődési stadiumban a még hyperaemikus és pikkelyezett sánczszerű szél patkó-, félkör- vagy ívalakú és egy darabig még terjedhet a szomszédság felé. Csakhamar azonban mind nagyobb és nagyobb darabja sülyed le a normalis bőrniveauig, míg végre csak kis darabok maradnak belőle; az egész bőrlaesiót most egy halvány pigmentatio jelzi, míg végre ez is nyomtalanul eltünik.

Míg a szélrészlet kiemelkedettsége fennáll, a pikkelyeződés se hiányzik soha. Ha a pikkelyt lefejtjük, a mi elég könnyen megy, *mindig* pontszerű vérzés lép fel utána, jeléül annak, hogy a papillák végei igen közel értek a bőrfelülethez és így edényeik könnyen megsérülnek.

A fejlődés legkülönbözőbb stadiumait egyszerre láthatjuk egymás mellett, kezdve a kezdeti bőrelváltozástól egész a végstadiumig. A nagy kiterjedésü laesiók úgy képződnek, hogy több szomszédos laesio összeér és egybefolyik. Az egymáshoz érő szélek azután eltünnek, miáltal szabálytalan alakú, ívekkel határolt, sokszor majdnem tenyérnagyságú felületek támadnak. E nagyterjedelmü laesióknál is megesik, hogy a pigmentált középrész csak részben határoltatik hyperaemikus szegély által, míg ez más helyeken elmosódott vagy végkép eltünt. Magában a pigmentált középrészben pedig néha újabban fellépett kezdeti bőrelváltozásokra bukkanunk. Gyakrabbak azonban azon esetek, hol ily számos és ily terjedelmes laesiók helyett csak néhány foltocskát találunk, melyeket a beteg legtöbbször észre se vesz. Sőt akárhányszor csak egyetlen egy laesio van jelen.

A mi a laesiók localisatióját illeti, leginkább a szegycsonttájon és a lapoczkák közti téren találhatók; a vállakon, homlokon, halántéktájon és a hajas fejbőrön ritkán fordulnak elő. Gyakran csak mint véletlen lelet kerülnek megfigyelés alá és ilyenkor a szegycsont táján vagy a hát közepén egy-két fent leirt laesiót látunk, melyekről a beteg mit sem tudott, mert egy-egy időnkénti enyhe viszketést leszámítva, nem okoztak subjectiv kellemetlenségeket. Ha nagyobb számban fordulnak elő, akkor nagy részük a manubrium sterni tájékára húzódik és csak keveset találunk a processus xyphoides táján. Néha a kulcscsont felett, a hónaljban és a válltájon is találunk egyes laesiókat. Mivel az említett localisatiók egyúttal rendes helyei a seborrhoea oleosának is, igen gyakran egyazon betegnél mindkét betegséget megtaláljuk. Ilyen esetekben úgy a laesiók, mint a megtámadt bőrtájék zsíros lepedékkel fedettek és maguk a pikkelyek is zsíros tapintatúak. Kétségtelen azonban, hogy vannak — és nem is ritkán — olyan esetek, hol seborrhoea oleosa nincs jelen. Ezen tiszta esetekben a pikkelyek szárazak, nem lágyak és törékenyek.

A bőrelváltozások fejlődése rendesen lassan halad előre. Egyszer-egyszer ugyan elég gyorsan, pár hét alatt is megszaporodnak és fillérnagyságúra megnőnek, a mihez máskor hónapok szükségeltetnek. Rendesen azonban hónapokig sőt évekig is fennállhat a baj, a nélkül, hogy lényeges változást mutatna. A bőrelváltozások szép lassan végig csinálják a fent leirt fejlődési folyamatot, egyesek eltünnek, míg mások ismét helyükbe lépnek. Némely esetben az összes elváltozások spontan visszafejlődése észlelhető; a laesiók elmosódottakká válnak, a vérbőség és pikkelyeződés alig észrevehető. Majd ismét intensivebb lesz a kóros folyamat és az elváltozások újból jobban előtérbe lépnek. Azután ismét minden kezelés nélkül eltünhetnek. Kellő kezelés mellett meglepően gyorsan történik ez, de azért a recidivákra nagy hajlandóság marad.

A seborrhoea corporis Duhringnek az eddigiekben általunk adott kórképe nagyjában ugyanaz, mint a többi szerzőé. A mire azonban különösen reá kell mutatnunk, *az először azon elszarúsodási anomalia, mely egy finom, száraz, nem porszerű pikkelyréteg képződésében nyilvánul, másodszor a suprapapillaris Malpighi-rétegnek megvékonyodása*, melyet klinikailag constatálhatunk, mert a pikkelyréteg leválasztása után mindannyiszor azonnal vérző pontok jelentkeznek.

A klinikai megfigyelés tehát a mellett szól, hogy a seborrhoea corporis Duhringnél előforduló kóros bőrelváltozások anatomice identikusak a psoriasis vulgariséival. Nagy súlyt kell ugyanis helyeznünk azon körülményre, hogy mindkét kóros folyamat klinikai képét az elszarúsodási anomalia uralja, a melyhez hyperaemia járul, s hogy e mellett a suprapapillaris hámréteg megvékonyodik. Ezen makroskopikus leletet bizonyos fokig beigazolta, illetőleg kiegészítette a histologiai vizsgálat is, melyet egy kis gombostűfej nagyságú laesiónál ejtettem meg.

Itt a szarúréteget meglehetősen vastagodottnak találtam; a vastag szarúrétegben magmaradékok csoportjai lelhetők. A szarúréteg alatt következő Malpighi-réteg néhány sejtsorának sejtjei laposabbak, mint normalis viszonyok között. Az interpapillaris léczek valamivel hosszabbak és szélesebbek, mint az egészséges szomszédságban; az interpapillaris léczek ezen meghosszabbodása nem volt oly feltünő, mint a psoriasis vulgaris rendes intensitású eseteiben. A szemölcsökben csekély magszaporulat látható. A vizsgálat tárgyát képező kóresetben a szarúrétegmegvastagodás a folliculus szájadékának tájékára vonatkozott, maga az infundibulum tágult volt s a tágulat a fagygyúmirigy beszájadzásának helyéig terjedt le.

Azon feltevésünk tehát, hogy a seborrhoea corporis Duhring és a psoriasisnál található lényeges bőrelváltozások identikusak, nemcsak a makroskopikus klinikai megfigyelés, hanem a szövettani vizsgálat útján is be lett igazolva, miután a seborrhoikus bőrelváltozásnál a suprapapillaris hámréteg megvékonyodásán kivül az interpapillaris léczek túltengését is találtuk.

A két folyamat boncztani elváltozása indentitásának constatálása a szóban lévő kérdésnél rendkivül fontos, mert a két folyamat közös aetiologiájának bebizonyítása, vagyis kiderítése annak, hogy mindkét betegséget ugyanazon ok hozza létre, ez idő szerint nem lehetséges. *A két folyamat pathogen agense ismeretlen.*[1] Igy hát e tekintetben következtetéseinket kénytelenek vagyunk az anatomiai és klinikai tulajdonságokból levonni. Tudjuk, hogy a psoriasist első sorban is egy elszarúsodási anomalia jellegzi, melynél hyperaemia és pikkelyképződés van jelen, és a mely a suprapapillaris hámréteg elvékonyodásával és az interpapillaris hámréteg hypertrophiájával jár; hiszen ennek megfelelőleg legjellegzetesebb tünete a psoriasisnak azon körülmény, hogy a pikkelyréteg leválasztásánál azonnal pontszerü vérzések támadnak. Ha már most ezen bőrlaesiót nem akarjuk syndromának deklarálni, a mely a legkülönfélébb bőrbajokhoz szegődhetik (a mire nincs semmi okunk), akkor azt kell mondanunk, hogy mindazon kóros folyamatok, melyeknél pikkelyképződéssel egybekötött szarúsodási anomalia van jelen, mely azután a suprapapillaris hámréteg megvékonyodásához és ezzel együtt a papillák könnyen történő megsérüléséhez vezet és a melyet papillaris hyperaemia kisér, a melynél továbbá bizonyos klinikus jelekből (a felületbarázdálódás megváltozásából), vagy ha ez nem lehetséges, a szövettani vizsgálat által az interpapillaris hámléczek hypertrophiája mutatható ki, a psoriasis vulgarishoz sorozandók.

Az „Allgem. Diagnostik der Hautkrankheiten begründet auf pathologische Anatomie“ (Philippson és Török 1895) czímü munkánkban a bőrbetegségeket négy csoportba osztottuk. Ezek egyike a tulajdonképeni *bőrbetegségek* csoportja (ellentétben a tünetiekkel). Valóságos szervi megbetegedések ezek, „mert az ezen csoportba tartozó bőrbajoknál a bőrben talált anatomiai elváltozások a bőrben levő kórokoktól feltételeztetnek. A kóros folyamat itt jellegzetes tulajdonságaival lép fel, úgy hogy bizonyos esetekben ezekből magukból megcsinálhatjuk a diagnosist“ (pag. 61). Mint jellegzetes példát hoztuk itt fel a psoriasist (pag. 58). Daczára annak, hogy a psoriasis aetiologiájával még nem vagyunk tisztában, még se haboztunk, mikor a psoriasist a tulajdonképeni bőrbajok csoportjába soroztuk. A kórboncztani folyamat ugyanis önállóan fejlődik ki és fut le a bőrben a psoriasisnál, a mi által a betegség lényege jellegzetesen jut kifejezésre.

Ennek az álláspontunknak felel meg fenti következtetésünk is, a midőn t. i. a psoriasist és a seborrhoea corporis Duhringet együvé tartozóknak mondottuk. Azon „tulajdonképeni bőrbajok“ tehát, melyeknél a bőrelváltozás ugyanolyan jellegü, mint a psoriasis vulgaris-é, eo ipso a psoriasis vulgarishoz sorozandók. Ezen lényeges és jellegzetes tünetek, ú. m. pikkelyképződéssel járó és hyperaemiától kisért elszarúsodási anomalia, mely egyidejüleg a suprapapillaris hámréteg megvékonyodásához és az interpapillaris hámréteg hypertrophiájához vezet, ép úgy feltalálható a seborrhoea corporis Duhringnél is és ezért kellett ezt már ezek alapján is a psoriasishoz sorolnunk.

(Folytatása következik.)

[1] Az Unna-féle morococcusokra még reátérünk.

A kir. magyar tudomány-egyetem I-ső számú sebkórodájának közlései.

II.

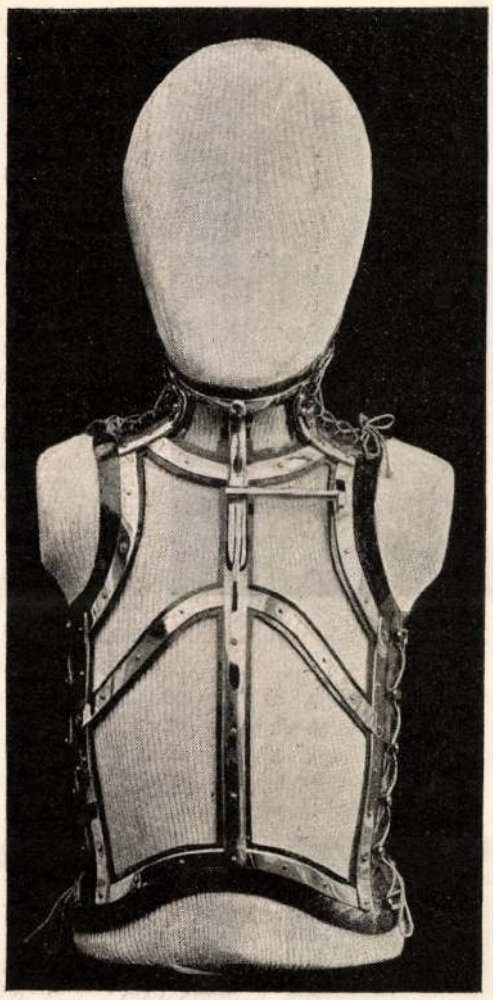
A gümős csont- és izületi gyuladások gyógykezelésénél alkalmazott kötések és gépek szerkesztésének elvei.[1]

Dollinger Gyula dr. egyetemi nyilvános rendes tanártól.

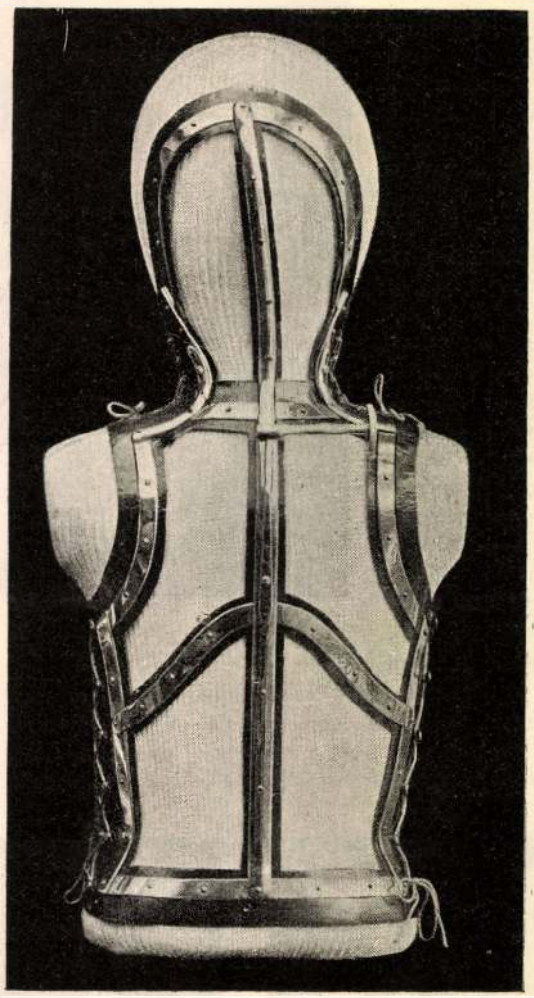
(Folytatás.)

1. A gerinczoszlop.

A rögzítés szempontjából a gerinczoszlopot két egyenlőtlen félre osztom. A nyaki rész és a felső 7—8 mellkasi csigolya képezi a felső, nagyobbik félt. Ezt sem a kulcscsont, sem a szegycsont, sem a vállak útján nem lehet rögzíteni, vagy jól megtámasztani, elhajlását csak úgy gátolhatjuk meg, ha a felső támasztó pontot a fejre helyezzük át. Mindazon fűzők, a melyek a felső 7—8 hátcsigolya gümős gyuladásánál a fejet szabadon hagyják és a szegycsonton, a kulcscsontokon vagy a vállakon keresnek támasztó pontokat, rosszul rögzítik és rosszul tehermentesítik a beteg gerinczoszlopot és az elgörbülést nem képesek meggátolni.



1. ábra. A gerincz felső felének rögzítésére szolgáló fejtartó fűző mellülről.



2. ábra. A gerincz felső felének rögzítésére szolgáló fejtartó-fűző hátulról.

A) A gerinczoszlop felső fele.

Hogy milyen nehéz a gerinczoszlop ezen részét jól rögzíteni, azt azon prothesisek nagy száma mutatja, a melyeket e czélra megalkottak. Ezek közül mindazok, a melyek a vállakra támaszkodnak, rosszul rögzítenek, mert mozgó alapon nyugszanak. Épen olyan tökéletlenül rögzítenek azon prothesisek, a melyek a fejet a törzszsel elastikus sínekkel kötik össze, vagy pedig a fejet tartó övet elastikus szalagocskákkal sínekre függesztik, a melyek egy fűzőre támaszkodnak. Ezek nem felelnek meg azon alapelveknek, a melyeket fentebb kifejtettünk és azért a mi czéljainkra alkalmatlanok.

Legjobban rögzít a Schönborn-Falksohn-féle kötés, a melyet én már 1883-ban alkalmaztam. Hátránya, hogy le nem vehető és hogy a beteg rosszul türi, de a gerincz e részének provisorius rögzítésére, továbbá másodlagos elhajlások redressálására kitünően alkalmas.

A prothesis, a melyet a gerincz felső részének rögzítésére construáltam és a melyet már évek óta használok (1. és 2. ábra), körülveszi a törzset, a csípőkre támaszkodik, a tarkón keresztül felterjed a fejre, és mivelhogy pontosan odasimul a fej occipitalis részéhez, a két processus mastoideushoz, és az állkapocs alsó széléhez, biztos alapot ad a fejnek. Áll ezen prothesis egy mellső és egy hátsó részből, a melyek oldalt összefűzetnek. A nyaki részen két oldalt alkalmazott fogas sínek segélyével a fejrész a törzsi résztől eltávolítható úgy, hogy a készülék a test hosszasági növéséhez alkalmazható. A prothesis gipszmintán készül, a mely beáztatott vástag bőrrel húzatik be. A sínek a bőrre szögeltetnek, azután a bőr a sínek között kivágatik úgy, hogy ezek alatt csupán vékony, bélelő léczeket képez. Csupán az alsó állkapocsnak, az állnak és a két csecsnyújtványnak megfelelőleg hagyatik meg a bőr, hogy e helyeken kényelmes támaszkodási felületek maradjanak.

Azonkivül még a mellső és a hátulsó fél oldalsó szélein is hagyatnak széles bőrcsíkok, a melyek megvékonyítva a két fél összefüzésénél egymás alá nyúlnak. A minta elkészítését a csigolyagyuladás gyógykezeléséről szóló értekezésemben[1] részletesen leirtam. Hogy az éj folyamán a légzés legkevésbbé se korlátoltassék és daczára ennek a rögzítés meg ne legyen szakasztva, egy fekvőkészüléket szerkesztettem (3-dik ábra), a mely ugyanazon a gipszmintán készül és így a fej, a tarkó és a gerincz egész hátulsó felületéhez jól odailleszkedő vályút képez. Ez vörösrézlemezből van kikalapálva és egy erős alaplemezhez rögzítve. Kicsiny gyermekeknél az egész készülék vízáthatlan szövettel van bevonva. Ha ekként a beteg gerinczrész folytonosan rögzítve van, nappal a fejtartósfüzővel, éjjel a fekvőlemez segélyével, akkor a gyuladás tünetei csakhamar eltünnek, a gyermek, a mely a fejét azelőtt egész nap a kezeivel támogatta, most a készülékben vidáman szaladgál és fájdalom nélkül tölti éjjeleit a fekvőkészüléken. Ha a beteg a gyógykezelés első stadiumában jut gyógykezelésbe, a púpképződés elkerülhető.

B) A gerinczoszlop alsó fele.

A gerinczoszlop alsó felének rögzítésére, a melyhez a négy alsó mellkasi csigolyát és az ágyéki részt számítom, más támpontok állanak rendelkezésünkre. Mindazon spondylitisfüzők, a melyek mellső része csupán puha füzőszövetből áll, vagy a melyek csupán a csecsbimbóig érnek, nem felelnek meg azon követelményeknek, a melyeket egy jól rögzítő füző iránt támasztunk, mert sem nem rögzítik eléggé a gerinczoszlopot, sem pedig nem támasztják annyira, a mennyire az a púpképződés meggátlására szükséges. Ezen füzők csupán a gerinczoszlop oldalingásait gátolják meg és ebben áll is a legnagyobb hasznuk, míg a mellfelé való hajlást nem birják teljesen meggátolni, pedig egy jó spondylitisfüzőnek ez a legfőbb feladata.

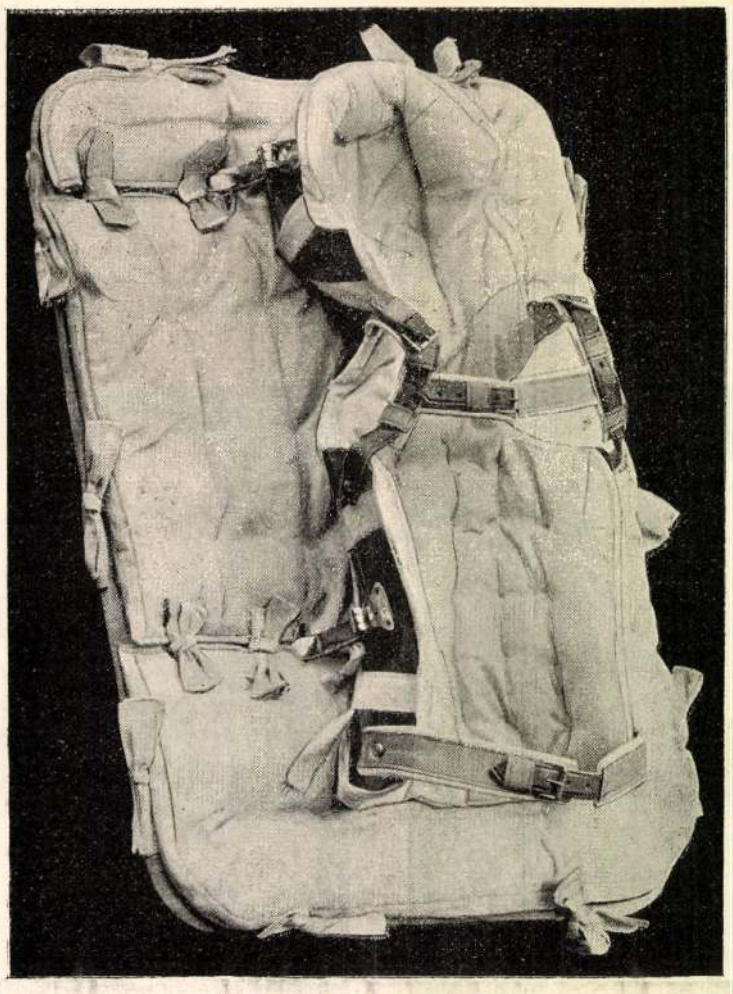
Hogy a füző a gerincz alsó részét jól rögzítse, hogy meggátolja, hogy a mellfelé hajló törzs a beteg csigolyatestet összenyomja, ahhoz az szükséges, hogy a füző mellső fele egy kemény pánczél alakjában felérjen a szegycsont felső széléig és a mellkas mellső felének biztos szilárd támaszt nyújtson. Ezen elvnek

[1] A gümös csigolyagyuladás gyógykezelése stb. Orvosi Hetilap 1896. 40—43. szám. Németül. Stuttgart. Ferdinand Enke. 1897.

*

felel meg azon spondylitisfüző, a melyet már 12 esztendeje, hogy betegeimnél alkalmazok. A mintázás czéljából ez esetben is a Glisson-féle függesztő alá állítjuk a beteget és azzal úgy rögzítjük, hogy sarkai és talpai a földet érik. A mintázás részleteit lásd a fentebb idézett dolgozatban.

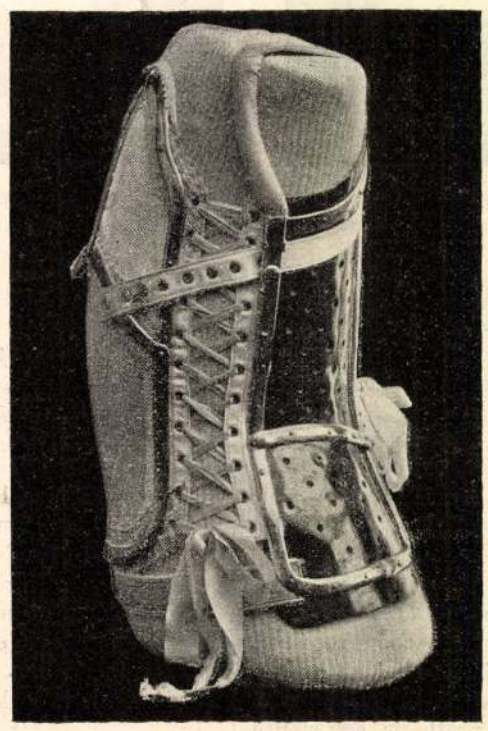
A spondylitisfüző két hátulsó félből és egy mellpánczélból áll. A hátulsó részek (4-dik ábra) felérnek a 4—5-dik hátcsigolyáig, le körülbelül 3—4 centiméternyire a nagy tompor fölé, mellfelé pedig a hónaljvonalig. Ezek kemény bőrből állanak, a mely számos helyen át van likasztva és szélein aczélsínekkel beszegve. Az utókezelés stadiumában, úgy mint a fejtartós füzőnél, a bőrfelületek itt is kimetszetnek. A mellső hónaljvonalban levő sínhez mindkét oldalt egy-egy válltartó van megerősítve. (5-dik ábra.) Ezek alakban, szerkezetben és alkalmazásukban teljesen különböznek az általánosan használt hónaljmankóktól, a melyeknek az a feladatuk, hogy a vállaknak és a törzs egy részének súlyát hordják. Azonban ezen régi szerkezetű mankók nagyon kényelmetlenek, a vállakat szükségtelenül feltolják, és a testsúlyt nem viselik. Én magam legalább jeles mesterektől készített füzőkön sem tudtam e hatásukról meggyőződni. Az én válltartóimnak az a czélja, hogy a mellpánczéllal együtt meggátolják a törzs mellfelé való ingását. Állanak egy-egy sarlóalakú jól megpárnázott aczélrúdból, a mely nem mint a régi válltartók a közepükön, hanem az alsó végükön vannak csavarok segélyével az oldalsínekhez erősítve, innen mellfelé, fel- és befelé húzódnak, odasimulnak a felkarfejecs belső oldalához,



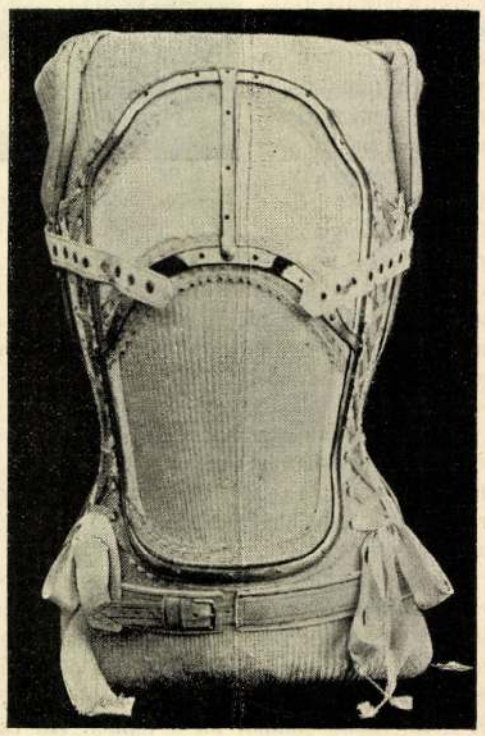
3. ábra. A gerincz felső felének rögzítésére szolgáló fekvőkészülék.

felemelkednek a kulcscsontig, itt megpárnázott szalagokba mennek át, a melyek a vállakon keresztül a hátra vonulnak, itt keresztöződnek, a hónalj alatt mellfelé térnek és mellül a pánczél felett összefüzetnek. A füző mellső része pánczélt képez (6-dik ábra), a mely fel a szegycsontig, le körülbelül a köldökig ér, aczélsínekkel van beszegve, és egy felfelé domború sín által egy felső félre van osztva, a mely a mellkasnak, és egy alsóra, a mely a hasnak felel meg. Az alsó felet nem húzatom be, hogy gyomor és belek jól kitágulhassanak és a hasi légzés jól kifejlődhessék. Ha a gyuladás a négy alsó háti csigolya valamelyikében van, akkor a pánczél felső felét bőrrel húzatom be, miután ez esetben nagyobb az elgörbülés veszélye, mintha a gümős folyamat az ágyéki csigolyákban székel. Ez utóbbi esetben a pánczél ezen felső része csupán füzőszövettel húzatik be és a sínek a test felé fordított felülete meg lesz bélelve. Ha felnőtt nőbeteggel van dolgunk, akkor a pánczélon az emlőknek megfelelő helyeket kivágjuk (7-dik ábra), ha pedig az emlők nagyok, akkor a kimetszett lék széleihez számukra egy-egy emlőtartót erősítünk. Ha, a mint nagy púpoknál megtörténik, a mellkas a hasi zsigerekre sülyed, akkor egy széles haskötőszerű, füzőszövetből készített pelottát alkalmazok, a mely a mellkas alsó körvonalaihoz pontosan odasimul és azt felemelve, az oldalsínekhez akasztatik. Ha a gyógykezelés megkezdésekor a betegnek erős fájdalmai vannak, úgy azalatt, hogy a füző elkészül, Sayre-féle gipszcorsetet adok a betegre, a mely azonban mellül a szegycsont széléig ér. Ez ren-

4. ábra. A gerincz alsó felének rögzítésére szolgáló pánczélos füző hátulról.



5. ábra. A gerincz alsó felének rögzítésére szolgáló pánczélos füző oldalról.



6. ábra. A gerincz alsó felének rögzítésére szolgáló pánczélos füző mellülről.

desen azonnal megszünteti a fájdalmat. A fekvőkészülék (8-dik ábra) hasonlít ahhoz, a melyet a gerincz felső részének elgörbülésénél alkalmazok, csupán abban különbözik tőle, hogy a fejre nem terjed ki, hanem felfelé az 1—2-dik háti csigolyáig ér.

9. ábra. Csipőizületi rövidkötés ülő felülettel az ülőgumónál és támaszkodással a két czombbütyökre, hátulról.

7. ábra. Pánczélos fűző felnőtt nőbetegek részére.

10.ábra. Mint a 9. ábra, féloldalról.

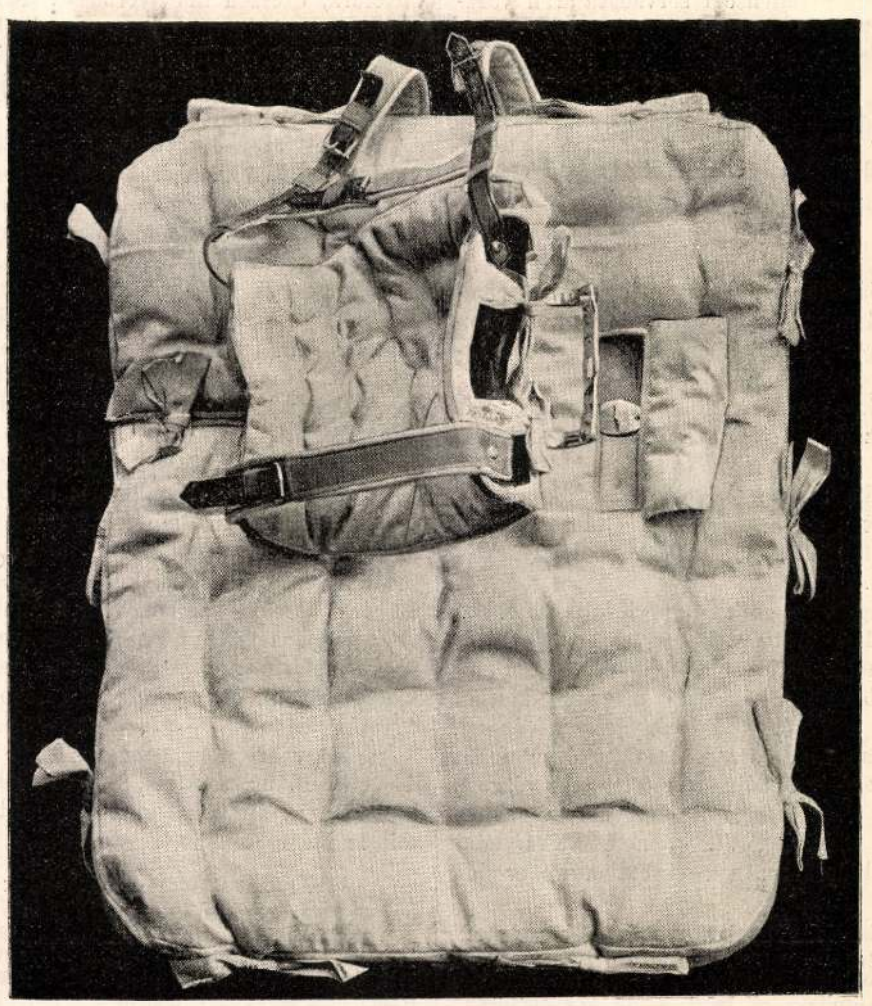
2. A felső végtag.

A vállizületet olyan bőrtokkal rögzítjük, a mely a felkart csekély abductióban és kifelé való rotatióban a mellkashoz köti.

A könyökizület rögzítésénél arra kell ügyelnünk, hogy az előkart a felkarral körülbelül 80 foknyi szögletállásban fixáljuk. Ha a radialis izületet is rögzíteni akarjuk, ezt az által érhetjük el, hogy a toknak a hajlítási oldal felől való részét a tenyérbe, a metacarpophalangealis izületekig meghosszabbítjuk. A kezet ilyenkor supinatio és pronatio között állítjuk be.

3. Az alsó végtagok

A csipőizületi gümős gyuladást jelenleg kezdettől fogva fenjárólag gyógykezelem. Lorenz, Phelps és többen a heveny időszakban coxitis ágyakat használnak, én ezeket a fentebb említett okokból mellőzöm. A végtagot csekély abductióban és flexióban rögzítem. Ha contractura van jelen, azt azon módszer szerint, a melyet 1891-ben leírtam[1] és a mely azóta a külföldi gyakorlatba is átment, redressálom, a mikor ez be van fejezve, flexióban és abductióban gipszmintát készítek és azalatt, hogy a prothesis elkészül, az izületet ismét rögzítem. Régebben hosszú gipszkötéseket alkalmaztam, a melyek az egész végtagra kiterjedtek és a bokáig értek. E kötések igen jól rögzítettek és ha a lábfelőli végükön kengyellel láttatnak el, a mint azt Lorenz a szegénypraxisban teszi, kitünően tehermentesítenek is. Azonban az a körülmény, hogy a kötés nemcsak a beteg izületet, hanem a térdet és ha kengyelt alkalmazunk, a bokát is rögzíti, nem marad káros következmények nélkül. Az ilyen kötéseket a szegénypraxisban nagyon soká kell a betegekkel viseltetnünk, ennek pedig okvetlenül az egész végtag nagyfokú tétlenségi atrophiája a következménye.



8. ábra. A gerincz alsó felének rögzítésére használt kiboritható fekvőkészülék.

Ennek elkerülésére én már évek előtt tettem kisérleteket arra nézve, hogy ezen hosszú kötéseket rövidekkel helyettesítsem, a melyek csupán a beteg csipőizületet rögzítik, a térdet és a bokát pedig szabadon hagyják, másrészt pedig a tehermentesítést eddig nem alkalmazott módon teljesítik.

[1] A gümös csipőizületi gyuladás, zsugorodás és merevség gyógykezelése. Orvosi Hetilap 1891. — Németül Zeitschrift für orthop. Chirurgie. 1892.

E kötések gyakorlatilag beváltak és most már évek óta általánosan használom.

A kötés az ülőgumónál széles ülőfelülettel bir, a mely a tehermentesítésnél az egyik támasztópontot képezi, másik támasztópontnak pedig a czombcsontbütyköket használja. Hogy ezek arra alkalmasak, arról már az én járókötéseimnél meggyőződtem. A kötést a redressálás befejezése után a Glisson-függesztő alatt alkalmazom. A beteg áll és két kezével a keresztrúdon fogódzik, én mögötte ülök. Az alkalmazott vattaréteg lehetőleg vékony. A kötés (9 és 10. ábra) felül 3—4 ujjnyi szélességre terjed a csípőtaraj fölé. A taraj felett a kötés feltevése közben egy gipszpólyatourt erősebben meghúzok, hogy rajta itt egy behúzódás keletkezzék, a mely lecsúszását megátolja. Ezután a medenczét veszi körül, az egészséges oldalon mintegy 2 harántujjnyira a nagy tompor csúcsa felett végződik és a beteg oldalon befedi az egész glutealis tájékot. Az ülőgumó alatt a kötést vagy a kézzel, vagy pedig egy gipszpólyatourral, a mely mellülről a perineumon keresztül jöve az ülőgumó alá húzódik és hátra- és kifelé tovább vezettetik a czombcsont hátulsó belső felületéhez nyomjuk, a mi által az ülőgumó széles kényelmes ülőfelületet nyer. Alant a térdizület két oldalán a két tenyeremmel erősen odanyomom a czombbütykökhöz és azok mögött egy kissé behorpasztom, másfelől pedig a térdaljban a lágyrészektől hátrafelé leemelem, hogy a vér- és a nyirokkeringésnek szabad útja legyen. A mikor a kötés megmeredt, medenczerészét mellül középen hosszában felvágom és oldalirányban kissé széjjelfeszítem. Ez azért szükséges, hogy a csípőtarajok a nyomás alól felszabadíttassanak. Ha a kötés jó erős, a felmetszés daczára is jól rögzíti a csipőizületet. A felmetszett medenczerészt azután egy nedves mullpolyával körülpólyázom. A betegek rövid kötéssel, a mely térdüket és bokájukat szabadon hagyja, sokkal jobban járnak, mint a régi hosszú kötéssel. Nagyon is jól tudom, hogy ezen rövid kötés nem tehermentesít olyan jól mint a régi hosszú, de, ha a beteg vagyontalansága miattnem rendelhetek egy teljesen megfelelő levehető, tehermentesítő és rögzítő gépet, akkor inkább beérem egyedül a rögzítéssel, a mit ez a rövid kötés igen jól teljesít, mint hogy a tehermentesítést az egész végtag tétlenségi sorvadása árán vásároljam meg.

(Folytatása következik.)

Észrevételek Borbély Samu dr. műtő: „A magas hólyagmetszés“ czimü czikkére.

Irta: *Hültl Hümér* dr. egyetemi szaksegéd.

(Vége.)

„Mikor ily evidensnek látszik az, hogy előnyösebb a magas hólyagmetszés, ennek ellenében a gyakorlatnak, a tapasztalásnak csak azon egy ténye áll, hogy a másik műtét, a gátmetszés, igaz, hogy nevezetes képleteken megy keresztül, de ezek sérülései mind meggyógyulnak. Azonban át van vágva a vas deferens és kérdés, milyen az ő (a beteg) közösülési és nemzési potentiája.“

„Összegezve a mondottakat: nagy kövek eltávolítása czéljából készített rések, melyeket a gáton keresztül ejtünk, mindig csak súlyosabb sebzéssel állhatnak elő, mint a nagy rések a symphysis ossium pubis felett.“

Hanem azért, mert meg volt szokva[1] perinealis metszést végezni, gyermekeknél e mellett megmaradt, mert „az ivarérés ideje előtt a gát képletei is sokkal kevésbbé fejlődvék, ezen táj beedényzése sokkal csekélyebb és így a sebzés maga is kisebb, csekélyebb vérzést okoz, a sebgyógyulás lefolyása utólagosan complicatiók által kevésbbé van fenyegetve“. De 20 éven felüli egyéneknél, ha nem birt morzsolni, mindig magasmetszést végzett, a mint az *minden* czikkéből, pl. a német sebészgyülésen tartott előadásának (l. Arch. f. klin. Chir. XXXVI. k. nem XXVI. mint B. dr. irja) referatumából is kiderül: „In zwei Fällen wo er sich bei Kranken über diese Jahre hinaus für den Steinschnitt entscheiden musste, machte er die sectio alta“. (Cbltt f. Chir., 1887. Beilage 92. l.)

Tehát *Kovács* nem volt ellensége a sectio altanak, hanem meg lévén elégedve a másik metszés eredményeivel, a kitaposott ösvényről, magyar szokás szerint nem akart letérni.

Azt a szóvirágot a „*kicsi laparatomiáról*“, melyet B. dr. mintegy szájába ad *Kovács*-nak, nem találtam sehol.

Nem szándékom a magas hólyagmetszés összes indicatióira kiterjeszkedni, melyeket B. dr. *a catheterismus posterior, a pericystitisből eredő hólyagrepedés*, valamint *bizonyos hólyaghüvelysipolyok műtevése (Pousson, Sematzki)* kivételével mind felsorol, azért újból a kövekre térek vissza.

Fennebb mondottam, hogy *Kovács* minden követ, melyet a bevitt közúzó-műszer meg birt fogni és az elgörbülés veszélye nélkül képes volt elroppantani: zúzott. Ez az indicatio minden jel szerint még ma is helyes, csakhogy a morzsolás alkalmazhatóságának határai, tekintve a kitünő (franczia, angol, amerikai) morzsolókat és pompásan működő evacuatorokat, rendkivül kiterjedtek. Hiszen olvassuk, hogy még csecsszopó gyermekben is morzsoltak (pl. *Alapi*) követ. A húgycsövön át való eltávolítás valóban az az út, melyet a természet követ és mint B. dr. mondja: „*a műtevés alapfogalma a természet okozta spontan gyógyulás utánzásában rejlik*“. Én ezt így tartom igaznak, nem pedig úgy, a mint B. dr. mondja: hogy „*a természet mutatta út . . . a húgykőnek a gáton való eltávolítása*“, mely „*ma is dominál*“ (619. l. I. h. 1. p.). Emlékeztetem B. dr.-t, hogy a vizelettel a húgycsövön át sok ezerszerannyi kő ürül ki, mint a hány a gáton kigenyed és hogy a tekintélyek *(Albert, Bergmann, Dittel, Guyon, Kocher, Trendelenburg* stb.), ha nem lehet morzsolni, csak magasmetszést végeznek és így már csak ezért sem dominál a gátmetszés.

Jeleztem, mely tényező terjesztette ki a lithotripsia és litholapaxia határait, be kell még számolnom azon körülményekről is, melyek kivitelüknek útjában állhatnak. Ezek:

1. ha a műszert nem lehet bevezetni (prostata-túltengés, strictura, egészen kis gyermek);
2. ha sok vagy igen nagy kő van beteg vesék mellett;
3. ha a kő diverticulumban fekszik;
4. ha a hólyag capacitása majdnem egészen megszünt;
5. ha a műtő . . .

Csak az 5-dik pontot kell külön megmagyaráznom. Nekünk mostan működő fiatalabb orvosgeneratiónak szemben az öregebbekkel nincsen általában úgy kiképezve a tapintó érzékünk, mint a látásunk, azért nem bizunk annyira magunkban oly mütéteknél, hol csak tapintanunk, de látnunk nem lehet, mint olyanoknál, hol látjuk azt a mit végezünk. Sokan tehát hamarabb fogjuk magunkat a metszésre határozni, mint a morzsolásra, a melyet pedig velünk ellentétben más, ki a morzsolóval való velebánásban egészen otthonos, erre veleszületett képességekkel bir, magát nagy szorgalommal begyakorolta, minden egyéb módszer felett praeferál.

Tehát adott esetben a műtő személye is befolyásolni fogja, hogy melyik eljárás a biztosabb út: a morzsolás vagy a metszés.

A mi már mostan a kő miatt végzett cystotomiákat illeti, szerény véleményem szerint a gátmetszésnek manap alig van indicatiója és már nem kérdéses, hogy melyik eljárás előnyösebb. Szerény nézetem szerint eldöntött dolog:[1] hogy a symphysis felett való hólyagmetszés jelenleg a normalis eljárás, mert ez a perinealis műtéttel szemben lehetővé teszi, hogy teljesen prima gyógyulást érjünk el. *(Kocher)*. (A többi előnyökre nézve B. dr.-ral egyetértek.)

Hogy ezt a prima gyógyulást mikép érjük el, nem egészen derül ki B. dr. soraiból, legyen szabad tehát elmondanom, nemkülönben az általam legutóbb mütett 5 eset kórtörténetének adatait is ide csatolnom.[2]

[1] Igy van vele *Verebélyi* is. Nagy gyakorlattal műtesz, az eredményei igen jók, tehát igy ir: „Én a gyermekkorban, természetesen figyermekeknél előnyt adok az oldalgátmetszésnek, mert e műtétmodort megszoktam és legjobban gyakoroltam és mert gyors végezhetősége rövid ideig tartó narcosist vesz igénybe. Elhamarkodottnak tartom e műtét felett (sectio lateralis) pálczát törni.“ Gyógyászat 1889.

[1] Kérdem B. dr.-t: manap kik „*küzdenek a magasmetszés létjogosultsága vagy teljes elvetendősége mellett*“ (620. l. I. h. 1. p.).

[2] Azon két sectio alta esetet, melyekre az Orvosi Hetilap XLI. évf. 44. számban utalok, bár a hólyagvarrat szintén kifogástalanul tartott, azért nem veszem fel ezen kis kimutatásba, mert a hólyag a műtétnél nem levegővel, hanem 2% bóroldattal volt megtöltve.

Alábbi öt esetet 1898. év nyarán operáltam a Stefánia-gyermekkórházban, hol Verebélyi tanár urat helyettesítettem.

A kik bélsebészettel foglalkozunk, meg vagyunk szokva akkor is kierőszakolni a gyógyulást, a mikor az üreges szerv a legfertőzőbb anyagokkal van telve (pl. bélobstructiónál resectio, epehólyagműtét genyes cholangitisnél stb). Miért ne lehetne azt a hólyagnál is elérni, a hol pedig sokkal ritkábban lesz a bennék olyan nagyon virulens.[1] A feltételek itt sem mások, mint egyéb ilyes operatióknál (pl. gastrotomia, enterotomia, choledochotomia stb):

1. Külső asepsis (ez alatt azt értem, hogy a műtő, beteg, eszköz, kötszer, stb. úgy legyen előkészítve, mint illik).

2. Az üreges szerv (mondjuk a hólyag) bennékének egyáltalán nem szabad a sebbel érintkezésbe jönni.

3. A varratnak jónak kell lennie.

Ezek oly feltételek, melyeket az esetek többségében mind meg lehet valósítani, a húgyhólyagnál ép úgy, mint a bélnél vagy gyomornál.

Az említett 5 esetnél a műtét menete következő volt. Mellékesen említve: azt a mit B. dr. a hólyag előkészítéséről ir, mint azt *Brandt* csinálja, mindenben helyeslem, eseteimben csak azért nem tettem, mert a vizelet tiszta volt. Langyos bórvizes mosás után a hólyag egészen ki lett üresítve, a beteg pedig *Trendelenburg*-féle fekvésben a műtőasztalra helyezve. Kiadós, a symphysissel párhuzamos, kissé felfelé homorú metszéssel nyitja meg a műtő a cavum praevesicalet. Pontos vérzéscsillapítás. Egy segéd, ki a műtétben különben nem vesz részt, *Nelaton* cathetert vezet be a hólyagba és azon át egy *Richardson*-féle labdával felfujja azt. A műtő pompásan látja, a mint a seb mélyéből felemelkedik, elődomborodik a kékes visszerektől behálózott hólyag. A műtő kétoldalt egy-egy hosszú selyemfonalat húz át a hólyagfalon, nehogy a megnyitás után a hólyag visszasülyedvén a kis medenczébe, az exaeresis és varrat meg legyen nehezítve. Ezekkel a fonalakkal mostantól a segéd a hólyagot rögzítve tartja. Eddig a műtét teljesen aseptikus volt. Most jön a megnyitás: késsel a két biztosító irányfonal között harántul lesz rétegenkint átmetszve a mellső hólyagfal. Vérző edények a nyálkahártya megnyitása előtt leköttetnek. A megnyitás után nem ömlik ki a vizelet, mert hiszen a hólyag egészen üres és belül annyira a menynyire tiszta is, mert jól ki volt mosva, csak levegő ürül ki serczegő hanggal Vízzel megtöltött hólyag mellett ezen mozzanatban piszokkal el van árasztva a seb. Egy kis reflectorral jól be lehet látni a hólyagba, úgy hogy szemünk vezetése mellett megfoghatjuk a követ egy fogóval. Gyöngéden kell a követ kihúzni, hiszen olyan nagyra szabhatjuk a hólyagsebet, a mekkorára akarjuk. A kővel vagy azon fogóval, melylyel a hólyagban kotorásztunk, nem szabad érinteni a sebet vagy praevesicalis-űrt. Az exaeresis után a két irányvarrat között pontosan egyesíthető a seb, két rétegben. Az alsó etage sülyesztett csomós varrat, mely csak a muscularist fogja (mucosát semmi esetre sem), a második szücsvarrat.[2] Tapasztalatunk szerint igen finom silkworm a legjobb varróanyag. Catgut ép oly bizonytalan itt, mint a bélnél. Utókezelés néhány napon át állandó catheter, mely a vizeletet egy carbollal telt edénybe vezeti le. Nem feltétlenül szükséges. Láttam olyan gyermeket, ki catheter nélkül mindjárt a műtét napjától kezdve spontan vizelt.

Minden esetben exact tartott a hólyagvarrat, egy csepp vizelet sem ömlött ki, hogy mégis 4-szer a bőrsebet nem zártam teljesen, annak következő mérlegelés volt az oka: 1. Üres hólyag a kis medenczébe fekszik, tehát a börseb és hólyagseb között nagy a niveau differentia, nagy sebüreg marad vissza. 2. Minek koczkázatnak kitenni a beteget, hátha nem tart egy varrat és vizelet ömlik ki a cavum praevesicaleba. Azért négy esetben mély öltéssel oda varrtam a bőrt és leválasztott rectusokat a helyükre, a seb közepén azonban vékony csíkot vezettem a hólyagig. Ez a csík az 5—6-dik napon végleg el lett távolítva, a jodoform-gaze helyén visszamaradó hiány mindig akadálytalannul tele sarjadzott és behámosodott. Az utolsó esetben (V.) nagyon tisztán ment a műtét. Hogy megszüntessem a hólyagseb és börseb között lévő niveaukülönbséget, a hasfalvarratba bevettem a hólyagfalat is, úgy hogy seb sebre került. Teljes egyesítés, kifogástalan prima. Hat nap alatt meggyógyult a beteg.

Ha már most azt kérdezzük, hogy a *hólyagfal minden esetben egészen bevarrassék-e*, a válasz szerény nézetem szerint csak egy lehet: *kétségtelenül igen, minden esetben.* Mert:

1. ha nem ment egészen tisztán a műtét, nem szabad bevarrni a hasfalsebet, hanem úgy, mint *Brandt* tanár is teszi, a hólyagvarratig gazezel kell tamponálni;

2. ha nagyon fertőző a vizelet a hólyagban, annál inkább meg kell a praevesicalis sebet óvni attól, hogy oda jusson, de ez legjobban megint csak a varrattal érhető el;

3. ha nem is bizunk abban, hogy a hólyagvarratunk végérvényesen zárni fog: egyet biztosan tudhatunk, t. i., hogy nehány napig tart, addig a míg átvágott, vagy kigenyedt. Igen, de ez a néhány nap már elegendő, hogy a praevesicalis kötőszövet ürei elzáródjanak és így phlegmone elkerültessék.[1]

Most az általam követett operatio módnál előforduló apróságoknak gazdáját nevezem még meg.

Legelőször műtett magasra felpolczolt medenczével *Trendelenburg*, azért az ilyen fektetés ő utána neveztetik el.

Sok műtő metszi át a fanívvel párhuzamosan a rectusokat, széles utat nyitva a hólyaghoz, mégis *Home, Dupuytren, Hutchinson* után különösen *Bruns, Bardenheuer* és *Kocher* szereztek ezen, szerény nézetem szerint fontos pontnál érdemeket.

Azt, hogy a hólyagot levegővel fújjuk fel, különösen *Helferich* és *Socin*-nak köszönjük, de már igen régen *Solinger* is tette és *Albert* is használta egyszer Innsbruckban.

Éles horgok helyett előre áthúzott fonallal rögzíti a hólyagot *Dandolo* (Milano 1891. Ref. Cblt für Chir. 91., 290. l.). Nemcsak a hasfalat, hanem a hólyagot is harántul nyitja meg *Albarran* (Ann. des mal. des génito-urin. XI. k. 2. füzet), a történelmi időben pedig *Le Dran* és *Gehler* járt így el.

A *Garson, Braune, Petersen* által ajánlott végbélmegtöltés szerény nézetem szerint egészen felesleges. Arról is kár vitázni, mint B. dr. 619. l. II. h. 2. p. teszi, hogy ki használta először, mert már *Heister*[2] a magasmetszést *Tolet* és *Bonnet* után így irja le: „Ein Diener müsse seine zwey fördersten Finger in den Hintern des Patienten stecken, und mit selbigen den Stein aufwärts drücken, hernach müsse der Chirurgus gleich über der Junctur der Schambeine, eine längliche Incision bis endlich in die Blase machen.“ Végre is elvben egészen mindegy, akár colpeurynter, akár szolgaujjak kerülnek a végbélbe. *Heister* ezenkivül még a hólyagot is megtöltötte tejjel.

I. Friesenhan József 7 éves (j. sz. 630.); felvét VII/5., műtét VII/13. Baraczkmagnyi dúdorzatos puha kő. Állandó catheter. VIII/22. gyógyultan távozik.

II. Kaszler Antal 4 éves (j. sz. 717.); felvét VIII/3. Műtét VIII/4., mogyorónyi kő. Állandó catheter. Gyógyult VIII/23., kórházból távozik VIII/28.

III. Tóth János 14 éves (j. sz. 725.); felvét VIII/7. Műtét VIII/9., diónyi kő. Állandó catheter. VIII/22. gyógyultan távozik.

IV. Mayer Ádám 4 éves (j. sz. 727); felvét VIII/7. Műtét VIII/9., mogyorónyi kő. Állandó catheter. IX/2. a kórházból gyógyultan távozik.

V. Müller János 2½ éves (j. sz. 765); felvét VIII/22. Műtét VIII/25. Sectio alta, cystorrhaphia, cystopexis. Teljes sebegyesítés, mogyorónyi kő. A fejletlen húgycsövön át nem lehet puha cathetert bevezetni, a hólyagfelfúvás fém pöscsapon át történt. VIII/26—IX/1. Láztalan lefolyás, a gyermek vizeletét tartani nem tudja. Teljesen prima sebből a fonalak IX/1. távolíttatnak el. IX/2. ágyából felkel. IX/3. vizeletét rendesen tartja. IX/6. teljesen gyógyultan távozik.

[1] Hogy a pathologikus húgy „*romboló*“ hatású, az kétségtelen, a tiszta vizelet azonban talán még sem olyan veszedelmes, mint *Enriquez* nyomán B. dr. felveszi. B. dr. azt irja u. o. (634. l. I. h. 5. p.) „*Simon kiterjedt vizsgálatai is meggyőzőek a pathologikus húgy romboló hatásáról.*“ Gustav Simon azt is kimutatta, hogy a friss el nem bomlott vizelet nem hátrányos a sebekre. (Lásd Arch. f. klin. Chir. XXXI. k. 154. l.)

[2] Szűcsvarrat ad csak biztositékot impermeabilis zárásra. B. dr. „*előrefutónak*“ mondja (németül fortlaufend, 635. l. I. h. 10. sor). Miért? a műtő többnyire a seb legtávolabbi pontjából magafelé varr. Ezüstsodronynyal is egyesitettek már hólyagot pl. *Vincent* (Revue de chir. 1881., 575. l.) Csak mellékesen jegyzem meg, hogy *Podres* szemei előtt, kire B. dr. hivatkozik, 634. l. II. h. 5. p., nem hólyagvarrat lebeghetett, mert czikkében egyáltalán nincs is szó húgyhólyagról.

[2] Ellen kell mondanom tehát B. dr.-nak, ki azt tartja „*a varrat tényleges haszna a prima gyógyulástól függ, különben nem ér semmit*“. 634. l. II. h. 4. p. Elismerem ugyan, hogy a genyes vizelet befolyásolhatja az egyesülést, de nem vehetem komolyan ezen érvelést: „*a genytermeléssel járó hólyag vizelete*“, „*korántsem képezhet oly aseptikus folyadékot, még állandó catheter alkalmazása mellett sem, mely a prima gyógyulást elősegítené*“. Egyébiránt *Gross* és *Schmitz* statistikával bizonyitják, hogy a sectio alta hólyagvarrattal még akkor is jobb eredményt ad, ha a varrat nem tart, mint ha egyáltalán nem egyesitünk.

[1] *Dr. Lorenz Heisters* Chirurgie 1770, 823. l.

A hólyag sebének egyesítését *Lotzbeck* ajánlta (Hoher Blasenschnitt und Blasennaht. Deutsch. Klin. Berl. 1858. 144—147. l.), de már előtte is foglalkozott ezen eszmével *B. Bell* és *Larrey* (l. Arch. f. klin. Chir. XXVIII. k. 457. l.), *Lotzbeck* után varrt *Bruns, Ultzmann, Dorfwirth* stb. Tehát nem *Willett* és *Heath*, mint B. dr. mondja, mert ők trauma miatt megrepedt hólyagot egyesítettek és pedig csak 1876. illetve 1879-ben.

Már *Maksimow*[2] is tudta (és ép ezért itt is ellentmondok B. dr. 634. l. II. h. 5. p. szövegezésének), hogy a nyálkahártyát nem szabad varrni, mert: 1. a nyálkahártya kifordul és gátolja a sebnek egyesülését; 2. mert a hólyag ürébe beérő fonal a vizeletből incrustálódik; 3. *Juillard* szerint (Arch. f. klin. Chir. XXVIII.), mert ha minden réteg át van öltve, a szúrcsatornákon szivárog ki a vizelet.

Sülyesztett csomós és felette szücsvarrattal először *Tiling* (Ref. Cblt für Chir. 1886. 507. l.) zárta a hólyagot. *Kraske* (Berl. klin. Woch. 1885, 688. l.) kezdeményezte, hogy a hólyagvarratig mindig vezessünk egy jodoform-gaze csíkot.

Az a gondolat, hogy a hólyagseb és börseb között a niveaukülönbséget megszüntessük, más okadatolással ugyan, de tulajdonképen *Vidal*-tól[3] (Ann. de la chir. franc. 1843) származik. Ujabban *Rasumowsky* azon czélzattal, hogy a hólyag sebének nyugalom biztosíttassék, a hasfalsebhez rögzíti a hólyagsebet. Ezen eljárása (cystopexia, Arch. f. klin. Chir. XLVIII. k. 442. l.) *Zuckerkandl, Kukula, Stierlin* és *Soldani* közleményei, valamint a mi V-dik esetünk szerint igen szép eredményeket adhat. *Rasumowsky*-nak az eltávolítható hólyagvarratról (Arch. f. kl. Chir. LVII. k.) tett javaslata felett idő rövidsége miatt még nem nyilatkozhatunk.

B. dr. dolgozatában többnyire mások tapasztalásairól számolván be, engedje meg, hogy végezetül egész értekezésére egy szerény észrevételt tegyek. Ma úgy vagyunk a sebészetben, mint mikor a vándor egy magas fensíkra ért fel. Az utolsó két decennium lázas haladása után a munka különösen a chirurgiai technicát és indicatiót illetőleg mintha bizonyos befejezést nyert volna. Csak helyeselhetjük tehát, ha kissé megpihenve gyüjtő referatumok alakjában szétnézünk és elmélkedünk. De kivánatos, hogy sokak munkáját alaposan vizsgálva szóljunk, ha már egyáltalán szólni akarunk munkatársainkhoz.

TÁRCZA.

Az orvosi szakértő mint tanú.[1]

(Folytatás.)

6. A szakértői müködésnek a tanú müködésétől való különbözőségéből következik az a további különbség is, a mely a tanú hamis tanúzása és a szakértő hason bűncselekményének tényálladéka tekintetében mutatkozik.

Hamis tanúzást követ el a tanú, ha objective való tényt valótlannak, vagy valótlan tényt valónak állít; a szakértő ellenben nem kerülhet bünvád alá, ha véleménye objective valótlan, ha pl. az elmegyógyász valakit épelméjünek nyilvánít véleményében, holott az nyer megállapítást, hogy az illető elmebeteg.

7. A tanuk egyenkint és az ugyanazon ügyben kihallgatandó többi tanuk jelen nem létében hallgatandók ki és oly tanuk, kiknek vallomásai egymással ellenkeznek, szembesíthetők egymással (1893: XVIII. t.-cz. 88. §.), annak ellenben semmi akadálya sincs, hogy több szakértő együttesen hallgattassék meg, sőt véleményük nyilvánítása előtt tanácskozhatnak egymással és véleményüket együttesen is megadhatják; a szakértők szembesítésének pedig nem lehet helye.

8. A tanuk vallomástétele mindig élőszóval történik; a szakértők véleményüket rendszerint külön irásba foglalva a jegyzőkönyvhöz csatolják, vagy külön jelentés mellett utólag beadják, vagy pedig csekélyebb fontosságú tárgyaknál az magába a szemlélőről kelt jegyzőkönyvbe iktattatik.

9. Különbség van végül a járandóság tekintetében is. A tanú járandósága az idő- és a munkamulasztás, netán felmerült élelmezés és kocsibér megtérítésében áll, magáért a tanúságtételért azonban, mivel ez polgári kötelesség, külön díj nem jár. Míg e szerint a tanuk a készkiadásokon kivül csak időmulasztásuk megtérítését követelhetik, addig a szakértő részére a készkiadáson és időmulasztáson felül megfelelő munkadíj is megállapítandó.

Általában ugyanazok a szabályok irányadók a bünvádi eljárásban is, azonban az eljárás nyomozó rendszeréből kifolyó különbségekkel és főkép azzal a különbséggel, hogy a büntető eljárásban a szakértők véleményadásra pénzbirság terhe mellett szoríthatók (1896: XXXIII. t.-cz. 231 s köv. §§.) és közreműködésüket bizonyos esetekben meg nem tagadhatják.

Ezeknek a tételes törvényi intézkedéseknek rövid ismertetése után áttérünk

II. a tanúk és szakértők perbeli állására és szerepére.

A tanuk fogalmát az elméletben akkép határozhatjuk meg, hogy azok olyan személyek, a kik az érzékeik által tapasztalt ténykörülményekről a biró előtt bizonyságot tesznek; szakértők ellenben olyan személyek, a kik különleges élettapasztalataik, foglalkozásuk vagy szaktudományuk segélyével kellő képességgel birnak olyan észleletek teljesítésére, tapasztalatok vagy tudományos tételek helyességének megitélésére, melyek a birói felismerés körén kivül esnek és a kik e különleges szakismereteik alapján a biró előtt annak körébe tartozó dolgokról véleményt nyilvánítanak.

Sokat vitatott kérdése a perjognak az, hogy a szakértői vélemény bizonyíték-e, és így a tanúvallomással egy szempont alá esik-e, vagy pedig a biró segédjének tekintendő-e a szakértő?

Az első nézet, t. i. azon nézet, hogy a szakértők a tanukkal egy szempont alá esnek, egyes particularis német perrendtartásokban nyert kifejezést.

A második nézet, hogy a szakértő a biró segédje, a középkori olasz doctrinából fejlődött, mely a szakértőket instructores judicis-nek tekintette és azt tanította: periti potius judices sunt quam testes. Ezen az állásponton áll a német birodalmi perrend. Mostani perrendünk ép úgy, mint a franczia eljárás, nem foglal el elvi álláspontot a szakértők állásának általánosságban való szabályozásánál és a részletekben is hol az egyik, hol a másik álláspont felé hajlik. A perrendtartási javaslat előadói tervezete általánosságban a biró segédjének tekinti a szakértőt, de nem ragaszkodik ehhez az állásponthoz oly mereven, hogy a feleknek befolyását korlátozná.

* * *

Az eddigiekben ismertettük a tanukra és a szakértőkre vonatkozó tételes szabályokat és röviden körvonaloztuk a tanuk és a szakértők perbeli állása közötti különbséget, a mely alapkülönbség már magában véve is kétséget támaszt annak helyessége tekintetében, hogy a szakértő szakértelmével észlelt tényről tanúvallomást tegyen.

A mi már most a szóban forgó, vagyis annak a rendelkezésnek tüzetes birálatát illeti, hogy a szakértői személy bizonyos körülmények között tanúnak tekintetik, vegyük mindenekelőtt szemügyre azokat az érveket, a melyekkel a törvényjavaslatok és az elmélet a jelzett rendelkezést indokolják.

Az 1893. évi XVIII. t.-cz. ministeri javaslata a reánk sérelmes rendelkezést nem tartalmazta; csak a képviselőház igazságügyi bizottsága vette fel az említett rendelkezést a következő megokolással:

Minden kétséget kizárólag meg kellett határozni, hogy az utolsó bekezdésben felsorolt személyek valóságban tanuk; igy tehát kihallgatásuk elrendelésénél és annak foganatosításánál a tanúkihallgatásra vonatkozó szabályok alkalmazandók.

Az általános perrendtartás (1893) előadói tervezetében már részletesebb indokolással találkozunk:

Az elméletben vitás, hogy az olyan személyeket, a kik elmult körülményekről szakértői észlelés alapján tesznek tanúságot, tanuknak vagy szakértőknek kell-e tekinteni. A tervezet, azon álláspontjából, hogy a szakértők a biró segédjei, a kik szakértelmét kiegészítik, nem tekintheti ezeket szakértőknek, hanem csak egyszerű tanuknak. Hogy ezek a tanúk a bizonyítandó ténykörülményeket csak szakértelmük segélyével észlelhették, az nem változtat a dolgon. Valamint az, a ki egy általa elolvasott irat tartalmáról

[2] *Maksimow*: Anwendungsversuche von Darmsaiten bei Blasennaht nach Epicystotomie 1876., 51. lap.

[3] *Vidal de Cassis* a két szakaszos magasmetszés felfedezője. Szerény nézetem szerint „*két ülésbeni*“ B. dr.-nál 634. l. II. h. 4. sor németes (in zwei Sitzungen).

tesz tanúságot, nem tekinthető szakértőnek csak azért, mert ezen észleléshez az irni-olvasni tudás szükséges, ép oly kevéssé tekinthető szakértőnek azon orvos, a ki arról tesz tanúságot, hogy valaki a mult időben bizonyos betegségben szenvedett. Az, hogy az orvos, külső jelekből következtetés útján jutott annak tudomására, hogy minő bajban szenvedett a beteg, különbséget nem tesz, mert minden tényconstatálás többé-kevésbbé következtetéseken is épül. Miután a biró a tanú vallomásának bizonyító erejét is szabadon mérlegeli, nincs semmi veszély abban, hogy a tanúvallomásba szakértői következtetések is vegyülnek.

Ez a Plósz-féle javaslatnak a nézete.

Zlinszky a bizonyítás elmélete című munkájában (328. l.) a következőket mondja: Megkülönböztetendő a szakértők általi bizonyítástól az az eset, midőn a szakértők általuk a multban tapasztalt valamely oly eseményről tesznek bizonyságot, melynek kellő felfogásához bizonyos különleges szakismeret kivántatik, p. o. ha egy orvos arról tesz tanúbizonyságot, hogy egy év előtt a peres felet valamely betegségben gyógyította. Ezen bizonyítványok nem a szakértői bizonyíték köréhez tartoznak, mert ezen esetben a szakértő nem a biró által előterjesztett ügyben ad véleményt, hanem a multban tett észleleteit adja elő, mint a tanú, bár a kettő között az a lényeges különbség merül fel, hogy a bizonyítvány a tény előadása mellett birálatot is foglal magában, a lényeg azonos és a különbség csak a szakértő különleges helyzetéből származik. Ily bizonyíték tehát a tanú általi bizonyításra nézve fennálló szabályok alá esik.

Eddig *Zlinszky* nézete.

A mint már említettük, a büntető perrendtartás a szakértő tanú fogalmát nem ismeri és erre vonatkozó álláspontját a következőkben indokolja:

Nagy kontroversia tárgyát képezi úgy az irodalomban, mint a külföldi judicaturában a tanúzási és a szakértői eskünek egymáshoz való viszonya. Minthogy a két bizonyítási eszköz egymástól különbözik, nagyon természetes, hogy az eskü tartalma is különböző, ha tehát a tanú egyúttal szakértőnek is tekintendő, vagy ha a szakértő egyúttal tanú szerepet is ölt, úgy kérdéses, hogy melyik eskü, vagy mind a kettő teendő-e le?

A német perrendtartás az első positiv jog, a mely a szakértő tanú fogalmát felállította. (85. §.)

Az indokolásban elő van adva, hogy sok vitának elejét veszi az, ha kimondatik, hogy az a tanú, a ki a multban történt tényekről vagy állapotokról szakértelmet igénylő tanúságot tesz, valóságos tanúnak tekintendő. A szakértő és a szakértő tanú között a belső különbség az indokolás szerint az, hogy a szakértők mint birói segédek (als Gehülfen des Richters) mindig tényekből következtetéseket vonnak, a szakértő tanú pedig saját tapasztalatait mondja el. Szembetünő a megkülönböztetés hiányossága, mert egyrészről szakértőnek sem kell mindig következtetést vonni a tényekből, másrészről a szakértő is saját tapasztalatait és észleleteit mondja el.

A szakértő tanú fogalmának a német perrendben foglalt megállapítása és indokolása arra a kontroversiára, midőn a tulajdonképeni szakértői és tanúzási szerepkör egymást szeli, nem derít világot. A fölött senki sem kételkedik, hogy a szakértelem a tanúzásnál is fontos szerepet játszhat, a nélkül, hogy a tanú ezt a jellegét elveszítené. Ha A. csak annyit lát, hogy kép függött a falon, B. pedig megtudja mondani, hogy a kép a sixtini Madonna utánzata volt, úgy B. minden esetre szakértelménél fogva többet tud mondani, mint A., de azért a szakértelemmel tett tanúsága nem fosztja meg őt a tanú jellegétől.

A mi kétséges, ez az: mily ismérvek szükségesek ahhoz, hogy a szakértő tanú egyúttal szakértőnek, és viszont a szakértő egyúttal tanunak is legyen tekinthető.

A német Reichsgericht judicaturájából (III. büntető tanács, 1880. május 8. Entscheid. II. 154, 156. l. továbbá II. büntető tanács 1880 október 26. Rechts. II. 339 l.) azt az elvet lehet levonni, hogy azt, a mit a szakértő a bünvádi per tartama alatt szakértői minőségben észlelt, szakértői és nem tanúzási eskűvel kell megerősíteni.

De, hogy ezzel a kérdés nincs megoldva, e tekintetben John utal az I. büntető tanácsnak 1880. deczember 22.-én (Rechts. II. 665 l.) hozott eltérő határozatára.

Ugyanő a szóban levő kérdés megvilágítására érdekes példákat hoz fel: Vádlott alibijének igazolása czéljából hivatkozik arra, hogy beteg volt. A betegség igazolására nem okvetlenül szükséges orvosi bizonyítvány, következőleg vádlott két nem orvos tanura, A-ra és B-re hivatkozik. Nem szenvedhet kétséget, hogy A. és B. mint tanuk hallgatandók ki és esketendők meg. De ha azt kellene bizonyítani, hogy a beteg typhusban feküdt, úgy ez már csak szakértővel, illetőleg szakértő tanúval volna bizonyítható. Hivatkozik tehát a vádlott X. orvosra, ki őt betegségében gyógyította és a ki kijelenti, hogy a beteg typhusban volt. Az orvos most nem mint szakértő, hanem mint szakértő tanú, a tanúzási esküt fogja letenni. Már most, ha azt kérdezik az orvostól, hogy a vádlott azon a napon olyan helyzetben volt-e, hogy a szobát elhagyhatta, úgy az orvos, az erre adott feleletében már mint szakértő válaszol, mert a saját szakértői tanúsága által létrehozott bizonyítási anyag erejét az alibi szempontjából itéli meg. Ily esetben X. orvosnak úgy a tanúzási, mint a szakértői esküt is le kellene tenni.

Glaser a vitás kérdésben a következő szabályt állítja fel. Ha a szakértő olyan tényekről nyilatkozik, melyeket nem a hivatalos vizsgálat alkalmával észlelt, akkor nemcsak a szakértői, hanem a tanúi eskü is kiveendő töle, viszont a szakértő tanúnak le kell tennie a szakértői esküt, midőn a leletet potló nyilatkozatnál többet, még szorosan vett szakértői véleményt is kivánnak töle.

Ezen ellentétek mellett, általános kimerítő formula alig található, miért is a törvény ilyennek felállítását meg sem kisérlette. A szakértői vagy a tanúi eskünek, esetleg mind a kettőnek alkalmazása tárgyában csak az eset körülményei szerint lehet dönteni, de a Reichsgericht gyakorlatából levont és a Glaser által felállított szabály tájékozásul szolgálhatnak.

Ez a büntető perrendtartás javaslatának az álláspontja, melyből a civilis törvény intézkedéseivel szemben világosan látható az óvatosság, mely a törvényhozót e nehéz kérdés törvénybe foglalásának elkerülésére indította és a mely folytatólagosan azt a helyzetet teremtette meg, hogy büntetőjogi esetekben a biró megitélésétől függ annak eldöntése, hogy a szakértőt tanúnak tekinti-e vagy nem, tehát oly helyzetet létesített, a mely a szóban forgó kérdést a mi szempontunkból még jobban complikálja, mert megeshet, hogy különböző birók előtt, egymáshoz hasonló ügyekben egyszer mint szakértő, máskor pedig mint tanú leszünk kénytelenek esküt tenni.

Babarczi-Schwartzer Ottó,
a budapesti orvos-szövetség elnöke.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Prof. Dr. **E. H. Kisch**: **Klimatotherapie.** Einzel-Abtheilung aus dem Lehrbuche der allg. Therapie und der therapeut. Methodik; herausgegeben von Prof. *A. Eulenburg* und Prof. *Samuel.* Urban und Schwarzenberg, Berlin, Wien, 1898. 47 oldalas füzet.

Rövid áttekintést ad a klimás gyógyításhoz szükséges tudnivalókról. Itt-ott elavult adatokon (pl. hogy Andermatt Svájczban „jól berendezett téli gyógyhely", holott mint ilyent már én 1896 elején megszüntnek találtam), igen is kétségbevonandó tények készpénzül vevésén (vérsejtszaporodás a magasságokban) akad meg ugyan a szemünk, miközben a kis munkát átlapozzuk, nagyjában véve azonban mindamellett eléggé használható. Sok jó összeállítás, helyes csoportosítás is van benne, s a klimatologia és klimatotherapia alapjait megismerheti belőle az olvasó.

A klimatényezők tárgyalásánál, mikor a levegő melegségéről szól, ügyesen foglalkozik a hőmérséklet napi, évközi menetével, részletezi a levegő nedvességének, sűrűségének, mozgásának, kisebb-nagyobb tisztaságának körülményeit s befolyásukat a szervezetre. Majd a talajról szól. Ezen első elemző rész kidolgozásában azt az elvet látjuk követve, a mit *van Bebber* alkalmazott az ő „Hygie-

nische Meteorologie"-jában (Stuttgart, Enke, 1895). Az éghajlat egyes factorainak ismertetése után mindjárt azok physiologiai hatástana következik.

A szárazföldi klima pontjánál megemlékezik a tüdőbetegek klimato-hygienikus gyógyításáról a sanatoriumokban. Sorra foglalkozik azután a magaslati és tengermelléki éghajlat sajátosságaival, s kifejti az egyes klima-nemek alkalmazásánál irányadó szempontokat is.

Meg kell befejezőül említenem, hogy (a nagy gyüjtőmunkába folytatólagos számozással van a füzet beillesztve) a 670. oldalon ezt a mondatot „Es muss dasjenige Höhenklima als das beste und heilkräftigste angesehen werden, welches ein Maximum von hämopoëtischer Reaction neben einem Minimum von Acclimatisationsbeschwerden zeigt", egész bátran idézőjelbe tehette volna a szerző, mert ha az kétségtelen, hogy a mondat tartalmához igen sok szó fér, talán még kétségtelenebb, hogy ezeket a szavakat *F. Miescher* mondotta a svájczi orvosok Centralverein-jének 1893 folyamán Oltenben tartott gyülése alkalmával. *Kuthy* dr.

II. Lapszemle.

Heveny izületi csúz gyógyítására *Mosler* tanár a salicylsav mellett a salophent is ajánlja és pedig oly módon, hogy az első 3—5 napon salicylsavat ad nagy adagokban, azután pedig salophent, naponként 2—3 grammot, hosszabb időn keresztül. A salophent ugyanis a betegek jobban türik, használata kellemetlen mellék-tünetekkel nem jár, a minek az a magyarázata, hogy a salophen nem más, mint salicylsav és acetylparamidophenol vegyülete, melyet savak nem bontanak fel és csak alkalikus közegben bomlik szét lassan salicylsavra és acetylparamidophenolra. A salophen tehát változatlanul megy keresztül a gyomron, ezt nem támadja meg, a bélben azonban lassan bomlani kezd. A bomlás lassúságából magyarázható már most, hogy az idegrendszerre gyakorolt kellemetlen hatás sem mutatkozik használata után, úgyszintén az is, hogy hatása huzamosabb ideig tartó. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1898. 35. sz.).

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1890. január 6.

— **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1898. deczember 18-dikától 1898. deczember 24-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 449 gyermek, elhalt 245 személy, a születések tehát 204 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2569 beteg, szaporodás 658, csökkenés 788, maradt e héten végén ápolás alatt 2439. — Nevezetesdbb halálokok voltak: croup 5, roncsoló toroklob 2, hökhurut 1, kanyaró 3, vörheny 3, himlő —, typhus abdominalis 5, gyermekágyi láz —, influenza 2, egyéb ragályos betegségek 2, agykérlob 13, agyvérömleny 6, rángások 5, szervi szivbaj 14, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 45, tüdőgümő és sorvadás 42, bélhurut és béllob 12, carcinomata et neoplasmata alia 8, méhrák 3, Bright-kór és veselob 9, angolkór —, görvélykór 1, veleszületett gyengeség és alkathiba 18, aszkór, aszály és sorvadás 1, aggkór 9, erőszakos haláleset 16. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1898. deczember 24-dikétól deczember 31-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 30 (meghalt 2), himlőben — (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 7 (meghalt —), vörhenyben 36 (meghalt 1), kanyaróban 151 (meghalt 6), roncsoló toroklobban és torokgyikban 28 (meghalt 5), trachomában 6, vérhasban 1 (meghalt —), hökhurutban 9 (meghalt —), orbánczban 17 (meghalt 1), gyermekágyi lázban 1 (meghalt —).

— **Szabályrendelet a kórházakról, gyógyintézetekről és üdülőkórházakról.** Mult számunkban közöltük a belügyminister körrendeletét, a melylyel e szabályzatot f. év január hó 1-jével életbe léptette. Maga a szabályrendelet sokkal hosszabb, mintsem egész terjedelmében közölhetnők, főbb pontjaiban azonban ismertetjük, a melynek alapján a részletesebb betekintésre — miután e rendelet minden közhivatalba szétküldetett — elővileges tájékozódás nyerhető.

A szbályzat I. Általános része a kórházak és gyógyintézetek hivatalos fogalmát adja. E szerint megkülönböztetendők: *az állami kórházak és gyógyintézetek, a közkórházak, nyilvános jelleggel felruházott kórházak, magánkórházak.* E rész 1—215. §-a azon intézkedéseket tartalmazza, melyek valamennyi kórházra egyformán irányadók.

A szabályzat II. *Különös része* külön szól: *A) Közkórházakról* (22—67. §.) általánosságban előbb (22—24. §.), azután az igazgatóról (25—26. §.), a gyógyszer rendelésről (27. §.), a költségvetésről (28—35. §.), a tartalékalapról (36—38 §.), a betegek felvételéről (39—43. §.), hosszadalmas betegségben szenvedők továbbtartásáról (44. §.), a betegsegélyző pénztári és társláda tagok felvételéről (48. §.), az országos betegápolási alap és az államkincstár által fizetendő ápolási díjak felszámításáról (49—52. §.), a betegek szállítása körüli eljárásról (53—57. §.), a magánosokat terhelő nyilvános betegápolási költségek behajtásának módjáról (52. §.), Horvát-Szlavon országok után felmerült ápolási költségek érvényesítéséről (59. §.), a monarchia másik államában honosak után felmerült ápolási költségek érvényesítéséről és más külföldiek után felmerülők felszámításáról (60. §.), a bíróságok által közkórházakba küldöttekről (61. §.), katonai egyének és hozátartozóik ápolási költségéről (62. §.), az elévülésről (63. §.), temetési költségről (64—65. §.), a pénzkezelésről (66. §.), az ápolási költségek nyilvántartásáról (törzskönyv) (67. §.).

B) A nyilvánossági jelleggel felruházott kórházakról (68—76. §.).
C) Magánkórházak és gyógyintézetekről (78—81. §.).
D) Üdülőházakról (82—83. §.).

A szabályzathoz függelékül négy melléklet és 8 minta van csatolva. Az I. sz. melléklet utasítást ad a betegforgalmi és évi kimutatás szerkesztésére, közölve a kimutatásba felveendő betegségek névsorozatát. A II. sz. melléklet a havi forgalom kimutatásának módját adja. A III. sz. melléklet utasítást ad a gyógyszerek rendelésére a közkórházak számára rendelményeken és azok árát közölve. A IV. melléklet a horvát-szlavon illetőségűek 40 napon túl való ápolásának, továbbá a galicziai szegénybetegek szintén 40 napon túl való ápolásának feltételeiről, a sziléziai illetőségűek tovább ápoltatására vonatkozó jelentések kellékéről, a csehországi betegek után ápolási költségek felszámításának módozatáról szól. A 8 mintalap a betegfelvételi jegyzőkönyv, a férfi és női beteglap, az értesítések, vagyoni és illetőségi bizonyítványok, számlák, az ápolási törzskönyvek szerkesztésére adja meg a mintát.

× **250,000 font adomány a Jenner-intézetnek Londonban.** Mint annak idején említettük, *Lister* és *Roscoe* fáradozásainak sikerült, hogy Londonban magánadakozás útján kicsiben egy a párisi Pasteur-intézethez hasonló intézetet létesítsenek. Ez intézetnek a *British Institute of Preventive Medicine* nevet adták, később elnevezték a párisi Pasteur intézet mintájára a vaccinatio felfedezője nevéről *Jenner*-intézetnek. Ez intézet eleinte szerény körülmények között kezdte meg működését, később azonban helyiségeket kapott: a Chelsea-ben egy központi épületet, míg a antitoxinok készítésére Sudbury-ban Harrow közelében egy istállót. Jelenleg rögtön fényes helyzetbe jutott az intézet *Lord Iveagh* 250,000 font adománya alapján, mely biztosítja ezen az államtól függetlenül keletkezett intézet jövőjét és hasonlóvá emeli azt a párisi és a szentpétervári hasonnevű intézetekhez. Hát a mi Pasteur-intézetünk vajjon mikor fog kapni csak egy szerény önálló hajlékot?

⊿ **A munkácsi városi közkórházban** az 1897-dik év folyamán, mint azt *Nuszer Lajos* dr. igazgató évi jelentéséből olvassuk, 932 egyén nyert ápolást 200 műtéttel. Járó beteg volt: 1120 egyén, 3018 rendeléssel, mely alatt 497 sebkötés és 107 műtétel alkalmaztatott.

= **Adomány a Semmelweis-emlékre.** Az I. sz. női klinika gyüjtéséből: 33 frt. A pénztároshoz beküldöttük.

△ **Az egyetemi I. sz. női klinika szülészeti poliklinikájának** segélyét — Kézmárszky tanár tudósítása szerint — 1898. deczember havában 48 esetben vették igénybe 39 műtéttel.

× **A budapesti általános poliklinikán** 1898. deczember havában 2410 beteg fordult meg 12,386 rendeléssel.

— **Megjelent.** Mattoni Henrik tömbnaptára 1899-dik évre.

† **Elhunyt:** *Fromm Pál* dr., királyi tanácsos f. hó 3-dikán hosszas szenvedés után 86 éves korában. A megboldogult a budapesti fővárosi közéletnek ismert köztiszteletben álló alakja volt. Tanfolyamát a pesti egyetemen végezte, hol mint fiatal doktor belgyógyászati tanársegéd volt. A szabadságharcz alatt Klauzál Gábor mellett szolgált. Kiterjedt praxisú kedvelt gyakorló orvos volt. Egy időben mint belvárosi physikus működött. 50 éves orvosdoktorságának évfordulóján a budapesti egyetem orvosi kara díszoklevéllel tüntette ki. Az elhunyt kartársban *Hochhalt Károly* egyet. m. tanár és közkórházi főorvos szeretett apósát gyászolja. Temetése kartársainak és tisztelőinek nagy részvétele mellett, f. hó 4-dikén ment végbe. Nyugodjanak békében hamvai! — *Fekete Sándor* dr. a fővárosi tiszti főorvosi hivatal orvosa hosszas szenvedés után f. hó 2-dikán Budapesten 42 éves korában. — *Wolf Lipót* dr. Német-Lipcsén Liptómegyében. E községben rövid fél év alatt már a harmadik orvos halt meg.

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

Téli kúra
a Szt. Lukács-fürdőben
BUDAPEST.
Rheumatikus bajok, köszvény, neuralgiák, ischias stb. ellen. **Nagy kénes iszapfürdő,** külön fürdők. Massage, gépgyógyászat. Lakás és teljes ellátás; (közepes ár 25 frt hetenként). Lift. Meghülés kizárva. Prospektust ingyen küld az **igazgatóság.**
A fürdő rendelő-főorvosa: **Dr. Bosányi Béla.**

Dr. Sarbó Arthur egyetemi magántanár **ideggyógyintézete.** Compenzáló gyakorlati gyógymód (Dr. Frenkel-féle módszer, tabeses ataxiák gyógyítása). Elektrotherapia. **VI., Podmaniczky-utcza 10. sz.**

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 mellet **napi négy forintért** vétetnek fel. Bővebbet 1/22—1/2-4-ig járóbeteg rendelőjében, Budapest, VI. ker., Eötvös-utcza 23. szám.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Közkórházi orvostársulat. (XV. bemutató szakülés 1898. november 23-dikán.) 11. l.

Közkórházi orvostársulat.

(XV. bemutató szakülés 1898. november hó 23-dikán.)

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

Parkinson-féle kettős hemiplegia esete.

Korányi Sándor: A 44 éves férfibetegnél 6—7 év óta állott fenn szédülés. Öt év előtt jobboldali apoplectikus insultussal fellépő hemiplegiát kapott, a melyhez két év előtt csatlakozott lassan kifejlődő baloldali hemiplegia. Jelenleg a pseudobulbaris paralysisnek kétoldali hemiplegiával járó tünetcsoportja mellett a paralysis agitanséval teljesen azonos megjelenésű remegés észlelhető. Az organikus agybetegségeknél fellépő ilyen remegés a bántalom localisatiójára nézve teljesen hasonlit a posthemiplegiás choreához és athetosishoz. Hasonló esetben *Leyden* a thalamus opticusban, *Sollier* a nucleus lenticularisban találtak sarcomát, *Blocq* és *Merintsko* pedig a pedunculus cerebri locus nigerét tönkretevő solitaer tuberculumot. *Lépine* szerint a paralysis pseudobulbarisnak is többnyire subthalamicus vagy peduncularis gócz felel meg, úgy hogy a kétféle tünetcsoport összetalálkozása a szomszédos localisatio következtében könnyen értelmezhető. *Bonhoeffer* szerint a hemichoreás és hasonló mozgások egy oly pályának bántalmán alapulnak, a mely a cerebellumot a kötőkarok illetőleg a vörös mag sugárzása és a capsula interna hátsó részei útján köti össze az agyféltekékkel. Miután itt paralysis pseudobulbaris tünetei is fennállanak, ezen pályáknak csakis a pyramis pályákkal érintkező része lehet beteg, legnagyobb valószinűséggel a thalamus opticus táján a capsula interna pyramis pályái mögött. Valószinűvé teszi ezt az a körülmény, hogy *Bonhoeffer* szerint a chorea posthemiplegica azon eseteiben, a melyekben a bántalom a thalamusnál mélyebben feküdt, a rendellenes mozgás a fejre is kiterjedt, mig ez esetünkben nem észlelhető. A megbetegedés minőségét illetőleg syphilisre kell gondolni. A beteg három gyermeke halva született, egy gyermeke 1½, egy másik 4 éves korában halt meg és állitólag orvosuk szerint öröklött „vérbetegségben" szenvedett.

Psoriasis universalis két esete.

