

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KOZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

Kiadja és a magyar egyetemek tanárainak, a fő- és székvárosi kórházak és egyéb gyógyintézetek fő- és rendelő orvosainak, továbbá köz- és magán- gyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Liebermann Leó, Moravcsik Ernő, Pertik Ottó, Réczey Imre, Tauffer Vilmos, Thanhoffer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Kuthy Dezső: Közlemény az Erzsébet királyné-sanatoriumból. Adatok a tüdőgümőkór hőmenetének ismeretéhez. 791. lap.

Justus Jakab: Közlemény a pesti izraelita hitközség kórházának laboratóriumából (Igazgató: Stiller Bertalan tanár). A sejtek physiologikus jodtartalmáról. 793. l.

Reinbold Béla: Közlemény a kolozsvári m. kir. „Ferencz József” tudományegyetem élettani intézetéből. (Igazgató: Udránszky László dr. ny. r. tanár.) Alkalmazható-e a Schotten-Baumann-féle benzoylozás az ép vizelet szénhidrátjainak mennyileges meghatározására? 795. lap.

Moskovits Albert: Gelatina-injectio után fellépett tetanus esete. 798. l.

Tárca. K.: Landois Leonard dr. † 798. l.

Közegészségügy. A gyógyszer-árszabvány módosítása. — Syria (Palaestina) cholera-fertőzte partvidékéről érkező utasokkal való elbánás. 799. l.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Hüttl Hümer: Törekvések az eszközök, a kötszerek és a varróanyag csíratlanítását tökéletesíteni. 800. lap. — Könyvismertetés. Paul Meissner: Mikroskopische Technik. (R.-i.) — William H. Broadbent: Herzkrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Prognose und

der Therapie. (Nagy Pál.) — Lapszemle. Gyógyszertan és méregtan. Marschalkó, Jacobson, Hartridge, Poel és Hoesen: A protargol. (Marikovszky.) — Lehmann, Cybulsky, Genglaire és Filippi: Az aspirin. (Marikovszky.) — Belgyógyászat. Hamel: Az icterus korai diagnosisa. (Marikovszky.) — Van Yzeren: Az idült gyomorfekély pathogenesise. (Marikovszky.) — Kolozsvár: A salochinin malaria ellen. — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Strauss: A heroinum hydrochloricum mint anaphrodisiacum. — Wanach: A Bruns-féle airolpasta. — Folyóiratok átnézete. 801—802. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Törvényszéki orvosi képesítést nyertek. — Okleveleiket bemutatták. — Pettenkofer szobor. — A kamaratörvény Ausztriában. — Budapest fő- és székváros baleset-statistikája. — Gyógyszertárak. — Új hazai kórház. — Közkórházi ápolási díjak felemelése. — A budapesti orvosi kör országos segélyegyesülete. — Megjelent. — Elhunyt. — Pályázatok. — Hirdetések. 801—802. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. — Közkórházi orvostársulat. — Erdélyi Múzeum-Egylet orvostermészettudományi szakosztálya.

Melléklet. Szemészet, 6. sz. Szerkeszti: Schulek Vilmos egyetemi tanár.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény az Erzsébet királyné-sanatoriumból.

Adatok a tüdőgümőkór hőmenetének ismeretéhez.¹

Irta: Kuthy Dezső dr. egyet. m. tanár, igazgató főorvos.

A tuberculosis intermittens karakterű láza önként rávezeti az észlelőt a hőmenet napi ingadozásának megfigyelésére. Tudva van, hogy a hőmérséklet egyugyanazon napi minimuma és maximuma közötti különbség egészséges embernél körülbelül 1° C., ez képviseli az ép szervezet napi hőingadozását. A klimatológiában a hőingadozás a levegő hőmérsékletének vizsgálatánál szintén otthonos fogalom s ott azt idegen szóval igen jól *amplitude* néven hívják. Szólnak napi, havi és évi amplitudéről. Az „amplitude” nevet bátran átvihetjük a klinikai észlelés terére is s beszélhetünk a *hőmenet amplitudéjéről* olyformán, hogy azzal az emberi hőmérséklet napi ingadozását jelöljük meg.

Ismeretes, hogy folytonos láznál az amplitude nem haladhatja túl jelentékenyebben az 1° C.-t, alábbhagyó láznál már nagyobb, a nélkül, hogy a legalacsonyabb hőmérséklet a normálist elérné, az intermittens láznak pedig par excellence sajátja a jelentékeny napi hőingadozás, a nagy amplitude, mely mellett a hőmérsék a nap bizonyos szakában a rendesre száll alá. A tüdővész láza legtöbb esetben ilyen természetű, sőt fokozza a hőmenet amplitudéjának nagyságát itt az a körülmény is, hogy a rendszerint reggeli hőesések időnként subnormális (36° C. alatti) hőfokot mutatnak.

Az Erzsébet-sanatoriumba lázzal érkező betegeknél gyakran észlelünk nagy amplitudeöket. Azon öt esetben, melyeknek

hőmeneti tábláját mindenekelőtt bemutatni szerencsém van, a maximális napi hőingadozás 1°6', 2°3', 2°7', 2°8' és 3°20' C. volt, sorjában 38°10' — 38°00' — 38°70' — 39°40' s 38°40' C. maximum és 36°50' — 35°70' — 36°00' — 36°60' s 35°20' C. minimum mellett (sublingualis mérés). A mint a láz csökken, azaz a napi maximumok alacsonyabbakká válnak, természetesen kisebbedik az amplitude, mert a napi hőmenet felső határa az alsóhoz közeledik. De figyelmesen megtekintve a hőmenet graphikus tábláját, azt látjuk, hogy a napi hőingadozások nemcsak ezen a réven válhatnak mind kisebbekké, hanem egyszersmind a minimumok emelkedése révén is. A szóban forgó 5 eset közül 3 mindjárt olyan, melynél a napi maximumok lezállását magasabb minimumok megjelenése kísérte. Az egyik betegnél (17 éves férfi, II. stadium) az intézetben tartózkodásának első 12 napja alatt előfordult abszolút maximum 38°30' volt, az abszolút minimum 35°40'; a 13-dik naptól a 21-dikig terjedő időszakban már 37°80'-nál magasabb hőmérséke nem jelentkezett, de 36°80'-nál alacsonyabb sem. Míg tehát az enyhe lázas hőmérséklet a 37°-hoz 0°50'-kal közeledett, addig a minimum 1°40'-kal jutott hozzá közelébb. A másik esetben (43 éves férfi, I. stadium) az első időszakban 38°70' volt az abszolút maximum, 35°50' az előfordult legalacsonyabb hőmérséklet, a második időszakban 37°80' a legmagasabb és 35°80' a legalacsonyabb temperatura. A harmadik esetben (20 éves férfi, I. stadium) az első időszakban 38°80' abszolút maximum mellett 35°10' abszolút minimumot láttunk s miközben az abszolút maximum 38°30'-ra azaz 0°50'-kal süllyedt, az abszolút minimum 36°00'-ra, azaz 0°90'-kal emelkedett.

Ha a láz exacerbál, mint éppen ez utóbbi eset igazolta, ismét előfordulhatnak reggelente subnormalis minimumok, a nélkül, hogy a beteg szükségképen éjjeli izzadást venne észre. Az említett 20 éves férfi a sanatoriumban tartózkodásának ötödik hetében ismét valamivel magasabb szárnyalású hőmenetet mutatott, abszolút maximuma 38°60' volt s az abszolút minimum azon időszakban újolag

¹ Felolvastatott a kir. orvosegyesület tuberculosis-bizottságának 1902. évi március hó 12-dikén tartott ülésében (elnök: Korányi Frigyes).

35.7°-ra szállott alá, azaz a beteg amplitúdeje most viszont mindkét irányban nagyobbodott.

A mint a beteg fokozottan mind tökéletesebben afebrilissé válik, úgy látjuk napi hőingadozását mind jobban csökkenni s a mi kiválóan érdekes és előttem új jelenség volt, az az, hogy *mikor a láztalanság időszaka beköszöntött*, a sanatoriumban a betegek számára előírt életberendezés mellett sok esetben még tovább kisebbedik az amplitúde: 1°-nál kisebb, 0.5°-nyi, sőt ennél is kisebb (0.4° — 0.3°) napi hőingadozások fordulnak elő, mint a bemutatott hőmérséki tabellák tanúsítják. Ugyanaz a beteg, a ki december 28-dikán az 1.6° C. hőingadozást mutatta (36.5—38.1°), január 16-dikán 0.4° C. amplitúde-del (36.3—36.7°) s január 21-dikén 0.3° C. amplitúde-del (36.5—36.8°) birt. Az a 43 éves férfi, a ki december 19-dikén 2.7° C. hőingadozást tanúsított, február 4-dikén, 5-dikén, 6-dikán teljes egyöntetiséggel 0.6° C. amplitúde-del fejezte be hőméréseit. Ezt a feltűnő megkisebbedését a napi hőingadozásnak egy tekintet a minimum-maximum-láztáblára azonnal szembeötlővé teszi, de még szebben ábrázolhatók e hőmeneti viszonyok graphikailag úgy, ha az egyes időszakok abszolút maximumait és minimumait, továbbá az átlagos maximumok és minimumok pontjait a láztáblán vonalakkal kötjük össze. A vonalak mind kifejezettebb convergentiája szembeszökően elénk tárja a napi hőingadozások jelentékeny csökkenését a sanatoriumi kezelés folyamán.

