KIR. MAGYAR TUD. EGYETEMI
II. SEBÉSZETI KLINIKUM

Negyvenharmadik évfolyam. 14. szám. *Budapest, 1899. április 2.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ES FELELŐS SZERKESZTŐ: HŐGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Doktor Sándor: Közlemény Kézmárszky Tivadar egyet. tanár egyet. I. sz. női klinikájáról. Császármetszés septikus szülő nőn 162. l.

Benedict Henrik és Schwarcz Miklós: Közlemény a Korányi Frigyes tanár vezetése alatt álló I. belgyógyászati kórodából. A typhus-kezelés diaetetikus irányelvei. 164. l.

Chudovszky Móricz: Közlemény a budapesti k. m. t. egyetem 2. számú (Réczey tanár) sebészeti klinikumáról. Gümös hashártyalobok. 166. l.

Trajtler István: Évi jelentés Batizfalvy Sámuel dr., a testegyenészet magántanárának sanatoriuma és vizgyógyintézete XL évi működéséről. 168. l.

Tárcza. *Hőgyes Endre*: Megemlékezés Török Józsefről és Antal Gézáról. 169. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Cesare Lombroso*: Die Lehre von der Pellagra. 170. l. — *Lapszemle. Kostkievitch*: Az apocynum cannabinum hatása a szívre. 170. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Meghivás. — A sanatorium-egyesület. — A Machlup-üdülőház. — Csubry Bonifácz. — Fodor József. — Pótárjegyzék. — Herczel dr. — Szt. Lukács-fürdő. — Baumgarten dr. — Pályázatok. — Hirdetések. 171. l.

Tudományos társulatok és egyesületek.

Melléklet. A budapesti k. m. tud. egyetemi 2. sz. sebészeti klinikum betegforgalma 1894., 1895., 1896., 1897. években. Kiadja *Réczey Imre* tnr. a klinikum igazgatója.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény az egyet. I. sz. női klinikáról. (Kézmárszky Tivadar tanár.)

Császármetszés septikus szülő nőn.

Közli: *Doktor Sándor* dr. I. tanársegéd.

1898. szeptember 18-dikán éjjel 11 órakor Ó-Budáról hoztak be az I. számú női klinikára egy szülő nőt. Hauser Józsefné, 35 éves napszámosnő volt ez, VI. P., kinek első öt szülése rendes volt: az első 14 év előtt, az utolsó 3 év előtt; gyermekágyban sem volt soha beteg. Mostani terhességének végén, szeptember 16-dikán kezdett vajudozni; ugyanaznap elfolyt a magzatvize s minthogy a szülés elég erős fájások daczára nem haladt, harmadnapon a poliklinika segítségét kérte. A poliklinika orvosai medenczedaganatot fedeztek fel s császármetszés végett klinikánkra szállíttatták be sürgősen a szülő nőt.

Felvételekor a különben hibátlan termetü, rendes medenczéjü, elég jól táplált nő szembetünően megviseltnek látszik a körülbelül 40 órai vajudozástól. A hasban a méh balra van dölve. A magzat II. kf.-ben; *szívhangjai nem hallhatók.* Feje a bemenet fölött magasan és jobbra kitérve nagyon tisztán, többi részei a méh felsőbb szakaszában csak homályosan tapinthatók: a méh alsó szakasza tehát megnyúlt s elvékonyodottnak látszik s jobboldalt kissé érzékeny. Fájások nem túlerősek, rendes gyakorisággal jelentkeznek. Belső vizsgálatnál azt találjuk, hogy *a hüvelyboltozatot jó férfiökölnyi sima, kemény, gömbölyü daganat domborítja le, mely a keresztcsont vájulatában ülve, a medencze üregét annyira elfoglalja, hogy közte s a symphysis között alig két ujjnyi széles haránt rés marad*, melyet az előrenyomott és ellapított portio tölt ki, erősen duzzadt szélü, négy ujjnyi méhszájjal. Ezen keresztül csak kis segmentumát a koponyának érhetjük el, melyen sem varrat, sem kutacska nem tapintható. A daganat csontosan odanöve a keresztcsonthoz, sem rendes, sem térdkönyökfekvésben nem mozdítható meg. Per rectum is csak annyit constatálhatni, hogy szélesen ül a keresztcsont közepe táján. *A nő hőmérséke 38·7° C. 108 pulsussal; a magzatvíz piszkos, büzös.*

E vizsgálat után tisztán állott előttünk a császármetszés absolut indicatioja, melyet a sepsis nyilvánvaló jelei miatt a méh amputálásával vagy teljes kiirtásával kellett végeznünk. Minthogy pedig már méhrepedés fenyegetett, a beavatkozás sürgős volt.

Gyorsan megtéve az előkészületeket, éjjel 2 órakor fogtunk a műtételhez. Hasmetszés után metszés a méhen in situ, rendes módon. A méhmetszés felső végével a placentát is éri s így élénk vérzést támaszt. Gyors kihúzása a magzatnak, miközben segéd a fundus felől két kézzel olyan nyomást gyakorol a hasra, hogy így a magzat után a kiürült és gyorsan megkisebbedő méh is mindjárt kigördül, a hasseb pedig olyan jól összetartva marad, hogy a méh tartalmának beömlését elég jól meggátolhattuk. A kifejtett magzat halott; *függelékei s a magzatvíz erősen büzösek, s a méh üregéből gázbuborékok is jönnek.* Ezért a segéd mozdulatlan hagyja kezeit, míg az operáló vízzel bőven leöblíti s gondosan lemossa a méhet s a hasseb környékét; a piszkos kendőket pedig tisztákkal cseréli fel. A vérzés csillapítására manualis compressiot alkalmaztunk; így nem is volt nagy a vérzés.

Most az amputatiot typikus módon végeztük, mint myománál: egy-egy lekötés catguttal a spermaticákra és ligam. rotundumra mindkét oldalon; ezek átmetszése után lebenykészítés elül; majd az uterinák lekötése egy-egy körülöltéssel. Erre a tágult, vékony falú cervixet körülmetszettük; a csonk elülső és hátulsó szélét catgut csomós öltésekkel összevarrtuk s a peritonealis lebenynyel beborítottuk. Hasvarrat után a megmaradt cervix üregét drainage czéljából lazán kitömtük steril gaze-zel. A daganat a bal keresztcsipő-izület tájáról indult ki s elég széles alapon ült, teljesen rögzítve a keresztcsont baloldalán.

A gyógyulás menete következő volt:

Első nap 38·5, d. u. 38·7° a hőmérsék teljesen jó közérzet mellett.

Második nap 38·8, d. u. már 37·2° a hőmérsék.

Harmadik nap reggel még 36·9°. Délben azonban hidegrázás, hányás kiséretében hirtelen felemelkedik a hőmérsék 41·2°-ra; a beteg mellét, karjait urticariaszerü kiütés lepi el, a toxinaemiának oly tünete, melyet már máskor is észleltünk. A tampon eltávolítása után kiöblítést teszünk.

Negyedik nap kissé enged, ötödik nap újra emelkedik a láz, d. u. 40·1°-ra s ekkor a jobb csipőtányéron lapos, érzékeny resistentia mutatható ki: *exsudatum*, melyre jégtömlőt rendeltünk.

Hatodik naptól fogva változó lázak mellett folyton erősbödő köhögés jelentkezik, mely tizedik nap reggel igen kínzó lesz, mellkasi szúró fájdalmaktól kisérve; a jobb mellkasfélben *pleuropneumonia* indult meg, melylyel még néhány napig lázas, a tizenötödik naptól fogva azonban láztalan a beteg. A kiköpés időnként igen bő és büzös lett, de a beteg ereje fokozatosan javult, úgy hogy a huszonegyedik napon a belklinikára tettük át, honnan mintegy két hét mulva bocsátották el. Mint orvosától három hónappal utóbb értesültünk, a beteg elég jó erőben van, de régi tüdőbeli beszürődése az operatio óta rosszabbodott.

Ez az eset története, melyben egy pont érdemli meg közelebbről figyelmünket. Nevezetesen *a septikus infectio jelentősége a császármetszés tekintetében.*

Ismeretes a szülés alatt kifejlődött septikus infectio ominosus jelentősége általában; ismeretes, mennyire rontja a prognosisát minden operationak, melyet a szülés befejezésére megkisértünk. Nem ismerjük még közelebbről befolyását a császármetszés prognosisára. Csak gynaekologikus operatiokból tudjuk, hogy infectiosus anyagok jelenlétében épen a has megnyitása különösen veszedelmes.

A leirt esetben egy-két direct megfigyelést tehettünk ez irányban. Azonkivül pedig az irodalomban van ma már elég számos idevágó tapasztalat közölve. Ezeket gyüjtöttem össze a fentebb kiemelt viszony tanulmányozására.

A szülés alatt kifejlődött sepsis tudvalevően oly súlyos baj, melynek magában véve is, mind kórtanában, mind klinikai ismeretében sok hézag vár kitöltésre. Ha pedig ez a baj oly súlyos complicatiohoz társul, minő az absolut medenczeszükület, mely a maga részéről császármetszést követel, az ilyen nehéz esetek még több oldalról érdemlik a szorgos tanulmányozást. Az alábbiakban két irányban óhajtom ezt tenni; egyfelől azt vizsgálva, hogy

a) maga a sepsis milyen változatokat mutat s mely tényezőktől függ további alakulásában a császármetszés után?

b) másfelől az eddigi tapasztalatokból mely practikus következtetések vonhatók különösen az operatio módszere tekintetében?

* * *

Magára hagyva a szülés alatti sepsis rövid időn halálos lesz. Ennyi körülbelül az, a mit bizonyosan tudunk. A bomlásra alkalmas anyagok nagy tömege, a bomló magzatvíz stagnálása, a szülőcsatorna bő vascularisatioja s a méhösszehúzódások insultusa: mind oly körülmények, melyek mind a bomlás tovaterjedését, mind a bomlási termékek felszívódását csak elősegitik. S ezekkel szemben a megtámadott szervezet védelmére — magára hagyott esetben — csak egy ismeretlen tényező áll: a szervezet resistentiája, mely bármily nagy értékü különben, nem csuda, ha az egyenetlen küzdelemben hamar kimerül. Beáll pedig a halál, rendszerint a nélkül, hogy idő volna organikus megbetegedések, anatomikus elváltozások kifejlődésére: beáll a felszívódás, az infectioval járó mérgezés következtében, septicaemia tünetei között.

Igy, magukra hagyott esetekben.

Javul a helyzet a szülés befejeztével, melyet ezért mesterségesen siettetünk. Ezzel ugyanis a fentebbi káros körülményeket mind jóra fordítjuk, a tényezőknek egész sorát juttatjuk érvényre, melyek kedvezően befolyásolják a baj további alakulását. Igy eltávolítjuk a bomló anyagokat s kitisztogatjuk a szülőcsatornát; gondoskodunk a váladék jobb levezetéséről s folytonos eltisztogatásáról; nyugalmat biztositunk stb.

Hogy mennyire javul a helyzet, kitetszik *Ahlfeld*-nek[1] egy összeállításából, a ki beszámitva minden hőemelkedést 38·1°-tól fogva, háromezer szülés között 62 lázas szülést talált s ezek közül a szülés befejezte után

a gyermekágy rendes vagy csaknem rendes volt	40	esetben
lázas volt	22	„
s ez utóbbiak közül meghalt	3	(4·8%).

Olyan adatok, melyekkel megegyeznek más klinikák tapasztalatai is, s igen értékesek általános tájékozásra. Minthogy azonban ez összeállítás klinikai anyagból van véve, abban sok az olyan könnyü eset, mely magára hagyva sem végződött volna halálosan. És mégis mennyivel nagyobb ez a halálozás, mint tiszta szülések után!

Másféle statistikája van *Hofmeier*-nek,[2] olyan, mely egészen ide illő, mert nagyobbára poliklinikai, elhanyagolt esetekből van gyüjtve. 30 esetéből, melyek 4 kivételével mind tympania uteri esetei voltak

a gyermekágy rendes vagy csaknem rendes volt	21	esetben;
lázas volt	9	„
s ez utóbbiak közül meghalt	6	(20%).

[1] *Ahlfeld*, Zeitschrift für Geburtsh. und Gyn. 27. kötet.
[2] *Hofmeier*, Zeitschrift für Geburtsh. und Gyn. 5. kötet.

Körülbelül ehhez hasonló eredményt közöl *Gebhardt*,[1] kinek 6 tympania uteri esetéből 1 halt meg (16—17%).

Ezek már mind olyan súlyos sepsis esetei voltak, melyekben közel állott a halálos veszedelem, melyet legtöbbször sikerült elfordítani a szülés befejezésével.

Ugyanilyeneket gyüjtöttem össze az irodalomból a császármetszés eredményeinek tanulmányozására is, mellőzve azon gyakoribb eseteket, melyekben carcinoma, myoma vagy méhrepedés okozta a lázat és követelte a császármetszést, melyek tehát más tekintet alá esnek. Csupán szük medenczés lázas szülés eseteit szedtem össze, melyek között csak kettőben nincsenek határozottan megjelölve a tympania uteri symptomái. A mienkkel együtt 22 ily esetet találtam s ezek közül a császármetszés után

rendes v. csaknem rendes gyermekágy következett	10	esetben;
lázas volt a gyermekágy	6	„
halállal végződött a baj	6	„ (27%).

Ezek határozottan kedvezőtlenebb, de nem is sokkal rosszabb eredmények, mint a Hofmeier eredményei természetes szülések után.

Mit mutatnak ez eredmények? Azt, hogy általában kedvezőbb lesz a sepsis további alakulása a szülés befejezte után, akár természetes úton, akár császármetszéssel eszközöltük azt. Sok esetben sikerül a méh egész bomló tartalmát úgy kiüriteni, hogy a bomlás teljesen megszünik s a bajnak egyszerre vége lesz. Máskor, ha tovább tart is a bomlás, nem okoz halálos bajt, mert sikerül intensitását egy vagy más beavatkozással, tisztogatással, a váladék levezetésével korlátozni s ha nem lesz is mindjárt vége a bajnak a szüléssel, többé-kevésbbé súlyos betegség árán ugyan, de mégis megmenekül a beteg. Elég gyakran azonban nem vagyunk képesek feltartóztatni, sőt az sem lehetetlen, hogy a mesterséges szülés insultusaival siettetjük a halálos veszedelmet.

Jobbak az eredmények természetes szülések, mint császármetszések után; amott több a sima, gyors gyógyulás, kevesebb a halálozás, sőt kevesebb az utólagos súlyos betegség is.

Ha ez általános tapasztalatok magyarázatát keressük, figyelmünket azon tényezőkre kell fordítanunk, melyek az infectio további alakulására a szülés befejeztével majd kedvező, majd kedvezőtlen irányban érvényesülnek.

De előbb még részleteznem kell itt a császármetszés eredményeit a követett methodusok szerint is. Volt t. i. a fentebbi csoportban

5 conservativ császármetszés 2 halálesettel (1—1 sepsis a harmadik napon);

7 Porro-mütétel extraperitonealis csonkkal 3 halálesettel (1 sepsis harmadik nap; 1 pyaemia; 1 metastatikus pneumonia);

8 Porro-mütétel intraperitonealis csonkkal 1 halálesettel (sepsis a negyedik napon);

2 császármetszés abdominalis totalexstirpatioval 0 halálesettel.

Elég nagy különbségek mutatkoznak tehát az egyes methodusok eredményeiben; különbségek, melyek nem csupán a methodusoktól vannak feltételezve, hanem más külső, számításba nem is vehető tényezőktől is függenek, minő pl. az operáló gyakorlottsága.

És most tekintsük azokat az objectiv tényezőket, melyektől ez eredmények főképen függők, melyek a szülés befejeztével a sepsis további alakulására befolyással vannak. Ilyen mindenekelőtt:

1. A bomló anyagok eltávolítása s a szülőcsatorna megtisztogatása. Ez az első és legfontosabb lépés a baj gyógyitására. Nem annyira a szülést befejező operatiotól függ, mint inkább a baj előhaladásától. A bomló magzatot és függelékeit eltávolítani s a szülőcsatornát bőséges öblögetéssel megtisztogatni egyszer ép úgy nem sikerül, máskor ép oly jól sikerül természetes szülésnél, mint császármetszésnél. Semmi lényeges nyereség nincs benne, hogy ennél a méh belsejét szemmel láthatjuk s kitörülhetjük; a tágult cervix és a hüvely ránczainak kitisztogatására itt is csak az öblögetés marad. S ha már a bomlás anatomikus elváltozásokat hozott létre a méhfal szöveteiben is, hiába volt a hozzáférhető felszinek megtisztogatása, a baj csirái bent maradnak. Épen ebben rejlik az eset súlyossága, melyet ez idő szerint nincs módunkban pontosan megmérni még császármetszésnél sem. Ilyenkor csak a méh

[1] *Gebhardt*, Zeitschrift für Geburtsh. und Gyn. 26. kötet.

teljes eltávolítása segíthet még, miről később. Bizonyos csak az, hogy a szülőcsatorna tökéletes megtisztogatása csupán az infectio kezdeti stadiumában remélhető. Többnyire el kell készülve lennünk arra, hogy a bomlás tovább is tart s ezért bir fontossággal:

2. A bomló váladék levezetése és eltisztogatása. E kettőnek voltakép ugyanaz a czélja: megakadályozni a bomló váladék pangását.

Kiválóan fontos ez a további megbetegedések elkerülésére, melyek halálosakká is lehetnek. Esetünkben ez volt oka a súlyos megbetegedésnek, Salus hasonlóan operált esetében pedig a halálos bajnak. Természetes szülések után az öblítések szolgálnak e czélra s idejekorán téve, elég hathatósak. Császármetszés után az öblítés a hasseb miatt nem végezhető oly jól; hanem itt viszont a drainezéssel segíthetjük elő a váladék levezetését. Akár egyiket, akár másikat megnehezíti a nagyfokú medenczeszűkület, mely kedvező a pangásnak.

(Folytatása következik.)

Közlemény a Korányi Frigyes tanár vezetése alatt álló I. belgyógyászati kórodából.

A typhus-kezelés diaetetikus irányelvei.[1]

Benedict Henrik és *Schvarcz Miklós* dr.-októl.[2]

A legelőkelőbb szerzők és legtapasztaltabb klinikusok megegyeznek manapság abban a véleményben, hogy a typhus abdominalis az utóbbi időben sokat veszített félelmetességéből; igen számos észleletre alapított elfogulatlan statistikák arra az eredményre jutnak, hogy a halandóság apadása az utóbbi évtizedekben több mint 50%-ra rúgott. Míg a negyvenestől egészen a hatvanas évekig közölt statistikák 18·8-től egészen 22·2%-ig terjedő halálozási számot tüntetnek fel, addig mostanság 10% a legmagasabb szám; persze tekintetbe veendő, hogy mily döntő befolyással van a halálozási hányados magasságára a járvány különböző súlyossága, annak sajátosságai, hajlamossága bizonyos complicatiokra, szóval mindama számos körülmény, melyet közös megegyezéssel összefoglalva a *genius epidemiaenek* szoktunk nevezni.

Sok therapeutikus eljárásnak is szoktak betudni valamelyes részt a prognosis emez enyhítésében. Míg *Bouchard* számadatokkal bizonyított sikereit a *bélantisepsisnek*, calomel, jodoform és naphtalin következetes adagolásának véli köszönhetni, addig másrészt a betegség lefolyásának enyhülése összeesett a *Brand, Jürgensen* és *Liebermeister* inaugurálta antipyretikus kezelésnek általános elterjedésével, a mi mellett mindinkább tért foglalt az a jobb belátás, hogy a typhus-betegeknek az eddiginél bőségesebb táplálása is mérvadó tényező. Ez előadás keretében természetesen távol áll tőlünk az a szándék, hogy kritikát gyakoroljunk e therapeutikus irányzatok felett; minden esetre feltünő kell hogy legyen, hogy manapság, mikor a hyperpyresisnek nem tulajdonítunk oly deletaer befolyást a szervezetre, mint Liebermeister fellépése idejében, és a hydrotherapeutikus eljárások inkább mint szív,- véredény- és idegzsongító behatások örvendenek tekintélynek és kevésbbé lázellenes hatásuknál fogva, midőn a hydrotherapia orthodox alkalmazását kevés helyütt van alkalmunk látni, mégis a typhus prognosisa ép olyannak mondandó általában, mint amaz időkben, a mikor súlyos műhibául rótták volna fel az orvosnak a hidegvízgyógymód elhanyagolását. Nem zárkózhatunk el ama meggyőződés elől, ha ezt oly elfogulatlan klinikus, mint a milyen Korányi, vallja magáénak, miszerint mindinkább fogynak a *súlyos esetei* a typhusnak és mind gyakrabban kerülnek az orvos elé az esetek túlnyomó többségében oly *könnyebb megbetegedési alakok*, melyeknél intermittáló, sőt abortiv lázmenetet, a hasmenés hiányát, mérsékelt lépduzzanatot stb. van alkalmunk észlelni. De szabad-e az orvosnak az egyes esetben magát statistikai adatok és általános tapasztalatok által vezéreltetni? és bár igaz, hogy míg hajdan 10 beteg közül kettő, most pedig ugyanannyi közül csak egy esik a veszélyes kór áldozatául, mégis nem természetes-e, hogy az első érzés, mely *minden* typhus-beteg ágyánál az orvost áthatja, a bizonytalanság és legsúlyosabb felelősség tudata? Bizonyára érthető ez, „mert a ki ez érzést nem ismeri, nem ismeri a betegség természetét sem". Másrészt épen e tagadhatatlanul enyhe lefolyásra hajlamos typhus-eseteknél az orvos ritkábban, mint előbb, jön olyan helyzetbe, a mikor az ő czéltudatos beavatkozásától függ élet és halál; feltéve, hogy meggyőződést szerzett arról, hogy az infectio mérsékelt erejü, hogy a hőmérsék túlmagas fokra való emelkedésre hajlamot nem mutat, a béltünetek nem túlságosak, az eszmélet nem aggasztó mértékben szenvedett zavart, ha a szív állapotáról sokszoros vizsgálat alkalmával megnyugtató bizonyosságot szerzett, szóval, ha oly esetről van szó, melyben — előreláthatatlan szövődményeket nem tekintve — kedvező kórjoslatot állíthat, akkor egy második therapeutikus kérdés előtt áll: miképen befolyásolható a betegség lefolyása oly értelemben, hogy a beteget lehető legrövidebb idő alatt előbbi erejének és munkabirásának birtokába visszahelyezze, hogy ez elfoglalhassa helyét a társadalomban és csorbítatlan erélylyel vehesse ki részét a létért való küzdelemben?

És bár szorosan vett orvosi szempontból a typhus-beteget egészségesnek kell mondanunk attól az időponttól kezdve, mikor a recidiva és az utóbetegségek veszélyei kizárvák, mégis mindaddig, míg társadalmi értelemben egészség és munkaképesség egyértelmű marad, az orvosnak kötelessége, hogy működését a reconvalescentia fontos időszakára is kiterjeszsze. Nemzetgazdasági szempontból nem lehet közömbös, vajjon 8, vagy pedig 12 hétig akadályozza foglalkozásában a férfikora delén levő munkást egy középsúlyos megbetegedés, míg a betegsegélyző pénztárt egyenlő mértékben károsítja, akár a kórháznak, akár az üdülők házának fizeti az ápolási költségeket. Épen az utóbbi intézeteknek, melyeket külföldön túlnyomó részben typhus-reconvalescensek népesítenek be, már minálunk is kezdeményezett alapítása utal annak a szükségére, hogy a typhus-betegeket a láztalan időszakban is részesítsük az orvosi kezelés jótéteményeiben. Az antisepsis aerája előtt meg kellett elégedniök a sebészeknek, ha egy nyilt törés után megmenthették a sérült végtagot, manapság, az asepsis és a betegsegélyző pénztárak idejében, a munkás-törvényhozás hajnalán a sebészet már abban leli dicsőségét, hogy a lábnak minél hamarébb visszaadja teljes működési képességét. S miért haladjon a belgyógyász kevésbbé a korral, mint a sebész? A typhust és a typhus-reconvalescentiát tehát *egynek* kell tekintenünk, mint egy és ugyanazon betegségnek lázas és láztalan időszakát, mely betegség érdeklődésünket quoad vitam első részében ugyan, de quoad functionem sokkal hosszabb időszakban foglalja le.

Vizsgálataink, melyek a lázas, de még kiterjedtebb mértékben a láztalan időszakra vonatkoznak, első sorban praktikus érdekeket szolgálnak. De ezek mellett igen érdekes theoretikus szempontok merültek fel, nemcsak a reconvalescentia táplálkozási viszonyaira, hanem, mivel bizonyos feltételek mellett a reactioról az actiora is lehet következtetni, a lázas anyagforgalomra vonatkozólag is. Az a szándékunk, hogy a mennyire ezt felolvasásunk kerete megengedi, ezekre is kiterjeszkedjünk.

Legelőbb is felvetendő ilyeténkép a kérdés: Létezik-e diaetetikus typhuskezelés? Bizonyára ép oly kevéssé, mint antipyretikus typhuskezelés. A míg a bakteriologikus kutatások alapján módunkban nincs az infectio ellen küzdhetni egyenesen, addig csak a tünetek ellen irányulhatnak intézkedéseink; és valamint a lázellenes és hidegvízgyógymód csak a hyperpyrexiaval és a légző és keringési szerveknek ezzel járó gyöngeségével szemben számíthat sikerre, úgy a diaetetika is csak ama nem kevésbbé fontos tünetcsoportot képes befolyásolni, melyet a lázas anyagcserezavar neve alatt az infectio ép oly kiegészítő részének ismerünk, mint a részben épen ez által feltételezett emelkedését a testhőnek és melynek utolsó eredménye a szervezet nagymérvű kóros fogyása.

Ez utóbbit csökkenteni és a pótlódási folyamat útjait egyengetni képezi feladatát a diaetetikus therapiának, mely addig, míg aggasztó tünetek a beteg élete érdekében követelik esetleg rögtönös beavatkozásunkat, csak mellékesen tarthat igényt figyelmünkre, mely azonban jogot formálhat annak teljes lekötésére attól a pillanattól kezdve, a mikor a quoad vitam kedvező kórjóslat

*

[1] Előadatott a budapesti kir. orvosegyesületnek 1899. január 14-dikén tartott gyülésén.

[2] A vizsgálatokat, melyek négy egyénen 36 kisérleti szakban végeztettek, egész terjedelmükben más helyen fogjuk közölni.

már megengedi, hogy főtörekvésünket a beteg minél gyorsabb és teljesebb felépülésére fordítsuk.

A heveny lázas beteg lesoványodása általában és a typhus abdominalisban szenvedőé különösen oly feltünő jelenség, mely kellett, hogy a legrégibb észlelők figyelmét is felkeltse; ennek daczára csak e század közepe felé találunk ennek megakadályozását czélzó kisérleteket, még pedig Angliában, a hol *Graves* és *Murchison* léptek fel a typhus-betegek lassú éhenhalatása ellen — a mint ők nevezték — és tisztán tapasztalati alapon a dúsabb táplálást ajánlották. Csak lassan tudtak elveik szárazföldön is érvényre jutni; még túlerős volt a ragaszkodás *Hippokrates* tanaihoz, melyek csak megerősítést találtak *Brown* és *Broussais* rendszerében. „Morbum nutris, non aegrotum" ez volt az elv különösen lázas bántalom esetében, melynél az uralkodó felfogás értelmében a fokozott *elégést* tekintették a láz legfőbb okának, és melyet egyes-egyedül a tüzelő anyag, tehát a táplálék megvonása által gondoltak csökkenthetőnek. Csodálatosképen még évtizedekig tartották magukat e nézetek, daczára annak, hogy *Chossat, Liebig, Bischoff, Bidder* és *Schmidt, Voit* és *Pettenkofer* is lerakták már a modern táplálkozási tannak alapjait. Azon időtájt volt ez, mikor az antipyretikus lázkezelés theoriája volt az uralkodó, és mindent háttérbe szorítva, már a gyakorlatban is kezdett érvényesülni; manapság, mikor a betegtáplálás alapelvei közvagyonná lettek, majdnem hihetetlennek hangzik, hogy *Hösslin*, a táplálkozási tan fejlesztése körül oly nagy érdemeket szerzett müncheni iskola neveltje, még ezelőtt 15 évvel szükségesnek tartotta bebizonyítani, hogy dúsabb táplálkozás nem emeli a hőmérséket.

Tisztelt uraim! A láz diaetetikájának további történeti fejlődése, bár még csak a félmulté, nem tarthat igényt érdeklődésükre; csak még ama részét a láztheoriának kell röviden érintenünk, melynek legnagyobb része volt az átalakulásban és ez a lázas hőmérsék *okáról* való jelenleg uralkodó felfogásunk, mely lényegében egyenes ellentéte a régi elégési theoriának. A kisérleti eredmények, melyek birtokában vagyunk, ép oly bizonyító erővel birnak, mint a belőlük levonható következtetések. Ha a testünkben lefolyó égési folyamatnak mértékéül a belégzett O-t és a kilégzett CO_2-t tekintjük, úgy állatokon és embereken végzett kisérletekből kiderül, hogy láz alatt ezek, és velök együtt a hőfejlesztés, átlag csak 20%-kal emelkedett a rendes fölé, míg erős izommunka az elégést több mint kétszer annyival képes fokozni, a nélkül, hogy a test belsejében a hőmérsék egy pár tized foknál többet emelkednék. Mert rendes körülmények között és erős izommunka esetében minden emelkedése a *hőtermelésnek* kiegyenlítődik a fokozott *hőleadás* által. Láz esetében azonban épen emez, első sorban a bőr hajszáledényei alkalmazkodási képességén nyugvó szabályzó készülék működik a rendestől eltérő módon, vasomotorikus, központi befolyásoktól függő zavarok megakadályozzák a hőnek kifelé való jutását és így *hőpangás* létesül. A legelterjedtebb újabb kézi- és tankönyvek és a láz theoriájával foglalkozó búvárok túlnyomó többsége oly feltétlenül vallják magukénak azt a felfogást, a mely szerint a lázas hőmérsék a *hőpangás* eredménye, hogy szinte zavarba hozza őket a hőfejlesztésnek, bár kisebb mértékben, de tagadhatatlanul meglevő emelkedése.[1] Mi czélja van? Talán az, hogy ennek segélyével érje el a szervezet hőfokának azt a kétségtelenül reactiv természetü emelkedését, melyet sokkal czélszerübben és takarékosabban tudna magának megszerezni, mint a hogy tényleg oly módon szerzi is meg legnagyobbrészt, tudniillik a hőrekedés létrehozatalával? Vagy talán csak a *következménye* a fokozott hőfejlesztés a vasomotorikus befolyások alatt létrejött hőemelkedésnek? Vagy tán nem áll a testhőnek emelkedésével semminemü *oki* viszonyban, hanem az anyagcsere élénkülése a fertőző folyamat *önálló* megnyilatkozásának tekintendő, mely *egyenrangú* a hőmérsék emelkedésével, akár mint kóros jelenség, akár mint a szervezet védőeszköze? Úgy tünik, hogy az utolsó feltevés felel meg legjobban a mai felfogásnak, pedig több körülmény szól a mellett, hogy az anyagforgalom emelkedése egyúttal a hőemelkedésnek egyik szükségképeni *feltétele*. Engedjék meg, hogy utaljunk e részben *Herz*-nek szellemes, de kevéssé méltányolt kisérletére, kinek tudniillik az által, hogy élesztőgombasejtekhez rothadást előidéző mikroorganismusokat kevert, sikerült azokban, tehát egysejtü képződményekben „lázat" előidézni; az őket körülvevő tápláló folyadékban jelentékeny hőemelkedés és egyidejüleg fokozott szénsavtermelés volt kimutatható; tehát *tényleges láz* volt ez, mely antipyretikus szerek — különösen menthol által — befolyásolható is volt, és melyet *tisztán fokozott hőtermelés okozott*. Legújabb időkben *Krehl* calorimetrikus vizsgálatokkal mutatta ki, hogy ama rész, melyet a fokozott hőtermelés és csökkent hőleadás a hőemelkedés létrehozatalában vesznek, különböző állatoknál különböző nagy. Ez a tény és még több más arra a meggyőződésre kell hogy vigyen bennünket, miszerint a lázas emelkedése a testhőnek a primitiv szervezetben, melynek protoplasmája még egynemü, *az elégési folyamat élénkülése által okoztatik*; a magasan differentiált protoplasmával, szabályozó idegrendszerrel biró, czélszerübben müködő, melegvérü állatban pediglen csak kis részben folyik az *elégés* élénküléséből, hanem inkább az élettani viszonyokhoz hasonlatosan a takarékosság elve értelmében physikai szabályozás következménye.

Ha tehát az elégési folyamatok élénkülésének, bár részben ragaszkodnunk kell activ szerepéhez, nem tudhatunk be oly nagy részt a testhő emelésében, akkor honnan magyarázható mégis a lázas lesoványodás? A táplálási tan mostani elvei szerint egyszerű a felelet: a hiányos táplálkozásból, melyben része van minden lázas és különösen minden typhusos betegnek. Ha még a betegség tetőfokán annyi erélyforrást nyujtunk neki táplálék alakjában, a mennyit szükségesnek itélünk egy közepes munkát végző ember számára, úgy sikerülend legnagyobb részt a lesoványodásnak elejét venni. A tapasztalat bizonyos mértékben e felfogás helyessége mellett szól. A táplálási tannak sikeres alkalmazása idült lázas tüdőbetegnél, az a lehetőség, hogy testsúlyuk növeltethetik, túlságosan ismeretes, semhogy e helyütt bővebben kellene vele foglalkoznunk. E szerint lehetséges a láz fennállása daczára az egész forgalmat a táplálékbevitel által fedezni, sőt egy részét — mint fölösleget — lerakatni. Másrészt nem hiányoztak kisérletek, melyekben a főképen inanitiós lesoványodás tanát *heveny lázas*, főként *typhusos betegekre* is át akarták vinni, és itt azt tapasztalták, hogy ugyanazon theoretikus föltevések, melyek idült, lázas betegeknél oly szép eredményeket adtak, nem voltak képesek kiállni sem a klinikai kisérlet, sem az általános tapasztalat tüzpróbáját. A táplálási tannak fanatikusai, kik ép oly elfogultak, mint az egykori rajongó hivei az éheztetésnek, oly mennyiségü tápanyagot adtak a hagymázos betegeknek, mely nemcsak, hogy elegendő lett volna egészséges emberek táplálására és a naponkénti veszteségek fedezésére, de melynek lerakódást is kellett volna eredményezni. A *Tschudnowsky*-féle szentpétervári katonaorvosi klinikán a typhusbetegek tápláléka napjában 160 gr. fehérjéből, 75 gr. zsírból és 300 gr. szénhydratból állott, a mi megfelel 3000 caloriának. Kérjük a tisztelt orvosegyesületet, hogy egyelőre ne azon szörnyüködjék el, hogy a betegek ezt a nagy meny-

[1] Mielőtt értekezésünk még magyar nyelven megjelenhetett volna, mielőtt tehát a magyar kartársak fejtegetéseink és a belőlük levonható következtetések értékéről önálló itéletet alkothattak volna, a „Gyógyászat" 9. számában Lévy Lajos dr. tollából polemikus czikk jelent meg; szerző ellenvetései többnyire olyan félreértéseken alapulnak, melyek némi figyelemmel ki lettek volna kerülhetők és melyek ellenbirálatába bocsátkozni annál kevésbbé lehet szándékunk, mert dolgozatunk lényegével legnagyobbrészt igen lazán függnek össze. Az általa kifogásolt pasussok egyike a fent jelzett; nem igazolás, hanem magyarázat gyanánt a legújabb munkákból a következőket czitáljuk: „Es ergiebt sich wiederum, dass für das Verständniss der fieberhaften Temperatursteigerung *durchaus aller Wert auf ein mangelhaftes Functionieren der wärmeabgebenden Apparate zu legen ist.*" (*Lubarsch-Ostertag's* Jahresberichte 1896, Referat über das Fieber von *Krehl.*) „Während also auf der einen Seite die calorimetrische Untersuchung gezeigt hat, *dass die Wärmestauung hinreicht um die febrile Temperatursteigerung zu erklären*, hat auf der andern Seite die directe Messung der Oxydationsvorgänge durch den Respirationsapparat ergeben, dass auch diese gesteigert wird." (F. Müller, Allgemeine Pathologie der Ernährung, in Leyden's Handbuch. 1897.) „*Die Überwärmung des Organismus ist darauf zurückzuführen, dass er* durch Leitung, Strahlung und Wasserverdunstung *weniger Wärme verliert, als der Energie ihrer Production entspricht.* Aber diese hält sich auch nicht in den gewöhnlichen Schranken . . . Unter diesen Umständen ist es wohl von Interesse zu fragen: *in welcher Beziehung steht nun dann die Erhöhung der Wärmebildung zum ganzen fieberhaften Prozess? Trägt sie überhaupt etwas bei zur Steigerung der Eigenwärme?* In welcher Weise geschieht dies?" (*L Krehl*, Unsere gegenwärtigen Kenntnisse über die Beziehungen der Wärmeproduction im Fieber. Verhandlungen d. Congr. für innere Med. 1898.) Lásd ezenkivül: *A. Löwy*, Virchow's Archiv 126. kötet és *Kraus*, Zeitschrift für klin. Medizin 18. köt.

nyiségű tápszert tej mellett hús és rozskenyér alakjában kapták, hanem a felett, hogy mindezek daczára a naponkénti súlyveszteség 309—382 gr. volt, és hogy a betegek testsúlyukban 10—11%-nyi megfogyatkozást mutattak, azaz csak kevéssel csekélyebbet, mint oly betegek, kiket még a régi módszer szerint, tehát hiányosan tápláltak. *Jürgensen*, ki betegeit bár az akkori felfogás szerint jól, de alapjában véve mégis hiányosan táplálta, egészben körülbelül 1000 caloriát nyujtott nekik, átlag 260 gr.-nyi naponként fogyatkozást észlelt, tehát kevesebbet mint mások erőszakos táplálásnál. *Kohlschütter* megjegyzi az ő nagy figyelemmel összeállított súlytáblázataiban, hogy a hagymázos beteg átlagos súlyvesztesége *ugyanaz* maradt, *akár bőven, akár fogyatékosan táplálkozott a beteg* és hétről hétre bizonyos szabály szerint csökkent. Ehhez járul még amaz ismeretes körülmény, hogy a láz alatt fejlődő *vízretentio* meghiúsítja azt, hogy egyenes viszonyt állíthassunk fel a *súly-* és az *anyagveszteségek* között, és hogy rendesen nagyobb a hús- és zsírveszteség, mint a milyennek ezt a súlyveszteségből itéltük, a mire már Leyden utalt. Annál inkább meglepő e tény és miben leli magyarázatát? *Miért lehetetlen a typhusbeteg anyagveszteségeit a láz alatt csak megközelítőleg kielégítő módon is pótolni?*

Oly tény adja meg a feleletet, melyet *Traube* az ötvenes években talált és a melyet azóta számtalanszor igazoltak, melyet nevezhetünk banálisnak, de mely eléggé felderítve máig sincsen: *és ez a fokozott fehérjeszétesés láz alatt.*

A lázas több fehérjét bont el, mint az egészséges ember; ezt az eredményt adták *Traube, Unruh, Moos* stb. kezdetleges hugyany meghatározásai.

A lázasok teljes anyagforgalmában magasabb hányados jut a fehérje elégetésére, mint a N-mentes anyagokéra, vagy Senator szerint: egyenlő táplálkozás mellett a lázas beteg fehérjében szegényebb és zsírban gazdagabb lesz, mint az egészséges ember, ezt mutatta a fehérjeforgalom összehasonlítása az összes forgalommal.

Heveny láz alatt fehérjeegyensúly nem érhető el, bármennyi fehérjét vinnénk is be a táplálékkal; a lázas beteg még a dús táplálás mellett is N-veszteségben marad és szöveteiből fehérjét veszít. E harmadik, a lázasok elkerülhetetlen fehérje veszteségére vonatkozó tételt az utóbbi évtized anyagforgalmi vizsgálatai eredményezték.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti k. m. t. egyetem 2. számú (Réczey tanár) sebészeti klinikumáról.

Gümős hashártyalobok.

Irta *Chudovszky Móricz* dr. tanársegéd.

(Folytatás.)

A IV. esetben negyvenéves férfibeteg másfél év előtt mellhártyagyuladást állott ki, a mely miatt bal mellüregét megcsapolták, a midőn a lobterméket eltávolították. Azon idő óta a kezdődő gümős hashártyalob tüneményei kezdtek jelentkezni; az alhas állandó feszülő érzése tompa fájdalommá válik, székrekedése támad, a has időnkint felpuffad és heves hasgörcsöket érez a beteg, a mellett kezd lesoványodni. Három héttel a kórházba érkezése előtt a nélkül, hogy a 16 év óta fennálló jobboldali odanött lágyéksérvén valamit érezett volna, kezdett csuklani és hányni. A klinikumon még feltünőbbé válnak a gümős hashártyalob tüneményei, a has igen érzékeny, különösen a köldök táján, a beleken folyton korgást hallunk, azok mozgásai igen fokozottak, A beteg odanött lágyéksérvén kizáródást nem észlelhetünk. Minthogy a beteg az észlelési idő alatt (7 nap), daczára, hogy időnként szelek mennek és széke is van, időnkint annyit hány, hogy az bélsár-hányássá fokozódik, a gümős hashártyalobból és az odanött lágyéksérvből eredő időleges bélelzáródásra gondolunk, a mi miatt akkép készülünk a műtéthez, hogy ha a sérvmetszés helyén nem leljük meg az időleges kizáródás okát, akkor hasmetszés útján keressük meg azt. A sérvmetszés alkalmával 2500 cm^3 savó ürül ki mint lobtermék, mivel pedig a hányás és az időnkénti elzáródás oka az odanött sérv helyzetéből meg volt fejthető, a sérvet kellőképpen fedve visszahelyeztük a hasüregbe. A műtét helyességét bizonyítja a beteg lassú, de biztos gyógyulása. A has lobos tüneményei elmulnak, a has behorpad, nem érzékeny, székelése rendessé válik. A kiirtott sérvtömlőrészletből vett gümős készítmény igazolta kórisménk helyességét. A savós rostonyás gümős hashártyalobra a sérvmetszés épen olyan kedvező befolyással volt, mint az eredeti hasmetszés, sőt mivel a visszahelyezett sérvvel megoldottuk az időleges bélelzáródás okát, e műtéttel teljesen helyreállítottuk az egyént. Az illető 1898 tavaszán, tehát 4½ év mulva a műtét után egészséges és családja is van, a mi felgyógyulása megitélésére kellő bizonyíték.

Az V. esetben 36 éves nő, a kinek nyolcz év óta fennálló lágyéksérve van, a mely hirtelen kiszorult, de még aznap vissza volt helyezhető, sérvkizáródási tünemények között jött be klinikumunkra. A fennálló bélkiszoruláson kivül ugyanazon oldali hasfél nyomásra fájdalmas, csikarásszerű önkéntes fájdalmai vannak; nyelve lepedékes, a mellett kissé száraz. Minthogy előtte való napon még hascsikarással járó széke volt, arra gondoltunk, hogy a sérv visszahelyezése alkalmával esetleg azt egész tömegében a tömlővel együtt tolták vissza, avagy esetleg egy ritka sérvalakkal, lágyéksérvi Littré-sérvvel van dolgunk. A Bassini módszere szerint végezett sérvmütét azonban arról világosított fel, hogy az egész kórkép egy szövődményes kórfolyamat következménye, a midőn a sérv visszahelyezése után a fennálló savós rostonyás gümős hashártyalob hevesebb lobtüneményeket okoz. Nézetünket igazolja a gyógyulási folyamat. A betegnél egy körülirt hashártyalob fejlődik, a mely minden esetre azon bélkacs felől indulhatott ki, a mely ki volt záródva. A beteg hány, lázas, hascsikarásról panaszkodik. A hasfájdalmak, a hőmérsékemelkedés, a hányási inger opium-porok és hüvös borogatások alkalmazására megszünnek. A lob a műtét helyén mint locus minoris resistentiae-n szintén lobot indít, a melynek helye gyanánt a gümővel fertőzött terület alkalmas talaj lehetett, a mely lob következtében a szomszédos lágyékmirigyek is belejutnak a fertőzés körébe. A folyamat mind a két helyen visszafejlődik, a mi a szervezet nagyfokú ellenállóképességére vall, hogy ezt a gümős átterjedő fertőzést leküzdötte. A beteg műtéti sebe elsődlegesen meggyógyul, hanem a fennálló gümős hashártyalob tüneményei miatt 2½ hónapig még észleljük. A savós rostonyás hashártyalob lefolyása közben azt az alakot utánozhatja, a midőn a gümős lob következtében álképletet utánzó térfogatmegnagyobbodások támadnak, a melyre példát XI—XIV. esetek között találhatunk.

A beteg egy év után még teljesen jól érzi magát. A kórjóslatot tehát kedvezőnek kell mondanunk.

A VI. esetben 40 éves férfi 17 év óta jobboldali lágyéksérvben egy idő óta pedig gyomor- és hasgörcsökben szenved, ilyenkor a sérve a herezacskóba száll le, feszessé és fájdalmassá válik. Az észlelési idő alatt is egy ily rohamot észleltünk a nélkül azonban, hogy a sérvkizáródás fokából meg tudtuk volna magyarázni a tünemények nagyságát. Főképen, mivel a sérv visszahelyezése után is fennállott a bélgörcs és a mint a beteg elmondja, hogy előbb lepi meg a görcs és csak azután száll le a sérve: arra következtettünk, hogy talán egy fennálló gümős hashártyalob idézi elő ezen kórképet. A hasüregben semmineüm kórjelet sem tapinthattunk, ugyanúgy, mint más esetekben az egész megbetegedés láz nélkül folyik le.

A betegen sérvmütétet végeztünk Bassini módszere szerint, a mely alkalommal a hasüregből a gümős lobtermék egy részlete kiürül. A sérvmütétet, mint palliativ behatású mütétet alkalmaztuk. A seb elsődlegesen meggyógyult a nélkül, hogy a mütét helyét a gümős lobtermék oly mértékben fertőzte volna, mint azt az előbbi esetben észleltük. Vajjon a beteg gümős hashártya lobja ezen mütét következtében gyógyulni fog-e, véleményt még nem mondhatunk. A beteget egy fél év mulva láttuk viszont, a mikor ő magát gyógyultnak érezte, természetesen egy fél év a gümős hashártyalob gyógyulási idejére nézve nem megbizható határidő.

A VII. esetben 46 éves férfi négy év óta baloldali lágyéksérvben szenved. Fél év előtt mellhártyagyuladást állott ki. Felvételkor megállapitható volt, hogy mind a két tüdőcsúcsa gümősen megbetegedett, hogy vérszegénysége arra vall, miszerint a szer-

vezet egyéb helyein is találhatunk gümös bántalmat. Lágyéksérve teljesen visszajárt, csupán a here savós hártyájának savós gyüleme járt azon tüneménynyel, mintha a sérv egy részlete visszamaradna. A betegnek időnkinti hasmenései gyanút keltettek bennünk arra nézve, hogy a bélhuzamban esetleges gümös fekélyek vannak, a melyek azt okozzák.

A sérvműtétet megelőzőleg tehát úgyszólván semmi támaszpontunk sem volt arra nézve, hogy az adott esetben gümös hashártyalob van jelen. Csak a műtét alkalmával tünt ki az, hogy a hashártya fali lemeze gümös; a bél savós hártyája ép volt, sőt a mint a górcsövi vizsgálat kimutatta, a gümös góczok egyikemásika gyógyulásnak indult. Mindezek a körülmények és a sérvmetszés helyének zavartalan gyógyulása arra engedtek következtetni, hogy az eset kedvezően fog lefolyni. Azonban 1¼ év mulva, midőn újra látjuk, a hashártya gümös lobja még fokozottabb mérvben van jelen. A beteg lesoványodott és igen vérszegény. Hasa puffadt, nyomásra érzékeny. A szeméremdomb felett egy diónyi egyenes hassérv képződött. A régi műtéti hely alsó zugában egy gümös fekély és egy gümös sipoly állapítható meg. A beteg a mellett igen sokat hány, csuklik. Szelek mennek. Az erélyes lobellenes kezelésre a hányás és csuklás megszünik, a has lepuffad, érzékenységét elveszti. A beteg magától székel és a szelek eltávolodnak. Az egész heveny folyamat alatt hőemelkedést nem észleltünk. A betegnél úgy látszik a gümös hashártyalob az első műtét után nem gyógyult, a fali hashártya gümői a műtét helyén keresztül a bőrfelszinre ürítik ki a gümös lobterméket. A másodszori felvételkor kimutatható heveny gümös hashártyalob vagy friss miliaris gümös fertőzésen alapulhatott, vagy a régi folyamatnak nagyfokú helybeli kiújulásán. A betegre nézve a kórjóslat kedvezőtlen; nem képzelhető, hogy ily nagyfokú megbetegedés mellett ez a vérszegény és sovány egyén soká fentarthassa magát.

A VIII. esetben 14 éves fiúnak egy hónap óta jobboldali lágyéksérve van, a mely neki semmi komolyabb kellemetlenséget nem okoz; csupán arról panaszkodik, hogy időnkint szúró fájdalmakat érez a hasában. Az 1½ hónapi észlelési idő alatt a betegnél időnkint hasgörcsöket észleltünk a nélkül, hogy hasában valami megbetegedés kimutatható lett volna. A sérvműtétet megelőzőleg legfeljebb gyanunkat fejezhettük ki, hogy esetleg valami más megbetegedés szövődik a szabad lágyéksérvhez. A sérvműtét alkalmával a hasüregből kevés szenyessárga savó ömlik ki és az egész sérvtömlő fala teli van hintve gümös góczokkal. Az egész savós hártya igen érdúsnak tünik fel. A műtét alkalmával a hasüregi váladék fertőzi a műtéti területet, úgy hogy a seb csak másodlagosan gyógyul. A gyógyulási folyamat alatt a mellékhere, majd a here és az ondóvezeték gümös lobja fejlödik ki, a melylyel egyidejüleg mind a két tüdőcsúcs beszüremkedik. A tüdőbeli megbetegedésre nézve a górcsövi vizsgálat hasonlóképen gümőt mutat ki. A beteget ilyen állapotban elbocsátjuk, nehogy a kedvezőtlen egészségügyi viszonyok között állapota súlyosbbodjék. A beteg egy félév mulva még életben van, hanem a műtét helyén, úgy mint azt már más fali hashártyai gümőnél is láttuk, gümös sipoly képződik. A beteg a mellett igen lesoványodott. A betegnél tehát a sérvműtét után egy helybeli és egy általános gümőkór üt ki, úgy hogy a műtét kedvezőtlen befolyása szembeszökő volt. Ilyen viszonyok között a kórjóslat is természetesen a lehető legkedvezőtlenebb volt, a mit a fél év után észlelt állapot csak még jobban megerősít.

A IX. esetben egy 20 éves lánynak felvétele előtt 13 hónappal köldöke táján sipolya támadt, a mely legtöbbször híg sárgás, később pedig bélsárszagú váladékot ürített. Felvétel alkalmával bélsipoly jelenléte állapítható meg, a mely miatt rajta 10 nappal bejövetele után hasmetszést végezünk. A sipolyt feltárjuk, fala gümősnek bizonyul. Az egész feltárt sipolyt a bélbe szájadzó nyilásával együtt kiirtjuk. A szomszéd odatapadó bélkacsot leválasztjuk, a bélsipoly nyilását Lembert-Czerny-, majd felettök haladó Lembert-varratokkal egyesítjük. A hasfalat a klinikumon dívó és alkalmazásban lévő eljárás szerint három sorban alkalmazott varratokkal egyesítjük. A műtét után kisfokú hashártyalob tüneményei mutatkoztak, a mely azonban nem annyira a fali hashártyából, mint magából a bél faláról terjedhetett át. A műtett bélrészlet odatapadt a műtéti helyhez és az ott képződött tályog a varrat kiszedés alkalmával ürül ki. A míg a műtétet megelőzőleg egy hosszú sipolyjárattal volt dolgunk, most egy olyan képződött, a mely közvetlenül a hasfalat egyenesen összekötötte a béllel. A sipoly időnkint elzáródik, akkor a környezete lobosan beszüremkedik, új tályog képződik, a mely áttör s a bélsipoly újra visszatér. A beteg, miután látta, hogy a sipolya semmi módon nem gyógyul és erejében gyarapodott, új műtétbe egyezik bele, a melyet négy hónappal az első után végezünk rajta. A hasmetszéssel felszabadítjuk a hassipolyt magábafoglaló heget, leválasztjuk az odanőtt felső és alsó bélkacsot, a mikor kitünik, hogy a bél teljesen el van zárva, hanem a hashártyán számos gümös gócz látható, a melyek a sipolyt fentartják. A sipolyos bélt a fali hashártya széléhez rögzítjük, a hasfalat elzárjuk. Épen úgy, mint az első műtét után, a helybeli lobos folyamat tályogképződéshez vezet, a mely 7-dik napon a varratok kiszedésekor kiürül, a tályog helyén csakhamar bélsár is ürül, úgy hogy újra a második műtét után is egy bélsári sipolylyal összekötött gümös hassipoly marad vissza. Elképzelhető, hogy a beteg két ilyen nagy kiterjedésü műtét után mennyire elgyöngült, de azért a második műtétet is sikeresen kiállotta. A sipolyhoz még az is társul, hogy az összes varratok mentén gümös sipolyok támadnak, a melyek azonban a bélsipolylyal egyetemben lassankint megkisebbednek. Előbb a bélsipoly elzáródik, utána lassankint a gümös hassipolyok is meggyógyulnak, úgy hogy a beteg 2½ hónap mulva a második műtét után javultan távozik. 1897. november havában viszontlátjuk a beteget, a ki igen jó karban van és testileg súlyban gyarapodott. A két év alatt időnkint sipolyok támadtak, a melyek újra elzáródtak. Az utolsó fél évben egyáltalában nem volt többé beteg; azóta ismét egy év mult el (1898. november) és az egyén teljesen meggyógyult. A kétszeri hasmetszés tehát, daczára az igen súlyos bélsipolyos szövődménynek, igen kedvező behatással volt. A fekélyképződéssel járó gümös hashártyalob lassankint elmult és az egyén 2½ év mulva eltávozása után gyógyultnak tekinthető.

A X. esetben 43 éves férfibeteg rövid idő óta súlyos hasgörcsökben szenved, a melyek következtében állítólag hányás lepi meg. Mielőtt a klinikumra felvétetett volna, hat napig nem volt széke, ugyanazon idő óta többször hányt és sokat csuklott. A midőn láttuk, hogy a sápadt és beesett arczú betegnél nem annyira a bélelzáródási tünemények, mint inkább a hashártyalob tüneményei kifejezettek, czélszerünek láttuk, hogy a műtéti beavatkozással várjunk. A haspuffadás, a has érzékenysége, a has bőrének kisfokú vizenyője, a csuklás jeges borogatásokra lassankint elmulnak. Magas beöntésre bőségesen van széke. A beteg az első 14-dik napon belül annyira megjavult, hogy a gümös hashártyalob heveny tüneményei eltünni látszottak. 15-dik napon a betegnek hirtelen nagyon fájdalmassá lesz a hasa, négyszer hány és igen sokat csuklik. Majd a hasa puffadni kezd, úgy hogy a belek nagyfokú puffadása légszomjat okoz. Magas beöntés, gyomormosás lényegesen nem segítenek az állapoton. Azt kellett feltételeznünk, hogy ezen második rohamnál a bél kizáródása valamely keringési akadály következtében jött létre. A hasmetszésnél a hashártya gümőkórja látható volt; a mellett néhány felső csipő bélkacs egy kétujjnyi széles álhártya következtében leszorul és a mellett meg is csavarodik. A betegnél megszüntettük e keringési akadályt, hanem a műtétet a szívizomzat elfajulása miatt nem birta ki. A betegnél a gümös és a mellett fekélyesedő s helyenkint gyógyulásnak indult hashártyalob hegeket hozott létre, a melyek zsugorodása következtében eleinte kisfokú, később a bél időnkinti, majd a bél leszorításával és megcsavarodásával a bél teljes elzáródásához vezető folyamat jön létre, a melyet a hasmetszéssel megszüntettünk. A boncolás ezeken kivül igen érdekes lelettel gazdagított bennünket. A hasnyálmirigy helyét egy kis gyermekfejnyi gümös eltokolt tályog foglalja el. E tályog, a mely ha a hasfalhoz közelebb esik, élőben azon hashártya gümös alakját utánozza, a melyet mint az álképletetet utánozó hashártyalobot tárgyaltunk. A hasnyálmirigy gümője maga igen ritka megbetegedés és épen úgy, mint az irodalomban ismert esetekben, úgy ebben az esetben is nem határozható meg, vajjon előbb fejlödött-e ki a hasnyálmirigy vagy a hashártya gümője. De tekintettel arra, hogy a bélkizáródás egy megelőző genyes, fekélyes gümös hashártyalob következménye, feltételezhető az is, hogy ilyen folyamat jelen lehetett a hasnyálmirigy táján is, csupán a

hasnyálmirigyre magára kellett annak átterjednie, hogy az a tályog ott képződjék.

A XI. esetben egy 40 éves asszony nyolcz hónap óta hasfájásokban szenved, hasa puffadt s abban egy térfogatmegnagyobbodás kezd nőni. A székelése igen rendetlen, a mellett rohamosan soványodik s gyengül. Az asszony egy súlyos senyves beteg küllemét mutatta. Az egész felhas táját egy egyenetlen felszinü térfogatnagyobbodás tölti ki. Az észlelési idő alatt (2 hó) a beteg időnkint bő hasmenésben szenved, a midőn az egész térfogatmegnagyobbodás fájdalmassá válik. A tüdők felett érdes légzés hallható. A térfogatmegnagyobbodást egy álképletet utánozó gümős folyamatnak, gümős hashártyalobnak kórisméztük, mely fennállása mellett semminemü változást nem okozott a bél keringésében, csupán a beleket összetapasztotta. Támaszkodva azon tapasztalatra, hogy ilyen esetekben igen sokszor eltokolt gümős tályogokra akadunk, a melyeknek tartalmát czélszerü kiüríteni, próbahasmetszésre szántuk el magunkat. A műtétnél kevés lobos termék, szenyessárga savó ürül ki; az összetapadt beleket szétválasztani akartuk, hanem egyikük beszakadt, a melyet kellő varrattal elláttunk, a hozzáférhető nagyobb sajtos góczokat kitörültük. A hasmetszés helyét egyesitettük. A műtét után eleinte jól érzi magát a beteg, hanem 12-dik napon a varratok kiszedése alkalmával egy bélsársipoly képződik, a mely 10 héttel a műtét után elzáródik, a melyen keresztül időnkint a szomszéd gümös góczok váladéka is kiürül. A beteg egy év mulva meghalt. A műtéttel tehát kedvező eredményt nem érhettünk el. Egyes gümös góczok talán kigyógyultak, de legtöbbje tovább is fennállott s folytatta pusztító hatását. Ugy mint mások, mi is az ilynemü esetben a gümös hashártyalobra nézve a műtétet jó befolyásúnak nem tekintjük.

A XII. esetben egy 42 éves férfinál két év óta a has jobb alsó részében egy térfogatnagyobbodás kezd nőni, a mely székletéti zavarokat okoz. A térfogatnagyobbodás álképletet utánoz, csupán mivel a bőrrel összenőtt s egy kis területen hullámzást mutatott, a mely helyen megcsapolva gümös váladékot kaptunk, mondhattuk rá, hogy gümös hashártyalob van jelen. A gümös lob fekélyképződéshez vezet, a midőn a szomszéd szövetek összekapaszkodtak és egy eltokolt gümös tályog jött létre, a mely mint már több esetben láttuk, ha a gümös folyamat a fali hashártyán székel, kifelé iparkodik áttörni. A beteget a kedvezőtlen helyi viszonyok miatt nem akartuk mindaddig mütenni, a mig kedvezőbb felszin nem képződik a tályog hozzáférése czéljából. A műtéttől sem vártunk volna kedvező eredményt, a mennyiben a gümös hashártyalob ezen alakjai a műtét után is rossz eredménynyel járnak. Az egyén egy év mulva meghalt.

A XIII. esetben egy 38 éves férfinál öt hét óta a felhas és gyomortájon egy térfogatnagyobbodás kezd növekedni, a melylyel kapcsolatban gyakori hasmenései támadtak. Köhög és rekedt azon idő óta. Az észlelési idő alatt, minthogy a tüdő és gége megbetegedése gümőnek bizonyul, a hasüregben növekvő megnagyobbodást szintén gümősnek tartottuk. A többi szomszédos szervek megbetegedése kizárható volt, a mi miatt csakis a hashártya gümős, fekélyesedő tályogképződéssel járó megbetegedésére gondoltunk. Az illető egyénen a lobos folyamat egy álképlet alakját utánozza s mint ilyent műtéti javalat szempontjából kedvezőtlennek tartva, nem is műtettük. Az egyén egy félév mulva meghalt. Igazunk volt, a midőn műtétet nem végeztünk rajta.

A XIV. esetben egy 37 éves czipésznél 6 hét óta egy térfogatnagyobbodás kezd növekedni a bal alhas táján és a bal lágyékhajlatban, a melynek kifakadása alkalmával gümös váladék ürül ki. A gümös sipolyon át a has nyomására gümös váladék ürül ki. Az egész has érzékeny, a mellett az egyén igen heves hasmenésben szenved. A betegnek tüdőcsúcsai gümösen beszüremkedtek. Mindezek alapján feltételezzük azt, hogy a hasüregben, úgy mint sok esetben, a hashártya mögötti szövetek között talán valamelyik nyirkmirigy gümősen megbetegedett s mint ilyen a horpaszizom mentén lesülyedt, a mellett fertőzhette a hashártyát, avagy a hashártya gümős lobjának egy eltokolt izzadmánya ürül ki. E mellett az bizonyit, hogy a beteg hasa mindenütt érzékeny és hogy állandó makacs hasmenésekben szenved. A beteget az egész szervezetében mutatkozó gümős senyve miatt műtétre alkalmasnak nem tartottuk s habár további sorsát nem ismerjük, valószinünek tartjuk azt, hogy az egyén nem soká maradhatott életben.

A mint a közölt kórrajzokból kitünik, a gümös hashártyalob kórismézése sokszor igen sok nehézségbe ütközik; hányszor látjuk, hogy az idült lefolyású lobnak tüneményei hiányoznak, csupán a képződött lobtermék vezet bennünket rá; máskor pedig megvannak azok, hanem lobtermék nincs jelen, avagy oly más tünemények társulnak a gümös hashártyalob tüneményeihez, hogy ezek teljesen kikerülik figyelmünket. Azon esetekben, a hol a gümös megbetegedés nem csupán a hashártyára terjed ki, hanem belevonja esetleg a szervezet más helyeit is, ott könnyebben tudunk eligazodni. Ugy mint más fertőző megbetegedéseknél, úgy a gümös hashártyalobnál is a vérképződés jelentékenyen korlátozott, a mennyiben a vérsejtek egy része, részben a gümös bakteriumok elleni küzdelemben, részben a képződött bakterium-mérgek következtében elpusztul. Feltünő az ilyen betegek halványsága s feltünő a mellett azok lesoványodása. A közlött kórrajzok mind a XIII. esetében észleljük azt, kivételt képez X. betegünk, a ki a fennálló gümös hassipoly daczára a legjobb színben van.

A hashártya gümőjét 3 esetben a tüdők gümője kiséri, két esetben gümös mellhártyagyuladás társul hozzá.

A gümös hashártyalobnak a hasüregben észlelhető tüneményei a lobtermék alakja és annak mennyisége szerint változók.

(Folytatása következik.)

Évi jelentés

Batizfalvy Sámuel dr., a testegyenészet magántanárának sanatoriuma és vízgyógyintézete XL. évi működéséről.

Közli: *Trajtler István* dr.

Az elmult XL. évfolyamban (1898. év január 1-jétől 1898. év deczember 31-dikéig) 146 beteg (100 férfi, 46 nő) kezeltetett az intézet helyiségeiben, kik közül 5 az 1897. évről maradt az intézetben, 141 pedig az 1898. évben vétetett fel.

Az intézeti 146 beteg kezelése összesen 5127 ápolási napot vett igénybe. Ezek közül:

január	hóban	15	beteg	206	napon át	ápoltatott
február	„	17	„	281	„ „	„
márczius	„	19	„	296	„ „	„
április	„	29	„	477	„ „	„
május	„	45	„	860	„ „	„
junius	„	46	„	777	„ „	„
julius	„	40	„	651	„ „	„
augusztus	„	34	„	444	„ „	„
szeptember	„	30	„	372	„ „	„
október	„	17	„	410	„ „	„
november	„	13	„	236	„ „	„
deczember	„	7	„	117	„ „	„

Megjegyzendő, hogy a betegek létszámában az előző hónapokban felvett, de további gyógykezelés alatt maradt betegek száma is benfoglaltatik, a megfelelő hónapban jelentkezett új betegekkel együtt.

A betegek korát tekintve volt:

9—10 éves = 3,	31—35 éves = 15,	56—60 éves = 10,
11—15 éves = 1,	36—40 éves = 36,	61—65 éves = 5,
16—20 éves = 6,	41—45 éves = 17,	66—70 éves = 2,
21—25 éves = 7,	46—50 éves = 19,	71—75 éves = 1.
26—30 éves = 15,	51—55 éves = 9,	

A tulajdonképeni betegeken kivül számos szülő, rokon és kisérő nyert rövidebb vagy hosszabb ideig ellátást a gyógyintézetben.

A betegek hazánk következő megyéiből valók voltak: 1 Alsó-Fehér, 2 Arad, 7 Bács-Bodrog, 2 Baranya, 2 Bars, 4 Békés, 1 Beszterecze-Naszód, 3 Bihar, 1 Csanád, 2 Csongrád, 1 Esztergom, 1 Fehér, 3 Gömör-Kishont, 2 Hajdú, 2 Háromszék, 1 Hont, 5 Hunyad, 3 Jász-Nagykún-Szolnok, 2 Kolozs, 1 Komárom, 1 Krassó-Szörény, 1 Liptó, 1 Máramaros, 1 Moson, 2 Nógrád, 1 Nyitra, 3 Pest-Pilis-Solt-Kiskún, 5 Szabolcs, 3 Szatmár, 2 Somogy, 2 Szepes, 1 Szerém, 1 Szilágy, 2 Temes, 2 Tolna, 3 Torontál, 1 Ung, 8 Veszprém, 2 Zala, 2 Zemplén, 1 Zólyommegyéből. Ezenkivül volt 53 Budapestről, 1 Boszniából, 1 Fiuméből.

Az intézetben kezelt betegek a következő bajokban szenvedtek: hörghurut 1, tüdőlégdag 1, billentyűk elégtelensége 1, szivtúltengés 1, szív ideges bántalma 1, bélsárpangás 1, lépdaganat 1, agyvérbőség 4, agydag 1, gerinczagysorvadás 5, görcsös gerinczagyhűdés 3, idegzsábák 5, idegbénulások 5, eskór 1, méhszenv 27, ideggyengeség 61, idült izületi lob 3, izomcsúz 2, váltóláz 1, vérszegénység 7, terjedő hűdéses butaság 3, chronikus szeszmérgezés 3, elferdülés a háton 4, értágulatok a végbélen 1, izületi gyuladás a csipőben 1, nyilt törés az alszáron 1.*

A csillaggal (*) jelölt kóreset műtét által gyógyíttatott.

A betegek közül gyógyultan és javulva távozott 137 (95 férfi, 42 nő), gyógyulatlanul 5 (4 férfi, 1 nő), meghalt 1 nő, további gyógykezelés alatt maradt 3 (1 férfi, 2 nő).

Az orvos-sebészi ambulansokon kivül, a testegyenészeti osztályon hosszabb-rövidebb ideig bejárólag a következő esetek gyógykezeltettek: gerinczoldalgörnye 4, gerinczpúp 3, lúdtalp 3, térdizületi zsugor 2.

Az intézet betegeit gyógyították: Bartha Gábor, Bäcker József, Dirner Gusztáv, Donáth Gyula, Groág Ernő, Grósz Emil, Jelenik Zsigmond, Jendrássik Ernő, Kétly Károly, Kézmárszky Tivadar, Korányi Frigyes, Laufenauer Károly, Moravcsik Ernő Emil, Novotny Lajos, Ranschburg Pál, Schaffer Károly, Tóthfalussy Gyula, Váli Ernő tudorok és tanárok, az intézet igazgató tulajdonosa, valamint a vizgyógyászat vezető orvosa Trajtler István dr.

Fertőző betegségek, minő a hagymáz, himlő, vörheny, roncsoló toroklob, kanyaró, az intézetből kizárvák, nemkülönben az őrültek is.

A rendszeres vizgyógymód az intézeti tágas telek fenyves kertjében külön e czélra emelt épület nagy gyógytermében, a beteg bajához és egyéniségéhez mérten, az intézeti szakorvos folytonos felügyelete mellett alkalmaztatik.

A gyógytermek a tudomány mai kivánalmainak megfelelőleg gazdagon fel vannak szerelve a szükséges gyógyeszközökkel s azok czélszerű berendezése a technikai kivitel tekintetében is kiállja a versenyt.

A vizgyógymód mellett az intézetben a villamozás, massage, svéd gymnastika és a Charcot-féle felfüggesztő gyógymód rendszeresen alkalmaztatik.

Testegyenészeti czélokból, a bennlakó betegen kivül, svédgyógytestgyakorlatra bejáró gyermekek is elfogadtatnak.

Az intézeti épület, mely Weber Antal műépitész tervei nyomán határozott rendszerrel biró olasz renaissance-stylben épült, szabad, magas téren, 12 méternyi (38′) magasságban a Duna 0 pontja felett, árnyas park közepén fekszik. Van két udvara; árnyékos kertje 2988 négyszögméternyi területet foglal el. Szélirány a délkeleti és északnyugati közt váltakozik; a talaj homokos.

Csatornázás a házon belül agyagcsövekkel, a házon kivül a kerten át az utczai főcsatornába falazott. Városi vizvezetékkel van ellátva a kert és az egész épület, főző- és mosókonyhák, closetek.

Az újonnan kényelmesen bútorozott betegszobák tágasak és világosak s osztályzat szerint minden rangú igényeknek megfelelnek.

Az étkezés az egyéni esetekhez alkalmazkodva, részint a kórszobákban, részint az intézeti nagy ebédlőteremben a közös asztalnál történik.

A betegek szórakoztatásáról magyar, német és franczia nyelvű könyvtár, zongora, az olvasó-terem asztalán fekvő szépirodalmi folyóiratok, napi lapok s különféle társasjátékok és a környékbe történő szintén társas kirándulások által van gondoskodva.

Az ápoló szolgálat a betegek számához mérten, több-kevesebb személy által eszközöltetik és szükség esetén nappalira és éjjelire oszlik.

TÁRCZA.

Megemlékezés Török Józsefről és Antal Gézáról.[1]

— Korvázlat az orvos-természettudományok fejlődéstörténetéből Magyarországon. —

Hőgyes Endre tud. akademiai rendes tagtól.

Tekintetes Akadémia!

Midőn a tekintetes Akademia emlékbeszédben örökíti meg elhunyt tagjainak élettörténetét, két czélnak teszen eleget. Kegyeletének adóját rójja le az elhunyt munkatársak iránt, kiknek mindegyike részt vett, tehetsége és körülményei szerint többet-kevesebbet, intézményünk közös munkájában, a tudományoknak általában, különösebben pedig magyar nyelven való mivelésében és előbbre vitelében. Az elhunyt tagtársak élete folyásának emlékezetébe hozásával továbbá képzeletében felelevenitve tartja azon kort is, a melyben azok éltek, fejlődtek és működtek, azoknak a tudományos eszméknek szolgálatában, a melyért az Akademia őket tagjává választotta. Ez emlékbeszédek egykoron értékes adatokul fognak szolgálni a magyar tudományosság fejlődéstörténetének megirásában.

Akademiánk III. osztályának megbizásából ez összes ülésben két elhunyt orvoskartársunk emlékezetét igyekszem megvilágitani e két irányban.

Az egyik ezek közül *Török József* dr., ki 1843-tól 1894-ig, tehát 51 éven át volt tagja az Akademiának, a másik *Antal Géza* dr., kit az 1889-diki nagygyülés választott levelező taggá, a ki azonban ugyanez év végén elhalálozván, székét el sem foglalhatta.

* * *

Török József dr. Török Pál superintendens testvére Alsó-Váradon Barsmegyében 1813. október 14-dikén született, hol atyja ref. lelkész volt, ki később mint az egyházmegye esperese Uj-Barson lelkészkedett.

Elemi iskoláit otthon végezte, a gymnasium 4 alsó osztályát pedig Selmeczbányán az ágostai hitvallásúak lyceumában, hová a német nyelv elsajátitása végett küldetett. A gymnasium felsőbb osztályait, továbbá a bölcseleti, jogi és theologiai tanfolyamokat pedig a debreczeni ref. főiskolában. 1836-ban Budapesten lépett az orvosi pályára s ezen tanfolyamot bevégezvén 1841-ben, a következő 1842-dik év márczius 17-dikén orvostudorrá avattatott fel. Ekkor azonnal külföldi tanulmányútra indult s egy fél évet Berlinben tanulmányozott, hallgatván az akkor európai hirű belgyógyászt *Schönleint* s a szinte nagyhirű műtősebészt *Dieffenbachot*, az idegkórtanból *Romberget* stb. Dieffenbach a következő bizonyitványt adta számára:

Herr Dr. Joseph Török aus Pesth hat im Jahre 1842 meine chir. clin. Vorträge u. Operationen mit ausgezeichnetem Fleisse und grösstem Interesse besucht, und Beweise seiner tüchtigen Kenntnisse an den Tag gelegt. Die von denselben an Lebenden ausgeführten chirurg. Operationen wurden mit vorzüglicher Geschicklichkeit verrichtet. Dies bezeugt *Dieffenbach*. Berlin, d. 23. July 1842.

Berlinből Párisba ment, hol a sebészet akkori coryphaeusait hallgatta, ú. m. *Velpeau, Lisfranc, Chassaignac*-ot stb. Ez utolsó következő oklevéllel tisztelte meg:

Université de France. Faculté de Médecine de Paris. Cours de Chirurgie. Je soussigné Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris certifie, que M. le Docteur Török Joseph a suivi avec assiduité les cours d'operations, que j'ai faits à l'École Pratique de la Faculté de Médecine, dans le cours de l'année 1842. Je certifie en outre qu'il s'est livré sous nos yeux à la pratique de la médecine operatoire. En foi de quoi je lui ai délivré la presente attestation. Paris, le 30 Fébre 1842. E. Chassaignac.

Párisból visszatérve, Bécsben állapodott meg s az ottan már akkor kimagasló egyéneket, ú. m. *Rokitansky, Skoda, Schuh, Hebra* stb. hallgatta.

Ekként 4 egyetemnek t. i. a pesti, bécsi, berlini és párisi egyetemeknek szellemével megismerkedve, az 1843-dik év elején Budapesten telepedett meg mint gyakorló orvos, hol azonnal egy kis sebészi magánkórházat nyitott és működése kellő elismeréssel találkozott. Az Akademia ugyanis egy pályamunkájáért, melyet „Magyarország közgazdaságilag nevezetes termékeiről“ végzett orvosnövendék korában irt s másodrendű jutalmat nyert, 1843. október 7-dikén levelező tagjává választotta. 1844. október 13-dikán az orvosi kar; október 23-dikán a budapesti orvos-egyesület r. tagjává; 1845-ben pedig a természettudományi társulat másodtitkárává választotta. Ez időtájt Böhm halálával megürülvén a törvényszéki orvostan tanszéke, ezen állásra pályázott, a bécsi egyetem által leküldött 3 kérdésre latin, magyar és német irásbeli dolgozatot készítve, s ugyanezen 3 nyelven szabad előadást tartva. Mint köztudomású dolog, ezen tanszéket néhai Rupp N. János nyerte el. Ezen pályázatnak azonban mégis volt annyi eredménye, hogy az akkori protomedikus Stáhly Ignácz által felszólittatott, hogy készüljön a diaetetika rendkivüli tanszékére, melyre őt kineveztetni óhajtja. Az akkori helytartó tanácsnál azonban, mely az egyetemet katholikus jellegűnek tekintette, azt sem birta keresztülvinni. Ekként lemondva azon reményről, hogy valaha egyetemi tanár lehessen, 1847-ben elfogadta a debreczeni ref. főiskola meghivását a vegytan, növény- és ásványtan tanszékére, melyre az egyházkerület egyhangúlag választotta meg. 1849-ben Mészáros Lázár hadügyminister két honvéd-kórház főorvosává nevezte ki, mely minőségben ez év január 1-től április végéig működött; május havában az akkori belügyminister Szemere Bertalan által ministeri tanácsossá neveztetett ki az egészségügyi osztályhoz, melynek főnöke akkor a protomedikus Bugát Pál volt. Ez állás csak a világosi fegyverletételig tartott, mely után ismét elfoglalta debreczeni tanszékét, a mely tanszék később, a jogakademia szervezése alkalmával, a törvényszéki orvostan és közegészségtan tanszékévé változott által. Ekként, a mely tanszékre pályája kezdetén aspirált a fővárosi egyetemen, elnyerte azt élete alkonyán egy vidéki akadémián. Debreczeni tanszékéhez azonban az orvosi gyakorlat is hozzá volt kötve, a főiskola kórházának ellátása s a tanuló ifjuság gyógykezelése is reá bizatván. Ekként az orvosi gyakorlatot pályája kezdetétől fogva majdnem haláláig folytatta s miután az általa évenként kezelt betegek számát 2000-re bizvást tehetni, egy félszázad alatt 100,000-re rúg azoknak a száma, kiket gyógykezelt.

1888-ban tanári pályájának 40-dik évfordulója alkalmával ő Felsége a királyi tanácsosi czimmel tüntette ki. 1892-ben ünnepelte meg orvosdoktorságának 50 éves jubilaeumát, mely alkalommal a budapesti k. tud. egyetem orvosi kara diszoklevéllel tüntette ki, debreczeni kartársai pedig Debreczen intelligenciájával együtt meleg ovatiókban részesitették.

1893 végén és 1894 elején az elaggott és elgyengült tudós sokat betegeskedett, mig végre 1894. márczius 14-én 81 éves korában kiszenvedett.

* * *

Török József elhunyt kartársunk tudományos köztevékenységét részint mint középiskolai tanár a debreczeni főiskolában, részint mint orvos és természettudós a Magyar Orvosok és Természetvizsgálók vándorgyülésein, részint a M. Tud. Akademiában fejtette ki. Mint tanár különösebb gondot sok éveken át a chemia tanitására fektetett. Hetenkint 4—5 órán adta elő évek hosszú sorozatán keresztül. E tanitás természetesen laboratorium hiányában csak elméleti lehetett; ha ilyeténkép elmaradt is a kor szellemétől, annyi haszna azonban mégis volt, hogy e tan fontosságát a hallgató ifjúság felfogásába suggerálni birta. Buzgó látogatója volt úgy a vándorgyüléseknek, valamint az Akademia nagygyüléseinek. Ez utóbbiakon sok időn keresztül különösen a tagok választása körül fejtett ki élénk tevékenységet; mint veterán akademikus ambitionálta, hogy az ő közreműködésével jussanak be az Akademiába egyes fiatal tudósok.

[1] Felolvastatott a M. Tud. Akademia összülésén 1899. márczius 27-dikén.

Tudományos irodalmi működését — mint a 30-as és 40-es években képzett természettudósaink legtöbbjeét — a többoldalúság és kevésbbé a szűkebb értelemben vett szakszerűség jellemzi.

Első irodalmi dolgozatai költemények valának s nyomtatásban a *Péczely József* által kiadott „Debreczeni lant"-ban 1834 és 1835-ben láttak napvilágot.

Első tudományos dolgozata egy pályamunka volt, melylyel mint orvosnövendék pályázott a Magy. Tud. Akademia egy pályatételére: Magyarország közgazdaságilag nevezetes termékeiről szólott. E dolgozata II-odrendű pályadíjt nyert és az akademia által kiadott „Természettudományi pályamunkák" 3-dik kötetében 1844-ben jelent meg.

Orvosdoktorrá avattatása alkalmával „Az egészséget nem rontó szépítő szerekről" értekezett, mely 1842-ben látott napvilágot.

1846-ban az Akademia által „Honunk nevezetesebb ásványvizeiről" kitűzött pályakérdésre versenyezvén, munkája az elsőrangú jutalmat nyerte el. Ezen munka 1848-ban jelent meg, kiadva a „Magyar irodalomterjesztő társulat" által ily czim alatt: *A két magyar haza elsőrangú gyógyvizei s fürdőintézetei*, mely 1858-ban második javított kiadást is ért és hosszú időn keresztül egyetlen nagyobb ilynemű balneologiai magyar munka volt és kétségen kivül irányt adott és hézagot pótolt.

A kir. Természettudományi Társulat által 1845-ben másodtitkárrá választatván, a társulat évkönyvének első kötetét ő szerkesztette, valamint a társulat 1847-diki és 1848-diki névkönyvét és naptárát is.

Ugyanezen ideig a negyvenes évek folyamán buzgó munkatársa volt a Bugáth és Flór szerkesztette „Orvosi tár"-nak is, melyben külföldi folyóiratokból több kisebb-nagyobb ismertetést közlött.

Fennebb jelzett életkörülményei öt a fővárosból elszólítván, új székhelyén Debreczenben kiterjedt orvosgyakorlata mellett buzgó apostolová lett a természettudományi ismeretek elterjesztésének. 1848-ban természetrajzi tanszékét elfoglalván, a beiktatási ünnepély ilyen czim alatt irott értekezése „A természettudományok elhanyagolásának káros következményeiről hazánkra nézve", melyben buzdította hallgatóit az ország egyes vidékeinek természetrajzi kutatására. Maga különösebben Debreczen és vidéke földtani viszonyainak és rovarfaunájának ismeretéhez gyüjtötte az adatokat. E tanulmányainak lettek eredményei a következő értekezések:

Debreczen földtani viszonyai, melyeket a Debreczenben fúrt, bár nem sikerült artézi kutak próbáiból állapított meg és 1858-ban akademiai rendes taggá történt megválasztása után mint székfoglaló értekezést mutatott be az Akademiának, mely értekezés az Akademiai Értesitő 1859-diki folyamának 3-dik füzetében jelent meg. *A jégkorszak nyomairól Magyarországon s különösen Debreczen vidékén*, mely a Természettudományi Közlöny 1875-diki deczemberi füzetében jelent meg. Továbbá *Debreczen Rovarfaunája*, melyet 30 évi kutatás és gyüjtögetés után állitott össze, mely munkájából egyes részleteket a m. orvosok és természetvizsgálók nagygyüléseinek munkálataiban közölt, egészben véve pedig „Debreczen város" egyetemes leirásában tette közzé 1882-ben.

Nagy feltünést keltett 1858-ban *„Értesítés a kaba-debreczeni lebkőről"* irott, a Magyar Akademiai Értesitőben 1858-ben közzé tett értekezésével, a melyben kimutatta, hogy e meteorit unicum a maga nemében, a mennyiben szervi anyagokat tartalmaz, a melyet a bécsi tud. Akademia ülés tudósitásai XXXI. kötetében, valamint a Poggendorf-féle Annales X. kötetében németül is megismertetett. Ugyancsak a meteoritekről tartott előadást mint a magyar orvosok és természetvizsgálók XXII. ülésének megválasztott alelnöke a következő czimen: *A magyar birodalom eddigelé ismeretes meteoritjei.*

Ha megemlitem még azt, hogy 1859-ben az Akademia számára megirta Pólya József dr. r. tag emlékezetét, hogy 1881-ben tanodák és a művelt közönség számára *Népszerű emberélettant* bocsátott közre, hogy koronként különböző tárgyakról számos kisebb-nagyobb közleményt hozott napvilágra az Orvosi Hetilapban, a Gyógyászatban és a Magyar Orvosok és Természetvizsgálók munkálataiban, elhunyt tagtársunk irodalmi működéseiről azt hiszem eléggé teljes képet állitottam a t. Akademia elé.

Török József egész irodalmi munkássága a negyvenes évek magyar orvosi és természettudományi kulturájának jellemét viseli magán. Ő a maga kiképezését a budapesti egyetemen nyerte 1836-tól 1841-ig. Tanitói voltak: a mineralogiából és zoologiából *Reisinger*, a botanikából *Sadler*, az anatomiából *Csausz*, az éllettanból *Schordann*, a gyógyszertanból és kórtanból *Toynio*, a belgyógyászatból *Bene*, a sebészetből *Stáhly*, a szülészetből *Birly*, az államorvostanból *Böhm*. Mindezen tanárok országos hirű eruditus férfiak valának, de tudásuk inkább receptiv mint productiv vala. Előadásaikban, egyes irataikban igyekeztek hiven registrálni a külföldi orvosirodalom buvárlatait, de maguk a buvárlatokhoz édes-keveset conferáltak. Nem volt meg reá sem a neveltetésük, sem a módjuk. Kiképeztetésüket nagyobb részt a bécsi egyetemen nyerték, a hol a kari direktorium behozatala után pangásnak indult a mult század végén már lendületbe jött tudományos szellem, a hol laboratoriumi, klinikai önálló tudományos munkálkodásról és kutatásról a huszas években és a harminczas évek elején alig lehetett szó. Még kevésbbé lehetett szó erről a pesti egyetemen, a hol a gyüjtemények és intézeti helyiségek még primitivebbek voltak mint ottan. Külföldi utazásokkal tágitani ismeretkörüket a tanerőknek úgy Bécsben mint itten szinte leküzdhetetlen akadályokba ütközött. Csak nagy utánjárással sikerült egyeseknek — mint Benének — kieszközölni azt, hogy az ország határán túl kiereszszék őket. Meg volt a bécsi egyetem orvoskarának azonban már akkor is egy nagy kincse, a mely később Rokitansky és Skoda fellépésével annak világhirt szerzett: a klinikákkal kapcsolatos általános közkórháza. A pesti egyetemen még ez is hiányzott. Az egyetemi klinikákkal egybekapcsolását a fővárosi közkórháznak sohasem sikerült, fájdalom még azóta sem, kieszközölni, kétségenkivül nagy hátrányára az egyetemi orvosi oktatásnak és általában a hazai orvosi kiképzésnek.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Die Lehre von der Pellagra. Aetiologische, klinische und prophylaktische Untersuchungen von **Cesare Lombroso.** Unter Mitwirkung des Verfassers deutsch herausgegeben von *H. Kurella.* Berlin, 1898. Verlag von Oscar Coblentz.

A pellagra fellépése hazánkban minden esetre időszerűvé teszi ránk nézve az előttünk fekvő munkát, mely azonban különben is, tisztán tudományos szempontból, méltán megérdemli a figyelmet.

A 230 lapra terjedő könyv, mely 29 évi tapasztalat és kisérletezés eredménye, 5 részre oszlik. Az első rész az aetiologiát tárgyalja; itt kimutatja szerző, hogy romlott kukoriczában egy a strychninhez több tekintetben hasonló alkaloid képződik, melylyel kisérleti állatokban a pellagrához hasonló betegség idézhető elő; magában a romlott kukoriczában sokszor nagy számmal található bacteriumok (oidium lactis, bacterium maidis), melyeket némelyek oki összefüggésbe akartak hozni a pellagrával, Lombroso szerint nem idézik elő a betegséget; az azonban lehetséges, hogy ezen bacteriumok befolyása következtében vagy jelenléte mellett képződik az emlitett kórokozó alkaloid. A második rész a a pellagrás megbetegedés klinikai képét adja, külön fejezetben méltatva a pellagránál észlelhető ideges tüneteket. Érdekes, hogy szerző szerint bizonyos tünetek, melyek egyes helyeken épenséggel nem észlelhetők, más helyeken erősen előtérbe léphetnek a pellagra kórképében. A harmadik rész a pellagra kórboncztanát adja 113 eset alapján, melyek közül 70-et szerző maga vizsgált, 43-at pedig az irodalomból vett át (*Belmondo, Tonnini* és *Tuczek* esetei). A negyedik rész a prophylaxissal és therapiával foglalkozik. A prophylaxis tekintetében fontos szerepet játszik a lakosság ellátása jófajta, érett és jól szárított kukoriczával; ha ez nem lehetséges, akkor a kukoricza más olcsó élelmiszerrel, például burgonyával helyettesitendő; exsiccatorok felállitása a kukoricza mesterséges szárítására szintén jó eredménynyel járt. Pellagrás betegeknél a fősúlyt a táplálkozás javítására fekteti és arsent ad. Az ötödik részt az eredmények összefoglalása képezi. A munkához mellékletképen adott két függelék közül az egyik állatkisérleti jegyzőkönyvekből szolgáltat adatokat, a másik pedig röviden beszámol azon kedvező eredményekről, melyeket makacs bőrbajok, különösen eczema és psoriasis eseteiben romlott kukoriczából készitett tinctura belső adagolásával elért.

A munkához csatolt öt könyomatú tábla közül három állatkisérletekre vonatkozó hőmérséki és testsúlygörbéket, egy szövettani ábrákat és egy gerinczagyi keresztmetszeteket feltüntető rajzokat tartalmaz.

II. Lapszemle.

Az apocynum cannabinum hatását a szivre vizsgálta *Kostkievitch* kiewi kórházi főorvos 50 szivbajos egyénen. Eredményei a következőkben foglalhatók össze. Az apocynum cannabinum folyékony kivonatának adagja 3—8 csepp 3-szor naponkint. Naponkint 24 cseppnél nagyobb adag fokozza a dyspnoët, a szivdobogást, fejlüktetést, gyomor-bélzavarokat, hányingert, hányást okoz. Incompenzált szivbajoknál nevezett szer az emlitett adagban a diuresist növeli, a szivműködést erősiti, a szivtágulatot csökkenti; használatára a nehéz légzés, a szivdobogás, a májpangás, az oedemák csökkenek. Mitralis bajoknál a kedvező hatás kifejezettebb, mint az aorta megbetegedéseinél; a hatás a 3. napon szokott jelentkezni és tetőfokát az 5—7. napon éri el. Az apocynum az arteriák összehúzódását idézi elő és e tekintetben sokkal erélyesebben és gyorsabban hat, mint a digitalis és a strophantus. Ezen hatása miatt használata ellenjavalt mindazon esetekben, melyekben az arterialis vérnyomás fokozott, igy arteriosclerosisnál és nephritis interstitialisnál. (La sem. méd. 1899. 3. sz.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1899. márczius 30.

— **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1899. márczius 12-dikétől 1899. márczius 18-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 493 gyermek, elhalt 341 személy, a születések tehát 152 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2672 beteg, szaporodás 811, csökkenés 935 maradt e héten végén ápolás alatt 2548. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 2, roncsoló toroklob 2, hökhurut —, kanyaró 5, vörheny 2, himlő 1, typhus abdominalis 7, gyermekágyi láz —, influenza

2, egyéb ragályos betegségek 2, agykérlob 15, agyvérömleny 7, rángások 9, szervi szívbaj 11, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 68, tüdőgümő és sorvadás 60, bélhurut és béllob 13, carcinomata et neoplasmata alia 6, méhrák 4, Bright-kór és veselob 6, angolkór 2, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 21, aszkór, aszály és sorvadás 3, aggkór 14, erőszakos haláleset 18. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1899. márczius 18-dikától márczius 25-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 25 (meghalt 4), himlőben —, (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 7 (meghalt —), vörhenyben 33 (meghalt 1), kanyaróban 130 (meghalt 2), roncsoló toroklobban és torokgyikban 20 (meghalt 1) trachomában 8, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 3 (meghalt —), orbánczban 20 (meghalt 1), gyermekágyi lázban 4 (meghalt 1).

— **Meghivás** a magyar szent korona balneologiai egyesületének évi közgyülésére és a IX. magyar balneologiai congressusra.

I. Közgyülés. Az országos balneologiai egyesület évi közgyülését f. év április hó 16-dikán délelőtt 10 órakor a budapesti kir. orvosegyesület nagy üléstermében (VIII. ker., Szentkirályi-uteza 21. sz.) fogja tartani. Tárgyak: 1. Elnöki megnyitó. 2. A főtitkár jelentése az egyesület működéséről. 3. A pénztáros jelentése a pénztár kezeléséről. 4. A pénztár megvizsgálására kiküldött számvizsgálók jelentése. 5. Jelentés a fürdőtörvény-javaslat tárgyalásáról és a hitelszövetkezeti kérdésről. Előadó: Smialovszky Valér dr., országgyülési képviselő. 6. Inditványok. (Az alapszabályok 12. czikke értelmében esetleges inditványok a közgyülést megelőzőleg legalább 10 nappal irásban és indokolással az igazgató tanácshoz nyujtandók be.) 7. A tisztikar megválasztása: *a*) A közgyülés választja az elnököt és a főtitkárt. *b*) Az orvostudományi osztály választja ezen osztály elnökét, jegyzőjét és 10 tagból álló választmányát. *c*) A gazdasági osztály választja ezen osztály elnökét, jegyzőjét és 10 tagból álló választmányát. Közvetlenül a közgyülés előtt, 1/2 10 órakor reggel, az egyesület gazdasági osztálya a megnevezett helyiségben évi ülését tartja.

II. IX. magyar balneologiai congressus. A congressus ülései április hó 16-dikán és 17-dikén az orvosegyesület nagy üléstermében tartatnak meg; az első ülés április hó 17-dikén (vasárnap) délelőtt 1/2 12 órakor; a második ülés április hó 16-dikán (hétfő) délelőtt 11 órakor; a harmadik ülés ugyanazon napon délután 6 órakor. Napirend: I. ülés április hó 16-dikán, délelőtt 1/2 12 órakor. 1. Elnöki megnyitó. 2. Szontagh Miklós dr. kir. tanácsos (Uj-Tátrafüred): A Basedow-betegség és sikeres orvoslása Uj-Tátrafüreden, 82 eset kapcsán. 3. Kuthy Dezső dr. egyet. m. tanár: Hazánk egyes éghajlati öveinek méltatása az orvosi meteorologia szempontjából. 4. Hlatky József dr.: A budapesti artézi fürdő jelenlegi viszonyai és annak jövőben történendő épitkezése (tervek bemutatásával). 5. Oelhoffer Henrik Gy.: Az ásványviz-töltögetésnél, valamint fürdő- és egyéb vizvezetéseknél használt csapok hiányai, egy ily czélokra szolgáló, új szerkezetű csap bemutatásával. — 2. ülés április hó 17-dikén, délelőtt 11 órakor. 1. Hankó Vilmos dr. tanár: *a*) Kolop, Korond, Balf és gyógyitó tényezőik. *b*) Néhány ásványviz, gyógyitó iszap és moórföld vegyi elemzése. 2. Radnóti Dezső, az Erdélyi Kárpát-Egyesület főtitkára (Kolozsvár): Ásványvizeink a keleti piaczokon 3. Scheiber Samu dr.: A villamos fürdőkről. 4. Russay Gábor Lajos dr. (Szobráncz): A szobránczi gyógyfürdő leirása, története és javalatai. 5. Hammersberg Árpád dr.: Tátra-Lomnicz mint klimatikus hely és mint gyógyhely. — 3. ülés április hó 17-dikén, délután 6 órakor. 1. Szilvássy János dr. (Borszék): Borszék hatása a vérre. 2. Weinberger Miksa dr.: A neurasthenia gyógyitása fürdőkben és intézetekben. 3. Preysz Kornél dr.: A forrás- és fürdőügyre vonatkozó hazai törvények és rendeletek. 4. Bosányi Béla dr.: Jelentés a lüttichi nemzetközi hydrologiai congressusról. 5. Boleman István dr. kir. tanácsos (Vihnye): A magyarországi fürdők látogatottsága az 1898-dik évben (hivatalos adatok alapján) és az 1898-dik évi betegforgalomról a magyarországi fürdőkben. A záró ülés után — április hó 17-dikén, este 9 órakor — közös vacsora az „István főherczeg“ szállodában; jelentkezés a főtitkárnál. Budapesten, 1899. évi márczius hó 25-dikén. *Tauffer Vilmos* dr. elnök, *Löw Sámuel* dr. főtitkár.

× **A sanatorium-egyesület** folyó évi márczius 27-dikén tartotta közgyülését *Batthyány* Lajos gróf elnöklete aatt. A titkári jelentést *Tauszk* Ferencz dr. olvasta fel. A jelentés a következőket tartalmazza:

Korunk, az általános civilisatio kora, merőben más életmódot követel, mint a régebbi és más embert formál az emberből; nem csoda, ha az új korral uralkodó betegségek is mások. Nem a nagy testi megerőltetések, nélkülözés, helytelen táplálkozás talaján felnövekvő vérhas- és kiütéses hagymáz-járvány áll most előtérben, jelenleg a béke áldásai közepette egy nagy, a társadalom egészébe mélyen beevődött betegség az, a mely a figyelmet magára irányitja, *s ez a folyton terjedő tüdővész.* Az országban évente 60,000-nél több, Budapesten 2—3000 halálesetnek okozója. A népesség törzsét, a legmunkabiróbb, a leggyümölcsözőbb kort, a 20—40 életév közt támadja a legkönyörtelenebbül. A már befektetett tőkét pusztitja el, gátja az erők kamatozásának, akadályozója a családalkotásnak és családfentartásnak. Mint olyan mérhetetlen nemzetgazdasági kárt okoz. Számtalan család hosszú évekre szóló sinylődésének, esetleg örökös nyomorának, teljes elzüllésének fakadó forrása. Ha nem teszünk ellene semmit, javakorban kiveszi a munkás kezéből a gyalut, kalapácsot, sirba kergeti a gyenge, rossz lakásban lakó, rosszul táplálkozó fiatal anyát és megtizedeli a fegyveres szolgálatra kötelezett ifjúságot. Nemkülönben sorompót vet — mert egész az élet 60-dik évéig erősen pusztit sorainkban — a vagyonosodásnak; útját állja a legéretebb munkálkodás megszakitásával a szellemi haladásnak is. Ez ellen a betegség ellen akar küzdeni a sanatorium-egyesület, mely a vagyontalan tüdőbetegeket kevés díjért, esetleg egészen díjtalanul is gyógyitja. Ma már alig van művelt nemzet, a melynek ne volna ilyen sanatoriuma. Nálunk csak még a kezdeményezés terén vagyunk. Régebben vetette fel a sanatorium felállításának kérdését *Korányi* Frigyes s a millenium évében 1896-ban fel is szólalt a főrendiházban. Id. *Wodiáner* Albert báró az első húszezer koronás tétellel megnyitván az aláirók sorát Korányi ivén, ezentúl mindjobban gyültek a jegyzések s mintegy hetvenkilenczezer koronára rúgott a szegény tüdőbajosok javára biztositott összeg, mikor Korányi 1897. junius 3-dikára összehivta az első sanatoriumügyi értekezletet az orvosegyesület házába. Az értekezleten megalakult az előkészitő bizottság, a mely egyengette a talajt a sajtóban és társadalmi téren a létrehozandó egyesület számára. 1898. május 3-dikán volt az alakuló gyülés. Azóta még sok bajjal kellett megküzdenie az egyesületnek, a legtöbb oldalon azonban barátok környezik s ha mégis vannak, a kik hátráltatják, ám feleljenek azok a lelkiismeretüknek!

A jelentést tetszéssel fogadták.

Erre *Korányi* Frigyes értekezést olvasott fel, a melyben statistikai adatokkal mutatja ki Magyarországon a tüdővész borzasztó pusztitásait.

Korányi értekezéséből a következőket közöljük:

Budapesten legalacsonyabban számitva 13,400 tüdővész-beteg él állandóan, a kik közül mintegy 12,000 a 16—50-dik életévig menő kort érte el. Statisztikai megállapodások szerint ezek közül 10 százalék esik a vagyonnal birókra és 90 százalék a szegényekre. A tüdővész átlagos lefolyási ideje hat évre tehető, tehát a betegek összességében kerekszámban 2000 beteg van, a kiknek betegsége egy évet meg nem haladott s a kik ezért többé-kevésbbé még munkaképesek, 10,000 pedig olyan, a kiknek betegsége már előrehaladott, s a kik nagyjában munkaképtelenek. Egy-egy betegnek évi keresetét átlag 300 forintra téve, évenkint elvész a fővárosban 3 millió és néhány ezer forint munkaértékben és több negyedfélmillió nap munkaidőben. De e keresetképtelen betegeket táplálni és ápolni is kell és tegyük átlagos táplálási kiadásunkat naponkint csak egy koronára, ez megint 1.500,000 frtot tesz ki, az ápolás által igénybe vett személyek kereset és munkaveszteségének értékét nem számitva. Ecseteli a külföldön inditott actiot és azt mondja, hogy a mit elértek mások, elérhetjük mi is, ha azon a kipróbált úton haladunk, a melyen haladtak a közegészség terén nálunknál előbbre haladott államok. Kezet kell fogni az államkormányzatnak, a társadalomnak. A kormányzat és hatóságok feladatát képezik a közegészségi intézkedések, a melyek az egészség fejlődésének akadályait elháritják általában, a tüdővész fertőzményének elterjedését pedig korlátozzák különleges intézkedések által.