Róna Sámuel: *a*) Sch. I., 68 éves mészáros 10 évvel ezelőtt betegedett meg először és 9 év előtt *„pityriasis rubra"* kórismével feküdt *Schwimmer* tanár osztályán 37 napig és azt gyógyultan hagyta el. Azóta állitólag teljesen egészséges volt és csak bejövetele előtt 1 hóval betegedett meg ismét. Bejött pedig szeptember 15-dikén egy *universalis dermatitis exfoliativával*, mely ez alkalommal állitólag a tenyerekről indult ki. Az egész bőr — az arczot és fejtetőt kivéve — diffuse különböző fokban vörös és beszűrődött és különböző mértékben hámló volt. Helyenkint a bőr feszes, atlaszszerűen fénylő volt a pikkelyek leválasztása után. Legintensivebben beszűrődöttek voltak a törzs oldalrészei, az alkarok és alszárak. A tenyereken és talpakon vastag pikkelyek és mély vérző berepedések. E mellett láztalan állapot, rendes étvágy, de folytonos borzongás, nagyfokú viszketés és általános mirigybeszűrődés; degenerált körmök. A betegen absolute lehetetlen volt valamelyes elemi laesiót felfedezni, mindazonáltal abból, hogy a beteg 9 év előtt teljesen és gyorsan gyógyult, hogy soha nedvezése, hólyagos eruptiója nem volt, hogy a táplálkozás és közérzet elég jó maradt, a kórismét psoriasis universalisra tette, mint a melynél leggyakrabban észlelünk hasonló állapotokat. A therapia is ez irányban haladván, ma a beteg a gyógyulás útján levőnek mondható.

b) St. K., 40 éves, nős kertész 1887-ben vette észre először psoriasisát. E miatt három izben volt már kórházban, legutoljára szóló osztályán is, honnan az egész bőrre kiterjedt psoriasisából tünetileg teljesen gyógyultan távozott f. é. augusztus 13-dikán. Október közepén a legnagyobb jóérzés közepette a lábakról kiinduló és a köztakaró nagy részére elterjedő kiütés lepte meg diffus exfoliativ dermatitis alakjában. A beteg f. hó 19-dikén bejövetelekor a nyomor képe volt. Arczban, kezeken kifejezett psoriasistelepek, különben mindenütt csak diffus, lemezekben hámló dermatitis, tenyereken, talpakon, lábak szélein vastag szarúfelrakodások; degenerált és lehulló körmök, nagy fázékonyság, gyengeség, étvágytalanság. E mellett *deformáló* arthritis. Ezen diffus dermatitisszerű rohamok a psoriasis-betegség lefolyásához tartoznak és úgy izgató külső szerelésre, mint spontan, minden kimutatható ok nélkül is felléphetnek, hónapokig tarthatnak, de általában jóindulatúak és elég könnyen engednek a rationalis kezelésnek, ha a constitutio még elég kitartó.

Sclerodermie en plaque esete.

Róna Sámuel: P. I., 57 éves, nőtlen napszámos *scabiessel* és eczemás laesiókkal vétetett fel október 13-dikán. E heveny bőrtünetek lezajlása után az inguino-cruralis tájakon, a csipők felett, a keresztájon csikalakú sclerotizált bőrrészlet volt constatálható, helyenkint pigment hypertrophiával, helyenkint pigment hiánynyal, melyet bemutató sclerodermiás csiknak vél.

Török Lajos: A diffus bőrpirral és hámlással járó bőrelváltozás nagy nehézségeket gördit a kórisme elé. Igen különböző természetű bántalmak egyforma bőrpirt és hámlást hozhatnak létre. Vannak olyanok, a melyek kezdettől fogva csupán kiterjedt, az egész testet elboritó bőrpirt és hámlást okoznak, mások (a psoriasis vulgaris és lichen planus) eleinte csak körülirt foltokban jelentkeznek, ismét mások (az eczema, a pemphigus) kezdetben mint nedvező folyamatok lépnek elénk. Mindezek később, generalizálódásuk után egyformán bőrpirral és hámlással járhatnak. A kórisme megállapitásánál ilyenkor sokszor csak a körelőzmények, a bántalom kifejlődésének pontos megállapitása, vagy a bántalom lefolyásának észlelése segit. Szóló tapasztalása szerint sok esetben az eredeti bajnak némi sajátsága a diffus bőrpir és hámlás mellett még fenmarad. Ezen objectiv lelet természetesen fontos támasza a kórismének. Igy például a psoriasis vulgaris diffusánál a pikkelyek leemelése után sokszor lehet még psoriasist jellemző vérző pontokat látni. A *Róna* által bemutatott egyik esetben hetekkel ezelőtt, a mikor Róna osztályán künjárt, szóló ily módon állapitotta meg az ekkor még ingadozó diagnosist, a melyet azután az anamnesis is megerősitett. Az eczemánál is sokszor sikerül akkor, midőn az diffus pirba és hámlásba ment át, a pikkelyek levétele és a bőr megvakarása által nedvező pontokat létrehozni.

Extragenitalis syphilis-infectio. Sclerosis az áll alatt.

Huber Alfréd: A 24 éves nőbeteg e hó 18-dikán vétetett fel a szt. István-kórház bőrbeteg-osztályára azon panaszszal, hogy egész testének bőrén kiütései vannak. A beteg előadja, hogy szeptember 2-dikáig teljesen egészséges volt. Szeptember 3-dikán valaki az állán megcsókolta és egyszersmind meg is harapta, a minek folytán a következő napon, vagyis szeptember 4-dikén egy kis pattanása támadt az állán a harapás helyén, a melyet a beteg akkor állitólag felvakart is, a hely vérzett. Szeptember 15-dike körül, tehát az infectio után mintegy 12—14 nappal észrevette, hogy álla alatt egy daganat képződik, a mivel egyidejűleg a harapás helyén, a seb felületén vékony var képződött. Ekkor keresett fel legelső izben orvost, a ki a laesiót furunculusnak tartván, arra lenmaglisztes pépes borogatásokat rendelt. A seben csekély piros udvarképződésen és az állalatti daganat növekedésén kivül, ekkor egy ideig mitsem észlelt, mig egyszerre október 10-dike táján, vagyis a vélt infectio után mintegy 6—7 héttel azt tapasztalta, hogy egész testén nem viszkető, genitaliáin azonban viszkető kiütés jelentkezett. Antiluetice kezelve eddig még sohasem lett. Az orrának difformitása felöl kikérdeztetvén, azt állitja, hogy az 7 éves korában esés folytán behorpadt. *Jelen állapot*: A recens luesnek legkétségtelenebb jelei voltak jelen, a melyek kisebb mértékben még ma is megvannak. Az egész köztakarón elszórtan nagy papulás syphilis, a genitaliákon kifoszlott papulák, a tonsillákon plaquesok, a tenyereken és a talpakon psoriasiform syphilid, polyadenitis, heves éjjeli fejfájások, mindmegannyi jelek, a melyek a recens lues kétségtelen jelenléte mellett szólnak. Az esetet azért mutatja be, mivel a luesinfectio *extragenitalis* úton, még pedig e fertőzési módnak egy *ritkább helyén, az állon* történt, a hol még most is látható a sclerosis nyoma és annak megfelelőleg az állalatti mirigynek diónyi megnagyobbodása. Az extragenitalis syphilisinfectio esetek ma már éppenséggel nem nevezhetők ritkáknak, de mégsem észleltetnek oly gyakran, hogy diagnostikus tévedésekre minduntalan — mint a jelen esetben is — okot ne adnának, a minél fogva teljesen jogosult az az óhaj, hogy a syphilis által ily úton való fertőztetés esetei ezentúl is a szakbemutatások tárgyát képezzék.

Új összeállitás a diphtheria kórismézésére.

Szabóky János: Pár évvel ezelőtt a fővárosi bakteriologiai intézet igazgatósága egy eljárási módot inaugurált, melynek segitségével lehetővé tette, hogy a gyakorlatban előforduló, diphtheritisre gyanús esetekben a diphtheria-bacillus kimutatása által a positiv diagnosis megejtessék. Ezen eljárási mód a következő volt: a diphtheriára gyanús esetekben a gyakorló orvos a gyógyszertárakban készletben álló, diphtheria-oltásra használandó dobozt meghozatta s az oltást véghez vihette. A dobozban három steril eprouvetta volt, melyek közül kettőben steril vérsavó, egyben egy sterildrót pálczikára watta volt göngyölitve. Az oltás úgy történt, hogy a steril wattával a diphtheriára gyanús plaquet jól megérintve vagy esetleg egy kis álhártyarészletet levéve, a két vérsavós eprouvetta felületén ezt elkenve, a dobozt elzárva és leragasztva, azt a főv. bacteriologiai intézetbe küldték, a hol 24 óra mulva, mely időre a két vérsavós eprouvettát a tenyészszekrénybe tették, a culturát megvizsgálták és az eredményt közölték. Ez eljárásnak az volt a hátránya, hogy a gyógyszertárban az emlitett doboz néha igen sokáig hevert és igy a vérsavó kiszáradt vagy más ok folytán megromlott, s az esetleges positiv esetekben sem voltak képesek a diphtheria bacillusát kimutatni; másik hátránya drágasága volt; egy ilyen doboz 80 krba került.

A jelenleg alkalmazásba hozott eljárásnál az előbb emlitett hátránytól nem kell tartani, mert évekig elállhat a gyógyszertárakban, a drágaság sem akadály, mert csak 25 kr.

A jelenlegi eljárás a következő: A gyógyszertárakból meghozatott kis hengeralakú dobozban levő steril üvegcsőben elhelyezett steril fapálczika alsó végével, melyre steril watta van csavarva; a diphtheriára gyanús plaque-ot jól meg kell érinteni, esetleg egy kis álhártyarészletet levenni és a fapálczikát ismét az üvegcsőbe úgy visszahelyezni, a hogy az oltás előtt volt, t. i. hogy a fapálczika felső végére csavart steril watta az eprouvettaszerű üvegcső felső nyilását teljesen, légmentesen zárja; a dobozt igy kiküldjük, a benne elhelyezett czédula kitöltésével, a főv. bakteriologiai intézetbe, a hol az oltást véghez víve, 24 óra mulva az eredményt megtudjuk. Ezen eljárási módot esetleg más anyagok vizsgálatánál is használhatjuk.

Ez eljárási módot csak azért mutatja be, hogy tudomásul vegyék és a gyakorlatban minél elterjedtebben használják.

Álszalagos összenövés által támadt bélobstructio műtett esete.

Boros József: V. P. 19 éves, férjezett, földmives neje teljesen egészségesnek érezte magát folyó év október hó elejéig, midőn egy kocsiról leugorva, hirtelen nagy szaggatást és fájdalmat érzett a hasában, mely fájdalmak körülbelül egy napig tartottak. Hasonló alhasi fájdalmak azóta 2—3 izben jelentkeztek, pár órai tartammal. Daczára, hogy a beteg napról napra gyengébb lett, étvágya megszünt, széke 2—3 napig is kimaradt, mégis állandóan fenjárt, napi teendőit végezte, míg végre november 8-dikán a hasgörcsök oly intensitással jelentkeztek, hogy hányni kezdett. Azóta a kólikaszerű hasgörcsök 10—15 perczenkint jelentkeztek, gyakran hányt és csuklott; a hányadék nemsokára bélsárszagú lett, szék, szelek teljesen elakadtak. Állapota folyton súlyosbodván, kórházba került.

Felvételkor a lehelet bélsárszagú, nyelv száraz, pulsus 120, respiratio 36. Has kissé puffadt, feszes, nyomásra érzékeny; a Wohl-féle tünet a 10—15 perczenkint jelentkező hasgörcsök tartama alatt jól kivehető. Májtompulat él állásban; a köldök alatt és az ágyékokban kifejezett tompulat. Beteg gyakran csuklik és hány, a hányadék bő, erősen bélsárszagú. Szék, szelek három nap óta nem távoztak. Vizeletben az indican próba positiv. Genitaliák rendesek.

Diagnosis: Incarceratio interna acuta.

November 19-dikén chloroform narcosisban laparotomia. A hasüreg megnyitása után körülbelül félliternyi sötét barnavörös kissé bélsárszagú exsudatum ürült, majd az alkarvastagságnyira tágult vékonybeleket óvatosan előhúzva, a kismedenczében a Bauhin-billentyűtől 90 cm. távolságban egy körülbelül 50 cm. hosszú, szintén tágult vékonybélkacsra bukkantunk, melytől distal felé a vékonybelek teljesen összeesettek, üresek voltak. A bélkacs kezdeti részei egy körülbelül 2 cm. hosszú szivós köteg által voltak egymással összenőve, mely összenövés okául a bélkacs proximál végén annak domborulatán lévő koronamekkoraságú, halványabb színű, tömött tapintatú s a bélűrt kissé szűkitő heg szolgált magyarázatul. A bélkacs azonkivül a mesenterium hossztengelye körül 180°-ban meg is volt csavarodva. Az álszalagot átvágva a belet visszacsavartuk s ez által a communicatio helyreállott, a mi a béltartalomnak az eddig üres bélrészletekbe korgás kiséretében történő behatolása által külölte magát. Hasfalvarrat.

Lefolyás igen kedvező, teljesen láztalan; hányás, csuklás rögtön megszüntek; szék csak harmadnap többször adagolt ricinusolajra és magas beöntésre; azóta szék, szelek spontan jelentkeznek. Varratok kivétele nyolczadnap, prima intentio. Beteg gyógyultan távozott. Jelen esetben az incarceratiót a vékonybélnek az előrement hegesedés folytán támadt álszalagos összenövése, megtörése és secundaer hozzájárult csavarodása okozta. A heg valószinüleg egy már kigyógyult bélfekélynek következménye, melynek provenientiáját illetőleg azonban az anamnesisben semmiféle adatot nem találunk. Nyilt kérdés marad tehát, hogy az vajjon typhosus, dysenterikus avagy tuberculosus eredetű-e.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

55/899. sz.

Komárom vármegye gesztesi járásába kebelezett **Mocsa** nagyközségben lemondás folytán megüresedett **községi orvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok.

Az orvos fizetése 400 frt készpénz a községi pénztárból negyedévi utólagos részletekben. A primási uradalom Boldogasszony pusztai cselédsége gyógykezeléséért az uradalmi pénztárból utólagos negyedévi részletekben évi 100 frtos díjazás. A községtől természetben 4 szobából álló lakás.

Látogatási díjak: az orvos lakásán 12 évnél idősebbektől 25 kr., 12 éven aluliaktól 15 kr., a beteg lakásán 12 évnél idősebbektől 50 kr., 12 éven aluliaktól 25 kr., éjjeli látogatásért az elsoroltaknak kétszerese, ezenkivül a halottkémlésért esetenként 30 kr.

Miután a vágatási biztosi teendőket az orvos végzi, ezért a szabályrendeletileg megállapitott díjakat szedheti.

A megválasztandó orvos házi gyógyszertár tartására köteleztetik.

Választás határidejéül f. évi január hó 25-dik napjának délelőtti 9 óráját Mocsa községházához tűzöm ki.

Felhivom a pályázni óhajtókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §. és az 1876. évi XIV. t.-cz. 43. §-ában előirt képesitési okmányokkal felszerelt kérvényeiket **f. évi január hó 24-dik** napjának déli 12 órájáig hivatalomhoz annál is inkább nyujtsák be, mert a később érkező kérvények figyelembe nem vétetnek.

Nagy-Igmánd, 1899. évi január hó 4-dikén.

1—1 *Konkoly-Thege Lajos*, főszolgabiró.

12,892/898. V. sz.

Torontál vármegye török-kanizsai járásában kebelezett Szőreg, Klárafalva, Deszk és Uj-Szt-Iván községekből álló **szőregi körorvosi állás**, melylyel 600 frt évi fizetés, 40 kr. nappali és 80 kr. éjjeli látogatási díjak vannak egybekötve, megüresedvén, annak betöltése czéljából pályázatot hirdetek s felhivom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, szabályszerűen felszerelt kérvényeiknek **1899. évi január hó 15-dikéig** való benyujtására.

Az érdekelt községek képviselőtestületei által megválasztandó körorvos községeit az ezek által előállitandó fuvar igénybe vételével hetenkint egyszer meglátogatni, a teljesen szegény betegeket ingyen gyógykezelni és a kör központját képező Szőreg községben a halottkémlési s húsvizsgálati teendőket a szabályrendeletileg megállapitott díjazás mellett végezni köteles.

T.-Kanizsa, 1898. évi deczember hó 27-én.

2—2 *Tamásy*, főszolgabiró.

12,482/898. ki. sz.

A Jász-Nagykún-Szolnok vármegye tiszai alsó járásában megüresedett **czibakházai körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek és felhivom a pályázni kivánókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előirt minősitésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám **1899. január hó 12-dikéig** adják be.

A körhöz Czibakháza, T.-Nagy-Rév és T.-Inoka községek tartoznak. Az állás javadalmazása Czibakházától 400 frt, T.-Nagy-Révtől 110 frt, T.-Inokától 90 frt = 600 frt és a szabályrendeletileg megállapitott látogatási díjak, T.-Nagy-Rév és T.-Inoka községektől természetbeli fuvar. A megválasztandó orvos állását január 15-dikén elfoglalni köteles.

T.-Földvár, 1898. évi deczember hó 28-dikán.

2—2 *Busa Ákos*, főszolgabiró.

Belügyminister úr ő nagyméltóságának 126,672. és 128,178/898. sz. a. kelt magas rendelete folytán a **budapest-lipótmezei m. kir. állami elmegyógyintézetben** megüresedett **két másodorvosi állásra**, mely állások külön-külön 500 frt évi fizetés, I. oszt. élelmezés, szabad lakás, fütés és világitás élvezetével vannak egybekötve, pályázat hirdettetik.

Felhivatnak azon orvostudor urak, a kik a jelzett állások egyikét elnyerni óhajtják, hogy egy koronás bélyeggel ellátott, keresztelő vagy születési bizonyitvány, továbbá orvostudori oklevél és egyéb okmányokkal felszerelt s a nagyméltóságú m. kir. belügyminister úrhoz czimzett folyamodványaikat alulirott igazgatóságnál **1899. évi február hó 15-dikéig** nyujtsák be.

A későbben beérkezendő folyamodványok nem fognak tekintetbe vétetni.

Budapest, 1898. évi deczember hó 28-dikán.

1—1 *A budapest-lipótmezei m. kir. állami elmegyógyintézet igazgatósága.*

33,199. szám.

Az elhalálozás folytán megüresedett s évi 600 frtnyi fizetés és 150 frtnyi utazási átalány élvezetével összekötött **Taraczvíz járási orvosi állás** (székhely Taraczköz) betöltése czéljából pályázat hirdettetik.

A pályázók felhivatnak, hogy a tiszti orvosi vizsga letételét is igazoló bizonyitványnyal felszerelt pályázati kérvényüket **1899. évi január hó 30-dikáig** nyujtsák be dr. báró Roszner Ervin főispán úr ő méltóságához.

M.-Szeget, 1898. évi deczember hó 22-dikén.

1—1 *Az alispáni hivatal.*

8613/898. k. i. sz.

Maros-Torda vármegye, régeni felsőszolgabirói járásba bekebelezett **marosvécsi körorvosi állás** lemondás folytán megüresedvén, annak választás útján leendő betöltésére ezennel pályázat nyittatik.

Ezen állással a vármegyei pénztárból előleges havi részletekben felvehető 1000 frt évi fizetés és évi 200 frt fuvarátalány, továbbá orvosi látleletek készitéseért súlyos testi sértés esetében 50 kr., minden egyéb orvosi bizonyitványért 25 kr. dij szedhetése van egybekötve.

Továbbá vagyonos magánfelek gyógykezelése alkalmával az első látogatásért, az érdekelt fél felhivására történt másodszori és ezután következendő látogatásokért nappal 20 kr., éjjel 40 kr. látogatási, illetve vényirási dij és fuvar illeti a megválasztandó körorvost, vagyontalanok sem fuvar- sem vényirási dijt nem fizetnek.

A megválasztandó körorvos köteles Maros-Vécs községében lakni, a közegészségügyi körbe tartozó 11 községet — 12,000 lélek — saját fuvarán 14 naponként meglátogatni, s az akkor bejelentett betegeket dijtalanul gyógykezelni, továbbá tartozik az 1876. évi XIV. t.-cz.-ben és szabályrendeletekben előirt teendőket végezni.

Pályázni kivánók felhivatnak, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében felszerelt folyamodványaikat **1899. évi január hó 18-dikáig** annál bizonyosabban adják be alólirt hatósághoz, mivel a később érkezett kérések nem fognak tekintetbe vétetni.

A választás Maros-Vécs községében a körjegyzői irodában 1899. évi január hó 21-dikén d. e. 9 órakor fog megtartatni.

Magyar-Régen, 1898. évi deczember hó 17-dikén.

2—2 *A főszolgabirói hivatal.*

HIRDETÉSEK.

Krepuska Géza dr. fülorvos, egyetemi m. tanár,
lakását a Ferenczieк bazárjából **József-utcza 4. sz. alá tette át.**

Lápfürdők a házban.
Az ásvány-lápfürdőknek egyedüli természetes pótléka
LÁPSÓ száraz kivonat rekeszekben à 1 ko. | LÁPLUG folyékony kivonat üvegekben à 2 kilo.
Mattoni és Wille Budapest
Mattoni Henrik Bécs
Budapest, Franzensbad, Karlsbad, Giesshübl Sauerbrunn és Bécs.

Negyvenharmadik évfolyam. 3. szám. *Budapest, 1899. január 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

Schultz Henrik: Közlemény a szt. Rókus-közkórház V. orvosi (Róna S. főorvos) osztályáról. Adatok az uterus gonorrhoeajának kór- s gyógytanához 25. l.

Török Lajos: A seborrhoea corporis (Duhring) és annak viszonya a psoriasis vulgarishoz és az eczemához. 27. l.

Dollinger Gyula: A kir. magyar tudomány-egyetem I-sö számú sebkórodájának közlései. A gümös csont- és izületi gyuladások gyógykezelésénél alkalmazott kötések és gépek szerkesztésének elvei. 29. l.

Daday Vilmos: Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok. Sérvmetszés hashártyalobbal. Gyógyulás. 31. l.

Tárcza. † Bécsi Gedeon dr. 32. l. — *Babarczi-Schwartzer Ottó*: Az orvosi szakértő mint tanú 32. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Kaiser Károly*: A bakteriologia rövid tankönyve. 33. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Nemzetközi értekezlet a venereás betegségek és a syphilis prophylaxisa tárgyában. — Czukornélküli tej diabetikusok számára. — Bacteriologiai cursus. — Orvosok kinevezése. — Uj kerületi orvosok Budapesten. — Megerősített magántanárok. — A szentpétervári katonaorvosi Akademia. — Falta dr. — Herczel dr. — Szt. Lukács-fürdő. — Sarbó dr. — Pályázatok. — Hirdetések. 22. l.

Tudományos társulatok és egyesületek.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a szt. Rókus-közkórház V. orvosi (Róna S. főorvos) osztályáról.

Adatok az uterus gonorrhoeajának kór- s gyógytanához.[1]

Schultz Henrik dr. nőorvostól.

Az „Orvosi Hetilap“ 1896. 28—32. számában s az „Archiv f. Dermatologie“ 36. kötetének 1—2. füzetében megjelent közleményemben a nő gonorrhoeájára vonatkozó általános jelenségekkel foglalkoztam s az ennek megfelelő adatokat foglaltam össze. Jelen dolgozatom tárgyát tisztán az uterinalis gonorrhoea fogja képezni, a melynek keretében megjegyzéseket kivánok tenni azon előadáshoz, a melyet Behrend a berlini „Med. Gesellschaft“ 1898. január 19-diki ülésén tartott s azon eszmecseréhez, mely ezen előadáshoz füződött.

A női gonorrhoeának egyik *legfontosabb kérdése az uterus gonorrhoeája, a melyen úgyszólván zátonyra jutott a női gonorrhoeának gyógyíthatósága.* Maga Neisser is elismeri, hogy a míg a férfi-kankó therapiája az utolsó években nagyot haladt, addig a női gonorrhoea e tekintetben alig mutat haladást. Ezen körülménynek oka nyilván abban rejlik, hogy a női gonorrhoea elleni kezelés nagyobb nehézségekkel jár s hogy ezen nehézségekkel nem szívesen veszik fel a küzdelmet. Ezért tartják a női gonorrhoeát, nevezetesen a cervicalis s uterinalis gonorrhoeát gyógyíthatlannak s ezért teszik le igen sokan már előre a fegyvert, azon álláspontból indulva ki, hogy a gonococcus a méh izomzatába s a tubákba is bejut s ilyenkor nem tehetünk semmit. Ha e mellett még Brösenek igaza volna, hogy valamennyi kankós nő biztosan kap uterinalis gonorrhoeát, akkor a női gonorrhoea gyógyítására még kevésbbé lehetne kilátásunk.

Ez valóban nagyon szomorú helyzet volna így s tényleg már eleve fel kellene adnunk minden reményt arra nézve, hogy a női gonorrhoea lefolyását s esetleges tovaterjedését befolyásolhassuk. Mert ha minden kankós nőnél uterinalis gonorrhoea fejlödik ki s minden uterinalis gonorrhoea gyógyíthatlan, akkor a női gonorrhoea gyógyítására irányuló minden kezelés vagy kezelési kisérlet is elitélendő volna, mint olyan, melylyel nem segíthetünk s csak kellemetlenséget, fájdalmat vagy esetleges complicatiókat okozunk a betegnek.

[1] Felolvastatott a nőgyógyászati szakosztálynak 1898. május 24-diki ülésén.

Ezen álláspont azt jelenti, hogy a női gonorrhoeát ne kezeljük, mert úgy sem gyógyíthatjuk meg. A gonorrhoeás folyamatot tehát hagyjuk magára s így az vagy meggyógyul magától, vagy nem gyógyul meg. Ilyen magatartás szerencsére nem rejt életveszélyt magában a betegre nézve, mert a női gonorrhoea nem életveszélyes baj, de vajjon elegendő megnyugvást képezhet-e ilyen elv az orvosra, a kinek tudnia s éreznie kell, hogy az orvostudományban nincsen megállapodás s hogy a betegségen segíteni az adott körülmények között mindenkor kötelessége.

Az uterinalis gonorrhoea e mellett nemcsak az egyénre vonatkozik, hanem magában rejtve a fertőzés csiráját, mások jóléte ellen irányuló általános baj; kötelességünk tehát, a mennyire ez egyáltalában lehetséges, hogy a már gyógyíthatatlannak tartott méhkankóban szenvedő beteget legalább ártalmatlanná tegyük másokra nézve, azaz, hogy a további fertőzést megakadályozzuk. De még a gonorrhoeás egyénnek is segítségére lehetnénk talán az által, hogy az uterus gonorrhoeája ne terjedhessen a méh függelékeire (az adnexakra).

Ha minden adat hiányában tisztán az eddig felhozottak felett elmélkedünk, úgy nehezen tudunk eligazodni a felett, hogy miképen egyeztethető össze egyrészről a női gonorrhoea gyógyíthatlansága, másrészről a gonorrhoeának spontan gyógyulása. A míg ugyanis a női gonorrhoeát gyógyíthatlannak tartjuk, meg kell engednünk annak spontan gyógyulását. Ezen időt kellene tehát a betegnek s az orvosnak is türelmesen bevárni s addig a gonorrhoea tovaterjedését s a további fertőzéseket összetett kezekkel kellene néznünk, ha a női gonorrhoea gyógyíthatlanságát feltétlenül valljuk. Azon kérdést vethetjük fel azonban, hogy ezen gyógyulást, mely hosszú idő után spontan bekövetkezik, nem áll-e hatalmunkban gyorsítani s így a betegséget megrövidíteni, hogy a betegek hamarabb szabadulhassanak kinjaiktól s hogy a bajnak terjesztése kisebb mértékben történjék.

Ezen kérdésnek sikeres megoldása kivánatos a prostitutióra és a gonorrhoea hygienejére. Csak nem nézhetjük összetett kezekkel, hogy minden kéjnő, a kinek Behrend, Bröse s még mások szerint gyógyíthatlan uterinalis gonorrhoeája van, a mi tudtunkkal s hozzájárulásunkkal terjeszsze a gonorrhoeát azért, mert mi képtelennek tartjuk magunkat az uterinalis gonorrhoea gyógyítására s így ezzel feladjuk annak lehetőségét, hogy ezen kéjnőknek fertőző képességét megszüntessük. Legalább kisérletet kell tennünk azon irányban, hogy módunkban áll-e valamiképen a gonorrhoeát gyógyítani vagy legalább annak fertőzési képességét megszüntetni. A kisérletezés ezen irányban azt hiszem nemcsak jogosult, hanem kötelességünk is.

Az uterinalis gonorrhoea itt úgy látszik kettéválasztható azon szempontból, hogy *mikor tartjuk a gonorrhoeáról, hogy az gyógyult s mikor tartjuk róla, hogy fertőző képességét elvesztette.* Ezen kérdés a gonorrhoea tanával egykorú s újabban ismét azt hangsúlyozzák, hogy pl. cervicalis s uterinalis gonorrhoeánál nem elegendő támpont a gonococcusoknak negativ lelete annak kijelentésére, hogy a gonorrhoea gyógyult s hogy fertőző képessége megszünt. Sőt ezzel ellentétben elegendőnek tartják erre nézve a klinikai tüneteknek visszafejlődését s feleslegesnek a gonococcusok kimutatását. Igy mondja ezt Bröse is: „A gonococcusok kimutatása acut esetnél felesleges, chronikus eseteknél pedig egyáltalán nem szolgáltat állandó eredményt", Behrend pedig azt mondja: „A gonococcus vizsgálatnak csak akkor van positiv értéke, ha felesleges, a többi esetben pedig oly kevéssé megbizható, hogy egészen mellőzhetjük". További fejtegetéseinek eredménye azután az, „hogy határozottan csak azt mondhatni, hogy a gonorrhoea csupán akkor veszti el ragályozó képességét, ha meggyógyult". Ezen kijelentés azonban magában foglalja ismét azon kérdést, hogy mikor tartsuk tehát gyógyultnak a gonorrhoeát? Erre Bröse felel meg azzal, „hogy akkor szünik meg a fertőzési képesség vagyis akkor áll be a gyógyulás, ha klinikai tünet nincsen és gonococcus sem mutatható ki".

Ezen állítása ellentétben van előbbi kijelentésével, a mit a gonococcusok jelentőségére vonatkozólag tett. Mert vagy csak a klinikai képet tartja irányadónak a gonorrhoeás folyamatra, vagy pedig csak a gonococcusok kimutatását, mely utóbbi esetben a klinikai kép mellékes, mint olyan, melyet egyszer előidéznek a gonococcusok, máskor pedig nem.

A legtöbb esetben gonorrhoeás folyamatnál együtt szoktuk találni a genyes cervicalis váladékot s a gonococcusokat s azt is látjuk, hogy a gonorrhoea elleni kezelésnél a gonococcusok eltünésével a cervicalis váladék kevés s üvegszerű lesz. Talán nem valószinütlen azon feltevés, hogy ezen esetekben a gonococcusok elpusztulásával párhuzamosan regenerálódik a folyamat s visszatér a nyákhártyának normalis állapota, de előfordul azon eset is, hogy a cervicalis váladék nem tisztul fel, a gonococcusok pedig eltünnek, vagy pedig azon eset, hogy a cervicalis váladék genyes marad s a gonococcusok is jelen vannak. Ezen esetekre később visszatérek.

Minden nőorvos tapasztalhatja, hogy *nem minden genyes cervicalis váladék jelent gonorrhoeát.* Magamnak elég gyakran volt alkalmam genyes cervixváladékot vizsgálni, a hol gonococcust nem tudtam kimutatni, de találtam streptococcusokat, viszont sokkal gyakrabban vizsgáltam zavaros, sőt üvegszerű cervixváladékot, a melyekben gonococcust lehetett kimutatni. *A minő joggal tehát genyes váladékot gonorrhoeásnak tartunk gonococcusok nélkül, oly joggal viszont minden alig zavaros vagy üvegszerű cervixváladékot normalisnak kell tekintenünk a benne foglalt gonococcusok daczára.*

Nem szenved kétséget, hogy a genyes váladék sokkal gyakrabban jelent gonorrheát, mint az alig zavaros vagy üvegszerű, így tehát mint kisérő klinikai képnek kétségtelenül fontos szerepe is van a genyes váladéknak, de nem lehet bizonyító értéke, miután olyan nőnél is találunk genyes cervicalis folyást, a kinek gonorrhoeája nincsen s sohasem is volt. Nem tévedünk ugyan gyakran, ha minden genyes folyást gonorrhoeásnak tekintünk, de tisztán *a klinikai képre való támaszkodás megbosszulja magát nagyon gyakran azon esetekben, midőn a cervix váladéka nem jelzi a gonorrhoeát s mégis vannak gonococcusok a váladékban.* A gonorrhoea diagnosisánál tehát utóbbiakra nézve pálczát kell törnünk a klinikai kép megbizhatósága felett, szorosan tudományos szempontból pedig genyes váladék mellett is csak akkor mondhatjuk ki a gonorrhoeát, ha a gonococcusokat is ki tudtuk mutatni. A gonococcus kimutatására nézve pedig az „Orvosi Hetilap" 1897. 49—50. számában megjelent s a gonococcusok tenyésztésére vonatkozó dolgozatom keretében azon eredményre jutottam, hogy a gonococcusok górcsövi kimutatása teljesen megbizható, miután ennél megbizhatóbb eszköz s mód ez idő szerint nem áll rendelkezésünkre.

Ugyanezen viszonyok állanak fenn a gonorrhoea gyógyításánál is, nem adhatunk tehát igazat Behrendnek, midőn azt mondja, hogy csak akkor gyógyult meg a beteg s akkor nem fertőz, midőn a klinikai tünetek visszafejlődtek, miután feltehető az, hogy a gonococcusok eltünésével beállani szokott nyákhártyagyógyulás elmarad s így a váladék jellege sem javult meg, holott a gonococcusok eltüntek, valamint az is, hogy a nyákhártya s váladék előbb lesz normalis, mielőtt még a gonococcusok eltüntek volna.

Betegnek kell tartanunk azon nőt, a kinek genyes cervicalis váladéka van, ha gonococcusok nincsenek is benne, de nem tarthatjuk a genyes váladékot minden esetben gonorrhoeás folyamatnak, mely másoknál gonorrhoeát volna képes kiváltani. Fontos kérdés ez épen prostituáltaknál, midőn arról van szó, hogy gyógykezelésük meddig tartson a kórházban s hogy a beteget vagy gonorrhoeáját kivánják-e ott gyógyitani. Akkor bocsássák-e ki a beteget a kórházból, midőn gonococcusok már nem mutathatók ki a váladékban, vagy pedig akkor, midőn a klinikai tünetek teljesen visszafejlődtek? *Kétségtelen, hogy sokkal több gonorrhoeást fogunk a kórházból kibocsátani, ha csak a klinikai képet veszszük irányadóul, mint akkor, ha gonococcusokra vizsgálunk.*

Természetesen leghelyesebb, ha a beteget is s gonorrhoeáját is igyekszünk meggyógyitani, de egy újabb kérdés merül itt fel, hogy a gyógyitási kényszer keretében van-e jogunk ahhoz, hogy prostituáltaknál a fertőzési képesség megszüntetésén kivül még tovább is menjünk. *A fertőzési képesség pedig akkor szünik meg, midőn a váladékokban górcsővel már nem tudunk gonococcust kimutatni.* A ki női-gonorrhoeával behatóan foglalkozott, annak ezen álláspontot kell elfogadnia, ha a gyakori tévedéseket el akarja kerülni.

Ezeknek előrebocsátása után térek reá azon tulajdonképeni anyagra, mely az uterus gonorrhoeájára vonatkozik. Igyekezni fogok, hogy ezen anyag adatait a fenti kérdések lehető tisztázására fordítsam.

A szt. Rókus-kórháznak V. orvosi, Róna főorvos úr osztályán egy év alatt 200 oly nyilvántartott kéjnőnek uterusát tettem vizsgálat tárgyává, a kiknek cervicalis váladékában előzetesen gonococcust tudtunk kimutatni. A vizsgálatot s megfigyelésünket ezenkivül a következő részletekre is kiterjesztettük. Minden betegnél feljegyeztük, hogy mennyi ideje kéjnő, hogy bejövetelénél, kezelés alatt s kibocsátásánál milyen volt a cervicalis váladék s hogy mikor volt menstruatiója. Ezenkivül minden betegnél genitalis vizsgálatot végeztünk, gyakran ismételve is, pontos feljegyzés történt még a górcsői vizsgálatokról s végül a gonorrhoea ellen alkalmazott eljárásokról stb.

Ezen 200-as csoportba tartozó kéjnőknek cervicalis váladékában előzetesen ki tudtuk mutatni a gonococcusokat s ennek daczára az uterus üregéből aspiratio útján nyert váladékban csak 76 esetben tudtunk gonococcusokat kimutatni. *E szerint tehát cervicalis gonorrhoea jelenlétében 38%-ban volt jelen az uterusnak gonorrhoeája is.*

A nőgyógyászati szakülésen azon kifogást emelték, hogy az aspiratióval szerzett váladék nem tisztán uterinalis váladék, mert jóllehet lehetőség szerint a cervicalis csatorna váladékát eltávolítottuk előbb, a műszer felvezetésénél még sem kerülhető el, hogy a cervix faláról ne vigyünk fel váladékot legalább a műszer külső oldalán s így az uterus váladéka keverve volna a cervicalis váladékkal. Meg kell ugyan engednem, hogy azon egyszerű eljárás mellett, a melylyel az aspiratio történt, nem lehetett mindig elkerülnünk azt, hogy a műszerrel, egy Braun-fecskendőre illesztett 3—4 mm. átmérőjű ezüstcsővel, a cervicalis váladékból valamit fel ne vigyünk az uterus üregébe, de ezen kis rész nem a cső belsejében, hanem külső felületén tapadt s így akkor, midőn a csőbe felszivott váladékot belőle kifújtuk, csak az uterus üregéből aspirált s nem a külső felületen tapadt váladék került a tárgylemezre. De feltéve, hogy a cervix váladékából annyit vittünk fel a műszerrel, hogy így az uterusváladék csak keverék lehetett, ezen körülmény sem változtatna eredményünkön, legalább nem oly irányban, hogy az uterus gonorrhoeája gyakrabban fordul elő cervicalis gonorrhoea mellett, mint ezt eseteinkből kimutattam. Eseteinknél ugyanis csak oly betegek uterusát vizsgáltam, a kiknek cervicalis váladékában gonococcus volt, a felvitt cervicalis váladék alapján tehát több mint 38%-ban kellett volna az aspirált uterusváladékban gonococcust találni s hogy mégis csak 38%-ban találtunk gonococcust, ezen körülmény inkább azt látszik bizonyítani, hogy a műszerrel esetleg felvitt kevés cervicalis

váladék nem igen zavarta meg vizsgálatainkat, hacsak azt nem akarjuk állítani, hogy a 38%-ban talált uterus gonorrhoeánál is téves volt a diagnosis, a mennyiben ezen eseteknél a felvitt cervicalis váladékban jelenlévő gonococcusokat találtuk meg újra az aspirált váladékban. Ilyen módon tehát uterinalis gonorrhoea eseteinkben nem is lett volna, a mi azért sem valószinű, mert tudjuk, hogy uterinalis gonorrhoea létezik s mert az aspiratio útján nyert váladék meggyőződésem szerint mindig oly tiszta uterusváladék volt, a melyet nem zavart meg az esetleg felvitt s a műszeren tapadó cervicalis váladék.

(Folytatása következik.)

A seborrhoea corporis (Duhring) és annak viszonya a psoriasis vulgarishoz és az eczemához.

Irta: *Török Lajos* dr. egyetemi m. tanár.

(Folytatás.)

Azon imént kifejtett feltevésünket, hogy e két bőrbaj identikus, a klinikai tények is megerősítik. E tekintetben megemlítjük, hogy a seborrhoea corporis Duhring bőrelváltozásának azon tulajdonsága, hogy peripherice tovább terjed, miközben a közepén gyógyul, megvan a psoriasisnál is. Úgyszintén a subjectiv tünetek hiánya is a legtöbb esetben mind a kettőnél constatálható. Továbbá mind a kettő eminenter idült lefolyással biró betegség és mindkettő nagy hajlammal bir a recidiválásra.

De ha a klinikai megfigyeléssel, különösen pedig a makroskopikus és szövettani vizsgálattal beigazolva látjuk azon tétel igazságát, hogy a psoriasis és a seborrhoea corporis Duhring identikus bántalmak, akkor ugyanezen tétel további bizonyítékaiul még más klinikai tényeket is hozhatunk fel, oly tényeket, a melyek egymagukban nem lettek volna elegendők e tétel bizonyítására.

Nem ritkán látunk ugyanis eseteket, melyeknél a seborrhoeát jellegző bőrelváltozások mellett épp olyan typikus psoriasis-elváltozásokat találunk. Ezeket különben egyszerű coincidentiáknak nézhettük volna. Most azonban e két folyamat összetartozásának további támaszaiképen szerepeltethetők.

Ezen eseteket balul magyarázták, a mennyiben a két folyamat együttes fellépéséből azt következtették, hogy a psoriasis vulgaris megállapodott és egységes kórképe megingatható és hogy bizonyos atypikus esetek (így például mikor a psoriasis localisatiója atypikus) a psoriasistól különválasztandók és a seborrhoeához csatolandók (Unna). Ez teljesen indokolatlan eljárás. Bőrelváltozások, melyek a psoriasis typikus jellegeivel birnak, akárhol ülnek is, psoriasisnak diagnostizálandók.

A mi szemünkben ezen esetek további adatok a két betegség identitásához. Még atypikus localisatio mellett is mindig megkapjuk a psoriasist jellegző tulajdonságokat és ha van is némi eltérés, az különös viszonyokban leli okát [például a bőrváladékok okozta meglágyulása és leválása a pikkelyeknek, fokozott hyperaemia, oedema, helyi inger folytán fellépő viszketegség (egymással szemben álló bőrredők súrlódása, váladék stb. által), avagy a pikkelyek megsárgulása vérsavó hozzákeveredése által, mit szintén a fokozódott inger idéz elő stb.]. Mind ezen tényeket azután arra használták fel, hogy ezen eseteket a psoriasistól különválaszszák, holott épp ellenkezőleg a seborrhoea corporis Duhringnek a psoriasis vulgarishoz való hozzátartozóságát bizonyítják. Itt közlünk néhány idevágó esetet.

1. Seborrhoea corporis Duhring és psoriasis vulgaris mindkét alszár feszítő oldalán.

U. Ágoston, 24 éves, gépszerelő. Jelentkezett 1897. deczember 16-dikán. A betegnek kiterjedt acne vulgarisa van a háton. Mindkét alszár feszítő oldalán egy tenyérnyi nagyságú, erősen rovátkolt felületű, szabálytalan alakú, halványpiros hyperaemiával biró plaque, a melyen finom fehéres pikkelyek láthatók. E helyen néha viszketés lép fel, minek megfelelőleg barnásvörös varok vannak jelen. A baloldalon levő plaque valamivel kevésbbé hyperaemiás, helyenként csak pigmentált, úgy néz ki, mintha már visszafejlődésben volna. A pikkelyek lekaparásánál vérzés nem oly könnyen áll elő, mint a friss psoriasisnál. Ezenkivül a sternumon s annak szomszédságában a következő látható: Több halványpiros follicularis kiemelkedés, melyet apró, ezüstfehéres pikkelyke koronáz; a pikkely levétele után azonnal vérzés lép fel. Ily follicularis laesiók sokszor egy halvány, sárgás-barna centrum szélén elhelyezvék, vagy egy hasonló centrum körül patkó- vagy félköralakú, fehéres, finom pikkelykével ellátott vékony szegély látszik; ennek levételével számos vérző pont lép fel. E laesiók félborsónyiak vagy félkörömnyiek. Pityriasis capitis kisfokban. Ther. fürdő.

Deczember 30-dikán. A beteg azóta gyakrabban fürdött, s leszappanozta testét. Mellén a laesiók elmultak, s helyükön igen halvány, kissé barnás pigmentatio látszik. Alszár kevésbbé pikkelyeződik.

2. Seborrhoea corporis Duhring és psoriasis vulgaris a fejen, mellen, s a fül mögött.

O. Róbert, 22 éves, kereskedősegéd, régen szenved acne vulgarisban. Egyéb bőrbaja nem volt, kissé vérszegény. Jelenlegi baja néhány hetes. Feje ugyan régebben korpás, de a jelenlegi kiütés csak körülbelül két hete áll fenn. Melegben viszketés.

Jelen állapot 1898. február 23-dikán. Kisfokú seborrhoea oleosa faciei, pectoris et dorsi. A háton és vállon nagyfokú acne vulgaris. Igen sűrűn álló és nagy göbök és sok heg. A mellen, még pedig a sternumon és körülbelül 3 haránttujjnyira annak két oldalán sárgás-barna, foltozott szineződés. A beteg előadja, hogy a foltok helyén azelőtt piros kiütés volt jelen. A foltok kiskörömnyiek. Egyesek szélén egy apró, kölesnyi vagy gombostűfejnyi hyperaemiás kiemelkedés még látszik. Az initialis laesio egy mákszemnyi, többnyire follicularis, rózsáspiros kiemelkedés, a melyen egy sárgás vagy fehéres pikkelyke látható, vagy pedig vakarás által elemelhető. Az elemelés után egy vérző pont jelenik meg. A mint a laesio peripherice tova nő és félborsónyi lesz, egy élénkpiros, élesen kiemelkedő, 1—1½ mm.-nyi szél, a melyről egy pikkelyke vehető le és egy világos kávésbarnás centrum fejlődik ki. A sánczon sokszor egy barázda látszik, különösen ha a plaque nő, vagy pedig a folliculusok erősebben emelkednek ki rajta. A foltok mintegy hüvelykkörömnyi nagyságot érnek el és mindig a keskeny és hirtelen kiemelkedő piros szélű sáncz és a világos kávésbarna centrum különböztethető meg. A sánczról finom, piszkos szürkésfehér pikkelyke vakarható le, a minek megtörténte után vérző pontok lépnek fel. A nagyobb foltok itt-ott kissé polycyklikus szélűek. A mellkason körülbelül 40 ilyen folt van jelen. Egynehány a supraclavicularis tájon is.

Mindkét fülmögötti barázda rózsáspiros hyperaemiát mutat és fehér finom szarúlemezekben hámlik. A hajzatos fejbőr homloki és halánték határán egy két-ujjnyi széles, szabálytalan szélű sáv területén, mely néhány mm.-nyire terjed a homlok bőrére, rózsáspiros hyperaemia és piszkosfehér, kissé sárgásszinű pikkelyek elég vastag felrakodása.

A homlokon egy-két lencsényi, halványpiros szabálytalan alakú és finoman hámló folt.

Az orrgyök tája halvány rózsáspiros és finoman hámlik.

A mellen lévő foltokon a visszafejlődés minden stadiuma észlelhető. Ez a nagyobb foltokon látszik. Majd a kiskörömnyi foltokon kezdődik a visszafejlődés, majd pedig a hüvelykörömnél valamivel nagyobbakon. A sáncz ezeken nem fut az egész folt körül, hanem egy kisebb-nagyobb darabja kiesik. Végre oly foltok is látszanak, melyek terjedelmük legnagyobb részében a normalis bőr niveaujában vannak és világos kávébarnák; a szélükön csak egy kis 1—2 mm.-nyi kiemelkedés maradt még a hyperaemikus sánczból.

Február 26-dikán. A homlok, halánték, orrtő és fülmögötti laesiókon is könnyen idézhető elő vérzés. A pir a kén-, salicyl-, resorcinszappan használata után engedni kezd.

3. Psoriasis vulgaris. Seborrhoea corporis.

P. Manó, 28 éves, levelező. Gyermekkorában kiütés a hajzatos fejbőrön. Jelenlegi kiütése 3—4 éve keletkezett. Belszervek épek.

A baj legelőször a bal hónaljban lépett fel, azután a derék tájon „a hol a ruha szorítja“, s végre lábaira terjedt. Mindig gyógykezelte. A kezelés alatt elmult, de nemsokára más helyeken ütött ki. A kiütés mindig viszketéssel járt. Most a viszketés erősebb, mint különben.

Jelen állapot 1898. január 31-dikén. A bal hónaljárokban néhány halvány kávébarna pigmentfolt mellett két igen halványpiros, hyperaemiát mutató, kissé sárgásfehér, porhanyós pikkelykék által fedett, vakarásra könnyen vérző folt. A mellkason az ötödik bordaiv magasságában és a sternum széleitől három haránttujjnyira mindkét oldalt egy-egy gombostűfejnyi folt, melyet halvány sárgásfehér, porhanyós, könnyen leváló pikkely borít. A pikkely leválása után a szőrzet között halvány rózsaszinű hyperaemia látszik, s e felett fényes szarúréteg. Ennek könnyű megvakarása után vérzés áll elő.

A deréktájon, a glutealis tájékon és az alsó végtagokon szabálytalanul szétszórt kávébarna pigmentfoltok s ezek között a következő laesiók: kékespiros hyperaemiás foltok, egyenetlenül szemcsés felülettel, a melyeken (közeli megtekintésnél) az egyenetlenséget fehéres, sötétbarnapiros pontokat — vérvarocskákat — mutató, szarú-állomány vékony rétege képezi. Ez a szarúréteg elég jól tapad az alaphoz, de azért sikerül azt összefüggő rétegben vagy több nagyobb darabban az alapról elemelni. Ekkor sikos, kissé nedves szarúréteg látszik, a melynek kis megvakarása vérzést hoz létre. Más foltokon a szarúréteg könnyebben választható le s itt gyorsabban áll elő a vérzés: pontokban, néha csikokban. E foltok a gluteusokon, a kereszttájon, a czombok külsoldalán is vannak elhelyezve. Számuk körülbelül nyolcz. Egy hasonló folt a bal alkar feszítő oldalán.

A b. cruro-scrotalis plicában egy élénkpiros, borsónyi, könnyen vérző és fehéressárga pikkelytől borított folt. Itt azelőtt kiterjedtebb laesio volt jelen. Rendelés 10%-os kénes kenőcs.

A hajzatos fejbőrön nincs jelen pikkelyeződés, de a fejtetőn megritkult a haj.

4. Seborrhoea corporis Duhring. Psoriasis vulgaris.

P. János, 24 éves kovács. Jelentkezett 1897. I./26. A hajzatos fejbőrön diffus hámlás, mely az occiput tájon, a fejtetőn s a homlok felé legerősebben kifejezett s itt fehér vékony asbestszerű pikkelykékből képezett, elég vastag felrakodást képez. Ezen pikkelyréteg alatt a

*

bőr halványrózsaszínű s könnyen vérzik. A pir elől, a homloktájon, túl ér a hajzatos fejbőr homloki határán, itt halvány, kissé barnásba hajló, mintha a folyamat visszafejlődőben volna, körülbelül a homlok közepe táján egyenetlen csipkézett széllel végződik, felette a szarúréteg repedezett, helyenkint hámlik. A pikkelyek levételénél kissé tapadó, csillogó szarúrétegre bukkanunk, melynek vakarásakor egyes vérző pontok ugyan fellépnek, de nem oly kifejezetten, mint egészen friss psoriasisnál. A folyamat a halántéktájon is visszafejlödésben látszik lenni, a mennyiben itt is kissé barnásszínű s a bör kevésbbé kifejezetten rovátkolt. A sternum manubr. és corp. felett, valamint az interscapularis tájék közepén az első mellcsigolya tövisnyulványától kezdve a 8-ig terjedőleg következő laesiók láthatók: kölesnyi, follicularis fehéres pikkelyke, melyet halvány rózsaszínű udvar vesz körül. A pikkely levétele után pontszerű — rendesen 3—4 pont egymás mellett — vérzés. Papillaris hyperaemia körömnyi területeken, melyeken a folliculusok kiemelkednek és többnyire pikkelykét hordanak. Azután hasonló foltok, melyeknek közepén s kerületük egy részén az említett kóros elváltozások eltüntek, helyükben kávésbarna elszíneződés maradt vissza, míg a kerület egy másik részén még fennállanak. Végre 5—10 cm.-nyi átmérőjű, szabálytalan alakú, térképszerűen határolt foltok keskeny piros és finoman hámló szegélylyel, a mely kissé rovátkolt. Ezen világos kávébarna s a szélhez képest besüppedt középpel ellátott foltok száma 3. A baj 3 hó óta áll fenn. Fején izzadáskor visszketés. Nedvedzés soha sincs és nem is volt jelen. A mell és hát nagyobb pikkelyes laesióinak vakarásakor is vérző pontok lépnek fel.

Január 31-dikén. A pir és hámlás a kezelés folytán a háton tünőfélben, helyükben sárgás pigmentfolt látszik. A homlokon a hámlás és pir eltünt, kissé barnás pigmentatio és kisfokú rovátkoltság látható.

Azon állításunk ellen, hogy a seborrhoea corporis Duhring és a psoriasis vulgaris identikus bántalmak, a következőket lehetne felhozni. 1. Hogy a seborrhoea corporis Duhringnél a széli részlet, azaz a centrumot körülvevő sáncz, sokkal keskenyebb, a pikkelyréteg pedig sokkal vékonyabb mint a typikus psoriasis vulgarisnál. Ez azonban csak fokozati különbség, mely a laesiók boncztani identitásával szemben vajmi kevés értékkel bir. Megjegyzendő e mellett, hogy a typikus psoriasis vulgarisnak nem egy esetében egyes olyan laesiókat is találunk, melyek nagyban hasonlítanak a seborrhoeához. Különben nem is oly ritkák az olyan esetek sem, hol a szegycsonttájon vagy az interscapularis tájékon solitaer vagy kevés számban vastag pikkelyréteggel fedett, könnyen vérző, hyperaemikus bőrlaesiót találunk, melyek mintegy az átmenetet képezik a psoriasis vulgaris és a seborrhoea corporis Duhring közt; s nem egyszer látunk kezelés alatt álló és visszafejlődésnek induló psoriasisnál olyan laesiókat is, melyek a nagyobb seborrhoea plaqueokhoz hajszálnyira hasonlítanak, a mi csak azt bizonyítja, hogy a seborrhoea és a psoriasis vulgaris közti morphologiai különbségek tényleg az intensitás különböző fokának tudandók be. Hisz maguk ezek a visszafejlődésben levő psoriasis-foltok is úgyszólván nem egyebek, mint a kóros folyamatnak csekélyebb fokai, a menyiben vékony pikkelyréteggel fedett, ívszerű, hyperaemikus sánczokból állanak, melyek a normalissá vált centrumot körülveszik.

2. A seborrhoea corporisnak a spontan visszafejlődésre való hajlandósága. E tulajdonság tényleg a seborrhoeánál inkább megvan, mint a psoriasisnál, a mi azonban az intensitás mérsékeltebb fokának megfelelőleg nagyon természetes. Csakhogy a psoriasisnál is nem egy esetben láthatjuk, hogy nemcsak a centrum indul visszafejlődésnek, hanem akárhányszor egyes részei a szélrészletnek is eltünnek, sőt eltünhetnek egész foltok is. E tekintetben a seborrhoea és a psoriasis közti átmenetek valósággal fokozatosak olyannyira, hogy különösen oly esetekben, mikor a laesio a homlok hajzati részének határán vagy a homlokon vagy a hajzatos fejbőrön ül, szinte lehetetlen eldönteni, hogy ez seborrhoea- e *még* vagy psoriasis-e *már*. Ilyenkor pontszerű, vagy gyenge hajlással biró ívszerű, vagy patkó alakokat látunk, mely utóbbiak körülbelül lencsenagyságú területet határolnak be. Az ívezetes halványvörös széli részlet többé-kevésbbé vékony, fehér vagy szürkés, néha sárgásfehér s ha seborrhoea oleosa van jelen, zsíros pikkelyréteggel fedett, a melynek leválasztása aztán vérzést okoz. Sokszor csak azért diagnostizáljuk ezen eseteket seborrhoeának és nem psoriasisnak, mert esetleg a mellen és háton is találunk ehhez hasonló laesiókat.

3. Hogy a seborrhoea Duhring könnyen gyógyul, míg a psoriasis makacs bántalom. Ezzel szemben azt jegyezzük meg, hogy a psoriasis vulgaris legtypikusabb esetei is a legkülönbözőbb ellentállást mutatják a kezeléssel szemben. Vannak typikus psoriasisesetek, melyek egészen enyhe kenöcsök és naponkénti szappanos fürdők használata mellett már meggyógyulnak. A hajlító felületek psoriasisa különben is csak kis mértékben ellentálló. A kezelés és gyógyhajlam szempontjából egész sorozatát állíthatnók fel a psoriasisoknak. Természetszerűleg legkevesebb ellentállást fejtenek ki a legenyhébb esetek, tehát a seborrhoea corporis is. Viszont ez is épp úgy hajlandó a gyógyulás utáni recidivára, mint a psoriasis.

4. A localisatio. Kétségtelenül ez a legnagyobb ellenérv. A seborrhoea corporisnak épp úgy kedvencz helye a mell és a hát, mint a typikus psoriasisnak a könyök és a térd. De viszont tudjuk, hogy egyébként egészen typikus psoriasisoknál akárhányszor hiányzik a typikus localisatio, söt hogy épp a hajlítási felületeket kereshetik fel. Átmenetek tehát itt is vannak. A két betegség különböző localisatiójának tekintetében fel kell tehát vennünk, hogy az a psoriasis, melynek intensitása csekélyebb, sokszor egyszersmind atypikus localisatiójú is. A nem egészen typikus psoriasis néhány példáját közlöm a következő esetekben, melyek épenséggel nem ritkák.

1. Kiterjedt psoriasis vulgaris, mely a végtagokon alig lokalizálódott.

Gy. Noe Hugó, 24 éves, jogszigorló. Soha semmi baja nem volt. Családjában bőrbaj nem fordult elő. Baja fején kezdödött ezelőtt 6 évvel. Két év óta a törzsön is. Az alsó végtagon csak nem rég egy folt.

Jelen állapot 1898. április 16-dikán. A hajzatos fej majdnem egész kiterjedésében élénkpiros. Különösen a homloki, halántéki és parietalis részt együttvéve foglalja el egy nagy hyperaemikus, finom, apró lemezkékben hámló folt, a mely kissé csipkézett széllel néhány mm.-nyire terjed túl a homloki határon és hátrafelé, az occipitalis táj oldalsó részei felé sávok alakjában végződik. Az occipitalis tájon és a parietalis táj hátsó negyedében különálló, kerek, koronányi hámló foltok. E foltok s a nagy plaque vérzékenyek.

A törzsön, főleg a háton, még pedig annak lapoczközti táján, a lumbalis és sacralis tájon végig, egészen a crena ani-ig szétszórva lencsényi egész koronányi finom lemezekben hámló, kerek, vérzékeny foltok. Egy hámló, fillérnyi folt a mellcsont testének közepén a szörök között, egy lencsényi és egy gombostűfejnyi a sternumtól jobbra és balra. Mindkét váll táján egy-egy lencsényi hámló, vérzékeny, élénk hyperaemiájú folt. A bal alszár küloldalán egy körülbelül koronányi élénkpiros, valamivel vastagabb szarúlemezfelrakódást mutató, vérzékeny folt.

2. K. István, 30 éves, kereskedő. Már több éve van kiütése a jobb karján és jobb czombján, most néhány hónapja a himvesszőn is. Subjective semmi kellemetlenség. Csak azért keresett fel, mert nősülni akar. A szorgos vizsgálat azután a többi localisatiót is kiderítette.

Jelen állapot 1898. január 27-dikén. A homloki és parietalis hajzatos fejbőrön meglehetősen megritkult a haj. Azelőtt elég erős korpázás volt jelen, mely azóta, hogy spirituosus lemosásokat használ a beteg, elmult.

A processus xyphoides felett egy lencsényi bőrlaesio, mely egy fehéres-sárgás pikkelykéből és ezt körülvevő élénkpiros udvarból áll, a pikkelyke levétele után vérző pontok jelennek meg. E laesio szomszédságában egy valamivel kisebb, élénk hyperaemiát mutató és fénylő üvegszerű szarúréteggel boritott folt, a melyről finom szarúpikkely kaparható le, a mi után vérző pontok jelentkeznek. Az első laesióhoz hasonló két félkrajczárnyi bőrelváltozás a jobb alkaron; az egyiken a pikkely kissé barnásszínű. A háton az utolsó bordaiv középső harmadában úgy jobb, mint baloldalt egy-egy lencsényi, élénkpiros, sima, üvegszerűen fénylő szarúréteggel borított laesio, melynek megvakarásakor a szarúréteg finom pikkely alakjában emelhető el és vérző pontok keletkeznek.

A sulcus coronarius és a glansnak ezzel szomszédos területe élénkpiros; száraz, finom, vékony, lemezes szarúpikkelyeket mutat. A glanson néhány kölesnyi egész lencsényi, élénk hyperaemiát és finom lemezes hámlást mutató folt.

Mindkét czomb scrotalis felületén egy-egy gyermektenyérnyi, ívszerűen lefutó szélű és felfelé a hajlat által határolt folt látszik, a mely legnagyobb terjedelmében igen halvány barnásszínű. Ezen alapon a folt szélén számos, egész lencsényi élénkpiros, vakarásra könnyen vérző és pikkelyt mutató laesio látszik. Hasonló bőrelváltozás látszik rendetlenül szétszórva a foltok közepe felé is. Baloldalt az egész leirt bőrelváltozás előtt egy fillérnyi, rendetlen alakú és finoman hámló, élénkpiros, vérzékeny folt látszik.

Egy hasonló folt van a jobb czomb küloldalának közepén is.

3. K. Samu. Jelentkezett 1898. márczius 14-dikén. A bal könyök feszítő oldalán egy körömnyi s ezüstforintnyi, rovátkolt felületű, élénken piros, lemezesen hámló, vérzékeny folt. A köldök mélyedése kissé rózsás s hámlik. A penis hátán, a glans mögött egy fillérnyi, halványpiros, lemezesen hámló folt. Mindkét scrotalis hajlatban több halványpiros, alig kiemelkedő folt. A bal kézháton az első ujjközben egy kölesnyi élénkpiros és apró pikkelyt hordó folt. A kéz összes körmei hepe-hupásak, hosszantfutó rovátkákkal ellátvák, állományuk nagyon megvékonyodott és szürkés-barnás színű.

4. D. Jenő, 19 éves, joghallgató. Ezelőtt 7 évvel száraz, hámló kiütése volt az összes hajlatokban. Akkor Herkulesfürdőn egy kénes kenöcscsel kezelték és meg is gyógyították. Jelenlegi bőrbaja úgy látszik azóta áll fenn, de erre nézve határozott felvilágositást nem tud adni. Évek óta időről időre fájdalmak jelentkeznek nyelvének szélein, a melyek ilyenkor rendesnél pirosabbak szoktak lenni. Három év előtt lágy fekélye volt. Három hét óta bőrlaesiók a jobb hónaljban és a nyelven.

Jelen állapot 1898. április 1-jén. A hajzatos fejbőrön szétszórva néhány babnyi, sárgás, rétegzetes pikkelyfelrakodással fedett, élénkpiros bőrelváltozás.

A tarkón két félfillérnyi, élénkpirosan hyperaemikus, vékony pikkelyekkel fedett, élesen határolt bőrlaesio. A pikkelyek levételekor a sima, tapadó Bulkley-féle réteg válik láthatóvá és azután vérpontocskák. Két ehhez hasonló babnyi, valamivel halványabb hyperaemiájú folt a jobb hónaljárokban.

A nyelv széle mentén és alsó felületén gombostűfejnyi egész babnyi, szabálytalan alakú, hófehér szarúmegvastagodások láthatók, a melyek erősen letapadtak és a melyek egyenetlen felületűek.

Hosszabb dörzsölés után e szarúrétegmegvastagodás eltávolítható. Az alatta lévő nyákhártya *nem* erodált, csupán pirosabb a szomszédságánál. A leemelt fehér réteget górcsövileg is megvizsgáltam. Tisztán szarúsejtből állott.

Az esetet több hónapon át észleltem. A nyelv fehér foltjait chromsavval étettem, mire azok elmultak. Egyesek azonban recidiváltak.

5. L. P., 50 éves, korcsmáros. Asthmában és epekő-bajban szenved. Bőrbaj a családban nem fordult elő. Jelen bőrbaja 10 év előtt kezdődött a térden, azonkivül máshol is léptek fel foltok, melyek időről időre eltüntek és azután ismét recidiváltak.

Jelen állapot 1898. október 2-dikán. A hajzatos fejbőrön kölesnyi egész lencsényi halványpiros, élesen határolt, fehéresen korpádzó foltok, melyek a pikkelyek levételekor vérzenek. Ezek különösen az occipitalis és temporalis tájakon vannak elhelyezve. Kopaszság a parietalis és frontalis tájon. A sternalis tájon a sternumtól balfelé két ujjnyira egy koronányi, élesen határolt, sötétpiros, vérzékeny, közepén halványabb folt. A has középvonalától jobbra, tenyérnyi szélességben a köldök felett fillérnyi, élesen határolt folt, melynek ivszerű, alsó 4—5 mm. széles, sötétpiros széle plateauszerűen emelkedik a szomszédság fölé; ezen széli részlet vérzékeny. A plaque felső $^3/_4$ része a bőr normalis niveaujára lelapult és halványbarnás színezetű.

Ezen laesiókon kivül néhány lencsényi a mellen, a sternalis tájékon a szörök között néhány kölesnyi follicularis laesio (seborrhoea corporis ?).

Mindkét könyökön és az alkar feszitő oldalán typikus psoriasis laesiók, melyek fillérnyiek, fehéresen pikkelyedzők, vérzékenyek.

A jobb czomb scrotalis felületén egy két ujjnyi széles sáv van, mely szorosan a hajlat mentén van. A bőr erősen rovátkolt, erősen hyperaemikus, erősen viszket. E terület határa éles. Ezen laesiók szomszédságában néhány folliculitis.

A crena anin két lencsényi psoriasis laesio.

A kir. magyar tudomány-egyetem I-ső számú sebkórodájának közlései.

II.

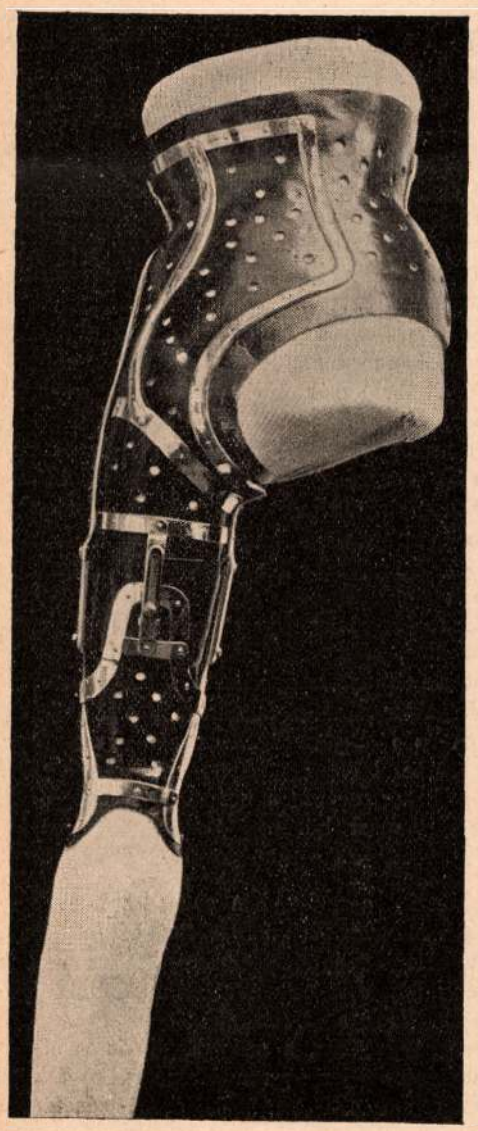
A gümős csont- és izületi gyuladások gyógykezelésénél alkalmazott kötések és gépek szerkesztésének elvei.

Dollinger Gyula dr. egyetemi nyilvános rendes tanártól.

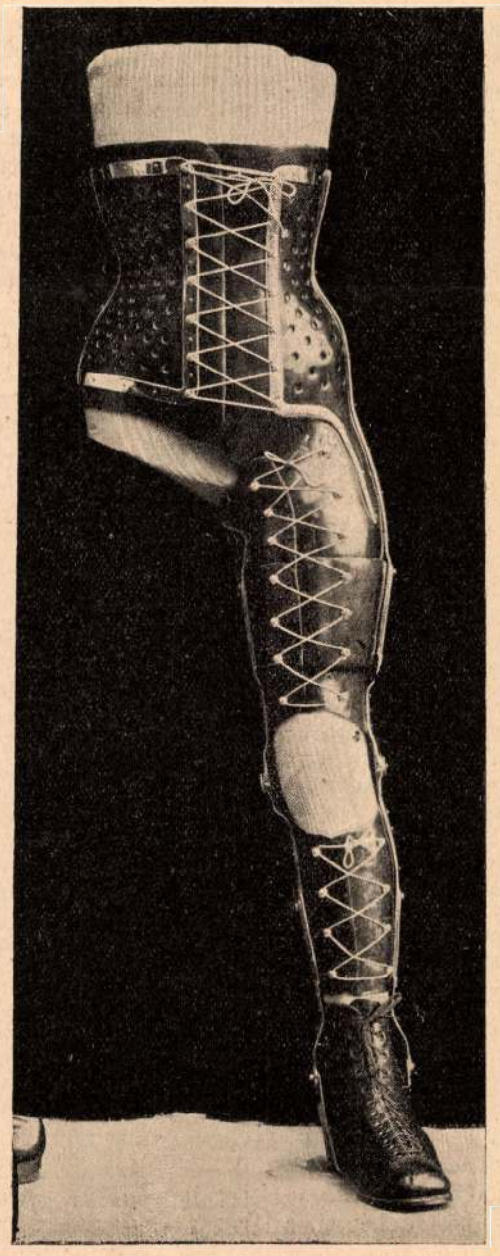
(Vége.)

Hacsak lehet, levehető tehermentesitő gépet rendelek.

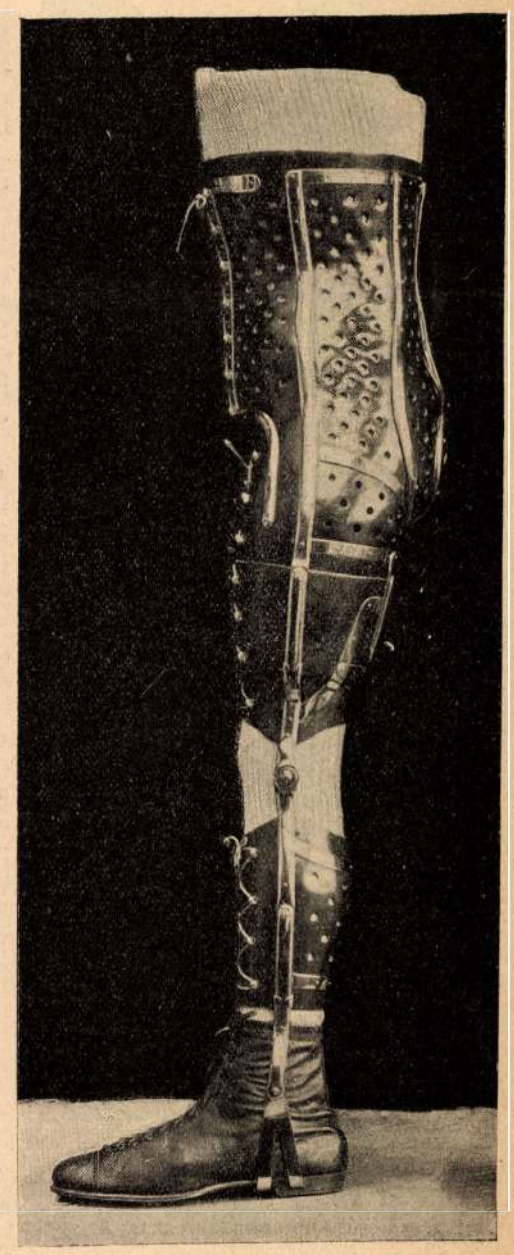
Kétféle coxitisgépet szerkesztettem. Az egyik egy rövid gép, a mely az imént leirt rövid kötésnek felel meg és ugyanazon támasztópontokat használja. (11. ábra.) Czombi része meghosszabbít-



11. ábra. Rövid csipőizületi gép, kisebbfokú coxitis számára, ülőfelülettel az ülőgumónál és támasztó pelottákkal a czombbütyköknél.



12. ábra. Csipőizületi gyuladásnál használt hosszú rögzitő és tehermentesitő gép mellülről.



13. ábra. Csipőizületi gyuladásnál használt rögzitő és tehermentesitő gép oldalról.

ható, a mi által a test növése szerint nagyobbítható. Lefolyt coxitisnél olyan esetekben alkalmazom, a midőn nagy a hajlandóság a contracturára, azonkivül kisebbfokú coxitisnél. Egynehányszor súlyos coxitisnél is alkalmaztam éjjeli gépnek, a mikor ez a luxus megengedhető volt.

A hosszú coxitisgép (12. ábra) a rögzítés mellett még teljesen tehermentesít is. Ez felér 3—4 ujjnyi szélességre a csípőtaraj fölé, tehát nem olyan magas, mint azon példány, a melyet a 12., 13., 14-dik ábra mutat. A csípő felett ez is szükebb, az ülőgumó alatt széles ülőfelülettel bir, a mi a betegre nézve minden esetre kényelmesebb, mint az ülőgyürü, a térdnél és a bokánál charnier izülettel van ellátva, a czombnak és az alszárnak megfelelő rész meghosszabbítható és használatnál a gép úgy állíttatik be, hogy a sarok mintegy 1—1½ cm.-nyire függ a czipő sarki részének talpa felett, és a beteg az ülőgumóra támaszkodva jár.

14. ábra. Csipőizületi gyuladásnál használt rögzitő és tehermentesitő gép hátulról.

Hogy a gépnek biztos támasza legyen, azt egy deltaalakú kengyelre állitottam (13. ábra), a mely nem bicsaklik mellfelé, a mint az a közönséges kengyeleknél rendesen meg szokott történni. A gép a gipszmintán készül, a melynek elkészitésénél arra kell ügyelni, hogy az ülőgumónak megfelelő ülőfelület jól kiképeztessék. (14. ábra.)

A térdizület. Hogy a hajlitási contracturának, a gacsos állásnak és a subluxationak kifejlődését meggátoljuk, a térdizületet azonnal a gyógykezelés megkezdésekor abba a helyzetbe kell hozni, a melyben, ha véglegesen meg talál maradni, a használatra legalkalmasabb. Miután gyermekeknél számithatunk reá, hogy a végtag a hosszasági növésben esetleg erősen visszamarad,[4] itt a térdet nyújtott helyzetben rögzitjük, míg felnőtt egyénnél a járás megkönnyitésére 165 fokú szögletállásba hozzuk a végtagot. A rögzitő kötés felér a czomb középső harmadának érintkezési helyéig a felső harmaddal, le pedig a bokáig. Itt a kötés kétoldalt jól odasimul a bokacsonthoz, hogy a lecsúszás meg legyen akadályozva, a bokák mögött a kötést kissé be kell nyomni, hátul pedig nemcsupán a vérkeringés szabadontartása végett, hanem azért is el kell a kötést a lágy részektől húzni, hogy a járásnál az Achillesín megfeszülését ne akadályozza. A gépet egy börtok képezi, a mely a deltakengyelre támaszkodik. Miután ezt a kengyel alulról támasztja, nem szükséges, hogy a bokáig érjen, hanem a felett végződhetik.

Csak ritka kivételes esetekben szükséges térdizületi gümös gyuladásnál az izületet tehermentesiteni. Ilyen esetben a gép felér a nagy tomporig, innen, befedve a glutealis tájék alsó felét, az ülőgumó alá húzódik és itt, úgy mint a coxitisgép, széles ülőfelületet képez. A tehermentesités fokozására meghosszabbítható. Ha a lobos tünetek mind elmultak, akkor is még hosszabb ideig viseltetem a gépet, mert ez megóvja az izületet a distorsiótól, a mi a recidiva leggyakoribb oka. Nagyfokú gyuladásnál, a mely az izület alkotó részeit erősen megviselte, a szálagok a gyuladás folytán fel vannak lazulva, az izomzat pedig sorvadt és erőtlen, a gépezetnek tehát át kell vennie ezektől az izület rögzitését és azt mindaddig kell teljesitenie, a mig az erős heges összenövések e szerepében fel nem váltják. Ha az izület lényeges alakelemei a gyuladás folytán el nem pusztultak, akkor a rögzités alatt mozgékonynyá válik. A mint ez bekövetkezik, az izomzatot massáltatjuk, a gépen a térdnek megfelelőleg charnier-izületet készittetünk és azt fokozatosan megnyitjuk, azonban a gépet teljesen csak akkor hagyjuk el, a mikor az izomzat ereje a mechanikus kezelés mellett teljesen visszatért.

A bokaizület. Mechanikai gyógykezelése eddig kevés figyelemben részesült, daczára annak, hogy vele szép eredményeket lehet elérni. Bradford és Lovet egyszerű gipszkötést alkalmaznak és a beteget mankóval engedik járni, vagy pedig Thomas-féle sint alkalmaznak és vele a térdizületet is rögzitik. Lorenz gipszkötéssel vagy celluloidtokkal rögzit avagy pedig Thomas-féle sint alkalmaz, a melyet a térdnél izülettel lát el. A czél, a melyet magam elé tüztem, a bokaizület rögzitése és tehermentesitése a térdizület szabadonhagyásával, azonban a kötés és a gép, a melyet e czélra szerkesztettem, az eddig használtaktól lényegesen eltér. Támasztópontul a sipcsont bütykeit használom. A kötés épen úgy, mint a gép, hasonlít ahhoz, a melyet az alszártörések gyógykezelésére szerkesztettem és leirtam.[5]

A gipszkötést (15. ábra) vékony vattabélésre alkalmazom és a beteg talpa alá egy 2 cm. vastag vattatalpat helyezek. A kötés körülveszi a lábat és az alszáron a sipcsont felső széléig terjed fel. Itt odasimul a sipcsontbütykökhöz, azok mögött, az alszár hátracsúszásának meggátlására egy kissé benyomatik és hátul a vérkeringés lehetővé tételére a lágyrészektől leemeltetik. A kötés talpi részét jó erősre készitem, hogy a testsúlyt elbirja. Ha a beteg a kötés fölé czipőt készittet, benne rossz időben is kijárhat.

A gép (16., 17., 18. ábra) börtokból és vele összekötött füzős czipőből áll, a mely, hogy kényelmesen fel és le lehessen húzni, mellül majdnem a csúcsáig kinyitható. A börtok a czipő felett kezdődik, szorosan az alszárhoz simul és pontosan odafekszik a sipcsontbütykök két oldalához. A tok két oldalán sinek emelkednek fel, a melyek a sipcsontbütyköknél kiszélesednek és a gép támaszkodási felületeinek megerősítésére szolgálnak. E sinek, úgy mint a Taylor-gép sinje, két egymásba tolható és fogas kulcs segélyével meghosszabbitható részből állanak. Alsó végük a deltakengyelre támaszkodik, a melynek mellső szára a lábtőizületek rögzitése végett az ujjperczekig húzódik. A tok kétfelé nyitható, a mit a deltakengyeleken alkalmazott charnier-izületek tesznek lehetővé. A gép úgy állíttatik be, hogy a beteg sarkának talpi felülete körülbelül egy centimeternyire függ a czipő talpa felett. Éjszakára a beteg egyszerü börtokba helyezi a lábát. Ez a lábat és az alszárt veszi körül.

* * *

Hosszú tanulmányok után, a melyekben a sebészek és testegyenészek java vállvetve közreműködött, most végre odajutottunk, hogy ma már a gümös csontok és izületek gyógykezelésében bizonyos elveket állithatunk fel, a melyek további munkának gyümölcsöző alapját képezendik. Ezek a következők:

1. A leghatásosabb gyógyeszköz, a mely a gümös csont- és izületi gyuladás gyógykezelésére jelenleg rendelkezésünkre áll, az izület rögzitése. A mozgás elősegiti a gümös csont- és izületi gyuladás terjedését, a nyugalom megállítja.

[4] Az első 130 térdizületi zsugorodás és merevségnél tett kórtani és gyógykezelési tapasztalataim. Orvosi Hetilap 1888. Németül Centralblatt für Chirurgie 1888.

[5] Adatok az alsó végtagok töréseinek ambulans gyógyitásához. Orvosi Hetilap 1893.

2. A rögzítés legjobban levehető gépekkel érhető el. Szükség esetében merev kötés alkalmazandó.

3. Az izületet distraháló gépekkel, vagy súlynyújtással is rögzíthetjük, de ennek alkalmazása complicálja a gyógykezelést, mert a distractio ható tényezője is csak a rögzítés.

4. Az erősen megterhelt csontokat, így pl. a gerinczoszlopot és az alsó végtagok beteg csontjait a rögzítésen felül a csont összenyomatásának meggátlására még tehermentesítjük is.

Mit érünk el ezen elvek alkalmazásával?

Első sorban megszüntetjük a reflectorikus izomgörcsöt és a vele járó kínzó fájdalmat, másodszor kedvezően befolyásoljuk a gümős folyamatot, a mely jó hygienikus viszonyok között, szerencsés esetekben teljesen kigyógyul, míg súlyos esetekben az izület használható helyzetben megmered.

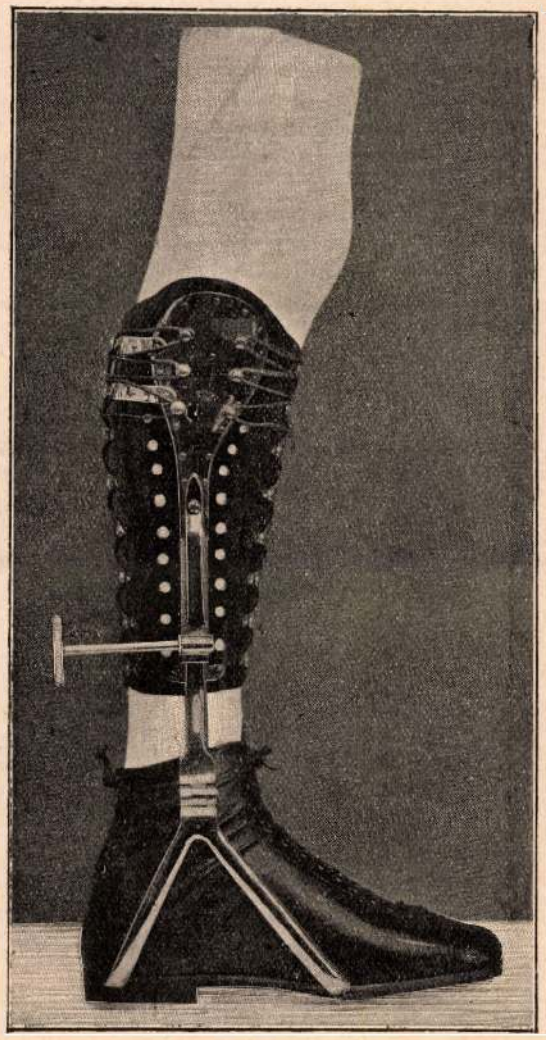
Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok.

Sérvmetszés hashártyalobbal. Gyógyulás.

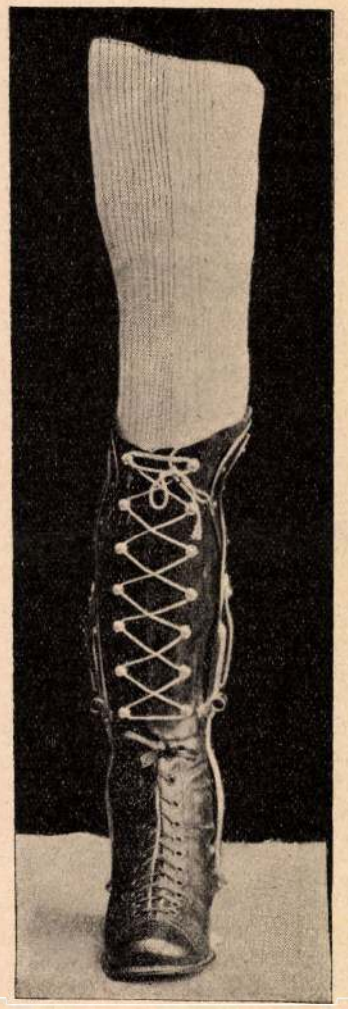
A műtősebészet folyton tökéletesedő technikája képessé teszi a műtőt oly müveletek végzésére, a melyek régebben lehetetleneknek látszottak. Daczára ezen fejlettségnek, akárhányszor a műtét után nem látjuk azonnal a kivánt eredményt, mert először a műtét alatt találkozunk oly akadályokkal, melyek nehezítik az idealis kivitelt, másodszor műtét után társulhatnak oly szövődmények, melyek kérdésessé teszik a kivánt sikert.

A mai időben nemcsak a jól felszerelt, begyakorolt és kellő szakszemélyzettel biró egyetemi tankórodákon vagy nagyobb kórházakban, de a kisebb vidéki kórházakban is végeznek nem egy finomabb műtétet, mely igazolni látszik azt, hogy ezek az intéze-

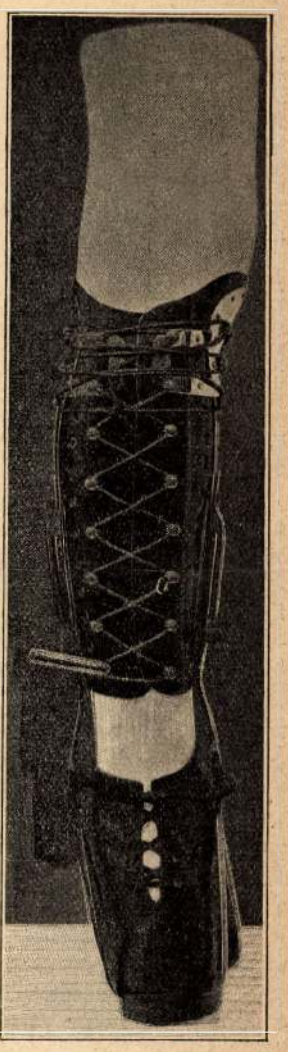
15. ábra. Tehermentesitő és rögzitő gipszkötés bokaizületi gümös gyuladásnál.



16. ábra. Gümös bokaizületi gyuladásnál használt tehermentesitő és rögzitő gép mellülről.



17. ábra. Ugyanaz elülről.



18. Ugyanaz oldalról.

Mit nem tudunk elérni?

Egyes súlyos esetekben nem birjuk meggátolni az izület genyes elpusztulását, másokban a gümös izületi vég összenyomatását. A csont a gümös gócz körül néha nagy kiterjedésben nagyon elpuhul úgy, hogy már csekély nyomás, magának a hegnek zsugorodása is elegendő ahhoz, hogy összehorpasztassék.

Az a kérdés merül itt fel: megszilárdulhat-e az ilyeténképen megpuhult gümös csont mészsók lerakódása által még egyszer annyira, hogy a rendes megterhelést kibirja és rendesen működhessék?

Vajjon nem gyorsítja-e az ilyen esetben a csontvég összenyomatása és az ezzel járó felszívódás a hegesedést és a folyamat teljes kigyógyulását? és következésképen nem lassítjuk-e meg a teljes gyors kigyógyulást azzal, hogy a gümös folyamat által felpuhított és működésre már többé nem alkalmas csontvég összenyomatását és felszívódását a tehermentesitéssel igyekezünk meggátolni? Ezek olyan kérdések, a melyekre ma még nem adhatjuk meg a választ, és a melyek további tanulmányokat tesznek szükségessé.

tek is iparkodnak a modern szinvonalra emelkedni, iparkodnak a szenvedő emberiség kényesebb igényeinek megfelelni és kezdünk odajutni, hogy ezen intézeteket már a müveltebb vagyonosabb osztály is igénybe veszi s így ezek nemcsak a szegény vagyontalan emberek gyógyhelyei.

A következő tanulságos esetet, melyet a vezetésem alatti kórházban észleltem, közölni érdemesnek találtam.

A Sepsi-Szt.-Györgyön levő, háromszékvármegyei „Ferencz József“-közkórházban f. év julius 22-dikén délután, Rácz István, 45 éves, róm. kath., nős (8 gyermek apja), bükszádi üvegmetsző, baloldali kizárt sérvvel vétette fel magát.

Nevezett egyén apja hasonló bántalommal halt el, anyja vénkorban halt el „vénségben“, egy egészséges leánytestvére van.

Bántalma 20 éve kezdődött, mely ellen sérvkötőt hol viselt, hol nem s ép azért az folyton nőt, de baja nem volt vele 1897. junius hónapig, a midőn is az kizáródva orvosi beavatkozással csak nehezen volt visszahelyezhető.

Daczára a kiállott halálfélelemnek, sérvkötőt mégsem viselt.

Folyó év junius 20-dikán sérve ismét kizáródott s miután az semmiféle beavatkozásra nem volt visszahelyezhető, gyógykezelő orvosa ajánlatára említett kórházba vétette fel magát következő jelen állapottal:

A középtermetü, jól fejlett csont- és izomrendszerű, mérsékelten táplált egyén szellemi és külérzéki szervei épek, úgyszintén légző- és keringési szervei is.

A baloldali közép és alhastájék duzzadt, érzékeny, mely duzzadtság folytatódik a baloldali megnagyobbodott herezacskóba. Ez nagyobb gyermekfejnagyságú, melybe a penis teljesen eltünt, bőre feszes, síma, haragos pirosszínü és érzékeny.

A beteg hőmérséke 39·5, érverés 90, vékony. Minden 4—5 perczben epés nyákot hány.

Junius 23-dikán, miután az állapot változatlan, Barabás Sándor dr. körorvos és Izsák Lajos dr. segédkezésével a műtétet végrehajtottam.

A sérvtömlő megnyitása után abból félliternyi halványvörös zavaros savó ürül ki, mely után kitünt, hogy a tömlő tartalma nagymennyiségü bél és cseplesz. A cseplesz részben a tömlőfalhoz nőtt, mely halvány és puha volt s ép ezért leválasztás után mintegy 10 cm. szélességben és 15 cm. hosszúságban a cseplesz kiirtatott. Az aránylag nagymennyiségü duzzadt, sötét meggyszínü bél visszatolása csak hosszas fárasztó kisérlettel sikerült a szük sérvkapun.