Tovább folytatva a megfigyelést, tapasztaljuk, hogy az amplitúde *subfebrilisen* érkező betegeknek is utóbb jócskán megkisebbedik, itt már később gyakran *csupán a minimumok emelkedése által*. Egy 28 éves férfibetegünk (III. stadium) 37.8° C. legnagyobb maximumot tüntetett fel intézeti tartózkodásának első hónapjában, ugyanekkor az abszolút minimum 36.0° volt, a szélső amplitúde tehát 1.8°. Egy hónappal utóbb ez adatok a következők: 37.5—36.2° = 1.3° C., két hónappal utóbb pedig: 37.4—36.4° = 1.0° C. szélsőséges napi hőingadozás. Az átlagos amplitúde ekkor már csak 0.7° C.-t tett, a láztábla megtekintése pedig elárulja, hogy az illetőnél ez utóbbi időszakban már egy-egy napon csupán 0.5°-os hőingadozás is jelentkezett. A napi maximumok havi átlaga ez egyénnél két hónapon át — miközben folyton láztalan volt — ugyanazon a niveau maradt (37.2°), a minimumok havi átlaga ellenben 36.3°-ról 36.5°-ra emelkedett.

S a mi betetőzi a napi hőingadozások megfigyelésének érdekességét, az azon körülmény, hogy találkozunk phthisikusoknál a betegség bármelyik szakában hőmenetekkel, melyek *abszolút láztalanság mellett is* rendellenesen nagy napi hőingadozást tüntetnek fel, úgy hogy a hőmérséklet valóságos *temperatura intermittens*, melynek egész játéka a 37.5° C. alatt folyik le s abszolút maximumai sem haladják ezt meg. Ilyen esetet eddig a maga klasszikus formájában kettőt észleltünk. Az egyik egy 22 éves nőbetegre (III. st.), a másik egy 20 éves férfira (I. st.) vonatkozik s mindkét esetben elértük a sanatoriumi életmóddal és kezeléssel azt, hogy az amplitúde a normalis emberen észlelhetőnél is kisebbé vált. Előbbi betegünk 1902. január 4-dikén vétetett fel kísérletképen, nagy kiterjedésű baloldali és jelentékeny jobboldali infiltratioval; az első 9 napon abszolút maximuma 37.5° C., abszolút minimuma 35.1° C. volt, maximumai átlagban 37.2°, minimumai 35.4°-ot értek el. A 10. naptól a 22-ig terjedő időszakban abszolút maximuma 37.3°, abszolút minimuma ellenben már 35.8°, átlagos maximuma 37.2°, átlagos minimuma 36.2°. Az átlagos amplitúde tehát az első 9 napon 1.8°, a 10. naptól a 22-ig csupán 1° C. Az intézeti kezelés negyedik hetében azután az amplitúde még jobban megkisebbedett a napi minimumok közeledése által a 37° felé. Ez időszakban az átlagos maximum 37.2°, az átlagos minimum 36.6°, az átlagos amplitúde tehát 0.6° C., a normalisnak közel fele része. Mig tehát az első időkben a hőmenet képe, trivialis hasonlattal élve, szinte egy *febris hectica subnormalis* benyomását tette, addig az első hónap végén már a hőmenet a 37° C. körül csekély ingadozásokkal ocsilláló characterű öltött magára. A második eset ehhez teljesen hasonlító. Egy sorozat további esetben pedig, melyek láztábláit ugyanesak bemutatni szerencsém van, szintén könnyen észrevehető a hőmenetnek ilyen megváltozása.

A sanatoriumi kezelés folyamán az amplitúde megkisebbedését, a normalis alá csökkenését általában gyakran észleljük,

sőt vannak betegek, a kiknél az már a kúra legelső idejétől kezdve konstatalható s ez esetek rendszeren jó prognosist adnak. Az egyik ily eset, melynek hőmenetét bemutathatom, egy közbejött gyomorcomplicatio daczára is 2½ hónap alatt 6½ kilogrammal gyarapodott, a másiknak 2½ hónap alatt, a harmadiknak pedig 9 hét alatt súlygyarapodása a 11 kilogrammot elérte.

A napi hőingadozás ezen megkisebbedését betegekünkél *kedvező* tünetnénynek tartjuk nemcsak annyiban, hogy eleinte ez a beteg láztalanná válását jelenti, hanem utóbb is, a *láztalanság szakán, minél kisebbé bírjuk lecsökkenten* az amplitúde értékét, annál inkább vagyunk gyógyrendszerünk hatásával megelégedve. Küzdünk a láznak ama szembeszökő tünete, az emelkedett hőmérséklet ellen, míg jelen van, de küzdünk ugyanakkor és ha már a láz elmúlt: a nagy amplitúde ellen is, mert tapasztaltuk, hogy a napi hőingadozások csökkenése az esetek túlnyomó többségében a beteg javulásának tüneteivel jár karöltve.

Az a 20 éves férfibetegünk, a ki 1901 december 30-dikán még 1.6° amplitúde-del birt, felvételétől (november 14) az említett terminusig csak mérsékelt javulást tanúsított. Súlygyarapodása volt ugyan, de egy jelentékeny fogyás iktatódott közbe, az étvágy megjavult, de kevés izzadás még jelentkezett s időnként nagy köhögési rohamok zavarták a beteg euphoriáját. 1902. január 20 dikáig, mikorra az amplitúde leszállott 0.5°-ra és az alá, a beteg megszokás nélkül gyarapodott súlyban, izzadása teljesen elmúlt, közérzete, erőbeli állapota jelentékenyen megjavult, s mikor a beteg február 10-dikén állandó igen kis amplitúde-del és 6½ kgm. súlygyarapodással az intézetet elhagyta, feljegyezhetjük róla, hogy az utolsó három hétben köhögése is nagy fokban csökkent. Egy másik betegünk, 17 éves férfi, a betegség II. stadiumában, csak akkor mutatott súlygyarapodást, mikor eredetileg 1.6° C. átlagos amplitúde-je az első hónap végén már 2 héten át 0.7°-ra megkisebbedve szerepelt az észlelési adatok között. Ekkorra az étvágy is javult, az erőérzet emelkedett, a köpet mennyisége kevesebb lön s a beteg mérsékelt nehéz lélegzése is elmúlt. Egy negyven éves lovasrendőr jobboldali supra- és subclavicularis infiltratioval, csengő szörtyzörejekkel és 39°-on felüli lázzal került az intézetbe; a 3., 4., 5. napon már lázmentes, és amplitúdejei normalisak, 1° C. körül járók, a 6. naptól kezdve már 0.5°-os amplitúde-ök jelentkeztek nála s ez kevés interruptioval így tartott tovább. Az egyén az első héten 1.2 kilogrammot, a második héten 2.5 kgm.-ot, összesen tehát 2 hét alatt mindjárt 3.7 kgm.-ot gyarapodott súlyban. Egy 20 éves nyomdász betegünk jobboldali csúcsaffectioval vétetett fel. Az első 2 héten, míg átlagos amplitúdeje 2.0° C. volt, csak 0.8 kgm.-ot gyarapodott, a 3. és 4. héten amplitúdeje 1.2°-ra szállott alá s súlygyarapodása ez időszakban 2.5 kgm.-ot tett. Az 5. és 6. hétben az átlagos napi hőingadozás újra nagyobbá vált (1.6°), ekkor újabb súlyemelkedés nem jelentkezett s a súlygörbe csak akkor szűkített felfelé jó 4 kgm.-mal, mikor a későbbi hetek folyamán az átlagos amplitúde fokozatosan megkisebbedett egész 0.6° C.-ig. A beteg állapota az amplitúde-nek első (0.8° nyi) megkisebbedésével egyidejűleg már jelentékenyen javult. Az egyén éjjeli izzadásokkal s 128 érlökéssel (álló helyzet) vétetett fel; 4 hét múlva az érlökés álló helyzetben 100, izzadás már csak szörványosan jelentkezik, köpet jóval kevesebb (a beteg kezdetben naponta 2—3 Dettweiler-üveget töltött meg köpetével, most 1 elég neki), étvágy igen jó, közérzet javult, erőérzet emelkedett.

Ez esetek ugyan kevésbé bizonyítók, mert ezeknél a nagy amplitúde időszakában több-kevesebb láz is volt jelen (37.8°—37.7°—39.2° [két napon át] — 38.0° C. átlagos napi maximumok), de igen figyelemreméltó azon eseteink decursusa, a melyekben a nagy amplitúde a teljes láztalanság állapotában került észlelésre. Azon 22 éves nőnél, a ki kezdetben 1.8° C. átlagos amplitúde-del (35.4° átlagos minimum) volt megfigyelés alatt, miközben fokozatosan csökkent napi hőingadozása az 1.0° C.-t elérte, már a javulás tüneteai jelentkeztek, s mikor átl. amplitúdeje 0.6°-ra szállott alá, 4.6 kgm.-ot nyert a beteg súlyban, étvágya nagyot javult, erőbeli állapota a legelőnyösebb változást mutatta, köpete sokkal kevesbedett, eleinte folytonos rövid lélekzete már kevésbé volt jelen. Ugyanaz a beteg egy hónappal utóbb már 0.4° C. napi átlagos hőingadozást mutatott csak s ezideig, mire az intézetben tartózkodásának kilencedik hetét betöltötte, teljes nyolcz kilogrammal gyarapodott súlyban, holott

felvétele alkalmával ugyancsak sok aggodalom merülhetett fel az iránt, vajjon a sanatoriumi kezelésnek ezen jelentékenyen előrehaladott esetben még eredménye lesz-e?