Ezután kifejtette a létesitendő sanatorium hivatását.

Az értekezést éljenzéssel fogadta a közgyülés s ezzel a közgyülés bevégződött.

\+ **A Machlup-üdülőház,** melyet a Vörös-kereszt egylet az Erzsébet-kórház területén épittet, julius 1-jén nyilik meg a lábbadozó betegek számára. Az üdülőház szabályzatát, házirendjét és költségelőirányzatát *Babarczi-Schwartzer Ottó* szerkesztette, melyet az egyesület igazgatósága elfogadott. Az üdülőház főorvosa *Széndssy Sándor* dr. egyet. m. tanár lesz. Az üdülőház alapja 206,800 frt. Az épités és berendezés összes költségei az alap eddigi kamataiból kerülnek ki. E czélra 31,348 frt 50 kr. szükséges. Az alap javára újabban többen adakoztak. Az üdülőházban teljesen ingyen ellátást kapnak a lábbadozó betegek.

‖ **Csubry Bonifácz** dr. gyulafehérvári gyakorló orvost az igazságügyminister az ottani kir. törvényszék területén felmerülő törvényszéki orvosi teendőknek második törvényszéki orvosi minőségben való rendes ellátásával bizta meg.

= **Fodor József** dr. minister tanácsost és egyetemi ny. r. tanárt a közoktatási ministert az országos közoktatási tanács tagjává nevezte ki.

\+ Az 1899-dik évi **pótárjegyzék,** mely a műszerészet legújabb vivmányait foglalja magában, megjelent és az összes orvos uraknak díjtalanul megküldetett. Azon esetben, ha ezen pótárjegyzék vagy a millenniumi főárjegyzékemnek I. és II. kötete valamely orvos úrnak birtokában nem volna, úgy tisztelettel kérem, hogy ezeket egy levelezőlapon bekivánni szíveskedjék. *Keleti J.*, orvos-sebészeti műszer- és kötszer-gyáros, Budapest, IV. ker., Koronaherczeg-utcza 17.

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. Localis iszap-begőngyölés. Massage, gépgyógyászat. Kitünő szállodák. Lift. Meghülés kizárva. Vendéglő saját üzemben. Olcsó árak. 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 mellett **napi négy forintért** vétetnek fel. Bővebbet 1/2 2—1/2 4-ig járóbeteg rendelőjében, Budapest, VI. ker., Eötvös-utcza 23. szám.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Közkórházi orvostársulat. (V. bemutató szakülés 1899. február 22-dikén.) 172. l. — Magyar orvosi könyvkiadó társulat. (Közgyülés 1899. márczius 29-dikén.) 173. l.

Közkórházi orvostársulat.

(V. bemutató szakülés 1899. február hó 22-dikén.)

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

Adnex tumor eltávolítása kolpotomia útján.

Bäcker József: *a)* Z. E., 27 éves cseléd, kétszer szült. I. P. 9 év előtt. 8 év előtt gonorrhoeája volt, 4 év előtt abortált s azóta beteg, hasában daganat fejlődött, mely időnkint heves fájdalmakat okozott hányás és csuklás kiséretében.

Felvétetett 1898. deczember 27-dikén peritonitikus tünetek között. Kétheti fekvés után lázai szüntek, a heveny tünetek visszafejlődtek. A vizsgálat egy jó ökölnyi, a medencze jobb felét teljesen kitöltő, kemény elastikus tumort talált, mely a méhet a symphisishez szoritva, a hátsó boltozatot ledomboritotta. A műtétet január 16-dikán végezte. A hátsó boltozatot szélesen megnyitva, kiürítették a zavaros savót tartalmazó tumort, azután tompán kifejtette a környező heges adhaesiokból. A vérzés minimalis volt s csupán két lekötést kellett alkalmaznia. Utána jodof.-gazezel tamponálta a tumor helyét. A tampon második cserélése után az üreget naponta steril vízzel öblögették s zsugorodását zavartalanul engedték befejeződni. Beteg február 16-dikán gyógyultan távozott. Az eltávolított képlet szövettani diagnosisa: salpyngitis chronica c. dilatatione cystica luminis; perioophoritis et perisalpyngitis chron. fibrosa.

b) Z. Y.-né 39 éves, f. év január 24-dikén vétetett fel. Egyszer szült, 16 év előtt. Azóta folyása van s alhasi és keresztcsi fájdalmakban szenved, melyek az utóbbi években mind hevesebb jelleget öltöttek. Vizsgálatnál (narcosisban) az uterus mögött, mélyen a Douglasban, a hátsó boltozatot ledomboritó, a rectummal összetapadt tojásnyi tumort talált. E tumort ugyancsak a hátsó boltozat megnyitása után hámozták ki s az üreget tamponálták. Az üreg gyorsan zsugorodott s 3 hét mulva teljesen gyógyultan, fájdalmak nélkül hagyta el a kórházat.

A két eset bemutatását érdekesnek tartja azért, mert gyakorlati érdekességgel birnak. Ezen lobos adnexumok igen gyakran előfordulnak s a szegény néposztályhoz tartozóknak a munkaképtelenség révén igen sok kellemetlenséget okozhatnak. Még pár év előtt ezen zavarok megszüntetésére kénytelenek voltunk egy, a bajjal arányban nem álló beavatkozáshoz, a laparotomiához fordulni, holott ma egy aránytalanul veszélytelenebb eljárás, a kolpotomia útján radicalis gyógyulást biztosithatunk.

Csecsnyújtvány-operatio.

Tomka Samu: Beteg 1898. deczember 13-dikán hajnalban arra ébredt fel, hogy jobb fülében és a jobb füle mögötti táján óriási fájdalmai vannak. Azelőtt nem volt semmi baja a fülének, orr-torok vagy egyéb bántalma sem volt. Másnap, 14-dikén felkereste a kerületi betegsegélyző pénztár rendelő intézetének fülészeti osztályán. Beteget megvizsgálván, a következőket találta: jobboldalt a halljárat elég tág, a dobhártya vörös, kitüremkedett, kalapács nem látható. Katheterizáláskor szörtyzörejek hallhatók. A csecsnyújtvány feletti bőr normalis színű s spontan is, de főként nyomásra igen fájdalmas, a hallásképesség ezen oldalon nagyfokban alászállott, suttogást éppen nem, hangos szavakat $^1/_2$ m. távolságig hall. A Weber-féle kisérlet jobb oldalra lateralizálódott. Betegnél 39° láz volt jelen. Azonnal paracenthesist végzett, a mikor is kevés véres-savós váladék ürült ki. A beteg csecsnyújtványára jégborogatásokat rendelt. Nyolcz napon át mindinkább fokozódtak a fájdalmak, főként a csecsnyujtványban, úgy hogy betegnek sem éjjel, sem nappal pillanatnyi békessége sem volt, rendkivül elgyöngült. A láz az egész idő alatt folyton magas volt, 38—39·5° közt mozgott, a fülfolyás mindig jó bő volt. Ilyen körülmények közt betegnek a kórházba menést és a csecsnyújtvány megnyitását ajánlotta.

Beteg erre deczember 22-dikén felvétette magát a szt. Margit-kórházba, a hol másnap megoperálták.

A középtermetű, jól fejlett, 25 éves, különben egészséges férfi betegen a műtétet chloroform-narcosisban hajtotta végre. A fülkagyló mögött másfél cm.-re egy 6 cm. hosszú sebet ejtett, a kissé beszüremkedett csecsnyujtvány bőrén át a csontig; a csonthártya leemelése után a csont normalis szinezetű volt. A csecsnyujtványt felvésve, a sejtekben csak csekély geny volt látható, ezután az antrumot is szélesen megnyitotta. Minthogy ilyen csekély váladék mellett a csecsnyujtványban nem szoktak ily intensiv fájdalmak jelen lenni, iparkodott a csecsnyujtványnak minél nagyobb részét megnyitni s igy a sinust is szabaddá tette. Az előbb emlitett genyen kivül azonban egyéb rendellenességet nem talált. Ezután jodoformkötést alkalmazott a betegnél. A műtét utáni napon 38°-ig felemelkedett még a hőmérsék, harmadnap már teljesen láztalan volt. A csecsnyujtványban azonban még mindig nagyfokú fájdalmak voltak, e miatt beteg teljesen álmatlan volt, a miért is három este morphin-befecskendést kapott, de ezekre sem tudott nyugodni. A fájdalmak a második kötésváltoztatásig, vagyis egy hétig tartottak, ugyanekkor már teljesen száraz maradt a külhalljáratba dugott gaze is és a hallóképesség is jelentékenyen javult. A 10-dik napon már összenőtt a dobhártya és a hallás teljesen normalis volt. A gyógyulás szépen haladt előre úgy, hogy január 23-dikán már elhagyhatta a kórházat és ezután mint ambulans beteget a ker. betegsegélyző pénztár rendelő intézetében gyógyitotta tovább. A szt. Margit-kórházban a betegnek első és második kötésváltoztatásakor *Prochnow* m. tanár is jelen volt. A bal fül teljesen normalis volt; a beteg ma már teljesen egészséges.

Heveny infectiosus garat- és gégephlegmone esete.

Donhoffer Szilárd: Beteg folyó hó 11-dikén délelőtt orvosa tanácsára felkereste kórházunkat. Baja két nappal előbb, tehát 9-dikén rázó hideggel, fejfájással kezdődött, egyidejűleg nagy torok- és nyelvfájás lepte meg, úgy hogy 10-dikén már sem nyelni, sem torkát öblíteni nem tudta. A nyelve annyira megduzzadt, hogy szájában alig fért el, légzési nehézségei nem voltak.

Jelentkezése alkalmával a lázas beteg szájrése kissé nyitva, melyen keresztül a duzzadt nyelv látható; erős nyálcsurgás. Az állalatti lágy képletek leginkább az állcsúcs alatt erősen duzzadtak, a bőr felettük kissé vörösen elszinesedett, oedomatosus. A szájrés nyitása igen nehezitett. A teriméjében kétszer akkorára dagadt nyelv az alatta lévő beszűrődött képletek által felemelve a szájpadhoz van szoritva. A csekély fokban nehezitett légzés az orron át történik. A nyelv mögötti képletek vizsgálata ezúttal kivihetetlen volt. Az operatiot megelőzőleg több helyt eszközölt próbapunctio alkalmával genyet nem kaptak. Majd az állcsúcs alatt egy harántmetszést ejtett bemutató s ezt mélyitette, mig a kés hegye a nyelv alatt megjelent. Egyszersmind magán a duzzadt nyelv alapján a féknek megfelelőleg, úgyszintén a felső felületén jobboldalt, hol foghiány miatt hozzáférhető volt, a nyelv állományán majdnem keresztül hatoló metszést ejtett.

Utótherapia sublimatdunst-kötésben és jéglabdacsok adagolásában állott. A három napig koplalt beteg táplálása gyomorsondával történik. 13-dikán, azaz az operatio után két napra a beteg láztalan, arczán symmetrikusan herpetikus kiütés lépett fel, melynek nyomai láthatók; a folyamat annyira visszafejlődött, hogy folyékony dolgokat enni képes. A laryngoskopia is kivihető nála, melyet Polyák dr. volt szíves megejteni, következő eredménynyel: A garat kis fokban infiltrált, a bal arcus palatus duzzadt, úgyszintén a nyelvgyök adenoid szövete is. Az epiglottis laryngealis felszine erősen belövelt, ecchymotikus, kissé duzzadt. A gége, kis belöveltségtől eltekintve, ép. A próbapunctio alkalmával nyert véres savó vizsgálata staphylococcus albust derített ki.

A bemutatással azt szándékozott demonstrálni, hogy ily fulminansan fellépő gyuladásnak a korai bemetszéssel sikerült továbbterjedését meggátolnia és visszafejlődésre birnia.

Polyák Lajos: A bemutatott esettel kapcsolatban két másik hasonló esetről kiván megemlékezni, melyeket egyidejűleg észlelt a szt. János-kórházi orr- és gégebeteg-rendelésen.

Az egyik — egy 14 éves fiú — a betegség 5-dik napján jelentkezett, kivülről az állalatti részek csaknem deszkakemény duzzanatával, száját alig birta nyitni és nagyfokú nyelési fájdalmai voltak. *Ludvik* igazgató főorvos azonnal bemetszett mélyen kivülről a daganatba és a sebet magfogóval tágitotta is, mire a seben át kevés bűzös geny ürült; de érdekes volt az, hogy közvetlen az incisio után utat tört a geny magának befelé és a szájon bő, bűzös geny ürült, olyan szagú, a minőt a mandolák phlegmonosus lobjánál szoktunk néha észlelni. A közvetlen azután eszközölt tükörvizsgálat kimutatta, hogy a folyamat a nyelvgyök adenoid szövetéből indul ki, ott tályogképződésre vezetett és ezen tályog jobb oldalán történt az áttörés, innen ürült a geny a jobb sinus pyriformis felé; a gégefödő szomszédos nyelvi felülete és a jobb aryepiglottikus szalag akkor még kifejezetten vizenyősek voltak.

A második beteg — egy 25 éves nő — fulminans nyelési fájdalmakkal és erős lázzal betegedett meg. A fájdalmak mindkét fül felé kisugárzottak; a folyamat itt is a nyelvgyök adenoid szövetéből indult ki, ott eléggé körülirt tályogképződésre vezetett, a szomszédos gégefödő-rész vizenyője mellett; kivül a nyakra az esetben a folyamat nem terjedt át.

Régebben az olyan eseteket, mint a bemutatott, valamint a szóló első esete, mint angina *Ludwigit* irták le, főleg ott, a hol általános toxikus tünetek uralták a helyi kiterjedt folyamat mellett a kórképet és kiindulási helyül az állalatti mirigy phlegmonosus lobját vették fel. Egészen analog folyamat ehhez az is, melyet *Senator* irt le heveny infectiosus pharynx- és larynx-phlegmone czimén, a hol szintén a lefolyás súlyossága, nehéz toxikus tünetek és a legtöbb esetben halálos kimenetel vannak jellegzőnek feltüntetve; nálunk hasonló esetet *Zwillinger* közölt. Nézetem szerint nem választhatók el innen a *Marsei* által primaer *larynx*-erysipelas czim alatt leirt esetek sem, mert szerző maga is hangsúlyozza, hogy az esetek némelyikében tisztán orbánczos, máskor pedig túlnyomólag phlegmonés tünetek voltak túlsúlyban.

A dolog tehát úgy áll, hogy különböző oldalról számos, részint túlnyomólag elsődleges orbánczos, részint pedig phlegmonosus folyamatok lettek különféle czimen ismertetve, melyeknél a körlefolyásban és

kórképben felmerülő különbségeket a localisatio és a fertőző agens virulentiája szolgáltatták.

Bacteriologikus alapon ezen folyamatokat elkülöníteni egymástól nem lehet; hiszen tudjuk, hogy a streptococcus erysipelatis és streptococcus pyogenes azonossága ma már jóformán el van döntve; az elsorolt esetekben pedig részben a streptococcus pyogenes, részben pedig staphylococcusok lettek kimutatva. Utóbbi körülmény pedig szintén nem használható fel érvül az aetiologikus egység ellen, főleg azóta, a mióta *Bonome*, *Ufreduzzi* és mások orbáncz némely eseteinél kizárólag a staphylococcus pyogenes aureust tenyésztették ki.

(Folytatása következik.)

Magyar orvosi könyvkiadó társulat.

(Közgyülés 1899. márczius 29-dikén.)

1. **Hőgyes Endre** elnök az ülést következő beszéddel nyitotta meg: *Tisztelt közgyülés!* A mai nappal lép be társulatunk működése hatodik cyklusának utolsó évébe. Nemrég volt szerencsém ugyane helyről áttekinteni eddigi működésünket, jelenleg azért a multtal nem foglalkozom. Inkább a jövőbe kivánok tekinteni és pedig a legközelebbi hetedik cyklus jövőjébe, a melyet előkészíteni most, midőn a hatodik cyklus vége felé jár, az előrelátás parancsolja.

Társulatunk czélja a magyar orvosi irodalom ápolása külföldi jeles munkáknak magyar nyelvre átültetése és eredeti magyar önálló munkák segélyezése által. Ezt tartottuk szem előtt a multban, ezt kell követnünk a jövőben. A hetedik cyklus kiadványai szempontjából is ez lesz irányadónk.

Örömmel jelenthetem a t. közgyülésnek, hogy az igazgató tanács már is abban a helyzetben van, hogy a következő cyklus több évére eleget tehet mindkét működési iránynak.

Mindenekelőtt jelezhetem, hogy a budapesti egyetem két sebésztanárának igéretét birjuk, hogy egy körülbelül három ötven ives kötetre terjedő *sebészeti tankönyvüket* társulatunk segélyezésével kivánják kiadni. Mindkét jeles tanárunknak szakirodalmi működése sokkal ismeretesebb, mintsem fejtegetnem kellene, hogy a munka elébe a legnagyobb várakozással tekinthetünk és hogy ez első nagy magyar sebészet egyik kiváló munkája leend a hetedik cyklusnak, a mely méltóan fog a hatodik cyklus nagy magyar belgyógyászatához csatlakozni.

Ugyane cyklus egyik első kiadványa leend két fiatal szakemberünk eredeti nagy munkája a *diaetetikáról*, melynek kézirata jó részben már elkészült, valamint *Mihalkovics* tanár kitünő embryologiájának II. kötete.

Régen érzett szükségnek fog eleget tenni egy *kórboncztani tankönyv* kiadása is, mely szintén a hetedik cyklus első éveinek könyvilletményeül fog szolgálni. E kórboncztan egy általános és egy részletes részből fog állani. Az általános rész megirására *Genersich Antal* és *Pertik Ottó* tanár urak tették meg ajánlatukat, melyet az igazgató tanács örömmel fogadott. Részletes kórboncztanul szintén az ő ajánlatukra *Kaufmann* berlini tanárnak jeles kórboncztanát fogjuk a magyar nyelvbe átültetni és a forditás felügyeletére nevezett tanár urakat felkérni, kik arra ajánlatukban szivesen vállalkoztak.

Ha megemlítem még azt, hogy a nagy magyar belgyógyászat kézikönyvének a folyamatban lévő cyklus utolsó évi könyvilletménye gyanánt megjelenendő hatodik kötetéhez a szerkesztők tervezete szerint még egy pótkötet is fog csatoltatni, melyben külön átnézetben lesznek felsorolva egyes specialis szervek, mint a szem és fül betegségeinek kapcsolata a belső betegségekkel: a hetedik cyklusban megjelenendő, már eddig tervbe vett kiadványainkról beszámoltam.

Ezeken kivül bátor vagyok még figyelembe hozni a következőket is.

Magyar orvosi irodalmunkban szintén a sürgősebb szükségletek közé tartozik még *egy szemészeti*, *egy szülészeti és nőgyógyászati tan- vagy kézikönyv*. Mindkét tárgyra vonatkozólag régebben már gondoskodott társulatunk, hogy tagjai ebbeli igényei kielégitve legyenek. Stellwag, Nägele, Simps Marion idevonatkozó munkáinak magyar nyelvre átültetése annak idején meg is felelt e czélnak. Miután e munkák, e tudományok rohamos fejlődése folytán azóta már részben elavultak, új és reményelhetjük magyar eredeti szakmunkákkal foghatjuk az e tekintetben fennálló hiányokat pótolni.

Ujabb időben a külföldi irodalomban több oly munka látott napvilágot, mely az orvosi technika vivmányait gyüjti egybe a betegápolás és gyógyitás technikája terén: egy ily munka átültetése sem leend haszon nélkül való társulatunk tagjai számára.

Midőn ezekben adtam rövid körvonalait azoknak a teendőknek, melyek reánk ez év folyamán előkészitésre várakoznak: fel kell hivnom még a t. közgyülés figyelmét társulatunk feladatának még egy másik oldalára is.

Társulatunk tagjainak száma valamennyi cyklus között eddigelé e hatodik cyklusban volt a legnagyobb. Nem habozom elismerni, hogy azon 150—200 főnyi szaporodásnak a vonzerőt jó részben a nagy magyar belgyógyászatnak kiadványaink közé való felvétele adta meg, de constatálnom kell másfelől azt az örvendetes körülményt is, hogy az utóbbi évek folyamán — a mi azelőtt a ritkaságok közé tartozott — társulatunk kiadványain kivül is magánkiadók vállalkozása alapján számos kisebb-nagyobb magyar orvosi önálló munka látott napvilágot: a mi mutatja, hogy orvosi közönségünkben a magyar orvosi irodalom pártolása növekvőben van.

E pártolást még inkább fokoznunk kell a jövőben az által, hogy igyekeznünk kell minél több tagot vonzani társulatunk kebelébe. Magyarország 4000-nél több orvosa közül még mindig alig több 800-nál iratkozott be tagjaink közé, alapító tag is a jelen generatioból a régiekhez képest csekély számban jelentkezik. Pedig évi könyvilletményekben legalább kétszeres értékét szolgáltatjuk vissza az évi tagsági díjaknak avagy a befizetett alaptőke évi kamatainak. Hogy az ország orvosai közül még ily előnyök daczára is aránylag mindig kevesen léptek be tagjaink közé, az kétségtelenül annak tulajdonitandó, hogy társulatunkat még mindig nem ismerik eléggé.

Kötelességemnek tartom azért e helyről is felhivni a t. közgyülés minden jelenlevő, valamint a társulatnak jelen nem levő minden tagjának becses figyelmét arra, méltóztassék társulatunk érdekében mindenki saját körében odahatni, hogy azon orvostársaink, kik eddigelé még nem tagok, közénk, akár úgy mint alapitók, akár úgy mint rendes tagok, a jövő hetedik cyklusra minél számosabban belépjenek. A társulat igazgató tanácsa ez év folyamán nem fogja elmulasztani az e belépésre való felhivást más módon is eszközölni. A személyes rábeszélés azonban kétségen kivül a leghatásosabb.

Azzal a reménynyel, hogy társulatunk működésének e 36-dik éve az eddigi sikereknél még nagyobb sikereknek fogja megvetni az alapját, szerencsém van a közgyülést megnyitni és felkérni az igen tisztelt titkár urakat, hogy a napirend értelmében jelentéseiket a társulat 1898. évi működéséről megtenni méltóztassanak.

2. **Koller Gyula** I. titkár bemutatta a közgyülésnek az igazgató tanács következő jelentését.

Tisztelt közgyülés! A magyar orvosi könyvkiadó társulat a mult 1898-dik évben a következő két munkában részesitette tagjait:

1. *Gyakorlati elmekórtan.* Irta Moravcsik E. Ernő dr., egyetemi tanár. A m. tud. Akadémia segélyezésével kiadta tagjai számára a M. O. K. T. Budapest, 1898. 542 l.

2. *A belgyógyászat kézikönyve.* Szerkesztik Bókay Árpád dr., Kétly Károly dr. és Korányi Frigyes dr. *V. kötet*: *Húgyivarszervek betegségei. Venereás és syphilitikus betegségek. Bőrbetegségek.* A szöveg közt számos ábrával és egy táblával. A m. tud. Akadémia segélyezésével kiadta tagjai számára a M. O. K. T. Budapest, 1898. 1037. és XVI. l.

Ezen két munka a társulat kiadványainak 78. és 79. kötetét képezi. Az előbbeni, ú. m. Moravcsik tanár elmekórtana már az 1898. év első negyedében jelent meg s ekkor a társulat alapító tagjainak s mindazon rendes tagoknak megküldetett, kik az 1898. évi tagdíjakat beszolgáltatták volt.

Ellenben a belgyógyászati kézikönyv ötödik kötetének megjelenése mély sajnálatunkra több okból, de főleg b. Schwimmer Ernő tanár halála miatt jelentékeny késedelmet szenvedett. Ezen szomorú eset folytán a munka szerkesztősége kénytelen volt a bőrgyógyászatot és syphilist tárgyaló kiválóan fontos fejezetek megirásával, melyre az elhunyt kartársunk vállalkozott volt, más szakférfiakra bizni. Ezen körülményben rejlik annak oka, hogy az említett ötödik kötete a kézikönyvnek nem mint contemplálva volt az 1898. év utolsó hónapjában, hanem csak ép imént, f. év márczius hó közepén láthatott napvilágot. Az említett kötet, melynek fennebb közlött lapszáma mutatja, hogy terjedelme a 4-dik kötettel csaknem azonos, valamint a fővárosban, úgy a vidéken lakó tagoknak nagyobbrészt már megküldetett; az utánvétel melletti szétküldés pedig most van folyamatban.

Mint már az 1897. és 1898. évi közgyüléseken a társulat tagjaival eleve tudattuk, elkészült és mult héten megjelent azonkivül

3. *Az ember és a gerinczes állatok fejlődéstana.* Irta *Mihalkovics Géza* dr., egy. tanár. *I. Általános fejlődéstan. Első kötet*: *Nemzés. Ondótestek. Peték. Fogamzás. A pete barázdálódása. Csiralevelek. Mesterséges beavatkozások a petére.* A m. tud. Akadémia segélyével készült 327 ábrával kiadta tagjai számára a M. O. K. T. Budapest, 1899. VIII és 416 l.

Szerző ezen nagybecsü munka előszavában elmondja, hogy ő már külföldi tanulmányéveiben 1873—1875-ig akkori főnöke, a hires Waldeyer Vilmos, jelenleg berlini tanár buzdítására, kedvvel foglalkozott a fejlődéstannal s ezt később Budapesten is, hol a fejlődéstannak is tanára lett, nagy figyelemmel kisérte. Igy megérlelődött benne az elhatározás, erről tanitványai számára a tudomány szinvonalán álló könyvet irni, mi nem csak nyelvészeti szempontból, hanem az ábrák megszerzése tekintetében is sok nehézséggel járt. Minthogy szerző nézete szerint a bonyodalmas fejlődéstani folyamatoknál szereplő átalakulások megértésére az ábrák fontosabbak a leirásnál, de ilyenek beállitása igen költséges, a m. tud. Akadémiához folyamodott s ennek bőkezüségéből szerencsés volt az ábrák kiállitási költségeit megnyerni. Szerző eme támogatás nélkül nem adhadta volna ki munkáját, igy pedig oly gazdagon szerelhette fel, hogy a legjobb kútfők rajzai átvételével munkája e tekintetben bármely külföldi fejlődéstannal felveheti a versenyt.

Mikalkovics tanár ezen nagy költséggel és diszszel kiállitott munkából szives volt a tagjaink számára szükséges példányokat csupán a nyomdaköltségek megtérítése mellett társulatunknak átengedni, miáltal nagy hálára kötelezte azt.

Az 1898. évi könyvilletmény kiállitási költségei 9005 frtnyi összeget vettek igénybe s több, mint ezer forinttal meghaladták azon összeget, mely az alapitványi bizottmány által a VI. cyklus egyes éveire kiszabva volt. Ezzel számot vetve, az igazgató tanács nem zárkózhatott el azon kényszerüség elől, hogy az 1898. évi tetemes túlkiadással szemben a fejlődéstani munka költségeivel ezen évet terhelni nem lehet, és hogy ennek folytán Mihalkovics tanár munkáját az 1899-diki könyvilletményhez kell csatolni. A nevezett munka első kötete e szerint azonnal a köz-

Negyvenharmadik évfolyam. 15. szám. *Budapest, 1899. április 9.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIR. MAGYAR TUD. EGYETEMI
II. SEBÉSZETI KLINIKUM

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HŐGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Weisz Ede: Létezik-e klinikailag önálló arthritis deformans? 174. l.

Doktor Sándor: Közlemény Kézmárszky Tivadar egyet. tanár egyet. I. sz. női klinikájáról. Császármetszés septikus szülő nőn. 176. l.

Benedict Henrik és **Schwarcz Miklós**: Közlemény a Korányi Frigyes tanár vezetése alatt álló I. belgyógyászati kórodából. A typhus-kezelés diaetetikus irányelvei. 178. l.

Chudovszky Móricz: Közlemény a budapesti k. m. t. egyetem 2. számú (Réczey tanár) sebészeti klinikumáról. Gümös hashártyalobok. 179. l.

Tárcza. *Hőgyes Endre*: Megemlékezés Török Józsefről és Antal Gézáról. 181. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Mikulicz und Kümmel*: Die Krankheiten des Mundes. 182. l. — *Lapszemle.* Resorbin mint kenőcsalap. — *Witzel O.*: Chloroform-Anschütz. 182. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — A magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyülése. — Az Orvosi Kör országos segélyegyletébe történt folytatólagos befizetések. — Kézmárszky tanár szülészeti poliklinikája. — Mangold Henrik. — Megjelent. — Elhunyt. — Pótárjegyzék. — Herczel dr. — Szt. Lukács-fürdő. — Falta dr. — Pályázatok. — Hirdetések. 171. l.

Tudományos társulatok és egyesületek.

Melléklet. *Abonyi József* dr.: A fogászat Hippokrates korában.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Létezik-e klinikailag önálló arthritis deformans?

Közli *Weisz Ede* dr., pöstyéni fürdőorvos.*

Mélyen tisztelt orvosegyesület! A zürzavart, a mely az irodalomban az a. deformans kérdése körül uralkodik, idézetek nélkül is, úgy hiszem, legjobban a különböző szerzők müveiből vett nagyított rajzokkal lehet feltüntetnem.

Méltóztassanak az első két ábrát szemügyre venni. Az első *Eichhorst*[1] szerint a. deformanst ábrázol, a második *Hartmann*[2]-nál idült izületi csúz példája gyanánt szerepel. Vagy tessenek a 3., 4. s 5. ábrát a 6., 7. s 8. ábrával összehasonlítani; előbbiekkel *Garrod*[3] az a. deformanst, vagy mint ő nevezi, az arthritis rheumatoideát illustrálja; az utóbbiakat, noha nagyobbfokú elváltozások, *Wichmann*[4] idült izületi csúz esetei gyanánt tárgyalja.

Nagy zavart árul el *Schreiber*[5] is, a ki izületi megbetegedéseket ábrázoló atlasában a 9. ábrát mint idült synovitis serosát, azaz csúzt, ellenben a 10. ábrát mint a. deformanst mutatja be.

Ha ezek után azt kérdeznök, hogy a 11., 12., 13. s 14. ábra hová sorozandó, bizonyára kiki pártállása szerint vagy csúzzal, vagy a. deformanssal felelne.

Sietek megjegyezni, hogy ezen *Duckworth*[6] müvéből vett rajzok sem csúzt, sem a. deformanst nem ábrázolnak, hanem boncztanilag is beigazolt, húgysavas lerakódásokon alapuló köszvényes eseteket.

Ime, ezen ábrákból is látjuk, hogy az a. deformansnak akár a csúzzal, akár a köszvénynyel szemben, külső megjelenésében jellemző vonása nincsen.

Ezt saját tapasztalataim alapján, melyek igen számos kézbeli deformatiora kiterjednek, szintén a legnagyobb határozottsággal kell kijelentenem. Sőt arthritis gonorrhoica s traumatica folyamán is láttam elváltozásokat, melyek külsőleg akár a csúz, akár mások szerint az a. deformans képével azonosak voltak.

S mégis látjuk, hogy vannak klinikusok, kik az a. deformanshoz, mint önálló kórképhez az idült izületi csúzzal szemben makacsul ragaszkodnak, a sok szerző közül pl. *Eichhorst*, a ki az idült csúzzal a fertőző bántalmak szakaszában foglalkozik, az a. deformanst pedig az alkati betegségek sorában tárgyalja.

Méltán kérdezhetjük, van-e ezen kettéosztásnak haszna s a mi még fontosabb, van-e jogosultsága?

* A budapesti kir. orvosegyesület 1899. február 25-diki ülésén tartott előadás.

Noha a therapiában, tehát az orvosi tényked és legfontosabb részében, e megkülönböztetésnek gyakorlati jelentősége nincsen — közös lévén az illető szerzők értelmében is a gyógyító eljárások sora —, nem lehet tagadni, hogy mindent szívesen kell fogadnunk, a mi a betegségek nagy családjában az áttekintést helyes beosztással elősegíti.

Valamely kórkép vagy elég jellegző aetiologiai klinikai s boncztani tekintetben, úgy hogy typust látunk benne s külön rendszerbe foglaljuk; vagy ha aetiologiai, klinikai s boncztani tekintetetben specificumot benne felfedezni nem tudunk, kötelességünk ama betegség önállóságával felhagyni.

Hogy aetiologiai tekintetben tudásunk mai állása szerint idült csúz s a. deformans között nem sikerült értékesíthető adatot szerezni, nem kell bővebben fejtegetnem.

Boncztani tekintetben ugyan meglehetős határozott nézet alakult az a. deformansról; jellegzőnek tartják a porczos s csontos elemek elváltozásainak túlsúlyát, továbbá azt, hogy a csontokban s porczokban a progressiv folyamat mellett kezdettől fogva egyes helyeken regressiv-tünetek mutatkoznak. De a kórboncznokok jóformán kivétel nélkül átmeneteket concedálnak s az a. deformans klinikai önállóságát épenséggel sem bizonyítják.

Ziegler pl. a polyarthritis rheumatica chronicáról szólva, ezt mondja: „ . . . . körében oly elváltozások fordulhatnak elő, a melyek boncztanilag az a. deformanshoz tartoznak“.

Birch-Hirschfeld szerint: „Az idült izületi lobok beosztását főleg az nehezíti, hogy egyfelől ugyanazon ok különféle boncztani elváltozásokat idézhet elő, míg másfelől boncztanilag egyféle izületi megbetegedések különböző eredetüek lehetnek.“ Továbbá az idült csúzos arthritisről szólva, szó szerint azt mondja: „ . . . . itt is előfordul átmenet az ízvégeknek progressiv ulceratiojába s a. deformansba. Nem ritkán egyes izületekben adhaesiv lobot találni, míg más izületekben egyszerü ulceratio áll fenn vagy a. deformans.“

Langerhans, Orth, Schmaus, Kaufmann, Weichselbaum s mások hasonló értelemben nyilatkoznak.

Maradna tehát mint egyedüli alap, a melyen az úgynevezett a. deformans önállósága felépülhetne, a klinikai tapasztalat.

A főérv, mely ezen a téren szóba jönne, a külső formáknak esetleg jellegző alakulása lehetne. Hiszen az elnevezés „a. deformans“ lényegben szintén külsőségekre támaszkodik.

De mint láttuk, ezen érvnek realis háttere nincsen. Senki sem jelölheti meg betegnél a határvonalat, a meddig a csúzos elváltozások terjednek s melyen túl az a. deformans alakulásai kezdődnek.

A kéznél még aránylag legkönnyebben tünnek szembe a különböző elváltozások, mert csontváza rendkivül kevés lágyképlettől van fedve s aránylag sok izület van kis térre szoritva, azonfelül az izomsorvadás s a beidegzés finomabb zavarai is hamarább látszanak. Mindazonáltal a. deformansra itt sem lehet semmiféle paradigmát felállítani.

Más izületeknél vagy kevésbbé előhaladott esetben ez még kevésbbé lehetséges.

A betegség lefolyásában egyetlen tünet sincsen, a melyet az a. deformansra nézve jellegzőnek lehetne elismerni.

Az úgynevezett a. deformans ép úgy, mint a typikus idült izületi csúz többnyire idülten szokott fellépni, de valamint ez is néha heveny sokizületi csúzból fejlődik, számos esetet láttam, a hol 1—2 évvel acut polyarthritis után oly súlyos kézbeli elváltozások fejlödtek, melyeket más szerzők bizonyára a. deformansnak mondanának.

Rendesen éltesebb egyének azok, kiket az elváltozások érnek, azaz az elváltozásokhoz többnyire évek s évtizedek kellenek, recidivák s exacerbatiok, míg nagyobb fokot elérnek. De láttam az elváltozások szomorú alakjait zsenge ifjaknál, sőt gyermekeknél néha gyors egymásutánban fejlödni.

Azt olvashatjuk számos szerzőnél, hogy az a. deformans leginkább nöknél szokott előfordulni, hogy férfiaknál nagyon ritka. Részemről megengedem, hogy a kézbeli elváltozások nöknél általában valamivel gyakoriabbak, de férfiaknál is elégszer előfordulnak.

A pöstyéni munkáskórházban évente 500 beteget kezelünk, ezeknek négy ötöde férfi. Mondhatom, hogy az úgynevezett a. deformans alakjait munkásembereknél meglepő nagy számmal találtam.

Tehát sem külső forma, sem a betegség kezdete s lefolyása, sem kor, sem nem a. deformans mellett vagy ellen nem bizonyit.

Némely munkában akadunk ugyan azon apodictikus állitásra, hogy a prognosis a. deformansnál — szemben az idült izületi csúzzal — absolut rossz; a rosszabbodás fatum módjára halad, állitólag fentarthatatlanul tovább s minden gyógykisérlet hasztalan.

Erre nézve is határozottan állithatom, hogy elvi különbség a közönséges idült izületi csúz s az úgynevezett a. deformans esetei között, a mi a gyógyulást illeti, nem létezik.

Minden egyes betegnek, mint más téren, itt is meg van a saját prognosisa. Részemről az elcsontosodott beteg befejezett esetét kivéve, a ki izmok helyett is csak sorvadt kötőszöveti kötegekkel bir, a legtöbb esetet, ha megfelelően kezelik, javulásra képesnek tartom.

Az a. deformans klinikai önállóságát vitató szerzők főleg a sebészek s ideggyógyászok táborából valók, természetesen más-más alapra helyezvén az a. deformans genuin voltát.

Hueter, *Volkmann*, *Schüller* s mások az ankylosis jelenlétében bizonyitékot látnak idült csúz mellett, az ankylosis hiányában jelet az a. deformans mellettt.

Eltekintve attól, hogy sokizületi esetben ankylotizált s össze nem nőtt, de deformált izületek egymással vegyülhetnek, az ankylosis érve egyáltalán tarthatatlan.

Idült módon keletkező ankylosis semmiféle megbetegedésnek nem lehet fajlagos kriteriuma, már azért sem, mert azt beavatkozásunkkal hol siettetnünk, hol késleltetnünk lehet.

Az idülten fejlődő ankylosist, meglevő hajlammal szemben is, inkább többé-kevésbbé accessorikus dolognak óhajtjuk tekinteni, a hol a beteg s az izület egyénisége, fibrindússág, illetőleg az izzadmány alvadékonysága, a szövetek energiája, a beteg érzékenysége s életmódja, az izületnek nyugalma, az orvos kezelése stb. fontos s nagy szerepet játszhatnak.

Az ankylosis, különösen a melyik idülten fejlődik, bajosan emelhető kórismészeti különlegesség jelentőségére.

Különben *Volkmann* egy helyen a következőket mondja: Ritkábban, mint a traumatikus izületi lob, megy át lassan a. deformansba a heveny sokizületi lob, vagy egy heveny typhusos, vagy gonorrhoikus arthromeningitis . . . . . Ugyanez áll az eredetileg egyszerü, idült hydrarthrosisokról.

Tehát Volkmann s a vele egy nézeten levő szerzők szerint is az a. deformans képének kizárólag egy megbetegedésre nézve pathognomikus vonása nincsen.

Nézzük most már az ideggyógyászok érveit.

A mi az a. deformansnak neuropathikus hypothesisét különösen tetszetössé tette, az azon *Charcot*-tól eredö észlelet, hogy gerinczagyi sorvadásnál izületi megbetegedés elégszer előfordul. Sőt ezen arthritis tabidorum *Virchow* szerint boncztanilag az a. deformanssal congruens.

Egyébiránt *Mitschell* már 1831-ben gerinczagyi sérülések után fellépő izületi bántalmakat a gerinczagygyal hozott kapcsolatba. Ujabbi időben hemiplegiás egyének hüdött oldalán irtak le izületi elváltozásokat, nemkülönben syringomyeliánál is stb.

Nyilván analogia alapján gondoltak *Remak*, *Benedikt*, *Wichmann* s mások az a. deformansnak is neuropathikus eredetére.

De valamint boncztanilag s kisérletileg eddig izületi idegcentrum nyomára akadnunk nem sikerült, úgy kórboncztanilag, legalább tudtommal, eddig semmiféle oly adat nincsen ismertetve, mely az idegrendszer s az izületi elváltozás közötti causalis nexust kimutatta volna.

Biztossággal talán csak annyit mondhatunk, hogy ha idegbántalmaknál akármily oknál fogva izületi megbetegedések előfordulnak, ezekre az idegbaj súlyosbitó s bizonyára disponáló befolyást is gyakorol.

Legyen szabad a neuroparalytikus ophthalmia példájára utalnom, a hol a sensibilis trigeminus rostok átmetszése vagy megbetegedése folytán az idegbeli védelmétől megfosztott cornea pusztulásnak indult.

S ha még kifejezett idegbajok pl. tabes esetén is az izületi megbetegedés idegbeli *közvetlen* eredete semmiféle tekintetben máig bizonyitva nincsen, mennyivel inkább problematikus valamely izületi baj idegbeli természete oly esetekben, a hol idegbántalom egyáltalán ki nem mutatható s a mely esetek különben minden irányban úgy hasonlitanak az idült izületi csúz eseteihez, mint egyik tojás a másikhoz.

A neuropathikus hypothesis általános érvelése, mint az pl. *Breslauer* egy dissertatiojában van összehordva, nem állja meg helyét, mert ijedtséget, gondot, bánatot, tehát psychikus behatást nem lehet komolyan a szóbanforgó izületi bántalmak oki momentuma gyanánt szerepeltetni. Szintúgy nem lehet a villanyozás esetleges jó hatásából a posteriori érvet kovácsolni az a. deformans idegbeli eredete mellett.

Legtöbb súlyt helyeznek az idegbeli elmélet hivei azon körülményre, hogy az úgynevezett a. deformansnál az izületi elváltozások részarányosan szoktak fellépni.

Talán okvetlenül s mindig ideges eredet mellett szól-e az, ha páros szervek egyidejüleg egyenlő mértékben megbetegednek, pl. ha csúcshurut mindkét tüdőben egyidejüleg lép fel? Vagy cataracta, conjunctivitis, retinitis, a középfül lobja, a hallócsontocskák elmeszesedése stb. talán ideges eredetü, mert gyakran mindkét oldalon egy időben szokott fellépni?

Nem jogos-e legalább részben azon feltevés, hogy a részarányos szervek az ártalommal szemben egyformán disponált egyéni egységek hasonló ellentállási erővel vagy megbetegedési hajlammal s ugyanazon következményekkel, ha a megbetegedés igazán kitör.

De ha ezen okoskodást el is ejtjük, a tények maguk czáfolják az elméletet.

Ott van pl. a tabes, a mely különben a symmetrikus idegbántalmaknak elég praegnans képviselője. Vajjon tabesnél az arthropathia mindig részarányos-e? A tapasztalat azt mutatja, hogy nem. Én legalább több monarthritist s nem részarányos izületi elváltozást láttam tabesnél, mint symmetrikus elhelyezkedést.

S vajjon az úgynevezett a. deformansnál csakugyan oly nagy szerepet játszik-e az elváltozások részarányossága?

Vizsgáltam e szempontból az idült csúz, illetőleg a. deformansbeli, sok százra menő saját eseteimet s szigorú részarányosságot több esetben nem találtam, mint a hányban jelen volt. A symmetriának ez pedig oly arányszáma, mely heveny s fertőző természetü izületi megbetegedéseknél sem szokott különb lenni.

Fejtegetéseimből méltóztatnak látni, hogy az a. deformans kórboncztanilag nem egyéb, mint gyüjtőnév, klinikailag nem egyéb, mint fejlödési stadium, úgyszólva tünet, a mely mint ilyen majd az egyik, majd a másik megbetegedéshez társulhat.

Elsődleges, klinikailag önálló arthritis deformans manapság is oly szerencsétlen hypothesis, melylyel több zavar, mint felvilá-

gosítás, több kár, mint haszon jár. Ilyen hypothesis pedig más sorsra nem érdemes, mint hogy véglegesen elejtsük. Tegyük helyébe azon tételt, hogy idült izületi csúz s úgynevezett a. deformans között klinikailag különbség nem létezik.

Irodalom.

[1] *Eichhorst*: Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. 1887. IV. k. 178. oldal. [2] *Hartmann*: Der acute und chronische Gelenkrheumatismus. Erlangen, 1874. VI. tábla. [3] *Garrod*: Die Natur und Behandlung der Gicht. Uebersetzt von Eisenmann. Würzburg, 1861. 379. s 381. oldal s IV. tábla. [4] *Wichmann*: Der chronische Gelenkrheumatismus und seine Beziehungen zum Nervensystem. Berlin, 1892. 27. s 32. oldal. [5] *Schreiber*: Atlas der Gelenkkrankheiten. Tübingen, 1883. II. tábla 6. ábra s XV. tábla 1. ábra. [6] *Dyce Duckworth*: Die Gicht, übersetzt von H. Dippe, Leipzig, 1894. 49., 54. s 56. old.

Közlemény az egyet. I. sz. női klinikáról. (Kézmárszky Tivadar tanár.)

Császármetszés septikus szülő nőn.

Közli: *Doktor Sándor* dr. I. tanársegéd.

(Vége.)

Esetünkben a drainezés kezdetben jól bevált. Jól volt észlelhető, különösen más laparotomiás beteghez hasonlítva, hogy mennyire javult az első két nap a beteg közérzete, bár 36 óráig még elég magas láz állott fenn. Mégis úgy látszik, felszívódás nem, vagy alig történt, csak a szervezetbe már bejutott infectiosus anyagok elégése volt még folyamatban. Majd teljesen láztalan 24 óra következett. Harmadnap azonban egyszerre felemelkedik a hőmérsék hidegrázás kiséretében 41° C. fölé. Erre a draint eltávolítottuk, öblítést tettünk s csakugyan csökkenést mutatott a láz; de további kétszer 24 óra mulva ott volt az organikus megbetegedés, érzékenység, resistentia: parametritis, melynek erélyes antiphlogosissal sikerült határt szabni. Itt tehát jól működött a gaze-drain addig, míg felszívta a váladékot. De a mint beivódott s a váladék több lett, nem volt jó a levezetés s innen támadt a baj.

Salus a maga esetében még a méh üregét is gondosan desinficiálta, az amputatiot kés helyett paquelinnel végezte, azután a cervicalis canalist alaposan megpörkölte s úgy sülyesztette el a Chrobak szerint ellátott csonkot s bekövetkezett a halál acut peritoneitisben a hatodik napon. Sectionál a nyaki csatornában újra láthatók voltak a bomlás jelei a pörk lelöködése után. A cervical canalis drainezését kénytelen volt mellőzni a nagyfokú medenczeszűkület miatt. Ez a peritoneitis, mely a hatodik napon okozott halált, másodlagosan, valóságos reinfectio folytán támadt: a szülő csatorna meghagyott részét nem sikerült a bomló anyagoktól teljesen megtisztítani, mint annyi sok más esetben nem sikerül; a bomló váladék jó levezetéséről nem lehetett gondoskodni; így pedig az égetett pörk még kedvezőbb talajul szolgált a bomlásra, s a váladék pangása előidézte a baj tovaterjedését a peritoneumra.

3. További fontos tényező a szülés alatti sepsis gyógyulásában *a nyugalom biztosítása*. Különösen szembeállítva a szülés alatt a méhcontractiokban rejlő insultusokkal, tünik ki ennek kiváló fontossága. Ezt mindegyik operatioval egyaránt elérjük.

4. *Az operatio insultusai* egyfelől általánosak: narcosis, shok, vérvesztés; másfelől localisak: a manipulatiok az inficiált részeken műtevés közben.

Különösen a császármetszésre való tekintetből az előbbiek is nagyon fontosak: a szervezet gyöngítésével lényeges befolyást gyakorolnak az eredményre, mely császármetszésnél mindig súlyosabban esik latba, mint természetes szüléseknél. Itt csak akkor lesz nagyobb jelentőségü, ha akár a tágulás hiánya, akár a medencze nagyfokú szükülete miatt nagyon beható, physikailag is nehéz műtétre volt szükség. A fentebbi császármetszések halálozásából ennek a rovására esik egy, a melyet metastatikus pneumonia okozott.

Még fontosabbak a localis insultusok, melyeknek legtöbb részük van a halálos fordulatban. Egyaránt durva befolyások akár természetes szülésnél, akár császármetszésnél. Más, nevezetesen operatiok utáni infectio eseteiben elég gyakran látjuk, hogy a kedvező organikus megbetegedések nyugalom mellett, talán erélyes antiphlogistikus therapiával megállíthatók s gyógyulásnak indulnak a természet saját erőinek befolyása alatt. Itt azonban, mikor már a sepsis fennállása alatt kell beható operatiot végeznünk, nem csoda, ha olykor a durva manipulatiokkal ártunk s csak módosítjuk a sepsis lefolyását, de a halálos véget fel nem tartóztatjuk, néha talán épen siettetjük. Ha magára hagyva, általános sepsisben pusztult volna el a beteg: az operatio után kifejlődik az organikus megbetegedés s abban pusztul el.

Ez az értelmezése a fentebbi császármetszések közül azon három halálesetnek, melyekben a harmadik napon sepsisben, illetve általános peritoneitisben pusztult el a beteg. 2 azok közül conservativ császármetszés után, 1 pedig Porro-műtétel után halt meg. Ez esetekben a bomlás a szülő csatorna falaiban bizonyára már szöveti változásokat is hozott létre, ezért annak tökéletes kitisztogatása nem sikerült, sőt az operatio insultusai egyenesen elősegítették e változások mélyebbre terjedését.

5-dik oly tényező, mely befolyással van a szülés befejezte után a sepsis további alakulására, az *operatio-okozta sebzésekben* van adva. Külön választottam ezeket az előbbi insultusoktól egyfelől azért, mert oly lényegesen különbözők természetes szülésnél és császármetszésnél, hogy jelentőségük külön volna mérlegelendő; másfelöl azért is, mert úgy látszik, magukban nem oly lényegesek, különösen császármetszésnél. Elég különös, de úgy van, hogy a septikus állapot daczára is a frissen ejtett sebzések elég jól gyógyulnak. Még a halálos és így obductiora került esetekben is jól össze volt gyógyulva mind a hasseb, mind a méh sebe. Nem ezek a sebek nyitnak utat az infectio tovaterjedésére.

Végül még két oly tényezőről kell szólnom, melyek csakis császármetszésnél szerepelnek. Ilyen:

6. *A bomló magzatvíz beömlése a hasba.* Ismét nem várnók, de mindenek szerint úgy van, hogy ez vagy nem oly veszedelmes, vagy elég jól kikerülhető közönséges óvatosság mellett is. Még csak arra a kétes értékű rendszabályra sincs szükség, melyet Schauta követ, hogy in toto gördíti ki a méhet s előbb definitive zárja a hassebet, kivarrja a méhnyakat is s csak azután amputálja a méhet. Egy esetről sincs mondva a fentebbiek közül, hogy ez lett volna oka a halálnak. Nem is látszik ez valószinűnek azért sem, mert legkorábban a harmadik napon következett be a halál, pedig a peritoneum direct infectioja, laparatomiáknál azt tapasztaltuk, még gyorsabban vezet halálhoz.

7. *A méh eltávolítása részben vagy egészben.* Ez a legfontosabb, principialis jelentőséggel leginkább biró az eddigi tényezők sorában. Czélja nyilvánvaló, t. i. az, hogy a megbetegedett szerv eltávolításával vitalis veszedelmet hárítsunk el; tehát életmentés a szerv feláldozása árán. Mennyiben szükséges ez s mennyire hathatós, eléggé kitünik az eddigiekből. Azt láttuk nevezetesen, hogy az inficiált szülőcsatornát teljesen megtisztítani csak a baj kezdeti stadiumában sikerül; sőt azt láttuk, hogy azok a manipulatiok, melyeknek az operationál alá kell vetnünk az inficiált szervet, mint durva insultusok segítik elő a baj terjedését a felszinről a mélybe; továbbá láttuk, hogy a bomló váladék pangása, különösen a császármetszéses, tehát mindig nagyobbfokú szükülettel complicált esetekben, tovább is veszedelemmel, reinfectioval fenyeget. Tényleg 6 közül 4 esetben ezek a veszedelmek okozták a halált császármetszések után. S ezek mind elég biztosan eliminálhatók a méh eltávolításával. Ez látszik a fent már közölt számszerű adatokból is:

5 csonkítás nélküli, conservativ császármetszésből meghalt: 2 = 40%.

17 csonkításos császármetszés után meghalt: 4 = 23·5%.

Ezek ugyan nagyon kicsi számok, melyeknek a percentuatioja kevesebbet nyom a latban. De a különbség mégis elég nagy, hogy teljesen figyelmen kivül ne hagyjuk s azt jelenti, hogy a megcsonkítás árán csakugyan sikerült legalább nehány esetben az életet megmenteni.

Miért nem sikerül mindig? Miért volt a halálozás abban a 4 esetben, a méh eltávolítása daczára is? Az eddigi fejtegetések után igazán nem nehéz a felelet. Legalább kettőről bizonyos, hogy a halál el lett volna kerülhető a méh *teljes* kiirtásával, el

*

lett volna kerülve, ha amputatio helyett total-exstirpatiot végeztek volna a császármetszés után.

Ezzel áttérhetünk a módszer kérdésére, melylyel most már röviden végezhetek.

Mint az eddigiekből kivehető, az általános sebészet álláspontjáról tekintve, igyekeztem fejtegetni a fölvett themát, abból indulva ki, mint természetes, hogy az infectio törvényei ugyanazok a szülőcsatornában, mint a sebészet körébe tartozó egyéb tájain a testnek. Ugyanazok nagyban. Különbségek csak annyiban lesznek, a mennyit az eltérő anatomikus viszonyok és physiologikus functiok megkövetelnek.

Így tekintve pedig, a szülés alatti infectio oly hatalmas támadás a szervezet épsége ellen, a melyhez alig van fogható a sebészet többi mezején. Mily óriási felszin áll itt készen az infectio megtelepedésére! A vér- és nyirokereknek mily sokasága szolgál az infectiosus anyagok fölvételére! Nem csuda, ha magára hagyva ez a sepsis feltétlenül gyors halálhoz vezet.

Nézzük mit tesz a sebész ily súlyos infectio eseteiben? Föleg megtartó eljárásokat követ, minő a nyugalom és erélyes antiphlogosis. Ha operál is, csak behasogatja az inficiált tagot, hogy vagy váladéknak nyisson utat, vagy az infiltrált szövetek feszülését enyhítse; de félő gonddal kerüli az inficiált tagnak minden mozgatását. Ritkán áldozza azt fel. Miért? Mert legtöbb esetben a nélkül is gyógyíthat, néha pedig elkésik s azzal sem használna.

A szülész azonban, mint láttuk, kénytelen a gyógyításhoz legelőbb is olyan beható operatioba fogni, melylyel a legdurvább insultusoknak veti alá az inficiált szervet: legelőször is ki kell üríteni a méhet. S ha e czélra valami okból a császármetszést választotta, czzel az insultusokat s azok veszedelmeit még növeli.

S most az a kérdés, hogy járjon el tovább?

A sebésznek könnyű a helyzete. Ha kell, óráról órára követheti szemmel a baj menetét, directe figyelve meg a beteg testrészt s kisebb beavatkozásokkal segítve a legalkalmasabb pillanatban.

A szülésznek szintén kell gondolkodni módokról, eszközökről, melyekkel elháríthatja a bajt csonkítás nélkül is; de míg ilyenekkel nem rendelkezik, az inficiált méhet megtartania s a hasba visszasülyesztenie — mihelyt az infectio súlyosabb mértéket öltött — nem szabad. Ez annyit jelentene, mint a beteg életét tenni koczkára, elszalasztva a kedvező alkalmat, mely megmentésére kínálkozott. Szükséges a méhet eltávolítani a fentebb (7. alatt) kifejtett okoknál fogva.

A conservativ császármetszés tehát súlyos sepsis eseteiben nincs helyén. Ebben megegyezik ma már az operálók többsége. Csak *Ahlfeld* vitatja a megcsonkítás jogosultságát még ez esetben is, arra utalva, hogy még nincsenek ez irányban elegendő tapasztalataink. A mint láttuk, vannak. A 22 császármetszés 6 halálozásából 4-et kell a csonkítás mellőzésének, vagy *elégtelen voltának* tulajdonítanunk. Olykor elégtelen t. i. az amputatio is.

Az ugyanis a további kérdés, hogyha a méhet el kell távolítani, részben vagy egészben történjék-e ez? *Amputatio-e, vagy total-exstirpatio: ez tehát a kérdés itt a sepsisnél megint, mint a méh carcinomájánál és myomájánál.* S ha párhuzamba állítjuk a sepsist ép e két másik bajjal, könnyebben jutunk a megoldásra.

Carcinománál már eldőlt a kérdés a total-exstirpatio javára. Miért? Mert a baj elterjedését nincs módunkban pontosan megismerni s az amputatioval meghagyott csonkban — azt mutatta a tapasztalás — olykor kiújulás következik be.

Myománál még nincs végleg eldöntve; de az operálók többsége az amputatio mellett van, mert itt a csonk, csak jól legyen ellátva, nem rejt magában veszedelmet.

A septikus infectio természete a carcinomáéhoz áll közelebb. Itt sem tudjuk az operationál megítélni a baj elterjedését s a bent hagyott csonk itt is veszedelmet rejt magában, annál fogva, hogy bővebb váladékot produkál s ez könnyebben stagnál s kivált egy császármetszéses, szük medenczés esetben nehezebben tisztítható el, mint a hüvely váladéka. Igy lett az esetünkben s még 3 vagy 4 más esetben súlyos betegségek kútforrása, Salus és Franta eseteiben (II. és III. táblázat) a halál okozója.

A szülés alatt szétfejtett, tágult cervix csonkjának ellátása már magában is kedvező a pangásra. A császármetszés után t. i. a megmaradt cervixen ugyanolyan involutio, visszafejlődés észlelhető, mint rendes szülés után: összehúzódik s a portio vaginalis rendes formája már pár nap alatt helyreáll; a méhszáj megszűkül. Minthogy azonban a hasba visszasülyesztett csonk egy hosszú harántvonalban össze van varrva, e varrat akadályozza a canalis felső részének gyors szűkülését s itt stagnál a váladék, mely a puerperalis állapotban különösen, de máskor is gyorsan idézi elő a parametrium infectioját. A hassebbe rögzített, extraperitonealis csonknál pedig a tág méhnyaknak kinyújtása és ránczbaszedése teremt hasonló kedvezőtlen viszonyokat.

Igy látjuk a közölt esetekben is, hogy amputatio után csaknem minden esetben voltak még lázas mozgalmak. Teljesen lázatlan gyermekágyat csak azon két esetben észleltek, melyekben teljesen kiirtották a méhet, az abdominalis total-exstirpatiot végezték a császármetszés után.

A Porro-műtétel tehát nem nyujt teljes biztosítékot a szülés alatti sepsis eseteiben; sokkal inkább a totalexstirpatio.

A méhnyak kiirtása azonban mindig technikai nehézségekbe ütközik, itt a szülés alatt még inkább, mint myomáknál. Kitágított állapotában ugyanis a cervix oly szélesen foglal helyet a medenczebeli lágy részek között, hogy kifejtése jóval nehezebbé válik. Tapasztaltuk ezt a leirt esetben is, hol eredetileg a méh teljes kiirtását vettük tervbe. S említi egy másik operáló is.

Ezekkel a nehézségekkel számot vetve ugyan, törekednünk kell mégis megküzdeni. E czélból követésre valónak találom a Fritsch operatioját. Ő ugyanis ily septikus esetében in toto gördítette ki a méhet s megnyitás nélkül fejtette ki összeköttetéseiből a méhnyakat is; s körülmetszés előtt fogókkal szorította ezt le két oldalról, hogy a méh tartalmának beömlését a hasba megakadályozza. Ily módon a kifeszített és kitöltött cervix falait csakugyan jobban meg lehet különböztetni s könnyebben sikerülhet kifejteni, mint kiürítés után. Hasonló esetben máskor csakugyan ilyen módon kisérteném meg a császármetszést.

Ezekben igyekeztem a felvett themát, melynek annyi általános érdekü vonatkozása van, minden kínálkozó oldaláról megvilágítani.

Midőn végül az irodalomban talált hasonló eseteket táblázatba összeállítva közlöm, hálás köszönetemet nyilvánítom mélyen tisztelt főnökömnek Kézmárszky tanár úrnak, hogy ez esetnek mind operatioját, mind közlését átengedni kegyes volt.

I. Conservativ császármetszések.

Sorsz.	Szerző, forrás	Idő	Eset	Eredmény
1	*F. Schwarz* Cblt. f. Gyn. 1893. 11.	1890. IV/23	Szük medencze miatt absolut indicatioból, 24 órai vajudozás után, 39°-os láz mellett; 21 é. I. P.	† III. nap sepsis
2	*Zweifel* Frommel, Jahresb. V. k.	1891. V/16.	I. P.-nál II—III. fokú szükület; 8 nap előtt elfolyt magzatvíz; bomló büzös méhtartalom	† III. nap sepsis
3	*Eckerlein* Cblt. f. Gyn. 1892. 8.	1891. VIII/31.	Szük medencze: conj. v. 7 cm. 8 nap előtt elfolyt magzatvíz; 4 napos vajudozás; nagy magzat; láz; physometra	súlyos zavar a gyermekágyban, hasfali tályog
4	*Sänger* Frommel, Jahresb. VI. k.	1892. II/3.	18 é. I. P. Ált. szük lapos medencze, conj. v. 6 cm. cervixelvékonyodás; láz	könnyü lázak a gyermekágy első napjain
5	*Bode* Cblt. f. Gyn. 1896. 19.	1896. I/5.	44 é. I. P. Rhachitikus szükület; 4 napi vajudozás után tetanus uteri; 38·3—126	könnyü hőemelkedések a gyermekágy első 3 napján
	II. Porro-műtételek extraperitonealis csonkkal.			
6	*Ikeda* Cblt. f. Gyn. 1893. 46.	1891. V/29.	29 é. II. P. Heges szükület a hüvelyben, 2 napi vajudozás után 39·3—138, büzös, piszkos folyás	súlyos zavarok a gyermekágyban, genyedés a csonk körül

Sorsz.	Szerző, forrás	Idő	Eset	Eredmény
7	*G. Braun*[1]	1891. XII/10.	21 é. II. P., egyaránt szűk medencze, 7 napi vajudozás után fordítás kisérlete, majd kraniotomia, másnap extractio-kisérlet, 39·5° C.	súlyos zavarok a gyermekágyban; bronchopneumonia
8	*Koffer*[1]	1892. VIII/21.	20 é. I. P. Robert-féle medencze, 5 napi vajudozás után kraniotomia; extractio nem sikerül, 39·8—138	könnyű zavarok a gyermekágyban
9	*Koffer*[1]	1892. IX/20.	27 é. IV. P. Osteomalacia, 1½ napi vajudozás után 39·2—140	könnyű zavarok a gyermekágyban
10	*R. Braun*	1894. I/25.	28 é. V. P. Osteomalacia; egy napi vajudozás után magas láz: tympania uteri	† VI. nap metastat. pneumonia
11	*Pinzani* Cblt. 1896. 9.	1895 (?)	25 é. I. P. Rhachitikus szűk medencze; mindenféle operativ kisérletek után sérülések, gangraenosus gátrepedés (!)	† 20. nap pyaemia
12	*Franta* Frommel, Jahresb. IX. k.	1895.	38. é. VIII. P., osteomalacia, 6 napi vajudozás után tetanus uteri; incomplet ruptura; láz	† 3. nap peritoneitis
	III. Porro-műtételek intraperitonealis csonkkal.			
13	*Zweifel* Cblt. f. Gyn. 1890. 2.	1889.	41 é. V. P. Osteomalacia; alig 24 órai vajudozás után láz; halott magzat, bűzös magzatvíz	súlyos zavarok a gyermekágyban; hasfali tályog perforatioja a hólyagba
14	*Johannowsky* Arch. f. Gyn. 42. köt.	1891. X/25.	24 é. I. P. Rhachitikus szűkület; conj. diag. 8·5, 4 napi vajudozás után bűzös magzatvíz, láz	könnyű zavarok a gyermekágyban
15	Ugyanaz	1891. X/26.	29 é. I. P. Rhachitikus szűkület; conj. diag. 7, absolut indicatio; hosszas vajudozás után láz	könnyű zavarok a gyermekágyban
16	Ugyanaz	1891. XII/20.	23 é. I. P. Törpe medencze; absolut indicatio; halott magzat; láz	könnyű zavarok a gyermekágyban
17	*Ludwig* Cblt. f. Gyn. 1896. 3.	1895. IX/21.	45 é. XIV. P. Nagy magzat; egy napi vajudozás után fogó; majd kraniotomia; extractio nem sikerül; tympania uteri	könnyű zavarok a gyermekágyban
18	*F. Schwarz* Cblt. f. Gyn. 1896. 15.	1896. I/17.	19 é. I. P. Rhachitikus szűkület; egy napi vajudozás után 40° C., bűzös magzatviz; élő magzat	súlyos zavarok, bűzös folyás a gyermekágyban
19	*Salus* Cblt. f. Gyn. 1896. 25.	1896 (?)	31 é. IV. P. Osteomalacia; 36 órával a magzatviz elfolyása után halott magzat; bűzös magzatviz	3 6. nap peritoneitis
	IV. Császármetszések total-exstirpatioval.			
20	*Fritsch* Cblt. f. Gyn. 1896. 4.	1893. V/18.	27. é. I. P. Szűk medencze; conj. v. 6½ cm., kraniotomia-extractio kisérlete intézeten kivül; sérülések; láz	láztalan gyermekágy
21	*Siedentopf* Cblt. f. Gyn. 1898. 4.	1897. X/24.	24 é. I. P. Szűk medencze; conj. diag. 8 cm. 3 napi vajudozás után láz; élő magzat	láztalan gyermekágy

[1] R. Braun. Der Kaiserschnitt bei engem Becken. Wien, 1894.

Közlemény a Korányi Frigyes tanár vezetése alatt álló I. belgyógyászati kórodából.

A typhus-kezelés diaetetikus irányelvei.

Benedict Henrik és *Schvarcz Miklós* dr.-októl.

(Folytatás.)

A lázas beteg anyagvesztesége, melyet a legdúsabb táplálkozás sem gátolhat meg, tehát nem vízveszteségen, nem a kisebb értékü zsír, hanem a minden életműködést közvetitő protoplasma megfogyatkozásán alapul. Hogy képét adjuk annak a veszteségnek, melyet *Voit* példája szerint *izomszövetre* szoktunk átszámitani, megemlítjük, hogy egy magunk észlelte typhusbeteg 16 napi észlelési idő alatt csaknem 5 kg.-nyi húsveszteséget mutatott, *Puritz* egyik betege pedig 29 napos észlelés folyamán 9 kg.-nyit, pedig az összes súlyveszteség inkább valamivel kevesebbet tett ki. Nem szükséges különösen kiemelnünk, hogy e körülmény életbevágó fontosságú lehet a typhusbeteg sorsára, a ki a folytonos láz, esetleges recidivák és utóbetegségek mellett, sokkal inkább van kitéve annak a veszélynek, hogy általános gyöngeségben, életfontos szerveinek megfogyatkozása miatt menjen tönkre, mint oly egyén, kit egyszerüen éheztetünk, és ki legnagyobb részt zsírjából élvén, fehérje állományát lehetőleg kiméli. Gazdag zsírpárnával biró egyének könnyen tűrik az éhezést, mint ezt a *Cettin* és *Succin* tett tapasztalatok bizonyítják, míg hájdús typhusbetegnek nemcsak a laikusok, de sok igen tapasztalt orvos is — köztük *Liebermeister* — éppenséggel nem hajlandó kedvező prognosist állitani. És ha a beteg megmenekült ama veszélyből, melyet *quoad vitam* magában rejt szövetállományának ily nagyfokú csökkenése, mily gyengeségi állapotban lép be a reconvalescentiába, mely számára csak újabb forrását jelenti a kínoknak, melyek talán nehezebben elviselhetők mint betegsége alatt, hol gyakran jótékonyan enyhitette azokat eszméletének zavart volta!

Ezek szerint a táplálkozási tan typhusnál is előbbi bizonytalan czéljai helyett élesen meghatározott jelszót irt zászlajára: t. i. a szervezet lázas fehérjeveszteségének lehetőség szerint való csökkentését!

A fehérjeveszteség eredetére és okára vonatkozólag lassanként az alábbi eredményre jutottak: egy része a testállományból leolvadt feherjének a *hiányos táplálás* következménye és ezt a részt *dúsabb táplálás* által pótolhatjuk; az a rész azonban, mely még *bő táplálék* bevitel esetén is elvész, a *lázas méregnek a szövetekre irányuló elölő hatásán alapul*, melynek protoplasmája parenchymatosus, zsíros vagy viaszkszerü elfajulásával tanuskodik annak kártékony, mintegy erömüvihez hasonlítható hatása mellett. A sejttörmelék a keringésbe jut és elbontatik. Ez az, a mit *toxikus fehérjeszétesésnek neveznek*, mely természetében megegyezik azzal a fokozott fehérjeforgalommal, melynek jelenlétét *phosphor-, arsenmérgezésnél*, O-hiánynál és rákcachexiánál többször hangsúlyozták; *Noorden* kézikönyvében nagy nyomatékkal foglalván e tan mellett állást, annak népszerüsitéséhez és kórvegytani biztos tapasztalataink közé való beiktatásához nagyban hozzájárult.

Kisérleteink érdekét védjük csak, mikor e tan mélyére igyekszünk hatolni, mely nem elég fiatal ahhoz, hogy örvendve üdvözöljük és nem elég régi, hogy kegyeletünkre tarthatna igényt! *A zsíros elfajulás* volt az, mely első sorban azt a benyomást keltette, hogy egyenesen a protoplasmára irányuló méreghatással állunk szemben, ugyanaz az elfajulás, melyet *Liebermeister* és követői mint hőhatást a túlmagas hömérsék rovására irtak. A fent említett mérgezésekkel való analogia, melynek hatása a szervezetre a kórbonczoló előtt különösen a szervek elzsírosodásában nyilatkozik meg, túlságosan csábító volt, semmint hogy fel ne használták volna. De a zsíros elfajulás megitélése épen jelenleg nagy átváltozást szenved; első sorban, nézetünk szerint egész okszerü bizonyítékát tudták adni annak, hogy a zsíros beszürődés és a zsíros elfajulás között elvi különbség nem létezik, a mennyiben második esetben is csak kivülről a sejtbe került zsírról van szó, mely ott functionalis okokból elbontatlanul rakatik le; másodszor kezdenek már eltérni ama nézettől, hogy a zsíros beszürődés vagy akár elfajulás, mint olyan egymagában a megtámadott szervnek valami különösen nagyfokú működési képtelenségét jelezné; a legfontosabb szervre: a *szívre* vonatkozólag, utalunk *Welch* és *Krehl* adataira, melyeket

az itteni gyógyszertani intézetben *Fenyvessy* és *Hasenfeld* pontos vizsgálatokkal egész terjedelmükben megerősítettek; ha a zsírszemcsék megjelenése a sejtekben kötve volna a protoplasmának egészben vagy részben való elhalásához, úgy e kisérleti eredmények nem volnának egyáltalán megmagyarázhatók. Látható ebből, hogy zsírnak fellépte a *sejtműködés* minőleges elváltozásának, nem pedig a *protoplasma helybeli elhalásának* egyenes jele; ha megszünik létezni a sejtműködés elváltozásának az oka, az időlegesen felhalmozott zsír ismét, mint előbb, elégettethetik és a protoplasma visszanyeri rendes kinézését. Bizonyítéka emez állításnak a chloroform-narcosis alatt létrejött zsírmáj gyors visszafejlődése. Azonkivül nem volna érthető, hogy a teljesen *passiv* módon a szervült protoplasma *károsítása* által létrejött fehérjeveszteség egy és ugyanazon infectionál: pl. a gümőkórnál a heveny időszakban oly igen nagy, míg az idültben ép oly magas láz mellett e fehérjeveszteség egészen megszünhet, oly magatartás, mint a milyennel — mint rögtön látni fogjuk — találkozunk mutatis mutandis a typhusos fehérjeforgalomnál is.

Ellene szól továbbá, hogy *a lázas anyagforgalom emelkedése általában*, a gázcserét véve számítási alapul — a kezdeti időszakban legalább —, a fehérje nagyobbmérvü elbontásának rovására irandó; elképzelhető-e tehát, hogy a *functionalis*, bizonyára az idegrendszer közvetítésére létrejött anyagforgalom-emelkedés[1] nagysága attól tétetik függővé, hogy *mennyi protoplasma halt el* az épen akkor a vérben keringő toxinok hatása alatt és kering mint sejttörmelék a szövetnedvekben? Nem-e sokkal megfelelőbb, ha a *sejtéletnek* túlnyomó részben *functionalis* elváltozását veszszük fel, oly értelemben, hogy az élő protoplasma tehetsége a fehérje elbontására növekedett, oly nagy fokban, hogy már a sejtbe lerakott N-mentes anyag a zsírnak egy részét, meg is kiméli az elégetéstől? Mielőtt még felmerült a toxikus fehérjeszétesés fogalma, már *Leyden* és *Fränkel* figyelmeztettek arra az ellentétre, mely a lázas anyagforgalom és az izommunka között fennáll, mely utóbbinál rendesen csak a N-mentes anyag kerül elégésre (és ha kedvünk volna az analogiákhoz, hozzátehetnők, hogy valószinüleg az e mellett megtakarított fehérjének javára történik, a mely a folyton erősbödő izomban lerakodik). Távol álljon tőlünk, hogy minden hasonló mérgezési folyamatnál, mely kóros zsírlerakodással és fokozott fehérjeszéteséssel jár, a pathologiai mozzanatok ilyetén egymásutánját tételezzük fel; hisz az is lehetséges, hogy a zsírelbontásnak csökkent mértéke kényszeríti a maga részéről a sejtet, hogy a fehérjéhez nyúljon; de minden esetre ragaszkodunk ama nézetünkhöz, hogy láz alatt első sorban *élettani protoplasmaműködésnek:* a fehérjeelbontásnak *activ fokozódása forog szóban.* Nem akarjuk azonban tagadni annak a lehetőségét, hogy igenis létezhetik egy *másodlagos* szétesése a sejtnek, de csak akkor, ha már annyi fehérjét adott le az őt körülvevő tápláló folyadéknak, hogy további működése az által lehetetlenné lön.

(Folytatása következik.)

[1] *A fokozott hőtermelést mint egészet* s mint a megváltozott regulationak egyik tényezőjét az idegrendszer által közvetítettnek képzelték. Legbizonyitóbbak *Zuntz* vizsgálatai, ki kurarizált és inficiált állatokon a hőtermelés fokozódásának a kimaradását észlelhette. Az idegrendszernek a hőtermelést reguláló hatását illetőleg lásd *Herz* és *Filehne* érdekes vitáját az 1896-diki belgyógyászati congressuson. „Fast allen andern Fiebertheoretikern (t. i. *Herz* és *Murri* kivételével) ist es ebenso evident erschienen, dass speziell die Ursachen der febrilen Hyperthermie zuerst das *Nervensystem* angreifen“ (*Kraus* referatuma a Lubarsch-Ostertag-féle 1895-ös Berichtben). *Krehlnek* az 1898-diki belgyógyászati congressuson bejelentett, de in extenso még nem közölt vizsgálatai képesek volnának ezt a nézetet részben — a *központi* idegrendszerre vonatkozólag — megingatni, fejtegetéseink lényegét azonban ez annál kevésbbé érinti, mert *a fokozott fehérjeforgalom magyarázatára* sehol sem recurrálunk az idegrendszerre, hanem mindenütt világosan kiteszszük azt, hogy a *sejtéletnek, az élő protoplasmának* functionalis zavarát veszszük fel. Dolgozatunk legszorgosabb átnézése daczára sem találtunk azonban olyant, a mi annak a gyanújára adhatna okot, hogy a fehérjeforgalmat kormányzó idegközpont mellett foglalnánk állást, miről különben jelen dolgozatunknak minden olvasója — sajnálatunkra csak utólagosan — meggyőződést szerezhet.

Fejtegetéseink nem is a „toxigen fehérjeszétesés“ ellen irányulnak, hanem azon felfogás ellen, hogy a protoplasmának passiv megöletése forog fenn. Mi a fokozott szétesésben egy élettani functionak a fokozódását látjuk, természetesen, mint ez több helyütt ki is van téve, a toxinok hatása alatt, ha úgy tetszik: *az élő protoplasmának a reactioját* kivülről jövő hatányokkal szemben. Ezt az élettani functiot a fehérjefelbontóképesség fokozódásának kell hogy nevezzük, ha a katabolismus, a protoplasmadissimilatio fokozódásának, ha a metabolismus álláspontján állunk. Mi is eleinte abból az általánosan elfogadott szempontból akartunk kiindulni, hogy a szervi fehérje passiv úton-módon beolvasztatik; mi bennünket arra kényszeritett, hogy a fehérjeforgalom reactiv fokozódását vegyük fel, az volt, hogy *kisérleteink alapján* a reconvalescentiában ezen functionak tényleges *csökkenését* találtuk. A fenti theoretikus megfontolások ezután egészen maguktól kinálkoztak. S minthogy az egész lázfolyamatot máris a *„szervezet reactiojának“* formulázzák, azt hiszszük, hogy az ebbe a fogalomba oly kevéssé illő „passiv protoplasmahalált“ akár a mi közreműködésünkkel, akár e nélkül nemsokára csendesen el fogják ejteni. Az, hogy rendellenes anyagforgalmi termékek is lépnek fel a fehérje regressiv felbontásakor, ezt a nézetet semmiben sem támogatja és a mi felfogásunkkal semmiben sem ellenkezik. (Lásd különben egyikünk előbbi dolgozatát: „Kóros körülmények befolyása a kénkiválasztásra.“ M. Orvosi Arch. VII. kötet és Zeitschrift f. klinische Medizin 36. kötet.)

Az inanitionalis és toxikus fehérjeszétesés mesterkélt megkülönböztetése is immár egészen tarthatatlanná vált: ha egy éhező typhusbeteg 130 gm. fehérjét bont fel egy nap alatt, akkor az ő inanitionalis fehérnyeforgalma az infectio hatása alatt 130 gm.-ra emelkedett. Basedowos és thyreoidea-készitményekkel kezelt egyéneknél szintén a szöveteknek toxikus beolvasztásáról és feltartóztathatlan protoplasmaszétesésről beszéltek, de ime kitünt, hogy fehérjeforgalmuk csak magasabb fokra van beállitva és hogy bő caloriabevitellel a veszteség pótlása, sőt (thyreoideával kezelt egyéneknél) fehérjevisszatartás is lehetséges. Hasonlót mutatott ki *Hirschfeld* az idült lázban szenvedő tuberculotikusoknál. A protoplasma tehát a toxinok hatása alatt még mindig képes assimilálni. Vagy egy és ugyanaz a sejt csak azt a fehérjét tudná pótolni, melyet inanitio és nem azt, melyet az intoxicatio útján vesztett el? Heveny lázas betegeknél az inanitionalis fehérjeforgalom olyan magas, hogy az egyensúly elérésére theoretikusan szükségelt caloriamennyiségeket bevezetni *practice* merőben lehetetlen. Míg igy az acut láz alatt az anyagforgalmi viszonyok a fehérjeveszteségnek, addig — mint később kifejtjük — a reconvalescentiáéi kiváló módon a fehérjelerakódásnak *kedveznek*; úgy lehet tekinteni, hogy fehérnyeveszteség és pótlás, mely rendes körülmények közt fehérjeegyensúly létrejötte mellett egyidejűleg megyen végbe, az acut láz által adott sajátságos viszonyok folytán dissociálva, egymás *után* lehetséges csak.

Közlemény a budapesti k. m. t. egyetem 2. számú (Réczey tanár) sebészeti klinikumáról.

Gümős hashártyalobok.

Irta *Chudovszky Móricz* dr. tanársegéd.

(Folytatás.)

A gümős hashártyalobnak *száraz* alakja, a melyet 2 sérves betegünknél állapitottunk meg, egyéb bajokat nem okoz, mint hogy a betegek időnkint heves hasfájdalmakban szenvednek, a melyek hasgörcscsé fokozódnak. Máskor hasmenések állanak be, a melyek székrekedéssel váltakoznak. Sérv esetében a bélfal lobos vizenyője vagy a sérvtömlő falának megvastagodása és lobosodása következtében a gümős hashártyalobhoz sérvkizáródási tünemények is társulhatnak. Minthogy azonban a sérvkapú és a sérvtömlő tartalma közötti térarántalanság csak lassan áll be, a kizáródás tünményei is csak lassan fejlődnek ki. A mint azt több sérves betegünknél látjuk, napok kellenek ahhoz, míg a kizáródás kifejlődik. A kizáródás esetében egy esetben sem észleltük azt, hogy a sérv tartalmán, különösen a bélen súlyosabb táplálkozási zavarok: bélüszkösödés, bélátfúródás kifejlődtek volna. A gümős hashártyalob száraz alakjánál a beteg hasa nyomásra fájdalmas, a nélkül azonban, hogy e fájdalom ennek következtében elviselhetlenné válnék. Épen úgy mi, mint mások sem észleltünk hőmérsékemelkedéseket a gümős hashártyalob ezen alakjánál. A vizelet górcsövi és chemiai vizsgálata semmi kórosat sem jelez. A gümős hashártyalob száraz alakjánál élesünk attól, hogy a hasüregben szabad izzadmányt vagy egyéb más lobterméket kimutathassunk, a melyből átoltás, tenyésztés s állatkisérletek alapján a gümős fertőzés jelenlétét megállapithassuk. Az egyedüli biztos kimutatási módszerünk *a hasmetszés*, a melyet mi két sérves betegünknél alkalmazhattunk, a midőn a górcsövileg megvizsgált szövetrészek képe alapján kórisménket pontosan megállapithatjuk.

A gümős hashártyalob *száraz* alakjának magyarázatául két felfogást emlitenek. Az egyik, mely azt mondja, hogy ezen lobnál lobtermék nem is képződik, a másik, a mely azt vallja, hogy a képződött lobtermék hamar felszivódik. Az első eset alakjait olyanoknak kell gondolnunk, hol a gümős bakterium virulentiája kisebb, mint más esetekben, kisebb tehát a fertőzés a savós hár-

tyán, ennélfogva a fertőzési gócz körül képződik lobtermék, a mely egy gümős góczot alkot, de a szabad hasüregben nem képződik lobtermék. A második eset alakjai olyanok, hogy hasonlóan a gümős mellhártyalobhoz lobtermék képződik, hanem az nyom nélkül felszívódik. Mi is ép úgy, mint *Neumann*[20] a hashártyagümő száraz alakját (perit. nodosa seu sicca) gyógyulási folyamatban lévő kóralaknak tekintjük.

A gümős hashártyalob *savós* alakja a gyermekkor megbetegedése. Néhány év alatt csupán ezt az egy közlött esetet észleltük. A kórtünemények a termelt savómennyiség szerint fognak váltakozni. A savós lobtermék oly mennyiségre szaporodhatik, hogy a rekesz feltolása következtében légzési nehézségek állhatnak be. A tárgyi tünemények a szabad hasvízkór tüneményeivel megegyeznek, a hullámzást vagy az egész hasüregben mutathatjuk ki, avagy csupán egy körülirt helyen, a midőn az izzadmány eltokolt, a mely utóbbi esetben a próbacsapolással nyert folyadékot a kór kimutatására felhasználhatjuk.

Ha a lobtermék oly mennyiségben gyülemlik össze, hogy az a nagy vivőerekre nyomást gyakorolhat, akkor úgy, mint a mi esetünkben, vizenyő mutatkozik az alsó végtagokon.

A savós lobterméket beoltva alkalmas tenyésztési talajra, nem fejlődnek ki mindig gümös culturák; a dolog magyarázatát abban lelhetjük, hogy a savós tömegbe került gümős bacteriumokat épen úgy, mint más fertőzésnél is a képződött lobtermék bacteriummérgei elpusztitják, avagy a nagytömegü savóból épen olyan részlettel oltottunk, a melyből gümős bacteriumokat már nem lehetett kitenyészteni. A savós lobtermék mellett a savós hártya gyuladása helybeli szervezeti ellenhatást okoz, a mely fokozottabb vagy enyhébb bélfájdalmak alakjában jelentkezik. Igen ritka az az eset, hogy visszahatásképen csuklást vagy hányást okozna. A betegek rendesen időnként hasmenésben szenvednek, a melyet rendesen azután székrekedés vált fel egy rövid időre. A hasmenéseket, a melyeket ilyen gümös hashártyalobnál észlelni lehet, három csoportra osztja be *Galliard*:[21] diarrhoikus, dysenterikus s coprostatikus alakra, a mi a klinikai észleleteknek meg is felel.

A hashártyagümő *savós rostonyás* alakjai közé négy sérves betegünket sorozzuk. A megbetegedés tüneményeiként a betegek mind megelőzőleg hasfájdalmakat éreztek, a melyek hasgörcsig fokozódtak. Hasmenések székrekedéssel váltakoztak. A míg a hashártyagümő előbbi két alakjánál a bél szabad, addig e harmadik csoportnál a rostonyás izzadmány bélösszetapadásokat idézhet elő, a melyek időlegesen a bél keringését korlátozzák, tehát székrekedések támadhatnak, a melyeket később hasmenés követ. A székelés egy ideig korlátozva szokott lenni, azután hirtelen áll be, s a mellett fájdalmas. Sokan említést tesznek arról, hogy véres hasmenéseket észleltek, mi egy esetben sem tapasztaltuk.

A szék hirtelen kiürülését többféleképen magyarázzák. Ha a bél nagy területen részben egymással összetapad, részben a hasfalhoz odanő, mint azt az egyik esetünkben észleltük, a bélsár felhalmozódhatik ezen a helyen, a mi bélelzáródásig fokozódhatik; ilyenkor a bélelzáródási tünemények állanak be, a melyek megoldása után a szék fájdalmas és a bél nagyfokú ingerülete következtében hasmenéssé szokott válni. Máskor a bél összenövése csupán mint időleges bélkeringési zavart okozó tényező szerepel, a midőn bélpuffadás, hányás, fokozódó hasgörcsök tüneményei közben székel az egyén.

A hasmenés többnyire az alkalmazott hashajtók és beöntések következménye szokott lenni. A hasfájdalmak természetesen ott nagyobbak, a hol összenövések vannak jelen, a hol a bél fokozott mozgása következtében a hashártya idegei fokozottabban vongáltatnak. A hasfájdalmak nyomásra szintén fokozottabbak, mint az előbbi két alaknál, a mennyiben a nyomás kifejtése alkalmával több belet nyomunk meg, több bélrészletet vongálunk az összenőtt, mint a szabad bélkacsok esetében. A hányás hamarább és gyakrabban szokott jelentkezni, a mennyiben bélkeringési akadályok hamarább állanak be. Ha ezen tünemények fennállása mellett még sérve is van a betegnek, a midőn a megvastagodott tömlő fala egy odanött csepleszsérv tartalmához hasonlít, s ha a sérv helybeli lobos tüneményei hevenyekké alakulnak, könnyen arra a gondolatra jutunk, hogy egy csepleszkizáródással, esetleg egy kizárt bélsérvvel van dolgunk. Három ily esetünk van. Csak a műtét világosit fel arról, hogy nem a sérv kizáródása, hanem a gümős hashártyalob következtében támadt bélösszenövések idézik elő a jelzett tüneményeket. Hőemelkedéseket is észlelhetünk ily betegeknél, ha a kizáródási tünemények fennállása mellett a megfelelő bélrészletben bélsárpangás folytán lobos tünemények mutatkoznak. Különben pedig a gümős hashártyalob ezen három csoportja rendesen hőemelkedés nélkül folyik le. A betegek vizelete rendes.

Az átoltási kisérletek épen úgy, mint az előbbi két alaknál, nem adnak mindig eredményt. Az átoltási kisérlet is sokkal nehezebb, a mennyiben a próbaszúrást nem használhatjuk fel oly könnyen, mint ott, a hol savós lobtermék nagyobb mennyiségben van jelen. Ha esetleg más szervekben is lelünk gümös góczokat, az a fennálló hashártyalob tüneményei mellett ennek gümös jellegét megerősiti.

A gümös hashártyalob negyedik alakja a *savós genyes* alak, a midőn a gümös fertőzés góczai sajtos-túrós tömeggé alakulnak és a hasüreg savós lobtermékét zavarossá teszik. A lobos gócz helyén egy gümös fekély képződik, a mely vagy gyógyulási hajlamot mutat s lassanként kisarjadzva hegesedés útján meggyógyul avagy a szomszéd szervekre terjed át, májra, lépre, vesére, hasnyálmirigyre s leggyakrabban a bél üregébe, más esetekben, ha a fekély a hashártya fali lemezén van, a hasfalra terjed át és azon tör ki. A nagy gyurmás szervek ilynemü gümője a ritka kórképek közé tartozik. Egy ilyen esetet (X.) nemrég műtettünk. A bél üregébe átterjedő gümös hashártyafekélyek bélátfúródást idézhetnek elő, a mely azután, ha a hasfalhoz nőtt, gümös hassipolyt okozhat.

IX. esetünkben kétszeri hasmetszés után sikerül a kórfolyamatot ily esetben megszüntetni. A fekélyesedő hashártyalob ugyanazon tüneményeket mutatja, mint a már tárgyalt háromféle alak közül a savós rostonyás alak. Hozzájárul még, hogy a gümös fekélyes hashártyalob nagy fokban hátráltatja a vér képződését, s e miatt igen feltünő a gümös senyv kifejlődése. Az egyén nem érez oly nagyfokú hasfájdalmakat, mint a harmadik alaknál, a mennyiben a lob nem okoz annyi összenövést, hanem inkább egy eltokolt tályogot vagy a hasfal áttörése után hassipolyt. Ezen gümös tályogok eltokolva álképletek alakját utánozzák, növekedve a bél egyes részleteire nyomást gyakorolhatnak, a minek következtében bélelzáródási tüneményekként haspuffadás, szél- és székrekedés, hasgörcsök s hányás jelentkeznek. Ezen kizáródás erélyes bélmozgás következtében megszünhetik s utána a heveny tünemények is elmulnak. A betegnél tehát oly tüneményeket észlelünk, mint a más okból eredő bélelzáródásoknál. Ha a hashártya gümője sok helyen kifekélyesedik, a szervezet a gümös méreg ellenében hőemelkedéssel felel, a mely épen úgy, mint más szervek gümőjénél, nem állandó jellegü. A vizeletben csak abban az esetben mutatkozik valami változás, ha a gümös folyamat a vese körüli kötőszövetre vagy magára a vesére terjed át, a midőn a vizelet átoltásával kórisménket még biztosabbá tehetjük.

Ritkán észleljük azt, hogy a hashártyagümő savós rostonyás, gyakrabban annak savós genyes alakja nagyobb kiterjedése mellett oly összenövéseket okoz, a melyek tüneményei egy fejlődő *álképlet tüneményeihez hasonlítanak*, a miért is ezeket egy külön ötödik csoportba foglalhatjuk. Egy élesen határolt térfogatnagyobbodás képződik a hasüregben, a mely felett hullámzás mutatható ki, ha oly tályog képződik, a mely közel fekszik a hasfalhoz (XII., XIII., XIV. esetünk). Ha próbaszúrásra hozzáférhető, akkor a tályogürből kiszivattyúzott folyadék kellő bizonyitékot szolgáltat a tályog természetére nézve. Ha sebészeti beavatkozásra még hozzá nem férhető a tályog, akkor annak megnyitásával várni kell (1. esetünk). Az álképletet utánozó hashártyalob abban az esetben, ha nagy tömegü beleket tapaszt össze (3. esetünk) vagy azt megcsavarja (1. esetünk), bélelzáródáshoz vezethet, a mely azonban csak az utóbbi esetben szokott teljessé válni, míg máskor az csak időleges jellegü. Természetesen ezen eseteknél mind javalva van az, hogy műtét útján megszüntessük a fennálló bélkeringési zavarokat. A gümös eredésü hashártyalob következtében kifejlödött bélkizáródási tüneményekre jellegző azok lassú fejlődése, időnkénti elmaradása, fokozódása, újra csökkenése, szóval, a gümös lob következményeinek lassú kifejlődése. Természetesen a mellett nincs kizárva azon

eset, hogy más szervek más megbetegedésével kapcsolatban e kórkép is változik.

A mint e beosztás mutatja, a has különböző gümőkórjának tüneményei közül egyesek egyezők, mások eltérők és épen ezért a hashártya gümős megbetegedéseit egy kalap alá vonni nem lehet.

(Folytatása következik.)

TÁRCZA.

Megemlékezés Török Józsefről és Antal Gézáról.

— Korvázlat az orvos-természettudományok fejlődéstörténetéből Magyarországon. —

Högyes Endre tud. akademiai rendes tagtól.

(Folytatás.)

A 30-as és 40-es évek folyamán egészen a 60-as évek elejéig a pesti orvosi karon, mint tudva van, a következő intézetek voltak:

1. *Természetrajzi gyüjtemény* (ásványok, állatok) három szoba. 2. *Chemiai laboratorium*, mely állott egy laboratoriumból és egy conservatoriumból. 3. *Theatrum anatomicum* három szobával és két konyhával. 4. *Életboncztani muzeum* négy szobával, melyben el volt helyezve az a Fontana által Florenczben csinált viasz emberi testkészítmények gyüjteménye, melyet II. József császár 1789-ben ajándékozott a karnak. 5. Öt klinika: két belklinika az orvosok számára 13 ágygyal, a sebészek számára 8 ágygyal, egy sebklinika 9, egy szülészeti klinika 15, egy szemklinika 9 ágygyal. Mindezen intézetek a Hatvani- most Kossuth Lajos- és Ujvilág-utcza szegletén egy régi, egy, részben kétemeletes kolostorban voltak összezsufolva. Csak a botanika és az állatgyógytan volt másutt. Ilyen körülmények mellett természetesen valamire való klinikai és laboratoriumi oktatást és buvárkodást kifejteni nem lehetett és a legjobb tanuló is csupán theoretikus kiképezéssel jöhetett ki az egyetemről, az önálló buvárkodás szelleme nem fejlődhetett ki sem a tanárban, sem a tanitványban.

Pedig a müvelt külföldön már a harminczas évek folyamán nagy rendületben volt ez az irány az orvosi és természettudományok fejlődésében. A franczia, angol, német folyóiratok ez országok tudományos laboratoriumaiból nagy chemiai, physikai, anatomiai, physiologiai és kórtani felfedezések hirét hozták hozzánk is, melyekből előrelátható volt, hogy a természet-bölcsészet uralma, mely a hivatalos tankönyvek és azok szellemében történt tanitás folytán gyökeret vert a magyar orvosi és természettudományi felfogásban, nemsokára megszünik e szakokra és az észszerű kutatás iránya foglalja el a transcendentalis helyét, egészséges philosophiai gondolkodást honosítva meg az aprioristicus és idealis speculatiók helyett. Literatus müveltségű tanáraink és orvosaink érezték, tudták, hogy az orvosi tudományok a mindig szaporodó felfedezések alapján folytonos átváltozás alatt vannak és magok is a természettudományok közé emelkednek, de itthon erről saját vizsgálódások alapján személyes tudomást és meggyőződést szerezni nem tudtak. Ha a negyvenes évek elején szabadabbá vált mozgás következtében egyes tanulni vágyó ifjaink és tanáraink külföldi utazásaik közban az egyes szaktudományok önálló focusait látogatva megszerezték is a személyes tudomást és meggyőződést, külföldről hazajövet annál sivárabbnak találták az itthoni viszonyokat, melyek nem adták meg nekik az alkalmat, hogy az önálló tudományfejlesztésben magok is megfelelő részt vehessenek.

A természet- és orvostudományokban való e vigasztalan hátramaradásunkat élénken érezték jobbjaink és e hátramaradás érzete keltette fel mindjárt a negyvenes évek elején a magyar orvos-természetvizsgálók vándorgyülésének, a budapesti kir. orvosegyesületnek, a kir. Természettudományi társulatnak társadalmi úton való megalkotását. Ezeknek keretébe léptek mindazok, kiket benső ösztönük és tudományos buzgalmuk az orvosi és természettudományok mivelésére vezetett.

Ez a tudománymivelés azonban csak kezdetleges és csak olyan lehetett, a mit a külső viszonyok megengedtek. Tudományos vezetők, laboratoriumok, berendezett klinikák és kórházak hiján, az orvos-természettudományoknak csak abban az ágaiban produkálhattak valamit, a melyekben az anyagot a természet önként adta és a minek feldolgozása tisztán észbeli és literaturai munka volt. Ásvány-, növény-, állatgyüjtés, e gyüjtés adatainak a meglevő rendszerekbe beillesztése, egyes kóresetek leirása hozzáfüzött némely reflexiókkal, ezeket találjuk ama társulatok negyvenes évi kiadványaiban és az az időbeli sovány folyóiratainkban. Miután azonban a hivatalos tudomány alig tehetett még ennyit is, e társadalmi törekvésnek is elévületlen becse van hazai orvosi és természettudományi fejlődésünk történetében.

A negyvenes évek e lelkes tudományos mozgalmába állott be Török József is, ki orvosi tanfolyamának bevégzése után tett külföldi útjáról visszajötte után mint egyik legképzettebb tagja az akkori fiatal generatiónak élénk részt vett a kir. Természettudományi társulat, a M. Tud. Akademia működésében és az akkori viszonyokhoz mérten akademiai pályadíjat nyert nagy munkájával, a hazai ásványvizek és fürdőkre vonatkozó akkori adatok gyüjtésével és leirásával az ország természettudományi ismeretéhez érdekes adatokkal járult hozzá. Tudományos munkásságának ez a descriptiv iránya maradt meg — a központról vidékre kerülve — egész életén keresztül. Igyekezett — a menynyire e tekintetben szükes viszonyai megengedték — azt az országrészt, hova sorsa letelepitette, természetrajzilag megismerni és megismertetni. Ő is egyike volt orvosi rendünk azon most már egyenkint majdnem teljesen kihaló jeles tagjainak, kiknek magasra törekvő tudományos életpályáját részint a negyvenes évek utolsó éveinek eseményei, részint az egyetem körében akkor még uralkodott felekezeties felfogás erőszakosan félbeszakitották, de a kik az események által más térre szoritttatva sem mondtak le tudományszeretetükről, hanem az adott viszonyok küzött eszményeik érdekében közvetve vagy közvetetlenül tovább működtek és megtettek a mit-tehettek. A tudományos tekintetben jobb időket élő utódoknak tisztelettel kell tekinteni reájuk, kik szerény működésökkel már akkor kezdték élesztgetni és folyton égve tartani a hazai orvos- és természettudományok lassan pislogó mécsesét, midőn még hazai orvostermészettudományi kulturánk mezején csaknem sötét és néma volt minden.

* * *

Most engedje meg a t. Akadémia, hogy e kulturtörténeti visszatekintés fonalán a hazai orvostermészettudományok fejlődéstörténelmének azon lapjait, a melyek az ötvenes és hatvanas évekről szólanak, gyorsan átugorhassam és másik halottunk élettörténetének rövid leirása kapcsán, habár csak nagyjában, egy másik, az előbbinél kedvezőbb képet adjak arról, mikép fejlődhetett és minő eredményeket fejthetett ki aránylag rövid idő alatt egy fiatal előretörekvő tudós a hatvanas évek vége felé és a hetvenes évek elején, és miféle eszmék mozgatták orvosi kulturánkat a nagy politikai kiegyezés után az önálló fejlődés első idejében.

* * *

Magyardellői Antal Géza dr. született Nagy-Enyeden 1846-ban. Nagyatyja Antal János erdélyi ref. püspök, édesatyja nagyenyedi városi orvos volt. Elemi és középiskoláit Maros-Vásárhelytt végezte, a hova családja az 1849-iki zavarok alkalmával menekült és a hol édesatyja később szintén városi orvos lett és mint ilyen, valamint az egyházi és polgári közélet terén kifejtett élénk és buzgó tevékenysége folytán, nagy tekintélyre és kedves előzékeny modora által közszeretetre tett szert.

Antal Géza 1865-ben lépett az orvosi pályára, a bécsi egyetem orvosi karára iratván be magát, a hol két idősebb fivére is tanult, a kiket orvosi tanfolyamuk végezése közben ragadott el a halál. Mint másodéves orvostanhallgató a budapesti egyetem orvosi karára jött és itt végezte a tanfolyam többi éveit, valamint itt promoveálták orvosdoktorrá 1870-ben, sebészdoktorrá és szülészmesterré pedig 1871-ben, 1872-ben és 1873-ban Kovács tanár sebklinikáján volt műtevő növendék és elnyervén a műtevői oklevelet, ugyane klinikán tanársegéddé választatott, mely minőségében 1877-ig működött. 1876-ban mint három éves tanársegéd nyerte el a „venia docendi"-t „a férfi és női ivarszervek sebészi bántalmai"-ból. 1877 végén sebklinikai tanársegédségi ideje lejárván, a fővárosban mint gyakorló orvos telepedett le, magántanárságát természetesen megtartván, 1883-ban pedig rendkivüli tanári czimet és jelleget kapott, 1884-ben a Rókus-kórház fiókosztályának rendelő orvosa lett, 1886-ban nősült, 1888-ban pedig a Rókus-kórház főorvosává neveztetett ki. 1889. májusban választotta az Akademia levelező tagjává. Ugyanez év végén azonban néhány heti szenvedés után 43 éves korában typhusban meghalt.