A tömlő falazata élénk pirosszínü, itt-ott gombostüfejnyi véraláfutásokkal s vékonyan kocsonyaszerü állománynyal bevont, ezen elváltozás felfelé a sérvkapun át folytatódik.

A felnyitás helye catgut és sublimat selyem csomósvarratokkal lett egyesitve.

Junius 24-dikén közérzet nem változott, egész hasfelület mérsékelten puffadt, hányás megvan. Hőmérsék reggel-este 38·5, érverés 80, teltebb.

Scrotum bőre halványvörös, megránczosodott, sebszélek — daczára, hogy a türelmetlen beteg az ágyban minden irányban forog, sőt fel is ül — jól összeillök és halványak.

Junius 25-dikén állapot változatlan, magas beöntésre a víz tisztán jön ki.

Junius 26-dikán hasfalak a feszességig puffadtak, más tekintetben az állapot változatlan.

Junius 27—28-dikán állapot, mint előbb. Beöntések eredmény nélkül.

Junius 29-dikén az eddigi állapotokhoz csuklás is társult.

Junius 30-dikán hőmérsék aláesett normalisra, érverés 76, haspuffadás tetemesen alászállott, hányás gyérült, csuklás megszünt. Varratok eltávolitva, sebszélek egyesülve.

Julius 1-sején hányás megszünt, egy kanál ricinus-olajra az első szék. Erősítő tápot kap a beteg.

A hasfalazat laza, de nagyon érzékeny. A beteg tovább folyton javul, naponta van spontan széke. Julius 10-dikén a metszési heg duzzadt, érzékeny lesz, 14-dikén áttörve evőkanálnyi geny ürül ki, mely után az állapot gyorsan javul, úgy hogy a beteg julius 20-dikán gyógyultan távozott.

A jelen esetben, melyet észleltem, a jól végzett műtét után a kizárási tünetek nem szüntek meg, hanem 8 napon át folyton fennállva, arra engedtek következtetni, hogy talán a visszahelyezés nem volt jól végezve. Tekintve azt, hogy már a műtét előtt hashártyalob volt jelen, mely a műtét után fokozódott, a gyanum erre irányult. A jó nyomon járást igazolta a következmény, mert a hashártyalob szüntével az incarceratio tünetei is engedtek és megszüntek s a mi a fő, a beteg gyógyult.

Sepsi-Szt.-György, 1898. julius 30-dikán.

Daday Vilmos dr.
kórházorvos.

TÁRCZA.

† Bécsi Gedeon dr.

(1830—1899.)

Folyó hó 5-dikén hunyt el hosszas szenvedés után orvosi rendünk egy érdemes tagja 69 éves korában Temesvárott, egyike azon régibb szabású, de modern müveltségü orvostársainknak, kik az orvosi pályát nem pusztán kenyérkereső életpályának, hanem magasabb idealismussal hivatásnak tekintik, és e felfogáshoz alkalmazzák életük magán- és köztevékenységét.

Bécsi Gedeon dr. 1830. szeptember 4-dikén született Fülöpszálláson Pestmegyében. 18 éves korában 1848-ban, mint honvéd szolgált és főhadnagy lett. A szabadságharcz legyőzése után az osztrák hadseregbe sorozták közkatonának. Orvosi tanfolyamát Bécsben végezte. 1856-ban orvos-sebésztudorrá promoveáltatott és szülészmesteri oklevelet nyert, 1858. és 1859-ben Schuh tanár ösztöndijas mütönövendéke volt. Mint mütevő sebész az 1859-diki olasz hadjáratban szolgált és főorvosi minőségben nyert alkalmazást a háború végéig az I. sz. felvételi kórházban. A háború végével a volt osztrák-magyar vasúttársaság vasúti orvosává lett, 1866-ban pedig Temesvár tiszteletbeli városi főorvosává nevezték ki, mely minőségében mint az egészségügyi bizottság tagja a józsefvárosi cholera-betegeket gyógyította. 1867-ben rendes városi főorvos lett. Különösen a temesvári közkórház körül szerzett érdemeket. Miután a városnak a kórház berendezésére elegendő pénze nem volt, társadalmi úton gyüjtést rendezett, melynek jövedelméből egyfelől a kórház berendezését létesítette, másfelől az üdülő betegek számára alapot teremtett. 1872-ben Ő Felsége a Ferencz József-renddel tüntette ki, 1873-ban pedig a cholera-járványban kifejtett közhasznú működéseért legfelsőbb köszönetében részesitette. Ugyane járvány alkalmával közadakozás útján népkonyhákat rendeztetett be, melyekben 80 egyén kapott ingyen étkezést. 1878-ban, midőn a főorvosi állomást a közkórházi igazgatóságtól elválasztották, ő ez utóbbi állást tartotta meg. Tiszteleti tagja lett a Chevra-Kadischának, a Fröbel-egyesületnek. 1883-ban a városi közgyülés mondott neki a főorvosi teendők buzgó végezéseért köszönetet. 1885-ben a közegészség terén szerzett érdemei elismeréseül magyar nemességet kapott „paráczi" előnévvel. 1887-ben a vöröskereszt egyesületben egy ápolónői cursust tartott. 1892-ben jubilálta — pályatársai és a temesvári közönség nagy ovatiója mellett — 25 éves kórházi igazgatóságának évfordulóját. A délmagyarországi orvos-természettudományi társulatban az orvosi szakosztály elnöke volt. A honvéd-egylet a mult évben elnökévé választotta.

Orvosi és társadalmi áldásos köztevékenységén kivül irodalmilag is müködött, szakközleményeit lapunk hasábjain tette közzé.

Temetése folyó hó 7-dikén ment véghez Temesvár és vidéke nagy részvétele mellett. Koporsójánál Temesvár polgármestere és kartársai nevében *Tauffer Jenő* dr. mondottak búcsúbeszédeket. Holttestét paráczi birtokán helyezték el örök nyugalomra, mely alkalommal *Neubauer Henrik* dr. járási és tb. megyei főorvos intézett utolsó istenhozzádot a kartársai és a szenvedő emberiség részéről egyaránt tiszteletben és szeretetben részesitett kitünő orvosnak. Mi is leteszszük rendünk ez elhunyt díszének koporsójára elismerésünk és nagyrabecsülésünk szerény koszorúját.

Az orvosi szakértő mint tanú.

(Vége.)

Az eddigiekben ismertettem a jogi álláspontot, melynek helyességét vagy helytelenségét jogi szempontból nem biráljuk; nem biráljuk azt sem, hogy annak alkalmazása más, nem orvosi szakértőkre mennyiben megfelelő, de a melyre vonatkozólag orvosi szempontból ki kell mondanunk, hogy annak elfoglalásánál a törvényhozás és a birói gyakorlat nem számolt le azzal a különbséggel, a mely az orvosi és más szakértőnek állása között — épen az orvosi tudománynak természettudományi alapját tekintve — jelentkezik, de nem számolt a kérdés lényegével sem, a mely abban áll, hogy az orvos a szaktudománya segélyével tapasztalt ténykörülmények vagy állapotok tekintetében sohasem tanusit tényeket, hanem mindig csak véleményt nyilvánit.

Mint az idézett törvényi rendelkezések ismertetésénél láttuk, a jogi álláspont akkor tekinti a szakértőt tanúnak, ha *elmult* állapotokról és ténykörülményekről tanuskodik; a kérdés lényegét tehát abban találja, hogy a szakértő a bizonyitandó ténykörülményt vagy állapotot — szakértelme segélyével — nem a per folyamán, hanem a pert megelőzőleg észlelte legyen. Nincs kétsége a jogi álláspontnak sem a tekintetben, hogy azokra a tény-

körülményekre és állapotokra nézve, melyeket a szakértő a per folyamán észlelt, nem tanú, hanem szakértő, már pedig ezek is elmult állapotok és ténykörülmények.

Világos tehát, hogy abból, miszerint a tény a mult időben észleltetett, nem következik feltétlenül az, hogy az észlelő tanú. Viszont a tanuknál is előfordul az, hogy nem a multban, hanem a jelenben észlelt körülményekről tesznek tanúságot, midőn pl. az a tanú, kit igényperben az azonosság bizonyítására felhivnak, a kihallgatás elrendelése után köteles megszemlélni a kérdéses tárgyakat és a szemlélete alapján bizonyítja azoknak az igényelt tárgyakkal való azonosságát.

Nyilvánvaló tehát, hogy annak a kérdésnek megbirálásánál: tanúnak vagy szakértőnek tekintessék-e az illető, teljesen közömbös az az időpont, a mikor az illető a tényt észlelte.

Az észlelés időpontja alapján tehát a tanúnak és a szakértőnek egymástól való megkülönböztetése meg nem állhatván, keresnünk kell a megoldásra más alapot és ezt a szakértői személyhez intézett kérdésnek, illetőleg az általa adott feleletnek természetében, lényegében találjuk meg.

Abban megegyezik a fentebb ismertetett jogi felfogás az orvosi felfogással, hogy akkor, a mikor a szakértői személy az általa észlelt tényekből szaktudománya alapján szakkövetkeztetést von, nem tanú, hanem tisztán szakértő.

Visszatérve Johnnak fentebb idézett példjára, az orvos arra a kérdésre adott feleletében, hogy a vádlott, kit ő hagyláz miatt gyógykezelt, oly helyzetben volt-e, hogy szobáját képes volt elhagyni, John szerint is, mint szakértő válaszol. Vagy más példát véve, kétségtelenül szakértőkép válaszol az orvos arra a kérdésre, hogy az a beteg, a kit paralysis progressivában szenvedőnek talált, abban a helyzetben volt-e bizonyos időpontban, hogy képes volt végakaratát szabadon nyilvánítani, vagy birt-e önrendelkezési képességgel, vagy elmetehetsége meg volt-e zavarva, úgy hogy e miatt akaratának szabad elhatározási képességével nem birt. Folytatva a példákat, meg nem áll azonban orvosi szempontból annak a jogi felfogásnak a helyessége, mely szerint arra a kérdésre, hogy hagymázban, vagy hogy paralysis progressivában szenvedett-e a beteg, az orvos mint tanú válaszol. A tévedés abban van, hogy a jogi felfogás a typhusnak, a paralysisnek fenforgását *positivumnak* tekinti és azért mondja ki e részben az orvosnak tanúi minőségét, mert e kérdésekre adott feleletében szerinte tényt bizonyít, holott az orvos szempontjából a betegség mibenlétének, a diagnosisnak a megállapítása *épen nem tény, nem positivum, hanem a tünetekből vont szaktudományi következtetésnek a dolga, tehát eminenter szakértői kérdés.*

Szem elől téveszti a jogi felfogás ennél a kérdésnél az orvosi tudománynak természettudományi alapját, mely az orvosszakértőt más szakértőtől megkülönbözteti és mely alap épen nem állandó, hanem a természettudományok haladásával fejlődésnek, hullámzó változásnak van alávetve.

Ha az építészszakértő kijelenti, hogy az épület, melyet ő épített, téglából készült, ez ténynek a kijelentése, mely tény vagy való vagy nem való, de önmagában mindig ugyanaz marad.

De nem áll ez az orvosszakértőre nézve.

Elég példaképen csak a tünetcsoportoknak ama sorozatára utalnunk, melyek a rheumát jellegzik. Ilyen tünetek észlelése alapján az orvosszakértő régebben, mint helyes diagnosist kimondotta a rheumát, manapság már jól tudjuk, hogy vannak e tünetekkel megegyező fájdalmak, melyek nem a rheuma következményei, hanem egy combinált idegrendszerbeli megbetegedésnek initialis tünetei. Mindezek miatt tehát nem ténybeli, hanem szakértői kérdés az orvos részéről már az is, hogy valósággal beteg volt-e az illető — mert lehetett simulans is —, úgy hogy nem marad más tanúi természetű része a dolognak, mint a gyógykezelés puszta ténye, azaz megállapítása annak a ténynek, hogy az orvos a beteget tényleg kezelte.

Helyes tehát mindezekből annak a ténynek a levonása, hogy az orvos mindannyiszor, a hányszor olyan ténykörülmények vagy állapotok iránt nyilatkozik a bíróság előtt, a melyeket szaktudománya segélyével észlelt, mindig mint szakértő és nem mint tanú nyilatkozik, mihez képest helytelennek kell nyilvánítanunk a törvénynek azt a rendelkezését, a mely ilyen nyilatkozattételek esetén, az orvosra, a tanukra fennálló szabályokat rendeli alkalmazandóknak.

Mint a fent ismertetett törvényi intézkedéseknél láttuk, a szakértők általában kedvezőbb helyzetben vannak a bíróság előtt mint a tanuk; erre hivatkozva mondhatjuk, hogy a most megtámadott törvényi rendelkezés már általánosságban is sérelmes reánk, orvosokra. Különösen sérelmes azonban az, hogy tanúi esküt kénytelen az orvos tenni akkor, a mikor voltaképen szakértői nyilatkozatot tesz: arra kell esküt tennie, hogy a hozzá intézett kérdésekre az igazat vallotta, holott legjobb tudomása szerint nem lehet meggyőződve arról, hogy a mit vallott, az positiv igaz. Két út áll ilyen esetben az orvos előtt, vagy könnyebben veszi a dolgot és megesküszik, hogy igazat mondott, mikor azt vallotta, hogy a betegség rheuma, a mikor azonban annak teszi ki magát, hogy idővel kiderülvén, mikép a rheumára utaló tünetek egy idegbaj initialis tünetei voltak, eshetőleg hamis tanúzás miatt bűnvádi eljárás alá kerül, vagy pedig óvatosan és helyesen akkép nyilatkozik, hogy a feltett kérdésre nem válaszolhat határozottan, azonban a tünetek olyanok, a melyekből a tudomány álláspontja szerint rheumára lehetne következtetni, mely utóbbi esetben azután valósággal formailag is szakértői véleményt nyilvánít.

Kérdem már most, micsoda fontos érdeke van az igazságszolgáltatásnak abban, hogy az orvost ilyen dilemma elé állítsa?

Bizonyára nincs semmi érdeke, mert mint a Plósz-féle javaslat indokolása is említi, a biró szabadon mérlegeli úgy a tanuvallomásnak, mint a szakértői véleménynek bizonyító erejét, az igazságszolgáltatás szempontjából tehát tökéletesen mindegy, akár tanúvallomás, akár szakértői vélemény alakjában jut kifejezésre a lényegében mindig szakértői nyilatkozat.

Minthogy pedig ezek szerint a most tárgyalt az a törvényi rendelkezés, hogy *szakértői személyek, a kik oly elmult állapotokról és ténykörülményekről tanuskodnak, melyek észleléséhez szakértelem volt szükséges, tanuknak tekintetnek és reájuk a tanúkihallgatásra vonatkozó szabályok alkalmazandók, az orvosokra sérelem: javaslatom* az, hogy a szabályszerű úton intéztessék felterjesztés az igazságügyi minister úrhoz az iránt, hogy a sérelmesnek talált rendelkezés az általános polgári perrendtartás törvényjavaslatába fel ne vétessék, arra az esetre pedig, ha a sommás eljárásról szóló 1893: XVIII. t.-cz. netán revisio alá kerülne, az abból is kihagyassék.

A mennyiben pedig ezen javaslatom felsőbb helyen elfogadható nem lenne, kérelmezzük az idézett törvényi rendelkezésnek (javaslat 376. §., 1893: XVIII. t.-cz 94. §. utolsó bekezdése) következő kiegészítését:

Ez a rendelkezés nem alkalmazható az orvosokra, a kik a szakértelmükkel észlelt állapotokat és ténykörülményeket illetőleg, mindig szakértőknek tekintendők.

Babarczi-Schwartzer Ottó,
a budapesti orvos-szövetség elnöke.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

A bakteriologia rövid tankönyve. Különös tekintettel a vizsgálati módszerekre. Irta **Kaiser Károly** dr., a belügyministerium egészségtani és bakteriologiai laboratoriumának vezetője. 104 ábrával a szövegben. Dobrowsky és Franke kiadása. 1899. 256 oldal. Ára 2 frt 80 kr.

Régi, ismeretes és mindenek felett jogosult a korral haladni kivánó kartársak azon panasza, hogy a magyar orvosi szakirodalom szegénysége miatt kelletlenül bár, de kénytelenek idegen nyelvü munkákat használni s a mi ezzel velejár, idegen könyvkiadókat gazdagitani amúgy sem bőséges anyagi erejükkel. Örömmel, elismeréssel fogad tehát minden magyar orvos minden hirt, a mely egy magyar nyelvü, új szakmunka megjelenéséről, tartalmáról, jó tulajdonságairól, használhatóságáról ad számot. Kétszeres azonban azon kartársak öröme, a kik hivatalos állásuk és foglalkozásukból kifolyólag a szó szoros értelmében reászorultak ismereteiknek az orvostudomány bizonyos, különösen az elméletinek nevezett részeiben való tökéletesítésére. Ilyen kartársak az eddigelé is már nagy számmal képesített és alkalmazott tiszti és iskola orvosok s ilyen elméleti része az orvostudománynak a bakteriologia.

Elismeri már mindenki, hogy a mikroorganismusok ismerete manapság nem csak a hivatásos bakteriologusnak, nemcsak a a közegészségügyet vezető hivatalos tiszti orvosnak, hanem kivétel nélkül minden orvosnak is nemcsak fontos, hanem nélkülözhetetlen is. Tudja azt is mindenki, hogy az orvostudománynak ezen fiatal sarja oly óriási lépésekkel halad a tökéletesedés útján, hogy a 2—3 év előtt megjelent munkákban elmondottak nem csekély része már elavult vagy átalakult. Legyen elég csupán a diphtheriának alig 3 év előtt használatba jött s ime már általánossá vált *serum-therapiájára*, s a még fiatalabb és ugyancsak széltében használt *Widal-reactióra* hivatkoznom a typhus diagnosisánál.

A dolog természetében fekszik, hogy a bakteriologiának ezen, éppen a gyakorlattal foglalkozó kartársakra rendkivül fontos vívmányait a magyar nyelven régebben megjelent Babes-, Tangl-, Rigler-féle tankönyvekben megtalálni nem lehet, s így igaz örömmel üdvözölhetjük mindannyian Kaiser dr. kartársunk szorgalmas munkájának és a jóhirű orvosi könyvkiadó czég vállalkozásának legújabb gyümölcsét, a Kaiser-féle bakteriologiát.

Lássuk, mi a munka tartalma.

Szerző az anyagot 4 nagy részre osztja. A „*Bevezető*“-ben 16 oldalon a bakteriologia történetének, haladásának, fontosságának rövid ismertetése után a mikroorganismusok alakjáról, szaporodási módjairól, hőmérsék iránt való kivánalmukról, anyagcseréjük termékeiről szól tömören, de igen érthetően.

Az „*Általános rész*“ a mikroskop használatának alapos ismertetésével kezdődik. Majd a mikroskopos készítmények különböző fajaira, a festő, páczoló, színtelenítő anyagokra s a velök való dolgozás módszereire tér át a szerző. Ezután a „bakteriumok tenyésztése“ czímű fejezet következik, melyben a sterilizálás, a tenyésztő anyagok és a különböző bakteriumkulturák készítése van lelkiismeretes pontossággal leirva. Az állatkisérletek módjának ismertetése zárja be a munka második részét.

A „*Különös rész*“ első 20 oldalán a bakteriumok virulentiája, a betegségekre való hajlamosság és az azoktól való immunitás, majd a fertőtlenítés van letárgyalva. Ezután áttér a szerző a betegség okozó, majd a nem pathogen bakteriumok részletes és pontos ismertetésére, mindenütt világos és azonnal áttekinthető rendszert tartva szeme előtt.

A munka utolsó fejezete, a „Függelék“, a fonálbakteriumok, penészgombák fontosabbjait ismerteti, s a plasmodium malariae-nek szentelt nagyobb fejezettel zárul be.

Az elmondottakból eléggé kiviláglik, hogy Kaiser dr. munkája tényleg kimeríti a tárgyat. Ha pedig elolvassuk, kitünik az is, hogy a mit mond, azt nemcsak jól, pontosan és érthetően, hanem szépen is mondja. Magyarsága ellen, alig pár szó kivételével (pl. górcső), kifogást tenni nem lehet. Nagy érdeme, hogy a terjedelmes anyagot jó beosztásban hozza elénk, és hogy a tisztán bakteriologiai módszertan mellett röviden és érthetően azt is elmondja, a mit az immunitás kérdéséből tudni kell. Megemlíti a legfontosabb védőoltó eljárásokat és csak sajnálni való, hogy a könyv megszorított terjedelme miatt nem foglalkozhatik elég részletesen — külön fejezetben — a toxinok és antitoxinok előállításának ismertetésével. Az ajánlott vizsgálati módszerek önmagukban véve is jók, meg világosan, érthetően is vannak leirva; különösen a mikroskop kezeléseinek ismertetése van a fontossághoz mért terjedelemben és pontosan tárgyalva, s így a fejezet végén szivesen láttam volna a bakteriumok mérésére szolgáló eszközök és módszerek részletesebb ismertetését is.

Látjuk immár, hogy Kaiser dr.-nak nagy szorgalommal, szép szakértelemmel, a nagy és fontos anyag ügyes megválasztásával megirott munkája hézagot pótol szakirodalmunkban. Szép és világos nyelvezete az olvasást és tanulást nemcsak könnyüvé hanem élvezetessé is teszik és pedig nemcsak a kezdőnek, hanem a bakteriologiával hivatásosan foglalkozónak is.

Csinos kivitelü ábrái a szöveg érthetőségét csak fokozzák.

Mindezek alapján Kaiser dr. bakteriologiáját minden kartársunknak, de különösen a már képesített tiszti és iskolaorvosoknak, illetve a képesítést elnyerni óhajtó kollegáknak, végül az orvosnövendékeknek is melegen ajánlom.

A Dobrowsky és Franke kiadóktól megszokott csinos alakban és jó nyomással kiállított munka Chyzer Kornél dr. miniszteri tanácsosnak van ajánlva. *Rigler* dr.

Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1898. deczember 25-dikétől 1898. deczember 31-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 436 gyermek, elhalt 264 személy, a születések tehát 172 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1899. január 1-dikétől január 7-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 39 (meghalt 5), himlőben — (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 20 (meghalt —), vörhenyben 26 (meghalt 1), kanyaróban 135 (meghalt 8), roncsoló toroklobban és torokgyikban 34 (meghalt 11), trachomában 11, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 2 (meghalt 1), orbánczban 9 (meghalt 1), gyermekágyi lázban — (meghalt 2).

× **Nemzetközi értekezlet a venereás betegségek és a syphilis prophylaxisa tárgyában.** Folyó év szeptember 4-dikén ily czim alatt Brüsszelben összejövetelt rendez egy szervező bizottság, melynek elnöke a brüsszeli polgármester, vezértitkára *Dubois Havenith* dr. a brüsszeli egyetem rk. tanára és az ottani poliklinika bőr- és bujakórtani osztályának főnöke, tagja pedig több orvosi és jogi szaktekintély. Az értekezletre meghivják a különböző kormányok és nagyobb törvényhatóságok kiküldötteit és mindazon orvosokat, jogászokat és hivatalnokokat, a kik e téren szakmaszerűen illetékesek. Megbeszélés tárgyául a következő hat hivatalos kérdés van kitűzve. 1. A jelenleg érvényben levő szabályzati rendszerek gyakoroltak-e valamelyes befolyást a venereás és bujakóros betegségek gyakoriságára és elterjedésére? 2. A prostitutio *orvosi felügyeletének* fennálló szervezése javitható-e valamely országban? Ha igen, *tisztán orvosi szempontból* előnyös-e fentartani vagy nem, és jobb-e megszüntetni az örömházakat? 4. A prostitutióra vonatkozó *rendőri felügyelet* administrativ szervezése javítható-e? 5. Milyen *törvényes intézkedésekkel* lehetne csökkenteni azon nőszemélyeknek számát, kik prostitutióval keresik kenyerüket? 6. A prostitutióra vonatkozó felmerültek alapján, mily *egyetemes intézkedések* alapján lehetne hathatós küzdelmet megindítani a venereás betegségek és a bujakór elterjedése ellen? Statistikai, tartalmú jelentéseket vagy egyéb specialis a fentebbi programmba fel nem vett kérdéseket ideje korán kell beküldeni a titkársághoz, mely azokat kinyomatja és a conferentia megnyitása előtt szétküldi a tagok között. A programm minden pontjára vonatkozólag két vagy három szakember referál, kiknek jelentéseit angol, franczia és német nyelven szétosztják a tagok között. A congressus tárgyalásai külön kötetben jelennek meg. A congressus 5 napig tart. Jelentkezni lehet a fent említett vezértitkárnál. Kivánatos, hogy hazánkból is minél több arra hivatott szakember vegyen részt a hasznos és czélszerű conferentián.

\+ **Czukornélküli tej diabetikusok számára.** *Hainiss Géza és Pécsi Dani dr.-ok sterilizált gyermektej-termelő intézete* új tej-praeparatumot hozott forgalomba diabetikus betegek részére, ez a *czukornélküli tej*. Ha meggondoljuk, hogy a tej mint tápszer, különösen betegeknél, mily nagy szerepet játszik és hogy a diabetikusok táplálkozása, miután a betegek eddig a czukortartalmú tápszerek és kivált a tej élvezetétől el voltak tiltva, mily fogyatékos volt, örömmel kell e nagyfontosságú tápszerkészitményt üdvözölnünk. Nem kételkedünk, hogy kartársaink az új készitményt érdeméhez képest és a betegek érdekében is, melegen felkarolják. A tej zsirtartalma, a mai diabetikus diaetának megfelelőleg a rendes tej zsirtartalmának háromszorosa. A tej sterilizálva bocsáttatik forgalomba s igy bármily távol vidékre is szállitható. Kórházaknak szivesen szolgál az intézet ingyen mintatejjel.

∇ **Bacteriologiai cursust** kezd folyó hó 23-dikán Székely Ágoston dr. egyetemi adjunctus. Jelentkezni lehet naponkint d. e. 9—11 között az általános kór- és gyógytani intézetben (Üllői-út 26. sz. III. em.).

\+ **Orvosok kinevezése.** A főpolgármester a sz. János-kórházba alorvosnak *Szlávik* Ferencz dr.-t és *John* Miksa dr.-t, segédorvosnak *Ördög* Ferencz dr.-t és *Mandl* Géza dr.-t nevezte ki.

= **Uj kerületi orvosok Budapesten.** *Sarudy Endre* és *Han Pál* dr.-ok a megüresedett két kerületi orvosi állomásra megválasztattak.

△ **Megerősített magántanárok.** A vallás- és közoktatásügyi minister *Vas Bernát* dr.-nak a „chemiai és mikroskopiai diagnostiká“-ból és *Hattyasy Lajos* dr.-nak a „műfogászati technologiából és a fogászati metallurgiából“ magántanárrá történt képesitésöket jóváhagyta és őket e minőségben megerősitette.

⊠ **A szentpétervári katonaorvosi Akademia** mult hó végén ünnepelte 100 éves fennállásának jubileumát, melyre a budapesti egyetem orvosi karát is meghivta. Karunk táviratilag üdvözletet küldött.

Falta dr. *szem- és fül-sanatorium. Szeged*, Laudon-utcza és Marstér sarkán. Folytonos orvosi felügyelet, lelkiismeretes gondozás és ápolás, igen jó ellátás- Külön szobák. Mérsékelt dijszabás. Külön trachomaosztály. Telefon 293. Kivánatra útmutató.

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

Téli kúra
a Szt. Lukács-fürdőben
BUDAPEST.
Rheumatikus bajok, köszvény, neuralgiák, ischias stb. ellen. **Nagy kénes iszapfürdő,** külön fürdők. Massage, gépgyógyászat. Lakás és teljes ellátás; (közepes ár 25 frt hetenként). Lift. Meghülés kizárva. Prospektust ingyen küld az **igazgatóság.**
A fürdő rendelő-főorvosa: **Dr. Bosányi Béla.**

Dr. Sarbó Arthur egyetemi magántanár **ideggyógyintézete.** Compenzáló gyakorlati gyógymód (Dr. Frenkel-féle módszer, tabeses ataxiák gyógyitása). Elektrotherapia. **VI., Podmaniczky-utcza 10. sz.**

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület. (I. rendes ülés 1899. január 7-dikén.) 35. l. — Közkórházi orvostársulat. (XV. bemutató szakülés 1898. november 23-dikán.) 37. l.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(I. rendes ülés 1899. január hó 7-dikén.)

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

Elnök: Mélyen tisztelt orvosegyesület!

Midőn szerencsém van az orvosegyesület 1899-dik évi I-sö rendes ülését megnyitni, nem mulaszthatom el az alkalmat, hogy az egyesület igen tisztelt tagjainak újolag köszönetet ne mondjak tisztviselőtársaim és a választmány nevében is azon lekötelező bizalomért, a melylyel az egyesület ügyeinek vezetését a következő cyclusra is reánk ruházni méltóztattak, kérve, hogy a felelősséggel járó feladat teljesítése közben, a melynél mindig az ügy iránt való szeretet és lelkesedés fogja törekvéseinket irányitani, jóindulatú támogatásban részesiteni sziveskedjenek. De azt sem mulaszthatom el, hogy az új év kezdetén ne üdvözöljem az igen tisztelt tagtárs urakat, kivánva soha nem lankadó kitartást és erőt a kifejtendő szellemi tevékenységhez, a mely eredményezte eddig is, hogy szaktudományunk minden fontosabb mozgalma élénk visszhangra talált egyesületünkben.

Adja az ég, hogy a tudomány, az emberiség, az orvosi rend érdekében kifejtett nemes törekvés és lelkesedés továbbra is szorosan összetartsa a főváros orvosi karát s minden egyes tagja, mint eddig is tette, emelje ezután is az évtizedeken át erős gyökeret vert orvosegyesület jó hirnevét és kivivott tekintélyét, hogy a letünő század eme sok küzdelem árán szerzett örökséget sértetlenül adhassa át a jövőnek. Szomorú eseményt kell még bejelentenem. Egyesületünk egyik legrégibb tagja, Fromm Pál, nyug. fővárosi kerületi orvos hunyt el a napokban. Fromm, mig egészsége és elfoglaltsága megengedte, évek hosszú során lelkes ügybuzgalommal szolgálta az egyesület érdekeit. Az egyesületet, a mely házában nyert sokáig otthont, szeretettel dédelgette. Kiváló tevékenységét főleg annak beléletében, administratiójában fejtette ki, mint pénztárnok számos éven át örködött gondos lelkiismeretességgel az egyesület vagyona felett s minden lehetőt elkövetett annak felvirágoztatására. Midőn túlhalmozott teendői miatt eme terhes tisztségtől megvált, sokáig még elismerésre méltó *buzgalommal* töltötte be a *gyámbizottság elnöki tisztét*. Azt hiszem, méltóztatnak ama javaslatomhoz hozzájárulni, hogy elhunyta mély részvéttel vétessék tudomásul és emléke jegyzőkönyvileg megörökittessék, az elnökség az egyesület nevében részvétét fejezze ki a család előtt.

Ichthyosis localis palmaris et plantaris.

Alpár Arthur: Az orvosegyesület mult évben tartott egyik gyülésén egy 7 tagú családot mutatott be, melynek tagjainál az ichthyosis különféle fokai, illetve alakjai, láthatók voltak, kezdve a lichen pilaristól a nagyfokú ichthyosis serpentináig. Ezeknél is, valamint a legtöbb ichthyosis eseteiben a bántalom az egész köztakaróra szokott elterjedni és még az igen nagyfokú ichthyosisnál is a tenyerek és a talpak mentek szoktak lenni. Annál ritkább ez ichthyosisnak azon alakja, a hol az egész köztakaró ép, csupán a tenyér és talpakra szoritkozik a baj. Az ichthyosis ezen alakját *ichthyosis localisnak* nevezzük. Az ichthyosis ezen alakja oly ritka, hogy egyes szerzők külön bántalomnak is tekintik. Jelen esetben is hasonló bantalommal van dolgunk.

Az 5 éves fiugyermeknél az anya 9 hónapos korában azt vette észre, hogy az epidermis a tenyeren és talpakon egy nagy hólyag alakjában kezd alapjától leemelődni, melynek felszúrása után a bőr nagy czafatok alakjában levált, ezen hólyagképződés azonban ismétlődött. Ezen állapot körülbelül 3 hónapig tartott, mire azután a bőr lassankint olyanná változott át, a milyen állapotban még most is fennál. A gyermeknél t. i. mindkét talpon és tenyéren a bőr hatalmasan megvastagodott, néhány mm.-nyi vastag berepedezett piszkosbarnás szarúréteggel fedett, mely elszarúsodás a talpakon érte el legnagyobb tetőpontját, a hol a bőr csonttapintatú. Itt a folyamat teljesen diffus, még a lábujjakra is kiterjedt, hátul az Achilles-ínig az oldalakon a lábhát egy részére is kiterjeszkedik. A gyermek különben eléggé jól tud mozogni, nyomásra némely helyen fájdalom jelentkezik.

Ezen betegség csakis egy bántalommal téveszthető össze és pedig a tylosissal; csakhogy utóbbinál a szarúréteg-felrakodás nem olyan kiterjedt, sem pedig oly symmetriás, hanem csak bizonyos helyeken circumscript szarúmegvastagodások támadnak, melyek valamely állandó vagy hosszabb időn át tartó mechanikai vagy vegyi behatásnak következményei, úgy hogy ezeknek elhelyeződéséből a legtöbb esetben az illetőnek foglalkozására is következtethetünk. Ezen kérgesedések rendesen az illető külbefolyásnak eltávolitásával bizonyos idő mulva magától is elmulhatnak, vagy gyógyitással teljesen reparálhatók. Esetünkben azonban az utóbbiak kizárhatók, másrészt a kórelőzményekből is megtudjuk, hogy a bántalom csecsemőkorától áll fenn.

Neumann a mult évi „Arch. f. Dermat. és Syphilis"-ben 3 esetről referál, melyeket Dalmátországban észlelt és melyek egyideig leprának tartattak. Ezeknél is az elváltozások úgy elhelyezésre és kiterjedésre, valamint külemre nézve jelen esethez nagyon hasonlók, melyekről azonban bebizonyosodott, hogy a bántalom öröklött baj, mely a harmadik generatióig is visszavezethető. Ezen eseteket természetesen más kategoriába kell sorozni és *Neumann keratoma hereditarium* neve alatt számolt be róluk. Esetünkben az egész családban hasonló megbetegedés nem fordult elő, 3 leánytestvére van, ezek teljesen ép bőrűek és habár az ichthyosisnál a legtöbb esetben a hereditás kimutatható, van elég eset, a hol ez nem mutatható ki és igy utóbbi eseteknek aetiologiája még ismeretlen.

A prognosis gyógyulás tekintetében rossz, a mennyiben a betegség csak javitható és pedig keratolytikus gyógyszerekkel, pl. salicyl- vagy resorcin kenőcsökkel, vízmaceratióval vagy kautschuk-keztyük alkalmazásával a szarúrétegeket leválaszthatjuk bizonyos fokig, mihelyt azonban ezen eljárást beszüntetjük, a régi állapot visszatér.

A Gasser-dúcz és a trigeminus gyök intracranialis kiirtása féloldali trigeminus neuralgia miatt.

Dollinger Gyula: A bemutatott nőbeteg jelenleg 43 éves. 1880. évben, 18 esztendő előtt léptek fel nála először a jobb alsó fogsorban a rágásnál fájdalmak s ½ év mulva átterjedtek ezek a felső állkapocsra is. 1888-ban *Billrothhoz* fordult, a ki a jobb nervus mentalist a szájban átmetszette. Két hónapig erre nem voltak fájdalmai, de ez idő elteltével fokozott mértékben állottak elő ismét. A beteg 5 évig belső orvosságokkal gyógykezeltette magát változó eredménynyel, de 1893-ban fájdalmai ismét olyan mérvet öltöttek, hogy május, junius és szeptember hónapokban itthon operáltatta magát, a mely alkalmakkor a trigeminus harmadik ágában történtek resectiók. Az utolsó műtét után 1 évig szüneteltek a fájdalmak, s azután ismét fokozott erővel törtek ki. Egy év előtt a beteg a férjét vesztette el, s azóta a fájdalmak úgyszólván állandóan tomboltak jobb arczfelében. Ezzel az állapottal kereste fel *Jendrassik* tanárt, a ki a beteget a ganglion Gasseri kiirtása végett *Dollingerhez* küldte. A ganglion Gasseri kiirtásának eszméje *Erving Hears* philadelphiai orvostól származik, a ki azt 1884-ben egy orvosegyesületi betegbemutatás alkalmával pendítette meg. Ez eszme alapján 1890-ben *W. Rose* Londonban irtotta ki első izben a Gasser-dúczot. A felső állkapocs resectiója után a koponya-alapon trephinnel egy léket készitett, a melynek középpontját a foramen ovale alkotta. Ez úton kaparóval, kanállal és éles horoggal a Gasser-duczot kikaparta. A dúcz eltávolitása ilyenformán nem lehetett tökéletes, de az összeköttetés a trigeminus gyök és az ágak között a dúcz partialis eltávolitásával meg lett szakasztva s a beteg meggyógyult, bár a szeme elgenyedt. *Horsley* ezután a trigeminus II. és III. ágát a koponyaüregen belül vágta át és a környék felé resecálta. A behatolás szintén a koponya alapja felől történt. A következő esetében azonban *Horsley* a halántékcsontot véste fel, innen hatolt a koponyába, a dura matert felemelve s a trigeminus gyökét a Gasser-dúcz mögött csipővel megfogván, azt a medulla oblongatából kiszakitotta. A beteg 7 órával a műtét után shock tünetei között meghalt. 1892-ben *Hartley* New-Yorkban, s vele szinte egyidejűleg *Krause* Altonában ugyanezen úton hatolva be a koponyaüregbe, a trigeminus II. és III. ágát metszették át. *Krause* betege azonban egynehány héttel a műtét után recidivát kapott, s akkor *Krause* a sebet újra kitárva, a ganglion Gasserit kiirtotta és a trigeminus-gyököt kihúzta. Azóta *Krause* a műtétet rendszeresen kifejlesztette, s ez azon eljárás, a mely szerint mai nappal a ganglion Gasserit a legtöbb sebész eltávolitja. Az utolsó kimutatásig a műtét 63-szor végeztetett 11% halandósággal.

Dollinger a bemutatott beteget 1898. november hó 8-dikán, tehát 2 hónappal ezelőtt operálta meg. Az előkészület a fej hajzatának leberetválásában, a fül gondos kitisztogatásában és az egész terület desinfectiójában állott. Chloroform-morphium-narcosis.

A jobb halántéktájon egy körte-alakú lebeny körülmetszése, a melynek basisa a külső hallójárat előtt, közvetlenül a járomív felett fekszik. A bőrlebeny 3 cm. széles, 6 cm. magas, legnagyobb szélessége 5 cm. A bőrlebeny nem fejtetik le a lágyrészekről és a csonthártyáról, hanem széleinek megfelelőleg körfürészszel és vésővel a koponya a Wagner-féle osteoplastikus periodikus koponyaresectio szabályai szerint megnyittatik. Az igy keletkezett csontlebeny, a mely tehát lágyrészekkel összefügg a járomív felett, a hol át nem vésetik és a hol legvékonyabb, kifelé tőretik, s egy ajtót képez, a mely lehajtatván, a dura mater szabadon fekszik. Most a dura mater ujjal a koponyaalapról a foramen spinosumig le lesz választva, az itt belépő arteria meningea media kétszeresen lekötve, a dura mater lefejtve a dúcz felső felületéről és a dúcz s a belőle mellfelé kilépő III. és II. idegág, valamint a hátulról a tentorium cerebelli alul belépő trigeminusgyök vége szabaddá téve. E közben egy segéd külön e czélra szerkesztett spatulával enyhén felemeli az agyvelőt, vigyázva, hogy azt erősen meg ne nyomja. A dura mater a dúcz felett egynehány kis helyen beszakadt, mire agyvíz folyt elő, a mi azonban a műtétet nem zavarta meg. A dúcz felszabaditása után a III. ág a foramen ovalenél, a II. a canalis rotundum belső nyilá-

sánál, az I. pedig közvetlenül a dúcz mellett tenotommal át lett vágva, a dúcz egy csipővel megfogva, s a trigeminusgyök kitépve. Az egész eltávolított rész, t. i. a dúcz és a kihúzott trigeminusgyök hossza 31 mm., a miből a trigeminusgyökre 13 mm. esik. A dúcz szélessége 17 mm., vastagsága 2 mm.

A műtét idő tartama idáig 43 percz. A sinus cavernosus e közben egy kis helyen meg lett szakítva, s az ebből származó kisebbfokú vérzésnek nyomással való elállítása szintén 12 perczet vett igénybe. A műtét tehát 55 perczig tartott. Erre a csontlágyrészlebenynyel a koponyarés be lett csukva és a seb, tekintettel az ilyenkor egy ideig fennálló agyvízszivárgásra, először jodoformos organtinnal s e felett steril wattával befedve. A trigeminusgyök kitépése után egy-két perczczel a beteg megszünt lélegzeni, de a nyelv előhúzására ismét lélegzett A pulsus a műtét alatt és után egyenlően jó maradt. A beteg nem lett lázas, legmagasabb hőmérséklete 37·6° volt.

Este a chloroformtól kissé kábult volt. Másnap reggel azzal a kijelentéssel fogadott, hogy 18 év óta, ma először történt meg rajta, hogy egy éjszakát fájdalmatlanul, egy huzamban átaludt. A jobb szem befelé kancsit, a mi azt mutatja, hogy mint az *Krause* eseteiben is többször történt, a nervus abducens a műtét alatt meg lett rongálva. A további lefolyás zavartalan volt. Beteg 4—5 napig hol a nyelvében, hol az alsó állkapocsban, hol meg a felsőben czikázó szúrásokat érzett, olyanformákat, mint az amputált betegek az átmetszett idegtörzs sebében fennálló izgalom folytán az eltávolított végtagban vélnek érezni, de ezen tünet is elmult.

A csontlebeny szélén egynehány apró csontlemez elhalt és eltávolíttatott. Valószinűleg egy ilyen csontlemezke képezi az okát annak, hogy a seb egy kis helyen még nem gyógyult be teljesen, hanem sarjakkal van fedve. A beteg egyébként a műtét óta meghizott és testileg és szellemileg restaurálja magát.

Jendrassik Ernő: A *Dollinger* tanár operálta beteget azelőtt hosszabb ideig kezelte szóló és csak midőn már úgy a belorvoslási módszerek, mint a környéki idegátmetszések is sikerteleneknek bizonyultak, állította fel szóló a Gasser-dúcz kiirtásának javallatát. Ezen műtétel, mely főleg *Krause* alapos tanulmánya óta keltette fel nagy mértékben a figyelmet, physiologiai és therapiai szempontból egyaránt nagyfontosságú. A mi az elsőt illeti, úgy a következő érdekes s azelőtt csak részben ismert adatok merültek fel. A bőrérzés a trigeminus területén jóformán sehol sem vész el teljesen, legfeljebb az első időben — a midőn még a vizsgálat is nehezebb — látszik hiányozni kisebb-nagyobb kiterjedésben. Betegünk arczán csak a szemtekén, a szem héjain és a szem legközelebbi szomszédságában nem veszi észre az ecsettel való megérintést, *Krause* eseteiben is csupán hol itt, hol ott, még leggyakrabban az orrczimpa körül volt az ecsettel szemben kis területen teljes érzéstelenség. Egyebütt a beteg, habár tompábban s kevésbbé határozott localisatióval, mindenütt jelzi az ecsetérintést. Súlyosabb érzéstelenség van azonban még az orrüregben, de itt is mutatkozik néha javulás, továbbá a fogsoron, a száj oldalfalain, a hol teljesnek mondható az érzéshiány, míg kevésbbé tompult az érzés a nyelv felén. Egyike a legjellegzőbb helyeknek a külső hallójárat érzéstelensége, a mely esetben csak a hallójárat elülső részén és csak a tragus oldalán és magán a traguson mutatható ki. Ha azonban a vizsgálatot szélesebb tárgygyal, pl. egy 1·5 cm. átmérőjű dugóval eszközöljük, az arczon nem is találunk teljesen érzéstelen helyet. A kisebb érzési területet mindenütt körülveszi egy átmeneti terület, a melyen az érzés csak gyengén tompult. A fájdalomérzés, valamint a hőérzés csak az átmeneti területen van még némileg meg. Az érzés ezen részben való megmaradását azon anatomiai tény magyarázza, hogy a vagus, a nyaki érző idegek átfonódnak a trigeminus területére is.

Az érzéstelenség ezen esetben azon sajátságos benyomást kelti a betegben, hogy a lenyelt falat a fejébe jut s egyideig azon aggodalmas gondolat támadt a különben igen intelligens betegben, hogy fejét még egyszer meg fog kelleni nyitni s a belékerült táplálékokat kiszedni belőle. *Krause* egy betegének, ha hideg levegőre ment, azon érzése volt, mintha két feje lenne, egy hideg és egy meleg; egy másik beteg, ha bajuszához nyult, úgy vélte, hogy más ember bajuszát simogatja.

Az élettan szempontjából fontos kérdés fűződik az izlelés idegpályáinak útjához. A legtöbb szerző *Erb* nyomán ma úgy tartja, hogy a nyelv hátulsó részét a glossopharyngeus, elülső részét ellenben a chorda tympani útján a trigeminus látja el ízérző rostokkal. Vannak azonban szerzők, a kik egyedül a trigeminusban s viszont, a kik egyedül a IX-dik idegpárban látják az izérzés vezetőjét. Ezen viszonyok magyarázata még függőben hagyandó; nem látja szóló valószinűnek azon, különben kényelmes magyarázási módot, hogy egyik emberben az egyik, a másikban a másik pálya érvényesülne. A mi esetünkben a beteg a nyelv elülső felében a műtett oldalon nem érzi az ízt s így ez *Erb* felfogása mellett bizonyít, de *Krause* esetei közt van olyan is, a melyben az ízérzés a Gasser-dúcz kiirtása után is megmaradt. Némi világot vet e kérdésekre azon sajátságos körülmény, hogy az esetek egy részében (a mienkben nem) a megfelelő orrfélben a szaglási érzés is elvész; jogosultnak látszik tehát azon gondolat, hogy a trigeminus épsége csak biztosítja a tulajdonképen való érzéki ideg ingerfelvételét.

A másik kérdés, a mely minket igen közelről érint, a könyelválasztás. A beteg közvetlenül az operatio után örömében sírt, ekkor az operált oldalon levő szeme nem könnyezett, sírt ismét újév napján, midőn már ezen szeméből is, bár kevesebb mértékben mint az épen maradt oldalon, csordultak ki könyek. *Goldzieher* ismert közlése után megfelelő esetekben kutatva azon pályát, a melyen a facialis rostok a könymirigybe juthatnak, azt találta szóló, hogy ez a gangl. geniculiban elágazó n. petrosus supf. majoron át, azután a V. ideg második ágánál történik a n. orbitalis közvetítésével. Ezen felvételnek megfelelnek ezen esetek is; a gangl. Gasseri kiirtásával ugyanis elkerülhetetlen, hogy a n. orbitalis a dúczhoz közel eső kilépési helyén meg ne zúzassék, vagy a reactio lobja némileg ne érintse. Ezen behatás azonban az esetek többségében nem hagy állandó elváltozást hátra.

Foglalkozzunk még a trigeminus neuralgia gyógyításával is. Kétségtelen, hogy az esetek egy részében orvosszerekkel is többé kevésbbé állandó eredményt érünk el. A legtöbb bizalmat érdemlő szerek: az opium emelkedő adagban (Charcot szerint), az aconit, az aloë, néha a nitroglycerin stb. Ha azonban ezen szerek egyike egyszer használt, nagyon ritkán használ másodszor is. Az operálások közül a környéki átmetszést szóló csak olyan esetekben mondaná megkisérlendőnek, midőn a folyamat még nem régen tart s a belső szerekkel czélt nem érünk. Régibb esetekben kisérletezni a nem mindig veszélytelen s nem is mindig könnyűnek mondható környéki idegátmetszéssel nem látja tanácsosnak. Sok sikertelen eset, sok rövid ideig tartó eredmény ezen műtétek következménye. Ezzel szemben a megbizható sebész kezében a Gasser-dúcz kiirtását előtérbe kell helyeznünk, főleg, ha meggondoljuk, hogy eddig még ezen műtét után visszaesést nem észleltek, jóllehet 3½ éves tapasztalatra is hivatkozhatunk.

Hogyan hat ezen dúcz kiirtása? Erre nem könnyű felelni, mivel még nem is tudjuk, hol van a bántalom székhelye. Központinak látszik még legnagyobb valószinűséggel, ezt bizonyítják azon esetek, a melyekben nagyobb kedélyi izgalom hirtelen beszüntette a régi neuralgiát. Páris ostromakor egy beteg igen megijedt és megszabadult arczzsábájától, *Delboef* egy esetet egyszeri suggestióval gyógyított meg s maga is látott egy esetben általa alkalmazott heves inger után egyidőre az addig szakadatlanul fennállott neuralgiában teljes szünetet. Szóló úgy véli, hogy a Gasser-dúcz kiirtása az által hat, hogy a trigeminustól teljesen távol marad minden izgalom, a mely reflex úton különben szokta a fájdalom rohamokat kiváltani. Épen ezért az a véleménye, hogy nem szükséges a Gasser-dúcz kiirtása, teljesen elengendő lenne mögötte a trigeminus gyök átmetszése. Ezen átvágott gyök, a mint azt pathologiai ismereteink tanítják, nem gyógyulna össze, míg ilyenkor a trigeminus mozgató részlete ismét meggyógyulhatna. Azt hiszem tehát, hogy ily módon még kedvezőbb eredményt nyerhetnénk, rövidebb műtétellel.

Grósz Emil: A *Dollinger* által bemutatott beteg physiologiai és kórtani szempontból számos tanulságot nyújt. A szem szempontjából az a főkérdés, hogy a műtét milyen változásokat hagyott hátra? A megejtett viszgálat kideritette, hogy látás élessége kisfokú közellátása javításával majdnem teljes, látóterek szabadok, szinlátása jó, alkalmazkodása kifogástalan, pupillák egyenlők, fényre jól reagálnak, mindkét szemfenék ép. A szem feszülése rendes. A jobb szem befelé kancsalít, de középvonalon már túlhalad, ennek megfelelően a test jobb oldalán egynevű, kettős képek. A jobb szem héjai, conjunctivája, corneája teljesen érzéketlenek. Direct kérdésre a beteg elmondja, hogy a műtét után 4 héttel egy izben sírt s ez alkalommal jobb szeme nem könyezett, de 8 héttel a műtét után újból sírt s akkor a jobb szeméből is jöttek könyek.

A talált változások tehát a szem 1. mozgatására, 2. annak érzékenységére s 3. a könyelválasztásra vonatkoznak. A mi a talált *abducens paresist* illeti, tekintettel arra, hogy máris javul, az ideg elroncsolása vagy átmetszése ki van zárva, de annál valószinűbb, hogy az anatomiai szomszédság folytán a kiirtáskor zúzódott; várható működésének teljes helyreállása, de még, ha visszamaradna a most bénult izom pályájában némi hiány, annak sines nagyobb jelentősége. A második elváltozás a *cornea érzéketlensége* s ennek kapcsán a *keratitis neuroparalytika* kérdése merül fel. Bár *Magendie* (1822) óta a physiologusok és klinikusok egész serege foglalkozott e kérdéssel s közöttünk *Balogh Kálmán* és *Feuer* gondos kisérletei mai napig is számbavehető eredményekre vezettek, a kérdés még nincs eldöntve. Ugy látszott, hogy *Gaule* már bebizonyította (1891), hogy a Gasser-dúcz trophikus idegeket tartalmaz, a midőn *Turner* s mások az eredményeket megczáfolták. A Gasser-dúcz kiirtása embernél ezen irányban döntő bizonyítékokat szolgáltatott. *Krause* észlelései és *Dollinger* esete kétségtelenül bebizonyították, hogyha egyáltalán szerepelhetnek trophikus idegek, azok a Gasser-dúczban nincsenek, mert különben a cornea nem maradhatna olyan nagy számban épen. Ez esetek azt igazolják, hogy kellő óvatosság mellett az érzéketlenség folytán keletkező keratitis traumatica is elkerülhető. Ez óvatosság abban álljon, hogy az első napon védőkötést kell alkalmazni, mert ha a másik szemmel való együttes pislogás meg is védi a szemet közönséges ártalmak ellen, a betegnek meg kell szoknia, hogy egyik szeme érzéketlen, különben könnyen belényúl; végül azon esetben, ha az operálás oldalán infectiosus természetű szembaj, különösen, ha blennorrhoea sacci lacrymalis van, ezt előbb meg kell gyógyítani vagy az infectio fészkét el kell távolítani, nehogy az érzéketlen corneán gyakran keletkező hámhiányt inficiálja. *Krause* egy ilyen esetében tényleg ilyen módon hypopionkeratitis keletkezett. Vannak azonban esetek, a melyekben a cornea s a szem feltartóztathatlanul elpusztult, ezekről, valamint arról, hogy az embernél előforduló keratitis neuroparalytica különbözik a keratitis traumaticától, más alkalommal még szólani fog.

A *harmadik elváltozás* a könyek elválasztására vonatkozik s e kérdés belevág *Hutchinson* (1874), *Goldzieher* (1876 és 1893) és *Jendrássik* (1893) észleléseibe s *Vulpian* és *Journiac* (1879) kisérleteibe. *Reich* már 1873-ban bebizonyította, hogy a trigeminus nem lehet a könymirigy

elválasztó idege, *Goldzieher* a facialis mellett foglalt állást, *Jendrássik* pedig a facialis és trigeminus összeköttetéseinek egyedül lehetséges pályáját megállapította. *Dollinger* betege ezen felfogást igazolja. Már *Krause* említi, hogy volt olyan esete, a mikor a könyezés elmaradt, máskor csökkent, meg máskor a könyek elválasztása zavartalan volt, E 3 eshetőséget *Dollinger* betege egymaga mutatja jeléül annak, hogy a trigeminus nem lehet a könymirigy beidegzője s a könyelválasztás változása azon mulik, hogy a facialis és trigeminus II. ága között való összeköttetés a Gasser-dúcz kiirtásakor rongálódott-e, elszakadt-e vagy sértetlen maradt.

(Folytatása következik.)

Közkórházi orvostársulat.

(XV. bemutató szakülés 1898. november hó 23-dikán.)

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

(Vége.)

A gyomor alsó koszorús vivő erének sérülése. Laparotomia. Gyógyulás.

Boros József: K. György, 17 éves kőmiveslegényt f. év október 18-dikán verekedés közben hasba szúrtak.

A köldök felett két ujjnyira, közvetlen a l. alba mellett baloldalt haránt irányú, 2 cm. hosszú áthatoló sebzés a hasfalon, melyen keresztül mogyorónyi, kissé belövelt csepleszdarab esett elő. A has feszes, nyomásra érzékeny, alhasi tájék és a lumbalis tájékok tompultak. A beteg kissé anaemikus, pulsusa 100, légzés felületes, perczenkint 28. Gyakran csuklik, nem hány, a szelek a sérülés óta (1 óra) nem mentek.

Diagnosis: Belső hasi vérzés szúrt seb következtében.

E miatt chloroform-narcosisban rögtön laparotomia. A hasüreget a szúrt sebre merőlegesen, a linea albától egy ujjnyira balra, azzal párhuzamosan, a rectus rostjain keresztül megnyitva, meglehetős sok, részint alvadt, részint híg vér távozott, majd kiderült, hogy a gyomor alsó szélén, a pylorustól öt ujjnyira balra a vena coronaria inf. két hatalmas ága volt megsértve és a helyből profuse vérzett. A két vérző pontot lekötve s az előesett csepleszdarabot resecálva, miután meggyőződtünk, hogy más sérülés nincs jelen, a vért a hasüregből lehetőségig kitakarítottuk, végül a hasfalakat zártuk.

Lefolyás kedvező, teljesen láztalan. Peritonitis jelei nem mutatkoztak, az anaemia tünetei napról napra javultak. Nyolczadnap a varratok eltávolítása. Prima intentio. A beteg azóta teljes jóllétnek örvend.

Többször recidiváló appendicitis gyökeresen műtett esete.

Boros József: S. Ferencz, 23 éves, kereskedősegéd, 10—12 éves korában hosszantartó hasmenésben szenvedett. 3 év óta szenved rendetlen székelésben. 1897. november 10-dikén hirtelen megbetegedett, hányt, csuklott, hasa felpuffadt, a coecalis táj igen fájdalmas volt. Rögtön kórházba került, hol baja jeges borogatásokra és clysmákra meggyógyult (deczember 17.). Hasa azonban mindig érzékeny volt a coecalis tájon, székelése retardált, étvágya rossz maradt, mígnem 1898. május 6-dikán hasonló tünetek között újból megbetegedett és május 20-dikáig ugyancsak kórházi kezelésben részesült. 1898. julius 22-dikén egy újabb perityphlitikus attaque lepte meg, mely azonban az antiphlogistikus gyógymódra nem javult, sőt a coecalis tájon tályogja támadt, melyet fel is nyitottak, mire lassankint lábbadozni kezdett, s szeptember 16-dikán ismét gyógyultan távozott. Azonban 1898. október 17-dikén újból az acut vakbéllob tünetei között betegedett meg és e miatt végre osztályunkra vétette fel magát.

Felvételkor az anaemikus beteg nyelve kissé száraz, pulsusa 100, hőmérséke 39·5. Has, különösen a coecalis tájon puffadt, elődomborodó, az egész táj érzékeny, felette körülbelül férfitenyérnyi tompulat kopogtatható ki. A duzzanat felett a Poupart-szálaggal párhuzamosan haladó 4 cm. hosszú heg húzódik, körülötte a bőr pirosan elszínesedett, a legkiemelkedőbb ponton elvékonyodott, élénken fluctuál. Lumbalis tájak szabadok. Beteg nem hány, néha csuklik, a has többi része meglehetős intact. Széke több nap óta nem volt, szelek nem mennek.

Diagnosis: Perityphlitikus eredésű betokolt hasűri tályog, mely épen kifelé készül törni.

A tályogot október 18-dikán, a régi heg mentén, annak meghosszabításával megnyitva, sok, rendkivül büzös, sárgás-zöld geny ürült, melynek kitakarítása után a tályogüreget és annak szorgosan feltárt recessusait jodoform-gazezel tamponáltuk. A féregnyújtványt ez alkalommal nem kerestük, nehogy az adhaesiókat felszakítva, a szabad hasüreget inficiáljuk. A tályogüreg ezután lassankint sarjadzás által kitelődött és a seb körülbelül két hét mulva begyógyult. Tisztában voltunk azonban azzal, hogy a kórt előidéző beteg féregnyújtvány még mindig intra organismum van, és épen ezért ennek operativ úton való eltávolítását ajánlottuk a betegnek, mely műtét a lobos tünetek teljes hiánya miatt most már jelentékenyen jobb prognosissal birt.

E miatt a betegnél november 10-dikén chloroform-narcosisban a hasüreget a régi heg mentén, annak kiirtásával megnyitva, miután a közvetlenül a fali hashártya alatt fekvő és azzal lazán összenött csepleszt leválasztottuk, csakhamar ráakadtunk a 6 cm. hosszú, kisujjnyi vastag féregnyújtványra, mely a felső és középső harmadának határán a hasfallal hegesen volt összenőve, s e helyütt benne egy cseresznyemagnagyságú, kemény testet lehetett tapintani. Egyebütt a féregnyújtvány összenövésektől ment volt. Miután a mesenteriolumot alákötve átvágtuk, a féregnyújtványt közvetlen a vakbélből való eredése előtt Doyen-csipővel leszorítottuk, majd a csipőt eltávolítva, a leszorítási barázdában azt erős selyemmel lekötöttük, s ettől distal felé az appendixet amputáltuk. Ezután a csonk felett a vastagbélen hosszirányban kétsoros Lembert-varratot alkalmazva, a csonkot teljesen fedtük. A lefolyás úgy volt contemplálva, hogy a leszorított és alákötött csonk nekrotizál, s így befelé a bélűr felé perforál; a kifelé való perforálást a Lembert-varratok bőven megakadályozzák. Végül a hasfalakat silkworm-varratokkal zártuk.

A lefolyás teljesen megfelelt a várakozásnak. Peritonitis jelei nem mutatkoztak. Széke beöntésre harmadnap, és azóta naponként spontan. Varratok kivétele nyolczadnap. Prima intentio. Étvágy kitünő. November 23-dikán gyógyultan távozik.

Az eltávolított féregnyújtványban egy cseresznyemagnagyságú, barnás-szürke, agyagösszeállású koprolith foglalt helyet.

PÁLYÁZATOK.

497/899. alisp. sz.

Baranya vármegye „**László**"-**kórházában Mohácson** évi 500 frt fizetéssel egybekötött **alorvosi állás** 3 évi időtartamra betöltendő.

Felhivatnak azon orvostudor urak, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy okleveleikkel és esetleges egyéb okmányaikkal felszerelt kérvényeiket a közszolgálatban állók hivatali felsőbbségük útján, a közszolgálatban nem állók pedig közvetlenül **f. évi január hó 18-dikáig** Fejérváry Imre dr. báró főispán úr ő méltóságához czímezve hozzám terjesszék be.

P é c s, 1899. évi január hó 5-dikén.

1—1 *Trixler Károly*, alispán.

13/899. f. i. sz.

A kormányzatomra bizott Nyitra vármegye **galgóczi** járásában elhalálozás folytán üresedésbe jutott **járási orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek és felhivom mindazokat, kik ezen évi 400 frt fizetés és 100 frt úti átalánynyal javadalmazott, s nyugdíjjogosultsággal egybekötött állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a értelmében, valamint az 1893. évi 80,099. sz. belügyministeri rendelettel előirt tiszti vizsga letételét igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényüket és pedig a közszolgálatban állók hivatali főnökük útján hozzám **f. évi január hó 31-dikéig** annál is inkább adják be, mert a később beérkezendő kérvényeket figyelembe nem veszem.

N y i t r a, 1899. évi január hó 6-dikán.

2—1 *Thuróczy Vilmos*, cs. és kir. kamarás, főispán.

6827/898. sz.

Nyitra vármegye vágsellyei járásba kebelezett **Farkasd** és **Negyed** községekből álló közegészségügyi körben elmozdítás folytán megürült **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A javadalmazás a vármegyei pénztárból havi előleges részletekben kiszolgáltatandó évi 800 frt készpénzfizetésből s a szabályrendeletileg meghatározott látogatási díjak szedhetéséből áll, azonkivül köteles a megválasztandó székhelyén Farkasdon a halottkémlést és húsvizsgáló biztosi teendőket szintén megállapitott díjazás ellenében teljesiteni.

Tájékoztatásul megjegyeztetik, hogy a két község egymástól 2 kilometer távolságra fekszik, lakosságuk összesen ma a 10,000 lelket meghaladja, s hogy Farkasdon gyógyszertár van.

A kellő okmányokkal felszerelendő pályázati kérvények **1899. évi január hó 30-dik napjának d. u. 5 óráiáig** nyujtandók be az alulirott főszolgabirói hivatalnál, a választás pedig 1899. évi február hó 1. napján d. e. 10 órakor fog Farkasd községházánál megejtetni.

T o r n ó c z, 1899. évi január hó 7-dikén.

1—1 *A főszolgabirói hivatal.*

HIRDETÉSEK.

Dr. Gara Géza

télen **Meran (Déltirol)**
klimatikus gyógyhely,
nyáron **Rajeczfürdő** (Trencsénm.)
hévvizek, hidegvízgyógyintézet.

Védjegy.

SUUM CUIQUE P. S.

Orvos-sebészi műszerek, betegápolási tárgyak, sérvkötők, kötszerek
pontos és jutányos beszerzésére legjobban ajánlható
POLGÁR SÁNDOR
egyetem. gyakorlott mű- és kötszerész.
Budapest, VII., Erzsébet-körút 50.
Új nagyképes árjegyzék ingyen és bérmentve.
E czímre ügyelni tessék.

Orvos mint társ

kerestetik 25,000 frttal egy fürdőintézet és nyári üdülőhely kibővítésére. Szives ajánlatok **„P. G."** jelige alatt e lap kiadóhivatalához intézendők.

Telefon 54—20. Telefon 54—20.

Budapesti Gyógymechanikai (Zander) Intézet.

VIII., Muzeum-körút 2. (Nemzeti szinház bérháza.)

Testegyenesítés, svédgymnastika, massage.

Hőgyógyászati Osztály.

Villamos sugárzó hő- és túlhevitett levegő fürdők:

(idült csúz, köszvény, idegzsábák, elhájasodás stb. eseteiben.)

Rendelő orvosok: Dr. Reich Miklós, Dr. Sümegi József.

Saxlehner András. cs. és kir. udvari szállító.

HUNYADI JÁNOS

A leghatásosabb és legkellemesebb hashajtószer.

Legjelesebb orvosok véleményei szerint kiváló előnyei:

Gyors, biztos enyhe hatás.

Hatása fájdalom nélküli. — Utánszorulás nem áll be. Tartós egyenletes hatás. — Használata nem kellemetlen. Rendszeresen használva nem hat fárasztóan a gyomorra. — Kis adagban is elégséges. —

Bevásárlásnál a palaczk czimképén olvasható

„Saxlehner András"

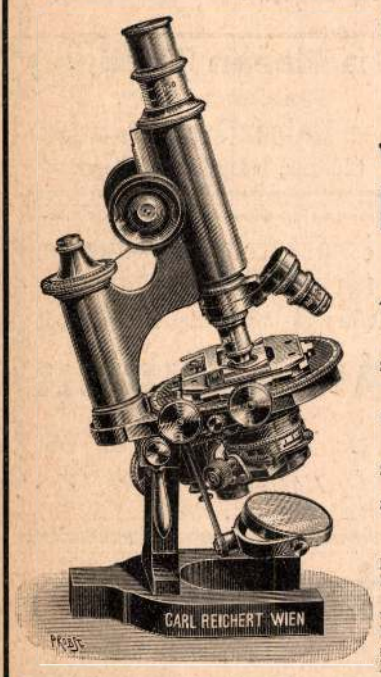
név figyelembe ajánltatik.

SAN-REMO téli klimatikus gyógyhely az olasz Rivierán. Felette enyhe éghajlat. Kitünő ellátás. Mérsékelt árak. — Bővebb felvilágositást készséggel ad a gyógyhely magyar orvosa:

Dr. CZIRFUSZ DEZSŐ

cs. és kir. osztr.-magyar alkonzul.

Lakik: **Via Venti Settembre 1.**



C. REICHERT

optikai intézete

BÉCS

VIII., Bennogasse 24. és 26.

I. minőségű górcsövek

specialistája

tudatja a következő katalogusok megjelenését:

22. számú főárjegyzék. Mikroskopok, Mikrotomok, Hämometerek, Ferrometerek stb.

1. számú különleges árjegyzék. Polarisatio készülékek a nád- és szőlőczukor quantitativ megállapitására.

2. számú különleges árjegyzék. Projectio készülékkel fizikálikus czélokra.

3. számú különleges árjegyzék. Mikrofotografikus készülékek.

Ezen árjegyzékek a t. cz. érdekelt feleknek kivánatra ingyen és bérmentve küldetnek meg.

Azonkivül megjelentek: Vezérfonal mikrofotografiáról és mikrofotografikus atlasz, melyhez többes számban mikrofotografiák vannak csatolva az objektivek (tárgylencsék) ható képességének kimutatására.

Univ. med. Dr. PÉCSI DANI

nyilvános

tehénhimlő-termelő intézete

BUDAPEST, II., Margit-körút 45. sz.

tömeges oltásokhoz, jó és biztos hatékonyságú oltóanyagot a következő árakon szállit:

1 fióla 2—3 egyénre	120 fillér
10 vagy több fióla á	100 fillér
1 fióla 10—15 egyénre	3 korona
1 fióla 50 egyénre	450 fillér
1 fióla 100 egyénre	9 korona
Epidermin, egy tubus	100 fillér
Üres fióla darabonkint	2 fillér
„ fóvócső darabonkint	4 fillér
Tárgylemez darabonkint	8 fillér
Oltó gerely kaucsuk-tokkal	2 korona
Portóért és csomagolásért	80 fillér

Kedélybetegek és morphinkórosok

a legszorgosabb ápolásban részesülnek

Dr. SVETLIN MAGÁNGYÓGYINTÉZETÉBEN Bécsben

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

Legjobb

étrendi és üditő

ital

Mattoni és Wille Budapest,

Mattoni Henrik Bécs

giesshübli Sauerbrunn, Budapest, Franzensbad, Karlsbad és Bécs.

TAMAR INDIEN GRILLON

frissítő és hajtó gyümölcs-pastillák.

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

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

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

Magyarországi főraktár:

TÖRÖK JÓZSEF gyógyszertára, Budapest, király-utcza 12.

Egy doboz ára 1 forint 50 krajczár.

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

Negyvenharmadik évfolyam. 4. szám. *Budapest, 1899. január 22.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

KIR. MAGYAR TUD. EGYETEMI
II. SEBÉSZETI KLINIKUM

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HŐGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Bodon Károly: A kir. magyar tudomány-egyetem I-sö számú sebkórodájának közlései. Az exophthalmus pulsans traumaticus sebészi gyógykezelése a carotis communis egyoldali, illetve kétoldali alákötésével. 38. l.
Schultz Henrik: Közlemény a szt. Rókus-közkórház V. orvosi (Róna S. főorvos) osztályáról. Adatok az uterus gonorrhoeajának kór- s gyógytanához 39. l.
Török Lajos: A seborrhoea corporis (Duhring) és annak viszonya a psoriasis vulgarishoz és az eczemához. 42. l.
Tárcza. *Kuthy Dezső*: Budapest egészségügyi hatósága a tüdővész ellen. 43. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. A Mosso*: Der Mensch auf den Hochalpen. 44. l. — *Lapszemle. Loeffler*: Az orbáncz kezelése metakresolanytollal 45. l. — *Sinkler*: Epilepsiánál rohammentes időszakok. 45. l. — *Morosov*: Bright-kór gyógyítása. 45. l.
Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Orvosdoktorokká felavattattak. — A brüsseli venereás nemzetközi congressus. — Pethő Lipót. — A tiszti orvosi vizsgák. — Fogászati kursusok. — A II-dik női klinika szülészeti poliklinikája. — Megjelent. — A budapesti császárfürdő betegforgalma. — Herczel dr. — Szt. Lukács-fürdő. — Baumgarten dr. — Falta dr. — Pályázatok. — Hirdetések. 45. l.
Tudományos társulatok és egyesületek.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A kir. magyar tudomány-egyetem I-sö számú sebkórodájának közlései.

III.

Az exophthalmus pulsans traumaticus sebészi gyógykezelése a carotis communis egyoldali, illetve kétoldali alákötésével.

Közli: *Bodon Károly* tr. műtőorvos.

Az erőművi úton létrejött exophthalmus pulsans alapoka az esetek túlnyomó számában abban rejlik, hogy a carotis interna a sinus cavernosusban megreped. Ennek következésekép az ütér vére szabadon beleömlik a sinusba. Az így felfokozott vérnyomás meggátolja a vena ophthalmica superior tartalmának a sinusba való folyását, vagyis más szóval: a vena ophthalmica területén pangás lép fel. A pangás tünetei hol rövidebb, hol hosszabb időn belül fejlődnek ki, a szerint, hogy a carotisban levő repedés kicsiny-e, vagy pedig nagy. A szemhéjak megduzzadnak, savós beivódásuk oly nagygyá válhatik, hogy a szemhéj izmai működésre képtelenekké válnak, a szem kötőhártyája chemotikussá lesz, edényei tágak, kanyargósak. A szemfenéken a papilla vizenyőssé válik, a retina edényzete tágul és kanyargóssá lesz. Szemfenéki vérzések gyakoriak. Az egész szemgolyó előredülled.

Az erős pangás következtében a visszeres vér más utat keres magának, melyet csakhamar megtalál az arczvisszerek és a vena ophthalmica inferior útján. Ennek megtörténtével a carotis üteres vérének szabad útja nyílik a vena ophthalmica superiorba. Ez edény a nagyobb üteres nyomás következtében megtágul, sőt idővel meg is vastagodik, úgy hogy falazata ütérszerüvé válik. Lüktetéseit közli a szemtekével, a miért is a bulbuson a szívlökéssel egyidejüleg látható vagy legalább is tapintható lüktetés lép fel. A szem felső visszerének tágulása többnyire ráterjed az edény kisebb ágaira is és innen erednek azon kisebb-nagyobb tágult és lüktető visszérpamatok, melyeket a bántalom kiséretében a belső szemzug felett vagy alatt és néha a homlokon is találunk.

Az elmondottak alapján már jóformán tisztán áll előttünk az exophthalmus pulsans symptomatologiája. A vázolt viszonyok folyománya, hogy a szem és fej felett systolikus, vagy folytonos és minden systolekor hangosabbá váló fúvó, kaparó zörejek hallhatók, hogy a beteg kínzó, sokszor ütemszerüen fokozódó fejfájásban szenved, hogy a szem látóereje gyengül, sőt idővel el is vész és hogy a szemteke lüktetése, sőt a fejfájás is az odavezető főcsatornának, a carotis communisnek összenyomására megszünik.

Az exophthalmus pulsans traumaticus néha kétoldali. Kétségtelenül megtörténhetik, hogy az erőbehatás következtében mindkét oldalon megreped a carotis, vagyis, hogy mindkétoldali sinus cavernosusban aneurysma arterioso-venosum fejlődik, de az irodalom tanusága szerint a bántalom alapoka rendszerint csak egyoldali és az üteres ér és vele a fokozott nyomás a koponyaalapon levő közlekedési úton (sinus circularis Ridlei) a másik oldalra is jut. E viszonyok kifejezésekép többnyire tényleg azt látjuk, hogy az exophthalmus tünetei a nem bántalmazott oldalon enyhébben lépnek fel.

A kezelésre vonatkozólag: különösen a bántalom elején fontos, hogy a beteg feküdjék, fájdalmai csillapítására narcoticumokat kapjon és fejére esetleg helybelileg hidegborogatásokat adjunk. Mert bár csak nagyon kivételesen, de megtörténhet, hogy igen apró repedésnél, a nyugalmi helyzetben a repedés helyén thrombus képződik és így a bántalom minden különösebb beavatkozás nélkül, önként is meggyógyul.

Az egyes szerzők által alkalmazott acupunctura, electropunctura, vérelvonás, véralvasztó szereknek az orbitába való fecskendezése stb. manap csak inkább történeti jelentőséggel birnak.

Mint viszonylagosan enyhe beavatkozás szóba jöhet a carotis communis összenyomása a kóros oldalon. Ez összenyomásnak czélja, hogy a véráram megakasztásával a repedés helyén thrombus képződjék, a mely ott rögzülve és szervülve, a status quo ante-t helyreállítsa.

Az eljárástól a traumatikus exophthalmus pulsansnál kevés eredményt várhatunk. Az okok közelfekvők.

Az instrumentalis compressionál: 1. minden beteg számára külön eszközt kellene készittetnünk; 2. alig volnánk képesek oly eszközt szerkeszteni, mely csak az edényt nyomná és a közvetlen szomszédságban lefutó vagust és sympathicust nem szoritaná; 3. a beteg legcsekélyebb megmozdulása az eszköz nyomását másfelé terelhetné; 4. egyes esetekben (struma, rövid izmos vagy hájas nyak) az összenyomás egyáltalában nem volna eszközölhető.

A digitalis compressio ellen hasonló ellenvetéseket támaszthatunk. A carotis izolált összenyomása az ujjal inkább sikerül, mint eszközzel, de ezzel szemben meg az ujj gyorsan fárad és így az összenyomás csak rövid ideig tartható fenn, vagy ha több orvos felváltva eszközli, ez csak megszakitások útján lehetséges. Azon kivül, hogy ezen gyógykezelés soká folytatva orvosra és betegre egyaránt nagyon kényelmetlen és a betegnek erős fájdalmat is okoz.

A rövid ideig tartó összenyomás pedig ép a traumatikus exophthalmusnál, a hol a repedés helyén az edényfal ép, sima, semmikép sem elégséges arra, hogy szilárd, ellentállásra képes thrombust hozzon létre.

Adott esetben tehát aligha marad más hátra, mint azon eljáráshoz fordulni, a mely a rationalis kezelési módok közt a legrégibb és eddig a legtöbb sikert biztosította. Ez *a carotis communis alákötése a sérült oldalon.*

Ez eljárást alkalmaztuk első esetünkben, a melynek kórtörténetét a következőkben adjuk kivonatosan:

I. T. A. 38 éves, erőteljes napszámost 1897. október 4-dikén helyezték át hozzánk az egyetemi szemklinikáról.

A beteg előadja, hogy másfél év előtt súlyos gerendát czipelve elesett, a gerenda fejének jobb oldalára zuhant és azt igen erősen megütötte, úgy hogy eszméletét rögtön elvesztette és orrán meg mindkét fülén a vér megeredt. Jobb szeme még aznap kidülledt. Hogy bal szeme is kissé előremered, azt csak jóval később vette észre. A szenvedett sérelem után hat hétig volt ágyban fekvő beteg.

A jobb szem palpebralis és bulbaris conjunctivája erősen belövelt. A pupilla tágult, fényre nem reagál. Hátsó lenövések. Üvegtesti homályok, melyek miatt a szemfenék nem látható. A beteg e szemen nem lát. A szemteke nagyfokban előredülledt. Mozgása felfelé, befelé és lefelé nehezített, kifelé egyáltalában ki nem vihető. A szem sem önként, sem nyomásra nem fájdalmas. A szemteke láthatóan lüktet, nyomással hátrább helyezhető, miközben a kéz a lüktetés erősbödését érzi. A felső szemhéj belső oldalán mogyorónyi lüktető edénycsomó.

A bal szem kissé előremered, rajta pangási tünetek észlelhetők. A papilla belső fele elmosódott határú. Hyperaemia venosa retinae. Visus $^5/_{70}$.

A beteget heves fülzúgás kínozza a jobb oldalon; e fülön csak nagyobbat hall. Azonkivül nagy fejfájásokban szenved, melyek kopogó, lüktető jellegüek.

Stethoskoppal a jobb szem felett, a jobb halántéktájon és a homlok jobb felén fúvójellegű systolikus zörejek hallhatók, a melyek a jobboldali carotis communisra gyakorolt nyomással szünnek.

Mütét 1897. október 5-dikén. Chloroform-narcosis. A jobboldali carotis communis felkeresése. Kétszeres alákötés selyemfonállal. Az edény átmetszése a két lekötési hely közt. Bőrvarrat.

A betegen az edénynek a selyemfonállal való összeszorítása közben semmi változás sem vehető észre. A mütét csak néhány perczig tartott.

Befejezésekor az exophthalmus nem pulsál. Néhány percz elteltével azonban a pulsatio bár igen gyengén, de ismét érezhetővé válik. A stethoscoppal nem hallunk fúvó zörejeket.

Október 6-dikán. A pulsatio teljesen megszünt, úgyszintén a beteget kínzott fej- és fülzúgás is. Az exophthalmus észrevehetően kisebbedett a jobb oldalon. A jobb felső szemhéjon jelen volt lüktető edénytágulat eltünt. A bal szem előremeredése is kisebb. A beteg közérzete kitünő.

Október 11-dikén. Az exophthalmus folyton kisebbedett. A szemteke mozgásai jóval szabadabbak. A varratok eltávolítása. A sebzés per primam gyógyult.

Október 12-dikén. Visszahelyezzük a szemészeti klinikára, a honnan a következő jelentést kapjuk: A *jobb szem* exophthalmusa jóval csökkent. A pulsatio megszünt. Az üvegtest zavarossága tovább fennáll, a szemfenék nem látható. A *bal szem* exophthalmusa *teljesen* visszafejlödött. A conjunctiván és retinán volt pangás igen nagy fokban csökkent. *A visus, mely mütét előtt* $^5/_{70}$ *volt, mütét után kifogástalanná,* $^5/_5$*-dé lett* és a beteg gyógyultan hagyta el a klinikát.

A mint értesülünk, ismét munkaképessé lett. Ez eset tehát a carotis communis egyoldali lekötése után meggyógyult és a mütéttel nemcsak a zúgó fejfájástól szabadítottuk meg, hanem megmentettük szeme világát, a mely a nélkül biztosan elveszett volna.

Vannak azonban esetek, hol az egyik közös fejütőér alákötése — mint erre még később visszatérünk — nem elegendő a tartós gyógyulás létesítésére.

A gyógyulást ugyanis nem szabad úgy képzelni, hogy a repedt ütérfal sebszélei egymáshoz feküdnek és összenőnek. A gyógyfolyamat lényegében a következő: A repedés helyén és környékén thrombosis indul meg, mely azonban nem volna elég erős arra, hogy az ütér közlekedését a sinus cavernosussal elzárja. Ehhez az is szükséges, hogy magában az ütértörzsben a vérnyomást megszüntessük. Ezt elérjük az ütértörzs alákötésével. Az alákötés következtében magában az ütérben is megalvad a vér, úgyszintén a sinus cavernosusban, sőt a vena ophthalmica superiorban is. Igy a repedés helyén a minden oldalról megtámasztott és nyugalomban levő thrombusnak módja és ideje van a szervülésre, úgy hogy mire a collateralis üteres keringés kifejlödik, a sérült helyen a gyógyfolyamat már annyira haladt, hogy az új véráram oldalnyomása már nem tehet benne kárt.

A collateralis keringés kifejlödésének elméleti boncztani alapon sok útja van, de gyakorlati szempontból kórboncztani tanúság szerint csak két út szerepel. Az egyik az arteriae vertebrales és az ellenoldali carotis vérét szállítja a circulus arteriosus Willisii közvetítésével, a másik pedig, hogy a pajzsmirigyben az arteria thyreoidea superior összeköttetésbe lép az arteria subclaviából eredő thyreoidea inferiorral.

A collateralis keringés gyors kifejlödésekor a sérült oldalon a thrombusnak nem volt ideje szervülni, a miért is az exophthalmus tünetei az egyoldali közös fejütőér lekötése daczára csakhamar újból jelentkeznek, úgy hogy szükségessé válhatik a másik közös fejütőérnek lekötése is. Ennek példáját mutatja a második esetünk.

H. K. I., 36 éves napszámos 1897. november 17-dikén tétetett át hozzánk az egyetemi szemészeti klinikáról. A kórelőzményi adatok szerint ugyanazon év junius havában falusi verekedés alkalmával fejét annyira ütlegelték, hogy eszméletét elvesztette. Utána hosszú ideig ágybanfekvő beteg volt és még csak mozdulni sem tudott. Egyéb anamnestikus adatai ismételten előadva, széthangzók. Jelen baját ez időtől fogva származtatja.

Kórkép: A koponyán sérülésekből származó hegek: a homlokcsont jobb felén, a bal falcsonton, a nyakszirtcsont jobb felén. A jobb szem előre és kissé lefelé dülled. Határozottan lüktet. Nyomásra a szemteke hátrább helyezhető, de a nyomás szünésével rögtön előreugrik. A jobb arcus supraorbitalis belső széle alatt mandolányi lüktető edénytágulat. Az alsó szemhéj kifordult, a kötőhártyai edények tágak, kanyargósak. A pupilla tág. A szemfenéken erősen kifejezett papilloretinitis haemorrhagica. Visus $^5/_{50}$. A bal szemen régebbi ($1^1/_2$ év előtt) sérülésből származó zsugorodott hályog (cataracta membranacea accreta). A fej felett stethoskoppal folytonos fúvózörejt hallani, mely minden szívösszehúzódáskor erősbödik. A zörej legerősebb a sinus frontalis felett, igen erős a jobb halántékon, a többi helyen gyengébb. A beteg fülei folyton zúgnak, azonkivül igen heves, lüktető jellegü fejfájás kínozza éjjel-nappal. A jobb közös fejütőér összenyomásakor a szem lüktetése megszünik, az objective hallható fúvó zörejek szünetelnek, a fejfájás és a fülzúgás enyhül.

(Folytatása kovetkezik.)

Közlemény a szt. Rókus-közkórház V. orvosi (Róna S. főorvos) osztályáról.

Adatok az uterus gonorrhoeajának kór- s gyógytanához.

Schultz Henrik dr. nőorvostól.

(Folytatás.)

Ismertük ugyan a nehézségeket, a melyekkel a gonococcusoknak kimutatása a szövetben jár, mégis *több esetben megkisérlettük s igy az uterusból, melynek váladékában gonococcust tudtunk kimutatni, egy kurettonással nyákhártyát kapartunk le. Ezen nyákhártyarészletekben mi nem tudtunk gonococcusokat találni.*

A 200-as csoporton kivül 20 oly prostituáltnál is vizsgáltam az uterus váladékát, a kiknél előzetesen a cervixben nem találtunk gonococcusokat s ezeknél az uterinalis váladék vizsgálata is negativ volt. *Ebből tehát az következik, hogy uterinalis gonorrhoeára csak akkor lehet gyanunk, ha a cervicalis váladékban gonococcust tudunk kimutatni.* Összes vizsgálataim közben csak két esettel találkoztam, a melyeknél a cervixben 3—4-szer sem találtunk gonococcusokat, holott az uterusban a 2—3-dik vizsgálatnál 2—3 intrauterin injectio után ki tudtuk mutatni a gonococ-

cusokat. Ezen esetek mellett fel kell említenem még két oly esetet, a melyeknél előzetesen szintén negativ volt a cervicalis váladéknak vizsgálata, de miután az uterus váladéka ennek daczára positiv volt, utóbb figyelmesebb vizsgálatnál a cervicalis váladékban is sikerült kimutatni a gonococcusokat. Itt meg kell jegyeznem, hogy Róna főorvos úr osztályán technikai okokból egyes szobák szerint a górcsői vizsgálatokat külön-külön megbizható orvosok végezték s pedig a szükség szerint többször, a míg legalább 3—4-szer negativ nem lett a górcsői vizsgálat eredménye. Az uterus váladékának vizsgálatát azonban az összeseknél magam végeztem, valamint ezen 200 esetben az uterinalis gonorrhoea kezelését is, a melyet akkor szüntettünk be, ha az uterinalis váladéknak gonococcus vizsgálata legalább háromszor volt negativ. Ily módon meg volt állandóan az ellenőrzés s az összehasonlítás a cervix s uterus váladékának vizsgálatai között, a melynek kapcsán tehát összesen két esetben jutott ellentétbe a cervix s uterus váladékának vizsgálati eredménye, de ezen két kéjnő is már ismételve képezte vizsgálat tárgyát s nem sokkal előbb gyógyulatlan uterus gonorrhoeával hagyta el a kórházat, a legutóbbi alkalommal azonban ezeknél is eltüntek a gonococcusok az uterus váladékból is.

Annak igazolására, hogy a *cervicalis váladéknak klinikai megjelenése nem lehet irányadó a gonorrhoea diagnosisára, hanem hogy ehhez a gonococcusok kimutatása elengedhetlen kellék*, szolgáljanak ezen 200-as csoportnál tett feljegyzéseink a cervicalis váladékra vonatkozólag. A 200 eset között 108-nál volt genyes jellegű a cervix váladéka, 10-nél üvegszerű s a többinél többé-kevésbbé zavaros. Különvéve a 76 uterinalis gonorrhoeát, ezek között 45-nél volt genyes a cervicalis váladék, 4-nél üvegszerű s 27-nél zavaros, mely zavaros váladék a mennyiség szerint bő, mérsékelt s kevés között váltakozott. Ezekből azt látjuk, hogy *a gonococcusok jelenléte a cervix sőt uterus váladékban sem járt mindig genyes váladékkal, hanem eseteinknél csak mintegy 50—60%-ban volt jelen*, s azt is láthatjuk, hogy ha eseteinknél csak a klinikai tünetre támaszkodtunk volna, úgy a hátralévő 40%-ban nem is kerestünk volna gonococcusokat, miután ezeknél a cervicalis váladék jellege éppen nem volt gyanús gonorrhoeára. *Ezen esetek tehát csak azért nem kerülték ki figyelmünket, mert azon elvet valljuk, hogy minden kéjnőnél végezni kell a gonococcus-vizsgálatokat, tekintet nélkül a váladék minőségére.*

A gonorrhoea hosszabb s beható tanulmányozása közben mindenki tapasztalhatja, hogy vannak esetek, a melyeknél előbb kevés zavaros váladék volt, a melyben nem volt gonococcus, s később ugyanannál egy másik alkalommal már genyes váladék van a cervixben, a melyben gonococcusok is kimutathatók; de viszont azt is tapasztalhatja, hogy az előbb genyes cervicalis folyás, melyben sok gonococcus volt, az intrauterin kezelés alatt zavaros majd üvegszerű lesz s eközben a gonococcusok sorai is mindinkább ritkulnak, míg végre teljesen eltünnek. Az előbbi esetek azt látszanak igazolni, hogy *a genyes folyás tényleg magában rejti a gonorrhoea gyanúját, a melynek megállapítása azonban csak a gonococcusok kimutatása által nyer biztos alapot.* Az utóbbi esetek pedig azt igazolják, hogy a klinikai tünetek legtöbbször lépést tartanak a gonococcusok eltünésével, azaz ezzel egyidejüleg rendesen visszafejlődnek s hogy mégis 10 üvegszerű váladékban találtunk gonococcusokat, a melyek között 4 uterinalis s 6 cervicalis gonorrhoea; ezen körülmény csak azt látszik igazolni, hogy a klinikai tünetek néha még előbb is visszafejlődnek, mielőtt a gonococcusok eltüntek volna.