Befolyásolható az amplitude lázas betegeknek önként érhetőleg antipyretikus orvosszerek által. A már említett 20 éves nyomdászbetegünk maximumának átlagát chinin-, majd pyramidonkezeléssel szállítottuk le 38° C.-ról 37.6° C.-ra; napjában 2×0.30 pyramidont adva, már második napra 0.5° -nyivá vált az 1.5° C. amplitude, a maximum leszorítása után a 37° felé; mihelyt azonban napjában csak 1×0.30 pyramidontadtunk, az amplitude az új regime első napján már 2.0° C. volt s azontúl is az előbbinél nagyobb. A gyógyszeradás elhagyásával a maximumnak kisebb-nagyobb felszökkenése mellett az amplitude mind jobban nőtt újra, a mignem a beteget teljes fizikai nyugalomra fogtuk és nagyon kevés megszakítással három hétre ágyba fektettük. Itt reggelenként partialis hideg ledörzsöléseket kapott, melyeket három hét múlva, midőn a beteg az ágyat elhagyta, egész lepedős ledörzsölésekkel váltottunk fel. A mozgást redukáló kúra-berendezéssel a beteg maximumainak átlaga 37.5° -ra szállott alá, amplitude-je pedig 1.1° -ra esett. Az ágyból kikelésnek két napon át nagyobb hőingadozás (1.5° C. amplitude subfebrilis hőmérséklettel) volt a következménye, mely azonban utóbb a fenjáró betegnek csupán a főépület megfelelő tractusára szorított mozgása mellett lassankint kisebbedett ($1.3-1.2-1.0^{\circ}$), miközben a maximumok a 37.6° C.-t már (természetesen antipyreticum nélkül) nem haladták meg. Egy közbejött haemoptysis négy napra ismét ágyhoz kötve a beteget, ez idő alatt $0.4-0.3-0.2^{\circ}$ -nyi amplitude-ök jelentkeztek; mikor most elhagyta az ágyat, ismét nagyobb lett az amplitude, $1.1-1.2-1.3^{\circ}$ C., de az 1.5° C.-t már nem érte el s néhány nappal utóbb egy három napi direkt e célból elrendelt ágybanfekvés az amplitude-öt tartósan megkisebbitette olyformán, hogy az a beteg fenjárása alkalmával is (csupán lépcsőn nem jár — liften közlekedik) a normalison alul maradt (átlag 0.6° C.).

Hasonló módon, csak hogy sokkal gyorsabban, mindjárt második napon szüntette meg a fennálló mérsékelt lázat és csökkentette le a napi hőingadozást az ágybanfekvés egy másik betegünkénél (20 éves férfi), kinek kilencz napi ágynyugalom után $1.3-1.6^{\circ}$ C.-nyi amplitude-jei $0.9-0.7-0.6-0.5-0.4-0.3^{\circ}$ C.-ra csökkentek alá s állandóan így is maradtak, utóbb a beteg fenjárása mellett (végezetül lépcsőt is járt). Az említett ágybanfekvés idején a részleges hideg ledörzsöléseket ugyancsak alkalmaztuk.

A negyven éves lovasrendőrnél az ágynyugalom (gyakran változtatott hideg törzsbortásokkal egyetemben) harmadnapra megszüntette a 39° C.-os és ezenfelüli lázat s a 10 napi ágybanfekvés második felében már a 0.5° -os amplitude-ök dominálnak. Mikor felkelt, első nap 1.6° , második nap 0.8° , harmadik nap 0.3° volt a hőingadozása s attól fogva állandóan kisebb amplitude-öt mutat a normálnál (lépcsőt még egyelőre nem jár — lift). Egy más esetben (43 éves férfi) a fizikai nyugalom, 12 napi ágybanfekvés, nem bírta az amplitude-öt kellő intenzitással megkisebbiteni; mikor a beteg az ágyat odahagyta, ismét 1.5° -os, sőt ennél nagyobb hőingadozások ($38-38.4^{\circ}$ C. közötti maximumokkal) jelentkeztek. Ekkor újból ágybafektettük a beteget és szívhűtéseket alkalmaztunk nála egy héten keresztül. Ezen berendezéssel azután elértük, hogy már a hét vége felé az amplitude 1° -nál kisebbé vált s a maximumok a 37.6° C.-t nem haladták túl. Ama nöbetegünkénél, a ki láztalan állapotban mutatta a nagy amplitude-öket, megszorítottuk ugyan a mozgást, de nem fektettük ágyba, hanem a reggelenként adott partialis ledörzsölések mellett mindjárt a szívhűtéseket alkalmaztuk heteken keresztül. Az amplitude, mint láttuk, következetesen mind kisebbé lön, mind a mellett, hogy a beteg subjectiv javulásával a testmozgásnak is mind szabadabb tért engedünk.

Ismert dolog, hogy a fizikai inaktivitás nem ritkán sietetni képes a tüdőgümőkór lázának megszűnését; jelen dolgozatban nem is erre kívántunk rámutatni, hanem körvonalozni óhajtottuk a hőmenet alsó határának és a napi hőingadozásnak jelentőségét a tüdőtuberculosis klinikai megfigyelésében.

Szerény nézetünk szerint az a körülmény, hogy a tüdőbeteg amplitudeje a sanatoriumi kezelés eredményes eseteiben a normalis alá száll, bizonyítékaul szolgálhat annak, hogy a beteg szervezetét szövet-kímélő állapotba sikerül juttatnunk. Testünk normalis hőtermelése,

mint minden homiotherm organismusé, a rendes hőmérséklet állandó fentartására irányul és bizonyos határok között a szervezetet érő hővesztésekhez igazodik. A nappal folyamán azonban az egészséges ember több hőt termel, mint a mennyit kiad, innen van az esti órákban normalis viszonyok közt is jelentkező hőemelkedés. Ez a normalis amplitude, mint említők, körülbelül 1° C. Az a caloria-mennyiség, a mely ezen hőtöbbletnek körülbelül megfelelő, a napi fizikai és szellemi tevékenység közben történő energia-átalakulás mellékterménye. Mikor a szervezet anyagainak kémiai energiája a nappali ébrenlét és tevékenység folyamán átalakul szellemi munkává és mozgássá, ezen átalakulás közben meleg termelődik, mely melegmennyiség fölöslege az esti hőemelkedés képében indicatora lehet a test energiafogyasztásának, szövet-elhasználásának napközben. Tudjuk Krieger megfigyeléseiből, hogy a ki nappal alszik és éjjel munkálkodik, annál a napi hőingadozás menete is ellenkezőleg folyik le, maximumai jelentkeznek reggel, minimumai pedig az esti órákban.

Ilyen értelemben is hajlandó vagyok jelentőséget tulajdonítani az amplitude megkisebbedésének a sanatoriumi kezelés folyamán. Mikor mi az előírt életberendezéssel a napi hőingadozást 1° -ról felenyire, sőt még jobban leszállítjuk, az jelzi nekünk, hogy a szervezet, melynek, roborans kezelésünk mellett, bevételeit fokozzuk, kevesebbet ad ki, kevesebb kémiai energiát használ el, a szövet-apponálás stadiumába jut s abból a decadentiából, melybe részben az aetiologikus tényezők által, részben a tuberculosis révén került, hovatovább kiemelkedhetik.

Közlemény a pesti izraelita hitközség kórházának laboratoriumából. (Igazgató: Stiller Bertalan tanár.)

A sejtek physiologikus jodtartalmáról.

Justus Jakab dr. kórházi rendelő orvostól.

1901-ben a budapesti kir. orvosegyesületben,¹ továbbá a boroszlói dermatologiai congressuson tartott előadásaimban² elmondottam azon körülményeket, a melyek napi munkámtól kissé távol eső ezen témával való foglalkozásra birtak. Mivel kutatásaim menetét úgy adhatom elé legkönnyebben, ha azokat megtörténtük egymásutánjában írom le, legyen szabad ezekre a körülményekre itt is visszatérnem.

Körülbelül két év előtt feladatul tűzttem magam elé a jod-sók gyógyító hatását késői syphilis eseteiben tanulmányozni abból a célból, hogy e specifikusnak ismert gyógyításmód lényegét kutassam ki. Már régebben megjelent dolgozataimban³, a melyek a kéneseő gyógyító hatásának magyarázatát igyekeznek adni, ezen szert illetőleg következő meggyőződésre jutottam: a kéneseő specifikus hatását oly módon gyakorolja a syphilises szövetre, hogy a vérkeringés útján a syphilises kivirágzásokat tápláló véredényekbe jut, ezeknek falába hatol, a falon keresztül pedig a környező, syphilises újképlődést alkotó sejtekbe. Ezek a sejtek a kéneseő nagy mennyiségben veszik fel, minek következtében életműködésük csökken, protoplasmájuk egy része elvész; a sejteknek egyik része teljesen elpusztul, másik része pedig a megbetegedés kezdete előtti állapotba fejlődik vissza.

Eme itten röviden vázolt tételeknek bizonyítékait azok a góresővi képek szolgáltatják, a melyeket syphilises kivirágzásokból nyert szövetmetszetek adtak, a mely szövetmetszetekben a kéneseő bizonyos eljárások segítségével fekete higany-sulfid-csapadék alakjában lehetett láthatóvá tenni. Ezt a fekete higany-sulfidot sikerült a véredények falában, továbbá a syphilises újképlődés sejtjeiben kétségtelenül demonstrálni.