Antal Géza köztevékenysége mint egyetemi docensnek a tanitás, mint szakirónak az irodalom, mint műtevő orvosnak a Rókus-kórház- és a társadalom terén folyt. Mind a három téren — bár alig másfél évtizedre terjedett — minden tekintetben kiváló, mondhatni modern európai szinvonalú volt, annak daczára, hogy kiképeztetését teljesen itthon nyerte és tanulmányai befejezése után teljesen önmaga útján fejlődött.

Ő 1865-től 1870-ig végezte az orvosi tanfolyamot. Ez idő alatt már a negyvenes évek elejéhez képest sokat változtak a hazai kulturalis viszonyok orvostermészettudományi tekintetben is. A mi után a negyvenes években élt, orvostermészettudományért lelkesülő eleink álmadoztak és a miben magok is nagyobb buzgalommal mint effektiv eredménynyel közreműködni iparkodtak, az önálló magyar orvostermészettudományi mivelődés kezdett némileg alakot ölteni. A tanszabadság behozatala az egyetemre, a német kornak egy néhány kiváló német és egy pár a tudománynak modern szinvonalán álló hazai magyar tanár irodalmi példája, az ötvenes évek végén újra megindult magyar orvosi folyóirat az Orvosi Hetilap, Akademiánknak, a budapesti kir. orvosegyesületnek, a kir. Természettudományi társulatnak az elnyomatás korszaka után újra felvett működése felpezsdítették az orvostermészettudományok kedvelőinek munkakedvét is. A régiek gárdájához az átmeneti korszak generatiójából új gárda szegődött, mely magát a legifjabb generatióból folytonosan újabb elemekkel igyekezett kiegészíteni, a mi most könnyebbé vált, mert a kiegyezés után saját közoktatási kormányunk vehette és vette kezébe az orvostermészettudományok oktatásának és emelésének ügyét és apránként igyekezett az ország ezen téren való elmaradásán a meglevő intézmények javitása és új intézmények behozatala által segiteni. Az Eötvös és Trefort aera modern orvostermészettudományi kulturánknak alapjait ez időben kezdette lerakni. A legfiatalabb generatio előtörekvő tagjait a hetvenes évek elején már e téren is biztató jövő kecsegtette.

A fiatal erők munkásságának megnyerésében és kitartó működésre buzdításában különösen az orvosi tudomány terén főleg két elhunyt tagtársunk szerzett kiváló érdemeket. Markusovszky Lajos és Balogh Kálmán, kiknek e téren kifejtett tevékenységöket az ő emlékezetüknek e helyen való megújítása alkalmával volt szerencsém a t.

Akademia előtt ecsetelni, a kiknek ebbeli működése vetette meg alapját annak, hogy ma már az orvosi tudományok legkülönbözőbb ágaiban nálunk mint specialis kutatók és buvárlók, nagyobbrészt az egyetem keretében, de azon kivül is, oly számosan és jelesen működnek.

Balogh volt az, a ki a hetvenes évek legelején Antal Géza tehetségeit is felismerte és szaktudományának buvárlatára ösztönözte.

Hogy miképen lehessen a fiatal tehetségeket specialis tanerőkké és önálló tudományos buvárokká czélszerübben kiképezni, azon időben nem kifejezetten ugyan és egymásnak nem merevül szembeállitva, de kétféle felfogás uralkodott. Egyik felfogás az volt, hogy ifjainkat minél hamarább ki kell küldeni külföldre, hogy ott sajátitsák el egyes hirneves iskolákban és hirneves mesterek mellett az egyes szaktudományokat és az orvosi művészet egyes ágaiban való jártasságot. Voltak, a kik e czélt külföldi hires tanároknak vendégelőadásokra meghivása által kivánták elérni. A másik felfogás azt tartotta, hogy ifjainknak itthon kell megtanulni előbb mindent, a mit lehet, sőt azon a téren is, a hol specialis kiképzést nyerni itthon nem lehet, saját erején helyet kiküzdeni magoknak előbb és az önállóságra vergődés után menni ki külföldre a szellemi látókör kiszélesitése végett: a szellemi önállóságnak ez az eljárás nagyobb garantiáját adja mint a másik, a mely könnyen a jurare verba magistri és az egyszerű utánzás kényelmes ölébe hajhatja a fiatal tanerőt és a kezdő buvárt. Saját tudományos fejlődésének menete és sok esetben másokon szerzett tapasztalata Baloghot az utóbbi nézet hivévé és apostolává avatta. Magát Antalt is ilyen irányban befolyásolta.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Mikulicz und Kümmel: Die Krankheiten des Mundes. Jena, Verlag von G. Fischer, 1898.

Bizonyára alig van gyakorló orvos, ki hivatása teljesitése közben még nem jött azon helyzetbe, hogy egyes szájbetegségek tekintetében szeretett volna behatóbb tájékozást nyerni. Ezen kivánsága azonban meddő maradt, mert a szájbetegségekkel foglalkozó külön munka — az orvosaink számára leginkább hozzáférhető német irodalomban legalább — nem létezett, a használatos belgyógyászati és sebészeti, valamint torokgégegyógyászati munkák pedig, melyek rendesen szintén felveszik tárgyalásuk körébe a szájbetegségeket, nagyon mostohán bánnak el e tárgygyal. Szerzők tehát minden esetre hálára érdemes munkára vállalkoztak, a mikor a szájbetegségek megirásához fogtak; az elkészült, a tárgy minden részletét felölelő, kimerítő, nagy szakavatottsággal megirt munkában minden esetre hézagpotló munka birtokába jutottunk.

A könyv általános és részletes részre oszlik. Az általános rész a szájüreg anatomiájával, a szájüreggel mint a fertőző bajok bejutási kapujával és továbbterjedésük tényezőjével, a szájüreg vizsgálatának módszereivel, a szájbetegségek általános tünet- és gyógytanával ismerteti meg az olvasót. A részletes rész első fejezete a szájüreg azon betegségeit irja le, melyek különös localisatioval nem járnak; a második fejezet a határozott localisatiojú megbetegedésekről szól; a harmadik fejezet a szájüreg daganataira vonatkozó ismereteket tartalmazza; végül a negyedik fejezet, *Czerny* tollából, a gyermekek szájbetegségeit tárgyalja.

Végül még megjegyzendő, hogy a dermatologiába és syphilidologiába vágó fejezeteket *Schaeffer* irta meg, továbbá, hogy két tábla szines rajz és a szövegbe nyomott 62 ábra teszik az elmondottak megértését könnyebbé és a munkát még használhatóbbá.

II. Lapszemle.

Resorbin mint kenőcsalap. A néhány év előtt forgalomba hozott *resorbin* nem egyéb mint *zsíremulsio*, mely mandolaolaj- és viaszból áll, minimalis gelatine és szappan, valamint kevés lanolin hozzáadásával. Ezen kenőcs rendkivül gyorsan a bőrbe hatol, s arról gyorsan felszivatik. Mint hűtő kenőcs csillapitja a viszketést és lobellenesen hat, miért is prurigonál és ideges pruritusnál, továbbá eczema impetiginosumnál, psoriasis és ichthyosisnál kitünően hat. Mint vehiculum más szereknek a bőrbe való bekebelezésére, subacut és chronikus eczemánál, kivált az infantilis arczeczemáknál bórsav, salicylsav, zinkoxyd és merc. praecip. albussal, de kátránynyal is kiválóan alkalmas. Végre használtatik scabiesnél és bujakórnál is mint ungu. hydr. ciner. cum resorbino paratum a kenési kúrához.

Chloroform-Anschütz-nak neveztetik egy a salicylid-chloroformból nyert *chloroformfajta*, melyet *Witzel O.* bonni tanár használatra melegen ajánl, miután a rendes chloroformnál sokkal enyhébb hatású és *vegyileg tiszta* lévén, sem izgatási állapotot, sem fejfájást, sem émelygést és hányást nem okoz. Az alkalmazás természetesen cseppenként történik. Ép oly kedvezően nyilatkozik róla *H. Schmid* dr. kórházi főorvos Stettinben.

Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1899. márczius 19-dikétől 1899. márczius 25-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 456 gyermek, elhalt 367 személy, a születések tehát 89 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2548 beteg, szaporodás 830, csökkenés 755 maradt e héten végén ápolás alatt 2623. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup —, roncsoló toroklob —, hökhurut —, kanyaró 6, vörheny 3, himlő —, typhus abdominalis 2, gyermekágyi láz 1, influenza —, egyéb ragályos betegségek 7, agykérlob 21, agyvérömleny 2, rángások 2, szervi szivbaj 23, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 57, tüdőgümő és sorvadás 82, bélhurut és béllob 11, carcinomata et neoplasmata alia 16, méhrák 3, Bright-kór és veselob 11, angolkór 1, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 16, aszkór, aszály és sorvadás 3, aggkór 14, erőszakos haláleset 10. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1899. márczius 26-dikától április 1-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 26 (meghalt 6), himlőben —, (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 16 (meghalt —), vörhenyben 38 (meghalt 3), kanyaróban 133 (meghalt 11), roncsoló toroklobban és torokgyikban 20 (meghalt 3) trachomában 8, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 7 (meghalt —), orbánczban 14 (meghalt —), gyermekágyi lázban 4 (meghalt 1).

\+ **A magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyülésének** állandó központi választmánya márczius 29-dikén ülést tartott *Chyzer Kornél* min. tanácsos elnöklete alatt. Az ülésen jelen volt az idei, Szabadkán tartandó vándorgyülés tisztikara: Schmausz Endre főispán, elnök; Mamuzsich Lázár polgármester, a helyi bizottság elnöke; Kertész, Pavlovits t. főorvosok, alelnökök; Békeffy, Csillag, Jablonowski, titkárok. Elhatározták, hogy az idei vándorgyülést augusztus 27—31-dike közt tartják meg. Augusztus 26-dikán ismerkedő estély; 27-dikén ünnepélyes nagygyülés a főispán-elnök megnyitó beszédével, azután Chyzer emlékbeszédet tart Kovács József és Poór Imre elhunyt tagok fölött, Entz Géza pedig természettudományi előadást; augusztus 28., 29. és 30-dikán szakülések lesznek, melyekre már eddig is több előadás van bejelentve. Az orvosi szakosztály megnyitóját Genersich Antal, a természettudományiét Horváth Géza, a társadalmiét Ruffy Pál orsz. gy. képviselő fogja tartani. A vándorgyülés befejezése után nagyobb kirándulás van tervbe véve Karlóczára és Belgrádba. Részletesebb programmot majd a szétküldendő meghivó fog adni.

Az ülésen bemutatták a Kovács-érem mintáját, mely (Beck műve) igen jól sikerült. Három tagú bizottság küldetett ki, hogy az érem odaitélése szabályzatát dolgozza ki.

⁂ **Az Orvosi Kör országos segélyegyletébe történt folytatólagos befizetések**: Csatkay Ignácz Darufalva 2, Boldizsár Imre Nyirbátor 2, az alaptőke kamata 1898-ra 1725 frt 65 kr., Csáky Károly Podolin 4, Engel Gusztáv Nezsider 4, Gremsperger Ferencz Csorvás 2, Homoky Ferencz Orsova 4, Kellner Mór Felső-Pulya 2, Lechner Antal Somogy-Kéthely 2, Brünauer Ambró Eger 2, Ehrenreich Károly Szirák 2, Ehrenreich Lajos Szirák 2, Hanák Vendel Csány 2.10, Jankura Iván Szomolnok 4, Leitner Miksa Lugos 2, Székely Dezső Rákos-Palota 2, Gara Dávid Uj-Moldova 6, Glasner Ármin Szarvas 2, Laurovics János Nagy-Lak 2, Ruben József Rozsnyó 2, Bothár Samu Beszterczebánya 2, Jászi Ferencz Nagy-Károly 2, Liebermann Adolfné Nagy-Károly 2, Ruzicska Antal Garam-Szt.-Miklós 6 frt. Budapest, 1899. márczius havában. *Rákosi Béla* dr., pénztáros.

⊠ **A Kézmárszky tanár szülészeti poliklinikájának** segélyét márczius hónapban 87 esetben vették igénybe, 55 műtéttel. Az esetek évi folyó száma 208.

—r. **Mangold Henrik** dr., kir. tanácsos, ki f. év május 21-dikén éri el fürdőorvosi működésének *negyvenedik* évfordulóját, már *Balaton-Füreden* időzik.

— **Megjelent.** *A Marczali-féle Nagy Képes Világtörténet 19. és 20 füzete*, amaz az egyptomi életet, emez az indiai művészetet irja le és ékes rajzokban illustrálja. Ára egy füzetnek 30 kr.; 24 füzetet tartalmazó díszkötésű kötetnek 8 frt.

† **Elhunyt.** *Steiner János* dr. községi orvos Nagy-Maroson márczius 30-dikán, 54 éves korában.

\+ Az 1899-dik évi **pótárjegyzék**, mely a műszerészet legújabb vivmányait foglalja magában, megjelent és az összes orvos uraknak díjtalanul megküldetett. Azon esetben, ha ezen pótárjegyzék vagy a millenniumi főárjegyzékemnek I. és II. kötete valamely orvos úrnak birtokában nem volna, úgy tisztelettel kérem, hogy ezeket egy levelezőlapon bekivánni szíveskedjék. *Keleti J.*, orvos-sebészeti műszer- és kötszer-gyáros, Budapest, IV. ker., Koronaherczeg-utcza 17.

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. Localis iszap-begöngyölés. Massage, gépgyógyászat. Kitünő szállodák. Lift. Meghülés kizárva. Vendéglő saját üzemben. Olcsó árak. Prospektust ingyen küld az **igazgatóság.**

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

Falta dr. szem- és fül-sanatoriuma, Szeged, Laudon-utcza és Mars-tér sarkán. Folytonos orvosi felügyelet, lelkiismeretes gondozás és ápolás, igen jó ellátás. Külön szobák. **Mérsékelt díjszabás.** Külön trachoma-osztály. Telefon 293. Kivánatra útmutató.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Közkórházi orvostársulat. (V. bemutató szakülés 1899. február 22-dikén) 183. l. — VI. szakülés márczius 8-dikán.) 183. l. — Magyar orvosi könyvkiadó társulat. (Közgyülés 1899. márczius 29-dikén.) 184. l.

Közkórházi orvostársulat.

(V. bemutató szakülés 1899. február hó 22-dikén.)

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

(Vége.)

Ily értelemben tehát a felsorolt folyamatok és a heveny fertőző retro-pharyngealis tályog egyes esetei aetiologice egységeseknek tekinthetők, melyeknél a kiindulási pontot rendszerint a *Waldeyer*-féle lymphatikus garatgyűrű, különösen pedig ennek a nyelvgyöknél fekvő adenoid részlete képezi. Hogy miért marad a folyamat egyes esetekben körülirt, miért képez máskor tisztán orbánczos vagy phlegmonosus folyamatot: ez jórészt megmagyarázható a fertőző ágens különböző virulentiájából és valószinűleg a kiindulási hely anatomikus viszonyaiból is. Szép példát képez erre a lymphatikus gyűrű egy más pontjából, a palatinalis tonsillákból kiinduló phlegmone, mely túlnyomólag körülirtan marad, tályogképződésre vezet és a környező szövetek vizenyője a többnyire spontan is bekövetkező áttörés után gyorsan visszafejlődik. Az egységes aetiologiai momentum ezen esetekre is kiterjeszthető. Nem akarja szóló kétségbevonni, hogy a *Ludwig*-féle angina czim alatt közölt esetek közül némelyiknél tényleg az állalatti mirigy fertőzése adta a kiindulási pontot, de az esetek leirása kétségtelenül odamutat, hogy igen sokszor indult ki a folyamat a nyelvgyök adenoid szövetéből. Nem helyes ennélfogva ezen eseteket tisztán a kórkép súlyossága és a külsőleg is észlelhető tünetek kapcsán angina *Ludwigi* czim alatt egy kalap alá fogni, és örömmel látta szóló, hogy *Janny* tanár a Belgyógyászat kézikönyvének az angina *Ludwigiról* szóló fejezetében szintén ezen nézet mellett foglal állást. Azt hiszem, hogy ha egységes aetiologiai alapon klinice el is választjuk az orbánczos és phlegmonosus folyamatokat, beérhetjük azzal, hogy ha az észlelt eseteket a fönti klinikai alapon a localisationak megfelelőleg nevezzük el.

A nyelv gümője.

Chudovszky Móricz: A nyelv megbetegedésnek egy ritka kór-esetét mutatja be. D. L. 15 éves fiú négy hónappal ezelőtt, mult év október havában vette észre, hogy nyelve gyöke táján a középvonalban egy térfogatnagyobbodás kezd nőni, a mely eleinte csak nyelési nehézségeket okozott neki, de a midőn kifakadt, állandóan váladékot termel. Egy hó óta a nyelv elülső részletén is hasonló térfogatmegnagyobbodás kezd nőni, a melyektől szabadulni kivánván, magát a II. számú sebészeti klinikumra vétette fel. A kissé lesoványodott és vérszegény fiú tüdei felett mindenütt puha légzés hallható. A beteg nyelvének elülső részén a középvonalban egy nagy mandulányi, összehúzott izomtapintatú, elmosódott határú, fájdalmatlan térfogatnagyobbodás tapintható, a melynek legkiemelkedőbb pontján egy kisbabnyi anyaghiány látható. Ezen anyaghiány szélei csipkézettek, partja meredek, felszine sárgás-szürke, túrós csapadékkal fedett. A nyelv hátulsó részén egy sötétveres nyálkahártyával fedett, több apró borsónyi dudorból álló térfogatnagyobbodás tapintható, a melynek egyikén 2 mm. széles, 4 mm. hosszú, a fentebb leirt anyaghiányhoz hasonló felszin látható. A gégefedő sötétveresen belövelt, nemkülönben a hangszalagok is. A beteg rekedt és gégetája fáj. A górcsövi vizsgálat czéljából vett kaparékban gümős bakteriumok láthatók. Az idült lob tüneményeivel fejlődő térfogatnagyobbodás, a lobos szöveteknek szétesési módja, a képződött fekély arra vallanak s a górcsői lelet megerösiti azt, hogy itt a nyelv gümős megbetegedésével van dolgunk. A nyelven előforduló gümős kórkép azon alakját látjuk kifejlődve, a midőn a nyelv állományában egy gümős gócz képződik, a melynek lobosodása átterjed a felszin irányában s a képződött lobtermék kitörése után egy gümős fekély marad visza. A gégefedő és a hangszalagok körüli lobosodás esetleg ezen folyamat átterjedésével függ össze.

A betegnél tehát a fennálló gümős góczok mellett sebészeti beavatkozás javalt, a mely a gócz kikaparásában és kiétetésében fog állani.

Övalakú vitiligo.

Róth Alfréd: P. F. 28 éves beteg 10 nap előtt került a dologkórházba *Török* tanár osztályára, hol rajta egy cervicitis és urethritis gonorrhoicán kivül, a következő elváltozásokat találták:

A derekát övszerűen veszi körül egy 2—3 ujjnyi széles achromikus szalag, mely a test jobb és bal oldalán kiszélesedik, mig mellül a köldök felett keskenyedik. A szalag határai szabálytalanok, majdnem czikk-czakkos lefutásúak. Ezen szalagtól lefelé az ágyéki tájon 4—5 ezüstforintnyi, szabálytalan alakú achromikus folt van, melyek ép úgy, mint az achromiás öv, a környezet bőréhez képest feszülési különbséget nem mutatnak. A hát felső részén mindkét oldalt ugyancsak több achromiás folt látható, melyek azonban a környezettől nem oly élesen határoltak, és a bőr helyenkint heges atrophiát mutat.

Ezen vitiligo állitólag csak három év óta áll fenn és mindig jelenlegi kiterjedésű volt.

(VI. szakülés 1899. márczius hó 8-dikán.)

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

A diabetes mellitus therapiájának egyes fejezetei.

Gyurmán Emil: A diabetes therapiájának fejezete roppant terjedelmes. Az utolsó 100 év alatt — a mióta egyáltalán létezik — alapja megingathatatlan volt ugyan, de részletei sok controversiára adtak okot. Mindazonáltal, a ki változásait elfogulatlanul vizsgálja, el fogja ismerni, hogy sokat haladt előre. Nem kell talán mondania sem, hogy magának a betegségnek természetében fekvő, legnagyobb részt mérgezésen alapuló, de másrészt localisan megjelenő számtalan complicatioja miatt mennyire fontos. A milyen nehéz beletekinteni az anyagcsere e veszélyes elfajulásának bonyodalmas lefolyásába, annyira érdekes az ismerő szemnek annak részleteit figyelemmel kisérni. És igyekszik is az orvosi tudomány minden egyes ága, minden specialismusa abból kivenni a maga részét: a szemész, a fogorvos, a sebész, a nőorvos, a bőrorvos ép úgy foglalkozik megjelenésének egyes fajtájával, mint mi belorvosok, akik hol a tüdő, hol a máj, a pankreas, a szív, a vese, az idegrendszer stb. megbetegedése képében keressük és féljük. A complicatiok kezelésénél minden szakma visszatér a belgyógyászathoz, mert ha valahol jogosult a régi jó mondás, hogy causa sublata tollitur effectus, úgy itt van az a maga helyén; mert tényleg minden complicatio fejlődésében megáll, javulásnak indul és sok meggyógyul, mihelyt az alapbajt felismertük s annak megfékezéséhez hozzáláttunk.

Úgy az experimentalis pathologia, mint a klinikai tapasztalatok is kétségtelenül arra mutatnak, hogy a diabetes aetiologiája és pathogenesise a legkülönfélébb lehet; és előadó maga, a hogy a betegség tüneteit ma ismeri, nem is haboznék kimondani azt, hogy a diabetes nem egységes megbetegedés, bár tudja, hogy nagyon kevés védője akadna. E kimondásból azonban nem szeretné, ha valaki arra következtetne, hogy a diabetes tanában nem fog azon kor bekövetkezni, melyben valamennyi alak egységes alapra lesz fektethető s maga a baj is mint kétségtelenül egységes kóralak fog szerepelni.

Az aetiologiának sokféleségéből, valamint a pathogenesisnek részben ismert, részben csak hypothesiseken alapuló, de szintén jelentékeny változatosságából folyik az, hogy a tulajdonképeni prophylaxis meglehetősen meddő terrenum volt sokáig. Mindazonáltal fontossága igen nagy. Fontossága, valamint meddősége magának a bajnak természetében keresendő. Senkisem fogja azt várni, hogy oly eredményes prophylaxissal rendelkezzünk, mint a minővel birunk az infectiosus bajok ellen. De szólhatunk legalább is oly eredményes prophylaxisról, mint a milyennel az idegbajok ellen dolgozunk. Nem tartozik ugyan a prophylaxishoz, de itt kell felemlítenünk azt, hogy a legnagyobb jótétemény, a mit az orvos diabetes betegénél csak tehet: magának mielőbb való felfedezése. Mindenütt áldás a korai diagnosis, itt annál inkább az, mert számos beteg baja mellett nem is érzi magát rosszul és mert minél korábban fedeztetik fel, annál könnyebben szokott eredményesen kezelhető lenni. A korai diagnosisra vezető út: minden beteg vizeletét megnézni. Tény az, hogy sokkal több diabetes van, mintsem az ember gondolná. Igy pl. előadó csekély praxisában jelenleg is 4 van, egy idegennek pedig hetenkint látja a vizeletét. A szegénypraxisban és a kórházban a számuk jóval kisebb, mert az esetek jóval súlyosabbak.

A tulajdonképeni praeventiv eljárás miben áll és hol alkalmazandó? Általánosan azt veszik fel, hogy a diabetesre való hajlam az, a mi átöröklődik, vagyis azon beteges állapotok, a melyek kapcsán diabetes lép fel. Ezzel szemben az olyan leszármazási tábla, mint a melyet *Noorden* közöl könyvében, hol a hereditasnak vészes természete generatiokon keresztül abban nyilvánul, hogy a baj mindinkább a korai életévekben jelenik meg, a mellett látszik tanuskodni, hogy maga a diabetes is öröklődik.

Ha a baj prophylaxisáról beszélünk, első sorban a hereditarius alakokra és örökültséggel terhelt családokra kell figyelemmel lennünk. A megvédendő egyszerű frugalis és quantitative sem túlhajtott életmódhoz iparkodjék szokni; az édességeket természetesen kerülje és már fiatalabb korában szoktassuk zsiros konyhára. Óvakodjék az alkoholismustól; edzessék úszás, testgyakorlat, esetleg hidegvízgyógymód által. De a neuropathiás családból származottnak nemcsak a psychikus, de mindennemű testi trauma is nagyon veszélyes lehet, a miről a túlzások elkerülése végett jó ha felvilágositttatnak.

Könnyen férközik be a diabetes azon családokba is, a melyeknek descendentiájában hájasság vagy köszvény van. A vizeletet mindezen esetekben többször vizsgáljuk meg, még ha arra pressans szükség nem mutatkozik is. A próbák megejtésénél a legnagyobb szigorúsággal járjunk el és mindig 24 órai kevereket használjunk. *Noorden* azt is ajánlja, hogy időnkint szőlőczukor adásával határozzuk meg a tolerantiát. Ezen tanácsot jónak látná neuropathiás családokra is átvinni. Kisfokú tolerantia mellett nagyon ajánlatos lesz hosszú-hosszú éveken át lehetőleg tekintettel lenni az idegrendszer működésére.

Fájdalom, hogy épen a hereditarius esetek, melyeknél a figyelem a prophylaxisra úgyszólván magától értetődik, ez ideig még mindig nem

részesültek annyi gondban, mint kellett volna. Tartsuk kötelességünknek a praeventiv eljárást lelkiismeretesebben kultiválni.

Beszélni kellene a diabetes causalis kezeléséről is. Ide tartoznának a köszvényeseknél fellépő diabetesek; az elért eredmények nem a fényesek közül valók. Biztatóbbak azon esetek, melyek májbajok és keringési zavarok kapcsán jelentkeznek, még inkább a neurotikus eredetűek, míg ezekkel szemben az idegrendszer materialis zavarainál fellépők nem férhetők hozzá a causalis kezelésnek. A syphilises diabeteseknek túlnyomó eseteit javulni látta causalis kezelésre *Schnée; Noorden Seegen* és *Naunyn* azonban tartózkodva nyilatkoznak felőle; a hol a syphilis és diabetes együtt nyilatkoznak meg, vagy a hol a diabetes mellett a syphilis kimutatható, ott természetesen mindenek előtt az antiluetikus kúrát kell megkisérlenünk. Magától értetődik, hogy a legnagyobb óvatossággal, mert úgy a higanymérgezés, mint a jodismus veszedelmes complicatiokat adhat. Befecskendezések, a szétesésre való nagy hajlam miatt, okvetetlenül kerülendők.

Az indicatio morbihoz tartoznék a többször megkisérelt organotherapeutikus eljárás. Itt theoretikus szempontból kiindulva, első helyen állana a pankreas és a belőle származott készitmények. A praxisban elért eredmény azonban éppenséggel nem felelt meg a hozzácsatolt várakozásnak. Az állatkisérletek valóban nem biztatóak. A pankreastalan állat egy igen súlyos, a diabetes minden tüneteivel járó, acut, s nehány hét alatt halálra vezető glykosuriát kap. Az állat szénhydratmentes táplálék mellett is glykosuriás marad. Ha az ilyen állatnak pankreast adnak, a glykosuriája egész biztosan fokozódik, a minek oka az, hogy a pankreas hatása alatt a táplálléknak egy bizonyos többlete emésztődik meg és szivódik fel, s miután az állat több fehérjét bont meg és szénhydratot vesz fel, több czukor jut a keringésbe, a hyperglykaemia és a glykosuria fokozódik. Legalább úgy találta ezt *Landmeyer*. A pankreas adagolása mégis bir némi jogosultsággal ott, a hol a külső secretio insufficientiájának jeleként olajos székek jelennek meg. Itt az emésztést javitván, az annyira rettegett bél- és emésztési anomaliák ellen lehet alkalmilag némi haszna és a próba jogosult.

Hogy thyreoidea-praeparatumokhoz is nyúltak, a szóló előtt valóságban csak kapkodásnak látszik. A thyreoidea után természetesen a mellékvesét is meg kellett próbálni (*Olliver*) s nem volna meglepve, ha ovarium vagy gerinczvelő alkalmazásáról hallana. *Pochl* a maga sperminjétől és a hozzáfüzött szellemes theoriáktól sokat várt.

A francziák borjúmáj-extractumot adtak clysmákban. Bár nem tartja magát a birálatra hivatottnak, nem hallgathatja el szóló azon megjegyzését, hogy 1. az eddig ismertek szerint a specificum tulajdonságait nem birja, mert sokkal kisebb eredményt ad, mint az várható volna; 2. pedig nem bizonyos az, hogy ha már a czukrot a szervezetben képes volna is megbontani, a czukor ezen megbontásából volna valami haszna az organismusnak.

De nemcsak ennyi, hanem száz meg száz más specificumot hajtott fel a piacz, majdnem mindig piaczi lármával, de mindig eredménytelenül; és megmaradt egyetlen mentségnek az, a mi a belbetegségek oly nagy számánál jön naponta alkalmazásba, az indicatio symptomatica és a symptomatikus kezelés. Ismeretes, hogy a diabetesnek több symptomája van, de a legcardinalisabb és egyedül mérvadó a glykosuria. Igy a diabetes symptomatikus kezelése is többboldalú, de a legfontosabb ezek közül újra csak az, mely a glykosuria ellen irányul.

A glykosuria ellen való küzdelmet a symptomatikus eljárások közé sorozta, pedig bizonyos az, hogy a glykosuria kezelése nem csupán symptomatikusan hat, hanem a szervezetnek szénhydrat-kihasználó képességét, egyszóval a szénhydrat tolerantiát is emeli. Igy tehát okvetetlenül befolyásolja magát a betegség lényegét is. E tulajdonsága azonban, hogy durva példát hozzon fel, nem vonatkozik az experimentalis pancreas diabetesre, melynél a glykosuria ugyan befolyásolható, de csökkenésével a tolerantia nem emelkedik.

A tolerantia ismerete a diabetes diagnosisa, valamint a normalis és pathologikus glykosuria meghatározása miatt is nagyon fontos. Általában véve háromféle ingadozása van: egy individualis, egy időbeli, egy qualitativ ingadozás.

De nemcsak a diabetes korai diagnosisában, hanem classificatiojában is jelentősége van a tolarentiának. Tudvalevőleg *Traube* és *Seegen* a diabetest felosztották könnyű és súlyos alakokra, a szerint, a mint a szénhydratok megvonása a glykosuriát megszünteti, vagy sem. E két alakhoz később *Naunyn* csatolt egy harmadikat, a középsúlyosat, melynek charaktere az, hogy szénhydrat-elvonásra a glykosuria nem szünik meg, de a fehérjék szűkitésére még eltünik. Mellékesen legyen itt még megjegyezve, hogy Noorden nem súlyos stb. diabetesnek, hanem diabetesnek súlyos, középsúlyos stb. glykosuriával mondja ezen alakokat. A Noorden-féle kifejezés kétségtelenül sokkal praecisebb, mint az előbbi.

Vegyük még tudomásul, hogy az egyes alakok közt átmenetek vannak és bármily élesnek látszik is a meghatározás, egészben véve mégis csak conventionalis, sőt alkalmilag önkényes. A határokat *Noorden* iparkodott absolut-számokkal befejezni és a következő propositiot adta. Könnyű glykosuriának nevezzük azt, mely a szénhydratok elvonására eltünik, a nélkül, hogy a diabeteseknél szokásos fehérjemennyiség, a mi legalább 18—20 gm. N napi kiürítésnek felelne meg, szűkittetnék. Középsúlyos glykosuria az, hol a szénhydrat-megvonás mellett a fehérjét annyira meg kell szűkiteni, hogy a vizeletben 18 gm.-nál kevesebb, de 10 gm.-nál több N jelenjék meg. Súlyos glykosuria pedig az, mely nemcsak szénhydrat, hanem fehérjemegvonásra is állandóan megmarad s a naponta kiürített N mennyisége 10 gm.-nál kevesebb.

Fontos még a tolerantia megállapítása a követendő therapeutikus eljárások meghatározása czéljából is. Ez eljárás legtöbbször kényes és pontosságot meg türelmet igényel, de kivihető kevés gonddal akkor, ha a beteg elég intellingens és megbizható. A számos közbejátszó körülmény hozza magával azt, hogy egy vizsgálat nem elégséges, hanem a kezelés mentén több válik szükségessé. A vizsgálatra a legczélszerübb a Noorden-féle eljárás. Ennek az elve az, hogy a beteg, a később emlitendő typikus diaetán (Hauptkost) kivül, még naponta kétszer 50—50 gr. zsemlyét kap, melynek amylum tartalma összesen 55—60 gr.

Megtörténhetik ekkor, hogy még nem jelentkezik glykosuria, s ekkor a próbával emelkedünk; pl. 2×75 gr., azután 2×100 gr, 3×80 gr. s a tolerantiát a zsemlye mennyiségével fejezzük ki, pl.: tolerantia-typikus diaeta + 200 vagy 240 gr. zsemlye.

Ha 100 gr. zsemlye után jelentkezik czukor, de az kevesebb, mint napi 50 gr., akkor a zsemlye elhagyásával kell átmennünk a typikus diaetára, a mikor ugyanis 8—10 nap alatt kiderül, hogy az eset könnyű vagy középsúlyos glykosuria-e? Ha ez idő mulva is jelentkezik czukor, a fehérje mennyiségét is be fog kelleni szűkiteni.

Ha pedig 100 gr. zsemlye után 50 gr.-nál több czukor jelenik meg, akkor nem térünk át közvetlenül a typikus diaetára, hanem a zsemlye-adagnak 60—40 gr.-ra való csökkentésével iparkodunk a határt kikeresni.

A tolerantia meghatározása után a tolerantia erősitéséhez kell fognunk. *Rollo* volt az első, a ki 103 év előtt ajánlotta az animalis diaeta consequens használatát. Utána élénk szószólója volt tanának *Buchardat*, később *Seegen, Pavy, Cantani, Naunyn*. De voltak ellenesei és vannak talán még ma is. *Dirroy* és *Schiff* azt hangsúlyozták, hogy miután a diabeteses czukrot veszit, azt pótolni kell; már csak azért is, hogy megakadályozzuk a szervezetben a fehérjéből való czukorképződést.

Ma már általánosan el van ismerve, hogy a diabetes kezelése és gyógyitása a diaetetikus szabályok megtartása nélkül lehetetlen. A diaetetikának nagy feladatai itt három pontba foglalhatók. Hivatva van 1., hogy az erőket fentartsa, 2. hogy a szervezet csökkent czukorbontó képességét a lehető maximumig emelje, és végül 3. hogy prophylaxisa legyen a tömérdek és minden oldalról fenyegető complicatioknak. Ezen három irányban mint iránytűk szerepelnek a beteg mérlegelése, esetleg anyagcsere vizsgálatok, a glykosuria folytonos vagy legalább is gyakori ellenőrzése és a szénhydrattolerentia szükség szerint való meghatározásai.

Mondotta már előadó, hogy a glykosuria ugyan csak symptoma, bár a legmérvadóbb symptoma; igy egyik jelentősége mindjárt a vele összefüggésben levő hyperglykaemia, mely majdnem minden vészes complicatio szülőanyja. A hyperglykaemiának egyik rossz tulajdonsága, hogy a tolerantiára van csökkentő hatással.

A diaetetikus kezelésnél czélt csak úgy érünk, ha a táplálkozást úgy qualitativ, mint quantitativ irányban kisérjük figyelemmel.

(Folytatása következik.)

Magyar orvosi könyvkiadó társulat.

(Közgyülés 1899. márczius 29-dikén.)

(Vége.)

3. **Jendrassik Ernő** II. titkár bemutatta az „Alapitványi bizottmány" következő jelentését:

Tisztelt Közgyülés! Az alapitványi bizottmány tisztelettel jelenti, hogy az elmult 1898. évben *Lechner Károly*, kolozsvári egy. tanár alapító tag befizette a 200 o. é. frt alapitványi összeget. A rendes tagok ez évben is 12 új taggal szaporodtak.

A társulat bevételei mult évben az értékpapirok szelvényei után 2339 frt 65 krt, kamatokból 233 frt 65 krt és a rendes tagok befolyt évdijai után 2206 frtot tettek ki. Hogy ez utóbbi összeg oly csekély, onnan magyarázható, hogy a mult év könyvilletménye csak f. év márczius hóban készült el s ez okból a pénzbeszedés a fővárosban s az utánvételes szétküldés a vidéki tagok számára csak most van folyamatban.

Az alap. bizottmány mult évi indítványa s az igazgató tanács határozatából a társulat tőkéje 3 drb. 1000 frtos földhitelintézeti talajjavitási záloglevél vételével szaporittatott. Az 1898-diki könyvilletményre fordított összeg 9005 frtra rúg, tehát ez évben is 1005 frtnál nagyobb, mint az alap. bizottmány által ily czimen megszabott 8000 frtnyi összeg.

A vagyon-mérlegben a társulat vagyona 68,597 frttal záródik ugyan, de ezen összegben benfoglaltatik 3000 frt, mely összeg a belgyógyászat V. kötetének kiállítási költsége fejében még fizetendő lesz. Ellenben a f. 1899-dik évre beosztott Mihalkovics fejlődéstana I-ső kötetének költségei 1485 frttal már lefizetve vannak.

A társulat értékpapirjai a mostani árfolyam szerint 58,848 frt 70 krt tesznek. Kamatozásra a földhitelintézetnél 2010 frt 42 kr., a budapesti takarékpénztárnál 2540 frt 30 kr., összesen tehát 4550 frt 72 kr. van elhelyezve.

Végre kegyelettel kell megemlékeznünk a mult évben elhunyt tagjainkról is. Első sorban alapító tagjaink sorából elvesztettük Fromm Pál dr. és Csávási Kiss Károly társainkat, kik mindketten a társulat alapitása óta azt alapitványaikkal támogatták. Kiss Károly gyógyszerész azonkivül több mint két évtizeden át a társulat pénztárát nagy buzgósággal kezelte.

A rendes tagok közül, a mennyire értesültünk, kimultak Berke István, Czeke Viktor, Gerenday László, Somogyi Zsigmond (Kis-Várdán) és Ujlaky Ferencz.

Az alapitványi bizottmány végre két kiküldött tagja által előlegesen megvizsgáltatta a társulat mult évi pénztári számadásait és vagyon-mérlegét. Ezek teljesen rendben találtatván, társulatunk pénz-

tárosának Török Sándor úrnak a szokásos felmentvényt megadatni és fáradságos munkálkodásáért közgyülésileg meleg köszönetet szavaztatni inditványoz.

4. Ugyancsak a II-od titkár bemutatja a számvizsgálói záradékkal ellátott pénztárforgalmi kimutatást 1898. márczius 20-dikától 1899. márczius 21-dikéig.

A magyar orvosi könyvkiadó társulat forgalmi kimutatása 1898. márczius 20-dikától 1899. márczius 21-dikéig.

Bevételek:		frt
Pénztári egyenleg 1899. márczius hó 20-dikán		329.28
Magyar Tudományos Akademia adománya		1,000.—
Kamatozásra elhelyezett betétekből		10,304.06
Szelvények beváltásából		2,406.72
Kamatokból		233.65
Tagsági díjakból:		
a) Alapító		200.—
b) Rendes		2,206.—
Folyószámla-egyenleg		4,550.72
		21,230.43

Kiadások:		
Kamatozásra elhelyezett betétek		12,587.09
Lakbér		200.—
Évi jelentés nyomtatása és egyéb nyomtatványok		154.64
Értékpapir-vásárlás		2,956.—
Kezelési kiadások:		
Titkári kiadások könyvek szétküldésére	60.20	
Pénzbeszedési illetmény	8.60	
Szekrény készitése	90.—	
Bankok kezelési költségei	28.84	
Szolga dija	20.—	207.64
1898-diki kiadványokért:		
Belgyógyászat kézikönyve V. kötet		3,329.38
1899. évi kiadványokért:		
Mihalkovics G. Fejlődéstan I. kötet		1,485.—
Pénztári egyenleg		310.68
		21,230.43

Török Sándor, e. i. pénztárnok.

Vagyon-mérleg:

Kamatozásra elhelyezett betétek:		
a Budapesti takarékpénztár részvénytársaságnál	2,540.30	
a Magyar földhitelintézetnél	2,010.42	4,550.72
Értékpapirok:		
n. é. frt 10,400.— 4% M. földtelherment. kötv. 96.75	10,062.75	
„ „ 4,300.— 4% „ földhit.-int. zálogl. 96.50	4,149.—	
„ „ 10,000.— 4½% „ regále-kötvény 100.50	10,050.—	
„ „ 14,000.— 4% „ földhit. talajj. kötv. 96.25	13,475.50	
„ „ 38,800.— 4% „ földhit. k. é. zálogl. 96.50	38,800.—	
„ „ 4,700.— 4% „ korona-járadék 97.70	2,295.75	
Időközi kamatok márczius 20-dikáig	793.90	59,547.15
Hátralékok:		
a) alapitó tagok után	225.—	
b) rendes tagok után 1898. évről	2868.—	
c) „ „ „ 1897. „	608.—	
d) „ „ „ 1896. „	328.—	
e) „ „ „ 1895. „	160.—	4,189.—
Behajthatlan az V. folyamról (1888—93.) évekről 1752.—		
Pénztári készlet 1899. márczius 21-dikén		310.68
Egyleti vagyon-állomány 1899. márczius 21-dikén		68,597.55

Alulirottak a fentebbi kimutatást a társulati könyvekkel összehasonlitván, a társulati számadásokat 1898. márczius 20-dikától 1899. márczius 21-dikéig megvizsgálván és úgy a takarékpénztárban, valamint a m. földhitelintézetnél elhelyezett készpénz és értékpapirok érintetlenségéről meggyőződvén, a pénztár pontos és rendes vitelét elismerjük. Budapest, 1899. márczius hó 23-dikán. *Böke Gyula* dr. s. k. és *Koller Gyula* dr. s. k. mint az alapitó-bizottmány által kiküldött számvizsgálók.

5. Bemutatták továbbá a mult évi közgyülésből kiküldött pénztárvizsgáló bizottság jelentését:

Jegyzőköny, felvétetett a magyar orvosi könyvkiadó társulat pénztárvizsgáló bizottságának 1899. évi márczius 17-dikén tartott ülésén.

Jelen vannak Batizfalvy Sámuel dr. elnöklete alatt Tóth Lajos dr., a pénztárvizsgáló tagja és Török Sándor, a társulat pénztárnoka. Szontagh Ábrahám dr. biz. tag betegsége miatt az ülésen részt nem vehetett.

A bizottság a társulati számadásokat 1897. évi márczius hó 15-dikétől 1898. évi márczius hó 20-dikáig átvizsgálván és a könyvekkel egybehasonlitván, azokat rendben találta, miért is inditványozza, hogy Török Sándor pénztárnok úrnak a szokásos felmentvény megadassék és neki a pénztárnoki teendők pontos és lelkiismeretes végzéséért köszönet szavaztassék.

Kelt Budapesten, 1899. márczius hó 20-dikán. Batizfalvy Sámuel dr., bizottsági elnök. Tóth Lajos dr., bizottsági tag s jegyző.

Mindezen jelentéseket a közgyülés tudomásul vette. Török Sándor pénztárosnak a felmentvényt megadta, egyszersmind jegyzőkönyvi köszönetet szavazott meg neki a pénztár buzgó kezeléséért.

6. A közgyülés az 1899-diki számadások megvizsgálására felkéri Batizfalvy Sámuel, Tóth Lajos és Szontagh Félix tagtársakat.

7. Az alapszabályok értelmében az igazgató tanács tagjainak egyharmada kilépvén, *Boleman, Temesváry* és *Gerlóczy* tagokból álló szavazatszedő bizottság az új választás szavazatait összeszámolván, kiderült, hogy az igazgató tanács tagaiul megválaszttattak, budapesti tagokul: *Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Klug Nándor, Korányi Frigyes*, vidéki tagokul: *Purjesz Zsigmond, Szabó Dénes, Tauscher Béla.*

8. Elnök a közgyülés jegyzőkönyvének hitelesitésére *Rákossy Béla* és *Tihanyi Mór* kartársakat felkérvén, az ülést berekesztette.

PÁLYÁZATOK.

13,571/899. alisp. sz.

Dr. Thoman Jakab nyugdijazása következtében a **bács-kulai szolgabirósághál** megürült 600 frt fizetéssel, 150 frt lakpénzzel és 150 frt úti átalánynyal javadalmazott **járásorvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok és felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, miszerint az 1883. évi I. t.-cz. 9. §., úgy ezen §. végpontjában említett tiszti orvosi vizsga letétele tárgyában 80,099/93. sz. a. kiadott belügyministeri rendelet 22. §-a alapján felszerelt kérvényeiket f. évi **április hó 30-dikáig** méltóságos báró dr. bajsai Vojnits István főispán úrhoz nyujtsák be.

Zombor, 1899. évi márczius hó 28-dikán.

2—1 *Karácson*, alispán.

1139/899. I. sz.

Borsod vármegye ózdi járásában Sáta székhelylyel Sáta, Nehézseny, Omány, Csokva, Királd, Mercse, Uppony, L.-Darócz, Bota községekből újonnan szervezett **sátai** körorvosi körnek 800 frt évi fizetéssel és a megállapitott látogatási díjakkal javadalmazott **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A választás f. évi április hó 27-én d. e. 9 órakor fog Sáta községházánál megejtetni.

Felhivom a pályázni óhajtókat, hogy szabályszerüleg felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám f. **évi április hó 25-dikéig** annyival inkább adják be, mert a később érkezetteket figyelembe venni nem fogom.

Ózd, 1899. évi márczius hó 26-dikán.

1—1 *Zsóry György*, főszolgabiró.

1559/899. ki. sz.

Jász-Nagykún-Szolnok vármegye Tiszaközép járásában kebelezett **Török-Szent-Miklós** nagyközségben a **községi orvosi állás** elhalálozás folytán üresedésbe jött.

Felhivom az ezen állásra pályázni kivánókat, hogy szabályszerüen felszerelt kérvényeiket hozzám bezárólag **1899. évi április hó 30-dikáig** annál is inkább adják be, mert a később beérkezőket figyelembe venni nem fogom.

Ezen községi orvosi állás javadalmazása következő: 500 frt készpénzfizetés, 100 frt lakbérilletmény, valamint a községi szervezeti szabályrendeletben biztositott látogatási dijak élvezete.

A megválasztandó orvos köteles állását f. évi május 6-dikán feltétlenül elfoglalni.

A választás f. évi április hó 30-dikán délelőtt 9 órakor fog Török-Szent-Miklós községházánál megejtetni.

Tisza-Roff, 1899. évi április hó 4-dikén.

3—1 *Jancsó Czezár*, főszolgabiró.

429/899. sz.

Kolozs vármegye kolozsvári járásában üresedésben levő **magyar-újfalusi körorvosi állásra** megüresedvén, arra ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen körorvosi állás javadalmazása évi 700 frt fizetés, 150 frt lakpénz és 150 frt úti átalány.

A közegészségügyi kör székhelye, melyhez 20 község tartozik: Magyar-Újfalu.

Felhivom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerüen felszerelt kérvényeiket hozzám f. **évi április hó 11-dikéig** bezárólag annál is inkább adják be, mivel a később beérkezetteket figyelembe venni nem fogom.

A választást M.-Újfalu községben f. évi április hó 15-dik napján d. e. 10 órakor tartom meg.

Kolozsvár, 1899. évi márczius hó 21-dikén.

2—2 *Hankó Veress Károly*, főszolgabiró.

1819/899. ki. sz.

Pest-Pilis-Solt-Kiskún vármegye kalocsai járáshoz tartozó **Uszód, Szt.-Benedek** és **Géderlak** nagyközségekből Uszód székhelylyel szervezett **körorvosi állásra** pályázat hirdettetik.

Felhivatnak pályázni kivánók, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a, illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában körülirt képességüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket alulirott főszolgabirói hivatalhoz f. **évi április hó 22-dikéig** annyival is inkább terjesszék be, mert később beérkező kérvények figyelembe nem vétetnek.

A megválasztott körorvos tartozik állását azonnal elfoglalni.

Választási határidőül f. évi április hó 23-dikának d. e. 11 órája Uszód községházához tüzetik ki, a hová Uszód, Szt.-Benedek és Géderlak kiküldött választói megjelenni tartoznak.

A körorvos javadalmazása évi 600 frt fizetés, látogatási díj éjjel-nappal mindegyik községben 40 kr., felek által kiszolgáltatandó fuvarok, továbbá 40 kr. halottkémlelési díj jár esetenként: Uszód községben pedig tartozik meghatározott díjért a vágóbiztosi teendőket végezni.

Köteles a körorvos a körhöz tartozó községeit hetenként két izben meglátogatni, mely alkalommal az előfogatot az érdekelt községek állítják ki.

Szegények gyógykezelése és halottkémlelése ingyen végzendő.

Kalocsa, 1899. évi márczius hó 24-dikén.

2—2 *A főszolgabirói hivatal.*

3118/1899. szám.

A nagyszentmiklósi járáshoz tartozó **Kis-Zombor** székhelylyel rendszeresitett **körorvosi állás** megüresedvén, arra ezennel pályázatot hirdetek.

A körhöz tartozik Porgány és Ferenczszállás.

Az állással egybekötött javadalmazás 500 frt, 35 kr. nappali és 50 kr. éjjeli látogatási díj és halottkémlési dijak. Szegényeket ingyen köteles az orvos gyógyitani. Műtétek egyezség tárgya. Az orvos háztartásához szükséges tüzelő anyagot a község ingyen beszállitja. A megválasztandó körorvos köteles az orvosi nyugdijegyletbe belépni.

Melléklet az „Orvosi Hetilap“ 1899. évfolyama 15. számához.

KIR. MAGYAR TUD. EGYETEMI
II. SEBÉSZETI KLINIKUM

A fogászat Hippokrates korában.

— Orvos-történelmi tanulmány. —

Dr. Abonyi József, fogorvos Budapesten.

Bevezetés.

Az idők és felfogások változásának karakterisztikus jele, hogy egyrészt orvostörténelmi munkálatok gyéren látnak napvilágot, másrészt ha ilyen dolgozat megjelenik, félénk szerénységgel kell bekopogtatnia az irodalmi produkczió tárházának kapuján, mintegy bocsánatot kell kérnie, hogy merészkedik a tudomány bajnokainak rohamlépésekben való előtörését modern elméleteken és megfigyeléseken keresztül egy pillanatra megakasztani és a kutató elme irányát hátrafordítani azon ős források felé, melyekből a mai orvosi tudománynak széles és mély mederben folyó árja fakadt, sőt jelenleg is táplálkozik néha tudva, legtöbbször pedig a nélkül, hogy sejtelme volna arról.

„Emlékezzünk régiekről . . .“ ez nem divatos jelszó; a gőz, a villamosság, a Röntgen-sugarak százada annyira el van telve saját alkotásainak és találmányainak nagyszerűségével és korszakosságával, annyira el van foglalva a nap-nap után összegyülemlő adatok és tények feldolgozásával, hogy egyrészt talán jogosítva érzi magát szánakozó mosolylyal tekinteni az előző idők primitivebb eszközökkel és silányabb módszerekkel kivívott eredményeire, másrészt pedig meddő kisérletnek tarthatja azon igyekezetet, melynek czélja kimutatni, hogy mai tudásunk szálai visszanyúlnak az elmult évszázadokba, sőt évezredekbe. Szellemi téren, a tudományok fejlődésében sincsen *generatio aequivoca*, hanem az eszmék lánczolatos kapcsolatban vannak egymással, a mi gyógyelveink sokszor egészen a hippokratesi korban gyökeredznek és áttanulmányozván a reánk maradt őskori orvosi iratokat, nem egyszer azon veszszük észre magunkat, hogy a mi eszméink, a mi felfogásunk nem haladást, hanem visszaesést mutat azokkal szemben, melyek ezen iratokban le vannak téve. Csak egy példára akarok itt hivatkozni. A „*Corpus hippocraticum*“-ban a diaetetika oly kiváló szerepet játszik a betegségek kezelésében, hogy valósággal bámulatot kelthet. Ezen fontos gyógyhatány azután az idők folyamán elhanyagoltatott többé-kevésbé és csak napjainkban részesül ismét kellő figyelemben.

Az orvosi tudomány történelmének ismerete az orvosra nézve nemcsak kedvtelés, szórakozás vagy üdülés számba kell hogy menjen a napi foglalkozás fárasztó órái után, hanem beható tanulmányozásra érdemes először azért, mert ez méltó betetőzése azon épületnek, melynek alap- és támfalait az egyes orvosi diszcziplinák képezik. Másodszor pedig oly kritikai fegyelmezettségre tesz szert az elme, melyre kiváltképpen az orvosnak van szüksége, hogy eligazodjék a felfogások, elméletek, módszerek és tények azon tömkelegében, melyek néha oly gyorsan követik egymást, vagy átalakulnak, máskor homlokegyenest ellenkeznek egymással vagy pedig elismerésért küzdenek. „Ha átkutattuk a mai tudományosságot, — mondja *Littré*,[1] Hippokrates munkáinak fordítója és nagytudományú commentátora — akkor elérkezett az idő, hogy az elmult időkéhez is forduljunk. Semmi sem képes az itéletet úgy élesíteni, mint ez az összehasonlítás; a szellem függetlensége fejlődik ki általa, kitűnik a rendszerek ingatag volta, a tények tekintélye megszilárdul és eredményül kiviláglik a történelmen átvonuló philosophiai kapcsolat. Más szóval: tanulunk, megértünk, itélünk.“

Mi a legfőbb czélja az orvosi tudománynak, mely *Hippokrates* kifejezése szerint[2] valamennyi tudomány között a legnemesebb? Kétségtelenül a betegségek gyógyitása, akár az által, hogy megelőzzük már azoknak fellépését vagy pedig a jelentkezőket leküzdjük.

Ezen főczél szemmeltartásával már most azt kérdezhetné valaki: nem elégséges-e a betegségek meggyógyitására a modern orvosi tudomány, praecziz módszereivel, hatalmas segédeszközeivel? Erre a kérdésre úgy felelhetünk: elég is, nem is! A ki nem lépi át kiszabott működési körének határait sohasem, az is kitöltheti megfelelő módon hivatását, de mennyivel szélesebb látókörrel, megállapodottabb itélettel bír az, a ki bejárt idegen országokat, a ki látott más népeket, a honiaktól eltérő intézményeket és szokásokat; vagy mennyivel helyesebb felfogással bír az egy bizonyos földterület felszínének alakulásáról, ki megmászsza a hegyek csúcsait is, onnét vetvén korlátoktól meg nem szűkített pillantást a tájékra, mint az, a ki csak a völgyeket és lapályokat járja!

Így van ez az orvosi tudományban is. A ki elsajátította a mai tudományos gyógyeljárásokat, módszereket és segédeszközöket, az egészen nyugodtan élhet hivatásának, még bizonyos szűkebb értelemben jó orvos is lehet; de mennyivel mélyebb ismeretekkel az emberi természet felől, a betegségek lényegéről, a gyógyitóképesség határairól lép azon orvos a betegágyhoz, a ki nem csak egy rendszer vagy felfogás keretében cselekszik és itélkezik, hanem a ki a történelmi tanulságok alapján oly philosophiai magaslatra emelkedhetik, melyről *Hippokrates* mondja, hogy ilyenkor az orvos istenhez lesz hasonló: „Medicus enim philosophus, est deo aequalis!“[3] A czél a gyógyitás: de nemcsak *egy* út vezet ezen czélhoz és nem éppen az az út mindig a legjobb, a melyen bizonyos időben a legtöbben járnak. A betegségek ma ugyanazok, a mik voltak *Hippokrates* idejében, az emberi természet lényege sem változott sokban, daczára a több mint kétezer évnek, mely azóta lejárt és mégis hány rendszer, felfogás és mód-

[1] Littré tom. I. p. 477.
[2] Medicina omnium artiu praeclarissima est. — Lex, p. 4.
[3] De decenti ornatu; p. 24.

szer változott, feledésbe merült, újból felszínre került a gyógyítási czél megvalósitására.

„Multa renascentur quae iam cecidere, cadentque
Quae nunc sunt in honore . . .“

mondja *Horatius.*

Gyógyrendszerek, melyek a maguk idejében sziklaszilárd alapon nyugodtak, néhány generáczió multán elavultak, hibásaknak mutatkoztak; de még jó és üdvös eljárások is az idők folyamán az emberek emlékezetéből kivesztek — a történelem azonban megőrizte őket és az orvos, a ki ezen történelmi tanulságok alapján állva a jelen nyujtotta hatalmas segédeszközök birtokában van, az megközelíti a hippokratesi ideált az orvos magasztos hivatásáról. Egyet nem szabad felednünk: az évszázadok folyamán felmerült, de elbukott vagy hitelvesztett orvosi rendszerek hasonlítanak ugyan ama szétmállott sziklákhoz, melyek látszólag nyomtalanul eltüntek, csakhogy ezen szétmállott sziklák pora lényeges alkotórészét képezi azon humusrétegnek, melyből mai gyógyrendszerünk kicsirázott!

Az eddig mondottak, habár általánosságban vonatkoznak az orvostörténelmi tanulmányok szükségességére és hasznosságára, még különösen is alkalmazhatók azon régi és nagybecsü orvosirodalmi emlékre, mely mint „*Collectio hippocratica*“ vagy „*Corpus hippocraticum*“ ismeretes.

A *Hippokrates* nevét viselő orvosi iratok gyüjteménye három szempontból nevezetes: 1. általános müvelődéstörténelmi és nyelvtudományi becsénél fogva, mint a görög orvosi tudomány legrégibb reánk maradt irott emléke; 2. specialis orvostudományi szempontból, mint a régi görögök boncztani, élettani, de különösen kór- és gyógytani ismereteinek tükre; 3. mint az orvosi rend ethikai kodexe.

Az első szempont taglalása nem tartozik e tanulmány keretébe, ezért csak röviden kivánok arra utalni, hogy a számos néprajzi adat a görögök és barbárok szokásait, életmódját stb. illetőleg kellő méltatásban részesül a gyüjtemény az ethnographusok részéről; továbbá a görög styl, nyelvjárások és grammatika szempontjából a linguisták valóságos kincsesbányáját képezi.

A mi a kór- és gyógytani ismereteket illeti, azokat itt csak főbb vonásaikban fogom előadni, a mennyiben tudniillik szükségesek tulajdonképeni tárgyam: *a hippokratesi fogászat* megértéséhez.

Vannak bizonyára egyesek, kik kevés érzékkel birván az orvostörténelmi tanulmányok szüksége és fontossága iránt, tagadni fogják a hippokratesi kór- és gyógytan ismeretének hasznos voltát, de azt hiszem, senkisem vonhatja kétségbe, hogy mint az orvosi rend ethikai kodexe a *Corpus hippocraticum* nemcsak a saját korabeli ethikai felfogás kifejezője, hanem még manapság is felülmulhatatlan és utólérhetetlen. Semmiféle modern orvosi „Rendtartás“ meg nem közeliti a hippokratesi magas ethikai felfogást az orvosi tudomány és orvosi rend fenkölt hivatásáról, nemességéről és magasztosságáról. Ha semmi egyébért, úgy csupán ezért is kellene minden orvosnak *Hippokratest* ismernie! „Ha ezen iratok, mondja *Haeser*[1] két évezreden keresztül semmi más hatással nem lettek volna, minthogy megszámlálhatatlanoknál a gyógyászat nemessége és az orvosi rend becsülete iránti hitet felkeltették és megerősitették, ezért magában megérdemlik, hogy későbbi nemzedékek hálával gondoljanak reájuk.“

[1] Haeser vol. I. p. 210.

Néhány idézettel fogom bebizonyitani, miképpen gondolkoztak a hippokratisták az orvosi rendről és az orvostudományról.

„Medicina omnium artiũ praeclarissima est“, mondja a hippokratesi „Törvény“ szerzője:[1] „Az orvostudomány valamennyi művészet között a legnemesebb.“

„Exerceto circa morbos duo, ut iunes, aut non noceas.“[2] „A betegségeknél kettőre kell figyelni: használni vagy legalább nem ártani.“

„Ars ex tribus cõstat, morbo, aegroto, & medico artis ministro. Aegrotũ cum medico oduersari morbo oportet.“[3] „A művészetet három tényező alkotja: a betegség, a beteg és az orvos, a ki a művészet végrehajtója. A beteg az orvossal együtt küzdje le a betegséget.“

„Mihi vero placet, ut in universa arte mentem adhibeamus. Nam quaecunque opera bene ac recte tractat, ea singula bene ac recte facere oportet: & quae cito, cito: & quae pure, pure: & quae citra dolorem tractare oportet, ita facere ut quam minimus dolor sentiatur: & alia omnia eiusmodi insigniter prae aliis ad melioré modum transigere oportet.“[4] Helyesnek vélem, hogy a művészetet minden ágában értelemmel gyakoroljuk. E szerint a mit jól és rendesen kell megcsinálni, az csináltassék meg jól és rendesen, a mit gyorsan kell, azt gyorsan; a mit tisztán kell, azt tisztán; ha pedig fájdalmas műtétet kell végezni, csináljuk azt a legcsekélyebb fájdalommal; és igy minden egyebet iparkodni kell jobban megcsinálni mint mások.“

A „*De medico*“ czimü könyv első czikkelye foglalkozik az orvos testi és lelki tulajdonságaival. Az orvos tisztán és jól öltözködjék, szagos kenőcsökkel kenje magát. (Deinde ut opinionẽ captet apud ipsum uulgus uestitu decoro, & unguẽtis odoratis, non suspectũ odorem ad omnia habẽtibus.[5] A mi ezen szagos kenőcsöket illeti, megjegyzem, hogy ez nem charlatanéria, mert használatuk általános volt a régi görögöknél, kik a bőr és haj szárazságát nagy testi elhanyagoltságnak vették. A charlatanériát egyáltalában keményen ostorozta Hippokrates és iskolája és minden alkalommal a legnagyobb gyülölettel és megvetéssel szól róla: „Querit autem aeger non ornatum, sed auxiliu.“[6] „A beteg nem a fényüzést keresi, hanem gyógyulást.“ „Turpe tamen est & in omni arte, & nõ minime in medicina, multã turbam, & multam ostentationem, & multũ rumorem cõcitare, & deinde nullam utilitatẽ affere.“[7] „Mint valamennyi művészetben, úgy a gyógyászatban is szégyenletes dolog sok fontoskodás, sok fitogtatás és sok szóbeszéd után semmi hasznosat sem cselekedni.“

Az orvos moralis qualifikatióját igen magasra szabták a hippokratisták. Szent és jámbor életet kivántak tőle.[8] „Porro praeterea & sancte uitam & artem meam conseruabo.“ „Életem és pályafutásom tiszta és szeplőtelen lesz.“

Különös súlyt fektettek arra, hogy az orvos a betegekkel és laikusokkal szemben méltóságos és korrekt magaviseletet tanúsitson: „Non exigua autem cõmmercia aegris cum

[1] Hippocratis Coi Lex., p. 4.
[2] De morbis popularibus lib. I. sectio secunda p. 401.
[3] Ibidem.
[4] De victus ratione in morbis acutis. p. 489.
[5] De medico. p. 20.
[6] Ibid. p. 21.
[7] De articulis p. 637.
[8] V. Iusiurandum Dr. Tihanyi fordítása. (Az ókori görögök gyógyászati ismeretei.)

medico sunt. Nam seipsos medicis subditos faciunt, & omni hora uxoribus, uirginibus, & opibus maximi precii, illi occurrunt, continenter igitur ad omnia haec se habere oportet.“ [1] Az orvos a betegekkel sokféle viszonyban van, mivel ezek magukat egészen az orvosra bizzák, továbbá minduntalan érintkezésben van feleségeikkel, lányaikkal és egyéb nagybecsű tárgyakkal, ilyenkor tehát jól vigyázzon magára.“

Az orvosi honorarium kérdését illetőleg a következőket olvashatjuk: „At uero remunerationis exigẽdae acerbitatẽ, absque praeperãte ad disciplina cupiditate, hortor ut ne ualde inducas, sed & ad opulentiã & facultates respicias. Quãdoque uero etiam gratis cures, ita ut gratitudinis memoriã potiorem, atque praesentẽ existimationẽ auferas. Si uero occasio ferendae opis se obtulerit, & peregrino, & egeno, maxime talibus opituleris. Si enim affuerit erga homines amor, adest etia amor erga artem.[2] „Az orvosi tiszteletdíjat illetőleg . . . ne légy túlságosan szigorú követeléseidben, hanem tekintsd a vagyont és képességet. Sőt néha ingyen gyógyíts, többre becsülvén a jó emléket a pillanatnyi előnynél. Ha alkalom adtával idegennek vagy szűkölködőnek kell segítséget nyujtani, akkor a legnagyobb készséggel tedd azt. Mert a kinél szeretet lakozik az emberek iránt, ott szeretet nyilvánul a művészet iránt is.“

Erélyesen utasítják vissza a hippokratisták az akkori időben már elterjedt nihilistikus felfogást a gyógytudomány által elérhető sikerek iránt: „Principium itaque sermonis hoc erit, cui omnes assensuros scio. Quod quidem aliqui a medicina curati sanitati restituũtur, cõfitentur, quod uero nõ omnes, ob hoc iam ars ipsa uituperatur: aiutque hi qui eam peius incessunt, atque hi qui a morbis, apprehenduntur, eosque euadũt fortunae ope euadant, & non auxilio ipsius artis. Ego uero non priuabo quidem ipse fortunam tanquam operae precii faciat, puto enim morbis qui male curãtur ut plurimum infortuniũ accedere: qui nero bene, eos bona fortunã nancisci.“ [3] „Okoskodásom kiinduló pontja az lészen, a miről tudom, hogy abban mindenki egyetért, miszerint tudniillik némelyek, kik gyógykezelésben részesültek, egészségüket visszanyerték; de mivel nem valamennyivel történik ez, tehát a rágalmazók azon szemrehányással illetik a művészetet, hogy néhányan a betegségnek áldozatául esvén, azok, a kik megmenekedtek, csak a véletlen szerencsének köszönhetik ezt, nem pedig a művészet nyújtotta segítségnek. Én valóban legkevésbbé sem kételkedem abban, hogy a véletlen néha becses szolgálatokat tesz, de azt hiszem, hogy a rosszul kezelt betegségek azok, melyek legtöbbször szerencsétlenül végződnek, a melyek pedig helyesen kezelteknek, azok randszerint jól végződnek.“

Ezen néhány idézettel, melyekhez hasonló értelmű még számos helyen található a corpus hippocraticumban, talán sikerült kimutatnom, hogy *Hippokratesnek* tanulmányozása és ismerete még mai nap is hasznos és tanulságos foglalkozás még akkor is, ha kór- és gyógytanától minden befolyást elvitatunk a jelenlegi gyógyrendszerre. Pedig ezen utóbbi tétel sem igazolt, a mint azt egy példával már kimutattam, midőn hivatkoztam a hippokratesi diaetetikára és lesz még alkalmam később olyan tényekre hivatkozni, melyek nyilvánvalóan bizonyítják, miszerint nemcsak egyes megfigyelések, melyeket például a modern fogászat a maga vívmányainak tart, fellelhetők a hippokratesi iratokban, hanem egész sebészi eljárások az állkapocstörések és luxatiók gyógyítása terén, melyeket már *Hippokrates,* illetőleg tanítványai részletesen leirtak, korunkban újonnan feltalált módszerekként tárgyaltattak, úgy hogy ide is illenek *Morgagni* szavai: „Ex his enim patebit, quot res quae vulgo, ob historiae ignorationem, repertae a posterioribus credebantur, quanto antea propositae fuerint.“ [1] [Ebből kitünik, hogy a mit a történelemben való járatlanság folytán a későbbi időből származottnak itéltetik, mennyivel előbb javasoltatott már.]

Számos búvár foglalkozott *Hippokrates* tanainak magyarázásával és sok kitünő monographiát birunk az egyes orvosi disciplinákról, a szerint, a mint a *„corpus hippocraticum“*-ban képviselve vannak, például a hyppokratesi sebészetről, szemészetről, szülészetről, diaetetikáról, gyógyszertanról, anatomiáról, fülészetről stb., *de a hippokratesi fogászatról eddig még nem irtak tüzetesen, pedig, hogy ilyen is van, azt kimutatni czélja ezen munkának.*

Az általános történelmi munkák, melyek röviden ugyan, de mégis szólnak az egyes orvosi specialis szakmákról, midőn Hippokratest és korát tárgyalják, a fogászatról meg sem emlékeznek, de még némely nagyobb szakmunkák sem, melyeknek körébe a fogászat tartoznék, mint például *Portal* 5 kötetes nagy munkája: „Historie de l'anatomie et de chirurgie„ (Paris 1770). Az első, a ki röviden, néhány sorban megemlékezik a hippokratesi fogászatról, *Wilhelm Sprengel*, ki 1819-ben megjelent „Geschichte der Chirurgie“ czímű munkájában egy pár szót szentel a tárgynak. Valamivel részletesebben, de még mindig nagyon hézagosan foglalkozik a tárgygyal *Carabelli* 1830-ban kiadott „Geschichte der Zahnheilkunde“ czímű különben igen becses művében. Utána következnek *Linderer* 1848-ban kiadott „Handbuch der Zahnheilkunde“-jében; *Barna* 1871-ben megjelent „Fogászat“-ának történelmi részében; legújabban pedig *Geist-Jacobi:* „Hippokrates über Zahnheilkunde“ czímű czikkében (Zahnärztliches Wochenblatt 1894. november 17) és 1896-ban megjelent: „Geschichte der Zahnheilkunde“ czímű könyvében.[2]

Tehát nem birunk még oly specialis dolgozatot, mely *forrástanulmányokon alapulva*, rendszeresen tárgyalná a hippokratesi fogászatot, mely hézag pótlására szerény tehetségem szerint vállalkozva, áttérek tulajdonképpeni tárgyamra:

A fogászat a Corpus hippocraticumban.

Több mint két ezer év mult el azóta, hogy *Hippokrates* élt[3] és működött.[4] A mit élete folyásáról tudunk, az a mesék és legendák oly sűrű szövedéke, melyből ma már nem sikerül a valót kifejteni. Irott műveit sem ismerjük biztossággal, mert a gyüjtemény, mely *„Hippocratis opera“* néven reánk maradt, nem tőle származik. Valószinű ugyan, hogy a collectio néhány darabja az ő szerzeménye, a legtöbb azonban nem az. Néhányát fiai *Thessalus* és *I. Dracon* irták, többeket veje *Polybos* és más tanítványai a *kos*-i orvosi iskolának, sőt *knidiai* szerzők művei is vannak benne, jó része pedig *apokryph.*

[1] De medico. p. 21.
[2] Praeceptiones. p. 28.
[3] De arte. p. 6.

[1] Epistola ad Valsavae, tract. de aure.
[2] Ide vonatkozó és a fogászat minden műtéteire kiterjedő történelmi adatok találhatók még 1888-ban megjelent fogászati kézikönyvemben az egyes műtétek leirása után.
[3] Született 460-ban Kr. e. Kos szigetén.
[4] „Historia vitae ac fatorum Hippocratis valde est manca et dubitationibus obnoxia.“ (J. H. Schulze: Compendium histor.-medicin. 1742. p. 114.)

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

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

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

Érdekes kérdés az, voltak-e a régi görögöknél szakorvosok, sebészek, szemészek vagy talán fogászok is? Az egész „*Corpus hippocraticum*“-ban csak egy helyütt történik utalás, mely következtetést enged az orvosi specialismus létezésére. Az „*Eskü*“-ben[2] tudniillik a következő mondat fordul elő: „Nec uero calculo laborãtes secabo, sed uiris chirurgiae operariis eius rei faciendae locum dabo“. „Sohasem fogok kőmetszést végezni, hanem átengedem ezt azoknak, a kiknek ez a mestersége.“[3] E szerint léteztek volna kőmetszést végző szakemberek, az úgynevezett *lithotomisták*. Csakhogy a búvárok korántsem tudják megmagyarázni, hogy miért tiltja meg az „Eskü“ a kő-műtétet? Három nézet merült fel ezen rejtélyes tilalom megmagyarázására. *Fuchs*[4], *Hippokrates* legújabb fordítója és kommentátora így nyilatkozik: „Die chirurgische Beseitigung von Steinen in der Harnblase erforderte eine besondere Geschicklichkeit des Operateurs. Da die Aerzte im Alterthum weniger operative Schulung hatten als die unserer Zeit und ausserdem die sehr oft gewünschte Ausführung dieses Schnittes als eine Baderarbeit, die des Arztes unwürdig ist, ansahen, so bildete sich bereits im hohen Alterthum in Griechenland wie in Aegypten der Stand der Steinschneider oder Lithotomen heraus. Auch die Araber überliessen, so lange die Operationsmethode noch nicht verfeinert worden war, die Steinoperation einem besonderen Stande.“ (I. köt. p. 2.) E szerint tehát a hippokratisták nem birtak volna kellő sebészi képzettséggel a kőműtét végrehajtására, ezért bizták ezt specialistákra. Eltekintve attól, hogy hát ezen lithotomisták honnét vették sebészi képzettségüket, eme nézet már azért is tarthatatlan, mert a hippokratisták birtak sebészi képzettséggel, mert a mint irataikból kitűnik, számos és nehéz műtéteket végeztek.

[1] VII. kötet. p. XI.
[2] Jusiurandum, p. 3.
[3] Dr. Tihanyi Mór fordítása (l. c. 260.)
[4] Fuchs, vol. I. p. 2.

René Moreau (idézve *Littré* által, IV. k. p. 617) az által akarja a hely homályosságát eloszlatni, hogy felveszi miszerint *Hippokrates*, illetőleg az „*Eskü*“ tilalma nem a kőmetszésre vonatkozik, hanem castratióra, mely utóbbi műtét morális szempontból megvetendő. Ezen felvétel azonban teljesen önkényes, és mint ilyen nem képezhet komoly magyarázatot. *Petrequin*[1] pedig, ki gondos tanulmányt irt a hippokratesi sebészetről, miután részletesen ismerteti a régi görögök és a többi régi népek eljárását a kőműtét végrehajtásánál, így nyilatkozik (I. k. p. 197): „Ilyen volt a kőmetszés ezen antik időkben: valóban ez nem vala sebészi műtét, hanem valóságos mészárlás; alig képzelhetünk barbárabb és veszélyesebb eljárást. Ha jól megfontoljuk ezen műtéti modor fonákságát és ha elképzeljük a szegény patiens állapotát, kit ilyen módon műtettek, akkor megértjük az orvosi felelősség magasztos érzetével biró *Hippokrates* autoritativ és ünnepélyes tilalmát oly gyilkos műtét iránt, mely valóban méltatlan volt a művészethez, és a mely alig volt más, mint gyilkolás.“

Mindezen magyarázatok daczára a tilalom tulajdonképpeni oka rejtélyes marad előttünk és megfejthetetlen és csak azért időztem itt ezen kérdésnél, hogy megmutassam mily nehéz a felelet arra, voltak-e a régi görögöknél szakorvosok, mert *Littré*[2] kommentárjának egy helyén a következő állítást koczkáztatja: „il est très probable, qu'à l'exemple de la médicine égyptienne, il y avait en Grèce des médicins pour les yeux, pour les dents etc., et pour la lithotomie.“

A fogászatra vonatkozólag a „*Corpus hippocraticum*“-ban csak egy hely létezik, a mely erőszakos kommentálás mellett talán oda volna magyarázható, hogy léteztek már akkoron emberek, kik külön foghúzással foglalkoztak.

Mielőtt az illető helyet idézem, megjegyzem, hogy történelmi tanulmányaim közben számtalanszor voltam azon helyzetben, hogy bizonyos idézetnek utána nézzek és azt az eredeti forrásban felkeressem; de azon kellemetlen tapasztalatot tettem, hogy igen gyakran az idézetek vagy helytelenül voltak visszaadva, vagy értelmükből kiforgatva, néha pedig éppenséggel fel nem lelhetők. Ezért jelen dolgozatomban a „*Corpus hippocraticum*“-ra vonatkozó idézeteket mind eredetiben adom pontos megjelölésével a könyvnek és oldalszámnak, a hol megtalálható, természetesen azon kiadás szerint, melyet én használok és melynek czíme a forrásmunkák között emlitve van.

A „*De medico*“ czímű könyv, miután előadja az orvos physikai és moralis tulajdonságait, rátér az úgynevezett kis sebészetre, leirja a „*iatreion*“-t vagyis az orvosi műhelyt és az abban szükséges berendezést, valamint a műszereket, bandageokat stb. Elősorolván ezeket mind, befejezésül a következőket mondja: „Haec quidẽ igitur necessaria sunt in officina medica instrumẽta, & circa quorum usum artificiosum esse oportet addiscẽtem. Volsellis autẽ tum dentium, tum uuarñ, quilibet uti potest, simplex enim usus ipsorñ esse uidetur.“[3] „Ime tehát ezek az orvosi műhelyben szükséges műszerek, a melyekkel való bánásmódban a tanulónak ügyesnek kell lennie. A mi pedig illeti a fogak és a nyelcsap számára való fogókat, azokat akárki alkalmazhatja, mert használatuk egyszerű.“

Mit olvashatunk ki ezen sorokból? Először is azt, hogy a görögök *Hippokrates* idejében ismerték a foghúzó fogót,

[1] Petrequin, vol. I. p. 197.
[2] L. c. I. k. 342.
[3] De medico, p. 22.

melynek feltalálását a legenda III. Aesculápnak tulajdonítja.[1] Másodszor a foghúzásban nem tanitották a mesterek a tanítványokat, hiszen a műszer alkalmazása és kezelése nem igényel semmi ügyességet. Harmadszor nem-orvosok is húztak fogakat.

Ezen utóbbi tény szolgálhat némileg alapul *Littré* fentebb emlitett állitásának, miszerint az egyptomiak módjára[2] a görögöknél is léteztek fogspecialisták. De az alábbi magyarázatokból ki fog tünni, hogy ezen felvétel minden komoly alapot nélkülöz és maga *Littré* is munkájának IV. kötetében, a mely öt évvel később jelent meg, mint az első, feladja ezen álláspontot. [„A la suite de Boerner, j'ai admis, t. I., p. 342, qu'à l'exemple de la médicine égyptienne il y avait en Grèce, du temps d'Hippocrate, des médicins spéciaux pour les yeux, les dents, etc. . . . . M. le professeur Andreae objecte que les médicins hippocratiques pratiquaient les opérations chirurgicales, et qu'il n'y a pas lieu de supposer à côté d'eux des médicins spéciaux pour des affections qu'ils auraient refusé de traiter. L'objection de M. Andreae est juste: Les Hippocratiques étaient autant chirurgiens que médicins.“ T. IV., pag. 615, jegyzet.]

Már most miképpen magyarázhatjuk meg, hogy a hippokratisták, a kik, mint látni fogjuk, a fogbetegségeket és azoknak összefüggését és befolyását a szervezet többi megbetegedéseire komolyan tanulmányozták és kellőképpen méltányolták, a foghúzás műtétét, oly kicsinybe veszik, hogy annak kivitelét nem is tartják orvoshoz méltónak, sőt akárkire gond nélkül bizható?

A „*Corpus hippocraticum*“ egy másik könyve, a „*De affectionibus*“ czimű, melyet *Galenus Hippokrates* vejének *Polybos*-nak tulajdonit[3] és a mely laikusoknak van szánva, hogy okuljanak a betegségek alatti viselkedés és az orvos rendelkezései tekintetében, felvilágosit minket ez irányban, midőn a fogkórok tárgyalását a következő sorokkal kezdi meg: „Caeterum quod ad dentium dolores attinet, si corrosus fuerit dens, & mouetur, eximatur. Si uero non corrosus est, neque monetur, dolorem autem exhibet, per ustionem resiccatur.“[4] „A mi pedig a fogfájást illeti, ha a fog szúvas és mozog, akkor eltávolitandó; ha pedig nem nagyon szúvas, sem nem mozog, de mégis fáj, égetéssel kell kiszáritani.“

Tehát a régi görögök ugyanazon hitet vallották, mint az ó-kor legtöbb népe, hogy csakis *mozgó* fogat szabad eltávolitani. Ezen hit és a megfoghatatlan félelem a foghúzástól pedig valószinűleg abban találja indokolását, hogy nem létezett olyan műszer, a mely tulajdonképpen alkalmas lett volna ezen műtétnek helyes keresztülviteléhez és nem is volt ilyen egészen a jelen század első felének végeig, a midőn *John Tomes* a fogak és állcsontok boncztani viszonyaiból kiindulva, megszerkesztette a jelenlegi fogextractio instrumentáriumot.

Caelius Aurelianus szerint a delphi-i Apollo-templomban őrzött „odontagogon“ ólomból volt készítve, hogy már ez által is jeleztessék, hogy csakis mozgó fogakat szabad kihúzni.

Szem előtt tartva már most ezen körülményeket, érthetjük — habár meg nem bocsáthatjuk — a hippokratisták majdnem könnyelmű felfogását a fogextractiót illetőleg. Azokat az előrement hosszantartó periodontitisek vagy pyorrhea alveolaris vagy senilis atrophia folytán megingott, már csak az inynyel lazán összenőtt fogakat bizony akárki extrahálhatta és a műszer kezelése sem igényel ilyenkor valami nagy ügyességet; a szilárdan álló szúvas fogakat pedig nem volt szabad eltávolitani — mert nem tudták! A fogextractio indicatiójának megállapitása az idők folyamán különös változásokon ment keresztül. A mint láttuk a régi görögöknél, mint egyáltalában az ó-kori népeknél az extractio javallatát abban találták, ha a fog egészen mozgott. Később a műszerek tökéletesbedésével az indicatio más alapra helyezkedett, nevezetesen a fájdalom lett mérvadó és a szilárdan álló fogat, ha fájt, kihúzták, ez volt majdnem az egyedüli remedium. Ujabban a fogdiagnostika és gyógytan fejlődése folytán az extractio indicatiója szűkebb és szűkebb határok közé került és ma a conservativ fogászat fellendülése idejében, a mikor már majdnem minden beteg fogat meg tudunk menteni, az indicatio körülbelül ugyanaz, mint a régi görögöknél, tudniillik, már csak az egészen mozgó fogakat távolitjuk el. Persze egészen más felfogás alapján, mint az ó-kori népek.

Az anatomia képezvén a gyógytudomány minden ágának alapját, lássuk ennélfogva mit tartalmaz a „*Corpus hippocraticum*“ a fogak boncztana tekintetében.

Midőn valamely más orvostudományi disciplina fejlődését kutatjuk a „*Corpus hippocraticumban*“ és szintén az anatomiát vesszük kiindulási pontul, akkor természetesen első sorban arra a kérdésre kell felelnünk, boncoltak-e a hippokratisták emberi hullákat? A kérdés behatóan tárgyaltatott a legtöbb *Hippokrates*-kutató részéről, de hát ezen tárgy taglalásába e helyütt nem kell bocsátkoznom, mert bebizonyitott tény lévén, hogy *Hippokrates* idejében fogakat húztak, tehát volt alkalmuk a fogak makroskopikus boncztanával megismerkedniök.

Az epidemikus betegségek negyedik könyvében találunk néhány fogboncztani megfigyelést, melyek arról tanuskodnak, hogy a szerző a fog kihúzása után azt gondosan megvizsgálta. „Qui quintus dens ab anterioribus numeratur, quatuor radices habet, singulis paribus ad utrunque uicinum dentem connexis, extremitatibus omnibus ad internam partem reflexis. Circa tertium dentem suppurationes plures atque iuxta alios omnes. Et ex naribus fluxiones crassae, & a tẽporibus dolores, ex hoc maxime fiunt. Corroditur hic, maxime quintus ex medio quidem nodum habebat unum, duos autẽ anterius. Paruus primus intrinsecus iuxta duos corrodebatur, Septimus radicem unam crassam, acutam habebat.“[1] „A mellsőktől számitva az ötödik fog négy gyökerű, melyek közül kettő-kettő összenőve a szomszéd fogakhoz csatlakozik és valamennyinek csúcsa befelé görbül.“ Ezen ötödik fog — minthogy a szerző a középső metszőt, a melyből kiindul nem olvassa, — megfelel a mai számitási rendszerünk szerint a hatodik fognak vagyis az első

[1] „Aesculapiorum tertius, Arsippi et Arsinoë; qui primus purgationem alvi, dentisque evulsionem, ut ferunt, invenit.“ Cicero, De natura Deorum; libr. III. cap. 22, — vagy továbbá — Abonyi: „A fogászat és műtéteinek rövid kézikönyve 1888“ czimű munkám 81. lapon „Történelmi adatok“.

[2] „Iam uero medicina apud eos (t. i. az egyptomiaknál) hunc in modum est distributa ut singulorum morbroum sint medici, non plurium, itaque omnia referta sunt medicis. Alii enim sunt oculorum, alii capitis, alii dentium, alii alvi partium, alii morborum occultorum.“ Herodoti Halicarnassei historia 1570, pag. 53.

[3] *Littré* szerint ezen könyvet nem *Polybos*, hanem a kos-i iskola valamely más tagja; *Pétrequin* hasonlóképpen; *Daremberg* knidiai származásúnak tartja, éppen úgy mint *Ermerius*.

[4] De affectionibus, p. 246.

[1] De morbis popularibus, lib. IV. p. 436—37.

nagy zápfognak, még pedig a leirás teljesen ráillik az alsó első molarisra, a melynek négy gyökere kettesével összenő és a szomszéd, azaz distál és mesiál fog felé néz. Helyes megfigyelésre vall a megjegyzés, hogy a gyökércsúcsok befelé — azaz lingual — görbülnek.

Geist-Jacobi „Geschichte der Zahnheilkunde“ czimű munkájában[1] szintén czitálja *Hippokratest*, de nem veszi tekintetbe a hippokratista szerző imént jelzett számitási módját, a miért teljesen hamis következtetésekhez jut. A „Circa tertium dentem . . . .“ kezdetű mondatot ő igy adja vissza: „Um den dritten Zahn (vom Eckzahne an gezählt) setzen sich mehr Geschwüre an, als an alle übrigen, und der dicke Ausfluss aus der Nase und die Schmerzen an der Schläfe rühren von diesem her. Vor allem fand man diesen angefressen, ausserdem aber den fünften“, és a következő megjegyzést fűzi ehhez: „Gerade aus der letzten Bemerkung lässt sich die nicht unwichtige Folgerung entnehmen, dass die Aerzte vor 2500 Jahren vom sogenannten Weisheitszahne eine ebenso schlechte Meinung hatten, als die Zahnärzte des XIX. Jahrhunderts. Vielleicht wurde auch schon damals die Behauptung verfochten, dass die dritten Molaren in absehbarer Zeit ganz aus dem menschlichen Gebisse verschwinden würden.“

Geist-Jacobi nem emliti azt az eredeti Hippokrateskiadást, a melyből merit, sem azt, hogy kinek a fordítását közli, ezért valószínűnek tartom, hogy más autornak az idézetét idézi, de tudvalevő dolog, hogy a czitátumok annál többet veszitenek értékükből, minél gyakrabban vétetnek át másoktól. Igy megérthetjük az utat, a melyen *Geist-Jacobi* fonák következtetéseihez jut. A mit ő fönt zárójelben ad, mintegy a dolog megvilágitására, t. i. „*vom Eckzahne an gezählt*“, az helytelen és hamis. Az általam adott latin eredeti idézet nem tartalmazza, a *Littré*[2] és legújabban *Fuchs*[3] által alapúl vett és kritikailag megrostált görög szöveg sem. Ennélfogva a mit *Geist-Jacobi* harmadik fognak tart, az nem az első molaris, hanem az *első praemolaris* és a mit ő a bölcsességi fogra vonatkoztat (5-dik fog), az nem tartozik a harmadik molarisra, hanem az *elsőre*. Világosan kitűnik mindez a passus befejező mondatából, a melyet *Geist-Jacobi* nem idéz (mert nem ismeri, minthogy nem eredetiből idéz): „A hetedik fognak egy vastag, hegyes gyökere van.“ Ezen hetedik vagyis a mi számitásunk szerint a nyolczadik fog, ez a bölcsességi fog, a melyről a hippokratista szerző ugyan nem állitja, hogy gyakrabban betegszik meg és gyengébb mint a többi, — tehát *Geist-Jacobi* szellemeskedő, de felületes megjegyzése alaptalan — de mivel a harmadik molaris már akkor rendszerint egy gyökerű volt, miként ma, ezért ezen fog regressiv fejlődését nem irhatjuk a modern czivilizatió rovására, mint azt némely szerző akarja; hanem ha csakugyan beszélhetünk ezen fog eliminatiójáról az emberi fogazatból, akkor a hippokratista szerző tanusága szerint, a visszafejlődés nem új keletű, hanem *Hippokrates* idejében is már tényleg kimutatható.

Ezen mondat: „Corroditur hic, (t. i. dens tertius) maxime quintus, ex medio quidem nodum habebat unum, duos ante anterius . . . stb. igen homályos. *Littré*[4] igy fordítja: „Cette dans se carie, surtout la cinquième. Cette dent avait au milieu une tuberosité, et deux en avant; une petite tuberosité, en dedans, du coté des deux autres, avait été cariée la première“. *Fuchs*[1] pedig igy adja vissza: „Der fünfte Zahn hatte in der Mitte einen Höcker, zwei aber an der Vorderseite; der erste kleine Höcker war innen in der Richtung der beiden anderen Höcker angefressen.“ Ötödik fogról lévén szó, tehát az első molarist gondolja a hippokratista szerző, csak az a kérdés, felső-e vagy alsó. *Fuchs* azt hiszi, hogy négy csücskű, tehát felső molarist irt le, a melynek egyik csücske a szúvasodás folytán elpusztult. Én azonban azt hiszem, hogy alsó molarisról van itt szó, mert csak úgy tudom megmagyarázni a középső csücsköt a két mellső mellett, ugyanis az első alsó molaris rendesen öt csücskös, három a buccalis szélen, kettő a lingualison. A szúvasodás ez esetben tehát a középső csücsökből indult ki, a mesial-buccal és distal-buccal csücsök felé.

Ugyancsak az epidemikus betegségek negyedik könyvében találunk még egy anatomiai adatot, mely egy felső bölcsességi fogra vonatkozik: „Hegesistratio postremi duo dentes parte inter se continga corrodebantur, postremus habebat supra gingiuam duos nodos, unum iuxta cauernam, alterum ex altera parte. Qua uero parte duo nodi erant, ibi radices latae similes singulis paribus coincidebant, ad alteram partem medietas una rotunda.“[2] *Geist-Jacobi* ezt a részt is egész értelmetlen forditásban adja és hibásan magyarázza. Egy három csücskű felső utolsó molarisról van itt szó, melynek két buccalis gyökere egybeolvadt, a mi abnormalis, a lingualis gyökér pedig rendesen fejlődött. A szöveg a mint fentebb közölve van nem helyes: postremus habebat supra gingiuam duos nodos, *unum* iuxta . . . stb. az „unum“ szót ki kell hagyni, a mint *Ermerius* nyomán *Fuchs* helyesen megjegyzi,[3] mert ellenmondásban van a következő sorban lévő „duo nodi“-val.

Ennyit találunk a „*Corpus hippocraticum*“-ban a fogboncztanra vonatkozólag; nem sok az egész, de mégis azon tanuságot tartalmazza, hogy a kos-i iskola orvosai, habár a foghúzásról csak úgy félvállról nyilatkoznak, nem bizták azt még sem akár kire, hanem foglalkoztak vele, mert a fentebbi adatok a csücskök elhelyezésére, de különösen a gyökerek viszonyait illetőleg mind megfigyelések post extractionem.

A „*De carnibus*“ czimű könyv, a mely valamennyi kutató szerint *Hippokrates* utáni korból származik, szerény czime ellenére igen sok érdekes anatomiai és physiologiai megfigyelést tartalmaz, igy többek között különös elméletet a fogak fejlődésére nézve.[4] „Dentes autẽ posterius generantur ex hac caussa. Ex ossibus capitis ac maxillarum incremetum fit glutinosi, & quod ex pingui inest, a calido siccatum exuritur, & fiunt dentes reliquis ossibus duriores, quia nihil frigidi inest. Et primi quidem dentes nascũtur a uictu in utero, & postquam natus fuerit, puero lactẽti à lacte. Ubi uero hi exciderint à cibis & potibus, excidunt autem, ubi ad annos primi alimenti peruenerint, quibusdẽ etiam prius, si à morbido alimento nati fuerint. Plurimis uero quum septẽ annos impleuerunt. Qui uero postea enascuntur simul cosenescunt, nisi prae morbo

[1] p. 21.
[2] V. köt., p. 157.
[3] II. köt., p. 200.
[4] tome V. p. 157. „Ezen fog szúvasodik, különösen az ötödik. Ezen fog közepén egy csücsök található és kettő elől; egy kis csücsök hátul a kettő mellett legelőbb szúvasodott.“

[1] t. II. p. 200.
[2] De morbis popularibus IV. p. 439.
[3] t. II. p. 207, 63-ik jegyzet.
[4] *Geist-Jacobi* azt állitja, hogy a „*Corpus hippocraticumban*“ egy szóval sem emlittetik a fogak fejlődése! vide: „*Geschichte der Zahnheilkunde*“ p. 23.

perforentur. Caeterum dentes propterea posterius aliis nascũtur. In maxilla uenae sunt, & hae huic ossi soli inter omnia ossa, ex inferno uentre alimentũ praebent. Ossa uero tale augmentũ dant, qualia existut, sed & alia omnia tale augmẽtum reddũt, qualia ipsa existũt.

— — — — — — — — — — — — —

Et ob id dentes posterius nascutur. Dictum autem à me prius est, quòd solae ex ossibus maxillae, ipsae in seipsis uenas habent: & ob id alimentũ amplius in ipsas quam in alia ossa trahitur, & quia uberius alimentu, & densiorem influxum habent, augmẽtum ipsae à seipsis tale pariunt, quales sanè ipsae existunt, atque hoc donec homo integer augescat: augescit autem ubi conspicuus euadit, conspicuus uero fit maxime à septennio, usque ad decimũ quartum annum. & in hoc tempore, tum maximi ex dentibus, tum alii omnes nascuntur, postquam exciderint hi qui ab alimento in utero nati sunt. Augescit autem & in tertium annorum septenarium, in quo adolescẽs fit, usque ad quartum & quintum septenarium. Quin & in quarto septenario dentes enascuntur, plerisque hominibus duo, qui sapientiae dentes appellantur."[1] „A fogak pedig később keletkeznek (mint a szerző által előbb tárgyalt izületek) a következő okból. A fejlődés a koponya- és állcsontokból indul ki és a mi nyálkát és zsírt ezek tartalmaznak, az a meleg által kiszárítva fogakká alakíttatik át, melyek a csontoknál keményebbek, mivel semmi hideget sem tartalmaznak.

Ezen általánosságban megfogalmazott fogfejlődési elmélet megértésére szemügyre kell vennünk, hogyan képzelték Hippokrates és követői az életfolyamatok lebonyolítását, vagyis mi volt az ő physiologiájuk, ha ugyan azok az üres légből-kapott spekulációk megérdemlik ezt a nevet.

Nagyjában így képzelték[2] a szervek működését: A vénák a fejből erednek és onnét kiindulva a test minden részébe jutnak. A belehelt levegő a tracheán és bronchusokon keresztül a tüdőkbe szívatik, innét a szivbe kerül és az arteriák útján a szervezet minden részébe. Az agyvelő mirigyes szerv, a nedvességet választja ki, mely onnét kerül a testrészekbe. A tulajdonképeni életerő pedig a „Meleg", a mely nem lesz, hanem örökkévaló és mint legfőbb alkotó principium ez képezi a nedvekből az egyes szerveket.

Ezen eszmemenet tükröződik vissza a fentebb közölt fogfejlődési elméletben is, melyből azonban egy pozitiv tényt mégis kiemelhetünk és ez az, hogy tudták, miszerint a fogszövet keményebb a csontszövetnél.

„Az első fogak az anyaméhben való táplálkozás folytán képződnek, a gyermek megszületése után pedig a tejszopás folytán növekednek. Ezek pedig kihullnak az ételek és italok folytán, midőn az első táplálkozás évei leteltek, néha pedig már előbb, ha rossz táplálékból keletkeztek. A legtöbb esetben pedig csak hét év elmultával. A melyek utánuk nőnek, azok állandóak, ha különben valamely kór által el nem pusztíttatnak."

Ime a fognövekedés és fogváltás elég érdekes és jórészben helyes megfigyeléseken alakuló leirása! A fogváltás okául a szerző a megváltozott táplálkozást tartja, ha pedig a tejfogak rossz táplálékból, mintegy hitvány anyagból fejlődtek, akkor a szabályos időnél előbb pusztulnak el. A fogváltás physiologikus időpontja pedig az első táplálkozási szak vége, azaz a hetedik év. A hetes számmal még többször fogunk találkozni, mert ennek fontos szerepe van a hippokratesi tanokban.

A fogzási betegségekkel egy külön könyv a „*De dentitione*" czimű foglalkozik, melyet azonban már nem vonok itteni fejtegetéseim körébe.

A föntebb vázolt általánosságban tartott fogfejlődési elméletet a szerző most bővebben kifejti, még pedig boncztani alapon: „Az alsó állcsontban vénák vannak, ennélfogva ezen csontok egyedül valamennyi csont közül a has mélyéből táplálékot kapnak. A csontok pedig magukhoz hasonlót termelnek, valamint a többi testrészek is olyant hoznak létre, a mi hozzájuk hasonló. —

Mondottam már előbb, hogy valamennyi csont közül csupán az alsó állcsontok birnak vénákkal: ennélfogva hozzájok több táplálék vitetik, mint más csontokhoz és mert gazdagabban táplálkoznak és bőségesebb nedvkeringéssel rendelkeznek, magukból olyant termelnek, a mi hozzájuk hasonló addig, mig az ember kifejlődését elérte: kifejlődik pedig, mig teljesen formálódik, történik ez pedig leginkább a hetedik és tizennegyedik életév között. Ezen időben pedig nőnek a legnagyobb fogak és a többi is valamennyi, miután azok kihullnak, a melyek az anyaméhben való táplálkozás által keletkeztek. Növekedik pedig az ember a harmadik hetes évszakban is, a midőn ifjúvá serdül egészen a negyedik és ötödik hetesévszakig. A negyedik hetes évszakban a legtöbb embernél két fog nő, melyek bölcsességi fogaknak neveztetnek."

Kitetszik ebből, hogy a szerző vizsgálta az alsó állcsontot, ismerte a foramen mandibulare-t és az azon belépő véredényt, hogy a többi csontokhoz is mennek tápláló véredények, azt a szerző nem tudja, ezért egy helyes megfigyelésre, de hézagos ismeretekből vont téves következtetésre alapítja a fogak fejlődéséről való nézeteit.

Az egyes szervek fejlődését, gyarapodását a hippokratisták akképpen magyarázzák, miszerint a belekből a vénák útján kapott tápláló nedvet, magukhoz hasonló anyaggá dolgozzák fel; tehát a csont csontot képez, az izom izmot, a máj májat stb. Mivel pedig az állcsontok a többi csontoknál bőségesebben tápláltatnak, ennélfogva csonton kivül valami mást is termelnek ezen többletből: így keletkeznek a fogak.

Ez mind azonban az alsó állcsontra vonatkozik, mert csak ennél látott a szerző speciális vénát; miért és hogyan produkál a felső állcsont is fogakat, erre nem ad feleletet a szerző, nem is keres magának magyarázatot. Ebben rejlik éppen egy fundamentális különbség a régi és a modern tudomány között, ők valamely jelenségből vagy megfigyelésből kiindulva mindjárt általános elméleteket állítanak fel, keveset vagy semmit sem törődve azzal, hogy összeegyeztethető ezen elmélet más ezen körbe tartozó tényekkel vagy sem. A mai tudomány pedig iparkodik elméleteit sok és jól megfigyelt jelenségek által nyujtott basisra alapítani.

A hetes szám nagy szerepet játszik a hippokratistáknál, egyáltalában a régi népeknél. Szerzőnk szerint például, a magzat hét nap alatt fejlődik ki az uterusban, hét hónapos korban a magzat életképes, hét éves korban a gyermek elveszti a tejfogakat, kétszer hét éves korában kifejlődik valamennyi állandó fog, négyszer hét év mulva nőnek a bölcsességi fogak. Mostan tudjuk, hogy a bölcsességi fogak 18—24 éves korban

[1] De carnibus, p. 58.
[2] Littré tom. VIII. p. 58

fejlődnek rendszerint, feltünő tehát, hogy a hippokratista szerző kihasadásukat sokkal későbbre a 28-ik évre teszi. Azt hiszem azonban, nem kell ennek a körülménynek különösebb jelentőséget tulajdonitani, az egész valószinüleg csak azon előszeretetre vezethető vissza, melylyel a nevezetesebb életjelenségeket a hetes-számelmélettel akarták összhangzásba hozni.[1]

A fogászatban egy thema sem dicsekedhetik oly nagy irodalommal, mint a fogak szúvasodásának — a caries dentium — kérdése.

A legelső elmélet a caries fellépésének megmagyarázására a „*Corpus hippocraticumban*“ található.