Rendesen az alig zavaros vagy üvegszerű cervicalis váladék jelenléte az intrauterin kezelés folyamán összeesik a gonococcusok eltünésével s csak ritka kivételnek kell tartanunk, hogy a genyes cervicalis váladék megmaradjon, a gonococcusok pedig belőle eltünjenek. Részünkről a 200-as csoportban csak két oly izolált cervicalis gonorrheával találkoztunk, a melyeknél a kezelés folyamán eltüntek a gonococcusok a cervicalis váladékból, de a genyes jelleg megmaradt. A mi tehát ritka kivétel, azzal még nem szabad a gonococcus vizsgálatok megbizhatóságát megtámadni. A genyes folyás ugyan ezen két eseten kivül is megmaradt a kezelés folyamán, de ezen esetekben a gonococcusok is viszamaradtak részben a cervicalis, részben az uterinalis váladékban. Ilyen esetünk 7 volt, a melyeknél 15—27 intrauterin kezelés után is még genyes volt a cervicalis váladék, de ebben gonococcust is ki tudtunk még mutatni. Ezekkel szemben 16 olyan esetet észleltünk, a melyeknél még voltak gonococcusok a cervicalis váladékban, jóllehet az kevésbbé zavaros, vagy üvegszerű lett. Ezen esetek inkább azt látszanak bizonyítani, hogy a genyes folyást, azaz a klinikai tünetet inkább tudjuk befolyásolni az intrauterin kezeléssel, mint a gonococcusokat. Ezen utóbbi 16 esetünkben ugyanis a klinikai tünet visszafejlődése már akkor jelezte a betegek gyógyulását, midőn azokat mi a gonococcusok kimutatása miatt még gyógyulatlanoknak tartottuk.

Bröse kimutatott anyagánál a véletlennek nagy szerepet kell tulajdonítanunk, a midőn 207 prostituált között csak 49-nél talált gonococcusokat, jóllehet mint Bröse mondja, a gonorrhoeának kifejezett klinikai tünetei megvoltak. Azt kérdi ezek alapján Bröse, hogy a többi 158 nem fertőz?

A Róna vezetése alatt álló osztályra kerülő prostituáltak között átlag több mint 50% volt gonorrhoeás, miután 527 kéjnő között 270-nél találtunk gonorrhoeát, s így ezzel összehasonlítva Bröse kimutatását, melyben 23·6% gonorrhoeát tüntet fel, annál inkább kell a különbségen csodálkoznunk, mert míg a mi 527 esetünknél éppen nem voltak jelen a gonorrhoeának kifejezett klinikai tünetei, addig ezek Bröse eseteiben megvoltak. Azt várhattuk volna inkább, hogy Bröse eseteiben még nagyobb lesz a gonorrhoeások száma, mint nálunk, mert Bröse anyagánál kifejezett klinikai tünetek voltak jelen, a mienknél pedig nem.

Nem tudom, hogy Bröse anyagánál hányszor történt gonococcus-vizsgálat, azaz hogy hányszor vizsgálták meg gonococcusokra az egyes helyek váladékait? Nálunk mindazon eseteknél, melyeknél a gonorrhoeát kizártuk, ezen diagnosist a szokványos helyek váladékainak 3—4-szeri negativ gonococcus vizsgálata alapján állítottuk fel. Ezekről nyugodtan állíthatom, hogy nem fertőznek, mert ennek ellenkezőjét jobban bizonyítani ez idő szerint senki sem tudja. Landau is elismeri, hogy az üvegszerű cervicalis váladék nem bizonyít a gonococcus ellen s hogy a genyes váladék nem mindig ragályozó, végül pedig, hogy a ragályozási képességet csak a gonococcusok kimutatásával tudjuk biztosan megállapítani. Nem képezheti tehát kérdés tárgyát, hogy Brösenek 158 csete nem volt-e ragályos, ha úgy vizsgálták volna azokat, mint ezt mi szoktuk végezni.

Különbséget kell tennünk minden esetre a genyes cervicalis váladékban s pedig a szerint, a mint benne gonococcust tudunk kimutatni, vagy nem, legyen ez akár a kezelés előtt akár a kezelés folyamán. Tapasztalásunk szerint ugyanis a gonococcusok eltünésével rendesen feltisztul a cervicalis váladék, de ha ritka kivételképpen ez még sem történnék meg, vagy pedig kezelés előtt *találkozunk oly genyes cervicalis váladékkal, melyben gonococcust nem tudunk kimutatni, ezen eseteket nem tarthatjuk gonorrhoeás folyamatnak, hanem azt kell feltennünk, hogy más okból eredő nyákhártyamegbetegedéssel állunk szemben, vagy pedig azt kell hinnünk, hogy a gonococcusok által okozott méh-nyákhártyamegbetegedés továbbra is fennmaradt, úgy mint visszamaradhat adnex megbetegedés, a melyet azután Sänger szerint residualis gonorrhoeának kell tartanunk, nem pedig gonorrhoeásnak.*

Bröse szerint minden gonorrhoeás nő előbb-utóbb uterinalis gonorrhoeát kap. Nem szenved ugyan kétséget, hogy nöknél legtöbbször a cervix képezi a primaer infectio székhelyét, de *azt még senki sem bizonyította be, hogy a gonorrhoeás folyamat minden esetben az uterusra is átterjed.* Azon sok alkalmas körülmény, közül, mely ezen tovaterjedést elősegítheti, megemlíthetjük a localis kezelét, szülést, abortust, menstruatiot stb. Nem tudom, hogy Bröse mennyi időt tart elegendőnek arra, hogy a cervix gonorrhoeája az uterusra átterjedjen, de a mi adatainkból az tünik ki, hogy vannak 5—6 éves, sőt ennél idősebb kéjnők is, a kiknél uterinalis gonorrhoeát nem tudtunk kimutatni. Két lehetőséget tételezhetünk fel ezekre nézve s pedig, hogy vagy nem is volt uterinalis gonorrhoeájuk, vagy ha volt, ez meggyógyult.

Több bizonyító értékkel birnak talán azon eseteink, a melyek egy év alatt 2—3-szor, tehát ismételve kerültek a kórházba s így többször képezték vizsgálatunk tárgyát. Ezeknek egy részénél ugyanis a gonorrhoea a cervixre maradt korlátozva, másik részénél pedig már megszünt a cervicalis gonorrhoea, midőn másodszor vagy harmadszor felvétettek. Ezen eseteknél lett volna a gonococcusoknak idejük s alkalmuk arra, hogy az uterusba bevándorol-

*

janak, s ez nem történt meg, sőt e helyett a cervix gonorrhoeája szünt meg. Ezen körülmények éppen nem igazolják Bröse azon állítását, hogy minden kankós nő biztosan kap uterus gonorrhoeát.

Az ismételve kórházba került kéjnők csoportjai.

		Bejövetel ideje	Név	Cervix gonococcus-vizsgálat	Uterus gonococcus-vizsgálat
			I. csoport.		
1.	1-ször	április 10.	Blt	1	0
	2-szor	augusztus 17.		1	1
2.	1-ször	május 8.	Zb	1	0
	2-szor	augusztus 10.		0	—
	3-szor	szeptember 7.		1	1
3.	1-ször	szeptember 28.	Bri	1	0
	2-szor	január 8.		1	1
4.	1-ször	május 11.	Szh	1	0
	2-szor	deczember 7.		1	1
			II. csoport.		
1.	1-ször	julius 10.	Bks	1	0
	2-szor	november 6.		1	0
	3-szor	márczius 26.		0	—
2.	1-ször	november 23.	Kv	1	0
	2-szor	február 19.		0	0
3.	1-ször	augusztus 10.	Dnr	1	0
	2-szor	február 5.		0	0
4.	1-ször	julius 17.	Hr	1	0
	2-szor	márczius 1.		0	—
5.	1-ször	május 2.	Zi	1	0
	2-szor	szeptember 18.		0	—
	3-szor	november 23.		1	0
	4-szer	márczius 5.		0	0
			III. csoport.		
1.	1-ször	szeptember 4.	Prt	0	—
	2-szor	február 25.		1	1
2.	1-ször	julius 6.	Br	0	—
	2-szor	november 2.		0	—
	3-szor	január 4.		1	1
3.	1-ször	április 20.	Mé	0	—
	2-szor	november 11		1	1
4.	1-ször	május 22.	Lk	0	—
	2-szor	október 9.		1	1
5.	1-ször	október 3.	Kz	0	—
	2-szor	február 15.		1	1
6.	1-ször	május 5.	Stm	0	—
	2-szor	február 15.		1	1
			IV. csoport.		
1.	1-ször	május 22.	Ngl	0	0
	2-szor	november 9.		1	0
2.	1-ször	augusztus 17.	Izs	0	—
	2-szor	november 9.		1	0
3.	1-ször	julius 28.	Stz	0	—
	2-szor	november 6.		1	0
4.	1-ször	junius 15	Mr	0	—
	2-szor	szeptember 4.		1	0
5.	1-ször	május 10.	Grb	0	0
	2-szor	julius 10.		0	—
	3-szor	augusztus 31.		1	0
			V. csoport.		
1.	1-ször	április 16.	Hrcs	1	1 n. gy.
	2-szor	augusztus 21.		1	1
2.	1-ször	junius 19.	Gra	1	1 n. gy.
	2-szor	január 29.		1	1
3.	1-ször	julius 21.	Trk	1	1 n. gy.
	2-szor	január 1.		1	1
4.	1-ször	május 5.	Bzm	1	1 gy.
	2-szor	november 13.		1	1
5.	1-ször	október 16.	Zs	1	1 n. gy.
	2-szor	márczius 1.		?	1
			VI. csoport.		
1.	1-ször	október 16.	Zsr	1	1 n. gy.
	2-szor	február 5.		1	1 gy.
	3-szor	április 8.		0	0
2.	1-ször	május 9.	Fks	1	1 gy.
	2-szor	november 6.		0	0
	3-szor	január 8.		0	—
3.	1-ször	augusztus 31.	Vsz	1	1 gy.
	2-szor	márczius 5.		0	—
4.	1-ször	julius 7.	Bk	1	1 n. gy.
	2-szor	november 27.		0	0
	3-szor	január 8.		0	0
	4-szer	márczius 8.		0	—
5.	1-ször	május 25.	Kcs	1	1 gy.
	2-szor	április 9.		0	0
			VII. csoport.		
1.	1-ször	deczember 13.	Ag	1	—
	2-szor	márczius 3.		1	0
2.	1-ször	május 6.	Dl	1	0
	2-szor	szeptember 4.		1	—
	3-szor	deczember 1.		0	—
3.	1-ször	junius 26.	Ht	1	0
	2-szor	november 6.		1	—
	3-szor	márczius 5.		1	0
4.	1-ször	április 3.	Lg	1	—
	2-szor	augusztus 31.		1	0
5.	1-ször	október 6.	Pl	1	—
	2-szor	február 5.		1	0
6.	1-ször	szeptember 26.	Ks	1	0
	2-szor	deczember 27.		1	0
7.	1-ször	május 11.	Gf	1	0
	2-szor	szeptember 15.		1	0
8.	1-ször	május 22.	Lsz	1	0
	2-szor	április 10.		1	0
			VIII. csoport.		
1.	1-szer	szeptember 5.	Lvy	1	0
	2-szor	november 25.		0	—
2.	1-ször	julius 17.	Rgó	1	0
	2-szor	november 25.		0	—
3.	1-ször	április 28.	Tkr	1	0
	2-szor	augusztus 10.		0	—
	3-szor	november 14.		0	—
4.	1-ször	október 16.	Prkpcz	1	0
	2-szor	január 1.		0	0
5.	1-ször	augusztus 31.	Mdr	1	0
	2-szor	november 30.		0	—
6.	1-ször	november 6.	Rhe	1	0
	2-szor	április 19.		0	—

A rövidítések, illetve jelek magyarázata következő: 1 azt jelenti, hogy a cervix vagy az uterusban volt gonococcus; 0 azt jelenti, hogy nem találtunk gonococcust; — azt jelenti, hogy nem történt gonococcus-vizsgálat; n. gy. azt jelenti, hogy első izben gyógyulatlanul hagyta el a beteg a kórházat.

Az ismételve vizsgálat alatt állott 44 kéjnőnek ezen csoportosítása némi áttekintést nyújt a cervicalis s uterinalis gonorrhoea közti viszonyról. Az I-sö csoportból azt olvashatjuk ki, hogy egy féléven belül az előbb még cervicalis gonorrhoea átterjedt az uterusra, de hogy ez nem minden esetben következik be szükségképen, még akkor sem, ha közben menstruatio, sőt helyi kezelés történt is, mutatják a VII-dik csoportba osztott esetek, a hol a másodszor sőt harmadszori jelentkezéskor is megmaradt az izolált cervicalis gonorrhoea. Az uterinalis gonorrhoea gyors kifejlődését tüntetik fel a III-dik csoport esetei, a melyeknél első alkalommal nem volt gonorrhoea s második alkalommal már úgy a cervix mint az uterusnak gonorrhoeáját constatálhattuk. Ezzel szemben a IV-dik csoport eseteiből pedig azt látjuk, hogy első alkalommal nem volt gonorrhoea s második alkalommal csak cervicalis gonorrhoeával kerültek kórházba. *A míg tehát egyrészről nem irhatjuk alá Bröse állítását, hogy minden kankós nő biztosan kap uterinalis gonorrhoeát, adataink alapján másrészről kimondhatjuk azt, hogy cervicalis gonorrhoea mellett körülbelül 38%-ban fejlődik ki csak az uterinalis gonorrhoea.*

Eseteink megfigyelése közben számoltunk még *a menstruatioval is, mint oly körülménynyel, melynek jelentőséget tulajdonítanak, egyrészről azért, mert elősegítheti a gonorrhoea tovaterjedését a cervixből az uterusra, másrészt pedig azért, mert a gonococcusok kimutatására is befoly annyiban,* hogy menstruatio után inkább sikerül kimutatni a jelenlevő gonococcusokat, mint előtte.

A 200-as csoportban összesen 32 betegnél tettünk ezen irányban pontosabb megfigyeléseket, hogy láthassuk, miként befolyásolja a menstruatio gonococcus-vizsgálatainkat. Úgy osztottuk be tehát ezen vizsgálatokat, hogy a menstruatio előtti s utáni időre essenek. A 32 eset között azonban mindössze csak 4 cervicalis gonorrhoeánál láttuk, hogy kezelés közben a cervicalis váladék gonococcus vizsgálata menstruatio előtt negativ volt s menstruatio után positiv lett s egy izben tapasztaltuk azt, hogy a cervicalis váladék vizsgálata menstruatio előtt már kétszer negativ volt s csak harmadszorra a menstruatio után tudtuk diagnostizálni a cervix gonorrhoeáját a kimutatott gonococcusok alapján. A többi 28 betegnél éppen semmi befolyást nem gyakorolt a menstruatio a gonorrhoea felismerésére, a gonococcus-vizsgálatok menetére s a gyógyulás időpontjának megállapítására. Így tehát *tapasztalásunk szerint a menstruationak van ugyan befolyása egyes esetekben a gonococcus-vizsgálatokra, de korántsem oly mértékben, hogy az eddigi gonococcus-vizsgálatok értékét befolyásolhatná.* Miután azonban 32 eset közül 4-nél a menstruatio befolyása mégis érvényesülni látszik, szívesen hozzájárulok azon elvhez, hogy

a gonococcus-vizsgálatoknál lehetőleg tekintettel legyünk a menstruatio idejére s hogy a gonorrhoea diagnosisánál s gyógyulásánál tekintetbe vegyük a menstruatio utáni vizsgálatot. A gonorrhoeanak az uterusra való átterjedésénél nem volt alkalmunk a menstruatio szerepét észlelhetni.

(Folytatása következik.)

A seborrhoea corporis (Duhring) és annak viszonya a psoriasis vulgarishoz és az eczemához.

Irta: *Török Lajos* dr. egyetemi m. tanár.

(Folytatás.)

6. *Psoriasis vulgaris. Psoriasis intertrigo.*

G. Dezső, 23 éves, hivatalnok. Mindig egészséges volt, kivéve egy vörhenymegbetegedést 15 éves korában. Bőrbaja nem volt. Jelenlegi baja körülbelül 5 hetes; de a baj kezdetét pontosan nem mondhatja meg. Mikor magát először megvizsgálta, ezelőtt 4—5 héttel, a foltok már körülbelül akkorák voltak, mint most. Kisfokú viszketés. A bőrlaesiók mindig szárazak voltak, kivéve egy alkalommal, a midőn a beteg éjszakára egy kenőcscsel bekötötte őket (állítólag zinkkenőcscsel). Akkor másnap reggel a jobb czombon lévő folt nedvedzett.

Jelen állapot 1898. február 17-dikén. Mérsékelt pityriasis capitis. Hajhullás nem észrevehetőleg fokozódott. A sternum corpusának alsó harmadában a szőr között három kisborsónyi, igen halvány rózsás hyperaemiát feltüntető és finom, fehér és lágy pikkelylemezkével fedett, *vérzékeny* folt. A pikkelyke levétele után 1—2 vérző pont jelenik meg. A két könyökön szabálytalan, nem élesen határolt, körülbelül koronányi területű érdesség, vakaráskor pedig fehér, száraz pikkelyleválás. A jobb könyökön ekkor egy vérző pont látszik. Kifejezett keratosis pilaris.

A tulajdonképeni baj, mely miatt a beteg felkeresett és a mely viszketéssel jár, mindkét czomb scrotalis felületét és a scrotumot illeti. A jobb czomb scrotalis felületén egy gyermektenyérnyi kerekded területen a bőr középen barnás, a szélén 10 mm.-nyi szélességben élénkpiros. A szél sánczalakúlag emelkedik a szomszédság és a közép felé, erősebben barázdált és finom, részben fehéres, részben kissé sárgás, szarúlemezkékkel van fedve. A barnás centrumból egy helyen egy körülbelül lencsényi, a széli csúcshoz hasonló kiemelkedés látszik. A lemezkék lekaparásakor könnyen áll be vérzés. A bal czomb scrotalis felületén egy nagytallérnyi, egész terjedelmében élénkpiros, a szomszédság fölé kiemelkedő, vékony, feszült és sárgás szarúlemezekkel fedett, rovátkolt felületű, élesen határolt és szintén vérzékeny folt. A scrotum gyökén néhány, körülbelül fillérnyi elmosódott határú, élénkpiros, kevéssé hámló folt.

Rend. Chrysarobin-aether ecsetelés.

Február 26-dikán. A laesiók lelapulnak. A chrysarobin izgatás a környéket vöröses-barnásra festi. A psoriasis laesio maga mint halványabb fehéres folt kezd áttünni.

Végül fel lehetne még hozni nézetünk ellen

5. hogy a Duhring-féle seborrhoeánál, ellentétben a psoriasis vulgarissal, a bőrelváltozások follicularisak. E tény természetesen éles határt vonna a seborrhoea corporis és a psoriasis vulgaris közé. De ez sem áll. Először is számos, különben typikus seborrhoea eset van, hol sem a kezdeti bőrelváltozás, sem a további folyamat nem follicularis. Másodszor azon esetekben is, melyekben a kezdeti bőrelváltozás tényleg a folliculusokban látszik keletkezni, a folyamat az interfollicularis bőrrészekre is átmegy. Harmadszor: vannak typikus psoriasis esetek, melyekben a fiatal laesiók a folliculusokra szorítkoznak. Oly psoriasisoknál, hol pontszerű laesiók is vannak jelen, mindig találunk egy-egy olyant, mely follicularis. Persze, mikor már a bőrelváltozások nagy felületre terjedtek ki, akkor bajos már a follicularis eredetet kimutatni. Vannak azonban olyan psoriasis-esetek is, hol mindegyik pontszerű laesio a folliculusok szájadékán ül.

Mindezekből jogosan következtethetjük, hogy a seborrhoea corporis Duhring nem egyéb, mint egy csekélyebb intenzitású, atypikusan localizált psoriasis vulgaris.

* * *

Miután így a seborrhoea corporis Duhring és a psoriasis vulgaris egyűvétartozását bebizonyítottuk, ezzel a seborrhoea corporis Duhring kérdése meg volna oldva. A két folyamat egyűvétartozását bizonyította a klinikai megfigyelés, megerősítette a szövettani vizsgálat. Alkalmas eseteknek megfigyelése folytán arra a meggyőződésre jutottunk, hogy a seborrhoea corporis Duhring a psoriasis vulgarisnak egy alakja. De mi ezzel nem érhetjük be, hanem, miként azt czikkünk elején megjegyeztük, ki kell terjeszkednünk az eczemára, illetve az Unna-féle eczema seborrhoicumra is. Ismert tény, hogy Unna a bőr sok minden kóros elváltozásán kivül a seborrhoea corporis Duhringot is az ő eczema seborrhoicumjához sorolta, valamint ismert dolog az is, hogy Unna szerint az eczema seborrhoicum, illetőleg általánosságban az eczema és a psoriasis vulgaris rokon bántalmak, úgy hogy ő képtelennek nyilatkozik arra, hogy szövettanilag és klinikailag határt vonjon köztük, valamint, hogy ő a psoriasis vulgaris bizonyos alakjait az eczema seborrhoicumhoz sorolja. Unnánál tehát a psoriasis vulgaris bizonyos alakjai és a seborrhoea corporis az eczema-csoportban egyűvé kerülnek. Fenti vizsgálataink tehát, ha némileg elfogultak volnánk, még támaszkép volnának szerepeltethetők Unnának e rég felállított tételeihez. Kénytelenek vagyunk tehát azon kérdés vizsgálatához is hozzáfogni, hogy vajjon mi az összefüggés a seborrhoea corporis Duhring, illetve psoriasis vulgaris és az eczema közt. E kérdés vizsgálatánál azonban ki nem kerülhető az Unna-féle eczema seborrhoicumnak és részben az Unna-féle eczemának általában a kritikai megvilágítása. Mert ha kitünik, hogy mindazon adatok, melyekre Unna az ő eczema tanának épületét emelte, nem állják meg a kritikát, akkor magától elesik az a feltevés, hogy a seborrhoea corporis, illetve psoriasis vulgaris és az eczema seborrhoicum, illetve az Unna-féle eczema egyűvé tartoznak, mint a hogy általában nem állanak mindazon következtetések, melyek ezen adatokból levonattak.

Unna (Histopathologie der Hautkrankheiten 1894. pag. 194 és köv.) kétféle eczema-hólyagcsát különböztet meg. Az egyik sokalakú és csak ott található, hol már más eczemás bőrelváltozások is fejlődtek ki régebben. E hólyagcsák úgy keletkeznek, hogy a fehér vérsejtek és a serosus transsudatum mindinkább feltorlódnak, melyek a szarúréteget — jelen esetben a morococcusok fészkét — el akarják érni, de ebben az átmeneti rétegek által meggátoltatnak. Morococcus tehát általában nincs bennük. Az eczema-hólyagcsa másik alakja „a valódi heveny hólyagcsás eczema". Unna még külön kiemeli, hogy ez a „heveny hólyagcsás eczema" igen különbözik Hebránák „úgynevezett" (!) heveny eczemájától. Unna ezen második eczema-hólyagcsája, a „valódi" heveny eczema-hólyagcsa (oltási-eczema) morococcusokat tartalmaz, benneke hasonló az impetigoéhoz, de inkább világossárga, mint zöldes. Unna egy a hamburgi orvosegyesület gyülésén tartott demonstratio alkalmával (Monatshefte 1892. Mai 17 pag. 465. Autoreferat) ezt egy a szarúréteg alatt fekvő genycseppnek nevezte. Benneke 1/4 részben fehér vérsejtekből és 3/4 részben folyékony és megalvadt serumból áll, fibrin nincs benne. Az impetigo „staphylogenes"-től csak a hólyagcsák morococcus-tartalma különbözteti meg, mert mint Unna mondja (Histopathologie pag. 196 és köv.) „itt csak a morococcusok jelenléte dönti el azt, hogy az eczema egy alakjával van dolgunk". E mellett a hólyagcsák „épenséggel nem jellegzetesek a bőr eczematosus állapotaira". „A morococcusok tisztán egy kedvező véletlen folytán kerültek direct a szarúréteg alá és itt úgy hatnak, mint ilyen esetben a staphylococcusok, t. i. jól körülirt szarúrétegalatti bőrtályogot okoznak". Unna azt állítja, hogy „ezen tényleg az impetigohoz hasonló hólyagcsa nagyban különbözik az impetigo staphylogenestől". A különbségek azonban, melyeket hypothesise javára felállít, sem nem eléggé jellegzők, sem nem eléggé fundamentalisak arra, hogy ne kételkednénk abban, vajjon az ő impetigoszerű eczema-hólyagcsája nem-e mégis közönséges impetigo, a morococcus pedig egy banalis pyogen mikroorganismus, talán egy staphylococcus. E feltevésünket természetesen csak valószinüségi okokkal támogathatjuk.

De tekintetbe veendő, hogy Unna az *ő* heveny (oltási) eczema-hólyagcsájának kórodai jellemzésére egész sorát hozza fel az oly tulajdonságoknak, melyek teljesen különbözőek azoktól, melyeket mi általánosan az eczema-hólyagcsának tulajdonítunk, hogy egy egészen határozott bőrelváltozással van itt dolgunk, a melynek genyes a tartalma. Annál az esetnél is, melyet Unna histologiájában mint a heveny hólyagcsás eczema egy példáját hoz fel, szétszórt *impetigoszerű* hólyagok vannak jelen, a melyek, mint azt rendesen a gyermekek impetigojánál látjuk, az Unna által megfigyelt 2 gyermeknél is „az arczon és kezeken léptek fel" és a valódi „impetigo staphylogenes"-től csupán „inkább világossárga . . . színük és a szélesebb lobos udvaruk által voltak megkülönböztethetők". Az Unna-féle „heveny eczema-hólyagcsa" bennékének genyes természetét valószinüvé teszi azon megjegyzése is, hogy „a hólyagcsa bennékében fibrin nem volt", oly negativ

lelet ez, mely különösen a genyes impetigót jellegzi. Továbbá kiemelendő még, hogy az a leirás, a melyet Unna az ő morococcusáról ad és különösen mindaz, a mivel a staphylococcustól megkülönbözteti, nemcsak nem elég határozott, hanem ezenfelül ellentmondásokkal vegyes is. Mert azt, hogy a morococcusok diplococcusok és eperszerű góczokat képeznek a szarúréteg alatt, a staphylococcusok pedig sorokat és szőlőfürtszerű góczokat képeznek, már azért sem fogadhatjuk el döntő különbségnek, mivel egyrészt a mikroskop alatt olyasmit megkülönböztetni, hogy ez eperszerű góczot, az meg szőlőfürtszerű góczot képez, szinte lehetetlen, másrészt ép a szőlőfürt-coccus Baumgarten szerint valóságos diplococcus, vagyis épen ő nála fordulnak elő gyakran diplococcusok. A nagyságot illető különbségek szintén nem lehetnek mérvadók (a staphylococcus $^2/_3$—1 μ, a morococcus $^1/_2$—$1^1/_2$ μ). Baumgarten szerint a staphylococcus átlag 0·7 μ, a mi körülbelül Unna alsó határértékének felel meg; más szerzők szerint 0·8—0·9 μ átlagos átmérője. Schürmayer szerint a staphylococcus átmérője, ha legkisebb, 0·5 μ, a mi azután az Unna morococcusának teljesen megfelelne. Baumgarten még megjegyzi, hogy az egyes golyócskák dimensioja kisebb-nagyobb mértékben ingadozik. Ezek ma köztudomású tények. Minden esetre vannak olyan staphylococcusok is, melyek az Unna által felállított méretnél kisebbek, teszem akkorák, mint a legkisebb morococcus. Még megmaradna a differentia felfelé, melyet azonban ezek után szintén túlzottnak kell tekintenünk. Unnának azon adata, hogy a staphylococcus ellentétben a morococcussal mindig a sejteken kivül található, minden eddigi megfigyelésnek ellentmond. A staphylococcusok ép úgy megtalálhatók a sejtben, mint a sejten kivül. A mi a hólyagcsában való elhelyeződésbeni különbségeket illeti, ezek ellen magának Unnának észleleteit lehet felhozni. Unna histopathologiájában pag. 197 a következőket mondja: A staphylococcusok a legfiatalabb impetigókban a szarúréteg alatt laposan terjednek szét. Az impetigo hosszabb fennállása után s a fehér vérsejteknek elhalása után innen keresztül nőnek a genygóczon radialis irányban lefelé és többnyire vonalak alakjában. Csak hosszú zavartalan fennállás után találjuk egyszer-másszor azt, hogy a genyceseppben egyenletesen oszolnak szét a staphylococcusok.

Ellenben a 261. lapon az impetigo staphylogenes kis pustuláinak leirásában azt olvassuk, hogy a staphylococcusok a szarúréteg alsó felületéről kiindulva „lefelé számra nézve gyorsan apadva és egészben meglehetősen egyenletes elrendeződéssel a genyceseppen keresztül egészen a pustula fenekének közelébe“ hatolnak. „Helyenkint, különösen a magasabb rétegekben, nagyobb csoportokba halmozódnak fel“ „a szarúfedél közepe alatt *is* (!) tömörebb, sürübb mikrococcus tömegeket szoktunk látni.“ De „az elrendeződés ezen módja már a harmadik vagy negyedik napon megváltozik“, „a pustula fenekén egy széles és coccusoktól *aranylag* (!) ment réteg képződik“. „Minden idősebb és nagyobb hólyagban (l. f.) tehát a coccusokat csupán közvetlenül a szarúréteg alatt és a vele szomszédos genyrétegben találhatni.“

A fiatal impetigo-pustulák egyik leirásában tehát az áll, hogy a staphylococcusok subcornealisan helyezkednek el és csak hosszabb fennállás után nőnek be a genygóczba; a másik leirásban meg az van mondva, hogy a staphylococcusok főfészke a geny és hogy a szarúréteg alatti elhelyeződés csak egyik a sok közül, még pedig nem is a legfontosabb, minthogy a mikrococcusok sürübb tömegei itt nem szabályszerűleg fordulnak elő, hanem csak gyakran. Az első leirásnál a subcornealis elhelyeződés a fiatal impetigo hólyagnál említtetik. Ugyanezt csupán az idősebb és nagyobb impetigo hólyagról mondja el Unna, a második leirásnál. Egyébként Unna olyan impetigo-pustulákat is ir le histopathologiájában (pag. 263), melyekben szerinte a staphylococcusok vegetatioja a fehér vérsejtek befolyása folytán gyorsan alábbhagy; ezzel chemotaktikus hatásuk is megszünik. Az ilyen impetigo azért nem is szárad mindjárt be, sőt további transsudatum útján meg is nagyobbodhatik; de benneke ekkor már csak sero-fibrinosus. A geny megritkul, a fehér vérsejtek leülepszenek, vagy mint nagyobb gomolyagok úszkálhatnak körül . . . és „a genycoccusok ez által ismét (!) egyenletesen elosztódnak a hólyagcsában“.

(Folytatása következik.)

TÁRCZA.

Budapest egészségügyi hatósága a tüdővész ellen.

Schermann Adolf, a székes főváros tiszti főorvosa f. é. május havában tette meg javaslatait a tüdővész leküzdésére az ország központjában. Bátran elmondhatjuk, a legközelebbi jövő teendőit e téren mély belátással, kiváló szakértelemmel, s a helyi viszonyokat tekintetbe véve, szerencsés kézzel is körvonalozta. A javaslatok, melyek hivatalos formában kerültek Budapest tanácsa elé, a m. kir. belügyminister 1898. január 26-dikán kelt rendelete szellemének felelnek meg s lényegökben a következők:

A belügyministerium közegészségügyi osztálya által a tüdővész elleni védekezésről inspirált népszerü ismertetés példányai, melyek az alsóbb néprétegekbe is hivatvák belévinni a bántalom terjedését gátló hygienés tanításokat, megküldendők szétosztás végett az összes iskoláknak, betegsegélyző pénztáraknak, munkásegyesületeknek, lelkészi hivataloknak stb. s a napilapokban is — kivonatosan legalább — közzé teendők.

Az egészségügyi szakközegeknek módot kell adni az épitkezéseknél már a terveknek is megfelelő felülbirálására, hogy a hygiene követelményeinek az épités módja, az épület berendezése is eleget tegyen s ezzel az új lakások már eleve helyesen kontempláltassanak. A lakásviszonyokat javítandó, szaporitani kell továbbá a menhelyek számát, növelni a szükséglakásokét, nemkülönben folytatni kell a munkásházak épitését. Nagyobb iparvállalatokat hatóságilag kell rászorítani, hogy munkásaik számára czélszerü lakásokat épitsenek. A kültelki egészségtelenül épült ósdi majorosházak újjáépülését a tulajdonosoknak olcsó hitelhez juttatása útján volna czélszerü elősegiteni. A harmadosztályú pinczehelyiségek használata lakásokul szigorúan eltiltandó, s e tilalomnak minden eszközzel érvényt kell szerezni.

A mühelyek hygienejének pontos ellenőrzésére újabban is felhivandónak mondja a javaslat a tiszti orvosok figyelmét, mivel azonban a kerületi tiszti orvos ezer munkája közt sokszor tényleg physikai értelemben nem rendelkezik elegendő idővel, az iparhatósági megbizottaknak kellene minél gyakrabban egészségügyi mühelyszemléket tartaniok.

Javasolja a tiszti főorvos a főváros egy sereg közterének befásitását, hogy a porképződés is gátolva legyen s a gyermekeknek elegendő egészséges játszóhely adassék (I., III., VIII., IX., X. kerület).

A nép helyes táplálkozásának előmozditására szaporitandók a népkonyhák s az újakat — lehetőleg az iskolákkal kapcsolatban — úgy kell berendezni, hogy azokban szegény tanulók egész éven át elláthatók legyenek megfelelő étellel. Az ingyenes népkonyha-utalványok szétosztása olyan férfiak kezébe volna leteendő, a kiknek a legtöbb alkalmuk van megismerkedni a kerület igazi szegény népével (kerületi választmányi tagok, kerületi orvosok, lelkészek).

Az 1895. évi XLVI. törvényczikk hatáskörébe valamennyi élelmiczikk belévonandó lenne s felette üdvösnek mutatkoznék a kormány sürgős intézkedése külön „tápszer-törvény“ alkotására, hogy a népélelmezés terén az ellenőrzésben még mindig mutatkozó hézagok pótoltassanak.

Olcsó, kifogástalan húst is igyekszik adni a tiszti főorvos javaslata a szegényebb közönségnek. E végből ajánlja, hogy a gyanus minőségü hús átfőtt, gőzzel sterilizált állapotban forgalomba bocsáttassék. Ez úton ugyanis, ha a gőzzel átfőzés hatósági ellenőrzés mellett történik, a nyersen egészségi ártalomként szereplő borsókás vagy gyöngykóros hús is kár nélkül élvezhetővé, táplálékul használhatóvá válik s féláron vagy még olcsóbban méretvén ki, az alsóbb néposztályok hússzükségletét jól fedezheti. A borsókás hús átpárolására a *Becker* és *Ullmann*-féle húsfőzőt, a gümőbacillusok s más bakteriumok elpusztitására a húsban a *Henneberg*-féle vagy még inkább a *Rohrbeck*-féle desinfectort hozza javaslatba, melyek mindjárt a vágóhidon volnának felállitandók.

Az alkohollal való visszaélés ellen a mértékletességi egyesületek gyámolitását ajánlja a javaslat, valamint szaporitani kivánja a nyilvános melegedő helyiségek számát, hogy ne kelljen télszakán a didergőnek a hideg érzését — meleg szoba hiján — pálinkával elaltatnia.

A köztisztaság emelése czéljából kiterjesztendő a köpködés tilalma az összes nyilvános helyiségekre, a hol is köpőládák helyett mindenütt vizet tartalmazó köpőedények állítandók fel.

Igen nevezetes Budapest érdemes tiszti főorvosának az a kijelentése, hogy a székes fővárosnak előbb-utóbb magának is meg kell majd barátkoznia azzal a gondolattal, hogy tüdőbajosai számára gyógyuló-helyet, sanatoriumot építsen. Addig is pedig, a míg az lehetséges, támogatnia kell a *Korányi* professor kezdeményezésére a fővárosban megalakult sanatorium-egyesületet, s idejében kell gondoskodnia róla, hogy az „*Erzsébet királyné-sanatoriumban*“ kellő számú helyet biztosítson a saját betegeinek.

Ráutalván különben a sanatorium-építés dolgában az állam, mint másik legfőbb érdekelt kötelességeire is, a továbbiakban a kötelező bejelentés és fertőtlenítés kérdéseivel foglalkozik a javaslat. Ezeket tüdővész esetén (a beteg lakásváltoztatása vagy halála alkalmával) igen kívánatosnak, de mai viszonyaink között — valószínüleg pénzügyi okokból — ily terjedelemben egyelőre kivihetetleneknek jelzi az emlékirat alapossággával ékes dolgozat. Ellenben a bejelentett tüdővész-halálesetek alkalmával mégis elvégzendőnek tartja a megfelelő desinfectiót.

Az iskolákból a tüdőbetegség előhaladottabb szakában lévő, sok váladékot termelő tanulók tiltassanak ki, hasonlókép ügyeljen a tanintézetek igazgatósága, hogy tuberculosus tanítók be ne szennyezzék az előadó termek levegőjét s félénkségük által a hőingadozásoktól, el ne puhítsák a termek túlfüttetése révén a növendék ifjúságot is.

Az istálló-ügy rendezésére vonatkozó néhány megjegyzés után a javaslat befejezéséhez ér. Meg van benne mindaz, a mit pénzügyi helyzetünk megbir, a mi viszonyaink mellett keresztülvihető a tüdővész terjedésének meggátlására. Hisz Budapest nem költhet évente 144,000 forintot tüdőbetegeinek csak sanatoriumi kezelésére, mint New-York; mi nem állíthatjuk fel az utczáinkon is mindenütt a köpőedényeket a házak falán, mint Norvégország városai teszik; nálunk nem kell a népnek a lóhús, a házinyul olcsó húsa, mert idegenkednek tőle, nekünk tehát úgy és annyiban kell segítenünk az állapotokon, a hogyan és a mennyiben azt a mi sajátlagos körülményeink megengedik.

És teljes joggal elmondhatja magáról *Schermann* tiszti főorvos elaboratuma, hogy a mi nálunk keresztülvihető, azt jól megfontolva, alapos mérlegelés után, mind belevonta javaslatai körébe, s ha a székes főváros tanácsa a maga egészében elfogadja, az igének testté válásáról gondoskodik, úgy meglészen ezen a téren is a haladás s utczáinkat nem fogja nap nap után 15,000 tüdőbajos a genyesztő és specifikus mikrobák millióival elárasztani.

Kuthy Dezső dr.
e. magántanár.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

A. Mosso: Der Mensch auf den Hochalpen. Leipzig, Veit & Comp. 1899. 480 oldal. 68 szakszerű rajz, 59 egyéb illustratio, főleg tájképek a hegyek világából.

Nagy fordulatot jelent a klimatologiában a hirneves turini physiologus könyvének megjelenése; módosítani fogja physiologiai felfogásunkat és a lélekzés chemiáját, a sejtélet viszonyát az oxygenhez illetőleg; ellenben mintegy a divatos áramlatnak, a fin de siècle szellemének hódol, mikor az idegrendszer fáradásának tüneményeit a ritka levegőben is tanulmányozza, a testi fáradtság létrejövetelében megjelöli az idegrendszer szerepét s azon végzi, hogy a hegyi betegség nem egyéb, mint a vér chemiai összetételének megváltozásából eredő vagus paresis s a kóros jelenségek legnagyobb része a nyultvelő idegközpontjainak alteratiojából származik.

Nagy fordulat a hatalmas mü végeredménye a klimatologiában azért, mert sikeresen betetőzi, sőt egy egész új, kardinalis tétel felállításával meg is toldja azt a tudományos mozgalmat, a mely *Claud Bernard* nem kevésbbé nagynevü utódjának a Sorbonne tanszékén, *Paul Bert*-nek tanításával már kezdett volt szembeszállani. A levegőnyomásról megjelent munkájában a párisi physiologus — a ki különben mint Tonkin kormányzója halt meg — azt állította volt, hogy a barometer-állás 200 mm.-nyi csökkenése mellett (tehát 550—560 mm. kénesö-nyomásnál) a vér már nem birja a megritkult, O-je fogyott levegőből a kellő éltető gázt, az elegendő oxygent felvenni s így a szervezet O deficitbe jut, az animalis élet „belső égése“ fogyatékossá lesz. Ezen tannak kezdetben általános elfogadottsága bőven megmagyarázza, mennyire kaptak a physiologusok a *Viault*-féle észleleten, mely Peru és Bolivia 4000 méteren felüli magaslatai között az ott élő emberek egy-egy mm^3 vérében a vörös sejteket jelentékenyen nagyobb számban jelenlévőknek mutatta ki, mint az az alföldség lakóinál megállapítva van. Ezzel meg voltak mentve szegény fensíklakók s nem kellett pl. Mexikó városát (2274 m.) az ő 330,000 lakosával a *Yourdanet* anoxyhaemiájától félteni. *Miescher* már formulázza is, hogy az a magaslati klima a legjobb, a mely a legnagyobb haematopoëtikus reactiót birja létrehozni s az 500—600 m. szintáján fekvő gyógyító helyek prospectusai már szinte készülnek vastag betükkel kiirni, hogy hány 100,000-rel emeli fel a vérsejtek számát az ő levegőjük, mikor lassankint kitünik, hogy a *Viault-*, *Mercier-*, *Miescher-*, *Wolff-* és *Koeppe*-féle vérlelet, a vörös vérsejtek számának tetemesebb előfordulása a hegyeken vizsgált köbmillimeter vérben egy kis hideghatás, egy kis szélhatás, részben fokozott vízveszteség, részben — és úgy látszik, főkép — peripheriás erythrocytosis, a vér alakos elemeinek megváltozott eloszlásából eredő valami, szóval minden inkább, csak nem rohamos megszaporodása az oxygenszállító „hajócskák“-nak. De mire való is volna ez, mikor *Fraenkel* és *Gepperl* kimutatják, hogy *Paul Bert* methodusai, a mikkel dolgozott, tökéletlenek voltak s beigazolódik, hogy a vér 410 mm. kénesőnyomásig, a minő alacsony tehát nincsen a Montblac, Európa legmagasabb hegyének tetején sem, egészen jól el birja magát látni a szükséges O-nel, sőt *A. Mosso* a hegyi betegségről is kimutatja, hogy annak létrehozatalában sem az O szükség szerepel, melybe csak 7000 méter körül kezd belejutni a szervezet, hanem a vér normalis CO_2 mennyiségének a megfogyatkozása. Ez azután elvonja az idegközpontoknak az élet első perczétől megszokott ingere egy részét, alászáll a nyultvelői centrumok müködése, lélekzési pausák állanak be, a vagus paresise jelentkezik szapora pulsussal, csökkent lélekzés-számmal, émelygéssel, hányással, nyelési nehézségekkel, nagy levertségérzettel, mint a vagusa metszett kutyán a kisérlet tükörképben adja.

A. Mosso könyve 22 fejezetben vezet végig az élettani kisérletek, megfigyelések szinte végtelen során, közbevetve mindenütt a maga solid, csendes observatiojának szerény megjegyzéseit, a melyek azonban azt is, a ki öt személyesen nem ismeri, nem egyszer bizonyára csodálattal fogják eltölteni gondolkodásának egyszerüsége, közvetlensége, logikájának hajthatatlansága által.

A fáradás jelenségeinek bemutatásán kezdi. A testi megerőltetést rosszabbul türjük a ritka levegőben, mert a fáradásban elől jár az idegrendszer kimerülése s ezt a ritka levegő is bágyasztja. Viszont a testi kifáradás útját egyengeti a hegyi betegségnek, a csekély mozgás (a hiányzó szénsavnak pótlása!) gátolja a tünet kifejlődését. Végig megyünk a szivmüködés és vérkeringés viszonyain, a lélegzés mechanismusának viselkedésén a hegyek között. Könnyebben fárad ott a szív is, a lélegző-izmok is. A lélegzés chemiáját azonban nem ez változtatja meg. Annyira luxus-lélegzést viszünk végbe a síkföldön, hogy a ritka levegő kevesebb oxygenje még a lélegzés csökkent intenzitása mellett is elég; a már említett nagyobb CO_2-veszteség a lényeg. Ezzel jut a szervezet abba az idegingere-fogyott állapotba, a mit *Mosso* akapniának nevez. Az égés ugyan, egy olajlámpa égése pl. lassabban folyik a ritkított levegőben, ugyanaz a lámpa ott kevesebb olajat használ el az időegységben; de az emberi és állati szervezet kevésbbé érzékeny az O-fogyás iránt, sőt a szentjánosbogár phosphoreskáló fénye, ha az üvegborító alul a levegő egy részét kiszivattyúzzuk, intenzitásban emelkedik!

A könyvvel, melynek gazdag tartalmáról még csak a fejezetek czímeinek felsorolása útján sem adhatunk — tér hián — számot, nemcsak a tudomány nyert, hanem a nép testi nevelésének őrei is intést, figyelmeztetést kapnak benne, az alpinismus emelésére,

a hegyi turistaság terjesztésére, mikor kimutatja, mily hatalmas factora a józan határok közt tartott hegyjárás a testi épség és erő gyarapodásának, hogy a hegyi betegség is annál kevesebb, enyhébb lesz, minél inkább fejlődik a training, mert az idegrendszer is ahhoz a CO_2-ben szegényebb vérhez mindjobban fog birni alkalmazkodni.

Függelékeiben a mű a Monte Rosa csúcsán épülő observatoriumról ad számot, melylyel egy mélyebb niveauban tervezett internationalis használatra bocsátandó nagy physiologiai laboratorium lesz összeköttetésben, azután leir egy 4560 m. magasságban lefolyt pneumoniát s végül az e szintájon fekvő Margit-menedékházban az 1894-diki Mosso-féle tudományos havasi expeditio alkalmával gyüjtött meteorologiai feljegyzéseket adja s egy sereg táblázatot közöl kisérleti adatok hemzsegő számaiból.

A magyar orvosközönség kedvéért említjük csak fel, hogy az eredetileg olasz nyelven megjelent s valószinüleg minden müvelt nyelven napvilágot látó műben magyar szerző idevágó dolgozatai s egy fényképfelvétele is megfelelő helyet nyertek.

A díszesen kiállított munka Margit királynénak, Olaszországban a hegyek kultusa nagy pártfogójának van ajánlva.

Kuthy dr.

II. Lapszemle.

Az orbáncz kezelése metakresolanytollal. (Közlemény Löffler dr. tanár greifswaldi hygienikus intézetéből, Koelzer Vilmos dr.-tól.) *Loeffler* tanár Greifswaldban beható vizsgálatoknak vetette alá azon készitményt, melyet *Helmers* az *ichthyolból* nyert és „*Anityn*“ névvel jelölt meg, s melynek jelenlétével több erős fertőtlenitő testet vizes oldatokban a bőrre és nyálkahártyákra lehet alkalmazni. Először állatkisérleteket tett és megfigyelte a házinyulak fülén streptococcusok által müvileg előidézett orbáncz lefolyását; ha az orbáncz tovább ment, *Pravaz-fecskendővel* a metakresolanytol 1—3%-os oldatát *fecskendezte be* a környékén naponta négyszer, vagy pedig az egész fület ecsetelte be a hasonló oldattal. Az eredmény az volt, hogy az orbáncz *local nem terjedett tovább* a befecskendezés után, a beecsetelt helyen pedig nem *ment tovább azon határnál*, mely a *kezelés elején megállapitható* volt. Miután az állatkisérletek ily jó eredménynyel jártak és a metakresolanytol alkalmazása az *ember bőrére* káros hatással nem volt, a nevezett szer emberi orbáncz 5 eseténél is megkisértetett, de csak *ecsetelések* alakjában, melyek eleinte 20—30 perczig, később két óránkint 10—15—20 perczig eszközöltettek, de 3—7 cm.-rel a beteg részen túl az egészséges részen is tétettek. Ezen 5 eset közül kettőnél a beecsetelések 1—2 nap alatt megakadályozták az orbáncz tovaterjedését, a többi súlyosabb esetnél is kétségtelen volt az orbáncz befolyásolása a készitmény által. Ebből természetesen határozott következtetést az említett kezelésmód gyakorlati értékére nézve levonni még nem lehet, de okvetlenül kivánatos, hogy az számosabb kisérletek által behatóbban tanulmányoztassék. (D. Med. Wochenschrift 1898. Nr. 34.)

Epileptikus betegeknél néha nagyon hosszú rohammentes időszakok észlelhetők. Néhány ilyen esetet közöl újabban *Sinkler*. Egy betegnél az első fogzáskor jelentkeztek az első rohamok, melyek 8 éves koráig ismétlődtek; ettől kezdve 37 éves koráig, vagyis 27 éven át szüneteltek a rohamok, a mikor ismét jelentkeztek és rövid időközökben ismétlődtek. Egy másik esetben az első rohamok a nőbeteg 28 éves korában jelentkeztek és 2—10 hetenként ismétlődtek, mindig éjjel, 46 éves koráig, a mikor teljesen megszüntek és csak 12 év mulva léptek fel újból. Egy harmadik beteg 7 éves korától szenvedett epilepsiában; 17 éves korában megszüntek a rohamok és 21 éven át szüneteltek. Végül egy negyedik betegnél az epileptikus rohamok 10 éves korában jelentkeztek és tartottak 27 éves koráig, a mikor megszüntek, hogy 21 év mulva újból fellépjenek. Ezen esetek is bizonyítják, hogy az epilepsia meggyógyulásáról tulajdonképen sohasem szólhatunk, mert még nagyon hosszú idő mulva is újból előállhatnak a rohamok. (Journal of nervous and ment. diseases, 1898. augusztus.)

Bright-kóros betegeknél *Morosov* újabban a lichen islandicust használja mint diureticumot, állitólag nagyon jó eredménynyel. 4—8 grammból főzetet készített 180 gramm vízzel és ebből vétet be 2 óránként egy evőkanálnyit. Megjegyzendő, hogy egyidejüleg tejdiaetát is rendel. (Semaine médicale, 1898. 58. sz.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1899. január 20.

— **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1898. január 1-dikétől 1898. január 7-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 436 gyermek, elhalt 315 személy, a születések tehát 121 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2505 beteg, szaporodás 874, csökkenés 775, maradt e héten végén ápolás alatt 2604. — Nevezetesdbb halálokok voltak: croup 4, roncsoló toroklob 7, hökhurut 1, kanyaró 7, vörheny 1, himlő —, typhus abdominalis 8, gyermekágyi láz 1, influenza 2, egyéb ragályos betegségek 3, agykérlob 19, agyvérömleny 8, rángások 15, szervi szívbaj 20, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 48, tüdőgümő és sorvadás 46, bélhurut és béllob 13, carcinomata et neoplasmata alia 7, méhrák 2, Bright-kór és veselob 6, angolkór 2, görvélykór 4, veleszületett gyengeség és alkathiba 21, aszkór, aszály és sorvadás 2, aggkór 17, erőszakos haláleset 4. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1899. január 8-dikától január 14-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 38 (meghalt 2), himlőben — (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 15 (meghalt —), vörhenyben44 (meghalt 1), kanyaróban 154 (meghalt 5), roncsoló toroklobban és torokgyikban 28 (meghalt 5), trachomában 15, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 3 (meghalt 1), orbánczban 16 (meghalt —), gyermekágyi lázban 2 (meghalt —).

— **Orvosdoktorokká felavattattak:** 1898. november 28-dikától 1899. január 10-dikéig: Téri Zsigmond Budapest, Pestm.; Löbl Vilmos Bedegh, Tolnam.; Winkler Jakab Jenő Avas-Ujfalu, Szatmárm.; Goldberg Arthúr Heves, Hevesm.; Holczer Zsigmond Gelse, Zalam.; Limbacher Rezső Pozsony, Pozsonym.; Varga István Martonvásár, Fehérm.; Krausz Oszkár Budapest, Pestm.; Korbuly Dezső M.-Bánhegyes, Csanádm.; Kertész Hermann Ármin Arács, Zalam.; Wachsler Ede Budapest, Pestm.; Schwarz Alajos Krusetnicza, Árvam.; Benkő Mór Székhalom, Nógrádm. és Kohn Emil Szeged, Csongrádm.

△ **A brüsszeli venereás nemzetközi congressuson** a magyarországi viszonyok elreferálására *Róna Sámuel* rk. tanárt kérte fel a rendező bizottság.

— **Pető Lipót** dr. szolnoki gyakorló orvost az igazságügyminister az ottani kir. törvényszék területén felmerülő törvényszéki orvosi teendőknek második törvényszéki orvosi minőségben való minőségben rendes ellátásával bizta meg.

— **A tiszti orvosi vizsgák** Budapesten márczius hó 6-dikán veszik kezdetüket.

—r. **Fogászati kursusokat tart** Antal János dr., az Irgalmas-kórház fogászati osztályának főorvosa, az egyetemi fogászati klinika volt tanársegédje. Megkeresések intézendők: Buda, Zsigmond-utcza, Irgalmas-kórház.

+ **A II-dik női klinika szülészeti poliklinikumának** segélyét 1898. deczember havában — mint az igazgatóság tudósításából halljuk — 99 esetben vették igénybe. Egész évben a folyó esetek száma 1825-öt, a gyermekágyasok látogatásainak száma 3134-et tett ki.

+ **Megjelent.** *Marczali Henrik Nagy képes világtörténetének 7. 8. és 9-dik füzete.* A 7-dik füzetben van a híres Memnon-szobor színes képe, a 8-dik füzet pedig a *khititák* történetével foglalkozik, a 9. pedig az assyrok történelmét kezdi meg. Egy-egy füzet ára 30 kr. Kapható minden hazai könyvkereskedésben.

— **A budapesti császárfürdőben** 1898. év januártól deczember 31-dikéig 1078 személy lakott és 388,716 személy fürdött.

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

Téli kúra
a Szt. Lukács-fürdőben
BUDAPEST.
Rheumatikus bajok, köszvény, neuralgiák, ischias stb. ellen. **Nagy kénes iszapfürdő,** külön fürdők. Massage, gépgyógyászat. Lakás és teljes ellátás; (közepes ár 25 frt hetenként). Lift. Meghülés kizárva. Prospektust ingyen küld az **igazgatóság.**
A fürdő rendelő-főorvosa: **Dr. Bosányi Béla.**

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 mellet **napi négy forintért** vétetnek fel. Bővebbet 1/22—1/2-4ig járóbeteg rendelőjében, Budapest, VI. ker., Eötvös-utcza 23. szám.

Falta dr. *szem- és fül-sanatorium. Szeged*, Laudon-utcza és Marstér sarkán. Folytonos orvosi felügyelet, lelkiismeretes gondozás és ápolás, igen jó ellátás- Külön szobák. Mérsékelt díjszabás. Külön trachomaosztály. Telefon 293. Kivánatra útmutató.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Magyar Tudományos Akadémia. (III. osztály ülése 1899. január 16-dikán.) 46. l. — Budapesti kir. orvosegyesület. (I. rendes ülés 1899. január 7-dikén.) (II. rendes ülés 1899. január 14-dikén.) 46. l. — Közkórházi orvostársulat. (XVI. bemutató szakülés 1898 deczember 7-dikén.) 49. l. — Szegedi orvos-egyesület. 50. l.

Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1899. január 16-dikán.)

Elnök: **Than Károly**; titkár: **König Gyula.**

Orvosi érdekű előadások voltak.

1. **Plósz Pál** lev. tag mutatta be **Doktor Károly** és **Pozsonyi Jenő** dr.-okkal együtt végzett dolgozatát: **Kisérleti vizsgálatok, melyek arra mutatnak, hogy a tápszerekkel bevett szénhydratokból a májban glycogen mellett zsírok is képződnek.**

A dolgozat eredményei a következőkben foglalhatók össze:

1. Ha nyulat 5—6 napig koplaltatunk, akkor bélhuzamának bolyhói, valamint májsejtjei mentesekké válnak oly zsírnemű anyagtól, mely mikroskop alatt hyperosmiumsavval a zsír reactióját adja.

2. Ha a koplalás által előkészített nyúlnak, melynek mája (az osmium-reactio tekintetében) zsírmentessé vált, zsírmentes zabot, keményitőt vagy czukor-oldatot adunk és 3—5—7 vagy több etetés után leöljük — bélhuzamának bolyhói zsírmentesek maradnak, májában ellenben glycogen mellett osmiumsavval felismerhető zsír található. A szénhydratokból tehát a bélhuzam falában nem, de a májban glycogen mellett zsír képződik.

2. **Laufenauer Károly** lev. tag mutatta be dolgozatát **„A haematidrosis szövettanáról.“**

A vérizzadás pathologiai jelentőségét illetőleg az összes búvárok két egymással mereven szemben álló táborra oszlanak.

Magnus Huss és vele sokan mások a vérizzadást a haemophiliához sorolják és azt tartják, hogy hajszáledények megrepedése okozza a vérnek az izzadsággal való elegyes megjelenését.

Ezzel szemben áll Parrot nézete (és ezt vallja ma a szerzők legnagyobb része), ki a vérizzadást a neuropathiás vérzések közé számítja, és azt hiszi, hogy hasonló esetekben edénymozgató úton létrejött átszűrődésről, diapedesisről van szó.

Tittel volt eddig az egyedüli, ki a controvers nézetek közepette meggyőző szövettani leletet tudott felmutatni. Esetében — egy 20 éves férfiúnál — vérsejteket talált a veriték-mirigyek kivezető csövében.

Előadó klinikáján 1891-ben egy haematidrosisban szenvedő beteg tartózkodott, kinél különös véletlen folytán műtét vált szükségessé ép a vérző helyen. Igy lehetségessé vált a szövettani vizsgálat, melynek eredménye a következő:

1. Edényrepedésre valló vérömleny a bőr rétegeiben nem találtatott még az izzadság-gomolyok közelében sem; 2. ellenben vér található az izzadság-gomoly járataiban és pedig a secernáló, egy réteg hámsejttel bélelt járatokban is.

Ezen leletből következik, hogy a vér tényleg diapedesis útján jő a környező edényreczéből a mirigy lumenébe; semmi kétséget sem szenved a klinikai tünetek alapján is, hogy a vérzés vasomotorius eredetű.

3. Ugyancsak ő mutatta be **Schaffer Károly** dr. egyet. m. tanár, a szegényház rendelő orvosának következő czimű dolgozatát: **„Adatok a gerinczvelői hátsó köteleknek a terjedő hűdéses elmezavarral kapcsolatos elfajulásáról“**, melyben szerző a következő eredményekhez jutott:

1. A paralysisnél fellépő hátsó kötélbeli elfajulások kétféle módon lépnek fel: *a) elektiv-systemás módon*, midőn az elfajult területek alakilag teljesen megfelelnek a *Flechsig* által kideritett velősödési zónáknak a hátsó kötelekben és *b) sommás-gyöki módon*, midőn az elfajult területek a hátsó gyökök másodlagos elfajulásának megfelelőek.

2. Ugyane két módon folyik le a tabesnél a hátsó kötélbeli elfajulás.

3. Ezek után a paralytikus és tabeses hátsó kötélbeli elfajulás morphologiai szempontból azonosnak mondható; közöttük csupán az a különbség áll fenn, hogy a paralytikus degeneratiója a gerinczvelőnek az eseteknek túlnyomó számában sokkal fiatalabb, frisebb, mint a tabesé.

4. Ugyancsak ő mutatta be **Hajós Lajos** dr. intézeti segéd részéről **„Az agybeli finom elváltozásokról nehézkórban szenvedőknél“** szóló értekezést górcsői rajzok kapcsán.

Hajós dr. dolgozatában négy nehézkórban meghalt egyén központi idegrendszerének kórszövettani vizsgálatáról számol be 80 irott oldalon, melyhez még 5 tábla színes rajzot is csatol.

Egybehangzóan számos eddigi búvár kimondásával Hajós dr. is a nehézkórra nézve typikusnak mondható kórboncztani elváltozások székhelyéül az Ammon-szarvakat mutatja ki.

A nehézkórra nézve typikus durva kórboncztani elváltozást az Ammon-szarvak sclerotikus sorvadásában irja le, melynél nehézkórra sokkal kevésbbé charakteristikus az egyes eseteknél található vizenyős ágyulás.

Maguk a finomabb kórszövettani elváltozások is sokkal jellegzetesebbek a sclerotikus Ammon-szarvaknál, mint a lágyultaknál.

Szerző kórszövettani vizsgálatainál fősúlyt a Nissl-féle sejtfestési módszerre fektetett, melylyel egyrészt a dúczsejtek legfinomabb structuralis változásai is exacte vizsgálhatók, másrészt épen ezen módszer az, melylyel a központi idegrendszer nehéz kóros elváltozásai mindeddig a legkevésbbé lettek tanulmányozva, és igy ezen hiány utánpótlása jelenleg a legégetőbb szükség. Tekintetbe vétettek ezenkivül az eddig használatos szövetfestési eljárások is, mintegy a Nissl-féle vizsgálatok controljai gyanánt.

Vizsgálatainak fontosabb eredményei pontokba szedve a következők:

1. Az epilepsiának legjellegzetesebb kórboncztani elváltozását az Ammon-szarvak sclerosisában kell keresni, mely egyúttal ezen agyrészlet különféle fokú és qualitású finomabb szöveti elváltozásaival jár karöltve.

2. Ezen szöveti elváltozások durvább részét a többnyire constatálható ependymitis, továbbá többé-kevésbbé gazdag véredény újképződés, végül a gliaszövetnek, nevezetesen pedig a gliasejteknek túltengése, felszaporodása képezi.

3. A finomabb szöveti változások kivétel nélkül az idegsejtes alakelemekre vonatkoznak, és azoknak különféle fokú és természetű destructiv folyamataiban állanak, melyek a fokozati skála innenső oldalán érintkeznek a teljesen ép sejtekkel, annak túlsó végpontján pedig a sejt nyomnélküli eltünését látjuk.

4. Az idegsejtek degenerativ változásai négy uralkodó typust mutatnak, melyeket szerző következőleg nevez el: *sejtsclerosis, ganglioklastos elváltozás, szemcsés feloszlás, végül a vizenyős duzzadás.* Legnagyobb számban ezek közül az első két sejtmegbetegedési alakot látjuk képviselve, melyek közül a sclerosis a sejt töpörödése és mélyebb festődése által van jellemezve, mig a ganglioklastos elváltozás abban áll, hogy az idegsejt körül felszaporodnak a gliasejtek, melyek a sejt testét kivájják, részben bele is furakodnak, és mely megtámadásra az idegsejt chromatinpálczikáinak szemcsés szétporladásával, majd teljes eltünésével reagál. Sokkal gyérebb számban található a másik két elváltozási alak, melyek a nehézkórra kevésbbé is jellegzetesek; ezek közül a szemcsés feloszlás a chromatin szemcsés porladása és a sejtmag eltünése által van jellemezve, melylyel karöltve az idegsejt külső határai kifoszlanak, és a sejt helyét egy elhatárolatlan szemcsés felhő foglalja el. Még ritkább a vizenyős duzzadás alakja, mely az idegsejt tetemes megduzzadásával jár, mialatt a sejt finomabb szerkezete ködszerűen elhomályosodik, mintha egészben ki lenne áztatva.

5. Az idegsejtek elváltozásának legnagyobb fokát egyes teljesen kopáran maradt szigetek mutatják, melyek leggyakrabban a loborsejtek rétegében és a fascia dentata soknyúlványú sejtjeinek fészkében találtatnak.

5. Szintén ő mutatta be **Ranschburg Pál „Adatok a hysteriás mozgási hűdések psychologiájához“** czimű tanulmányának eredményeit, melyek a következő pontokba foglalhatók:

1. A hysteriás mozgási görcsök és görcsös hűdések összes alakjai egyazon alapból: a görcsös hajlamosságból (diathèse de contracture) magyarázandók.

2. Mindezeknek jellege makacsságuk mellett a változékony és visszás viselkedés.

3. A hysteriás görcsös hűdések az öntudat hasadásából magyarázhatók. Az „én“-től elhasadt mozgató képzetek a társitás gátló hatálya alól felszabadulván, korlátlan mozgató hatást fejtenek ki, minek klinikai nyilvánulásai a contracturák. Az akarat nem férvén hozzá a kihasadt mozgató képzetekhez, létrejön a contracturával egyidejűleg fennálló hűdéses izomgyengeség.

4. Az összes tünetek megfejtésére ez a pusztán psychologiai magyarázat ép oly elégtelen, mint a pusztán boncztani magyarázat, mely a görcsös hűdésekben csak a mozgató sejtek kóros ingerlékenységét látja. A megfejtést csak a két álláspont egyesitése adja meg.

5. Az öntudathasadások — ellentétben a mai, tisztán psychologiai felfogással — szigorúan az agyidegrendszeri localisatio törvényei szerint történnek.

6. A hysteria magyarázata körül folyó harcz a spiritualismus küzdelme a materialismussal. A tudományos kutatás eredménye: a psychophysikai parallelismus.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(I. rendes ülés 1899. január hó 7-dikén.)

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

(Vége.)

Goldzieher Vilmos: Az előtte szólók könyezésről beszéltek összeköttetésben a gangl. Gasseri kiirtásával. Ezen esetekben könysirásról kell szólni, mert a könyezés vagyis a könyelválasztása a conjunctiva

részéről nem a facialistól függ vagy a trigeminustól, hanem a conjunctiva edénymozgató idegeitől. Szóló azt mondotta, hogy a könyezés a könymirigyből és a conjunctivalis tractusból származik. Csak a könymirigyet látja el a VII. Ha az ilyen betegek könyeznek, nem bizonyít sem a VII. befolyása mellett a könyezésre, sem ellene. Ha a beteg nem tudott sírni psychikusan, nem bizonyít, de mégis úgy értesült szóló *Jendrássik-tól*, hogy a beteg mégis sírt egyszer, ámbár kisebb mértékben. Hogy a VII. és V. közti pályák sértve lettek, érthető. A psychikus sirást nem lehet reflectorikus úton kiváltani. Ha a beteg mégis sírt, akkor a psychikus sírás nem függ össze a trigeminussal. Mert a sirás nem más, mint secretorikus mimikus tevékenység és ez a VII-től függ.

Donáth Gyula: A Gasser-féle dúcz kiirtása egy pathologiai kérdés némi tisztázásához hozzájárul, a mennyiben úgynevezett hemiatrophia facialis progressiva közelebbi okára nézve az idegtörzsi eredetet kizártnak tekinthetjük. Ezen betegségről, mely tudvalevőleg nemcsak az egyik arczfélre szorítkozik, hanem mindkét arczfélen előfordulhat, sőt a test más területén is, Romberg óta előszeretettel felveszik, hogy azt a trigeminus laesiója okozza. A mióta az utóbbi időben a nyaki sympathikust különösen epilepsia és morb. Basedowi számos eseteiben — és szóló is ily 5 esetben eszközöltette — átmetszették, sőt egész kiterjedésében resecálták, a nélkül, hogy utána arczatrophiát észleltek volna, világos, hogy az arczbeidegzők közül, sem a nyaki symphaticus, sem a trigeminus laesiója nem okozza a hemiatrophia facialist; hogy azt végre a n. facialis sem okozza, eléggé ismeretes a facialis peripher hűdéseiből. A ganglion Gasserinek egyébiránt nincs semmi köze sem a könymirigyelváltozáshoz, sem a szem táplálásához, és azt hiszem az érzéshez sem. Az eléggé kiviláglik az esetek szép számából, melyek fölött *Krause* óta rendelkezünk. Az érzést a nyelv mellső kétharmadában úgy látszik, hogy a chorda tympaniban elfutó portio Wrisbergii közvetiti, melyet a 13. agyidegpárnak tekinthetni. A kérdés tehát most csak az, vajjon a hemiatrophia facialist a koponyacsontokban elhelyezett sympathicus dúczok laesiója okozza-e, vagy pedig mint Möbius és szóló is véli, hogy azt valamely diffus infectiós processus létesiti, függetlenül az idegek és véredények lefutásától.

Abonyi József: Előadó azt is mondta, hogy az alsó állcsontra kiterjedő fájdalmai is voltak a betegnek, kérdi szóló, hogy a fogak épek voltak-e vagy nem s ha nem, szuvas, vagy lobos folyamat volt-e?

Jendrássik Ernő: Csak pár szóval óhajt *Donáth* megjegyzéseire reflectálni. Nem fogadhatja el a *Weisberg*-ideget mint érző ideget, ez minden valószinűség szerint csak egy ramus communicans s a zsigeri ganglion geniculi összeköttetése a központi idegrendszerrel. Ezt bizonyítják az arczidegnek az említett ganglion felett támadt sérülései, valamint nehány igen tanulságos eset, ezek között *Kétlié*, a melyekben a trigeminus második vagy harmadik ágának sérülése a nyelv elülső felében ép olyan ízérzés bénulást okozott, a milyent chorda tympani megbetegedésében észlelünk. A hemiatrophia facieit illetőleg pedig ezen eseteket nem lehet értékesiteni, ezen kóralak csak fiatal korban támad, a Gasser-dúczot pedig csak idősebb egyéneken irtották ki. *Möbius* szerint a hemiatrophia a bőrben lefolyó bántalom s ezen felfogásban *Donáth* is osztozik, szóló azonban épen a sorvadásnak féloldalra szorítkozásában nagyon hatalmas okot lát arra, hogy a sorvadást idegbefolyásnak tulajdonitsa, hiszen pl. a felső és alsó ajkon a vérerek összefolynak, a bőr sincs elválasztva, mégsem megy át a bántalom egyik oldalról a másikra. A legtanulságosabb e tekintetben azon eset, a melyet *Tordai* mutatott be, szóló maga is tanulmányozta, s a melyben a hemiatrophia a glans penisen is igen kifejezett volt.

Dollinger Gyula: A beteg 18 éven át küzdött neuralgiája ellen s igy nem tudja szóló, volt-e fogbaja, ha pedig azóta romlottak el fogai, ez az adat nem volna értékesithető.

Az epilepsiás vándorösztönről (Poriomania).

Donáth Gyula: Előadó három férfibeteget ismertet, kik időnkint ellenállhatatlan vándorhajlamot mutatnak. Látszólag normalis állapot közepette, mikor munkájuknak vagy hivatásuknak kifogástalanul megfelelnek, vagy pedig némely esetben kezdeti, rövid ideig tartó könnyű depressiós állapot után, hirtelen otthagyják foglalkozásukat és otthonukat és napokig, sőt hónapokig is vándorolnak. Ezen betegek egyike ilyen állapotában Amerikába utazott és egy havi ottléte után ismét hazatért. Ezen vándorlásukra, melyről senkit sem értesitenek, könnyű szivvel és jó kedvvel indulnak, néha azonban ez testi jelenségek kiséretében történik, úgymint: fejfájás, vasomotorikus zavarok (forróság, pir és lüktetés az arczban), máskor pedig a roham a betegnek megváltozott jellemében nyilvánul. Feltünő ezen vándorlásoknál az éhség és hidegség érzetének tompulása, egyike ezen betegeknek azonban nagyon szomjazott s szomját csak vizzel csillapitotta. Vándorlásaik közben senkinek sem tüntek fel és a rendőrséggel nem volt dolguk. Ezen vándorlásukra néha pénzzel is ellátják magukat, olykor tiltott módon. Ezen vándorösztön megszünte után ismét hazatérnek; ezen cselekvésük azután elég gyakran idegenszerűnek tünik fel előttük és akkor mély bánat és boszúság fogja el őket, úgy hogy öngyilkossági eszmékkel és kisérletekkel is foglalkoznak. Előadó már mindjárt az első betegnél, ki 8. életévében súlyos koponyasérülést szenvedett és a ki első vándorlásait már a reá következő évben vitte véghez, a diagnosist *psychikus aequivalensre* állitotta fel és a közkórházi orvostársulat 1897. április 20-diki ülésén be is mutatta, tehát mielőtt még Schultze E. hasonló három esetét a német elmeorvosok évi gyülésén Bonnban (1897. szeptember 16—17.) ismertette volna. Előadó második betegénél aetiologiai momentum nem volt kimutatható, a harmadik betegnél kisfokú microcephalia volt jelen. A legérdekesebb azonban ez esetekben, mit előadó különösen kiemel, *a kimutatható öntudatzavar vagy amnesia teljes hiánya;* igy pl. az egyik beteg tudta vándorlásának minden egyes mozzanatát, mig a másik betegnél az egész vándorlás tartama vagy annak egy némely időszaka alatt könnyű homályállapot volt jelen. Szerző e megfigyelései alapján az öntudatzavart vagy amnesiát nem fogadja el, mint az epilepsiának illetve psychikus aequivalensnek állandó tünetét, ez szerinte csakis a quantitativ viszonyoktól függ, vajjon az inger, mely az agykérget illeti, oly erős és oly kiterjedésű-e, hogy teljes eszméletlenség vagy csak öntudati zavar áll be, vagy pedig az öntudat érintelen marad. És ez nemcsak az öntudat különböző fokozataiban nyilvánul, mint ezeket a különböző psychikus aequivalenseknél észlelhetni, hanem — mint szerző kimutatja — abban is, hogy pl. a Jackson-féle epilepsiánál, mig a görcsök az ugyanazonoldali izmokra szoritkoznak, az öntudat intact marad, mihelyt azonban azok a tulsó oldalra is átcsapnak és a partialis epilepsia általánossá válik, akkor elvész az öntudat is és akkor az általános epilepsia nem különbözik semmiben sem a genuin epilepsia görcsös rohamától. Előadó mindegyik betege vándorimpulsióiban a reá nézve typikus magatartást mutatja. *Szerző e miatt bármely alakú és bármely eredetü epilepsiás rohamot az agykéreg kóros izgalmának tart, mely hirtelen lép fel, periodikusan ismétlődik, typikusan folyik le és hirtelen szakad m·g.*

E psychikus aequivalensnek úgy pathologiai, mint gyakorlati és törvényszéki szempontból fontos alakja miatt ajánlja szerző: az epilepsiás vándorösztön, poriomania (ἡ πορεία = vándorlás, út) elnevezését. Az impulsio tartamára szerző ezen betegeknél legalább is csökkent beszámithatóságot vesz fel. A gyógykezelése megegyezik az epilepsia gyógykezelésével. Tekintetbe véve, hogy ezen betegek künn az életben tartósan még sem tarthatják fenn magukat, szükségesnek látja szerző valamely intézetben való internálásukat, a hol alkalmuk nyilik hasznos munkát végezhetni.

Semmi nehézségbe nem fog ütközni az epilepsiás vándorösztönt a gyenge elméjűek és idioták barangolásaitól megkülönböztetni, a kik mindig egyenletes intelligentia hiányt mutatnak, továbbá a paralytikusok és alkoholisták vándorlásától is, a kiknél somatikus tünetek is vannak és a előbbieknél inkább *eltévedés tájékozatlanság* következtében fordul elő, valamint a hystero-epilepsiások vándorlásától is, a kiknél a homályállapotban véghezvitt vándorlásukra való visszaemlékezés hypnosis által ismét előidézhető. Végül a psychikai kényszerállapotoktól (anancasmus) az által különböznek ezen epilepsiás vándorimpulsiók, hogy az előbbiek folytonosak, míg az utóbbiak rohamokban lépnek fel.

Salgó Jakab: Előadó azon bizonyitása, hogy az epilepsiához önkivületes állapot nem tartozik, egy hibában szenved s ez a casuistika hiánya.

A mennyire ki lehetett venni, ezek az esetek nem bizonyítók, bár kár volna egy hallás után és talán teljesen fel nem olvasott kórtörténetből a diagnosis felett vitatkozni.

Az első esetben a cyclikus elmezavarnak tiszta képét vélte szóló kivenni, a másik mikrocephal imbecillis volt. Mindent kivehetett szóló, csak azt nem, hogy kétségtelenül az epilepsiáról volna szó. Az első eset görcsrohamának leirása se volt olyan, hogy abból epilepsiára lehetne következtetni; de ha olyan volna is, nem bizonyitaná a psychosis epileptikus jellegét, mert nem a görcsroham maga bizonyitja valamely eset epileptikus jellegét, mivel ez görcsroham nélkül is fennállhat, sőt még a görcsrohamot is jellemezheti, mint epileptikust az előrement zavar jellegzetes képe: igy a *Jackson*-féle epilepsia sem mondható tulajdonképen epileptikus állapotnak.

A mi az öntudatlanság értékét mint az epileptikus állapot conditio sine qua nonját illeti, azt hiszi szóló, hogy előadó azonositja — s azonositják igen sokan, utolsó ideig szóló is azonositotta — az öntudatlanságot a vissza nem emlékezéssel. Az volt a felfogás, hogy az epilepsia és az öntudatlanság összetartozó s hogy az öntudatlanság egyedüli objectiv ismertető jelét megadta az amnesia.

Vannak esetek, a melyekben az epileptikus közvetlenül a roham után emlékezik a rohamban lefolyt dolgokra, később azután semmit sem tud a rohamról és erről a látszólagos öntudatos állapotról sem. Erre nézve azt mondták, hogy ez a látszólagos öntudatos állapot még a rohamhoz hozzátartozik és ezért fedi ezt is a későbbi amnesia. Tényleg azonban analogiát találunk ezekre az álomképekben, mely analogia bizonyithatja, hogy vannak öntudatlan állapotok, mint a milyenben az álomképek is lefolynak, melyekre az emlékezés részben, de egészben is megmaradt nemcsak közvetlen az öntudatlan állapot megszüntével, hanem későbbre is.

Az emlékezethiányt nem azonosithatjuk az öntudatlansággal, melynek belső lényegét nem ismerjük, csak az bizonyos, hogy a legtöbb esetben ugyan jellegzetes az amnesia, de nem minden esetben s hogy vannak határozott öntudatlansági állapotok, melyekre nézve amnesia nem áll fenn.

Nem akar szóló mind erre kiterjeszkedni, mert sajtó alatt van dolgozata, de a levegőben van, hogy rectificálni kell az epilepsia fogalmát.

Az öntudatlanság hozzátartozik az epileptikus állapothoz, de nem csupán az amnesia bizonyitja az önkivületes állapotot; hogy mi lépjen ennek helyébe, ennek fejtegetése messzire vezetne.

Donáth Gyula: Midőn elhatározta, hogy ezen előadást megtartja, tudta, hogy sokan nem fogják elfogadni azon új tételét, mely úgy hangzik, hogy az öntudatzavar ép úgy, mint az amnesia nem képezik szükségképeni attributumát az epilepsiának.

Mindenféle átmeneti állapotok vannak, olyanok, melyek az öntudat teljes felfüggesztésével járnak s a melyekre csak a szokás kedvéért akarjuk rátukmálni, hogy homályos állapotban voltak, de ezek mindenre emlékeznek.

Felhozott szóló eseteket, melyekben partialis vagy semmi amnesia sem volt jelen és hivatkozott *Bechterew* munkájára, a hol kimondatik, hogy az epilepsia aequivalensei előfordulnak félelmi állapotok formájában, a hol semmi zavar nem volt, különben a mit szóló észlelt, azt *Schultze* is észlelte. *Salgó* tagadja, hogy a felhozott esetek valódi epilepsiák lettek volna; az első esetben trauma ment előre, egy görcsrohamot kapott és ezután vándorolt; a másodiknál voltak absenceok, de itt mindenféle átmenetek vannak.

Szóló súlyt helyez arra, hogy a Jackson- és a genuin epilepsia között különbséget nem találunk: a genuin, uraemikus, alkohol, stb. epilepsia között nem ismer különbséget, az epilepsia csak symptoma marad.

(II. rendes ülés 1899. január 14-dikén.)

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

Adatok az aneurysmák gyógykezeléséhez.

Dollinger Gyula: *I. Megrepedt térdalji aneurysma kiirtása a végtag megtartásával.* P. M. 46 éves ács, 1898 tavasza táján a jobb alszárában minden kimutatható ok nélkül bizsergő fájdalmakat érzett, a melyek erős hőérzéssel váltakoztak. Nemsokára a térd aljában egy lúdtojásmekkoraságú lüktető daganatot vett észre, a melyet massage-al kezeltetett, a mire az, a mint mondja, ellaposodott, de daczára annak tovább nőtt, úgy hogy nemsokára a térdét teljesen kinyújtani nem birta, fájdalmai is mindinkább erősebbek lettek, végre 1898. november végével felvétette magát a klinikára. Ekkor már a térdaljában mintegy férfiökölnyi aneurysmát lehetett constalálni, a mely különösen az alszár és a czomb felől éles határokkal birt és a térdet csak 135 fokig engedte nyújtani és 80 fokig behajlitani. A miközben a beteg a műtétre várakozott, egyszerre a jobb alszára erősebben megduzzadt, úgy, hogy a körfogata a baloldali, egészségeshez képest 9 centimeterrel vastagabb lett, a bőr vivőerek rajta megduzzadtak, a bokák környéke vizenyős lett, az aneurysma lüktetése a mellett tartott és lefelé az alszárduzzanatra egy darabon folytatódott. A mellett a beteg láztalan volt, de fájdalmai mindinkább erősebbek lettek, úgy hogy az éjszakát e miatt álmatlanul töltötte. E jelekből az aneurysma megrepedése constatáltatván, a beteget deczember hó 9-dikén megoperálta. A térdalji aneurysmák vagy a térdizületbe vagy a soleus és a mély lábhajlítók közötti résbe szoktak megrepedni. Az antisepsis és asepsis előtti időben szabálynak tekintetett, hogy ha a térdalji aneurysma akár az egyik, akár a másik irányban megreped, a betegnél czombamputatio végzendő. P. Delbert, az 1897-ben megjelent e tárgyra vonatkozó értekezésében azt ajánlja, hogy jelenleg, az asepsis védelme alatt az amputatio előtt tétessék meg a kisérlet a végtag megtartására az által, hogy ha a repedés az izületbe, vagy az izomrésbe történt, az kitárassék, a vér kitakarittassék és az aneurysma kiirtassék. A mennyire a rendelkezésre álló irodalomból kitünik, ezen eljárás eddig még végrehajtva nem lett s miután az eset reá alkalmasnak látszott, Dollinger e szerint járt el. Esmarch-féle vértelenités mellett, narcosisban, a czomb hátulsó felületén az aneurysma felett végigvonuló metszéssel, a mely az alszár izmai között lévő vérkiömlés felett az alszár közepéig leterjedt, az aneurysma tömlőjét szabaddá tette, a felette, a középvonaltól kissé kifelé fekvő térdalji ideget és vivőeret, a melyek az aneurysmáról könnyen voltak leválaszthatók, oldalt tolta, a térdalji ütőeret, a mely a tömlő közepéig annak hátulsó felületén feküdt és csak ott szájadzott beléje, kétszeres lekötés között átvágta, a vérkiömlést a m. soleus alul eltávolitotta és az aneurysma-zsákot tompán kiválasztotta. A zsáknak peripheriás része igen szakadékony volt és igen vékony. Az aneurysma distalis végébe a truncus tibio-peronealis nyilott és igy a műtét után alapos remény lehetett, hogy a collateralis vérkeringés a térdizület oldalsó üterei útján helyre fog állani. A vérkiömlés üregét drainezte. A bőrsebet szűcsvarrattal bevarrta. A műtét befejeztével a láb halavány volt, a hátulsó sípütőér lüktetését nem lehetett érezni, de a lábujjak csakhamar rózsaszinűek lettek s a kinzó fájdalmak a műtét után többé nem mutatkoztak. A végtag kissé felemelt helyzetben, gyengén behajlított térddel helyeztetett el és egynehány napig melegitve lett. 5 nap alatt a csekély bőrvizenyő is elmúlt. A seb p. p. gyógyult. 10-ed nap a beteg a végtagját már 160 fokig tudta kinyújtani, ettől fogva massáltatott, miközben egy izben a draincső sebe megnyilt és belőle még 300—400 gm. alvadt vér nyomatott ki, a mely valószinűleg onnan származott, hogy a massage alkalmával a vérkiömlésnek nem teljesen összetapadt üregébe a sarjakból egy csekély vérzés történt. Jelenleg a beteg végtagon a nervus peroneus superficialis területe anaesthesiás. A lábháti ütér pulsusát gyengén érezni lehet, az izomerő a mechanikai gyógykezelés mellett napról napra fokozódik, úgy hogy bot segélyével fenjár és a klinikát elhagyja.

II. Aneurysma arterio-venosum a czombon, kiirtás, gyógyulás. Sch. I., 19 éves czipész, 3 év előtt a jobb czombjába szúrt és ez alkalommal annyi vért veszitett, hogy elájult. Sebéből felépülve ismét munkához fogott és csak 3 hónap után vette észre, hogy a heg helyén egy lüktető daganatja van, a mely akkor még kicsiny volt, neki alkalmatlanságot nem okozott, úgy hogy miatta orvosi segélyhez sem fordult. Egy év előtt az alszára duzzadni kezdett, egy félév előtt pedig alszárfekélyei képződtek, a melyek csak hosszas gyógykezelés után gyógyultak meg. Ezen utóbbi esztendőben a pulzáló daganat is mind nagyobbra nőtt, úgy hogy orvoslás végett a klinikára vétette fel magát. Ekkor a jobb czombja alsó és középső harmada határán egy tyúktojásmekkoraságú lüktető daganatja volt, a mely felett a bőrön egy 2 centimeter hosszú hegvonal látszott. A daganatban élénk surranást lehetetett érezni és hallani és az a szivütéssel synchronice minden irányban tágult. A czombütérnek a daganattól centralis irányban történt lenyomására e tünetek megszüntek. A jobb alszár körfogata a balnál 8 centimeterrel nagyobb, bőrén duzzadt, kanyargó vivőerek láthatók és 3 krajczárnyi, alszárfekélyekből származó heg. Régebben az érvágások korszakában az aneurysma arterio-venosum gyakori volt és a könyökhajlásban ügyetlen érvágás folytán keletkezett. Scarpa útmutatása szerint az ütő- és a vivőér közötti nyilásra gyakorolt nyomással gyógykezelték, a mely gyógykezelést Vanzetti azzal egészitett ki, hogy hozzácsatolta még az odavezető ütőér lenyomását. Azonban e gyógykezelés csakis friss esetekben kecsegtet gyógyulással, mig a régi esetekben a sebészeti gyógykezelés van indicálva. Az aneurysma arterio-venosumnál sem a megrepedés veszélye, sem a végtag elüszkösödésére való hajlam nem akkora, mint az aneurysma arteriosumnál, bár Delbet az irodalomból 8 esetet tudott összeállitani, a melyben repedés történt és 2-t, a melyben gangraena. A műtétre való indicatiót többnyire a végtag distalis részének vizenyős duzzanata, a kötőszövetnek elephantiasisszerű túltengése, az alsó végtagon pedig a pangás folytán képződő alszárfekélyek képezik. E körülmények birták reá a jelen beteget is, hogy baja ellen a klinikánál keressen segélyt. A gyógyulásra való legtöbb kilátást az aneurysma arterio-venosumnál is az oda- és elvezető ütő- és vivőér lekötése után a tömlő kiirtása nyújtja. A műtét 1898. deczember hó 10-dikén történt. Az aneurysma ott volt, a hol a czombütőér a czombközelitőt átfúrja, a czombütőernek és vivőérnek az aneurysma felett és alatt való lekötése után az eltávolittatott, egynehány apró véredény lekötése után a czombpólya egynehány gombos varrattal, a bőr pedig szűcsvarrattal egyesittetett. A műtét után a a betegnek 3napig a műtött végtagjában igen erős fájdalmai voltak, a mellett azonban a végtag meleg, kissé halavány, egyébként rendes szinezetű volt. A további lefolyás rendes. Jelenleg a beteg szabadon mozgatja végtagját és vele folyton fenjár. A kiirtott zsákon egymásmellett látható a czomb ütő- és vivőér, a melyek egymástól 2 mm.-nyi távolságban nyilnak a zsák üregébe. A vivőér nyilása nagyobb, mint az ütőéré. Az ütőérnek és a vivőérnek odavezető részei tágabbak, mint az elvezetők és falzatuk is vastagabb. A tömlőnek az edények benyilása melletti részei simák, mig a távolabb fekvők el vannak itt-ott meszesedve. Ezen mészlemezek a tömlő üregе felé tekintő oldalukon véralvadékokkal vannak itt-ott fedve. A tömlő fala 1—1½ mm. vastag, sima izomrostok benne nem találtatnak, a mi a mellett szól, hogy nem az edények kitágulásából, hanem valószinűleg az edények sebét elzáró vérrögöt körülvevő kötőszövet által képeztetik. Az aneurysma varicosum azért nem okoz gangraenát, mert benne nem szokott thrombus fejlődni. A jelen esetben a tömlő több helyén voltak vérrögök, a melyek esetleg embolusokat alkothattak és igy elhaláshoz vezethettek volna.