Szinte természetesnek látszik, hogy a mikor a jod specifikus hatásának mibenlétéről kísérlettem meg magamnak előzetes képet alkotni, ugyanazon csapáson haladtam, a mely már a kéneseő kérdésében célhoz vitt. Feltételeztem tehát, hogy a jod is olyanformán gyakorolja specifikus actióját, hogy a vérkeringéssel a syphilises újképlődésbe (ezzel a szóval jelölöm itt a késői syphilis különféle jelenségeit) eljut és ott gyakorolja befolyását az ezt alkotó sejtekre. Eme feltevés helyességének bizonyítékát szolgáltatjuk, ha a jod jelenlétét a syphilises újképlődés sejtjeiben vegyi úton állapítjuk meg. Vagyis épen úgy, mint említett dolgozataimban a kéneseővel sikerült, kellene itt a jodot egy a góreső

alatt jól látható színes vegyületté változtatni és eme színes csapadék elosztódása a véredényekben és a sejtekben lesz hivatva megvilágítani a jodnak eme sejtekre gyakorolt specifikus hatását.

Fentebb említett két előadásomban részleteztem azt a módszert, a melylyel sikerült ennek a feladatnak megfelelni. Elmondottam akkoriban, hogy a jodot thallojodid (Tlj) alakjában mint sárga, a góreső alatt igen jól szembevető csapadékot a kimetszett szövetben kimutatnom sikerült. Elmondottam azonban ugyanakkor azt is, hogy bár többféle bizonyíték szólott a mellett, hogy a góreső alatt talált, de már szabad szemmel is észrevehető ezen sárga csapadék valósággal thallojodidból áll, mégis volt egy körülmény, a mely útját állotta annak az igyekezetnek: eme leletből magyarázni a jodnak gyógyító hatását. Mert a míg előbb említett higanyos praeparatumaiban a fekete csapadékot képező higany-sulfid csupán csak azon sejtekben volt található, a melyek a syphilises újképlődésnek alkotó részeit képezik, addig jodsókkal kezelt syphilises betegekben kimetszett bőrreszletekben a sárga thallojodid csapadék nemcsak a syphilises újképlődés sejtjeiben volt látható, hanem jóval pontosabban épen a környező ép szöveti sejtekben.

Minthogy eme lelet következtében lehetetlenné vált a jodsók specifikus hatását úgy magyarázni, miként az a higanyra nézve sikerült, a tovább haladásra nézve csak két feltevés maradt meg. Vagy azt kellett feltételezni, hogy a bevett gyógyszerből a jod minden sejtbe eljutott, vagy azt, hogy a sejteknek ezen kimutatott jodtartalma nem a beadott gyógyszerből származott, hanem *physiologikus*.

Ezen utóbbi feltevést fogadván el, természetesen első dolgom volt olyan szervet tenni vizsgálat tárgyává, a melyről már kétségtelenül kimutatták, hogy *physiologikus* körülmények között jodot tartalmaz. Ez a szerv a pajzsmirigy volt. Miután ebben a jod tartalom *microchemiai* kimutatása góreső alatt kétségtelenül sikerült, áttértem a többi szervre is.

A ki *microchemiai* vizsgálatokat góresői metszeteken szövettani célokkal akar végezni, már munkája legelején olyan technikai akadályokkal találkozik, melyek annak haladását igen megnehezítik. A substratum, a melyet a különböző reagensek behatásának kell alávetnie, néhány mikromilliméter vastagságú réteget képez, a melynek *physikai* ellenálló képessége olyan csekély, hogy jóformán sohasem lehet nélkülözni az összetartó celloidin jelenlétét. Vegyi hatásokkal szemben pedig az ilyen szövetrészt a fehérnyék és származékaik sajátosságait mutatja, a melyekről tudvalevő, hogy mennyire megnehezítették a chemia rájuk vonatkozó részeinek haladását. Azonfelül még meg kell említenem, hogy még a legegyszerűbb manipulációk is, mint például a kimosás, sokszor majdnem lehetetlenné válnak a metszeteken. Továbbá kerülni kell minden a szövet alakját elroncsoló reagenst, tehát épen azokat, a melyeket *anorganikus* alkotóelemek kimutatása céljából a chemikusok szerves vegyületekkel szemben legtöbbször alkalmaznak.

Ismeretes, hogy a pajzsmirigy jodtartalmát *Baumann*⁴ és *Drechsel* szerint a következő módon mutatjuk ki. A megszáritott és porrá tört szervet kalisaléttrommal és natrium-carboniciummal pontosan összedörzsölve ezüst csészében megolvasszjuk, a megolvasszott masszát vízben feloldjuk, az oldatot sárvál kissé túlközbömbösítjük, a benne foglalt haloidokat légenysavas ezüsttel lecsapjuk.

Természetesen ez az eljárás vagy az ehhez hasonló *Bourcet*-féle, a mely még jóval kisebb jod nyomok kimutatására is alkalmas, magában foglalja a szervnek megsemmisítését, így szövettani célokra semmiképen sem használható.

A cél tehát, a melyet magam elé tűztem: a jodnak kimutatása góresői vizsgálatra alkalmasnak maradt metszetekben. A feladat tehát az volt: *oly formában mutatni ki a jodot, hogy annak a szöveti alakelemekhez való helyi viszonya tanulmányozhatóvá váljék*. Ez tehát kettős feladat: egyrészt meg kell tartani a szövetet góresői vizsgálatokra alkalmasnak, másrészt kétségtelen reakciókkal kell eme lehetőleg épségben maradt metszetben a jod jelenlétét kimutatni.

A jod a pajzsmirigyben complicált szerves vegyületekben foglaltatik, a melyek azt nem mint iont, hanem mint más elemekkel complexumot képező csoportot tartalmazzák. *Hofmeister*⁶ és

*Osswald*⁷ tanulmányozták behatóbban a pajzsmirigyben foglalt jod-fehérnyét. Mesterséges jod-fehérnyék készítésének lehetőségére legelőször *Böhm* és *Berg*⁸ figyelmeztetett, utóbb *Liebrecht*⁹, *Hopkins*¹⁰, *Blum*¹¹, *Hofmeister*¹³ és *Kurajeff*¹⁴ ilyeneket elő is állítottak. Ilyen halogenfehérnye úgy keletkezik, hogy a fehérnyének egy vagy több aromatikusan complexumában egy vagy több hydrogen atomot halogennel helyettesítünk. Az így nyert productum úgy viselkedik, mint a halogennel substituált benzolok; nem ad csapadékot ezüst-nitráttal és a halogen kimutatása csak tökéletes elégetés után lehetséges.

Mindezekből kitűnik, hogy a pajzsmirigyben foglalt jod *nem mint ion* van jelen benne és ez a körülmény lesz tehát oka annak, hogy a jod kimutatására szolgáló közönséges reagensek, melyek a jod ionnal jellegzetes színű vegyületeket képeznek, az ilyen módon lekötött jodot kimutatni nem képesek. Ha tehát jellegzetes színű csapadékot akarunk előállítani, akkor reagenseink ezt a feladatot csak úgy teljesíthetik, ha a szövetben foglalt *összetett molekulából a jodot ion alakjában felszabadítjuk*. Mint-hogy fentebb körülírt célunk érdekében a szövet elroncsolása útján (megolvassztás alkáliakkal) a jodot nekünk szabadabbá tenni nem szabad, más módról kellett gondoskodni, hogy a nem ionos állapotból az ionosba vigyük át. Erre a célra alkalmasnak bizonyult a szövetnek chlorról való kezelése.

Tudvalevő, hogy a chlor reactiója közönséges hőmérséknel sokkal gyorsabb, mint a vele körülbelül egyforma energiát fejlesztő oxigéné. Igen jellegzetes példát szolgáltatnak a chlor nagy aktivitására azok az égési kísérletek, melyeket vele épen úgy lehet végezni, mint az oxigénnel, csak-hogy míg az oxigénnel, ha például finom rézlemezt akarunk elégetni, azt előbb fel kell melegíteni, addig az a chlor-atmosphaerában magától gyúl meg és ég el. Én tehát a sikernek némi reményével kísérlelhettem meg a szövet metszetekben foglalt, tehát alkoholban fixált fehérnyékben tartalmazott jodot, friss chlorvizzel való kezelés által vegyülettől kiszorítani és reagenseink számára mint iont hozzáférhetővé tenni.

A használt reagensek előállítása és tisztaságuk vizsgálata.

Alkohol: a kereskedésben kapható alkohol általában jodmentes, ha netán benne jelenlevő nyomokat is kizárni akarunk, úgy 1 kilogrammjában oldjunk fel 5 gramm kalium causticumot és destilláljuk.

Chlorgáz barnakő darabkákból és sósavból állítottam elő, vizen és kaliumhypermanganat oldaton vezettem keresztül megtisztítása céljából. Esetleges joddal való fertőzés felismerésére a kevés fölös kénessavval megsavanyított chlorvizhez argentum nitricumoldatot adunk, a mikor sűrű fehér csapadék keletkezik; ez a fehér csapadék ammoniakban vagy konyhasó-oldatban teljesen oldódik, annak bizonyítékául, hogy sem AgBr sem AgJ nem foglaltattak benne. Másik mód, meggyőződni arról, hogy AgJ nincsen e csapadéokban, abban áll, hogy ezt savanyú oldatban fémzinkkel redukáljuk és a leszűrt folyadékot zinkjodidra vizsgáljuk.

Mindazonáltal, hogy a reagensek ily módon szigorú vizsgálatoknak lőnek alávetve, vajjon J-t akár jodid akár jodát alakjában nem tartalmaznak-e, mégis szükségesnek láttam még egy másik módon is bizonyítani, hogy a metszetekben az alább leírandó módszer szerint kimutatható J — tartalom nem a használt reagensek valamelyikében foglaltatott. Ezen célból az imént elsorolt reagensek helyett másokat vettem használatba. Az alkohol helyett 40%-os formalinban fixált szervet dolgoztam fel. A 24 óráig formalinban keményített szervből beretvával vékony metszeteket készítettem, kimostam őket vízben és ezután tettem ki a chlorvíz hatásának. Ily módon elkerültem az alkoholt.