A „*De affectionibus*“ czimü könyvből idéztem azon helyet, mely a mozgó fogak eltávolitására vonatkozik, ugyanott folytatólagosan a következőket olvassuk: „Dolores autem fiunt, quum pituita sub radices dentium subierit. Exeduntur autem & corroduntur, partim à pituita, partim à cibis, si natura debiles fuerint, & cauitatem habuerint, & male in gingiuis fixi fuerint.“[2] „Fájdalom keletkezik, ha nyálka kerül a foggyökerek alá. Megrontatnak és szúvasodnak tehát részben a nyálka által, részben az ételek által, ha természettől fogva gyengék, lyukasok vagy rosszul vannak rögzitve az inyben.“

Tehát kettős magyarázatot találunk itt a szúvasodás okaként: egy belső okot, t. i. a nyálkapangást a gyökér alatt és egy külsőt, t. i. az ételek részéről való befolyást. Ez utóbbiról már nem derithető ki, vajjon úgy érti-e a szerző, hogy pangó ételmaradékok a fogak között, vagy pedig egyáltalában az ételneműek olyan alkotó részeket tartalmaznak — például savakat —, melyek ártalmasak volnának. De mindkét esetben nagy súlyt helyez a fogak constitutiójára, mert leginkább csak a természettől fogva gyenge fogak betegednek meg. Ugyanezen felfogással találkoztunk már a tejfogak időelőtti kihullásának megmagyarázására, hol az van monda, hogy a rossz anyagból keletkezett fogak már a hetedik év előtt pusztulnak el.

A caries megmagyarázása nyálkapangás által összhangzásban van a hippokratisták általános kóroktani felfogásával, a mennyiben a mindenséget alkotó négy alapelem: a föld, a viz, a levegő, a tüz mintájára a szervezetet alkotó négy alapnedvet vettek fel, úgymint: a vér, a nyálka, a sárga és a fekete epe. A négyféle nedv harmonikus keveréke feltétele az egészségnek. A különféle betegségek pedig a szerint lépnek fel, a mint az egyik vagy másik nedv a többinek rovására felszaporodik vagy megfogy.

Ezen *Hippokrates*-féle nedvpangási caries-elmélet rendkivül sokáig tartotta fenn magát és még mult századbeli szerzőknél is találkozunk vele, mint például *Bourdet*-nál, *Benjamin Bell*, *Serre* és másoknál.

Egyébként nemcsak a fogbántalmakat tulajdonitják a hippokratisták a nyálkapangásnak, hanem a mandolák, nyelv, iny betegségeit is, igy a „*De morbis*“ czimü könyv szerzője a következőket irja: „Tonsillae, & partes sub lingua, & gingiuae, & lingua, & quaecunque huiusmodi hoc loco consistunt: hae omnes partes ex pituita aegrotant.“[3]

[1] Pueri septem annis praeteritis dentes explent. Et in septem annis sunt & ratione & numero exacte hebdomades trecentae ac sexaginta. Necessitatem autem naturae, quapropter in septem haec singula dispensentur, ego aliis locis declarabo. — De carnibus, p. 61.

[2] De affectionibus, p. 246.

[3] De morbis liber II. p. 196.

Miután megismerkedtünk a hippokratistáknak sajátos nézeteivel a fogak fejlődéséről, némely boncztani sajátságairól és megbetegedéseiknek általános okairól, áttérek most azon fogászati kórtörténetek vázolására, melyek a „*Corpus hippocraticum*“-ban le vannak irva.

Ezen kórtörténetek majdnem kizárólag a „*De morbis popularibus*“ hét könyvében foglaltatnak, ezért néhány szóval akarom ezen könyvgyüjteményt jellemezni.

Az epidemiákról szóló hét könyv nem olyan értelmü epidemiákat tárgyal, a minőt mi ma tulajdonitunk ezen fogalomnak, hanem az egyes évszakokban fellépő tömegesebb megbetegedéseket. *Littré* genialis kutatásai értelmében ezek főképpen a forró égalj malarikus lázai, melyeket a hippokratista szerzők a praedomináló jelek szerint „*Kausus*“-, „*Phrenitis*“-, „*Typhos*“-, „*Phtysis-*“, „*Koma*“-nak stb. neveztek el.

A gyüjtemény két nagyobb csoportra osztható. Az elsőbe tartozik az I. és III. könyv, melyeknek szerzője úgy az ó-kori irók tanusága szerint, valamint az újabbkori kutatók egybehangzó véleménye szerint, maga *Hippokrates*. A második csoportba tartozik a II., IV., V., VI. és VII. könyv, melyeknek szerzőségét *Galenus* minden bővebb indokolás nélkül *Thessalus*-nak tulajdonitja. Valószinüleg több hippokratista irta őket, Littré két alcsoportot különböztet meg: az egyik a II., IV., VI. könyvből áll, a másik pedig az V. és VII-iket tartalmazza.

A *Hippokrates*-nek tulajdonitott I. és III. könyv, melyek tulajdonképpen egyet képeznek, négy évnek megfigyeléseit tartalmazza összefüggő leirásokban, fogászati kórtörténetek nincsenek bennök. A második csoportnak öt könyve különös szerkezetet mutat. Nem összefüggő leirásokat tartalmaz, hanem rövid, szaggatott jegyzeteket, melyeket az illető szerző nem azért irt fel magának, hogy ilyen pongyola alakban bocsássa azokat napvilágra, hanem úgyszólván privat használatra talán egy később megirandó könyv anyaggyüjteményeként.

A fogászati kórtörténeteket két csoportban fogom tárgyalni; az egyikben a kizárólag fogbántalmakra vonatkozókat állitom össze, a másodikban pedig a szájbántalmakat.

ELSŐ CSOPORT.

1. Kórtörténet.

„Puero ab ulcere Phagedaena eroso, dentes inferni, & ex supernis ac infernis anteriores, emergebãt, cauitatem habebant. Quibus os ex palato discedit, his medius considet nasus. Quibus uero superni dentes anteriores, his latus es summus nasus.“[1]

„A phagedaenás fekélyben szenvedő fiúnak alsó és felső elülső fogai kihulltak, lyukasok voltak. Kinek szájpadlásából egy csont elpusztul, annak orra középütt behorpad. A ki felső mellső fogait veszti el, annak orrhegye lelapul.“

A kór, a melyről itt szó van, legnagyobb valószinüség szerint az úgynevezett „*Phagedaenismus tropicus*“-hoz hasonló betegség, mely aránylag csekély sérülések után lép fel, de igen rövid idő lefolyása alatt genyedő és gangraeneskáló fekélyekhez vezet.

Ehhez hasonló kórtörténettel még többel fogunk találkozni, ezért bővebb jellemzését későbbre hagyom.

[1] De morbis popularibus, lib. VI. p. 436.

Negyvenharmadik évfolyam. 16. szám. *Budapest, 1899. április 16.*

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

Herczel Manó: Vesekiirtások fekve maradt csiptetőkkel. 187. l.

Áldor Lajos: Közlemény a berlini pathologiai intézet chemiai laboratoriumából. Az albumosenak a vizeletben való kimutatásáról és az enterogen albumosuriáról. 188. l.

Benedict Henrik és **Schwarcz Miklós**: Közlemény a Korányi Frigyes tanár vezetése alatt álló I. belgyógyászati kórodából. A typhus-kezelés diaetetikus irányelvei. 190. l.

Chudovszky Móricz: Közlemény a budapesti k. m. t. egyetem 2. számú (Réczey tanár) sebészeti klinikumáról. Gümös hashártyalobok. 191. l.

Tárcza. *Hőgyes Endre*: Megemlékezés Török Józsefről és Antal Gézáról. 192. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Oscar Piering*: Über den Abortus. 194. l. — *Lapszemle. Fournier*: A veleszületett syphilis megakadályozása. 194. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Az orvosképzés ügye a képviselőházban. — Országos Orvos-Szövetség. — Nyilt levél az Orvosi Hetilap tek. szerkesztőségének. — Hutyra Ferencz. — A budapesti önkéntes mentő-egyesület — Megjelent. — Herczel dr. — Szt. Lukács-fürdő. — Baumgarten dr. — Sarbó Arthur dr. — Pályázatok. — Hirdetések. 195. l.

Tudományos társulatok és egyesületek.

Melléklet. *Abonyi József* dr.: A fogászat Hippokrates korában (2. ív).

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Vesekiirtások fekve maradt csiptetőkkel.[1]

Herczel Manó dr. egyetemi magántanártól.

Rég ismert tény, hogy nephrectomiák után még akkor is, ha nem gümös veséket irtottunk ki, gyakran hosszú sipolyos úrmenetek maradnak vissza, melyek a betegeket kínozzák és [illegible] szeket újabb és újabb beavatkozásokra kényszerítik. Meg [illegible] győződve, hogy e sipolyok, eltekintve más okoktól (visszamaradt kóros medenczerészletek stb.), legalább részben elsülyesztett, nevezetesen a csonk elsülyesztett ligaturáinak folyományai, különösen akkor, ha a csonk edényeit selyemmel kötjük le. De még az esetben is, ha a csonkot erős catguttel kötjük le, képződhetnek és maradhatnak vissza ilyen sipolyjáratok. Igy pl. a bemutatandó első esetben, melynél több mint egy esztendő előtt pyonephrosis miatt végeztünk vesekiirtást, daczára annak, hogy az egy arteria kivételével, mely selyemmel ligáltatott, valamennyi edényt catguttel kötöttünk le, egy finom hajszálsipoly maradt vissza, mely a beteget ugyan nem zavarja, de naponta egy-két csepp genyet termel.

A ligaturák alkalmazását ezért lehetőleg mellőzendőnek vélem és előnyt látok abban, hogy a vérzéscsillapítást a vesekiirtásnál fekve maradt pincekkel oly módon végezzük, mint az pl. az uterus exstirpálásánál per vaginam néha szokásos.

Előfordult ugyan ezelőtt is, hogy egyes mütök a vérzéscsillapítás nehézségei miatt itt-ott egy-egy csipőt kénytelenségből fekve hagytak, sőt Tuffier egy alkalommal az egész vesehilust két görbe csipőbe fogva 4 napon át leszorítva tartotta, mire az elhalt vese a következő hetekben spontan kilöködött. Azonban rendszeres kisérletek ez irányban nem tétettek és e miatt talán nem érdektelen a következő esetek bemutatása.

A második esetben, melynél 7 kő jelenléte folytán a vese jóformán teljesen tönkrement, a vesében és a vese körül tályogok keletkeztek, a csonk igen rövid volt, zsugorodott, málékony és szakadékony, úgy hogy akár catgut-, akár selyemfonalak a csonkon és edényeken át, mikép sodrony a szappanon átvágtak. E miatt a csonkra elülről hátrafelé két erős horgos csipőt alkalmaztunk, mire a vérzés teljesen állt. A csipőket lazán körül tömöszöltük steril gazezel, nehogy azok a hashártyára nyomást gyakoroljanak.

Tekintettel azon körülményre, hogy az art. renalisok rövid lefutásúak és közvetlen az aortából erednek, tehát a vérnyomás bennök nagy, a pinceket csak három nap lefolyása után távolítottuk el. Semmi utóvérzés. A csipők előtti kis necrotikus részlet a következő két hét alatt lelöködött.

A hármadik esetben, mely már 4½ évvel előbb nephrotomiával kezelt pyonephrosist illet, a vese csonkja szintén igen rövid és szakadékony volt, erősen összekapaszkodott a kérgesen elfajult capsula adiposával. Itt is (előzetes elastikus ligatura és veseamputatio után) a csonk edényeivel három csipővel szoríttatott le. Ez esetben a csipők két nap lefolyása után távolíttattak el, csekély utánvérzés mutatkozott ugyan, de nem a csonkból, hanem a diaphragma előtti sarjakból, ott hol a környezetével összenőtt vese feküdt.

A második esetben a lumbalis seb teljesen, minden fistula visszamaradása nélkül begyógyult, a harmadiknál még jelen van ugyan egy 2½—3 cm. mély, kis ujjat befogadó üreg, mely sehol a mélybe nem vezet, ép sarjakkal bélelt, a fenék felől telődik és rövid idő mulva bizonyára szintén teljesen begyógyul.

Ezen eredmények elég biztatóknak látszanak, hogy kisérleteinket hasonló irányban folytassuk. A veseedények lefogására rövid csőrü, erősen görbített csiptetőket szerkesztettem.

I. Pyonephrosis miatt végzett másodlagos vesekiirtás.

N. I., 48 éves hivatalszolga, 14 éves kora óta érzett heves testmozgás, nehéz tárgyak emelése közben hasa jobb oldalában fájdalmakat. Katonakorában váltólázban szenvedett és blenorrhoeát szerzett, mindkét bajából kigyógyulván, teljesen egészséges volt 1895-ig. Ekkor gyomortágulás miatt több hónapon át gyógykezelés alatt állott. 1895 nyarán jobb vesetájékán hirtelen erős, szúró fájdalmak léptek fel és miután ezek orvosi kezelés daczára sem enyhültek, ő maga mindinkább gyöngült és soványodott, az I. sz. belkórodára vétette fel magát, honnét 1897. januárban osztályunkra tétetett át.

Felvételkor: a nagyfokban lesoványodott és lázas beteg jobb lumbalis tájékán egy majdnem a Poupart-szalagig érő, gömbölyded, hullámzó, nyomásra fájdalmas, tompa kopogtatási hangot adó terimenagyobbodás volt tapintható, mely a légzési mozgásokat alig követte s melynek elülsö, balfelé néző homorulattal biró széle majdnem a bimbóvonalig terjed. A vizelet kevés genyet és fehérjét tartalmazott. A próbapunctio tiszta sárga genyet eredményezett. Mindezek után *pyonephrosisra* tettük a *diagnosist* és *1897. január 10-dikén nephrotomiát* végeztetett a betegen. Czerny-féle metszéssel feltáratván a vese, kitünt, hogy az egész vese 3—4 férfiökölnyi, számos diónyi, egymástól vékony-vastagabb rekeszfalak által el-

[1] Betegbemutatások a budapesti kir. orvosegyesület 1899. évi február hó 4-dikén tartott ülésén.

különített tályogból álló daganattá változott át. A geny kiürítése után az egyes tasakokat elválasztó gerendázat tompa szétszakítása által lehetőleg egy nagy üreget alkotva, azt jodoform-gazeval kitömtük. A láz a műtét után nemsokára megszünt, az abscessus ürege lassacskán telödött, a beteg étvágya javult, testsúlyban gyarapodott, vizelete egészen tiszta lett. A nephrotomiás seb kisujjnyi átmérőjü sipolylyá alakult, melyből állandóan több-kevesebb híg geny ürült. A beteg annyira összeszedte magát, hogy 1897. májusban elhagyta osztályunkat s ambulanter kezeltetett. Állapota folyton javult, csak néha lépett fel genyretentio következtében csekély hőemelkedés és vesetáji fájdalom. Azonban sipolya semmi hajlandóságot sem mutatott a gyógyulásra. A sonda még mindig elég mélyre hatolt. Mivel a vizelet egész tiszta s idegen alkatrészektől mentes volt, joggal feltételezhettük a másik vese ép voltát s a teljes gyógyulás szempontjából a *beteg vese kiirtását* ajánlottuk.

E miatt 1898. január 18-dikán újból felvétetett osztályunkra. A beteg ekkor elég jól táplált volt, ép mellkasi szervekkel. A jobb ágyékon 11 cm. hosszú rézsutos hegvonal, hátsó sarkában 10 cm. mély, tollszárvastagságú sipolyjárat, melyből vizelettel kevert geny ürül s melybe sondával behatolva egy, több kiöblösödéssel biró, körülbelül tojásnyi üregbe jutunk. A vizelet napi mennyisége 800—1100 cm^3 közt ingadozik s a Korányi S. tanár által megejtett vizsgálat szerint elég sufficiens veseműködésre engedett következtetni.

A műtétet 1898. február 17-dikén végeztem chloroformaether-narcosisban a hegvonal hosszában vezetett 14 centim. hosszú Czerny-féle metszéssel. A heges szövetben meglehetős nehezen sikerült a vesét szabaddá tenni, sőt az erős összenövések miatt az extracapsulaer kivevésről lemondva, csak intracapsulaer sikerült azt teljesen isolálni, miközben a vese állománya maga több helyen, sőt a vese felső részének szomszédságában, hol legnehezebb volt a kifejtés, a peritoneum is beszakadt, melynek sebét utólag néhány öltéssel kellett egyesíteni. A vese eltávolítása a csipeszszel befogott vesemedenceze amputatiójával eszközöltetett, majd a csipeszt megeresztve, az edények egyenkint lettek lekötve és pedig, az arteriát kivéve, kizárólag catguttel. Miután az ureter sondázásakor kő vagy szükület nem találtatott, a vesemedencze sebajkai dohányzacskó-varrattal betüremlíttettek, hogy igy a sebnek az ureter részéről történhető inficiálását elkerülhessük. Ezután a sebür steril gaze-csikokkal tamponáltatott.

A kiirtott vese Genersich tanár vizsgálata szerint erősen sorvadt, szövete sürü kissejtü infiltratiot, helyenkint zsíros elfajulást mutat, a húgyutak tágultak (pyonephritis calculosa? cum degeneratione hyalinea glomerulorum).

Lefolyás teljesen zavartalan, peritonitikus tünetek teljes hiánya. Mindjárt a műtét napján spontan vizelt, vizelete egészen tiszta volt. Az első 4 napon át a vizelet napi mennyisége 400—600 cm^3 volt, később azonban 800—1000 gm.-ra felszaporodott. Az első két napon át észlelt csekély hőemelkedés után a lefolyás teljesen láztalan, a seb reactio nélküli. A csikok fokozatosan lazíttattak, 6. nap teljesen eltávolíttatnak. Zavarta a reconvalestentiát, hogy a beteg étvágya csak nehezen jött meg, táplálkozása elégtelen volt. Márczius 10-dikén néhány napon át csekély hőemelkedés mutatkozott, a vizeletben kevés geny volt kimutatható, a sebben csekély váladékfelhalmozódás. Tejdiaetára ezen tünetek visszafejlődtek, a beteg állapota lassan ugyan, de folyton javult, a seb egész finom sipolylyá reducálódott, úgy hogy a beteg április hó végén elhagyhatta osztályunkat. Jelenleg egy évvel a műtét után teljesen jól érzi magát, 9 kilogrammot gyarapodott. Vizelete csak kevés genyes foszlányt tartalmaz, napi mennyisége körülbelül 2 liter. Jobb lumbalis tájon 5 cm. mély hajszálsipolya van, mely naponkint 1—2 csepp genyet secernál.

II. Pyonephrosis calculosa miatt végzett vesekiirtás.

M. Péter, 38 éves gyáros. Baját gyermekkorára vezeti vissza. 10 éves korában kólikaszerü fájdalmai voltak a jobb ágyék táján. Ezek utóbb megszüntek és csak erősebb munkára jelentkeztek. 23 éves korában e fájdalmak ismét erősödtek s gyakoribbak lettek.

7 év óta veszi észre, hogy jobb ágyékában daganata nő. Látható véres vizelése állítólag sohasem volt. A kisebb-nagyobb intensitású fájdalom mindig roham alakjában nyilatkozott, szúró jelleggel. Gyakran eltartott egy hónapig is. Majd ismét 1—2 heti pausa következett. A vizeletben már évek előtt észrevette, hogy annak átlátszósága változott; fökép a fájdalmas időszakkal egyidejüleg lett vizelete zavaros. Egy év óta állapota súlyosbbodik, daganata, mely járását is nehezíti, a has jobb felében nőtt; étvágytalan, hányingere van esti hőemelkedésekkel. Székrekedésben szenved, súlya fogy, munkaképtelen. 2 héttel ezelőtt jobb ágyéktája kifakadt, kevés geny ürült, mire fájdalmai kevéssé szüntek.

Felvételkor: A középtermetü, gracilis férfi mellkasi szervei épek. *Has* meglehetősen puffadt; fölötte dobos a kopogtatási hang, kivéve a jobb ágyéktájon, melyet egy, nyomásra kevéssé fájdalmas, a légzési mozgásokat nem követő, kissé dudoros, feszes, kemény tumor foglal el, melynek tompa kopogtatási hangja a mellső axillaris vonalig terjed. A tumor mozgathatatlan. Bimanualis tapintásnál a daganatnak hátra nyomását határozottan átérezni, úgy, hogy a daganat egészében mintegy két kéz közé fogható s átfogásánál homályos fluctuatiot mutat. A tumor mellső széle a jobb mammillaris vonalban tapintható, felfelé a bordaív alatt elvész, alul a spina oss. il. dextra-ig terjed, hátul a gerinczoszlop határolja.

A vizelet zavaros, sok genyet, a genynek megfelelő fehérjét s kevés (mikroskopikus) vért tartalmaz. Specifikus bakterium a vizeletben nem találtatott.

Diagnosis: *Pyonephrosis verosomiliter calculosa.* A *műtétet* 1898. szeptember 25-dikén hajtottam végre chloroform-narcosisban.

Egy, a 12. borda alatt, a m. sacrolumbalis szélétől, a crista fölött 2 haránt ujjra vele párhuzamosan futó 15 cm. hosszú metszéssel ketté szeletik a bőr, az izomzat és fascia transversa; megnyittatik a trig. Petiti, mire előtünik a kemény, elastikus tapintatú, homályosan fluctuáló tumor, melynek leválasztása, körüljárása alkalmával a bordák alatt fel a máj felé egy nagy, több mint $^1/_2$ litert tartalmazó genyürbe jutunk. A nagy tumor acupunctioja több helyen *negativ* eredménynyel jár. A tumor — capsula adiposa renis — belső-felső sarkán egy lencsényi anyaghiányt látunk, melybe a sonda mélyen bevezet s melyből kevés geny ürül. Ezen 2—3 ujjnyi vastag kérges buroknak felhasítása és debridmentje után előtünik egy sima falú tumor, mely ismét nem egyéb, mint az igen megvastagodott, hypertrophizált capsula renis propria. Ez ketté szeletik s leválasztatik a veséről, a mely teljesen sorvadtnak mutatkozik s egy nagy, most már jól érezhetőleg köveket s genyet magában foglaló zsákká van átalakulva. Miért is, tekintve a vese teljes tönkrementét, csak *nephrektomia* volt indokolva.

Miután nagy nehézségek közt a vese hilusát szabaddá tettük és elastikus ligaturával lekötöttük, a vese exstirpálva lett.

A csonk catgut körülöltésekbe lett befoglalva, de egész szövete oly porhanyó, kötőszövetesen-zsírosan degenerált volt, hogy a ligatura az edényekbe minduntalan bevágott s újabb vérzésekre adott alkalmat. Miért is a veseedényeket en masse 2 erős csipőbe fogva, ezeket a sebben fekve hagytuk. A subphrenikus tályog s veseür külön-külön való bő tamponádja után kötés.

Az exstirpált vese 12 cm. hosszú, 7 cm. széles, 2—3 cm. vastag; felületén kissé dudoros, puha consistentiájú. A kiürült genygóczoknak megfelelőleg sajkaszerü öblök. Parenchyma megvékonyodott, néhol alig 2—3 mm. vastag. Rendkivül vékony a kéregállomány, különösen a középső 2—3 genygócz legprominálóbb felületén. A vese alsó részletében több a gyurma s itt szétesö sárgás-zöldes genygócz s besürüsödött necrobiotikus czafatok közt 7, bab, egész mogyorónagyságú, feketés-barna kő található. Alsó-hátsó részletén a vesének a kéreg igen vékony, e helyen a medencze kidudorodik s a környező kötőszövettel oly hegesen összenőtt, hogy a kiirtásnál a medencze egy része benmaradt s csak secundaer volt exstirpálható. A kövek összes súlya 12 gr.

Lefolyás zavartalan, állandóan láztalan. Közvetlen a műtét után 700 cm^3 konyhasó-infusio (0·6%-os oldat). *A vizelet* már a mütétet követő nap nem véres, de zavaros, 24 órai mennyisége 360 cm^3. Harmadnap 850, negyednap 800, ötödnap 1000 cm^3, *teljesen tiszta.* E napon kötésváltoztatásnál a csipők minden vérzés nélkül el lettek távolítva. Hatodnap a vizeletmennyiség 1400 cm^3 s ettől kezdve 1400—1850 cm^3 közt változik a napi

mennyiség 1016 — 1020 fajsúlylyal, mindig teljesen normalis. Mütét után 2½ hóval a lumbalis seb fistula nélkül gyógyult.

Bizonyítja ezen eset, hogy igaza van Tuffier és Pierachenak, hogy a vese palpatioja és acupuncturája nem elegendő a vesekő diagnosisának biztosítására, hanem egyedül a vesemedencze és kelyhek manualis vizsgálata teszi kétségtelenné, hogy van-e vesekő jelen vagy nincs?

III. Nephrotomia után 4½ évvel végzett másodlagos vesekiirtás.

R. F.-né, 38 éves, kereskedő neje, családjában gümőkóros megbetegedés nem fordult elő. 6 évvel ezelőtt vizelésnél égető fájdalmat kezdett érezni, mely idővel mindinkább fokozódott. Egyúttal a rendesnél sürübben, 2 óránként vizelt és vizelete zavaros lett. Két hónap mulva a fájdalmak oly mérvet öltöttek, hogy le kellett feküdnie. Orvosa ekkor hólyagmosásokkal kezelte; de csak rövid ideig, mivel a beteg a katheter bevezetését nem tudta eltürni; később a mosásokat újból felvették ugyan, de az állapot azért mindinkább rosszabbodott. A vizelés gyakorisága folyton emelkedett, a vizelet állandóan zavaros, beteg óránként, majd ½—¼ óránkint vizel, nagy fokban lesoványodott, magas lázak léptek fel, járni képtelen. Miután huzamosabb belső kezelés ezen állapotán mit se változtatott, s e közben hasa bal felében keménységet vett észre, szerfölött elgyöngült, úgy hogy járni se tudott, 1894. augusztus havában hozzám fordult, ki pyonephrosist diagnostizáltam és nephrotomiát végeztem nála, mely alkalommal a vesében keletkezett nagy abscessust és több vesekörüli tályogot is megnyitottam; ez alkalommal körülbelül 1½ liternyi genyet bocsátottunk ki. Mütét után a beteg állapota nagyon lassan javult, a mennyiben többször lázzal járó süllyedési tályogokat kellett nála megnyitni; végre láza megszünt, étvágya visszatért, ritkábban és kevesebb fájdalommal vizelt, erőben és súlyban gyarapodott, úgy hogy körülbelül 3½ évig állapota türhető volt. A mütéti seb azonban folyton genyedt és most 1 év óta megint sürübben és nagyobb fájdalmak között vizel, néha genyretentio is mutatkozik lázak kiséretében. Járásnál a bal lumbalis tájon fájdalmak lépnek fel, beteg étvágya fogy, soványodik.

Vizsgálatnál megállapítható, hogy a jól fejlett nőbeteg mellkasi szervei épek. A bal lumbalis tájékon 17 cm. hosszú, haránt irányú hegvonal látható; ennek mintegy a közepén borsónyi, vérzékeny sarjakkal körülövezett sipolynyilás van jelen, melyen át a sondát 6 cm.-nyire lehet a has felé előretolni. Ezen hegvonal alatt 5 cm.-nyire egy másik, 12 cm. hosszú lineáris heg látható. A sipolyból nyomásra bőven ürül zöldes színü, sürü, büzös geny.

Vaginalis vizsgálat: Urethra körül a nyákhártya tömött, halvány, elephantiasisszerü, igen érzékeny, katheter bevezetése fájdalmas, kő a hólyagban nem tapintható.

Vizelet napi mennyisége átlag 1200 köbcm., fajsúlya 1020—1025, kémhatása savi, üledék bő és nyúlós; górcső alatt igen sok genysejtet, nagymennyiségü, csoportokban összeálló, lapos hámsejtet és kevés finoman szemcsés, kerekded, az előbbieknél jóval kisebb (valószinüleg vesehám) sejtet tartalmaz. Gonococcusok vagy gümőbacillusok, többszörös vizsgálat daczára, sem a vizeletben, sem a sipoly váladékában kimutathatók nem voltak. Fehérjetartalom bő. Korányi Sándor tanár vizsgálata szerint a konyhasótartalom és a vér fagypontja körüli viszonyokból a másik vese épségére és jó müködési képességére lehet következtetni. Beteg ½ óránkint vizel, vizelésnél heves szúró fájdalmak.

Mindezen körülmények figyelembe vételével a bal vese kiirtására szántam el magamat és a *mütétet* chloroform-narcosisban 1898. november hó 3-dikán hajtottam végre.

Bemetszés a régi hegvonalon keresztül. A tájékozódás szerfelett meg van nehezitve, mert az egyes képletek el vannak mosódva. Végre sima, kissé feszes rétegre jutunk, mely a vese tokjának felel ugyan meg, de a környező zsírszövettel szintén hegesen össze van kapaszkodva, úgy hogy a vese kihámozása, főleg felül, meglehetős nehéz munkának bizonyult és sok helyütt késsel kellett az összenövéseket átmetszeni. A vese hilusa vastag, igen szakadékony, oly mélyen feküdt és oly heges szövetbe volt beágyazva, hogy a vesét csak nagy nehezen sikerült valamiképen előrehúzni, elastikus ligaturával megkerülni és kiirtani. A csonk edényeinek lekötését, a rendesen fistulák képződésére vezető fonálgenyedés elkerülése végett mellőztük, ellenben az edényeket három erős csipeszszel lefogtuk és a csipeszeket fekve hagyva, azokat 48 óra mulva távolíttottuk el. Lekötéseket csak a bőrben alkalmaztunk. Az üreget gaze-csíkokkal tamponáltuk, a bőrsebet néhány varrattal szükítettük. *Genersich* tanár úr vizsgálata szerint a kiirtott vese kéregállománya erősen sorvadt, velő állományában több mogyorónyi, egész diónyi, sürü genyet tartalmazó üreg volt látható. Górcső alatt mindenütt oly sürü lobos infiltratiot mutatott, hogy a húgycsatornák és glomerulusok csak elvétve voltak felismerhetők. Sok helyen hyalin elfajulás. Gonococcusok ki nem mutathatók.

Diagnosis: Pyelonephritis chronica cum perinephritide callosa et cum degeneratione hyalinea extensa glomerulorum.

Lefolyás: Mütét napján este némi utóvérzés, de nem a csonkból, hanem a vese fészkéből, tamponálásra a vérzés állt. 3-dik napon eltávolítottuk a vesehiluson fekvő csipőket. 4—10-dik napon este csekély hőemelkedés mutatkozott, a kis csonk barnásfekete lepedékkel borított. 12-dik napon a mély sebüreg már élénken sarjadzik. A csonk a 18-dik naptól kezdve czafatokban vált le. Ezután a mély üreg elég gyorsan telődött. A vizelet napi mennyisége 20 napon át 600—800 gm. között ingadozott, de mindinkább növekedett, jelenleg 1200 gm. Fehérje- és genytartalma jóval kisebb, mint mütét előtt s jelenleg az anaemiás betegnél fennálló cystitisre és csekély pyelitisre vezethető vissza. Korányi Sándor tanár úr vizsgálata szerint fagypontjából következtetni lehet, hogy a megmaradt vese kellőképen pótolja a másik hiányát. Beteg különben kitünően érzi magát, gyarapodik.

Közlemény a berlini pathologiai intézet chemiai laboratoriumából.

Az albumosenak a vizeletben való kimutatásáról és az enterogen albumosuriáról.[1]

Áldor Lajos dr., karlsbadi fürdőorvostól.

Hogy az emberi szervezetben pepton bizonyos kóros viszonyok között az emésztő-csatornán kivül is előfordulhat, az épen nem új észlelet. Már *Frerichs* volt az elsők egyike, a ki a heveny sárga májsorvadásnál egy a peptonhoz közel álló fehérjét talált a vizeletben. Utána egy hosszú sora következett az észleleteknek és a peptonuria az idők folyamán mindinkább gyakrabban lett észlelve. Daczára azonban az észleletek nagy számának, mindezideig a kérdés nem fejlődött annyira, hogy általános klinikai jelentőséget tulajdoníthatnánk a pepton vizeletbeni megjelenésének. Az az egy körülmény látszik csak bebizonyítottnak, hogy ha előfordul is a vizeletben egy a hevítés közben abból kicsapható fehérjén kivül még más protein is, úgy ez nem valódi pepton, hanem csak egy ahhoz közel álló anyag, mely a fehérje és a pepton között átmenetet képez, és így a ma uralkodó elnevezés az albumosuria. A régebbi vizsgálatok azon idők egyszerübb methodusaival lettek bár végezve, de megbizhatóság tekintetében semmi esetre sem állanak ez egyszerübb — a vizelet bepárlásán, a párlatnak alkohollal való kezelésén alapuló — albumose-kimutatási módok mögötte az újabb, sok időt igénylő, complicált, különféle nevekhez füződő eljárásoknak; sőt talán épen azt állíthatnók, hogy az újabb módszerek több időt vesznek ugyan igénybe, mint a régiek, de téves következtetések levonására is amazoknál bővebben nyújtanak alkalmat. Tény az, hogy egy absolut megbizható eljárással, melynek segélyével albumoset a vizeletben kimutathatunk, eddig még nem rendelkeztünk és ennek mi sem természetesebb következménye, mint az, hogy nemcsak nem tulajdonítható ma még pathognostikus jelentőség az albumose vizeletbeni kimutathatásának, de az alap, melyen az albumosuria tana a mai napig áll, legalább is ingatag, úgy hogy *Stadelmann* és *Stokvis* annak a semmi esetre sem jogosulatlan nézetnek adtak kifejezést, hogy a használatban levő eljárások alkalmasak arra, hogy tévútra vezessenek, hogy azoknál a biuret-reactio positiv eredménye az urobilin által tételeztetik fel

[1] Előadás, mely részben a berlini „Verein für innere Medizin“ 1899 január 30-diki, részben a budapesti kir. orvosegyesület 1899. márczius 11-diki ülésén tartatott.

és ennek alapján *Stokvis* kérdésesnek tartja, hogy embernél peptonuria egyáltalán létezik-e?

A szerint, a mint az albumosuria a legkülönfélébb kóralakoknál lett észlelve, keletkeztek a meglehetősen változatos theoriák, melyekkel annak létrejövetelét megvilágítani törekedtek. *Hofmeister*től származik a *pyogen* albumosuria fogalma; minthogy neki magában a genyben sikerült peptont kimutatni, joggal vélte a genyedéssel járó folyamatoknál fennálló albumosuriát akként magyarázni, hogy a genysejtek szétesése alkalmával az azokból szabaddá lett pepton a vérbe jut és onnét a vesék által kiválasztatik.

Találtak albumosuriát leukaemiánál, scorbutnál és Jaksch a *haematogen* alak létrejövését a fehér vérsejtekhez kötött pepton szabaddá tételéből véli magyarázhatni, mely folyamat a fehér vérsejtek szétesésének az eredménye. Ugy, a mint ezen alakot, épen úgy nem lehet a májbántalmaknál észlelt és *hepatogen*-nek nevezett albumosuriát pathognostikusnak tekinteni, annál kevésbbé, mert az észlelések és adatok egymást nemcsak hogy nem támogatják, de sok tekintetben ellent is mondanak egymásnak. Felvették a *histogen* vagy *helkogen* alaknak a létezését, a mely létrejönne álképletek jelenléténél, tekintet nélkül arra, hogy azoknak a székhelye hol van; feltételük a szövetszétesés és a szétesett peptontartalmú részleteknek a véráramba való felszívódása volna. Ide számítja *Senator* a typhusnál észlelt albumosuriát. Ellenben *Maixner*, ki az albumosuriát gyomorráknál és typhusnál találta, annak létrejövését nem a daganat vagy a typhosus fekély szétesésében keresi; szerinte a peptonuria semmi direct összefüggésbe nem hozható peptontartalmú szövetdetritusoknak felszívódásával. Ő az albumosuriának a létrejövését localis okokból magyarázza, s abból indul ki, hogy a pepton normalis értékesíthetőségének egy intact gyomor- és bélfal a feltétele. Hogyha a gyomor vagy bél nyákhártyáján sérülések vagy egyáltalában kóros elváltozások vannak, úgy ezen nyákhártya-részletek a normalis körülmények között meglévő pepton-assimiláló képességüket elvesztik és a functiojukat elvesztett nyákhártya-részleteken át a pepton a bélből direct a vérpályába kerül és onnan a vesék által lesz kiválasztva. Ezen magyarázat alapján *Maixner* az említett kóralakoknál létrejövő albumosuriát azokra bizonyos határok között pathognostikusnak tartja, és ezt az alakot *enterogen*-nek nevezi.

Ennek a felvételnek a jogosultságához minden esetre szó fér. Eltekintve attól, hogy joggal merül fel a kérdés, hogy mi az a kisérleti alap, a mely az albumosuriának a létrejövését tisztán a gyomor és a bél nyákhártyáján lévő *helybeli* elváltozások jelenlétéből magyarázni engedné, maga a tény, hogy a nevezett kórállapotoknál egyáltalán létre jön-e, eddig bebizonyítottnak annál kevésbbé tartható, mert a Maixner által typhusnál talált positiv eredményekkel szemben áll *Jaksch* tizennyolcz typhus-esete, melynél az albumose-reactio negativ esett ki. Épen úgy nem acceptálja az enterogen albumosuria létezését *Pakanowski* sem. *Chvostek* és *Stromayr* egy sorát vizsgálták végig a béltuberculosis-eseteknek, melyeknél előzetesen nagyobb adagú albumoseval (somatose) való táplálás után a *Devoto*-féle methodussal állandóan positiv eredményt kaptak. Ők ezen vizsgálatok alapján nemcsak teljesen magukévá teszik a *Maixner* álláspontját, de tovább mennek és felveszik egy *alimentaer* albumosuria létezését, melynek feltételéül ők is a gyomor- és a bélnyákhártyán jelenlévő laesiokat tekintik, és ők az ezekkel járó kórállapotoknál létrejövő alimentaer albumosuriát pathognostikusnak tekintik. Eltekintve attól, hogy ezen vizsgálók egy oly módszert használtak vizsgálataik végzésénél, melynek hátrányaira még lesz alkalmam rámutatni, vizsgálati eredményeiket egy enterogen és alimentaer albumosuria létezésének a bizonyítására azért sem tarthatjuk eléggé indokoltnak, mert eseteik bél- és általános tuberculosisok voltak, melyeknél, ha tényleg jelen volt albumosuria, úgy annak okát nem az emésztő-csatornában jelen volt laesiok, hanem az egyidejüleg fennállott *láz* okozhatta. Az albumosuriának pedig egy eddig talán legtöbb joggal elfogadott alakja a febrilis albumosuria. *Schultess* vizsgálatai szerint lázas betegek 90%-ában észlelhető albumosuria Az albumosuriának a lázhoz való viszonyát *Krehl* és *Matthes* tanulmányozták. Lázas bántalmakon kivül *Schultess*nek az előbbiekkel összeköttetésben álló vizsgálatai szerint csak gyomorfekély és gyomorráknál volt albumosuria kimutatható. Az utóbb említett szerzők annak létrejövését nem localis okokból magyarázzák; azt első sorban a lázas anyagcsere anomaliájának tekintik, olyan értelemben, hogy a fehérje-moleculnek a széthasítása a lázas szervezetben a hydratio értelmében történik, mely *Schultess* szerint nem túlságos meleg producálásával van összefüggésben, hanem a lázas anyagcserének sajátlagossága által tételeztetik fel.

Nincs szándékom az összes eseteket összefoglalni, melyeknél albumosuria ki lett mutatva, de mint gyakrabban észleltet, a *nephrogen* vagy a *cystogen* alakot említem, melyek létrejövésének feltétele az albuminuria; a kiválasztásra kerülő fehérje egy részét (serumalbumin, globulin) a vesében vagy a húgyhólyagban jelenlévő ferment vagy enzym peptonizálja.

A fentiekben az eddig észlelt albumosuriáknak csak a főbb csoportjait érintettem. Ezeken kivül még egy hosszú sora van azoknak a pathologikus, sőt részben physiologikus állapotoknak, melyeknél albumosuria észlelve lett. Igy a graviditas, a szoptatás folyamán fellépő (Fischel), az ideg- és kedélybántalmaknál észlelt (Morro és Maccabruni), a köszvénynél előforduló stb.

A pyogen alakhoz volna sorolható a meningitis suppurativanál *Senator* által észlelt albumosuria.

Ha a fentebbiekre vonatkozó közleményeket áttekintjük, úgy a mint már érintettem is, nemcsak az albumosuria létrejövésének a magyarázatában, de az egyes vizsgálati eredmények között is a legjelentékenyebb eltéréseket találjuk, elannyira, hogy például *Brieger*, az eddigi vizsgálatok alapján, csak a pyogen peptonuria felvételét tartja jogosultnak. És talán a legszembetünőbb az ellentét azon észleletek között, a melyek az emésztési szervek bántalmaira vonatkoznak; *Grocco* egy nagy vizsgálati anyagban gyomorbetegeknél és speciell carcinománál nem talált sohasem albumosuriát, míg *Katz* ezt gyomorbántalmaknál állandó kisérő tünetnek tartja, ellenben *Brieger* a gyomorbántalmaknak épen jobbindulatú alakjainál (ulcus, lúgmérgezés) észlelte. Gyomorfekélynél *Robitschek* is kimutatta, ellenben *Leick* épen úgy nem találta gyomorfekélynél, mint egyszerű gyomorhurutnál.

A vizsgálati eredményekben nyilvánuló szembetünő ellentétek okát kétségkivül nagyrészben a különféle vizsgálati eljárásokban kell keresnünk. Az említett vizsgálatok túlnyomólag vagy a *Devoto*, vagy a *Hofmeister*, vagy a *Salkowski*-féle módszerrel lettek végezve. E három eljárással *Robitschek* végzett 23 vizeleten összehasonlító vizsgálatokat a következő eredménynyel: 14-szer mind a három negativ, négyszer valamennyi positiv, ötször Hofmeister és Salkowski positiv, Devoto negativ, egyszer Salkowski gyengén positiv, a többi negativ eredményt adott.

Ezen vizsgálatok szerint tehát jelentékeny különbség van a három methodus között érzékenység tekintetében is. Vizsgálataim, melyek az utóbbi időben használatos albumose-kimutatási módok *megbizhatóságára* vonatkoznak, engem is azok táborába sorolnak, a kik ezen eljárások megbizhatóságát kétségbe vonják és lehetőnek tartják azt, hogy a biuret-reactio positiv volta nem albumose, hanem festő-anyagok, nevezetesen első sorban urobilin által tételeztethetik fel. De ez még nem az egyedüli hátránya az említett módszereknek. Eltekintve a *Salkowski*-féle methodustól, a többi eljárások nemcsak hosszadalmasak, hanem bőven meg van náluk az alkalom adva albumosenak müvi úton való képzésére is.

A Devoto-féle eljárás, melynek kivitelére jelentékeny hosszú idő igényeltetik, klinikai czélokra egyáltalán nem ajánlatos. A fehérjetartalmú vizeletnek két órán át való főzése *Neumeister* vizsgálatai szerint azt eredményezheti, hogy a vizeletben — melyből a vizsgálat végzéséhez 100 cm^3 szükségeltetik — jelenlevő proteinanyagokból előbb atmidalbumose és később Kühne-féle pepton képződik. Annál inkább meg van erre az alkalom, mert a vizeletet itt 80 gr. ammoniumsulfattal főzzük, már pedig mint *Stadelmann* említi, a vizeletnek párolt vízzel hosszabb ideig való főzése is alkalmul szolgálhat albumose képzésére. Nem is említve azt, hogy *Devoto* szigorú előirásokat ad az ammoniumsulfat tisztaságára vonatkozólag, az említettek elég világosan demonstrálják, hogy az eljárás egyrészt hosszadalmassága miatt nem alkalmas klinikai czélokra, másrészt hibaforrásokra bőven nyújt alkalmat és pedig egyrészt albumosenak mesterséges képzése által, másrészt a vizeletnek tökéletlen elszíntelenítése következtében a biuret-reactio positiv eredménye még nem feltétlenül az albumose jelenléte mellett bizonyít.

A *Hofmeister*-féle nem kevéssé körülményes eljárásnál még nagyobb — fél liter — vizeletmennyiség lesz használva, melynek előzetesen neutralis eczetsavas ólommal való kezelése után phosphorwolframsav használtatik az albumose kicsapására. Minthogy a phosphorwolframsavas üledéket itt is hosszabb ideig kell főzni barythydrattal, fehérjetartalmú vizeletek eczetsavas natronnak előzetes hozzáadása után kalilúggal lesznek főzve. Hogy ennél a processusnál épen úgy meg van adva az albumose művi képződésére az alkalom, az a már említettek alapján könnyen érthető. Ezenkivül az urobilin esetleges jelenléte által származó veszély sincs ezen módszer alkalmazásba vételénél elhárítva. Ezen módszernek klinikai czélokra való alkalmazását *Salkowskinak* köszönjük. Ő kismennyiségü vizeletet vesz, azt sósavval való megsavanyítás után phosphorwolframsavval kicsapja, a csapadékot melegítés által besüríti, a felette álló folyadékoszlop leöntése és a csapadéknak vízzel való kimosása után a biuret-reactiot végzi.

Ujabban *Bang* hozott egy eljárást javaslatba, mely lényegében a *Devoto*-féle módszernek egyszerüsítése. Az albumose kicsapására kisebb, meghatározott mennyiségü vizeletben 8 gm. ammoniumsulfatot használ; centrifugálás által igyekszik üledéket nyerni, melyet alkohollal szétdörzsöl. Az alkohol leöntése után az üledéket vízben oldja, s a megszürt oldattal végzi a biuret-reactiot. Erősen színezett vizeleteket kénsavval és chloroformmal való kivonás által színtelenit.

Vizsgálataim szerint az ammoniumsulfatnak ilyen kis mennyiségü vizeletben való oldása csak erős felfőzés után sikerül és így a régibb módszereknek főzés okozta hibáját ez sem nélkülözi. Másrészt gyakran tapasztaltam, hogy a *Bang* módszerével alig birtam annyi sedimentumot kapni, a mely további kezelésre elegendő lett volna. Érzékenység tekintetében sem találtam az eljárásnál azokat a határokat, a melyeket *Bang* emlit, 0·2‰-es albumoset ezen eljárással biztosan kimutatnom nem sikerült.

(Folytatása következik.)

Közlemény a Korányi Frigyes tanár vezetése alatt álló I. belgyógyászati kórodából.

A typhus-kezelés diaetetikus irányelvei.

Benedict Henrik és *Schvarcz Miklós* dr.-októl.

(Folytatás.)

E kérdés tanulmányozásánál feltünő volt előttünk, hogy a régibb szerzők közül *Bauer* is tekintetbe vette eme felfogás lehetőségét, azonban a következő körülmény hatása alatt eltért tőle: nem sikerül ugyanis megakadályozni a fehérje veszteségét még akkor sem, ha annyi fehérjét viszünk be, a mennyit oly lázas beteg bont el, kit semmiféle kezeléssel nem befolyásoltak. El kell, hogy ismerjük e tényt, de utalunk arra, hogy hasonlóak a viszonyok az egészséges embernél is; ha meghatározzuk, hogy mennyi fehérjét bont el az éhező ember, és azután ugyanoly mennyiségü fehérjét nyujtunk neki, úgy ő ezzel még mindig nem fog egyensúlyba helyezkedni, hanem még folyton fogyasztani fog saját szöveteiből. *Rubner* ezt úgy magyarázza, „hogy hirtelen sok fehérje kerül a nedváramba és elégése által bizonyos mennyiségü zsirt megvéd az elbontástól; azonban a fehérjetöbblet hamar felhasználódik és nem marad egyéb hátra, mint hogy a későbbi órák számára a fehérjeszükséglet oly módon fedeztessék, a mint az éhezőknél szokásos, t. i. a szervi fehérje beolvasztása által“. Ebből láthatjuk, hogy nem elvi, legfeljebb csak mértékbeli különbség van a kettő között; a lázas sejt fehérje-éhsége *még nagyobb*; a táplálékkal bekebelezett fehérje *gyorsan* felemésztetik, még mielőtt a sejt rendes viszonyok között is létező vesztesége pótlására fordithatná, és ez oly gyorsan történik, hogy a szervezet a vérsavó %-os fehérjetartalmának biztosítására még folyton kénytelen fehérjeraktárából, a sejtekből fehérjét a nedváramnak átengedni. Valamint a működő izomrost a vér czukrát fokozott mértékben használja fel és a máj, hogy a vér czukortartalmát biztositsa, glycogentárát gyorsan kénytelen kiüriteni, hasonlóképen áll a dolog láz alatt a sejtek fehérjebontásával. Ha Noorden szellemes hasonlatában azt a gyorsaságot, melylyel a fehérjét az egészséges sejt elégeti, egy gyorsan fellobogó lánghoz hasonlithatta, még sokkal inkább áll ez a *lázas sejtre* nézve. A legújabb időben *May* Münchenben kimutatta, hogy legalább a lázas házinyulnál nagy részét a fehérjevesztességnek kikerülhetjük, czukrot adagolva nagy mennyiségben, a mi természetesen nem volna lehető, ha a fehérjefelbontás toxikus szövetbeolvasztás eredménye volna; de az általa adott magyarázat nem képes bennünket kielégiteni.

Úgy hiszszük, hogy álláspontunkat kellőleg jellemezhetjük a következő végkövetkeztetésben: a lázra jellemző a *fokozott fehérjeforgalom, nem pedig a fehérjevesztesség*, a mennyiben ez *utóbbi csak másodlagos*, a fehérjeforgalom gyorsulása által feltételezett tünet.[1]

Teleologikus szempontból közelfekvő volna a kérdés: mily czél vezérli a szervezetet abban, hogy erőforgalmának, elégési folyamatainak gyorsulását saját szövetei rovására az értékes fehérjével fedezze? Talán védekezési eszköz, mint a milyen a hőmérsék, az anyagforgalom emelkedése, a milyen a leukocytosis stb.? Nem szándékunk túlságos mélyen bocsátkozni a kérdések útvesztőjébe, mert minden, a mit eddigelé — daczára a becses, épen a hagymáznál az utóbbi években tett tapasztalatoknak — a szervezet specifikus védekezési eszközeiről az infectio ellen tudunk, még nagyon is töredékes és lesz is alkalma a t. orvosegyesületnek a közel jövőben e tárgyba épen e helyütt tartott előadásban alaposabb betekintést szerezhetni. De az utolsó hónapok közleményei komolyan indithatnak annak a lehetőségnek a megfontolására, hogy a *fehérjének a szövetekből való kiolvasztása a szervezetre nézve méreg-kiküszöbölési folyamatnak az értékével bir* és számolnunk kell azzal az irányzattal is, mely az antitoxinok keletkezését összeköttetésbe kivánja hozni a fehérjeforgalom emelkedésével; mert a gyógyitásra, mint végczélunkra vonatkozólag természetesen életbevágó fontosságú, hogy a lefogyás, azaz a fokozott fehérjeelbontás ellen irányított intézkedéseink által nem fosztjuk-e meg a szervezetet a fertőző virus és annak terménye: a toxinok ellen való harczában leghathatósabb fegyverétől? Nem bénitjuk-e meg a szervezetnek saját maga által foganatosított causalis therapiáját az által, hogy egy tünetet, bármily fontos is az, igyekszünk elhárítani?

Ha a typhusbeteg fehérjeforgalmát betegsége kezdetétől egészen a végeig figyelemmel kisérjük, úgy különösen a lassú lefokozódása a fehérjeforgalomnak válik feltünővé, a mely körülmény a legrégibb észlelők figyelmét sem kerülte el. *Moos* és *Brattler* közölnek, hetenkinti átlagban kiszámított hugyanykiválasztás-táblázatokat, melyek Brattler szerint a következő értékeket tüntetnek fel:

Az 1-ső héten	naponta	39	gm.
a 2-dik	„	38	„
a 3-dik	„	29	„
a 4-dik	„	21	„
az 5-dik	„	16	„

Egy régibb kisérleti sorozatban is azt találtuk, hogy egyenletesen, de hiányosan táplált typhusbetegnél a fehérjeforgalom is lassan és egyenletesen 125 gm.-ról 36 gm.-ra sülyedt. Oly tünemény ez, mely a mi álláspontunkat tekintve több szempontból kell, hogy érdekeljen bennünket.

Először azt az átmenetet jelképezi, mely a heveny lázas állapottól az idült lázashoz vezet; ha a hasi hagyváz utolsó stadiumában még egy vagy két hétig tartana — és léteznek ily elhúzódó esetek — olyannyira csökkenne a sejtek fehérjebontó szükséglete és képessége, hogy csak valamivel fehérje- és caloriadúsabb táplálék esetén a kiadás nem szárnyalná túl a bevitelt, mint ezt idült gümőkórosoknál észlelték.

Másodszor, a fehérjeforgalom csökkenése a mellett bizonyit, hogy a fertőző folyamat, mely eleinte a protoplasmában a fehérjének oly rohamos fölbontását okozta, valamelyes okból már nem képes ugyanily hatást kifejteni; akár azért, mert a virus a szervezetben erejéből veszitett, akár pedig azért, mert a szervezet a fokozott fehérjeforgalom segélyével már elérte általunk feltételezett czélját: a toxikusan elváltozott fehérje kiküszöbölését és az önvédelmet, és most lassan kezdi beállitani fehérjeforgalmát arra az alacsony értékre, melynek alapján képes egyesegyedül, mint látni fogjuk, a reconvalestentiában testének veszendőbe ment alkatrészeit helyrepótolni.

[1] Természetes, hogy ezzel csak a lázas fehérjeszétesésnek a magyarázatát, nem pedig a „*láz theoriáját*“ adjuk, mi különben az egész összefüggésből is világosan kitünik. Ez által minden erre vonatkozó vita tárgytalanná válik.

Amaz időtájt, mikor vizsgálatainkat megkezdtük, a Widal-féle reactiot általánosan a szervezetben képződött védőtestek mértékéül tekintették; feladatunkul tüztük ki tehát, hogy mennyiségileg összehasonlítsuk képződésében és kifejlődésében, összefüggő vizsgálati lánczolatban a fehérjeforgalom változásaival. A mi bennünket erre a gondolatra hozott, az az ellentét volt, mely a fehérjebontás és a Widal-reactio magatartása között fennáll. A fehérjebontás kezdetben legélénkebb és később lassan hanyatlik; a Widal-féle reactio, typikus esetekben, csak az első hét végével jelentkezik és legnagyobb fokát csak a betegség második felében, tehát akkor éri el, a mikor a fehérjeszétesés már csaknem rendes medrébe tért vissza. Ebből tehát két egymást metsző görbének kellene következni, ha graphikusan ábrázoljuk e két folyamatot. Mi ezt aprioristikusan úgy magyaráztuk, hogy a fertőző folyamat által feltételezett fokozódása a fehérjeszétesésnek a védőtestek keletkezésével csökken, annál is inkább, mivel e testek létezésüket utolsó sorban valószinüleg a fokozott szervi fehérje szétesésének köszönik. Vizsgálataink, melyek e két tünemény állandóságával és a köztük lévő tényleges összefüggéssel foglalkoztak, külső okokból nem vezettek a várt eredményekre, azonfelül a Widal-féle reactio értelmezése manapság sokkal vitásabb, mint azidőtájt volt; daczára ennek azonban fentartjuk magunknak a szabadságot, hogy a typhusos fehérjeszétesésnek feltünő csökkenését e szempontból további vizsgálat tárgyává tegyük. Saját tapasztalatunk tehát nem jogosít fel, hogy nyilatkozzunk e csökkenés okairól; hogy azonban a fehérjeforgalomnak oly alacsony értékre való beállítása a betegség vége felé a későbbiekre nézve nagy jelentőséggel bir, ez kitünik a reconvalescentia alább következő tárgyalásából.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti k. m. t. egyetem 2. számú (Réczey tanár) sebészeti klinikumáról.

Gümős hashártyalobok.

Irta *Chudovszky Móricz* dr. tanársegéd.

(Vége.)

Vannak vizsgálati módok, a melyek igénybevételével kórisméuket még biztosabbnak mondhatjuk, a melyeket a hashártya gümős lobja esetében annak egyes alakjainál felhasználhatunk. Igy ha folyadékot szerzünk akár a szabad, akár az eltokolt izzadmányból és azt, vagy a műtét alkalmával kiirtott hashártyarészlet egy darabkáját arra használjuk fel, hogy gümős bakteriumokat kitenyészszünk, avagy kisérleti állatokba, tengerimalaczok hasüregébe beoltsuk, igen sok esetben a gümökór kórisméjét azzal megerősítjük. *Neumann*,[20] *Kocks*,[22] *Nanotti* és *Bacciochi*[8] kisérletei szerint gümöket sikerül bedörgöléssel átoltani kisérleti állatok hasüregébe. Az utóbbiak állatkisérletei még annyiban is érdekesek, hogy az átoltásnál a zsigeri hashárya vált gümössé, míg a falit nem sikerült fertőzni. Újabb közlemények szerint ez azonban nem áll, mert a fali hashártya fertőzhetése is ki van mutatva.

Ugyancsak *Gatti*,[7] *Urso*,[9] *Kischenski*,[23] *Cecherelli*,[24] *Caspersohn*[25] állatkisérletei többnyire mind úgy sikerültek, hogy a beoltott állatban kimutatható volt a gümő. Mi egyszer (III. eset) negativ eredménynyel oltottunk. *Kischenski*[23] a mellett megfigyelte az átoltott gümös fertőzés lefolyását is és azt tapasztalta, hogy a nyulak vagy a tengerimalaczok hasüregébe oltott gümök már 5—6 nap mulva sejtekbe voltak beágyazva, 10—12 nap mulva teljesen eltüntek s helyöket friss kötőszövet foglalta el. 1898. év folyamán *Arloing* és *Courmont* a gümökór ügyében tartott congressuson bemutatták az ő agglutináló eljárásukat, a mely állitólag positiv adattal szolgál a gümökór kórisméje felállításánál. A hashártya gümökórjára nézve tehát egy újabb vizsgálati segédeszközt nyertünk.

A hashártya gümös megbetegedéseit, a kifejlődő kórkép, a támadt elváltozás és a mostanáig ismert kezelési eredmények alapján a sebészeti kezelés tartozékai közé kell soroznunk. Sohasem feledkezzünk meg arról, hogy vannak ennek is határai, a mikor még nem műteszünk, mert még nem javalt s már nem műteszünk, mert a műtéti technika ilyetén kifejlesztése nem elv a II. számú sebészeti klinikumon. A hashártya mintegy 14 m² nagyságú szerv, csakis hasmetszés útján férhető jól hozzá, innen van, hogy a sebészek túlnyomó része a hasmetszést veszi igénybe, a midőn a hashártya gümőkórja miatt műtétet kiván végezni. *König*[3] a hasmetszést három javalat alapján kivánja végeztetni: 1. mint próbametszést; 2. mint próbametszést, a midőn a folyékony lobterméket kiereszti; 3. a midőn a has megnyitása után abban lelhető kötegszerü képleteket eltávolítja. *Kocks*[22] hasonlóan javalja a hasmetszést; szerinte a hasmetszés sokkal előnyösebb, mint a hascsapolás, mert folyékony izzadmány esetében a szabad hasüregben jelenlévő és a lobingert fentartó rostonyás czafatok is kiürülnek. *Helmerich*[13] szerint a hasmetszés csakis oly gümös hashártyalobnál javalt, a hol az izzadmány folyékony; az összenövéseket előidéző alaknál nem véli alkalmasnak. *Conitzer*[16] szerint a hashártyagümő minden alakjánál a hasmetszés legalább javulást idéz elő. Ellenjavaltnak tartja a műtétet azon esetben, ha az egyén nagyon lesoványodott és a gümös senyv már kifejlődött. *Pic*[19] szerint a hasmetszés főképen a tiszta savós gümös hashártyalob esetében javalt; a rostonyás alaknál az eredmény kétséges. Ellenjavaltnak mondja fekélyes vagy miliaris alakjánál, valamint, ha a gümös folyamat már igen kifejlődött, avagy a bél szintén gümös.

A mi 14 esetünk közül 10 esetben hasmetszést végeztünk s nem csupán a száraz, hanem a savósrostonyás, sőt genyes alaknál is végleges gyógyulást érhettünk el. Azért nem vagyunk hajlandók azon nézeteknek hódolni, hogy csak bizonyos alaknál szabad hasmetszést végeznünk, hanem ha az eset megkivánja valamely complicatio következtében, minden alakjánál műteszünk. Természetesen az egyén erőbeli állapotát mindig tekintetbe veszszük és súlyos, előrehaladott gümös senyv esetében (III. eset, VII. eset másodszori felvételkor), vagy a midőn az álképletet utánozó alak műtéti beavatkozásra még vagy már nem alkalmas, nem műteszünk.

A hasmetszést sokan összekötik még helybeli gyógyszerek alkalmazásával. Igy *König*[36] a hasüreget gyönge salicyl- vagy thymol-oldattal, erélyesebb kezelés esetében sublimat- vagy carbol-oldattal mosta ki, hozzá még jodoform-porral behintette a hashártyát. *Schmitz*[26] jodoform-porral kezelte a hashártyát; *Preindelsberger*[27] hasonlóan jodoformot használ és a hashártyát jodoformgaze-zel kitörli. *Delbet*[28] a jodoformot és salolt ajánlja e czélra, a mely kevésbbé sérti a hashártya endotheljét, mint a bórsav. *Cecherelli*[24] egy oldatot ajánl, a mely 1 rész thymol, 100 rész alkohol, 1000 rész vízből áll s a melyet 35—40° C.-ra kell melegiteni használat előtt. *Caspersohn*[25] 5‰ sublimat-oldattal törli ki a peritoneumot és az erőmüvi kitörlésre fekteti a fősúlyt. *Polaillon*[29] óv bennünket attól, hogy túlságos meleg oldatokat használjunk, mert egy esetben rögtöni halál állott be. *Nolen*[30] levegő beszivattyúzását hozta javaslatba a hashártya gümőkórja kezelése czéljából. Követői *Folet*[31] és *Mosetig-Moorhof*[32] szintén ezt ajánlják.

Az angol sebészek közül *Penrose*[33] és *Barker*[34] a hasüreg alagcsövezését ajánlják úgy mint más gümös testüreg kezelésénél. Ugyanazon nézetet vallja *Luigi Carvi*.[35] *Firchan*,[38] *Mader*,[40] *Lindner*,[41] a hascsapolást használják a gümös hashártyalob savós alakjának gyógyítása czéljából.

A miota a kathodsugarakat az orvostudomány kezelés czéljából felhasználja, azóta sok megbetegedésre, igy a hashártyagümőre gyakorolt befolyásával is kisérleteznek. *Mühsam*[36] szerint a gümővel beoltott állatok, ha kathodsugarakat bocsátottak keresztül testükön, később pusztultak el a hashártya gümője következtében, mint azon állatok, a melyeket ezzel nem kezeltek; vagyis nézete az, hogy a kathodsugár a gümő fejlődését a hashártyán korlátozza.

A mily sokfélék a gümös hashártyalobnak kezelési módjai, ép olyan sokféle nézet uralkodik a felől, hogy miben áll a különböző kezelés gyógyító hatása. *Rörsch*[15] szerint a hasmetszés gyógyító hatása abban áll, hogy a kibocsátott savó nem nyomja többé a savós hártyát, az erek kitágulhatnak és a hashártyának reactiv képessége ilyen módon növekszik. *Naumann*[21] az oda áramló vérsavóban találja a hasmetszés gyógyító hatányát. *Nassauer*[37] szerint a hasmetszés gyógyító befolyása abban áll, hogy miként más szervek gümőjénél a pangásos vérbőség, úgy a hasmetszés után beálló vérbőség a gümőt gyógyítja. *Firchan*[38] szerint a hasmetszés következtében a hashártyán lobos ellenhatás áll be, a mely szövetszaporodást idéz elő s ennek következménye a gümös góczok pusztulása. *Gatti* szerint tisztán a vérsavónak hasüregbe jutása képezi a gyógyító hatást. *Kischenski*[23] phagocytosisra vezeti

vissza a hasmetszés gyógyító hatását. *Nolen*,[30] *Mosetig-Moorhof*[32] a levegőben lévő élenynek tulajdonítják, hogy a gümős bakteriumok levegőnek hasürbe fúvása következtében elpusztulnak. *Braatz* anaërobiosis elméletével magyarázza, *Lauenstein*[39] szerint a hashártyának kiszárítása, valamint a napfény vannak arra befolyással hogy a hashártya gümője hasmetszés útján gyógyul. *Frees*[42] szerint a hasmetszés gyógyító hatása onnan van, hogy rendesen sok bakteriumot és bomlási terméket tartalmazó folyadék ürül ki ilyenkor és utána a fokozott vérbőség bakterium ölőleg hat.

Ezen nézetek külön-külön helyeseknek mutatkoznak, s ennélfogva a hasmetszésnek gyógyító hatását az összes gümős hashártyalob-alakokra ezen összes nézetek összegezésében találjuk. Éppen mivel a savós alaknál oly feltünően javulnak az élettani viszonyok, feltünő a hasmetszés után észlelhető javulás. A szív s a tüdő könnyebben végezheti feladatát, a belek felszabadulnak bizonyos fokú nyomás alól, a beteg táplálkozása megjavul, ezzel a szervezet általános gümő elleni ellenállását növeljük. Helybelileg tényleg be kell annak következnie, hogy a nyirokerek kitágulnak és a kóros lobtermékeket nagyobb mennyiségben továbbíthatják. A hashártya vérbő lesz, a mely ennélfogva lobos reactiot idézhet elő a gümös góczok helyén. A napsugár és a levegő élenye mint bakterium-ölők a gümös bakteriumok elpusztításánál szintén szerepelhetnek.

Mindezen hatányok nem csupán közvetlenül a mütét után, hanem később is kifejtik jó hatásukat, a mennyiben a hasmetszés a gümös hashártyalobnál nem csupán javulást, hanem teljes gyógyulást is eredményezhet. *Holmes*,[43] *Warnek*,[44] *Frees*,[42] *Carivari*,[45] *Hartmann* és *Adilbert*,[46] *Edebohls*,[47] *Israel*,[48] *Dentu*,[49] *Hansy* és *Knauer*,[50] *Demons*,[51] *Bonilly*,[52] *Condamin*,[53] *Scheuer*,[54] *Dahlmann*,[55] *Vöhtz*,[56] *Rosenberg*,[57] *Terillon*[58] stb. számos érdekes, gyakran igen komplikált lefolyású hashártyagümő esetét közlik a már fennebb említett szerzőkön kivül.

König[3] a német közlők adatait gyüjtötte össze és egy összehasonlító statistikát állított fel a kórjóslatra nézve. 131 eset közül 84 gyógyult, illetőleg 107 javultan távozott. A többiek vagy meghaltak általános gümőkór következtében vagy a javulás után nemsokára kiújulás mutatkozott. *Rörsch*[15] a franczia eseteket gyüjtötte össze és *Adilbert* 300 esetét 358-ra egészítette. Ezek közül 118 egy fél év óta, 79 egy éven túl, 53 két éven túl gyógyult, 83 eset meghalt. A meghaltak között 20 csakhamar a mütét után, 10 eves hashártyalob következtében, 53 lassan tovahaladó gümőkór folytán halt meg. *Margaruci*[18] az olasz eseteket gyüjtötte össze, 253 mütett beteg közül 216 meggyógyult, 37 eset meghalt. A mi tizennégy esetünk közül csupán 5 esetet tekinthetünk kedvező lefolyásúnak. Vagyis a míg Könignél 64%, Rörschnél 77%, Margarucinál 85% gyógyul, a mi eseteink csak 28%-os gyógyulási arányt tüntetnek fel.

Sok tenni és közölni való akad még a gümős hashártyalob kezelése terén, a melyhez a mi eseteinkkel mint egy épülő házhoz egy kis anyaggal nekünk is szabadjon hozzá járulnunk. A közlés lehetőségéért mélyen tisztelt főnökömnek, *Réczey* tanár úrnak, szabadjon e helyen hálás köszönetet mondanom.

Irodalom.

[1] *Korányi*: 1896. évi május 8-dikán tartott főrendiházi beszéde. [2] *Torday*: Adatok a gyermekkor tuberculosisához. Orv. Hetilap 1898. [3] *König*: Die periton. Tuberc. und ihre Heilung durch den Bauchschnitt. Internat. chir. Congr. 1890. [4] *Landouzy* és *Martin*: Revue de médicine, 1893. [5] *Schmorl* és *Birch-Hirschfeld*: *Ziegler's* Beiträge zur path. Anatomie und zur allgemeinen Pathol. [6] *Rindfleisch*: Verhandl. der Gesellschaft der deutscher Naturforscher u. Ärzte in Bremen. [7] *Gatti*: Sul processo intest. stb. Rif. med. 1894. [8] *Nandti* és *Baciocchi*: Rich. sporimentali sugli eff. stb. Rif. med. 1892. [9] *Urso*: Über Laparot. bei Perit. Tbc. Policlinico, 1896. [10] *Rindfleisch*: Über organ. Vorgänge an milliaren Tuberkeln. Phys. med. Gesellsch. Würzburg. 1898. julius 7-diki ülésén. [11] *Ferran*: Ueber einige neue Entdeckungen des Bac. der Tbc. Wiener klin. Wochenschrift, 1898. [12] *Heintze*: Ueber die Bauchfell Tbc. Inaug. Diss. 1888. [13] *Helmerich*: Die therapeut. Wandlungen der Behandlung der Bauchfelltbc. 1892. [14] *Adilbert*: De la laparotomie dans la perit. tbc. Gaz. hebd. de méd. et de chir. 1892. [15] *Rörsch*: Du traitement chirurgical de la péritonite tbc. Revue de chir. 1893. [16] *Conitzer*: Zur Behandlung der Bauchfelltbc. Deutsche med. Woch. 1893. [17] *Münstermann*: Die Bauchfelltbc. Inaug. Dissert. 1890. [18] *Margaruci*: Sulla cura chir. della perit. tbc. Morgagni. 1897. [19] *Pic*: De l'inventation chirurgical dans la péritonite tbc. generalisé et localisé. [20] *Naumann*: Om perit. tbc. Nord. med. Archiv, 1891. [21] *Galliard*: Formes clin. de la tbc. intest. 1896. [22] *Kocks*: Aus den Verhandl. der Deutch. Gesellschaft für Gynekologie. [23] *Kischenski*: Untersuch. der Wirkung des Bauchschnittes auf die Bauchfelltbc. bei Thieren. Chir. Annal. experim. 1893. [24] *Cecherelli*: Contrib. alla cura della perit. tbc. stb. Rif. med. 1892. [25] *Caspersohn*: Mittheilung der schles. holst. Ärzte. 1888. [26] *Schmitz*: Zur Casuist. der durch Bauchschnitt ausgeheilten Perit. tbc. St.-Petersb. med. Wochenschr. 1890. [27] *Preindlsberger*: Beitr. zur Casuist. der Laparot. bei Tbc. des Bauchfelles. Wiener klin. Wochensch. 1890. [28] *Delbet*: De l'action des antisept. sur le périt. Annales de gynekol. 1891. [29] *Polaillon*: Sur un danger du lavage du peritoine. Bull. de l'acad. de méd. 1888. [30] *Molen*: Eine neue Behandlungsmeth. der ess. tbc. Perit. Berliner klin. Wochenschift. 1893. [31] *Folet*: Note sur l'action curative de l'insuflation d'air dans la peritonit. tbc. Rev. de Chir. 1894. [32] *Mosetig-Moorhof*: Perit. tbc. Wiener med. Presse, 1893. [33] *Penrose*: Drainage in abdom. surg. [34] *Barker*: Remarks on the limits of drainage in supp. cond. of the abdom. cavity. Brit. med. j. 1895. [35] *Luigi Carvi*: Contrib. alla praticaperit. clon. Rif. med. 1890. [36] *Mühsam*: Versuche mit Röntgen-Strahlen bei exp. Tbc. Freie Vereinig. der Chir. Berlins, 1898. I/10. [37] *Nassauer*: Zur Frage der Heilung der tbc. Perit. durch die Laparot. Münch. med. Wochensch. 1898. [38] *Firchau*: Über die tbc. Bauchfellentzündung und ihre Behandlung. Inaug. Dis. [39] *Lauenstein*: Bemerkung zu der räthselhaften Heilwirkung der Lap. bei Perit. tbc. [40] *Mader*: Zur Behandl. der Bauchfelltbc. Wiener klin. Woch. 1893. [41] *Lindner*: Über die op. Behandl der Bauchfelltbc. Deutsche Zeitsch. für Chir. Band 34. [42] *Frees*: Die op. Behandlung des tbc. Ascites. Deutsche med. Woch. 1894. [43] *Holmes*: Hunterian Lectures on the exp. stb. 1894. [44] *Warneř*: Zur Frage der Res. der Behandl. der Bauchfelltbc. 1897. [45] *Carivari*: Lap. nella perit. tbc. Rif. med. 1894. [46] *Hartmann* és *Adilbert*: Laparot. dans la perit. tbc. de l'enfant. 1892. [47] *Edebohls*: Gynecological Transactions, 1891. [48] *Israel*: Perit. und Darmtbc. Freie Verein. der Chir. Berlin, 1895, nov. 11. [49] *Dentu*: Laparot. pour une perit. tbc. Bull. et mem. de la soc. de chir. de Paris, T. 19. [50] *Hansy* és *Knauer*: Beitr. zur Festschrift an Th. Billroth, Bericht über die Laparot. stb. [51] *Demons*: A IV. franczia sebészeti congressuson. [52] *Bouilly*: ugyanott. [53] *Condamin*: Arch. prov. de Chir. [54] *Scheuer*: Zur op. Behandl. der Bauchfell- und Darmtbc. Festschrift, 1896. [55] *Dahlmann*: Tbc. Farmstric. Hospitalstunde 1892. [56] *Vöhtz*: ugyanott. [57] *Rosenberg*: Gümös hashártyalob. Közkórházi évkönyv. [58] *Terillon*: Peritonite tbc. traité par lap. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris, T. 16.

TÁRCZA.

Megemlékezés Török Józsefről és Antal Gézáról.

— Korvázlat az orvos-természettudományok fejlődéstörténetéből Magyarországon. —

Hőgyes Endre tud. akademiai rendes tagtól.

(Vége.)

Bár sokat lehet pro és contra mindkét nézet mellett és ellen felhozni: Antalra vonatkozólag Balogh e nézetében nem csalódott. Miután magát az egyetemnek sebklinikáján mint növendék és tanársegéd kiképezte, választott specialitására adta magát és abban itthon saját erején úgy irodalmilag, mint orvosművészetileg európai szinvonalra kimivelte.

Tudományos dolgozatainak, a budapesti kir. orvosegyesületben tartott nagyszámú előadásainak, önálló műtéti módjainak egyenként való megismertetése túl esik ez emlékbeszéd keretén, amazoknak száma 27, emezeké 42, felsorolva lesznek azok ez emlékbeszéd kapcsán; csak egy munkáját emelem ki a többi közül, mely másfél évtizedi tapasztalatainak és buvárlatainak foglalatját képezi, nagy monografiáját a „Húgyszervi bántalmak sebészi kór- és gyógytanáról", mely 1888-ban németül is megjelent és közelismeréssel találkozott és a mely munka alapján nyerte el Akademiánktól azt az elismerést, hogy levelező taggá választotta.

Antal Géza egyaránt kitünt mint tudományos iró és buvár, mint jeles előadó, mint elökelő mintaszerű humanus gyakorló orvos és operáló sebész, mint kifogástalan pályatárs. Kora halálát az egész orvosi rend és nagyközönség osztatlan megilletődéssel fogadta, melynek illustrálására, valamint elhunyt tagtársunk jellemzésére legyen szabad ide iktatnom záradékul az „Orvosi Hetilap"-ban megjelent nekrologjából a következő sorokat, melyeket most idestova 10 évvel az elhunyt halála után, velem együtt bizonyára nem tart túlzottnak, a ki őtet és tudományos tevékenységét közelebbről ismerte.

„Hogy mit vesztett Antalban családja, melynek támogató oszlopa, reménye, mindene volt: érinteni tartózkodunk. A külső részvét, ha áldomos, a családi fájdalmak szentélyének csak a kapujáig hatol, nehogy felkavarja és súlyosbítsa azoknak szenvedéseit, a kik azon belől vannak.

Annak a fájdalomnak azonban, melyet elvesztése a hazai tudománynak, az orvosi tanítás ügyének, rendünknek, a szenvedő emberiségnek, a jó barátoknak okozott, hangot adni fel vagyunk jogositva, mert az a mienk is egyúttal és pedig a legközelebbről.

A hazai orvosi tudomány benne egyik legkiválóbb és legtehetségesebb bajnokát veszitette el annak a kis tudományos körnek, melynek tagjai a hetvenes évek elején megindult orvosi reformok kezdetén boldogult Baloghunk köré csoportosulva, önálló buvárlataikkal, kitartó lelkes szorgalommal igyekeztek — mit az idősebb generatio jobbjai csak messzejövőben reméltek — felemelni az elmaradt hazai orvosi tudománynak egyes ágait a modern orvosi kultura szinvonalára. Ő saját szakmá-

jában a tiszta tudomány terén is egyike volt azoknak, kik a legjobban feleltek meg e feladatoknak. Tudományos dolgozatai nemcsak itthon nyertek elismerést, hanem felemelkedtek azok az európai orvosi tudomány magaslatára és méltánylatára is.

A hazai orvosi tanítás ügye is méltán gyászolhatja benne úgy a jeles előadót, mint a kitünő műtevőt, kinek előadásai már korán feltüntek életelevenségükkel, világos logikájukkal, kinek szabatos indicatiók alapján végezett operatióit a legkisebb mesterkéltség nélküli elegantia, a legnagyobb könnyedség, a betegek iránt való gyöngédség jellemezte, melyek kivitelükben gyorsak, módszereikben mesteriek voltak, melyekben nem volt sietség és elhamarkodás, nem volt semmi zavar, melyeknél a mellett gond volt arra is mindig, hogy a tanítványok előtt ne legyen elrejtve semmi, a mi észlelni való. Alkalom adtán egykoron bizonyára a sebészet kitünő tanára lett volna belőle.

Az orvosi rend benne egyik leendő legbefolyásosabb tagját sirathatja, kinek folyton növekedő hírneve, emelkedő, a legmagasabb körökig terjedő társadalmi befolyása, kapcsolatban az igazi haladásért lelkesülő aspiratióival, kétségenkivül rendünk befolyásának emelésében hatalmas tényezővé válhatott volna.

Hogy mit vesztett benne a társadalom, mint orvosban, mint emberben, azt mindenki érzi és tudja, ki vele kiterjedt orvosi gyakorlatában mint beteg, a társadalmi érintkezésekben mint jó ismerős, jó barát valaha összejött. Úgyszólva első megjelenésével meg tudott magának nyerni kicsinyt és nagyot, beteget, egészségeset egyaránt. Mert róla is el lehetett mondani — mint a nagy angol sebészről *Liston*-ról mondották —, hogy keze, a mely kemény volt mint a vas és biztos volt mint az aczél, a midőn a műtevő asztalon operált, gyengéddé és bársony puhává változott akkor, ha a szenvedő ereit tapintotta, avagy baráti kézszorításra nyujtotta. Vele szemben mindenkinek önkéntelenül éreznie kellett, hogy egy nemes fennkölt lelkű ember áll előtte, kinek jó szíve és mesterkéletlen szeretetreméltósága mindig ott van beszédeiben és tetteiben.

Úgy látszott a sors kegyeltje vala ő, ki meg volt áldva a férfieszmény minden tulajdonságával, erős deli testalkattal, kifejezésteljes szép arczvonásokkal, természetes veleszületett affektálatlan finom modorral, a dolgok igazi lényegébe gyorsan beható, az adott helyzetet hamar átpillantó világos fővel, a tennivágyás nemes ösztönével, erös szívvel és akarattal, kötelesség érzettel, kitartó szorgalommal, mely kitűzött czélja felé csüggedést nem ismerő energiával birt haladni. Oly tulajdonságok kétségenkivül, melyek számára a legfényesebb carrièret tették kilátásba. Belőle, ha a végzet közbe nem lép, úgy hirre, mint befolyásra minden bizonynyal a magyar orvosi rend második Balassája válandott.

Az első zökkenést e remény 1885-ben kiállott typhusa által szenvedte, mely az emberekkel való közlekedés egyik legfontosabb szervének, a hallásnak teljes működésképtelenségét hagyta nála hátra. De e zökkenés más felől új irányban keltette fel vele szemben a várakozást. Társadalmi befolyása megakadt fejlődésének rovására, az eddigieknél még intensivebb tudományos buvárkodást reménylettünk tevékeny szellemétől, mely maradandó alkotásokat fog teremteni szakmájában úgy a hazai, mint az egyetemes orvosi tudomány számára. Valóban az alkotások el is kezdődtek. A húgyszervek bántalmainak sebészi kór- és gyógytanáról irott munkája, mely nevét a külföldi irodalomban is az elsőrendű tudományos irók közé helyezi, már ezek közé való. Ezt követte volna a vese és ureterek chirurgiája, melynek tervezete már nagyjában el is készült és bizonyára méltó befejezése leendett az előbbinek. [1]

Most már mindennek vége! Ott fekszik a szintén idejekorán elhunyt mesterrel, ki fényes tehetségeit legelső felismerte, Baloghgal együtt a fagyos sírhant alatt. Testüknek porladozó részeit alkotó részeire bomlaszthatja az enyészet, de a genius, az önállólag haladó magyar orvosi tudomány geniusa, mely porlatag agyveleiket mozgatta és alkotásokra ösztönözte, él, hat és fennmarad és eszüknek munkáit, sikeres tevékenységük emlékezetét hosszú időre bevési a magyar orvosi tudomány történetébe!“ (l. Orvosi Hetilap 1889. 52. szám).

* * *

És e genius t. Akademia valóban fennmaradt, él, hat és tovább működik. Az újabb harmincz esztendő, mely azon időtől eltelt, a melyben megemlékezésünk utóbbi alakja magát tudományában kiképezte, az orvostermészettudományok hazai fejlődése érdekében hihetetlen gyorsasággal oly számos és nagy alkotásokat hozott létre, a melyek elmaradt orvostermészettudományi kulturánkat ugyszólva rohammal beemelték az internationalis orvostermészettudományi kultura sodrába.

Az a tekintélyes anyagi befektetés, melynek segélyével az önmagának visszaadott ország 1867 után rövid három évtized leforgása alatt a két egyetem és műegyetem, valamint az állatorvosi akadémia orvosi és természettudományi intézeteinek egy részét legalább, nyugoteurópai kulturalis szinvonalra emelte, nemcsak abban termette meg a maga gyümölcsét, hogy a hazai orvosi és természettudományi oktatás az előbbiekhez képest tetemesen megjavult és hogy orvostanulóink, műegyetemi hallgatóink nagy része, a mely azelőtt külföldre ment tanulni, idehaza maradt; hanem abban is, hogy azóta egy, bár a fejlődés kezdetén levő, de mind jobban-jobban izmosodó önálló magyar orvostermészettudományos élet és irodalom keletkezett.

[1] Szintén tervbe vette egy barátjával már akkor egy nagy magyar sebészeti kézikönyv megirását, a mely valószinűleg most másfél évtized mulva csakugyan fog létesülni.

Ha végig tekintünk orvosi és természettudományi folyóirataink tudományos czikkein, meghallgatjuk különböző orvosi és természettudományi gyüléseinknek, Akademiánknak, természettudományi társulatunk és orvosegyletünk különböző szakosztályainak évről évre szaporodó, szakbuvárlatokon alapuló előadásait: meg kell győződnünk arról, hogy nálunk ez idő szerint már számottevő, önálló orvostermészettudományi buvárkodás létezik, melynek eredményeit figyelembe veheti és veszi és kellőleg méltatja a nagy nemzetközi tudományirodalom is. Orvosi és természettudományi tekintetben nem vagyunk többé tisztán a külföldön termett tudományos eszméknek egyszerű átvételére szoritkozva, hanem hozzá tudunk látni amaz eszmék önálló fejlesztéséhez is. Chovinismus nélkül szóba hozhatjuk talán ma már egy magyar önálló orvostermészettudományi iskola létezését, mert az orvos- és természettudományok majdnem minden ágában vannak specialis buváraink, kik maguk és tanítványaik munkálkodásával bizonyos mértékben saját irányt képviselnek.

Nem szeretném azonban az elbizakodottság vádját magamra háritani. Érzem és tudom ugyan, hogy a negyvenes évek második felének azon idejétől, midőn a tudomány-egyetem hivatalos felszerelésében még egyetlen mikroskop sem létezett és az első mikroskopot Magyarországon a természettudományi társulat keretében annak tagjai magánadakozás útján hozatták meg, a mai időig, midőn úgyszólva minden orvostanulóra esik egy-egy mikroskop, midőn egyetlen egy tanszék nagyobb modern intézetében el lehetne helyezni tanszékeivel, laboratoriumaival, klinikáival a negyvenes évek egész orvosi és természettudományi fakultását, óriási a haladás: de nem hunyhatok szemet, és midőn a jelen korszakot bár röviden rajzolom, nem is szabad azt tennem, az előtt sem, hogy orvostermészettudományi kulturánk felkelő napjának világosságában még sok az árnyék, hogy úgy tudományos felszerelésünk, valamint a tudományos közszellem tekintetében még mindig igen sok a kivánni való. Tanszékeinknek jó nagy része az ország első egyetemén is még mindig igen mostohán van elhelyezve. Hogy ne említsek egyebet, tessék megnézni az egyetem általános kórtani és Pasteur-intézetét, a kórbonctani intézeteket, a közegészségtani intézetet, az elmekór és gyógytani, bőr- és bujakórtani intézeteket, valamennyi botrányosan szük helyiségekben kénytelen tengődni, a mit még rikitóbbá tesz az a sajátságos körülmény, hogy egyes tanszékek már másod izben is kaptak fényes palotákat, mig ezek első izben az életükhez szükséges kellő elhelyezést sem nyerhették meg. Intézeti átalányaink nevetségesen csekélyek és intensivebb tudományos vizsgálódásokra — hogy azokkal a külföldi versenyben a mai idők szellemében kellőleg részt vehessünk — anyagi alapot nem nyújtanak. Vannak egyes tanszékek számára fényes palotáink, de belső tudományos felszerelésök szegényes és bizonyos mértékig igazolni látszik azon megjegyzés maliciáját, hogy az egyetemi épitkezésekbe idáig befektetett 7—8 millió forintnyi összegnek egyelőre legalább nem annyira a felsőbb orvostermészettudományi oktatás, mint inkább az épitészeti kultura vette és veszi hasznát. A tudományos közszellem, meg kell vallanunk, hogy magunk között a tudósok között is, még mindig fogyatékos. Tudományos búváraink — ha vizsgálódásaikban elmélyednek — búvárlataikkal társ nélkül csakhamar magukra maradnak. Külföldre kell azokkal menniök, ha érvényesiteni akarják; itthon nem értik meg öket. Egy ugyanazon szakmában szakférfiak kevesen vagyunk, nem érünk rá, hogy más szakok hazai előhaladását is figyelemmel kisérjük. A tudományos közérdeklődés úgy a nagy közönségben, mint a sajtóban még mindig fejletlen, annak sakktábláján még majdnem kivétel nélkül csak politikai alakok szerepelnek, melyeknek a játszma folyamán kidülése vagy előtérbe nyomulása foglalja le leginkább a közkivánesiságot. Lapjaink hasábokat szentelnek egy-egy furfangos betörés, egy-egy rablógyilkosság leirásának, rendes rovatot tartanak fenn a törvényszéki csarnok bűntárgyalásaira: de alig emlékeznek meg pár szóval egy-egy népszerű vagy szakszerű tudományos felolvasásról, bármily fontos legyen is az és az előadó bármily nagy gondot és fáradságot fordítson is azokra. A közelismerés a tudományos becsvágy előmozdítására még nagyon keveset conferál nálunk. Mindezek orvostermészettudományi kulturánkra még mindig a kezdetlegesség bélyegét sütik. De e kezdetlegesség daczára a haladás, a mozgásba jött lendület kétségen kivül constatálható és a továbbfejlődés elkerülhetetlenül bekövetkezik.

Tudományos fejlődésünknek eddigi örvendetes lendülete kétségen kivül a korszellem hatása, mely úgy az egyest, mint az összességet ellenállhatatlanul viszi a fejlődés útjain még előttünk ismeretlen törvények szerint. Ez fogja annak haladását továbbra is kikényszeriteni. De a korszellem mindenha az egyes egyének agyvelőmunkájában nyilatkozik meg, melynek mindeniknek megvan a maga külön értéke, egyiknek több, a másiknak kevesebb, az egyetemes eredmény létesitésében. Mivelődésünk haladása törvényeinek lehető megértésére evidentiában kell tartanunk azért minden ilyen külön munkálkodás értékét, ha nem az életben, legalább a halál után. Ez a nyilvántartás a Magyar Tudományos Akadémiának nem az utolsó feladata és valóban ezt teszszük akkor, midőn tudományos fejlődésünk elhunyt munkatársainak emlékezetét emlékbeszédeinkben felelevenitjük. Ezt igyekeztem tenni jelen emlékbeszédben én is.

Ha sikerült abban kellőképen kijelölni és méltányolni elhunyt két munkatársunk szellemi munkásságának értékét és kulturális jelentőségét: kérem a t. Akademiát, iktassa be azt emlékezetének nagy tárházába, az elhunyt akademiai tagok felett tartott emlékbeszédek közé, a hová az idők rendje szerint sokszor, annak ellenére néha, már oly sok jeles tagjának emlékezetét elhelyezte és a hová fogunk egykoron eljutni mi is mindannyian, kik most e két elhunyt tagtársunk életéről és koráról s azoknak kapcsán saját korunkról ez igénytelen elmélkedésbe bocsájtkoztunk.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Über den Abortus. Ein Leidfaden für Ärzte und Studirende, mit 7 Abbildungen im Text von Frauenarzt Dr. **Oscar Piering**, gew. I. klin. Assistenten der. k. u. k. Frauenklinik in Prag. Berlin 1899. 43. l.

Az elvetélésről különösen az utóbbi időben hazai nyelvünkön is elég számmal jelentek meg dolgozatok, de a legtöbbje csakis a szerzők saját észlelései alapján s meglehetős subjectivitással tárgyalja a kérdést s minthogy másrészről a tankönyvek és kézikönyvek legnagyobb része kissé hézagosan végez az abortusok tanával, a gyakorló orvos mindeddig nem volt oly kimerítő s mégis rövid és könnyen áttekinthető vezérfonal birtokában, a mely őt a szülészeti gyakorlat ezen leggyakrabban előforduló kérdésében gyorsan és jól tájékoztatta volna. A közelmultig a szülészetet meglehetősen befejezett tudománynak tekintettük s ime most nap-nap után újabb műtéti módok feltalálása, régi műtétek felújítása, rég elfogadott és megmásíthatatlanoknak hitt javalatok és ellenjavalatok újabb módosításai látnak napvilágot s majdnem odajutottunk, hogy az ősrégi szülészeti tudományban több a „függő kérdés", mint az egészen fiatal gynaekologiában.

Az abortus kérdése is ezek közé tartozott; látszólagos bevégzettsége daczára is két táborra osztotta a szülészeket, az ú. n. activekre és a conservativekre; ezen két tábor azonban mindinkább közeledett egymáshoz, úgy hogy most már majdnem teljesen tisztázottnak tekinthetjük ezen függő kérdést. Ugyanazon fejlődési processust láttuk itt is végbemenni, mint pl. a lepényi időszak kezelésének kérdésében. Addig állott egymással a legmerevebb ellentétben az activek (a méhlepényt lehetőleg azonnal kinyomók) és a conservativok (ad infinitum várakozók) tábora, a mig végre mindegyik fél szinte észrevétlenül engedve merev álláspontjából, végre megtalálták a helyes, s legyen szabad itt inter parenthesim megjegyeznem, a Kézmárszky tanár által régtől fogva tanított, arany középutat; ezen átmenet oly észrevétlenül ment végbe, hogy most talán már egyik fél sem tudná megmondani, hogy mikor és mennyiben engedett előbbeni intransigens álláspontjából.

Az abortuskezelés terén is — mint említém — ma már körülbelül ugyanily helyzetbe jutottunk, mert itt sem tudjuk már megmondani, hogy ki voltaképen a conservativ s ki az activ therapia híve, olyannyira közeledtek egymáshoz a régente egymástól bizony elég messze állott ellenfelek. Piering is ezért művecskéjének bevezető soraiban már joggal mondhatja, hogy az abortus kérdését az „általánosan elfogadott elvek" alapján tárgyalja, mert a mi még eltérés mutatkozik a nevesebb szülészek felfogásában, az inkább a részletekre vonatkozik. Igy pl. a néhány hetes, vagy az incomplet abortus befejezésénél az egyik a digitalis kitakarítás híve, míg egy másik a polypfogónak, egy harmadik a curettenek adja az elsőbbséget.

Piering munkájában mindenekelőtt az abortus okait sorolja fel a lehető legnagyobb tökéletességgel s jól áttekinthetően. Feltünő itt, hogy az influenzáról azt mondja, hogy csak igen ritkán vezet abortushoz, a mi saját tapasztalatainkkal ellenkezik. Azon megjegyzése pedig, hogy az abortust túlhosszú szoptatástól eredő subinvolutio uteri is okozhatja, valószinűleg csak lapsus calami, minthogy a protrahált lactatio tudvalevőleg az ellenkezőt, a méh hyperinvolutioját szokta okozni.

Szerző behatóan irja le azután a kiüritett pete alkatrészeit a terhesség különböző hónapjaiban, az elvetélés tüneteit és lefolyását, kórisméjét, prognosisát és gyógykezelését.

Utóbbira vonatkozólag a fenyegető abortusnál nyugalmat, opiumot, hydrastist, chloralhydratot (extr. viburni prunifoliival) és bromot ajánl. Óva int a hideg alkalmazásától és a tamponálástól.

Fel nem tartóztatható abortusnál a tamponálás híve (sterilizált jodoformgaze-csikkal) s ezt 12—24 óránkint mindaddig ismételni ajánlja, a mig a pete teljesen le nem vált, vagy ha a leválás hosszabb várakozás után még sem következnék be, vagy pedig láz esetén a leválasztásra a digitalis módszert ajánlja.

Incomplet abortusnál a visszamaradt peterészek mindig eltávolitandók; és pedig ujjal, ha a méhszáj átjárható s curettel (esetleg a méhnyak előremenő dilatatiojával a Fritsch-féle tágitók segélyével).

Az egész eljárásnál szerző természetesen a legszigorubb asepsisre, széteső peterészeknél antisepsisre ($^1/_{20}$/o-os lysollal) törekszik s a következő szavakkal fejezi be ezt a fejezetet:

„Az elvetélésnél, hasonlóan a rendes szüléshez, csakis akkor javalt az orvosi beavatkozás, hogyha az abortus lefolyása a rendestől eltér, illetőleg ha láz, vérzés, bűzös folyás lép fel; máskülönben a beavatkozás, különösen műszerekkel, kerülendő."

Szerző külön fejezetet szentel még a művi abortusnak, a melynek javalatait lehetőleg korlátozni kivánja; különösen a csillapithatatlan hányás ellen igen helyesen túlgyakran alkalmazottnak mondja azt.

A tubaris abortus rövid tárgyalása után a munka befejezéseül szerző a pete méreteit a különböző terhességi hónapokban egy táblázat alakjában adja Schultze és Landois nyomán.

Az egész munka rövidsége daczára dicséretre méltó tökéletességgel tárgyalja a szülészet ezen fontos fejezetét s mindenütt a német szakirodalomból vett irodalmi adatokkal támogatja állitásait; e tekintetben szerző lelkiismeretességében annyira megy, hogy még általánosan elfogadott igazságok ismertetésénél is különböző szerzőkre hivatkozik.

Piering munkácskáját a mondott jó tulajdonságoknál fogva, a melyekhez még a jól érthető világos stylus járul, különösen a gyakorló orvosok figyelmébe a legmelegebben ajánlhatjuk. *Temesváry Rezső.*

II. Lapszemle.

A veleszületett syphilis megakadályozására *Fournier* a terhes nőt higanykezelésnek veti alá. Példákat hoz fel arra, hogy ily módon oly anyák, kik előzőleg mindig abortáltak, vagy veleszületett syphilisben szenvedő gyermeket hoztak a világra, egészséges gyermekeknek adnak életet. Legjobb készítménynek tartja ilyen esetben a hydrargyrum jodatumot, melyet labdacsokban ad, aránylag kis mennyiségben (2·5—6 cgm. pro die). A higanykezelést az egész terhesség alatt folytatja és oly módon rendezi be, hogy 20 napig vétet be jodhiganyt, azután 10 napig szünetet tart, mire ismét 20 napos jodhiganyhasználat következik, utána 10 napos szünettel és igy tovább. (La sem. méd. 1898.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1899. április 7.

— **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1899. márczius 26-dikától 1899. április 1-jéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 473 gyermek, elhalt 325 személy, a születések tehát 148 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2623 beteg, szaporodás 760, csökkenés 862 maradt e héten végén ápolás alatt 2521. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup —, roncsoló toroklob 3, hökhurut —, kanyaró 10, vörheny 2, himlő —, typhus abdominalis 6, gyermekágyi láz 2, influenza 3, egyéb ragályos betegségek 3, agykérlob 19, agyvérömleny 10, rángások 7, szervi szívbaj 7, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 58, tüdőgümő és sorvadás 66, bélhurut és béllob 9, carcinomata et neoplasmata alia 7, méhrák 4, Bright-kór és veselob 7, angolkór 2, görvélykór 1, veleszületett gyengeség és alkathiba 18, aszkór, aszály és sorvadás 2, aggkór 11, erőszakos haláleset 8. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1899. április 2-dikától április 8-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 29 (meghalt 5), himlőben 1, (meghalt —), álhimlőben 1, bárányhimlőben 15 (meghalt —), vörhenyben 49 (meghalt 3), kanyaróban 159 (meghalt 7), roncsoló toroklobban és torokgyikban 20 (meghalt —) trachomában 7, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 8 (meghalt —), orbánczban 20 (meghalt 1), gyermekágyi lázban 2 (meghalt —).

— **Az orvosképzés ügye a képviselőházban.** Az orvosok képzésével s általában az egyetemi oktatással a képviselőház ezen évi budgetvitájában több szónok foglalkozott. Első sorban természetesen a vallás- és közoktatásügyi minister nyilatkozatai érdekelnek, ki kijelentette, hogy a felső oktatásnak organikus törvénynyel való szabályozását elkerülhetetlenül szükségesnek tartja. E czélból az összes fennálló, szétszórt rendeleteket összegyüjttette, hogy történelmi alapra épithessen. Addig is azonban a szorgalmi és szünidő kérdését rendeletileg óhajtja szabályozni. A jelenlegi időbeosztást tarthatatlannak tartja, az új beosztás már a jövő tanévben lépne életbe. Az orvosdoktori szigorlat reformjáról következőkép nyilatkozott:

„Vagyok bátor a következőket kijelenteni: addig nem adhattam ki a rendeletet, a mig a recziproczitás kérdése nem tisztáztatott Ausztriával, a mely azonban mihelyt tisztázva lesz, nincsen semmi akadály arra nézve, hogy az új orvosdoktori szigorlatra vonatkozó intézkedéseket megtegyük és erre nézve jelzem azt, hogy a főszempontot arra helyezem, hogy a praktikus gyógyászat követelményeinek mindinkább megfeleljen az orvosi szigorlati szabályzat. Itt felemlitem, hogy az alapvető tárgyakból előbb sikeres szigorlat teendő, akkor azután bocsáttassanak az ú. n. klinikai évekre; a gyakorlati kiképzés elősegitésére még egy évi kötelező kórházi gyakorlatot szándékozom behozni, a mire nézve egész őszintén megvallom, bizonyos kételyei vannak az egyetem jelesebb tanárainak is, a kik azt hozzák fel, hogy elegendő számú kórház nincsen. Én összeirattam a kórházakat és úgy tapasztaltam, hogy van már Magyarországon annyi kórház, hogy ezt keresztül lehet vinni, a mi majd nagy megnyugvásra szolgál a közönségnek, hogy az orvos, ha egyszer letette vizsgáját s a diplomája a kezében van, egy évig köteles kórházi gyakorlaton lenni és csak azután léphet ki az életbe."

Az orvosképzésről igen figyelemre méltó beszédet mondott *Major Ferencz*, ki mindenekelőtt arra hivta fel a minister figyelmét, hogy a hygiene, a kórvegytan, az általános kórtan, a Pasteur-intézet, a kórboncztan szemben a legtöbb klinikával, elégtelen helyiségekben sinylődnek s dotatiojuk siralmasan szegényes. Uj eszme a parallel tanszékek meghonositása, mely szerint azt ajánlja, hogy a botanikus kertben a már felépült II. szülészeti s nőgyászati klinika mellé épitsék a II. sebészeti klinikát s ugyanoda telepitsék ki a II. belgyógyászatit is. Ugyanoda kerülnének a még felépitésre váró elméleti intézetek is, mig az egyik kórboncztani intézet az üllői-úti belső telepen nyerne elhelyezést. Az üresen levő tanszékek betöltését is sürgeti, különösen a gyermekgyógyászatiét ajánlja. A tiszti orvosi és törvényszéki orvosi vizsgálatok eltörlését s azoknak az orvosi szigorlattal karöltve való megoldását javasolja. A specialis kiképzést a gyakornoki intézmény keretében óhajtja megoldani.