Teleangiektasiák transplantatiós hegen.

Ihrig Lajos: Z. F., 28 éves, vasöntő, mult év január 17-dikén, tehát épen egy év előtt szenvedte el sérülését, melynek későbbi szakában szóló kezelése alá került. A sérülés úgy keletkezett, hogy folyó vastömeg vivése közben öntésmintába lépett, s a fehér izzó vas végigömlött jobb czombján, szétfecscsent az alszár számos pontjára, a hol könnyen érthetőleg a fasciáig hatoló harmadfalú égési sebeket hagyott vissza. A beteg kórházi kezelés alá került, a melynek részleteiről közelebbi tudomása szólónak nincsen és február 28-dikán saját kívánságára hazaszállitották, miután műtéti beavatkozásnak ellene szegült. A nagy mértékben lesoványodott, anaemiás, étvágytalan beteg ekkor a jobb alsó végtagot 140°-nyi szögben behajlitva tartotta, mely helyzet megváltoztatása az állandóan benne székelő fájdalmakat tűrhetetlenekké fokozta, a czomb külső oldalát a csipőtarajtól a térdizületig terjedő és a seggpofát legnagyobb részében elfoglaló, 60 cm. hosszú, 20—35 cm. széles, túlburjánzott, szenyes sarjakkal boritott anyaghiány foglalja el, mely az óriási mennyiségben kiválasztott genyben úszik. Hasonló külsejű, tallér egész férfitenyérnagyságú anyaghiányok többes számban az alszáron.

A műtéti beavatkozás elkerülhetetlennek mutatkozott, miután a beteg gyógyulás előtt az óriási genyedés folytán az amyloid degeneratiónak szükségképen áldozatul esik, gyógyulás esetén pedig a heges zsugorodás a végtagot hasznavehetetlenné teszi. A hanyatlott erőbeli állapot lehető javitása után *Wein Manó* dr. műtétet végzett a betegen, mely a sarjaknak a fasciáig történt lekaparása után a sebfelületnek guttaperchalemezekkel való fedéséből állott azon czélzattal, hogy *Schede* elve szerint a képződő lágy vérrög alatt, részben szervülése, részben a hámosodás propagálása által gyógyulást érjen el. Az eljárás, melynek kisebb sérüléseknél már számos szép sikert köszön, ezuttal nem vezetett eredményhez s a genyedés változatlan hevességgel megindult.

A beteget az újpesti gr. Károlyi-kórházba vétette fel szóló és rajta *Fuchs* főorvos engedelmével márczius 24-dikén *Thiersch*-féle transplantatiót végzett a tulsó czombról.

A műtét végrehajtásában physikai akadályt képezett azon körülmény, hogy *Fuchs* főorvos urat az utolsó pillanatban rosszullét gátolta a segédkezésben, akkor, mikor a beteg már előkészitve az asztalon feküdt s a műtét elől nem lehetett kitérnie. Tekintve azt a nehézséget, a melyet minden egyes lepraeparált lebenynek átvitele okozott a tulsó oldalra, a czomb és seggpofa mindenkori kiemelése, a lebeny kiterítése, letapasztása, minden esetben háromszoros műszereserélgetéssel, letapin-

tást nem is számitva: tekintve e súlyos helyzetet, talán nem illeti szólót szemrehányás, hogy csak a nagy sebfelület boritására szoritkozott. Megvalja, ennek sikerében sem nagyon bizott, mert dolgozását nem tarthatta kifogástalannak, mivel a potator beteg a narcosisból eszméletre térve maniakus rohamot kapott, melyben három férfi alig birta lefogni, a mi a lebenyek nyugodt megtapadásához nem a legelőnyösebb viselkedés; és végül, mert az előző tapasztalatból ismert genyproduktiótól tartott, hogy lebenyeit el fogja mosni. Ez a genybőség nem is maradt el, s már a második napon a kötésen átütött, annál nagyobb volt meglepetése, mikor a transplantált hámlebenyek kivétel nélkül és kifogástalanul megtapadottaknak mutatkoztak, úgy hogy hasonló eredményt a látott számos transplantatiók közül nem tud, sőt megközelitőre sem emlékszik.

Fontosnak tartja szóló nehány szóval azon feltételekre kiterjeszkedni, a melyeknek ezt a meglepő sikert tulajdonitja. Először is elvből kizárólag forralt vizzel dolgozott, tehát mellőzött minden antisepticumot egyrészről, de minden olajat is másrészről, a mibe borotvát és borító staniol-lemezeket mártani szokás. Ha az első körülménynek nem is tulajdonit valami jelentékeny előnyt, az olaj kizárását nagyon fontosnak tartja, azért, mert a metszéskor a hámlebenyekhez tapadó legminimalisabb olajréteg is a rögtöni megtapadásnak mechanikus akadálya. A második előnynek tartott körülményt a viszonyok kényszere nyujtotta. Nem volt módjában szabályszerű tamponád útján a vérzés rendszeres csillapitása, hanem a levegőn beállott alvadás, thrombus képzésére kellett ezt birnia. A vérzés negyedórán belül csakugyan elállott és most már a nagyobb vérrögök könnyed lesimitása után hámlebenyeit relative száraz sebfelületre rakhatta le s azoknak megtapadását már a műtét folyamán demonstrálni lehetett. És a vérplasma finom rétegeinek ebben a rögtön megtapadásában rejlik szóló nézete szerint a műtét sikerének titka, a hogy azóta más esetekben is volt alkalma erről siker és sikertelenség alapján meggyőződni.

A beteg teljes gyógyulását ezentúl már csak a sarjadzásra bizott alszársebek hámosodása késleltette és az május 4-dikén következett be.

A bemutatás tárgyaképen jelzett érdekes képet a beteg akkor mutatta, mikor a kórházból jöve gyógyultan jelentkezett. A sarjadzás utján gyógyult összes területek sötétkékesen elszinesedett, tekintélyes duzzanatok képében domborodnak elő, igy tehát az alszár összes hegei s a transplantált czombon a hámszigetek határai és az egész terület széle ujjnyi vastagságúra duzzadt contourokat tüntettek fel, a mi az egésznek szeszélyesen márványzott képet adott. Sőt, a mi legérdekesebb, a túlsó, egészséges czombon a transplantáláshoz felhasznált hámlebenyek helyein hüvelyvastagságú kékes-vörös kötegek dagadtak ki. E daganatok a betegnek késszúráshoz hasonló fájdalmakat okoztak, fekvés közben teljesen visszafejlődtek, hosszas járás folytán ellenben olyan mértéket öltöttek, hogy a nagyobb duzzanatok legmagasabb pontjain a savós folyadék a hámot bullák alakjában felemelte.

A kép kétségtelenül a sarjadzás útján képzett friss kötőszövetelemek teleangiektatikus állapota, részben edénytágulat, de talán edénytöbblet által is van feltételezve. Erre vall a passiv hyperaemiával járó nagyfokú duzzadás és a pangás megszüntét követő tapadás. Sőt ezen az alapon angioma cavernosumról is lehetne beszélni, annyira a naevus cavernosus képét nyújtotta a kórkép akkori állapota. Minő alapon támadt az abnormitás, erre nézve az irodalom nem igen nyújt támpontot, legfeljebb kiirtott luposus területek mutatnak transplantatio után a hegben hasonló viselkedést. A coriumba hatoló, vagy elpusztitásával járó sebzéseknél érthető, hogy a capillaris zóna elpusztulása és a hegben történő obliterálódása folytán a mélyebb és nagyobb edényágakból kiinduló edényproliferatio a vérnyomás változásainak közvetlenül kitéve, arra tágulással illetve összeeséssel reagál. De felületes hámréteg hiánya mellett, a milyen az egészséges oldali, ez az értelmezés nem állhat meg. Szóló a következőkép magyarázta: A beteget, fogyatékos erőbeli állapotára való tekintetből, az étvágy fokozása s a vérkeringés élénkitése czéljából, a kórházban a gyógyulási folyamat megindulásakor azonnal talpra állitották és rendszeres mozgásra szoritották, a minek meg is volt a közérzetre intendált jótékony hatása. Másrészről azonban eme séták összeestek a sarjadzó szövetelemek képződésével is s csak természetes, hogy a hosszas vizszintes helyzetéből merőlegesbe jutott betegen a nehézkedés ellen küzdő véráram edénytágulással járó pangást okozott az alsó végtagokon, a mely pangás az újonan képződő szövetben teleangiektasiák alakjában jutott kifejezésre.

A kezelés egyelőre fektetésben állott, a mig egy gumminadrág előirás szerint elkészült, azontúl az egyén a gumminadrágban zavartalanul elláthatta súlyos hivatását s csak tiz nap előtt jelentkezett újból, hogy új gumminadrágot kérjen. Ennek alkalmazása azonban már fölöslegesnek mutatkozott, miután időközben a heges zsugorodás a teleangiektasiákat elsorvasztva, keloidokká alakította.

(Folytatása következik.)

Közkórházi orvostársulat.

(XVI. bemutató szakülés 1898. deczember 7-dikén.)

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

A kéz feszitő inainak sérülése.

Laczkovich Elemér: Az inak tömeges sérülése nem tartozik ugyan a ritkaságok közé, de ilyneműi sérülések nagyfoka után a teljes restitutio ad integrum, a közbe jöhető complicatiók miatt ritkán következik be. E complicatiók már a sérülés alkalmával keletkezhettek, mint pl. a lágyrészeknek, vagy inaknak nagyobbfokú zúzódása; vagy pedig létrejönnek kezelés közben, mint pl. a septikus phlegmonék; sőt aseptikus lefolyás után is léphetnek fel működési zavarok: az inak és inhüvelyek secundaer összenövése folytán.

Az inak metszett sebeinél szabályul állithatjuk fel azt, hogy a sérülés után rögtön lássunk annak kezeléséhez, mert huzamosabb idő eltelte után az infectio keletkezésének veszélye növekszik és az inak centralis csonkjainak erős visszahúzódása folytán az operationalis viszonyok rosszabbodnak.

A bemutatandó kis leánykán a kéz majdnem összes feszitő inai metszett sebének gyógyult esetét mutatja be:

Folyó évi augusztus 18-dikán egy ácsszekerczecsapással átmetszette kezét. A seb a radius process. styloideusa fölött 1 cm.-nyire kezdődött, kissé az alkar felé domborodó ivalakban a kéztőcsontok első sora fölött haladt az os triquetrum közepének külső részeig; hossza 6·5 cm. volt.

Folytonosságában megszakitotta a bőrt, a böralatti kötőszövetet, a ligam. carpi communét, a musc. extens. pollic. long., a musc. extens. digitor. comun. 4, az indicator és musc. extens. digiti minimi 1—1 inát, összesen tehát 7-et, az alattuk levő tokszálagot átmetszve, az os lunatumba hatolt be, azon egy sekély, 2—3 mm. mély bemetszést hozva létre.

A sérülést a következőképen látta el:

A seb környékének alapos megtisztitása után a műtéti területet a narcotizált betegen vértelenitette. A centralis incsonkok az erős flexióban levő kéz normalis helyzetbe hozatala után sem voltak láthatók, mig a peripherikusok közül 1—2 szemük előtt feküdt. A centralis incsonkok felkeresése azok erős visszahúzódása miatt sok nehézséget okozott; e körülmény oka az volt, hogy a szekerczecsapás a kezet flectált helyzetben érte. Az izom inának előre massirozása, a kéznek megfelelő helyzetbe hozatala által horgascsipesz segitségével az összes inakat egyesithette, kivéve a m. extens. pollic. long. és ext. digit. minimi inát; ezeknek inhüvelyét 2—3 cm. hosszaságban kellett feltárnia, hogy az erősen retrahált inat előhúzhassa. Egyes inak zúzott csonkját felfrissitve, a vastagabbakat úgy egyesitette oldalsó catgut csomós varratokkal, hogy metszési felszinük érintkezett, mig a vékonyabbakat és egyszersmind kevésbbé feszülőket paratendinosus kötőszöveti felületükkel hozta mintegy 4—5 mm.-nyi hosszaságban érintkezésbe. Az inakat ily módon egyesitve, a Esmarch levétele és igen pontos vérzéscsillapitás után, azok inhüvelyeit és a lig. carpi communét egyesitette külön-külön catgut csomós varrattal. A bőr sebét csomós varratokkal zárta be s sterilgazekötés után a kezet hyperextensióba hozva, az alkarral együtt organtinpólyákkal egy sinre rögzitette.

Első napokban az ujjakban zsibbadás érzete, mely gyorsan mulik. A 7., 9. és 11. napon a tenyér alatt levő vatta-rétegek részben való eltávolitása által a kezet majdnem normalis helyzetébe hozták. A 12. napon, teljesen láztalan seblefolyás után, első kötésváltoztatás.

A bőrseb per primam egyesült. Óvatos hajlitása és feszitése a a kéznek; a második hét végén massage, activ és passiv mozgatása a kéztő izületnek és ujjaknak a kórházban levő mechano-therapeutikus Zander-rendszerű gépen.

Jelen esetükben a kiterjedt, súlyos insérülések után az illető végtagnak teljesen normalis mozgathatóságát adták vissza. A pontos aseptikus sebészi eljáráson kivül a functionalis eredmény elérésében különös fontosságot tulajdonit annak, hogy az in és inhüvely közti összenövések és a tétlenségi sorvadás megakadályozása czéljából korán kezdették az inak óvatos mozgatását. A sérült kis leány minden egyes ujját külön tudja hajlitani és feszíteni és jobb csukló izülelete épp oly functiókra képes, mint a bal.

A syphilis hereditaria tarda egyik szembeli jeléről.

Goldzieher Vilmos: Egy kórtani elváltozással szándékozik e bemutatás kapcsán foglalkozni, melyet a gyakorló orvosok még kevéssé ismernek, a szemorvosok sem eléggé méltányolnak, mely elváltozás azonban a syphilis hereditaria tarda legbiztosabb jeleihez tartozik. Ez az elváltozás abból áll, hogy az átlátszó corneában és pedig annak mélyebb rétegeiben elterjedő igen dús véredényhálózat van. Ezt a meglepő kórtani képet csak oly módon nyerhetjük meg, ha a corneát áteső fényben, a pupilla maximalis tágulása mellett, a sik szemtükörrel megvizsgáljuk és a szemtükörhöz még egy erősebb convex-lencsét (loupet) csatolunk.

Félreértések kikerülése végett nem tartja feleslegesnek hangsúlyozni, hogy ez az elváltozás az alkati syphilisnek csak egy bizonyos töredékében fordul elő és pedig olyan egyéneknél, kik *keratitis parenchymatosában* szenvedtek. De ilyeneknél a nevezett szembaj meggyógyulása után, mint (legalább hosszú időre) állandó tünemény észrevehető. A keratitis parenchymatosát kat'exochen bujakóros elváltozásnak tartja, túlnyomó része öröklött bujakór eredménye, kis töredéke azonban aquirált syphilis következtében jöhet létre. Ezen szembeli kóros tünet tehát, mely akkor is fennál, ha az eredeti bujakóros baj már meggyógyult és elsőrangú klinikusok (Hirschler) szerint az egész életen át megmarad, minden esetre a legfontosabb syphilitikus stigmákhoz számitandó.

A mi ezen érhálózatnak létrejövetelét illeti, biztos klinikai adataink vannak. Minden keratitis parenchymatosa ugyanis, kivétel nélkül, kóros érhártyaképződéssel jár. Az a régi beosztás, mely szerint egy edénytelen keratitis parenchymatosa is volna, az újabbkori pontosabb észlelések szerint nem helyes. De tény, hogy mig egyes esetekben az erezettség oly nagyfokú, hogy az eleinte fehéres, zavaros cornea vér-

piros lesz, addig más esetekben a kóros beedényzödés oly gyér, hogy az egyes ereket csak loupevel láthatjuk. Mindkét esetben a cornea oly homályos, hogy az elváltozások behatóbb tanulmányozására csak a *ráeső* fény és a cornea-loupe alkalmas. Ha azonban a szaruhártyalob rendesen folyik le, a cornea lassankint feltisztul, akkor a felületes edények lassankint eltünnek és ha a közegek átlátszósága annyira visszatért, hogy a szemtükri vizsgálat megint lehetségessé válik, akkor meggyőződhetünk, hogy a felületes edények eltünése daczára, még egy edényhálózat van, mely a cornea mélyebb rétegeiben terjed el. A hálózat főtörzsei a limbus corneaeról jönnek le és némelykor oly dús hálót képeznek, a minőnél szebbet csakis jól sikerült mikromyektiás készitményekben láthatunk. Az érhálózat ugyan a cornea fokonkénti feltisztulása arányában gyérebb, az egyes edénytörzsek vékonyabbak lesznek, hanem a mély edények, mint kóros érháló, akkor is megmaradnak, ha a cornea már ad normam visszatért, vagy legfeljebb egyes finom felhöcskéket mutat. Saját, erre vonatkozó észlelései alapján, melyek most egy évtizedre terjednek, állithatja, hogy a kóros érhálózat, kivétel nélkül, a keratitis parenchymatosa lefolyásában jött létre. Az állandóságát illetőleg mondhatja, hogy oly egyéneknél is látta, a kiket 20 évvel ezelőtt a nevezett szembajban gyógyitott.

Igaz ugyan, hogy más homályokhoz vezető szarúhártyabántalmak után mélyenfekő érelágazódások is maradhatnak vissza, hanem a keratitis parenchymatosa után fellépő hálózat oly jellegzetes, hogy a gyakorlott észlelőnek a differentialdiagnosis nehézségeket nem nyújt.

És most bátorkodik két egyént bemutatni, kiknél a leirt érhálózat különféle kifejlődésben látható. Az esetek behatóbb leirását külön közleménynek tartja fenn.

Mindkét orbita lövési sérülése, a golyó meghatározása Röntgen-fény által.

Goldzieher Vilmos: A 31 éves egyén 4 évvel ezelőtt revolverlövést szenvedett el. A löveg az orbitán keresztülhatolt, átvágta a nervus opticust és a bal orbitában megakadt. A jobb szem teljesen megvakult, a bal szemen annyi látása van, hogy mint hivatalnok, munkaképes. Érdekes, hogy a látó szemben a chorioretinitis plastica igen nagy mérvben van kifejlődve. Az utolsó időben igen heves fájdalmak léptek fel a jobb oldalon. Feladatunk volt kideriteni, vajjon a fájdalmakat a golyó okozza-e. Röntgen-sugarakkal megvizsgálták és kiderült, hogy a golyó a bal orbita fenekén fekszik; tehát a fájdalmak vele nem állanak oki összefüggésben. Chininnel sikerült a fájdalmakat megszüntetni.

(Folytatása következik.)

Szegedi orvos-egyesület.

A *szegedi orvos-egyesület* mult évi deczember hó 14.- és 21-dikén tartott szakülésein felolvasásra került *Kőhegyi Lajos* dr.-nak a *„Haránt-fekvésekről“* szóló monographiája, melynek nemcsak pontosan összegyüjtött statistikai és orvostörténeti adatai kölcsönöztek különös érdeket, hanem az anyag csoportositása és azon esetek könnyű áttekinthetése, a melyeknél a megfelelő művi beavatkozás alkalmazandó. A tetszéssel fogadott munkát felolvasó sajtó alá bocsátja.

F. év január 11-dikén tartott szakülésen *Sziklai Károly* dr. kiszombori orvos mint vendég értekezett: „A rostonyás betegségek új gyógymódjáról.“ Felolvasó ismerteti a rostonyás betegségek lényegét, felsorolva, hogy azok nem egyedül a laryngitis crouposában, hanem a bronchitis-, bronchioititis-, pneumonia-, nephritis,- cystitis- és metritisben nyernek kifejezést. Szerinte e megbetegedésekkel szemben a „pilocarpinum mur.“ souverain szer, melynek, ha a szervezetbe bármily módon, belsőleg, bőralá fecskendés, végbél- vagy hüvelykúpok alakjában jut, azonnal látható hatása az izzadás és nyálfolyás, tehát a megfelelő mirigyek physiologikus termékének bőségesebb kiválasztása. Ugyanazon effectus keletkezik a bélcsatornában és bármely más hártyában beágyazott mirigyekben is. A mirigyek nem bőséges váladéka felolvasó szerint feloldja illetve fellazitja a rostonyás hártyákat és azok könnyű és gyors kiküszöböléséhez a szervezetből vezet, minek következtében a gyógyulás gyorsan beáll. Felolvasó szerint minden pilocarpinnal kezelt laryngitis és pneumonia crouposa feltétlenül gyógyul. De feltétlenül gyógyulnak a kezelésre az enteritis fibrinosa, a hasi hagymáz, a pleuritis, peritonitis, meningitis cerebralis és cerebrospinalis, az endometritis puerperalis infectiosa és a dismenorrhoea membranace. A moszkvai nemzetközi congressus alkalmával az ottani szülészeti kórodán a tanár és assistensei elenőrizése mellett a gyermekágyi láz egy legsúlyosabbnak mondható esetét három nap alatt gyógyitotta meg a pilocarpinum alkalmazásával. Kimutatja, hogy a statistikai adatok szerint tüdőlob, hasi hagymáz, gyermekágyi láz és hökhurutban egy év alatt összesen 60,338 egyén halt el, „a mely emberhekatomba a pilocarpinnal való kezelés mellett legnagyobb részben megmenthető lett volna!“

Falta Marczel: Largin a szemészetben (egész terjedelmében közöltetik).

Kovács József dr. a blennorrhoea sacci lacrymalis-nál a sondát tartja a legfontosabbnak és ő csakis ezt alkalmazza.

Gyuritza Sándor dr.: A larginnak vizben való könnyű oldhatóságát emeli, ha előzőleg glycerint adunk hozzá. Kiemeli az alkalmazást a kankónál és ő maga is előadó véleményéhez csatlakozik, a mennyiben szintén ajánlja a largint.

Falta Marczel válaszolja, hogy igenis a sonda elkerülhetetlen a blenorrhoea sacci lacrymalisnál, hanem szinte frappans az eredmény, ha protargolt vagy a még hatásosabb largint is fecskendezzük a könyutakba. A glycerint szóló azért nem használja és nem ajánlja a largin könnyebb oldhatóságának elősegitésére, mivel erősen izgat.

Szeged, 1899. január hó 17-dikén.

Kőhegyi Lajos dr., főtitkár.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Acromegalia gyógyitása hypophysinnel. A párisi „Académie de médecine“ november 22-diki ülésén *Lancereaux* megemlitvén, hogy újabb vizsgálatok szerint a hypophysis cerebri és a glandula thyreoidea arra hivatvák, hogy az agyat vérbőség és congestiók ellenében védelmezzék: egy 12 éves gyermek kórtörténetét ismertette. Az acromegaliában szenvedő gyermeknek 6—7 hét óta hypophysint ad, mire a betegség tünetei tetemesen csökkentek; súlya a gyermeknek 54 kilóról 45 kilóra csökkent, kürfogata pedig, mely előbb 114 centtmeter volt, most csak 80 centimeter. Ezeken kivül a fej részéről jelen volt tünetek is javultak, a szivműködés rendesebb és az intelligentia tekintetében is kedvező változás kezd mutatkozni.

PÁLYÁZATOK.

13/899. f. i. sz.

A kormányzatomra bizott Nyitra vármegye **galgóczi** járásában elhalálozás folytán üresedésbe jutott **járási orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek és felhivom mindazokat, kik ezen évi 400 frt fizetés és 100 frt úti átalánynyal javadalmazott, s nyugdijjogosultsággal egybekötött állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a értelmében, valamint az 1893. évi 80,099. sz. belügyministeri rendelettel előirt tiszti vizsga letételét igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényüket és pedig a közszolgálatban állók hivatali főnökük útján hozzám **f. évi január hó 31-dikéig** annál is inkább adják be, mert a később beérkezendő kérvényeket figyelembe nem veszem.

Nyitra, 1899. évi január hó 6-dikán.

2—2 *Thuróczy Vilmos*, cs. és kir. kamarás, főispán.

55/899. f. i. sz.

A kormányzatomra bizott vármegye területén fekvő **nagytapolcsányi közkórháznál** újonnan rendszeresitett **alorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek és felhivom mindazokat, kik ezen évi 500 frt fizetéssel, s természetbeni lakással javadalmazott, s nyugdijjogosultsággal egybekötött állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában II. része értelmében megkivánt minősitésüket igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **f. évi február hó 10-dikéig** bezárólag, még pedig a közszolgálatban állók hivatali főnökük útján annál inkább adják be, mivel később beérkezendő kérvények figyelembe nem vétetnek.

Nyitra, 1899. évi január hó 17-dikén.

2—1 *Thuróczy Vilmos*, cs. és kir. kamarás, főispán.

HIRDETÉSEK.

Oophorin Freund

igen hasznosnak bebizonyult szer Chorosisnál amenorrhoicus és klimacterikus nehézségeknél. Irodalom és kisérletezési anyag orvosok és kórházak számára ingyen küldetik.

Zisarsky Em., okl. gyógyszerész, Bécs, I., Kurrentgasse 12. Budapesten: **Dr. Egger L.** (Váczi-körút 17) és **Török József** (Király-utcza 12) gyógyszerészeknél.

Vese, húgyhólyag, húgydara és **köszvénybántalmak** ellen, továbbá a **légző** és **emésztési** szervek **hurutos** bántalmainál, orvosi tekintélyek által a

Lithion-forrás

Salvator

sikerrel rendelve lesz.

Húgyhajtó hatású!

Kellemes izű! **Könnyen emészthető!**

Kapható ásványviz-kereskedésekben és gyógyszertárakban.

A Salvator-forrás igazgatósága Eperjesen.

Farbenfabriken
vorm.
Friedr. Bayer & Co.
Elberfeld.

Pharm. készítmények.

Somatose

kiválóan

erősítő szer

lázas betegek,
elgyengültek és üdülők számára;
nagy mérvben étvágyat gerjeszt.

Adag: gyermekeknek ½—3—6 gr. naponta,
felnötteknek 6—12 gr. naponta.

Tannigen

biztos hatású
idült és heveny **enteritis** ellen
főkép gyermekeknél.

Adag: 0,25—0,50 gr., naponta 4—6-szor.

Europhen

külön javalatok:
Ulcus molle. Papul. mad.
Pótszere a jodoformnak a kis sebészetben.

Alkalm.: tisztán vagy Acid. boric. pulv.
a. p. vegyítve; mint kenőcs 5%—10%.

Lycetol

Specificum
köszvény, idült izületi csúz ellen.

Adag: 1,0—1,5 gr., naponta 2-szer.

Jodothyrin

az ürü-paizsmirigy hatékony anyaga.
Javalat: **Struma, Obesitas, Myxödem** stb.

Szok. adag: felnötteknek 0,50—2 gr.,
gyermekeknek 0,50—1 gr. naponk.

Fióktelep:
Berlin N.
Friedrichstr.
No. 131 C.

Reiniger, Gebbert & Schall
villamos orvosi készülékek gyára.
WIEN, IX, Universitätsstrasse Nr. 12.
Képes katalogusok ingyen és bérmentve

Fióktelep:
München,
Sonnenstr. 13.
Gyár:
Erlangen.

Villamos fényfürdők és Röntgen-berendezések.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi-, górcsői- 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 **górcsői** és **bacteriologiai** vizsgálatára vállalkoznak

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

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

Airol „Roche"

A jodoformnak elismert legjobb pótszere.

Airol minden hasonló szer közt legjobban megfelel a követelményeknek, melyeket a fertőtlenitő porokhoz kötünk; a mi hatását illeti, a jodoformhoz méltón sorakozik, sőt némely tekintetben felülmulja azt, a nélkül, hogy a jodoform rossz tulajdonságaival birna.

(Priv.-Doc. Dr. C. Haegler, Beitr. z. klinisch. Chirurgie, Band XV. Heft 1)

Thiocol „Roche"

Egyetlen **vízben oldható,** teljesen **izgatás nélküli** és **könnyen felszívódó** guajacol-készítmény.

Adag 2—4 gr. naponta.

A klinikusok és orvosok egyhangú nyilatkozatai szerint már jelenleg is kitünik, hogy a Thiocol gyógyszerkincsünk értékes vivmányát jelenti és hogy azt a tüdővész gyógyszertherapiájában az első hely megilleti.

(Klin. therap. Wochenschrift Nr. 19, 1898.)

F. Hoffmann-La Roche & Co., Basel.

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.

VÉDŐJEGY.

Univ. med. Dr. PÉCSI DANI
nyilvános
tehénhimlő-termelő intézete
BUDAPEST, II., Margit-körút 45. sz.

tömeges oltásokhoz, jó és biztos hatékonyságú oltóanyagot a következő árakon szállít:

1 fióla 2—3 egyénre	120 fillér
10 vagy több fióla á	100 fillér
1 fióla 10—15 egyénre	3 korona
1 fióla 50 egyénre	450 fillér
1 fióla 100 egyénre	9 korona
Epidermin, egy tubus	100 fillér
Üres fióla darabonkint	2 fillér
„ fövócső darabonkint	4 fillér
Tárgylemez darabonkint	8 fillér
Oltó gerely kaucsuk-tokkal	2 korona
Portóért és csomagolásért	80 fillér

Dr. Grünwald Sanatoriuma

Budapest, VII., Városligeti fasor 13—15.

Minden igényeknek megfelelő **magángyógyintézet.** Felvétetnek férfi-, nő- és gyermekbetegek, **nőgyógyászati, sebészeti, belgyógyászati, fül-, gége-** és **szembántalmakkal; hizlaló kúrák; szülések.** Gyógykezelés tetszés szerint **bármely tanár vagy specziálista által.** Állandó orvosi felügyelet. Jó ellátás. Telefon. Prospectus.

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

KIR. MAGYAR TUD. EGYETEM
II. SEBÉSZETI KLINIKUM

Negyvenharmadik évfolyam. 5. szám. *Budapest, 1899. január 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

Ambrus Pál: Egy újabb beavatkozásmód újszülöttek asphyxiájánál. 52. l.
Bodon Károly: A kir. magyar tudomány-egyetem I-ső számú sebkórodájának közlései. Igazgató Dollinger Gyula egyetemi ny. r. tanár. Az exophthalmus pulsans traumaticus sebészi gyógykezelése a carotis communis egyoldali, illetve kétoldali alákötésével. 52. l.
Schultz Henrik: Közlemény a szt. Rókus-közkórház V. orvosi (Rónа S. főorvos) osztályáról. Adatok az uterus gonorrhoeajának kór- s gyógytanához 53. l.
Török Lajos: A seborrhoea corporis (Duhring) és annak viszonya a psoriasis vulgarishoz és az eczemához. 54. l.
Tárcza. *Havas Adolf*: Emlékbeszéd Schwimmer Ernő Lajos dr. egyetemi tanár, kórházi főorvos felett 56. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Albert Landerer*: Die Behandlung der Tuberculose mit Zimmtsäure. 58. l. — *Lapszemle. Welande E.*: Protargol mint prophylacticum gonorrhoea ellen. 58. l.
Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Az Orsz. Közegészségi Egyesület pályázata. — Egyetemi alkalmazások. — Magyarország orvosainak évkönyve és címtára. — Psychophysikai laboratorium. — Az általános poliklinikai egyesület kórháza. — Kinevezés. — Elhunyt. — Megjelent. — Fogászati kursusok. — Herczel dr. — Szt. Lukács-fürdő. — Baumgarten dr. — Falta dr. — Pályázatok. — Hirdetések. 58. l.
Tudományos társulatok és egyesületek.
Melléklet. Szemészet 1-ső szám.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Egy újabb beavatkozásmód újszülöttek asphyxiájánál.

Közli: *Ambrus Pál* dr., városi tiszti orvos Vizaknán.

Még mindig igen nagy a száma azon „halvaszülötteknek“, kik a szülési folyamat alatt beállott fuladásos állapottal jöttek a világra, mely állapotból fel nem éledve, születésük után halnak meg. Igen gyakori ez tapasztalás szerint medenczevégü fekvésnél, mely esetben sokszor az elbizakodott bába próbál segíteni, s ha eredménye nincsen, már későn folyamodnak orvoshoz, kinek legjobb akarat mellett sem sikerül a fölélesztés.

Nem akarom állítani, hogy az eddigi beavatkozások hiányosak volnának. Nem az eljárások lényege, hanem a kivitelükbe ütközhető akadályok miatt hiúsulhat meg olykor az élesztési kisérlet.

Azok a kartárs urak, kiknek alkalmuk volt megismerni a falusi gyakorlat nehézségeit, bizonyára tanuskodhatnak, hogy sokszor mily nehézséggel jár valamely rendellenes szülésnél való beavatkozás. Gyarlóan megvilágított szük kunyhókban kell küzdeni az asepsis mellett, hol még a vízzel is takarékoskodni kell.

Ha már a szülés befejeztetett nehezen, s az újszülött asphyxiás, az élesztési kisérletek következnek.

Nincsen se hideg, se meleg vízzel telt nagyobb edény. Könnyebb asphyxiás újszülött pár fecskendő vízsugárra reagálni fog. Ha nem végezhető, vagy nem válik be, a Schultze-féle lóbálás következik. Hogy az orvos e műveletet végrehajthassa, bizonyos magasságú és terjedelmü szoba szükséges, mit kunyhókban nem találunk, s ha a kiálló tárgyakat ki akarjuk kerülni a magzattal, a lobálás már nem kellő erélyü.

Hasonló körülmények közé jutva, momentán jöttem rá egy újabb élesztési módra, mely következő:

Nyugalmi állásban előrenyujtott és könyökben kissé behajlított karokkal az újszülött úgy fogatik meg, hogy jobb oldalával felénk áll és függőleges állásban jobb oldalunk felé néz; egymásfelé fordított tenyéri felülettel a bal kéz az újszülött hátára, a jobb kéz a mellkasra jön, a jobb hüvelyk a jobb hónaljba esik s a jobb kéz többi ujja az újszülött bal vállára és hónaljába illeszkedik.

1. Most jobb tenyerünkbe nehezedvén az újszülött, mérsékelt gyorsasággal arczával előrebuktatjuk, úgy hogy a háta vízszintesen álljon, miközben alá is süllyesztjük kissé jobb alkarunkat. E művelettel azt érjük el, hogy a fej előrehajlik, a nyaki izmok ellazulnak, továbbá a mellkas és ezzel együtt a tüdők is összenyomatnak.

2. A következő mozdulat abban áll, hogy a bal tenyerünket a még vízszintesen álló újszülött hátára fektetjük, úgy hogy bal hüvelykünk az újszülött jobb hónaljába essék, a tenyér a hátra, s a többi ujj a bal vállat és hónaljat vegye körül.

Az alsó — jobb — tenyerünkkel meglódítjuk a mellkast s átlökjük a bal tenyérbe, mely ívszerűen balfelé hajlik át és süllyed, miközben az újszülött feje hátradől s a mellkas kidülled. E mozdulattal a nyakizmok megfeszülnek s a gerinczoszlop hátrahajolván, a mellkas még jobban tágul s követvén a tüdők is, levegő aspiráltatik.

Ezután jobb tenyerünket illesztjük a fentebb említett módon a mellkasra, az 1. alatti mozdulatot ismételjük, mire az aspirált levegő exspiráltatik és megindul a mesterséges légzés. Eljárásunkat addig ismételjük, míg reményünk van az eredményhez.

A leirt eljárás előnye, hogy alacsony szobában, szük helyen is végezhető, nem oly fárasztó, mint a Schultze-féle lóbálás, mely már néhány percz alatt kimeríti a műtét közben különben is elfáradt orvost. Nincsen kitéve az újszülött a kicsúszás veszélyének, valamint annak sem, mint azt láthatni, hogy felkaruknál fogva lóbálják, mi könnyen vezethet vállizületi ficzamra.

Ezen eljárás bevált már oly esetben is, mikor a köztakaró egészen halvány volt, a nyak és végtagok elernyedten lógtak, az állkapocs leesett és a szívmüködés alig volt észlelhető, szóval a legmélyebb asphyxiánál is.

Minthogy könnyen kivihető és eredményes, melegen ajánlom különösen a vidéki kartárs urak figyelmébe ezen élesztési módszert, mert gyakorlatukban tágas és jól felszerelt szobákban nagy ritkán segédkezhetnek.

A kir. magyar tudomány-egyetem I-ső számú sebkórodájának közlései. Igazgató Dollinger Gyula egyetemi ny. r. tanár.

III.

Az exophthalmus pulsans traumaticus sebészi gyógykezelése a carotis communis egyoldali, illetve kétoldali alákötésével.

Közli: *Bodon Károly* tr. műtőorvos.

(Folytatás.)

Mütét november 20-dikán. Dollinger tanár a Schleich-féle helyi érzéstelenítés igénybevételével, ferde nyakmetszéssel typikus módon felkeresi a jobboldali carotis communist a cartilago cricoidea

magasságában. Alákötés két helyen selyemfonállal, utána az edény átmetszése. A seb zárása selyem-szücsvarrattal. Mütét után a szemteke lüktetése azonnal megszünt. A fejzúgás és fájdalom enyhült. Az exophthalmus is megkisebbedett, mert az ectropionált alsó szemhéj könnyen visszahelyezhető és e helyzetben meg is marad.

November 22-dikén. Kötésváltoztatás. A sebzés helyén semmi reactio. De a szemtekén gyenge lüktetés érezhető, a felső szemhéj belső zuga táján levő edénytágulat is lüktet. A kínzó fejfájásoktól azonban egyelőre szabadult a beteg.

November 26-dikán. Status idem. A varratok eltávolítása. A sebzés per primam intentionem gyógyult.

Deczember 2-dikán. A beteget másik szemének műtevése végett átteszszük a szemklinikára, a honnan a következő jelentést veszszük: Az alsó szemhéj ectropionja megszünt, az összes többi tünetek kissé enyhültek, de fennállanak. Az exophthalmus kisebbfokú, a belső szemzug felett a pulzáló daganat jelenleg is fennáll. A pupilla tág. A szemfenéken a pangás tünetei kissé csökkentek. Főleg a vérzések száma jelentékenyen csökkent, a papilla oedemája azonban alig változott. A conjunctivalis venosus hyperaemia kisebb. Visus $^5/_{30}$ (mütét előtt $^5/_{50}$ volt).

Deczember 16-dikán a beteg ismét hozzánk kerül a szemklinikáról, a hol deczember 4-dikén bal szemén felfelé iridectomiát és irido-capsulotomiát hajtottak végre. Fejfájása visszatért.

Deczember 17-dikén. Fejfájása, mely főkép jobboldali, a bal közös fejütőér összenyomásakor azonnal megszünik. Minthogy arra szánjuk magunkat, hogy a bal közös fejütőeret is lekötjük, előkészítésképp naponta kétszer negyedórán át leszorítjuk ujjal az ütőeret.

Deczember 18-dikán. A beteg ez eljárást kitünően türi, sőt a következő napokban fájdalmainak csillapítására ő maga is napjában többször lenyomja carotisát.

Deczember 22-dikén. Második mütét Schleich-féle infiltrationval és a bőrnek anaestyllel való érzéstelenítése mellett. Dollinger tanár kikészíti a bal carotis communist a gyürüporcz magasságában. Az edény izolálása után a felfegyverzett Deschamps-tü alávezetésekor a beteg azt panaszolja, hogy nem kap lélegzetet és hogy szédül. A mütő meggyőződést szerezve arról, hogy az ütőér a vagustól biztosan és tisztán izolálva van, azt két helyen vastag selyemmel aláköti. Az első ligatura összeszorításakor a beteg légvétele elakad, arcza kissé *livid*. E kellemetlenségek azonban csak néhány másodperczig tartanak. Az ütőér átmetszése a két ligatura közt. A sebzés zárása selyem-szücsvarrattal. Az ágybafektetett beteg melegítő palaczkok és meleg takarók daczára nagyon fázik, egész teste remeg, fogai vaczognak. E tünetcsoport alig tart öt perczig. Utána a beteg egész jól érzi magát és örömmel konstatálja, hogy fejfájása egészen megszünt. Csak a sebzés helyén érez némi sajgást.

Objective: A jobb felső szemzug lüktető edénypamatja megkisebbedett és lüktetése teljesen megszünt. A fejen stethoskoppal seholsem találni zúgást. Az arcz színe kissé szederjes, de estefelé már egészen rendes.

Deczember 23-dikán. A beteg kitünőnek mondja állapotát. Fejfájása egészen szünetel és hosszú idő óta ez volt az első jól átaludt éjjele. Objective semminemü változás az előző naphoz viszonyítva.

Délután: A jobb szemtekének hátranyomásánál azt találni, hogy a pulsatio gyengén bár, de határozottan visszatért. Szintúgy érezhető az ütérlökés a felső szemzug edénypamatában. A lüktetés mindkét helyen egyidejü az orsóütér lüktetésével. A jobb arcus supraorbitalis és a sinus frontalis felett fúvózörejek hallhatók.

Deczember 24-dikén. A beteg azt panaszolja, hogy fejfájása ismét jelentkezett. Fájdalmai azonban enyhébbek, mint mütét előtt. A szemtekén határozott lüktetés. Este a beteg tudtunk és beleegyezésünk nélkül a földszinti kórteremből maga felment a második emeleten felállított karácsonyfához, fent egy órahosszat időzött, azután visszament a földszintre ágyába. Fejfájásától eltekintve jól érzi magát. Fülzugása nincs.

Deczember 25. és 26-dikán. Semmi változás.

Deczember 27-dikén. A varratok eltávolítása. A sebzés per primam gyógyult. A fejfájás igen heves, különösen a jobb oldalon. Reggel és este 0·5 gm. phenacetint kap, a mitől fájdalma némiképen enyhül.

Deczember 28-dikán. Reggel és este 0·5 gm. phenacetin.

Deczember 29-dikén. A phenacetin veszít hatásából. Igen heves fejfájás.

Deczember 31-dikén. Jendrássik tanár ajánlatára a betegnek a következő mixturát rendeljük: Rp. Natrii brom. *9·0*, Kalii jodati *2·0*, Aqu. destill. *180·0*, Glycerini *20.0*. M. D. S. 3-szor napjában 1 evőkanálnyit.

Január 1-sején. A gyógyszer enyhít a beteg fájdalmán.

Január 2-dikán. A fejfájás nagyon enyhült.

Január 4-dikén. A beteg jól érzi magát. Feje alig fáj. Egész éjjel jól alszik. Grósz Emil magántanár a szemet megvizsgálva, a következőket diktálja a naplóba: Jobb pupilla tág, szélén több helyen az elülső lencsetokhoz nőtt. Papilla elmosódott határú, kevéssé kiemelkedő ($^1/_2$—1 mm.). Venák igen tágak, az erek mentén csikos vérzések. Pangás jelei.

Január 8-dikán. A fejfájás ismét visszatér és különösen a jobboldali regio fronto-temporalisban székel. Az orvosságból 4-szer napjában kap 1 evőkanálnyit.

Január 14-dikén. A fejfájások folyton kínozzák a beteget. A jobb szemteke határozottan lüktet. A felső szemzugban levő mogyorónyi edénypamat lüktet. A következő üterek lüktetése gyengén bár, de határozottan érezhető: thyreoidea sup., carotis externa, maxillaris externa, supraorbitalis, auricularis posterior és occipitalis. Majdnem mindegyiknek lüktetése jobboldalt valamivel erősebb, mint baloldalt.

Január 20-dikán. A fejfájás engedett. A kanalas orvosságból csak 3 evőkanálnyit kap naponta.

Január 21-dikén Dollinger tanár a következőket állapítja meg: „A szemteke és a szemzugban levő edénytágulat lüktet. A zúgás stethoskoppal még mindig igen tisztán hallható. A zúgás folytonos és minden systolekor erősbbödik. A homlok közepén erősebben hallható, mint a szemteke felett vagy a koponya más részén, a minek oka abban rejlik, hogy *a sinus frontalis resonator módjára erősbíti a hangot.* A bal carotis externára, a bal thyreoidea superiorra, úgyszintén a jobb carotis externára gyakorolt nyomásnál az objective hallható zúgás teljesen megszünik.“ Az orvosságból csak reggel és este kap egy evőkanálnyit, minthogy a feje alig fáj.

Január 30-dikán. Kevés fejfájás; az orvosságból csak 1 evőkanálnyit kap naponta.

Február 10-dikén. Grósz Emil magántanár a jobb szemen a következőket találja: A papilla határai most is elmosódottak, a venák igen tágak. *A vérzések eltüntek*, új *vérzés nincs.* Visus $^5/_{30}$. Egyébként, mint január 21-dikén. Fejfájás alig van, a beteg munkaképesnek tartja magát. Hazabocsátjuk azzal az utasítással, hogy három hó mulva újból mutatkozzék.

Április 13-dikán. A beteg újból jelentkezik a kórodán. Azt állítja, hogy rövid idővel a kórodáról való távozása után fejfájása újból visszatért, még pedig oly fokban, hogy ez által munkaképtelenné vált.

Az április 13-dikán megejtett vizsgálat a következőket deríti ki: A jobb bulbus előre és kissé lefelé dülled és láthatólag ugyan nem, de tapinthatólag pulzál. A jobb szemzug belső felső részén mogyorónyi, lüktető edénytágulat. A jobb szem visusa alkonyatkor $^5/_{50}$. A szemfenék nagyjában változatlan a februárihoz viszonyítva. Papilla vöröses-barna, kiemelkedő; határai elmosódottak. Venák tágak. Ujabb vérzések nincsenek. A bal szemen: + 15 D., v. = $^5/_{70}$. Systolikus fúvózörejek hallhatók a fej jobb oldala felett, de legerősebben a sinus frontalis táján. A jobb carotis externa összenyomására a fúvózörejek megszünnek. A digitalis compressio megszüntetése után néha már 10—15 másodpercz, máskor meg csak 1 percz mulva tér vissza a zörejek hallhatósága. A bal carotis externa összenyomásakor a fúvózörej gyengül ugyan, de hallható marad. *A jobb belső szemzug felett levő tágult edénycsomó lenyomásakor a zörejek hallhatósága rögtön megszünik és a beteg fejfájása is szünetel.*

Gondolnunk kellett tehát azon lehetőségre, hogy *a fúvózörejeket az ezen tágult edénycsomóban lüktető véráram okozza és egyúttal felmerült azon kérdés, nem kell-e az egyoldali heves, lüktető, állandó fejfájást ezen lüktetés által okozott supraorbitalis neuralgiára vonatkoztatni?*

Dollinger tanár ezért elhatározta, hogy a tágult vena ophthalmicat aláköti illetve kiirtja.

Mütét május 28-dikán, narcosis nélkül. Bemetszés az orbita felső szélének megfelelőleg a szemöldök helyén körülbelül 5 cm. hosszúságban. Néhány apróbb véredény lekötése után előnyomul a vena ophthalmicának körülbelül czeruzavastagságú kacsa, melyet a környező szövetektől elválasztva a Deschamps-tü segitségével két fonállal lekötünk. A lekötési helyek közt az edényből mintegy 1 cm.-nyi darabot kimetszünk. *A mütét befejezése után auscultálva zúgást sehol, még a sinus frontalis felett sem hallunk.* A beteg már a mütét vége felé roppantul izgatott. Nála egyébként nem szokatlan állapot. Estefelé kissé megnyugszik. Láztalan.

Május 29-dikén. Auscultatorice zúgás nem hallható. Fejfájásról panaszkodik. Láztalan.

Kötésváltás. A sebzés reactiomentes. A felső szemhéj erősen vizenyős.

Május 31-dikén. Láztalan. Fejfájása erősen szünőfélben.

Junius 2-dikán. A beteg feje teljesen szabad. A sebvonal reactiomentes.

Junius 4-dikén. A fonalak eltávolítása. A felső szemhéj még annyira vizenyös, hogy a beteg nem képes szemét önként felnyitni. Zörejek nem hallhatók; fejfájás nincsen.

Junius 6-dikán. A chemosis nagyon csökkent; a beteg nyitva tartja szemét. Az exophthalmus nagyfokban csökkent.

Junius 10-dikén. A felső szemhéj chemosisa teljesen megszünt.

Junius 18-dikán. A beteg elhagyja a kórodát. Fejfájása nincs, zúgás nem hallható. Az exophthalmus lényegesen visszafejlődött, nem pulzál. A szemen megejtett vizsgálat (végezte Grósz magántanár) eredménye:

Látás $^5/_{50}$. Látótér szabad. Pupilla tág, széleiről néhány finom szál húzódik a lencsetokra (synechiae posteriores). Szemfenéken: a papilla határai elmosódottak, a venák tágak, kanyargósak. *Ujabb vérzés nincs.* A lelet az 1898. április 13-dikán találthoz hasonló.

(Folytatása következik.)

Közlemény a szt. Rókus-közkórház V. orvosi (Róna S. főorvos) osztályáról.

Adatok az uterus gonorrhoeajának kór- s gyógytanához.

Schultz Henrik dr. nöorvostól.

(Folytatás.)

Az uterinalis gonorrhoea esetei többnyire a kéjnők pályájának első idejére esnek, mint ezt a következő táblázat tünteti fel:

$^1/_2$	éven aluli	kéjnőnél	76	cerv. között	33	uterus	gonorrhoea
$^1/_2$	„ felüli	„	31	„ „	11	„	„
1	éves	„	27	„ „	11	„	„
2	„	„	31	„ „	11	„	„
3	„	„	12	„ „	4	„	„
4	„	„	10	„ „	3	„	„
5—8	„	„	12	„ „	3	„	„
9	„	„	1	„ „	—	„	„

Az uterinalis gonorrhoeanak tehát majdnem fele esik a kéjnők első idejére, azaz fiatal kéjnőknél a legnagyobb számban találkozunk az uterus gonorrhoeajával s pedig hat hónapon belül; ezzel ellentétben ismét idősebb kéjnőknél azt látjuk, hogy az uterinalis gonorrhoea csak úgy, mint általában a gonorrhoea, ritkábban fordul elő. Idősebb kéjnőknél a gonorrhoeás folyamat csökkenésének oka vagy abban rejlik, hogy korán kapják ugyan meg a gonorrhoeát, de ebből kigyógyultak, vagy pedig abban, hogy hosszabb kéjnői foglalkozás után újabb infectiora kevesebb hajlamossággal birnak, mint pályájuk kezdetén.

A női gonorrhoea megoszlását a különböző korú kéjnők között a következő táblázat tünteti fel. E czélra 527 kéjnőből álló csoportot állítottam össze.

$^1/_2$ *éven alul*	179	kéjnő
Urethr. gonorrhoea volt . . .	44	
Cervic. gonorrhoea volt . . .	20	
Urethr. s cerv. gonorrh. volt . .	65	
Nem volt gonorrhoeás	50 = 27·9%	

$^1/_2$—*1 év között volt*	65	kéjnő
Urethr. gonorrh. volt	7	
Cerv. gonorrh. volt	18	
Urethr. s cerv. gonorrh. volt .	12	
Nem volt gonorrh.	28 = 43%	
1—2 év között volt	80	kéjnő
Urethr. gonorr. volt	19	
Cervic. gonorrh. volt	11	
Urethr. s cerv. gonorrh. volt .	7	
Nem volt gonorrh.	43 = 53·7%	
2—3 év között volt	77	kéjnő
Urethr. gonorrh. volt	11	
Cervic. gonorrh. volt	10	
Urethr. s cerv. gonorrh. volt .	10	
Nem volt gonorrh.	46 = 59·7%	
3—4 év között volt	59	kéjnő
Urethr. gonorrh. volt	10	
Cervic. gonorrh. volt	4	
Urethr. s cerv. gonorrh. volt .	7	
Nem volt gonorrh.	38 = 64·4%	
4 éven felül volt	48	kéjnő
Urethr. gonorrh. volt	3	
Cervic. gonorrh. volt	4	
Urethr. s cerv. gonorrh. volt .	5	
Nem volt gonorrh.	36 = 75%	
8 éven felül volt	19	kéjnő
Urethr. gonorrh. volt	1	
Cervic. gonorrh. volt	—	
Urethr. s cerv. gonorrh. volt .	2	
Nem volt gonorrh.	16 = 84%	

Ezen táblázatból láthatjuk, hogy a kórháznak anyagát inkább a fiatalabb kéjnők képezik, mert hamar megbetegszenek. Ezeknél találjuk az acutabb jellegü gonorrhoeákat s többnyire az uterinalis gonorrhoeákat is, melyek ha kifejlődnek, többnyire a kéjnőknek első idejébe esnek. A régi kéjnők közül sokkal kevesebbet látunk a kórházban s ezek között is aránylag jóval kevesebb a gonorrhoeás. *Igy látjuk, hogy míg $^1/_2$ éven aluli kéjnők között 72·1% volt gonorrhoeás, addig a 4 éven felülieknél már 25%, a 8 éven felülieknél pedig már csak 16%-ban volt gonorrhoea.* Ezen táblázatot csak azért iktattam be az uterinalis gonorrhoea keretébe, hogy ezzel is támogathassam fentebb jelzett állításomat, mely szerint az uterinalis gonorrhoea ritkább az idősebb kéjnőknél.

A gonorrhoea kifejlődési folyamatában az uteruson kivül részt vesznek ennek függelékei, az adnexok is, a melyek többnyire szintén az első időben betegesznek meg, később azután, úgy látszik, nagyrészt visszafejlődnek. Sok esetben azonban csak a gonorrhoeás folyamat alszik ki, de az esetleges tumorképződés megmarad, de ez már obsolet folyamat, a mit Sänger residualis gonorrhoeának kiván nevezni és tulajdonképpen nem egyéb, mint oly állapot, a mely igen gyakran csak összenövések vagy lenövések alakjában marad vissza a gonorrhoea gyógyulása után, a mit azután régibb kéjnőknél megtalálunk.

A 200-as csoportban *124 kéjnő között, a kiknek csak cervicalis gonorrhoeájuk volt, 48-nál találtunk adnexmegbetegedést,* melyek következőkép oszlanak meg a kéjnők között:

1— 2	hónapos	kéjnők	között	15	adnexmegbetegedés
$^1/_2$	éves	„	„	6	„ „
1	„	„	„	4	„ „
2	„	„	„	9	„ „
3— 4	„	„	„	6	„ „
5—11	„	„	„	8	„ „

Különvéve a 76 uterinalis gonorrhoeát, ezek között összesen 34-nél volt adnexmegbetegedés. Az uterinalis gonorrhoea eseteit újból két részre osztva, a szerint a mint meggyógyultak, vagy gyógyulatlanok maradtak, az adnexok megbetegedései következőképen oszlanak meg: Az uterinalis gonorrhoea közül gyógyult 53, a melyek között 22 adnexmegbetegedés volt, s gyógyulatlan maradt 23, a melyek között 12 adnexmegbetegedés volt kimutatható, a mint ezt a következő táblázat tünteti fel:

*

Gyógyult uterin. gonorrhoea.

½	év alatti	kéjnő	25	között	6	adnexmegbetegedés
½	év feletti	„	10	„	7	„ „
1	éves	„	8	„	5	„ „
2	„	„	5	„	2	„ „
3	„	„	2	„	1	„ „
4	„	„	3	„	1	„ „

Gyógyulatlan uterinalis gônorrhoea.

½	év alatti	kéjnő	11	között	5	adnexmegbetegedés
½	év feletti	„	4	„	2	„ „
1	éves	„	3	„	2	„ „
2	„	„	2	„	1	„ „
3	„	„	2	„	1	„ „
4	„	„	1	„	1	„ „

A gyógyulatlan uterus gonorrhoeánál aránylag több volt az adnexmegbetegedés, úgy látszik tehát, hogy az adnexok megbetegedése befolyással van a gyógyulási folyamatra, de tényleg talán úgy magyarázhatjuk meg ezen körülményt, hogy ezeknél a gonococcusok az uterus szövetébe is mélyebben hatoltak be, mint azoknál, a melyeknél eltüntek a gonococcusok, jóllehet az adnexok itt is betegek voltak.

A klinikai tünetekhez sorozhatnók az erosiot is, a mint azt megszoktuk, hogy a cervix s uterus hurutjának gyakori kisérője, de úgy látszik, hogy a gonorrhoeás folyamattal nem áll szorosabb összefüggésben. A 200-as csoportban ugyanis 44 esetben találtunk erosiot, tehát a gonorrhoea mellett nem oly nagy számban, hogy bárminő összefüggést jelenthetne, hanem itt is csak oly megitélés alá kerül, mint a más okból eredő cervicalis s endometrialis hurutnál. A cervicalis s uterinalis gonorrhoea esetleges megkülönböztetésére sem használható fel, a mennyiben körülbelül egyenlő arányban volt jelen a cervix s uterus gonorrhoeájánál. A 76 uterus gonorrhoea között ugyanis 14-nél volt erosio, a 124 cervix gonorrhoea mellett pedig 30-nál. E mellett az adnexmegbetegedésektől is egészen függetlenül fejlődik ki az erosio, a mennyiben normalis genitaliák mellett 27-szer s adnexmegbetegedések mellett 17-szer találtunk erosiot. Az erosioban tehát semmiféle pathognostikus tünetet nem látunk a gonorrhoeára nézve, csak oly jelenségnek tekinthetjük, mely különösen cervicalis hurut mellett gyakrabban szokott előfordulni. A gonorrhoeás folyamat csak úgy okoz nyákhártya elváltozást, mint bármily más ok s így éppen úgy fejlődhetnek ki a megfelelő tünetek is, mint a genyes, vagy bő, zavaros váladék s az erosio is. *Az erosio tehát gonorrhoea mellett is csak a nyákhártyának bizonyos fokú elváltozását kisérő secundaer jelenség, mely gonorrhoea mellett is úgy gyógyul, mint azon kivül, t. i. a nyákhártyának megfelelő kezelése s az erosionak adstringens szerrel való fürösztése folytán tekintet nélkül a gonococcusok jelenlétére.*

A gonorrhoeás folyamat diagnosisánál, valamint a cervicalis s uterinalis gonorrhoea közti viszonynál is sokkal nehezebb s tisztázatlanabb a helyzet a női gonorrhoea gyógyítási kérdésénél. A nehézségek különben itt is jobbára abból erednek, mert a klinikai tüneteket ajánlják a therapia alapjául, ehhez járul azután még azon körülmény, hogy a gonococcusok tényleg oly mélyen hatolhatnak a cervix s uterus szövetébe, hogy az eddig alkalmazott kezeléssel nem férhetünk hozzájuk. Bröse szerint „a tisztességes nőt nehezen szabadíthatjuk meg gonorrhoeájától, pedig a sexualis abstinentia biztositható, prostituáltaknál azonban a gonorrhoea gyógyítása majdnem lehetetlen“.

Ha Bröse lehetetlennek tartja prostituáltaknál a gonorrhoea gyógyítását, akkor hogyan magyarázza meg azon eseteket, melyeknél úgy a klinikai tünetek, mint a gonococcusok hiánya miatt ki lehet zárni a gonorrhoeát. Ilyen kéjnő pedig elég sok van. Nem is számítom ide az 1—2 éves kéjnőket, mert ezek Bröse értelmében még megkaphatják az uterinalis gonorrhoeát, de mit tartsunk a 6—8—11 éves kéjnőknél, a kiknél sem az urethrában, sem a cervixben, sem az uterusban nem találunk gonorrhoeára valló, sem klinikai tünetet, sem gonococcust.

Azt is megengedem ezen esetekre nézve, hogy gonorrhoeájuk volt, de, hogy a kórházban való tartózkodás ideje alatt nem volt már, az kétségtelen, tehát gyógyult, a mit mégis valószinübbnek kell tartanunk, mint azt, hogy sohasem volt gonorrhoeájuk, miután gonorrhoea elleni immunitást oly értelemben nem ismerünk.

Bröse értelmében minden kéjnő kap gonorrhoeát s miután a gonorrhoea kéjnőknél gyógyíthatlan, tehát minden kéjnő gonorrhoeás marad s fertőzni is képes, így tehát kéjnőknél sem klinikai tünet, sem gonococcusvizsgálat nem szükséges, mert e nélkül is tudhatjuk a diagnosist, a kezelés pedig fölösleges, mert czéltalan. Ha a kényelmes negatio s nem a bizonyítás álláspontjára helyezkedünk, ilyen lehetetlen következtetések folynak állításainkból. Bröse azonban úgy látszik még sem tagadja oly mereven a gonorrhoea gyógyulását, mert kezelést végez, a melyen csak azt kifogásolja, hogy a gyógyítás sokáig tart, mivel erős edzés szükséges s ez csak 1—2 hetenkint végezhető s hogy a localis gyógyítás után könnyen fejlődik adnexbetegedés, a mely okok miatt azt mondja, hogy Behrend joggal teszi le a fegyvert s a nőorvosok követik a példát. Tényleg Landau is eltekint a localis gyógyítástól, mivel szerinte a gonococcus úgy is a szövet mélyében van.

Ezen kifogásokra Brösenek saját kijelentésével válaszolok. Bröse szerint ugyanis minden gonorrhoeás nő uterus gonorrhoeát kap s az adnexok a kéjnőknek több mint felénél betegek; miért fél tehát a kezeléstől, a mely félelem annál kevésbbé jogosult, mert nem is szükségesek az erős edzések, tehát gyakrabban is is végezhetők, úgy, hogy nem kell a gyógyításnak hosszúra nyúlni, és localis kezeléssel nem egy esetben sikerült a gonococcusokat eltüntetni, a mi Landau szerint is megbizható jelenséget képez; miért tekintsünk el tehát a localis kezeléstől, ha általa ily eredményt érhetünk el.

A gonorrhoea gyógyulása ellen Bröse még a következő kifogást is sorompóba állítja: „Ama városokban, a hol gonococcust keresnek, több kéjnőt küldenek ugyan kórházba, de semmit sem hallunk arról, hogy a gyógyulási százalék is nagyobbodott volna.“ Hiszen az általános gyógyuláshoz nem elegendő a kéjnőknek gyógyítása, hanem, hogy Bröse kivánsága teljesülhessen, szükséges, hogy a már meggyógyított kéjnőt ne fertőzzék újból, ezt pedig nem lehet addig megakadályozni, míg gonorrhoeás férfiak is felkeresik a bordélyházakat. *A kéjnők gyógyítása e szerint nem birhat addig nagy horderővel a gyógyulási százalék emelésére*, míg egy újabb *infectio lehetősége fenforog*, de hiszen az adott körülmények között a kéjnők gyógyításának nem is ez a czélja, hanem hogy a kéjnők fertőzzenek kevesebbet. A gonorrhoea mint betegség is, azt hiszem, megérdemli, hogy gyógyításával foglalkozzunk s ezt legjobban tehetjük éppen a kéjnőknél, miután nagy anyag áll egyszerre rendelkezésünkre, a melyen nagyobb számú kisérletet s nagyobb méretü tapasztalásokat tehetünk.

A gonorrhoea gyógyulási százaléka akkor fog csak emelkedni, ha kankós férfinak meg lehet tiltani a kéjnővel való közösülést, addig pedig igyekeznünk kell, hogy a kéjnők gyógyítása által legalább a fertőzés gyakoriságát szállítsuk alá a kéjnők részéről s hogy a gonorrhoea gyógyításának tanát előbbre vigyük oly eljárással, mely által a gonococcusok elpusztulnak s a fertőzési képesség megszünik.

(Folytatása következik.)

A seborrhoea corporis (Duhring) és annak viszonya a psoriasis vulgarishoz és az eczemához.

Irta: *Török Lajos* dr. egyetemi m. tanár.

(Folytatás.)

Az eczema morococcusairól U. (Monatshefte f. Dermat. 1892, Bd. XIV, pag. 466) azt állítja, hogy ellentétben a staphylococcusokkal, teljesen elkülönített csoportokat képezve, leginkább a hólyagcsák egész peripheriáján elhelyezve találtatnak. Histopathologiájában pag. 197 pedig csak annyit mond, hogy a morococcusok „néha“ (!) „még“ (!) a hólyagcsák peripheriáján is bőven találhatók, a mi meglehetősen megingatja a fent idézett „különbség“ megbizhatóságát. Az, hogy a morococcusok kezdettől fogva egyenletesen oszlanak meg a hólyagcsa bennékében és sehol sem képeznek vastag rétegeket, olyasvalami, a mit Unna, mint fentebb láttuk, a staphylococcusokra is mond.

Mindebből kitetszik, hogy azok a különbségek, melyeket Unna a morococcus és staphylococcus közt elhelyeződés és elterjedés tekintetében felállít, meglehetősen elmosódnak. Hogy festés tekintetében állnak-e fenn különbségek, arról Unna nem tesz említést. És így daczára némi különbségeknek a kulturákban és Unna azon állításának, hogy az egyes szemcsék közti távolság nagyobb a morococcusnál, mint a staphylococcusnál, azon meggyőződésre kell jutnunk, hogy Unnának morococcusa egy egész közönséges staphylococcus, az ő „heveny hólyagcsás eczemája“ vagy „oltási eczemája“ pedig egy genyes impetigo. A coccusrétegek vastagságát, vagy magukat a hólyagcsákat illető kisebbszerű különbségek, miket Unna felállít, könnyen megmagyarázhatók a beoltott staphylococcusok mennyiségének és virulentiájának különféleségéből. Azon hólyagok, melyekben vastag a coccusréteg, majdnem tisztán genyet tartalmaznak és bennük a staphylococcusok nagyobb csoportokat képeznek; azon hólyagok pedig, melyekben kevesebb és enyhébb virulentiával biró staphylococcus van jelen, nem tartalmaznak oly vastag coccusréteget, s a coccuscsoportok itt kisebbek és a bennék savós-genyes. A bennéknek csekélyebb fehér vérsejt tartalma folytán a megduzzadt tüskés sejtek is láthatókká válnak, egy lelet, melylyel Unna az ő „heveny eczema hólyagcsáját“ az impetigotól megkülönböztetni iparkodott. Különben maga Unna is a savós-genyes impetigo pustulákban leir ilyen „levált és szétszórt duzzadt hámcomplexeket“, a mi csak további adat a mi felfogásunk helyes volta mellett. Azon feltevésünk, hogy t. i. a morococcus nem egyéb, mint egy staphylococcus s hogy az Unna-féle „heveny eczema-hólyagcsa“ nem más, mint egy genyes impetigo és hogy mindazon jellegek és különbségek, melyeket Unna felhoz, *construálva* vannak, könnyen és egyszerüen fejti meg az Unna által leirt oly gyakori morococcus-leletet is, lévén a staphylococcus egy igen elterjedt mikroorganismus, melynek a bőrön való jelenléte egész közönséges lelet (pl. a körömpiszokban, Bockhart). S így elesik mindazon következtetés, melyet Unna a „morococcus-leletből“ levon. Unna adatai oly bizonytalanok és annyira ellentmondók, hogy mindaz, a mit Unna a „morococcus“ és az oltási eczema mellett felhoz, még csak valószinüvé sem teheti ezeknek létezését.

Ezen véleményünk daczára követni akarjuk Unnát az ő deductioiban, mivel állítása szerint az ő bakteriologiai tanulmányai folytán felfedezett kóroktani tényezők az eczema klinikai magatartását jobban megérthetővé teszik és az egész eczema-pathologiát egyszerüsítik. Tegyük hát fel, hogy a morococcus tényleg egy Unna által felfedezett mikroorganismus, melynek mint speciesnek megvan a maga saját határozott jellege.

Ezen morococcusok okozzák Unna szerint az eczemát; ugyanis 1. Unna (Monatshefte, l. c. pag. 413) eczema-hólyagokban, pikkelyekben és pörkökben megfestette és belőlük kultiválta őket. 2. Az Unna által leirt, impetigohoz hasonló, heveny hólyagcsás eczema hólyagjaiban megtalálta őket. 3. Beoltásuk által embernél *mesterséges eczemafoltokat* idézett elő; efflorescentiákat, melyek ötfillérnagyságúak voltak és beszáradt hólyagcsákkal voltak fedve. A házinyulnál *pikkelyezettséggel egybekötött progressiv szőrkihullást* okoztak. 4. Végül az oltási eczema hólyagcsájában is megtalálta őket.

Unna leirásában azonban sok az ellentmondás és leirása nem is elég pontos. Ellentétben azon leirással, a melyet a „Monatshefte“-ben ad, a hol azt mondja, hogy egy év óta talált morococcusokat az eczema-hólyagcsákban; histopathologiájában úgy nyilatkozik, hogy morococcusok csak az általa leirt impetigoszerű eczemahólyagcsában találhatók, míg azon heveny eczema-hólyagcsák, melyek más manifest eczema-laesiókhoz társulnak s melyek szerintünk az egyedüli igazi eczema-hólyagcsák, nem tartalmaznak morococcusokat, a mi nem zárja ki azt, hogy végül a hólyagcsák hosszas fennállása után *egyesek* kivételképen bejuthatnak. Ebből azonban az következik, hogy ha Unna azt mondja, hogy egy év óta talált coccusokat az eczema-hólyagcsában, akkor csak az impetigoszerű hólyagokat, az ő heveny hólyagcsás eczemáját gondolhatta. Tehát, ha egyelőre eltekintünk az Unna-féle impetigoszerű hólyagcsás eczemától, akkor kisül, hogy a felfedező az ő morococcusát soha sem találta a hámréteg és szemölcsös réteg kórosan elváltozott szövetrétegeiben, tehát soha sem oly helyen, melyen aetiologiai jelentősége legalább a valószinüség jellegével birhatott volna, hanem csupán kóros productumokban, pikkelyekben, pörkökben találta, vagyis oly helyeken, melyek mindenféle saprophytáknak a legjobb talajt szolgáltatják.

De Unna ezen morococcusok átoltása által embernél mesterséges eczemafoltokat hozott létre! Mik ezek tulajdonképen? Vörös alapon beszáradt hólyagocskák és e hólyagcsák szerkezete — miként az előadásának különböző részeiből (Monatshefte, pag. 413 és 465) és histopathologiájából kitünik — azonos az impetigoszerü, Unna-féle eczema-hólyagcsáéval. Igy pl. Histopathologie, pag. 199 „ . . . az eczemának oltási hólyagcsái, ha ugyanis a morococcusok beoltása által mülegesen létrehozott hólyagcsákat össze akarjuk foglalni azokkal, a melyek önként keletkeztek, de valószinüleg szintén mechanikus beoltás eredményei. Mindkét eruptiónak histologiája minden pontban megegyezik.“ Unna tehát beoltás által embernél előidézte a saját külön impetigoszerü, heveny eczema hólyagcsáját, mely saját szavai szerint (Histopathologie, pag. 196) „nem bir a bőr eczematosus állapotának jellegével“ és a melynél csak a morococcusoknak a hólyagokban való kizárólagos jelenléte az ok, a miért azt az eczema egy alakjának kell tekintenünk. Unna tehát az ő impetigoszerü heveny hólyagcsás eczemájából előállítja a morococcust, és azt ezen okból elnevezi az eczema morococcusának; ezzel azután beoltás útján az ő impetigoszerü hólyagcsás eczemájához hasonló bőrelváltozásokat hoz létre, és elnevezi őket müvi eczemafoltoknak, oltási eczemának. De mivel az ember ennek az impetigoszerü hólyagcsás eczemának az eczemához való tartozóságában kételkedhetnék, előáll a bizonyitékkal is, még pedig legnagyobb meglepetésünkre a morococcussal. A heveny impetigoszerü hólyagcsás eczema és a morococcus tehát kölcsönösségen alapuló viszonyban vannak egymással; t. i. a morococcus azért tekintendő az eczema okozójának, mert megtalálható az impetigoszerü eczema-hólyagcsában és mert az emberi bőrbe való beoltása által ehhez hasonló bőrelváltozást hoz létre. Viszont a heveny impetigoszerü eczema-hólyagcsa azért eczema-hólyagcsa, mert a morococcus kizárólag benne tanyázik. Ez csak tiszta dolog.

Midőn Unna az ő morococcus-eczema theoriáját kiépitette, nagy fontosságot kellett az impetigoszerü hólyagcsás kiütés *elnevezésének* tulajdonitania. Ha *az* eczema volt, akkor Unna az ő morococcusáról, melyet ő a *valódi* eczemák pikkelyeiben és pörkjeiben kisebb-nagyobb mennyiségben megtalált, legalább a valószinüség látszatával állithatta, hogy az az utóbbinak is az előidézője. Ezért kellett annak a bőrlaesionak, melyben a morococcus olykép volt localizálva, hogy neki aetiologiai szerep tulajdonitható volt és mely bőrlaesio beoltás útján is előállitható volt, eczemának lennie. Unna ehhez, a mint láttuk, a képzelhető legkurtább utat választotta: bőrlaesióját egyszerüen kinevezte eczemának. Miután kimutattuk, hogy Unnanak impetigoszerü hólyagcsás eczemája felől mit tartsunk, az eczema kérdésénél bizvást eltekinthetünk töle. A morococcusnak a tulajdonképeni eczemáknál való aetiologiai jelentősége ezzel elveszti legfőbb támaszát. A morococcust itt ép oly kevéssé tekinthetjük kórokozónak, mint akár a staphylococcust. Mert a pikkelyekben és pörkökben ép úgy megtalálható ez is, tisztán genyes vagy savós-genyes impetigo-pustulákból ő is tenyészthető és az epidermisbe való beoltásánál szintén kaphatunk impetigo-pustulákat. Mindaz tehát, a mit Unna a morococcusra mond, hajszálra talál a staphylococcusra is. Mindezekből azonban az következik, hogy még abban az esetben is, ha a morococcus csakugyan más valami volna, mint staphylococcus, az eczemánál való aetiologiai jelentősége éppenséggel nem volna bebizonyítva; legfeljebb egy impetigoszerü hólyagos kiütés okának lehetne tekinteni. A morococcus-lelet alapján tehát semmi körülmények közt sem lehet valamely kórfolyamatnak az eczemához való hozzátartozóságát felvenni.

Nem tulajdoníthatunk tehát semmi jelentőséget azon morococcus-leleteknek sem, melyeket Unna a seborrhoea corporis Duhringnél és a psoriasisnál leir. Ha Unna azt mondja, hogy az ő eczema seborrhoicumának typus circumcisusánál kevés morococcust talált, s hogy továbbá a typus petaloides-nél a morococcusok „leginkább“ a pikkelyekből készített kulturákban találtattak és ha végül azt állítja, hogy a typus nummularisnál[1] tenyésztés útján állandóan csak a morococcusok voltak kimutathatók, akkor a fentiek

[1] Az említett három typus a sebborrhoea corporis Duhringnek és bizonyos morphologice hozzá közel álló psoriasis alakoknak felel meg.

alapján ezen leletek sem e folyamatok együvétartozásának, sem ezeknek az eczemával való rokonságuknak bizonyítására nem alkalmasak. A psoriasis és eczema közti közelebbi viszonyt sem bizonyítja az, ha Unna azt mondja, hogy ő „kellő óvatosság mellett, a melylyel a külső infectiót elkerülte és ha arra szorítkozott, hogy a psoriasis-pikkelyeknek csupán alsó rétegeit használta fel a tenyésztésre“ agar-agaron testhőmérsék mellett az esetek túlnyomó többségében a morococcus tiszta tenyészetét nyerte.

(Folytatása következik.)

TÁRCZA.

Emlékbeszéd Schwimmer Ernő Lajos dr. egyetemi tanár, kórházi főorvos felett.

Mondta: *Havas Adolf* dr. egyetemi m. tanár, kórházi főorvos.[1]

Tisztelt közgyülés! Rendünknek régi jó szokása az elhunyt jeleseinkről való kegyeletes megemlékezés. Társulatunk igazgató választmánya csak önmagát tisztelte meg, midőn elhatározta, hogy mai közgyülésünk egy nagyérdemü, buzgó és szorgalmas tagja, néhai Schwimmer Ernő Lajos dr., kórházi főorvos, egyetemi tanár emlékének szenteltessék. A midőn évzáró közgyülésünkön a társulatunkat ért súlyos veszteséget felelevenítjük és tevékeny tagtársunkról kegyelettel megemlékezünk, elismeréssel kivánunk adózni a mult érdemeiért és serkentőleg és buzdítólag hatni a jövő nemzedékre.

Egy oly férfiúról emlékezünk meg, ki tehetségét, nemes ambitioját, élete minden becsvágyát, lankadatlan kitartással és ernyedetlen szorgalommal az orvostudomány egy hazánkban még nem, vagy alig cultivált ágának szentelé; a kinek munkálkodását, bár nehéz küzdelmek árán, a legfényesebb és legszebb siker koronázta. Az ő lelkes működésének köszönheti hazánk orvosi kara, hogy a bőrgyógyászat immár nálunk is tudományosan müveltetik, hogy a fiatal orvosi nemzedék egyetemi kiképeztetése e specialis doctrinából a modern külföldével méltán vetekedhetik, és hogy a magyar dermatologia már nemcsak hazánkban, hanem a tudományos külföld előtt is elismerésben részesül.

Tisztelettel, elismeréssel és hálával adózunk tehát ma elhunyt tagtársunk emlékének, midőn nevét naplóinkban megörökítjük.

* * *

Schwimmer Ernő Lajos dr. 1837. november 21-dikén született Budapesten. Atyja keresett budapesti orvos volt, ki fiát gondos nevelésben részesité. Középiskoláit és az orvosi tanulmányok első két évfolyamát szülővárosában, a többit pedig Bécsben végezte, a hol 1861-ben orvosdoctorrá avattatott. Ezután mint a bécsi közkórház alorvosa különböző osztályokon működött gyakorlati kiképeztetés végett. Leghuzamosabban működött Sigmund és Hebra tanárok mellett. Négy évi kórházi szolgálat után, a keleten előforduló endemikus bőrbajok beható tanulmányozása czéljából Egyptomba utazott, a honnan félévi tartózkodás után hazatért. Atyjának ez időtájt történt elhalálozása arra késztette, hogy eredeti tervétől, a Hebra klinikájára való visszatéréstől elálljon és szülővárosában letelepedjék.

Hazatérte után nagy lelkesedéssel és ifjú hévvel iparkodott külföldön szerzett ismereteit specialis szakmájában itthon értékesiteni. De törekvéseit a siker nem koronázta, támogatás híján kénytelen volt egy ideig tisztán általános gyakorlattal foglalkozni.

Hogy minő küzdelmekkel, mily megpróbáltatással tudott a szakmája müveléséhez szükséges beteganyaghoz jutni, azt legjobban illustrálják azon adatok, a melyeket Róna collega a dermatologiai társulat első évzáró ülésének titkári jelentésében felsorolt; mint mai nap alig képzelhető tényt, mondja Róna most említett titkári jelentésében, kell felemlíteni, hogy a fiatal dermatologust, kinek Rózsay rókuskórházi főorvos megengedte, hogy az osztályán esetleg előforduló bőrbetegeket észlelhesse, rövid egy havi vendégeskedés után a városi tanács, a Rókus-kórház akkori igazgatójának közbenjárására a további látogatástól eltiltotta. Ily elbánás mellett tudományos munkálkodási vágyának kielégítésére nem maradt számára más hátra, mint magán klientelájának tudományos kiaknázása. De ezen korlátolt anyagon is tudott élénk tudományos munkálkodást kifejteni, a melynek elismeréseül az orvoskari tanári testület ajánlatára 1871-ben a dermatologia és syphilographiából docenssé habilitáltatott. Majd tanitási és tananyag szerzése czéljából több magántanár collegájával poliklinikát alapított, a hol szük és rossz helyiségben müködve, alig tudott helyt adni a tanulás czéljából nála jelentkező hallgatóságnak.

1875-ben a barakk-kórház heveny kiütéses osztályának rendelő orvosává neveztetett ki, de ez volt csak a danausi ajándék, mondja Róna, mert mig ezen kórházban minden főorvosnak volt kellő számú bőr- és bujakóros betege, Schwimmer tanár osztályára heveny fertőző és scabieses betegen kivül más beteget felvenni nem volt szabad és midőn egy izben fiatal dermatologiai hevének nem tudván ellenállani, egy külön szobára egy súlyos pemphigus beteget vétetett fel, feljelentetett és a városi tanács, hasoncselekedet ismétlése esetén, osztályának beszüntetésével fenyegetőzött. Mindezen kellemetlenségek és csipkedések nem kedvetlenitették el Schwimmert, ő tántoríthatatlanul dolgozott tovább és törekedett előre. A szük és tetemesen megszorított viszonyok között is termékeny irodalmi munkásságot fejtett ki, szorgalommal adott elő és jól előkészített rendszeres előadásokkal és betegbemutatásokkal ismertette meg tárgyát szép számú hallgatóságával. Munkálkodása most már mindinkább méltánylásban és elismerésben részesült.

Az orvoskari tanári testület 1879-ben rendkivüli tanári czímmel tüntette ki és megengedte neki, hogy ambulatoriumát a váczi-úti szük poliklinikáról az újvilág-utczai orvoskari épületbe helyezze át. E kedvezmény serkentőleg hatott a tanár buzgalmára, itt a tanitás központján a kedvezőbb viszonyok között nemcsak a betegek, de a hallgatók száma is feltünően felszaporodott. A javulás útján immár folytonosan előre haladott a fiatal dermatologus ügye. 1882-ben a heveny fertőző osztályhoz a barakk-kórházban kicsiny bőrbeteg és bujakóros osztály is csatoltatott, mi tudományos búvárkodás és tanitás szempontjából nagy horderejü vívmány volt. Majd 1884-ben az új orvoskari telepen egész külön rendelő helyiséget kapott és végtére 1885-ben elérte hő vágyainak egyikét, az újonnan épült szt. István-kórházban egy teljesen modern berendezéssel, kellő segédszemélyzettel és 130 ágygyal ellátott dermatologiai osztályt, egyútal kineveztetvén ez osztály főorvosává. Immár megvolt az állandó hely, megvolt az anyag és hátra volt még vágyainak végezélja, külön szakmájának systemisálása az egyetemen. Még 1881-ben dolgozott ki Schwimmer egy emlékiratot a budapesti kir. egyetemen a bőr- és bujabántalmak oktatásának rendszeresitése tárgyában, melyben reámutatott azon fontos szerepre, melyet a specialis orvosi szakok müvelése az általános orvostudomány haladására és fejlődésére gyakorol és hogy különösen a bőrgyógyászat és bujakórtan az általános kórtan kiegészitő és nélkülözhetetlen részét képezi. Statistikai adatokkal és egyéb fontos érvekkel a mellett küzdött, hogy egyetemünkön a dermatologia és syphiligraphia részére rendszeresitett tanszék állittassék fel. Erélyének, szivósságának és kitartásának sikerült végtére specialis szakmájának rendszeresitését keresztül vinnie és 1892-ben a budapesti tudomány-egyetem orvosi karán a dermatologia és syphiligraphia tanszéke systemisáltatott és annak vezetésével, mint nyilvános rendkivüli tanár, ő bizatott meg. Mind e fényes sikerek és eredmények csak buzdítólag hatottak reá és munkakedvét csak fokozták, most már egy magyar dermatologiai iskola létesitése volt a czélja. Tanitványaival és fiatal kartársaival karöltve megalapitotta a magyar dermatologiai és urologiai társulatot. Az új társulat, melynek vezére, éltető szelleme és legmunkásabb tagja ő maga volt, fényesen bevált és hatalmas factorként szerepelt a fiatal szakcollegák kiképzésében. Schwimmer ügyszeretete és buzgalma mellett a társulat tudományos estélyei rendkivül látogatottak voltak és a pezsgő élet, mely annak minden tudományos estélyén tapasztalható volt, legeclatansabban bizonyitották annak hasznos voltát, szükségességét és nagy horderejét a magyar dermatologia müvelése és fejlesztése szempontjából. De collegialis szempontból is fontos missiót teljesitett a dermatologiai társulat. A gyakori együttlét, az ellentétes nézeteknek bizalmas körben való fesztelen tárgyalása és kimagyarázása nagyban elömozditották a bizalmas, jóindulatú

[1] A közkórházi orvostársulat 1898. deczember 28-dikán tartott közgyüléséből.

collegialis viszonyt a szaktársak között. Magam is azok közé tartoztam, kit, magam sem tudom, hogy, hogynem, de mindenki Schwimmer ellenlábasának tekintett, és valóban a viszony közöttünk nem a legbensőbb volt. A társulatban való együttlét odafejlesztette a dolgot, hogy ime egy év keretén belül ma harmadszor lépek fel igaz meggyőződésből mint Schwimmer tisztelője.

Ily módon töltött el Schwimmer a magyar tudományosság szolgálatában fáradhatatlanul, tanítással és tudományos munkálkodással 25 évet. E bokros és elévülhetetlen érdemek elismeréseül és hálájául a magyar dermatologiai társulat egyhangúlag és lelkesen elhatározta, hogy érdemdús elnökének negyedszázados tanárkodási jubileumát megünnepli és ez alkalomból őt egy jubiláris munkával megtiszteli és arczképét, buzdító például a késő utódoknak, a társulat részére megfesteti.

Még valamennyiünk friss emlékében él a minden tekintetben fényesen sikerült jubileumi ünnepély. 1897. év deczember 12-dikén eljöttek oda székes fővárosunk összes tudományos orvosi testületei. Emelték az ünnepély fényét a közoktatásügyi minister képviseletében az államtitkár, a székes főváros képviseletében a polgármester, az egyetem rectora, az orvoskari tanári testület dékánja, a balparti közkórházak igazgatója, a közkórházi társulat, a kir. orvosegyesület elnöke, a balneologiai társulat, a poliklinika, stb. Mindannyian elismerésüket tolmácsolva az érdemdús férfiúnak.

De nemcsak hazai orvosi kitünőségeink, hanem a külföldi szakcollegák is elismeréssel adóztak a jubilánsnak, de Amicis Nápolyból, Barthélemy Párisból, Campana Rómából, Crocker Londonból, Hallopeau és Jullien Párisból, Kaposi Bécsből, Morris Londonból, Neisser Boroszlóból és Thibierge Párisból tudományos dolgozatukkal emelvén az ünnepi munka fényét, értékét és becsét.

Sajnos, egy kiszámíthatatlan végzet úgy akarta, hogy e jubiláris-ünnep legyen a kiváló orvos és tanár utolsó nyilvános fellépte és mintegy apotheosisa, élete pályájának díszes betetőzése. A túlfeszített munka, a jubiláris izgalmak és egy testén ragadó nem sejtett kór által elernyedve ez évi január elején pihenésre Abbaziába ment, a honnan pár heti tartózkodás után február elején halálosan megbetegedve hozták haza, a hol rövid kínos betegeskedés után február hó 25-dikén elhunyt.

Schwimmer élete végéig serény munkában volt, halála is nagy munkában érte, ép akkor dolgozott a nagy magyar „Belgyógyászati kézikönyv“ számára. Tapasztalatait és búvárkodásainak eredményét több mint 100 czikkben és nagyobb munkában közölte. Művei jórészt úttörők voltak és hazánk határain túl is elismerésben részesültek.

Ezen megemlékezésre igénybeveendő idő nem engedi meg, hogy munkáit egyenkint méltassam és birálgassam, eljövend ennek is az ideje nemsokára, más helyen. Itt csak annyit kivánok kiemelni, hogy munkálkodása az egész dermatologiára és syphiligraphiára kiterjedt. Nagyobb munkái közül különösen a „Leukoplakia buccalis“, a „Neuropatische Dermatonosen“ keltettek a tudományos külföldön is nagyobb feltünést. Számos dolgozata német, franczia, angol és olasz nyelven jelent meg. Nagyobb irodalmi munkálkodást fejtett ki továbbá az Eulenburg-féle Realencyklopediában, a Ziemssen-féle kézikönyvben, a Pallas-féle Nagy Lexiconban, a „Janus“ czímü történeti archivumban és a „Vierteljahrschrift für Dermatologie und Syphilis“-ben.