A chlorvizet nélkülözni nem tudtam,* ellenben kínálkozott mód annak a két anyagnak a helyettesítésére, a melyből készítettük. Míg fentebb a chlorgázt barnakőből sósavval fejlesztettük, másszor barnakő és konyhasó keverékből kénssavval állítottam elő, még másszor pedig $KaClO_3$ -ból sósavval származtattam. A második módszer szerint a sósavat, a harmadik eljárás alkalmával pedig a barnakövet kerültem el.

Minthogy pedig a gyanuba fogható reagentiák kihagyása,

* Utólagos megjegyzés: bromvizzel sikerült helyettesíteni.

illetve másokkal való helyettesítésük után is, a metszetekben az alább leírandó jellegzetes J kémléseket sikerült megkapnunk, ezzel a második indirect móddal is bizonyítottuk ugyanazt, a mit az elsővel — a kémlőszerek direct megvizsgálásával —, hogy a használt kémlőszerek J-től mentesek, tehát belőlük a metszetek J-tartalmukat nem nyerhetik.

A jód kimutatására szolgáló eljárás.

Alkoholban fixált és keményített, celloidinban beágyazott szerv 15–50 μ vastagságú metszeteit az eltartásukra szolgáló alkoholból nagy eszébe vízbe viszzük át és benne hagyjuk, míg az alkohol belőlük teljesen eltávozott. Azután egy jól záró becsiszolt üveg dugóval ellátott, tágas szájú kicsiny üvegbe kevés destillált vizet töltvén, a metszeteket ebbe helyezük s mikor valamennyit áttettük, a vizet róluk leöntjük és helyébe körülbelül 2–3 ujjnyi magasságig lehetőleg frissen készült, erősen zöldszínű chlorvizet töltünk; az üveget azonnal bedugaszoljuk és a metszeteket 1–2 perczig, de minden esetre addig, a míg teljesen megfehéredtek, a chlorvizben hagyjuk. Ez idő leteltével az üvegünket kinyitjuk és a metszeteket üveg vagy platin-tű segítségével közvetlenül argentum nitricum híg oldatába viszzük át. Ebben az oldatban a chlorviz behatása következtében teljesen megfehéredett metszetek rövid idő alatt elébb halvány, utóbb határozottabb zöldes-sárga színt kezdenek váltani, a mely két-három óra lefolyása alatt éri el teljességét. Az argentum-oldatban magában természetesen felhőszerű, fehéres csapadék is keletkezik a képződött argentum-chloridtól.

A metszeteket az AgNO_3 -vízből 2–3 óra lefolyása után konyhasó telített oldatába viszzük, a melyben az argentum-chlorid oldható lévén, azok hamar feltisztulnak és halvány-egész kanári-sárga színt mutatnak. Ez a szín az argentum-jodidnak a színe, ha az igen vékony rétegben van kiterítve. Ha a metszeteket a konyhasó-oldatból destillált vízben való kimosás után töményebb (4–5%) HgCl_2 -oldatba viszzük, úgy azok egy-két pillanat alatt elébb halvány rózsás-sárgákká, végül pedig határozottan rózsaszínűekké lesznek, minthogy a bennük foglalt AgJ átváltozott az elébb sárgás, utóbb vörös HgJ_2 -dá.

Minő vegyi folyamatok mennek végbe a chlorvizbe való helyezés-től azon időpontig, a míg a metszetnek piros színűvé válása a benne foglalt jodnak mercuri-jodiddá való változását mutatja? A chlorvizben foglalt elemnek hatása legegyszerűbben értelmezhető, ha úgy fogjuk fel a fehérrye complexumban foglalt jodra való befolyását, hogy azt onnan kiszorítva, maga lép be helyébe. Ha igaznak fogadjuk el Blum-nak és Hofmeister-nek^{12 13} azon nézetét, hogy a fehérryének egy vagy több aromatikuss complexumában egy vagy több H atom helyében J foglaltatott, úgy nem kell más feltételeznünk, mint, hogy ezeket a J atomokat a chlor helyettesítéssel kiszorította. Olyan vegyi folyamat ez, a mely Blum, Vaubel, Hopkins¹⁵ kísérletei szerint már szoba-hőmérséknél is megtörténik. A chlor által helyéből kiszorított J jodsavvá oxidáltatik, de az AgNO_3 -oldatban a feles, szabad Cl megkötése után a szövet redukáló hatása a jodsavat jodiddá változtatja. Ha tehát AgNO_3 -mal hozzuk össze, ezzel sárga csapadékot ad, a mely AgJ-ból áll. Ezen AgJ-ból álló sárga csapadék létrehozása jobban sikerül, ha az AgNO_3 -oldat készítésénél némely feltételeket tartunk szem előtt. Abban a metszetben ugyanis, amelyet a chlorvizből az ezüst oldatba helyezünk, nem csak jodidok, hanem szabad Cl, HOCl és chloridok is foglaltatnak. Már pedig tudjuk az analitikai chemiából, ha többféle oldható halogen-vegyületeket csapunk le ezüstnitráttal, úgy a csapadék főleg a legsúlyosabb halogent tartalmazza. Ha tehát az AgNO_3 oldatot igen hígá készítjük, úgy majdnem kizárólag csak a sárga J csapadék fog keletkezni, s így vagy kevésbé vagy egyáltalán nem keletkezik az AgCl, a melyet a szövetből eltávolítani igen nehéz, és a mely a góresővi megvizsgáláskor, minthogy a metszetben csakhamar feketeszínű színezüstté redukálódik, erősen zavar. Legalkalmasabbnak találtam a metszeteket a chlorvizből nagy mennyiségű, de igen híg AgNO_3 oldatba tenni: 1 cm³ 1%-os AgNO_3 -oldat 500 gramm vízre.

Mindamellett az AgCl képződését teljesen elkerülni így sem lehet, mivel az részben magában a metszetben is lecsapódik. Ennek a kioldására kell a tömény NaCl-oldat, a melyben a met-

szetek 2–3 óra, olykor csak fél nap alatt AgCl tartalmuktól megszabadulnak. A NaCl tömény oldatában a metszeteket még világosságon is egy-két napig meg lehet őrizni, de nem hosszabb ideig, mert lassankint elszíntelenednek.

Ha az AgJ-ot HgJ_2 -dá akarjuk változtatni, a mi azért ajánlatos, mert a vörös szín a góreső alatt a metszetek tanulmányozása alkalmával inkább szembe tűnő, mint az AgJ sárga színe, a NaCl-oldatból még destillált vízben kell kimosni a metszetet. Ez azért szükséges, mert a HgJ_2 a NaCl-dal könnyen oldható kettős só képez, így tehát a metszetből kivészhetne. Ellenben nem kell tartanunk attól, hogy a vörös színű HgJ_2 a fölös HgCl_2 -ben újra feloldódna. Ez — tapasztalásaim szerint — még napok multával sem következik be, nyilván azon fixáló képességénél fogva, melylyel a szövetek különben oldható csapadékokat felületükön süríteni és megtartani képesek.

A sárga, tehát AgJ-t tartalmazó, vagy a vörös, tehát HgJ_2 -ot tartalmazó metszeteket góresővel, különböző nagyítások segítségével kell megvizsgálunk, ha el akarjuk dönteni azt a kérdést, hogy vajjon diffuse van-e a szövet beivódva a sárga illetve vörös színű csapadékkal, vagy pedig ez bizonyos alakelemekhez van-e kötve. A metszeteket a góresővi vizsgálat megejthetése végett fel kell világosítani. A rendszerint használatos felvilágosító szerek közül az illó olajok nem alkalmasok, mivel a jód-vegyületeket gyorsan reducálják. Hasonlóképpen alkalmazhatatlannak találtam az alkohol-xylolos felvilágosítást. Legkevésebbé támadta meg a metszeteket a többször destillált, idegen anyagoktól megtisztított glycerin, így pl. a Price-féle glycerinben a metszetek színüket körülbelül 20–24 óráig megtartják.

(Folytatása következik.)

Közlemény a kolozsvári m. kir. „Ferencz József” tudomány-egyetem élettani intézetéből. (Igazgató: Udránszky László dr. ny. r. tanár.)

Alkalmazható-e a Schotten-Baumann-féle benzoylozás az ép vizelet szénhydratjainak mennyileges meghatározására?

Reinbold Béla dr. élet- és körvegytani tanársegéd-től.

(Folytatás.)

I. A benzoylozás módja és a benzoateschapadék milyensége.

A vizelet előzetes hígítása.

Bár Fodor¹⁰ azon kísérletei, melyeket a vizeletnek a a benzoylozás előtt felhígításával végzett, a hozzájuk fűzött várakozásokat nem igazolták teljesen, e kísérletek csekély száma miatt hasonló irányú vizsgálatok nem látszottak fölöslegeseknek.

100 cm³ vizeletet hígítás nélkül, ugyanazon vizelet más 100 cm³-ét pedig 300 cm³ lepárolt vízzel hígítás után 100 cm³ 10%-os NaOH-oldat és 10 cm³ benzoylchlorid alkalmazása mellett benzoyloztam és meghatároztam a benzoateschapadék mennyiségét. E kísérletek eredményeit a következő táblázat foglalja össze:

A párhuzamos kísérletek egyes tagjai, a vizeletek egyik részletének hígításától függően, a reactio-folyadék összes mennyisége és a benzoylchloridnak ehhez való viszonya tekintetéből tértek el egymástól.

Benzoylozás a phosphorsavas földfémeknek NaOH-mal kicsapása után.