Pap Samu is az orvosi kar theoretikus intézetei dotatiojának felemelését sürgeti, az orvosképzésben a manualis ügyességek begyakorlására s a sebészeti kiképzésre nagy súlyt óhajt helyezni, a kötelező kórházi gyakorlatot helyesli, de ez alatt díjazást óhajt számukra biztositani; a törvényszéki és tiszti orvosi vizsgálatok eltörlését ő is sürgeti. A magyar orvosi tankönyvek kiadásának elősegitésére a magyar orvosi könyvkiadó társulatot a minister pártfogásába ajánlja. Az egyetemi épitkezésekben helyteleníti, hogy kis területre sok épületet emelnek, de

e mellett az intézetek szét vannak szórva; a kolozsvári elmegyógyintézeti klinika mielőbbi felépítését ajánlja.

Komjáthy Béla a vizsgálati díjak mérséklését sürgeti, reámutat, hogy a magántanári intézményt nem a rendelet szellemében kezelik s helyteleniti, hogy a tanárok mellékfoglalkozást is folytatnak.

Wlassics Gyula minister Major Ferencz felszólalására a következőkben reflectált:

„A t. képviselő úr azt ajánlja nekem, hogy a második sebészeti klinikát ne épitsem oda, a hova a butgetemben is tervezve van, t. i. a Szentkirályi- és Baross-utcza sarkára, hanem vigyem a botanikus kertbe. Mondhatom, hosszú ideig húzódott, vonódott a sebészeti klinikának ügye. Most a Rókust, a hol jelenleg el van helyezve, le fogják bontani. Sürgősen kell tehát gondoskodni, hogy második sebészeti klinika legyen.

S erre vonatkozólag valóban hosszú időbe került, hogy keresztül tudtam vinni, hogy a budgetemben helyet foglalhasson és meg is vettük a szükséges telket a második sebészeti klinika részére és mivel ott van az első sebészeti klinika is, a terveket is elkészittettem abban a reményben, hogy a budgetem rövid idő alatt törvényerőre emelkedik és megkezdhetjük az épitkezést. És nem látok semmi okot arra, hogy ettől az elhatározásomtól eltérjek, az egyetem is helyeselte.

A t. képviselő úr felemliti azt, hogy egyes laboratoriumok és intézetek nagyobb dotatiojáról és az elméleti tanszékek fokozatos fejlesztéséről gondoskodjam. Köszönettel veszem. Meg lehet győződve a t. képviselő úr, hogy én leginkább viselem szivemen, hogy a hol különösen kisérletezésekről, a tudománynak ilyen nagyfontosságú kérdéseiről van szó, a kellő dotatio meg legyen és ennek segélyével lehessen bizonyos eredményeket elérni.

Felemliti a képviselő úr, hogy a tiszti és törvényszéki orvosi vizsgák — úgy hiszem azt mondotta — megszüntetése iránt tegyem meg a szükséges intézkedéseket, illetőleg bocsátkozzam tárgyalásokba. Én elvileg a sok vizsgának barátja nem vagyok; én inkább a képzésre és a tanulásra való alkalomadásra fektetem a súlyt; arra azonban ma absolute nem kivánok nyilatkozni, hogy ezek a vizsgák megszüntethetők-e és illetőleg a szigorlati szabályzat úgy alakitható-e át, hogy azután e két vizsgálatot feleslegessé tegyék. Egyet azonban mondhatok, hogy mind a két vizsga erős reformra szorul és tudtommal az illető szakminister urak meg is teszik az intézkedésekek, úgy a törvényszéki orvosi, mint a tiszti orvosi vizsgák reformja tekintetében."

A *Komjáthy Béla* által felhozottakra a minister a közetkezőkép nyilatkozott:

„T. képviselő úr azt is megjegyezte, hogy apad az orvostanhallgatók száma. Erre azt vagyok bátor megjegyezni, hogy ez nemcsak Magyarországon van igy, hanem másutt is, pl. a szomszéd Ausztriában. És itt ne méltóztassék messze keresni az okokat, főok az, hogy az orvosi pálya általában egyeseknek nagyon jó, a nagy többségnek azonban nagyon rossz, mert csak a hirneves orvosokat keresik, a középszerűeket pedig nem. A mi körorvosi, törvényszéki stb. hatósági orvosi állásaink pedig úgy vannak szervezve, hogy nagy csábot ez a pálya nem nyújt."

Mint látható az orvosképzés kérdéseit inkább csak érintették, semmint megvitatták. Ez ugyan a politikai viszonyokból érthető, de azért jellemző a képviselőház felfogására, hogy a tudomány művelésének s oktatásának kérdéseivel szemben, az adott viszonyok között is, mennyivel nagyobb figyelmet s időt fordított a művészeti ügyeknek.

— **Országos Orvos-Szövetség.** Az Országos Orvos-Szövetség igazgató tanácsa f. évi április hó 9-dikén ülést tartott, melyen úgy a fővárosi, mint a vidéki tagok nagy számmal vettek részt. A napirend főtárgya a nyugalomdij és segélyző intézmény ügye volt. Az igazgató tanács az alapszabály-tervezetet elfogadta, s elhatározta annak kinyomatását. Az Országos Orvos-Szövetség hivatalos lapja egész terjedelmében közölni fogja. A fiókszövetségeknek módjukban lesz hozzászólani s ezen felszólalások számbavételével az igazgató tanács az ügyet a szeptemberi congressus elé terjeszti. Az alapszabály-tervezetet legközelebb ismertetni fogjuk.

+ **Nyilt levél az Orvosi Hetilap tek. szerkesztőségének.** Távol voltam a fővárostól és igy csak ma szereztem tudomást *Bókay János* igen tisztelt collega úrnak becses lapjuk f. évi 13. számában „A modern gyermekorvos és a chlorsavas kali" jelzés alatt megjelent nyilt leveléről. *Bókay János* igen tisztelt collega úr a nyilvános alapok számlájára való gyógyszerrendelés tárgyában megjelent belügyministeri szabályzat megváltoztatására irányuló, a budapesti orvosok szövetsége választmányához beadott javaslatomhoz csatolt és annak mintegy okadatolását képező memorandumomnak a kalium chloricumra vonatkozó megjegyzéseiből kiszakit két mondatot egészen, egy mondatot pedig csonkán, a hogy itt következik: „Hamarosan azt sem lehet eldönteni, hogy mire jó az a praescriptio? Belsőleg már nem adják, gargarismának pedig csak erősebb oldatban mondják hathatósnak. Ezt a praescriptiot tehát modern orvos ma már alig használja." És ezen az alapon állva construálja meg a maga sérelmét, a melyet rajta állitólag elkövettem. Megconstruálja sérelmét, daczára annak, hogy a memorandumomból idézett utolsó mondatnak csak vesszővel elválasztott folytatása igy hangzik: „de mint a kalium chloricum normalis praescriptioja ott szerepel a II. mellékleten *és igy azt másképp rendelni nem szabad*".

Én memorandumomban egy tuczat példával érzékitem, hogy milyen kinos zavarba jutnak mindazok, a kik a ministeri szabályzat szerint kénytelenek gyógyitani, mert a szabályzat II. mellékletén felsorolt normalis gyógyminták zárt formulák, a melyekről nem én, hanem a szabályrendelet 4. §-a mondja, hogy „mintaszerűleg (azaz normaliter) mindazon gyógyszerek rendelendők, melyeknek rendelésére ezen szabályzat II. mellékletében előirt minta van. Ezeket magistraliter rendelni nem szabad. Viszont magistraliter csak azon szerek rendelendők, melyek a II. melléklet vénymintáiban nem foglaltatnak". A memorandumban felsorolt példákkal és igy a kal. chlor.-ra vonatkozólag elmondottakkal is első sorban azt akartam kimutatni, hogy mennyire megkötik az orvos kezét az adott praescriptiok és azt hiszem, sikerült is kimutatnom, hogy a II. mintán szereplő előirásokkal az illető szereknek más formában való adagolása tilalom alá van helyezve. Igy tehát a kal. chlor. is, meg a szabályzat II. mellékletén szereplő többi szerek is, magistraliter nem rendelhetők, azokat csakis az előirt minta szerint kell rendelnünk. Igy kell és csakis igy szabad rendelnünk a kal. chloricumot, ha az illető beteg szegénységét igazolva, ingyenorvosságra apellál. Akár gyermekről, akár felnőttről szól az ének; akár tonsillitishez gargarismának, akár inunctio mellé a stomatitis megakasztása czéljából rendeljük, máskép nem rendelhetjük, mint csak az általam kifogásolt „solut. kal. chlorici pro infante" alakjában.

Tehát nem az igen tisztelt collega úr által idézett két és fél mondatra van a fősúly fektetve, hanem arra a részletre, a melyet nyilt levelében nem idézett. Nem is mondom én sehol, hogy a ki a kifogásolt praescriptiot használja, vagy használatra ajánlja, az nem modern orvos, hanem az ellen foglalok állást, hogy, mert ez a modern orvos által ma már alig használt praescriptio ott van a szabályzat II. mintáján, a kal. chloricumot más formában használni nem lehet. És teszem ezt daczára annak, hogy magam — készségesen elismerem — a kal. chloricumot sem gyermeknek, sem felnőttnek soha sem rendelem.

Bókay János igen tisztelt collega úr a gyermekgyógyászat legújabb irodalmát tanulmányozva és a saját igen számos és becses tapasztalataira támaszkodva nagyon becsüli a kal. chloricumot, és ebből az okból ajánlotta a kifogásolt praescriptiot. Bocsánatok kérek, *nem ezért, hanem azért ajánlotta, mert nem tudta, hogy azzal a kifogásolt — és reménylem, általa is csak gyermekeknek szánt — előirással a kal. chlor.-nak más alakban való rendelését lehetetlenné teszi.*

Én sem tudtam valamit, mert az nincs bent a szabályzatban. Nem tudtam azt, hogy ama bizonyos praescriptiot *Bókay János* igen tisztelt collega is ajánlotta. Oly tisztelettel voltam és vagyok az ő személyisége iránt, hogy azt tudva, csakhogy meg ne sértsem, példáimból kihagytam volna a kal. chlor.-ot vagy megjegyzéseimnek más alakot adtam volna. Ez a hiba megtörtént, jóvá tenni nem tudom. Különben is úgy látom, hogy *Bókay János* collega úr máris vigasztalódott. Sokkal nehezebben vigasztalódom én, mert az én sérelmem sokkalta nagyobb, a mennyiben, ha nem is vagyok modern gyermekorvos és piedestálon sem állok, szegény gyermekbetegeimnek mégis csak szeretnék megengedett formában irni digitalist, bromot, calomelt, ipecacuanhat stb. De hiába, ezt nem tehetem, mert a szabályzatnak ama II. mintáján vannak ezekre a szerekre vonatkozó praescriptiok, a melyekről biztosan tudom, hogy nem *Bókay János* igen tisztelt collega úr ajánlata folytán lettek felvéve, és igy a gyermekgyakorlatban, igazán mondom, hasznavehetetlenek.

Ez a sérelem is csak úgy történhetett meg, hogy a kik vénymintákat proponáltak a szabályzat II. mellékletébe, nem tudták, mi áll a szabályzat 4. §.-ában. Nem róttam fel bűnül senkinek sem ezt, sem más hibáit a szabályzatnak. Nem támadtam senkit és nem akartam sérteni senkit sem. Csak azt szeretném, ha megváltoztatnák azt a szabályzatot, a mely mai formájában az orvosokra és a betegekre egyaránt sérelmes.

Jelen soraimnak szives közlését kérve maradtam a Tekintetes Szerkesztőségnek kész szolgája Budapesten, 1899. április 7-dikén. *Wein Manó*, székesfővárosi kerületi orvos.

A **Hutyra Ferencz** dr. egyetemi magántanárnak és az állatorvosi akademia igazgatójának Ő Felsége az egyetemi nyilv. rendkivüli tanári czimet adományozta.

△ **A budapesti önkéntes mentő-egyesület** segélyét márczius hóban 845 esetben vették igénybe.

— **Megjelent.** *A Marczali-féle Nagy Képes Világtörténet* 21. füzete, mely az indiai művészet történetét tárgyalja és sokat beszél az ellorai hires sziklatemplomról. Ára egy füzetnek 30 kr.

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. Localis iszap-begöngyölés. Massage, gépgyógyászat. Kitünő szállodák. Lift. Meghülés kizárva. Vendéglő saját üzemben. Olcsó árak. Prospektust ingyen küld az **igazgatóság.**
A fürdő rendelő-főorvosa: **Dr. Rosányi 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 mellett **napi négy forintért** vétetnek fel. Bővebbet 1/22—1/24-ig járóbeteg rendelőjében, Budapest, VI. ker., Eötvös-utcza 23. szám.

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. (XII. rendes ülés 1899. április 8-dikán.) 196. l. — Közkórházi orvostársulat. (VI. szakülés márczius 8-dikán.) 197. l.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XII. rendes ülés 1899. április hó 8-dikán.)

Elnök: **Bókay János**; jegyző: **Dieballa Géza**.

Három plastikusan operált beteg bemutatása.

Idősb **Siklóssy Gyula**: Tisztelt orvosegyesület! Két plasticai műtétmódot kivánok bemutatni, melyek mindegyikét már a közkórházi orvostársulat pár év előtt látta, itt az egyesületben azonban még nem volt szerencsém róluk értekezhetni, és szerintük operált beteget bemutatni.

Mindkettő bőreltoláson alapul és maga után nem hágy fedetlen helyet, a melynek sarjadzás után kellene behegedni.

Az első abban áll, hogy egy ivalakú metszést viszek az arczon keresztül, mely a járomcsont alatt kezdődik és az orr oldalán végződik, magasabban, mint a belső szemzug. Az orr oldalát mintegy felezi, a mennyiben a belső szemzug és az orrhát között megy.

Ha most a bőr a szemhéj széléig felkészittetik, akkor az tetszés szerint tolható el, és a műtő feltolhatja az orr oldalán oly magasra, hogy az ectropium megszünik. Persze az eltolás által a metszés két végén egy kis búb marad, a szemzug felett a lebeny okozza azt, alul pedig az arczbőr, melyen a metszés ive a felső bőr eltolása által túlhosszú lett. Ezen kis bőrtöbbletek rendesen pár hónap alatt elsimulnak, és ritkán kell őket eltávolitani, legritkábban alul a járomcsont alatt.

A metszés két vége igen fontos. Ha azt nem a járomcsont alatt kezdjük, hanem feljebb, akkor a felpraeparálás által szabaddá tett bőr nem tolható el elég magasra. 1872 év óta foglalkozom ezen metszéssel, szerettem volna azt rövidebbre szabni, de ha feljebb kezdjük, mint fentebb megirtam, nem tolható oly magasra, hogy a kiszegély megszünjék.

Még fontosabb, ha lehet, a metszés felső vége.

Igen sok alsó szemhéjat műtöttem már, és eleinte nem egyszer történt meg velem, de most is nem egyszer látom megtörténni nagy nevű operateurökkel, hogy az alsó szemhéj belső felén megmarad a kiszegély, a könypont kifordultan marad, és ezzel együtt marad a könyesorgás is.

A jelen bemutatott beteget Bécsben egyik klinikus szemész tanár operálta. Az alsó szemhéj pótlására, a mely pustula malignában pusztult el, a halántékból vett lebenyt. Innen venni kölcsön bőrt nem igen czélszerű. A lebeny ezen esetben, ha zsugorodik, felfelé rövidül, mert a basisa feljebb van az alsó szemhéjnál, és ezzel az alsó szemhéj belső végét ott, hol épen a könypont van, húzza felfelé és távolitja el a tekétől, de ezen betegnél megesett még, hogy a lebeny csakis a könypontig ért, az alsó szemhéj leglabilisabb részéig, a mely oly könnyen kifordul. Tényleg az alsó szemhéj $^3/_4$ hossza ki is volt fordulva. Hogy ez ne történjék, a lebenyt az orrnak oldalához erősitem, akkor az orr bőrét húzza és a zsugorodás nincs befolyással a szemhéj belső felére, a könypont megmarad a maga physiologiai helyén, a mint azt a bemutatott esetben világosan lehet látni.

A lebeny varrása rézsut történik, az eltolás által okozott feszülést az öltések mindnyájának kell viselni és pedig minden egyes öltésnek egyenlő arányban.

A második műtét hasonlóképen bőrelcsúsztatáson alapul.

Tegyük fel, hogy az alsó szemhéj külső, vagy mint a bemutatott betegnél, a belső része rákosan fajult el.

Az újképletet ék alapjában távolitom el, melynek szélesebb része a szemhéjat foglalja magában. Ekkor a külső szemzugon keresztül annak magasságában egy vizszintes metszést viszek a halánték bőrén, ha kell, egész a fülig és a bőrt felpraeparálom oly mélyre, a milyen az ékszerű háromszögletes anyaghiány. Ezen felszabaditott bőr elég mozgékony, kinyulik annyira, hogy a három anyaghiányt egyesithessem.

A bemutatott betegnél a rák a szemhéj belső felét foglalta el. Itt a felpraeparálás alkalmával a fornix conjunctivae-t is át kell metszeni, hogy az anyaghiányt befödhessük.

A varrás itt is rézsut történik.

Ezen két módot a felső szemhéjon még nem végeztem.

Tabes esete gégecrisisekkel.

Baumgarten Egmont: Franczia országban eléggé gyakran kórismézik a tabest a gégeleletből, mig ellenben minálunk ez csak nagyon ritkán történik és pedig azért, mert — úgy látszik — csak a román faj fogékonyabb a tabes ezen tünetcsoportjaival szemben.

Ezen 44 éves leánynál egy év óta köhögési rohamok, fuldoklási érzettel lépnek fel, melyek az utóbbi időben gyakrabban és aggasztóbban nyilvánulnak. A mellkasi szerveket rendben találták, miért is a poliklinikán jelentkezett gégeosztályunkra vizsgálat czéljából. A torok- és gégelelet rendes, a nyálkahártyák kissé vérszegények, de feltünő, hogy a hangszalagok — különösen jobb oldalt — a legmélyebb inspirationál sem térnek ki a hulla-álláson túl, de többnyire csak 2—3 mm.-nyire a középvonaltól. Csak néha-néha látni egy-egy pillanatra egyik vagy másik hangszalag nagyobb kitérését. Ezen lelet a légzési és köhögési rohamok alapján azonnal gyanús volt tabesre, miért is a beteget Schaffer dr.-hoz küldöttem, ki nála tényleg tabest kórismézett. Lelete a következő: szükebb láták, fényre renyhébben, alkalmazkodásra jobban reagálnak. Térdtünet jobb oldalt hiányzik, bal oldalt igen renyhe. Lancináló fájdalmak. Vizeleteseppegés.

Érdekes, hogy a betegnél ezen gégehűdési leletek változnak; javulnak akkor, ha vagy a gége crisismentes, vagy crises gastriques van jelen ennek helyében; de ezek alatt sem rendes a hangszalagok mozgása, csupán csak nem oly classikus a hűdés. A gégecrisisek alatt a gége és torok túlérzékeny, gyomorcrisisek és mentes időben rendes. Néha sikerült a fejbiczczentő izomra gyakorolt (Oppenheim-féle pont) nyomás által gégecrisises napon köhögési rohamot, gyomorcrisises napon hányást, szabad napokon pedig fájdalmat előidézni.

A keratitis neuroparalytica.

Grósz Emil: Előadó bevezetésében kifejti, hogy a keratitis neuroparalytica kérdése, majdnem évszázados kutatás ellenére is, még befejezetlen. Az állatkisérletekkel egyenértékű újabb észlelések: a Gasser-dúcz kiirtása, a neurectomia optico-ciliaris indokolttá teszik az ügy újabb tanulmányozását. Előadó azon véleményben van, hogy az összezavart kóralakokat el kell különiteni, mivel „minden tudományban az első lényeges siker: összebonyolult dolgok egyszerüsitése“ (Buckle). E czélból először az állatok kisérleti keratitisét, azután az ember trigeminus bénulása, sérülése vagy resectioja kiséretében keletkezőt s végül az ember valódi keratitis neuroparalyticáját tárgyalja.

Az első fejezetben (az állatok trigeminus átmetszése után keletkező keratitise) az állatkisérletekkel foglalkozik, és pedig *Magendie*, *Claude Bernard*, *Graefe*, *Snellen*, *Scheff*, *Büttner* és *Meissner*, *Sinitzin*, *Eberth*, *Balogh Kálmán*, *Senftleben*, *Feuer*, *Hőgyes*, *Gudden*, *Gaule*, *Turner*, *Angelucci* és *Spallita* eredményeinek megismertetése után kifejti, hogy a kisérletezők két táborba sorozhatók; az egyikben azok vannak, a kik az idegbefolyást elismerik, a másikban azok, kik a cornea elváltozásait külső ártalmakból magyarázzák, és pedig alkalmi okul vagy a sérüléseket vagy a kiszáradást tekintik. Ezen adatok mérlegeléséből előadó azon meggyőződésre jut, hogy a trigeminus átmetszése után kisérleti úton keletkező keratitis suppurativa ektogen infectio eredménye, melynek keletkezésére az érzéketlenség folytán támadó hámhorzsolások és kiszáradás bő alkalmat nyujtanak. Ez azon felfogás, melyet első izben *Eberth* fejtett ki s mely mellett *Balogh Kálmán* is állást foglalt, s melynek részleteit *Feuer* és *Hőgyes* dolgozták ki.

A második fejezetben (az ember trigeminus bénulása, sérülése vagy resectioja következtében keletkező keratitis) első sorban a trigeminusnak lues (*Alexander*, *Uthoff*, *Fromageot*), vagy daganat (*Graefe*, *Haase*) nyomása által előidézett, vagy veleszületett (*Van Millingen*) bénulása kapcsán keletkező keratitissel foglalkozik. Ezen csoportba három észlelése tartozik; az egyik meningitis basilaris gummosában szenvedő nő, ki 1895 óta áll észlelés alatt s ez idő óta a szemmozgató idegek, a facialis és a trigeminus bénulásán kivül neuritis descendense s muló hemiparesise is támadt. A keratitis a cornea traumája után keletkezett. A második 38 éves nő, lueses alapon fejlődött mindkét oldali facialis, oculomotorius és trigeminus paresis. A cornea hegébe az iris belenőtt. A harmadikban a trigeminus és facialis bénulás a cornea elpusztulására vezetett. Másodsorban azon csoporttal foglalkozik, a melyben az anaesthesia s a keratitis a trigeminus sérülése folytán támadt (*Graefe*, *Takáts Endre*, *Kuthe*, *Baudry*, *Fedoroff*). Ide tartozik azon észlelése, a melyben az ophthalmoplegia, a trigeminus bénulása és a keratitis egy 32 éves férfiú baltának tarkójára történt esése által jött létre. A harmadik csoport a Gasser-dúcz resectioja után támadt keratitiseket tartalmazza (*Krause*, *Gallemaerts*, *Depage*, *Wölffler*, *Hippel*). Azon esetből, melynek előadó szövettani vizsgálatát végezhette, kiderül, hogy ezen keratitis anatomiai tekintetben is teljesen azonos más okokból keletkező genyes szarúhártyagyuladásokkal (*Uthoff*, *Elsching*). Az irodalom összesen 3 ilyen vizsgálat leirását tartalmazza (*Treitel*, *Schweinitz*, *Hippel*). Mindezek alapján előadó azt állitja, hogy a trigeminus bénulása, sérülése vagy a Gasser-dúcz resectioja után keletkező keratitis azonos azzal, a mely állatokon a trigeminus átmetszése után fejlődik, de azonos a facialis bénulásában s a glaucoma degenerativ stadiumában szenvedők szemein előállóval. Ennek oka is tehát ektogen infectio, melyet az érzéketlen cornea sérülései s a kiszáradás (embernél a synergikus pislogás e tényező szerepét csökkenti) elősegitenek.

A harmadik fejezetben (az ember valódi keratitis neuroparalyticája) az előbbiektől különböző valódi keratitis neuroparalyticát tárgyalja. Ezt eddig nem választották el elég élesen; *Fuchs* még legszabatosabban irja le, de az aetiologia tekintetében ő is téved (trigeminussal hozza összefüggésbe). Ennek kórképe: izgalmi tünetek nélkül a rendesen érzéketlen cornea közepe bágyadttá lesz, szövete elborul, az alapszövet csak később szenved, végül át is fúródhatik. Elgyengült, lesoványodott betegeken fordul elő. E csoportba három esete tartozik: 68 éves férfi; 25 éves szoptató asszony; 78 éves férfi, ki 25 éven át maláriában szenvedett s kinek egyoldali keratitise előzetes kötőhártya véraláfutások után érzéketlen corneán keletkezett. Ezen kórképeket azonosoknak tartja a gyerme-

kek keratomalaciájával (*Fischer, Aret, Graefe, Leber*), az ophthalmia brasilianával (*Gama, Lobo, Gounêa*), az orosz bőjtölő asszonyok szoptatós gyermekein keletkező keratitissel (*Thalberg*) s a pellagra cornea necrosisával. Az ember ezen valódi keratitis neuroparalyticája magyarázására az idegbefolyás felvétele szükséges; külső ártalmaktól való védelem nem akadályozza meg; a baj rendesen a corneára szoritkozó érzéketlenséggel jár, gyakran követi a herpes zostert (*Hippel, Hirschberg, Panas, Kroll, Goldzieher, Koster*). A trigeminus nem lehet az ok (Gasser-dúcz resectioja után ezen alak nem fordul elő). A trophikus zavarok a vasomotorikusokkal lépést tartanak. A nyaki sympathikus sem lehet, mint azt *Durdufi* és *Doyan* kisérleteiből hinni lehetne, mert *Jonnesco* az ember mindkétoldali nyaki sympathikusa resectioja után sem látott a corneán trophikus zavart. Előadó figyelme a ganglion ciliare felé fordult. Vázolja a vitát, mely annak jellege felett folyt (*Schwalbe, Retzius, Ónodi, Michel, Kölliker, Holtzmann, Jendrássik*) s annak sympathikus természetét bebizonyitottnak tekinti. *Bernheimer* kisérleteiből kiderül, hogy a ciliarisdúczban corneához menő idegrostok is erednek. Az ember valódi keratitis neuroparalyticájának okát a ciliaris dúczban kell keresni, mert igy érthető, hogy néha egyoldali, hogy lesoványodott egyéneken fordul elő; már *Claude Bernard* tapasztalta, hogy egyes mérgek a corneára szoritkozó érzéketlenséget okoznak; kutya corneáján éheztetés necrosist idéz elő, leölt állatok oculomotoriusát izgatva csak a külső szemizmok húzódnak össze (*Langendorff*), az oculomotoricus átmetszése után a sorvadás a ciliarisdúczig terjed (*Apolant*), cornea anaesthesia, mydriasis, keratitis neuroparalytica együttesen fordulhatnak elő (*Parisotti*), a hemiatrophia faciei okát *Jendrássik* a fej sympathikus dúczaiba helyezi; a neurectomia optico-ciliaris eredményei nem szólnak ellene, mert a corneában ép idegrostok maradnak (*Schmidt, Rimpler*).

Conclusiok: 1. Azon keratitis suppurativa oka, a mely állatok szemén a trigeminus átmetszése után, embereken a trigeminus sérülése, összenyomása, betegsége vagy resectioja után, valamint facialis paralysis kapcsán keletkezik: azonos bántalom, oka infectio. Ennek forrása a kötőhártya-zsák, a könytömlő, vagy érintés útján bejutó külső fertőzés. Az infectiot elősegiti az érzéketlenség folytán keletkező kiszáradás s a traumák ellen való védelem csökkenése.

2. Az ember valódi keratitis neuroparalyticájának, továbbá az ezzel azonos keratomalaciának s keratonecrosisnak oka: a ganglion ciliare sejtjeinek degenerálása. Ezt pedig cachexia, localis vérzés, vagy sérülés idézi elő.

Csapodi István: Az előadónak azt a fejtegetését, hogy az érzéketlenség folytán kifejlődő szarúhártyagyuladás nem különbözik más genyedő keratitistól, szóló eléggé megokoltnak látja; de saját tapasztalataiból meg kell erősitenie azt a tételét is, hogy vannak esetek, melyek egészen sajátszerű idült keratitis képét öltik. A keratomalaciára nézve szólóban is támadt már az a gondolat, melyet az előadó kifejtett: hogy ezt a folyamatot szintén az idegbénulásos szarúhártya-gyuladás mellé kell sorozni. A mult évben akart egy idevágó esetet bemutatni. A kerületi betegsegélyzőpénztár poliklinikájára hoztak egy roppantul lefogyott, elsorvadt csecsemőt, a kinek egyik szarúhártyáján parenchymásnak látszó keratitis fejlődött. Meglepőnek tetszett azonban, hogy néhány hónapos csecsemőnek már ilyen szembaja volna. Különben luesre nézve nem is lehetett semmit megállapitani. Az is feltünt, hogy a szarúhártya érzéketlen volt. Harmad napra világos lett a baj mivolta; a szarúhártya gyorsan elmállott s ugyanez a folyamat kezdődött a másik szemen is. A gyermek — úgy látszik — hamarosan elpusztult, mert a bemutatásról elmaradtak vele. Végül ebbe a csoportba valónak tartaná szóló a xerosisnak azt a formáját (keratitis xerotica), mely nem trachoma, vagy pemphigus következménye, hanem rosszul táplált, kimerült egyének szemén fejlődhetik.

(Folytatása következik.)

Közkórházi orvostársulat.

(VI. szakülés 1899. márczius hó 8-dikán.)

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

(Folytatás.)

A diabeteses szervezet a szénhydratok egy részét olykor mind, máskor meg a fehérje egy részét is, nem bontja a rendes módon fel és igy kisebb-nagyobb mennyiségű anyagot pocsékol el. Ennek következtében — bizonyos körülmények között — megtörténhetik, hogy egy deficites állapot köszönt be. A legfontosabb feladat ennek megszüntetése, a mi bár paradoxnak látszik, sikerült diaeta-szűkités segélyével.

Leghelyesebben járunk el, ha a betegek táplálék-szükségletét caloriákba átszámitva iparkodunk megállapitani. A *Rubner* adta számok itt is teljesen érvényesek; e szerint a diabeteses, ép úgy mint az egészséges, kilogrammonkint pihenésnél 30—35, vagy könnyű munkánál 35—40 caloriát igényel. Ily módon meglehetős pontosan kiszámithatjuk valamely betegnek napi szükségletét caloriákban; a caloriákból pedig a szükségelt tápanyagok mennyiségére következtethetünk. Már most a naponta kiűrített czukormennyiséget, mint veszteséget, szintén caloriákba számitva, le kell vonnunk a nyert összegből s csak ekkor kapjuk meg az értékesitett és értékesithető caloriák teljes számát.

A szénhydratokat be kell szűkiteni. Mihelyt ezeket megszoritjuk, vagy elvonjuk, csökken a glykosuria, esetleg el is tünik; természetesen csak azon időre, mig nem adunk újra szénhydratot. Ellenben néhány hét mulva más, emelkedett tolerantia mutatkozik, a mit a czukorbontó functio pihentetéséből lehetne megmagyarázni. Az eredmény annál biztosabb, minél könnyebb az eset.

De a czukortalanitás nemcsak a vizeletben mutatja a jó eredményt, hanem az egész szervezetre kihat. Számos subjectiv érzés, mindenféle complicatio javulásának indul, a beteg erősebb, munkabiróbb lesz, sőt testsúlyban is gyarapodhatik.

Az elvont tápanyagot pótolnunk kell fehérje és zsir által, a pótlás talán részben alkohol adása által is sikerül.

A fehérjetáplálásnak egy időben — még nem is nagyon régen — nagy szerepe volt a diabetes kezelésében. Hitelét épen a túlzások rontották el; a tömeges fehérjetáplálás ellen *Buchardat*-tól Naunyn és Noordenig sokan tiltakoznak. Először, mert súlyosabb diabetesnél határozottan árt a sok fehérje s mert a beteg igen könnyen ráúnhat, mi által az egész kezelés kiállhatatlan és a beteg rebellis lesz vagy csaló. Noorden 120—140 gm. fehérjét elegendőnek tart; a hol pedig a czukor nem tüntethető el, 70—90 gm. is megfelel.

Buchardat érdeme az, a mit később *Cantani* erősitett meg, hogy a szénhydratokat legfőképen zsirok által helyettesithetjük.

Az alkohol szerepe a diabetesnél háromszoros: 1. a tápanyagé, 2. a zsirok bevevésénél a segitő anyagé, 3. a stimulansé a gyakran gyengült szivre. Absolute eltiltani csak ritkán szükséges. Contraindicatioja az arterio-sklerosis, a köszvényes diathesis, a hájasság és a hólyagbajok.

A legszigorúbban kell azonban a szénhydratokkal elbánni. Kétségtelen, vannak szénhydratok, melyek könnyebben és melyek nehezebben bontódnak meg. Egy valóságos skála felállitása azonban eddig nem volt lehetséges; meglehet, hogy ennek tisztán individualis okai vannak; a bizonyos csak az, hogy eddig igen nagyok az ellentmondások.

Ezek után rátérhetünk arra, hogy mikor, mit és hogyan egyék a diabeteses.

Nem tartja feladatának, hogy részletesen tárgyalja a diabeteses étrend minden egyes ételét, fogását, vagy annak készitési módját. Csak egyes és általánosságban tartott vonásokban fogja az egészet ecsetelni, különösen az irányadó elvek kiemelésével.

Minden diabetesesnek, ki magát a kezelésnek aláveti, a diaetáját qualitative és quantitative elő kell irni; nem szabad sokat, de huzamosan keveset sem ennie.

A nyujtott egyes tápanyagok tápértékét könnyű kiszámitani, ha azoknak fehérje, zsir és szénhydrat tartalmát ismerjük. A bevitt és felhasznált caloriák értéke 2300-nál nem igen lehet kisebb, bár *Naunyn* tapasztalta, hogy kivételesen sokkal kevesebb caloriaértékkel is meg van a beteg; *Weintraub* pedig egy esetben plane 25 caloria pro kiló mellett azt látta, hogy a betege jól érzi magát, hónapokig meg van, sőt 6½ kilót hizott is.

A betegnek kielégitő tápmennyiség felhasználását a praxisban eléggé megállapithatjuk a subjectiv jó érzésből, esetleg a munkaképességéből és a test súlyából; az utóbbi egészen megbizható eredményt ad, ha az esetleges hydropsoktól eltekintünk.

A diaeta előirásánál nagyon üdvös a legkisebb részletekig menni.

A fehérjetáplálék lényegében áll hús, hal, tojás és sajtból. Jó, hogyha a beteg a húst főtt állapotban maga méri ki magának, hogy igy mihamarabb meg legyen a kellő szemmértéke. A hús sütés és főzés által súlyának 25%-át veszti el s igy 1 gm. hús körülbelül 1 caloriának felel meg. E mellett számba jön még a zsirtartalma is, mely nagyon változó lehet 5—40%-ig. A vad és szárnyas zsirszegény és igy kisebb tápértékű. A hal zsirtartalma igen változó. A máj glykogentartalma miatt ártalmas ugyan, de a tömött libáé zsirtartalma és glykogen szegénysége miatt megengedhető. A thymus a többi húsfélével jóformán egyenrangú. A vérnek valamint a húsnak minimalis glykogen tartalmáról nem kell szólanunk. Jelentékeny fehérjetartalma van a gombáknak. A tojás nemcsak azért érdemel figyelmet, mert a húst helyettesitheti, hanem zsirtartalmánál fogva is. 1 tojás = 75 caloriával.

Mint fehérjesurrogatum jóformán csak a somatose jöhet szóba. mely részben igen, de egészben sohasem pótolhatja a normalis fehérjét, A tropon aligha lesz használható; előadó betegei kellemetlen ize és a gyomor megterhelése miatt utasitották vissza.

A sajtok főértéke abban rejlik, hogy fehérjetartalmuk körülbelül 2-szer akkora, mint a húsé. De a kövér sajtok némelyike 30% zsirt tartalmaz (Gervais, eidami, rocquefort, strachino). Igy a zsirfelvétel egyik legalkalmasabb formája a sajt. Ügyes szakács sokféle alakban és olykor hihetetlen mennyiségeket bir az ételekbe elrejteni.

A sajt zsirján kivül az ételek elkészitéséhez szükséges zsir és vaj is szerepel. A művaj annak, a ki kissé idegen izen túlteszi magát, még jobb mint a természetes, a mennyiben az utóbbi mindig visz magával valamelyes tejczukrot. Igen nagy zsirtartalma van a csontvelőnek (körülbelül 100%), a szalonnának, a hájnak és a borjú pararenalis szövetének. Persze kenyér nélkül fogyasztani, még tojás kiséretében is egy kissé keserves. Jó alakja az öntött saláta, mely óriási szalonnát bir el. Az olaj egyike a legjobb zsiroknak 100% tartalommal, és kivánatos, hogy a diabeteses a mennyire csak elbirja fogyaszsza.

A szénhydratos tápszerek közül a legkivánatosabb, de majdnem a legveszedelmesebb a mindennapi kenyér. Fájdalom, hogy ezen legjobb zsirvivőt csak igen megszoritva lehet adnunk; *Naunyn* porosusra sült, vékony szeletekre vágott és kissé megpiritott búzakenyeret ad; szóló eddig az úgynevezett vizes zsemlyét és *Schachner*-féle czukortalan kétszersültet adta, de a megengedett mértéken belül lehet kenyeret is adni.

A szénhydratoknál kell felemlitenünk az elkerülhetetlen édesitőket és czukrokat. Ezek közül a szőlőczukor a legveszedelmesebb, szigorúan kerülendő. A laevulose korántsem ártalmatlan, a főhibája az, hogy

nem édes és e miatt nagyobb mennyiségben fogyasztják. A betegek kétségtelenül jobban képesek megtartani, mint a keményitőt vagy a dextroset és czukormentes diabeteses hosszabb ideig el bir belőle 30—40 gm.-ot naponta, de a glykosuriásnál a czukortartalom csakhamar emelkedik. Adásának legjobb módja a méz, a gyümölcs. A nádczukor, valamint minden segélyével édesített anyag használhatatlan és kerülendő, de elkerülhető is, mert surrogatumok által elég jól pótolható.

Ilyen a mannit, a mi nem szénhydrat és nem is okoz glykosnriát, de hashajtó hatása miatt nem indifferens, és csak rövid használatra alkalmatos. Továbbá a Fahlberg-féle saccharin és ennek natron vegyülléke, a krystallose. Napi 0·1 gm. adagokban nem szokott ártalmas lenni, bár már megtörtént, hogy az is okozott dyspepsiát. Némely ember huzamosabban használva, alaposan megutálja. A dulcinról *Aldschoff* kimutatta, hogy nem közömbös anyag; nagyobb dosisok icterust okoznak, *Naunyn* szintén elővigyázatot ajánl, bár mások bőségesen használták.

A főzelékek szintén szénhydratok, leghelyesebb közülök azokat használtatni, melyek nem tartalmaznak 5%-nál többet, de jó lesz még ezt is számba venni. Ott azonban, a hol adásuk megengedett, nem szükséges a beteget tőlük visszatartani, mert 1. a betegek úgy sem veszik nagy mennyiségben fel; 2. édes tartalmukat az aránylag ártalmatlan inulin, inosit és mannit adja; 3. a főzelék főzés közben szénhydratja egy részét elveszti, az a leöntendő vízbe menvén át. Nagyon jó eljárás a leforrázott főzeléket vizétől préselés által megszabaditani, nemcsak, hogy szénhydratját veszitse, hanem, hogy szárazzá tétessék és igy még több zsir felvételére legyen alkalmas. Ajánlatos valamennyi gomba, sóska, spinát, spárga, savanyú káposzta, tök, saláta, ugorka, a nálunk alig ismert rhebarbara. Szerepük a stomachicumé és a zsirvivőé, pl. az öntött saláta 80%-os szalonnát is elbir, a káposzta és spinát 20—25%-ot. Mi Magyarországban ezeket rendesen rántással kapjuk; a mi lehetőleg elkerülendő, esetleg aleuronatliszt rántással helyettesitendő, ha pedig nagyon pontosan akarunk eljárni, az elhasznált liszt mennyiségét a kiszámitott napi portioba be kell számitani.

A tej körülbelül 5% tejczukrot tartalmaz. Naunyn azon állitása, hogy az aludttej czukortartalma kisebb, úgy látszik nem tartható fenn. Ellenben valamivel kevesebb czukortartalma van a kecsketejnek. Gärtnernek van egy módszere, melynek segélyével kezelt tej 1% czukortartalommal bir, mig zsirtartalma valami 5—6%; ennek az ize a rendestől kissé elüt. Ujabban nálunk is hirdetnek diabetes tejet. Naunyn a tejtől meg súlyosabb diabetes-eseteknél sem áll el egészen, sőt egész ½ literig menő tejratiot is megenged a nélkül, hogy ennek rossz következményeit látta volna. A tejre vonatkozólag előadónak is elég jó tapasztalatai vannak, és a tejratio lassú emelkedésével találta a legjobbnak, a legveszélytelenebbnek a diabetesest a szénhydratokhoz hozzászoktatni.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

13,571/899. alisp. sz.

Dr. Thoman Jakab nyugdijazása következtében a **bács-kulai szolgabiróságnál** megürült 600 frt fizetéssel, 150 frt lakpénzzel és 150 frt úti átalánynyal javadalmazott **járásorvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok és felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, miszerint az 1883. évi I. t.-cz. 9. §., úgy ezen §. végpontjában emlitett tiszti orvosi vizsga letétele tárgyában 80,099/93. sz. a. kiadott belügyministeri rendelet 22. §-a alapján felszerelt kérvényeiket **f. évi április hó 30-dikáig** méltóságos báró dr. bajsai Vojnits István főispán úrhoz nyujtsák be.

Z o m b o r, 1899. évi márczius hó 28-dikán.

2—2 *Karácson*, alispán.

1559/899. ki. sz.

Jász-Nagykún-Szolnok vármegye Tiszaközép járásában kebelezett **Török-Szent-Miklós** nagyközségben a **községi orvosi állás** elhalálozás folytán üresedésbe jött.

Felhivom az ezen állásra pályázni kivánókat, hogy szabályszerüen felszerelt kérvényeiket hozzám bezárólag **1899. évi április hó 30-dikáig** annál is inkább adják be, mert a később beérkezőket figyelembe venni nem fogom.

Ezen községi orvosi állás javadalmazása következő: 500 frt készpénzfizetés, 100 frt lakbérilletmény, valamint a községi szervezeti szabályrendeletben biztositott látogatási díjak élvezete.

A megválasztandó orvos köteles állását f. évi május 6-dikán feltétlenül elfoglalni.

A választás f. évi április hó 30-dikán délelőtt 9 órakor fog Török-Szent-Miklós községházánál megejtetni.

T i s z a - R o f f, 1899. évi április hó 4-dikén.

3—2 *Jancsó Czezár*, főszolgabiró.

2472/1899. kig. sz.

Hunyadvármegye dévai járásában levő **piskitelepi körorvosi állás** elhalálozás folytán megüresedvén, erre ezennel pályázatot hirdetek.

A körorvosi körhöz 29 község tartozik. Az állással egybekötött javadalmak a következők:

1. 450 frt évi körorvosi fizetés.
2. 230 frt úti átalány.
3. A m. kir. államvasutaktól pályaorvossá kineveztetése napjától 450 frt tiszteletdij.
4. A szabályrendeletileg megállapitott látogatási dijak.

A megválasztott körorvos tartozik Piskitelepen lakni.

Felhivatnak pályázni kivánók, hogy törvényszerű minősitésüket és nyelvismereteiket feltüntető bizonyitványaikkal felszerelt folyamodványaikat f. év **április 25-dikéig** bezárólag hivatalomhoz terjeszszék be annyival is inkább, mert a később érkező vagy fel nem szerelt folyamodványokat figyelembe venni nem fogom.

A megválasztott körorvos állomását azonnal elfoglalni tartozik.

A választás f. év május 1-én Piskitelepen a község házánál d. e. 11½ órakor fog megtartatni.

D é v a, 1899. évi április hó 6-dikán.

—1 *Csulay Lajos*, főszolgabiró.

2921/1899.

Vadász, Bélzerind és Simonfalva községekből álló **vadászi** egészségügyi körben a **körorvosi állás** lemondás folytán üresedésbe jövén, arra pályázatot hirdetek s a választásnak Vadász község székházánál leendő megejtésére határidőül folyó évi május hó 6-dikának d. e. 10 óráját tűzöm ki.

A körorvos javadalmazása: 600 frt évi fizetés, úgy 20 kr. nappali és 40 kr. éjjeli, a látogatási, továbbá 20 kr. halottkémlési s végre a szabályrendeletileg megállapitott hússzemle-dijakból áll.

Felhivom mindazokat, kik ezt az állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876: XIV. t.-cz. 143. §-ában előirt minősitést igazoló okmánynyal felszerelt kérvényüket hozzám **folyó évi május hó 5-dikének d. u. 5 óráját**ig adják be.

K i s j e n ő, 1899. évi április hó 11-dikén.

3—1 *Csukay Gyula*, főszolgabiró.

1446/1899. sz.

Alsó-Fehér vármegye balázsfalvi járásban **Balázsfalva** község székhelylyel rendszeresitett **körorvosi állomás**, melyhez a mihálczfalvi, burósbocsárdi, akábai és balázsfalvi körjegyzőségekhez beosztott 15 község tartozik, üresedésbe jövén, arra ezennel pályázatot nyitok.

A körorvos évi javadalmazása 500 frt fizetés és 150 frt fuvarátalány, mely előzetes havi részletekben Balázsfalva község pénztárából fizettetik; a gyógydijakra nézve a körorvos a községekkel szabadon egyezkedik, azonban a vagyontalanokat ingyen köteles gyógykezelni, köteles továbbá körét havonként kétszer beutazni.

Felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883: I. t.-cz. 9. §. és az 1876: XIV. t.-cz. 143. §. értelmében képesitésüket igazoló okmányokkal, erkölcsi magaviseletüket tanusitó bizonylattal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **folyó évi április hó végéig** annál is inkább nyujtsák be, mert a későbben beérkezőt figyelembe venni nem fogom.

A választás az egészségügyi kör székhelyén Balázsfalván a körjegyzői irodán folyó évi május hó 3-án d. e. 10 órakor fog megtartatni.

B a l á z s f a l v a, 1899. évi április hó 6-dikán.

A szolgabirói hivatal:

1—1 *Simonffy Alajos*, főszolgabiró.

HIRDETÉSEK.

BILINI SAVANYÚKÚT

legkiválóbb képviselője az alkalikus savanyú vizeknek.

10,000 részben: szénsavas natron 33·1951, kénsavas natron 6·6679, szénsavas mész 3·6312, chlornatrium 3·9842, szénsavas magnesium 1·7478, szénsavas lithium 0·1904; szilárd alkatrészek, 52·5011, összes szénsav tartalom 55·1737, abból szabad és kötetlen 38·7660, hőmérsék 10·1—11° C.

Régóta hires gyógyforrás vese-, hólyag-, gyomorbántalmak, köszvény, hörghurut, aranyérnél stb.

Kitünő diaetetikus ital.

Savanyúkút gyógyintézet.

Ivó- és fürdő-kura, minden kényelemmel ellátva, kád-, gőz-, elektr. fürdők, legújabb szerkezetű fürdők Gärtner bécsi tanár szerint, hidegvíz-gyógyintézet, tökéletes berendezéssel, massage stb.

Fürdőorvos:
Med. Dr. REUSS VILMOS

A fürdő-igazgatóság Bilinben
Csehországban.

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.

ÓVÁS!

Az ősidőktől „Selters“ elnevezés alatt ismert, s a maga nemében egyedüli porosz királyi **Niederseltersi**

„Königl. Selters“

gyógyvíz rovására annyi mindenféle visszaélés történik, hogy szükségesnek tartjuk a szakköröket **a gyógykezelés** érdekében ismételten figyelmeztetni, hogy csak a valódi porosz kir. **Niederseltersi „Königl. Selters“** gyógyvíz bir azon orvos-tudományilag megállapított indikátióval, mely a **tüdő- és gégehurut** (köhögés, rekedtség) s ezen bajokkal többnyire kapcsolatos **influenza (nátha)** leghathatósabb gyógykezelését véleményezi. Gazdag konyhasó és szénsavas natrium, valamint nagy mennyiségű **kötött** szénsavtartalmánál fogva meglepően oldó és csillapító hatású, kellemes izű és könnyen emészthető, a **nyálkahártyákat nem izgató** természetes gyógyvíz

A porosz kir. ásványvíz-források.
Siemens & Cie.

Kapható minden gyógytárban és megbizható fűszerkereskedésben.

Kizárólagos képviselet és főraktár Magyarország területére:

ÉDESKUTY L.

ásványvíz-nagykereskedés
cs. és kir. udvari szállító Budapesten.

Vegyi, górcsövészeti és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUM

Budapesten, V. ker., Váczi-körút 60. sz.

Foglalkozik **vizelet-, köpet-, bélsár-, vér-, hányadék-, gyomornedv-, dajkatej-, ex- és transsudátum** valamint **bacteriologikus vizsgálatokkal.**

Dr. MÁTRAI GÁBOR, v. egyetemi élet- és kórvegytani tanársegéd.

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.

Dr. Bácskay Béla tehénhimlő termelő intézete
Aradon.

Szállít egész éven át bármikor jövő rendelésre, bármely mennyiségben, **biztosan fogamzó és accidentalis betegséget soha nem okozó, gyermeken kipróbált védhimlő-oltóanyagot**

a következő árakon:

50 adagot	1 phiolában (elég 60 egyénre)	2 frt	50 kr.
100 „	2 „ (elég 120 egyénre)	5 frt	— kr.
100 „	10—15 adagos phiolákba osztva	7 frt	— kr.
1 tizenöt adagos phiolát (elég 20 egyénre)		1 frt	50 kr.
1 három adagos phiolát (elég 5 egyénre)		— frt	50 krért

Oltóeszközöket beszerzési áron. Csomagolásért 10 kr. porto fizetendő.

Korytniczai ásványvíz.

Elismert kitünő gyógyvíz **gyomor-, bél-, aranyeres bántalmak, máj, lépdaganatok, sárgaság, idült székrekedés és epekövek ellen.** Kapható **Korytniczán a fürdőigazgatóság által, Édeskuty L., Mattoni és Wille** Budapesten, **Makoviczky Péternél** Rózsahegyen, valamint **minden gyógyszertárban.**

Szezon-megnyitás május 15-én.

Teljes pensió előidényben hetenkint 21 frt, a főidényben 28 frt.

Fölvilágositással szolgál a fürdőorvos **Ormay József dr.** kir. tanácsos, Budapest (Royal-szálloda). **Ugyszintén a fürdőigazgatóság Korytniczán.**

Egyesült chiningyárak ZIMMER & Co., Frankfurt a. M.

Irodalom Euchininről:

von Noorden, Overlach, Goliner, Panegrossi, Conti, Klein, Fridrich, Muggia, Gray, Suchomlin, Plehn, Fauser, Solontzeff, Filatow, Alexeef stb.

Irodalom Eunatrolról:

Blum: Der ärztliche Praktiker 1897, Nr. 3

EUCHININ

Mintákkal, irodalommal s minden egyéb részletes szivesen szolgálunk.

Ugyan oly gyógyhatású mint a chinin láz, influenza, hagymáz, szamárhurut, idegzsábák ellen és mint zsongító. Az **Euchinin** ize nem keserü, a gyomrot nem terheli s mellékhatásai az idegrendszerre gyengébbek, mint a chininéi.

EUNATROL

Kitünő cholagogum epeköveknél és egyéb epe- és májbajoknál;

Eunatrol-labdacsok

alakjában minden melléktünet nélkül hónapokon át bevehető.

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 szállit:

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

Fizikai gyógyitásmódok
alkalmazása
Dr. Palócz Ignácz intézetében
Budapest, IX., Vámház-körút 7.

Villamos fényfürdők (izzasztók és részlegesek), vibratiós massage, gyógymechanika, testegyenészet, **thermomassage, nap- és légfürdők** (kertben).

PARÁD GYÓGYFÜRDŐ
(Heves vármegyében).

Természetes arzéndús vasas gyógyvíz, vasas timsós fürdőkkel, égvényes-kénes és vasas savanyúvíz-forrásokkal,

hidegvíz-gyógyintézettel.

Előévad május 15-től junius 15-ig, főévad junius 15-től augusztus 20-ig, utóévad augusztus 20-ától szeptember végeig tart. — Bővebb felvilágositással és ingyen prospektussal szolgál a

fürdőigazgatóság.

2. Kórtörténet.

„Athenadae puero masculo doluit à sinistra parte infernus dens, à dextra supernus. Huius auris dextra suppurata est, dum non amplius doleret“.[1]

„Athenades fiának fájt a bal alsó foga és a felső a jobb oldalon. Jobb fülében genyedés támadt, midőn a fájdalom megszünt.“

A hatodik könyvben[2] ezen kórtörténet ismét előfordul, csak egy toldalékkal bővítve, a mely azt mutatja, hogy a kór ugyanaz, mint az első fiúé. Ott így kezdődik a leirás: „Athenade puero masculo à Phagedaena ulcere corroso, doluit . . .“

3. Kórtörténet.

a) „Dens Hegesistratio, cui suppuratio iuxta oculum, suppuratus est iuxta extremum & rursus sanatus est oculus. & secundum nares pus descendit crassum. Iuxta gingiuam carunculae paruae rotundae abscesserunt. Huic circa tertiam diem suppuratio affutura putabatur, postea auertebatur. Derepente uero intumuit maxilla, & oculi.“[3]

Néhány sorral odább ugyanazon Hegesistratio-ról még egy kis kórtörténetet találunk:

b) „Hegesistratio postremi duo dentes parte inter se contigua corrodebantur“.

Ezen fogak bizonyára már erősen mozogtak és kihúzattak, a mit a szerző ugyan nem mond, de abból következtethető, hogy nyomban a kórtörténetre következik a boncztelet, vagyis a két fog koronájának és gyökereinek már fentebb idézett boncztani leirása.[4]

a) Hegesistratiusnak, kinek szeme genyedett, utolsó foga körül genygyülem fejlődött. Szeme teljesen kigyógyult. Az orrból pedig sűrű geny ömlött. Az inyen kis kerek daganatocskák keletkeztek. A harmadik nap körül[5] újabb genygyülem volt keletkezőben, azután elmult, de rögtön az állcsont és szem meggyűlt.

b) „Hegesistrationak utolsó két foga egymás felé néző felületeiken szúvasokvoltak.“

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

4. Kórtörténet.

„Quibusdam uero etiam dens corrosus, tertius maxime ex supernis. Prae omnibus autem hic reperitur corrosus, ad hunc dolor, & quibusdam etiam circum suppuratio.“[6]

„Némelyeknél a fog is szúvas, különösen a felső harmadik. Valamennyi között ez szúvasodik leginkább, ez fájdalmas és némelyeknél genyedés is van.“

Ez a kórtörténet az első praemolarisra vonatkozik, nem mint Geist-Jacobi gondolja a bölcsességi fogra. Különben egyik részletét képezi azon kórleirásnak, melyről még szólani fogok a kórtörténetek együttes jellemzése alkalmából.

5. Kórtörténet.

„Aspasii uxori dolor dentis uehemens, & maxillae in tumorẽ elenatae sunt. Quum uero castorium & piper collueret, opem sentiebat.“[1]

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

A diagnosis valószinűleg: *periodontitis acuta diffusa*. A kórtörténet a VII. könyvben ismét előfordul.[2]

6. Kórtörténet.

„Metrodori filio ex dentis dolore, maxillae marcor, & gingiuarum carnis superexcrescentia. Moderate suppuratus est, exciderunt dentes molares, & ipsa maxilla.“[3]

„Metrodorus fia fogfájás folytán állcsont-üszköt kapott, az inyen burjánzások keletkeztek. A genyedés mérsékelt, a zápfogak és maga az állcsont kihullt.“

A kórtörténet előfordul a VII. könyvben is,[4] azon hozzátoldással, hogy Metrodorus Kardiában lakott és az inyburjánzás nagyfokú.

Diagnosis: *necrosis maxillae ex dentis corruptione*. Hasonlit a leirás nagyon azon állcsont-megbetegedésekhez, melyek tabes kiséretében szoktak fellépni, a minőt pl. *Rosin* közlött.[5]

7. Kórtörténet

„Quibus in dentium dolore, de supercilio
cendunt, his à pipere probe affrictio postridie
cendunt, si etiam alia non obtinuerint. Na
ferum inditum non obtinuit, sed m
prouocauit.“[6]

„Kiknél fogfájás követk
kifolyása van, annál bors
kifolyás jelentkezik, ha
nál a bevitt altató ne
ményezett.“

Ezen homály
orrbetegségre vona
egy ide tartozó n

„Quae in
solutus fuerit
dolor, necqu
quidem H
uero ill

szü

[1] De morbis popularibus, lib. IV. p. 437.
[2] De morb. pop. lib. VI. p. 450.
[3] De morb. pop. lib. IV. p. 438—39.
[4] P. 28.
[5] Ugy *Littré*, mint *Fuchs*-nál a megfelelő szöveg és fordítás
a *Cornarius*-étól. Az előbbiek nem „a harmadik nap körül — circ
tiam diem“ hanem a „harmadik *fog* körül“ irnak. Azt hiszem,
Cornarius szövege a helyes, mert csak igy van értelme a dol
fogak, melyekről itt szó van, nem a harmadik fog (az első p
hanem, mint ezt a *b*) alatti kórtörténet mutatja, mely
kiegészítője, a két utolsó zápfog.
[6] De morb. pop. lib. IV. p. 442.

Hegesipposnál, miután éjszakára betétetett. Sűrű pedig a korinthosi Celeuros eunuchhoz hasonló fiánál.“

Ez egyike a leghanyagabbul odavetett kórtörténeteknek és *Cornarius* fentebbi szövege még különben is hiányos, ezért ide igtatom Littré fordításait, melyek világosabb és érthetőbb szöveg után készültek:

„Chez ceux qui, souffrant des dents, ont un écoulement ténu venent de la région sourcilière, chez ceux-là un errhin fait avec du poivre et bien appliqué, amène le lendemain un écoulement épais, pourvu que les autres accidents ne l'emportent pas; chez Hégésippe le somnifère introduit ne fut pas le plus fort, mais Hégésippe avait en les dens gratteés avec un peu trop de force.“ [1]

„Les médicaments mis dans les narines quand il y a fièvre: si la douleur se calme, il coule des humeurs épaisses par le nez; si ni la douleur ni la fièvre ne cèdent, des humeurs ténues et peut-être enflammées; ainsi il coula des humeurs ténues chez Hégésippe, à qui on mit un errhin pour la nuit, mais des humeurs épaisses à l'eunuque résidant à Corinthe; s'il le faut, gratter (les dents); le poivre.[2]

A szöveg még így is elég homályos, ezért *Littré* visszatér reá munkájának VIII. kötetében és elfogadja *Meinecke* szövegjavításait: 1. nem altató szert adtak Hegesippos-nak, hanem borsból álló tüsszentőt; 2. nem korinthosi Celeuros eunuchjáról van szó, hanem perinthosi Scelebreus-járól; 3. hogy a hippokratisták a fogakat kaparták (gratter les dents).[3]

MÁSODIK CSOPORT.

1. Kórtörténet.

[illegible]elissandro quum gingina dolor corriperetur & vehe[illegible]umesceret, sectio uenae brachii: & alumen Aegyp[illegible]io sedabat.“ [4]

[illegible]ndros foghúsa fájt és erősen megdagadt, [illegible]omi timsó megnyugtatólag hat.“

[illegible] egyszer előfordul a VII. könyv[illegible].

[illegible]ének.

[illegible]eae fratribus maxilla altera [illegible]e maxillam & oculum, & neque [illegible]apparebat, necque forinsecus [illegible]edine putrescebat. Et alter [illegible]utē alter septima die, & [illegible] Phoenici circulus putri[illegible]est magna ex parte [illegible]e hic, ubi diutius

[illegible] megdagadt
[illegible]mutatott
[illegible]zkösö-
[illegible]t a

Phoenixnél egy rothadó kerek darab kivágatott és szépen kitisztult a seb részben mielőtt meghalt volna. Mégis meghalt, habár valamivel tovább élt.“

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

A „Noma“-ra vonatkozó helyet találtam még a „Jóslatok“ II. könyvében, mely talán az előbb leirt kórtörténetből levont általános itéletet tartalmaz: „At uero nomae lethalissimae sunt, quarū putredines profundissimae & nigerrimae ac siccissimae existūt. Prauae etiā sunt ac periculosae, quae nigrā saniem remittūt.“ [1]

„A legvészesebbek azon „Nomá“-k, a melyeknek roncsolása igen mély, a melyek nagyon feketék és szárazak. Rosszak és veszedelmesek azok is, melyek fekete evesedést mutatnak.“

3. Megfigyelés.

„Quibus aūt in obliqua linguae parte ulcus fit diuturnū, in his dentes cōsiderare oportet, an quis iuxta illam ulceris partē acutior sit.“ [2]

„Kiknél a nyelv oldalfelületén makacs fekély lép fel, annál megvizsgálandó, vajjon a fekély oldalán nincsen-e éles szélű fog?“

Ez is egyike azon tanácsoknak, a melyek becsületére válnak a hippokratisták megfigyelő képességének.

4. Megfigyelés.

„In febribus ad articulos, & circa maxillas maxime abscessus fiunt, prope sanè dolores uniuscuiusque, ad supernā partem magis & in totum. Si uero lentus fuerit morbus & deorsum tendens, inferne etiam abscessus fiunt. Maxime autē pedes calidi, inferne significāt: frigidi superne. Quibus uero ex morbis se erigētibus statim in manibus aut pedibus dolores fiunt, in his abscessus contingunt. Sed & si quid doluerit quis antea egrotet, ad eas partes firmatur. Quē admodū etiam tussientibus & anginosis in Perintho. Faciunt enim tusses abscessus, uelut etiam febres.“ [3]

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

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

[1] Praedictionum lib. II. p. 555.
[2] Praedictionum lib. II. p. 555.
De humoribus, p. 169.

Ehhez hasonló leirások a „*Corpus hippocraticum*“ számos helyein találhatók, melyek közül még csak néhányat kivánok ideigtatni a kórkép teljesebb megvilágitására.

5. Megfigyelés.

„Voluulus haematites. Reliqua quidem eadem patitur cũ prioribus. Incipit aũt morbus autũno fieri. Haec uero in morbo accedũt. Ex ore male olet à dentibus, & ginginae discedũt, & à naribus sanguis fluit. Aliquando etiã ex cruribus ulcera pullulant, & alia sanescũt, alia emergũt.“ [1]

A „Voluulus haematites“ név alatt itt leirt betegség megfelel a skorbutnak.

„Ez történik a betegség alatt. A száj bűzös, az iny leválik a fogakról, az orrból vér folyik. Némelykor még a lábszárakon is fejlődnek abscessusok, némelyek meggyógyulnak, mások megint felfakadnak.“

6. Megfigyelés.

„Post niues, austrina succedebant, & pluviae, grauedines eruperunt, & cum febribus, & sine febribus. Cuidam uero etiam ad dentes, qui antea ex medio doluerat: ad dextra, superciliũ, et oculos.“ [2]

„A havazások után déli szelek következtek és esőzések, ekkor betegségek törtek ki lázzal és láz nélkül. Egyiknél, ki azelőtt (homloka közepét) [3] fájlalta, a fogakra terjedt, a szemhéjra és a szemre a jobb oldalon.“

Az idő hirtelen átcsapása catarrhalis affectiókat szül, melyek igen gyakran a fogakra is kiterjednek, ilyen esetet példáz ezen megfigyelés is.

7. Kórtörténet.

„Cleocho ex lassitudinibus ac exercitiis melle per dies aliquit utenti, tumor ad genu dextrum obortus est. Immo potius ad infernam partem circa tendines sub genu . . . . . & tubercula ad gingiuas circa dentes magna, uelut unae acini, linida, nigrefacta, doloris exortia, ubi cibum non caperet..... Ad os pharmacum ex manna thuris, cum aliis ammixtis profuit. Ad ulcera in ore, sorbitio lenticulae commoda erat.“ [4]

„Cleochosnál, ki testi fárasztás és megerőltetés után naponta mézet vett, daganat fejlődött a jobb térden. Még pedig az alsó részen a térd alatti inak körül . . . . . hasonlóképpen a fogak körül a foghúson nagy bogyószerűek, [livid, feketések, fájdalomnélküliek míg ételt nem vett . . . . . A szájbaj ellen tömjénmagvakat kapott más szerekkel keverve. A szájban levő fekélyek ellen lencsefőzet vala jó.“

Ezen betegség is azon kórkép keretébe tartozik, melyet „*perinthosi járvány*“ néven fogunk megismerni.

8. Megfigyelés.

„Quae circa linguas eleuantur collectiones, & humiles calculi, & quae podagricis fiunt, circa debiles illorum articulos sunt. Nam ossium natura causa est, ut haec & indurentur, & distendantur.“ [5]

[1] De internis affectionibus, p. 281.
[2] De mort. pop. lib. IV. p. 435.
[3] Littré kiegészítése, vol. X. p. LXXIX.
[4] De morb. pop, lib. VII. 478.
[5] De morb. pop libr. II. p. 417.

„A nyelv mentén emelkedő gyülemek és apró kövek és a melyek a köszvényeseknek beteg izületei körül vannak. Mert a csont tulajdonságából következik, hogy ez megkeményedik és összehúzódik.“

Fuchs a következőket mondja erről: [1] „Das Kapitel ist sehr schlecht überliefert und viel Sinn darin nicht zu entdecken. Das Erste sind Cystengeschwülste unter der Zunge (Ranula), die Zusammenstellung derselben mit der Gicht ist mir unverständlich.“

Littré is azt irja: „Note obscure sur les concrétions.“ [2]

A mondat valóban homályos, de azok közé tartozik, a melyek a modern kutatások világánál érthetőkké lesznek. Ujabb vizsgálatok kideritettek bizonyos összefüggést a köszvény és némely fogbaj között. A köszvényesek vérében és váladékaiban, pl. a nyálban kimutattak húgysavas sókat, melyek különböző zavarokat okoznak az izületekben és a fogak körül. Ez teszi érthetővé, hogyan kerülnek össze *Hippokratesnél* a fogkőlerakódások és a köszvényesek izületei. [3]

***

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

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

A betegség egy télen epidémikusan fellépő köhögés [4] Perinthosban, mely a nyilvánulás kezdetén nem árult el valami különösen jellegző tüneményeket, de egy körülbelül negyven napos intermissio után remissio következett, de most már jellegző tünetek kiséretében. Ugyanis nyktalopiák, torokbajok, veszedelmes anginák, végtagparalysisek és a mire

[1] Band II. p. 177., 69. jegyzet.
[2] Vol. V. p. 115.
[3] *Paul Dubois*, a „L'Odontologie“ boldogult szerkesztője egyik czikkében (1893. julius, p. 299) hivatkozik Hippokrates fentebbi helyére és igy idézi: „On observe cher les goutteux des tumeurs sons le langue, serrées, fermes et peu grosses, elle contiennent des pierres. Ils out les articulations faibles. Leurs os deviennent naturallement âpres: c'est la cause des tensions qui se fout sentir à leurs articulations“ (Épidémies, 2.) Az idézet ilyen alakban éppen nem homályos értelmű, hanem szép modern irásmódban adja vissza azt a mi Hippokratesben oly homályosan van meg. Megkérdeztem ezért levélileg Dubois-t, ugyan honnan vette ezt az idézetet. Feleletében ezt irja (1895. aug. 22.): J'ai puisé la citation d'Hippocrate dans une thèse de Paris: De la lithiase salivaire et de ses rapports avec l'arthritisme, par Ernest Gonas 1880. Il donne cette citation en épigraphe.“ Hogy *Ernest Gonas* honnan vette, azt már nem tudom. Ez az idézetek sorsa!
[4] v. De morb. pop., lib. VI. p. 463.

Littré csak jóval később jött reá,[1] abscedáló fogbajok, súlyos gingivitisek, kiterjedt állcsontnecrosisok jelentkeztek.

A „*Járványok*“ II. könyvében van egy hely, a mely a a fennt közölt legtöbb kórtörténetet megmagyarázza: „Abscessus aut per uenas, aut per ossa, aut neruos, aut cutem, aut alias emotiones. Boni autẽ sunt qui infra morbum fiunt, uelut uarices, lumborum granitates ex superuis. Optimi uero potissimum sunt inferni, & longissime infra uentrem, & remotissimi à morbo: & qui per effluxionem fiunt, uelut sanguis è naribus, pus ex aure, sputum, urina, quae per effluxionem fiunt. **At abscessus quibus haec nõ fiunt, sunt uelut dentes, oculi, nasus, sudor.**“[2]

„. . . . . **A kinél ezek** (t. i. vérfolyás az orrból, geny a fülből stb.) **nem lépnek fel, ott abscessusok keletkeznek a fogak mellett, a szemnél, orrban, izzadás.**“

Ide tartozik egy aphorisma is: „Delassatis in febribus, ad articulos, & circa maxillas maxime, abscessus fiunt.[3]

„A láztól elgyengülteknél gyakran abscessusok keletkeznek az izületek és állkapocs körül.“

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

A hippokratisták az orvosi tudomány egyik legfontosabb részének tartották a kórjóslat megállapítását. „Medicum praenotionem adhibere, optimum esse mihi nidetur. Praenoscens enim & praedicẽs apud aegrotos, & praesentia, & praeterita, & futura, & quae ipsi aegroti relinquunt exponens, fidem utique fecerit quo'd aegrotorum res magis cognoscat, quare audebunt homines seipsos medico committere.“[4] „Az orvosnak legszükségesebb a kórjóslatban való gyakorlás. Mert előre megismervén és megjósolván a betegnél a jelen állapotot, a multat és a jövőt, továbbá még azt is, a mit maguk a betegek elhallgatnak, bizalmat kelt maga iránt, hogy a betegnél jobban ismeri az állapotot, minélfogva az emberek rábizni merik magukat az orvosra.“ Ezen szavakkal kezdődik a prognosisok könyve s láthatjuk ebből, hogy a hippokratesi kórjóslat tágabb fogalomkört ölelt fel, mint jelenleg. Magában foglalta az anamnaesist, a status praesenst, a diagnosist és a tulajdonképeni prognosist. „Az ó-kori orvos számára tehát a prognosis a megismerés tulajdonképpeni forrása; e korszakban ő a tudomány philosophiája, nélküle csak empirismus és sötétben tapogatódzó gyakorlat létezik.“[5]

Az ilyen értelmű prognosis felállítására a hippokratisták éles szemmel megfigyelték az egész testet és annak minden részének viselkedését és működését. Az objectiv tünetek kikutatása képezi a hippokratesi prognosis alapját.

Ennek részletes kimutatását nem foganatosíthatom itt, csak néhány hely összeállítására szorítkozom, melyek bizonyítandják, hogy a hippokratisták a fogakat is kellő figyelemben részesítették.

„At uero eas quae à diuturnis fluxionibus uexãtur interrogare oportet at caput doleant, & lumbos, & infernã uentris partem. Interrogandae sunt etiam de dentium stupore . . . .“[1]

„Azoktól, kik régi kifolyásokban szenvednek, kérdezni kell, vajjon fáj-e fejük, ágyékuk vagy hasuk alsó része. Kérdeztessenek meg továbbá fogvásás iránt . . .“

A „*dentium stridor*“ fogcsikorgás számos helyen említtetik a kórjelek között.[2]

Lépbajoknál két alkalommal találunk megjegyzést a fogak és a száj állapotáról:

„Venter inflatur, postea uero etiam splen intumescit, & durus est, & dolores acuti in splenem incidunt, color autem mutatur, & conspicitur niger, pallidus, malicorii speciẽ referens, & ex aure male olet, & gingiuae male olent, & à dentibus discedunt.“[3]

„A has felpuffad, azután a lép megdagad, megkeményedik, heves fájdalom jelentkezik a lépben. A szín megváltozik, cyanotikus lesz, halvány, gránátalmaszínű, bűzös a fül, bűzös az iny és leválik a fogakról.“

„Gingiuae uitiatae, & ora graneolentia his fiunt quibus splenes magni.“[4]

„Csúnya az iny és bűzös a száj, a kiknél nagy a lép.“

„Quicunque dum necque febricitant, necque decolores sunt, saepe & uerticem & tẽpora dolent, si non alium manifestum habuerint abscessum in facie, aut graniter loquãtur, aut dentes doleant, his sanguinem per nares erupturũ esse expectandũ est.“[5]

„Kik gyakran szenvednek főfájásban, mely a halántékra is kisugárzik, a nélkül hogy lázasak vagy halványak volnának, azok vérfolyást várhatnak az orrból, hacsak nem nyilvánvalóan látható abscessus az arczon, vagy nehezen beszélnek, vagy pedig fogaik fájnak.“

Differential diagnosis nyomát találjuk itt az oly pulpitisnek, mely fájdalommal, exacerbatióval jár a halánték és fej felé.

„Occasiones unde quis aegrotare coepit, considerare oportet, siue capitis fit dolor, siue auris, siue lateris. Signum autem sunt in quibusdam dentes, & in quibusdam inguinum tumores.“[6]

Tekintetbe kell venni a betegség kiindulását, fáj-e a fej, a fül vagy az oldal. Jelül pedig szolgálhatnak az egyiknél a fogak, másnál lágyékdaganatok.“

A fogak tehát szerepelhetnek kórok gyanánt általános megbetegedéseknél.

„Aetatem ab aetate discernere oportet, & an prius aut posterius quam conuenit . . . . . dentium emissiones . . . . .“[7]

A kor és testi fejlettség állapotának vizsgálatánál a hippokratisták súlyt fektettek arra, hogy valamely működés vagy jelenség a normalis időben következett-e be, vagy annál előbb vagy utóbb. Ily értelemben figyelni kell arra, vajjon a fogak előhasadása a szabályos időben történt-e.

[1] Littré, vol. VIII. p. XXI.
[2] De morb. pop. lib. II. p. 411.
[3] Liber aphorismorum, sectio quarta, XXXI. p. 523.
[4] Liber Praenotionum, p. 533.
[5] Littré, I. p. 454.

[1] Praedictionum lib. II. p. 560.
[2] Pl. De carnibus, p. 60; De superfoetatione; p. 68; De morbis lib. II. p. 206, 211, 217; De int. affect. p. 261; De nat. muliebri p. 287, 323, 352, 355; Morb. pop. lib. V. p. 455; lib. VII. p. 473.
[3] De internis affectionibus p. 275.
[4] Praedictionum liber p. 561.
[5] Praedictionum lib. p. 561.
[6] De morb. pop. lib. II. p. 412 és lib. VI. p. 459.
[7] De morb. pop. lib. VI. p. 466.

„Qui longae uitae sunt, plures dentes habent.“[1]

„A hosszú életűek sok foggal birnak.“

Ezen sententiának értelme nem világos. *Geist-Jacobi*[2] így adja vissza: „Wer lange lebt, behält viele Zähne“ és a következő kommentárt fűzi hozzá: „Demnach hält er die Erkrankungen und den dadurch bedingten Verlust der Zähne für ein konstitutionelles Leiden.“ *Littré* így fordítja:[3] „Avoir des dents en plus grand nombre est un signe de longévité.“ Ezen felfogás a néphitben is talál kifejezést, midőn a normalisnál nagyobb számú fogak (ú. n. számfeletti fogak) hosszú élet jelének tartatnak.

„Quibus in dentibus circũcirca uiscosa sunt, malum est subhiare ac fixis oculis intendere.“[4]

„Quibus circa dentes in febribus uiscosa adhaerent, his fortiores febres fiũt.“[5]

Megfigyelések, melyek újabb vizsgálatok által is igazoltatnak. Így *Miller* könyvében a száj mikroorganizmusairól[6] olvasható: „Die Producte der Gährung sind eine dem Dextrin nahe verwandte Gummiart (Viscose), Mannit und Kohlensäure ..... Durch die Gährung, welche höchst wahrscheinlich als eine Art Gummigährung zu bezeichnen ist, soll nach *Black* der schleimige Ueberzug auf den Zähnen, der Zunge etc., besonders bei Fiebernden erklärt werden.“

„Dentibus stridere in febribus, quibus nõ familiare id est à pueris, furiosum ac lethale est.“[7]

„Dentium stridor perniciosus est, quibus non & sanis familiaris est.“[8]

„Lázas állapotban a fogcsikorgás, ha gyermekkortól meg nem szokott dolog, veszedelmes és lethalis.“

Ugyanezen gondolatot részletesebben kifejti a következő hely: „Dentes collidere aut stridere, quibus nõ familiare id est à pueris, furiosum ac lethale est: iam uero delyrãs si hoc faciat, penitus lethale est. Perniciosum aũt est et resiccari dentes. Dẽtis corruptio, abscessum circa gingiuã factũ soluit. Ex dentis corruptione; uehemẽs febris superaccedẽs, et delyriũ, lethale est. Si uero feruẽtur, ulcera suppurabũt, & ossa discedẽt. Quibus circa palatũ humoris collectio fit, pleruque suppuratur. Dolores uehemẽtes circa maxillas, periculũ est ne ad ossis eductionẽ deueniãt.“[9]

„A fogcsikorgás és vásás veszedelmes és lethalis, ha az nem gyermekségtől fogva megszokott dolog: ha deliriumban történik ez, akkor ez felette veszedelmes. Veszedelmes a fogak kiszáradása is. A fogromlás az inyabscessust enyhiti. Ha a fogromlás folytán heves lázak és deliriumok keletkeznek, ez lethalis. Ha mégis kigyógyul, a fekélyek elgenyednek és a csontok kiküszöböltetnek. Ha a szájpadláson nedvgyülem keletkezik, ez legtöbbször genyesedésbe megy át. Heves fájdalmak az állkapocsban azt a veszedelmet rejtik magukban, hogy a csont elhal.“

A szerző úgy látszik itt oly súlyos fogbántalmakat észlelt, melyek fertőzés folytán pyaemiás folyamatokra vezettek és lethalis kimenetelűek valának.

„In habitibus tabescẽtibus cum febre, fluxiones ad gingiuas & dentes cõparentes, malae sunt.“[1]

„Phthysikusoknál, ha a láz mellett folyások keletkeznek az inyből és a fogak körül, ez rosszat jelent.“

A phthysis előrehaladt állapotában a fogakon látható változások lépnek fel, a fogak elsárgulnak, rohamosan szúvasodnak. Ezen jelekből itt a hippokratista szerző visszafelé következtet a phthysis súlyosságára.

„Acutum habẽtes caput, qui quidem ualidam habẽt ceruicem, robusti sunt tum alias tum ossibus. Qui uero caput dolent, & aures fluentes habent: his palatum cauum est, & dentes inter se non è directo.“[2]

„A hegyes fejűek egy részt erős nyakkal és jól fejlett csontrendszerrel birnak. Vannak azonban olyanok is, kik főfájásban és fülfolyásban szenvednek: ez utóbbiaknak magas szájpadlásuk van, a fogaik pedig rendetlenül állanak.“

Az utóbbi mondat a maga rövidségében éles megfigyeléssel egy kórképet klassikus módon lerajzol. Főfájás, fülfolyás, magas szájpadlás rendellenesen sorakozott fogakkal, ez nem lehet más, mint „*adenoid vegetatió*“-k következménye.[3]

Láttuk immár, milyen fogkórokat és szájbajokat ismertek a hippokratisták, helyén van tehát annak tárgyalásába bocsátkozni, hogyan gyógykezelték azokat.

A fogextractióról, mint ultima ratio a gyógyeszközök sorában, már szóltam, itt tehát csupán a gyógyszeres kezelést kell tekintetbe vennünk. De mielőtt ennek sorát ejteném, mégis arra a kérdésre kell feleletet keresni, nem ismertek-e a görög orvosok a foghúzáson kivül más sebészeti gyógyeljárást?

Két adat áll e tekintetben rendelkezésünkre; az első az, hogy a szilárdan álló, de mégis fájó fogról azt mondja a „*De affectionibus*“ című könyv szerzője: „per ustionem resiccatur“,[4] égetéssel szárítandó ki. Fájdalom, semmi közelebbi felvilágositást nem ad a szerző eziránt, valószinű tehát, hogy tüzesített vaseszközre, valami sonda-szerű instrumentumra gondol, mely izzó állapotban a fog üregébe vitetett.

A második adat nincsen meg az általam használt Hippokrates-kiadásban, hanem *Littré* kétszer említi, *Fuchs* pedig egy helyütt. Ugyanis a hol Hegesipposról van szó, *Littré* így fordít vol. V. p. 183: „s'il le faut, gratter [les dents];“ p. 331 pedig ugyanerre vonatkozólag: „mais Hégésippe avait eu les dents gratteés avec un peu trop de force“. Majd pedig a VIII. kötet bevezetőjében azt mondja p. XXII.: „il reste certain aussi qu'ils (t. i. a hippokratista orvosok) grattèrent les dents“. Fuchs a megfelelő helyet így fordítja: (p. 279. vol. II.) „Dieser (t. i. Hegesippos) war aber auch zuvor allzu gewaltsam (in der Nase) gekratzt worden.“

Mit képzelt volt *Littré* ezen „*gratter les dents*“ alatt, nem tudom elképzelni, de helyesebbnek találom Fuchs kiegészitését, hogy t. i. a kaparás nem a fogakra vonatkozik,

[1] De morb. pop. lib. II. p. 420.

[2] „Hippokrates über Zahnheilkunde.“ (Zahnärztl. Wochenblatt, Jahrg. VIII. 24/XI.).

[3] Littré vol. V. p. 133.

[4] De morb. pop. lib. IV. p. 442.

[5] Liber aphorismorum LIII. p. 524.

[6] Miller: Die Mikroorganismen der Mundhöhle, 1892. p. 26.

[7] Praenotionum lib. I. p. 534.

[8] Praedictionum lib. I. p. 543.

[9] Coacae praenotiones, p. 571.

[1] Coacae praenotiones, p. 581.

[2] De morb. pop. VI. p. 455.

[3] Körner: Die Ohrenheilkunde des Hippokrates, 1896. című monographiájában is idézi ezen kórképet, csak helytelenül mondja, hogy a Járványok VII. könyvében fordul elő, mert ez a VI. könyv bevezető soraiban található.

[4] De affectionibus, p. 246.

hanem az orra, mert a kórtörténetben egy bors errhinumról tesz említést a szerző, mely Hegesippos orrába tétetett.

A gyógyszerek közül ártalmasnak tartották a hippokratisták az origanumot (Origanum creticum), mely úgy látszik akkor széltében használtatott, különben nem tiltotta volna el kategorice a hippocratista szerző:

„Origanum potum, oculis, & dentibus malum est.“ [1]

„Az origanum italként véve ártalmas szemnek és fogaknak.“

Hasonlóképpen ártalmasnak tartották a hideget:

„Proptera ossibus, dentibus, neruis frigida inimica, calida uero amica.“ [2]

„A csontoknak, fogaknak, idegeknek a hideg árt, a meleg használ.“

Fogfájás ellen általában az eczetet ajánlották:

„Acetum ad corpus & articulos simile est mari, & potentius, ad perfundendum, & ad fomentum .... collutio est ad aures, & ad dentes. Calido autẽ haec fiunt, & alia, sed & ex tempore coniecturam facere oportet.“ [3]

„Az eczet a testre és izületekre hasonló hatású, mint a tenger vize, leghatásosabb borogatás és gőz alakjában .... jó még a fülre és fogakra. Ilyenkor és egyébként is melegen alkalmaztassék, de tekintetbe vétessék az időjárás is.“

Rágó gyógyszerek (masticatoria) ajánltatnak úgy ínybántalmaknál, mint fogfájás ellen is:

„Si uero gingiuae, aut aliquid sub lingua inflammatum fuerit, his quae cõmanduntur utendũ est.“ [4]

„Ha az íny vagy a nyelv alatt valami lobos, akkor használnak rágó szerek.“

A fájó fog kiégetése helyett: „Prosunt etiam quae cõmanducantur.“ [5]

Miből állottak ezen rágó szerek, arról nem találunk felvilágositást. Egyes népek, mint például a svédek mai nap is általánosan használnak ilyen rágó szereket a száj és fogak épségben tartására, ők különösen a fenyőfák törzséből szivárgó gyantát rágják e czélból.

Aspasios feleségének [6] fogfájása ellen az orvos castoreumot és borsfőzetet ajánlott, a mi használt is.

A borsot még tüszentő szerül (errhinum) is rendelték, midőn fogfájás folytán a szemhéj tájékáról és az orrból folyás jelentkezett, mint például Hegesippos esetében.[7]

Cleochos, ki azon skorbutos betegségben szenvedett, melyet Littré a „*perinthosi* járvány“-hoz sorolt, szájbaja és fekélyei ellen tömjénmagvakat még más gyógyszerekkel keverve kapott; öblitő gyanánt pedig lencsefőzetet.[8]

Melissandros ínylobja ellen venae sectio alkalmaztatott, mint adstringens pedig egyptomi timsó.[9]

Végül hagytam egy helyet, mely, mint látni fogjuk, egy egészen rationális szájhygienát tartalmaz, habár egyes ajánlott szerek nem egészen a mi izlésünk szerint valók.

„Quum mulieri male oluerit ex ore, & gingiuae uigrae fuerint ac prauae, caput leporis, & mures tres seorsim exure, & ex duobus muribus uentrẽ exime, hepar autẽ & rhenes non. & in pila lapidea marmor, aut lapidem album tere ac cribra, deinde singulorum pares portiones miscere, ac dentes confricare oportet & locos in ore. & postea lana succidissima fricet, & cũ aqua colluat. Tingat autẽ lanam succidam in melle, & confricet dentes ac gingiuas, & internas ac externas partes. Terat item anisum, & anethi semen, & myrrham pondere duorũ obolorum, atque haec in uini albi meraci hemina dimidia diluat, & cum his os collnat, & multo tempore in ore contineat. Hoc autẽ frequenter faciat, & ieiuna gargarisset, & post cibum. Optimũ uero est modico cibo uti, & optima quoque ingerere oportet. Hoc pharmacum dentes purgat, & bene olentes facit. Vocatur autem Indicum medicamentum.“ [1]

„Mikor egy asszony szája rossz szagú, foghúsa feketés és beteg, égess össze külön-külön egy nyúlfejet és három egérfejet és két egérnek beleit vessd el, de a májat és veséket nem. Márvány vagy fehér kövű mozsárban törd össze és rostáld meg, azután egyenlő részeket keverj össze és ezzel dörzsöld a fogakat és a száj megfelelő részeit. Majd pedig lágy vászonnal dörzsöld, utána vizzel öblíts. Továbbá mártsd a vásznat mézbe, dörzsöld a fogakat és a foghúst kivül és belül. Törjél össze anist és anethum magvakat és két obolus [2] myrrhát, ezeket old fel egy fél csésze tiszta fehér borban, ezzel mosd a szájat, hosszú ideig tartván benne. Tedd ezt gyakran, öblíts éhgyomorra és étkezés után. Legczélszerűbb azonban kevés ételt venni, de olyat, mely legjobban táplál. Ezen készítmény tisztítja a fogakat és kellemes illatot kölcsönöz. Indiai gyógyszernek neveztetik.“

Több igen helyes utasítást tartalmaz ezen fejezet, melyeknél jobbakat ma sem adhatunk patienseinknek. Igy a fogaknak és foghúsnak tisztítása nemcsak a külső oldalon, hanem a belső lingualis felületen is; a száj öblítése minden étkezés után igen megszivlelendő és fontos tényezők a száj hygiénájára vonatkozólag.

Ezen egészségtani momentumokon kivül a fentebbi fejezet még egy fontos históriai adatot is tartalmaz. Az utolsó helyen említett szájvíz „*indiai gyógyszernek*“ neveztetik. Ez az egyedüli hely az egész „*Corpus hippocraticum*“-ban, a mely világosan mutatja, hogy a görög orvostudomány indiai forrásokból is meritett.

A fogtan (odontologia) körében tartozóknak kell tekintenünk az állcsontokat is, ezért röviden ismertetni fogom az állcsonttöréseket és ficzamokat, a mint le vannak irva a „*Corpus hippocraticumban*“.

A hippokratesi iratok között a sebészetiek a legelső helyet foglalják el. Valamennyi búvár egybehangzó itélete szerint a sebészeti könyvek valóságos remekművek, különösen a fejsebekről, csonttörésekről és ficzamokról szólók, alapelveikben közkincseit képezik mai napig is e tárgybani ismereteinknek.

A „*De articulis*“ czimű könyvben — melyet sokan magának *Hippokrates*-nek tulajdonitanak — találjuk az állcsontokra vonatkozó adatokat.

„Maxilla uero paucis iam perfecte luxata est. — — — Quòd uero nõ ualde luxetur, causae hae sunt. Sed & haec quoque causa est, quòd nõ ualde tales ciboru necessitates

[1] De morb. pop. lib. V. p. 451. és lib. VII. p. 482.
[2] De humidorum usu p. 164. és aphorism. p. 526.
[3] De humidorum usu p. 165.
[4] De affectionibus p. 246.
[5] ibid.
[6] v. I. csop. 5. kórtörténet.
[7] v. I. csop. 7. kórtörténet.
[8] v. II. csop. 7. kórtörténet.
[9] v. II. csop. 1. kórtörténet.

[1] De morbis muliebribus p. 375.
[2] 1 obolus — körülbelül 0·54 gr.

hominẽ apprehẽdunt, ut magis atque potest hiet. Exciderit aũt à nulla alia figura, atque si quis ualde hians maxillã in alterã partem diducat. — — — De quo igitur sermo est, luxatur quidẽ & excedit maxilla raro: luxatur tamẽ saepe in hiatibus, uelut etiam aliae musculorum ac neruorũ immutationes hoc faciunt. Manifestum uero ex his maxime fit, ubi excidit. Prominet enim inferna maxilla in anteriorẽ partem, & in cõtrariam luxationi partem abducitur: & ossis cornix circa supernã maxillam tumidior fit: & infernas maxillas difficulter cõmittunt. Quae uero repositio his cõueniat, manifestũ est. Oportet enim aliquẽ uulnerati caput detinere, & alterũ infernã maxillam intrinsecus ac extrinsecus ad mentũ digitis apprehẽdere, et primũ maxillam aliquãdin hãc atque illàc manu abduxere, et ipsum hominẽ iubere, ut maxillam laxã habeat, & simul adducat, ac atque maxime remittat. Deinde repẽte tribus figuris simul laxare oportet, diligenti in hoc animaduersione habita. Nam & ex distortione ad naturã deducere oportet, & infernã maxillã retrorsum protrudere, ita ut eger hec sequatur, & maxillas cõmittat, ac non hiet. Atque haec quidẽ repositio est, & necque aliis figuris fieri poterit. Curatio uero breuis sufficit. Spleniũ eñ inceratũ apponitur, ac laxo deligamẽto deligatur. Securius aũt hec aggressio perficitur, homine supino reclinato, et coriacco puluinari plenissime farcto capiti supposito, ut in ipsum innitens atque minimum cedat. Insuper autẽ & caput uulnerati aliquis detinere debet.[1]

„Az állkapocs tökéletes ficzama ritka. . . . . Hogy nem gyakran ficzamodik, ennek oka a következő: nem igen lép fel a táplálék vételénél a szükség, hogy az ember jobban tátsa ki a száját, mint a mennyire lehet. Más alkalomból nem ficzamodik ki, mint a midőn erőszakos szájtátásnál az állkapocs az egyik oldal felé kiugrik. . . . . Térjünk vissza a tárgyra; tehát az állkapocs ritkán ficzamodik ugyan: mégis szájtátásnál (ásítás), valamint izmoknak és inaknak sokféle összehúzódásainál gyakran ficzamodik. A ficzamnak ismertető jelei a következők: Az alsó állkapocs előre kiáll és a ficzammal ellenkező oldalon kiugrik: a csont feje (processus coronoideus) a felső állcsontnál kidomborodik: az alsó állkapocs nehezen mozgatható. A beigazításra vonatkozólag a következő teendő: Valakinek rögzitenie kell a sebesült fejét, más valaki újjaival körülfogja az állkapcsot az állon kivül és belül, azután egy ideig kezével az állkapcsot ide-oda mozgatja, ráparancsolván a patiensre, hogy állkapcsát szabadon engedje és a midőn vongálja, hirtelen visszahelyezi. Három mozzanatra kell tehát ügyelni. A helytelen állásból a természetesbe kell visszahozni, az alsó állkapcsot hátrafelé lökni, a beteg ezeket követvén, az állkapcsokat összecsukja és száját többé nem nyitja ki. Ez a repositio és semmiféle más módon sikert nem érünk el. Igen rövid kezelés igényeltetik. Ráhelyezünk viaszkos kötést és erre laza felső köteléket. Biztosabb még az embert hátára fektetni és fejét egy jól töltött bőrvánkosra támasztani, hogy minél kevesebbet engedhessen. Ugyanekkor a sebesült fejét valaki lefogja.“

Hippokrates itt az egyoldalú (unilateralis) ficzamot és annak repositióját irja le. A leirás sorról sorra helyes. Először az aetiologiára vonatkozólag csakugyan az erőszakos ásitás által okozott ficzamok a leggyakoriabbak. A létesült ficzam ismertető jelei: a processus coronoideus kidomborodása az ellenkező oldalon és az állkapocs nehéz mozgathatósága világosan fel vannak tüntetve. A repositio elvei pedig ma is érvényben vannak, úgy a mint *Hippokrates* azokat felállitotta. Csakhogy sok századon keresztül ezen eljárás elfelejtetett, míg *Nélaton* a jelen század első évtizedeiben azt ismét érvényre juttatta, bizonyitékául annak, hogy a régi orvostudományi iratok tanulmányozása nemcsak históriai értékkel bir kizárólag, hanem gyakorlati fontossággal is birhat.

A leirásból nem állapitható meg egész világosan, de valószinű mégis, hogy Hippokrates csak egy kézzel eszközölte a repositiót. *Maisonneuve*[1] kimutatta, hogy egy kézzel is sikerül, de már *Celsius* tanácsolta, hogy a műtő mind a két kezét használja.

A kétoldalú (bilateral) ficzamról a következőket mondja a szerző:

„Si uero ambae maxillae luxatae fuerint, curatio quidẽ eadem est, uerũ hi os minus cõmittere possunt. Nam his genae prominentiores sunt, sed indistortae. Quòd uero distortae nõ sint, maxime cognoueris ex dentiũ tum supernorũ, tum infernorũ terminis è directo inter se sorrespõdentibus. His cofert ut citissime reponãtur. Repositionis aũt modus prius dictus est.“

„Ha az állkapocs mindkét oldalon ficzamodik, a kezelés ugyanaz, az illető kevésbé tudja összecsukni száját. Mert az áll még jobban előugrik, de elfordítva nincs. Az elfordítás hiánya leginkább abból állapitható meg, hogy a fogak felső és alsó szélei egymásnak megfelelnek. Ezt rögtön kell reponálni. A repositio módja ugyanaz, mint előbb.“

A mit *Hippokrates* a repositio elhanyagolásának veszélyeiről mond — lázak, coma, diarrhea, hányás, halál a tizedik napon — az nem felel meg a valóságnak, legfölebb rendkivül kivételesen. A be nem igazitott luxatio nem von maga után oly súlyos következményeket. Rendszerint a fájdalom néhány nap mulva már csillapul, az állcsont visszanyer némi mozgékonyságot és a rágási művelet és a beszéd is hiányosan bár, de mégis némiképpen eszközölhető.

Ezután áttér a szerző az állcsonttörések tárgyalására:

„At si fracta fuerit inferna maxilla, si quidẽ non omnino caulatin hoc cõtigerit, sed cohaeret adhuc os, confractum tamẽ fuerit, dirigere quidẽ os oportet digitis circa linguã obliquam subiectis, forinsecus uero cõtra niti, prout cõtulerit. Et si distorti fuerint dẽtes iuxta uulnus cõmoti, postquam os directũ fuerit, dẽtes inter se cõingare oportet, nõ duos solu, sed etiã plures, atque hoc maxime auro, sin minus, lineo filo, donec os corroboretur. Postea cerato, et spleniis paucis, & linteis modicis deligare, nõ nimiũ firmis, sed laxis. Nam hoc probe nosse expedit, ut deligatio per lintea, maxillae fractae parũ quidẽ contulerit, si recte fiat: magnopere uero leserit, si praue deligetur. Frequẽter aũt circa linguã explorare oportet, & multo tẽpore reniti ac digitis dirigere os cõfractum, optimũque esset si hoc semper fieri posset, sed fieri nequit.“

„Ha törést szenvedett az alsó állkapocs, de úgy hogy nem vált szét egészen, hanem a csont összefügg, azonban mégis sérült, akkor az ujjakkal a nyelv felől a sérült csontot helyreigazitani kell, kivülről pedig a mennyire szükséges ellenőrizni. Ha pedig a fogak a sérülés helyén elhajlást szenvedtek, akkor a csont helyreigazitása után a fogakat összekötözni

[1] De articulis, p. 632 és a következők.

[1] v. Malgaigne művét, II. kötet, p. 301.

kell, de nemcsak kettőt, hanem többet és pedig leginkább aranyfonállal, ennek hiányában lenfonállal, míg a csont összeforrad. Azután viaszkos köteléket, de kevés vásznat és szalagot alkalmazni és nem szorosan, hanem lazán megkötni. Mert nem szabad elfeledni, hogy állkapocstörésnél a vászonkötés, még ha jól is van alkalmazva, keveset használ: ellenben sokat árt, ha rossz. Gyakran kell vizsgálni a nyelv mentén és az ujjakkal sokáig rögziteni a csontot, legjobb volna, ha ezt szakadatlanul lehetne eszközölni, de ez nem lehetséges."

Az alsó állkapocs törése rendkivül nagy változatossággal lépnek fel, *Hippokrates* itt az úgynevezett nem tökéletes törést (franczia szerzők „fracture sans déplacement"-nak nevezik) tárgyalja, melynek kezelése aránylag igen egyszerű, minthogy a sérült csontdarabok összefüggésben maradnak a csonttesttel. A fő figyelmet tehát arra kell fordítani, hogy a törvégek el ne tolódjanak. A fragmentumok helybentartása többféleképpen történhetik; minket itt természetesen csak az a módszer érdekel, melyet *Hippokrates* gyakorolt ezen czél elérésére. Ő a törvégekkel szomszédos fogakat arany- vagy lenfonállal összeköti és így a fogaknál fogva rögziti a sérült csontdarabokat.[1]

A módszer igen egyszerű, csakhogy nem igen felel meg a czélnak, ezért ma már nem szoktak vele élni. Ugyanis a legtöbb esetben a korona körül csavart fémfonál lecsúszik a fognyakra és ott mechanice súlyos periodontitist produkál, melynek nyomában gingivitis fejlődik, nagyfokú fájdalom lép fel és a mi a legvégzetesebb: a támaszul szolgáló fogak meginognak. Ha a fémfonalat úgy lehetne a koronára applikálni, hogy le nem csúszhatnék, akkor a módszer elég jó volna bizonyos esetekben; mert ha például a fogak nagyon szorosan állanak egymás mellett, akkor ez már egy nehezen megkerülhető nehézség, ha pedig a törvégekhez közel álló fogak éppen szúvasak, akkor szintén nem használhatók. Jelenlegi módszereink mind előnyösebbek.

A törés második faja, melyet *Hippokrates* leir, a tökéletes törés („fracture avec déplacement"), melynek kezelése hasonló elveken nyugszik, mint az előbbi. A csontdarab beigazitása és a fogak összekötözése után *Hippokrates* a fragmentumok helybentartására egy bandage-t alkalmaz, mely két karthagói bőrszíjból áll. Különösen figyelmeztet, hogy a fogak összekötözésénél gondosan csomózzák a fonalakat, a miből következtethető, hogy ő is látta ezen fixáló módszer kellemetlen következményeit.

Hippokrates még egy faját irja le az állkapocstöréseknek, a mely azért is érdekes, mert némelyek (pl. Boyer) tagadták ennek lehetőségét. Ez az állcsont testének törése a symphysisben, vagy jobban mondva a középvonalban, minthogy a kifejlett egyénnél már nincsen synchondrosis ezen a helyen. *Albert* már húsz ilyen esetről tesz említést sebészeti munkájában.[2] *Rouyer de Mirecourt* irt le egy esetet,[3] melynél a törés oly pontosan ment a középvonalon keresztül, hogy a két középső metszőfog semmi sérülést sem szenvedtek, még nem is mozogtak.

A műtéti eljárás hasonló, mint az előbbi két esetben: a fogak összekötözése és bandage.