A magyar dermatologia terén pedig valósággal úttörő volt. Neve a magyar dermatologiával örökké egybeforrva marad. Előtte ugyan már mások is foglalkoztak e disciplinával hazánkban. Igy Plenck Jakab János, ki a mult század végével a Budára helyezett egyetemen a boncztan, szülészet és sebészet tanára volt, a „Doctrina de morbis cutaneis“ latinul irt és Bécsben megjelent munkájában a bőrbetegségek új rendszerét állította fel akkori felfogás szerint, azok külső alakja szerint. E század közepén 1858/59-ben pedig Poór Imre dr. a bőrgyógyászat és bujakórtanból docenssé habilitáltatott és 1871-ben ugyane szakból rendkivüli tanárrá neveztetett ki. Poór azonban bár a dermatologia terén is működött irodalmilag, mégis inkább a belgyógyászat felé hajlott, később pedig súlyos betegsége (többszörös hemiplegiát szenvedett) tudományos munkálkodásra többé-kevésbbé képtelenné tette. A szakmáján rajongással csüngő Schwimmernek tehát, bár csak nagy nehezen tudott érvényesülni, egy addig jóformán parlag földet kellett művelni. Tankönyvben és czikkekben terjesztette a modern dermatologiát a magyar orvosok között. Rendszeres előadások és demonstratiók, betegbemutatások által iparkodott az ország leendő orvosaival az eddig alig méltatott specialis szakmát megismertetni. Valóságos ambitioját képezte modern szinvonalon álló előadásokat tartani. Bár koránál fogva a legújabb orvosi vizsgálati módokkal gyakorlatilag megküzdeni nem tudott, arra törekedett, hogy segédei és tanítványai ezen a téren magukat kiképezzék és tökéletesítsék. Vas következetességgel küzdött és törekedett tehát, hogy intézetét ily értelemben felszerelhesse. Majd egy bőrkórtani múzeum megalapításához is hozzáfogott. A börkórtani intézet birtokában levő gyönyörü képek és moulageok tanúi ezirányú sikerdús működésének. Egyáltalában mindig lépést tudott tartani az orvostudomány modern irányával és tisztán az ő érdeme, ha tárgya iránt nagyobb lett az érdeklődés és Magyarország orvosai között mindinkább terjedt a dermatologia ismerete. Mindezen czéltudatos működés alapján joggal nevezhetjük őt a magyar dermatologia megalapítójának.

Schwimmer a szónoklat külső eszközeivel nem rendelkezett és bizony elég sokszor nehéz küzdelmei voltak a magyar nyelvvel. Előadása egyszerü, minden felesleg és sallang nélkül való volt. Irálya egyszerü és világos. Beszélt és irt magyarul, németül, angolul, francziául és olaszul. Segédeinek és tanítványainak jó főnöke és barátja volt. Törekvéseiket minden tőle telhető módon elősegítette és a beteganyagot tudományos munkálkodás czéljára lehetőleg rendelkezésükre bocsátotta. A minden haladás iránt való érdeklődése által, a vele való érintkezés folyton ösztönzőleg hatott a munkára. Szüntelen vizsgálódásokra és kutatásokra ösztönzé segédeit. Tudását nem rejtegeté és kicsinyes hiúsággal a törekvőnek útjába nem állott, ellenkezőleg bő tapasztalatainak tárházából azt támogatta és istápolta, ezért teremtett ő iskolát és tudott egy egész sereg fiatal törekvő orvost maga köré gyüjeni.

Személyzetével szük családot alkotott, mindig büszkeséggel és örömmel töltė el, ha segédeinek egyike-másika a tudás terén alaposat, jót teremtett. Valóságos apai örömmel hallgatta és szemlélte a törekvő tanítvány munkáját. Osztályát és ambulatoriumát ernyedetlen szorgalommal és pedans pontossággal vezette.

Tanulmányutak tevése és külföldi congressusok látogatása által iparkodott tudományát kibővíteni és látkörét tágítani, miben nagy előnyére szolgált bő nyelvismerete. Munkálkodásai és a congressusok tárgyalásain való tevékeny részvétele által a magyar névnek a tudományos külföld előtt mindig elismerést szerzett és mint ilyen több külföldi tudós társulatnál levelező tagnak és a congressusokon elnöknek választatott meg. De itthon is egyesületeink és társulataink tudományos estélyein a legtevékenyebb tagok közé tartozott, a mint ezt évkönyveink hüen registrálják.

Az orvosi közügyek iránt mindig érdeklődéssel viseltetett. De nem hiányzott belőle az érzék a természet szépségei és a művészet iránt sem. Igy a hangversenyek hüséges látogatója volt. Házában pedig gyakran tartattak művészi zenecstélyek, a melyeken lehetőleg ő maga is részt vett. Utjairól érdekes tárczaczikkeket irt. Családi élete példásan boldog volt.

A derült kedélyvilágú tudós az előkelő társaság ismert alakja volt. Személyes érintkezésben udvarias, a betegek iránt jóindulatú volt.

Mindez érdemei elismeréseül a királyi tanácsosi czímmel és később a III-ad osztályú vaskorona-renddel lőn kitüntetve.

Schwimmer tehát hivatásának tökéletesen megfelelt, egész férfiú volt, mindenki kénytelen elismerni, hogy munkálkodása nem volt meddő, hogy ő a magyar dermatologia megalapitója, hogy valóságos apostola volt szakmájának, hogy hazánkban a dermatologia és syphiligraphia ismereteinek terjesztése körül elévülhetetlen érdemeket szerzett magának, hogy a magyar névnek a külföld előtt is elismerést szerzett és hogy itthon iskolát alapított és mint kórházi főorvos hivatásának teljes magaslatán állott; tudós volt, ki úgy a tanári testület, mint a kórházi főorvosi karnak díszére vált; mindez érdemek méltóvá teszik őt az utódok tiszteletére, a kegyeletes megemlékezésre.

Legyen emléke áldott.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Albert Landerer: Die Behandlung der Tuberculose mit Zimmtsäure. Leipzig, Verlag von F. C. W. Vogel, 1898.

Szerző, a leipzigi egyetem volt tanára, jelenleg a stuttgarti „Karl-Olga-Krankenhaus“ sebészfőorvosa már 6 évvel ezelőtt kiadott volt egy munkát, melyben hosszas kisérletezései és tapasztalatai alapján a gümőkór gyógyítására a fahéjsav-emulsio intravenosus befecskendését ajánlotta. Most megjelent könyve tulajdonképen az imént említett munka javított és erősen bővített kiadásának mondható.

A bevezetésben szerző megismertet azon gondolatmenettel, mely őt a fahéjsavval való kisérletezésre vezette és nagyjából vázolja a fahéjsav hatását gümőkórnál. Az első fejezet mindenekelőtt a szöveti elváltozásokról szól, melyek a fahéjsav alkalmazása után részben gümőkóros embereknél, részben mesterségesen gümőkórossá tett állatoknál észlelhetők. Ezen elváltozások röviden a következőkben foglalhatók össze: még nem necrotikus gümős góczok leucocytákkal telnek meg, majd pedig kötőszöveti induratio áll be bennük; necrotikus gümőkóros góczok körül leucocytákból álló öv képződik, mely öv később kötőszövetté változik át; ezen kötőszöveti övből részint leucocyták vándorolnak a necrotikus góczba, részint újonnan képződött véredények és orsósejtek indulnak ugyanabba; ilyen módon a necrotikus részek felszívódnak és helyükbe heges szövet lép. A továbbiakban a fahéjsav hatását a fehér vérsejtek megszaporodására, a vérlemezkék megkevesbedésére stb. találjuk leirva. A második fejezet a fahéjsavval kezelés technikáját tartalmazza; mint újabb keletű dolog említendő, hogy az intravenosus befecskendezésekhez most már nem fahéjsav-emulsiot használ szerző, hanem fahéjsavas natriumot, mely „hetol“ névvel jut a kereskedésbe és a velebánás szempontjából előnyösebb az előbbinél. A többi fejezet a gümőkór egyes alakjainak (tüdő-, gége-, hashártya, bél, húgy-ivarszervi, sebészi, mirigy, bőr, agy, szem tuberculosis) kezelését irja le összesen 241 kórtörténet kiséretében.

A szép kiállitású könyvet XIII táblán 26 fénynyomatú kép zárja be, jórészt mikrophotogrammok után sokszorositott rajzok, melyek a fahéjsav hatására beálló szöveti elváltozásokat érzékitik. A szöveg között számos hőmérséki görbe tünteti fel a fahéjsavval kezelés hatását a lázra.

II. Lapszemle.

Protargol mint prophylacticum gonorrhoea ellen. *Welander E.* tanár Stockholmban kisérleteket tett protargollal azon czélból, hogy megtudja, vajjon nem lehetne-e néhány órával egy gyanús közösülés után protargol-befecskendezésekkel a gonococcusokat megölni, mielőtt ezek a nyálkahártyában begyökereztek? E czélra előbb kisebb, később nagyobb genycseppet vett egy gonorrhoikus urethrából s azt egészséges egyén urethrája elülső részébe bevezetve úgy kente el, hogy a mennyire lehet, a húgycső falaival mindenütt érintkezésbe jöhetett. Rövidebb vagy hosszabb idő után az egyénekkel kiürítette a vizeletet és közvetlenül azután 4%-os protargol-oldatból 3—6 grammot fecskendett be a húgycsőbe, mely 5—10 perczig a húgycső legelülsőbb részében visszatartatott. A gonorrhoikus genyt mindig hosszabb és hosszabb ideig tartatta vissza a húgycsőben, utoljára 5 órán át s mindig negativ eredménynyel. Egy esetben azonban, melyben a geny 6 óráig maradt a húgycsőben, néhány óra mulva kevés gonococcust talált egy hámsejten és purulens csepp ürült ki. Ezen kisérletekből szerző oda concludál, hogy a gonococcusok, melyek gyanus coitusnál a húgycsőbe juthatnak, biztosan megöletnek, ha néhány órával a coitus után 4%-os protargol-oldatot a vizelet kiürítése után az urethrába fecskendezünk, és 6—10 perczig visszatartatjuk. E szerint ily befecskendést biztos óvszernek lehet mondani a férfiak gonorrhoeája ellen. (Festschrift d. Arch. für Derm. u. Syphilis für Prof. Pick.)

Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1898. január 8-dikától 1898. január 14-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 443 gyermek, elhalt 335 személy, a születések tehát 108 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1899. január 15-dikétól január 21-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 42 (meghalt 8), himlőben 1 (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 13 (meghalt —), vörhenyben 40 (meghalt 2), kanyaróban 138 (meghalt 6), roncsoló toroklobban és torokgyikban 14 (meghalt 6), trachomában 13, vérhasban 1 (meghalt —), hökhurutban 4 (meghalt —), orbánczban 12 (meghalt 1), gyermekágyi lázban 1 (meghalt 1).

\+ **Az Orsz. Közegészségi Egyesület pályázata.** 1. Az Országos Közegészségi Egyesület a *Trefort-alapból* a rendelkezésre álló kamatok erejéig 10—100 arany-koronára rúgó jutalmakat oszt ki, azonkivül diszokleveleket ád olyan egyéneknek (férfiaknak és nőknek), kik a *mértékletesség, tisztaság, egészséges épitkezés, lakás és életmód terjesztése, visszás szokások megszüntetése, egészséges játékok és szórakozások meghonosítása útján vagy bármi más módon kisebb vagy nagyobb körben, a családi vagy közéletben a közegészségügy előmozditásában érdemeket szereztek.*

2. E pályázat első sorban a lelkészeket, tanitókat és községi elöljárókat illeti.

3. A kik a Trefort-díjra számot tartanak, az egyesület elnökségéhez intézett levélben maguk jelentkezhetnek, kitüntetvén az okokat, melyeknél fogva a díjakra számithatnak.

4. A díjazásra érdemeseket ajánlhatják továbbá az egyesület elnöksége, titkársága, választmányi tagjai, az egyesület bármely tagja, meg az egyházi, iskolai és politikai hatóságok.

5. A pályázó leveleket és irott ajánlatokat 1899-dik évi február 15-dikéig az egyesület elnökségéhez czimezve (Budapest, V., Báthory-u. 12.) kell beküldeni.

6. A díjakat és diszokleveleket a kiküldött biráló-bizottság jelentése alapján a választmány itéli meg és határozatát az 1899. évi közgyülés elé terjeszti. Budapest, 1898. év deczember havában.

× **Egyetemi alkalmazások.** A budapesti kir. m. t. egyetem orvoskari tanártestülete 1899. január 24-diki V. rendes ülésében alkalmazást nyertek a következők: *Vámossy Zoltán* dr. I. tanársegéd a gyógyszertani tanszéknél egy további évre. *Feldmann Ignácz* dr. II. tanársegéd az I-ső kórboncztani intézetnél, ugyanoda I. tanársegéddé és *Záborszky István* dr. díjazott gyakornok az I. sz. kórboncztani intézetnél, ugyanoda II. tanársegéddé megválasztatott. *Genersich Vilmos* dr. díjazott gyakornok a közegészségtani tanszéknél *Rigler Gusztáv* dr. tanársegéd helyettesitésével, *Stenczel Sándor* szigorló orvos ugyanott a díjazott gyakornok helyettesitésével meg lett bizva. *Szabóky János* dr. díjtalan gyakornok a bőrkórtani kórodán díjazott gyakornokká és ifj. *Elischer Gyula* dr. az I. sz. belgyógyászati kórodán díjtalan gyakornokká megválasztatott.

= **Magyarország orvosainak évkönyve és czímtára.** A *Pesti Alfréd* által szerkesztett magyar orvosi évkönyv és czímtár az 1899. évre a napokban már megjelent és bizonyára csak növelni fogja e vállalatnak eddigi jó hirnevét és népszerűségét, mert az orvosokra vonatkozó személyi adatokat még sehol sem találtuk hasonló pontossággal és megbizhatósággal közölve. Az évkönyv a közegészségügyre vonatkozó összes mult évi miniszteri rendeleteket és elvi határozatokat is közli. Tetemesen fokozza még e mű becsét az orvosi tudomány haladását a lefolyt évben röviden, de mégis alapossággal és érdekesen ismertető nyolcz értekezés, melyeknek szerzői *Csapodi, Dirner, Donáth, Haberern, Némai, Tauszk* és *Váli* dr.-ok.

— **Psychophysikai laboratoriumot** rendezett be Laufenauer Károly tanár egy magánadakozó adományából.

— **Az általános poliklinikai egyesület kórházát** f. hó 20-dikán mutatta be *Erőss Gyula* dr. igazgató az orvosegyesület, az orvosi kör és közkórházi orvostársulat tagjainak.

\+ **Kinevezés.** A m. k. belügyminister *Süssmann Henrik* dr.-t, Szeben v. m. tiszti főorvosát, *Kovács Sebestyén Endre* dr.-t, Hont v. m. tiszti főorvosát és *Czirfusz Dezső* dr.-t, stoószi és sanremói fürdőorvost az országos közegészségi tanács rendkivüli tagjaivá 6 évre kinevezte.

† **Elhunyt.** *Szilágyi Sándor* a budapesti egyetem könyvtárnoka 72 éves korában. — *Erdey Antal* a budapesti egyetem tanácsjegyzője f. hó 23-dikán 65 éves korában. — *Czeke Vilmos* dr. alorvos a szt. László-kórházban 24 éves korában öngyilkosság útján.

‖ **Megjelent.** A *Marczali*-féle *Nagy képes világtörténet* 10-dik füzete, mely a zsidó nép történetét tárgyalja. Egy füzet ára 30 kr.

—r. **Fogászati kursusokat tart** Antal János dr., az Irgalmas-kórház fogászati osztályának főorvosa, az egyetemi fogászati klinika volt tanársegédje. Megkeresések intézendők: Buda, Zsigmond-utcza, Irgalmas-kórház.

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

Téli kúra
a Szt. Lukács-fürdőben
BUDAPEST.
Rheumatikus bajok, köszvény, neuralgiák, ischias stb. ellen. **Nagy kénes iszapfürdő,** külön fürdők. Massage, gépgyógyászat. Lakás és teljes ellátás; (közepes ár 25 frt hetenként). Lift. Meghülés kizárva. Prospektust ingyen küld az **igazgatóság.**
A fürdő rendelő-főorvosa: **Dr. Bosányi Béla.**

Falta dr. *szem- és fül-sanatorium. Szeged,* Laudon-utcza és Marstér sarkán. Folytonos orvosi felügyelet, lelkiismeretes gondozás és ápolás, igen jó ellátás- Külön szobák. Mérsékelt díjszabás. Külön trachomaosztály. Telefon 293. Kivánatra útmutató.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület. (II. rendes ülés 1899. január 14-dikén.) (III. rendes ülés 1899. január 21-dikén.) 59. l. — Közkórházi orvostársulat. (XVI. bemutató szakülés 1898. deczember 7-dikén.) 61. l. — Budapesti Orvosok Szövetsége. (Tisztújító közgyülés 1899. január 12-dikén.) 63. l. — Természettudományi társulat. 63. l.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(II. rendes ülés 1899. január 14-dikén.)

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

(Vége.)

Conquassatio femoris conservativ eljárással gyógyult esete.

Ihrig Lajos: K. Gy. gépgyári napszámos, mult év november 25-dikén sérült olyanformán, hogy 1½ metermázsás öntésminta, melyet vivés közben elejtettek, czombjára esett, őt egy közelálló kocsinak szorítván.

A beteget félórával a sérülés után súlyos shokban találta. A jobb czombon a belbütyök felett 6 cm.-nyire borsónagyságú, a külbütyök felett, kissé magasabban a hajlító oldal felé 2 cm. hosszú, tátongó anyaghiány volt látható, mindkettőből bő vérzés. Nagy kitérésű rendellenes mozgékonyság a czomb alsó harmadán a nyilt törés képét teljessé tette. A beteget egy *Dollinger*-féle kötéssel történendő végleges ellátás czélzatával és reményében a gépgyárak sebészeti ambulatoriumába szállította. Nagy volt azonban meglepetése, midőn a börsebek tágításakor az izomzatot pépes czafatokká rongyolódva találta s ezek között a czombcsontnak szilánkos pozdorjaira akadt. Mint ilyen nevezetesen a külső seben át 6 darab 5—6 cm. hosszú, 2—3 cm. széles csontdarab volt eltávolitható, a kanállal kitakarított tömeges apró törmeléket nem is számítva. A belső oldalon a corticalisnak egy lécze berepedve és az alsó törvég felé csúszva az adductorok és a sartorius izomroncsai közé ékelődött. Mindehhez járult, hogy a felső törvég, vagyis a czombcsont diaphysise, hosszában egész vastagságában végigrepedt, el nem érhető magasságig, két részlete a sebben könnyen mozgott s nevezetesen a külső részlet olyan lazán csüngött felső összeköttetésén, hogy egy csontfogóval könnyedséggel kihúzhatta volna. Miután azonban eltávolitása egyértelmű lett volna a csonkítás bevezetésével, a végtag megtartását kisérelte meg, daczára annak, hogy a csont jelzett állapota és az izomzat óriási roncsolódása erre nem nyújtottak sok reményt. A sebeket éles kanállal, ollóval a lehetőségig kitakarította, edénylekötésre a pépes izomtömegben gondolni sem lehetett, azután a börsebeket csomós varratokkal zárta, draincsövet vezetve mindkét oldalt a csontfelületig. A beteg, kit narkotizálni, segédlet hijján nem lehetett, a másfélórai operatio alatt nyugodtan aludt a shok utóhatása folytán. A sebek ellátása után a végtag a medencze belefoglalása mellett fix-kötésbe került s a beteget lakására szállította.

A mostoha lakásviszonyok azonban ismét az újpesti kórház ápolásának igénybevételére szorították; ugyanott negyednapra, a kötés átvérzése folytán friss gypskötést alkalmazott szóló, mely alkalomkor egyszersmind a draineket is eltávolította, a sebeket véglegesen zárva. A lefolyás reactio nélküli volt, a második héten a kötésbe vágott ablakokon a varratok, öt hét elteltével pedig az egész kötés eltávolittatott. Ma a gyógyulás után 7 héttel a consolidatio annyira tökéletes, hogy a beteg mankó nélkül saját lábán jöhetett ide s a tört végtag rövidülése 1½ cm. E fényes eredmény magyarázata kétségtelenül a csonthártya épen maradásában keresendő, mely nemcsak a szétforgácsolt törésdarabokat tapasztotta össze, de a tekintélyes csonthiányt is pótolta osteoplastikus anyaggal. Hogy a csonthártya a regenerationak mily fokára képes, annak bizonyitéka *Tillmans*-nak egy esete, a hol az egészében elhalt tibiát kutyacsonttörmelékkel pótolván, a megmaradt csonthártya szilárd csontot termelt e helyütt. Nem mintha osteophytákat sikerült volna implantálnia — a hogy ő hitte —, de mert a csonthártya pótolta a hiányt, a hogy hasonló esetet bemutató is látott.

Axmann főorvos szivességéből egy szép Röntgen-felvétel illustrálja az eset mai csontképét.

Iritishez csatlakozó neuritis.

Csapodi István: Egy 31 éves hajóst mutat be, kinek jobb szemét 10 hónappal ezelőtt iritis miatt gyógyitotta volt. Ez a beteg mostanában látása romlását vevén észre, megint bemutatóhoz jött, a ki a szem látóidegfője felső felét ellepő izzadmányt talált. A lueses iritisre nézve *Schnabel* azt állitja, hogy rendesen csatlakozik hozzá retinitis, egy más szerző syphilises betegeinek 50%-ában talált retinitist. A bemutatott esetben luesre csak az az egy adat volna, hogy a beteg feleségének idétlen gyermeke született volt, különben iritise okául a kiállott kankós izületi csúzt kellett felvenni. A most mutatkozott izzadmányos neuritis kétféle magyarázatot enged: vagy mégis csak lues az eredeti ok, melyre ilyenténképen a neuritisből kellene utólagosan visszakövetkeztetni; avagy pedig azt kell feltenni, hogy az a baj, mely a lueses iritis kisérője szokott lenni, a más eredésű iritishez is szegődhetik. A mikor tehát a szivárványhártya gyuladása után aránytalanul rossz a látás vagy utólag megromlik, az ideghárya és látóideg megbetegedésére gondolhatunk s ebben az irányban is vizsgálnunk kell a beteget.

Ifj. *Siklóssy Gyula*: Az eset tanulságát még azzal egészíti ki, hogyha olyan iritissel van dolgunk, hol nem tudjuk a luest kizárni vagy felvenni, akkor minden esetre higanykúrát alkalmazzunk, mert ilyen esetekben olyan szemfenéki elváltozás lép fel, hol szintén higanykúrát kell alkalmaznunk.

Syphilis hereditaria tarda esete.

Szalárdi Mór: Egy luetikus anyát mutat be luetikus gyermekével együtt. Két okból teszi ezt, 1. mert az anyán a lues jelei leukoplaqueok útján 6 év mulva — ennyi idő mult el ugyanis a primaer infectio óta — láthatók és azok segélyével a luest constatálhatjuk; 2. mert a gyermeken syphilis congenitának minden jele meglehetősen észlelhető és minden egyes symptoma elegendő arra, hogy a gyermeknél a l. hereditaria diagnosisát kimondhassuk.

A nő 32 éves, hajadon, cseléd. Január hó 9-dikén vétetett fel intézetükbe négy hetes gyermekével. Először volt teherben. Először öt év előtt, a mikor 3½ hónapig volt viselős, azután elvetélt; a második és harmadik gyermek halva született, a negyedik gyermek három hónapig élt, az ötödik ez a gyermek, a melylyel intézetükbe jött.

Még első szülése előtt, szerinte körülbelül 6½ évvel ezelőtt, külső nemi szervén általa pattanásnak nevezett elváltozás mutatkozott, melyet ő nem kezeltetett; csak a midőn egypár héttel később a jobb inguinalis tájékon állitólag daganata keletkezett, ment kórházba, hol azt megoperálták. A seb behegedése után 1—2 hónapra történt az első abortus. Azután az egész testen viszkető kiütései keletkeztek, a mi miatt újból kórházba ment s ott most 20 higanybedörzsölést adtak neki. A többi terhesség mind már ezen antiluetikus kezelése után történt.

Jelenleg a syphilis minden nyomát megtalálhatjuk az anyán. Az egész testen szétszórva, különösen az arczon, tarkón, az alkaron élesen kivehető festenynélküli foltok, leukoplaqueok láthatók. A tarkó és áll alatti mirigyek beszűrődöttek, eléggé kitapinthatók. A jobb inguinalis tájakon egy körülbelül 4 cm. hosszú heget láthatunk.

Áttérve a gyermekre, ez jól fejlett, rosszul táplált. Csontrendszere teljesen ép. A test bőre sárga, pergamentszerű. A chronikus nátha, seborrhoea capitis et superciliorum, az ajkak duzzadtsága és repedezettsége, az arczon, czombokon, az alszáron s a scrotumon jól kivehető rozsdabarna foltok, a talpak pergamentszerű, fénylő, quadratba beosztott felülete: ezek mindegyike külön-külön is elegendő arra, hogy a lues heredetariát diagnostizálhassuk.

A gyermek higanykúrát kap 1 grammos dosisokban pro die. Húsz bedörzsölés után a gyermek valószinűleg eléggé alkalmas lesz arra, hogy egyik telepükre anyjával együtt kiküldhesse, anyja által táplálttassa, illetőleg körülbelül egy évig szoptathassa és azt hiszi bemutató, hogy tapasztalatai szerint a gyermek jól fog fejlődni.

„A typhuskezelés diaetetikus alapelvei.“

Benedikt Henrik és **Schwartz Miklós**: (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.)

(III. rendes ülés 1899. január hó 7-dikén.)

Elnök: **Genersich Antal**; jegyző: **Dieballa Géza.**

Carcinoma penis Pearce Gould szerint operált esete.

Illyés Géza: A bemutatott beteg előadja, hogy két év előtt a penise bőrén a frenulum tájékán kis pörsenést vett észre, mely eleinte lassan, utóbbi hetekben pedig rohamosan nőtt.

Húsz év előtt lágy fekélye s kétoldali buboja volt. A fityma sohasem volt teljesen visszahúzható. Felvételkor a penis vége, különösen a sulc. coronarius tájékán jókora tyúktojásnyira bunkószerűen megvastagodott. A glans hegyes, keskeny; a praeputium csaknem ujjnyi vastag, kiemelkedő gallért képez, a mely tömött, kemény, kifekélyesedett. A fekély kráterszerű bemélyedéseket s felhányt széleket mutat, a penis oldalsó részére is ráterjed s alófelé mindinkább kiszélesedve, gyűrűalakban fogja körül a penis makkmögötti részét. A frenulum táján egy nagyobb kráter van, melynek fenekére egymástól 1 cm. távolságban a rákosan arrodált húgycső proximalis és distalis végei szájadzanak. Az orificium extern. urethrae erősen szűkült, a vizelet az arrodált húgycsősipolyon át csurog el. A rákos beszűrődés az urethra felső fokán túl átterjed a corpus cavern. penis alsó felületére is, s innen kiindulólag az egész proximalis véget infiltrálja.

A mi a műtéti eljárásokat illeti, régebben a penisnek többeli amputatiója után tölcsérszerű tubust kapott a beteg, a melyen keresztül vizelt s mely nem engedte a vizeletet szétcsurogni.

Lényeges haladás a műtétben az, hogy a húgycső a penistől elkülönitve kezeltetik.

Wattmann kiirtja a penist s az urethrát a gátsebbe kivarrja.

Pearce Gould a húgycsövet külön szervnek nézi, a mely a penishez hozzátapadva fut s a melyet ő izolált, azután a penist egészében

irtotta ki a szárakkal együtt, nehogy a carcinomás szövetbe metszés által autoinfectio jöjjön létre.

Thiersch a penist amputálja a szárak lefejtése nélkül; ugyanúgy, kevés változtatással *Davis Calley*.

Farkas — a hogy szóló a leirásból kivenni tudta — szintén egyszerűen amputálja a penist, azután a gáton ejt sebet, melyen át a corp. cavernosumoktól felszabadított húgycsövet keztyűujjszerűleg kifordítja s az igy nyert, jól táplált húgycsőlebenyből a külbőr sebének megfelelő részt kiszabván, azt szélesen kiszegi.

Harrison két szakaszban végzi a műtétet.

Ezek a most divó műtéti eljárások, melyek közül mint a legradicalisabbat és az esethez legalkalmasabbat *Dollinger* tanár a *Pearce Gould*-félét választotta, s a műtétet deczember 14-dikén hajtotta végre.

Chloroform-narcosisban először eltávolítja mindkétoldali lágyékmirigyeket, melyek mint tömött, mozgékony képletek voltak tapinthatók, s a sebeket bevarrja. Ezután a penist a carcinoma felett egy erős fonállal körülköti vértelenítés czéljából s Paquelin-égetővel a körülkötés alatt levágja, hogy ekként az üszkös felülettől megszabaduljon. Most a heréket a rapheban kettémetszi az urethra alsó felületéig, az urethrába egy cathetert tesz s a hímveszszőn harántul egy két szúr keresztül, melylyel mellfelé leválasztja az urethrát a corp. cavernosáktól körülbelül 2—3 cm. hosszúságban, a hol harántul átvágja. Ezután tompán elevatorral lefejti az arcus pubisról a corp. cavern. szárait, a vérző ütereket leköti, a bőrsebet a raphe hosszában bevarrja s a húgycső végét belevarrja a bőrseb hátsó sarkába. Műtét tartama egy óra. Collodium-kötés.

Eltérés az eredeti műtéti eljárástól annyiban történt, hogy először lett eltávolítva épbe vezetett metszésekkel a bűzös fekélyekkel boritott pars pendula, nehogy a sebet inficiálja, s azután lett a húgycső kifejtve.

Műtét után négy napig a beteg nem tudott magától vizelni. Jobb oldalon az inguinalis tájon — kis fonálgenyedés indul meg, mely egy pár nap alatt megszünt.

Jelenleg a beteg gyógyult; vizelését úgy végzi, hogy edényt vesz a czombjai közé, a melybe a vizelet lefelé és kissé előfelé tartó gyenge sugárban jól ürül.

Uj gypssin újszülött gyermek magas felkartörésénél.

Kopits Jenő: A szülés alatt a magzat néha oly helyzetbe jut, hogy a műtő a végtagok kifejtését csak a végtag valamely csontjának az eltörése árán eszközölheti. A bemutatandó csecsemő felkartörésének szintén ez az előzménye.

A csecsemő f. hó 10-dikén extractioval született meg, mely alkalommal a felkarcsontja eltört. Az újszülött f. hó 11-dikén hozatott az I. seb. klinika ambulatoriumába a következő állapotban: A korára rendesen fejlett csecsemő csontrendszere teljesen egészséges. A bal felkar hossztengelye azonban szögletbetörést képez, a felkar felső és középső harmadával a találkozási helyen. A szöglet csúcsával előre és befelé néz és e helyen kis duzzanat van jelen. Tapintással kideritjük, hogy a szögletbetörést a felkarcsont törése képezi. A csontvégek egymás mellett könnyen eltolhatók, sőt crepitatiot is érzünk. A szöglet enyhe nyomásra és distractiora könnyen kiegyenlithető, de a nyomás és distractio megszüntével csakhamar visszatér. A törés helye a vállcsúcstól $3^1/_2$ cm.-nyire van. Az ép felkar hossza $8^1/_2$ cm.

A gyógyító eljárást illetőleg a törési végek beigazitása, a szögletbetörés megszüntetése enyhe distractioban képezte feladatunkat. A felkarcsont törésnél használni szokott és leirt eljárások felnőttek viszonyaihoz és életmódjához vannak alkalmazva, a miért is nehezen alkalmazhatók az újszülöttnél. Dollinger tanár úr a klinikán használatos gypssint kisérlette meg alkalmazni ez esetben is, melyet már két év előtt egy izben jó eredménynyel használt.

E sinek, miután még puha állapotban alkalmaztatnak, a legfőbb követelménynek kitünően megfelelnek, t. i. teljesen oda simulnak a végtag alakjához és annak bármely helyzetéhez. Előnyük, hogy nem kell készletben tartani többféle alakú és nagyságú sineket, hanem pár gypspólyából azonnal elkészithetők közvetlenül alkalmazásuk előtt.

A gypssin készitésénél a langyos vizbe mártott gyps-pólyát legöngyölve a kellő hosszúságnak megfelelően rétegekben egymásra hajtjuk — a czélnak megfelelően több vagy kevesebb rétegben —, jól egymáshoz simitjuk a rétegeket, vékony watta-réteggel borítjuk az egyik oldalát, a mely a testtel fog érintkezni és puha mull-pólyával bepólyázzuk. Az igy készült még puha gyslapot azután a végtagra pólyázzuk és a megkeményedésig a végtagot a kivánt helyzetben tartjuk.

Ez esetben az igy elkészitett gypssint a következő módon és a végtag következő helyzetében alkalmaztuk: Az egyik végét szélesebbre szabtuk (12 cm.) s e részét a mellkas jobb oldalára fektettük a hónaljárokig, hol gyengéden benyomatott, mi által itt egy támaszkodási felület képződött. A sint keskenyebb (4 cm.) részével most a mintegy 45^0 szög alatt abdukált felkar hajlító oldalára vittük a könyökhajlásig, honnan a 90^0 szög alatt behajlitott és gyengén supinált alkarra folytatódott a kéztőig. Az által, hogy a sint a behajlitott alkarra megtámasztottuk, e pont és a hónalj között kézzel distractióban tartottuk a felkart a sín megkeményedéséig, a szögletbe törés megszünt és a felkarcsont a kellő helyzetben meg is tartatott. Ezután még a felkar feszitő oldalára, megfelelően hosszának egy rövid sint alkalmaztunk, a mi a szöglet képződés ellen még nagyobb biztonságot nyújtott. A sín úgy a mellkashoz, mint a végtaghoz puha mull-pólyával lett rögzitve.

Az ily kötéssel ellátott csecsemő megfelelően ápolható, vánkosban tartható. A kötést eddig naponta ellenőriztük, de mindig kifogástalanul felelt meg feladatának. Nagy előnye e sinnek, hogy ha a mull-pólyát eltávolitjuk, akkor sem változik a kar helyzete. Az előnyt felhasználtuk arra, hogy a végtagot naponta megmassáltuk.

A törés helyén jelenleg már callus érezhető, de a törési végek még egyesülve nincsenek.

Actinomycosis esete.

Róna Sámuel: D. M. 32 éves, nőtlen, czukrász, 1898. november 29-dikén vétette fel magát az osztályra egy négy hét óta fennálló fitymaűri fekélyek által okozott phimosis és jobb inguinalis mirigyduzzanat miatt. *A nyakán* lévő elváltozásokról nem panaszkodott, azokat jelentéktelenneknek tartotta. Az utóbbiak azonban előadó figyelmét sokkal jobban lekötötték, mint a genitalis banalis laesiók, és többszörös tüzetes klinikai vizsgálat után *actinomycosisnak* kellett azt declarálnia. Ezen elváltozások keletkezéséről a következő felvilágositást nyerték: 1898. junius havában fájt először a két utolsóelőtti jobboldali alsó zápfoga, és annak nyomán megduzzadt az alsó állkapocs jobb harántága ezen két fog alveolusa körül, a mely duzzanat az állcsont külső oldalán a szájűrben kifakadt, mérsékelt genyet ürítve. A duzzanat erre lelappadt, de két hét mulva újból előtérbe lépett; ekkor is mérsékelten genyedt, de a daganat el nem oszlott, sőt augusztusban fokozódott és októberben a jobb fülczimpa alatt, az állzug táján, kivül a nyakon is duzzanat támadt, mely két hét alatt hüvelyknyire nőtt, s mely csak akkor lett kissé fájdalmassá, mikor november közepén szűk nyilással kifakadt. Azóta ezen duzzanat kiscbbedett, ellenben az alsó állkapocs jobb harántágának alsó széle mentén tovább kúszott, az állcsúcs alá. Láza sohasem volt a betegnek és fájdalmai is csekélyek voltak. A beteg bejövetele előtt egy hóig Károlyvárosban és azelőtt hét hóig Zágrábban tartózkodott, de — állitólag — takarmánynyal vagy állatokkal érintkezésbe nem jött.

Jelen állapot. A *nyak* jobb oldalán, az állzugnak megfelelőleg 4 cm.-nyi hosszú, $1^1/_2$ cm. széles, barnásvörös, a böralatti kötőszövetben ülő puha, ruganyos, az állcsont görbületét követő, diffus-határokkal biró kidomborodó duzzanat látható és tapintható, melynek alsó végén, közvetlenül az állcsont alatt borsónyi, rendkivül vékonyodott bőrrel fedett puha gócz látható, melynek kúpján gombostűfejnyi nyilás van és a melyből nyomásra vörhenyes, hig geny ürül ki. Ebben a tárgyüvegen felfogott váladékban tűhegynyi egész gombostűfejnyi szürkés-fehéres, fehéres-sárga és sárga gömbölyded szemcséket láthatni puszta szemmel is. E kicsiny gócz mellett mintegy $1^1/_2$ cm.-nyi területen a duzzanat megszakad, innen túl azonban az állcsont görbületét követő, egészen az állcsúcs közepéig nyúló, 1 cm. széles, barnavörös, elmosódott határú, puha, ruganyos, diffus és főleg a böralatti kötőszövetben ülő duzzanat látható és tapintható.

A *nyak többi része*, az arcz, valamint a köztakaró többi része — eltekintve a venereás laesiotól — épnek látszik. A jobb állzugban disznóbabnyi rendes összeállású mirigy, az állcsont harántága és az állcsúcs alatt 1—1 hasonló nagyságú tapintható. A nyak oldalsó mirigyei valamivel nagyobbak a rendesnél.

Az *utolsóelőtti két alsó* jobb zápfog *caries* által jórészben elroncsolt. A gingiva körülöttük tetemesen fellazult, és az utolsó előtti tövén a gingivának a pofa nyálkahártyájába átmenete helyén kölesnyi *sipolynyilás* látható, melyből nyomásra egy kis csepp sárga geny ürül ki. Az *alsó állkapocs* jobb szögletétől mintegy 1 cm.-nyire kezdődő és mellfelé 3 cm.-nyire terjedő, tisztán az állkapocs külső oldalára szoritkozó, tömött, egész kemény, nem fájdalmas duzzanat tapintható. Sondával csak pár millimeterre tudtunk a sipolynyilásba hatolni; érdes csontra nem akadtunk.

A *szájűri nyálkahártya* többi része, valamint a garat nyálkahártyája és a nyelv épnek látszik. A jobb tonsilla tetemesen hypertrophizált.

A *mellkasi* szervek vizsgálata semmi abnormitást sem tüntetett fel. *Léptompulat* rendes. A *vizelet* szalmasárga, kristálytiszta, fs. 1018; vh. savi; idegen alkatrészeket nem tartalmaz.

Lefolyás. A beteg egész kórházi tartózkodása alatt hőemelkedést nem mutatott és genitalis fekélyeinek és bubojának gyógyulása után közérzete kielégitő volt.

A *diagnosis* ezen esetben nem ütközött különös nehézségekbe. Luest, tuberculosist könnyen kizárhattunk. Az egyszerű fogsipolylyal járó tályogokat is kizárhattuk már klinice a duzzanat lassú fejlődése, a nyakon és áll alatt kigyózva tovakúszása, csekély fájdalmassága, stb. által. Végül a duzzanat feltörési nyilásából, majd egy új gócz megnyitásával nyert genyben talált szemcsék már mikroskopice biztositották a gyanúba vett *actinomycosis* kórismét, a mit a mikroskopiai lelet minden kétséget kizárólag megerősitett: a mennyiben sikerült néhány kifejezett példányú tőkét szabályszerű és jellemző elrendeződéssel — *középi fonal, szemcsenemez és összefüggő bunkóköpeny* — glycerinben rögzitenünk és a melyeket a beteggel együtt bemutatunk. *Genybakteriumokat* egyetlen készitményben sem találtunk, daczára a nagyszámú genysejtnek; tehát ezen eset is azok közé sorozható, melyekben a genyedést *nem vegyes* infectio, hanem tisztán a sugárgomba okozza.

Ezen esetben is, mint más számosban, azon kérdés megvilágositása birna érdekkel, hogy miképen jutott ezen beteg a sugárgombához. Az anamnesis azonban csak annyit enged következtetni, hogy a szúvas fog vagy annak fellazult környéke szerepet játszhatott a betörés helyét illetőleg. A fogak direkt szerepét azok kihúzása után talán felderithetjük.

A második kérdés a *therapiára* vonatkozik. Ezen eset alkalmasnak látszik arra, hogy a *Van Hersonnak* jodkalira gyógyult eseteit — ezen esetnek hasonló medicatiojával — ellenőrizzük.

Dollinger Gyula: Egy actinomycosisban szenvedő betegének esetét mondja el, a mely különösen a gyógykezelés szempontjából érdekes. Az esetet Kétly tanárral gyógykezelte az egyetemi II. számú belgyógyászati klinikán. A 35 éves nőbeteg 1895. évi márczius hó 15-dikén lépett be a nevezett klinikára. Akkor már 2 év óta érzett a gerinczoszlopa hosszában kalapáló fájdalmakat, a melyek az alsó végtagjaiba kisugárzottak és 5 hónap óta erősen fokozódtak. Ugyanez idő óta puffadtak az alsó végtagjai, az arcza balfele és a lábai, továbbá ugyanez idő óta gyengék az alsó végtagjai is. A klinikára való felvételekor az arcza bal fele dagadt volt, az állkapocs sarka alatt egy sipolynyilás találtatott, a melyből genyedség szivárgott és a mely az arczon levő puffadtságig ért. A gerincz hátrafelé domború ivet képez, a 10-dik háti csigolya pedig egy kis púp alakjában erősebben domborodik ki. A vizeletben elég bő czukormennyiség és fehérje nyomokban. Miután gyanú volt reá, hogy actinomycosissal van dolgunk, a kikapart sipolynyilás váladékát megvizsgáltatta és abban a többek által megejtett vizsgálat actinomycest constatált. Miután egyéb klinikai jelek a mellett szólottak, hogy a betegnek gerinczoszlopában is actinomycosisa van, a mely egyrészt a csekély púpot, másrészt a többi összes ideges tüneteket is okozza, a betegnek actinomycosisa ellen belsőleg jodkaliumot adagoltak, a mellett az arczon levő sipolyjáratokat igen gondosan kikaparta és az űrjáratokat időnkint argentum nitricummal erősen kiégette, a sebeket pedig jodoformmal kötözte. A beteg julius hó közepéig 250 gramm, vagyis 1/4 kilogramm jodkaliumot vett be, a nélkül, hogy állapota javult volna, sőt ellenkezőleg: julius 10-dikén a beteg mellkasán hátul, alulról a 8-dik bordáig erős, kemény resistentiájú tompulat mutatkozott, a mely felett légzés nem volt hallható, julius 29-dikéig pedig ez a tompulat felterjedt hátul mindkét oldalt a 7-dik bordáig, mellül a sternum felett hasonló tompulat mutatkozott, a mely helynek megfelelőleg a beteg folytonos fájdalomról is panaszkodott. A kikapart sipolyjáratok az arczon időnkint javultak, hegesedésnek indultak, de majd ismét széjjel esett a hegesedő szövet és a genyedés tovább tartott. Utóbbi időben a beteg hasában időnkint igen erős fájdalmak léptek fel, a nélkül, hogy a hasban képesek lettek volna actinomycosis-göböket vagy bárminemű egyéb physicalis eltérést constatálni. A beteg augusztus hó 9-dikén elhagyta a kórodát. Ismeretes tény, hogy az actinomycosis azon eseteiben, a midőn az különösen az arcz lágy részeire szorítkozik, a legtöbbször maga a sebészeti gyógykezelés, a mely a kórosan elváltozott szövet kikaparásából vagy kimetszéséből áll, elegendő a gyógyuláshoz, de az imént elmondott eset kétségtelenné teszi, hogy nem minden actinomycosis-eset egyenlő jóindulatú, hogy vannak egyes súlyos esetek, a melyek talán az actinomycosisnak, illetőleg az oospora bovisnak valamely erősebb válfaja által okoztatnak és a melyek az eddigi gyógykezelési módokkal, nevezetesen a jodkalium-kezeléssel is képesek daczolni.

Dollinger ezután a mult esztendőben az ő klinikáján észlelt egy kóralakról tesz említést, a mely egy 24 éves leánynál mutatkozott, az egyik arczfélnek kemény beszűrődéséből állott, a mely a vizsgálatnál nagyon emlékeztetett az actinomycosisra, a melynél a kikaparásnál az arcz izmai közé beszűrődött, 1—2 cm. vastag száraz tömegeket távolított el, de a mely esetben a mikroskopikus vizsgálat, a mely Genersich tanár laboratoriumában történt, sem actinomycosist, sem valamely más kórokozó gombát kimutatni képes nem volt. A beteg a sebészeti kezelés mellett jodkaliumot kapott és nem régen gyógyulva mutatta be magát a klinikán.

Hutyra Ferencz: A bemutatott eset megerősiteni látszik azon felfogást, hogy az actinomycosis kifejlődése összefügg a fogak cariesével; de talán ennek túlságos fontosságot tulajdonitanak, mert ez sok esetben csak véletlen.

Mióta az actinomycosist figyelemmel kisérjük, azt látjuk, hogy oly helyeken lép fel, hol ezen összefüggés fennállásáról nem lehet szó: a nyakon, az áll alatt valószinűleg nem a fog szúvasodása, mint alkalmi ok inditja meg a folyamatot, hanem a fertőzés apró nyákháryasérülések: a foghús, nyelvfék, pofaredők nyákhártyájának laesiója útján jön létre.

A régibb felfogás azért látszott elfogadhatónak, mert az állatoknál az állkapocsban észlelték leggyakrabban; de tudjuk, hogy az actinomycosisnak ez a formája ma ritka, sokkal gyakoribb szarvasmarháknál a torok tájékán, de főként a nyelv actinomycosisa ma sokszor egész járványszerűen lép fel.

A fog szúvasodása annyiban képezheti okát, hogy a foghús szúvas fognál nem ép, sérülések támadnak rajta, a mik azután a fertőzés kapujául szolgáltatnak.

A therapiát illetőleg a jodkezelés állatoknál nagyon bevált, annyira, hogy ma a nehezebben operálható eseteket jodkali belső adagolásával jó sikerrel kezeljük; gyakori, hogy feltünő nagy daganatok jodkali 10 grammos napi adagaira, pár hét alatt feltünően kisebbednek, sőt teljesen meggyógyulnak, legfeljebbk is kötőszövet tömörülés marad vissza; állatoknál a nyelvben gyakori actinomycosis, mely máskép jelentkezik mint embernél, jodtinctura-ecsetelésre jól gyógyul; nagy daganatoknál jodtinctura-befecskendezés is jó eredményt ad.

Róna Sámuel: Kiemelte, hogy a jodkali kezeléssel szemben nem optimista, de ha az állatoknál olyan szépen bevált, mivel a jelen esetben a diagnosis kétségtelen, a jodkali therapiájának kisérlete helyén van.

(Folytatása következik.)

Közkórházi orvostársulat.

(XVI. bemutató szakülés 1898. deczember 7-dikén.)

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

(Folytatás.)

Laparotomia néhány esete.

Elischer Gyula: Valahányszor az operálandó beteget altatnom kell, hálásan emlékszem vissza ama férfiúra, ki a hetvenes évek derekán a sebészetet Dél-Németországban fényesen képviselte. Szánalomra gerjesztő benyomást tett a kis, fonyadt arczú, neuralgikus baja miatt morphinistává lett emberke, a midőn csak az operatio előtti subcutan befecskendés hatása alatt elevenedett fel, s miután a legnehezebb operatiót tanitványai s hallgatói bámulatára játszva elvégezte, az operátiós teremből kisietve, karosszékébe rogyott. Ez *Nussbaum* tanár volt. Operativ képességével egyenrangú volt irodalmi működése. Rövid, de szerfölött velősen és az érző szív egész melegével megirott könyve: „Über Unglücksfälle in der Chirurgie" az operateurök előtt örökbecsű maradand. Különösen nagyértékű a narcosisról irt fejezet.

Nussbaum a narcosist igen gyakran alkalmazta, s bár nem hátrált meg a csecsemőknek chloroformmal való bódításától sem, mind a mellett egyike volt azoknak, kik ezen a sebészet terén fennálló, leghumanusabb eszközhöz csak kellő megfontolás és az óvintézkedések pontos betartása mellett nyúlnak. S hogy manapság a bóditas alkalmazása szükebb korlátok közé szoríttatott, hogy a narcosis veszélyes voltát minden operateur szigorubban szem előtt tartja, mint még nehány évvel azelőtt, ez első sorban a bajor sebész-nagymesternek köszönhető, ép úgy, mint a narcosis lényegének ismertetését, az újabbi tudományos törekvéseket *Czempin* és *Schleich* képviselik.

Mig előbbi a narcosis kivitelét, a betartandó óvintézkedéseket physiologikus úton tárgyalja, utóbbi (Schleich) inkább praktikus úton az akadályoknak legyőzését kisérli meg, az általános narcosist a helybeli érzéstelenitéssel helyettesitvén, érveléseit művének újabb kiadásában a pathohistologikus és psychologikus alapra fektetve. A fájdalmak megszüntetése az operatio tartama alatt, ha a betegre nézve veszély nélkül lehetséges, minden esetre oly követelmény, mely nemcsak a ténykedés könnyebb s alkalmasabb kivitele, de főleg a beteg iránti kiméletet tekintetéből nagy gyakorlati fontosságú. Eléggé ismeretes előttünk, hogy a beteg, a ki a narcosis statistikáját nem ismeri, ép oly hévvel *követeli* a bódítás foganatositását, mint a hogy az esetleg operatio alá kerülő orvos, ki az ide vágó statistikát megbirálhatja, többnyire *eláll tőle* s inkább a fájdalmat tűri. Nézetem szerint az ilyen orvost nem a narcosis veszélyes volta, hanem a tapasztalat vezérli, mely szerint a narcosis, mint azt a betegek legnagyobb része állitja, korántsem valami oly kellemes procedura, mint minőnek a priori odaállittatott. S ha hozzá a tüdő, szív, a paizsmirigy, a vesék, az általános vérmennyiség részéről, az elzsirosodás következtében még complikatióktól tarthatunk, akkor az orvos sarokba van szoritva a narcosis kivihetetlensége és a beteg iránti kiméletes elbánás összeegyeztetését illetőleg. Kisebb beavatkozásoknál, főleg, ha rövid ideig tartanak, nehány percz alatt végezhetők, a *suggestioval* czélt érhetünk, ezt azonban az úgynevezet *félnarcosissal* nem szabad összetévesztenünk, melynek alkalmatlan volta, veszélyessége leginkább a laparotomiánál lép előtérbe. A betegnek félig bódított állapota sokkal rosszabb az ébrenlétnél, mert nyugodt, érzéstelen testrészek helyett épen izgatottakkal állunk szemben s ki ne érezte volna ama kellemetlenséget, melyet ilyenkor a beteg hasizomzata, netaláni hányási ingere stb. éppen a legválságosabb időpontban teremtett, ha akár az előbb említett complicatiók, akár a szív, akár a tüdő működése, centrumainak a hűdéshez közel álló volta miatt, a bódító szer további adagolását be kellett szüntetni. Ennélfogva minden törekvést, mely a narcosis mellőzését mérges gázok (s valljuk be, mindeddig incommensurabilis adagban) belehelése által kilátásba helyezi, gyakorlati szempontból üdvözölnünk kell s szerencsésnek érzem magam constatálhatni, hogy ezen módszerek egyikét, melynek kitünő voltát sok eset bizonyitja, társulatunkban már régebben tisztelt barátom és főorvos társam Haberern bemutatta, a midőn Schleich infiltrationalis methodusát előttünk ismertette.

Nincs szándékom Schleichnek eljárására a t. társulat előtt bővebben kitérni. Schleich practikus észleletei s a narcosis kivitele körüli szabályai oly kitünőek, hasznavehetők és a gyakorlatra kihatók lesznek még akkor is, ha hypothesise a neuroglia ideginger korlátozó hatásáról be nem bizonyul. Magam is nehány idevágó gynaekologikus esetben megkisérlettem az általános bódítást a subcutan befecskendéssel létesitett szövetinfiltratio által helyettesiteni ott, a hol az eddig nálunk, legalább tudtommal alig történt, tudniilik a hasmetszéseknél.

Engedje meg a t. társulat, hogy ilyen három esetről beszámoljak s némely idetartozó észlelést felemlitsek.

Első esetünk D. I. 19 éves hajadonra vonatkozik, kinél a hószám még nem jelentkezett volt s ki 1 1/2 óta veszi észre hasa nagyobbodását, eleinte nagy hasfájások kiséretében.

Az I. orvosi osztályon véghez vitt abdominalis próbapunctio körülbelül 1 liter chocoladebarna, colloid folyadék kiüritését eredményezte. A megejtett vizsgálat a has, czombok és alszárak erős oedemáját mutatta. A has legnagyobb kerülete 108 cm., fala hosszában erősen beszűrődött. A vastag rövid nyakon férfiökölnyi struma. Tüdő, szív viszonyai különben rendesek. Az ivarszerv-vizsgálatnál a baloldali ligamentum latum feszült kötegét tapinthattuk. Május 31-dikén végeztük a laparotomiát Schleich-féle localis anaesthesiával. Felhasználtatott a linea

alba mentén circa 36 gramm a 2. számú, középerős folyadékból. A hasfalak szétbontása után, a cysta és a hasfalak közötti finom álhártyák leválasztattak; a cysta troicarral való punctiójára 17—18 liter barna folyadék ürült ki, mire a baloldali ovarialis polycystoma ki volt gördíthető. 5 cm. széles megcsavart kocsányának alákötése után eltávolítottuk. A jobb ovarium gyermekökölnyi, cystikusan elfajult, exstirpáltatott. Utána felületes hasűr toilette és hasfal varrat Sänger szerint.

Az operatio alatt fájdalmat érzett és jelzett a beteg

1. a peritoneum megnyitásánál,
2. a kocsány alákötése alkalmával,
3. a jobb ovarium előhúzásakor és igen éles fájdalmat alákötésekor,
4. a hastoilettnél a Douglas-űrben,
5. a peritoneum varrása alkalmával.

A lefolyást illetőleg: az operatio után este tökéletesen jól érezte magát, 104—110 közti pulsus mellett a hőfok 38·7-re szállt, de reggel 37·3-ra, pulsus 100-ra szállt; junius 12-dikén az összes öltések kiszedettek. Prima egyesülés. Junius 22-dikén (műtét után 3 hétre) elhagyta a kórházat.

II. eset. T. K., 35 éves hajadon, felvétetett folyó év augusztus 22-dikén. Tizennyolcz év előtt 4 hónapos abortust állott ki, betegségét 3 hónapra viszi vissza, havi baja két hónap óta kimaradt. Két hét óta igen nagy lábvizenyő. A betegnél, ki különben potator, könnyű bronchitis volt jelen, miért is támaszkodva első esetünkben elért eredményünkre, itt is elhatároztuk, hogy az általános narcosistól elállunk s a Schleich-féle methodust alkalmazzuk.

Az előbb előadott módon szeptember 21-dikén operáltuk.

A baloldali egyszerű, csavart kocsányos, 15—20 liter űrtartalmú cystoma ovarii eltávolítottuk. Az oedematosus hasfalak miatt a külbőrön átvezetett fesztelenítő varratokat alkalmaztunk.

Lefolyás: A hőfok 37·5°-ot nem haladt túl, kivéve az operatio estéjét, a mikor 39·1° volt, reggel láztalan s így is maradt, daczára, hogy a fesztelenítő varratok mentén genyedés lépett fel.

Október 20-dikán a gyógyulás teljes.

III. eset. E. L.-né, 40 éves özvegy, hozzánk a II. belgyógyászati osztályból tétetett. 5 gyermeket szült rendesen.

Folyó évi május havában vette észre, hogy hasának jobb oldala fájdalmas s egészben növekedik. Legnagyobb haskerület 105 cm. A symphysistől a tumor felső határáig 31 cm. A has körülbelül egy 8—9 hónapos terhes méh benyomását teszi; azonban a tumoron világosan három, egymástól elkülöníthető részlet különböztethető meg.

1. Egy elastikus, jó gyermekfejnyi, közvetlen a symphysis felett,
2. egy sokkal tömörebb, mozgatható, a köldök felett fekvő éles szélü tumor,
3. egy nagyobb, tömörebb, nem mozgatható tumor a bal rásztájékban.

Fluctuatiót a daganatokon csak nagyon fogyatékosan lehet észlelni.

A belső vizsgálatnál azt találtuk, hogy a hátsó hüvelyboltozatot egy tömör diónyi daganat domborítja le. Próbavizsgálat anteflectált s anteponált rendes méhet mutat.

A tüdők felett mindenütt finom szörcszörejek, beteg nehéz légzésről panaszkodik, folyton subfebrilis. Szívhangok gyengék. Az utolsó időben igen lesoványodott beteg alig táplálkozik, az étkezés igen sok kellemetlenséget okoz, rosszul emészt.

Ily viszonyok között a laparotomiát itt is *Schleich* methodusa szerint november 19-dikén végeztük.

A hasfalak bemetszése után, a peritoneumot kocsonyás colloidszerű tömegek hatják át, melyek a szabad ascitessel együtt ürülnek ki. Eltávolításuk után tapintjuk, hogy csak a bal ovariumban levő cystából származnak. Miután jó két férfifejnyi ily tömegeket eltávolítottunk, sikerült e tömlő alsó, a Douglas-űrt kitöltő, számos adhaesioval oda tapadt részét kiemelni s a széles csonk biztosítása után eltávolítani. Most láttunk egy másik, az egész gyomortájt elfoglaló, hasonló nagyságú daganatot, melynek kocsánya a jobb ovariumnak felelt meg. A hassebet tágítva, azt is simán eltávolítottuk.

A hasűrben a belek között, részint sok szabad hasvíz, részint colloid-tömegek, melyek felszívása után kitünt, hogy úgy a peritoneum parietale, mint a viscerale számos kölesnyi göbökkel fedett, hogy a cseplesz egész terjedelmében a vakbélhez odanőtt s teljesen tele van papillaris excrescentiákkal. Alatta pedig a gyermekökölnyi daganattal és papillaris excrescentiákkal tele rakott processus vermiformis.

Gondos hastoilette után ezen részeket nem is érintettük tovább. A peritoneum catgut-, a hasfalak Silkworm-guttal lettek régi etageszerű öltésekkel egyesítve. A hasűri részek az egész operatio alatt teljesen érzéstelenek. Operatio után H. 37·3, P. 126. Utóbbi harmadnapra rendes, a hőfok magasabbra nem is emelkedett.

November 28-dikán varratok eltávolítása. Prima reunio.

A közölt három esetben, mint a kórlefolyásából kivenni méltoztatnak, a gyógyulási eredmény kitünő volt. Mindegyiknél a hasseb per primam egyesült s complicatiók nem voltak jelen. Az operatio fájdalmasságát illetőleg mondhatjuk, hogy ez csak annyiban nyilvánult, hogy a beteg eltekintve a lelki felháborodástól, az idegek mechanicai ingerlését érezte. Így láttuk ezt az első és harmadik esetben, midőn a kevésbbé kórosan elváltozott petefészket keresni kellett, így mindegyiknél, ha a hasűrt kitörülve, a promontoriumon lehaladó nagy edényeket s vele együtt a nagyobb idegágakat érintettük, vagy ha a peritoneumban lefutó kisebb üteret vágtunk át, vagy aláfogtunk. Hogy az operativ fogásoktól való félelem mennyire befolyásolja a beteget, s hogy a fájdalom nyilvánulása a képzelődéstől mennyire függ, legjobban bizonyítja ama humoros tapasztalat, hogy egyik betegünk mindannyiszor jó előre nagyon nyögött, ha csiptetőt kértünk segédeinktől, mielőtt még a műszert alkalmaztuk volna, míg az előtte ismeretlen scalpell kérésekor és a műszer alkalmazásánál teljesen nyugodt maradt.

Melegen ajánlom tehát ezen fájdalommentesítő eljárást a t. tagok figyelmébe, akár nagyobb, akár kisebb operatióknál és vívmánynak mondhatom én is, és pedig annál fontosabbnak és nagyobbnak, minél inkább képesek leszünk az általános bódítást megszoritani, a mi a berlini kórodákon tett észlelések nyomán már is az azelőtt általános bódításnak alávetendő esetek 90%-ában sikerült.

Ezen esetek kapcsán van szerencsém a mult hó 5-dikén felvett N. E. 32 éves hajadontól való boncztani és górcsői készitményt bemutatni. Beteg kétszer rendes időben, de nem életképes gyermeket szült; állitólag 5 hónap óta beteg. Urethritis és vulvovaginitis chronica (gonorrhoica)-ban szenved. A jobboldali ovarium táján egy gyermekökölnyi feszes daganat. Próbapunctio negativ leletet ad. A méh körül határozattan összenövéseket lehetett tapintani. A diagnosist előrement gonorrhoikus folyamat előidézte perimetritis chronica és jobboldali adnex tumorra tettük s november 23-dikán laparotomiát végeztünk chloroformbódításban.

A daganat a jobb ovarium és tuba összenövései folytán ki nem emelhető, az álhártyák tompa szétfeszitése után elkülöníthettük a tubát, melynek közepén a daganat helyet foglalt. Az ovarium kissé cystosusan degenerálva több helyt berepedezett; resecáltatott. A jobb tubát és daganatot eltávolítottuk. A baloldali ovarium bár álhártyákkal fedett, megnagyobbodást nem mutatott s így bennhagytuk.

A makroscopikus vizsgálat valószinüvé tette, hogy tubaris terhességgel van dolgunk a mit Genersich tanár szives vizsgálatai, kinek intézetéből górcsői készítményünk került ki, megerősitettek. Beteg láztalan lefolyás mellett gyógyult s megerősitő adatul szolgál arra, hogy a gonorrhoikus megbetegedés a fogamzást nem gátolja, valamint arra is, hogy perimetritikus izzadmányok s lobos folyamatok a méhen kivüli (itt tubaris) terhességet elősegitik.

Hasonló másik esetünk P. J.-né 26 éves, kinél salpingitis nodosa lateris sinistrit kórismeztünk, kinél azonban az ovarium tömlősen elfajulva találtatott. A savóval megtelt méhkürttel együtt eltávolittatott. Gyógyulás sima, prima egyesülés mellett.

Mindkét méhkürtöt és petefészket kellett eltávolitanom a 23 éves E. E. hajadonnál november 18-dikán, ki többszörös abortus után, baloldali petefészekben gyermekökölnyi tályoggal és pyosalpinxszel, jobb oldalt férfiökölnyi nagyságú hydrosalpinxszel vétetett fel. A jobboldali ovariumot részben visszahagytuk. A tuba uterinalis végének csonkitásánál észlelhető volt a méhfundusnak az előre ment lobok okozta oly nagy fokú zsiros elfajulása, hogy itt minden, a vérzés elkerülésére eszközölt aláöltés és varrás kiszakadt. A méh fundusából resecáltam egy ivalakú darabot, mire sikerült ép szövetben a metszfelületek összetűzésével a vérzésnek elejét venni.

Az operatio utáni 8-dik napon a has teljesen per primam egyesült; azonban ismét egy hétre reá a sebnek alsó zugában genygyülem jelentkezett, melyen át egy hosszú catgutfonal távolodott el. Ez késleltetni fogja teljes felgyógyulását.

Végül még G. Z.-né 36 éves nő egyszerű cystoma ovarii sinistri esetét akarnám említeni, kinél a viszonyok oly egyszerűeknek mutatkoztak, hogy az operatiot (értve a daganat eltávolításától a peritoneum zárásáig) alig 10 percz alatt lehetett bevégezni. A jobboldali ovarium itt is néhány borsónyi, savóval telt folliculust mutatott. Az egész szerv mentén felkeresve a kis cystákat egyenkint felszúrtuk és a többi részt érintetlen hagytuk. Lázmentes sima lefolyás.

Herczel Manó: Nagy örömmel hallotta előadónak a Schleich-féle érzéstelenitésről szóló fejtegetéseit. Általában valamennyien meg vagyunk győződve, hogy valamennyi narcotizálásnak deletaer hatása van a vesékre, tüdőkre. Az utóbbi években tapasztaltuk, hogy nemcsak az aether, hanem a chloroform is okozhat pneumoniát, mely épp oly veszélyes, mint a narcosis közben beálló synkope, úgy hogy meggyőződésem, hogy ezen pneumonia következtében több beteg pusztul el, mint a narcosis alatti synkopeban; különösen elgyengült betegeknél, továbbá genyedő folyamatoknál, hol kénytelenek vagyunk narcotizálni, hogy ezzel az operatióra rábirjuk a beteget, meggyőződésem: hogy directe a narcosis folytán lép fel a pneumonia.

Az iparkodás és hit, hogy a beteget megtartsuk, késztet arra, hogy a narcosist mellőzzük.

Szóló *Schleich* methodusával több száz esetben operált: felszines atheromák kiirtását, strumektomiát, bubo-kiirtást, herniotomiát, laparotomiát, bélresectiókat végzett, s az eredménynyel meg van elégedve. Más kérdés az, hogy a beteg is meg volt-e vele elégedve: struma, bubók kiirtása a felszinen meglehetősen fájdalmatlan, de ha a daganatok össze vannak a szomszédsággal nőve, rosszindulatúak: a Schleich-féle localis infiltratio bizonyos pontig a sebész áttekintését is zavarja, mert nem láthatja, hogy pl. a sarcoma meddig terjed s igy a recidivának, a tumor teljes kiirtását nem végezhetvén, nem állhatja útját; szólóval is megtörtént, hogy daganatot Schleich-érzéstelenitéssel irtott ki s a recidiva hamar bekövetkezett, míg ha narcotizált volna, radicalisan kiirthatta volna.

Nehéz és fájdalmas ezen methodussal a mélyben operálni, pl. axillaris bubót exstirpálni.

A laparotomiát illetőleg: a hashártya maga nem érzékeny, a bél is absolute érzéketlen; herniotomiát végeztem narcosis nélkül, bélresectiót érzéstelenités nélkül s a beteg fájdalmat nem nyilvánitott; a bél serosája nem érzékeny, a peritoneum kevésbbé érzékeny, a mi a

betegnek fájdalmat okoz — az a szervek vongálása; nem a medencze serosája érzékeny, hanem az, hogy az ovariumot kihúzzuk és a csonkot vongáljuk.

Egy 37 éves nőbetegénél ovarialis tumort kellett exstirpálnia: szóló nem akarta narcotizálni, mert az illető szivbeteg volt, a beteg nem egyezett a narcosisba, mert nővére *Billroth*-nál a narcosis alatt beállott synkope folytán halt meg — s meg volt szóló lepetve, hogy nemcsak a has megnyitása, de a myoma kiirtása is fájdalmatlan volt.

Gastroenterostomiát végzett localis érzéstelenitéssel; minden operatiót lehet ilyen módon vagy localis érzéstelenités nélkül is végezni, még a gyomoroperatiókat is — bár ezeknél, mikor a gyomrot előrehúzzuk, a beteg hányni kezd: a mi kellemetlen s az eredményt kétségessé teszi.

Szóló hive a localis anaesthesiának, s különösen előszeretettel alkalmazza ott, a hol a narcosisnak deletaer hatása van; a hol lehet s a beteg kivánja, ott localis érzéstelenitéssel vagy a nélkül operál, de nagy operatióknál, hol nyugalomra van szükség, ott narcotizál.

Elischer Gyula: Nem mondta szóló, hogy a belek serosája érzékeny, hanem azt, hogy a mikor a Douglas-üregben lehaladt, és nyomta az idegeket, ekkor külölt a beteg fájdalmat. Felolvasta szóló, hogy a jobb ovarium kifejtésénél kevesebb, de igen éles fájdalmat jelzett a beteg, mikor az egész szervet alákötötték.

Nem mondta szóló, hogy propagálója az általános narcotizálás tökéletes mellőzésének, hanem csak azt hangsúlyozta, hogy az általános narcotizálást csak akkor végezzük, mikor a műtétet máskép végrehajtani nem lehet.

Azért, hogy a beteg a narcotizálástól nem fél, nem hallgatható el, a mit különben mindig hangsúlyoznak, hogy a narcotizálás technikája még korántsincs annyira kifejlődve, hogy minden sebész azt mondja, hogy a narcosis veszélytelen.

Vívmánynak tekinthető, hogy képesek vagyunk műtéteket végezni és daganatokat kiirtani, a nélkül, hogy az életet veszélyeztető narcotizáláshoz volnánk kénytelenek fordulni.

(Folytatása következik.)

Budapesti Orvosok Szövetsége.

(Tisztújító közgyülés 1899. január 12-dikén.)

Elnök: **Babarczi-Schwartzer Ottó**; jegyző: **Hültl Hümér.**

A Budapesti Orvosok Szövetsége f. évi január hó 12-dikén tartotta meg tisztújító közgyülését. *Babarczi-Schwartzer Ottó* elnöki megnyitója után *Temesváry Rezső* főtitkár olvassa fel jelentését. Mindenek előtt megemlékezik azon nagy veszteségről, mely egész Magyarországot Erzsébet királyné elhunytával érte. Méltatja továbbá a szövetség első elnökének, az évközben tisztségéről lemondott Müller Kálmán tanárnak a szövetség körül szerzett érdemeit. A szövetség az elmult év folyamán kidolgozta az orvosi nyugdijintézet tervezetét. Az ingyenes rendelések tárgyában szabályzatot dolgozott ki, melyet a székesfővárosi kórházak és rendelőintézetek nagyrészt elfogadtak. A fertőtlenitési eljárás egyöntetűsége tárgyában felterjesztést intézett a székesfővárosi tanácshoz, mely a legközelebbi jövőben kedvező elintézést nyer. Az egyleti orvosok helyzetének megbeszélésére bizalmas ülést hivott össze, melyen a megjelentek tapasztalataikat előadták. Tárgyalta továbbá két ülésen a betegsegélyző pénztárak anomaliáit és ezen tárgyban a m. kir. kereskedelmi ministerhez felterjesztést fog intézni. A szövetség a székes főváros tanácsához feliratot intézett azon tárgyban, hogy egyes fővárosi fogtechnikusok a „fogorvos“ és „doktor“ czimet jogtalanul használják. A tanács az elöljárókat szigorú ellenőrzésre szólitotta fel. Rudnay Béla főkapitány a szövetség kivánságára a tagok számára passe partout-kat állittatott ki, melyek a tagokat feljogositják a rendőri cordon átlépésére. A szövetség egyik havi ülésén Babarczi-Schwartzer Ottó elnök tartott érdekes előadást „Az orvosi szakértő mint tanú“ czim alatt. A szövetség tagjai közül az elmult évben 3 halt el; jelenleg 555 tagja van.

Jurkiny Emil pénztárosi jelentését a közgyülés tudomásul vette, a pénztárosnak a felmentést megadta és neki jegyzőkönyvi köszönetet mondott. A jelen évi pénztárvizsgáló bizottságba *Hirschler Ágoston*, *Mátrai Gábor* és *Schuschny Henrik* küldettek ki.

Az ezután megejtett szavazásnál megválasztattak a következők:

Elnök: *Babarczi-Schwartzer Ottó*; alelnökök: *Adler Zsigmond* és *Elischer Gyula*; főtitkár: *Hültl Hümér*; titkár: *Waldmann Fülöp*; jegyző: *Drechsler Dezső*; pénztáros: *Jurkiny Emil*; gazda: id. *Glass Izor*. Választmányi tagok: *Árkövy József*, *Erdélyi Jakab*, *Flesch Nándor*, *Fodor József*, *Freund Arthur*, *Friedrich Vilmos*, *Gerlóczy Zsigmond*, *Hőgyes Endre*, *Ippen József*, *Jendrássik Ernő*, *Kertész Aba*, *Klein Fülöp*, *Lichtmann Samu*, *Liebmann Mór*, *Magyarevics Mladen*, *Eisler Hugó*, *Pákozdy Károly*, *Rákosi Béla*, *Réczey Imre*, *Rózsaffy Alajos*, *Schermann Adolf*, *Sümegi József*, *Szikszay Sándor*, *Tauffer Vilmos*, *Temesváry Rezső*, *Varró Indár*, *Vladár Márton* és *Wein Manó*.

Uj tagokká megválasztattak: Bátori Dániel, Boross Ernő, Büchler Lipót, Ebner János, Gerber Béla, Kende Mór, Komáromy Sándor, Major Ferencz, Marmorstein Mór, Moravcsik E. Emil, Rátz István, Pécsi Dani, Takáts Márton, Vincze Zsigmond és Ziffer Emil.

Kir. Magy. Természettudományi Társulat.

A *Természettudományi Társulat* január 26-dikán tartotta évi közgyülését. Az igen népes ülést *Szily Kálmán* nyitotta meg, majd az elnökválasztás megejtése után az uj elnök, *Wartha Vincze* foglalta el az elnöki széket. *Paszlavszky József* főtitkár ismertette ezután a társulat mult évi működését. A földmivelésügyi minister ez évre 500 frtot utalványozott a társulat czéljaira. A társulat 3 folyóiratot ad ki: a *Természettudományi Közlönyt*, melyet ezelőtt 30 évvel indított meg Szily Kálmán, a *Pótfüzeteket* és a *Chemiai folyóiratot*; ezeken kivül a könyvkiadó vállalat érdekes köteteivel igyekszik a természettudományi ismereteket terjeszteni. A társulat tagjainak száma ez idő szerint 8023, közülük 239 alapitó. *Lengyel István* pénztáros szokott, jóizű humorával terjesztette elő a társulat anyagi viszonyaira vonatkozó jelentését. A forgó tőke bevétele 38,416 frt volt; az alaptőke összesége 122,092 frt. *Ráth Arnold* a könyvtár állásáról tett jelentést: a könyvtárban ez idő szerint *22154* kötet van. (30 esztendő előtt a társulat könyvtárát 200 frtra becsülte az antiquarius!) Nagy lelkesedéssel fogadta a közgyülés a választmány által Szily Kálmán 30 éves működése emlékének megörökitése tárgyában tett indítványt, s egyhangúlag elhatározta, hogy Szily Kálmánt a társulat tiszteletbeli tagjának választja meg, arczképét megfesteti s 10,000 frtnyi jutalomdij-alapot alkot a Közlöny megindításától lefolyt 30 év emlékére. A tavaly hirdetett pályatételek nyertesei lettek: a physikai tételre Péch Aladár, a botanikaira Hollós László; dicséretet kapott Csemez József. Külföldi levelező tagokká megválasztotta a közgyülés Freycinet franczia hadügyminisztert, Roiti physikust és Keller zoologust. Választmányi tagokul az ez évben az alapszabályok értelmében kilépettek helyett megválasztattak: állattanra Daday Jenő és Lendl Adolf (új); ásvány-földtanra Semsey Andor és Koch Antal; chemiára Ilosvay Lajos és Nuricsán József (új); élettanra Thanhoffer Lajos és Pertik Ottó; növénytanra Klein Gyula és Degen Árpád (új); természettanra Szily Kálmán, Schuller Alajos és Kövesligethy Radó.

PÁLYÁZATOK.

55/899. f. i. sz.

A kormányzatomra bizott vármegye területén fekvő **nagytapolcsányi közkórháznál** újonnan rendszeresitett **alorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek és felhivom mindazokat, kik ezen évi 500 frt fizetéssel, s természetbeni lakással javadalmazott, s nyugdijjogosultsággal egybekötött állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában II. része értelmében megkivánt minősitésüket igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám f. évi **február hó 10-dikéig** bezárólag, még pedig a közszolgálatban állók hivatali főnökük útján annál inkább adják be, mivel később beérkezendő kérvények figyelembe nem vétetnek.

Nyitra, 1899. évi január hó 17-dikén.

2—2 *Thuróczy Vilmos*, cs. és kir. kamarás, főispán.

Pályázat.

A Budapesti Szobafestő stb. ipartestületi betegsegélyző pénztár igazgatósága az óbudai részben lakó tagjai részére, ez évre 200 frt, a jövő évtől pedig 250 frtra felemelt fizetés mellett, orvosi állásra hirdet pályázatot. A pályázni óhajtók pályázatukat akár irásban, akár szóval az egyleti helyiségben Hársfa-uteza 57. sz. a. délután 5—8 óra közt f. hó 29-dikéig bezárólag bejelenthetik.

HIRDETÉSEK.

Vese, húgyhólyag, húgydara és **köszvénybántalmak** ellen, továbbá a **légző** és **emésztési** szervek **hurutos** bántalmainál, orvosi tekintélyek által a

Lithion-forrás

Salvator

sikerrel rendelve lesz.

Húgyhajtó hatású!

Kellemes izü! Könnyen emészthető!

Kapható ásványviz-kereskedésekben és gyógyszertárakban.

A Salvator-forrás igazgatósága Eperjesen.

Farbenfabriken
vorm.
Friedr. Bayer & Co.
Elberfeld.

Pharmaceut. készítmények.

Protargol.

Organikus ezüstkészítmény
a
gonorrhoea- és sebkezelésre,
valamint a
szemtherapiába
is.

Kimagasló bacterium ölő képesség s absolut nem izgató.

Vasas
Somatose
(Ferro-Somatose)

a chlorosis és az anaemia gyógykezelésére. Vasat tartalmaz organikus összeköttetésben és könnyü felszívódásra alkalmas alakban. Íz nélkül, könnyen oldó, étvágygyerjesztő obstruktiót nem okoz.

Aristol

kiváló **hegképző szer.**

Külön. javalat:
égetési sebek, ulcus cruris, paras. eczeme, ozaena.

Használat: tisztán vagy vegyítve Acid. boric. pulv.-val vagy mint 5% kenöcs.

Salophen

Specifikus szer
fejfájás, influenza, heveny izületcsúz ellen.

Adag: 1 gr. 2—3 óránként.

Tannopin

Jav. **tub. és nem tuberculosus béllob, hagymáz.**

Adag: gyermekeknek 0·2—0·5 gr., felnötteknek 1 gr. 3—4-szer naponta.

Saxlehner András, cs. és kir. udvari szállító.

HUNYADI JÁNOS

A leghatásosabb és legkellemesebb hashajtószer.

Legjelesebb orvosok véleményei szerint kiváló előnyei:

Gyors, biztos enyhe hatás.

Hatása fájdalom nélküli. — Utánszorulás nem áll be. Tartós egyenletes hatás. — Használata nem kellemetlen. Rendszeresen használva nem hat fárasztóan a gyomorra. — Kis adagban is elégséges. —

Bevásárlásnál a palaczk czimképén olvasható

„Saxlehner András"

név figyelembe ajánltatik.

Cs. és kir. szabadalmazott

Egyetemes Emésztőpor

Dr. GÖLIS-től.

Eddig még utól nem éretett hatására nézve az *emésztés és vértisztítás* terén, s *a test táplálása és erősítésére* nézve. Ezáltal naponkint kétszeri és sokáig folytatott használata mellett valódi gyógyszerré válik számos még makacs betegségokben is, mint p. o. **emésztési gyengeség, mellégés, a gyomor túlterhelése, a belek petyhüdtsége, ideggyengeség, mindennemü aranyeres bajok, görvély, guga, sápadtság, sárgaság, valamennyi idült bőrbaj, rák, időszakos fejfájások, férges és köves betegségek, túlnyálkásodás stb.**

Ez az egyetlen és gyökeres szer *a megrögzött köszvény és mellbajban (tuberculose). Ásványvíz-gyógymódnál* úgy ezelőtt, mint annak használata alatt, valamint utólagosan gyógyszerül is kitünő szolgálatot tesz. Egy nagy skatulya ára **1 frt 20 kr.** Egy kis skatulya **80 kr.** Főraktár Budapesten **TÖRÖK JÓZSEF** gyógyszerész úrnál. *A hamisítástóli* megmenekülésre figyelmeztetek mindenkit, hogy a *valódi egyetemes emésztőpor dr. Gölis pecsétjével* van elzárva s minden skatulya a védbélyeggel, s kivülről ily czimmel van ellátva:

K. und k. concess. Univ.-Speisen-Pulver des Dr. Gölis in Wien.

Főszállítóhely: Bécsben, Stefansplatz 6 (Zwettlhof).

Dr. Hainiss Géza egyetemi m.-tanár és Dr. Pécsi Dani-féle

sterilizált gyermektej termelése

Budapest, VIII. ker., József-körút 41. szám.

Készítmények: Telefon. 51—60. szám.

I. Csecsemők számára való tej. A természetes anyatejet helyettesitő táplálék a csecsemők számára. A csecsemők korának megfelelő minőségben ugyanazon tej édes savójával készitve, ötféle összetételben. **Minden egyes étkezésre való adag külön légmentesen zárt palaczkban, sterilizálva.**

A tej ára: **I. számú tej, napi adagja (8 palaczk) 30 kr.**
II—V. számú tej, napi adagja (8—6 palaczk) 40 kr.

II. Sterilizált teljes tej, elválasztott kisdedek számára. Ugyanezen készitmény adandó bélhurutban szenvedő gyermekeknek is. **Ára: napi adag (6 palaczk) 40 kr.**

III. Pasteurizált tej. Minden kórokozó csirától mentes, kitünő minőségü, tiszta, teljes tej, közönséges használatra, vagy oly csecsemők részére, a kiknek otthon készitik el „Soxleth" szerint a mesterséges táplálékot.

Ára 1/4 literes palaczkokban 6 kr.
1/2 „ „ 11 kr.
1/1 „ „ 20 kr.

IV. Gyomorbetegek részére könnyen emészthető, tápláló tej, pasteurizálva, úgy hogy a betegek felforralás nélkül is élvezhetik. **Ára literenként 40 kr.**

V. Tüdőbajosok részére, az illető betegek zsirvesztességét pótló rendkivül dús, tápláló erejü tej, pasteurizálva, úgy, hogy a betegek felforralás nélkül is élvezhetik. **Ára literenként 40 kr.**

VI. Édes savó, gyomor- és tüdőbetegeknek, pasteurizálva. **Ára literenként 30 kr.**

VII. Diabetikus betegeknek czukor nélküli tej, sterilizálva, (vidékre is szállítva) literenként l frtól.

Házhoz szállítva, vagy helyben.

Védjegy.

Orvos-sebészi műszerek, betegápolási tárgyak, sérvkötők, kötszerek **pontos és jutányos** beszerzésére legjobban ajánlható

POLGÁR SÁNDOR

egyetem. gyakorlott mű- és kötszerész.

Budapest, VII., Erzsébet-körút 50.

Új nagy képes árjegyzék ingyen és bérmentve.

E czímre ügyelni tessék.

BAYER ANTAL

gyógyszertára a vörös-kereszthez.

Budapest, VI. ker., Andrássy-út 84. sz.

Ajánlja az igen tisztelt orvos uraknak általánosan használt és kitünő minőségü

COLLEMPLASTRUMAIT.

Kiállítási érem az ezredéves kiállításon.

Kivánatra minta bérmentve.

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

KIR. MAGYAR TUD. EGYETEMI
II. SEBÉSZETI KLINIKUM

Melléklet az „Orvosi Hetilap“ 5. számához. 1. szám. Budapest, 1899. évi január 29.

SZEMÉSZET.

Szerkeszti SCHULEK VILMOS egyet. tanár.

TARTALOM. *Schulek Vilmos* tnr.: A hyperibolyás fény elleni védekezés ügye. — *Scholtz Kornél* dr.: A retinalis és üvegtesti kötőszövet-képződések okairól. — *Mohr Mihály* dr.: Közlemény a Bródy Adél-gyermekkórházból. A Sachs-féle idiotia amaurotica familiaris. — *Leitner Vilmos* dr.: Klinikai közlések. — *Irodalomszemle.* — *Vegyesek.*

A hyperibolyás fény elleni védekezés ügye.

Schulek Vilmos tanártól.

Azon kérdésre keresek feleletet, hogy lehetséges-e a fényt, mielőtt a szembe jut, ibolyántúli tartalmától megfosztani. Ezt pápaszemekkel kellene elérni, melyeknek alakja olyan, hogy az életnek minden körülményei között használhatók legyenek.

Néhány év óta kisérletezem e tárgyban. Az eredmény már átnézhető, de a közlés nem egyszerű, mert csak a chemián és physikán át vezet a megértetés fokára. Csoportositva és külön czimek alatt lesz szerencsém a közléseket megtenni.

A vizsgálások folyamán mellékkérdések is bőven vetődtek fel. A kutatás módja a spectrographiás volt. Folyton a fény elnyelésével (absorptio) kellett foglalkozni. Ez pedig a természettan és a vegytan buvárainak is nehéz tárgy, melynek tisztázása összefügg az anyag összetételének felismerésével. A fényelnyelésről általános törvény felállitása a tudománynak még nem sikerült. Az eddig kapott tanulságok azonban az alkalmazott tudományokban, mint a milyen a szemészet is, felhasználásra nógatnak. Hogy ezt megtenni kisérlem, talán elnézéssel fog találkozni. Az idevágó irodalmat tanulmányozni és valamelyest ezen előadásba is beleszőni kellett, hogy az indokolás hiányosnak ne lássék.

A photologia kifejezés használható az ilyen vizsgálások eredményére. Azt akarja kifejezni, hogy nem a sugármenetelről, hanem hogy a fényösszetételről van szó és hogy vonatkozás van a fényvegytanhoz: a photochemiához. A védőszemüvegek ügyében már egy idő óta észrevehető a vágyakozás, hogy azoknak élettani alapja mélyebbre rakassék. Az erre való törekvést czélszerűen megelőzi a physikalis szempontoknak szellőztetése.

Zöld és kék pápaszemek a szem védésére használatban voltak és már el vannak ejtve. Sárgákat mostanság többszörösen ajánlanak, de ezek általános elismerésre még nem jutottak. Már vörösekről is van beszéd. Igy azután a főszinek körén majd végig jártunk.

Alig lehet azonban kétséges, hogy efféle szinezett szemüvegek csak külön czélra valók, hogy ellenben az erős világitás ellen, sőt a szembetegségek túlnyomó számában még az általános nappali világitás ellen is, a rendszeres védekezés eszközeinek a közömbös szinű, a füstössziirke szemüvegeknek kell lenniök, melyek a fénynek hatását az egész szinkép szerint egyenletesen leszállitják. Ha az élettani látást nem akarjuk egészen felfüggeszteni, de nem is a fénynek különböző hullámhosszai szerint egyoldalúlag befolyásolni — és legtöbbször nincsen is ez a szándékunk —, akkor a közömbös szürke védőüvegeknek uralmát fenn kell tartani. Minden más eljárás csak kivételesen vergődhetik érvényességre.

Egyébiránt új feladat is merült fel. Widmark [1] és Ogneff [2] kimutatták, hogy az ibolyántúli fénynek különös, és ha bővében ér minket, nagyon kártékony hatása van a szemre. Ha az ultraibolyás fény valóban szempilla vizenyőket, kötőhártyalobot, szarúlobot, szivárványhártyagyuladást, sugártestlobot, lencsezavarodást, talán még látóhártyagyuladásokat is okozni tud, nem lehet a gondolatot elutasitani, hogy egyéb módon már bekövetkezett ilyes szembajok nem is gyógyulhatnak kellően, mig az összes ibolyántúli fényt róluk gondosan el nem háritjuk. És ha sikerülne ezen fénynemet védőszemüvegekkel egészen elfogni, ebből, úgy látszik, roppant előny eredne majdnem valamennyi szembajnak a gyógyitására, úgyszintén a vakitó fény mindenféle nemeinek kitett, különben addig ép szemeknek a megóvására.

Ez a czél már sok buvárnak lebegett a szeme előtt, de csak régi forgalmú módokkal tudtak előállani,[1] melyekkel legfeljebb némely előnyök voltak elérhetők és a hátrányok sem egészen mellőzhetők. A szemvédés eszközeinek fenn körülirt feladata velük nem egyenes úton közelithető meg, sőt a kérdés bonyolultabbá válik és a súlypont félre esik. Már a sárga és még inkább a vörös üvegek is a túlságosan bő ibolyafeletti fény ellen megvédhetnek ugyan, azonban az ibolya, a kék stb. fényhullamokat is meggyengitik. Hogy pedig csak a kék fényt ereszszük a szembe, mint a hogy legújabban Pergens [2] akarja, az a fény vegyi ingerlőségének egyenes belegyüjtése a szemekbe lenne és visszavetne azon időre, midőn orvosságok conserválására kék üvegeket használtak. Azonban annyit el kell ismerni, hogy Pergens törekvése élettani alap után elvi haladás.

A tudomány mai állása szerint kivánni kell, hogy mód találtassék, melylyel az ibolyántúli fényt, még akkor is, ha nagyon erős, egészen kizárni lehet. E mellett azon lehetőségnek is meg kell maradni, hogy a többi fénynyel, mely a szinkép szines részéhez tartozik, tetszés szerint elbánhassunk, tehát hogy azt a maga egészében is egyenletesen és fokozatosan gyengithessük.

Ezen követelésnek azzal lehetne eleget tenni, hogy magunkat tömör szemüvegek helyett kamarás pápaszemek viselésére elszánnók. Két üveglemez között tért kellene hagyni, mely oldott anyaggal lenne megtöltve.

Minthogy idevágó kisérleteket régóta teszek és azok talán tágabb köröket is érdekelhetnek, bátorkodom az itt következőket közölni.

Igaz, hogy tömör pápaszemek helyett kamarás üvegeknek viselése olyan nagy áldozatot ró fel, hogy csak nagy túlsúlylyal biró indokok menthetik ki, ha ilyes ajánlattal valaki csak elő is áll. Azonban felment az indokolás terhe alól Krienes tanárnak a mult évben megjelent munkálata,[3] melyben az ibolyántúli fénynek kizárását a szemvédés kérdésében elsőrendű feladatnak bizonyitja. Tartalma a hazai orvosi közönség előtt ismeretes [4] és igy elég, ha reá röviden hivatkozom.