100 cm³ vizeletet 20 cm³ 10%-os NaOH-oldattal kezelvén, a kivált phosphorsavas földfémekről leszűrtem és a csapadékot ismert mennyiségű (22–60 cm³) lepárolt vízzel utána mostam.* A phosphorsavas földfémektől ily módon megszabadított lúgos folyadékot, az egyes kísérletek céljaihoz szükséges és esetenként felemlítendő mennyiségű benzoylchloriddal és 10%-os Na OH-oldattal** hűtés közben mindaddig ráztam, míg a benzoylchlorid szaga teljesen eltűnt.

* Egyes esetekben, hogy a vizeletnek a phosphorsavas földfémek mosására szolgáló víz által való hígítását és a csapadék mosásából eredő idővesztéséget elkerüljem, nagyobb mennyiségű vizeletet kevertem meghatározott mennyiségű NaOH-oldattal és a szűrédeknek 100 cm³ vizeletet tartalmazó részletét benzoyloztam.

** A phosphorsavas földfémek kicsapása céljából előzetesen hozzáadott mennyiség beleszámításával.

A benzoatesapadék ilyen kezelésre az ép vizeletből rendesen halványsárgás finom por alakjában vált ki, nem egy könnyen ülepedett le, a szűrőn többször átment, csak második-harmadik szűrésnél maradt teljesen rajta, nem volt tapadós és könnyen lehetett mosni. Bizonyos körülmények* között azonban a benzoatesapadék tapadós, csaknem félfolyós, nehezen kezelhető és nehezen mosható volt.

Az ilyen módon előállított eszterkeverék olvadáspontját igen különbözőnek találtam; a vizsgált esetekben 50 és 120° C. között váltakozott. Hamúalkotórészeket a benzoatesapadék szintén igen változó mennyiségben tartalmazott. Általában az olyan benzoatesapadékok hamútartalma volt nagyobb, melyeknek alapos kimosását a tapadós összeállás megnehezítette.** Az észlelt esetekben a hamú legnagyobb mennyisége a csapadéknak 46·6%-át, legkisebb mennyisége pedig 0·7%-át tette ki. Ép emberi vizeletből az előbb leírt módon előállított nagyobb mennyiségű benzoatesapadéknak hamújából (hamú mennyisége 3·1%) híg savban 66·3% oldódott. Az oldott rész főleg phosphorsavas cáciumból és magnesiumból állott, míg az oldatlanul maradt részben kavasav és vasoxyd volt kimutatható.

Fractionált benzoylozás a phosphorsavas földfémeknek NaOH-mal kicsapása után.

A phosphorsavas földfémektől az előbb leírt módon megszabadított vizelet 100 cm³-ét 10 cm³ benzoylchloriddal és 120 cm³ 10%-os NaOH-oldattal olyan módon benzoyloztam, hogy a reagenseket 5 egyenlő részletben adtam a vizelethez és a keveréket minden egyes részlet hozzáadása után a benzoylchlorid szagának eltűnéseig ráztam.

Az így nyert benzoat tapadósabb és nehezebben kezelhető volt, mint az egyszerű benzoylozással előállított csapadék. Hamútartalma a vizsgált esetekben 2·4–13·6% között változott.

Benzoylozás a vizeletnek közömbös ecetsavas ólommal kezelése után.

100 cm³ vizelethez csekély fölöslegben közömbös ecetsavas ólomoldatot adtam és a kivált csapadékról leszűrt, pontosan gyűjtött és csapadék mosására használt lepárolt vízzel egyesített folyadékból a fölös ólmot kénhydrogen átáramoltatásával kicsaptam. Az ólomsulfidról leszűrt és szintén pontosan gyűjtött (mosó-vízzel egyesített) folyadékot alacsony nyomás mellett körülbelül 60–65° C.-nál bepároltam és az egyes esetekben külön megjelölt mennyiségű benzoylchloriddal és NaOH oldattal benzoyloztam.

A benzoatesapadék, melyet a közömbös ecetsavas ólommal kezelt vizeletből nyertem, többnyire valamivel durvább porszerű és könnyebben kezelhető volt, mint a NaOH-mal kezelt vizeletből leválasztható benzoatesapadék. Némely esetben azonban ilyen eljárás mellett is nehezen kezelhető, tapadós csapadék vált ki. A megszáritott eszterkeverék 55–60° C.-nál kezdett zsugorodni és 89–92° C.-nál olvadt meg. Hamútartalmát 0·8–31·9%-nak találtam; a hamúban a fennebb említett alkotórészek mellett csaknem állandóan ólomoxidot lehetett kimutatni.

Benzoylozás a vizeletnek sorozatos (közömbös és lúgos ecetsavas ólom, ammoniak) ólomsós kezelése után.

100 cm³ vizeletet közömbös ecetsavas ólom csekély fölöslegével kezeltem (I. csapadék) és megsűrtem. A csapadék mosására használt lepárolt vízzel egyesített szüredékből lúgos ecetsavas ólom hozzáadására megint csapadék vált ki (II. csapadék), melyet az előbbihez hasonlóan szűrőre gyűjtve, lepárolt vízzel gondosan kimostam. A II. csapadék mosóvízzel egyesített szüredékből ammoniak hozzáadására kivált csapadékot (III. csapadék) szintén szűrőre gyűjtöttem és híg ammoniakkal utánamostam. Az ammoniakos csapadékról leszűrt és a mosó folyadékkal egyesített szüredéket sósavval közömbösítés után kénhydrogen átáramoltatásával ólommentessé tettem, alacsony nyomás mellett 60–65° C.-nál bepároltam és az esetenként megjelölt arányok szerint benzoyloztam.

Minthogy a benzoylozáshoz ilyen módon előkészített folyadék nagy mennyiségű ammoniumsót tartalmazott, a benzoylozásnál igen

bőséges, nagyobb részben kristályos benzamidból álló csapadék vált ki belőle. A benzamidnak langyos vízzel mosás útján való eltávolítása után szűrőn maradó benzoyleszterkeverék, külső tulajdonságait illetőleg, a közömbös ecetsavas ólommal kezelt vizeletből előállított benzoatesapadékhöz volt hasonló. Hamúja, mely szintén tartalmazott ólomoxidot, a benzoatesapadék súlyának 29·4–41·8%-át tette ki.

Az előkészítő eljárás során nyert mindhárom csapadékot külön-külön vízben szétosztva kénhydrogennel bontottam. Az ólomsulfidról leszűrt és pontosan gyűjtött folyadékokat a fennebb leírt módon 100 cm³ térfogatra hozván, 10 cm³ benzoylchloriddal és 120 cm³ NaOH-oldattal benzoyloztam. A mennyiben ez anyagokból benzoatesapadékot nyertem, az többnyire könnyen szűrőre gyűjthető és jól mosható volt.

Benzoylozás a vizeletnek ferrichloriddal és natrium aceticum-mal kezelése után.

A vizelet 200 cm³-ét 20 cm³ 10·8%-os ferrichlorid és megfelelő mennyiségű natrium aceticum-oldattal felforraltam és a kivált rozsdavörös színű csapadékról leszűrt folyadékot, mely berlinikék-reactiot nem adott, benzoyloztam.

A benzoatesapadék barnás színű, kissé szemeses, igen könnyen szűrőre gyűjthető és mosható volt. A megszáritott benzoatesapadék 60° C.-ra hevítve zsugorodni kezdett, a hőmérsék további emelésénél fokozatosan zsugorodott és barnult, 240° C.-nál szénfeketevé lett, azonban nem olvadt meg. Már ez a körülmény is az anyag tisztátalanságára utalt, mit hamújának vizsgálata tényleg igazolt. A hamú sósavban pezsgés mellett csaknem teljesen feloldódott és oldata élénk berlinikék reactiot adott.

Minthogy az előzőkből kitűnt, hogy a vizeletből a benzoylozáshoz való előkészítésnek ezen módja mellett erősen szennyezett benzoatot kapunk, a benzoatesapadék mennyiségi viszonyainak vizsgálatánál erre az eljárásra nem terjeszkedtem ki.

* * *

Az ép vizeletből előállítható benzoatesapadék milyenségére vonatkozó, előbb felsorolt adatok több tekintetből eltérnek az irodalomban közölt hasonló tárgyú észleletektől, melyek egyébként egymás között is sok tekintetben különböznek. Így *Vvedenskij*⁴⁵ szerint a benzoatesapadék tökéletlenül kristályos, *Treupel*⁴⁶ szerint nehezen leülepedő finom por, melynek részecskéi egymáshoz és az edények falához erősen tapadnak. *Salkowski*³² szerint a benzoylozott folyadék nehezen szűrhető, míg *Lemaire*¹⁹ könnyen szűrőre gyűjthető benzoatesapadékokat kapott, ha a reactiokeveréket elég hosszasan rázta.

Ezekkel szemben saját kísérleteim azt mutatják, hogy a vizeletből nyerhető benzoatnak már ezen külső tulajdonságai is igen változók. A NaOH-mal kezelt vizeletből előállított benzoatesapadék legtöbb esetben porlékony volt, de némely esetben eddig ismeretlen ok folytán tapadós, nehezen kezelhető eszterkeverék csapódott ki. Félfolyós csapadék keletkezik *Baumann*⁵ szerint akkor, ha a benzoylchloridot részletenként adjuk a benzoylozandó folyadékhoz. Ez adattal egyezik a vizelet fractionált benzoylozására vonatkozó tapasztalatom, mely szerint fractionált benzoylozásnál a benzoatesapadék mindig tapadósabb volt, mint egyszerű benzoylozásnál.