* * *

Tárgyalásaim végéhez érvén, ha im visszaidézzük némiképpen emlékezetünkbe az elmondottakat, talán igazoltnak fog találtatni a dolgozatom elején kifejtett nézet az orvostörténelmi tanulmányok szükségességéről, mert nem elégséges csak a jelenlegi ismeretek kész eredményeit magunkba felvenni és szellemileg áthasonitani, hanem tudnunk kell azt is, hogyan és miképpen jutottunk ezen eredményekhez. És talán sikerült azt is kimutatnom, mit tulajdonképpeni czélul tűztem ki, hogy épp oly jogosan beszélhetünk *hippokratesi* fogászatról, mint bármely más ezen korabeli orvosi disciplináról. *Ezen történelmi ténynyel is dokumentálódik, hogy a fogászat édes testvére minden más orvosi tudományszakmának;* egy talajból, egy tövön fakadtak, és ha az idők folyamán úgy hozta magával a sors, hogy a fogászat különvált az anyatudománytól, sőt meg is tagadtatott általa, hát csak úgy járt, mint némely más orvosi szakma. De az összetartozandóság, melynek leghatalmasabb tanusága a közös mult, ma már nem lehet vitatkozás tárgya, az alma mater kebelére öleli valamennyi leányát, tisztelvén *Hippokrates*-ben a teremtő géniust, a „divus pater medicinae"-t.

[1] Közelebbi adatok ezen ligaturára vonatkozólag találhatók „Fogászat"-om 49. old.

[2] Albert, I. köt. p. 265.

[3] Idézi Malgaigne, I. köt. p. 379.

Irodalom.

1. *Hippocratis:* Coi medicorum omnium longe principis, opera quae ad nos extant omnia. Per Janum Cornarium medicum physicum latina lingua conscripta. Froben, Basiliae MDXLVI.

2. *É. Littré:* Oeuvres complètes d'Hippocrate. Traduction nouvelle avec le texte grec en regard. Paris, 1839—1861. tiz kötet.

3. *J. E. Petrequin:* Chirurgie d'Hippocate. Paris 1877. 2 kötet.

4. *Dr. Robert Fuchs:* Hippokrates sämmtliche Werke. München 1895, eddig 2 kötet.

5. *Ch. Daremberg:* Histoire des sciences-médicales. Paris, 1870. 2 kötet.

6. *E. Tourtelle:* Histoire philosophique de la Médecine, depuis son origine jusqu'an commencement du 18-e siècle. Paris, 1804.

7. *Portal:* Histoire de l'Anatomie et de la Chirurgie. Paris 1770. 5 kötet.

8. *Sprengel:* Versuch einer pragm. Geschichte der Arzneikunde. Halle, 1800.

9. *Sprengel:* Geschichte der Chirurgie. Halle, 1805—1819. 2 kötet.

10. *Haeser:* Lehrbuch der Geschichte der Medicin. Jena, 1875.

11. *Albert:* Lehrbuch der Chirurgie. Wien, 1877. 4 kötet.

12. *Malgaigne:* Traitè des Fractures et des Luxations. Paris, 1847. 2 kötet.

13. *Houdart:* Études historiques et critiques sur la vie et la doctrine d'Hippocrate. Paris, 1836.

14. *Carabelli:* Handbuch der Zahnheilkunde, Bd. I. Geschichtliche Uebersicht der Zahnheilkunde. Wien, 1844.

15. *Linderer:* Handbuch der Zahnheilkunde, Bd. II. Geschichte der Zahnheilkunde. Berlin, 1848.

16. *Thomas:* L'odontologie dans l'antiquité. (L'odontologie. Paris, 1885. sept. okt. nov.)

17. *Geist-Jacobi:* Hippokrates über Zahnheilkunde. (Zahnärztliches Wochenblatt, 1894. Nr. 385—386.)

18. *Geist-Jacobi:* Geschichte der Zahnheilkunde. Tübingen, 1896.

19. *Dr. Barna Ignácz:* Fogászat (Történelem, élettan, életrendi ügyelet). Pest, 1871.

20. *Fekete Lajos:* A gyógytan története rövid kivonatban. Pest, 1864.

21. *Dr. Tihanyi Mór:* Az ókori görögök gyógyászati ismeretei. (Klinikai füzetek, 1897. 12. füzet.) Budapest, 1897.

22. *Dr. Abonyi József:* A fogászat és műtéteinek rövid kézikönyve. Budapest, 1888.

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

Negyvenharmadik évfolyam. 17. szám. *Budapest, 1899. április 23.*

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

Ákontz Károly: Közlemény Szabó Dénes tnr. kolozsvári egyetemi szülészeti és nőgyógyászati kórodájáról. A méhrákról kórodai és kórszövettani szempontból. 198. l.

Róth Jenő: A prostata-hypertrophiánál alkalmazott Bottini-féle műtét kérdéséhez. 200. l.

Áldor Lajos: Közlemény a berlini pathologiai intézet chemiai laboratoriumából. Az albumosenak a vizeletben való kimutatásáról és az enterogen albumosuriáról. 201. l.

Benedict Henrik és **Schwarcz Miklós**: Közlemény a Korányi Frigyes tanár vezetése alatt álló I. belgyógyászati kórodából. A typhus-kezelés diaetetikus irányelvei. 103. l.

Tárcza. *Juba Adolf*: Az iskolaegészségügy reformja. 205.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Mihalkovics Géza*: Fejlődéstan. 206. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — A VI. szünidei orvosi cursus. — Uj kórház Lőcsén. — A Ferencz József-kereskedelmi kórház. — Kinevezések. — Steiner József. — A budapesti általános poliklinika. — Megjelent. — Elhunytak. — Az „Anker" élet- és járadék biztositó-társaság kimutatása — Herczel dr. — Szt. Lukács-fürdő. — Falta dr. — Pályázatok. — Hirdetések. 206. l.

Tudományos társulatok és egyesületek.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény Szabó Dénes tnr. kolozsvári egyetemi szülészeti és nőgyógyászati kórodájáról.

A méhrákról kórodai és kórszövettani szempontból.

Ákontz Károly dr., egyetemi magántanártól.

I. Kórodai rész.

Négy és fél év alatt (1890—1894) 60 nő nemzőszervében találtunk Szabó Dénes tnr. kórodáján rákot; ezek a betegek képezték vizsgálódásaim tárgyát. E betegek közül egynél hüvelyrák, egynél petefészekrák volt, a többi 58-nál a rák kiindulási pontja és főfészke a méh alsó szakasza, a hüvelyes rész vagy a nyakcsatorna volt. Összes nőbetegeinknek 5·9%-ában volt általában a nemzőrészekben, 5·7%-ában pedig különösen a méh alsó szakaszában rák. Elsődleges méhtest-rákot egyszer sem láttunk.

Összehasonlítva e számokat Krukenbergnek[1] a berlini egyet. nőgyógyászati kóroda 4½ évéről (1885—1890) közzétett hasonló adataival, azt találom, hogy nevezett kórodán a mienknek megfelelő idő leforgása alatt megfordult összesen 24,487 beteg, ezek közül méhnyakrákban 848 = 3·4% szenvedett. Ha e számokhoz adjuk a méhtestrákokat és a méhben észlelt mindenféle sarcomát, akkor 924=3·7% megbetegedést kapunk.

Ezzel szemben mi sokkal nagyobb %-ban találtunk méhrákot. Mert míg ott a nőbetegek közül csak 3·7%-nál volt rák, illetőleg sarcoma a méhben, addik nálunk 5·7%-nál. Adataim szerint tehát nálunk minden 17-dik, ellenben Berlinben csak minden 29-dik nőbeteg szenved méhrákban. Ez eléggé feltünő körülménynek biztos okát adni alig lehetséges, nem is kisértem azt meg, mert úgy hiszem, hogy idővel ez adatok változni fognak. E számokat kellően méltányolni csak akkor lehet, ha a mi betegforgalmunk is állandósul s nem fog feltüntetni oly nagy ingadozásokat, mint az említett idő alatt.

Nálunk leggyakoribb volt a rák (36·6%) a 41—50 életévben, azután 30%-kal a 31—40 évesek következnek, már csak 15% volt az 51—60 életév között, ezután következnek a 20—30 évesek 8·3%-kal, 61—70 évesek 5%-kal és s 70-en felül levők 3%-kal.

A rák keletkezéséről felállított némely elmélettel szemben tanulságosnak tartom azt, hogy betegeink között aránytalanul több van 20-tól 50 éven belől, mint azon túl. Ugyanis, ha a szövetek ellentálló képességének csökkenése, mint azt egyik-másik elmélet hangsúlyozza, tényleg lényeges körülmény volna ráknak létrejöttére, akkor a tények — számadataink — és az elmélet között ellentmondás van. Mert ha a legellentállóbb életkorban — 20—50 — aránytalanul több rák fordul elő, mint a sokkal kevésbbé ellentálló öregebb korban, akkor a betegségnek ez alapon való magyarázata hibás.

Legnagyobb arányszámokat mutatok ki 31 és 50 év között. A női nemzőrészek, mint tudjuk, körülbelül ez időszakban vannak különféle izgalmaknak (szülés, havi vérzés, közösülés stb.), valamint fertőzéseknek leginkább kitéve. Inkább támogathatják ezért adataim akár az erőmüvi ingerekre, akár a fertőzésre alapított elméleteket.

Betegeink között hajadon egy sem volt, ez a körülmény szintén inkább az utóbbi elméletek mellett szól.

Bizonyítják számadataim továbbá azt is, a mit különben ma már eléggé ismerünk, hogy a rák nem az előhaladottabb kornak kiváltságos betegsége, hanem elégszer találjuk fiataloknál is. Legfiatalabb betegünk 26 éves volt, leggyakrabban — 66·6%-ban — találtunk rákot a 30—50 éveseknél. Kehrer[1] heidelbergi kórodáján, a mi leletünktől eltérőleg, a 40—60 éveseknél volt leggyakoribb (78%) a betegség, itt tehát a megbetegedések maximuma egészen a klimakterikus életévekre esett, míg nálunk nem.

A 60 eset közül O P. csak három van, ellenben olyan, a ki szült 51. E számok is a mellett szólanak, hogy a szülések valamely módon elősegítik a rák kifejlődését.

Némely búvár gyakrabban talált vetélést olyanoknál, kiknél később méhrák képződött, mi ezt nem erősíthetjük meg.

Tanulságosnak tartom jelenteni azt, hogy eseteink közül hány volt gyökeresen orvosolható.

Gyökeres mütételre azokat a betegeket tartottuk alkalmasoknak, kiknél kilátásunk volt arra, hogy a rákot ép szövetben metszhetjük körül. Ennek eldöntésére a mütételt mindig alapos vizsgálat, szükség esetén narcosisban előzte meg. Minden olyan esetet, hol ujjal kiérezhető, oly természetü megvastagodást találtunk a méh környezetében, melyről feltételezhettük, hogy a ráktól kiinduló beszüremkedés, gyökeres kiirtásra alkalmatlannak tartottunk.

60 betegünk közül 52 = 86·6% kisebb nagyobb beszüremkedés miatt alkalmatlan volt gyökeres kiirtásra és csak 8 = 13·3%

[1] *R. Krukenberg*: Die Resultate der operat. Behandl. des Carcinoms und Sarcoms der Gebärmutter ect. Zeitschr. f. Geburtshülfe u. Gynäk. 1892. Bd. XIII, S. 94.

[1] *Dr. F. A. Kehrer*: Beiträge z. klin. und experim. Geburtskunde und Gynäkologie. 1892. S. 515.

volt arra alkalmas. Ide iktatom összehasonlításképen néhány német műtőnek a gyökeres kiirtásra vonatkozó adatát. Gyökeres műtételre alkalmas volt:

a berlini nőgyógyászati kórodán	31·6%
Kaltenbach (Halle)	30·8%
Olshausen (Halle)	27·2%
Czerny (Heidelberg)	27·1%
Leopold (Drezda)	20·4%
Fritsch (Boroszló)	19·2%
Schröder-Hofmeier (Berlin) . . .	19·0%
Schauta (Prága)	18·0%
Gusserow (Berlin)	5·0%

Minden esetre jellemző körülmény, hogy míg az épen említettek beteg anyagában feltünő nagy számban vannak gyökeres műtételre alkalmasok, addig nálunk sokkal kevesebben vannak ilyenek. Ha kutatjuk az okát annak, hogy miért lehet nálunk körülbelül csak minden 7-dik méhrákost jól gyógyitani, míg másutt minden 3—4-diket, akkor vagy azt kell felvennünk, hogy az emlitettem műtők nem válogatják meg oly szigorúan az eseteket, mint mi, t. i. gyökeres kiirtás alá vetnek olyan betegeket is, a kiket mi erre nem találnánk alkalmasnak, vagy nálunk e jelenség egyéb körülményben leli magyarázatát.

Sem a berlini közlésekben, sem más szerzőnél (Kaltenbach) a gyökeres műtételre szánt esetek megválogatásánál nem találtam lényeges eltérést a mi eljárásunktól. Mert Krukenberg[1] szerint pl. a berlini kórodán épen oly szigorú elvek szerint válogatták ki az eseteket, mint minálunk, ugyanezt mondhatom Kaltenbach[2]-ról s több más szerzőről is. Hiszen, ha a parametriumok erősebben be vannak szüremkedve, akkor azok nem is köthetők veszély nélkül alá, mert az alákötések könnyen kiszakadnak, ezért ilyen eseteknél nem is igen végezhető méhkiirtás. Ezeket az eseteket gyökeres kiirtásra alkalmatlanoknak tekintjük általában.

Annak az oka tehát, hogy mi ritkábban végezhetünk méhkiirtást, minden esetre más körülményben rejlik, abban t. i., hogy mi általában ritkábban kapunk kezdődő rákot műtételre. És ebben mulasztás terheli magukat a betegeket, de olykor az orvosokat is. Tény az, hogy a kezdődő méhrák sokszor kikerüli a beteg figyelmét vagy azért, mert kellemetlen tüneteket kezdetben alig okoz neki, vagy ha meg is van a gyanus tünet, hajlandó azt a beteg a közelgő climaxnak tulajdonitani. Legtöbbször csak kimerülés, munkaképtelenség birja nálunk a nőket arra, hogy nemzőszerveiket megvizsgáltassák. Erről meggyőződhetünk, ha kórtörténeteink anamnestikus adatait áttekintjük.

Sokszor fogjuk ott olvashatni, hogy a betegség első tüneteit hónapok, söt már évek előtt észrevették a betegek, mielőtt orvoshoz fordultak volna.

Máskor azonban a kezelő orvosok okai annak, hogy későn jönnek műtételre a betegek. Gyakran halljuk u. i. betegeinktől, hogy orvosuk belső vizsgálat nélkül hosszabb-rövidebb ideig kezelte a vérzést belső szerekkel vagy fecskendezésekkel. Pedig midőn a rák jelentékenyebb vérzést okoz, akkor többnyire már nagy kiterjedésü a bántalom és könnyen felismerhető. Máskép van a dolog természetesen a kezdődő méhrákkal.

Itt még a jól megtekinthető és jól megtapintható hüvelyes részen sem tudjuk néha azt eldönteni, hogy kezdődő ráknak, vagy hozzá hasonló erosionak, vagy eversionak tartsuk-e az elváltozást? De azért legtöbbször ilyenkor is elég könnyen kórismézhetjük a rákot, ha egy kis részt a gyanús helyről kimetszünk és azt górcsövileg megvizsgáljuk. Ruge és Veit[3] érdeme, hogy a nőgyógyászatban meghonositották az ú. n. „Stücken-Diagnose"-t és ez által lehetővé tették nemcsak a hüvelyes rész, hanem a méhüreg rosszindulatú újképződményeinek korán való kórismézhetését. Eljárásuk abból áll, hogy a hüvelyes részről ollóval vagy késsel, a méhüregből pedig curette-el kis részleteket távolitanak el és azt górcsövileg vizsgálják. Az ilyen górcsövi vizsgálat támogatva a kórodai lelettel legtöbbször idejekorán biztos kórismézhez vezet. Ez a kimetszés vagy kikaparás kellő elővigyázat mellett csekély beavatkozás és veszély nélkül végezhető. Végezze tehát a kezelő orvos ezt a vizsgálatot is, ha szükséges, vagy küldje betegét ilyen czélból azonnal megfelelő intézetbe, de semmi esetre se várakozzék a rákra gyanús esetekkel, mert ez által a beteg gyógyulását veszélyezteti!

A maga idejében végzett méhrák műtételek után, pontos és kifogás alá nem eshető megfigyelések szerint, jelentékeny számban találunk teljes és végleges gyógyulást.

A rákműtételek eredményeit kétféleképen szokták megbirálni. Elsődleges és végleges gyógyulást különböztetnek meg. Elsődlegesen gyógyultak azok a betegek, a kik a műtétel folytán nem haltak meg, ellenben véglegesen gyógyultnak csak az oly rákos beteget tekintik, kinél legalább öt év telt el a műtétel után a nélkül, hogy a rák kiújult volna. Tény, hogy itt-ott öt éven túl is észlelnek kiújulást, pl. Leopold[1] még 8 év leforgása után is látott ilyent, azonban ezek csak kivételek és egyáltalán nehezen dönthető el ilyenkor az, hogy tényleg kiújulással vagy később fellépett elsődleges rákkal van-e dolgunk? Valószinübb ez utóbbi.

Fent emlitett berlini kimutatás szerint az első év leforgása után: 188 esetből 58·5%, az 5-dik év végén 51 esetből 17·6% volt teljesen egészséges; ez adatok a teljes méhkiirtással orvosolt méhnyakrákokra vonatkoznak. Sokkal kedvezőbb a gyógyulási arány, ha figyelembe veszszük a részleges méhkiirtással orvosolt eseteket is, mert ekkor 5 év után 24·2%-nál találunk gyógyulást. Még ennél is nagyobb számban gyógyulnak azok, kiknél méhtestrákot operáltak teljes kiirtással, ezek közül az 5-dik év elteltével is 66·7% gyógyulás volt. Ezek a végleges eredmények.

E számok világosan bizonyitják a műtétel üdvös voltát méhráknál s mint Fritsch[2] nagyon helyesen jegyzi meg; belőlük . . „a számitás igen egyszerü! Ha 100 rákos beteg közül 15-öt (Berlinben 24·2) végleg meggyógyitottunk, akkor azt a 85-öt épen úgy meggyógyitottuk volna, ha ugyanolyan jókor fordultak volna hozzánk, mint amazok".

Mi hat méhkiirtást (illetőleg magas csonkitást) végeztünk s ezek közül a műtétel folytán egy halt meg, tehát a halálozás 16·6%, viszont a 6 közül egyről biztosan tudjuk, hogy még most is, a műtétel után körülbelül 5 évre, teljesen egészséges, a gyógyulás tehát 16·6%.

Orvoslási módszereink.

A rákot vagy gyökeresen kiirtottuk, vagy csak tünetileg kezeltük.

A gyökeres kiirtás az, midőn még ép szövetből metszhetjük ki a kóros részt. E czélból némelykor elegendőnek látszik a hüvelyes résznek magas csonkitása, máskor azonban a méh teljes eltávolitása szükséges.

A tüneti kezelés nálunk abból állott, hogy a rákot lehetőleg alaposan kikanalaztuk és a sebfelületet erélyesen paquelinezték. A kaparás után még visszamaradt rákos szövet elpusztitására, ebbe valamint ennek szomszédságába különféle szereket is szoktunk fecskendezni. Ilyen szerek voltak: az alkohol és a kék pyoktanin.

A tüneti eljáráshoz előrehaladott rákoknál fordultunk, ott t. i., a hol a rákot nem lehetett a beszüremkedések miatt ép szövetből kimetszeni. Az ilyen tüneti eljárásnak is meg van a jogosultsága, u. i. a kóros rész kikaparásával, kiégetésével stb. megszüntethetjük vagy korlátozhatjuk a büzös kifolyást, a vérzést, a fájdalmakat, szóval a beteg rohamos kimerülését s ily módon számára hosszabb-rövidebbb ideig. türhető állapotot teremthetünk. Azonban előfordulnak olyan méhrákok is, a melyeknél még a kikanalazás sem javalt, ezek a nagy kiterjedésü rákok kimerült betegeknél. Itt a kanalazással járó vérvesztés csak rövidité a beteg életét. Utóbbi időben az ilyeneknél is a pyoktanin befecskendezéssel tettünk kisérletetet.

Mi a méh teljes kiirtását következőleg szoktuk végezni: Chloroform-narcosisban a hüvelyt 1‰ sublimat-oldattal erélyesen

[1] Lásd fent.

[2] *R. Kaltenbach*: Zur Therapie d. malignen Neubildungen d. Uterus. Beiträge zur Gebursth. und Gynäkologie, Herrn Alfred Hegar gewidmet von seinen Schülern. Stuttgart. 1889.

[3] *Dr. C. Ruge* és *Dr. J. Veit*: Zur Pathologie der Vaginalportion. Zeitschr. f. Geb. und Gyn. 1878. Bd. II.; *és ugyanazok*: Der Krebs der Gebärmutter. Zeitschr. f. Geb. und. Gyn. 1882. Bd. VII.

[1] *Prof. Dr. G. Leopold*: Geburtshülfe und Gynäkologie. II. Bd. Arbeiten aus. d. königl. Frauenklinik in Dresden. 1895. S. 155.

[2] *Dr. Fritsch H.*: A nőgyógyászat tankönyve. 1894.

kiöblítjük. Erre a rákos részt folytonos desinficiáló öblítés mellett lehetőleg jól kikaparjuk és ezután a sebfelületet még paquelinezzük is, majd a hüvelyfalra átterjedő varratokkal az ily módon létrejött sebüreget zárjuk. A fonalaknál fogva megragadjuk a méhet, lehúzzuk és előbb a bal, majd a jobb fornixet fél ívben bemetszszük, egy-két cm. mélyre haladunk a parametriumokba a metszéssel, miközben a vérzést alákötésekkel teljesen szüntetjük. Most egy-egy félkörös metszéssel a hátulsó, illetőleg a mellülső hüvelyboltozatot nyitjuk meg, a hátulsó hashártyaredő áthasítása után egy ujjat a hasürbe vezetünk és ennek ellenőrzése mellett a parametriumokat részletenkint magasabb és magasabbra alákötjük és ezután a méh mellett átmetszszük. Most mellül tompán leválasztjuk a hólyagot a méhről és átvágjuk a mellülső hashártyaredőt, ezen a nyiláson kigördítjük a méh fenekét és a széles szalagoknak még alá nem kötött felső részét künn, a szeméremrés előtt kötjük alá és metszszük át. A hashártyát elől és hátul úgy varrjuk a hüvelycsonkhoz, hogy a parametriumok alákötései a hüvely felé tekintenek, tehát a hashártyaürön kivül vannak. Ha vérzés vagy egyéb körülmény mást nem kiván, rendesen lehetőleg zárni igyekszünk a hasüreget, ellenkező esetben jodoformgaze-zel drainezzük a Douglas-ürt.

(Folytatása következik.)

A prostata-hypertrophiánál alkalmazott Bottini-féle műtét kérdéséhez.

Irta: *Róth Jenő* dr.

A Bruns, Rann, White, Helferich, Guyon s mások prestige-e alatt bár jóhiszeműleg üzött castratio után, mely azonban a barbarismus bélyegét hordta magán és azon tudat megszégyenítő érzésével járt, hogy kezünket nem tudományos meggyőződés vezérli, mintha az érdeklődés és tevékenység megcsappant volna a 90-es évek első felében a prostata hypertrophia kérdését illetőleg.

Bottini, a páviai sebészeti klinika igazgatója 1874-ben észszerű kezelési módot talált fel, a mely azon alapult, hogy a húgyutak obturatióját, mely véleménye szerint csakis a prostata duzzadása által idéztetik elő, választotta műtétének szintéül, még pedig per vias naturales. Jóllehet eljárásának ez a része nem volt új, minthogy már régibb sebészek a legkülönbözőbb és legmerészebb módszereket kisérelték meg, hogy a prostatikusok sajnálatra méltó állapotán segitsenek, mégis ezen eljárásokat ismét abbanhagyták, főleg a nagy vérzés veszélye miatt. *Bottini eljárásánál új azon genialis gondolat volt, hogy a prostatán a műtétet galvanocaustikus incisioval végezi, melynek czélja, hogy a pörkvédelem mindennemü vérzést és infectiot megelőzzön, egyszersmind operatioja per vias naturales történik.*

Ez a találékony sebész 1875. október 26-dikán alkalmazta először műtétét, s ezen operatiojáról 1876-ban „La galvanocaustica nella practica chirurgia“ czimü munkájában tesz említést; 1877-ben már egy előkelő német lapban[1], 1887-ben pedig egy franczia szaklapban[2] tette közzé észleleteit. Csak most — első közleménye után 12 évvel — jelennek meg egyes említésre érdemes értekezések, melyek ezen eljárás utánvizsgálását tárgyalják, igy Watson 1888-ban, Webb 1889-ben, Binaghi 1889-ben, Roth 1890-ben stb. Az 1890-ben tartott X. nemzetközi orvosi congressus után, melyen Bottini eljárásának bemutatására szólíttatott fel, mindinkább figyelmesebbekké lettek a sebészek ezen mütétre, igy Morotti, Bruce Clarke, Harrison, Kümmel, Czerny stb. Mindannak daczára nem igen tudott Bottini mütéte utat törni. Különösen Freudenberg berlini kartársunknak érdeme, hogy lankadatlan odaadással és törhetlen tudományos buzgalommal nemcsak terjesztette ezen eljárást, hanem szorgalmas tanulmányozás által a műtéti módszert is gazdagitotta és az instrumentariumot lényegesen változtatta, mondjuk megjavitotta.

Mint már a bevezetésben rámutattunk, a Bottini-féle mütét czélja odairányul, hogy szabaddá tegye a húgyutakat, a melyek a prostata hypertrophia által olyannyira 1. megszükítve, 2. eltolva vagy 3. irányuktól teljesen eltérítve vannak, hogy a húgyhólyag még a hasprés támogatásával sem képes ezen egyre növekvő akadályt legyőzni.

Első eset, midőn a mirigy bonctani keretében in toto hypertrophizál, második és harmadik eset, midőn vagy az oldalsó lebenyek incongruens duzzadást mutatnak, vagy pedig egy úgynevezett középső lebeny nő ki. Azonban nem okvetetlen szükséges az, hogy nagyfokú hypertrophia legyen jelen, mert a prostata kórboncztana, melyet oly mesternek, mint Thomson[1] köszönhetünk, arra tanit bennünket, hogy néha a mirigy csekélyebb sarjadzásai is, a mennyiben az orificium internumot a hólyagtartalom feszülése következtében elzárják, az obturatio minden symptomáit consecutiv retentioval, dilatatioval stb. okozhatják.

Ily rendkivül változékony körülményekhez kell az operationak alkalmazkodnia, melyekkel, hogy tisztába jöjjünk, rectal- és sondavizsgálaton kivül Nitze genialis cystoskopja is rendelkezésünkre áll, a melylyel a fenti viszonyokat illetőleg kiválóan a hólyagnyakon tájékozódhatunk és a mely eljárásunkat gyakran a helyes útra tereli.

Ily módon az esetek legtöbbjében azon helyzetben lehetünk, hogy magát az akadályt felismerve, megfelelően alkalmazott incisiok által az utat szabaddá tehetjük, *ha ugyan a prostata hypertrophiánál fenforgó húgyretentiora vonatkozó felfogás helyes, t. i. hogy itt csupán mechanikus akadály forog fenn.* Tehát Lennander ellenvetését, a ki a Bottini-féle műtét hatását úgy magyarázza, hogy itt az incisiok által a caput gallinaginis és a ductus ejaculatorii-val egyidejüleg idegpályák is találtatnak (mely úgy hatna, mint a vasectomia), nyugodtan visszautasithatjuk, mert Bottini, Freudenberg, v. Frisch s mások számos esetei (valamint e sorok irójának saját megfigyelése is), a melyekben a bemetszések nem az alsó fal hosszirányában történtek, oly fényes sikereket mutattak fel, minőket a vasektomiánál sohasem láttunk. Manapság többé már senkisem vonhatja kétségbe a Bottini-féle műtét mechanikus hatását.

Mérlegeljük még egyszer, hogy az incisio per vias naturales galvanocaustikus módon történik, miáltal egyrészt a vérzés kikerültetik, másrészt oly pörk képződik, a mely egyszersmind védőfalat képez a hurutos vizelet részéről fenyegető infectioval szemben, ezenkivül a szöveteknek a pörk szomszédságában levő többé-kevésbbé beállott coagulatioja által egy mindig bekövetkezhető húgyinfiltratio ellen védelmet állít: *mindezek oly körülmények, a melyek egy ily beavatkozást jogosulttá tesznek, még ha az nem is történik a szem közvetlen ellenőrzése mellett.*

Az ezen czélra szolgáló müszernek a rendes kömorzsolóhoz hasonló alakja van és azon czélból, hogy egyszersmind hütőkészülékül is szolgáljon, üreges. Az erős női orrmány hüvelyében egy platiniridium kés van, a mely körülbelül 22 cm.-es radiussal ivelt, 12 mm.-nyi magasságú és nyilirányban 3·6 cm.-nyire tolható hátra. A késnek retrograd eltolása épen úgy történik, mint a lithotriptornál. A kábel egyszerü rátolásával a müszerre beáll az összekötettés az accumulatorral, a mely rheostat és ampèrmeterrel ellátva az áram pontos szabályozását és a kés izzási hőfokának az operatio alatti ellenőrzését lehetővé teszi. Nagyon figyelembe veendő a kés izzási hőfokának lényeges differentiája a levegőn és a szövetbe mélyitve, és habár az ampèrmeter mutatója csupán az áram erejét adja meg, empirikusan ebből mégis a kés izzóhőjének fokára is következtethetünk.

Mint láttuk, a penge a müszer elegendő megnyomása mellett (a mi mindig megfigyelendő), hosszának megfelelőleg 12 mm. mély és 3·6 cm. hosszú bevágásokat eszközölhet, a melyek megsokszorozva (rendszerint 2—3 bevágást eszközlünk), eléggé megfelelő csatornát képeznek és máskülönben is kedvező feltételek mellett az operatio positiv sikerét biztosítják.

A hólyagnak kisebb sarjadzásainál, a melyek, mint láttuk, szintén előidézhetnek obstructiot, természetesen elegendő a Nitze-féle vagy másféle operatios cystoscopot használnunk, hogy a szem ellenőrzése mellett azt a kis akadályt biztosan megtalálhassuk és eltávolithassuk; de nem tudjuk elképzelni, hogy ezen az intravesicalis operatiora oly áldásos müszer a prostata jelentékenyebb hypertrophiájánál — még azon problematikus feltevés mellett is, hogy azzal

[1] Archiv für klin. Chirurgie, B. XXI.
[2] Annales des maladies des organes genito-urin.

[1] The diseases of the Prostata, their Pathology and Treatment. London, 1861.

*

eléggé heroikus hatásokat idézhetünk elő — komolyan számbavehető lenne, minthogy ezen műszernek főszerepe a pars prostaticában játszódik le és itt a szemmel való ellenőrzés mégis csak illusorikus, nem is szólván a Bottini-féle incisorral egybekötött hütőkészülékről, mely a behatolásnál szintén lényeges szerepet játszik.

Midőn Bottini az ő galvanocaustikus diaeresejéről azt állítja, hogy az a prostata hypertrophiánál alkalmazva *radikalis* mütétnek tekintendő, úgy az eredményekből, melyeket már igen sok megfigyelőnek volt alkalma ismertetni, meg fogjuk vizsgálhatni, vajjon tényleg annak tekinthető-e ezen mütét. Legelső régibb keletü tudósításokat birunk többek között Tansini-tól, Binaghi-tól, Webb-től, Róth-tól, Morottitól, Bruce Clarke-tól stb., kiknek kisszámú megfigyelései nem sokat nyomnak a latban. Kümmel is jó eredményeket látott és Czerny, a ki már öt esetben operált, sohasem tapasztalta ezen mütét rossz utóhatását, habár mindezen mütétek a mainál tökéletlenebb instrumentariummal vitettek is végbe. Freudenbergnek e kérdésben való fellépése által, ki a XII. nemzetközi orvosi congressuson Moszkvában előadta a prostata hypertrophia Bottini szerinti radikalis kezelésére vonatkozó tapasztalatait, midőn már hét operált betegről referálhatott, kezd a kérdés annyira kialakulni, hogy az érdeklődés legalább is az urologiai világ részéről általánossá válik. Gyors egymásutánban jelennek meg ezen kérdésre vonatkozó adalékok Meyer,[1] Weber,[2] v. Frisch,[3] Hanc,[4] Simon[5] és mások tollából, a kik mindannyian egybehangzóan a Bottini-féle mütétben nemcsak nevezetes kibővítését találják sebészi therapiánknak, hanem minden más idevágó operatiot felülmuló eljárásnak hirdetik.

Különösen v. Frischnek a legszigorúbb tárgyilagosság által jellemzett statistikai összeállításában, mely az esetek 50%-ában teljes gyógyulást és 7·2% halandóságot mutat ki, odanyilatkozik: „hogy siker tekintetében ezzel egyetlen sebészi beavatkozás sem hasonlítható össze, a mely prostata hypertrophiánál eddig egyáltalán igénybe lett véve". *Maga Bottini 1899. márczius 18-dikáról* kelt hozzám *intézett levelében 84% positiv eredményről, 10% javulásról, 3% sikertelenségről és 1% halandóságról tesz említést és pedig ezen eredményeket 400 esetből vonja le, miáltal statistikája v. Frischét a mütét javára messze felülmulja.*

Természetesen v. Frisch is, mint közülünk bárki, a ki ezen mütétet utánpróbálta, bizonyos aggodalmaktól nem marad mentes, a mi egy ily aránylag új eljárásnál nagyon is érthető.

Ez a mütét idült complet és incomplet vizeletretentionál alkalmaztatik, bár Bottini 1885-ben több a „Centralblatt für Chirurgie"-ban közölt idealis sikerre támaszkodva permanens ischuria ellen ajánlja és ép úgy nyilatkozik 1887-ben az „Annales des maladies des organes genito-urinaires" (Traitement d'ischurie due à l'hypertrophie de prostate) czimü lapban is. Egészben véve Bottini kitünő sikereit ezen fenti indicatio szigorú betartásának köszönheti, midőn egyúttal arról is megbizonyosodott, hogy a hólyagizomzat nem vesztette-e el contractibilitását.

És tényleg ez a két momentum: *a complet retentio és a detrusor contraháló képessége* (talán a vizelet qualitása is), hogyha a rendelkezésünkre bocsátott kórtörténeteket tanulmányozzuk, mindig a legjobb és a legbiztosabb prognosist szolgáltatják a vizelet önkéntes kiürítő képességének helyreállítására nézve.

Ezen idealis kimenetelü esetekhez akarom saját megfigyeléseimből a következőt hozzáfüzni.

Sz. G., 67 éves pestmegyei földbirtokos, ki prostata hypertrophia következtében 1½ év óta szenved teljes vizeletretentioban, egy kartárs szívessége folytán 1898. deczember 16-dikán kezelésem alá került. A középtermetü, aránylag elég jól táplált beteg, ki felépülésében már sehogysem bizik, saját jószántából utolsó menedékképen mütétnek akarja magát alávetni, „mely ha nem üt be — úgymond — akkor tudja, hogy mi a teendője". A beteg napjában 3—4-szer katheterizálta magát, a mely alkalommal rendesen 4—600 cm³-nyi residualis vizeletet ürített ki.

Status praesens urolog.: A prostata almanagyságú, meglehetős kemény és érzékeny; a katheterismus csakis a katheter orrmányának a hólyagba való belépésénél nehézkes; sondával megvizsgálva resistens obturatio mutatkozik különösen a pars prostatica hátulsó részében. A cystoskop is ugyanazon barrière-be ütközik a bevezetésnél és a cystoskopikus kép merev gyürüt mutat fel a hólyagnyakon, még pedig úgy, hogy a műszer előre és hátra való tolása mindig bizonyos erővel vihető csak ki. A húgy gyöngén savanyú, fehérjét nyomokban tartalmaz, de semmi czukrot. A górcső alatt semmiféle alakelem nem található. A detrusor ereje jó. Cocain anaesthesiával alkalmaztam 1898. deczember 20-dikán a Bottini-féle diaeresét (az accumulator megtöltését, a mely már engem egyszer jóhiszeműségem folytán cserben hagyott, ezúttal személyesen ellenőriztem). Kiindulva azon feltevésből, hogy a rövid megszükített csövet, melyet ez esetben a pars prostatica képezett, legjobban oly módon tágíthatjuk, ha három bevágást eszközlünk legdistálabb irányban, három incisiot csináltam és pedig egyet felfelé, a másodikat lent bal, a harmadikat lent jobb felül. Semmi vérzés; semmi fájdalomról a beteg a mütét közben nem panaszkodik, mely körülmény a jelenlevő kartárs urakat bámulatba ejti. Közvetlen a mütét befejezése után 80 cm³-nyit ürít ki az operált a belövelt oldatból és ágybafektetve mérsékelt tenesmus mellett a következő 24 órában körülbelül 30 mictioban 750 cm³-t, a következő napon 900 cm³-t, hatodik napon 1400 cm³-t, míg ugyanezen napon a residualis vizelet már csak 130 cm³ volt. A spontan ürülések mennyiségben folyton növekednek, a visszamaradó vizelet pedig csökken, úgy hogy a beteg teljesen láztalan kórlefolyás után, a mütétet követő 16-dik napon már ambulansan volt kezelhető és csupán 60 cm³.-nyi residualis vizeletet mutatott. Az immár savanyú vizelet teljesen tiszta és fehérjementes. Ez év január végén arról értesültem, hogy a beteg hólyagjában már csak 10 cm³ residualis vizelet mutatható ki. Kérésemet, hogy idő multán ismét látogasson meg, megtagadta a már meggyógyult és így háládatlan ember azon indokolással, hogy „sohasem engedne ezentúl műszert bevezetni, mert ez okozta az ő súlyos betegségét, a melytől örül, hogy megszabadult". Tudniillik elég nyíltszívü voltam (a tudomány érdekében minden kartárs urat óvok az ilyesmitől) őt elutazása előtt felkérni, hogy cystoskopiai vizsgálat czéljából mutatkozzék vagy hat hét mulva, mert nagyon érdekelt volna a hólyagnyak változásait tanulmányozni, esetleg fixálni.

(Folytatása következik.)

[1] The medical Record 1898. [2] The med. News. 1898. [3] Wiener klin. Wochenschrift. [4] Wiener med. Presse 1898. Nr. 31. [5] Centralblatt für Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane 1898.

Közlemény a berlini pathologiai intézet chemiai laboratoriumából.

Az albumosenak a vizeletben való kimutatásáról és az enterogen albumosuriáról.[1]

Áldor Lajos dr., karlsbadi fürdőorvostól.

(Vége.)

Egyszerüsége és a többi módszerekhez viszonyított tökéletessége következtében a *Salkowski*-féle, fentebb ismertetett eljárás az, mely ez idő szerint a legnagyobb elterjedésnek örvend. *Senator, Leick* és *Robitschek* ajánlották azt klinikai czélokra. De hogy hátrányokat ez a módszer sem nélkülöz, arra maga *Salkowski* mutatott rá. Nevezetesen *Salkowski, Stokvis*-sal egyidejüleg találta, hogy urobilintartalmú vizeletek is adják ezen eljárással a biuret-reactiot.

Az albumose kicsapására vizsgálataim szerint a phosphorwolframsav minden esetre alkalmasabb, mint az ammoniumsulfat, a mely, a mint azt *Bogomolow* és *Wassilieff* is találták, a biuret-reactio rózsa színére zavarólag hat. A phosphorwolframsav alkalmazásánál pedig az urobilin által okozott veszély eltávolítása a legégetőbb. *Salkowski, Stokvis* és *Bogomolow* vizsgálataiból tudjuk, hogy az urobilintartalmú vizeletek a biuret-reactioval egy az albumosehoz hasonló színeződést adnak. Ezt erősen urobilintartalmú vizeleteknél már a próbának direct, minden előzetes kezelés nélkül való végzésénél megkapjuk; de a próba még intensivebb lesz urobilinogenban dús vizeleteknél, hogy ha az urobilinogent savakkal, sókkal vagy *Stokvis* szerint jodtincturával való kezelés által oxydáljuk.

Ha már most meggondoljuk, hogy albumosuria feltünő gyakran lett észlelve oly kóros állapotoknál, a melyeknél urobilinuria mindennapi észlelet (hepatogen-alak, fokozott bélrothadással járó

folyamatok): úgy felette valószinü, hogy a biuret-reactio positiv eredménye az urobilin jelenléte által volt az esetek egy nagy részében feltételezve. És ez adja bizonyára okát egyrészt azon ellentéteknek, melyek az egy és ugyanazon kórállapotoknál végzett vizsgálatok között találhatók, másrészt kulcsát találhatjuk ebben a körülményben általában annak, hogy miért olyan nagy számúak azok a kórfolyamatok, melyeknél albumosuria eddig leirva lett.

A *Salkowski*-féle eljárásnak ezenkivül még egy, ha nem is az előbb említettel egyenlő fontossággal biró hátránya van, és ez a phosphorwolframsavas üledéknek melegítés által való besürítése. Ez ugyanis, hogy egyáltalán sikerüljön, bizonyos jártasságot igényel, de másrészt a melegítés következtében az oldat, a melylyel a végreactiot csináljuk, gyakran igen erős elszineződést mutat.

Annál kecsegtetőbbnek látszott nekem az alkalom, egy, az itt említett hibáktól mentes albumosekimutatási módot keresni, mert kétségkivüli az, hogy az albumosuria tanának mai hézagos volta szoros összefüggésben áll azzal a körülménynyel, hogy egy minden tekintetben megbizható és klinikai czélokra is alkalmas eljárással eddigelé még nem rendelkezünk.

Hogy az urobilinen kivül más festőanyagok is volnának a vizeletben, melyek a biuret-reactiot adják, attól az eddigi vizsgálatok alapján nincs okunk tartani. Ujabban *Bang* a *haematoporphyrinról* találta, hogy az a biuret-reactioval való összetévesztésre alkalmat adhat. Alkalmam lévén a *Nencki*-féle eredeti haematoporphyrinoldattal vizsgálatokat végezni, azt találtam, hogy az oldat vörös színe, mint az különben ismeretes, kalilug hozzáadására változatlanul marad, erős hígításban elszintelenedik és híg cuprum sulfuricum hozzáadására semmiféle színváltozást nem mutat. További vizsgálataim folyamán a czélom az volt, egy oly elszintelenitő anyagot találni, mely az esetlegesen jelenlévő albumosera káros befolyással ne legyen. Az amylalkoholról, az állati szénről már *Salkowski* vizsgálataiból tudjuk, hogy e czélra nem alkalmasak. A kalium hypermanganattal csak erős hevités által voltam képes tökéletlen elszintelenedést elérni és a szüredékben 0·3‰ albumoset kimutatni nem tudtam. Hasonló eredménynyel vizsgáltam végig még egy sorát az elszintelenitésre alkalmasnak látszó anyagoknak. Egyedül az absolut alkoholt találtam olyannak, melylyel az urobilin a vizeletből egyszerü eljárás segélyével teljesen eltávolítható. Eljárásom a következő: néhány cm³ vizeletet veszek egy kémcsőbe, azt egy-két csepp sósavval megsavanyitom s hozzáadok addig 5%-os phosphorwolframsavas oldatot, míg minden a phosphorwolframsav által kicsapható alkotórész kicsapódik. Néhány másodperczig tartó centrifugálás után egy összeálló üledéket kapok a kémcső fenekén, a mely felett álló folyadékot leöntöm, az üledéket néhány cm³ absolut alkohollal erélyesen összerázom. Egy pár másodperczig tartó ismételt centrifugálás által a kémcső fenekén üledéket kapunk, s az a felett álló alkohol a vizelet urobilin tartalma szerint különböző intensitású sárgás elszineződést, urobilinben dúsabb vizeleteknél plane épen olyan szép zöldes fluorescentiát mutat, mint a milyet a chlorzink-próbával kapunk. Az alkohollal való összerázást és az ezt nyomon követő centrifugálást addig folytatjuk, míg az alkohol és a sedimentum teljesen szintelen marad.

A müveletnek kétszer-háromszor való ismétlése erősen festenyzett vizeletnél is elegendő. Az alkoholt végül leöntjük, a sedimentumot kevés vízben suspendáljuk, tömény natronlúgot adunk hozzá, a mire egy intensiv vagy kevésbbé intensiv kék színeződés áll elő, a mely azonban a levegővel való erélyes összerázás következtében nyomtalanul eltünik, úgy hogy a cuprum sulfuricumot egy teljesen szintelen oldathoz adjuk.

Az egész itt leirt eljárás néhány percznyi időt vesz csak igénybe. Mesterséges albumose vizeletekkel végzett vizsgálataimnál 0·2‰ albumoset még elég biztosan ki tudtam mutatni. Alább közlendő klinikai vizsgálataimnál positiv eredménynek csak azt tekintettem, hogy ha a végreactionál szép rózsaszin jött létre. A mint az egész eljárás folyamán nem melegitek, úgy a phosphorwolframsavas üledék besürítését is a láng igénybevétele nélkül, centrifugálás által eszközlöm. Ennek a körülménynek az előnyét megvilágítják azok, a miket a melegítés hátrányai gyanánt fentebb már említettem. Sokszor, nevezetesen concentrált vizeleteknél olyan nagy mennyiségü phosphorwolframsav igényeltetik, hogy ha még oly kis mennyiségü vizeletet is veszünk a vizsgálat anyagául, egy kémcső nem lesz elégséges. Erre a körülményre csak mint egy másodrangú technikai nehézségre akarok rámutatni, a mely megoldható a centrifugáló apparatusnak egy nagyobb ürtartalommal biró kémcsővel való felszerelése által. (Ha ez rendelkezésünkre nem állana, úgy az említett esetben a centrifugálás helyett phosphorwolframsav hozzáadása után megszürjük a vizeletet, a szürőpapiron maradt üledéket a leirt módon, alkohollal tovább kezeljük.) Ezen egyszerü eljárás segélyével az urobilin által okozott és bizonyára nagyon sok téves következtetés levonására alkalmat szolgáltató hibaforrás el van hárítva, másrészt épen egyszerüsége következtében az eljárás minden nehézség nélkül már a betegágy mellett is kivihető.

A fent közölt módszer csak fehérjementes vizeletekre vonatkozik. Fehérjetartalmú vizeleteknél természetesen az első feladat a fehérje eltávolítása. Erre a czélra vizsgálataim szerint a *Bogomolow* által ajánlott trichloreczetsav sokkal alkalmasabb, mint a főzés által való eltávolítása a fehérjének. 15%-os trichloreczetsavoldatból fölös mennyiségben addig adunk a vizelethez, míg a megszürt folyadék fehérje-reactiot nem ad.

Az ezen eljárás által nyert positiv eredmény annyival is inkább bizonyító, mert a vizsgálat anyagául igen kis mennyiségü vizelet lesz igénybe véve.

* * *

Ezen módszerrel 53 betegnél végeztem vizsgálatokat;[1] ha az anyag nem is valami nagy, a vizsgálati eredmények elég tanulságosak, s az albumosuria ma még épen nem valami szilárd alapokon álló tanának tovább épitésére néhány adatot szolgáltatni alkalmasak.

Minden egyes vizelet előzetesen fehérjére, czukorra és urobilinre lett megvizsgálva; fehérje jelenlétében annak előzetes eltávolítása után lett az albumosera tett vizsgálat foganatositva.

A következő táblázatban, mely az összes vizsgálatokat feltünteti, csak a kórisme és az albumose-reactio eredményét tüntetem fel. (L. tábla.)

Ha a rendelkezésemre állott anyag nem is valami nagy, de meglehetősen változatos, s ezzel a körülménynyel szemben áll az a tény, hogy a kórállapotoknak elég szük köre az, a hol nekem albumosuriát kimutatnom sikerült. Ezek között az első helyet a lázas betegeknél észlelt albumosuria foglalja el, úgy hogy e vizsgálatok megerősitik *Schultessnek* azon leletét, hogy a lázas betegek 90%-ánál albumosuria jelen van. Az albumosuriának a lázzal való összefüggése mellett bizonyitanak különösen azok az infectiosus betegek, a kiknél közel vagy egészen normalis hőmérsékné a próba negativ, hőemelkedésnél positiv eredménynyel járt; bizonyít egy apoplexia-eset accidentalis hőemelkedéssel s positiv albumose-reactioval; bizonyítanak az arthritis és rheumatismusban szenvedő betegek, kiknél csak láz egyidejü fennállása mellett volt albumose kimutatható.

Öt esetben észleltem albumosuria tartós jelenlétét, a hol a hőmérsék normalis volt és pedig négy gyomor- és egy hashártyarák esetében. Ezen esetek bonczasztalra nem kerültek, de a carcinomának typikusan klinikus képét adták, jól tapintható tumorral. Két gyomorrák-eset a gyomornedv szabad sósavának hiányával, subaciditással és positiv tejsav-reactioval járt.

Az én vizsgálataim tehát anyagot csupán az albumosuria két csoportja számára szolgáltatnak: ez a febrilis és a histogen alak. Nem számitom a hasi szervek rákos elváltozásainál észlelt albumosuriát az enterogen alakhoz, annyival kevésbbé, mert egy ilyennek jogosult felvételére semminemü támpontot nem találtam. Ha az enterogen albumosuria *Maixner*, *Chvostek* és *Stromayr* nézete szerint a bél nyákhártyáján localisált okokból, nevezetesen az azon jelenlévő sérülések, lobos infiltratiok jelenléte következtében oly módon jönne létre, hogy a megbetegedett nyákhártyarészletek albumose assimiláló képességüket elvesztették és azokon keresztül a hydrált fehérjék direct a vérpályába jutnak, úgy albumosuriának minden ilyen bél-laesiokkal járó kórfolyamatoknál létre kellene jönnie vagy legalább is egy alimentaer albumosuriának müvi úton elérhetőnek kellene lenni. Ez utóbbit illető vizsgálatok végzésére egy dysenteriás beteget választottam; a beteg egy albu-

[1] Az esetek a Leyden és Senator klinikájáról valók, s azoknak átengedését Blumenthal és Strauss dr. uraknak köszönhetem.

Szám	Név	Kórisme	Albumose-reactio	Megjegyzések
1	Gafran ...	phthisis pulmonum	gyengén positiv	hőmérs. 37·7
2	Goldam ...	carcinoma ventriculi	positiv	„ 36·5
3	Ratke	dysenteria	negativ	
4	Sickert ...	carcinoma ventriculi	positiv	„ 36·5
5	Reinke ...	nephritis	negativ	
6	Hoffman ...	rheumatismus	negativ	
7	Strasser ...	phthisis pulmonum	positiv	„ 38·1
8	Kollenberg	adipositas	negativ	
9	Glaser	phthisis	negativ	„ 36·8
10	Ludwig ...	vitium cordis	negativ	albuminuria
11	Kaner	aneurysma	negativ	
12	Hunks	erysipelas	gyengén positiv	hőmérs. 37·8
13	Hasilar ...	carcinoma ventriculi	positiv	„ 36·5
14	Schaffler ...	carcinoma ventriculi	gyengén positiv	
15	Kurzweg ...	genital tuberculosis	negativ	
16	König	phthisis	„	„ 36·7
17	Blayrt	morbilli és otit. med.	„	
18	Nank	nephritis	„	
19	Säger	anaemia	„	
20	Pempe	lymphadenitis	„	
21	Schulz	emphysema	„	
22	Dürr	aneurysma	„	
23	Feldheller ...	neurasthenia	negativ	
24	Detils	carcinoma peritonei	positiv	„ 36·8
25	Gaier	pleuritis	„	
26	Bäcker ...	arthritis chr.	negativ	„ 36·7
27	Schmidt ...	influenza	positiv	„ 38·4
28	Hubalek ...	rheumatismus	„	„ 38·8
29	Gottschalg	psoriasis	negativ	
30	Wall	catarrhus ventric.	„	
31	Wilke	paral. spin. spast.	„	
32	Stark	neurasthenia	„	
33	Mayer	apoplexia	positiv	„ 38·3
34	Schädlich ...	tabes	negativ	
35	Förster ...	pneumonia	positiv	„ 38·6
36	Küster	arthritis	negativ	
37	Eiserman ...	sepsis	„	„ 38
38	Schusster ...	phthisis	„	„ 39·4
39	Göbel	rheumatismus	„	„ 36·3
40	Kraft	phthisis	negativ	„ 37·8
41	Gairiawski	phthisis	positiv	„ 38·1
42	Nuhr	rheumatismus	„	„ 37·9
43	Rofterk ...	phthisis	„	„ 38
44	Feichner ...	rheumatismus	„	„ 37·6
45	Grothof ...	„	„	„ 39
46	Sanftenberg	„	„	„ 38
47	Berkers ...	tabes	„	
48	Leck	erysipelas	negativ	„ 37·1
49	Anna	erysipelas	positiv	„ 38·2
50	Limpert ...	scarlatina	„	„ 39
51	Bäcke	phthisis	negativ	„ 37·2
52	Fasl	diphtheria	„	
53	Krause ...	phthisis	positiv	„ 38

mose készítményből, a somatoseból, reggel 8 órakor 30 gr.-ot fogyasztott el; az albumosuriára öt izben két óránként megejtett vizsgálat eredménye negativ volt. Ezenkivül még két gyomorrákban szenvedő egyénen végeztem teljesen hasonló kisérleteket; az illetőknél már előzetesen ki volt mutatható albumose a vizeletben, somatose-val való táplálás után a biuretreactio intensitásában semminemü különbséget észlelni nem tudtam.

Ezek alapján, a mint nincs semmi támpontunk arra, hogy egy a bél nyákhártyájának elváltozásaitól feltételezett enterogen albumosuria létezését felvehessük, épen úgy a különböző szervekben létező rákos folyamatoknál jelenlévő albumosuriából olyan tág következtetést, mely a betegség localisatiojára vonatkoznék, nem vonhatunk. Hogy egyáltalában rák jelenlétére nézve, bármely szervben székeljen is az, pathognostikus-e az albumosuria létezése, erre vonatkozólag vizsgálataimat a magam részéről sem tartom befejezetteknek. Egy, az eddigi hibáktól mentes kimutatási módnak nagyobb anyagon való alkalmazása fogja megmutatni, hogy jogosult-e az albumosuria létrejövésében többféle okot keresni, hogy nem fog-e az albumosuriák száma jelentékenyen reducálódni, ha ki van zárva az eshetőség, hogy azokhoz az urobilinuriát is számították?

Ha a régebbi megbizható vizsgálatokat az újabbakkal és a magaméival összehasonlitom, úgy egyáltalában nem látszik valószinütlennek a feltevés, hogy az albumosuria az esetek túlnyomó részében egy anyagcsere anomaliának a nyilvánulását képezi. A febrilis albumosuria létezését bebizonyítottnak tekinthetjük, s a mint az nem a lázzal, mint olyannal van összefüggésben, hanem azt a lázas anyagcsere sajátlagosságának kell *Schultess* szerint tekintenünk, úgy a jövő feladata bebizonyítani, hogy a nem lázas betegeknél észlelt albumosuria is a legtöbb esetben a febrilis albumosuriával azonos alappal bir. Heveny sárga májsorvadás, phosphormérgezés, lázas bántalmak, rák mind oly folyamatok, melyeknél albumosuria megbizhatóan lett észlelve és a mely kóralakoknak közös vonását a *fokozott fehérjeszétesés képezi*. Az eddigi vizsgálatok alapján csak valószinűnek látszik az, hogy a fokozott fehérjeszéteséssel járó anyagforgalom és az albumosuria létrejövése egymással összefüggésben vannak. Hogy ez összefüggés olyan szigorú-e, hogy abból diagnostice is értékesíthető következtetések vonhatók, annak végleges bebizonyítására sokkal nagyobb anyagon megejtett vizsgálatok szükségesek, melyek egyszersmind az általam ajánlott kimutatási mód megbizhatósága felett itéletet mondani is hivatva lesznek.

Irodalom.

[1] Frerichs: Leberkrankheiten 1861. I. [2] Stadelmann: Unters. über die Peptonurie, Wiesbaden 1894. [3] Stokvis: Zeitschrift für Biologie, B. 34, 1897. [4] Hofmeister: Zeitschrift für physiologische Chemie, Band 4. [5] Jaksch: Prager med. Wschrift 1881 und Zeitschrift für klin. Med. B. 6, H. 5. [6] Devoto: Zeitschrift für phys. Chemie, B. 15, 1891. [7] Morro und Maccabruni: Annali di freniatria 1888, citálva Stadelmann-nál. [8] Senator: Deutsche med. Wochenschrift 1895, Nr. 14. [9] Maixner: Zeitschrift für klin. Med. B. 8. [10] Leick: Deutsche m. Wschrift 1896, Nr. 2. [11] Bogomolow és Wassilieff: Cblatt für die med. Wissenschaften 1897, Nr. 3. [12] Robitschek: Cblatt für med. Wissensch. [13] Chvostek és Stromayr: Wiener klin. Wschrift 1896, Nr. 47. [14] Jaksch: Zeitschrift für Heilk. 16. kötet. [15] Katz: Wiener med. Blätter 1890, Nr. 45—52. [16] Racanowsky: Zeitschr. f. klin. Med. B. IX. [17] Schultess: Archiv für klin. Med. B. 60, 1898. [18] Krehl és Matthes: Deutsches Archiv für klin. Med. B. 54. [19] Salkowski: Berliner klin. Wschrift 1897, Nr. 17 és [20] Cblatt für die mediz. Wissenschaften 1894, Nr. 7. [21] Bang: Deutsche med. Wschrift 1898. Nr. 2. [22] Brieger: Ueber das Vorkommen von Pepton im Harne, Breslau 1888.

Közlemény a Korányi Frigyes tanár vezetése alatt álló I. belgyógyászati kórodából.

A typhus-kezelés diaetetikus irányelvei.

Benedict Henrik és *Schvarcz Miklós* dr.-októl.

(Folytatás.)

Mielőtt azonban erre irányítanók figyelmünket, egy kérdés felett kell döntenünk, mely a későbbiekre vonatkozólag nagy fontosságú jelentőséggel bir; az összes elégési folyamatok élénkülésében kezdetben legnagyobb része a fehérjeelégésnek van, mely oly nagyfokú lehet, hogy háttérbe szorítja a N.-mentes anyagok élenyítését, a mit a zsírnak a szervekbe való lerakódása is bizonyít; ha tehát a fehérje-élenyülés magas mértéke csökken, csökken-e vele együtt megfelelően az összes elégés erélye? Vagy épen oly magas fokon marad, a mennyiben most az elégéshez szükséges anyagtöbbletet nem a fehérje, hanem a N-mentes anyagok — nevezetesen a zsír — szállítják? Vagy az egész forgalom csökken-e, de nem abban a fokban, mint a fehérjebontás? Hiába keresünk kielégítő választ e kérdésre; az állatkisérlet e részben nem mérvadó; ama kisérleteket, melyek hagymázas betegek erő- és gázforgalmát tárgyalják, egyik kezünk ujjain számlálhatjuk el és e kérdésre különben tekintettel sincsenek. Azonban közvetve e hiányos kisérletekből is arra következtethetünk — különösen meggyőző *Löwy* egyik kisérleti sorozata —, hogy *talán* tényleg a későbbi időszakban absolute is nagyobb mennyiségü zsír égettetik el; minden esetre a betegség előrehaladásával a zsírelégés fedezi túlnyomó részben az összes forgalmat és a fehérje élenyülését háttérbe szorítja.

És eképen a typhusbeteg, körülbelül négy heti infectio után, mely időből az utolsó hét a defervescentiára jut, elérkezik az első láztalan naphoz. Egész testében, különösen pedig az izmokban ijesztő módon fogyott; a hátizomzat nem bir annyi erőt kifejteni, hogy törzsét függőleges helyzetben tarthatná, keze kifárad, ha a kanalat egynehányszor szájához emelte, lábai még hetekig sem képesek a test súlyát állandóan kibirni! Milyen csodálatraméltó berendezéssel bir a szervezet, hogy izmai egynehány hét alatt előbbi térfogatukra térnek vissza, hogy a beteg test megújhodik, sőt mondhat-

nók megifjul? Hisz nemcsak a nép szavajárása, de az orvosi tapasztalat is a mellett tanuskodik, hogy a typhusbeteg a betegség lezajlása után erősebb lesz mint valaha volt!

Tisztelt orvosegyesület! Sokan Önök közül feleslegesnek fogják itélni tovább időzésünket oly tárgynál, melyre vonatkozólag már döntött a tudomány rövid hatalomszóval. Nincs könnyebb annál — hallja és olvassa az ember lépten-nyomon —, mint a typhusreconvalescenst eredeti húsállománya birtokába visszahelyezni! A lesoványodott szervezet sejtjei mohón tartják vissza a táplálékban nyújtott fehérjét és magukhoz ragadják azt erőszakosan a nedváramból, még akkor is, ha a táplálék nem elegendő mennyiséget tartalmaz belőle, csakhogy régi állományukat visszanyerjék. Egészséges embert húsra erőszakosan nem hizlalhatunk, de a lesoványodott ember sejtjei „immanens erő“ felett rendelkeznek *(Klug)*, mely úgyszólván kényszeríti őket, hogy fehérjét ragadjanak magukhoz. Hálátlan feladat az ily tetszetős felfogás megczáfolására vállalkozni, mely azonban épen oly kevéssé felel meg a tényállásnak, mint a toxikus fehérjeszétesésről szóló tan az eddigi értelemben. Mily nagy az izomállomány, mely felé a szervezet törekedik? Meg van-e határozva minden ember számára az őt megillető fehérjetartalom, a melyhez mindig visszatér? Nem volt az izom- és fehérjeállomány, melynek birtokában volt a typhusos beteg lázas betegsége kezdetén, csak esetleges, akkori élet- és táplálási körülményei által feltételezett állapot? Nagyszámúak volnának amaz ellenvetések, melyekkel a priori ily felfogás ellen síkra lehetne szállni, de nem soroljuk fel őket, hanem inkább úgy fogjuk vázolni a tényállást, a milyennek az kisérleteinkből kitünt.

A szervezetnek húsban és fehérjében való gazdagodása a typhusos láz után alapjában véve *hizlalási folyamatnál nem egyéb*. A hizlalás létrejöhetésének feltételeit az egészséges embernél egész pontosan ismerjük. Röviden a következőkben foglalnók őket össze: hizlalás, azaz a felnőtt szervezetnek új anyaggal való meggazdagodása, akkor jöhet létre, ha a tápbevitel nagyobb, mint a mennyit a szervezet ugyanannyi idő alatt elbontani képes.

Minden anyaglerakódás a testben első sorban ilyen, a szervezet felbontó ereje és a felbontandó anyag mennyisége közti aránytalanság által van föltételezve; a többlet lerakódásra kerül.

Miért nem tudunk rendes körülmények között számottevő húslerakódást elérni? Azért, mert a sejtek hatalmas fehérjefelbontóképessége rövid idő alatt minden kínálathoz tud alkalmazkodni.

Miért olyan könnyű a zsírra való hizlalás? Mert a N-mentes anyagokkal szemben a szervezet felbontási tehetsége korlátozottabb és állandóbb valami.

De meg is fordíthatjuk a viszonyokat: ha az izomrostnak N-mentes anyagok elégetésére irányuló képességét munkára való beidegzés által fokozzuk, akkor a zsír felbontása emelkedni, lerakódása csökkenni fog; ha másfelől a sejtnek fehérjefelbontóképességét egy időre csökkenthetnők, akkor tartósabb fehérjevisszatartásnak és dúsabb húsújképződésnek meg van adva a főfeltétele. És ha még normalis körülmények közt is a fehérjenemü tápanyagok hirtelen fokozása vagy zsírok és szénhydratok túlságos bevitele által elérhetjük azt, hogy a fehérjefelbontóképesség egyideig a kínálat mögött visszamaradjon és a szervezet az alkalmazkodás napjáig fehérjében gazdagodjék: *mennyivel jelentékenyebbnek kell annak a testben visszamaradó többletnek lennie, ha a fehérjeelhasználást, a sejtek fehérnyeszükségletét állandóan alacsonyabb fokra állíthatnók be.*

Ez a föltétel vizsgálataink szerint meg van adva a typhusreconvalescenseknél. Kifejtettük, milyen rapid módon emelkedik láz alatt a sejtek fehérjefelbontóképessége, elannyira, hogy dús táplálék daczára is kénytelenek saját fehérjéjüket forgalomba hozni; elannyira, hogy az elégési folyamatokból még a zsírt is félreszorítja. De kimutattuk azt is, hogy a betegség folyamán a szervezet már oda törekszik, hogy fehérjeforgalmát lehetőleg kis értékre szállítsa le és az elégési folyamatokban a zsírnak engedje át a nagyobb helyet. Hogy tulajdonképen hová tendált, ez csak a láztalan időszakban válik nyilvánvalóvá, midőn a protoplasmatevékenység teljes megfordulása előtt állunk. A fokozott fehérjefelbontás helyett reactioképen beáll a csökkent fehérjefelbontás; ugyanaz az élettani functio, melynek abnormis fokozása a szervezetet alighanem saját védelme érdekében arra kényszerítette, hogy saját szerveit fogyaszsza, most a reactio idejében abnormis alábbszállásával ismét abba a helyzetbe hozza, hogy ezt a veszteséget újra pótolhassa. A lázas fehérjevesztes és a láz utáni fehérjeretentio tehát egy és ugyanazon protoplasmamüködésnek quantitativ elváltozásaiból magyarázhatók.

Ezek szerint azokat a chance-okat, melyekkel egy lesoványodott typhusreconvalescens a láztalan időszak elején fehérje- és húsállománya, azaz ereje visszanyerésére bir, nem a szerint szabad mérlegelnünk, hogy mennyit veszített ezelőtt a beteg; hiszen kisérleteink mutatják, hogy egy beteg, ki 28 napos typhus alatt számításaink szerint körülbelül 3—4 kg. húst veszíthetett, a reconvalescens diaetetika czélszerü vezetése mellett a láztalan időszak 3. egész 62. napjáig 2200 gr. fehérjét tartott vissza, a mi húsképződésre átszámítva 10 kiló és 60 deka izomhúsnak felelne meg, tehát sokkal többet, mint a mennyit veszíthetett. Midőn hazabocsátottuk, még mindig mindennap 143 gr. izomhúst tartott vissza. De attól sem függ, hogy milyen táplálékkal tartjuk a beteget a reconvalescentia elején, hanem tisztán csak fehérjeforgalmának azon fokától, melyre magát a láz alatt beállította. Két beteg, ki mindkettő a láz alatt *egyenlő* súly- és fehérjevesztességet szenvedett és kit a reconvalescentia elején *egyformán* fehérjedús táplálékkal kezdünk táplálni, nem fog *egyformán* fehérjét visszatartani, hanem annak lesznek nagyobb chanceai, kinek fehérjeforgalma, a vizelet N-tartalmán mérve, a táplálás kezdetekor kisebb volt; minél távolabb áll a sejtek fehérje *felbontó képessége* a tényleges *fehérje kínálattól*, annál nagyobb lesz a szervezetben visszamaradó fehérjemennyiség. Érdekünkben áll tehát 1. hogy a lázas fehérjeforgalmat olyan módon befolyásoljuk, hogy a végén lehetőleg alacsony fokra legyen beállítva, 2. hogy azután a fehérjebevitelt minél inkább fokozzuk.

Hogy az első pont mennyire fontos, mutatja már a typhusos fehérjeforgalomnak az a sajátossága, hogy magára hagyatva mindig egy minimum felé törekszik. Hogy pedig mennyire áll érdekünkben a szervezetnek e praeventiv, már a közeli reparatiora irányuló rendszabályát nem zavarni, ezt egy esetünk fogja legjobban mutatni. Egy 19 éves legény pneumoniával jött a klinikára, melyről az észlelés folyamán kitünt, hogy pneumotyphus. Minthogy a pneumonia visszafejlődése után betegsége 24-dik napján esteli temparaturája még 38 fok volt, táplálási kisérleteink tárgyává tettük. A betegség 24. napjától egészen 36. napjáig, midőn utoljára volt lázas, élénk étvágyának megfelelőleg igen böven tápláltuk tejjel, melyből eleinte 3720 köbcm.-t kapott 143 gm. fehérjével, a láz utolsó napjain 5000, söt 6000 köbcm.-t adtunk. Fehérjeforgalma óriási mértékben növekedett; eleinte átlag 147 gm. fehérjét, később még többet bontott fel; a láz utolsó napján bevitt fehérjemennyisége 230, a felbontotté 229 gm.-ot tett ki. Forgalma tehát kétszer magasabb volt, mint az, melyet rendesen az egészséges ember fehérjeszükségletének kielégítésére elégségesnek itélünk. Mi ennek csak accidentalis jelentőséget tulajdonítottunk, természetesnek itélve azt, hogy a fehérjebevitel a fehérjebomlást fokozza és örülve annak, hogy a fehérjevesztességek csekélyek: átlag csak 10·75 gm. naponta. Annál nagyobb volt meglepetésünk, midőn a reconvalescentia első három hetében lehetetlennek mutatkozott fehérjét lerakásra birni. Hiába nyujtottunk naponkint eleinte 203, később 217, azután ismét 205 és végre 230 gm. fehérjét; hiába fokoztuk e mellett a caloriák számát 5000 felé, mi a beteg óriási étvágya mellett nem járt nehézségekkel; a szervezet a mindennap benne keringő 220 gm. fehérjéből csak 4-et tartott vissza;[1] 21 nap alatt alig 300 gm. hús képződött, holott minden egészséges felnőtt ember ily forcirozottnak nevezhető táplálás mellett bizton 1500 gm. húst tudott volna magának megtakarítani. *(Hirschfeld-Krug)*. Hol maradt a sejtek élénk regeneratios vágya, hol az a mohóság, melylyel mint nekünk igérik, a fehérjét az elégtelen táplálékból is magukhoz ragadják? A beteg láz alatt határozottan fehérjét veszített; az infectio jelei, mint a léptumor stb. teljesen visszafejlődtek; a Widal-

[1] Teljesen érthetetlen előttünk, hogy dolgozatunknak milyen része indíthatna arra a felvételre, hogy mi ezt a magas fehérjeforgalmat „lázzal“ (!) azonositani akarjuk. Ha alantabb a fehérjefelbontóképességnek láz alatti fokozását olyan tüzzel hasonlitjuk össze, mely magára hagyatva lassan elalszik, de új tüzelőanyagnak, azaz fehérjének folytonos halmozása folytán tovább ég, akkor ez természetesen metaphoránál nem egyéb.

féle reactio a második láztalan hét végén csak tízszeres hígitásban volt positiv; sem recidiva, sem utóbetegség nem mutatkozott; az egyén mindenben az egészséges benyomását tette és igen erős súlygyarapodást is mutatott, a mi azonban majdnem mind *zsír*lerakódás számlájára irandó. Csak a protoplasma, a húsállomány, az izomzat regeneratioja maradt ki. Nem szenved kétséget az, hogy a reconvalescentiának ezen kedvezőtlen menetét mi magunk okoztuk abban a pillanatban, midőn még a láz alatt a fehérjedús tápláléknak mindig bőkezűbben való alkalmazása által a sejtek fehérjefelbontását, mely már-már leszálló félben is lehetett, a régi magasságra, sőt ezen túl csigáztuk és a természetnek azt a reparativ czélzatú intézkedését zavartuk, melylyel fehérjeforgalmát lehetőleg leszorítani igyekszik. Igy azonban a kialvófélben levő tűznek új meg új tápot nyújtottunk. Tényleg „morbum nutrivimus, non aegrotum.“ Az a magas fehérjeforgalom, melyre a beteget a láz alatt mesterségesen neveltük, megmaradt a reconvalescentia alatt is három hétnél tovább és csak azután kezdett lassankint csökkenni, mi alatt a fehérjevisszatartás lassankint növekedett. Mi tehát a reparatios folyamat beállását a láz alatti bő fehérjetáplálással épen három héttel késleltettük.

(Folytatása következik.)

TÁRCZA.

Az iskolaegészségügy reformja.

Az 1885. évben bold. *Trefort Ágost* minister úr által kiadott szabályrendelettel középiskolai iskolaorvosok és egészségtantanárok kiképzésére, képesítésére és alkalmazására — mely csak hosszú tanácskozások után bocsáttatott ki — Magyarország az iskolaorvosok alkalmazásában az egész művelt nyugatot megelőzte, és a mi illeti az iskolaorvosok kiképzését és képesítését, mai napig is egyedül áll. A kinevezett iskolaorvosok feladatát az 1887-ben kiadott „Részletes Utasitás“ szabta meg, a mely részben igen terhes feladatot rótt az iskolaorvosokra, különösen akkor, ha szószerint és nem a szellemébe hatolva akarták teljesiteni. A buzgalom kezdetben nagy volt és midőn az állam az alkalmazott iskolaorvosokat fizetni is kezdte, még nagyobb lett egy ideig, addig mig meg nem győződtek, hogy a tiszteletdijuk, melyet a lefolyt tanévért mindig a következő tanév közepén kaptak meg, egyáltalában nem mutat hajlamot az emelkedésre. Az első következménye lett ennek, hogy az iskolaorvosok nem alkalmazkodtak a részletes utasitásokhoz, ki-ki tett, a mit akart, egynéhány szorgalmas — a tudomány szomja által hevitve — dolgozott, a legtöbb alig tett valamit, sőt akadt olyan is, a ki az évi jelentést is csak ismételt felszólitásra küldte be. Az igaz, ezen jelentéseket át sem olvasta senki. Hogy az iskolaorvosok előadásai az egészségtanból, melyeket a VII. osztálybelieknek kellett tartaniok, ilyen körülmények között nem feleltek meg a szigorú paedagogiának, könnyen érthetőnek fogjuk találni. Végül az iskolaorvos szabályzatlan helyzete a tanári karral szemben egyesek, hevesebbek részéről, nem egy conflictusra adott okot. Legjobban jártak még azon iskolaorvosok, a kik a szabályzat által nekik biztositott czimet jövedelmezőbb praxis szempontjából kiaknázták. Emlékszem egy fővárosi kartársra, a ki patiensei körében eleve hirdette, hogy az egyetemen most a tanári vizsgát fogja letennni, persze Fodor tanár úr gondoskodott arról, hogy ahhoz ne kerüljön. De legújabban is *Thim* „Népszerű Egészségtan“-ában olvasok egy munkácsi orvostanárról, a ki pedig iskolaorvos volt és jelenleg az ottani bábaképző igazgatója. A czimmel űzött visszaélések miatt meg az orvosegyetem tanári kara haragudott meg és méltán. Szóval az iskolaorvosok alkalmazása nem felelt meg a hozzáfűzött várakozásoknak, ellenkezőleg az intézménynyel, úgy a hogy van, senki sem volt megelégedve: nem az iskolaorvosok, nem a tanárok, nem a ministerium, nem az orvosi egyetem, legkevésbbé pedig *Fodor* tanár úr, a ki tudta, hogy Trefort az intézményt egészen másképen fogta fel és egészen másképen akarta fejleszteni. Sőt Fodor inkább el volt tökélve a tanfolyam további vezetésétől lemondani, mint újabb és újabb iskolaorvosokat kiképezni.

A reformálás időpontja, feltartva a sok közoktatási kérdés által, *Wlassics Gyula* dr. ministersége alatt végtére megérkezett. Ideje is volt, mert különben a külföld az iskolaegészségügy kérdésében elhagy bennünket, az utóbbi időkben város város után alkalmazta az iskolaorvosokat; sőt még Poroszországban is, pedig az Szász-, Bajor- és Németországok megett vissza szokott maradni, *Bosse* közoktatási minister körrendeletet intézett az iskolahatóságokhoz iskolaorvosok alkalmazására, mintául ajánlván Wiesbaden példáját. *Wlassics Gyula* dr. minister úr 1898. év 54,104. számú rendeletével kifejezést adott kivánságának az eddigi szabályzatok módositására a szerzett tapasztalatok felhasználásával és a meghivott szakértők tanácskozásának vezetésével *Hóman Ottó* ministeri tanácsos urat, az iskolaegészségügy lelkes pártolóját bizta meg. A tanácskozásra meghivót kaptak: *Fodor József* ministeri tanácsos, egyetemi tanár, *Tóth Lajos* és *Finéczy Ernő* osztálytanácsosok, *Erődi Béla* főigazgató, *Cherven Flóris* cz. főigazgató, a VII. ker. áll. főgym. igazgatója, *Demeczky Mihály*, a Ferencz József-intézet kormányzója, a II. ker. áll. főgym. igazgatója, *Kemény Ferencz* cz. igazgató (a ki azonban betegsége miatt Arcoban tartózkodik és igy el nem jöhetett), *Bánóczy József*, *Juba Adolf*, *Schuschny Henrik* és *Váli Ernő* iskolaorvosok. A tanácskozásokat megnyitva, *Hóman Ottó* ministeri tanácsos első sorban üdvözölte a megjelenteket a minister nevében, azután felhozta, hogy eddigelé 53 iskolaorvos van alkalmazva: 38 az állam, 3 községek, 11 a felekezetek részéről és 1 a leánygymnasiumban. Felsorolva és hangsúlyozva az intézmény ellen eddigelé felhangzott panaszokat, kéri a megjelentek véleményét a szabályzat és utasitás módositására vonatkozólag, végül tanácsát, miként lehetne ezen üdvös intézményt központi felügyelet szervezése stb. által fejleszteni. A jegyzői teendőkkel Juba dr.-t bizta meg. Utána *Fodor* tanár kért szót, ki az iskolaorvosok nevében forró köszönetet mondott Wlassics Gyula minister urnak, a ki az iskolaegészségügy reformjának kérdését folyamatba hozta és az elnöknek az ügygyel szemben tanúsitott jó indulatáért. A szabályzat megvitatásánál fel fogja hozni az általa szükségeseknek vélt módositásokat, utána pedig előadni inditványait, miképen lehetne az iskolaegészségügyet fejleszteni. Az erre megindult általános vitában, melyben Demeczky, Váli, Erődi, Cherven, Bánóczy, Schuschny, Fodor és Juba vettek részt, Fodor tanár hangsúlyozta, hogy Trefort minister miként akarta ezen nézete szerint felette fontos intézményt kiépiteni. Trefort minister mindjárt az első esztendőben 20,000 frtot akart a költségvetésbe felvenni és ezen összegből minden iskolaorvosnak 800 frt fizetést adni, de csak eleinte, mig később rendes tanári fizetéssel akarta őket ellátni. Továbbá szándékában volt az intézményt az összes iskolákra kiterjeszteni és végül forumot létesiteni a ministeriumban, mely hivatva lenne az iskolaorvosok működését ellenőrizni és vezetni. Kiemeljük még, hogy az összes tanférfiak az iskolaorvosi intézmény meleg barátjainak vallották magukat, csak szorosabb érintkezést kivántak orvos és tanári kar, különösen orvos és ifjúság között, mert egyes példákból látják, hogy az lehetséges, továbbá kivétel nélkül hangsúlyozták, hogy az utasitásokban foglaltak kivitele igen sok munkát és időt vesz igénybe. Erődi főigazgató maga részéről panaszkodott, hogy a tanári conferentiára sokan nem szoktak eljárni, sőt egyikmásik iskolaorvos határozott meghivásra sem jött el. Az iskolaorvosok panaszait különösen *Bánóczy* tolmácsolta. Az általános vitát befejezve elnök hangsúlyozza, hogy részéről a fősúlyt arra fekteti, miszerint az ifjúság egészséges legyen, mig az egészségtan tanitását csak másodsorban tartja fontosnak, kijelenti, hogy a fizetésemelésbe a minister úr bele fog menni és ezzel áttért a napirend első pontjára, a szabályzat módositására, a mely az ülés hátralévő és a második ülés első részét vette igénybe.

A „*szabályzat*“-ban eszközölt lényegesebb módositások a következők: A czim (24. §.) kérdésre vonatkozólag a tanácskozás megállapodott abban, hogy a képesitett orvos czime: képesitett iskolaorvos legyen, mig a kinevezetté addig, mig alkalmazása tart: iskolaorvos és középiskolai egészségtanár; a czim ilyen pontos megállapitásával mindennemű visszaélésnek eleje lett véve. Az iskolaorvosok kiképzésére vonatkozó pontokba felvétetett, hogy a tanfolyam az iskolaegészségügyet és az egészségtannak a középiskolákban tanitandó részét „és módszerét“ öleli fel, mi czélból a „3 hónapig tartó tanfolyamot“ vezető szaktanáron, a közegészségtan egyetemi tanárán kivül, még egy tanár a középiskolai paedagogiából és didaktikából, a középiskolai rendtartásból fog előadásokat tartani és a tanfolyamhallgatók előadási gyakorlatait vezetni, a kinél a hallgatóknak szintén jelentkezniök (9. §.) kell. A tantervre vonatkozólag, melyet a minister megállapit, szükségesnek találta a bizottság, hogy a szemészet, sebészet és fülgyógyászat idevonatkozó fejezetein kivül, a hallgatók különösen még az ideggyógyászatban (gyenge elméjűség, hülyeség, idegesség stb.), fogászatban és tornaügyben nyerjenek feladatuknak megfelelő kiképzést. A képzettség ezentúl 4 tagú bizottság előtt bizonyitandó be (15.§.), a menyiben a középiskolai paedagogia és didaktika tanára szintén mint vizsgáló fog működni, ennek megfelelően a vizsgadij (22. §.) 12 frtban lett megállapitva. Míg a gyakorlati vizsgát a vezető tanár tarja meg és eredményét a bizottságnak bejelenti, úgy mint eddig, a szóbeli vizsga elfogadása felett az egész bizottság szavazással dönt (18. §.). Az érdemjegyek (19. §.) ezentúl kitünő, elégséges és elégtelen, a képesités pedig (21. §.) kétféle lesz: „kitünően képesitett“ és „képesitett“.

A tiszteletdijról szóló 25. §. lényeges módositáson ment keresztül. A második bekezdés az iskolaorvos és egészségtanár tiszteletdiját teljes középiskolában évi 200 frtban és nem teljesben évi 100 frtban állapitotta meg. Helyette az elnök inditványára következő módositás vétetett fel: „Az iskolaorvos és egészségtantanár megfelelő *méltányos jutalomdijban* részesitendő“, mig jegyzőkönyvbe vétettek *Cherven* inditványa, hogy az iskolaorvos fizetése arányban legyen az iskola nagyságával, szerinte 4—4 osztályra terjedő fokozatokat kellene megállapitani, továbbá *Demeczky*-é, ki lelkes szavakkal ecsetelve az iskolaorvos fontosságát a jó egészségügy érdekében, azt ajánlotta, hogy addig, mig az ország pénzügyi helyzete az iskolaorvosoknak rendes hivatalnokokká való kinevezését meg nem engedi, minden egyes osztály után 50 frt jutalomdijban részesüljenek. Habár a 25. §. fenti szövegezése a ministeriumnak teljesen szabad kezet biztosit, a mi szükséges azon szempontból, nehogy a szorgalmas iskolaorvos ép olyan méltánylásban részesüljön, mint a nemszorgalmas, ismerve a mérvadó körök intentioit, teljesen meg vagyunk győződve, hogy a jutalomdij megállapitása a hangsúlyozott elvek szerint fog „lehetőleg“ megtörténni, sőt a pénz kiutalványozása részben még a tanév alatt felerészben fog eszközöltetni. Az iskolaorvos *ei kölcsi* helyzetét emelni lesz hivatva a 27. §., mely szerint az iskolaorvos eddig tagja volt a tanári testületnek és egészségügyi kérdésekben szavazat jogával birt, ezentul azonban minden oly conferentiára, mely egészségügyi kérdést tárgyal, meghivandó, azokon megjelenni is tartozik és szakkérdésekben szavazati joggal bir. Ezen határozat egyúttal nagyon terhes is, mert az órákat igénybevevő conferentiákat végig ülni, nem tartozik a legkellemesebb mulatságok közé és részemről annak épenséggel semmi

hátrányát nem tapasztaltam, hogy engem, kivéve a főigazgatóira, egyetlen egyre sem hivtak meg, erkölcsi helyzetem ez által nem szenvedett, sőt a tanárok irigyeltek engem, hogy nekem a conferentiákra nem kell eljárnom. A 28. §., mely előirja, hogy iskolaegészségügyi kérdésekben az iskolaorvos véleménye előzetesen meghallgatandó és attól az intézet vezetője csak saját felelősségére térhet el, eddig is elég tág jogkört biztosított az orvosnak, főleg ha sikerült neki úgy az igazgatót, mint a tanári kart intenczióiról és tudományáról meggyőzni.

Juba Adolf dr.

(Vége következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Fejlődéstan. I. Irta: **Mihalkovics Géza** dr., az anatomia és fejlődéstan rendes tanára a budapesti kir. tud. egyetemen. Budapest. A szerző tulajdona. 1899.

A fejlődéstan nagymestere, *Karl Ernst v. Baer* arczképével diszitett s 327 remekebbnél remekebb ábrával és táblával illustrált kitünő s igazán hézagpótló munka jelent meg a fenti czimen néhány héttel ezelőtt. Nagy érdemeket szerzett szerző magának e kézikönyv megirásával, és hogy saját áldozatához a m. tud. Akademia is bőkezűen járult, midőn a clichék előállításához tetemes összeget szavazott meg, ezt is örvendetes tudomással veszszük s köszönettel nyugtázzuk a derekasan működő illüstris testülettel szemben. A jeles művet a m. orvosi könyvkiadó társulat is megszerezte tagjai számára.

A munka, bár még csonka, mert csakis az általános embryologia egy részletét tartalmazza, mégis már nagy szolgálatot tehet medikusainknak, de azoknak is, a kik az embryologiai kutatásokkal kezdenek foglalkozni, mert nemcsak az összes irodalmat ismerteti, hanem úgy az ember, mint az összes állatvilág első fejlődési fokozatait szemünk elé tárja s a búvárlati irány szem előtt tartásával abba be is vezeti a kezdő kutatót.

Csak adjon erőt és egészséget a sors kitünő szaktársamnak, hogy megkezdett és nagyszabású művét, a melyhez fogható, ha ily terjedelemben és szellemben lesznek a többi részei is kidolgozva, a világirodalomban kevés lesz, megirhassa.

De tekintsünk be ezután igen rövidesen a mű belsejébe is. Az egész, Waldeyer berlini boncztanár és szerző volt mesterének ajánlott, 416 nagy 8-ad lapra terjedő könyv rövid előszava, bevezető I. fejezete és a fejlődéstan különszerű beosztása után, tárgyalva a fejlődéstan történelmét napjainkig, a nemzés különféle nemeit fejtegeti érthetően, jó magyarsággal, új, jó és meglehetős műszókat is faragva s kitünő rajzokkal illustrálva a mondottakat. A 48. lapon az ivaros nemzés elméleteit kezdi fejtegetni, majd az 50. lapon a termékenység és kifejlődési időre vonatkozókat tárgyalja, míg végül az 54. lapon fog bele a tulajdonképeni fejlődéstani tárgyalásokba, előbb a spermát s azután a petét tárgyalva. Magáról az ondószálról az 54—98. lapon foglalkozik és annak nemcsak alakbeli s szerkezetbeli változásait az állatnemek szerint, hanem kifejlődés-elméleteit is behatóan tárgyalja s számtalan rajzban érzékíti. A 98—169. lapokon a petéről, a csiramirigyekről, a peteleválásról, a havibajról, a méhről stb. értekezik. A 169. lapon a fogamzásról szól, míg a 208. lapon kezd bele az V. fejezetbe, a melyben a pete barázdálódását irja le. A VI. fejezetben (254—389. lapok) a *csiralevelek* kiképződésével behatóan foglalkozik. Itt is, mint mindenütt, ismerteti mások nézeteit s a magáéit is kidomborítja, itt-ott hazai tudósok műveit is idézi. A csiralemezek képződésével a csiralyuk, a ősi csik, a velőcső s egyáltalában a mellékrészek fejlődését is érinti s nagyobb fejezetek után, mint embryologiájában Hartwig is teszi, corollariumkép az eredményeket egybefoglalja, a mi különösen a tanulóknak nagy hasznára leszen.

A 374. lapon a csiralevéltan történelmét adja, míg az utolsó, VII. fejezetben, a pete változásáról mesterséges beavatkozásoknál, ezen újabbkori mechanikai embryologiai problemákról nyújt tájékoztatást, itt is bő irodalmi jegyzetekre támaszkodván.

A jeles művet úgy orvosainknak, mint medikusainknak, de mindazoknak, a kik természettudományokkal foglalkoznak, melegen ajánljuk.

Thanhoffer.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1899. április 21.

— **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1899. április hó 2-dikától 1899. április hó 8-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 468 gyermek, elhalt 339 személy, a születések tehát 129 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1899. április 9-dikétől április 15-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 18 (meghalt 5), himlőben —, (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 13 (meghalt —), vörhenyben 48 (meghalt 4), kanyaróban 135 (meghalt 8), roncsoló toroklobban és torokgyikban 16 (meghalt 5) trachomában 14, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 7 (meghalt —), orbánczban 24 (meghalt 3), gyermekágyi lázban — (meghalt —).

+ **A VI. szünidei orvosi cursus** f. é. szeptember 6-dikától szeptember 19-dikéig fog tartani. A végrehajtó bizottság a programmot már megállapitotta; 56 előadó készséggel ajánlotta fel szíves közreműködését, mi által változatos, minden igénynek megfelelő tervezet egybeállitása volt lehetséges. A nyomatott programmokat az összes hazai kartársaknak május hó dereka után küldik szét.

— **Új kórház Lőcsén.** A lőcsei evangelikus egyházközség új kórházát nagy jótevőjéről, Hermann Gusztávról nevezték el. 40 betegre épült 70,000 frt költséggel.

— **A Ferencz József-kereskedelmi kórházegylet** tagjai számának tetemes emelkedése miatt egy új orvosi állást rendszeresitett és arra *König Henrik* dr.-t alkalmazta, *Kont* dr. fogorvos helyett pedig, ki állásáról lemondott, *Láng Ignácz* dr. fogorvost választotta meg.

⚔ **Kinevezések.** A ministerelnök mint belügyminister a lipótmezei elmekórházba másodorvosokul: *Lukács Hugó* dr. ottani helyettes másodorvost és *Kalivoda Kálmán* dr. egyetemes orvosdoctort nevezte ki.

= **Steiner József** dr. f. hó 17-dikén ünnepelte orvosdoctorságának 25 éves jubileumát Kalocsán. Ismerősei és barátai nagy ovácziókban részesitették.

— **A budapesti általános poliklinika** segélyét márczius hóban 2733 új beteg vette igénybe 12,684 rendeléssel.

— **Megjelent** a *Marczali-féle Nagy Képes Világtörténet* 22. és 23. füzete. Tartalmazza a befejezett I-ső kötet indexét és 4 szép műmellékletet. Ára egy füzetnek 30 kr.

Elhunytak. *Demsimszky Ödön* dr. Piskiben, *Steiner János* dr. Nagy-Maroson.

— **Az „Anker" élet- és járadék-biztositó-társaság Bécsben** április 14-dikén tartotta negyvenedik rendes közgyülését gr. Nákó Kálmán úr ő nagyméltósága elnöklete alatt. Mint a számadási jelentésből kitünik, az 1898. évben 10,698 ajánlat nyujtatott be 25.830,197 frt 35 kr. tőkére és 20,383 frt 86 kr. járadékra és 8501 szerződés 20.210,767 frt 63 kr. tőkére és 20,434 frt 82 kr. járadékra létesittetett. Az év végén érvényben volt 86,003 szerződés 243 894,997 frt 79 kr. tőkére és 131,570 frt 41 kr. járadékra. Az 1898. évben halálesetekért, visszavásárlásokért, életeseti és járadékbiztositásokért 1.517,090 frt 84 kr., a nyereményrészesüléssel kötött haláleseti biztositások osztalékalapjaiból és a minimalis eredménynyel garantirozott túlélési csoportok alapjaiból és az üzleti nyereségből a társaság által adott összeg hozzászámitásával 2.294,304 frt 13 kr., a nem garantirozott túlélési csoportok alapjaiból 1.055,969 frt 86 kr., összesen 4 867,364 frt 83 kr. fizettetett, mig a tartalékok szabályszerű emelésére 6.301,859 frt 11 kr. fordittatott. A biztositottak előnye kitünik abból, hogy a nem garantirozott túlélési csoportok tagjai évi részletekben befizetett 582,540 frt 74 kr. betétért 1.055,969 frt 86 krt, a garantirozott túlélési csoportok tagjai a biztositott összegen felül a garantirozott tőke 13%-át kapták nyereményosztalék gyanánt, mig az „*A*" osztalékterv szerint halálesetre biztositottak az évi dijnak 25%-át, a „*B*" osztalékterv (emelkedő osztalék) szerint biztositottak az évi dij 9, 12, illetve 15%-át kapták nyereményosztalék gyanánt. A biztositéki vagyon a számadási jelentés szerint áll: a tőke- és járadékbiztositások dijtartalékaiból (biztositási alapok) 19.470,273 frt 86 kr., a garantirozott túlélési csoportok alapjaiból 35.915,374 frt 46 kr. és a nem garantirozott túlélési csoportok alapjaiból 2.180,999 frt 24 kr., össz. 57.566,647 frt 56 kr., továbbá a részvénytőkéből 1.000,000 frt — kr. és a tőketartalék, különtartalék és az 1898. évi nyereségből átutaltból 3.322,224 frt 54 krból, összesen 61.888,872 frt 07 kr. A társaság összes vagyona 65.339,776 frt 56 kr. Ebből Magyarországra esik: magyar értékpapirokban 8.148,740 frt 45 kr., jelzálogkölcsönökben 3.167,600 frt, (10.214,190 frtra becsült ingatlanokra) és ingatlanból (társasági ház Budapesten) 531,884 frt 40 kr., összesen 11.858,224 frt 85 kr. A részvényesek között osztalék és felülosztalék gyanánt 200,000 frt osztatik ki; a nyereményrészesüléssel biztositottak osztalékalapja és a garantirozott túlélési csoportok javára 100,000 frt utaltatik és a rendkivüli tartalékok emelésére 313,457 frt 55 kr. fordittatik. Az 1898. évben s nyereményrészesüléssel biztositottaknak és a felszámolásra került garantirozott túlélési csoportoknak nyereményosztalék gyanánt 377,597 frt 10 kr. fizettetik ki. Az igazgató tanácsból kilépő gr. Nákó Kálmán úr ő nagyméltósága ismét megválasztatott és az elhunyt gr. Falkenhayn Ferencz úr helyébe cooptált gr. Hoyos Szaniszló igazgató-tanácsosi állásában megerősittetett. Felügyelő-bizottsági tagoknak megválasztattak: dr. báró, Klein Hubert Scanavi Etienne lovag és Wiedmann Ottó, póttagokul: Pflaum Mór és Seidler Mór urak. Az 1898. évi szelvény április 15-dikétől kezdve 100 frttal váltatik be a társaság bécsi és budapesti pénztárainál.

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. Localis iszap-begőgyölés. Massage, gépgyógyászat. Kitünő szállodák. Lift. Meghülés kizárva. Vendéglő saját üzemben. Olcsó árak. Prospektust ingyen küld az **igazgatóság.**
A fürdő rendelő-főorvosa: **Dr. Bosányi Béla.**

Falta dr. szem- és fül-sanatoriuma, Szeged, Laudon-utcza és Mars-tér sarkán. Folytonos orvosi felügyelet, lelkiismeretes gondozás és ápolás, igen jó ellátás. Külön szobák. **Mérsékelt díjszabás.** Külön trachoma-osztály. Telefon 293. Kivánatra útmutató.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Magyar Tudományos Akadémia. (III. osztály ülése 1899. április 17-dikén.) 207 l. — Budapesti kir. orvosegyesület. (XII. rendes ülés 1899. április 8-dikán.) (XIII. rendes ülés 1899. április 15-dikén.) 207—210. l. — A magyar szent korona balneologiai egyesülete. (1899. április hó 16-dikán tartott évi közgyülés.) 210. l.

Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1899. április 17-dikén.)

Elnök: **Than Károly**; titkár: **König Gyula.**

Orvosi érdekű előadások voltak:

Genersich Antal dr. levelező tag székfoglalója: **A hashártya tömlőkről.**

A hashártyatömlők valamennyi hashártyabeli daganat közül a sebészi kezelésnek leginkább hozzáférhetők, ez okból, de másfelől a felismerésük és meghatározásuk körül felmerülő nehézségek és támadásuk rejtélyes volta miatt is figyelemre méltók.

Alkalma volt több ide tartozó ritka esetet megvizsgálni s ezeket kivánja megismertetni; azonban számba véve a hashártyatömlők sokféle alakjait, munkájában a hashártyatömlők összességét egybefoglalja s az ide tartozó elszórtan és apróbb csoportokban található eseteket genetikus rendszerbe sorozva, oly módon tárgyalja, hogy az anyag tudományos szempontból áttekinthető és az orvosgyakorlatban értékesithető legyen.

Származásuk szerint a hashártyatömlők két főcsoportba oszthatók:

I. Élősdiek által okozott tömlők.

II. Kórosan képződött tömlők.

Az I. sorozatba tartozók hólyagos férgek által okoztatnak, melyek közül különösen a kutya belében élő apró galandféregnek (taenia echinococcus) az emberbe jutott petéiből fejlődő burkonytömlők tetemes nagyságot érnek, betegséget, sőt halált okozhatnak, de műtét útján sikeresen gyógyíthatók. Több ily esetet saját gyakorlatából felemlitve, elmondja ezeknek felismerési és kezelési módját és különösen hangsúlyozza a szúrcsapolásból fenyegető veszélyt, a mennyiben újabb kisérletek szerint még a legvékonyabb tűvel eszközölt csapolásnál is a hólyagféreg folyadéka és az abban uszkáló legapróbb, puszta szemmel alig látható burkonydajkák (scolexek) a szabad hasűrbe jutva ott tovább fejlődhetnek s újabb hólyagok támadását okozhatják.

A II. főcsoportba tartozó kórosan képződött tömlőket szerkezetök és származásuk szerint 3 alcsoportba osztja:

A) ectodermalis, a külső csiralemezből,

B) endodermalis, a belső csiralemezből,

C) mesodermalis, a középső csiralemezből fejlődő tömlök.

A) Az ectodermalis tömlőknek általános jellegző tulajdonságuk, hogy falukban és tartalmukban a bőrnek és a bőr mirigyeinek megfelelő szerkezetű képleteket és termékeket (faggyút, szőrt, fogat) kapunk s e mellett bőr alatti szövetet, zsirt, csontot, porczot, sima és haránt csikolt izomelemeket, idegrostokat és sejteket, néha nyákhártyaképződményeket is. Összességökben véve oly complicáltak lehetnek, hogy elcsenevészett külön szervezetnek felelnek meg. Ha valóságos, félreismerhetlen magzatrészek találhatók bennök és a tömeg egy elzárt magzatnak felel meg, akkor a tömlőt implantatio foetalisnak nevezik. Ily esetek a százados irodalomban csak nagyon gyéren vannak képviselve. Ha jól felismerhető magzatrész nem található a tömlőben, akkor ezt complicált börtömlőnek nevezzük; ilyenek a régi és újabb irodalomban néhány példányban vannak leirva és műtét tárgyát is képezték.

Különösen hangsúlyozza azt, hogy a nemző mirigyekben oly gyakran fejlődő börtömlők nem épen ritkán a hasűrbe nyomulva, hosszú kocsányon lógva és a többi hasi zsigerekkel, a hasfallal összenőve, utólag eredeti helyökről leválhatnak és igy hashártyabeli börtömlők benyomását teszik, s a tévedés a műtét alkalmával, de sőt a bonczolás által sem kerülhető el könnyen; továbbá, hogy a nemző mirigyekben fejlődő börtömlők önként vagy külbehatásra megrepedvén, tartalmuk a hasűrbe juthat és esetleg szövetet termelő gyuladás folytán eltokolódva, eredeti hashártyabeli börtömlővel cserélhető fel.

Végül ezenfelül hiányos vizsgálat esetén a hashártyagyuladás eltokolt termékei, sőt elsajtosodott nyirokmirigyek szétfolyása következtében létesült űrök is hashártyabeli börtömlőkkel téveszthetők össze.

B) A belső csiralemezből fejlődő (endodermalis) hashártyatömlők közös tulajdonsága, hogy faluk a nyákhártyatypusnak megfelelő, lapos vagy köbhámmal, vagy hengeres, néha csillós hámmal van boritva, gyakran nyákot elválasztó mirigyekkel bir, nem ritkán sima izomsejtekkel is el van látva. Ilyen tömlők többféle módon jőhetnek létre.

a) Az urachusból. Ezek többnyire igen kicsiny, kendermag-, egész olaszmogyorónyi tömlők; a mellső hasfalon, a köldök alatt feküsznek, néha a hólyaggal is közlekednek, néha köveket is tartalmaznak; szerző egy esetben több húgysavas követ talált. Nagy urachuscysták előfordulásához kétség fér. Az irodalomban ugyan több példány van leirva és műtét tárgyát is képezték, de leirásuk nem oly szabatos, hogy teljes megnyugvással urachus-tömlőknek tekintsük.

b) A legtöbb endodermalis cysta a bélből fejlődik, tehát béltömlő (enterocysta) és pedig vagy

1. a rendesen képződött bél magzatkori lefűződése folytán, vagy
2. a bél rendellenes képződése folytán, idetartoznak:

α) ikertorzulásból eredő béltömlők,

β) a székmenet (ductus omphalo-mesaraicus) átalakulásából fejlődő béltömlők. Ezeknek tárgyalásánál a Meckel-féle gurdély, a köldökdaganat (extrophia vesico-umbilicalis), az egyszerű és szövődményes köldöksipolyról és a Meckel-féle gurdélyból fejlődő béltömlőkről szól,

γ) ismeretlen módon létesült lefűződésből eredő magzatkori béltömlők.