Krienes az ő könyvének első fejezetében a fény élettani hatásával foglalkozik. A második fejezetben az extrem erős fény által okozott kóros elváltozásokat tárgyalja. Végül a harmadik fejezetben a tudományos fejtegetések gyakorlati következtetéseit vonja le. A hyperibolyás fény ellen való

[1] Beiträge z. Opht. 1891, ref. Cbl. f. A. 1891, 119., 256., 460. és 1892. 53. l.

[2] Arch. f. Physiol. 63. k. 209, ref. Cbl. f. A. 1896, 287. l.

[1] Magnus: Die Bedeutung d. farbigen Lichtes. 1875.

[2] Klin. Monbl. f. Augh. 1897, 33—50.

[3] Einfluss des Lichtes auf das Auge (Blendungskrankheiten und Blendungsschutz). 1897. Halle, Sammlung von Abhandl. aus der Augenheilkunde von Vossius. II. 2/3.

[4] „Szemészet“ 1898. 1. sz. 11. lap.

védésre azonban mást ajánlani nem tud, mint a sárga üvegeket, minőket Fieuzal javaslatba hozott, vagy vöröseket.

Reménylhetem, hogy Krienes tanár jelen közléseim tartalmát megelégedéssel fogja venni, mert ime itt azt meg fogja találni, a mit elvi fejtegetései elsőrendű feladatként állítanak elénk.

Tehát az derül ki, hogy kirivó szükségletet elégítenénk ki, ha sikerülne nemcsak a Fieuzal-féle sárga szemüvegekkel, azaz kerülő úton, hanem *egészen és egyenesen*, *az ibolyántúli fényt kirekeszteni*, és e mellett *a többi fényt* a hullámlengések teljességében *megtartani*, *vagy ezt is*, *de a maga összességében*, többé-kevésbbé *meggyengíteni*. Az első esetben színtelen anaktinos, a másik esetben füstösszürke anaktinos pápaszemek birtokában volnánk. Mind a két fajtán azonkivül esetleges fénytöréses javításokra is megmaradhatna az alkalom.

Már Widmark megadta az ujjmutatást, hogy miként lehet az ibolyántúli fényt kizárni, a midőn az állatkisérletekhez használt erős villamos fényt chininum bisulfuricumnak oldatán (melyet két óra üveg közzé zárt) keresztül vezette.[1] Az alapgondolatot az anaktinos pápaszemek szerkesztésére tehát ő már megadta, csakhogy javaslatokat ennek kihasználására nem tett.

Soret[2] szinképnézőt (Spectroskop) hozott javaslatba, mely szinjátszó (fluorescáló) ocularral bir, melyben uranüveglap helyett két üveglemez között majd chinin. bisulf., majd aesculin van oldva és pedig 1—1·1 mm. vastag rétegben, a czélból, hogy a szinképnek ultraibolyás részét láthatóvá tegye és vizsgálhassa.[3] Itt tehát már kamara van előttünk, melyben folyadék optikai czélra szolgál, habár nem épen a szem megvédése okából.

A Vogel-Kurtz-féle eljárás szerint a színes nyomáshoz fényképezés segitségével háromféle színes folyós fényszűrőt, és pedig vöröset, kéket és sárgát, akként használnak, hogy üvegkamarákat (melyeket gondosan kell kidolgozni és ezért drágák) egyenként a színes folyadékkal megtöltenek, velük a színes tárgy képét külön háromszor leveszik, a három lemezről zinkotypiát készitenek, mindegyiket a hozzá való színnel bekenik és azután pontosan egymás fölé a cartonra lenyomják, miáltal mindegyik helye a képnek a maga színében, a vegyes színű is vegyes színben megjelenik. Színes üvegekkel ezt csak hiányosan lehet tenni.[4] Ime, itt is találunk példát a kamarás pápaszemekre.

Folyadékkal töltött kamarákat tehát már egyéb czélra is mint épen szemvédésre, de mégis mint optikai segédeszközt, vesznek használatba.

Mielőtt kamarák használatára magunkat ráadnók, természetesen tisztába kell hozni, hogy ásványos anyag nem találkozik-e, mely magában vagy üveganyaggal vegyest mint szilárd pápaszem használható, úgy, hogy azért az ibolyatúli sugarakat mégis a szem elől leszűrje.

Sok keresés és utánnézés daczára az irodalomból ilyen anyag felől tudomás nem volt szerezhető. Számos kisérlet szinképfelvétellel, többek közt a gyógyszerkönyvnek minden idevágó anyagával, szintén csak tagadó eredményt adott. Ha mégis szintelen anyag léteznék, mely szervetlen természetű, de az ultraibolyát a Fraunhofer H vonalnál élesen elvágja, akkor mégis anaktinos szintelen pápaszem egészen szilárd alakban lehető lenne, ha az az anyag ugyan üvegbe beolvasztható, vagy vele vegyileg egyesithető, vagy önmagában is egyenesen köszörülhető.[5]

Igy szerves anyagokra, azaz szénvegyületekre szorulunk. Köztük számos van, mely az ultraibolyát jól elnyeli. Physikalis állandósága a legtöbbnek azonban kérdéses és az itt fenforgó czélra csakis oldatban értékesithetők. Üveganyaggal egyesités egészen ki van zárva, mert 800—1500°-ra hevitésben nem állanak meg. Tehát csak folyós vagy oldott szerves anyagokkal megtöltött kamarás szemüvegek lehetősége marad fenn és ez is csak olyan anyagokkal, a melyek állandó természetűek. Az utóbbi körülmény a vizsgálatot és a választást lényegesen nehezíti.

A 200-at meghaladó anyagokon tett vizsgálatokról a a jelentést részletesen kell megtennem, hogy az olvasó önálló véleményt alkothasson magának arról, a mit ezen, a szem védése ügyében úgy látszik oly nyomatékos kérdésben körülbelül elérni lehet.

A fény elnyeléséről, viszonyban a szinkép részeihez, már sok anyagot vizsgáltak és közléseket a természettani és vegytani folyóiratokban bőségesen tettek. Összefoglaló egységes előadás, a felmerülő kérdések közel kimerithetetlen sokasága mellett, azonban még nem található. Különösen a szinkép H vonalához való viszonyt részletesen tanulmányozni eddig még senkinek sem keltette fel a figyelmét. Ha tehát anyagokat ezen tulajdonság révén akarunk találni, erre ezidő szerint még minden szorosabb tudományos támasztópontnak hiányában vagyunk.

Önkéntelenül fog azonban figyelmünk a szintelen és mégis szinjátszó (fluorescáló) anyagokra fordulni, mert ezek olyanok, hogy ibolyántúli fényt színesbe változtatnak el és magukból visszavetnek, mig a szinképnek színes részében mitsem változtatnak,[1] úgy hogy a hátul kijövő fény szintelen. Az ide tartozó anyagoknak — melyeknél minden ingerképes fénysugár (erregungsfähiger Lichtstrahl) a fluorescentia spectrumának csak azon sugarait hozza létre, melyek kisebb vagy legfeljebb ugyanolyan törékenységgel birnak, mint ő maga — felsorolását megtalálni lehet: Noack, Verzeichniss fluorescirender Substanzen.[2] Az itt foglalt IV. és V. csoportból (kék és ibolya szinben játszó anyagok) a kereskedésben kaphatók megvizsgálásba vétettek. Ezek az anyagok, melyeknek legtöbbjét már Hagenbach megvizsgálta,[3] a Stokes szabályát követik. Csak szinképük törékenyebb végén mutatnak egyoldalasan fényelnyelést. Ezért sárgák, barnák vagy szintelenek; és pedig szintelenek, hacsak a legvégső fényszegény ibolyarészt vagy csak az ultraibolyát nyelik el. Szinjátékos spectrumjuk egyenlőtlen szinű, a szinárnyalat apránkénti változásával és a fluorescentia spectruma egyenletes szinűvé csak azon helytől kezdve lesz, a melyen a fluorescensfény szinképe végződik.

Hagenbach Edének a fluorescentiáról szóló vizsgálataira a figyelem fel lévén költve, vizsgálati eredményeit ábra alakjába rajzoltam, az elnyelésre vonatkozólag megitéltem és a tárgyamba vágót értékesitettem. H. a nap szinképét üvegből való tartónak elülső oldalára vetette; a tartóban a fluorescáló folyadék volt, melynek felületén egy bágyadtra köszörült lemez a fluorescensfényt a szinképnek Fraunhofer-vonalaihoz viszonyulásában szemlélni engedte; a tartó mögött ernyő állott, mely a folyadékból kijövő maradékos szinképet mutatta. Igy ki lehetett deriteni, hogy a szinképnek melyik része szolgáltat szinjátékfényt, és hogy ezen folyamat után mi marad még meg a fényből a spectrumban, illetőleg hogy belőle mi fogyott el az elnyelés és a szinjátékfénynek keltése révén.

Hagenbach 40 anyagról közöl vizsgálati eredményeket. A fáradságosan kitudott bonyodalmas tények rajzban csak megközelitőleg tüntethetők ugyan fel, de ám álljon itt a táblázat (1. ábra), melyet áttekintés nyerésére készitettem (a chlorophyllről és platincyan fémekről szóló adatokat nem foghattam bele, mert ezeket csak domborművesen lehetne feltüntetni). Minden számnál két haránt vonal látható: a szakgatott felső

[1] Beitr. z. Opht. 1891, a 487. lapon.

[2] Poggendorf: Annalen d. Physik u. Chemie. Jubelband 1874, 407. l.

[3] Ilyeneket Krüss Hamburgban árúsit és igy úgy látszik, hogy használtatnak.

[4] Lásd: H. W. Vogel: Handb. d. Photogr. Berlin 1894, IV. 230. és a köv. l. — Többek között ebben is bizonyiték található arra, hogy az ásványos anyagok nem éles határával a szinképnek absorbeálnak, miről még szó lesz.

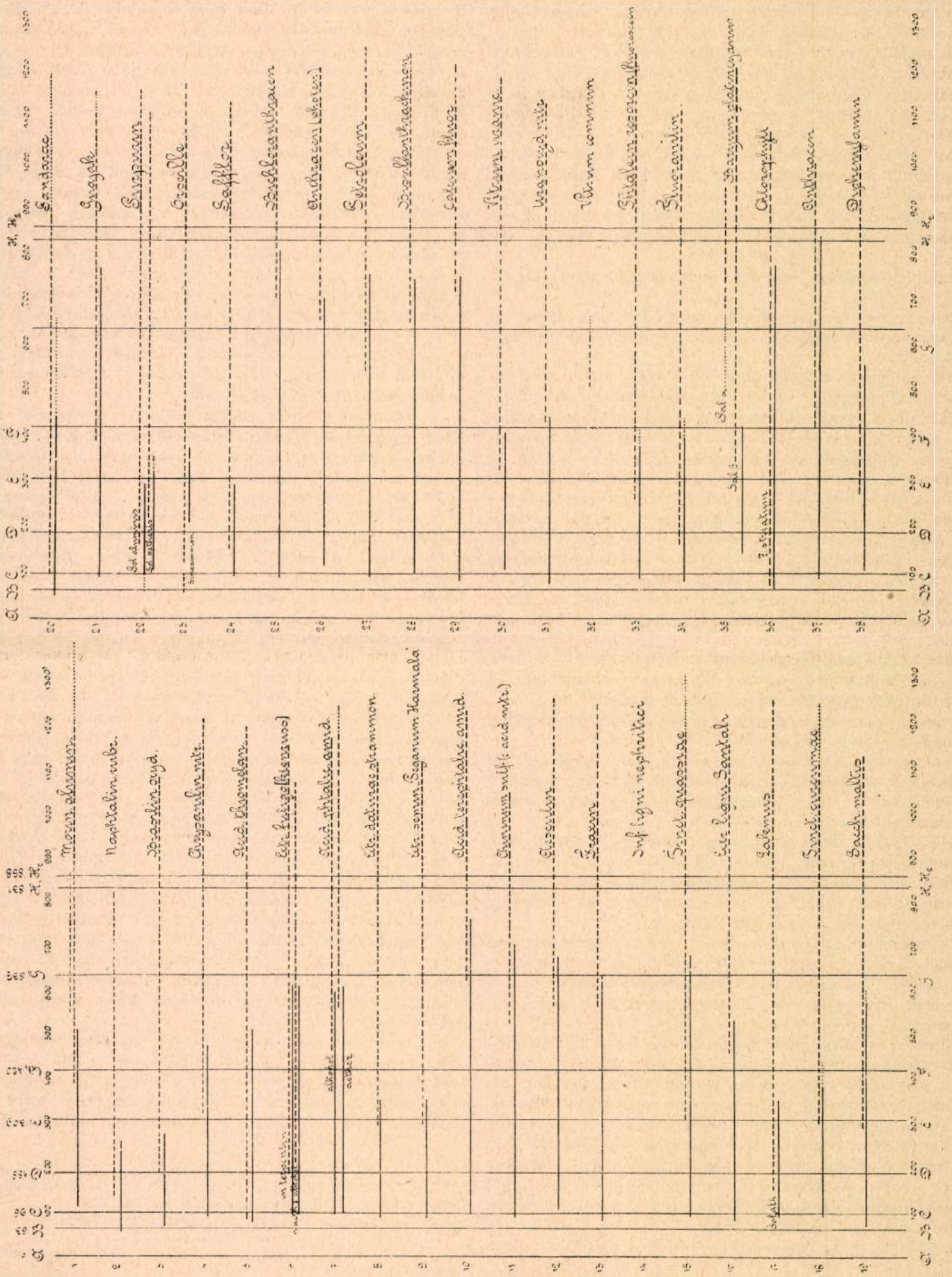
[5] A folypát pl. nem volna alkalmas, már azért sem, mert lágy és elkarczolódnék, hacsak üvegköpenyeget nem kapna.

[1] A Lommel által a fluorescáló anyagokról felállított három osztályból ezek a másodikba tartoznak, mig az ő első és harmadik osztálya itt tekintetbe nem jön. Lásd: Sitzungsber. d. med. phys. Soc. in Erlangen 1877; Pogg. Ann. 1872. 143. k.; Pouillet-Müller Physik. II. Optik (Lummer-től) 365—367, 9. kiadás 1895.

[2] Marburg, 1887.

[3] Pogg. Ann. 141., 146. k. és jubil. k. (1871, 1872, 1874).

mutatja, hogy a szinkép melyik helye szolgáltatja a szinjátszás fényét, a kihúzott alsó ellenben mutatja, hogy ezen fogyasztás után mi maradt még belőle. Kitűzött czélunk álláspontjáról a táblázatnak 10—13., 15., 21., 25., 27—29. és kivált 37. számai



1. ábra.

érdekelhetnek. Az utóbb említett anyag pl. épen csak a színes spectrumot ereszti át. Csakhogy nem ellenálló anyag, és igy nekünk nem való. Általában is H. ezen adatai nekünk annyiban nem épen irányadók, a mennyiben üvegtartója sok

beszerezhetők voltak, az itt fenforgó czélok tekintetéből, tehát vékony, pl. 2·5 mm.-nyi rétegben, meg is vizsgáltam.

Minthogy már a glycosidokra és alkaloidokra figyelmessé lettem, belőlük még egy sort tekintetbe vettem.

Továbbá az olajok igérkeztek beválni, annyival inkább mert vastagfolyóságuk a pápaszemes kamarába hermetikus szoros befogást könnyiteni látszott. Belőlük és a terpenekből bőven vizsgáltam.

A fluoreskálásáról hires Guajakgyanta ismeretsége egyéb gyanták és balzsamoknak is vizsgálására nógatott, annyival inkább, mert Eder [1] optikai műszerek lencséinek összeillesztésére Canada-balzsam helyett vastag glycerint ajánl, mert a balzsam még az olyan nagyon vékony rétegben is a fénynek vegyi hatását tetemesen gyengiti, a mi a photographiában hátrány — nekünk pedig előny.

Mindenféle értekezésből, mely egyes anyagok absorptiós tulajdonságáról irva és közzé téve van, látni lehet, hogy a benzolgyűrűbe tartozó és az aromás csoportot tevő anyagok a szóban forgó czéllal valami vonatkozásban lehetnek. Ezért ezen falkájából az anyagoknak is történt elég számban kipróbálás.

Némely folyadékok mint oldó anyagok követeltek számba vevést.

Végre a szénvegyületeknek még igy sem képviselt osztályaiból némileg gondolom szerint történt egy-más irányban kiegészités.

Üveganyagokat vizsgálni felesleges volt, mert ezekről a fényképezés tankönyvei [2] kimeritően tárgyalnak. A photographiában úgyis elsőrendű érdek azt tudni, hogy mily fajta üvegek szolgálnak a fényhatásnak legjobban, tehát hogy az absorptio a különböző üvegek részéről mennyi és milyen. A mi a fényképésznek ez érdemben a legrosszabb, az a mi czéljainknak itt a legjobb, — úgy hogy a photographia tudományában a jó tanácsot megtaláljuk, ha ez ügyben fordított értelem szerint kiaknázzuk. A közönséges üvegnemek általán már 1 mm. vastagságban a fényt a 0·34 μ hullámhosszasságtól felfelé teljesen elnyelik. A 0·40 μ fénylengéseket, azaz a színes színkép végétől számitottakat pedig egészen az ultraibolyában levő 0·35 μ hullámhosszasságig egy üveg fajta sem nyeli el.

Az anyagok megválasztásában nagyon hasznos vezetőnek bizonyult az a három csoportba osztás, melyet az organikus anyagok fényabsorptiójára vonatkozólag Hartley [3] már évek előtt tett és azóta maga és mások még finomabbra kicsiszoltak. H. felosztja a szerves anyagokat:

1. Olyanokra, melyek folytonos színképet bocsátanak át és kevés ultrát nyelnek el, pl. a zsirsavak alkoholjai, szintúgy a megfelelő savak stb. Alkoholoknál és savaknál az emelkedő széntartalommal az elnyelés is nő.

2. Olyanokra, melyek folytonos színképet áteresztenek, de az ibolyatúlra terjedő erős elnyelőképességgel birnak, pl. az aetheres olajok, terpenek, kamphorok stb. Isomer terpenek színképeket adnak, melyek egészben véve vagy hosszúság vagy az elnyelés foka szerint különböznek.

3. Olyanokra, melyek elnyelési sávokat mutatnak. Ez az osztály magában foglal: benzolt, naphthalint, anthracent és minden származékukat, továbbá számos szerves anyagot, melyben nitrogen és oxygen van. Mindezek az ú. n. benzolgyűrűt tartalmazzák.

Érdekes az alkaloidok magatartása, melyek némelyike semmiféle jellemző vegyi reactióval sem bir, azonban jellemző elnyelési színképük (Absorptions-Spectrum) van, melynek segedelmével felismerhetők és tisztaságuk tekintetében ellenőrizhetők, pl. az aconitin különféle fajtái. Olyanok, melyeknek határozott élettani hatásuk van, határozott elnyelési csikokat is mutatnak. Szintúgy lehet a china alkaloïdokat elnyelési színképük szerint osztályozni. Codeïn és morphin, úgy vegyi alkotásukban mint ezzel karöltve az absorptióban is hasonlatosságot mutatnak. — Eddig Hartley.

Ha valaki még anyagokat keresni kiván, melyek az ultraibolyát és épen csak ezt elnyelik, az Landauer „Die Spectralanalyse“ [1] könyvében, ott a hol az absorptióról tárgyal, szintén találhat útmutatásokat, úgy a tételes dolgokban, mint a bő irodalmi ráutalásokban. Eder phot. kézikönyvében [2] szintén általánosan irányító adatok és irodalmi idézetek találhatók. H. W. Vogel „Spectralanalyse irdischer Stoffe“ [3] az ultra részről alig hoz adatokat, de a vizsgálás módjáról jó tájékozást nyujt és a színkép színes részéről bámulatos bőségben közöl adatokat és mutat be tömérdek színképrajzot az egyes anyagok absorptiójáról, úgy, hogyha valaki a színes spectrum akármelyik darabkája ellen különös védelmezőt keresne, itt minden eshetőségre az anyagokban bőven válogathat. Mellesleg legyen szabad megjegyezni, hogy ezen vázlatok és ábrák futólagos megtekintése is már a felismerést ránk kényszeriti, hogy kevés kivételtől eltekintve szervetlen anyagokkal, tehát színes üvegekkel, [4] a színképnek elnyelt része, viszonyitva a színkép átbocsátott részéhez, sokkal kevésbbé éles határolással metszhető el, mint azt sok szerves anyag megteszi; a hőfokkal is a szervetlen színes oldatok (és színes üvegek is oldatok, habár szilárdak!!) jelentékenyen változtatják fényelnyelésüket. [5]

A vizsgálás módjairól a fontosabb részleteket elő kell adni.

Az átbocsátott színképnek szemcsővel (ocular) nézése, melyben uran üveglap van, nehézkesnek, fárasztónak és tökéletlen eredményűnek mutatkozott.

Színképre bontás nélkül azonban próbáltam ékalakú üvegvályukkal (Leybold-tól Kölnben) czélhoz jutni. Az oldott anyagot belétettem, magnesium-lámpával erős fényt eresztettem reá, mögéje fényérző papirt tettem és kerestem, hogy adott idő multán az üvegeknek vékony, majd vastag részein át a szintelen anyag absorbeált-e és mennyit az ultrából. Ha valamely anyag nem absorbeál, a barnulás az üveg mögötti papiron épen oly mint a papirnak az üveg terjedelmén túlérő részein. Ha az anyag megközelitőleg minden ultrát elnyelt, az üveg ék vastag része mögött csak csekély (a beeső fénynek ibolya és kék tartalmától származó) barnulás van, és ez fokozatosan az ék hegyéig növekedve, itt már teljes mértékű. Ezen különbségekből kell a következtetést tenni. Az ék üre ezen vizsgálatok számára készült: 10 cm. hosszan, $4^1/_2$ cm. szélesen és egy végen 0, a másik végen 12 mm. vastagon, Egyik oldalszélen az ék áll, másik oldala felül van és nyitott, a megtölthetés kedvéért. Sok vizsgálatot tettem igy, mindenféle módosulatokban: különféle érzékeny papirokkal (legjobb volt az Aristo); különféle kitevő idővel (expositio), leginkább $^1/_2$—$1^1/_2$ óráig; magnesium, nappali, petrolos, egyenes napfénynyel. Azonnal az állandósitást elvégeztem (fixálás). A fáradozás mégis veszett volt, mert a sok physikalis tényező közt, mely itt szerepel, egy sincs olyan kimagaslóan jelentkező, hogy a meglevő vagy hiányzó ultraibolyás fénytől és pedig épen és csak a H vonalig számitva, egymagában függene.

Valóban kivánatos, hogy az itt fenforgó kérdésre menő vizsgálatokat tömegesen tenni lehessen, mert ma még alig lehet sejteni, hogy a szerves anyagok határtalan ezrei közt a megkivánt és keresett kiválasztó fényelnyelésre (absorptio electiva) vonatkozólag mi mindent lehet majd találni és értékesiteni.

Volna két mód, mely gyorsan, mintegy egy-egy szemlélés nyomán, felvilágositásokat adna. Ha volna vegyi készitmény, mely csak az ibolyafeletti fényre a H vonaltól kezdődőleg érzékeny lenne, vagy ha volna fényszűrő, mely mindent a színes spectrumrészből, de semmit az ultrarészből vissza-

[1] Absorptionsspectren von farblosen und gefärbten Gläsern mit Berücks. d. Ultraviolett von Eder und Valenta. Wien, 1894, Tempsky. Ez a dolgozat egyike az ügyünkben legmérvadóbbaknak.

[2] Eder: Halle, 1891, 4. k. és H. W. Vogel: 1894, 4. k., Berlin. — A fent idézett Eder és Valenta-féle értekezés is.

[3] Eder: Handb. d. Phot. 1891, I. 237.

[1] A mű 174 lapon minden tudnivalót a színkép elemzésről referál, a legújabb időkig, és mint különnyomat kapható (Braunschweig, Vieweg, 1896) a Fehling-Hell-féle nagy chemiai kézikönyvből.

[2] II. kiadás, 1891, I. 2. rész, 238. és 281—284. l.

[3] Berlin, Oppenheimnál 1889, 351. l.

[4] Mit Eder és Valenta fent idézett munkálata különösen is bizonyit.

[5] A két tételből gyakorlati tekintetben az utóbbi inkább a vegyészt illeti, midőn pl. a Bunsen-égőben anyagokat izzit, semmint a szemészt, ki színes üvegeket csak a légköri hőfokingadozásokon belül alkalmaztat, de az első tétel már a szemésznek is lényeges jelentésű, mert ép szemeknek is a túlságos fény ellen és mint kifejtők, kivált az ultra túlsága ellen védéséről gondoskodnia kell.

tartana, akkor az üvegvályúkkal (még jobban quarz-edényekkel) gyorsan dolgozni lehetne. A fényképezés tudósai az ellenkezőt keresik. A meglevő fényérzékenységet az ibolyától és kéktől odábbra, egészen a vörösre is kiterjeszteni, nem pedig a szintelenségig leszállítani akarják. Fényszűrők, melyek a színest megszüntetnék (physikalisan beszélve: elnyelnék), egészen feketék volnának. De a feketeség még nem dönt a kérdésben, mert akkor annyival inkább kétes, hogy rajtuk az ultraibolya igazán és megfogyatlanul át tud-e jutni.

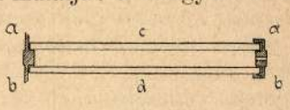
Az elsőre sem könyvekben, sem szakemberektől[1] nem lehetett kedvezőt kitudni. A másodikra sincs az itt kívánt szabatos alakban segitség, legfeljebb kerülő úton. Widmark ultravörös fényt túlnyomó erőben úgy szerzett, hogy 1200 gyertyaegység erejű elektromos ivfényt bekormozott kősólapokon áteresztett.[2] Ezen példa által buzditva jött azon gondolatom, hogy a kormozott vékony üveglapokkal a színes fényt gyengiteni igyekezzem, bár villámos fény nem volt szolgálatomra. Ezen alakban a kisérlet keveset eredményezett czéljainkra, mert mint utólag a spectrograph útján kitünt, kormozott lapok az ultraibolyát is meggyengitik és a színes fényt még sem egészen oltják ki, röviden: az absorptiónak nem adnak éles határt.

Volna még egy lehetőség tiszta ultraibolyás fényt előállitani. Erős fényforrásból, mely sok ultrát tartalmaz, kellene színképet vetiteni, azután az ultraibolyás helyet egymagában quarzhasábbal és gyüjtőlencsével megint felfogni és ezen fényt elkülönülten egyűvé gyüjteni.[3] Ámde ez külön berendezést kivánna, a felhasználásban aprólékoskodással járna és eredményeiben alighanem mögötte járna annak, a mit a véglegesen és tényleg választott spectrographos móddal elérni lehet.

Az elnyelési színképek vizsgálására, melyekkel a szemközegek fényáteresztését ép úgy, mint a szintelen és színes pápaszemek fényabsorptióját megállapitani kell, legjobban szolgál a műszaki segédeszközök mai fejlettségi fokán a színképfelvevés: a spectrographia. Minden egyéb mód fárasztóbb, kényelmetlenebb és bizonytalanabb.

Ezen útra kellett tehát lépni. A nagy Steinheil-féle üvegprismás spectrograph, melyet Wartha Vincze műegyetemi tanár úr szeretetreméltó szivességgel huzamos használatra kölcsönzött, úgy van szerkesztve, mint azt Eder[4] leirja és lerajzolja. A fényhasadékot 0·004 mm.-ig pontosan lehet szabályozni. A rés kissé ferdén nyilott (a különbség a rés nyitásában a két vég között 0·0012 mm. volt), a mi előnynek bizonyult, mert egy felvételen az erősebb és a gyengébb világitás hatása egymás mellett jelent meg a színképen. Legtöbbször 0·03 mm. nyilásban szerepeltettem, mi mellett a Fraunhofer-vonalak jól kivehetők maradtak. Világitó forrásul az anyagok első átvizsgálásánál a nappali égfény szolgált. A kamarában megjelenő színkép a *B* vonaltól *N*-ig mintegy 12 cm. hosszú volt. Az *O* vonal már nem jelent meg biztos felismerhetőséggel. A kép felfogására használt lemezek többnyire Schleussner-féle bromezüstgelatine-ok voltak, melyek *G*-nél legérzékenyebbek, de ultraibolyát egész 0·20 μ-ig is jeleznének, ha ugyan ez a könnyű flintüvegből való készülék már 0·35—0·34 μ-nél cserben nem hagyna. Jelentőseknek talált anyagok azután még chlorbrom-ezüst és chlorezüst-lemezekkel is vizsgáltattak, hosszú (3—6 órai, sőt egész napi) expositióval, mert az ilyen fajta lemezek az itt követett czélokra legválságosabb helyen, a H. vonalnál birnak legtöbb hatással, azonkivül, hogy igen szemetszúró, igazi bemutatósdi képeket szolgáltatnak. Szintelen anyagoknál a színképből az *F* vonalon alul levő résznek megjelentetésére súlyt nem helyeztem, másoknál azonban megérzékenyitett (sensibilizált) lemezeken (Schleussner, Lumière) közel az egész színes rész is reproducáltatott.

Anyagtartónak Fritsch Ferencz bécsi látszerész czég által készitett 12 pápaszem-kamara szolgált. Ezek készitése nem épen egyszerű munka volt. Végül a törekvő czégnek mégis sikerült. Vázukat a mellékelt ábra mutatja: a fémgyűrű *a* és *b* toldalékos lemezkébe elkarcsul; a *c* és *d* üveglapok behelyezése után az oldalnyulványok *a* és *b* laposan visszahajlittatnak. Miniummal és lenolajjal hermetizálva vannak. A megtöltésre a gyűrűnek ellentétes oldalain átfúrások vannak, melyek utóbb csavarral elzáratnak. A később rendelt pápaszemes hamarákon már csak egy benyilás alkalmaztatott, más ragasztó anyag választatott, általában minden csinosan és gondos kimérésben készült. A megtöltést olyan érdes köszörülésű fecskendővel végeztem, minőt a serumtherapiához használnak 5 köbcentimeter űrtartalommal, csakhogy tompán lecsapott végű canule-lal. Az utolsó levegőhólyagnak kihajtása bajoskodó munka, bár itt még nem annyira szükséges, mint a végleges kamarás pápaszemnél.[1] A kettős nyilás azért kellett, hogy a sokszoros anyag cserélés mellett mindig alaposan tisztitani lehessen. A kamarákat számoztam és a töltésekről jegyzéket vezettem, hogy vegyi összekeveredés és a fényelnyelés hatásáról téves vélemény alkotása elő ne forduljon. Ilyen módon mindig előre elkészitett több kamara a fényképfelvételre rendelkezésre állhatott és a világos nappali órák kihasználtathattak. A kamarák méretei voltak: átmérő 3·5 cm., vastagság 5 mm., melyből a belső űrtérre 2·5 és a két üveglapra együttesen 2·5 mm. jutott.



2. ábra.

A színképfelvevő készülék fényhasadéka 23 mm. hosszú volt. Az egyik felére a megtöltött kamarát toltam és ólomsodronynyal vagy ruggyanta-gyűrűvel odaerősitettem, a másik fele szabadon maradt. A 23 mm.-nyi széles színképen a kamara fémgyűrűjének árnyéka az egész színkép hosszán látható volt, mint egy ezen a negativon végighúzódó barnulatlan hely, mely a színképet két félre osztotta, melyek közül az egyik a szabadon beáramló égfénytől, a másik a kisérleti anyagon átszűrt fénytől származott, tehát azok minőségét kimutatta és összehasonlitás útján a különbséget bizonyitotta. Ez a berendezés biztositja egyedül annak a helyes felismerését, hogy a kamarában levő anyagtól mit lehet a látás megváltoztatásában várni. Csak el kell gondolni, mennyi tényező játszik bele ezen vizsgálásba: a fényforrás, a légkör, a készülék üvegjei, a fényérző lemez faja, a kitevés ideje, a kép előhivásának módjai, hogy csak nagy körvonalakban jelezzem a tényezőket. Az emlitett elrendezéssel lehet az egyik tényezőnek, a vizsgálandó anyag fényelnyelésének, hatását szemben a többi tényezőkkel elkülönülten felismerni. Igaz ugyan, hogy az itt feltett kérdés aránylag egyszerű: a kamarában levő anyag az ultraibolyás fényt a H. vonalnál (szabatosabban a 0·3968 μ. hullámhosszasság helyén) élesen elvágja-e vagy nem? És ezen kérdésre a kisérleti felelet megjön a nélkül, hogy a fényképészi műfogások finomságaira utalva volnánk. Sokszor azonban az eredmény csak megközelitő és ekkor a kisérlet módozatait újra mérlegelni, az anyagot másként oldani stb. kell, hogy talán mégis hasznavehető eredményhez jussunk.

A színképes lemezek a színképnek negativjai, a vonalak világosak a sötét alapon. Ezekről positivokat másolni nem szükséges, hacsak nem mellékczélból. Egyébként egyszermásszor lemez helyett Eastman rapid másolópapirt tettem a gépbe és rajta 24 óra alatt (másolásra közönségesen kevés másodpercz elég) bemutatásra vagy levélben küldésre igen alkalmas negativot kaptam (ezen a papiron persze vasoxalatos előhivással és azután állandósitással).

Azon anyagokat, melyek az első megvizsgálás után a Steinheil-féle gépen a színképet élesen elvágóknak bizonyul-

[1] Eder, Vogel (a most már boldogult) Schleussner, Schumann Viktor első szaktekintélyek a legszivesebb módon adtak felvilágositásokat, részben Jurányi úr (Calderoni czég üzletvezetője) közvetitésével. Fogadják hálás köszönetemet. Szintúgy Jurányi úr azon nem lankadó készségeért, melylyel a tudomány magaslatán álló kiváló tárgyismeretét rendelkezésre adta.

[2] Beitr. z. Opht. 1891. 401. l.

[3] A színképnek nem lenne szabad elnyujtottnak lenni, nehogy az összefogás lehetetlenné váljék.

[4] „Chemische Wirkungen des Lichtes“ Halle 1891. 214. és k. l.

[1] Hogy tölteni és becsavarni lehessen, az anyagtartókat faczölöpbe vágott mesgyébe helyeztem, függélyes állásban. Üresitésre szivattyúzás a fecskendővel szolgált, de lehet a lik aláfelé tartásával a kimosó folyadékot befecskendezett levegővel is kihajtani.

tak, tehát ezen tulajdonságuk által a további finomított vizsgálásra érdemeseknek találtattak, Vogel-féle spectrographon körülményes kipróbálásnak vetettem alá. Különböző tömörségeket rendszeres fokozásban és egy-egy concentratióból 1·25, 2·5 és 3·75 mm. réteget elnyelési színkép létrehozására felhasználtam. A réteg vastagság tekintetében 2·5 mm. azért választatott középi foknak, mert a pápaszemkamarák ilyen mélyek. A felével több (3·75) és a felével kevesebb (1·2) réteg pedig azért választatott, hogy a rétegvastagság befolyását is rendszeresen kikutassam. Ebből t. i. világossá kellett válnia, hogy valamely anyag mennyiben lenne czéljainkra akkor is alkalmatos, ha a pápaszemkamarákat a külső megjelenés okából sokkal szükebbekre,[1] vagy a fény elleni védelem erősítése okából sokkal tágabbakra készíttetni kivánnók.

Az ezen vizsgálásokra használt üvegvályúk,[2] üvegsejtek, üres ékek voltak a fent leirtak hasonmására, azaz az ék 100 mm. hosszaságban 12 mm.-re tágult. Csakhogy a szabadon hagyott oldal itt az ék szétnyilása helyén volt, úgy hogy az ék élét alálefé kellett elhelyezni és felül megtölteni. Az éket azután emelve vagy sülyesztve a gépnek harántirányú fénynyilása előtt, rétegeket tetszésszerinti vastagságban lehetett az absorptióra igénybe venni. A különböző vastagságú rétegek színének meghatározására is kitünően beváltak ezek az éksejtek.

Az összehasonlító vizsgálatok ezen csoportjánál különösen fontos volt a fényforrás állandósága és az expositio egyenlősége. Az utóbbit jelző órával könnyű volt elérni. Az előbbire oly módon törekedtem, hogy most nem a sokat változó égfényt, hanem a nap minden órájában munkálást megengedő petrólos lámpát használtam. A Ditmar-féle Astral-lámpának 130 gyertyafényereje volt; az égőnek kerek bele 7 cm. átmérővel és 4 mm. vastagsággal bírt; a láng fémkupak által szétterült a hasas hengerüvegen belül; 1 liter legfinomabb petroleum $1^1/_2$ óra [3] alatt fogyott el. A lámpát 25 cm.-re állitottam a fénybecsesztő hasadék elé. A láng alsó részét használtom ott, a hol legfehérebb. Az egész felállitást jegyekkel jelöltem, hogy mindig ugyanúgy vizsgálhassak. 15 percz alatt jól elbarnult spectrumot kaptam. Benne a Fraunhofer-vonalak hiányoztak, mert a petrol (methan)-fény folytonos színképet ad. Igy a H. vonal megitélése is ingóvá vált volna, ha érdekében következőleg nem gondoskodtam volna. A lemezt a behelyezésnél gondosan a lemeztartó (cassette) alsó szélére támasztottam, rajta 6 színképfelvételt egymás mellett, a lemeztartó fokozatos eltolásával megejtettem és végül egy égfényspectrumot a lemez szélén felvettem, mely Fraunhofer-vonalaival a többi spectrumok megitélésére szolgált, mert utólag a spectrumok ezen egyikén levő Fraunhofer-vonalakat rajztollal a lemezen harántul, tehát a többi színképeken is keresztül, kihúztam. A hat folytonos színkép pedig állott egy oldatnak kétféle concentratiójában 1·25, 2·5 és 3·75 mm. rétegek szerint nyert spectrumából. Igy szaporán is lehetett dolgozni: nappal 1 égfényszínképet előre elkésziteni, este esetleg 6 színképet hozzákésziteni, de még más hatot is végezni, melyhez a hiányzó égfényszínképet másnap délben pótolni lehetett.

Az ilyen módon készitett színképfelvételek megitélése és összehasonlitása külön ügyet teszen. Az összehasonlitásra általánosságban Edernek egy kitünően sikerült napfényspectruma [4] szolgált, mely az *S*-vonalig terjed, mert az előbb emlitett és általam használt Steinheil-féle spectrographhoz ugyan hasonló, de üvegek helyett quarz-prismákkal és lencsékkel biró géppel készült. Finomabb összehasonlitásra egy nagyszerű munka, t. i. Rowland napspectrum atlasa [1] szolgált, mely 10 kettős táblán a 0·70 μ hullámhosszasságtól a 0·30 μ-ig terjed, mintegy 12 méter hosszú és az optikai technikának egy valóságos csodaműve. Concav rácscsal készült. Egy angol hüvelyknyi tükörfelületen 10 évi munkával készült géppel 10,000 párirányosan szabályos és csorbanélküli karczolt vonás volt húzva és az erre ejtett napfény bomlott ama diffractiós színképre, melynek photographos ábráját ez az atlas feltünteti. Ez a mű sokban hozzájárult ahhoz, hogy a színképnek hasábokkal a Newton eljárása szerinti előállitása, melyen a törékenyebb sugarak irányában a színkép növekedő fokban széthúzódik, mindinkább használaton kivül jut.[2] Hogy róla körzővel és hosszmértékkel a hullámhosszakat egyenesen lemérni lehet és hogy nem kell a vizsgálatnál használt műszer dispersiója szerint a hullámhosszakat körülményes átszámitás útján kikutatni, ez a körülmény a fényelhajlitás útján létrehozott színképeknek előnyt biztosit a prismások felett. A kinek választani lehet, az inkább ezzel dolgozzék.[3] A kevesebb fényerősséget, mely egyedüli hátránya, könnyen pótolhatja, kivált olyan vizsgálatoknál, mint az itt fenforgók, hosszabb expositióval.

A színképfelvételekről schemás elnyelési görbéket kell rajzolni, melyek az absorptiót feltüntessék (Absorptionscurven). E czélra a spectrum és a Fraunhofer-vonalak vázlatát kell a megfelelően leolvasott adatokkal kitölteni. Hogy ne kelljen annyit rajzolni, de az egyöntetűség kedveért is, kaucsukból bélyegzőt készittettem, mely a Fraunhofer-vonalakat a spectrographos arányban *B*-től *O*-ig papirra nyomni és vele a kézirat akármelyik helyén az adatokat belejegyezni engedi. Magát az elnyelési görbét azonban fájdalom, ez idő szerint csak a színkép barnulási helyeinek szabad megbecsülése szerint, tehát subjectiv szemle útján vagyunk képesek construálni. Ez tehát gyakorlatot követel és még igy is bizonyos fokig bizonytalan. Hogy ez a része a munkának tökéletesedjék és hogy itt is exact lemérés lépjen az alanyi becsülés helyébe, H. Th. Simon photographos photometert eszelt ki.[4]

A Simon készülékéről a következő leirás talán némileg megközelitő képzetet adhat. Fénymérők két fényforrásnak összehasonlitásán alapulnak. Szerző a világossági (Helligkeit) különbségeket photographálja. Igy csak másodsorban kell azután a szemmel való megnézés útján határozni: tehát a szemle tárgya objective előnkbe állittatik (das Object wird dargestellt). Kiindulásul Jolly elve szolgált, hogy egy lemez által elválasztott két paraffin-kölöncz egy-egy oldalról úgy világittatik, hogy egyenlő világosak lesznek és azután mindegyik fényforrásnak távolsága, arányban egymáshoz, számittatik. S. e helyett a fényt photographos lemezre veti és azután a két lemezt, melyet a két fényforrás megvilágitott, összehasonlitja oly módon, hogy az egyenlően világos helyeket meghatározza és azok fekvését a csikról leméri. A két fényforrás közül a világosabb apránként távolabb vitetik és a készülékben levő lemez is ezzel egyenletesen tovamozog. A helyett azonban, hogy a fényforrást valójában elmozditaná, annak világosságát apránként kevesbiti egy forgó sectorkészülékkel. A sectorok apránként kisebbednek a photographos lemez tovacsúsztatásának arányában. A fényképes eredményt azután egy külön e czélra szerkesztett világossági összehasonlitóval (Helligkeitscomparator) értékesiti. Ez a fényképi fénymérő minden vegyileg hatékony hullámhosszakra, tehát különösen az ultraibolyára, melynél addig minden mérés lehetősége hiányzott, használható; tárgyilagos, maradó és fogható eredményt ad; a színképvidék fényintensitása is előtte közönyös, még ha az, mint a sávok és csikok határain, sűrűn is változik. Hátránya ezen photographos fénymérőnek, hogy mint (tulajdonképen két) készülék bonyodalmas szerkezetű és hogy egy alkalommal csak egyes külön (ellenzőkkel

[1] Pl. a belső űrt $1^1/_4$, a két határoló üveget együtt szintén $1^1/_4$, az egész kamarát tehát $2^1/_2$ mm. vastagnak számitva, a csin minden követelésének eleget tenni lehet.

[2] A német régibb „Glastrog“ helyett ma műszónak a „Glaszelle“-t használják. Nekünk is van kitünő szavunk a nép nyelvéből: a sejt (pl. mézsejt) szó. „Üvegvályú“ helyett „üvegsejt“ álljon ezentúl e dolgozatomban.

[3] Azaz, hogy változott 6 és 7 negyedóra között, tehát a fényállandóság csak ennyiben volt elérve, azaz a hibaforrás itt e tényezőnek $1/_7$-én belül mozgott. Sok ugyan ez a 14%, de az égfény ehhez mérten 2—3 és 70,000 gyertyaegység között ingadozik!

[4] Beitr. z. Spectralanalyse (math.-nat. Klasse der k. k. Akademie, Wien, 1893, bei Gerold). Tafel I, Fig. 2.

[1] John-Hopkins University, 1887. (120 márka.)

[2] Helmholtz physiol. Optik II. Aufl. 1898-ban és Pouillet-Müller Lehrb. d. Physik. 9. Aufl., szintén diffractiós napspectrum van bemutatva.

[3] Eder Handb. d. Phot. I. 231, és Landauer Spectr. anal. 1896, 13. l.

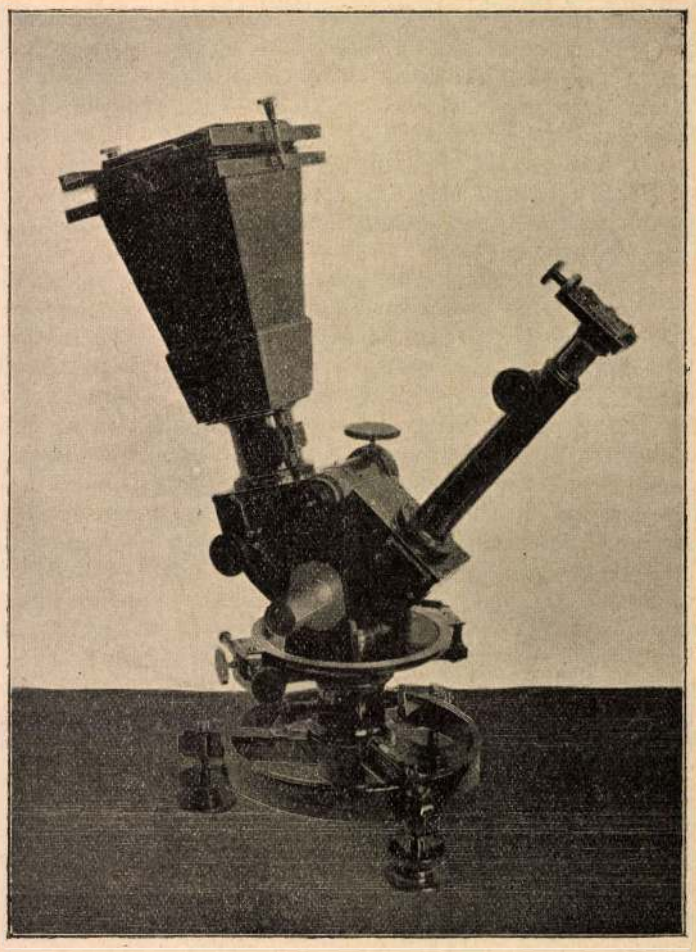
[4] Über ein neues photogr. Photometrirverfahren u. seine Anwendung auf die Photometrie des ultravioletten Spectralgebietes: Wiedemann's Annalen 59. k. (1896. 91—115. l.)

kiszakitott) helye a színképnek, tehát nem az egész színkép egy időben, mérhető. Ilyen munkálat, mint az itt közlött, még évek folyamán sem volna ilyen terjedelemben végezhető.[1]

König Arthur spectralphotometerje [2] 2 fényforrást szintén a színképek szerint mér össze. A collimatorcső fénybefogadó hasadékát mindegyik felében más fényforrás világitja és pedig az egyiket egyenesen, a másikat reflexprisma segélyével az oldalt álló másik fényforrásból. Most Rochon-prisma következik, mely kettőz, — tehát már 4 fénynyaláb van, mindegyik harántul és függélyesen polarizálva. Erre a flintüveg-prisma következik, mely mindegyikét a 4 színképnek újra ketté osztja, úgy hogy most 8 színkép van. Most függélyes hasadék áll útba, mely a harántul sarkitott színképeket kirekeszti, — marad még 4. Jön egy ocular. Végül Nicol van belecombinálva, mely forgatni való addig, mig a már csak két színkép összehasonlításában egyenlő világosság eléretik. Mindezen optikai tényezőknek helyes egybeillesztése eleintén sok bajlódással jár, de ha egyszer eltalálva van, azontúl a vizsgálat minden új esetében már csak a Nicolt kell változtatni és a forgatás fokából az arányosságot a két fényforrás között leolvasni. A készülék csak a színképnek színes részére szolgál. A mi czéljainkra kitünően használható, ha ellenőrzés szükséges abban, hogy az ultraibolya elnyelésével az absorptio a színes részbe is nem vág-e már bele. Erre a gyanú már feléled ugyan az által, hogy az elnyelő anyag ilyen rétegben színes kezd lenni, de a szorosabb kimutatás sokszor nagyon kivánatos, sőt a tudományos meghatározásra nélkülözhetetlen. A fényképezés ilyenkor az elnyelési színképnek tárgyilagos, mig a König-féle készülék annak subjectiv bizonyitékát adja.[3] Plósz Pál t. tanártársamnak nagy köszönettel tartozom, hogy ezen készülékét minduntalan igénybe venni engedte.

Miután a Steinheil gépe útján az alább egyenként felsorolandó anyagok fényelnyelő képességével az első ismeretség megvolt, előállott a feladat, hogy olyan anyagoknak, melyek anaktinos szemészeti czéljainkra alkalmasoknak mutatkoztak, finomabb viszonyulásait is tanulmányozzam és hogy különösen oldataiknak különböző sűrűségi fokait (concentratióit) az absorptio szempontjából összehasonlitsam. E végből szélesebben szóró, elnyultabb színképet szolgáltató készüléket szereztem be.[4]

Ez a H. W. Vogel-féle nagy spectrograph [5] egészben olyan szerkezettel bir, mint V. azt tankönyvében [6] leirta, csak a színkép háza tömör fallal készült és a legújabb javitások rajta még inkább kifinomitottak, úgy hogy ez a példány az addigiaknál is még tökéletesebb. A mellékelt ábra, mely a szemklinikai laboratoriumban készült, bemutatja a maga teljességében. A fényhasadék (jobbról) egészen le 0·001 mm.-ig pontosan igazitható. Az (alul látszó) dob 2 Rutherfurd-könyűflint-üvegprismát tartalmaz. A lemeztartó (cassette, balról felül) az eltérítés minimuma értelmében bőven igazitható a színkép akármely vidékére. Minden irányú igazitás durva és finom csavarral teljesithető és a mérték osztatokon leolvasható. A színkép *A*-tól *O*-ig terjed és mintegy 20 cm. hosszú, úgy hogy 2 darabban kell leképezni, ha az egésznek felvételére szükség van. Minthogy itt a H. vonal környéke forgott leginkább kérdésben, legtöbbször ezt a vonalat igazitottam a lemeztartó közepére. A Steinheil-féle készülék ellenében hátrányul kell felemlitenem, hogy a fényhasadék csak 9 mm. hosszú. Ezért párirányos egyidejű felvétele 2 színképnek az anyagtartó gyűrűs kamarákkal, melyeknek karimája maga 4 mm.-t a középből elfog, nem lehetséges. Ha azonban az elnyelő anyag a szélén élesen határolt, mint az üveglemezek, emberi szemlencsék, üvegsejtek stbi, akkor 4—4 mm. részét a hasadéknak két színképre fel lehet használni és egyidejű photogrammokat készíteni. Egyéb körülmények közt úgy kell segiteni, hogy közvetlenül egymásután az időben és egymás mellé a lemezen, egyenlő expositio mellett fényképezünk. Kis, lapos, 2·5 mm. belső üregvastagsággal biró üvegsejtekkel sokszor úgy bántam el, hogy a hasadék felét eltakarva egy átlátszatlan cartonlappal, a másik féllel az absorptiós spectrumot keskeny csik alakjában felvettem, azután a másik hasadék felet takartam el, és most szabad égfénynyel az előbbi csik párját mel-



3. ábra.

léje készitettem.[1] A felvételt direkt napsütésben, Heliostat-tal, reflexiós prisma segélyével két fényforrással is megtenni lehet.

A közlésre szánt spectrumfelvételek [2] mind ezen gépből valók.

Más alkalommal a vizsgált anyagokról leszek bátor jelentést tenni.

A retinalis és üvegtesti kötőszövetképződések okairól.

Irta: *Scholtz Kornél* dr. szemklinikai tanársegéd.

A magyar orvosi közönségnek többször nyilt alkalma, úgy az orvosi társulatok betegbemutatásain, mint ezen lap hasábjain megismerkedni azon érdekes és változatos kórjelenségekkel, melyeket a fenti név alatt foglalhatunk össze. Ilyen kötőszövetképződések alatt értjük azon majd hártyaszerű, majd köteges vagy vaskos tömegeket alkotó fehér vagy kékes-fehér képződményeket, melyek olykor a retinán laposan elterülve fekszenek, elfedik a retina ereinek egy részét s az üvegtestbe kisebb-nagyobb mértékben beemelkednek, olykor pedig főképen az üvegtestnek hátsó részében székelnek s a retinával csak kisebb területen, néha csak egy kocsányos

[1] Simonnak az ezen készülékkel végezett absorptiós vizsgálatait a kalium nitricumról még alább segitségül fogom hívni Soret egy állitása ellen, mely szerint a salétromsav és származékai az ultraibolyát elnyelik.

[2] Wiedemann's Annalen 1894, 53. k. 785. l.

[3] Fényösszehasonlításokat világító anyagokra vonatkozólag ezen készülék felhasználásával Köttgen Elza kisasszony tett. Alább hivatkozás lesz ezekre.

[4] Dr. Tóth Lajos osztálytanácsos úr hathatós támogatásával a közoktatásügyi miniszter úr kegyes volt a költséget engedélyezni.

[5] Franz Schmidt u. Haensch-től Berlinben 1000 márkáért.

[6] Handb. d. Phot. II. 217. 4-ik kiadás.

[1] Ilyenek utóbb még bemutatásra fognak e lapokban kerülni.

[2] Kiválasztásukban nem aesthetikai, hanem a physikalis bizonyitás szempontjai voltak irányadók, úgy hogy a képkészitő photographus némelyiket alighanem szánalmas mosolylyal fogná megtekinteni.

nyúlványnyal függnek össze. Ezen képződések bizarr, szabálytalan alakjai igen nagy változatosságot mutatnak s a legérdekesebb, legszebb szemfenéki képet adják, a melyet kiegészítenek meg igen gyakran a retinán látható vérzések, pigmentlerakódások. Üvegtesti homályok szintén elég gyakran fordulnak elő ezen baj kiséretében.

Az újabb szemorvosi irodalom számos idevágó casuistikus közléssel gyarapodott, másrészt nehány nagy jelentőségű kórszövettani vizsgálati fényt deritett a bajnak eddig még kevéssé ismert lényegére és aetiologiájára. Az eddigi casuisticának legteljesebb összeállítását Guilbandnak 1897-ben megjelent „la rétinite proliférante“ czimű munkájában találtam, a melyben a szerző saját észleléseivel együtt összesen 39 esetről referál; ezeken kivül az irodalomban még 68 közölt esetet találtam, úgy hogy hozzászámitva az egyetemi szemklinika utóbbi éveinek beteganyagából való 14 saját észlelésemet, összesen 121 eset áll rendelkezésünkre, a mely szám tekintetbe véve a bajnak aránylag ritka előfordulását, elég nagy ahhoz, hogy belőle az előidéző okokra nézve következtetéseket lehessen vonni.

A tárgyalás alá kerülő megbetegedés legismertebb elnevezése a *„retinitis proliferans“*, a melylyel tudvalevőleg *Manz*[8] illette a bajt; Manz ezen elnevezéssel egy külön kórformát állitott fel, a mely lényegileg a retinának egy hyperplastikus gyuladása. E szerint tehát a szemfenéken látható kötőszövetes tömeg egy retinitis által létrehozott lobtermény lenne. Az összes többi elváltozások, vérzések, üvegtesti homályok stb. mind csak kitérő tünetek. Ezen theoriával szemben *Leber*[9] azt tapasztalta, hogy ezen r. proliferansnak elnevezett kórkép rendszerint oly szemeken látható, a melyeken *előzetesen* retinaés üvegtesti vérzések támadtak bármilyen okból. Ebből Leber arra következtet, hogy a retinitis proliferans elnevezés nem jogosult s hogy a retinán fekvő fehéres tömeg nem egyéb, mint a retina felszinére vagy az üvegtestbe ömlött vérnek szervülésből származó kötőszövet. L. különösen a több izben megújuló, ismétlődő vérzéseket tartja képeseknek arra, hogy ilyen kötőszövetet producáljanak.

Ezen két felfogás fölött folyt a vita éveken át és folyik még ma is. Az észlelők többsége inkább Leber nézetét fogadja el, azonban mindnyájan megegyeznek abban, hogy a kérdéses betegség igen különböző okokból származhatik. Manz elméletének hive *Banholzer*,[32] a ki azt supponálja, hogy egyes esetekben functionalis vérkeringési zavarok okozzák a bajt épen úgy, mint a hogy más testrészeken congestiók vagy pangások hyperplastikus gyuladásokat képesek kelteni. *Axenfeld*[44] szövettani vizsgálataiban kétségtelen lobos tüneteket talált a retinán, ő azonban ezeket másodlagos elváltozásoknak tartja. A legtöbb észlelő több osztályba sorozza az idetartozó kóreseteket. Igy *Goldzieher*[53 65] 3 alakot különböztet meg. Ő szerinte a leggyakoribb a syphilis következtében keletkező kötőszövetképződés s ez gyógyitható. A második osztályba sorozza azon alakot, a mely súlyos sérülések okozta intraocularis vérzések után támad s melynek oka lenne egy chorioretinitis plastica. A harmadik alak a membrana limitans interna hyalin elfajulásából származik és alkati bajoktól függetlenül jön létre. Ezen harmadik alak nevezendő r. proliferansnak. G. nézete szerint, úgy ennél, mint a luetikus alaknál az egyidejűleg látható vérzések csak következményesek. Goldzieher ezen nézetét, a melyet részletesebben az 1894. Római és az 1896. Heidelbergi congressusokon fejtett ki, többen megtámadták. *Hirschberg*[53] szerint a r. proliferans neve alatt ismert kórjelenség retinalis és üvegtesti vérzések eredménye; *kivételesen* syphilis következtében is támadhat hasonló elváltozás, a mely kellő kezelésre javulásnak indulhat.

Ezen különböző classificatiók közül a leginkább elfogadható és kórszövettani adatokon alapszik *Purtscheré.*[60] Ez a következő: létezik 1. egy oly kötőszövetképződés, a mely intraocularis vérzésekre vezethető vissza tekintet nélkül arra, hogy azok spontan vagy traumák következtében támadtak-e. A kötőszövet részben a vérnek átalakulási productuma, részben egy reactiv retinitis eredménye.

2. Van a kötőszövetképződésnek egy oly faja, a melynek oka egy sajátságos edény megbetegedésből származó retinitis; vérzések itt is előfordulnak, de nem szükségképen s csak kisérő tünetekként értelmezendők. Ezen alakra illik rá a retinitis proliferans elnevezés.

A következőkben az irodalmi közléseket és saját észleléseimet a felemlitett aetiologikus adatok alapján csoportositva és — tekintve a felhasznált anyag nagy terjedelmét főképen compendiosusan fogom tárgyalni.

I. Spontan keletkező kötőszövetképződések.

A praeretinalis kötőszövetképződések előidéző okai között jelentékeny szerep jut azon rendszerint ismétlődő jellegű üvegtesti vérzéseknek, a melyek a serdülő vagy a 20-as évek körüli korban levő egyéneknél minden kimutatható ok nélkül támadnak. Ilyen vérzésekre való hajlandóság más szervekben is gyakran okoz vérzéseket; leggyakoribbak az orrvérzések, jóval ritkábbak a gyomor-, hólyag- és vesevérzések, a melyek szintén ismétlődő természetüek szoktak lenni. Ide tartozóknak vélem azon üvegtesti vérzéseket is, a melyek serdülő leányoknál a menstruatio megindulásával vagy fiatal nőknél annak oknélküli kimaradásával támadnak. Ismeretes dolog, hogy ezen különféle vérzésekre való hajlam hosszabb-rövidebb idő alatt megszünik s csak kivételesen tart a 25. életéven túl.

A vérzések közelebbi okai ismeretlenek. Az üvegtesti és retinalis vérzéseket illetőleg a szerzők megegyeznek abban, hogy azok főképen venosus eredetüek; többen (*Friedenwald,*[58] *Simon*[59]) láttak a retina venáinak megbetegedésére való tüneteket, mint a venák rendkivüli tágultságát, kanyargósságát, perivasculitist. Ily tüneteket egyéb venosus pangásos tünetekkel együtt számos oly esetben is találtak az észlelők, a melyekben a vérzések utóbb kötőszövetképződésre vezettek. Igy leirattak esetek, a melyeknél az egyik szemen a szemfenéken kifejlődött kötőszöveti képződések voltak láthatók s a másik, teljes látásélességű szemen eleinte csak a venák említett elváltozásai látszottak; később ezen a szemen bő vérzések mutatkoztak, a melyek az első izben megbetegedett szeméhez hasonló kötőszöveti képződésekre vezettek. Az idevágó, aránylag nagyszámú kórleirások legtöbbje annyira megegyező, hogy ezekből a bántalom lefolyásának csaknem typikus képét nyerjük. A beteg látása rendszerint hirtelen, egy pillanat alatt nagy mértékben megromlik s az orvos sűrű, tömeges üvegtesti homályokat constatál, a melyek aránylag elég gyorsan tisztulni kezdenek s feltisztulásuk után szemünk előtt áll a retina felszinén alakult kötőszövetes tömeg; többnyire az üvegtestben visszamaradt vérből álló nehány czafatos homály, a retinán elszórtan fekvő vérfoltok s az újonnan képzett kötőszövet körüli vaskos, szénfekete pigmenthalmazok még hosszabb idővel a keletkezése után is elárulják a baj eredetét.

Hosszabb, rövidebb idővel az első vérzés után a betegnek valamennyire megjavult látása ismét hirtelen megromlik, az üvegtestet és retinát új vértömegek lepik el, a melyek a kötőszövet továbbképződésére újabb tápot adnak. Ha ilyen recidivák be nem következnek, a prognosis más eredetü kötőszövet képződésekhez képest kedvező, mert az egyének fiatal korával járó erőteljes anyagcsere lehetővé teszi a még teljesen nem organizálódott vérfibrinnek felszivódását; számos észleletből láthatjuk, hogy a retinán répződött képleteknek egyes áttetszőbb, fátyolszerű, hártyás készletei idővel nyom nélkül eltüntek; hosszabb idő alatt a vaskosabb részek is megkisebbednek — mint minden pathologikus kötőszövet — zsugorodás útján. Sajnos, hogy a mint a statistikai összeállitásból kitünik, a legtöbb esetben a vérzések sokszorosan ismétlődnek, a kötőszövetes tömegek folytonosan gyarapodnak, a látásélesség, a mely néha az elváltozások fokához mérten bámulatosan jó lehet, — mindinkább romlik, sokszor a fényérzés is elvész, sőt egyes szemek még további, degenerativ természetű vagy következményes bajokban pusztulnak el.

Az ide sorolható közlésekből 33 esetet gyüjthettem össze; közülök 25 férfi és 8 nőbeteg. Életkorukra nézve 10

évesnél fiatalabb 2, 10—25 éves 23, 25—29 éves 4, a kor pontosan jelezve nincs 4 fiatalnak mondott nőnél. Ezen egyének közül folytonos orrvérzésekben szenvedtek 7-en; 2 esetben szivbajt emlitenek (bal sziv hypertrophia, állandóan magas pulsus szám) mint olyan betegséget, a mely a retinavérzésekkel oki összefüggésbe hozható. A nőbetegek közül 3-nál az üvegtesti vérzések recidivái rendszeresen a menstruatio szakával estek össze, 1 nőbetegnél a menstruatio ok nélküli kimaradásakor támadtak. A többi esetben az üvegtesti vérzéseken kivül egyéb megbetegedések nem emlittetnek, bár a betegek legnagyobb része pontos belgyógyászati vizsgálatnak volt alávetve.

A szemfenéki elváltozások az eseteknek körülbelől fele számában egy szemen, fele számában mindkét szemen támadtak. A baj prognosisára nézve érdekes azon körülmény, hogy a 32 beteg közül 18-nál a vérzések sokszorosan ismétlődtek s ezzel kapcsolatosan a retinalis proliferatiók is előhaladó jelleget mutattak; 7 oly esetet találtam, a melyekben hosszabb észlelési idő alatt a szem állapota nem rosszabbodott; állandó javulás alig nehány esetben constatáltatott. A többi beteg csak egyszeri vizsgálaton jelentkezett. Az egyetemi szemklinikán észlelt eseteim közül ide sorolom a következőket:

I. eset. K. Borbála 10 éves parasztlány mindkét szemének látása 1 év előtt megromlott s azóta mindinkább rosszabb.

1896. május 7-dikén. A szemek külsőleg épeknek látszók; a pupillák közepesnél tágabbak, fényre jól reagálnak. Tükörrel mindkét szem üvegtestében sürü átlátszatlan, tömeges homályok láthatók, vörös visszfény csak a jobb szemfenék orri felének felső részéről kapható. Látás: J. 1/2 m.-ről ujjolvasás. B. kézmozgást lát. A belgyógyászati vizsgálat negativ eredményü. Rendelés: jodkali, pilocarpin-injectiók. 4 hét mulva változatlan állapotban elbocsáttatott.

1898. márczius 23-dikán újra jelentkezett. A jobb szem üvegtestében lassan mozduló czafatos homályok, a melyek között több helyütt vörös visszfény nyerhető; a szemfenék képe nem látszik. A bal szem üvegtestében kevés, szintén csafatos homály van; a papilla n. opt. elég jól kivehető, a papillától három keskeny fehérszinü, a retina síkjából csak kevéssé kiemelkedő kötőszövetes köteg húzódik a szemfenék peripheriája felé, még pedig kettő fel a halánték felé, egy az orr felé tart. Az edényeken elváltozás nem látható. A retinán elszórtan, különösen a kötegek környékén rögös pigmenthalmazok vannak. A látás: J. 2 m.-ről ujjolvasás, B. 6/36.

II. eset. P. János 22 éves kereskedősegéd.

1897. február havában 2 hétig naponta 3—4-szer orrvérzése volt. Májusban bal szemének látása megromlott. Juliusban a szemklinika rendelésén baloldali tömeges üvegtesti vérömlenyek constatáltattak, melyek miatt a szemfeneket meglátni nem lehetett. Látás: Szem előtt ujjolvasás. Ugyanakkor tüzetes belgyógyászati vizsgálatnak vettetett alá, a mely gyomor- és vesevérzéseket constatált. Rendelés: jodkali. Látása kissé javult, majd 1/2 év mulva ismét megromlott.

1898. január 19-dikén felvétetett a klinikára. A bal szem üvegtestében fonalszerü libegő homályok és diffus borússág, mely miatt a papilla alig, a retina erei csak nagyjából vehetők ki. A szemfenék halántéki felében, alúl egy szürkés-fehér kevéssé fénylő tömeg emelkedik az üvegtestbe felfelé nehány elvékonyodó nyúlványt bocsátva; mellette egy elmosódott határú vérömleny fekszik a retinán. Látása 2 m.-ről ujjolvasás. Rendelés: 1/2 cg.-os pilocarpin befecskendések. 8 injectio után változatlan állapotban távozott. További ambulans kezelés alatt az üvegtesti homályok tisztultak, a fehér tömeg változatlan maradt, a látásélesség kevéssel javult.

Az ilyen, úgyszólván typikus lefolyású eseteken kivül vannak olyanok, melyeknél részint társuló, részint következményes bajok teszik a kórképet változatossá. Ilyen pl. *Becker*[1] egyik esete. 20 éves férfi betegénél mindkét szemen ismétlődő közönséges iritis után az egyik szemen nagy tensioemelkedések, később ezek következtében scleratágulások keletkeztek. A közegek feltisztulása után az üvegtestben vérzések, a szemfenéken a retinával összefüggő vaskos fehér képződmény látszik, a melybe a retina ereivel anastomizáló új véredények nőttek be. A sclerektasiák nagyobbodnak, a lencse elszürkül, a cornea hátsó felszinén praecipitatumok jelentkeznek. Ezen complicált és könnyen meg nem magyarázható kórlefolyásra világot vett nehány újabb észlelés, a melyek bizonyos tekintetben hozzá hasonlók. Régóta ismeretes dolog, hogy némely retinitis haemorrhagica glaucomával jár; nem lehetetlen, hogy az úgynevezett glaucoma haemorrhagicum egyes eseteiben is a retinavérzések tekinthetők elsődleges elváltozásoknak. Az ily retin. haemorrh.-ban szenvedő és glaucomában megvakult szemek kórboncztani vizsgálatánál 5 esetben a vena centralis thrombosisában találták a baj eredeti okát. Részletesen tárgyalja ezen bajok összefüggését *Purtscher*,[60] a kinek egy 21 éves, gyakori orrvérzésekben szenvedő nőbetege egyik szemére glaucomában megvakult, mialatt a másikon közönséges retinitis haemorrhagica támadt. Az enucleált vak szem szövettani vizsgálatánál nagyfokú újdonképzett kötőszövetből és a retina kötőszövetének burjánzásából keletkezett tömegek és kisebb vérzések találtattak a szem belsejében; a retina edényei lobos elváltozásokat mutattak s a vena centr. retinaeban egy 0·6 mm. hosszú thrombus fészkelt. Hasonló lefolyása volt P. egy másik esetének is, a melyről azonban boncztani adatok nincsenek. Kétségtelen, hogy ezen esetekben a thrombosis a primaer elváltozás, s hogy az általa okozott retinavérzések vonják maguk után a glaucomát. Hogy mi módon, az ez idő szerint még eldöntetlen dolog. Több ily esetben s talán az idézett Becker-féle esetben is a következményes iridocyclitis lehetett a közvetitő kapocs. A vérzések szervüléséből származó kötőszövetes képződéseket a glaucomával direct összefüggésbe hozni nem lehet. Az ide tartozó esetek közül megemlitendő még *Würdemann*-é:[51] 8 éves gyermeknél thrombophebitis és thrombosis venae centr. következtében kötőszövetté alakuló vérzések és glaucoma secundarium.

Az ismétlődő üvegtesti vérzések s a velük járó kötőszövetképződések sok esetben a szemtekének lassú elsorvadására vezetnek. Az üvegtesti üreg jó részét kitöltő kötőszövet idővel zsugorodik s a vele erősen összenőtt retinát vongálva retinaleválást okoz. A szemtekének megromlott táplálkozási viszonyai folytán a lencse szürkülésnek indul, az iris minimalis izgalmi tünetek mellett, sőt legtöbbször észrevétlenül lenő a mellső lencsetokra. A szemteke ellágyul s lassankint megkisebbedik. Az uvea ezen folyamatnál általában véve feltünő keveset szenved s a talált boncztani elváltozások is minimalisak. Nyilt kérdés marad, hogy azon rendkivül lassú iridocylitis, a melynek következtében a szemteke szinte észrevétlenül sorvad el, a kötőszövetképződések vagy az ablatio retinae következménye, vagy pedig ugyanazon kórelőidéző okból származik-e, a mely az edényfalak megbetegedése által a retinavérzéseket okozta. Ilyen lefolyása volt azon esetnek, a melyre *Manz*[8] a retinitis proliferans nevet először alkalmazta. Az ő eseteiben s nehány más régebbi közlésben a szerzők az irisnek egy sajátságos elszineződését emlitik fel; az iris koronként minden izgalmi vagy lobos tünet nélkül fűzöldszinü lett, a mely szin, a mint azt 2 saját észlelésem alatt tapasztaltam, csakis az üvegtest mellső részeibe vagy talán a hátsó csarnokba ömlött vérnek felszivódása által jöhetett létre. Hátsó lenövések és cataractaképződés mutatkozott *Grósz Emil*[50] 1894-ban leirt eseténél is. Kifejezettebb uveitéseket (iridocylitist, chorioiditist) főképen csak olyan — alább sorra kerülő — esetekben látunk, a melyeknél alkati bajok, lues, diabetes, szerepeltek mint előidéző okok.

Sajátságos complicatiókat mutat a következő

III. eset. K. Karolin 15 éves felügyelő lánya kiskora óta mindkét szemén rosszul látott, újabban bal szeme látása csökkent.

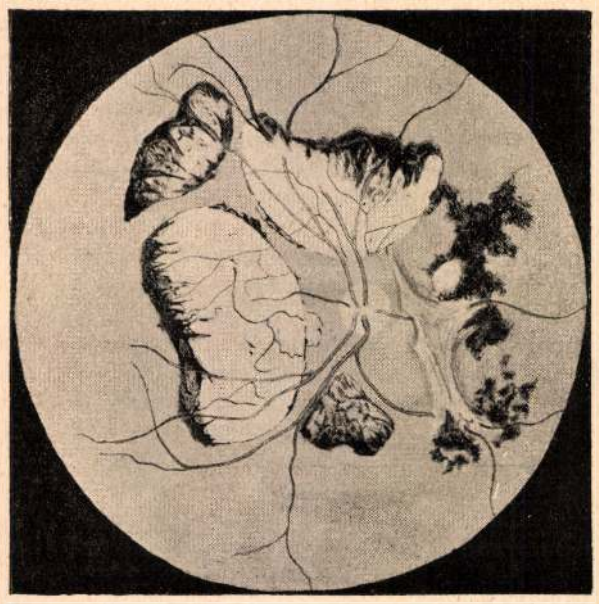
1897. január 25-dikén külsőleg a szemek épek, a törőközegek tiszták. Mindkét szem myopiás fénytörésü.

A jobb szemfenéken a papilla és a retina erei épek. A papilla n. opt.-től a halánték felé 1 papillányi távolságra egy körülbelől 15—20 papillanagyságú vesealakú, convexitásával a papilla felé fordult fehér terület látszik, a mely *felett* a retina erei változatlanul elhúzódnak; nehány scleralis ér és kevés elszórt pigmentrög fekszik rajta. Ezen területet convex részén

vékony pigmentszegély határolja, míg a szemfenék peripheriája felé fordult concav részén nagyobb mennyiségben összegyült pigment látszik. A papillától felfelé az előbbivel alakra és minőségre teljesen megegyező, de valamivel kisebb elváltozás van. A szemfenék egyéb részein 1—5 papillanagyságú éles határú, világos sárgaszínű, böven pigmentált kerek és vesealakú területek látszanak. A pigment legnagyobb része chorioidealis, csak itt-ott látni nehány a retina ereire kapaszkodó rögöt. Látás: 2 m.-ről ujjolvasás. M. = 5·0 D., v. = 5/70.

A bal szemfenék képe nagyjából megegyezik a jobbéval, azon különbséggel, hogy itt *a papilla környékéről a peripheria felé húzódó s az üvegtestbe beemelkedő ágas-bogas pókhálószerü élénk fehér képlet* borítja a szemfenék egy részét. Látás: 1½ m.-ről ujjolvasás. Üveg nem javít. Rendelés: jodkali. Újból jelentkezett.

1898. február 9-dikén. A jobb szemfenék képét az 1. ábra mutatja. Az első vizsgálatnál talált atrophiás természetü chorioidealis elváltozások ugyanolyanok, de azonkivül a papillától befelé egy kékes-szürke-színü rézsutos irányú hosszúkás köteg látszik, a mely a retina erei *felett* húzódik el. Ezen kötegalakú képződmény ecsetszerüen felszálasodva megy át az ép retinába; ezen átmeneti helyek körül igen sok, szabálytalanul eloszlott, vaskos, rögös, durva pigmenttömegek foglalnak helyet, melyek igen lényegesen különböznek a fent leirt chorioidealis góczok szélein levő bizonyos szabályszerüséggel eloszlott pigmenttől. A



1. ábra.

kötegkörüli festeny alakja, valamint a körülötte itt-ott látható apró vérpontok és csikok kétségtelenné teszik ezen pigmenttömegnek s az általa közrefogott köteges képletnek vérzésből való eredetét. Látás: 2 m.-ről u. o. M. = 5·0 D., v. = 5/70.

A bal szemteke egészben véve jelentékenyen megkisebbedett, lágy. A conjunctiva és sclera teljesen halaványy, a cornea ép. A mellső csarnok középmélységü, a csarnokvíz tiszta, *az iris fakó, zöldesszínü, sorvadt, a pupilla szük, zegzugos, egész kerületében a mellső lencsetokra lenőtt; a lencse elszürkült,* a szemfenék nem látható. A szemen fényérzés nincs.

Ezen észlelés (a bal szemet illetőleg) igen jól demonstrálja, hogy a retinalis kötőszövetképződések végeredményképen atrophia bulbira vezethetnek. A mi a jelen complicatioképen jelen volt chorioidealis elváltozásokat illeti, azok azt hiszem, nem sorolhatók valamily általánosan ismert kóralakhoz. Gondolhatnánk a chorioideának valamely fejlődési rendellenességére, illetve foltonként való hiányos kifejlődésére is; azonban azon körülmény, hogy a teljes atrophiás területeken kivül kisebb, de hasonló alakú sárgás részletek is voltak láthatók, inkább valamely szokatlan alakú és lefolyású chorioiditis mellett szól; a góczok nagyságához képest a chorioiditis arveolaris egy válfajának tekinthetjük. A szemek myopiája (5·0 dioptria) nem oly nagyfokú, hogy ilyen óriási chorioidealis elváltozásokat hozhatott volna létre. Úgyszintén nem állapitható meg a chorioiditisnek a retinalis kötőszövetképződésekkel való összefüggése s egyszerű coincidentiára kell gondolnunk. Hasonló esetet észlelt *Adams Frost*[63] is, a ki egy 24 éves nőnél előrehaladt chorioid. dessiminatával társulva látott proliferatiókat. A myopia már több joggal szerepelhetne a retinavérzések előidézője gyanánt. *Pflüger*[28] két myopiás betegnél tapasztalt retinaleválást okozó üvegtesti kötőszövetképződést.

IV. eset. M. Verona 27 éves napszámosnő. Hiányos intelligentiája miatt megbizható anamnesis nem nyerhető; jobb szeme látása rövid idő óta rossz, a balé évek előtt romlott meg.

1896. szeptember 29-dikén. A jobb szem kötőhártyája, corneája ép. A mellső csarnok igen mély, tiszta. Az iris halántéki felerésze épnek látszó, kékeszöld, az orri oldal felé eső fele élesen körülirt területen csaknem fekete; a sötét szín az iris-szövetnek oly nagymértékü sorvadásából számazik, úgy hogy a pigmentepithel csaknem fedetlenül látható; ezen területen az iris jóval keskenyebb is, úgy hogy a középtág pupilla ovalis alakú. A lencse fel- és kifelé luxált helyzetben van, szemtükörrel szürke reflexet ad. A luxált lencse alatt — atropin becseppentés után — keskeny sarlóalakú területen a szemfenék alsó része részben látható: szürkés, egyenetlen felületü képlet vehető ki, felületén egy érrel. Több részletet kivenni nem lehet. Látás: kézmozgást lát, fényérzés jó, projectio felül és belül szükült.

A bal szem conjunctivája, corneája ép. A mellső csarnok felül rendes mélységü, alul igen mély. Az iris aláfelé igen erősen megkeskenyedett (coloboma adnatum), színe kékes-zöld, szálazata ép, pupillaris széle felül a mellső lencsetokra lenőtt. A lencse felfelé luxált, szürke, tokja több helyen megvastagodott, alatta sarlóalakú területen át a szemfenéken a jobb szeméhez hasonló fehéres-szürke ágas-bogas képződmény látszik. Látás: kézmozgás; fényérzés, projectio jó.

Október 5-dikén. A jobb szemen ciliaris belöveltség támadt, a csarnokvíz zavaros, az iris zöldebb, szálazata elmosódott, a pupilla megszükült. *Rendelés:* meleg borogatások, atropin. A szem lassan megbékült.

1897. deczember 3-dikán. A jobb szem állapota annyiban változott, hogy a lencsében küllős elszürkült részletek mutatkoznak. A bal szem békés, egyébként nem változott. Látás ugyanaz.

Deczember 4-dikén. Mindkét szemen extractio linearis cum iridectomia végeztetik. Sebkészités és iriskimetszés felül. A jobb szemen kevés üvegtestveszteség, a balon sima lefolyású műtét.

Deczember 7-dikén. Jobb szemen mély csarnok, vérrel telve. Bal szemen nagy izgalom, chemosis. Atropin.

Deczember 13-dikán. Jobb szemen a vér fogyott, a bal szemen az izgalom megszünt.

Deczember 16-dikán elbocsátási állapot: mérsékelt conjunct. belöveltség mindkét szemen. A jobb szem csarnokában coagulált vérrög van, a mely miatt az iris és szemfenék nem láthatók. A bal szem irise sárgás-zöld, felül széles, szabadszárú coloboma artef. Tükörrel szürke-vörös visszfényt kapni; czafatos üvegtesti homályok; az egész szemfeneket egy ágas-bogas, helyenként focalis világitással is látható fehér számos kisebb-nagyobb vérzéssel tarkított képződmény borítja, a melynek egyes részein finom, sürü érhálózat látszik. Látás nem változott.

Ezen esetben nyilvánvalóan fejlődési rendellenességekkel combináltan támadt a baj.

Ilyennek kell tekintenünk a bal szemen lévő coloboma iridist s mindkét lencse spontan luxálódását. A hátsó lenövések, a kiújuló iritis s talán a jobb szem irisének részleges sorvadása is a helyüket hagyott lencsék okozta iris-izgalomból magyarázhatók, míg a retinalis és üvegtesti elváltozásokat a luxatio lentis el nexusba hozni nem lehet.

A felsorolt esetekével rokontermészetü aetiologiája van azon kötőszövetképződéseknek, a melyeket egyesek *haemophiliában* szenvedő betegeknél észleltek. *Speiser*[46] egy 17 éves, *Vialet*[55] egy 29 és egy 37 éves férfibetegnél tapasztalt ismétlődő üvegtesti vérzések után kötőszövetképződést. Lehet, hogy ugyanilyen vérzékenység okozta *Blessig*[41] 40 éves férfibetegénél is a bajt, a ki az intraocularis vérzéseket megelőzőleg gyakori orrvérzésekben szenvedett.

Guilbaud[66] egy különben egészséges 33 éves nőbetegnél talált proliferatiókat 5 hónapos *terhességével* igyekszik összefüggésbe hozni.

Mindezen észleléseknél a baj előidéző oka gyanánt az edényfalaknak valamely, eddigelé lényegileg pontosan meg nem határozható olyan elváltozása szerepel, a mely főképen fiatal egyéneknél jön létre. A következő esetben az *öregkori arterio-sclerosis*-t tekinthetjük a baj előidéző okául.

V. eset. Sz. Gyula 61 éves tanító. Bal szeme látása 1891. márcziusban hirtelen elveszett s csak 2 évvel később kezdett kissé javulni.

Jobb szeme látása 1896. májusban romlott meg.

1896. november 25-dikén. Külsőleg látható eltérés a szemeken nincs, a törőközegek tiszták. A jobb szem papillája elmosódott határú; a venák tágak, kanyargósak. Az erek mentén és a sárga folt körül számos csíkalakú végzés. Látás: 2 m.-ről olvas ujjakat. A bal szem papillája a rendesnél fehérebb, éles határú, a lamina cribrosa likacsai nem láthatók; az arteriák igen szükek, helyenként *széles sárga sávval szegélyezettek*; a venák változatlanok. Az art. tempor. super. mentén a papillától körülbelől 1 papilla távolságra szabálytalan dudoros csomóalakú, az üvegtestbe beemelkedő fehéres képlet van, mely több irányban számos fonalszerű nyújtványt bocsát. Az orri oldalon a retina széli részén egy körülbelől 2 papilla átmérőjű meggypiros folt van. Látás: $^5/_{15}$? H. m. = 1·0 D., v. = $^5/_{15}$? Mindkét szem látóterében centralis relativ scotoma mutatható ki.

Az I. belgyógyászati klinikán végzett általános vizsgálat szerint: a vizeletben sem fehérnye, sem czukor nincs; az egyén endoarteritis chronicában szenved, lues felvételére semmi gyanúok. Rendelés: jodkali.

1896. deczember 10-dikén. A jobb szem látásélessége $3^1/_2$ m. ujjolvasásra javult, a balé nem változott; a relativ scotomák megvannak. A szemfenekek képe olyan, mint felvételkor. Ujból jelentkezett

1898. márcziusban. Jobb szeme látása ismét megromlott. Az üvegtestben diffus borússág, a papilla határai elmosódottak, a venák igen tágak és kanyargósak, az arteriák szükek. Az egész retinán elszórtan számos apró friss vérzés van. Látás: 1 m.-ről olvas ujjakat.

A bal szemen a papilla és az erek állapota változatlan; a papilla közelében látott csomós képlet igen erősen összetöpörödött, bőven pigmentált. A peripherián elszórtan, különösen a nagyobb, erek mentén kisebb-nagyobb fehéres kötegek vannak. Látás: $^5/_{15}$? látótérvizsgálat nem történt.

A kórelőzményből világosan kitünik, hogy a bal szem elváltozásainak oka egy 1891-ben elszenvedett, valószinűleg igen nagy üvegtesti vérzés, a melynek részben való felszivódása után 1896-ban láthatóvá vált egy belőle visszamaradt kötőszövetes tömeg, a mely viszont $1^1/_2$ év eltelte alatt jelentékenyen megkisebbedett. A jobb szemen egy közönséges recidiváló papilloretinitis haemorrhagica folyt le. Mindkét szem megbetegedésének közös oka az arterio-sclerosis, a melynek nyomai különben a bal szemfenéken is constatálhatók voltak.

Oeller[64] a retina ütőereinek aneurysmaképződése utáni vérzésektől látott „retinitis proliferans interna"-t kifejlődni.

Az edényfalak megbetegedésén kivül egyesek *szívbajokat* említenek a tárgyalt elváltozások okául (*Rotmund Eversbusch*,[20] *Stephenson*,[36] *Fuchs*[68]). A feltevés jogosult is, mert köztudomás szerint a szív különböző megbetegedéseinél támadhatnak retinavérzések — főképen az incompensatio szakában.

A heveny fertőző betegségek közül egyedül a *váltóláznak* tulajdonithatunk némi szerepet a tárgyalt betegség létrehozásában. *Guilbaud* egy 32 és 33 éves férfibetegről beszél, a kik fiatal korukban malariát állottak ki s vérzésekkel tarkitott kötőszövetképződésekkel jelentkeztek nála; tekintve a két betegség közt elmult hosszú időt, kérdéses, hogy okozati viszonyba hozhatjuk-e őket egymással. Több joggal tarthatjuk a bajt malariás eredetűnek *Schultze*[38] betegénél, a kinek szemein 3 hétig tartó heves intermittens láz után tömeges üvegtesti homályok támadtak, melyeknek helyén később erezett kötőszövet volt látható. Azon számos szövődményes szembetegségek közül, melyek a váltólázat kisérhetik, minden bizonynyal a sokszoros retinavérzésekre kell gondolnunk; diffus üvegtesti homályok, a melyek súlyos malaria következtében szintén létrejöhetnek, aligha lesznek képesek kötőszövetes tömegek alkotására.

Az idült fertőző betegségek közül a retinalis kötőszövetes képződések létrehozásában egyes szerzők igen fontos és gyakori tényezőnek tartják a *syphilist*. Azon folyamat, a melylyel a syphilis a retinán keletkező fehéres felrakódásokat producálhatja, kétféleképen képzelhető. Lehetséges, hogy a lues következtében egy retinitis specifica keletkezik, a mely a retina felszinére lerakodó nagymennyiségű izzadmányt termel s ez az izzadmány adja a retinalis kötőszövetképződésekhez hasonló képet, esetleg tényleg kötőszövetté szervül. Lehetséges, hogy a syphilis az edényfalak elváltozásaival járó közönséges retinitis haemorrhagicát okoz, a melynek lefolyása alatt a retina mellső felszinére vagy az üvegtestbe ömlött vérből kifejlődnek — csak úgy, mint bármely más okból létrejövő vérzésekből — a kötőszövetes proliferatiók. Az észlelők közül, mint fentebb láttuk, első sorban *Goldzieher* tulajdonit nagy befolyást a syphilisnek ebben az értelemben. Az ő közléseiből arra kell következtetnünk, hogy az első lehetőséget tartja az igazinak; felteszi, hogy létezik egy luetikus chorioretinitis plastica, a mely gyógyitható s a melynek képe az ú. n. retinitis proliferans képéhez hasonló. G. szerint ezen luestől származó r. proliferans a leggyakoribb lenne. Bármily valószinűnek és érthetőnek lássék is ezen állitás, az észlelések inkább a második lehetőség mellett szólanak. Az irodalom átkutatásában 107 eset között mindössze 7 olyan észlelést találtam, a melyekben a praeretinalis kötőszövetképződés syphilisre vezettetik vissza. *Ezen 7 eset közül 5-nél retinalis vagy üvegtesti vérzések előzték meg a kötőszövetnek kifejlődését*, kettőnél pedig tömeges üvegtesti homályok jelenlétéből következtethetünk egy előrement vérzésre. Az észlelések rövid kivonata a következő:

Van der Laan[13]. 36 éves, 1 éve luetikus férfi retinavérzést állott ki; a látásélesség quantitativ fényérzésről a rendesnek $^1/_7$-re emelkedik, majd egy tömeges üvegtesti vérzés következtében ismét erősen megromlik. Ezen második vérzés után 4 évvel az üvegtesten és a retinán vérnek nyoma nincs, a szemfenéken pedig a retinitis proliferans képe látszik. Később egy újabb vérzés kiséretében ablatio retinae támad s a lencse elszürkül. — 47 éves, 1 éve lueses nő egyik szemén iritis folyt le s üvegtesti homályok látszottak. 2 évvel utóbb a retinán kötőszövetképződések vannak, melyek 6 havi kezelésre nem változnak.