A NaOH-mal kezelt vizeletből nyert benzoatesapadék olvadáspontját *Vvedenskij*⁴⁵ 60° C.-nál, *Salkowski*³² 76–78° C.-nál*, *Baisch*³ 65–95° C.-nál** fekvőnek találta, míg saját vizsgálataim az olvadáspontnak sokkal nagyobb ingadozásait (50–120° C.) mutatják. A benzoatesapadék hamújának mennyiségére vonatkozólag *Baisch*-nál találunk adatokat, ki ezt a vizeletnek előzetesen NaOH mal kezelése mellett középértékben 10%-nak találta. Ezzel szemben kísérleteimmél a vizelet hasonló kezelése útján előállított benzoatesapadékok egyes esetekben ennél sokkal több hamut tartalmaztak, a hamutartalom felső határát 46·6%-nál, alsó határát 0·7%-nál találtam.

A közömbös ecetsavas ólommal kezelt vizeletből előállított benzoatkeverékek milyenségére vonatkozó adataim meglehetősen

* E körülmények között eddigi megfigyeléseim szerint a vizeletnek és a benzoylchloridnak (?) bizonyos közelebbről még nem ismert sajátosságai, vagy talán a benzoylozás módjának csekély különbségei szerepelhetnek. Ennek tanulmányozása külön kísérleti sorozatot igényelne.

** Ez áll a más módon előállított benzoatesapadékokról is.

* A különböző módon tisztított benzoatokat alacsonyabban.

** Sósavval tisztítás után 125° C.-nál.

egyeznek *Baisch*³ hasonló adataival. Ilyen kezelés után ugyanis *Baisch* tapasztalataival egyezően igen könnyen szűrőre gyűjthető és jól mosható, porlékony csapadékot kaptam, mely 89—92° C.-nál olvadt meg, míg *Baisch* az olvadáspontot 100° C.-nál, sósavval tisztítás után pedig 135° C.-nál találta. A közömbös ecetsavas ólommal kezelt vizeletből nyert benzoatesapadék hamútartalma *Baisch* szerint jelentékenyen kisebb, mint a NaOH-mal kezelt vizeletből előállított benzoat hamútartalma; az én tapasztalataim szerint a hamútartalomnak ezen eltérései nem igen nagyok.

II. A benzoatesapadék mennyisége.

*Treupel*¹⁰, *Fodor*¹⁰ és *Baisch*³ vizsgálataiból kitűnik, hogy a benzoylester kiválása a vizeletből igen sokféle tényezőtől függhet. Ezek között főleg az alkalmazott reagensek valódi és viszonylagos mennyisége, a vizelet összetétele illetve töménysége, továbbá a benzoylozás, valamint a vizeletnek ezt megelőző előkészítése jöhetnek számba. Ennek tekintetbe vételével a benzoatesapadék mennyiségére vonatkozó vizsgálataim során a benzoylozásra nézve legkedvezőbb viszonyokat, vagyis azon kísérleti feltételeket igyekeztem megállapítani, melyek mellett a benzoyl-esterek kiválása a legbőségesebb.

Ez irányú kísérleteimnél mindig 100—100 cm³ vizeletet benzoyloztam, a benzoatesapadékot teljesen kiszáritott hamúmentes szűrőre gyűjtöttem, agyagtányéron, majd 105—110° C.-ra fűtött légfürdőben súlyának állandósulásáig szárítottam és megmértem.

A benzoatesapadék széles határok között változó hamútartalmára tekintettel, a hamút minden esetben külön meghatároztam és a csapadék súlyából levontam.

A benzoatkiválás mennyiségi viszonyainak tanulmányozásánál nem szabad figyelmen kívül hagynunk, hogy — mint ez néhány előzetes kísérletről *Salkowski*³² idevágó tapasztalataival egyezően kitűnt — ugyanazon vizelet két egyenlő részletéből, egyenlő kísérleti feltételek mellett végzett benzoylozással sem nyerhető teljesen egyező mennyiségű benzoatkeverék. A különbség 100—100 cm³ vizelet feldolgozásánál 1—2 centigramm szokott lenni, de lehet több is. A párhuzamos kísérletek eredményei legjobban fedték egymást a phosphorsavas földfémeknek NaOH-mal kicsapása után végzett egyszerű benzoylozásnál.

Mint hogy tehát a benzoatesapadék súlyának meghatározásánál egy bizonyos kísérleti hibát el nem kerülhetünk, azon különbségek közül, melyeket a benzoylozást befolyásoló tényezők változtatásával kapcsolatosan a benzoatesapadék mennyiségében észlelhetünk, e tényezők befolyásának elbírálása szempontjából csak azok jöhetnek számba, melyek a valószínű kísérleti hiba határait túlhaladják. Nagyobb súly fektethető azonban azon különbségekre, melyek egy-egy kísérlet-csoportnál a kísérleti feltételeknek egyforma értelemben való megváltoztatásánál mindig ugyanazon értelemben mutatkoznak.

*Az alkalmazott benzoylchlorid és NaOH mennyiségének hatása a kicsapódó eszterkeverék súlyára.**

A benzoylozáshoz vett benzoylchlorid és NaOH mennyiségének többféle változtatásával elsősorban azon befolyást igyekeztem megállapítani, melyet az alkalmazott reagensek mennyisége, a fölös NaOH mennyisége, valamint az alkalmazott benzoylchloridnak a folyadék összes mennyiségéhez való viszonya gyakorol a kicsapódó benzoatkeverék mennyiségére.

Az erre vonatkozó kísérleteket a következő táblázat foglalja össze, melynek utolsó rovata az ugyanazon vizelettel végzett kísérlet-pár első és második tagjánál nyert benzoatesapadék mennyisége közötti arányt tünteti fel a kísérlet-pár első tagjára, mint egységre vonatkoztatva. (Lásd a következő táblát.)

Az I., II. és IV. kísérlet eredményeiből az látszik, hogy az alkalmazott benzoylchlorid és NaOH mennyiségeinek egymással arányos növelése okoz ugyan némi gyarapodást a benzoatesapadék súlyában, ez a gyarapodás azonban korántsem arányos a reagensek mennyiségének növelésével.

Az V.—VIII. kísérletek ezzel ellentétben kifejezetten mutatják, hogy ha a benzoylchlorid mennyiségének mérsékelt növelésével együtt a NaOH mennyiségét az ennek megfelelő

Sorszám	C ₆ H ₅ COCl mennyisége cm ³ -ekben	10% os NaOH-oldat mennyisége cm ³ -ekben	Mosó víz mennyisége cm ³ -ekben	Folyadék összes mennyisége cm ³ -ekben	Benzoylchlorid aránya a folyadék összes mennyiségéhez	Füles NaOH mennyisége gr.-okban	Benzoat súlya gr.-okban	Arány
I.	5	100	36	241	1:48.2	6.6	0.1570	1:1.0445
	10	200	42	352	1:35.2	13.1	0.1645	
II.	5	100	50	255	1:51.0	6.6	0.0362	1:1.2845
	10	200	50	360	1:36.0	13.1	0.0465	
III.	5	100	55	260	1:52.0	6.6	0.1382	1:0.9246
	10	200	55	365	1:36.5	13.1	0.1278	
IV.	5	100	48	253	1:50.6	6.6	0.1269	1:1.2350
	10	200	48	358	1:35.8	13.1	0.1567	
V.	5	100	20	225	1:45.0	6.6	0.1355	1:0.7675
	8	200	22	330	1:41.2	14.5	0.1040	
VI.	5	100	50	255	1:51.0	6.6	0.1570	1:0.7929
	8	200	50	358	1:44.7	14.5	0.1245	
VII.	5	100	50	255	1:51.0	6.6	0.1610	1:0.9658
	8	200	50	358	1:44.7	14.5	0.1555	
VIII.	5	100	60	265	1:53.0	6.6	0.1051	1:0.8933
	8	200	60	368	1:46.0	14.5	0.0939	
IX.	5	140	44	289	1:57.8	10.6	0.0456	1:2.3516
	10	140	44	294	1:29.4	7.1	0.1071	
X.	5	120	40	265	1:53.0	8.6	0.0673	1:2.8377
	10	120	40	270	1:27.0	5.1	0.1908	
XI.	5	100	40	245	1:49.0	6.6	0.0643	1:2.7881
	10	100	40	250	1:25.0	3.1	0.1791	
XII.	5	120	40	265	1:53.0	8.6	0.0377	1:1.8249
	10	120	40	270	1:27.0	5.1	0.0698	
XIII.	5	120	—	225	1:45.0	8.6	0.0959	1:2.8832
	10	120	—	230	1:23.0	5.1	0.2765	
XIV.	5	120	—	225	1:45.0	8.6	0.0644	1:2.5544
	10	120	—	230	1:23.0	5.1	0.1645	
XV.	10	100	50	260	1:26.0	3.1	0.4155	1:0.9616
	20	200	50	370	1:18.5	6.2	0.3991	
XVI.	10	100	50	260	1:26.0	3.1	0.1469	1:0.6609
	20	200	50	370	1:18.5	6.2	0.0971	
XVII.	10	100	50	260	1:26.0	3.1	0.1186	1:2.9814
	20	150	50	320	1:16.0	1.2	0.3536	
XVIII.	10	100	50	260	1:26.0	3.1	0.0896	1:1.8091
	20	150	50	320	1:16.0	1.2	0.1621	

mértéknél nagyobb fokban növeljük, a kicsapódó benzoatkeverék súlya kisebb, mint kevesebb benzoylchlorid alkalmazása mellett.