3. A féregnyújtványból képződött hashártyatömlők.
4. Tömlőszerű sárgyülemek (a magzatkorban és születés után).

c) Kétes eredetű endodermalis tömlők, melyek talán a Wolff-féle menetből, vagy a Müller-féle menetből, esetleg a tápcsatornából vagy akár a hasűrben veszteglő tüdőtelepből képződhetnek.

C) A középső csiralemezből fejlődő (mesodermalis) hashártyatömlőknek, melyek úgy nagyságuk, mint gyakoribb előfordulásuk miatt a legfontosabbak, közös tulajdonságuk, hogy a tömlő fala rostos hártyából áll, belfülete egyszerű lapos, bomlékony endothel hámmal van bélelve vagy hámbélést teljesen nélkülöz. Ily tömlők az által jönnek létre, hogy vagy a nyirokerekben illetőleg a nyirokmirigyek nyirok útjaiban nyirok halmozódik fel:

1. savós tömlők a bélfodorban és a csepleszben vagy
2. tápnedv gyülemlik meg a fodorbeli hashártyamögötti nyirokutakban vagy nyirokmirigyekben (chylustömlők) vagy
3. véres savó és vér gyülemlik fel az emlitett nyirok vagy tápnedv utakban (vértömlő).

Végül az által is jöhetnek létre mesodermalis tömlők, hogy a hashártya redői között savó (nyirok), vér vagy gyuladásos termék gyülemlik fel.

Schulek Vilmos l. tag értekezett: *a*) **Az ibolyántúli fény elnyeléséről**, *b*) **Az átlátszó sárga anyagok fényelnyeléséről**, mely tárgyakat lapunk más helyen ismerteti.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XII. rendes ülés 1899. április hó 8-dikán.)

Elnök: **Bókay János**; jegyző: **Dieballa Géza.**

(Vége.)

Feuer Náthán: Ragaszkodik azon nézetéhez, melyet 22 évvel ezelőtt számos állatkisérlet alapján — körülbelül 120 házinyulat operált — közölt (Sitzungsberichte d. k. Akademie der Wissenschaften 1876, és Wiener med. Jahrb. 1877), hogy a trigeminus-átmetszés után beálló keratitis oka sem a trophikus idegek befolyásának megszüntetésében, sem pedig traumában nem rejlik, hanem az által okoztatik, hogy a trigeminus-átmetszés után a házinyulnál a pislogás tökéletesen megakasztatik. A nedvesitéstől megfosztott szarúhártya azon helyen, mely a nyitott szemhéjrés közepének megfelel, mumificálódik és ezen necrotikus rész körül, mint sequester körül genyedés lép fel, mely annak kiküszöbölését czélozza; már néhány nap mulva a mumificált rész csipeszszel megfogható és leemelhető.

Ez tehát egy sajátságos neme a keratitisnek, melyet F. „*keratitis xerotica*“-nak nevezett és a mely, a mint ez az előmutatott rajzokból kitünik, egy saját jellegű mikroscopikus képet (a közepén elszarúsodott részlet, köröskörül élénk genyedés) mutat, a mihez hasonló más keratitis suppurativánál nem észlelhető. Itt-ott találtak ugyan bevándorolt gombákat, de nem állandóan és nem oly módon, hogy mycotikus keratitisről lehetne szó, a melynek jellegéhez különben a gócz közepén levő mumificált tömeg sem illik.

Ha a trigeminus átmetszése nem volt tökéletes és (ritka esetekben) a szarúhártya érzéketlensége daczára fenmaradt a közös pislogás, vagy a trigeminus II. ágától ellátott alsó szemhéj megtartotta érzékenységét, akkor a keratitis is elmarad.

F. megkapta azt az elégtételt, hogy ifj. *Hippel* Leber laboratoriumából, a ki ezelőtt Feuerrel szemben a mycosis-theoria mellett kardoskodott, egy 1890-ben közölt dolgozatban nagyobbszámú állatkisérlet alapján F. xerosis-elméletét megerősiti.

Egy szintén 1877-ben megjelent második dolgozatában („Über die klinische Bedeutung der Keratitis xerotica.“ Wiener med. Presse) F. foglalkozik azzal a kérdéssel is, mennyiben értékesithető az állatkisérlet eredménye az embernél trigeminus-hűdés után beálló keratitis megmagyarázásához.

Az embernél a közös látótér miatt a közös pislogás az egyik trigeminus-hűdésnél is többé-kevésbbé megmarad; igy az embernél a keratitis az egyik trigeminus hűdésénél vagy traumatikus szakadásánál nem oly állandóan és sokkal később lép fel, mint a házinyulnál, a melynek trigeminusa át lett metszve. Sajnos, hogy az erre vonatkozó casuisticában a pislogásra általában és különösen a keratitis idejében ritkán vannak figyelemmel. F. maga látott eseteket normalis pislogással, a melyeknél a keratitis nem is állott be. A pislogás *mulólag* is lehet zavart.

A szerzők tényleg gyakran említik a corneának s a szemhéjrésben lévő kötőhártyarésznek száraz „cadaverosus“ kinézését. De még

rendes pislogás mellett is, talán a csökkent érzékenység miatt, különösen alvásnál nem záródik teljesen a szemhéjrés, és így egy éjszaka alatt a keskeny szemhéjrésnek megfelelőleg mumificatio történhetik, melynek azután keratitis suppurativa a következménye. Ezen esetben azonban a keratitis, mivel nappal a pislogás ismét előáll vagy a megbetegedett szem beköttetik, ha különben fertőzés nem járult hozzá, körülirt maradhat, illetőleg gyógyulhat.

Még ha ptosis is volt jelen, sem lehet kizárólag feltételezni, hogy a pislogás tökéletes volt, és ha egyszer a keskeny szemhéjrésnek megfelelőleg keratitis képződött, akkor az, mint minden genyedő keratitis, különösen ha még infectio is járul hozzá, a kötelék daczára progressivvá válhatik.

Már akkor utalt F. arra, hogy a *marantikus* keratitis is, a mely soporosus, nagyon elgyengült betegeknél az alvásnál nyitva maradt szemhéjrésnek megfelelőleg fellépni szokott, szintén *xerotikus* természetű, a mint ez két általa górcsövileg megvizsgált esetnél be is bizonyult.

Még a *Basedow-kórnál és facialis hűdésnél* mutatkozó szarúbántalmaknak is F. már akkor xerotikus jelleget tulajdonított; de mindezen bántalmaknál még sok, eddigelé figyelmen kivül hagyott mellékkörülménytől, első sorban pedig a bulbus fekvésétől függ a keratitis fejlődése.

Grósznak előadott nézetét, mely szerint trigeminus-hűdésnél és a többi említett megbetegedésnél, a mint ezt *Eberth* és *Balogh* állították, mycosissal volna dolgunk, F. már azon oknál fogva sem fogadhatja el, mert a mikroscopikus lelet (mumificált szövet a genyedés közepén) ellene szól.

Végül F. nagyon ajánlja, hogy az oly szemeket, melyeknél a mondottak szerint attól lehet tartani, hogy keratitis xerotica felléphet vagy már fel is lépett, nem szárazon, hanem jól bezsirozott rongygyal kössék be.

Nagyobbfokú morbus Basedowi-nál a szemeket legalább éjjelen át szintén ily módon óvják meg a kiszáradástól.

Hőgyes Endre: Előadó érdekes előadása régi reminiscentiákat kelt benne. Ezelőtt 20 évvel tartott ezen tárgyban előadást a kolozsvári orvosi és természettudományi társulat orvosi szakosztályában azon kisérletekről, melyeket előadó is felhozott.

Tény, hogy keratitist többféleképen létre lehet hozni, így eltekintve a localis beavatkozásoktól, tisztán idegbénítás útján is.

Egyik classikus módja a keratitis létrehozásának a Gasser-dúcz átmetszése. A másik a facialis átmetszése, vagy még inkább a foramen stylomastoideumból való kirántása.

Akármelyiket végezzük is, az eredmény a klinikai tünetekre nézve egyforma; az „idegbénitás“ után egy idő mulva a cornea felületén kiszáradási foltok, lehámlások, elhomályosodások keletkeznek, majd átterjed e folyamat a kötőhártyára, a szemcsarokra, az irisre, egyes esetekben, különösen pedig a Gasser-dúcz átmetszése után panophthalmitis támad és a szemteke elpusztul. Egészben véve azon kisérletek igazolták azon felfogást, a melyet akkor *Feuer* megirt, és most szintén felemlített. A mechanismus azonban e kétféle úton előidézett „keratitis neuroparalytica“-nál nem egyforma; ebből következik, hogy az ú. n. keratitis neuroparalytica egyes alakjainál külön kell keresni a magyarázatot. A trigeminus átmetszésénél a cornea, conjunctiva érzéketlensége — tehat „érzés“-beli bénulás — van jelen, mi megakadályozza a reflex szemhéjcsukódást, mely lemossa a corneáról a levegőből odajutott port, abban a mikrobákat s meggátolja a kiszáradást.

A facialis egyszerű átmetszésénél az arczon a mechanismus ellenkező: az érzéketlenség itt a corneán és kötőhártyán nem tünik el, hanem megbénul az orbicularis izom — tehát „mozgás“-beli bénulás van jelen —, mihez hozzájárul még a levator palpebraenak antagonistikus túlműködése, minek folytán a szemhéjrés félig nyitva, a cornea pedig részben fedetlenül marad; ennek következtében védetlenül marad a levegő szárító hatása ellen, és a kisérletek egy bizonyos számánál változások lépnek fel rajta: elhomályosodás és néha területes lehámlás s fekélyedés. Ha a facialist a foramen stylomastoideumból való kirántással szakasztjuk el a központtól, akkor azt tapasztaljuk, hogy pár perczig tartó bilaterális szemteke-nystagmus után a szemrés még jobban kitágul, mint az egyszerű átmetszés esetén. Nyulnál ugyanis, a melyen e kisérleteket végrehajtani szokás, mint tudva van, egy harmadik szemhéj is van jelen (membrana nictitans = pislogó hártya). E III. szemhéj, az ú. n. pislogóhártya, képes befödni a corneát, még ha a szemhéjak nem is működnek, a nasalis oldalon körülbelül $^2/_3$-nyira. E pislogóhártyának működése passiv, t. i. nincsenek benne saját izmok, csak egy porcz; mozgása az által jön létre, hogy a szem visszahúzó izmai (melyek a nyúlnál igen ki vannak fejlődve) behúzzák a szemet a szemüregbe, midőn a visszahúzódó szemteke nyomást gyakorol az itt szintén nagyon kifejlődött Harder-féle mirigyre és miután az másfelé ki nem tér, előre nyomul és előre tolja az előtte levő pislogóhártyát. Egyszerű facialis átmetszésnél a szemteke visszahúzó izmai (mm. retractores bulbi), melyeket az oculomotorius (és nem mint korábban hitték az abducens) egy oldalága lát el, nem bénulnak, és igy a harmadik szemhéj működése sem alteráltatik, sőt — mint észlelhető — a felső és alsó szemhéj működésének megszünte esetén fokozódva lép előtérbe, minek folytán a cornea nagyobb részében megnedvesedhetik. És ez oka annak, hogy egyszerű facialis átmetszés után corneakiszáradás és felületes fekély csak ritkán támad. Ezért nem kapott *Claude Bernard* és *Balogh* ily átmetszések után cornea-fekélyt. Másképen áll a dolog, ha a facialis a foramen stylomastoideumból kirántatik; akkor a centrumban erőszakos elváltozások jönnek létre, mire a bilateralis nystagmus mutat. Ugyanez esetben a szemteke visszahúzó izmok működése is megbénul, azt tapasztaljuk, hogy a pislogóhártya nem mozog, e miatt a szemhéjrés még nagyobb mértékben marad nyitva, mint egyszerű facialis bénulásnál; a cornea egész terjedelmében fedetlenül marad, csakhamar megkezdődik rajta a kiszáradás, felületes lehámlás és felületes fekélyedés. Néhány nap mulva azonban azt tapasztaljuk, hogy a III. szemhéj újra megkezdi működését, a mi azt mutatja, hogy a facialisnak a foramen stylomastoideumból való kirántása csak az oculomotorius magvak commotioja által okozott paresist okozott, mely elmulván, a rendes beidegzés a III. szemhéjban újra beállott. A III. szemhéj működése újra beállván — noha az orbicularisok állandóan bénulva maradnak — a cornea újra rendszeresen átnedvesedik, és azt tapasztaljuk, hogy a felületes fekélyek lassankint teljesen meggyógyulnak.

Ezen facialis-kirántó kisérletek sokkal alkalmasabbak a keratitis neuroparalytica tanulmányozására, mint a Gasser-dúcz átmetszése, mert ez utóbbinál ha beáll egyszer a keratitis, akkor a cornea, sőt az egész bulbus, rendesen elpusztul, míg a facialis kirántás után az idegmechanismus említett változásai folytán magától meggyógyul, annak jeléül, hogy a keratitis neuroparalytica ezen alakjainál csakugyan a cornea kiszáradása az, a mi a folyamatot megindítja: a Gasser-dúcz átmetszése után az „érzés“-beli, a facialisnak a foramen stylomastoideumból való kirántása után „mozgás“-beli működések megzavarása folytán. A kisérleti keratitis neuroparalytica létrejöttének eme magyarázata egészen világos volt szóló előtt már 20 év előtti kisérletei folytán.

E magyarázat szerint semmi szükség sincs a trophikus idegek felvételére, mert az érző és mozgató idegmechanismus fentemlített megzavarásának egyszerű következményei gyanánt tünnek fel mindazon változások, melyeket a keratitis neuroparalytica tüneményei gyanánt ismerünk. Ez a kisérleti keratitis kétségen kivül a cornea-kiszáradással indul meg, tehát *Feuer* értelmében „*keratitis xerotica*“. Hogy azonban nem „keratitis mycotica“ is egyszersmind, azt most felszólaló nem merné olyan határozottan kizárni, mint 20 év előtt. Akkor még a bakteriologiai vizsgálati módszerek nem voltak eléggé kifejlődve a kérdés eldöntésére. Ma, midőn általánosan elfogadott nézet, hogy pyogen mikrobák nélkül nincs genyedés, nehezebb kizárni azokat e baj aetiologiájából. Annyi azonban megdöntetlenül marad, hogy ha magát a keratitis folyamatát mikrobák invasiojára kellene is visszavezetnünk, ez invasiora a kaput a cornea-kiszáradás és felületes lehámlás inditja meg, mely ama kisérleti behatások közvetetlen folyománya gyanánt áll elő, a nélkül, hogy szükség volna felvenni azt, hogy trophikus idegek bénulása játszaná itt az előidéző szerepet; hiszen az a keratitis éppen úgy létre jön Gasser-dúcz vagy facialis átmetszés nélkül is, ha a corneát úgy szárítjuk ki, hogy a szemhéjakat egyszerűen kivarrjuk és a corneát minden idegmetszés nélkül fedetlenül hagyjuk.

Ezen úgynevezett „keratitis neuroparalytica“ kérdése nagyon fontos experimental pathologiai és általános kórtani tekintetben; különösen a lobfolyamat magyarázatában azon kérdés szellőztetésére, vajjon az idegeknek — úgy a helybeli mint a központi idegeknek — mily hatásuk van a lobfolyamat keletkezésére és fejlődésére? 20 év óta a tudományos ismeretek és felfogások e tekintetben is sokat haladtak és tisztultak.

Bizonyos ma, hogy az egyes szövettájak minden idegektől megfosztva, minden központi idegbefolyástól függetlenitve és a lobgerjesztő hatásnak kitéve: meglobosodhatnak. A házinyul füle pl., ha valamennyi érző, mozgató és sympathikus idegét átmetszszük, gyuladásba esik, ha 54° C. meleg hatásának kiteszszük, vagy crotonolajjal bedörzsöljük, vagy pyogen mikrobák hatásának vetjük alá. A Cohnheim-féle intima alteratio létre jön az erekben, valamint az erre bekövetkező változás, a vérbőség, továbbá a vérsavó és az alakelemek extravasatioja. Tény azonban az is, hogy az egyes szövettájak periferikus idegszálai és magok a központok is befolyásolják a lobfolyamatot. Világos példája ennek épen a szóbanforgó kisérleti úgynevezett „keratitis neuroparalytica“. Itt egyik esetben a Gasser-dúcz átmetszésével a corneából a centrumba menő, tehát a centripetalis idegpályáknak, a facialis átmetszésénél pedig a centrifugal idegpályáknak megszakitása indítja meg, más-más mechanismus útján, a corneán a lobfolyamatot.

De maga az idegcentrum is befolyhat a localis lob keletkezésére. Ennek curiosus példája mutatkozik némely histeriás egyénnél, kiknél hypnosis alatt suggestio útján lehet localis lobot előidézni, pl. ha kézhátra hideg vasdarabot tartva, azt suggerálja az ember az egyénnek, hogy az tüzes vas, a midőn tapasztalni lehet, hogy ébredés után a hideg vas érintette helyen egy oly szabályszerű lobfolyamat indul meg és folyik le, mintha csakugyan tüzes vas érintette volna a kézhát bőrét: pirosság, duzzadás, hólyag és pörkképződés támad, mely szabályos időben gyógyul. E rejtélynek látszó jelenség — a mit pár évvel ezelőtt a Kétly tanár klinikáján is volt alkalmunk észlelni — kétségen kivül mutatja azt, hogy az idegrendszer központjából is indulhatnak ki oly hatások, melyek periferice localis gyuladást támaszthatnak, még pedig igazi localis lobinger nélkül.

Sympathikus átmetszésével a fönnebbi kisérleti úton előidézett keratitis lefolyását felszólaló nem tudta alterálni. Tapasztalta azonban azt, hogy ha a facialis egyik oldalon átmetszetett, és mindkét szemen a szemhéjak kivarrása által keratitis xerotica idéztetett elő ugyanazon állatban, a facialis metszette oldalon a keratitis súlyosabb volt, mint az ép oldalon és a szemhéjak feloldása után bekövetkező gyógyulás az idegmetszette oldalon huzamosabb idő mulva következett be, mint a másikon.

Kétségtelen tehát, hogy a központból kiinduló centrifugál idegbatások, valamint ezeknek megszünése előidézhetik vagy befolyásolhatják a localis folyamatot.

Mi módon? azt ez idő szerint még megmagyarázni, legalább minden esetben, nem tudjuk. A Gasser-dúcz átmetszése és a facialisnak a foramen stylomastoideumból való kiszakitása után támadó keratitisre

a fennebbi magyarázat kielégitő. De mi a magyarázat a suggestio útján támasztható localis lobra? Csakugyan központi-e itt a hatás, vagy mégis localis? A suggestio hatása itt reflex hatásnak tünik fel, a hanghatásnak az agy-féltekéken keresztül a hideg vas érintette tájra, mely ott kell, hogy előidézze valahogyan az érfalak intimájának nagyobb átjárhatóságát, mely megindítja a helybeli lobfolyamatot. A hypnotizálható hysteriások neuro-muscularis hyperexcitabilitasban szenvednek, azaz izmaikban — és valószinüleg a sejtek összehúzódásra képes protoplasmáiban is — a reflex behatásokra nem egyszerű, hanem tartós, dermedésszerű összehúzódás szokott támadni; egy egyetemes diathesis van jelen, tehát a fennebbi esetben is úgy a központban, mint a perifériában, a melyre kell valahogyan visszavezetni azt a sajátságos tüneményt, hogy a kézre tett hideg vas hypnosis suggestioja alatt — mig azt éber állapotban nem teszi — lobgerjesztőleg hathat. A lobgerjesztő indító ok azonban, úgy látszik, hogy ez esetben tisztán centralis, bár — előadó tudomásával — nincs eldöntve az, hogy ha a hypnotikus suggestio alatt a vasat nem tennék az egyén kezére, előállana-e az a localis lobfolyamat, a midőn csakugyan circulus vitiosusba esnék a magyarázat.

Az idegrendszernek a lobfolyamatra való hatásának megint egy más példáját képezik az úgynevezett sympathikus szemgyuladások, meg más példáját a symmetrikus gyuladások. Mindezek után világos, hogy az idegsérelem behatása után létrejövő keratitiseknek is különböző forrásai lehetnek, és jogos álláspont az, hogy előadó a keratitis azon esetei számára, melyek egyetemes táplálkozási zavarokhoz csatlakoznak, egy külön alakot vesz fel. Az azonban, hogy ez az alak lenne a „keratitis neuroparalytica vera“ és ez a ganglion ciliare sérelmére, vagy bénulására volna visszavezetendő, felszólaló felfogása szerint szintén még hypothesis. A ganglion ciliare kiirtásának hatását kellene még kisérletileg bővebben tanulmányozni és kimutatni: vajjon annak kiirtása idéz-e elő keratitist, és ha igen, nem-e azon mechanismus alapján, mint pl. a Gasser-dúcz átmetszése?

A „keratitis neuroparalytica“ még mindig complicált fogalom; az azonban, hogy az mindig és tisztán „keratitis xerotica“ lenne: a fennebbiek szerint ma már oly mereven fenn nem tartható, mint 20 évvel ezelőtt.

Hutyra Ferencz: Az állatok egy szembántalmára óhajtja az előadó figyelmét felhivni, mely sokban analog a keratomalacia infantummal és melynek a szóbanlevő specialis szempontból való tanulmányozása esetleg értékes adatokat szolgáltathat a keratitis neuroparalytica oktanához. Az egy éven aluli kutyáknak ú. n. „szopornyicza“ nevű betegsége folyamán, mely határozottan fertőzéses eredetű és hurutos tünetek mellett sokszor olyan ideges tünetekben nyilvánul, melyek arra utalnak, hogy a középponti idegrendszerben emboliás eredetű gyuladásos góczok és ezekben toxinok fejlődnek, nem nagyon ritkán a corneán igen rohamos szövetelhalás támad. Gyuladásos tünetek nélkül a corneán egyik napról a másikra a Descemet-hártyáig hatoló, lencsényi és nagyobb folytonossághiány támad, tiszta tükröző alappal és szélekkel. Az esetek egy részében következményes staphyloma, prolapsus és panophthalmitis áll be, máskor azonban a szemek gondos tisztogatása mellett az elhalás megállapodik, reactiv tünetek kiséretében az anyaghiány pótlódik s végül a cornea visszanyeri normalis kinézését.

Az egész folyamat a táplálkozás megzavarására utal, mely talán akképen jön létre, hogy a trophikus idegek centrumában, esetleg a ganglion ciliareban szintén emboliás eredetű gyuladásos gócz támad, vagy pedig a vérben keringő toxinok az illető centrum idegsejtjeit megbetegitik, mely megbetegedés mulékony is lehet. Nem lehetetlen, hogy az itt szóba jöhető idegcentrumok szövettani vizsgálata az idegsejtek elváltozását állapitaná meg.

Donáth Gyula: A mi a nyaki sympathikusnak a szem táplálására gyakorolt lefolyását illeti, szóló az ő eseteinek kiegészitéseül a következőket hozza fel:

Szóló 5 esetben (3 genuin epilepsia, 1 genuin epilepsia képében fellépő tumor frontalis és 1 morb. Basedowii) a nyaki symathikust resecáltatta; ezek közül 4 esetben mindkét oldalt majd a ganglion medium, majd a ganglion supremum is a közben levő köteggel együtt kimetszettek. Ezek közül 1 esetet (a morb. Basedowii-t) — 2 év óta — még most is figyelemmel követ. Szemtáplálkozási zavarnak nyoma sincs és ezt más szerzők sem észlelték, kik ez operatiot végbezvitték. Szóló a keratitis neuroparalytica kérdésében honi búváraink álláspontját foglalja el és az okot külső noxákban keresi. Szóló ezt igy formulázná: a pislogás reflex-ivében bárhol is legyen zavar — akár a felszálló trigeminus, akár a leszálló facialis (orbicularis) ágban — felléphet a keratitis xerotica; igaz, hogy gyakrabban trigeminus, mint facialis hűdésnél.

A mi pedig a ganglion ciliarenak tulajdonitott trophikus hatást illeti, szóló azt véli, hogy ezzel talán épen úgy fogunk járni, mint azon szerepével, melyet neki a mydriaticák és myoticák hatására vonatkozólag tulajdonitottak. Ma tudjuk — és szóló is bebizonyitotta —, hogy ezeknek hatása az iris sima izomrostjait, illetőleg idegvégeit illeti, épúgy, mint a mydriaticáknak a sympathikus végre gyakorolt izgató és a sphincter iridisre gyakorolt egyidejű bénító hatását és viceversa a myoticáknak hatását is ismerjük. A trigeminus, facialis, nyaki sympathikus és ciliaris idegeknek a szem táplálásához direct közük nincsen.

Grósz Emil: Újból hangsúlyozza, hogy azon keratitis keletkezésében, mely állaton a trigeminus átmetszése után, valamint emberen a trigeminus bénulása, sérülése vagy resectioja folytán támad, a kiszáradásnak fontos szerepet tulajdonit, de kizárólagos oknak mégsem tekintheti. Hogy mint tényező milyen jelentőségű, az épen *Hőgyes* felszólalásából kiderül. A mikroorganismusok szerepét ezen genyes keratitis keletkezésében nem lehet tagadni, ezt már *Hippel* sem teszi; kimutatásukat megkisérlette, de az eredmény negativ volt, nyilván: mert — mint *Hippel* mondja — a necrotikus részszel együtt ledobódtak. A fejtegetéseiben felállított első két csoport azonosságát klinikai, therapiai és anatomiai azonossággal bizonyitotta. Ettől különböző azon kórkép, melyet keratitis neuroparalytica verának nevezett s melynek forrását a ciliaris dúczban keresi. E dúcz kiirtását már *Claude Bernard* végezte, de nem szabad feledni, hogy a dúcz jellege a különböző állatoknál nem azonos. Megbizható felvilágositást még a neurectomia opticociliaris sem ad, melyet emberen a sympathikus gyuladás megelőzésére végeztek, mert bebizonyult, hogy a műtét után is maradtak a corneában vezetőképes izomrostok. A *Hutyra* által emlitett kutya-betegség azt támogatná, hogy a ciliaris-dúcz sejtjei a virus iránt fogékonyak s hamar szenvednek. A *Claude Bernard* mérgezési kisérleteivel hozza analogiába.

(XIII. rendes ülés 1899. április hó 15-dikén.)

Elnök: **Bókay János**; jegyző: **Dieballa Géza.**

„Morbus Hungaricus.“

Győry Tibor: Az orvostörténészek ezen járványt különbözőkép commentálták s egységes véleményt mindmáig nem formáltak róla. Előadó a lehetőségig teljesen összeállitott irodalmat — körülbelül 60 szerzőt — eredetiben áttanulmányozta s arra a nézetre jutott, hogy ez a járvány, mely Magyarországot a XVI. és XVII. században a „németek temetőjé“-vé tette, typhus exanthematicus volt. Első fellépése évét 1542-re teszi, a mely esztendőben a Langius tábori orvos által leirt „Καυσός“ betegség dühöngött a magyar táborban, a melynek tünetei egészen megegyeznek a későbben „Morbus Hungaricus“-nak elnevezett betegséggel. Előadó fejtegeti továbbá, mi adott okot a Morb. Hung.-nak folytonos összetévesztésére a csömörrel; ennek magvát már 1597-ben Coberus hintette el s végigvonul az irodalomban 1861-ig Patrubányiig.

A régi magyarok a betegséget hadmásnak (quasi alterum bellum) nevezték.

Az előadás csupán vázát, mintegy referatumát képezi a majd nagyobb terjedelemben megjelenő tanulmánynak.

Tihanyi Mór: Tudományunk történelmének tanulmányozása nemcsak azért fontos, mert az orvostan és az orvosi rend fejlődésének ismerete szélesebb tudományos látkört és az orvosi hivatásról fenköltebb felfogást szerez az orvosnak, és nem csupán azért kivánatos, mert megtanit arra, hogy miként kerülhetjük el azt a sok tévedést, melyeket elődeink elkövettek: hanem ezeken kivül még sok közvetlen és positiv haszonnal is kecsegtet. Egyrészt az elmult évszázadok folyamán sok rendkivüli orvosi ismeret ment feledésbe, a melyeknek eddig csak egy része jutott ismét a napfényre, mig a többi még a régi porlepte könyvekben és kéziratokban várja az újbóli felfedezését, másrészt pedig nem nélkülözhetjük az előző orvosi generatiok megfigyelését azért sem, mert a klinikai tudományok terén nem végezhetjük tetszésünk szerint a kisérleteket, mint pl. a physikában vagy a vegytanban, a mennyiben az embereken nem idézhetjük elő kisérletileg a különféle betegségeket, az állatokon végzett kórtani experimentumok eredményét pedig nem lehet egyszerűen átvinni az emberekre; az pedig kétségtelen, hogy az egyes betegségeknek és nevezetesen a fertőző bántalmaknak jellege az idők folyamán nemcsak az egyes helyi és külső hygienikus viszonyok befolyása alatt, hanem a kórokozó bakteriumok virulentiájának csökkenése folytán is nagyon megváltozik.

Előadó, midőn a „Morbus Hungaricus“ név alatt leirt és a XVI., XVII. és XVIII. században hazánkban táborozó idegen katonaságot pusztító járványos betegségre vonatkozó irodalmat nagy szorgalommal és alapossággal áttanulmányozta és az orvosegyesülettel megismertette, igen dicséretes és hasznos munkát végzett, a mely annál inkább elismerésre méltó, mivel a magyar orvostan történelme — sajnos — még majdnem teljesen parlagon heverő terület.

Szóló az előadóval teljesen egyetért abban, hogy a „Morbus Hungaricus“ nem volt egy különleges és csakis hazánk területén előforduló bántalom, de nem fogadja el az előadó azon nézetét, hogy ezen betegség nem volt más, mint a kedvezőtlen viszonyok miatt igen súlyos lefolyású typhus exanthematicus. Szóló kétségtelennek tartja, hogy a „Morbus Hungaricus“ vegyes fertőzésen alapult és *malariával szövődött typhus abdominalis* volt. Ezen nézetének támogatására a következő érveket hozza fel:

1. Az összes szerzők hangsúlyozzák, hogy a „Morbus Hungaricus“ leginkább nedves és mocsaras vidékeken pusztitott; igy pl. leghevesebben dühöngött 1556-ban a Komárom körüli táborban, a mit *Jordanus* tábori orvos annak tulajdonitott, hogy ott a Duna, Vág és Nyitra egyesülése helyén sok iszapos árterület volt.

2. A járvány összes észlelői kiemelik, hogy a betegség majdnem kizárólag az idegeneket támadta meg, mig a benszülöttek egészségesek maradtak; a bennszülötteknek ezen immunitása az infectioval szemben sokkal inkább illik a malariára, mint a typhusra.

3. A szóban levő korszakban elég jól ismerték az orvosok úgy a hagymázt, mint a váltólázt is, és mégis sem az egyiknek, sem a másiknak, hanem egy különleges fertőző betegségnek mondották a „Morbus Hungaricus“-t, mert e járványnál e két bántalom tüneteit egyesülve észlelték.

4. A betegség tünetei a leirások szerint a typhus és malaria együttes fellépésénél észlelhető kórképnek feleltek meg, midőn intermittens lázmenet mellett a typhus összes többi tünetei kifejlődnek.

5. Hasonló közegészségi viszonyok között, a milyenek a XVI., XVII. és XVIII. században hazánkban voltak, más országokban újabban is leirtak

egészen hasonló járványokat, melyekről kétségtelen, hogy a typhus abdominalis és a malaria együttes fellépéséből eredtek. Igy az északamerikai Egyesült-Államokban a rabszolgaság eltörléséért folyt háborúban a Missisippi és mellékfolyói mocsaras partvidékén a hadsereg között egészen hasonló járvány pusztított, mint a „Morbus Hungaricus“ és *Woodnard* főtörzsorvos jelentése alapján az 1876. évben Philadelphiában megtartott orvosi congressus alapos vita után a járványt a typhus abdominalis és malaria fertőző anyaga együttes hatásának nyilvánította. Hasonló észleleteket közöltek *Kiener* és *Kelsch* 1889-ben Észak-Afrikából. Az 1888-89-diki budapesti typhusjárvány alatt pedig *Korányi Frigyes* tanár észlelt Budapesten több tpyhomalaria-esetet, és az orvos-egyesületben tartott meggyőző előadása teljesen kétségtelenné tette a vegyes fertőzésen alapuló typhomalaria előfordulását, csakhogy a vegyes fertőzési esetek a modern városokban a hygienikus viszonyok javulása folytán a malaria ritkulásával már csak ritkán észlelhetők.

(Folytatása következik.)

A magyar szent korona balneologiai egyesülete.

1899. április hó 16-dikán tartott évi közgyülés.

Elnök: **Tauffer Vilmos**; főtitkár: **Löw Sámuel**.

Elnök az ülést hosszabb beszéddel, melyben a magyar balneologiai ügy mai állását ismerteti, megnyitván, felkéri a főtitkárt évi jelentése előterjesztésére.

Löw Sámuel: Az egyesület igazgató tanácsa a lefolyt évben is számos fürdőügyi kérdéssel foglalkozott, nevezetesen a fürdők megadóztatásának visszásságaival, a párisi kiállítás előkészítésével, a megalkotandó fürdötörvénynyel, az ásványvizek kivitelének nehézségeivel, az agrikol tarifákkal, a maros-ujvári kincstári sósfürdő fejlesztésével stb.

A brüsseli nemzetközi kiállítás igazgatósága az egyesületnek a kiállítási érmet itélte oda, a kollektiv-kiállításban képviselt hazai forrásokat és fürdőket pedig kitüntető oklevelekkel jutalmazta meg.

Az egyesületi tagok létszáma:

az orvostudományi osztályban 281
a gazdasági „ 84 = 365.

Jelentése végén a főtitkár az egyesület keretén kivül eső fürdőügyi jelenségekről és az újabb balneologiai irodalomról emlékszik meg, a napi sajtónak pedig köszönetét fejezi ki azon érdeklődésért, melylyel az egyesület törekvései iránt viseltetik.

Főtitkár felolvassa ezután a pénztáros jelentését:

Az 1898-dik évi pénztárkezelési kimutatás.

Berételek:

1897-diki pénztári maradvány	1615 frt	38	kr.
Tagsági díjhátralékok	14 „	—	„
1898-diki tagsági díjak	1342 „	—	„
Takarékpénztári kamatok	55 „	43	„
Egy könyvért	— „	80	„
Összesen	3027 frt	61	kr.

Kiadások:

Congressusi költségek	76 frt	—	kr.
Naptár és szétküldés	919 „	97	„
Keresk. muzeum tagdíj	24 „	—	„
Évkönyv nyomtatása	454 „	30	„
Egyéb nyomdai költségek	64 „	59	„
Házbér és felügyelő	105 „	—	„
Koszorú néhai Schwimmer tanár ravatalára	50 „	—	„
Balneologiai kirándulás támogatása	100 „	—	„
Párisi kiállítás előkészítése	100 „	—	„
Ügyviteli költségek	168 „	94	„
Pénztári maradvány	964 „	81	„
Összesen	3027 frt	61	kr.

Budapesten, 1898. évi deczember hó 31-dikén.

Következik **Smialovszky Valér** dr., orsz. képviselő jelentése **„A fürdőtörvény-javaslatról és a hitelszövetkezeti kérdésről“**.

Tisztelt közgyülés!

A balneologiai egyesület 1894. évi márczius 15-dikén, tehát öt év és egy hónappal ezelőtt adta át emlékirat kiséretében a kormánynak a kérdéses törvényjavaslat tervezetét, melyet *Chyzer Kornél* dr. ministeri tanácsos elnöklete alatt a belügyminister úrnak és három szakministernek: a kereskedelmi, a földmivelési és a pénzügyi minister uraknak kiküldötteivel 1895. évi május havában enquêtetszerüen tárgyaltak a belügyministeriumban.

Ámde a tárgyalások 1895. évben befejezhetők nem voltak, sőt az 1896-diki millenniumünnepségi évben sem és befejezésüket csak az 1897. év folyamán vehették.

Ezen tárgyalások közben, t. i. 1897. évi junius hó 10-dikén adott be a balneologiai egyesület igazgató választmánya a belügyminister úrhoz egy arra vonatkozó kérvényt, hogy az akkor már előkészítésben lévő szövetkezeti törvényjavaslat enquêteszerű tárgyalására a balneologiai egyesület meghivását eszközölje ki; ezen kérelemnek azonban sem a meghivás tekintetében, de egyébként a dolog lényegében sem volt foganatja.

Ugyancsak ezen 1897. év juniusában nyujtotta be a pénzügyminister úr „a hazai pénzintézetek által kibocsátott némely kötvények biztositásáról“ szóló törvényjavaslatot, melynek keretén belül megoldhatónak látszott a forrás- és fürdővállalatok törlesztéses hitelére vonatkozó kérdés.

Erre vonatkozólag a gazdasági osztály elhunyt elnökének, Schwimmer tanárnak kiséretében én jelentést tevő eljártam, s ebben Münnich Aurél képviselőtársam is támogatott, de eredménytelenül, mert a fürdővállalatok hitelképessége iránt oly gyönge véleménynyel, s oly kevés jóakarattal telvék el a pénzkörök, hogy még az esetben is, ha a kincstár egy — törvényjavaslatunkban contemplált — 500,000 frtnyi alapot adományozna is ezen czélnak, ezt csak kamatgarantiális alapnak vennék az illető intézetek, a melyek egyáltalán belemennének ezen különlegesnek tartott hitelnyújtási kérdésbe, s ekként igen csekély lenne azon kölcsöntőke, mely ez alapon engedélyeztetnék.

Ilyenkép a tárgyalások eredménye összefoglalható a következőkben:

A magyar források és fürdők törlesztéses hitelének megoldása csak kamatbiztositás mellett lehetséges.

Ezen kamatbiztositást pedig csak az állam adhatja.

Formája ennek az lehetne, hogy a költségvetésben — hasonlóan a helyiérdekű vasutak segélyezéséhez — egy 50 évre szóló két-háromszázezer forintnyi tétel vétetnék fel, mely alapon — beleszámítva az esetleges 50%-nyi igénybevételt — a magyar fürdővállalatok 8—12 millió forintnyi befektetéseket tehetnének, a mi már igen tekintélyes eredmény lenne.

A magyar forrás- és fürdővállalatok, mint emberegészségügyi intézmények, ép oly jogosan, vagy még jogosabban igényelhetik az efféle állami támogatást, mint a helyiérdekű vasutak, mert az ember egészségének szolgálatán felül még a legtöbb közgazdasági ágazat élénkitését is eszközlik.

A mi ezen ügynek a magas kormánynál való intézését illeti, e tekintetben az új kormányzat legjobb akaratáról volt szerencséjük közvetlen tapasztalást szerezni az érdekelteknek, azon alkalomból, hogy az érdekelt képviselők, nevezetesen a Királyhágón inneniek részéről Amon Ede, Münnich Aurél, Nedeczey János, Pap Samu és csekélységem, a Királyhágón túliak érdekében pedig báró Feilitzsch Arthur és Székely György részéről egy határozati javaslat beadása volt contemplálva.

Ezen határozati javaslatot a belügyi tárcza költségvetésének tárgyalásánál kellett volna beadni, de a kormányelnök úr ezen időben rendkivüli elfoglaltsága miatt, a ki nem is adhatott volna oly gyorsan kielégitő választ ezen ügyben, a határozati javaslat ezidőszerinti beadásától elállottunk, de az illető minister urakkal folytatott értekezéseken ezen urak a kormányzat ezen ügy iránti kiváló érdeklődésének és jóakaratának adták félre nem érthető tanúságát; magát a dolog lényegét illetőleg azt gondoltam kivenni ezen érintkezésekből, *hogy a kormányzat állásfoglalása előtt főkép az iránt kiván tájékozódást, hogy a nyugati culturállamokban van-e eset ily kamatbiztositásra, illetve mily módon és eszközökkel emelték ezen országok fürdőiket a mai magas niveaura.*

Előadónak inditványa az, hogy a magyar forrás- és fürdővállalatok érdekében és IX. congressusunk megbizásából az egyesület a törvényhozásnál kérvényezzen a törvényjavaslat tárgyalása iránt oly értelemben, hogy ott a hitel kérdése a kamatbiztositás útján oldassék meg.

Következett a tisztikar megválasztása. Az egyesület elnökévé *Tauffer Vilmost*, főtitkárává *Löw Sámuelt* választották meg egyhangúlag, közfelkiáltással.

Az orvostudományi osztályban megválaszttattak: elnökké *Bókay Árpád* dr., e. tanár; jegyzővé *Kuthy Dezső* dr., e. magántanár; választmányi tagok lettek: *Angyán Béla* dr., e. tanár; *Boleman István* dr., kir. tanácsos, fürdőorvos; *Brück Jakab* dr., fürdőorvos; *Fodor József* dr., min. tanácsos, e. tanár; *Grünwald Mór* dr., kir. tanácsos, fürdőorvos; *Hankó Vilmos* dr., főreáliskolai tanár; *Hochhalt Károly* dr., e. m. tanár; *Jármay László* dr., fürdőorvos; *Vámossy Zoltán* dr., e. m. tanár, fürdőorvos; *Weszely József* dr. egészségügyi tanácsos.

A gazdasági osztályban: elnökké *Papp Samu* dr., országgy. képviselő, fürdőorvos; jegyzővé *Ladik Gusztáv* dr., ügyvéd; választmányi tagok lettek: *Amon Ede* dr., orsz. képviselő; *Hirschler Mór*, forrástulajdonos; *Kahn Gusztáv*, fürdőigazgató; *Münnich Aurél* dr., orsz. képviselő; *Nedeczey János* dr., orsz. képviselő; *Oelhoffer Henrik*, forrástechnikus; *Preysz Kornél* dr.; *Smialovszky Valér* dr., orsz. képviselő; *Szontagh Miklós* dr., kir. tanácsos; *Török József* gr., főispán.

Ezzel az évi közgyülés véget ért, s megkezdődtek a congressus ülései.

PÁLYÁZATOK.

1559/899. ki. sz.

Jász-Nagykún-Szolnok vármegye Tiszaközép járásában kebelezett **Török-Szent-Miklós** nagyközségben a **községi orvosi állás** elhalálozás folytán üresedésbe jött.

Felhivom az ezen állásra pályázni kivánókat, hogy szabályszerüen felszerelt kérvényeiket hozzám bezárólag **1899. évi április hó 30-dikáig** annál is inkább adják be, mert a később beérkezőket figyelembe venni nem fogom.

Ezen községi orvosi állás javadalmazása következő: 500 frt készpénzfizetés, 100 frt lakbérilletmény, valamint a községi szervezeti szabályrendeletben biztositott látogatási díjak élvezete.

A megválasztandó orvos köteles állását f. évi május 6-dikán feltétlenül elfoglalni.

A választás f. évi április hó 30-dikán délelőtt 9 órakor fog Török-Szent-Miklós községházánál megejtetni.

Tisza-Roff, 1899. évi április hó 4-dikén.

3—3 *Jancsó Czezár*, főszolgabiró.

2921/1899.

Vadász, Bélzerind és Simonfalva községekből álló **vadászi** egészségügyi körben a **körorvosi állás** lemondás folytán üresedésbe jövén, arra pályázatot hirdetek s a választásnak Vadász község székházánál leendő megejtésére határidőül folyó évi május hó 6-dikának d. e. 10 óráját tűzöm ki.

A körorvos javadalmazása: 600 frt évi fizetés, úgy 20 kr. nappali és 40 kr. éjjeli, a látogatási, továbbá 20 kr. halottkémlési s végre a szabályrendeletileg megállapított hússzemle-díjakból áll.

Felhivom mindazokat, kik ezt az állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876: XIV. t.-cz. 143. §-ában előirt minősitést igazoló okmánynyal felszerelt kérvényüket hozzám **folyó évi május hó 5-dikének d. u. 5 órájáig** adják be.

Kisjenő, 1899. évi április hó 11-dikén.

3—2 *Csukay Gyula*, főszolgabiró.

2472/1899. kig. sz.

Hunyadvármegye dévai járásában levő **piskitelepi körorvosi állás** elhalálozás folytán megüresedvén, erre ezennel pályázatot hirdetek.

A körorvosi körhöz 29 község tartozik. Az állással egybekötött javadalmak a következők:

1. 450 frt évi körorvosi fizetés.
2. 230 frt úti átalány.
3. A m. kir. államvasutaktól pályaorvossá kineveztetése napjától 450 frt tiszteletdij.
4. A szabályrendeletileg megállapított látogatási dijak.

A megválasztott körorvos tartozik Piskitelepen lakni.

Felhivatnak pályázni kivánók, hogy törvényszerű minősitésüket és nyelvismeretüket feltüntető bizonyitványaikkal felszerelt folyamodványaikat f. év **április 25-dikéig** bezárólag hivatalomhoz terjeszszék be annyival is inkább, mert a később érkező vagy fel nem szerelt folyamodványokat figyelembe venni nem fogom.

A megválasztott körorvos állomását azonnal elfoglalni tartozik.

A választás f. év május 1-én Piskitelepen a község házánál d. e. $11^1/_2$ órakor fog megtartatni.

Déva, 1899. évi április hó 6-dikán.

2—2 *Csulay Lajos*, főszolgabiró.

HIRDETÉSEK.

BILINI SAVANYÚKÚT

legkiválóbb képviselője az alkalikus savanyú vizeknek.

10,000 részben: szénsavas natron 33·1951, kénsavas natron 6·6679, szénsavas mész 3·6312, chlornatrium 3·9842, szénsavas magnesium 1·7478, szénsavas lithium 0·1904; szilárd alkatrészek, 52·5011, összes szénsav tartalom 55·1737, abból szabad és kötetlen 38·7660, hőmérsék 10·1—11° C.

Régóta hires gyógyforrás vese-, hólyag-, gyomorbántalmak, köszvény, hörghurut, aranyérnél stb.

Kitünő diaetetikus ital.

Savanyúkút gyógyintézet.

Ivó- és fürdő-kura, minden kényelemmel ellátva, kád-, gőz-, elektr. fürdők, legújabb szerkezetű fürdők Gärtner bécsi tanár szerint, hidegvíz-gyógyintézet, tökéletes berendezéssel, massage stb.

Fürdőorvos: **Med. Dr. REUSS VILMOS**

A fürdő-igazgatóság Bilinben Csehországban.

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 címre ügyelni tessék.

Dr. Bácskay Béla tehénhimlő termelő intézete Aradon.

Szállít egész éven át bármikor jövő rendelésre, bármely mennyiségben, **biztosan fogamzó és accidentalis betegséget soha nem okozó, gyermeken kipróbált védhimlő-oltóanyagot** a következő árakon:

50 adagot	1 phiolában (elég 60 egyénre)	2 frt 50 kr.
100 „	2 „ (elég 120 egyénre)	5 frt — kr.
100 „	10—15 adagos phiolákba osztva	7 frt — kr.
1 tizenöt	adagos phiolát (elég 20 egyénre)	1 frt 50 kr.
1 három	adagos phiolát (elég 5 egyénre)	— frt 50 krért

Oltóeszközöket beszerzési áron. Csomagolásért 10 kr. porto fizetendő.

ÓVÁS!

Az ősidőktől „Selters“ elnevezés alatt ismert, s a maga nemében egyedüli porosz királyi **Niederseltersi**

„Königl. Selters“

gyógyvíz rovására annyi mindenféle visszaélés történik, hogy szükségesnek tartjuk a szakköröket **a gyógykezelés** érdekében ismételten figyelmeztetni, hogy csak a valódi porosz kir. **Niederseltersi „Königl. Selters“** gyógyvíz bir azon orvos-tudományilag megállapított indikátióval, mely a **tüdő- és gégehurut** (köhögés, rekedtség) s ezen bajokkal többnyire kapcsolatos **influenza (nátha)** leghathatósabb gyógykezelését véleményezi. Gazdag konyhasó és szénsavas natrium, valamint nagy mennyiségű **kötött** szénsavtartalmánál fogva meglepően oldó és csillapító hatású, kellemes izű és könnyen emészthető, a **nyálkahártyákat nem izgató** természetes gyógyvíz

A porosz kir. ásványvíz-források. Siemens & Cie.

Kapható minden gyógytárban és megbizható fűszerkereskedésben.

Kizárólagos képviselet és főraktár Magyarország területére:

ÉDESKUTY L.

ásványvíz-nagykereskedés

cs. és kir. udvari szállító Budapesten.

Vese, húgyhólyag, húgycsa 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.

PARÁD GYÓGYFÜRDŐ

(Heves vármegyében).

Természetes arzéndús vasas gyógyvíz, vasas timsós fürdőkkel, égvényes-kénes és vasas savanyúviz-forrásokkal,

hidegvíz-gyógyintézettel.

Előévad május 15-től junius 15-ig, főévad junius 15-től augusztus 20-ig, utóévad augusztus 20-ától szeptember végéig tart. — Bővebb felvilágositással és ingyen prospektussal szolgál a

fürdőigazgatóság.

CURORT

Indication: **Erkrankungen des Kehlkopfes, der Athmungsorgane und des Verdauungstractes.**
Gegen-Indication: **Schwindsucht.**

GLEICHENBERG

Curmittel: Alkalisch-muriat. Quellen: **Constantin- u. Emmaquelle;** alkalisch-muriat. Eisensäuerling: **Johannisbrunnen;** reiner Eisensäuerling: **Klausenquelle, Molke, Milch** (Trockenfütterung), **Kefyr. Quellsool-Inhalation;** Inhalation von **Fichtennadeldämpfen** (beide in Einzelcabinetten), **Respirations-Apparat, pneumatische Kammern. Süss-Mineralwasser- und moussirende Calorisatorbäder, Fichtennadel- und Stahlbäder. Grosse hydro-therapeutische Anstalt, Terraincur. Milde, feuchtwarme, staubfreie, windstille Luft, waldige Hügellandschaft.** — Seehöhe 300 Meter. — **Saison vom 1. Mai bis October.**

Auskünfte und Prospecte gratis.

Wohnungs-Bestellungen bei der Curdirection Gleichenberg.

Negyvenharmadik évfolyam. 18. szám. *Budapest, 1899. április 30.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLŐNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HŐGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Bársony János: Exstirpatio totalis uteri. 212. l.
Halász Henrik: Adatok az orrból eredő szembántalmak gyógyulásához. 212. l.
Ákontz Károly: Közlemény Szabó Dénes tnr. kolozsvári egyetemi szülészeti és nőgyógyászati kórodájáról. A méhrákról kórodai és kórszövettani szempontból. 215. l.
Róth Jenő: A prostata-hypertrophiánál alkalmazott Bottini-féle műtét kérdéséhez. 216. l.
Tárcza. *Juba Adolf*: Az iskolaegészségügy reformja. 217.
Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Wilhelm Ebstein*: Die Pest des Thukydides. 218. l. — *Lapszemle. Hagedorn:* A rhinitis chronica hypertrophica. 218. l.

Hetiszemle és vegyesek. Korányi Frigyes tanár förendiházi tag beszéde a felsőházban. — A főváros egészsége. — Egyetemi alkalmaztatások. — Tiszti orvosi képesitést nyertek. — Orvosdoktorokká felavattattak 1899. január 18-dikától április 20-dikáig. — Az Orvosi Kör országos segélyegyletének folytatólagos kimutatása. — Korányi tanár munkája orosz fordításban. — Duka Tivadar. — Kinevezés. — Áldor Lajos. — Szemerey Bertalan. — Tudósitás. — Megjelent. — Herczel dr. — Szt. Lukács-fürdő. — Baumgarten dr. — Pályázatok. — Hirdetések. 220. l.

Tudományos társulatok és egyesületek.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Exstirpatio totalis uteri.

Közli: *Bársony János* dr. magántanár.

A méh tökéletes kiirtása ma már a mindennapos műtevések sorozatába tartozik, a műtét technikájában csaknem minden évnegyed új ajánlatokat, kisérleteken alapuló biztatásokat, javításokat hoz; a megszületésekor félelmes nagy beavatkozás mindig könnyebbnek és egyszerűbbnek, a mütevés ideje mind rövidebbnek, a vele összekötött veszély mind kevesebbnek látszik. A tisztán dolgozás s a vérzésen tökéletes uralkodás a kötelessége minden operáló kéznek. Az első kötelességet teljesíti, a ki gondot fordít a műtét terére, önmagára, eszközeire és mindenre arra, a mi a sebbel érintkezésbe jöhet; a második feladatnak az felel meg, a ki elzár minden vérzésre hajló utat és pedig úgy, hogy a vérzést csillapító munkája nemcsak gyors és biztos legyen, de az életre hagyott szomszédság életkapacitását a lehetőségig legkevésbbé insultálja. Az utólag kiszivárgó vér vagy nagy elhaló szövetdarab ép úgy tápláló fészke a mérges fertőzésnek, mint a piszkosan bekötött fonál. A hányan operálunk, mind éltünk izgatott órákat, a melyek alatt töprengéssel fáradt az elménk annak a kiderítésén, hogyan juthatott be szeny? Okot kerestünk egyszer a lassú munkában, máskor a benthagyott varrásra használt anyagban, majd a ritkán alkalmazott lekötésben, majd ugyancsak abban, hogy a sürüen tett lekötés vagy körülöltés nagy elhalásoknak, a meghagyott csonkok hiányos táplálkozásának okozói. Ezt a keresgélést, töprenkedést mindig jogosan felköltötte már egy kis hőemelkedés vagy még inkább exsudatumok jelentkezése. Azt gondolom, ma mindnyájan tisztán, gyorsan, kevés körülöltögetés, kevés varró idegen anyag otthagyásával óhajtanánk dolgozni. És ennek az óhajtásunknak megvalósitására nagy szolgálatott tett Thumim a Landau klinikáról. A Centralblatt für Gynäkologie 1899 Nr. 5 februári számában irja le azt az instrumentumot, melyet totalis exstirpatioknál a klinika az elmult évről közölt sorozat nagy részében a legjobb eredménynyel használt. Én az instrumentummal kisérletet tettem, az fényesen bevált; exstirpatio uteri totalisnál használtam a műszert, azért füztem a fenti reflexiokat is most ehhez a mütevéshez. Az eset nemcsak azért érdemes közlésre, mert általa egy kitünő segítőeszközt ajánlhatok, de azért is, mert kórboncztani tekintetben is nyujt olvasni valót.

H. M., 32 éves hajadon. Első menstruatio 12 éves korban — kezdetben 2—3—4 havonkint, 15 éves korától rendesen 4 hetenkint 3—4 napig —, utolsó ez év február havában, innen rendetlen, folytonos, időnkint erős vérzések miatt a menstruatiora nézve közelebbi datumot adni nem tud. Gyermekkorában himlőt (variola) állott ki, 22 éves korában typhus abdominalison ment át. Azután egészséges volt. Családjában egyik nagybátyja és egy nagynénje rákbetegségben halt el (emlőrák). Rendetlen vérzései körülbelül másfél év előtt kezdődtek, eleintén csak a rendes havivérzés volt erősebb és tartott tovább, később a havivérzés idő előtt 3 hétre jött meg s 8—10 napig elhúzódott. A vérzések következéseképen elgyengült és vaskészitményeket szedett. Én először 1898. augusztus havában láttam őt. Az igen halvány, a hüvelyen át könnyen vizsgálható nőbetegnél bimanualis vizsgálattal egy a rendesnél alig nagyobbnak látszó, könnyen mozgatható, simaszájú méhet találtam; sem vizsgáláskor sem máskor fájdalmat a nőbeteg nem panaszolt, folyást nem találtam. A megajánlott kikaparástól a beteg megriadt s miután még semmiféle kezelés alatt nem állott, pár hónapig fürdők mellett ergotint (Denzel) s váltogatva ferratint ajánlottam; a most következő négy hónapon át jól volt; a midőn az elmult őszszel láttam, piros ajkakkal, megerősödve, jó kedélylyel jött hozzám; a kikaparástól, mint felesleges operatiotól elállottam. Láttam ismét márczius elején halaványan a legnagyobb mértékben legyengülten; előadása szerint egy hét óta ismét és pedig folytonosan, itt-ott erősen vérzik. Az őszszel lemondott kikaparást most márczius 4-dikén elvégeztem. A curette meglehetősen sok vaskos gyanus szövetdarabot hozott ki, a melyet épen a macroscopice gyanus kinézése folytán alapos górcsői vizsgálatra küldtem. A beteg annyira ki volt vérezve, hogy a kaparást kisérő gyenge vérzésre is már hányással s a heveny nagyfokú anaemia tüneményeivel reagált.

A górcsői vizsgálatot Lovrich József dr. úr volt szíves végezni, véleménye a következőleg szól: A beküldött kaparék, mely H. M. 32 éves nőtől származik, górcsőileg adenocarcinoma uterinek bizonyult. Ez állitásom támogatására felhozom, hogy a szabálytalan burjánzásban levő egyrétegü hengerhámmal kibélelt mirigyek, minden jel szerint a corpusból eredve, mélyen betörnek az izomszövetbe úgy, hogy az orsóalakú sejtek által képezett izomkötegek sorozatos kötegeit számos helyen feltaláljuk a bő burjánzásban levő mirigyállomány közt. A górcső alatt követhetőleg leljük fel a mirigysorozat közt az uterusszövetre mutató sima izomelemeket. Miután a rendellenes burjánzásban levő mirigyek nem maradtak a felszinen, hanem a mélybe is beterjedtek, kétségenfelüli jele a heterotypiának van kezünkben. Ezért bátorkodom határozottan kijelenteni, hogy itt egy malignus megbetegedéssel, fejlődési alakja szerint adenocarcinoma corporis uterivel van dolgunk.

Ez a vélemény határozottan megjelölte az utat, melyen a gyógyításnak haladni kell. A górcsöi vizsgálat néhány napot vett igénybe, ez idő alatt és még inkább a bizonyos diagnosist követő napokon erősítő táplálással kivántam a kaparást is hányásájuldozással kisérő viaszsárga betegnek erejét a következő műtéthez emelni. A kaparást követő 18-dik napon azután végeztem az exstirpatiot (márczius 21-dikén). A műtét a következő módon ment végbe: Leválasztottam a hólyagot, megnyitottam mellül a plicát, leválasztottam hátul a méhet és megnyitottam a Douglast, tettem ezt ilyen sorrendben azért, mert a Thumim-mal volt szándékom leszorítani a paracervicalis lágyrészeket az uterinával, ettől azonban elállotam egyrészt azért, mert a szük hüvelyben nem fért el a védő ujjak mellett az eszköz, másrészt a leszorítandó tömeg vaskosnak tünt fel s az első kisérlet okozta bizonytalanság érzése erre bátortalanná tett. A lekötések két oldalt fonállal történtek, a méhet mellül gördítettem ki s a most megfeszülő, de könnyen hozzáférhető széles szalagra előbb jobbról, azután balról alkalmaztam a Thumim-kocsányozót. A leszorítás után az eszköz mellett közvetetlenül a szalagot lemetszettem. A leszorítást két és fél perczig eszközöltem. Az eszköz alkalmazása nagy erőt igényel. Levétele után nyertem egy csaknem papirvékonyra összeszorított sima tiszta 1—2 cm.-nyi széles teljesen vérmentes csíkot; bizonyosság okáért mindkét csonkot az ép szöveten áthúzott selyemfonállal a magam számára netaláni szükség esetére — mint a következés mutatja fölöslegesen — biztosítottam. Ezzel a műszerrel a ligamentumok ellátása bámulatos gyorsan és egyszerüen sikerült. A csonkok alig húzódtak vissza. Thumim előirása szerint most a hüvelyfalak ellátása után egy tampont alkalmaztam s a műtét be volt fejezve. Vérzésnek nyoma sem mutatkozott és utólag odagondolva, ez most már előttem nagyon természetes is; ha egy vékony fonál okozta leszorítás elegendő az edények obliteratiojához, hogyne volna elegendő egy majd 2 cm.-nyi ugyanilyen erős compressio. A beteg simán gyógyult; feltünő volt reám két körülmény, és pedig, hogy a nagyon anaemiás, a kaparást is hányással kisérő beteg alig hányt, másodszor, hogy sokkalta kevesebb öl- és hasfájdalomról panaszkodott, mint a melyhez a lekötésekkel végezett exstirpatioknál szokva vagyok; én azt hiszem, a differentiára befolyása van annak a körülménynek, hogy a hashártya már a műtétnél, de egészben is kevesebb vongálást szenved, mint a részletekben csomósan összeszorító lekötéseknél.

A kiirtott méh a rendesnél valamivel nagyobb — fel nem metszett állapotában körülbelül másfél akkora —, hátulsó falán a középvonaltól kissé jobbra a méhtesten kisdiónyi subserosus daganat, ez a daganat tokjának felmetszése után közönséges keménytapintatú fibrosus daganatnak bizonyul. A méhet mellső falán a középvonalban felmetszve, a nyak és corpus nyálkahártyája teljesen épnek látszik, a belső méhszáj felett azonban körülbelül 2 cm.-nyire egy kisdiónyi göb ül, a mely körül a méhszövet macroscopice ép s belőle mintegy kihámozható; ez a göb, a mely a kaparástól rongyos s a mely a górcsöi vizsgálathoz az anyagot szolgáltatta, okozta a vérzéseket. Ha most a praeparatumot a górcsöi vizsgálat adta képpel és az anamnesissel összevetem, azt kell tartanom, hogy ez eredetileg egy submucosus fibromás göb volt, a mely isoláltan változott át malignusan s a melyet én még elég korán, a midőn még csak magában a daganatban ül a rossz kór fészke, kaptam szem elé és kéz alá. És ebben a most elmondottakban látom az eset érdekességét: egy másutt egészséges nullipara méhben ülő még csak kisdiónyi isolált submucosus, utólag carcinomásan elfajuló fibroma.

Az egész eseményen végigtekintve, három körülményt emelek ki mint figyelemre érdemest: 1. a nőnek a családjában a rákbetegség többször fordult elő; 2. a rák fellépett egy eredetileg fibrosus daganatban egy leánynál, a midőn az a daganat még kicsiny, alig diónyi volt; 3. kiemelendőnek tartom azt az egyszerüséget, gyorsaságot, melylyel a Thumim kezelhető. A fent leirt esetben leánynál igen szük hüvelyben az első kisérlet keltette bizonytalanság érzésével, csak a könnyebben hozzáférhető ligamentumok leszorítására használtam azt, de ez az egy eredmény is már annyira felbátorít, hogy szívesen fogom az eszközt használni daganatok kocsányozásánál, myomák abdominalis kiirtásánál, laparotomiáknál is. Ha beválik, nagyon megrövidíti a munka idejét, bizonyosan csillapítja a vérzést és megkiméli a hashártyát sok idegen varró anyagnak insultusától, a melyekben való bizalmatlankodást épen az azt tökéletesíteni szándékoló kisérletezés bizonyítja legjobban. Tudom, hogy egy eset csak egy eset, de annak is van bizonyító ereje. Az eszközt különösen jónak találtam, azért merem dicsérni és ajánlani.

Adatok az orrból eredő szembántalmak gyógyulásához.

Halász Henrik dr.-tól Hódmező-Vásárhelyen.

A rhinologia, melynek jelentőségét ma már alig lehet kétségbe vonni, a hozzáfüzött reményeknek mindinkább realisabb bizonyítékokkal felel meg. A vele való bajlódás, kisérletezés, a physiologiai, valamint anatomiai és histologiai vizsgálódások, az orvostudomány ezen eddig meglehetősen elhanyagolt ágát az őt megillető positiora emelték s eme fáradozásoknak jutalmául oly kisérleti eredmények jöttek napfényre, melyek kimutatták, hogy épen az orrban keresendő egynémely eddig még alig ismert s így sikertelenül gyógykezelt bántalom kútforrása, oka.

Tudjuk közölt esetekből, ismertetésekből is *(Gerber* stb.), mily közeli viszonyban van az orr a légzőapparatussal, a melynek mintegy védő organuma; tudjuk, hogy az orrlégzés fennakadásával — szájlégzésnél — milyen makacs gége-, légcső-, hörg- és tüdőhurutot találunk, de meg az orrnak különféle bántalmai is a mélyebben elhelyezett légző utakra miként haladnak tova, akár mint a nyákhártyagyuladás egyenes folytatásai, akár az orrváladéknak — főleg az éjjeli hanyatt fekvés alatt — a garat és gégébe való lecsúszása által.

Az orrnak az emésztőtractushoz való viszonyosságából a garathurutot ismerjük mint olyant, mely az orrhurut egyenes tovaterjedéséből áll elő, vagy épen a gátolt orrlégzés miatt, az orr által a hideg és egyéb ártalmaitól meg nem fosztott tisztátlan levegő direct behatása folytán fejlődik ki. Innen a szájon át légzőknél gyakori angina és mandolalob. Az orrsebészetben sajnosan tapasztaljuk néha, mily közeli az orr és garat közötti viszony, midőn orrműtétek után — főleg galvanocauter alkalmazása után — angina lacunaris lép fel.

Az orrnak a fogakhoz való közeli viszonya az anatomiából eléggé ismeretes, az orrsebésznek pedig elég gyakran van alkalma orrműtétek után, a fogfájásra vonatkozó panaszból a közeli nexusra gondolni.

Az orr, hogy mily könnyen befolyásolja a fület, csaknem mindenki tudja, kinél közönséges nátha fülzúgást, tompult hallást és orrfúvásnál fülfájást okozott, nem hagyva említés nélkül amaz eseteket sem, midőn heveny náthához heveny otitis társul annak minden félelmes consequentiájával.

Az agyhoz való viszonyáról az orrnak tudjuk *(Gerber)*, miszerint a melléküregek, főleg az orral communicáló sinus frontalis rejtenek sok veszedelmet az agyvelőre, az orrűrből tovaterjedő phlegmonosus és genyes bántalmak révén.

Az orrnak az idegrendszerhez való nexusából ismerjük a szaglási anomaliákat (hyposmia, anosmia, allotriosmia), és a pervers orri érzéseket (hypaesthesia, paraesthesia, hyperaesthesia).

A vérkeringést is elég közelről befolyásolja az orr; gyakran elég távol fekvő ingerek, mint a bőr lehülése vagy átnedvesedése, vagy a nemi szervek ingerlése, az alsó orrkagyló erectilis szövetének szokatlan erős megtelődését, duzzadását okozzák; ide sorozható az orr erythemája is, mely orrdugulásnál és az orrvenákból történő vérvisszafolyást gátló momentumok folytán, pl. alkoholismus stb. jön létre.

Az orrnak a genital tractushoz való vonatkozásai kivétel nélkül visszahajlási jelenségeknek tekintendők *(Gerber, Schmidt)*, a melyek főleg mint circulatios zavarok jelentkeznek. Az orrkagylók duzzanatát a genitaliák izgatásánál már említettük; némely nőnél a menstruatio tartama alatt az orrcsúcs megduzzad, pirt kap és az ismeretes *acne rosacea* sok méhbajos nő hiúságának boszantója.

Szándékosan említem utoljára az orrnak és melléküregeinek a szemhez való viszonyát, mert közlendő eseteim is a még többi észlelttel együtt e keretbe tartoznak.

Éppen a szembántalmak azok, melyek az orrnak egyéb vonatkozású bántalmainál sürübben jönnek orvosi észlelés és kezelés alá, más szóval, az orrbántalmak viszonylagosan épen túlnyomóan szembántalmakat idéznek elő és ez meg is felel az anatomiai viszonyoknak is, melyekben az orr és szem egymáshoz viszonyítva elhelyeződve vannak. A szemgödörnek legközvetlenebb szomszédsága az orr- és annak melléküregei; az orrkönycsatorna direct szájadzása az alsó orrjáratba és mindkét szerv nyálkahártyájának continuitása, az arteria ethmoidalis eredése az art. ophthalmicából, az orr és melléküregei venáinak a vena ophthalmicába ömlése, mindkét szervnek részben közös eredetü érző idegei, nem magyarázzák-e meg eléggé a közeli nexust eme két érzékszerv épéleti és kóros jelenségeire nézve? *Ziem* volt az, ki az orr és szem közös vonatkozású bántalmaival először behatóbban foglalkozott és annak fontosságát ismételten hangoztatta. De lássuk csak, melyek ama szembántalmak, melyek orri eredetüek lehetnek *(Gerber, Ziem)*:

1. A könyutak betegségei, könyezés és a ductus naso-lacrymalis catarrhusa léphet fel, ha valamely oknál fogva a könylevezetés gátolt vagy teljesen fennakadt, mely állapot létrejön a ductus naso-lacrymalis orri végének atresiájánál vagy orrpolypok, orrnyákhártyatúltengések, idegen testek, orrkövek által történt összenyomatás által, továbbá daganatok általi összenyomatása folytán a könylevezető csatornának, adenoid vegetatioknál és a choanák egyébféle elzáródásánál.

2. A szemköthártya gyuladásos bántalmai igen gyakran épen rhinitis következményei, mint azt *Förster, Bresgen* említi, sőt *Ziem* szerint a trachoma is igen gyakran orrgenyedés által tartatik fenn.

3. A keratitis phlyctaenulosáról a legtöbb ophthalmolog tudja, miszerint az csaknem kivétel nélkül orri eredetü scrophulás bántalom és *Ziem* határozottan állítja, hogy az orr és melléküregeinek elsődleges genyedése nélkül nem is léteznék fekély a szarúhártyán.

4. Legfőképen pangási hyperaemia útján társul orrbántalmakhoz az uvealtractus betegségeinek egész sorozata, *Ziem* szerint: asthenopiák, látótérszükületek, glaucomás jelenségek, scotomák stb., a melyeket eddig reflexneurosisoknak hittek. „Az előadottakból könnyen világos — mondja *Ziem* — a kedvező befolyása mérsékelt vérelvonásnak az orrban az érhártya vérbőségénél, orrdugulással járó orrbántalmaknál az accomodatio gyengesége és asthenopia; a nyomási érzés a szemben, a néha szerfelett nagyfokú látótérszükület az orr, felső állcsont és homloksinus megbetegedéseinél, a Haller-féle edénykoszorú által közvetített circulatios zavar a nervus opticusban és retinán; a scotoma az orr és homlokü reg bántalmainál, a mydriasis gyógyulása orrpolypok eltávolításával, az orrnyákhártya galvanocausisa után fellépő látási zavarok és a nervus papilláján jelentkező pulsatio, az orrnyákhártya hosszas cocainozására a corona ciliaris már jelenlevő vérbősége mellett fellépő glaucoma, valamint atropin és cocainnak a szembe cseppentése után egyidejüleg fellépett orr- és állcsontüregbeli nyákhártyatúltengésre vezető folyamatoknál, glaucoma fellépése az orr- és állcsontüreg genyedéses bántalmainál, a glaucoma gyógyulása, a már elvégzett iridectomia daczára is csak az orrdugulást okozó orrpolypok eltávolítása után.“

Ziem és *Kuhnt* még cataractákat is láttak oki összefüggésben orr- és állcsontüregbeli genyedő folyamatokkal.

A melléküregeknek a látószervhez való viszonyával *Kuhnt* foglalkozott behatóan. Szerinte az orbita és látószerv másodlagos megbetegedései előállhatnak tisztán mechanikai úton, pl. a szemgolyó kihelyeződése által, vagy a szemgolyó mozgási és működési zavarainál, nemkülönben a könylevezetés akadályainál, továbbá a melléküregekből tovahaladó gyuladásos folyamatoknál, midőn szemhéj- és orbita-phlegmone lépnek fel, de a köthártya, szarúhártya, reczehártya és látóideg is a megbetegedés körébe vonathatnak, gyakran látott vérbőséget a papillán, sőt egy izben reczehártyaleválást is; végül tisztán functionalis zavarok is jelentkeznek a szemen, az orr- és állcsontüreg megbetegedéseinél, milyenek a már említett látótérszükülések, esetleg kapcsolatban a központi látás megfogyatkozásával, továbbá muscularis asthenopia és a kitartó accomodatio képtelensége.

Moore az orri eredetü szembántalmak charakteristikus tüneteiként a következőket jelöli meg:

1. Égető, csípő érzés a szemhéjakon, főleg reggel, ébredéskor.

2. A tárgyak nehézkes felismerése, megkülönböztetése rendes nappali fénynél.

3. A levegőn jelentkező belöveltsége a conjunctivának és könyezés.

4. A szem és adnexáinak normalis állapota.

5. Minden a szemre irányuló kezelés eredménytelensége és ezzel szemben

6. az orr kezelésének sikere.

Scheich, Kiesselbach és *Nieden* állítják, hogy a könyezés a legtöbb esetben orrbántalmak által tartatik fenn.

Lieven négy gyógyult esetét említi, melyeknél az epiphora egy esetben ciliaris neurosis, rhinitis hyperplastica és egy esetben nyákhabarcz által váltatott ki és tartatott fenn.

Schweinitz, Bronner, Nieden, Tetau a conjunctivitisek gyakori összefüggéséről orrbántalmakkal tesznek említést; utóbbi szerző állítja, hogy az orr kezelése annál sikeresebb, eredményesebb, minél inkább a bulbaris conjunctivára szorítkozik a szembántalom s hogy az orrkezelés veszít jelentőségéből, mihelyt a szembántalom a cornea felé terjed át.

Batut, Augagneur, Nieden és *Bronner* említik, hogy a conjunctivitis és keratitis phlyctaenosa-esetek csaknem rendszeresen orrbántalomban találják eredetüket, *Bronner* a conjunctivitis granulosát is orrbeli származásúnak tartja.

Trousseau orrbántalom kezelése által blepharospasmust, szemtájékra szorítkozó migraint és mydriasist látott gyógyulni.

Brates egy betegét, kinél nagyfokú fáradási érzés és látásesökkenés volt jelen, a septum bal felén kiálló éles spina eltávolítása által gyógyított meg.

Bernstein asthenopia két esetében — hol a fénytörési hiba javítható volt — tartós javulást csupán a túltengett orrkagylók meggyógyításával ért el.

Kibbe fejfájást, asthenopiát és a rectus externus bénulását látta gyógyulni egyik középső túltengett orrkagyló sorvasztásával.

Fränkel, Hack és *Musehold* rhinitis hyperplastica által létrehozott *Basedow*-kórt exophthalmussal gyógyították meg a hyperplasia megszüntetésével.

Hopman Basedow-kór és exophthalmus egy esetét észlelte, melynél rhinopharyngitis sicca volt jelen sok pörkképződéssel és az orrgaratbántalom megszüntetésével a Basedow-kór az exophthalmussal együtt gyógyult.

Az utóbb említett szerzők eme csodálatos gyógyeredményeknél arra az összefüggésre utalnak, melyben az orr idegei a ganglion ciliare és rhinicummal vannak, mi által váltakozó cserehatás állhat be az orr és szem érző és sympathikus rostjai között. Az orr érző idegeinek irritatioja a trigeminusra vitethetik tova, melyről tudjuk, hogy az intraocularis nyomást befolyásolja. A trigeminus ingerlésére növekedik a szembeli nyomás.

Ziem, ki nagy érdemeket szerzett az orr- és szembántalmak összefüggésére vonatkozó elmélet határainak megállapításában, azt állítja, *hogy az orrlégzés helyreállítása, javulása és az orrban, valamint annak környezetében létrehozott rendes vérkeringés a legfőbb tényező a szembántalom javulására* és emez állítását több súlyos orrszükület és vele kapcsolatos komoly szembántalom esetének felsorolásával illustrálja, mely eseteket iritis és szemtekebeli circulatios zavarok kisértek.

Winkler 164 szembeteg gyermek vizsgálatáról referál s kiválóan hangsúlyozza azon nézetét, mely szerint főleg a görvélyes szembántalmak eseteiben a felső légutak alapos vizsgálat alá vétessenek és a kivánt esetekben szakszerü kezelésben részesíttessenek. Mióta a görvélyes szembántalomban szenvedő gyermekek orrbetegségei is alapos kezelést nyernek, a scrophulás szembajok sokkal ritkábban újulnak ki és a gyógyeredmény is jobb.

A szembántalmakkal kapcsolatos orrbetegségek therapiájára nézve *Winkler* ama nézetének ad kifejezést, miszerint olyan betegeknél, kiknek szembántalma rögtöni therapeutikus beavatkozást igényel, mint pl. ulcus corneae, hypopion stb., mely eseteknél a legcsekélyebb nyomásemelkedés is a szem belsejében kárt okozhatna, minden erélyesebb orrbeli beavatkozástól tartózkodni kell, és az orr kezelése csupán annak konyhasós vagy bórsav-oldattal való öblögetésére, tisztogatására szorítkozzék. Csak ha minden veszélyes jelenség megszünt a szemen, engedhető meg az endonasalis

*

therapia megkezdése. Ha azonban a szem állapota olyan, mely megengedi az orr helyi kezelését, úgy az utóbbi, főleg szükületeknél, az erélyes szemkezelés előtt foganatositandó.

Winkler, daczára a kedvező hireknek, melyek ilyen szembántalmakkal kapcsolatos orrbajok galvanocaustikus kezeléséről szólnak, *Ziem*-mel egyetemben helytelennek tartja a galvan-égetést, mert az égetés által az amúgy is fennálló passiv hyperaemiához még activ hyperaemia is járul, mely által az orrüreg még jobban eldugul, reflectorikus úton könyezés, a conjunctiva belöveltsége és a cauterizált oldalon az orbita körüli börrész oedemája is léphet fel, mi által a szembántalom — mint irritáló tényezők által — még kedvezőtlenebbül befolyásoltatik.

Ilyen tapasztalatok után ama kezelési eljárást ajánlja, mely szerint, ha az orrstenosist a garatmandola túltengése okozza, úgy a túltengett mandolát kell eltávolítani, mikor is legtöbb esetben az orrkagylók túltengéses állapota — a garatbeli vérkeringés felszabadulása révén — önként megszünik és a kagylók kóros kiválasztása is elmarad. Ha ezen eljárás nem vezet eredményre, úgy enyhébb gyógyszeres kezelést követ a kagylók túltengésének meggyógyitására. Sok esetben az orrbántalom ilyetén módon beálló gyógyulásával a szem is meggyógyul. De viszont sok esetben eredménytelen a garatmandola eltávolítása, a túltengett orrkagylók gyógyszeres kezelése a szembántalom gyógyulására; ilyen esetben, a mikor az alsó kagylók papillomatosusan elváltoztak, a csontos kagylóból távolit el erős csontollóval kisebb-nagyobb darabot, — mely eljárást *Hoffmann* is követ —, a mikor is szerinte bámulatos a műtét hatása a szembántalom kedvező lefolyására.

Nincs ugyan okom a *Winkler* és *Hoffmann* által ajánlott és követett therapia sikerében kételkedni, mert még meg sem kiséreltem azt, de annyit a mások által már közölt esetekből, valamint saját 19 észlelt és gyógyult esetemből kifolyólag állithatok, hogy azok nagy részénél alkalmazva a galvan-égetést, a legtökéletesebb sikert láttam a nélkül, hogy a galvanocauter közvetlen alkalmazása után a szembántalom rosszabbodását, vagy esetleges recidivát észleltem volna. Elméletben plausibilisnek látszik, hogy az orrdugulás, orrszükület által létrejött circulatios zavarokon alapuló szembántalom, a galvan-égetés által előidézett activ hyperaemia folytán még kedvezőtlenebbül befolyásoltatik, de hogy a gyakorlatban ez tényleg úgy jelentkezik-e, azt majd az e nemü pontosabb megfigyelések lesznek hivatva eldönteni; eddigi tapasztalataim ellene szólnak; lehet, hogy tévedek.

Mindeme, az orr és melléküregeinek bántalmaival kapcsolatban álló szembántalmak meggyógyítása lényegesen meg van könynyítve a két szerv épéleti és kóros egymáshoz való viszonyának kiderítése által, de a szembántalmaknak egy nagy hányada kizárólagosan az orr és adnexainak kezelése által gyógyulhat meg csupán.

Általam észlelt és kezelt 19 ilyen orri eredetü szembántalom gyógyulásáról, közülök csak néhánynak felsorolásával kivánok beszámolni, mely esetek sikeres gyógyulása arra buzditsa a szembántalmak specialis gyógykezelésével foglalkozó kartársakat, miszerint a rhinoskopiát elsajátitani és alkalomadtán annak értékét egyes szembántalmak kórismézése és gyógyitása körül felhasználni törekedjenek.

Ime észlelt eseteim közül nehány, rövid vázlaltban:

I. K. Sz., 9 éves leányka; 2 év óta mindkét szeme — az alvási időt kivéve — szünet nélkül pislog, annyira, hogy olvasásában, tanulásában szerfelett meggátolja; szemei gyorsan fáradnak olvasás közben, különösen este lámpafénynél; conjunctivák belöveltek. Az alsó orrkagylók mindkét orrfélben nagyfokban túltengettek; az orr sűrün eldugul. Mindkétoldali alsó orrkagylónak submucosus galvanocaustikus kezelése után, sőt részben már az utókezelés alatt is a pislogás mindkét szemen megszünt, s két év óta nem jelentkezett; este bármilyen hosszasan olvas lámpafénynél, szeme ki nem fárad, köthártyák rendes színüek.

II. Sch. A.-né, 35 éves. Mindkét szemnek palpebrai szélei lobosak, vörös szegélylyel bevontak, évek óta látása gyengült, este beálltával lámpánál csak $^1/_4$—$^1/_2$ órát képes olvasni, tovább a szemekben jelentkező erős szúró fájdalom és erős könyezés miatt nem képes olvasni vagy kézi munkát végezni; szemüveg csak néhány hétre javított valamit szembaján, azután ismét visszaesett előbbi állapotába. A jobboldali alsó kagyló az orrüregbe erősen prominál, inspectiot egyáltalán nem enged; a baloldali alsó kagyló ellapult, a septumot közvetlen érinti. A jobb alsó kagyló prominálo részének resectioja és a bal kagyló galvan-égetése után a szemre vonatkozó minden panasz megszünt; látás kifogástalan, szemhéjszélek lobos pirja eltünt s ha éjfélig olvas, sem érez szemeiben fáradtságot.

III. Sch. G., 12 éves tanuló. Szeme könyezik, mihelyt egy fél órát olvas; szemhéjak párnásan duzzadtak, a jobb szemhéjszélek állandóan vörös szegélyesek; sokszor náthás, a mely alkalmakkor szemein gyengén lát s folyton könyezik. Alsó kagylók erősen túltengettek, septumon jobb oldalra prominálo erős crista. A crista levésése és a kagylók galvanocaustikus sorvasztása után beálló gyógyulás a szemre vonatkozó panaszok megszünését eredményezték.

IV. P. E., 22 éves, vidékről. Hét év óta gyengült a látása, szemei a legkisebb megerőltetésnél könyeznek; jobb szarúhártyán borsónyi ulcus, mely utóbbi bár begyógyul a kezelésre, de néhány hó elteltével ismét jelentkezik. Mindkét orrfélben sok nyákhabarcz; túltengett alsó kagylók. A polypok eltávolítása és a kagylók erectilis szövetének sorvasztása után a szemek gyógyultak és az ulcus — $1^1/_2$ éve — többé szintén nem jelentkezett.

V. Sch. R., 27 éves, Szegedről. Jobb szeméből a szemzúgra gyakorolt nyomásra geny ürül, szemhéjszélek párnásak, lobosak, látása jobb szemén néhány év óta rohamosan gyengült. Jobb orrfele eldugult és a jobboldali járomcsont tája olykor megduzzad, és akkor minden kezeléssel, szereléssel daczoló szaggató arczfájdalmai vannak, a mikor is jobb orrfeléből genyes váladék ürül; a jobb orrürben néhány fibrosus polyp, túltengett alsó és középső kagyló és az állcsontöből empyemája van jelen. A megfelelő orrműtétek és gyógyító eljárások után a genyürülés úgy a szemzúgból, mint az orrból megszünt, látása helyreállott és a szemhéjszélek lobja, duzzanata eltünt.

VI. H. I., 13 éves, Békésről. Sürün jelentkező torokfájása miatt keresett meg; orra sokszor eldugult, de szemei is betegek, mert reggelre beragadnak és mihelyt este olvas, szemeiben szúró fájdalmat érez. Szemhéjszélek lobosan megvastagodottak; alsó orrkagylók erősen túltengettek; duzzadt alsó és felső ajak; kifejezett adenoid arcz; túltengett torokmandolák, adenoid vegetatiok; nyaki mirigyek tapinthatók. A kivánatos műtételek után beteg szemei is teljesen gyógyultak.

VII. K. I., 43 éves, B.-Gyuláról. 8 év óta mindkét orrfele eldugult s csak a száján át tud lélegzeni; 3 év óta kiállhatatlan fejfájásban is szenved; jobb szemén látása is megfogyott, szemei könyeznek a legrövidebb tartamu olvasásnál is. Orvosai fejfájását orrbajára vezették vissza. Mindkét orrfélben nagymennyiségü nyákhabarcz; deviatio et crista septi lat. dextri; alsó és középső kagyló a jobb orrfélben erősen hypertrophicus, a bal orrfélben csak középfokban az alsó kagyló. Jobb szem nyomásra is érzékeny, a szemgolyó tensioja szerfölött nagy, állitólag szemorvos is nézte szemeit, ki a szem megvakulását (glaucoma) helyezte kilátásba, ha nem operáltatja meg (iridectomia). Beteg azonban ragaszkodott ahhoz, hogy előbb orrlégzése állíttassék helyre, fejfájásának főokozójául azt tartván. Az orrműtétel után — a septum devatioja javíttatott — a fejfájás teljesen megszünt, szem tensioja lassanként engedett és 8 hét után a beteg minden panaszától menten távozhatott.

Felsorolt eseteimhez többé-kevésbbé hasonló a többi 19 feljegyzett gyógyulási eset, melyek mindegyikének felsorolását feleslegesnek tartom; a fenti rövid vázlatban közölt hét esetből kiviláglik annak bizonyossága, miszerint az orr és szem anatomiai közelsége, összetartozandósága mellett tényleg nagy száma az orrból eredő szembántalmaknak gyógyítható meg gyökeresen a rhinologikus beavatkozások útján; holott nem régen az ilyen orrból kiinduló szembántalmak eredetéről, még kevésbbé azok mikénti meggyógyitásáról nem sokat vagy keveset is alig tudtak.

A rhinologia mutatja az utat és adja meg a módot ahhoz, miként kell sok, eddig felderíthetlen okból eredő kellemetlen, néha életveszélyes szembetegséget koczkázat nélkül gyökeresen meggyógyítani és a *hódmezővásárhelyi Erzsébet-szemkórházban* megkezdett, párhuzamos kisérleti gyógykezelése az orr és vele kapcsolatos szembántalmaknak bizonyára hasznos adatokat fog szolgáltatni a nexusban álló orr- és szembetegségek kórismézése és therapiája nézve.

Közlemény Szabó Dénes tnr. kolozsvári egyetemi szülészeti és nőgyógyászati kórodájáról.

A méhrákról kórodai és kórszövettani szempontból.

Ákontz Károly dr., egyetemi magántanártól.

(Folytatás.)

Alákötésre vagy csupán vastag sublimatos catgut-öt vagy vegyesen selymet is használunk. Sublimatos öblítés helyett a hashártyaüreg megnyitása után 0·6%-os konyhasó-oldatot használunk. A méh függelékeit, ha azok kórosak, minden esetben eltávolítjuk, különben csak akkor, ha nagyobb nehézséget nem okoz az eltávolítás.

A gazet rendesen körülbelül 8—10 nap mulva cseréljük, a varratokat mintegy 3 hét mulva távolítjuk el és ekkor a beteg fel is kell.

Ilyen műtétet *négyszer* végeztünk.

A gyökeres kiirtás másik alakját, t. i. a méh supravaginalis amputatioját a hüvely felől *két* betegünknél végeztem.

E műtétel abból áll, hogy a méh nyaki részletét, a rákos rész határán túl az ép szövetben, körülbelül a belső méhszáj táján vagy a felett, lemetszszük. A méh nyakának kiszabadítása a parametriumokból, valamint mellül a hólyagról itt épen úgy történik, mint a teljes kiirtásnál. Ezután a hüvelycsonk a méhcsonkkal egyesítve lesz. A Douglas-ür csak kivételesen lesz megnyitva, akkor t. i., ha a rákos rész e nélkül nem metszhető körül ép szövetben.

Még most is vita tárgyát képezi az a kérdés, hogy a méh alsó szakaszán levő ráknál mindig a teljes kiirtást végezzük-e, vagy pedig, ha kilátásunk van részleges kiirtással is a rákot eltávolíthatni, elégedjünk-e meg ezzel?

Látszólag a kérdés legegyszerűbb megoldása az lenne, ha a hüvelyes rész csekély kiterjedésű rákjainál a részleges műtételt választanók, mihelyt pedig a bántalom a hüvely tapadását átlépte: távolítsuk el az egész szervet, még pedig környezetének egy részével, mivel a kiújulás innen várható első sorban. E kérdés megbirálásánál mindenekelőtt tekintetbe kell vennünk a két műtételnek súlyosságát. Ennek eldöntésére az elsődleges eredményeket feltüntető arányszámok alkalmasak. Figyelembe veendők továbbá a végleges eredmények is.

Krukenbergnél részleges műtétel után a műtétel folytán meghalt 6·5%, nálunk 0%; teljes kiirtásnál ellenben 15·2%, nálunk 25%. Ezzel szemben végleges gyógyulás volt részleges kiirtásnál 27·6%-ban, teljes kiirtásnál 17·6%-ban.

Ez adatok minden esetre a részleges műtétel mellett szólanak, mert azt sokkal enyhébb beavatkozásnak tüntetik fel. Magas csonkolásnál u. i. nálunk kettő közül egy sem halt meg, a berlini kórodán egyes kedvező években (1885—1891-ig) szintén 0 volt a halálozás.

Ezzel szemben teljes kiirtásnál a műtétel folytán a legjobbb esetekben is még mindig 3·3% halálozás van, pl. Kaltenbach 60 eseténél.

A végleges gyógyulás is a részleges kiirtással orvosoltaknál 10%-kal kedvezőbb.

E számokat azonban nem szabad minden további birálat nélkül egymással szembe állítani, nem azért, mert az anyag, melyből kiszámítottuk azokat, nagyon különböző természetü. U. i. részleges kiirtásra mindig csak a kisebb kiterjedésü, tehát könnyebb esetek alkalmasak, valószinü ezért, hogy e miatt gyógyulnak nagyobb számban az ilyen esetek.

A fent említett kérdés eldöntésénél figyelembe veendő továbbá, hogy újabban a hüvelyes rész rákjánál mind gyakrabban találunk a méh nyálkahártyáján is olyan elváltozásokat, melyek sok esetben határozottan rosszindulatúak (sarcoma, adenoma).

Egyik betegünk méhnyálkahártyáját a mirigyek túlságos szaporodása folytán mi is körülbelül 4—5 mm.-re megvastagodva találtuk, két esetünknél pedig a méhhashártya burka alatt és a nyálkahártya alatt több myomás göböt észleltünk, ezeket a műtétel előtt csak egyiknél tudtuk kórismézni. Ilyen elváltozásokat rákkal kapcsolatban már számosan irtak le. Máskor ismét úgynevezett kettős rákokat észlelhetünk, t. i. a méh alsó szakaszának rákja mellett rákos csomót találunk a méhtestben is. Fontos e körülmény azért, mert a méhtest rákja könnyen kikerüli a nyak rákja mellett figyelmünket. Méhnyakráknál pedig a részleges kiirtás csak akkor jogosult, ha a méhtest rákját biztosan kizárhatjuk. Pedig ez nem mindig sikerül. Kezdődő méhtestráknak a kórisméjét kikapart nyálkahártya darabon ejtjük meg. A dolog természetében rejlik, hogy ez az eljárás nem mindig biztos, mert lehet, hogy egyszer sem a rákos, hanem mindig az ép szövetből kaparunk ki. De másfelől Pfannenstiel[1] megfigyeléséből kiderült az is, hogy ez a kórismézés adott esetben határozottan veszélyes is lehet, még pedig oly módon, hogy a nyakcsatorna rákját beolthatjuk eszközünkkel a méhbe. Ily kettős rákeseteket újabban mind sürübben észlelnek.

Ezek után azt hiszem, hogy eltekintve a rákos méhben található, fentebb említett, többféle kóros elváltozástól, már magok a ki nem zárható kettős rákesetek is eléggé indokolják azt a felfogást, hogy a részleges kiirtás helyett ott is teljes kiirtást végezzünk, hol még csekély kiterjedésü a bántalom!

Jogosan e felfogás ellen csak azt hozhatjuk fel, hogy ez a műtétel súlyosabb. Ilyennek azonban a teljes kiirtást csak addig tarthatjuk, a míg a többi műtő is eléri Kaltenbach 3·3% halálozását. Eme csekély halálozás mellett határozottan a teljes kiirtást kell a méhrák egyedül jogosult gyökeres műtételének tekintenünk.

A méhkiirtások más módjait (a Freund-félét, a supravaginalist hasmetszéssel, a sacralist, parasacralist stb.-t) Szabó tanár úr nem szokta végezni, ezekről tapasztalataink nincsenek.

A gyökeres kiirtásra alkalmatlan méhrákoknál eljárásunk abból állott, hogy a rákos részből annyit, a mennyit a boncztani viszonyok megengedtek, éles kanállal vagy ollóval eltávolítottunk, a sebfelületet pedig Paquelinnel erélyesen égettük. Ily módon tisztán sarjadzó sebfelületet kaptunk, ezt szükség szerint később is cdzettük chlorzinkkel, jodtincturával stb. vagy a Schultz[2] által hasonló czélra először ajánlott absolut alkoholöblögetéssel és befecskendezésekkel kezeltük. Ez orvoslási módoktól is láttunk kisebb-nagyobb eredményt. U. i. a nagy sebfelület csakhamar kisebbedett, zsugorodott és tiszta maradt, a folyás is kevesbedett és tisztult, a betegeknek nemcsak fájdalmai csökkentek, hanem jobban is táplálkoztak és rendesen javulva távoztak az intézetből.

Nem operálható méhnyakrákoknál, vagy a parametriumok rákos beszüremkedéseinél rendszeresen és huzamosan használtuk Mosetig-Moorhof[3]-nak orvoslási módszerét. Mosetig eljárása ama tapasztalaton alapszik, hogy a sejteknek életképessége csökken vagy talán teljesen meg is szünik, hogyha festöanyagok jutnak beléjük. Ezért ő kóros növedékek elpusztítása czéljából különféle anilin-festékekkel tett kisérleteket s azt tapasztalta, hogy a szervezetre legártatlanabb s a kivánt czélra legjobb a kék pyoktanin. A kék pyoktanin tulajdonkép a methyl-violának egy faja és az E. Merck gyára hozta forgalomba.[4]

Mosetig eljárása abban áll, hogy kék pyoktanin vizes oldatából (1 : 500, 1 : 300) fokonkint többet és többet fecskendezünk különböző időközökben a rákos szövetbe és annak környékébe.

A szert csak palliativumnak tekintik, de mert a közölt eredmények elég kecsegtetők, mi is megpróbáltuk a szert alkalmazni.

Betegeinknél, a mennyire lehetséges volt, a rákos részt előbb kikapartuk, esetleg ki is égettük és csak ezután kezdettünk a pyoktaninkezeléshez, ily módon akartuk az elérhető eredményt gyorsítani és fokozni.

Eleinte 1 : 300-hoz vizes oldatból fecskendeztünk 0·5—1·5 cm³-t 1—3 naponkint, később fokonkint felmentünk 6 cm³ napi

[1] *J. Pfannenstiel.* Beitrag z. pathol. Anatom. u. Histogenese des Uteruskrebses auf Grund eines weiteren Falles von „doppeltem Carcinom an der Gebärmutter". Centralblatt f. Gynäk. 1893. S. 414.

[2] *Schultz H.* dr.: A méhrák palliativ kezeléséről. Előadva a budapest kir. orvosegyesület rendes ülésén 1892. márcz. 5. Orvosi Hetiszemle XII. k. 348. o. 1892.

[3] *Mosetig-Moorhof*: A rosszindulatu álképletek gyógyitása methyl-violettel. Előadva a bécsi k. k. Gesellschaft d. Aerzte 1891. jan. 30. ülésén. Orvosi Hetiszemle 1891. X. k. 201. l.

[4] *Prof. Dr. A. Eulenburg*: Encyklopädische Jahrbücher der gesammten Heilkunde. 1891. S. 47.

adagra. Fecskendezés előtt gyenge sublimat-oldattal kiöblítettük, fecskendezés után jodoform-gazezel kitömtük a hüvelyt, ez utóbbival igyekeztünk a visszaszivárgó kék oldatot felfogni. Lehetőleg az egész sebfelületre elosztva, több helyen fecskendeztük be a szert úgy a rákos szövetbe, mint annak határán az ép szövetbe is. A puha rákos részbe elég könnyen, ellenben a tömöttebb szövetekbe csak nehezen, úgy szólva cseppenkint sajtolható be a folyadék. Ha a tű hegye vagy a rákos szövet felületéhez, vagy a hashártyához közel jutott, a folyadék könnyen ürül, a fecskendezés nem jó. Előbbi esetben a folyadékot visszafolyni látjuk, utóbbiban a beteg nyögni, jajgatni kezd. Ha helyes volt a befecskendezés, ha t. i. a szövetekbe fecskendeztünk, akkor betegeink vagy szóba sem jöhető, vagy csak enyhe fájdalmat éreztek. Bizonyítja ez eljárás enyhe és ártalmatan voltát az, hogy bejáró betegeinknél sem okozott semmi olyan tünetet, a mi miatt félbe kellett volna szakítanunk a kezelést.

(Folytatása következik.)

A prostata-hypertrophiánál alkalmazott Bottini-féle műtét kérdéséhez.

Irta: *Róth Jenő* dr.

(Folytatás.)

Oly eset ez, a mely a Bottini-féle diaereset par excellence radikalis műtétnek bizonyítja, ha a radikalis operatio kriteriumának a prostata hypertrophia által előidézett vizeletretentiot és a hólyag teljesen helyreállított működési képességét tekintjük.

A Bottini-féle műtét fölényét valamennyi eddig alkalmazott operatioval szemben legjobban igazolja a v. Frisch értekezésében említett classikus eset, melyben egy és ugyanazon betegen a hólyag megnyitásának valamennyi módját alkalmazták, úgy a lateralis (Fitzegard, Malbourne), mint később a medianmetszést (Fitzegard), valamint végül a sectio altát (Mac Cormick) (a két utolsó műtét lithiasis végett lett végezve), a hol a hypertrophizált prostatalebenyek jelentékeny része el lett távolítva, a nélkül, hogy bármi néven nevezendő javulás állott volna be az önkéntes vizelési képességben. A v. Frisch által alkalmazott Bottini-féle műtét annyira helyreállította a hólyag működését, hogy a beteg az operatio után 17 napra teljesen ki birta üríteni hólyagját.

Nem szenvedhet kétséget, hogy *Viertel*[2] épen úgy, mint *Bottini* szigorú indicatiot követett, tehát elérhette, hogy 9 általa alkalmazott műtétnél ugyanannyi positiv eredményt láthasson.

Vonatkozással azon balsikerekre, melyeknek eseteit az irodalomban gyakran találjuk, bátorkodom azt a megjegyzést koczkáztatni, hogy eltekintve attól a fontos körülménytől, hogy a mint azt később ki fogom fejteni, a Bottini által ajánlott indicatio túlságosan ki lett szélesítve, a betegnek sondával és cystoscoppal való szorgos megvizsgálása daczára is egyes esetekben még sem vagyunk abban a helyzetben, hogy a valódi localis viszonyok felől tájékozhatnók magunkat és így mint Alexander[3] megjegyezte, tényleg homályban vagyunk kénytelenek operálni s ezáltal talán a beavatkozás helyes pontját elhibázzuk.

De arról a benyomásról is számot kell adni, hogy szerintem az instrumentarium korántsem közelítette még meg a tökély fokát s azt hiszem, hogy bár mai alakjában kicsi, közép és nagy hypertrophiákra talán eléggé alkalmas, de oly esetekben, a melyek vagy alakjukra nézve, vagy pedig növekedésük irányára nézve kivételes prostata tumorok, az instrumentariumnak lényeges megbővítését igényelnők, mert a túlnagy tumorok nem zárják mindig ki a műszer bevezethetőségét. Tehát ép úgy a vizsgálati módszerek, mint az instrumentarium némi hiányosságának lehet a balsikerek egy részét tulajdonítanunk, mindezek azonban oly körülmények, a melyek a dolog lényegét némileg befolyásolhatják ugyan, de azt nem veszélyeztethetik, eltekintve az ezen téren még a jövőben elérhető és bizton remélhető haladásoktól.

[1] Wr. Klinische Wochenschrift 1898. Nr. 48.
[2] Allg. Med. Centralzeitung 1898. Nr. 68.
[3] Ugyanott.

Freudenberg óta, a ki a Bottini-féle műtétet az *incomplet* retentionál is ajánlotta, ez itt tényleg alkalmazva is lett, és ha kevés esetben is éretett el oly siker, mint az idült complet retentionál, azért ezen indicatio jogosultságát sem lehet egészen elvitatni azon esetekben, midőn a beteg más operatiokkal vagy manipulatiokkal gyógyulást vagy legalább enyhülést nem talált. Freudenberg, v. Frisch és mások is hasonló esetekről tudósítanak. *Oly esetekben is, a midőn a detrusor contractioképessége is elveszettnek látszik, beállhat oly helyzet, hogy a mennyiben a prostata hypertrophia által előidézett, a pars prostaticában fennálló obturatioról meggyőződtünk, az operatiot véghez vihetjük.* Saját megfigyelésemen alapult egy példa fogja ezt a kérdést legjobban megvilágítani.