Goldzieher[49] a budapesti kir. orvosegyesület 1894. évi V. ülésén 25 éves, 4 év óta antiluetikus kezelés alatt levő férfit mutat be; a beteg egyik szemén retinitis haemorrhagicával jelentkezett: később Förster-féle chorioretinitis és lappangó iridocyclitis támadt a szemen, melynek következtében a szem megvakult. A másik szemen retinitis haemorrhagica folyt le s később a szemfenéken az üvegtestbe benyuló „sarjszöveti képződmények" voltak láthatók.

Feuer[61] a közkórházi orvostársulat 1896. évi II. ülésén 24 éves férfit mutat be; $1^1/_2$ év előtt infectio, később papulosus kiütés. Jobb szemén sürű czafatos homályok miatt az üvegtest át nem világitható. Bal szemének üvegteste átlátszó, a retina előtt kékes köteg húzódik a retináról reáhúzódó edénykacsokkal. Vérzések nincsenek; a látás romlik s a képződmény egy része láthatlanná válik. Ugyanazon alkalommal említette fel

Mohr[62] egy esetét: a luetikus egyén egyik szeme iridochorioiditis folytán vak, a másikon ret. kötőszövetképződés látszik vérzésekkel.

Wecker és *Masselon*[47] Atlasában a 66. és 67. ábrán chorioretenitis specifica elváltozásain kivül a retinán fekvő hártyaszerű képletek láthatók, a melyek a magyarázó szöveg szerint az ezen helyen előrement tömeges vérömlenyek után maradtak vissza.

Az egyetemi szemklinikán észlelt esetek közül csak egyet említhetek ezen helyen mint olyant, a melyben a luetikus eredet némi valószinűséggel bir.

VI. eset. M. Mihály 24 éves házaló. 2 év előtt bal szeme kivörösödött, látása fájdalmas gyuladásos baj folyamán elveszett. 2 hét előtt felkeléskor észrevette, hogy jobb szemének látása igen erősen megromlott. Luest tagad. Összes kitapintható nyirkmirigyei beszürődöttek.

1893. szeptember 30. A jobb szem pupillája középtág, 1 csepp atropinra maximalisan tágul. A lencse tiszta; szemtükörrel fordított képben a papilla n. opt. tájékáról kiinduló s a borús üvegtestbe nyuló számos vérzéssel tarkított ágas-bogas hártya látható, a mely a szemfeneket egy-két ér kivételével teljesen leplezi. Látás: 1 m.-ről olvas ujjakat.

A bal szem csarnoka középmély, pupillája szük, zegzugos, merev; a lencse elszürkült. Látás: fényérzés 1/2 m.-ről, projectio csaknem a centrumig szükült. Rendelés jodkali, majd október 21-dikén 2 gr.-os unguent. hydrarg. ciner.-bedörzsölések.

Október 31. Iridektomia a bal szemen.

Deczember 3. 30 bedörzsölés után a jobb szem üvegteste feltisztul annyira, hogy a papilla n. opt. láthatóvá vált; a vérzések nagy része felszívódott, a kötőszövetes hártya azonban változatlan. *Látás:* 4 1/2 m.-ről olvas ujjakat, M. = 2·0 D., v. = 5/20.

Deczember 13. Rendelés: 1 centigr.-os pilocarpin-injectiók. Bő izzadás és nyáladzás.

Deczember 18. Elbocsátáskor: A jobb szemfenék képe annyiban változott, hogy a vérzéseknek nyomai már alig láthatók. A bal szem irisében felül szabadszárú coloboma van, a melyen át a szürke lencse látszik. Látás a jobb szemen a 2·0 Myopia javításával 5/15?, a balon változatlan.

A leirt esetben a syphilis latens feltevésére jogosit egyrészt a nyirkmirigyek beszürődött volta, másrészt a bal szemen lefolyt iridocyclitis; a higanykezelésnek kitünő eredménye a feltevést még inkább igazolja. Ki kell azonban emelnem, hogy a kezelés alatt felszivódtak az üvegtesti homályok és felszivódtak a retinalis vérzések, azonban közel 3 hónapi észlelési idő alatt a látásélességnek folytonos javulása mellett is az üvegtestbe benyuló hártyás képződmény semmi visszafejlődést vagy megkisebbedést nem mutatott. Hangsúlyoznunk kell ezen körülményt egy fontos kérdésnek, a luetikus eredető kötőszövetképződések gyógyithatósága kérdésének tisztázására. A casuistica egyetlenegy olyan syphilises eredetű kötőszövetes képződést sem emlit, a melynél előzetes retinavérzések kizárhatók lennének; fel kell tehát tennünk, hogy a kötőszövet itt is, mint annyi más mindenféle eredetű vérzéseknél, vérzésből képződik s hogy a syphilisnek directe a kötőszövetképződésekhez semmi köze nincs. Az antiluetikus gyógyeljárás, ha mint a közölt esetben javulásra vezet, teszi ezt az által, hogy meggyógyitván a luest, a retinavérzések nem ismétlődnek s a már meglévők az üvegtestbe ömlött vérrel együtt felszivódnak: ez által javul a látásélesség. A kötőszövetes képződésnek a továbbfejlődésére szükséges tápanyag hiányzik, ezért nem nagyobbodik, sőt hosszabb idő mulva zsugorodás útján kisebbedik, úgy mint azt más eredetű kötőszövetes tömegek is teszik. Ezen javulás azonban a lueses eredetű eseteknél is meglehetősen ritka. Ritka pedig azért, mert a mint a fentebb felsorolt észlelésekből látjuk, igen gyakori az ily szemeken az uvealis hártyának rendszerint súlyos luetikus megbetegedése. Az esetek nagyobb részénél iridocyclitis, különböző stadiumokban levő specifikus chorioretinitisek s ezeknek következményei iratnak le. Ezen difejezett uveitisek lényegesen különböznek a fiatalkori retinavérzésekből eredő kötőszövetképződésekkel járó lassú, fájdalmatlan, de azért atrophia bulbira vezető uvea-megbetegedésektől.

Az anyagforgalom betegségei közül a *diabetes mellitust* 5 esetben emlitik a retinalis kötőszövetképződések oka gyanánt. *Guilbaud* és *Van der Laan* betegeinél a baj bő retinalis vérzések után fejlődött ki, *Galezowszki* [22] és *Nettleship* [21] eseteiben pedig egy vérzésekkel járó retinitis diabetica lefolyása alatt. N. betegének egyik szeme iritis és következményes glaucomában vakult meg. Ezen csoportba sorolhatom a magam észlelései közül a

VII. esetet. B. István, 58 éves gátbiztos, 1897. márciusban jobb szemén többször ismétlődő fájdalmas gyuladásos baja volt, a mely miatt ugyanazon év juniusában vidéken megoperálták. Egy ideig jobban volt, később a szem ismét fájdalmas lett, látása elveszett. Bal szemének látása 1897. szeptember óta fájdalmak nélkül romlik.

Az I. belklinikán végzett általános vizsgálat diabetes mellitust állapitott meg; a vizelet fajsúlya 1016, 3—4% czukrot és kevés fehérnyét tartalmaz. Degeneratio cordis minor-grad. és hemiparesis lat. dextr. találtatott még nála, utóbbi mint 1897 telén támadt hemiplegia maradványa.

1898. junius 3. A jobb szemen episcleralis és ciliaris beléveltség. A cornea alsó harmadrésze átlátszatlan, heges. A csarnok igen sekély, az iris sorvadt, piszkos-barna, az elszürkült lencsére lenött; aláfelé keskeny coloboma arteficiale, a melynek szárai a heges corneába nőttek. A szem feszülése emelkedett (t + 1), spontan és érintésre fájdalmas. Fényérzés nincs.

A bal szem külsőleg kórosat nem árul el. Szemtükörrel: a lencse peripheriáján küllős, vesszős homályok (cataracta incipiens); az üvegtest tiszta. Az egész szemfeneket egy sárgás-fehér színű szabálytalan alakú tömeg takarja el, a mely helyenként czafatos, csipkés nyulványaival csaknem az üvegtest közepéig emelkedik be. A papillának csak felső fele látszik, a retina erei csak helyenként bukkannak elő kis darabon az őket fedő képződmény alul. Ezen fehéres képződmény főtömege az orri oldalon alul látszik lenni; itt a legvaskosabb s ezen a helyen igen finom újonnan képződött edényekből álló hálózat látszik rajta. Az egész szemfenéken elszórtan kisebb csikos vérzések vannak. Látás: kézmozgás; fényérzés 1 m.-ről, projectio bizonytalan. 18 napi itt tartózkodása alatt állapota nem változott.

Albuminuria következtében támadt retinavérzésekből is láttak kötőszövetet képződni. *Martinet* [31] esetében üvegtesti homályok, ismétlődő vérzések után vascularizált kötőszövet képződött a retinán, *Proebsting*,[26] *Purtscher* [60] és *Oeller* [64] eseteiben a baj typikus retinitis albuminurica lefolyása alatt keletkezett.

Az *oxaluriának* még *Mackenzie* [1] tulajdonitott szerepet a kötőszövet képződését illetőleg. 19 éves férfibetegének vizelete sok oxalsavas meszet tartalmazott. Más észlelők M. óta ilyen esetet nem észleltek, úgy hogy kérdéses, nem-e közönséges fiatalkori vérzések okozták-e itt is a betegséget.

Ezen az aetiologiában több-kevesebb joggal szereplő általános betegségeken kivül számos eset van negativ belgyógyászati lelettel. Egyik-másiknál a kórlefolyásban találunk némi támpontot a baj magyarázatára. Igy *Van der Laan* [13] egyik retinavérzésekben szenvedő és apoplexia cerebriben elhalt betegénél valószinűséggel következtethetünk az összes edényfalak (talán luetikus) megbetegedésére. De már pl. igen kérdéses, hogy *Aubineau* (Guilbaud thèse) 27 éves férfibetegénél a felemlitett *alkoholismus* volt-e a retina betegségének oka.

Nehány esetben a szemen előzőleg támadt betegség adja a kötőszövetképződések magyarázatát. Igy *Guilbaud* egyik betege *neuritis optica haemorrhagica*-ban szenvedett, *Lüderitz* [52] esetében agydaganat következtében támadt vérzésekkel járó *papillitis* folyamán másodlagos glaucoma kiséretében keletkeztek a proliferatiók. Egy hasonló esetem a következő

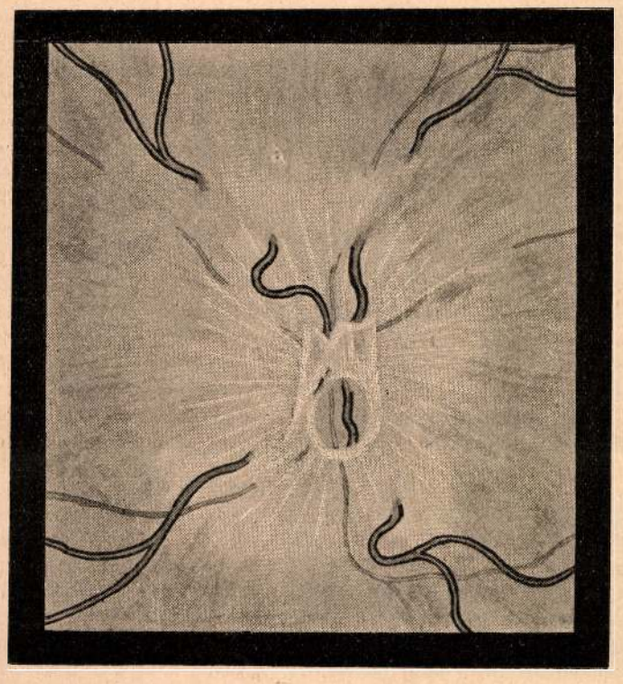
VIII. eset. B. Józsefné 28 éves, napszámos neje 1899. január 2-án a klinikán jelentkezve, arról panaszkodik, hogy mult év szeptember hava óta szemeinek látása romlik s egy hó óta már alig lát. Mindkét szem külsőleg ép; a pupillák igen tágak, alig reagálnak, a törőközegek tiszták. Mindkét szemfenéken igen nagy mértékű papillitis látszik: erősen kiemelkedő, elmosódott határú papilla, tágult kanyargós venák, szükült arteriák. A bal szem papillája fölött ezenkivül egy ovalis, gyürűalakú, meglehetősen kiemelkedő fehérszínü köteg fekszik, a mely az ereknek a papillából való kilépési helyét is takarja (2. ábra). Látás: jobboldalt kézmozgás, baloldalt fényérzés nincs.

A beteg 5—6 hónap óta terhes. Az I. szülészeti klinikán eszközölt vizsgálat szerint a vizeletében fehérnye nincs, szembaja terhességével összefüggésbe nem hozható. A Jendrássik tanár által a II. belklinikán végzett vizsgálat a bal facialis és felkar paresisét, jobboldali fejfájásokat constatálta, a mely adatokhoz a papillitist hozzászámítva, a jobb agyféltekében székelő daganatból kell az el-

változásokat levezetni. A kötőszövetes gyürü nyilván a papillitissel járó régebbi vérzés eredménye.

Leszámítva mindezen eseteket, az irodalmi anyagban találtam hatot, a melyekben sem az egyén korában, sem általános betegségekben a retinalis kötőszövetképződésnek magyarázatát nem találjuk, de a kötőszövet képződését megelőzőleg egyszeri vagy ismétlődő tömeges retina- és üvegtesti vérzések constatáltattak; ezek *Wecker*,[47] *Rotmund Eversbusch*,[20] *Axenfeld*,[44] *Theobald*,[30] *Charnley*,[17] *Plange*[35] esetei. Különös magyarázatra ezen esetek nem szorulnak, hiszen hányszor látunk üvegtesti vagy retinavérzéseket, a melyeknek okát adni nem tudjuk.

Szintén megelőző üvegtesti vérzésekre következtethetünk az *anamnesis*-ből *Strawbridge*[7] esetében. Betegének látása hirtelen megromlás után javult, majd különös ok nélkül ugyancsak hirtelen megromlott. Másból, mint vérzésből egy ily momentán bekövetkező. látásromlást magyarázni alig lehet. További két esetben (*Hirschberg*[29] és *Charnley*[17]) a szem-



2. ábra.

tükrözésnél talált tömeges üvegtesti homályokon kivül semmi egyéb jel előrement vérzésre nem mutatott; tekintve azt, hogy ezen homályok izzadmányból is állhattak, ezen két eset elbirálása nem lehetséges.

Ezek után áttérhetünk a retinán fejlődő kötőszöveti képződéseknek egy másik fajára, a melyet joggal illet meg a szűkebb értelemben vett *retinitis proliferans* elnevezés. Az igazi retinitis proliferanst egyszeri vagy nagyobb időközökben ismétlődő vizsgálatokból diagnostizálni nem lehet; csak akkor beszélhetünk retinitis proliferansról, ha a bajnak hónapokon keresztül folytatott észlelése alatt annak sajátszerű lefolyása jogosit fel ezen diagnosis felállitására. Részben ez az oka annak, hogy a rendelkezésünkre álló nagy irodalmi anyagból alig egy-két esetre fogható rá biztossággal ezen elnevezés.

Az igazi retinitis proliferansnál a látás romlása lassan, szinte észrevétlenül következik be. A szemfenéken látható kötőszövetes képződmény folytonosan nagyobbodik, terjeszkedik, a nélkül, hogy ezen nagyobbodásnak egyéb elváltozások, pl. retina- vagy üvegtesti vérzések magyarázatát adnák s a nélkül, hogy bárminemü megkisérlett therapeutikus beavatkozásnak sikerülne a képződményeket visszafejleszteni, vagy akár csak megállapodásra is birni. A baj előhaladtával a szemen olyanforma degenerativ elváltozások támadnak, mint a milyenek a vérzésekből származó kötőszövetképződések egyes eseteiben emlittetnek: hátsó lenövésekkel járó hályogképződés, majd atroppia bulbi. Retinavérzések itt is felléphetnek, azonban határozottan alárendelt szerepet játszanak s csak mint kisérő tünetek szerepelnek. Annál inkább előtérbe lépnek az edények elváltozásai, melyek különösen a baj kezdeti szakában figyelhetők meg jól s igen nagyfokú venosus pangásra mutatnak. A retinitis proliferans legfőbb ismertető jelének tartanám progressiv jellegét. Ezen betegség képe egyszeri vizsgálatra — az egyéb okokból származó kötőszövetképződésektől tekintetbe véve ezen alakulások kiszámithatlan változatosságát — nem különböztethető meg. A vérzésekből eredő proliferatiók a vér felszivódása után, vagy az ismétlődő vérzésekből eredők két recidiva közt eredetüket nem minden esetben fogják elárulni; az ilyen esetekben csak a további lefolyás dönt: ha vérzésből származott a kötőszövet, az tovább nem fejlődik, sőt bizonyos mértékben megkisebbedhetik, ha újabb vérzés be nem következik; az igazi retin. prolif. kötőszövet képződése lassan, de feltartózhatlanul halad előre. A retinitis proliferans főképen fiatal egyéneken támad, oka ez idő szerint ismeretlen. Magyarázatára egyetlen theoria a *Banholzer*-féle, a mely szerint a betegségnek oka egy functionalis szivbaj lenne, a melynek következtében hyperplastikus lob támad a retinán. Minden valószinűség arra mutat, hogy a baj lényege a retina edényeinek egy eddigelé közelebbről nem ismert megbetegedése. A retinitis proliferans typikus lefolyását mutatja a következő

IX. eset. K. Borcsa, 17 éves, cselédlány. Jobb szemének látása 4 év előtt kezdett lassanként romlani, 3 év óta semmit sem lát vele. Bal szeme látása 6 hét óta romlik. Gyermekkorában kiállott kiütéses betegsége óta egészséges.

1895. október 12. Mindkét szem conjunctivája és corneája ép. A jobb szem csarnoka középmély, az iris színe és szálazata normalis, pupillaris széle három helyen a mellső lencsetokra lenőtt. A lencse fehéres-szürke, tokja helyenkint megvastagodott. A szem fájdalmatlan, feszülése rendes. Látás: fényérzés nincs.

A bal szem csarnoka középmélységü, irise ép, pupillája közepes tág, kerek, fekete, jól reagál. Tükörrel bevilágítva, szürke-vörös visszfény nyerhető. A papilla n. opt. határai annyira elmosódtak, hogy helye inkább csak az erek összefutásából gyanítható. Az egész szemfenéket egy szürkés lepel látszik borítani, mely a papilla közül legintensivebb; csak itt-ott látszik keresztül a chorioidea vörös színe. Az erek egy részét a szürkés képződmény takarja; a látható arteriák épek, a venák rendkivül megvastagodottak, kanyargósak, körvonalaik fátyolozottak. Alul valószinüleg a vena tempor. inf. egy része a szürkés tömegek között láthatóvá válik; a töröközegek nagyításában varjútollvastagságúnak tünik fel. A szemfenék szürke részei erősen hypermetropiás fénytörésüek. Látás: $^4/_{60}$. Üveg nem javít.

Az egyén erősen megtermett, magát egyébként egészségesnek érző parasztlány. A belgyógyászati vizsgálat negativ eredményü. Rendelés: 3 gr.-os unguent. hydrarg. ciner. bedörzsölések.

November 24. 30 bedörzsölést végzett. A bal szemfenék csaknem egyenletesen szürke, az erek alig vehetők ki. A szürke tömegek mindinkább beemelkednek az üvegtest felé. Rendelés: jodkali.

Deczember 15. Látásromlásról panaszkodik. A bal szem látása: 2 m.-ről ujjakat olvas.

1896. január 20. A szemfenéken fejlődött szürke képződmény hártyaszerü és ágazatos nyulványokat bocsát az üvegtestbe, a melyek egy része az orri oldalon már focalis világitással is láthatóvá vált. A szemfenék részletei már nem láthatók, csak a fent leirt vastag venának egy darabja vöröslik ki a szürke képletek közül. Látás: 1 m.-ről olvas ujjakat. Rendelés: 1 cgm.-os pilocarpin-befecskendések.

Január 24. A pilocarpint nem türi. Szédülés, fejzúgásról panaszkodik. Rend.: bromkali.

Az injectiók elhagyása után körülbelül két hétig a beteg gyakori szédülésekben szenved. Pulsusa igen gyenge, néha alig érezhető, perczenként 90 és 110 közt van. A belső szervek felett a physikalis vizsgálat semminemü egyéb eltérést nem mutat ki. A beteg elbocsáttatott

Márczius 19. Az üvegtestbe nyúló képződmények felszine

annyira beemelkedik, hogy focalis világítással is jól láthatók egyes részei. Tükörrel correctiós üveg nélkül csak 20—30 cm. távolságból látni be. Az említett tágult vena vörös színe még kivehető. Látás: kézmozgást lát, fényérzés 1 m.-ről, projectio a centrumig szükült.

A beteg távozása után körülbelül 1/2 évvel újból jelentkezett a szemklinika rendelésén. A jobb szemteke lágy, megkisebbedett, a quadrálódás nyomait mutatja. Az iris a szürke lencsére körkörösen lenőtt.

A bal szemen nehány hátsó synechia van, a lencsében az aequator táján küllős homályok képződtek; az üvegtesti képződmények csaknem a lencse hátsó felszinét érik. 4 hónappal utóbb a bal szem lencséje már annyira elszürkült, hogy rajta átlátni nem lehetett.

Ki kell emelnem, hogy az egész kórlefolyás alatt sem a retinán, sem az üvegtestben, sem az újonnan képződött képtelen vérzésnek nyoma nem látszott. A bal szemen végig észlelt kórfolyamatból teljes jogunk van arra következtetni, hogy a jobb szem előzetesen hasonló elváltozások alatt ment tönkre s hogy az atrophia bulbi előbb-utóbb a bal szemtekén is be fog következni.

Egy hasonló természetű eset fordult elő Grósz Emil magántanár gyakorlatában, melynek közlését szives volt megengedni.

X. eset. A 22 éves, különben teljesen egészséges férfi 1896. januárban jelentkezett. Bal szeme látása 2 hete rossz. A papilla n. opt. duzzadt, elmosódott határú, a venák rendkivül kanyargósak, lúdtollvastagságúaknak látszók; a retina elszürkült, helyenként igen megvastagodott, erősen hypermetropiás fénytörésű. A sárga folt táján zsiros degeneratióra valló pettyek. A látásélesség a jobb szemen teljes, a balon 5/50.

Erélyes inunctiós curára a bal szem látásélessége 3 hét alatt 5/7-re javult, majd ismét romlani kezdett s 1898. deczember haváig 5 m.-ről ujjolvasásra sülyedt. A szemfenék elváltozásai lassú, de folytonos előhaladást tanúsitanak: a retina egyes részei szürke hepehupás dombok alakjában több millimeternyire kiemelkednek, az erek helyenként eltünnek, másutt újból előbuknak ezen megvastagodott retinarészek közül. Vérzéseknek sehol nyoma nincs. Az utolsó vizsgálatkor már csak a szemfenék felső részéről volt vörös visszfény nyerhető.

Ezekkel megegyező és egész lefolyásában végigészlelt esetet az irodalomban nem találtam. A kórképpel — a mennyire leirásból itélni lehet — még leginkább egyezik *Goldzieher*-nek a közkórházi orvostársulat 1898. évi XII. ülésén bemutatott betege, eltekintve a retina edényeinek sajátszerű, góczokba csoportosult elágazódásait, a melyek az én esetemben hiányoztak. A bemutató a bajt a retina kötőszöveti gerendázatából kiinduló fibromaszerű burjánzásból hajlandó származtatni, okául veleszülött dispositiót vesz fel.

Ezeken kivül van még 4 eset (Jaeger,[3] Manz, Goldzieher), a melyeknél semmiféle vérzésről, vagy vérzésnek maradékáról említés nem történik. Közülök talán igazi retinitis proliferanshoz tartozónak mondhatjuk Manz 3-dik és Goldziehernek 1893-ban közölt esetét. A másik két eset csak egy izben észleltetett.

A retináról az üvegtestbe nyúló kötőszövetképződésnek egy sajátságos alakja az, a melynek egy példáját *Jaeger*[3] Atlasának 84. ábrája adja s a melyet bővebben *Hirschberg*[29] ismertetett. A papilláról, vagy a retinának papillakörüli részeiről valamely nagyobb értörzsből kiindulva, egy finom véredényekből összeszövődött hálózat nyúlik be a tiszta, átlátszó üvegtestbe; ezen érhálózat a szem mozgásaikor libeg. Hirschberg szerint az edények nem csupaszon nőnek bele az üvegtestbe, hanem kötőszövetbe vannak beágyazva; ezen kötőszövet azonban oly vékony és áttetsző, hogy szemtükörrel külön szövetként fel nem ismerhető. Némely idetartozó esetben a szemfenék más részein a közönségesen ismert kötőszövetképződések találtattak. Ezen edényhálózatképződésnek aetiologiája azonos a közönséges kötőszövetképződésekével, a mennyiben ez is retinavérzések után fejlődik. Az irodalomban 11 idetartozó esetet találtam, a melyek közül 6 a különböző csoportokba volt beosztható, 5 ismeretlen okú retinavérzések után fejlődött ki. (Vége következik.)

Közlemény a Bródy Adél-gyermekkórházból.

A Sachs-féle idiotia amaurotica familiaris.[1]

Mohr Mihály dr. kórházi osztályos szemorvostól Budapesten.

A kérdés, melylyel foglalkozni bátorkodom, nem új. Nevezetesen angol és amerikai szerzők már 1881 óta láttak ilyen eseteket; európai szerzőknek, nevezetesen szemorvosoknak itt-ott szintén tüntek fel hasonló esetek, de a leleteket magyarázni nem tudták, mig *Sachs B. New-Yorkban*, ismétlődvén előtte több ilyen eset, a közös tünetek alapján az összes közölt eseteket összefoglalta és a fenti névvel látta el a bajt.

A bántalom klinikai képe meglehetősen meghatározott. Nevezetesen döntőnek tartják a szerzők a szemfenéki leletet, melyet a klinikai tünetek csak kiegészitenek. Az anatomiai vizsgálatok, úgy a központi idegrendszerre vonatkozólag, mint a szemre nézve igen hiányosak és az idevonatkozó közlemények és leirások meglehetős homályosak.

A következőkben bátor leszek előbb a közölt eseteket a megjelenés sorrendje szerint rövid kivonatban összeállitani, ezután a baj képét leirni, a közölt anatomiai elváltozásokkal egyetemben, hozzácsatolom saját esetemet a végzett anatomiai vizsgálat eredményével, megjegyezvén, hogy ezen előadásomban fősúlyt a döntő szemleletre helyezek, valamint ennek anatomiai-histologiai elváltozásaira, melyeket magam vizsgáltam, mert a központi idegrendszer histologiai elváltozásainak részletes leirását a vizsgáló *Schaffer Károly* m. tanár úr természetesen magának tartja fenn. A klinikai tünetek részletes méltánylása hasonlóképen a Bródy-kórház főorvosa *Grósz Gyula* úr részéről fog történni. Itt ezen urak leirásaiból csak annyit közlök, a mennyi az összefüggés megértéséhez szükséges. Végül bátor leszek, vizsgálataim eredményét összefoglalni.

Az irodalomban a szóban forgó bántalomról a következő adatok találhatók:

Waren Tay[1] esetei. 3 eset egy családban. 1. Legidősebb fiúgyermek. 12 hónapos korában látta, a mikor „a látóidegfő látszólag teljesen egészséges volt, de a sárga folt tájékán meglehetősen határolva egy széles fehér, többé-kevésbbé körkörös alakú folt, közepén barnás-vörös, határozottan köralakú petytyel, mely éles contrastot képez a környező fehér folttal. Ezen központi petty egyáltalában nem hasonlít vérömléshez, sem pigmentumhoz, hanem olyan volt, mint valami lik a fehér foltban, melyen átlátni lehetett az ép szerkezetet. Tényleg legjobban hasonlitható ahhoz a képhez, melyet látni szoktunk az embolia art. centr. retinaenél.“ Mikor a gyermek 2 vagy 3 hetes volt, nem volt képes tartani fejét vagy tagjait mozgatni. A gyengeség nőtt, de megvizsgáláskor a bénulás még nem volt kimutatható. Körülbelül 4 hó mulva a gyermek tehetetlenül fekszik. A sárga folt tájéka változatlan, de a látóidegfő kétségtelenül zsugorodni kezd. A gyermek 20 hónapos korában meghalt.

2. A második esete is fiúgyermek.[2] Nehány hónapos korában látta Waren Tay, szemei hasonló állapotban voltak. Sem az izom, sem az idegrendszerben nem volt rendellenesség kimutatható, de 6 hónapos korában gyengébb kezdett lenni, miként az első gyermek, 18 hónapos korában vitetett a London-Hospitalba. Convulsiói voltak. Egy reggelen kifejezett epileptiformgörcsök, a test jobb fele rigid és a szemek jobb felé deviálnak. A látóidegkorong atrophiás, a sárga folt olyan, mint első esetben. Még két más rohama volt. A gyermek sorvad és 24 napi kórházi tartózkodás után meghal.

3. A harmadik eset[3] szintén fiú. Pár héttel a születése után látta W. Tay. Jelen volt a neuritis optica, de nem volt általános gyengeség. 6 hónapos korában a látóidegfő zsugorodott és a typusos sárgafoltbeli elváltozások megvoltak. A gyermek úgy látszik, gyengülni kezd, miként az első. Nem figyelhették végig az esetet.

4. eset *Magnus-é.*[4] Másféléves leánygyermek, egészséges szülők első gyermeke. Nem tud ülni, nem tudja fejét egyenesen

tartani, járásról szó sincs. Izomzat igen gyenge és fonnyadt. Fej normalis nagyságú, a kutacsok még nem zártak. Hallás, étvágy rendes. Görcsei sohse voltak, de jelenleg laryngismus stridulusa van. Rendkivül ideges. A gyermek nem fixál, divergáló szemekkel bámul ki a világba. Vizeletben nincs fehérnye. Az iris színe sötétszürke; pupillák nagysága rendes, renyhe reactio. Szemtekék minden irányban szabadon mozognak. A papilla nagyon halaványy, de nem az a szokásos hideg árnyalat, melyet atrophiánál megszoktunk, hanem egy kis sárga árnyalat van még jelen. Látóhártya edényeinek átmérője és színe normalis. Szemfenék világos-vörös, mert a beteg hajzata élénk szőke. Feltünő a macula lutea, melynek tájéka kifejezetten tejfehér, ez oly intensiv, hogy ha éppen a maculát világítjuk meg, a pupilla fehéren világlik fel. Ezt még körülveszi az ismert fehéres csillogó reflexgyürü. A macula közepén mutatkozik az ismert „cseresnyepiros folt", mely sötétebben festenyzett közepi részre és sötéten festenyzett concentrumos gyürüre differentiálható. Érhártyai edények a macula táján nem mutathatók ki, egyébként rendes módon láthatók. Egyes apró retinai edények világosan láthatók a fehér folton. Mindkét szemen hasonlók az elváltozások. Negyedév alatt kétszer látta M. az esetet, elváltozást nem talált.

5. *Goldzieher Vilmos*[5] egy ritka és szépségeiben páratlan szemtükri esetet mutat be. A sápadt, rosszul táplált, rachitikus gyermek állítólag egészséges szülőktől származik; feltünő azonban, hogy anyja több izben elvetélt és macerált magzatokat szült. A gyermek életének 6-dik hónapjában görcsökben szenvedett, melyek később egyszer ismétlődtek; hallása jó, de életében aligha fixirozott, mert amaurotikus. Szemtükörrel vizsgálva a sárga folt táján egy fémszerüen visszatükröződő korong látható, melynek közepén egy piros folt van; e mellett a papilla atrophiája van jelen. E kép hasonlít ahhoz, melyet emb. art. centr. retinae eseteiben lehet látni, de jelen esetben nem ez a kóros állapot forog fenn. Mikor bemutató először látta az esetet, unicumnak vélte azt, de e hóban a Zehender-féle közlönyben Magnus ehhez hasonló esetet irt le.

6. *Knapp esete.*[6] Waren Tayról neki sem volt tudomása, csak Magnus és Goldzieherről. 1885. januárjában látta a gyermeket 2—3 hónapos korában, jól táplált, de gyenge izomzatú és részvéttelen. A nagy kutacs tágult és egyúttal kiemelkedő. Mindkét szemen nystagmus vibratorius. Szemek alakja, állása, feszülése normalis. Pupillák szükek, fényre renyhén reagálnak. Látóidegfő kissé halaványy. A cseresnyepiros fovea centralis intensiv fehér-szürkés zavarodástól körülvett, melynek szélessége $^2/_3$ pupillaátmérő; a zavarodás a fovea centralis szélén volt a legpraegnansabb, $^2/_3$ szélességig egyenletes maradt és a periferiás $^1/_3$ szélességében lassankint átment a környezetbe.

Knapp látott már máskor is hasonló esetet, egyszer veleszületett, gyuladásos látóidegbántalom kapcsán, a hol a vakság vagy már megvolt, vagy később bekövetkezett. Egyszer látta nem complikálva, a mikor assistense Born figyelmeztette reá. Fontos volt a prognosis. A Magnus és Goldzieher eseteiből következtetve a prognosis feltétlenül kedvezőtlen. A Bornnal együtt észlelt eset eltünt szemei elől. A prognosist a jelen esetben csak a centralis látást illetőleg mondta kétségesnek. Azt mondta a művelt szülőknek, hogy lehet, hogy a gyermek a szemtekerezgést nem fogja elveszteni, de gyengült központi látását meg fogja tartani. Az elváltozások szöveti szerkezetéről nem volt tudomása, de így képzelte, hogy hasonló zavarodások a szem rázkódtatásánál és edényeltömeszelődéseknél átmenetileg előfordulnak. Calomelt kapott a gyermek, massaget és KJ-t, jó dajkája volt, falura ment, julius—augusztusban pedig tengerre. Testileg lassan fejlődött, néha nevető görcsei voltak, de lassanként megerősödött és kevésbbé részvétlen lett. Emésztés, vizelet normalis. A zonaszerü circumfovealis zavarodás tükri képe az észlelési idő alatt (jan.—aug.) egyenlő maradt, a látóideg csekély halványsága, eltünt, a mennyiben a látóidegkorong és látóidegbeli edények normalisak lettek. Áprilisban kezdődött javulni a látása, a mennyiben a nystagmus kevesebbedett és a gyermek egyes tárgyakat a szemével kisért. Augusztus elejére a nystagmus megszünt és centralis binocularis látás lépett fel. A pupillák normalisak és reagálnak. [Az eredeti közleményben gyógyult az eset. Kingdon[7] és Frost[8] referatumában 2 éves korában meghalt. Ez utóbbi helyen (192. lap) az mondatik, hogy a vizsgálat nem volt complet, mert sem a gerinczvelőt, sem a szemet nem vizsgálták. A cortex nagy és kis pyramidalis sejtjeiben volt elváltozás és atrophia a tekerületekben a visszamaradt fejlődés folytán.[9]]

7. és 8. *Wadsworth*[10] 2 esete. Zsidó szülők 11 hónapos leánygyermekének kórtörténetét adja. 1887. februárjában látta először. Jó színben van, jól táplált, de képtelen ülni, állani vagy a fejét fentartani. Húsa igen puha, izmai olyan vékonyak, hogy a gerincze könnyen kitapintható. Feje jól formált és arczkifejezése értelmes, de nem sokat törődik környezetével. Sohasem kiabál. Belei renyhék, szive normalis, térdtünet megvan. Szemei külsőleg épek, jól mozognak, pupillái kissé tágak, de jól reagálnak. Látás igen tökéletlen. A szemtükri vizsgálat közben állandóan a tükörbe néz úgy, hogy a papilla csak nehezen látható, kissé szürkésnek látszik, de normalis edényekkel. A macula-tájék közepe sötétvörös, mely fehéresen színezett zonával van körülvéve, a melyre finom retinalis edények követhetők. A zonának átmérője a papilla átmérőjének másfélszerese. A Magnus által leirt macularis reflex hiányzik. A többi szemháttér ép. Mindkét szem egyforma. A gyermek azután lefogyott, csekély görcsös mozgalmak és néha hangos nevetés mutatkozott. A papillák élesen határoltak, szürkék, teljes finom edénynélküliek. Szemfenék olyan volt, mint egyébként, csak a fehéres zonán nem voltak finom edények láthatók. Anyja kimondása szerint ez 6-dik gyermeke volt, az első 4 erős és egészséges volt. Az *5-dik*, mely 4 évvel ezelőtt született, hasonló tüneteket mutatott és 18 hónapos korában halt el. Apjuk egészséges volt.

9. *Sachs* esete[11],[25] leány, 3 hónapos korában látta. Knapp vizsgálta és a következőt találta: Nystagmus vibratorius, pupillák szükek, mint az ezen korbeli gyermekeknél. Közegek átlátszók, papillák halaványak. Fovea centralis cseresnyepiros, intensiv szürkés-fehér zavarodás veszi körül. Knapp fejlődési hiánynak mondta az esetet; végre teljes atrophia n. optici következett be. Papillák olyan fehérek, mint a papiros.

10. *Hirschberg* esete.[12] 10 hónapos gyermeket (neme nincs megmondva) vittek hozzá, a ki nem lát. Első gyermek. Gyenge, rachitis mutatható ki és idiotia. Luest tagadtak. A szem a fényt követi, pupillák reagálnak. Mesterséges pupillatágítás után symmetriásan a látóhártya piros közepe körül, mely kisebb mint a papilla, egy intensive festett szürkéskék, körülbelül $^3/_4$ mm. széles zona látszik, mely a periferia felé lassanként elhalaványodik. Papilla ép, szemfenékben nincs góczi megbetegedés. Calomelt rendelt. Még háromszor látta Hirschberg a beteget, utóljára 8 hó mulva. Halaványy és betegesnek látszott és meglehetősen vaknak. Szemfenék olyan mint előbb, csak a látóideg halaványabb. A beteg eltünt Hirschberg szemei elől.

11. és 12. *Waren Tay* 4. és 5. esete.[13] 11 hónapos fiúgyermek, tehetetlenül fekszik anyja karjaiban. Nem képes emelni fejét. Typusos elváltozások mindkét maculában. Papilla könnyedén szürkés. Látás kimutathatólag fogyott. A gyermek hatodik és legfiatalabb volt. A legidősebb gyermek (fiú) ezen családból hasonló tüneteket mutatott, elgyengült és meghalt 15 hónapos korában. Négy más gyermek (három leány és egy fiú) ép.

13. és 14. *Kingdon.*[14] Az első esetet (e sorozatban 13.) K. nem látta. Elsőszülött fiú 1885-ben született, jól fejlett volt születéskor, lassanként háta és tagjai elgyengültek, apathiás lett, sínylett és két éves korában meghalt. E család második gyermeke leány (1890. októberében született) egészséges volt, mikor Kingdon látta $5^1/_2$ éves korában. Kingdon második esete (e sorozatban 14.) 8 hónapos fiúgyermek, zsidó szülők harmadik gyermeke 1891 junius 21-dikén hozatott a nottinghami gyermekkórházba hátában és tagjaiban jelentkezett gyengeség miatt. Rendes időre született és jól táplálkozott; 7 hónapos korában jött az első foga. 3 hónapos korától fogva kezdett gyengülni. Elég jól fejlett gyermek, vastag zsírpárnával, de puha tapintatú izmokkal; csendesen fekszik, ritkán sír, néha ok nélkül nevet. Böre érintésre kivörösödik, különben érintésre és fájdalomra nem reagál erősen. Gyengén tartja a kezébe adott tárgyakat, nem nyul értük. Alig van erő nyakában és hátában. Térdreflex meg van. Mellkasi és hasüri szervek épek. Szemizmok épek. 3 hét óta nem veszi észre a tárgyakat. Pupillák egyenlők, 5 mm. tágak, fényre reagálnak. Közegek átlátszók, látóideg-korong hala-

vány, sárgás-fehér színű, de néhány kevés szük edény látható rajta; széle élesen határolt, jól látható érhártyagyürü. Retinalis ütőerek és venák vastagságuk 1/3-adára szükültek. Nincs kanyargós vena, sem vérömlés. A sárga folt táján a papilla nagyságának közel kétszeresének megfelelő nagyságban egy fehéres-szürke folt van, közel ovalis, elmosódó határral, periferiáján néhány retinalis edény látható. A folt közepén a fovea centralis sötét cseresnyepirosszínű, hasonló a retinalis emboliához. Más zavar nincs a szemfenékben. A gyermek lassanként gyengébb lett és meghalt.

Bonczolás (18 órával a halál után). Hátsó kutacs zárt, az elülső közel zárt. Dura mater erősen odanőtt a koponyaboltozathoz, a felső hosszanti öböl vonalában. Nincs sok cerebrospinalis folyadék. Az egész agy felett a sulcusok tágabbak mint rendesen. Pókháló és lágy agyburok nem vastagodottak, szabadok. Meningitis nincs. Az agy keményítés után megvizsgáltatott, de semmit sem találtak a primaer fissurákban vagy tekerületekben. Számos metszetet vizsgáltak, a különböző agysejtrétegek nem voltak olyan pontossággal megkülönböztethetők, mint rendesen. A nagy pyramidalis sejtek majdnem kivétel nélkül kerekek vagy ovalisak. A sejtanyag nem volt jól festhető sem methyl-anilinkékkel, sem haematoxylin-eosinnal, sem savanyú fuchsinnal. A protoplasma elvesztette szemcsés küllemét és szabálytalan törmeléket képezett, a nucleus körül széles ürt hagyva a sejt tartalma és fala közt. Az apró loborsejtekben is hasonló elváltozás volt. A Deiters-féle sejtek megszaporodottaknak látszottak, de kérdés, nem voltak-e ezek elváltozott pyramis-sejtek. A gerinczvelő a második és harmadik csigolyáig leszálló elfajulást mutatott.

A szemet *Treacher Collins* vizsgálta. „Felette nehéz (extremely difficult) górcsői metszetet készíteni a macula tájékáról és szerencsétlenségre ráncz volt a retina e helyén mindkét szemben.“ Az egyik szem celloidinba való beágyazás mellett metszetett, a másikból, „hogy vékony metszeteket nyerjen, a retinát, chorioideát és scleroticát külön-külön paraffinba ágyazta be és a Cambridge rocking mikrotommal metszete. A chorioidea absolute normalis. A retina ránczos lett éppúgy mint a másik szemben. Az egyetlen rendellenesség, a melyet talált az, hogy a külső molecularis réteg meg volt ritkulva („spaced out“) és megszélesedve, úgy mintha lehetséges volt volna, hogy e tájékon *oedema* volt („as though possible there had been some localised oedema in this region.“) A retina többi elemei teljesen egészségeseknek látszanak.

15. *Sachs* a 9. sz. alatt említett esetének egy nővérénél 1892-ben látta a bajt fellépni.[25] (p. 315.)

16. *Carter*.[15] 19 hónapos leány, második gyermek. A legidősebb 7 hónapos korában halt meg egy heti betegség után „görcsökben“. Szülők másodunokatestvérek voltak. Beteg 3 hónapos koráig igen jól érezte magát. Azután lassanként gyengülni kezdett, de bénulás nélkül. Nem képes fejét emelni vagy felülni. Tagjait lassan mozgatja. Nyak és végtagok izmai időnként tonicusan összehúzódnak. Pupillák mozognak. Nem követi a fényt. A macula táján hasonló elváltozás, mint a többi esetekben. Látóidegkorong halaványabb 6 héttel később, majd teljesen atrophiás. Gyermek 2 héttel később meghalt. Bonczolat nem történt.

17. *Kingdon*[16] harmadik esete ugyanazon családból való, mint az első kettő. És pedig ez az ötödik gyermeke a családnak és leány. (A negyedik gyermek fiú 1892. áprilisban született, 10 napos korában látta először K. és másodszor mikor közel 2 éves volt; rendellenesség nem volt rajta.) A szóban forgó leánygyermek 1893. áprilisában született. K. 3 hónapos korában látta. Az izomgyengeség ekkor kezdődött, de a szemfenék ép volt. 5 hónapos korában gyanus homály mindkét macula körül. 9 hónapos korában a typusos tünetek constatálhatók voltak a macula luteában. A gyermek, mint a Frost atlaszában[8] (a 194. lapon) meg van említve, meghalt. Mindkét szemet *Treacher Collins* vizsgálta és másutt nem közölt lelete a következő[8]: A látóideg igen atrophiás. Feltünő a kötőszövetnek (fibrous tissue) beburjánzása az idegrostok közé és a kerek sejteknek az idegben való felszaporodása. A látóideg bemélyedése az idegrostok atrophiájának tudandó be. Gyuladásos izzadmányt nem látott az ideg dura és pia hüvelye közt. Az art. centralis tele van aludt vérrel, a vena centralis üres, egyiknek falában sem látható elváltozás. Az érhártyának edényei a sárga folt táján tágultak, de sem gyuladás, sem egyéb elváltozás nem látható bennük. A retinában a sárga folt táján egy gyürődés van úgy, hogy itt kissé le van válva az érhártyáról. Itt igen meg van vastagodva a retina külső molecularis réteg megnagyobbodása folytán, melynek szövete igen kitágult, itt és ott üröket hagyva; oka nyilvánvalólag *oedema*. A mennyire látható, a többi rétegek nem mutatnak elváltozást. Egyebütt a retina egészségesnek látszik.

18., 19., 20. és 21. eset *Kingdon* és *Risien Russel*.[17] Négy esetet észleltek. A gyermekek egészséges zsidó szülőktől származtak és a család három más gyermeke közül kettő egészséges volt, csak egy halt meg ezen bajban. A négy eset közül három észlelés alatt halt meg, egy még életben van. Részletes kórtörténetek nincsenek közölve, csak általánosságokban vannak tartva a betegség lefolyásának vázolása. Erre még reátérünk. Szemet Treacher Collins vizsgálta. A retina a sárga folt táján igen megvastagodott, a külső molecularis réteg túltengése folytán, melynek szövete megritkult. Legfeltünőbb az elváltozás a fovea szomszédságában, legkevésbbé a bántalmazott udvar széle felé. A látóideg sorvadt, az interstitialis kötőszövet túltengett. Gyuladásos izzadmány nincs. A központi idegrendszerben: a pyramidalis sejtek kiterjedt degeneratiója, extensiv degeneratio a corona radiata rostjaiban és a pyramidalis pályákban, a melyeknek egész pályáján a hidon, a medulla oblongatán és g. agyon át folytatódik ez. Hasonló elváltozás az V. agyidegkötegben és a felső cerebellaris pedunculusban. Az elváltozás symmetriás mindkét oldalon.

22. *Heiman Henry*[18] esete. 14 hónapos elsőszülött leánygyermek. Kórelőzmény negativ, csupán anyja volt leánykorában ideges. Alsó fogai 10 hónapos korában jöttek; a gyermek sem állni, sem járni nem tud. A szülők azt hiszik, hogy a gyermek egészséges volt 6 hónapos koráig, eltekintve csekélyfokú székrekedéstől. A gyermeket emlővel és üveggel táplálták. A legfeltünőbb laesio a szemtükri vizsgálat alkalmával derül ki. Strouse vizsgálta az esetet és lelete: Sárgásfehér folt foglalja el a macula helyét harmadfél papillányi terjedelemben cseresnyepiros petytyel közepén. A látóideg kezdődő sorvadás tüneteit mutatja.

Másik fontos körülmény, hogy a gyermek 6 hónapos koráig egészséges volt és csak akkor lett, a mint észrevették, idiota és elkezdte elveszteni látóképességét. A nagy kutacs nyitva van, gyenge bénulás az egész test fölött, reflexek fokozottak, bokaklónus könnyen váltható ki.

23., 24. és 25. *Higier* esetei.[19] Zsidó, egymással nem rokon szülőktől származnak. Az anya ötször szült, a terhesség alatt egészséges volt; a gyermekek a kilenczedik hónap végén könnyen és egészségesen születtek. A beteg a legfiatalabb gyermek. A négy első gyermek közül kettő (egy fiú és egy leány) ugyanazon idegbajban halt el, a mely a betegen mutatkozik; a másik kettő közül az egyik, fiú, normalisan fejlődött, második életévében nyári hasmenésben halt el; a másik 5 éves fiú él és teljesen egészséges.

A harmadik gyermeknél (fiú) ismétlődő baj meglehetősen typusosan folyik le. Legelőször az tünik fel a környezetnek, hogy a normalisan született, egyébként jó fejlődő gyermek, a második félév kezdetén nem néz körül, nem fixál tárgyakat, a mint azt csecsemők szokták. A gyermekek ezután legyengülnek, bénultak lesznek, elbutulnak. Majd lesoványodnak és hetekig tartó görcsök közt a harmadik év elején elhalnak. A bemutatott beteg R. Chajim 9 hónapos jól fejlett fiú. 5 hónapos korában kezdett mutatkozni jelen baja. Azóta lassanként, de állandóan rosszabbodik állapota. Belső szervek, bőr épek. Apathiás arczkifejezés. Difformitas a koponyán, csontvázon, lágy részeken nincs. Nagy kutacs tág, nyitott. Fejét a mellére hajtja. Nem képes a hát támasztása nélkül ülni. Állást, járást sohse kisértett meg. A tagok nem merevek. Inreflexek kissé fokozottak, lábclonus nincs. Körülirt atrophiák vagy kifejezett bénulások egy izomcsoportban sincsenek. A végtagok minden irányban passive mozgathatók, láb- vagy kézujjak pathologicus állása vagy bulbaertünetek nem találhatók. A gyermek még halk megszólításnál is összerezzen (hyperacusia). Látóképesség van, de csekély. A szemek mindenfelé a rendes irányban mozognak. Néha oldalfelé nystagmusforma ingaszerű mozgások. Nem kancsal. Pupillák élénken reagálnak. A látóidegfő jelentékenyen elhalványodott, különösen a bal éles szélű, kékesfehér. Itt-ott fehér csíkok a retina edényei körül. A macula

lutea táján és e között és a papilla között egy gyengén kifejezett fehér pirosan pontozott folt. Több izben végeztek lumbalpunctiót, de sem ez, sem a gyógyszeres kezelés (jod, phosphor, csukamájolaj) nem használt.

26. és 27. *Koplik Henry*[20] két esete. *Első*: 11 hónapos fiúgyermek, 15½ fontot nyom, anyja ideges asszony, orosz; öt gyermeke volt, mind ép. Ez mindig gyenge volt, üvegen nevelték fel; öt hóval ezelőtt elejtette testvére, azóta gyengébben nő.

A míg szerző ismerte a gyermeket (6 hónapon át) igen apathiás, gyenge gyermek volt; anyja karjaiban fekszik, alig mozdul. Nem játszik, nem akar felülni, szemeivel üresen tekint, kar és láb izmai gyengék, kezei beszorítvák ökölre; ha az alsó végtagjait megmozdítják, gyenge spastikus contractura jelentkezik. A pupillák váltakozva összehúzódnak és kitágulnak és feje egyik oldalról a másikra fordul, minden intentio nélkül. Fogai nincsenek, rachitis alkat. Április 5-dikén baloldalt pneumoniája volt és meggyógyult. Jelenleg bronchitis. Szemeit Cowan dr. vizsgálta: mindkét macula lutea helyén symmetriás fehér folt, melynek közepén a cseresnyepiros petty. A látóidegfő szürke és halaványi, mint degeneratio kezdetén. A gyermek nem egészen vak, kötőhártyareflex jelen van. Ha asztalra csapva zajt ütnek, a gyermek felijed, azután elcsendesül. Hyperacusia van jelen. Izmok reagálnak faradikus áramra, de csak lassú összehuzódással.

Második eset. Másféléves leánygyermek, 17½ fontot nyom. Anyja orosz nő, ideges asszony, 8 gyermeke volt, négy meghalt, egy sem volt ilyen, mint e beteg. Atyja egészséges. A gyermek farfekvésben született (breech presentation). Egészséges volt 5 hónapos koráig. Ekkor lecsett a székről. Ettől fogva apadt a gyermek. Nem játszik, nem nyúl tárgyak után, nem ül fel; figyelmetlen lett és csak akkor sír, ha éhes. Lassanként butább lett és úgy látszik, nem nő, nem akar ülni vagy járni. Székrekedés. Mechanikusan veszi magához táplálékát, anyja nem hiszi, hogy látja a tárgyakat.

A gyermek anyja karjaiban fekszik, elernyedve. Arckifejezése buta, tekintete üres, nyelvét majd kiölti, majd behúzza. Halaványi, két felső metszőfoga kissé erodált. Nem kiséri figyelemmel a tárgyakat. Fejét egyik oldalról a másikra hajtja. Alsó végtagjai felváltva merevek és relaxáltak. Ha felveszik, feje előre bukik mellére és karjai kétoldalt lelógnak.

Szemeit Cowan dr. vizsgálta. Lassan követi a fényt. Szemfenék mindkét oldalt a macula lutea táján ugyanazon symmetriás elváltozásokat mutatja, mint az első esetben, csak a fehér folt szélei hyperaemiásaknak látszanak. A látóideg csekély fokban elváltozott.

28. *Peterson Frederick*[21] esete. A beteget 3 hónapos korában látta először, s az meghalt 7 hónapos 20 napos korában. Bonczlelet a következő: Agy makro- és mikroscopice hiányos fejlődésü, a mi megerősíti a többi bonczleletet. Az idegsejtek a cortex és medullában úgy számra mint fejlődésre nézve hiányosak voltak, különösen az occipitalis lebenyben a fissura calcarina táján, a temporo-sphaenoidalis lebenyben, a homlok-lebenyben, a motorius zonában, a corpora quadrigemnia és corp. geniculatumban és a harmadik és negyedik agyi magban. A halálutáni elváltozások nem gyakoroltak nagy befolyást ezen leletekre. Igy a sejt chromatikus anyagának megváltozása is a beteg halálelőtti állapotának tudandó be. Határozott elváltozás e rostokban vagy hiányos fejlődés a tractusokban nem volt található.

29. *Jacobi* esete.[22] Egyéves leánygyermek, egészséges zsidó szülőktől, három testvére egészséges. Szemtükör typusos maculabeli elváltozásokat és látóidegsorvadást mutat, a mint azt 1881-ben Waren Tay leirta.

30. *Strouse*[23] esete nincs közölve, csak Sachs említi fel, leánygyermek.

31., 32., 33. és 34. *Sachs* esetei[23 25] egy családban.

Sachs azt hiszi,[25] (316. l.)[23] hogy a *Freud*[26] által „Familiäre Formen cerebraler Diplegie“ név alatt felemlített két fiúnak esete hasonló az általa leirt bántalomhoz, bizonyítja ezt véleménye szerint ezeknek egy 10 hónapos korában elhalt testvérük, ki születésétől fogva bénult és idiota volt. Hogy vak volt-e, nem volt constatálható. A gyermek atyja (orvos) azt gondolja, hogy rachitisben halt meg. Sachs azt hiszi, hogy inkább marasmusban. De a két fiúnál hiányzik a typikus lelet a macula luteában, csupán atrophia n. optici van jelen; és a fiuk 5 és 6 évesek felette intelligensek, bár spastikus járásúak. Azt hisszük, hogy Sachs magyarázata kissé erőszakos. Úgy, hogy csak 34 esetről szólhatunk, melyeknek egy részét azonban a szerzők nem észlelték, csak az anamnesisből tudják, hogy a bemutatott betegek testvérei is hasonló bántalomban szenvedtek.

A mi esetünk volna tehát a szó legtágabb értelmében vett 35-dik; de ha csak azokat vesszük tekintetbe, a melyeket szerzők észleltek, akkor esetünk a 31-dik. És ha azt vesszük figyelembe, hogy hánynál végeztetett bonczolás és szövettani vizsgálat, akkor a 6-dik eset; ha pedig azt nézzük, hogy hány esetben vizsgáltatott a szem is, akkor a 4-dik.

(Folytatása következik.)

Klinikai közlések.

Leitner Vilmos dr. szemklinkai gyakornoktól.

I.

Periodikus exophthalmus esete.

Az „intermittáló exophthalmusról“ irt czikkében Richter[1] 16 idevágó kóresetet közöl az irodalomból. Az összegyüjtött anyag alapján a kórképet a külsőleg látható tünetek szerint három csoportba osztja: az I. csoportba sorolja azokat, melyeknél már az exophthalmus fellépése előtt is külsőleg észlelhető elváltozás (varixok, tumor cavernosus) van jelen (5 eset); a II-dikban ezen külső elváltozás csak az exophthalmus kiséretében jelentkezik (2 eset), végre a III. csoportnál az exophthalmus egyáltalán nem jár külsőleg is észrevehető elváltozásokkal (9 eset).

Ezen esetekhez újabban Lesshaft[2] csatolt egyet. 29 éves férfi 2 év óta észleli, hogy a mint munkaközben a fejét lehajtja, jobb szeme kidülled, annyira, hogy a szemrést zárni sem képes. Egyenes álláskor a különben ép szem még mélyebben ül az orbitában, mint a bal, a törzs előrehajtásakor azonban 15 mm.-re előbbre áll s ilyenkor mozgásai minden irányban korlátoltak. A szem kidülledése csak feszülési érzettel, de fájdalmassággal nem jár. Tágult venák sem a szemen, sem a környékén nem láthatók.

E sajátos kórképhez sokban hasonlót volt alkalmunk észlelni az egyetemi szemklinikán is.

I. M., 44 éves nő azon panaszszal jelentkezett, hogy 4 év óta hajolás vagy erölködés közben jobb szeme kellemetlen feszülési érzés kiséretében előredülled s ugyanakkor a jobb felső szemhéja s környéke is megdagad. Látása e közben változatlan; kiegyenesedve szeme lassankint ismét visszatér rendes helyzetébe. Elmondja, hogy mióta szemén ezen változást észrevette, a jobb füle is megromlott, a hallása csökkent s folytonosan csengést és zúgást vél hallani, mely előrehajláskor még fokozódik. Bajának okát nem tudja; sérülést nem szenvedett el.

A vizsgálat azt mutatta, hogy a beteg látásélessége mindkét szemén −5·0 D., myopiája javításával — rendes ½-e (5/10); színlátása jó, látóterei szabadok. A myopiás szemfenék feltünő elváltozást nem mutat. Szemmozgások szabadok. Egyenes álláskor mindkét szemteke helyzete rendes és azonos. A jobb felső szemhéjon a szemöldökív alatt 1 fillérnyi területre szorítkozó kékes érhálózat tünik fel, mely azonban bőr síkján túl nem emelkedik. A szemteke teljesen ép. A beteg lehajolásakor a jobb szem 1 percz mulva az orbitaszéleken át fektetett síkon túl körülbelül 15 mm.-re dülled előre, középállást foglal el, mozgása minden irányban kis fokban korlátolt.

A jobb felső szemhéjon az orbita szélének megfelelőleg tágult, vastag visszerekből álló fonat látható, mely a beteg egyenes állásakor 2 percz mulva teljesen lelohad s valamivel rövidebb idő alatt a szem is elfoglalja rendes helyzetét. Újabb kisérleteknél ugyanezen tünetek ismétlődnek. A kidülledt szemteke visszanyomása ellenállás nélkül, könnyen sikerül. Objective zörej sem a szem felett, sem a környékén nem mutatható ki.

A szemteke ezen időszakos kidülledését esetünkben is minden valószinüség szerint a szemteke mögött székelő varicosus tumor

[1] Arch. f. Augenhk. XXXI. B.
[2] Centralbl. f. Augenhk. 1898. szept.

okozza; e mellett szólnak a szemhéjakon külsőleg észlelhető kanyargós visszértágulatok is, melyek fennálló helyzetben ugyan alig emelkednek túl a bőr niveauján, a törzs előrehajtásánál azonban egész lúdtollvastagságú kötegekké duzzadnak meg. Ez esetet tehát a Richter-féle I. csoportba lehetne sorolni.

Különös érdekességet kölcsönöz esetünknek a jobb fül egyidejü megromlása. Hasonló szövődményről az ismertetett 17 eset közül egyben sem találtam említést. A hallás rosszabbodását a beteg egy időre vezetvén vissza az exophthalmus fellépésével, nem valószinütlen, hogy a két tünet hasonló természetü okból származik. Hogy vérkeringésbeli zavar (varix) szerepelhet a hallási zavarnál is, támogatja azon jelenség, hogy a törzs előrehajlásakor egyszersmind a betegtől subjective észlelt zúgás és csengés is erősbödik.

Tekintve, hogy a szem látásélessége a periodikus exophthalmus óta nem szenvedett s a betegnek fájdalmai nincsenek, operativ beavatkozásra nincs ok. A tapasztalat is azt mutatja, hogy ily exophthalmus hosszú ideig, az életre nézve minden káros hatás nélkül fennállhat. Veszedelem főleg a varixok megrepedése esetén származhatik, mely esetben, valamint akkor is, ha a varicosus tumor növekedése folytán türhetetlen neuralgiákat okozna, szükségessé válnék a beavatkozás.

II.

Ulcus conjunctivae.

A kötőhártya fekélyei az egyre tökélesedő vizsgálati módszerek folytán a jól ismert és sok oldalról jellemzett kórfolyamatok közé tartoznak; a bacteriologiai kutatás és állatkisérletek legtöbbször megadják a kellő felvilágosítást akkor is, midőn a klinikai észlelés a bántalom természete felől kétségben hagy. Hogy azonban az irodalomban ismertetett idevágó számos eset még mindig nem adja teljes képét a kötőhártya fekélyeknek, s akadhat oly eset, melyet biztossággal sem egyik, sem a másik fajhoz sorozni nem lehet, azt a következő eset is tanusítja.

H. P. 19 éves leány 1898. márczius hó elején jelentkezett az egyet. szemklinikán, előadva, hogy bal szeme nehány napja könyezik s kivörösödött; látásában romlást nem vett észre, fájdalmat nem érez.

Lelet: A bal alsó szemhéj mérsékelten duzzadt, az alsó tarsalis conjunctiva belövelt, fellazult; a bulbaris conjunctiván alul, közel az áthajtó redőhöz kis lencsényi anyaghiány van, mely nagyjából kerekalakú, szélei vékonyak, alig infiltráltak s nem alávájtak. Az anyaghiány alapját szürkés-sárga lepedék fedi; a környező kötőhártya mérsékelten belövelt, sima. A felső szemhéj conjunctivája elváltozást nem mutat, maga a szemteke is teljesen ép.

3 heti bejáró kezelés után, mely idő alatt meleg borogatásokat végzett és calomel-inspersiót kapott, a fekély jóval megnagyobbodott; a cornea szélétől az áthajtó redőig ér, tehát úgy a cornea, valamint az aláfelé a tarsalis kötőhártya felé terjedt. A fekély most is élesen elhatárolt, alapja lepedékes, széle azonban, főleg alul az áthajló redő felé tekintő oldalán keményen infiltrált, úgy hogy e részlet indurált, luetikus fekély benyomását kelti. Megnagyobbodott nyirkmirigy sehol sem tapintható. Inunctiók és helybelileg alkalmazott xeroformpor hatása alatt sem kisebbedett a fekély, sőt úgy lapjára valamint, mélységére nézve terjedt; a cornea alsó szélétől az áthajtási redőn túl a tarsalis conjunctivára is reáterjedt, szélei meredekebbek, alapja pedig vékony lepedékkel borított, helyenkint sötéten áttünő. A környező kötőhártyán, nevezetesen a fekély szomszédságában csomóképződés vagy hypertrophia nem észlelhető. 40 bedörzsölés után csak helybeli kezelésre szorítkoztunk s naponta 10%-os protargol-oldattal enyhén cseteltük a fekélyt.

Végre 2 hónapi makacs fennállása után az ulcus tisztulni, s kisebbedni kezdett; a hegesedés az áthajlási redő felül indult ki, s lassankint újabb 3 hó után az egész fekély elhegedt. Jelenleg a tarsalis conjunctiváról a cornea alsó széléig húzódó kb. 1 cm. széles, kevéssé erezett hegköteg látható, melynek megfelelőleg az áthajlási redő is elenyészett (symblepharon partiale).

A lefolyt bántalom természete nem világos. A beteg első jelentkezésekor a bulbaris conjunctivára szoritkozó fekély valamely nagy phlyctaenás csomóból származottnak volt magyarázható. Később a kemény beszürödés első sorban lueses primaer ulcusra keltette fel a gyanút. Tekintve azonban, hogy az egyénen a luesnek különben semmi nyoma nincs, a fekély közelében infiltrált mirigy nem található, a primaer sclerosis felvétele sincs kellőkép okolva, annál kevésbbé, mert tudjuk, hogy a különben is igen ritka ulcus syphilit. a szemen rendszerint a szemhéj, illetve a szemhéjszél felől terjed tova a conjunctivára, esetünkben pedig a szemhéjszél ép volt; szétesett gumma is lehetséges volna az észlelt helyen, de a bántalom luetikus voltát egyenesen kizárja az, hogy a foganatba vett és hosszú ideig folytatott antiluetikus kezelés az állapoton nemcsak hogy nem javított, de számottevő súlyosbodást idézett elő.

A legközelebbi gondolat az, hogy a fekély tuberculotikus alapon fejlődött. E feltevésnek is ellene szól azonban, hogy a betegnek szervezetében tuberculosis nem mutatható ki, valamint a fekélyről vett szövettörmelék bacteriologikus vizsgálata és állatba történt oltása is negativ eredménynyel járt; ellene szól továbbá a mirigyduzzanatok hiánya is. A tuberculosis mellett esetünkben csak az egyén fiatal kora, a lassú és renyhe befolyás, s talán az hozható fel, hogy egyéb, fekélyesedésre vezető mozzanat (étetési sérülés, croup stb.) hiányzik. Döntő bizonyíték egy irányban sem mutatható fel; a lues és tuberculosis közül minden esetre az előbbi a valószinütlen, mert a negativ bacteriologiai lelet még nem zárja ki absolute a tuberculosist, hiszen tudjuk, hogy éppen ily szövetdetritushan a legritkábban sikerül kimutatni a bacillust; lues azonban a fennebb mondottak alapján csaknem teljes bizonyossággal elejthető.

Igen valószinű, hogy valamely ectogen fertőzés játszott szerepet, hogy azonban milyen természetü a virus, a felől homályban vagyunk.

III.

Embolia arteriae centralis retinae partialis esete.

Az art. centralis retinae egyes ágainak emboliája a szem ritkább megbetegedései közé tartozik; valamivel gyakoribb az arteria törzsének eltömeszelése. A partialis emboliák között megint a fovea centralis isolált affectiója egy cilioretinalis ér emboliája következtében a legritkább esetek közé számit; rendszerint a centralis látás valamely szomszédos látótér területtel együtt esik ki. Máskor ismét oly alakban jelentkezik a részleges embolia, hogy egyes látótérrészletek kiesése mellett a papillomacularis terület sértetlen marad. Ilyen esetekből Laqueur (Arch. f. Augenheilk. XXX.) 16-ot állított össze az irodalomból, melyekhez utóbb Hirsch (Arch. f. Augenheilk. XXXIII.) még három esetet csatolt. Ugyanily természetü embolia az is, melyet a budapesti egyetemi szemklinikán észleltünk, s melynek rövid ismertetését óhajtom a következőkben adni.

L. A. 55 éves nő azzal a panaszszal jelentkezett, hogy 4 hét előtt bal szeme előtte ismeretlen okból hirtelen teljesen elsötétült. A látás lassankint visszatért, de csakhamar észrevette, hogy az alul levő tárgyakat egyáltalán nem látja, míg a magasan állókról elég tiszta képet nyer. Elmondja, hogy régebb idő óta szenved szivdobogásban s időnkint nehéz légzése is van.

Vizsgálatnál jobb szemének $v = 5/5$, látótere szabad; bal szem $v = 5/7$, a látóterének azonban egész alsó fele hiányzik; a határvonal éles vízszintesben fut a középen; a rögzítő pont szabad, centralis scotoma nincs. Jobb szemfenék teljesen ép. Bal szemen a papilla n. optic. felső felének feltünő halványsága látható; a véredények a szemfenék alsó felében rendes viszonyokat mutatnak, ellenben a felső félben az arteriák rendkivül vékonyok, csak rövid területen követhetők, a peripheria felé egészen felismerhetetlenek; a venák is jóval szükebbek a rendesnél. Retina mindenütt csillog, átlátszó, borússág sehol sem látható. A beteg szervetének vizsgálata kiderítette, hogy a jobb szív megnagyobbodott, a szívcsúcs felett systolikus zörej hallható, s a pulmonalis II. hangja ékelt: insuff. valv. bicuspidalis. (Ritoók.)

A leirt tünetekből biztossággal következtethető, hogy a szívbajos nő 4 hét előtt emboliát szenvedett el bal szemén. Az

embolus azonban nem az arteria centralis törzsében akadt meg, hanem tovasodortatva, a felső főágat tömeszelte el. A szív- és edényrendszer megbetegedése a szemembolialknak csak körülbelül fele részében mutatható ki; esetünkben az embolus eredete kétségtelen.

Ezen partialis embolia végeredménye functionalisan jelenleg csak a kiterjedt látótérhiányban nyilvánul; maga a centralis látásélesség csaknem teljesen visszatért. A látás ily nagyfokú megjavulása részleges embolialknál nem tartozik a kivételek közé; sőt vannak észleletek, hogy a látásélesség a teljesre is emelkedett. Állandó kárt minden esetben csak a látótér szenved, mely az embolisatiótól fogva véglegesen hiányosan marad még akkor is, midőn a látásélesség csak több hó után lassankint éri el maximumát; ezen észlelet különben teljesen megfelel a boncztani tényeknek. Az a körülmény, hogy esetünkben a látótér ily nagy hiánya mellett az edények részéről említett elváltozásokon kivül a szemfenekén egyéb kóros jelenség, nevezetesen a retina borússága, avagy vérzések nem találtattak, magyarázatát leli a bántalom keletkezése óta lefolyt időben. A retina borússága ugyanis 3—4 hétnél tovább nem szokott tartani, a vérzések pedig, ha egyáltalán voltak, ez idő alatt szintén felszívódhattak.

Gyógyító beavatkozás a szem részéről ez idő szerint természetesen indokolatlan.

IRODALOM-SZEMLE.

Az üvegtestbe történt spontan vérzésekről ir Manzutto egy idevágó észlelete kapcsán. Esetében 37 éves férfinál heves izgalmi tünetek kiséretében 3 nap alatt a látás az egyik szemen teljesen elveszett. Vizsgálatnál az erősen belövelt szem haemophthalmus és secundaer glaucoma képét nyujtotta. A vérzést követőleg gyuladás keletkezett izzadmánytermeléssel, mely nemsokára a szemteke sorvadására is vezetett. Tekintve, hogy perforáló sérülés nem ment előre s így bevándorolt bacteriumok a gyuladásért felelőssé nem tehetők, arra kell gondolni, hogy a gyuladást gerjesztő izgalom a kiömlött vér s a roncsolt szövetekből indult ki. A vérzés, melynek okára vonatkozólag sem az anamnesisből, sem az egyénen történt vizsgálatból biztosat kideríteni nem lehetett, nemcsak az üvegtestre korlátozódott, hanem átömlött az elülső csarnokba is.

Szerző a fiatalabb egyéneknél előálló üvegtesti vérzéseket az irodalom adatainak számbavételével okaik szerint úgy osztályozza, hogy megkülönbözteti 1. a vér elváltozásai, illetve az edényfalzat másodlagos megbetegedése folytán történt vérzéseket (anaemia, leukaemia, skorbut, sepsis, mérgezések); 2. az anyagcsere zavarai (diabetes, köszvény stb.) s 3. a vérkeringés rendellenességei miatt, beállott vérzéseket, ez utóbbihoz sorolván a menstrualis zavarokhoz társult vérzéseket is, és végül 4. az edényfalzat localis megbetegedéséből származott vérzéseket. Ezen említett okokból a vérzés, mely legtöbbször a chorioideából s csak ritkán a retinából származik, vagy teljesen spontan, vagy valamely esetleges alkalmi ok (köhögés, tüsszentés, emelés stb.) után köszönt be. (Beiträge zur Augenheilkunde. XXXVI.)

A vér és a véredényrendszer megbetegedései okozta retinavérzésekről értekezik Ammann 90 esete alapján. A vérzések, melyek a retinában legtöbbször per diapedesim történnek, az edényfal megbetegedését tételezik fel, a mi mindig secundaer elváltozás. A véredények ezen secundaer hibáját okozhatják a vér elváltozásai (öregség, lues, alkohol-, nicotin- és ólomintoxicatio, nephritis, diabetes, icterus, sepsis, skorbut, purpura és morbus Werlhofii, acut és chronikus anaemia, anaemia perniciosa, leukaemia), valamint vérkeringési zavarok (szívbajok, activ hyperaemia, localis keringési zavarok).

Az öregkorban bekövetkező vérelváltozás az edények atheromatosisára vezet, mely vérzésekre és thrombusképződésre bő alkalmat nyujt; az ily okból származott vérzések klinikailag mint üvegtesti — retinalis — illetve maculavérzések s mint a vena centralis és ágainak thrombosisa jelennek meg. Szerző hangsúlyozza, hogy valamennyi 60 éven felüli beteg, kinél a vérzéseket észlelte, egész életén át nehéz testi munkát végzett.

A lues okozta véredényelváltozások részben olyanok, hogy az öregkoriaktól sem makro-, sem mikroskopikusan meg nem különböztethetők, részben a media és adventitia jellemző gummaképzésében áll. Az edények tükörrel látható elváltozása sokszor háttérbe szorul a retina elzavarodása és vérzései mellett.

Dohány- és szeszmérgezés hét esetében az amblyopián kivül a papilla körül apró vérzéseket talált a retinában, melyeket főleg az alkohol okozta arteriosclerosisnak tulajdonit.

10 esetben észlelt fiatal, 20—30 éves egyéneknél spontan ismétlődő vérzéseket, melyek mint nagy, tömeges extravasatumok voltak láthatók a retinában, vagy a retina alatt többnyire az opticus környékén vagy a macula tájékán. E mellett az edények részéről két esetben látott a venákban pangást, míg az esetek felében az arteriák falának megvastagodása, homályossága s az edényeket kisérő fehér szegély volt jelen. A vérzés majd csak az egyik, majd mindkét szemet illeti. Az üvegtesti vérzések tökéletlen felszívódása után homályok maradnak vissza, a retinán pedig a vérzések helyén kékes-fehér kötegek keletkeznek, melyek mikroskopilag a retinitis proliferans egy nemének felelnek meg. A bántalom oka homályos; szerző a vér összetételének megváltozását okolja, mely a többször tényleg látható edénymegbetegedéseket hozza létre.

A mi az anaemiát illeti, az is kétségtelenül okoz zavarokat az edényfalak táplálkozásában, s így vérzésekre is adhat okot. S e tekintetben az anaemia egyes fajai csak fokozati különbséget jelentenek; bizonyos, hogy nemcsak az anaemia perniciosánál észlelhetők haemorrhagiák, hanem a közönséges anaemia súlyosabb alakjainál is.

A szívbajok kiséretében észlelhető vérzéseket is az edények atheromatosisára vezeti vissza; esetei közül egyben sem okozott pusztán venosus pangás vérzést, hanem mindig egyidejüleg jelen volt az edényfalak említett elváltozása is. (Beiträge zur Augenheilkunde XXXIII.)

A spontan és műtét után létrejövő myopiás retina leválásokról irt czikkében Fröhlich azon nézetének ad kifejezést, hogy a myopia ellenes műtétek után fejlődő ablatio retinae s a műtét okozta üvegtestelőesések és tokbenövések közt oki összefüggés létezik. 56 operált esete közül 4-ben fordult elő retinaleválás; 2-szer nőtt be tokrészlet a cornea sebébe, 5-ször esett elő üvegtest. Az ideghártya leválása az utolsó mütéti beavatkozást (punctio corneae) követőleg mindig hosszabb idő mulva keletkezett (5—7 hét), s erre nézve analogiaként hozza fel azon scleralis sérüléseket, melyek üvegtestelőeséssel járva, szintén csak bizonyos idő mulva vonják maguk után a retina leválását. Hogy myopiás operatiók után nem minden oly esetben válik le az ideghártya, melyben az említett complicatiók bekövetkeztek, annak oka valószinüleg az, hogy az előesett üvegtest mennyisége, minősége, a seb iránya s egyéb hasonló tényezők is befolyással vannak. A retinaleválást azonban nem hajlandó az operatiótól függetlenül a magasfokú myopia következményének tulajdonitani, mert akkor egyenlő arányban kellene állania az ablatio retinaenek a fiatal nem operált és operált myopiásoknál; a mi tényleg nem úgy van, mert az általa operált fiatal myopiások nagyobb arányszámot tüntetnek fel a nem operáltaknál. Ez idő szerint azonban megbizható statistika összeállítása még alig lehetséges az irányban, hogy a megoperált myopiás szemek miként viselkednek a későbbi korban, akkor, midőn a retinaleválás a nem operáltaknál is beköszönhet; e tekintetben csak évtizedek multán nyerhetünk biztos tájékozódást. Ha azonban ma már eldöntött kérdés volna is, hogy az operált szemek sorsa a műtétet követő első évtizedekben a retinaleválás és infectio miatt kedvezőtlenebb a nem operáltakénál, ebből nem a műtéti beavatkozás elvetését, hanem annak tökéletesitését vonná le szükséges következmény gyanánt. Eddig a discissiót és a későbbi punctiót gyakorolta. (Archiv für Augenheilkunde XXXVIII.)

Scabies corneae esetéről tesz említést Saemisch. A 2 hó óta fénykerülő és időnkint fájdalmas szem corneája közepén háromszögalakú, élénk szürke, kiemelkedő infiltratum találtatott, melyhez a conjunctiva felől erek húzódnak. Az 5 napon át alkalmazott meleg borogatás és atropinozás nem okozott javulást;

ezután ungv. hydrarg. oxyd. rubr.-ral massáltatott a cornea, de ezen eljárás az izgalmat fokozta, s egyúttal feltünt, hogy az előbbi infiltratum területén szürkés-fehér köteg tapad a corneához, melynek szabad széle a szemhéj segélyével elmozdítható. Az eltávolított kötegben a mikroskop alatt egy jól kifejlett nőstény rühatka, s mellette a fejlődés különböző fokán levő 8 pete találtatott. A cornea bántalma tehát, mely infiltratumnak nézetett, tulajdonképen abban állott, hogy egy rühatka a cornea felszines rétegébe furakodott, s ott petéket rakott. Érdekes, hogy a betegen sehol egyéb testrészen scabies nem találtatott; a cornea scabiese eddig egyedül áll az irodalomban. (Klin. Monatsbl. für Augenh. 1898. decz.)

Az iris transfixiójáról közöl adatokat Aschheim. A műtétet Fuchs gondolta ki azon esetek számára, midőn seclusio pupillae mellett az iris előboltosulása miatt az iridectomia kivitele technikai nehézségekbe ütközik. A transfixiót F. úgy végzi, hogy nem nagyon keskeny Graefe-késsel beszúr a corneába 1—2 mm.-re a corneaszéltől; a kés lapját az iris síkjával párhuzamosan tartva az irist is átszúrja, s mögötte vezetve a kést a tulsó oldalon, valamivel közelebb a cornea széléhez ismét átszúrja az irisen és cornean, addig tólva csak előre a kést, míg a contrapunctio sebe a kés szélességének megfelel.

1896 óta 18 esetben végezte a műtétet, melyek közt 5 aphakiás szem is szerepel. Célját a műtét minden esetben elérte: a hátsó és mellső csarnok közlekedése helyreállott, minek eredménye vagy a tensioemelkedés végleges megszünése lett, vagy az, hogy egy később szükségessé vált iridectomiára a helyzetet lényegesen megjavította. Utólagos iridectomiát opticai czélból végzett azon esetekben, hol a pupilla területét izzadmányhártya foglalta el; szükségessé vált továbbá az iridectomia azon 3 esetben is, melyeknél az irisben készült rések kiújult gyuladások miatt záródtak.

A transfixiót alkalmas esetekben az iridectomia pótló műtéteként méltatja; előnye az iridectomia felett a könnyü kivihetőség, hogy nem okoz káprázást s nem torzít. Ott, hol az iridectomia opticai czélból elkerülhetetlen, a transfixiót előműtétnek tekinti, mely kedvezőbb viszonyokat teremt a későbbi iris kimetszésre. 5 esetben a műtétet járó betegeken végezték. (Archiv für Augenheilk. XXXVII. B.)

Silex. A tabeses látóidegsorvadás. Kezdetben a papilla szürke, az arteriák szükebbek, a venák tágabbak, később a lamina cribrosa likacsai megjelennek, a papilla határa élessé lesz s a szürke szint a fehér váltja föl. A két szem között nagy lehet a különbség, néha az egyik szem évekig jól lát, míg a másik teljesen vak, de ha a látásélesség hanyatlani kezd, a vakság 2—3 év alatt teljessé lesz.

A színlátás korán szenved, s a látótér a peripherián szükül, a centralis scotoma mindig azt a gyanút kelti, hogy complicatio van jelen. A sorvadás előfordulását 15%-ra becsül. A syphilist 81%-ban mutatta ki s ez alapon azt hiszi, hogy a lues az aetiologiában jelentős szerepet játszik.

A tabeses látóidegsorvadás a peripherián kezdődik s a centrum felé halad.

Inunctióktól a valódi tabeses atrophia nem javul, sét néha gyorsabban romlik. Állatkisérletekkel bebizonyítja, hogy az agy és gerinczagy a galvanizálásnak hozzáférhető, de a látóidegsorvadásán ez eljárás is hatástalan maradt, úgy hogy a bántalom gyógyíthatatlansága mellett tesz tanúságot. (Berliner klinische Wochenschrift 1898. Nr. 39.)

A szemtükri kép helyéről és természetéről *Bassi* tanár értékes tanulmányt közöl. Fejtegetéseinek eredményei a következők: 1. Physiologiai szempontból a szemtükri vizsgálat két módjánál látott képek lényegileg identikusak, a mennyiben mindig virtualis képről lehet szó, a melynek helyzete a tárgynak helyzetén mulik. 2. A realis kép — épen úgy a mint a physikusok virtualis képe — közvetlenül nem látható. 3. A fordított virtualis kép a realis fordított kép aequivalense. 4. A szemtükri vizsgálat mindkét módja egyszerü kisérlettel utánozható. (Rivista scientifica. XXX. u. 6—7.) *Leitner Vilmos* dr.

VEGYESEK.

— *Zeitschrift für Augenheilkunde. Michel* a würzburgi és *Kuhnt* a königsbergi egyetem szemésztanárai „Zeitschrift für Augenheilkunde“ czim alatt új folyóiratot indítanak. Állandó munkatársai a külföld részéről: Cirincione tanár (olasz), Denig dr. (Amerika), Ewetzki tanár (orosz), Grósz Emil doc. (Magyarország), Gruber dr. (Anglia), Kamocki dr. (Lengyelország), Koster tanár (Hollandia), Widmark tanár (Svédország). A kiadásban részt vesznek: Bach doc. (Würzburg), Czermák tnr. (Prága), Dimmer tnr. (Innsbruck), Haab tnr. (Zürich), Mellinger tnr. (Basel), Pagenstecher tnr. (Wiesbaden), Peters tnr. (Bonn), Raehlmann tnr. (Dorpat), Schmidt-Rimpler tnr. (Göttingen), Silex tnr. (Berlin), Uthoff tnr. (Boroszló), Vossius tnr. (Giessen), Wilbrand dr. (Hamburg).

A folyóirat czélja, hogy az egész szemészeti irodalomból az értékes és maradó közlések kivonatát kritikailag méltassa s bizonyos kérdések szerint csoportositva nyujtsa. Az irodalmi túlproductio mellett ilyen irányú folyóiratra tényleg szükség van. Minket magyarokat e folyóirat megindulása különösen is érdekel, a mennyiben a magyar szemorvosi irodalom ezúttal szerepel első izben, mint a holland, olasz, franczia, scandinav, lengyel, angol irodalom egyenrangú társa külön rovatban. Ebben a budapesti magyar szemészeti iskola nemzeti álláspontjának (lásd Schulek Vilmos tanár jubilaeumi beszédét, Orvosi Hetilap 1897. febr. és az „Ungarische Beiträge zur Augenheilkunde“ előszavát) elismerését látjuk.

— *Új lengyel szemészeti folyóirat.* Wicherkiewicz Krakóban „Postep okulistyczny“ (a szemészet haladása) czimű lengyel szemészeti folyóiratot indít.

— *Hirschberg* érdekes adatokat közöl a *spanyolországi vakokról.* Részben személyes tapasztalatai, részben a másoktól összeállított statistikákból kitünik, hogy Spanyolországban igen nagy a vakok száma, különösen a déli vidékeken csaknem annyi a világtalan ember, mint Egyptomban, mely különben első helyet foglalja el a vakság statistikájában. A megvakulás okai közt jelentékeny szerepet játszik a trachoma, az újszülöttek genyes szemgyuladása s a himlő. Egyáltalában a szem elülső képleteinek genyedéséből származott vakság feltünően gyakori, mely körülmény élénken demonstrálja, hogy mily kevés gondot fordítanak Spanyolországban a szem hygienéjére. A szemészetnek nincs is tanszéke, nincs sem állami, sem községi szemgyógyintézet, csupán alosztályok léteznek a nyilvános kórházakban, valamint kisebb magángyógyintézetek. A szemészet kötelező tanításáról szó sincs; még Madridban is csak valamely kiegészitő tanfolyamra nyújtanak alkalmat. (Deutsche med. Wochenschrift. 1898.)

— *A IX. nemzetközi szemorvos-congressust* 1899. augusztus 14—18. Utrechtben tartják. A tárgyalás nyelve: angol, franczia és német; 3 osztály lesz: *a*) boncztan, kórboncztan, bakteriologia, *b*) optika és physiologia, *c*) klinika és operálások. A résztvevés dija 25 frk. A szervezési bizottság tagjai: Argyl Robertson, George Berry, M. E. Mulder, M. Straub, W. Koster, H. Snellen.

— *Dr. Jodko-Narkiewicz* †. A varsói orvosi egyetem volt tanára s hirneves lengyel szemorvos: Jodko-Narkiewicz 65 éves korában meghalt.

— *A vadak szeme.* A vadak szemei hypermetropiásak, az alkalmazkodásuk különböző, a növényevőké hiányos, de annál jobb a ragadozó állatoké. A nappali állatok corneája a szem fél átmérője, az éjjelieké sokkal nagyobb. Az egér és a bőregér corneája a szem fele. A tapetum a fényt az ideghártya számára sokszorozza. Az állatok látóterei nagyobbak, mint az emberé. Astigmatismusukat a pupilla alakja részben kiegyenlíti. A látóidegfő alakja az egyes állatfajoknál igen különböző, az éles latásúaké rendesen hosszúkás s a szem méreteihez képest aránylag nagy. (Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges. 1898. II. 4.)

— *Épszemű gyermekek tükrözése.* A bécsi községtanácsban egy tanácsos interpellálta a polgármestert, hogy a poliklinikán épszemű gyermekeket oktatás czéljából tükröznek. A bíróságnál Reuss tanár és assistense ellen vádat emeltek. A biró az orvosi fakultás véleményét kérte, melynek alapján az eljárást beszüntették. Fuchs tanár véleményében ugyanis kifejtette, hogy épszemű gyermekekre mydriasis mellett való tükrözésük nem káros és oktatás czéljából általánosan szokásos. (Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges 1898. II. Nr. 1.)

— *A budapesti egyetemi szemklinika betegforgalma az 1898-ik évben.* A lefolyt évben a budapesti egyetem szemklinikáján 8963 új járó beteg fordult meg, kik közül 983 kórházi ápolást nyert s kiken 1171 nagyobb operálást végeztek (541 hályogoperálást, 193 iridectomiát, 30 tenotomiát, 56 enucleatiót, 42 chalaziont stb.). A járó betegek forgalma 1896-ban érte el a maximumot: 9763 új beteggel, a csökkenés oka az, hogy 1897 óta vasárnap nincs rendelés.

— *Új könyvek.*

William A. M. Keown. A Treatise on „Unripe“ Catataract. Illustrated by Nine Plates Containing sixty original Drawings. London: H. K. Lewis. 1898.

Widmark J. Mitteilungen aus der Augenklinik des Carol. medico-chirurg. Instit. zu Stockholm. Jena. Verlag von J. Fischer.

Kuhnt H. Ueber die Verwertbarkeit der Bindehaut in der praktischen und operativen Augenheilkunde. Wiesbaden. Verlag von J. Berger. 1898.

Weiss L. Ueber das Gesichtsfeld der Kurzsichtigen. Mit 32 Figuren. Franz Deuticke. Leipzig u. Wien. 1898.

Die Neurologie des Auges. Ein Handbuch für Nerven- und Augenärzte von Dr. H. Wilbrand und Dr. A. Saenger. I. B. Mit 63 Textabbildungen. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 1899.

La vision. Étude physiologique par le Dr. H. Parinaud. Paris; O. Doin, 1898.

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