G. M., 52 éves kereskedő, háromszéki lakos, 1898. április havában keresett fel hólyagbaja miatt. Beteg csupán arról panaszkodik, „hogy magától nagyon keveset tud vizelni“, holott a katheterrel, melyet napjában kétszer használt, mindig 500—700 cm³ vizeletet ürít ki, néha még többet is, míg egyidejüleg „égetés“ által kényszerítve napjában többször kis mennyiséget is kierőltet. Mindenre kész, hacsak remélheti, hogy valamikor katheter nélkül fog élhetni. További anamnestikus adataiból felemlíthető, hogy a beteg, a ki tagadja a gonorrhoeát, már évekkel ezelőtt „vesebetegnek“ (!) lett kijelentve, minthogy orvosa fehérjét mutatott ki a vizeletben s hogy állapota mindinkább rosszabbodott és a kezdetleges dysuria complet ischuriává fejlődött ki. Konstatálhattam, hogy betegnek az utóbbi hónapokban egyes időközökben rázóhidegei, majd a vesetájék felé húzódó fájdalmai voltak, magas láz és profus izzadás kiséretében, mindannyiszor midőn a katheterizálás nem akart jól sikerülni.

Status praesens. A magas termetű, erőteljes, bőséges panniculus adiposussal biró és kissé elhájasodott hasú beteg, beteges, sárgásba játszó arczszínével mégis rögtön clárulja a prostatikust. A hólyag egészen a köldök alatt négy ujj szélességnyire emelkedett, prostata per rectum megvizsgálva tetemesen megnagyobbodott, felső széle a mutatóujj által alig érhető el, háromszorosra van megszélesedve, egészben nyomásra érzékeny és kemény tapintatú. Vizelésre felszólítva, a beteg a hasprés erős igénybevételével is alig birt 15 cm³-t kisajtolni. A sondával való vizsgálás tetemes szüketet mutat ki a pars prostaticában; semmi középlebeny és trabecularis hólyag. A hólyag belsejének cystoskopikus megvizsgálása megerősíti egy középső lebeny hiányát, hanem az oldalsó lebenyek lényeges megnagyobbodását mutatja, valamint egy nagy körkörös diverticulumot s egy régi cystitis minden jeleit. A vizelet nagyon zavaros, ammoniakalis, büzös, erősen genyes, nyúlós, fajsúlya 1018, albumin 1‰; a górcső alatt számos leucocyta; hólyaghámsejtek, bakteriumok tömege és koporsóalakú kristályok; cylinder nincs. A detrusornak semmi kihajtó ereje, miért is az operatiora nem tudtam magamat elhatározni. Diagnosis: hypertrophia prostatae, cystopyelitis. Egy napi a rendesnél több járkálás után már nem sikerül betegnek a rendes katheterizálás, ezért segélyemet vette igénybe s magam is olyan obstructiot találtam, hogy minden középkeménységü műszerrel a kisérletezést fel kellett adnom és a Thomson-féle érczkatheterhez folyamodnom. Ezzel a nehéz passage-t legyőztem, noha beteget még ugyanaznap rázó hideg lepte meg magas 39·9°-nyi lázzal és nagy izzadással.

Következő napon állandó kathetert alkalmaztam a betegnél, mely csak az Ultzmann-féle katheter-feszítő készüléknek alkalmazása mellett volt bevezethető s azt annyi ideig hagytam benne, míg csak mechanikus urethritis tünetei nem jelentkeztek. Ezen módon sikerült salol, urotropin adagolása és a hólyag szorgos, localis kezelése által a vizeletet annyira javítani, hogy ez mindinkább tisztábbá és savanyúvá vált és az albumen alig 1/4‰-re sülyedt. Miután beteg még további négy heti hasonló kezelés után valósággal viruló kinézésre tett szert és a vizelet is még tovább javult, elhatároztam magamat a később még kifejtendő indicatio alapján a Bottini-féle operatiora, melyet 1898. junius 8-dikán végeztem több kartárs jelenlétében d. e. 12 órakor. Miután beteget egy nappal megelőzőleg cystoskopáltam, cocain-anaesthesia alkalmazása és a hólyag megtöltése után három bemetszést alkalmaztam a Bottini-Freudenberg-féle incisorral, még pedig az elsőt lefelé a középvonalban 3 cm.-nyi hosszúságban, egy-egy 2½ cm.-nyi metszést balra és jobbra előre convergáló irányban és pedig úgy, hogy a két utóbbi bemetszés az

elsőbe nyiljék. A harmadik incisionál oly rapid ment az ampèrmeter mutatója visszafelé, hogy a bemetszést már csak forszirozott tempóban fejezhettem be és nyomban vér is jelent meg a műszeren. Az incisor eltávolítása után volt ugyan még egy kis vérzés, mely azonban rögtön meg is szünt; a hólyagba nem is szivárgott vér, tehát világos volt, hogy az utolsó bemetszés, melyet a kés tökéletlen izzása mellett kellett véghezvinnem, volt oka a vérzésnek. Az a kisérlet, hogy a beteg önmagától vizeljen, negative ütött ki, ezért állandó kathetert kellett alkalmaznom. Beteg maga állította, hogy mütét közben fájdalma nem volt. Délután jól érezte magát, de már este 10 órakor erős rázóhideg; 9-dikén reggeli hőmérsék 40·2, esti 39·1; 10-dikén reggel már csak 38·1 a láz és este már láztalan. 11-dikén normalis hőmérsék és a közérzet kifogástalan, mely továbbra is zavartalan marad. Vizelet a mütét utáni 10-dik napon (pörkök leválása) kevéssé véres; vizelet napi mennyisége átlag 1900 cm³, napról napra tisztább. A 12-dik napon megengedtem betegnek, hogy a sanatoriumot elhagyhassa. Az operatio utáni 13-dik napon már a beteg maga katheterizálja magát, a mit most már játszi könnyüséggel végez; a katheter úgyszólván belé esik a hólyagba. A residualis vizelet mennyisége ugyanannyi, mint a műtét előtt. További két heti ambulatorikus kezelés alatt nem sikerült sem thermikus, sem electrikus ingerek által a detrusort akár csak a legkisebb functiora is birni, így tehát beteget quoad functionem gyógyulatlanul bocsátottam haza azon utasítással, hogy a kathetert ötször naponta használja háromszori hólyag-mosással kapcsolatosan.

(Folytatása következik.)

TÁRCZA.

Az iskolaegészségügy reformja.

(Vége.)

A szabályzat után az 1887-ben kiadott „Részletes utasítás“, mely 34 pontban tartalmazza az iskolaorvos teendőit az iskolaépület és a tanulók egészsége ügyében, valamint az egészségtan tanítása körül, képezte a tanácskozások tárgyát. Ezek szerint a részletes utasítások első részébe felvétetett, hogy az iskolaorvos kötelessége „havonta legalább egyszer“ (2. pont) megvizsgálni az épület helyiségeit és falait“, a mi minden esetre jobb rendelkezés, mint a tág „időnként.“ Azonkivül bővítve lett a jelenlegi 8. pont (régi 9., mivel az 5. pont mint ide nem való törölve lett), a mi által biztosíttatott, hogy az iskolaorvos szakszerű véleményt ad nemcsak új iskolai építkezések, átalakítások és kibővítések alkalmával, hanem úgy ezek, valamint belső felszerelések tervezése és átvétele alkalmával is. Egyedül az iskolaorvos szaktudományától fog függni, hogy az iskolák építése a modern iskolahygiene összes követelményeinek megfelelően történjék és egyúttal az ő kötelessége lesz átvételek alkalmából meggyőződni, hogy a szellőztető csatornák stb. nemcsak a szemnek készültek, hanem rendeltetésüknek meg is felelnek.

A részletes utasítások 2. részénél, mely az iskolaorvos teendőit felsorolja a tanulók egészségének oltalmazására, Fodor tanár úr első sorban azt a felvilágosítást adta, hogy a 13—17. pontokban foglalt tüzetesebb vizsgálatot nem szükséges valamennyi tanulóra kiterjeszteni, hanem csak azokra, a kik az iskolaorvos látogatásai alkalmával neki feltünnek, mint nem egészségesek, vagy a kiket évközben az osztályfőnök megvizsgálásra küld (19. pont), a ki kétségkivül legjobban ismeri a növendékeket. A paedagogusok kivánságára kimaradtak a 10. és 11. pont azon intézkedései, melyek szerint szülőnek joga van ily vizsgálatnál jelen lenni vagy ha akarja, háziorvos bizonyítványával feleslegessé tenni. Annak idején, mikor ezen utasítás készült és az ügy egészen új volt, ezen rendelkezések a felekezetek kivánságára vétettek fel, a tapasztalat azonban azok felesleges voltát kimutatta. Igen lényeges bővítésben részesült a régi 21., most 20. pont, melyhez pótlólag hozzávétetett: „A mely osztályban fertőző betegség fordult elő, az egész osztályra különös gonddal ügyel“. Ebben azon tapasztalat vezette a tanácskozás tagjait, hogy a fertőző bajok nem egyszer az iskola útján terjednek, és azon meggyőződés, hogy a fertőző betegségek ellen az iskola útján sikerrel lehet küzdeni. Ezen szempontnak felel meg azon, a 13. pontba felvett rendelkezés, hogy „az iskolaorvos trachomára év elején és közepén megvizsgálja az összes tanulókat“ és az új 23. pont, mely szerint „az iskolaorvos különös figyelemmel kiséri az oltás és újraoltás ügyét az iskolában, tekintettel a fennálló törvényekre és szabályokra“. A kötelező ismétoltásról szóló törvény később lett hozva, mint a hogy az utasítások készültek. Kevésbbé lényeges módositások, hogy a torna alóli teljes vagy részleges felmentésre az iskolaorvos javaslatot tesz (16. pont), hogy Snellen-t a magyar Csapodi-val pótoltuk, hogy az iskolaorvos nem akkor vizsgálja meg a tanuló lakását stb., ha gyanúja van, hogy az rossz, hanem ha azt „tapasztalja“. Kimaradt a 14. és 29. pont egy felesleges rendelkezése, de hangsúlyozva lett most is, mint a régi utasításokban is, hogy az iskolaorvos soha sem intézkedhetik függetlenül, hanem mindig csak az igazgató útján (29. pont).

Nagyobb vitát keltett, vajjon a szegény tanulók orvosi kezelése az iskolaorvos feladatát képezze-e vagy nem. Tény, hogy a szegények hatósági gyógykezelését a tanulók igénybe venni nem szeretik és hogy már most is legtöbbször az iskolaorvost keresik fel, teljes jóhiszeműséggel gondolva, hogy annak feladata a szegény tanulókat is gyógyitani. Tény az is, hogy ha az iskolaorvos állandó és alapos betekintést akar nyerni a tanulók életébe, az csak úgy lehetséges, ha minden alkalmat, hogy velük bizalmasan érintkezhessen, megragad; csak így tudhatja meg, hogy mikép laknak, milyen a nemi életük, van-e túlterhelés stb. Végül tény az is, hogy az által a magánorvosok érdeke nem igen szenvedne. Az országos betegápolási alap, mely ez év elején kezdte meg áldásos működését, épenséggel lehetővé teszi, hogy a szegény tanulók ingyen orvosszerekkel láttassanak el. Az iskolaorvosok nagyobb része azonban — arra hivatkozva, hogy hygienikusok — ellenezte ezen indítványt, mig a paedagogusok igen humanusnak mondották, végre Fodor tanár javaslatára egyelőre mellőzve lett: „hadd érjen“, habár a maga részéről pártolja.

A 3. része a részletes utasításoknak, az egészségtan tanítása csak kevés módositáson ment keresztül; a 32. pontban felvettük, hogy az életmentés tanitása „gyakorlatokkal legyen egybekötve“ és hogy (33. pont) az egészségtan tanítása „kirándulások“ által is érdekesebbé tétessék. A 34. pont mint ide nem való elmaradt az új szövegből.

Áttérvén azon kérdés tárgyalására, miként lehetne az iskolaegészségügyet fejleszteni? a tanácskozás tárgyát első sorban *Hóman* ministeri tanácsos úr által felvetett eszme: iskolaegészségügyi előadói állás szervezése a központban képezte, mely egyébként Fodor tanár elaboratumában is benne volt és mely e tanácskozás minden tagja kivánságának bizonyult. Ezen előadó feladata lenne az iskolaorvosok működését és tudományos munkálkodását irányitani és vezetni nem annyira rendeletekkel, mint inkább — nézetem szerint — az egyes iskolaorvosok által foganatositott czélszerű intézkedések általánositása által. Ezen előadó továbbá szakközege lenne a ministeriumnak minden iskolaegészségügyi kérdésben. Különösen iskolák és internatusok tervezése alkalmából adna szakvéleményt, hasonlókép tanulmányi kérdésekben is, mi végből feladata leend a külföldi iskolaegészségügy haladásának szemmel kisérése. Végül *Fináczy* osztálytanácsos ajánlatára a tanácskozás kivánatosnak mondotta, hogy ezen előadó iskolaorvosra bizassék egyúttal a testi nevelés egész kérdése is. Látható ezekből, hogy nem épen csekély feladatok várnak ezen előadóra, a kinek annak idején egész testtel és lélekkel kell majd dolgoznia, hogy a hazai iskolaegészségügyet előbbre vigye, hogy különösen a tanuló ifjúság egészségét előmozditsa és biztositsa. Ilyen központi állás szervezése által a magyar közoktatás ismét megelőzi az egész külföldet, ép úgy, mint annak idején az iskolaorvosi intézmény szervezése által is.

Nagy jelentőséget kell tulajdonitanunk *Fodor* tanár azon inditványának, hogy ne csak középiskolákon legyenek iskolaorvosok, hanem valamennyin, különösen az elemi népiskolákon és óvókon. A ki figyelemmel kiséri az ügyet, észrevehette, hogy a külföldön különösen az elemi iskolák tanulói számára alkalmaznak iskolaorvosokat. Ezen iskolaorvosok nevezetesen két irányban fejthetnek ki üdvös működést: első sorban a fertőző betegségek elleni küzdelemben, a miben az iskolaorvos detail munkája czélszerűen kiegészíti a hatóságok általános rendelkezéseit; másodsorban a gyenge tehetségű és egyéb hibákban szenvedő tanulók megvizsgálása által. Különösen városokban, s pedig mentől nagyobb, annál inkább van szükség iskolaorvosokra, a kikre 1500—2000 tanuló volna bizandó, esetleg ezek közül a szegények orvoslása is. A bizottság egyhangúlag elfogadta *Fodor* tanár inditványát és annak teljes szövegét a jegyzőkönyvbe felveendőnek határozta el. Mi meg vagyunk győződve, hogy *Wlassics Gyula* dr. minister ezen kérdésnek megoldását erélyes kezeibe fogja venni. Csak kár, hogy a legtöbb elemi iskola, különösen a városiak, községi vagy felekezeti kezekben vannak. Ezen iskolák számára a minister csak ajánlhatja az iskolaorvosi intézményt, a hogy azt *Bosse* porosz oktatásügyi minister tette, esetleg megfelelő utasításokat is kidolgoztathat, a mit a porosz minister nem tett, a ki egyszerűen Wiesbaden példájára hivatkozott. Az iskolaorvosi intézmény ilyetén kiterjesztésének igen nagy socialis fontossága van, főleg ha tekintetbe veszszük, hogy a betegpénztárak kötelessége a már pályára lépett tanonczok gyógyitásáról gondoskodni, a mely rendelkezés czélszerűen kibővithető lenne az által, hogy a betegpénztáraknak egyúttal a munkásoknak egészségéről, annak megóvásáról is kell gondoskodnia. Hátramarad a falvak népességének egészségéről való gondoskodás, a mit a körorvosi intézménynek tetemes pénzáldozatokkal járó alapos reorganisatioja által lehet csak elérni.

Igy magasabb szempontból tekintve, az iskolaorvosi intézmény egy lánczszem azon intézkedések sorában, melyeket a modern államok népeiknek földi jólléte érdekében elrendelnek, szemben a régi államok irányzatával, melyek nem a népnek tettek- vettek. Az iskolaorvos pedig a széles körű orvosi tudomány egy újabb szakát lesz kivatva betölteni, mely részben belenyúlik a gyermekgyógyászatba, a hová a gyermekek betegségei 14 éves korukig tartoznak névleg, tényleg csak 8—9 éves korukig, részben belenyúlik a többi orvosi szakokba, a melyek azonban inkább a felnőttekkel foglalkoznak. Az iskolaegészségügy tárgyát képezik azon ártalmak, a melyeket az iskola épülete és a tanulás a „fejlődő“ szervezetre kifejtenek, és ezen ártalmak elhárítása, a mit csakis az iskola és a gyermék szervezetének

alapos ismerete által lehet elérni; orvosi diploma arra egymagában nem elég, azt külön tanulni, azzal külön foglalkozni kell. S a hogy az iskolába járás mind általánosabb, időtartam tekintetében mind hosszabb lesz, úgy az iskolaorvosi intézmény fontossága mind nagyobb lesz. Valóban biztató látni, hogy vezető tanügyi köreink mily melegen karolják fel az iskolaegészségügyet: így a siker biztos.

Juba Adolf dr.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Die Pest des Thukydides. (Die attische Seuche.) Von **Wilhelm Eb tein.** 1899. Stuttgart. Verlag von F. Encke. Ára 2 korona.

A peleponnesosi háború kezdetén 430 Kr. e. Athén városában nagy járvány ütött ki, a mely annak lakosságát irtózatos módon pusztitotta. E kor történetirója, Thukydides részletesen foglalkozik a bántalom leirásával. Iratait, a melyeket jó megfigyelő s kitünő birálóképessége megbizhatóvá tesz, veszik alapul mindazok a buvárok, kik e járvány kérdésével foglalkoznak. Igy ez alkalommal Ebstein, kit magát is e kérdés tárgyalása alkalmával valódi thukydidesi szellem leng át. A mi adatot talált, gondosan csoportositotta, alaposan birálta s a terjengősséget kerülve tömörségre törekedett.

Nem könnyű dolog az embernek a több mint 2000 év előtti időt olyannak elővarázsolni, a minő volt, oly téren sem, a melyen sok bizonyíték áll a rendelkezésére, s mindenkép nehéz, a hol csak kevés és hiányos positiv adatot találhatni, a mi ez alkalommal az orvostörténetiró esete is. Sokan törekedtek e dögvésznek meghatározására s neki nevet adni. Legtöbben közülök a bántalom tüneteiből lehetőleg azokat ragadták kik, a melyek nézetük indokolásához legjobban illettek.

A különféle nézetek háromféle csoportba oszthatók. Az elsőbe azok tartoznak, a melyek szerint az attikai dögvész valamely még a jelen korban is előjövő bántalom lenne. Vannak szerzők, kik bubo-pestist, sárgalázt vesznek föl, mások járványos agy- és gerinczhártyalobnak, kiütéses hagymáznak vélik. Vannak, kik angina malignával szövődött vörhenynek mondják. Többen himlőnek tartják, Dahremberg pedig súlyos hagymázzal complicált himlőjárványt tételez fel. Ebstein mind e nézetekkel tárgyilagosan foglalkozik. Nagyobb szenvedélylyel csak Kobert sajátszerű felfogásának ront, a mely szerint az athéniek lappangó ergotismusban szenvedtek, mikor himlőjárvány csapott reájuk, a mely azután a lappangó ergotismust is kitörésre birta.

A második csoportban azok a vélemények foglalnak helyet, a melyek szerint különféle, ugyanegy időben uralkodó betegségeket zavartak össze a „pestis“ leirásában. Ebstein nincs e nézet mellett, minthogy a kórlefolyás egyformán kezdődött, hasonlóképen fejlődött, az esetek többségében a 7-dik és 9-dik napon következett be a halál. Csak azoknál volt különféle symptoma-complexum, kik e kritikus napokat túlélték, a melyek után a szövődmények, utóbántalmak tették nagyon változatossá a kórképet.

A harmadik sorozatba tartozó nézetek szerint az attikai dögvész valami kihalt járványos betegség lenne. Brandeis sajátságos, a nyálkahártyák és a máj lobjával összekötött bőrkiütéses bántalomnak tartja, a mely a föld szinéről már eltünt. A járványok történetében előfordult már, hogy a kihaltaknak gondolt, rég idő óta elő nem fordult betegségek pusztító erővel léptek fel. Nehéz eldönteni, vajjon bizonyos betegség absolute már nem létezik.

Szerző, daczára, hogy nagy készültséggel látott a tárgy megfejtéséhez, a kérdést nem oldotta meg. Csak annyit állapit meg, hogy itt valami súlyos contagiosus fertőző bántalomnak nagy kiterjedésű járványáról van szó.

Mint exact gondolkodású fej, ki megfelelő bizonyítékokra nem akadván, hiú hypothesisekben kedvét nem találja, tovább nem megy. Ebstein szellemére jellemzők a befejező sorok.

„Nem épen a pontos leirások hiányában rejlik az ok, ha valamely régebbi járványról biztosat nem mondhatni; hisz a járványok, a mi okozóikat s az ezek által előidézett kóros tüneteket illeti, semmiképen sem szoritják magukat egy bizonyos alakba vagy rendszerbe, a melyet mi róluk magunknak készitettünk. E tekintetben is áll, hogy több dolog van az égen és a földön — Shakespeare-rel fejezve ki magunkat — mint a mennyit iskolabölcseségünk álmodni képes“.

—l— —k—

II. Lapszemle.

A rhinitis chronica hypertrophica-ról értekezik *Hagedorn*, hamburgi orvos. Miután e betegség aetiologiáját, kórboncztanát, lefolyását, szövődményeit, kórismézét és prognosisát ismertette, annak gyógykezelésével foglalkozik. Nem hive annak, hogy a rhinitis chronica hypertrophica orvoslásánál a galvanocaustikus kezelést minden esetben alkalmazzák. Csak olyankor cauterizálja a túltengett orrnyálkahártyát, a mikor a massagetól nem várható eredmény. Diffus nyálkahártyaduzzanatok massagera szépen eltünnek. Ha a beteg nyálkahártya rendkivül bő váladékot termel, a szerző igen jó eredménynyel alkalmazza a xeroform-befúvásokat, melyek gyorsan szárítólag hatnak a nyálkahártyára és duzzanatát csökkentik. Gyermekeknél, ha a betegség adenoid vegetatiók következménye, az operatio után való massaget a xeroform-befúvások igen sokszor szükségtelenné teszik; csak olyankor van reá az operatio után szükség, a mikor a bántalom már több esztendőn át fennállott. (Die Ärztliche Praxis, 1899. Nr. 7.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1899. április 28.

— **Korányi Frigyes tanár főrendiházi tag beszéde a felsőházban**, az idei költségvetés tárgyalása alkalmából f. hó 24-én. „Engedjék meg a méltóságos főrendek, hogy a belügyministeri költségvetés közegészségügyi részéhez röviden hozzászóljak. Szapáry Gyula gróf ő nagyméltóságának belügyministersége óta rendszeres jelentéseket kap a törvényhozás a megfelelő évben az ország közegészségügyéről, ezekből az tünik ki, hogy a közegészségügy határozottan a javulás felé tendál. Azonban a dolog természetében rejlik, hogy itt ingadozások vannak és ha ezeket az ingadozásokat tekintjük, akkor nagyon nehéz megitélni, hogy mi köszönhető a czélszerű egészségügyi intézkedéseknek és mi a véletlennek. Magyarország azon államokhoz tartozik, a melyekben a közegészségügynek és az ezzel összefüggő népességi szaporodásnak aránya abnormis változásokon megy át. Miután a közegészségügy állapotának leginkább a népesség szaporodása a kifejezője, ezenkivül pedig az átlagos élettartam, azaz a kilátás, a melylyel a lakosság bir, hogy egy bizonyos magasabb korig eljuthat, azért bátor vagyok néhány adatot statistikai közleményekből felhozni, a melyek mutatják, hogy mily rendkivüli nagy az ingadozás Magyarországon a népességben.

Három népszámlálás adataira ámatszkodom. Az első korszak, az 1857—70-ig terjedő 13 év alatt Magyarország népessége 11½ százalékkal gyarapodott, tehát évenkint körülbelül egy százalékkal. Erre az időre következett egy 10 éves időszak, 1870—1880-ig, a mely idő alatt Magyarország népessége összesen egy és fél százalékkal szaporodott. Igaz, hogy ez olyan időszak volt, midőn Magyarországra háború és egy súlyos cholera-járvány nehezedett, de mégis mind a két körülmény csak rövid időre szoritkozott. Ezen rossz szaporodás eredménye pedig tiz évnek a tartamára terjed ki. Azután következett az utolsó népszámlálás 1891-ben, a mikor kitünt, hogy 1880-tól 1890-ig Magyarországnak népessége ismét tiz százalékkal gyarapodott. 40 év alatt, 1850-től 1890-ig az összes lakossági szaporodás 30 százalékot tett ki, a mi a jó egészségügyi viszonyok között élő népességhez képest csak alárendelt szaporodási számot képez.

Az ország közegészségügyi viszonyaira azonban ebből az átlagos számingadozásból nem lehet következtetni, mert köztudomású dolog, hogy Magyarország azon államok közé tartozik, a melyeknél a gyermekszaporodás igen nagy és ezért szükséges a közegészségügyi kifejezők másik momentumát, t. i. az élethosszat is figyelembe venni. Ennek feltüntetésére bátor vagyok a méltóságos főrendek figyelmébe ajánlani a következő számokat.

Az 1891-diki népszámlálás szerint az összes népesség Magyarországon valamivel több volt 17 milliónál, Horvátországot is hozzászámitva. Ebből a népességből az első öt évre, tehát a születéstől kezdve az ötödik év befejezéseig csak az 1893-ban megjelent statistikai hivatal kimutatása szerint 2.175,000 esik, az első 20 évre pedig, tehát arra a korszakra, a mely a testi és szellemi fejlődés korszaka, de még nem a kifejlett munkaképességé, 6.945,000. Ezzel szemben a munkaképesség korszakára, tehát a 20-dik életévtől a 40-dik életév befejezéséig, férfit és nőt együttvéve, esik 4.400,000. A 40-től az 50-dik évig, a mely még szintén a munkaképesség korszakához számitható, 1.650,000. Tehát legfeljebb lehet mondani 8 millió a 17 millióból az, a ki a munkaképes részét a nemzetnek képviseli.

Méltóságos főrendek! Annak a körülménynek, hogy a népességből aránylag oly kevesen érik el a 40-dik évet és természetesen még kevesebben az 50-dik évet, az azonfelül terjedő éveket pedig még kevesebben, hogy tehát élethosszára nézve Magyarország az európai államok között hátsó sorban áll, annak okát természetesen csak a betegségekben lehet keresni, mert 20 és 50 év között az ember nem szokott elsorvadni, hanem ha áldozatul esik, akkor betegségeknek esik áldozatul és azért igen nagy fontossággal birnak azok az intézkedések, a melyek a törvényhozás és a kormány részéről azon betegségeknek a korlátozására történtek, a melyek lekinkább fenyegetik az emberi életet, t. i. a fertőző betegségek.

Azt elismerőleg kell mondani, hogy azok az intézkedések, a melyeket a kormány a cholera korlátozására tett, hatályosoknak és üdvösöknek mutatkoztak. Nem lehet másképen mint elismeréssel szólani azokról az intézkedésekről, a melyeket a kormány a diphtheritis tekintetében tett. Jelentékenyen meg lett szoritva — nem akarom számokkal terhelni a méltóságos főrendeket — azon intézkedések folytán, melyek a diphtheritisben beteg gyermekeknek serummal való gyógyitására tétettek. A trachoma megszorítására hasonlóképen igen üdvös intézkedések tétettek. De ha újra felvetem azon kérdést, hogy mi az oka annak, hogy mindezen intézkedések daczára épen a munkaképes lakosság között a lakossági fogyatkozás oly jelentékeny, akkor megint arra a körülményre kell visszatérnem, a melyet bátor voltam 1896-ban az állami költségvetés tárgyalása alkalmával a mélt. főrendek és a t. kormány figyelmébe ajánlani és a mely akkor a kormány által tényleg

figyelembe vétetett, intézkedések tárgyává tétetett, és ez a lakosságot pusztító betegség, a tüdővész.

Mindazon rendes évi kimutatás, a melyeket a belügyministerium a törvényhozás elé terjeszt, évről évre mutatja azokat a rémletes pusztításokat, a miket a tüdővész véghez visz az ország lakossága közt. Az évi halálozás 80 ezer és 70 ezer közt ingadozik, a legalacsonyabb halálozás, mióta ezek a rendszeres kimutatások megjelentek, meghaladja a 60 ezer számot. A tüdővész annak a kornak a betegsége, a mely kor a munkaképesség kora, és a tapasztalások, a hosszú időre kiterjedő statistikai kimutatások azt mutatták, hogy a halálozásoknak körülbelül $^5/_6$-a a 20 és 40 évi életkor között levő lakosokra esik. Azért azt gondolom, nem hibázom, hogyha azt fejezem ki, hogy az ország lakosságának azon részéből, mely a 20 és 40 életkor között él, legalább is 50 ezer ember hal el évenként tüdővészben.

Ha a mélt. förendek ezt az óriási számot figyelembe méltóztatnak venni, akkor talán indokoltnak fogják találni, hogy ha ma újra erre a tárgyra irányitom a mélt. förendek figyelmét. Mindazon törvényhozási intézkedések, melyek nemzetünknek kulturalis és hatalmi állását megállapitják, a dolog természeténél fogva a népesség számára vannak fektetve. Nyugodtan kérdezem a mélt. förendektől, hogy latba esnék-e Magyarország akkor, hogy ha lakosságának száma, úgy mint József császár ideje előtt hiresztelték, 3 millió, vagy a mint abban az időben tényleg volt, 7 millió volna, és mi volna Magyarországnak hatalmi állása akkor, hogy ha lakossága 17 millió helyett 25—35 millióra rúgna? Ez pedig nem beláthatatlan lehetetlenség, mert azok a viszonyok, a mely viszonyok szerint a kulturalis államok népessége rendszeresen szaporodik, Magyarországon is elérhetők, hogy ha az általános, a közgazdasági viszonyok javulása mellett egyszersmind a közegészségügyi intézkedések is megfelelők volnának.

De nem akarok, mélt. förendek, ilyen tág térre elszéledni és egészségügyi politikáról szólni, ámbár talán a maga idején ez sem volna felesleges. Igy pl. nem volna felesleges megállapitani azt, hogy a közegészségügyi teendők közül mi az, a mi előbbre való, és mi az, a mi később jöhet. Egyáltalában nem szándékozom kicsinyleni a trachoma jelentőségét közegészségügyi és véderői tekintetben, hanem mégis felhozom, hogy ha a trachoma megszoritására azok az általam teljesen méltányolt intézkedések megtörténtek, vajjon indokolva van-e, hogy mindez ideig csak elején vagyunk azon intézkedéseknek, melyeknek czélja, hogy az ország leggyilkosabb betegsége, az országot legmélyebben sújtó betegség, a tüdővész korlátoztassék.

Azok a javaslatok, a melyeket bátor vagyok ő nagyméltóságának, a belügyministeriumot jelenleg vezető ministerelnök úrnak és a méltóságos förendeknek figyelmébe ajánlani, olyanok, a melyek a jelenlegi költségvetés keretében eszközölhetők, és a melyek nézetem szerint ép a tüdővész megszoritására hatályos előkészitő lépéseket képezhetnek, bizonyos irányban a betegség megszoritásához is járulnának.

Nagyon feltünő, hogy Magyarország megyéi közül épen azokban uralkodik a tüdővész leginkább, a melyeket magyarok laknak és a melyek legvagyonosabbak, mint a milyen Békésmegye, Csanádmegye, Hevesmegye, Szolnokmegye és Szabolcsmegye is. Hogy ez miért van, az nincs kideritve. Ez egy anomalia, a melynek okát kikutatni, felkeresni a közegészségügyi felügyelők feladatát képezi. A közegészségügyi felügyelők szabályrendeletszerű feladata egyrészt a közegészségügyi kormányzat rendeleteinek végrehajtását ellenőrizni, másrészt az ország közegészségügyi hátrányait és ezek okait felderiteni. És ha ő nagyméltósága a ministerelnök úr a rendelkezése alatt álló közegészségügyi felügyelők közül kiválaszt megfelelő szakembereket és azokat utasitja, hogy ezen sújtott megyék viszonyait tanulmányozzák, meglehet, hogy egyszerű módozatokban és körülményekben találja okát a tüdővész azon roppant elterjedésének ezen megyékben, mint a milyen egyszerű dolog pl. az, hogy a tüdővész kiköpés által terjed, és Perczel előbbi belügyminister úrnak az az egy rendelete, hogy a tuberculotikus betegeknek kiköpése korlátoltassék, képezi talán annak a javulásnak az okát, hogy az utolsó két esztendőben a tüdővész-halálozás mégis valamivel kisebb, mint azelőtt. Hasonló tapasztalatok történtek mindenütt a civilizált világon, a hol a tüdővész ellen rendszabályokat foganatba kezdtek venni.

Egy második körülmény, a mely a nagyméltóságú minister úr hatásköre által eszközölhető volna, vonatkozik egy javaslatomra, melyet már a mult évben a pénzügyi bizottságban terjesztettem elő, és a melyre vonatkozólag az akkori belügyminister Perczel ő excellentiája hozzájárulását nyilvánitotta, de tudtommal eddig nem létesült. Az 1896-iki felszólalásom után úgy a kormány, mint egyesek és társulatok kezdtek a tüdővész kérdésével foglalkozni. Sok helyen egyesületek keletkeztek, betegsegélyző pénztárak és kórházak állittattak fel. Ily elszórt tevékenység több helyen mutatkozott, de mert csak elszórva mutatkozott, ezért nagyon kevés volt az eredmény. Sőt az is megtörtént, hogy egyik egyesület a másik ellen dolgozott. Ezen okból ajánlottam ő nagyméltóságának az akkori belügyminister úrnak, hogy legalább azokból a megyékből, melyekben a tüdővész oly erősen terjed, oly erősen pusztit, értekezletet hivna össze, mely értekezleten az érdeklődők meg az érdekeltek megállapitanák az eljárás módozatait. Mivel meg vagyok győződve, hogy ezen az úton sokkal előbb lehetne valami eredményt elérni, ezt a javaslatomat bátor vagyok ő nagyméltóságának ujólag is szives figyelmébe ajánlani. Ott vannak a főispánok, ott vannak a főorvosok, ott vannak a jótékony egyesületek, melyek képviselőiből az ily értekezlet nézetem szerint összehivandó volna. Úgy gondolom, ennek jó hatása nem maradna el.

Az a harmadik intézkedés, mely minden nagyobb költség nélkül, nézetem szerint, hasznosan volna kivihető, az folytatása volna azon oktatásnak, a mely gr. Szapáry ő excellentiájának belügyministersége alatt megkezdetett, t. i. népszerű tanitás, népszerű nyomtatványok által, melyeket addig kell folytatni, mig a népesség felvilágosittatik. A népességnek tudnia kell a betegségnek természetét, tudnia kell az óvakodás módozatait, és tudnia kell, miként, hol keresse a gyógyitást.

Már nem a belügyministeri tárczára vonatkozik, hanem a honvédelmi minister úr ő excellentiájának tárczájára, ha a figyelmet arra vezetem, hogy mint minden hadseregben, úgy a közös hadseregben és a honvédségnél is a tüdővészes betegek száma jelentékeny. Igen kivánatos, hogy erre a tárgyra figyelem fordittassék. Francziaországban oda törekszenek, hogy tüdővészes katonák számára külön kórházak legyenek, hogy az orvosok képesitve legyenek a betegséget korán felismerni és a tüdőbeteg katona elbocsáttassék a szolgálatból, a hol az nemcsak az államot terheli, hanem az egészségeseket is veszélyezteti.

Hogy mennyire terhelik az államot a tüdővészes katonák, azt Magyarországra és a mi monarchiánkra nem tudom megmondani, mert nincsenek adataim reá; hanem hogy milyen fokú, azt Poroszország adataiból láthatjuk. 1894-ben a német hadsereg porosz részében a tüdővészes katonák gyógykezelése 1 és fél millió ápolási napot vett igénybe. Ez a hadügyi tárczára nehezedik, a mi nem következik be, ha a tüdővészes katonák a szolgálatból elbocsáttatnának. A tüdővész által okozott államgazdászati károk másik nagy részét is felemlithetem a német birodalmi statistikának kimutatásai szerint, a melyekből kitünik, hogy 1894-ben a németországi tüdővészes betegek révén szenvedett munkaveszteség egymaga 40 millió márkát tett. Ezen adatokkal szemben talán indokoltnak fogja találni a méltóságos förendiház, hogy ezt a tárgyat újra szőnyegre hoztam.

És most még engedelmet kérek arra, hogy néhány rövid szót szóljak közegészségügyünk egy másik factoráról, az orvosok képzéséről. Az orvosok képzésének előmozditása a közoktatásügyi ministerium hatáskörébe tartozik és ő nagyméltósága a közoktatásügyi minister úr csak nem régen nyilatkozott a képviselőházban, hogy azon kivül, a mi eddig történt, az orvosok képzésének előmozditására az egyetem körében, még egy olyan intézkedés tervével is foglalkozik, hogy minekelőtte az orvosok a gyakorlatba kilépnek, kórházi gyakorlatot tartoznak teljesiteni két évig, de legalább is egy évig. Noha ez nem tartozik a belügyi tárczához közvetlenül, de kihatván az ország közegészségügyére, bátor vagyok ezt ezen a helyen felemliteni.

Ő Excellentiájának a közoktatásügyi minister úrnak ezen törekvése mindenkinek a helyeslésével fog találkozni, a ki az orvosok képzésének behatását a nép jólétére ismeri, és én előre kinyilatkoztathatom, hogy ha ő Excellentiája erre vonatkozó törvényjavaslatot vagy akármilyen intézkedést szándékozik tenni, azt szerény erőmhöz képest minden esetre támogatni fogom. De mégis fel kell hivnom a nagyméltóságú kormánynak figyelmét egy következésre, a mely következés a képviselőházban is fel lett emlitve; épen maga ő Excellentiája közoktatásügyi minister úr is reflectált rá, hogy t. i. jól tudja, hogy az orvosi képzés ez által költségesebbé és terhesebbé válik az illetőkre. Hogy az ilyen megterheltetésnek a következményei miképen fejlődhetnek, azt egy más alakban felhozhatom az egyetem történetéből, magam is szerepelvén a dologban. Báró Eötvös Józsefnek közoktatásügyi ministerségéig az egyetemen kétféle tanitási rendszer állott fenn az orvosi tudományok körében, t. i. az orvosdoctoroknak, a medicinae doctoroknak és a sebészeknek, a chirurgusoknak a tanitása és én magam a chirurgusok tanitásának egyik tanszékére voltam kinevezve és olyan hallgatósággal birtam, a mely orvosi tudományt tanult akkor, a mikor kötelezve volt két gymnasialis osztálynak az elvégzését kimutatni. A midőn boldogult Eötvösnek azután előterjesztettem, hogy ilyen előképzés mellett lehetetlen orvosokat képezni, akkor fokonkint oda ért az ügy, hogy báró Eötvös intézkedett, miszerint a chirurgiai osztályba is csak azok vehetők fel, a kik 6 gymnasialis osztályt végeztek. Természetesen igen üdvös intézkedés volt, azt mondhatnám, mellőzhetetlen üdvös intézkedés. Igen, de mi volt a következménye? Az, hogy két év alatt oda jutottam, hogy egyetlen egy hallgatóm sem volt, mert mindazok, a kik 6 gymnasialis osztályt végeztek, azt mondták, hogy inkább végeznek még kettőt és akkor mennek medikusnak. Ha tehát az orvosi képzésnek méltán követelt magas fokát akarjuk elérni, és ennek az érdekében a kórházi gyakorlatot kötelességszerűvé teszszük azoknak, a kik az orvosi gyakorlatba kilépnek, ugyanakkor, méltóságos förendek, a másik oldalát is tekintetbe kell venni a dolognak, t. i. hogy micsoda előnyöket nyújt a közegészségügy rendezése, micsoda előnyöket nyújt az állam azoknak, a kik talentumukat, fáradságukat, képességüket ennek az állásnak szentelik. És hogy ezek az előnyök jelenleg lefelé mennek és hogy ennek folytán az a vonzó erő, a melyet az orvosi állás a fiatal emberekre gyakorol, sülyed, annak a nyilvános tanuságára felhozom azt, hogy 10 év alatt az orvosnövendékeknek a száma éppen felényire apadt le.

Ismétlem, nemcsak én, de kétségtelenül a közegészségügynek minden barátja mellette lesz annak, hogy azon javitás és sok más javitás a képzésben, a melyet ő Excellentiája a közoktatásügyi minister úr intendált, létre jöjjön, de jó hatást csak akkor fog elérni az ország, hogy ha más oldalról megtörténik mindaz, a mi az orvosok jogos kivánságainak körébe esik. Tele van az athmosphaera panaszaikkal. Elismerem, lehetnek azok között a panaszok között olyanok, a melyek túlhajtottak, az elkeseredés természetesen ilyen productumokat is hoz felszinre, de a lényegben igazuk van. A részletekre kiterjeszkedni nem találom itt helyén valónak. Meg vagyok győződve, hogy a nagyméltó-

ságú kormány, a mely az ország javát minden tekintetben szivén viseli, és ezt intézkedéseivel is bizonyítja, ezt a kérdést is, t. i. az orvosoknak, mint közegészségügyi hivatalnokoknak, tisztviselőknek, de még közegészségügyi közegeknek is, a kívánságait kellő figyelemben fogja részesíteni. És miután mindennek biztositékát látom a kormány tevékenységében és intentioiban, a belügyministeri tárcza költségvetéséhez hozzájárulok.

* * *

— **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1899. április hó 9-dikétől 1899. április hó 15-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 468 gyermek, elhalt 362 személy, a születések tehát 106 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2484 beteg, szaporodás 929, csökkenés 107 maradt e héten végén ápolás alatt 2576. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 2, roncsoló toroklob 3, hökhurut —, kanyaró 10, vörheny 2, himlő —, typhus abdominalis 6, gyermekágyi láz 2, influenza 3, egyéb ragályos betegségek 3, agykérlob 19, agyvérömleny 10, rángások 7, szervi szivbaj 7, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 58, tüdőgümő és sorvadás 66, bélhurut és béllob 9, carcinomata et neoplasmata alia 7, méhrák 4, Bright-kór és veselob 7, angolkór 2, görvélykór 1, veleszületett gyengeség és alkathiba 18, aszkór, aszály és sorvadás 2, aggkór 11, erőszakos haláleset 8. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1899. április 16-dikától április 22-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 23 (meghalt 2), himlőben —, (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 26 (meghalt —), vörhenyben 65 (meghalt 3), kanyaróban 208 (meghalt 13), roncsoló toroklobban és torokgyikban 19 (meghalt 5) trachomában 5, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 8 (meghalt 1), orbánczban 14 (meghalt 3), gyermekágyi lázban 2 (meghalt 1).

‖ **Egyetemi alkalmaztatások.** A budapesti orvostudományi tanári kar f. é. április 25-diki VIII. ülésében *Hajós Lajos* dr. I. tanársegéd és *Décsi Károly* dr. II. tanársegéd az elme- és idegkórtani klinikán állásukban meghagyattak. *Sidlauer Jenő* dr. helyettes II. tanársegéd az I. bonctani intézetnél II. tanársegéddé, *Koós Aurél* szigorló orvos a gyógyszertani intézetben helyettes II. tanársegéddé, *Sipőcz Géza* dr. a II. kórbonctani intézetben díjas gyakornokká, *Kiss Vilmos* V. éves orvostanhallgató a fogászati intézethez díjas gyakornokká, *Gabler Lajos* dr. a szemészeti klinikán helyettes díjazott gyakornokká és *Madzsar József* dr. az általános kórtani intézethez helyettes díjazott gyakornokká, továbbá *Jakab László* dr. az I. belgyógyászati kórodához, *Horváth Ferencz* dr. a II. belgyógyászati kórodához, *Sörös Miklós* dr. a fogászati intézethez, *Gobbi Károly* dr. a fogászati intézethez, *Báthory Alfréd* és *Iberer János* ötödves orvostanhallgatók a törvényszéki orvostani intézethez díjazatlan gyakornokká megválaszttattak.

= **Tiszti orvosi képesítést nyertek:** 1. *Budapesten*: Ákos Izsó magánorvos, Nyitra-Novák; Becsági János, cs. és k. főorvos, Budapest; Dick Albert kórházi másodorvos, Pozsony; Farkas Elemér klin. gyakornok, Budapest; Fodor Gyula közs. orvos, Alsó-Domború; Friedler Ernő kórh. gyakornok, Pozsony; Herz Rezső bábaképzői gyakornok, Budapest; Hönig Izsó klin. gyakornok, Budapest; Katona László kórh. segédorvos, Budapest; Kulcsár Barnabás egyet. gyakornok, Budapest; Major Antal magánorvos, Gyöngyös; Marmorstein Károly magánorvos, Mezőberény; Messinger Jakab magánorvos, Losonez; Nagy Andor körorvos, Mező-Kászony; Oszvald Géza cs. és k. ezredorvos, Budapest; Pláger József magánorvos, Nagy-Kőrös; Posgay István klin. gyakornok Budapest; Száhlender Ferencz cs. és k. főorvos, Budapest; Szelényi Oszkár magánorvos, Budapest; Terner Béla fürdőorvos, Nagyvárad; Tordai Árpád egyet. gyakornok, Budapest; Tutsek Géza kórh. gyakornok, Budapest; Váhl Adolf kórh. segédorvos, Budapest; Weisz Jakab, körorvos, Árpád.

2. *Kolozsvártt*: Gaál Gábor körorvos, Szász-Bonyha; Gidró Jenő körorvos, Nagy-Sajó; Halász János városi orvos, Kolozs; Konrádi Dániel egyet. tanársegéd, Kolozsvár; Pálffy Gyula magánorvos, Torda; Parádi Ferencz egyet. tanársegéd, Kolozsvár; Pop Mihály körorvos, Gavosdia; Szabó Ödön magánorvos, Eger; Virányi István műtönövendék, Kolozsvár; Zappé Ede körorvos, Temes-Kutasi.

⁂ **Orvosdoktorokká felavatottak 1899. január 18-dikától április 20-dikáig:** Lővy Ármin Budapest; Tauszk Kornél Budapest; Grüner Lipót Ungvár (Ungm.); Kliburszky János Budapest; Bradách Emil Budapest; László Gyula Ungvár (Ungm.); Madzsar József Budapest; Gobbi Gyula Budapest; Ridler Zsigmond Técső (Mármarosm.); Weinstock Hermann Királyhelmecz (Zemplénm.); Horváth Ferencz Kis-Szénás (Békésm.); Pilitzer Endre, Eger(Hevesm.); Balassa Tivadar Kecskemét; Guszmann József Budapest; Blau Emil Temesvár (Temesm.); Szél Manó Bács-Földvár (Bácsm.); Karef Oszkár Budapest; Demjén Jenő Nyitra (Nyitram.); Morava Károly Géza, Kis-Szállás (Bácsm.); Kaveczky Béla Királymező (Mármarosm.); Sipőcz Géza Budapest; Haas Fülöp Noszlop (Veszprémm.); Weisz Miksa Mező-Túr (J.-N.-K.-Szolnokm.); Mészáros Etele Nagy-Mihály (Zemplénm.); Holzner Gusztáv Győr (Győrm.); Altstock Ármin Dobsina (Gömörm.); péchujfalusi Péchy Henrik Eperjes (Sárosm.); Hammerschmid József, Zsolna (Trencsénm.); Petricovits Kálmán Zsámbokrét (Nyitram.); Márk Dezső Mező-Csáth (Borsodm.); Molnár Izidor Csaba (Békésm.); Simonyi Árpád Kaposvár (Somogym.); Lamberger Jakab Sz.-Fehérvár (Fehérm.); Riffer Géza Técs (Zemplénm.); Klein Izrael M.-Sziget (Mármarosm.); Fleischer Emil Szempcz (Pozsonym.); Krausz Sámuel Tisza-Dob (Szabolcsm.); Somos Ede Repszeg (Aradm.); Gyömörey Oszkár Dévaványa (J.-N.-K.-Szolnokm.); Havas Imre Sárvár (Vasm.); Csolsch Gyula Dobsina (Gömörm.); Rácz István Kolta (Vasm.); Glücksthal Andor, Zenta (Bácsm.); Borha Jenő, Belényes (Biharm.); Siklós Ármin Budapest; Barlay János F.-Stubnya (Turóczm.); Widder Bertalan Budapest.

+ **Az Orvosi Kör országos segélyegyletének folytatólagos kimutatása.** A következő fővárosi orvosok fizettek egyenként 2 frtot és pedig:

Adler Zsigmond, Ángyán Béla, Abelesz Bertalan, Báthory István, Bayer Sándor, Bugsch Gusztáv, Bruck Lipót, Bangár Béla, Blayer Miksa, Bókay Árpád, Boytha József, Bartha Gábor, Bakó Sándor, Bradách Antal, Cserháti Mór, Csapodi István, Chyzer Kornél, Dózsa Pál, Deutsch Ignácz, Dieballa Géza, Diescher Ferencz, Dumitreanu Ágoston, Doktor Sándor, Dégen Árpád, Ertl Géza, Ebner János, Eisler Miksa, Elischer Gyula, Freind Benedek, Farkas Sándor, Fried Sámuel, Grossmann Lipót, Gonda Ignácz, Hanzély Béla, Hudomel József, Hasenfeld Arthur, Haberern J. Pál, Hőgyes Ferencz, Holl Valter, Hudacsek József, Hazslinszky Károly, Hegedűs Soma, Juhász Lajos, Jendrássik Ernő, Imrédi Béla, Királyfi Ármin, Klein Ármin, Kovács Samu, Kollerits Jenő, Klass Pál, Korányi Sándor, Kuthy Dezső, Ludvig Endre, Lenkey Vilmos, Lichtenstein Salamon, Liebermann Emmánuel, Lovrich József, Lengyel Sámuel, Mangold Henrik, Mayer István, Moravcsik Ernő, Magyarevits Mladen, Michailovits Miklós, Nozdroviczky Győző, Nádaskay Béla, Nádosy Béla, Ötvös József, Ottava Ignácz, Paczka László, Pákozdy Károly, Politzer Illés, Purjesz Ignácz, Polgár Emil, Prokesch Antal, Platzer Sándor, Réczey Imre, Reichenfeld Márk, Rényi Béla, Rozenberg Jenő, Schiff Kálmán, Stern Ignácz, Seliga János, Steiner Samu, Schwarz Nándor, Szemerey Bertalan, Szikszay Sándor, Stáhly Ignácz, Szenger Ede, Sachs Samu, Steinberger Ármin, Schrodt Antal, Tatár István, Trajtler István, Tóth Lajos, Téry Ödön, Tatai Adolf, Unterberger Adolf, Ujváry Ignácz, Vadász Pál, Valla Béla, Wenhardt János, Weszely József, Weisz Jakab. Továbbá Friedmann Sándor 4 frt, Löry Ede 5 frt, Major Ferencz 4 frt, Székely Ágoston 5 frt, és a következő vidéki tagok: Becher Áron N.-Szalonta 2 frt, Jankura Iván Szomolnok 4 frt, Lovrich Gyula N.-Bánya 2 frt, Magyar Károly Nagy-Becskerek 10 forintot.

Budapest, 1899. április hó 4-dikén.

Rákosi Béla dr., pénztáros soroksári-utcza 18.

⁄ **Korányi tanár munkája orosz fordításban.** Korányi tanárnak a Nothnagel-féle nagy belgyógyászatban a „Zoonosis"-okról (pustula maligna, malleus, actinomycosis) megirott czikkeit *Lange* kazáni egyetemi tanár orosz nyelvre fordította.

+ **Duka Tivadar** dr., Londonban élő hazánkfia és veterán kartársunk, ki mint emigrans a szabadságharcz után Angliába ment és ott letelepedett, de a ki összeköttetését hazájával folytonosan fentartotta, jelenleg ismét körünkben időzik és a Magyar Tudományos Akademia mult hétfői összes ülésén *Spencer Wells* külföldi tag felett mélyen átérzett szép emlékbeszédet tartott. Ez emlékbeszéd közlését egyesületi rovatunk ma kezdi meg.

| **Kinevezés.** *Csepely Albert* dr., algyógyi körorvost a pénzügyminister a kudsini m. k. vasgyár orvosává nevezte ki.

— **Áldor Lajos** dr., karlsbadi fürdőorvos és mint ilyen a magy. kir. államvasutak orvosi tanácsadója ismét megkezdte működését Karlsbadban.

= **Szemerey Bertalan** dr. fürdő orvosi gyakorlatot *Lipiken* megkezdte.

— **Tudósítás.** *Rákosi Béla* az orvosi kör országos segélyegyesület pénztárosa már szétküldötta az 1898. évről szóló jelentést és kéri a t. tagokat, ismertessék e jelentést a maguk körében, karolják fel az ügyet, mert többen vannak, kik szükséget szenvednek, mint a mennyinek eddig segély volt. Felvilágositással szívesen szolgál. Lakása Soroksáriutcza 18.

| **Megjelent** a *Marczali-féle Nagy Képes Világtörténet* 22-dik füzete. Tartalmazza az előszót az első kötethez, mely ezzel be van fejezve. Ára egy füzetnek 30 kr.

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. Localis iszap-begőngyölés. Massage, gépgyógyászat. Kitünő szállodák. Lift. Meghülés kizárva. Vendéglő saját üzemben. Olcsó árak. 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 mellett **napi négy forintért** vétetnek fel. Bővebbet 1/2 2—1/2 4-ig járóbeteg rendelőjében, Budapest, VI. ker., Eötvös-utcza 23. szám.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Magyar Tudományos Akadémia. (Összes ülés 1899. április 24-dikén.) 221. l. — Budapesti kir. orvosegyesület. (XIII. rendes ülés 1899. április 15-dikén.) (XIV. rendes ülés 1899. április 22-dikén.) 221—223. l. — A IX. balneologiai congressus. (I. ülés 1899. április 16-dikán.) 223. l. — A karlsbadi német belgyógyászati congressusról. 224. l.

Magyar Tudományos Akadémia.

(Összes ülés 1899. április hó 24-dikén.)

Elnök: **Than Károly**; titkárok: **Szily Kálmán, Gyulai Pál.**

Duka Tivadar dr. akademiai tag olvasta a következő emlékbeszédet *Spencer Wells* külföldi tagról:

Victoria királynő a hatvan évet túlhaladt uralkodói időszakában hosszú névsorozatát találjuk azon kitünő férfiaknak, a kik Nagy-Britanniában a tudományt képviselték, s ezek között kétségkivül a legérdekesebbek egyike volt Sir Thomas Spencer Wells, Baronet, az ovariotomia megalapitója. Ő a magyar tudományos Akademiának is nagy tiszteletben álló kültagjai sorában tündökölt: méltó tehát arra, hogy bizonyságot tegyünk e helyen mélyen érzett veszteségünkről, és a szokott módon legyen a mi hódolatunk a nagy elhunyt iránt kifejezve.

Érzem a rendkivüli kitüntetést s ezért mély hálámnak óhajtok kifejezést adni, hogy csekélységemet a t. Akademia méltónak tartotta arra, hogy szolgálatsimat igénybe vegye ez ünnepélyes alkalomra. Az én megjelenésem ezen diszhelyen ismétlődni aligha fog. Nagyrabecsülés, baráti érzelem és hála vonzott Spencer Wells felé s ezen tényezők fognak vezetni ezen beszédem alatt is, a midőn ritka érdemeit, áldásos működését s vonzalmas egyéniségét ecsetelni megkisérlem; attól tartok azonban, hogy minden igyekezetem mellett sem leszek képes kellően megfelelni feladatomnak.

Thomas Spencer Wells született 1818. évi február 3-dikán; atyja Mr. William Wells épitész volt St. Albans városában, Hertfordshireben. Kezdetleges tanulmányait szülővárosában végezte s a midőn hajlama az orvosi pálya felé irányitotta, Sir Michael Thomas Sadler oldala mellé jutott mint növendék, Barnsley városban Yorkshireben, a kinek ott terjedelmes praxisa volt.

Az akkori időben az orvosi tanulmányok Angliában legnagyobb részt még czéh módjára voltak rendezve. A növendék egyelőre, törvényszerű okmány által, mesteréhez volt lekötve bizonyos időre s azonnal be lett vezetve jövendőbeli pályájának gyakorlati részébe, t. i. a laboratoriumba és a gyógyszertárba, hogy gyakorlatilag megismerkedjék a Materia medica tárgyaival, az orvosi receptekkel, a sebészeti eszközök használatával, hogy szükség esetére az alkalmazásuknál segédkezzék. Csak néhány év eltelte után szokott volt a növendék rendes orvosi cursusra beiratkozni valamely egyetemi vagy kórházi iskolába, hogy ott kiképezze magát a vizsgálatok letételére. Ily orvosnövendéki minőségben működött Spencer Wells, Sadler orvos mellett; említi is birminghami beszédében 1884-ben, hogy „kevesen vannak hallgatóim között, kik úgy visszaemlékezzenek a régen elmult időkre, mint én. Nagyon korán fogtam hozzá az orvosi munkához egy nagyon ügyes és képzett orvos oldala mellett s igy alkalmam nyilt megismerni az orvosi gyakorlatnak akkor divatos, ószerű módját".

Ily kezdetleges tanulmányok után, tizenhét éves korában assistens lett egy kerületi orvosnál Leeds városában, a hol sok alkalma nyilt betegeket látni a városi kórházban, különösen a külgyógyászat terén; az ifjabb William Hey és Teale tanárok előadásait is hallgatta; későbbi éveiben sokszor hálásan emlékezett meg ezen kitünő orvosi tanárok oktatásairól. Leedsből Irlandba költözött s a dublini Trinity Collegenek lett növendéke. Ottani tanárai között voltak a hires Graves, Stokes, Sir Philip Crompton és Beattie. Tanulmányai folytatása végett 1839-ben Londonba ment s a St. Thomas's Hospital orvosi collegiumába beiratkozott. Itt sok hirneves tanár, mint Green Travers és Tyrrel alatt tanult, az utóbbi, mint kitünő szemorvos és ügyes operateur, kiváló befolyást gyakorlott reája. Az első évfolyam végén Spencer Wells jutalmat nyert, mint a ki a legjobb jelentéseket irta a halotti (postmortem) vizsgálatokról; a következő év végén (1840) a londoni Royal College of Surgeons előtt vizsgázott s elnyerte oklevelét.

Munkakedvének és utazási vágyának kielégitése végett az állami tengerészetnél keresett alkalmazást és 1841-től szolgált hat évig Malta szigetén, a hol nemcsak mint tengerészeti orvos, de kitünt a polgári gyakorlatban is, mint operateur és különösen mint ügyes szemész.

1848-ban kilépett az állami szolgálatból és Párisba utazott a kórbonczlan tanulmányozására. Akkoron a párisi orvosi iskola a legnevezetesebb volt egész Európában; számos nagyhirű tanár oda vonzotta a tanulókat a világ minden részéből; különösen Angliából mentek oda nagyszámmal. Magendie hirének tetőpontján állott s Claude Bernard neve is ismeretessé kezdett lenni. Spencer Wells mindig megelégedéssel emlegette Párisban töltött idejét, s ezen időszakra vezeti vissza a kiinduló pontot az ovarium kórállapotának beható tanulmányozására és később az ovariotomiának kezelésére nézve. Dr. Edward Waters, a kitünő chesteri orvos volt Spencer Wellsnek párisi tanulótársa, a kivel később sokat elmélkedett és tanácskozott az akkori orvosi kérdések fölött, különösen pedig a női ivarszervek kórtünetei tárgyában; közös véleményük akkor abban összpontosult, hogy az angol orvosok eljárása túlzottan óvakodó s hogy „az ovariotomiai" műtétekre Angliában még nincs kilátás. Spencer Wells eddigelé még nem látott ovariotomiai műtétet, sőt semmi egyéb műtétet sem a petefészekre vonatkozólag.

1853-ban Wells letelepedett Londonban és a következő évben a „Samaritan" nevű női kórházban nyert alkalmazást. A „Samaritan" akkoron még igen szerény igényű intézet volt; alig hét éve, hogy megnyitották, bejáró betegek számára. Ez időtájban Spencer Wells átvette a „Medical Times and Gazette" orvosi lapnak szerkesztését s ennek révén az angol orvosi karnak legkitünőbb tagjaival lépett összeköttetésbe. 1854-ben április havában Wells jelen volt, a mint Mr. Baker Brown hetedik ovariotomiáját vitte véghez Mr. Thomas Nunn segédkezése mellett. Ez volt az első ovariotomia, a mit Spencer Wells látott, de az eset nem volt bátoritó, mert halállal végződött, valamint több más esete is Baker Brownnak, tudniillik kilencz operatio után hét halál. „A peritonitis az oka baleseteimnek", mondá Baker Brown, a ki különben kitünő ügyességű operateur volt, az ovariotomiával azonban felhagyott, kevés reménye lévén eddigi tapasztalatai után, hogy neki e műtétet feleleveniteni sikerüljön.

A mint a krimi háború kiütött, Spencer Wells felajánlotta szolgálatát a kormánynak. Szabadságot nyervén kórháza elöljáróitól, a keletre utazott s az angol kórházban Smyrnában mint műtőorvos működött. Itt és később a renkiói kórházban, a hol Parkessal benső viszonyban állott, kiváló alkalma nyilt, a fegyverek okozta megsebesüléseket tanulmányozni, különösen az olyanokat, melyek az alhasi sérülésekre vonatkoztak. Itt észlelte először azon fontos tüneményt, hogy a peritoneum mennyire képes elbirni a rendkivüli sérüléseket és meghurczolásokat káros következmények nélkül, tapasztalván azt, hogy a midőn a golyók által összeszaggatott béltakarónak (abdominal coverings) hernia lett a következménye, és az igy feltakart belek órák hosszáig nemcsak a levegőnek voltak kitéve, de porral s egyéb piszokkal ellepve a harcztéren, mégis, ha azután a peritoneumot gondosan kimosták s a seboldalakat kellőleg egybeillesztették, gyakran megtörtént, hogy a legveszedelmesebb sérülések is teljesen begyógyultak. Innen meritette tehát Spencer Wells azon tapasztalatokat, melyek sebészi gyakorlata alatt oly fontos előnyére váltak; ő nem tartott ezután a peritoneum felmetszésének következményeitől. Gyakran emlegette, hogy a krimi háború idejében szerzett tapasztalatok adtak neki bátorságot arra, hogy ovariotomiai kisérleteit tovább folytassa.

Mielőtt Spencer Wells Krimiába utazott, meggyőződött arról, hogy a londoni nagy kórházakban való alkalmazására nincs kilátás. A Grosvenor Place-ben, a Hyde Park szegleténél virágzó Lane-féle magánorvosi iskolában, a St. George's Hospital tőszomszédságánál vállalt sebésztanárságot s George Pilchernek lett tanártársa. A St. George's kórházban a Lane-féle iskola növendékei szoktak a klinikai cursusra beiratkozni. Spencer Wells előadásait új rendszer szerint vezette, mely különbözött a szokásos akadémiai felolvasásoktól, beszélgetések formájába öntötte az oktatást, előadásai közben szokása volt kérdéseket intézni tanitványaihoz; oktatási rendszere nagyon népszerűvé vált s tanitványainak száma évről évre gyarapodott.

(Folytatása következik.)

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XIII. rendes ülés 1899. április hó 15-dikén.)

Elnök: **Bókay János**; jegyző: **Dieballa Géza.**

(Vége.)

Csapodi István: A t. előtte szóló tagtárs kijelentésére az a szava, hogy épen nem kétségtelen, hogy a morbus hungaricus hidegleléses hagymáz, sőt épen a betegség magyar leirása az előadónak ad igazat. A kérdés iránt való érdeklődést *Szilasi Móricz*, ismert nyelvészünk keltette fel. A Pápai Páriz Ferencz *Pax corporis*-ában levő feljegyzésből, hogy „szeplő is üt ki benne az ember testén", valamint a deliriumos állapotnak „bolond-hagymáz" néven nevezése arra késztette, hogy a magyar betegséget foltos hagymáznak magyarázza. Arra nézve azonban, a mit a *hagymáz* névről az előadó Pápai Páriz nyomán mond, hogy az a „had másа" volna, azt kell mondania, hogy ez épen olyan gyerekes szófejtése a Pax corporis irójának, mint az a másik nyelvészkedés, mely a *petecchiát* és a beteget keriti egy kalap alá. A *hagymáz* szavunkat Szilasi Móricz érdekesen próbálja megfejteni a Magyar Nyelvőr 1897. IV. füzetében. A magyarban elég példa van rá, hogy a kölcsönvett idegen szó a magyar eredeti szóval kettős szóvá forr össze; pl. a magyar kő és a szláv eredetű szikla alkotja a *kő-sziklát*. Ilyen összetett, azaz kettős szónak tartja Szilasi a hagymáz szavunkat, melynek első része, a magyar „hagy", a rokon nyelvek tanusága szerint, betegség, sorvasztó betegség, második fele pedig német eredetű. Az ó-felnémetben „*mâsa*" sebhely, folt, betegség jele (kiütés). A sváb, bajor és osztrák nyelvjárásokban ma is él a *mâs*, vagy *maus* szó, mely részint

a hagymáz *szeplő*-ire illik, részint járványt, betegséget jelent. Még a *mauskrank*, meg a kanyaró német neve a *masern* is idevehető. Látni való ebből, hogy a nyelvész kutatása míg egyrészt elfogadható magyarázatát adja egy betegség magyar nevének, másrészt az orvos kutatására is vet világot, sőt bizonyítékot szolgáltat az előadónak az orvosi könyvekből meritett meggyőző fejtegetéséhez.

Győri Tibor: Előadó zárszavában először Tihanyinak felel. Haesert illetőleg, kinek könyvét Tihanyi az orvostörténelem bibliájának nevezi, az a megjegyzése, hogy Haesert méltán nevezték el a németek az orvosi történelemirás nagymesterének; de könyvében igen sok hiba található, melyek a használatnál figyelembe veendők.

Tihanyinak ellenvetésére, hogy előadó munkájában az eredeti szerzők befolyásolták, az a megjegyzése, hogy hisz munkáját épen ezek áttanulmányozása útján irta meg, s minden forrásmunkánál azok befolyása alatt kell hogy álljon a szerző; Tihanyinak sem szabadna ellenkező esetben Jordanusra hivatkoznia.

A typho-malariás vegyes fertőzést nem ismeri el előadó Morb. Hung. gyanánt; elolvasta ezen vegyes fertőzések teljes literaturáját, de abból csak azt a meggyőződést meríthette, hogy a typho-malariás vegyes infectio létele semmiképen sincs positiv irányban eldöntve, de semmi esetre sem lehetett a százezrek életébe kerülő Morb. Hung. minden esete ilyen vegyes fertőzés. Minél hátrább megyünk az orvosi tudomány történetében, annál könnyebben voltak készen — a magyarázhatóság első nehézségénél — valamely vegyes fertőzést felvenni.[1]

Tévedés, hogy az összes szerzők hangsúlyozzák, hogy a „Morbus Hungaricus" a mocsaras vidékeken pusztított. A 60 szerző közül mindössze 4—5 tesz a mocsarakról ily értelmű említést. A Duna, Vág és Nyitra egyesülése helyén levő iszapos terület említésének Jordanus az 1566-diki járványt tárgyazó munkájában nyoma sincs.

Azt sem emelik ki az *összes* észlelők, hogy a „Morbus Hungaricus" majdnem kizárólag az idegeneket támadta meg. Az észlelőknek csak egy töredéke volt figyelemmel az áldozatok nemzetiségére, de ezek hozzáteszik azt is, hogy a törököt szintén nagyon kímélte a járvány; pedig ezek nem voltak immunok a malaria iránt, a mely a betegség kórképének T. szerint egy részét képezte.

Igaza van T.-nak, hogy a malariát már akkoriban elég jól ismerték az orvosok; de nem úgy a typhust; s hogy „Morbus Hungaricus"-nak nevezték el a bajt, ez épen az utóbbi körülményt illustrálja, mint a hogy a XVI. században fellépett typhus exanthematicust úgyszólván a hány helyen, annyiféleképen nevezték el, épen mert a fennálló közös vonásokat nem birták megtalálni.

Hogy a betegség a typhus abdominalis és a malaria együttes fellépésénél észlelhető kórképet nyújtotta volna, az ellen directe a betegség leírásai szólnak. Mert a „Morbus Hungaricus" hidegrázással kezdődött s azt rögtön magasfokú continua követte (tehát nem intermittens alakú volt), a mely a 14-dik nap körül krisis alakjában szünt meg, a mi döntőleg szól a typhus abdominalis ellen.

Csapodinak köszöni az előadó az álláspontját támogató megjegyzéseit, s kéri, hogy azokat felhasználhassa.

Morvankór egy esete.

Bókai János: (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.)

Az orvosi chromataxiából.

Csapodi István: A t. orvosegyesület tagjainak figyelmét ezúttal egy kis nyelvészkedésre hivja fel. De ha Hirschberg, a hirneves berlini szemész-professor belevágtatott a német és görög-latin orvosi nyelv birálásába (L. Orvosi Hetilap 1893. 12.), annál kevésbbé hagyhatjuk figyelmen kivül a magyar orvosi nyelvet, mely még mindig kiforratlan. Ne vegyék rossz néven különösen előadótól, a kinek a helyes magyar orvosi nyelv dolgában kifejtett szerény működését sokan ugyan megmosolyogják, de eléggé méltatják azok, a kik kellően átérzik, hogy ők az orvosi tudományt *magyarul* művelik.

Hogy az orvosnak is kell színekkel foglalkoznia, nemcsak a színtévesztést vizsgáló szemorvos tudja, hanem a bonczoló is érzi szükségét, valamint a klinikus is, mikor az elváltozások leirásával vesződik. Schulek Vilmos multkori nagyszabású előadása, melyben az ibolyántúli sugarak ellen való védekezésről számol be, egyenesen időszerűvé tette előadó tárgyát.

Előadása különben csak kis része a Természettudományi Társulat elé terjesztett értekezésének. Ezúttal a *vörös* és *piros* szavainkról szól.

Az ugyanazon fogalom kifejezésére kinálkozó szavak bősége igen kellemes gazdagság a költői nyelvben, de nem mindig czélszerű a a tudományban. A tudományos mesternyelv legyen épen olyan szigorú, a milyen következetes a tudomány.

A színek megnevezésére megvan a magyarban is a hat elemi fogalom magyar neve: vörös, sárga, zöld, kék, fehér, fekete. De van a magyar nyelvnek egy színjelentő szava, mely teljesen fölöslegesnek látszik: a *piros*. A költői nyelv, de a közélet nyelve is folyton cserélgeti a vöröset a pirossal. Ha azonban meggondoljuk, hogy a vörös színek sorozatában tulajdonképen két színsorozat van, a sárgás-vöröseké, meg a kékes-vöröseké, arra a gondolatra kell jutnunk, hogy nyelvünk két szavát e két csoportra alkalmazzuk. Hisz a nyugati nyelvek is iparkodnak, úgy a hogy, segíteni nyelvük szegénységén (német: *roth* és *purpur*, franczia: *rouge* és *rose*, angol: *red és purple-coloured* v. *rosy*).

A magyarban az általános fogalom maradjon *vörös*, úgyszintén minden olyan vörös színezet, melyhez a sárga szín vegyül. Ilyenek a czinóberszín, a paprika és a pipacs színe, a skárlát, minium, gránátvirág, gránátkő, korall, téglaszín, terrakotta, vörösagyagszín, eperszín (fraise), testszín, baraczkszín (ú. n. sárgás-rózsaszín).

Ellenben a kékkel vegyülő csoport neve a *piros* legyen. Ilyenek: a rózsaszín, bibor, jáczintszín, szilvaszín v. szederjes (lividus), bordó, baraczkvirágszín, oleánderszín, meggyszín, karmaszín, karmin, vérszín.

A szenyes, barnás színek megnevezésére is a vörös származékait kell használni: vörhenyes, barnás-vörös, barna-vörös, vörhenyes-barna, szenyes-vörös,

A kir. magyar természettudományi társulatban tárgyalás alatt van a természettudományi chromataxia, de szükségesnek tartja, hogy annak egyik fontos részét a kir. orvosegyesületnek is eléje terjeszsze.

(XIV. rendes ülés 1899. április hó 22-dikén.)

Elnök: **Genersich Antal**; jegyző: **Dieballa Géza.**

Radicalis exstirpatioval orvosolt lupus-betegek.

Róna Sámuel: I. K. A. 15 éves leány, felvétetett január 10-dikén. A mióta csak emlékszik, kiütés van arczán. Anyja typhusban halt el 3 év előtt; apja él, de nem tud felőle semmit. Két testvére él és egészséges.

Jelen állapot: A jobb fül előtti tájon 10 cm. hosszú, 5 cm. széles, ovalis alakú, egybefolyt lupusos terület; másutt lupusos elváltozás nem található. Eczemás laesiok a jobb ornyilásban; a nyak jobb oldalán régi heg. Belső szervek épek.

Therapia: az egész terület kiirtása késsel és Thiersch módjára transplantatio február 11-dikén. Olajos guttapercha-boríték és kötés.

Lefolyás: február 12-dikén este rázóhideg; 13-dikán kifejezett arczorbáncz, mely az orrlaesiokból indult ki; február 15-dikén kötésváltoztatás. Az orbáncz mindkét jobb arczfelet elfoglalta, a jobboldalit azonban csak a transplantált területig és ennek határát túl nem lépte, úgy hogy az átültetett lebenyek teljes megtapadását constatálhattuk. Gyógyulás. Márczius 26-dikán recidiváló orbáncz az orrszárnyon. Márczius 31-dikén mindkét arczfél egészben orbánczos, a jobb a transplantált felülettel együtt; az utóbbin számos lencsényi egész babnyi bulla. Az orbáncz ezentúl a jobb fülre és fejtetőre is átterjedt és a bullák helyén számos hámhiány keletkezett. Gyógyulás a transplantatio minden kára nélkül. A kosmetikai eredmény is igen szép.

II. P. Z.-né, 32 éves özvegy, felvétetett január 30-dikán. Nyolcz év óta kiütés a bal arczfélen. Apja, anyja él s egészséges. Férje 9 év előtt tuberculosisban halt el. 3 testvére él s egészséges.

Felvételkor: Az arcz baloldalán férfikéznyi, a fület is egészen elfoglaló, egybefolyó lupusos terület; a lupus a külső halljárat mellső harmadát is teljesen elfoglalta. Sehol máshol tuberculosis nyoma.

Therapia: 3 részletben exstirpatio és Thiersch-féle transplantatio. A több részletben operálás azért vált szükségessé, mert a fület egészen le kellett mezteleníteni és a porczelhalás veszélye fenyegetett.

Teljes zavartalan gyógyulás, még a hallójáratban is. A kosmetikai eredmény igen szép.

III. M. Zs., 29 éves nőtlen napszámos, 1898. julius 12-dikén jött az osztályra. Hat év óta van bőrbaja, mely a nyakán kezdődött. Tuberculosis a családban nem mutatható ki.

St. pr. Az alsó ajkat, ajkpirt és az arcz egész jobb felét, kisebb részben a balt is, továbbá az egész állalatti tájat és a nyak elülső és oldalsó fölületét elfoglaló, jobb oldalt a kulcscsont alá és a manubrium sternira is átterjedő egyetlen lupusos terület, mely különösen a jobb arczfélen és a nyak jobb oldalán heges, zsugorodott, tetemesen megrövidült szövetben ül, úgy hogy a fej a jobb oldalra rögzített. Ezenkívül a bal emlő — a bimbót és udvarából egy kis részt kivéve — in toto lupus által elfoglalt; a jobb czomb háti fölületén a fölső harmadban 1 tallérnyi, a jobb térd bel- és küloldalán 1—1 hasonló, a jobb alszár közepén — háti fölület — egy gyermektenyérnyi lupusos terület. Kisebb góczok a bal könyökcsúcson (itt az izületi szalagokig terjedő scrophulodermával combinálva), a bal vállcsúcson és a bal tomporon. Belső szervek épek.

Saját kívánságára a radicalis exstirpatiót végeztem, a nagyobb góczok után Thiersch-féle transplantatiót, a kisebbek után varratot alkalmazva; a könyökcsúcson levő scrophulodermás laesiók kikapartattak.

A legtöbb terület gyönyörű eredményt adott kosmetikai tekintetben is. Az első góczok (az alszáron) 9—10 hónap előtt irttattak ki, és recidivának nyoma sincs. Legrosszabb a kosmetikai eredmény — a mint az előrelátható volt — a nyakon, az arczban, a hol a bőrt 36 cm. hosszban és 15 cm. szélességben kellett lefejteni és a hol a zsugorodásra számítani kellett. Az ajkpirból thermokauterrel irtottam ki a lupustömegeket.

IV. M. A., 12 éves leány, január 10-dikén vétetett fel. Apja tüdőbeteg; egy nagynénje anyai ágról szintén mellbeteg.

St. pr. A jobb czomb alsó harmadának mellső fölszinén szabálytalan alakú, 8 cm. hosszú, 6 cm. széles, közepén heges lupusos terület; másutt lupusos elváltozás nem található. Mellkasi szervek épek.

Therapia: 10 cm. hosszú és 10 cm. széles terület exstirpatiója január 25-én és Thiersch-féle transplantatio. Zavartalan gyógyulás. Szép kosmetikai eredmény.

[1] Minthogy Tihanyi Mór úr egynémely hozzászólása a „Morbus Hungaricus"-hoz bővebben jelent meg az Orvosi Hetilap mult heti (17-dik) számában, mint a hogy az orvosegyesület ülésén elmondatott, helyet adunk Győry Tibor úr abbeli kívánságának, hogy megjegyzéseit ezekre is e helyen megtegye. *A szerk.*

V. H. M., 18 éves nőtlen péksegéd, felvétetett márczius 17-dikén. 8 éves kora óta kiütés a bal segpofán. 1½ év előtt ezen terület vidékén égetve lett, azonban a kiütés megújult. Anyja beteges, de kifejezett tuberculosis nem deríthető ki a családban.

St. pr. A bal segpofán, mindjárt a vágány mellett, gyermektenyérnyi területen a bőr halvány-kékes-vörös, részben kifekélyesedett, részben papillomatosus.

Therapia: márczius 29-én férfitenyérnyi terület exstirpatiója és ökölnyi zsirszövet eltávolítása után varrat. E varrattól eltekintve, mely átvágott és mintegy mogyorónyi helyen necrosist okozott, a gyógyulás per primam történt.

Kiemelendő, hogy az összes műtétek localis érzéstelenités mellett eucain (B) 1:1000 oldatával Schleich szerint történtek.

(Folytatása következik.)

A IX. balneologiai congressus.

(I. ülés 1899. április 16-dikán.)

Elnök: **Bókay Árpád**; jegyző: **Kuthy Dezső.**

Basedow-betegség és sikeres orvoslása Új-Tátrán 82 eset kapcsán.

Szontágh Miklós dr.: A Basedow-féle betegség viszonylagosan ritkán előforduló bántalom. Leginkább Angliában és Németországban jön elő, túlsúlyban a 20—40 év közti nőknél. Lefolyása a legtöbb esetben nagyon lassú, évekig, évtizedekig tartó, hosszú remissiokkal váltakozó. A halált rendszerint nem is a betegség maga, hanem intercurrens bajok okozzák.

A betegség eredetét a nervus vagus, sympathicus, a medulla oblongata és a bulbusba helyezik. Lényege és okai felől még nagyon homályosak az ismereteink.

A tünetek rendszerint úgy csoportosulnak, hogy az összképben felismerhető a Basedow-typus. Fontosságuk szerint a következőképen állíthatók össze:

1. a központi idegélet zavarai, izgékonyság, reszketés, nyugtalanság, álmatlanság,
2. tachycardia, sebes érverés, elpirulás,
3. exophthalmus, szem mozgási zavarai,
4. struma,
5. lesoványodás, láz, thermophobia, izzadás, cachexia,
6. villamos áram iránt tanusított kisebb ellentállás,
7. bőr és hajzat színelváltozása,
8. hányás, hasmenés, icterus, polyuria,
9. köhögés, nehéz légzés.

Előadó rámutat a sikerekre, melyeket Új-Tátrán Basedow-betegek kezelésénél elért. Azt tartja, hogy a hatásban része van a gyógyhely 1004 m. tengerfeletti magasságának, a lég ritkultságának, a talaj, levegő, víz, vegetatio és helyi fekvés által szabott gyógyklimás tényezőknek, a helyesen megválasztott vízgyógymódnak és villanyozásnak és pedig azok *együttes* kihasználása által.

A vízkúra első sorban az idegközpontok megnyugtatására irányul, másodsorban a terhes tünetek enyhítésére. A főkúra rendszerint reggel vagy d. e. 24 R. fokú, rövid ideig tartó félfürdőből, vagy teljes fürdőből, lemosásból áll, lassú lehűtéssel. Az elsődleges thermikus inger ritkán lesz 21°-on alul kiterjesztve. E mellett az esti órákban, esetleg délután vagy éjjel Chapmann-féle hátgerincztömlő, nedves törzskötő, szívkötő, tarkókötő, nyakkötő, ikrakötő, nedves sipka vagy irrigatioval összekötött gummisipka, szívkötő (kigyó) lesz alkalmazva.

A vízkúrán kivül villamos kezelésben részesülnek a Basedow-betegek. A primaer constans áram anod polusa a centrum cilio-spinale-re, a kathod polus a sympathicus és szív helyére lesz alkalmazva. Felváltva mint stabil és faradizáló áram.

A kivonatban felolvasott hosszabb előadást érdekes casuistikus leirások világositják meg.

Donáth Gyula: Utóbbi időben a Basedow-kór úgy pathologiai, mint therapeutikus irányban magára vonta az orvosok figyelmét, s nagy irodalmat szült; a pathologiai felfogás természetesen a therapiára befolyással volt; *Basedow* cachexiának nevezte, *Claude Bernard* a sympathicus, *Jendrássik* a medulla oblongata, *Moebius* a pajzsmirigy bántalmának tartotta; ma okául a sympathicus vasodilatatorius izgalmát veszik fel.

Mindezen különböző felfogások egyesíthetők az által, ha felvesszük, hogy a Basedow-kór létrejön, ha a medulla oblongataból — tehát a hol a vagus és a vasomotorikus centrum van — kiinduló és a pajzsmirigyhez vezető idegpálya lefutásában valahol sérülést, nyomást szenved; olyan esetekben pl., a hol struma jelentkezett előbb, mihez később a Basedow-kór tünetei társultak, a symptoma-complex javult, s szép eredményt értek el a struma partialis kiirtásával, természetesen az egész strumát kiirtani nem lehet a myxoedema veszélye miatt.

A nyaki sympathicus resectiójával szóló maga is szép eredményt ért el, de persze teljes gyógyulás nem várható, mert organikus elváltozások jönnek létre, pl. exophthalmus; meg kell elégednünk azzal, ha a súlyos tünetek javulnak.

Kérdés, hogy mely esetekben lehet hideg fürdőzéssel, klimatotherapiával, elektrotherapiával javulást elérni; oly esetekben, hol neuropathiás terheltség, kedélyizgalmak kimutathatók, első sorban természetesen enyhébb gyógymódokhoz kell fordulnunk és ilyen esetekben vizkúrával, villamozással jó eredményt lehet elérni még a szegénypraxisban is; általában attól függ gyógybeavatkozásunk, hogy milyen eredetű a Basedow-kór.

Jármay: A Tátrában másutt is nagyszámban fordulnak elő Basedow-kór-esetek, különösen *Stiller* tanár küld sok ilyen beteget. *Stiller* ajánlatára semmi mást nem használnak, mint a klimatotherapiát, még pedig igen jó eredménynyel, persze csak akkor, ha beteg 3—4 éven keresztül 4—5 hónapra eljár a fürdőhelyre.

(Folytatása következik.)

A karlsbadi német belgyógyászati congressusról.

A karlsbadi fürdővendégek sohasem panaszkodtak orvoshiány miatt, de soha oly kevéssé mint most, midőn a XVII. német belgyógyászati congressus alkalmából 400 orvos gyült a világhírű cseh fürdő vendégszerető falai közé.

E sorok irtakor a congressus már a mult emlékei közé tartozik. A résztvevők egy része már elutazott, másik része valószinűleg készülődik az útra; és mindegyik készíti a zárszámadást: ennyi tudományt hozott magával, ennyit visz el; vajjon az elvitt tudománytöbblet meg érdemli-e a reá fordított időt, költséget és fáradságot. És valószinűleg mindegyik meg lesz elégedve.

Illeti ez mindenekelőtt az ülések tudományos jelentőségét. A legnagyobb érdeklődést természetesen a két referáló ülés keltette. Az elsőn *Schrötter* (Bécs) és *Martius* (Rostock) beszéltek szivelégtelenségről és úgy Schrötter logikus magyarázata, mint Martius szellemes fejtegetései teljes elismerésben részesültek. Mindketten — különösen Schrötter — hangsúlyozták az idegrendszer jelentőségét a szivelégtelenség létrejötténél. Schrötter ezenkivül utalt arra, hogy a szív veleszületett gyengeségének szerepét a tünetek létrehozásában nem méltányolják eléggé. Ez a veleszületett gyengeség oka sokszor a túlfeszitett sport ártalmas hatásának. És erre való tekintettel is már kórosnak kell tartanunk a szivbetegek kórházi kezelésének túlrövid tartamát; de miután a kórházak helyszüke ezt megkivánja, külön üdülő-menhelyek felállítását kell követelnünk. A referatumokhoz élénk vita csatlakozott; a szivpathologiában különösen érdekelt lipcsei iskola részéről felszólaltak *Romberg* és *His*; *Schott* (Nauheim) Röntgen-fényképeket mutatott be; de a sperminum feltalálója *Poehl* (Szt.-Pétervár) a vegyész szempontjából szólott a kérdéshez és *Grossmann* (Bécs) a Basch laboratoriumában szerzett tapasztalatok alapján az állatkisérlet fontosságát hangsúlyozta.

Ha nem is értékesebb, de mindenesetre szenzációsabb volt a második referáló ülés, melynek tárgyául a „leukaemia és leukocytosis" kérdése volt kitűzve. A referensek egyike *Minkowsky* (Strassburg) különben igen értékes referatumában többé-kevésbbé ismert tényeket sorolt fel. Ellenben a másik referens — *Löwit* (Grácz) — oly tapasztalatokról tett jelentést, melyek ha beigazolódnak, alaposan meg fogják változtatni a leukaemiát illető aetiologikus nézeteinket. Szerinte a leukaemia egy protoroikus eredetű fertőző bántalom, melyet két zebafaj okoz: az egyik a *haemamoeba leukaemiae magna*, a másik a *haemamoeba leukaemiae parva vivax*. Az első okozná a leukaemia myelaemiás alakját, a másik a lymphaemiás alakot; ezenkivül vannak vegyes infectio esetei is. Mindkét amoebafaj a Löwit által nemsokára közlendő specifikus festésmód segélyével fellelhető a fehér vérsejtekben; a fehér vérsejtek szaporodását ezek a megfelelő szervekre kifejtett inger révén okozzák. Tenyésztési kisérletek nem sikerültek; fertőzési kisérleteknél a kisérleti állatoknál állitólag sikerült leukaemiás elváltozást létrehozni, a fehér vérsejtek száma m³-enkint 80,000-rel emelkedett. Azonban ezen Löwit-fele felfedezések igen barátságtalan fogadtatásban részesültek. Először is semmiféle tapasztalati tény nem szól a mellett, hogy a leukaemia fertőző betegség; azután a bemutatott górcsövi készítmények sem voltak meggyőző hatásúak és a jelenlevő haematologusok állítása szerint nincs kizárva, hogy ezen állitólagos mikroorganismusok nem-e vérsejtalakelemek. A fertőzési kisérletek túlbecsülése ellen pedig felszólalt *Goldscheider* (Berlin), hangsúlyozva, hogy az általa végzett hasonló állatkisérletekben szinként létrejött nagyfokú leukocytosis, pedig ő ép szervek szétdörzsölésekor nyert anyagot juttatott a kisérleti állatok szervezetébe.

A sorsnak kegyetlen iróniája következtében a demonstráló-asztalon a Löwit-féle haemamoeba mellé került egy másik félreismert nagyság a mikroorganismusok országából, a Van Niessen-féle hirhedt syphilisbacillus. *Van Niessen* (Wiesbaden) tudvalevőleg már felfedezett egyszer egy syphilisbacillust, de annak syphilist nem okozó hatását már saját maga is elismeri; remélhetőleg nemsokára elismeri ugyanazt mostani syphilisbacillusáról is.

A többi előadások sorából hadd említsük most a fontosabbakat. Érdekesen beszélt a szív röntgenezéséről *Levy-Dorn* (Berlin). Utalt arra, hogy mily nehéz a Röntgen-képből megitélni a szív eredeti nagyságát; ez tulajdonképen csak úgy lehetséges, ha a szív árnyékát egy normalis szívnek ugyanoly helyzeti viszonyok közt felvett árnyékával hasonlítjuk össze. A röntgenezés diagnostikai jelentőségét az aorta-aneurysmánál tárgyalta *Schmidt* (Frankfurt a. M.); ugyancsak ő az aorta-aneurysmák therapiáját fejtegette és értékesnek tartja az aorta-aneurysma diaetetikus kezelését a napi étel-italmennyiség csökkentésével.

A tüdőbetegségek diagnostikáját két újabb segédeszközzel gazdagitották *Basch* (Bécs) és *Rothschild* (Soden o. T.). Basch pneumometerével, melynek főrészét egy a tüdővel összekötött manometer képezi, a nyugvó tüdő légtartalmát határozza meg; míg Rothschild sternogoniometerjével megállapítja a szegycsontmarkolat és szegycsonttest közti szöget, leolvassa ezen szög megváltozását légzéskor és ebből esetleg emphysemánál, phthisisnél diagnostikai következtetéseket von le.

A gyomorról szóló anatomiai nézeteinket akarja megváltoztatni *Rosenfeld* (Boroszló). Ő a gyomorba végén seréttel töltött sondát vezetett be és Röntgen-sugarak segélyével arra az eredményre jutott, hogy a gyomor tényleges alakja az anatomiai tankönyvekben leirtnak nem felel meg teljesen. Ez természetesen megerősitésre vár, de magában véve a Röntgen-sugaraknak boncztani kutatásokra való felhasználása is érdemes a felemlitésre és hivatásos anatomusoknak figyelmébe ajánlandó. *Riegel* (Giessen) az atropinnak gyomornedvelválasztást csökkentő és a pilocarpinnak ugyanazt fokozó hatását tárgyalta. *Mering* és *Aldehoff* (Halle) az idegrendszer befolyását a gyomorműködésre tanulmányozták. Tartós változásokat sem a vagus, sem a coeliacus átmetszése nem okoz; de a vagus átmetszése néhány napra csökkenti a sósavelválasztást. *Petruschky* (Danzig) az ulcus ventriculi tuberculosum kórisméjének nehéz voltáról beszélt; a tuberculininjectio után fellépő láz diagnostikus értékét hangsúlyozta.

Ewald (Berlin) az *appendicitis larvata* éveken át lappangva lefolyó kórképéről értekezett. A kezelő orvos majd gyomorfekélyt kórisméz, majd bélhurutot diagnostizál, végre — ha a tünetek közt egyáltalán nem tud eligazodni — hysteriában állapodik meg; pedig szorgos vizsgálatnál többnyire kitünik az appendix duzzanata s fájdalmassága és kellően végrehajtott műtéti beavatkozás végleges gyógyulást hoz létre. Szintén a bélpathologiát érdekli a *Kurimoto* japáni orvos által leirt és bemutatott új bothriocephalusfaj, a *Krabbea grandis*.

Noorden (Frankfurt a. M.) az idült zsugorvese kezelését tárgyalta; szerinte a vesét lehetőleg nyugalomba kell helyezni. *Herrmann* (Karlsbad) nephrolithiasisnál 40—130 gm. glycerin egyszeri adagolására a vesekövek eltávolodását észlelte. *Pribram* — a prágai klinikus — a felnőttek intermittáló albuminuriáját irja le. A fehérjevizelés főleg testi megerőltetés után lép fel. A kórisme megállapitásához persze szükséges, hogy húgyhengerek jelenlétét a vizeletben biztosan kizárjuk.

Végül pedig emlitsük fel a congressus egy magyar tagjának előadását. *Weisz* (Pöstyén) azt a kérdést fejtegette, hogy jogos-e az arthritis deformans külön klinikai kórképének felállitása. Arra az eredményre jutott, hogy az arthritis deformans és idült izületi rheumatismus közötti különbség külön kórkép megállapitását nem indokolja.

A congressussal kapcsolatos kiállitásról sok jót már a tárgyak csekély számánál fogva sem mondhatunk. A különböző tápszerkészitmények dominéltak és az egyes gyárak alkalmazottjai hazai képviselőválasztásra emlékeztető korteskedést fejtettek ki. Megemlitendőnek tartok egy a Jaksch kezdeményezésére szerkesztett mérleget, mely az ágy alá tolható és lehetővé teszi a beteg testsúlyának megállapitását annak helyzetváltoztatása nélkül. A heidelbergi sebészi klinika kiállitott egy nagy epekőgyüjteményt és odairatta „durch Operation enfernt“, intésül a congressustagoknak, nehogy a sok hallott belgyógyászi sikeren felbuzdulva, semmibe vegyék a sebészi therapiát. Congressusról lévén szó, természetesen most sem hiányoztak az obligát kirándulások és az elmaradhatlan banketek. Ismerve a német alapossságot, magától értetődik utóbbiak diaetetikus jelentőségének általánosan tapasztalt elismerése. Bizonyára lesznek többen, kik ezen elismerés és alapos méltatás eredményekép s „Karlsbadi emlék“ gyanánt egy hamisitatlan gyomorhurutot visznek haza. De az illetők vigasztalódhatnak; ők a tudomány vértanui.

Karlsbad, április hóban.

Glück Gyula dr.

PÁLYÁZATOK.

4324/közig. 1899. sz.

Torontál vármegye zsombolyai járásában levő **szt.-huberti körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek és felhivom a pályázni kivánókat, hogy az 1876 évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében felszerelt pályázati kérvényiket hozzám f. **év május hó 16-ig** adják be, mert a később érkezők figyelembe vételtni nem fognak.

Ezen körorvosi körhöz Szt.-Hubert község székhelyen kivül még Károlyliget és Soultur községek tartoznak.

Ezen állással egybekötött javadalmazás a következő:

1. Évi fizetés 800 frt.
2. Látogatási dij nappal 30 kr.
3. Látogatási dij éjjel 60 kr.
4. Kisebb műtétért 1 frt.
5. Nagyobb műtétért 2 frt.
6. Halottkémlésért esetenként 30 kr.
7. Hüsszemléért, ha esetleg ezzel a körorvos megbizatnék, a megyei szabályrendeletben megállapitott dijak szedhetők.

A körorvos köteles a vagyontalanokat dijtalanul kezelni, továbbá a Torontál vármegyei orvosok nyugdijegyletébe belépni.

Megjegyeztetik, hogy a körorvosi székhelyen rendes gyógyszertár van.

Zsombolya, 1899. évi április hó 24-én.

2—1 *Fóris József*, főszolgabiró.

2921/1899.

Vadász, Bélzerind és Simonfalva községekből álló **vadászi** egészségügyi körben a **körorvosi állás** lemondás folytán üresedésbe jövén, arra pályázatot hirdetek s a választásnak Vadász község székházánál leendő megejtésére határidőül folyó évi május hó 6-dikának d. e. 10 óráját tüzöm ki.

A körorvos javadalmazása: 600 frt évi fizetés, úgy 20 kr. nappali és 40 kr. éjjeli, a látogatási, továbbá 20 kr. halottkémlési s végre a szabályrendeletileg megállapitott hüsszemle-dijakból áll.

Felhivom mindazokat, kik ezt az állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876: XIV. t.-cz. 143. §-ában előirt minősitést igazoló okmánynyal felszerelt kérvényüket hozzám **folyó évi május hó 5-dikének d. u. 5 óráig** adják be.

Kisjenő, 1899. évi április hó 11-dikén.

3—3 *Csukay Gyula*, főszolgabiró.

HIRDETÉSEK.

BILINI SAVANYÚKÚT

legkiválóbb képviselője az alkalikus savanyú vizeknek.

10,000 részben: szénsavas natron 33·1951, kénsavas natron 6·6679, szénsavas mész 3·6312, chlornatrium 3·9842, szénsavas magnesium 1·7478, szénsavas lithium 0·1904; szilárd alkatrészek, 52·5011, összes szénsav tartalom 55·1737, abból szabad és kötetlen 38·7660, hőmérsék 10·1—11° C.

Régóta hires gyógyforrás vese-, hólyag-, gyomorbántalmak, köszvény, hörghurut, aranyérnél stb.

Kitünő diaetetikus ital.

Savanyúkút gyógyintézet.

Ivó- és fürdő-kura, minden kényelemmel ellátva, kád-, gőz-, elektr. fürdők, legújabb szerkezetű fürdők Gärtner bécsi tanár szerint, hidegvíz-gyógyintézet, tökéletes berendezéssel, massage stb.

Fürdőorvos:
Med. Dr. REUSS VILMOS

A fürdő-igazgatóság Bilinben
Csehországban.

Dr. KELETI és KULPIN

nyilvános borjú-himlő-nyirk termelő intézete

Békés-Csabán

szállit utóbajok nélküli biztos fogamzásért vállalt kezesség mellett, kitünő oltóanyagot a következő leszállitott árakon:

1 phiola	3 egyénre	---	— frt 30 kr.	1 phiola	20 egyénre	---	1 frt — kr.
1 „	5 „	---	— „ 40 „	1 „	30 „	---	1 „ 40 „
1 „	10 „	---	— „ 60 „	1 „	50 „	---	2 „ — „

Tömeges oltásoknál megegyezés szerint, **oltóeszközök** a beszerzési áron, hitel novemberig.

Sürgönyczim: KELETI, BÉKÉS-CSABA.

Syrup of glycero-phosphates.

Liquor nervino tonic. comp. Deér

10 gr.-ban (egy kávéskanál) tartalmaz Fe, Ca, Ka, Na, aa 0·05; Mu 0·02, Chinin 0·01, Strychnin 0·0001, Cocain 0·0025 glycero phosphat alakban.

Fokozza az étvágyat, **élénkiti** az anyagcserét. **Elősegiti** a nitrogen és phosphor tartalmu tápszerek assimilatióját **Serkenti** az idegrendszer csökkent táplálkozását és tevékenységét. **Az agy és idegszövet chemiai tápláléka. — Egy üveg ára 1 frt.**

Kapható minden gyógyszertárban és a készitő
Dr. DEÉR gyógyszertárában, Budapest, IX., Soroksári-utcza 11/13. szám.

MARIENBAD (CSEHORSZÁG) VILÁGFÜRDŐ

kiváló magas fekvésével erdős hegyek közepette, valamennyi ismert Glauberső-forrás közül a legerősebbel, a tiszta vasvizek közül a leghatásosabbal, a vastartalomban leggazdagabb ásvány-lappal.

A „Central“-fürdő és a „Neubad“ újonnan felépitve, czélszerüen és legnagyobb comforttal berendezve, szénsavas, láp-, gőz-, gáz- és forró légfürdőkkel. Hidegvízgyógyintézet. Massage, svéd testgyakorlat, a med.-mech. Zander-intézetben. Villamos fürdő. Hatásos gyomor-, májbajok, alhasi pangások, epekövek, hólyag- és női bajok, általános kórok, elhizás, köszvény, anaemia czukorbetegség stb. ellen.

Újonnan épült oszlopos csarnok. — Sófőző-mű. — Villamos világitás. — Vízvezeték magas forrásból.

Szinház. — Tombola. — Tánczestélyek. — Vadászat. — Halászat. — Lovaglo- és kerékpár-egylet. — Fedett és nyitott lovardák. — Pensiós istálló. — Gyermekjátékhelyek. — Lawn-Tennis. — Városi telephon.

Évad május 1-től—szeptember 30-ig. Látogatók 18,000 (átutazók nélkül).

Előrajzok és leirások a polgármesteri hivataltól bérmentve.

Ivókurák számára a házban: Kreuzbrunn, Ferdinandsbrunn, Waldquelle, Rudolfsquelle, Ambrosiusbrunn, Karolinenbrunn. Az üvegek tartalma ¾ liter.

Természetes Marienbadi fürdősó porban és jegeczedve 0·862 gm. só megfelel 100 gm. ásványviznek. 125 gm. és 250 gm. tartó üvegekben vagy 5 gm. cartonokban.

Marienbadi kút-pastillák eredeti dobozokban savellenes és nyálkát lekötő hatással.

Fürdők számára Marienbadi lápföld, kútszappan, anyalúg és lúgsó. Minden ásványviz-kereskedésben, drogueriában és nagyobb gyógyszertárban kaphatók.

Kútkezelés, Marienbad.