A IX.—XIV. kísérletekből pedig az tűnik ki, hogy ha az alkalmazott NaOH mennyiségét nem növeljük arányosan a benzoylchlorid mennyiségével, hanem ehhez viszonyítva csökkentjük, akkor a kicsapódó benzoateszterek mennyisége sokkal nagyobb mértékben növekszik, mint a milyen mértékben a reactiohoz vett benzoylchlorid mennyiségét növeltük. Legszembetűnőbb ez a X. és XIII. kísérletnél, melyeknél 120 cm³ 10% os NaOH oldat alkalmazása mellett 10 cm³ benzoylchloriddal 2.8—2.9-szer annyi eszterkeverék volt nyerhető, mint 5 cm³-rel.

Ha a táblázat utolsó rovatának arányszámait egybevetjük azon számokkal, melyek az egyes kísérleteknél a benzoylchlorid megkötése után szabadon maradó NaOH kiszámított mennyiségeit tüntetik fel, azt látjuk, hogy két egymáshoz tartozó kísérlet közül mindig annál csapódott ki nagyobb mennyiségű benzoatkeverék — bármekkora is volt az alkalmazott benzoylchlorid mennyisége —, melynél a NaOH fölöslege kisebb volt. E szabály alól az I., II. és IV. kísérletek mutatnak kivételt, jelezvén, hogy a benzoatesapadék mennyiségére a lug fölöslegén kívül más tényezők is gyakorolnak befolyást.

Lényegileg ugyanez tűnik ki a benzoylchlorid mennyiségének nagyfokú (20 cm³) emelésével végzett XV.—XVIII. kísérletekből is, melyek közül kettő (XV.—XVI.) a lug nagy feleslegének a csapadék képződésére (illetve a kiképzett csapadéknak bomlás nélkül megmaradására) gyakorolt káros befolyását bizonyítja, mutatván, hogy lug nagy fölöslegének jelenlétében a benzoylchlorid mennyiségének ily nagyfokú emelésével sem lehetett a vizeletből nyerhető benzoateszterek mennyiségét növelni. Ezzel szemben a XVII. és XVIII. kísérletekből azt láthatjuk, hogy a lug nagy feleslegének elkerülése mellett a benzoylchlorid mennyiségének 10 cm³-en felüli emelésével is (100 cm³ vizeletre számítva)

* A phosphorsavas földfémeknek NaOH-mal kicsapása után.

sikerült a benzoylesztereknek jelentékenyen bőségebb kiválását elérni.

Hasonló összefüggést találhatunk az alkalmazott benzoylchloridnak a folyadék összes mennyiségéhez való viszonya és a benzoatesapadék súlya között. Ugyanis a legtöbb esetben a kísérletpárok azon tagjainál vált ki nagyobb mennyiségű benzoatesapadék, melyeknél az összes folyadéknak az alkalmazott benzoylchloridhoz viszonyított mennyisége kisebb volt. Az első kísérlet-sorozat III., V., VI., VII., VIII., XV. és XVI. kísérletéből azonban, melyek e szabály alól kivételt képeznek, az tűnik ki, hogy a benzoatok kicsapódásának mértékére a fölös NaOH mennyisége mégis jelentékenyebb befolyást gyakorol, mint a benzoylchloridnak az összes folyadékmennyiséghez való ezen viszonya.

Ugyanez még jobban kiviláglik azon kísérletből, melynél ugyanazon vizelet 100—100 cm³-ét 10—10 cm³ benzoylchloriddal benzoyloztam, az alkalmazott NaOH oldat töménységét és mennyiségét pedig négy benzoylozásnál oly módon változtattam, hogy ez által a folyadék összes mennyiségében, illetve ennek a benzoylchlorid mennyiségéhez való viszonyában, továbbá a fölös lug mennyiségében az alábbi táblázatban feltüntetett különbségeket hoztam létre.

	C ⁶ H ⁵ COCl aránya a folyadék összes mennyiségéhez	Fölös NaOH gr.-okban.	Benzoat súlya gr.-okban.
I.	1:26.0	3.1	0.0896
II.	1:26.0	8.1	0.0408
III.	1:16.0	3.1	0.0974
IV.	1:16.0	8.1	0.0480

Mint e néhány adatból látszik, a benzoatesapadék mennyiségében lényeges különbség volt a fölös lug mennyisége szerint. Ellenben azon kísérleteknél, melyeknél a fölös lug mennyisége ugyanaz maradt és csak a benzoylchloridnak a folyadék összes mennyiségéhez való viszonya volt különböző, a benzoatesapadékok súlyában sokkal kevésbé jelentékeny eltérés mutatkozott.

(Folytatása következik.)

Gelatina-injectio után fellépett tetanus esete.

Moskovits Albert dr. gálszécsi orvostól.

A Herczel és Hochhalt tanárok által a „Közkórházi orvos-társulat“ f. évi február 26-diki ülésén ismertetett gelatina-injectio után fellépett tetanushoz hasonló esetet nekem is volt alkalmam észlelni, melyet adalékul a mind sürűbben alkalmazásba jövő gelatina-injectiok casuistikájához a következőkben vagyok bátor közölni.

1901 nyarán, midőn még a szt. Rókus-kórház II. belosztályának alorvosa voltam és az osztályos főorvos Ángyán Béla egyetemi tanár úr nyári szabadságideje alatt én voltam az osztály vezetésével megbízva, egy 40—45 év körüli ügynök vétetett fel az osztályra a következő anamnesissel: az erősen fejlett csont- és izomrendszerrel bíró beteg előadta, hogy pár hónap óta időnként kiújuló haematuriaiban szenved, a mi ellen eleinte belső orvosságokat szedett (a felmutatott recept szerint secale cornutumot), míg utóbb egy budapesti urologus specialistához fordult, ki öt mintegy egy hét előtt gelatin-injectiokkal kezelte. Két nappal felvétele előtt a befecskendések helye fájdalmasan meggyuladt, később pedig hányással és hidegrázással kezdődő általános rosszullét lépett fel nála, miért is a kórházban felvételre jelentkezett. A nehézkesen beszélő, de tiszta sensoriumu betegnél tipikus tetanuson kívül (opisthotonus, risus sardonius, mérsékelt trismus, deszkakemény has) mindkét hypogastrialis tájon mintegy féltenyérnyi terjedelemben elmosódott határral a környezet fölé kissé kiemelkedő igen élénk vörös elszínesedést találtam, mely tapintásra határozott seregegést mutatott. Mérsékelt láz.¹ Hogy a leirt gázphlegmones partiek helyének megfelelőleg történt a gelatin-injectio, az kitűnt a beteg állításán kívül abból is, hogy a szomszédság bőralatti kötőszövetében egyes mogyorónyi nagyságú beszűremlődéses göbcsék voltak tapinthatók, a minők néha némely injectiok után szottak egy ideig fennállani. Ezek után kétségtelen

volt, hogy az inficiált gelatina által okoztatott a helyi phlegmonosus folyamat és az általános tetanus. A subcutan alkalmazott tetanus-antitoxin daczára beteg két nap múlva elhalt. A megejtett sectionál (Verebélyi dr. tanársegád) csakis az agyhártyák vérbősége volt a positiv lelet és a vesékben is némi hyperaemián kívül mi sem volt található, mi az előrement haematuria okául lett volna felvehető.

T Á R C Z A.

† Landois Leonard dr.

1837—1902.

Landois Leonard, Greifswaldban az élettan tanára, folyó évi november hó 17-dikén meghalt. 1837 december hó 1-jén született Münsterben és 1872 óta a greifswaldi egyetemen az élettan tanára volt.

Landois az irodalomban az érverésről 1872-ben „Die Lehre vom Arterienpuls“, a szívlökésről 1876-ban „Graphische Untersuchungen über den Herzschlag“ és „Die Transfusion des Blutes“ cím alatt 1875-ben s 1878-ban közzétett dolgozatai, valamint a „Lehrbuch der Physiologie des Menschen“ című tankönyve által tűnt ki kiválóan. Az érverésről írt monographiában több érverésjelző készüléket ír le — angiograph, gáz-sphygmoskop —. Az érverésgörbén megkülönbözteti a visszaverődési lengést a ruganyossági lengéstől (Rückstosselevation und Elasticitätsschwingungen). Visszaverődési elevationnak a dikrotikus emelkedést mondja, mely szerinte úgy jön létre, hogy a félholdképi billentyűknek a szívystole végével bekövetkező záródása miatt a vérhullám a billentyűkhöz odaütődik s ezekről mint új positiv hullám visszaverődik. Ruganyossági lengéseknek az érlökésgörbén észlelhető kevésbé kifejezett apróbb ingadozásokat mondja, melyek szerinte azért támadnak, mivel az érlökés hulláma által erősen megfeszített érfal úgy rezeg, mint valamely hirtelen megfeszült húr. Ismeretes, hogy az érverésgörbén észlelhető apróbb emelkedéseket ma a legtöbb vizsgáló másképpen magyarázza. Landois az érlökés előhaladásbességét is megmérte s 1 mp. alatt a karokon 8-43, a lábakon 9-40 méternek megfelelőnek találta.

A szívlökésgörbén észlelhető két emelkedést, mely az úgynevezett „plateau“-t alkotja, Landois a vitorla-, illetve félholdalakú billentyűk záródásának tulajdonítja. Direct e kérdést illetően mások által tett vizsgálatok minden kétségen kívül állónak bizonyítják, hogy a billentyűk záródása a szívet nem rezegteti meg annyira, és hogy az emelkedések a billentyűk kizárása esetén is láthatók a kardiogrammon. Az érverés- és szívlökésgörbén észlelhető kötés emelkedés azok egyugyanazon okára utal, s ez a szívösszehúzódás sajátos lefolyásában kelesendő.

A ma nagy jelentőséget nyert haemolysist Landois észlelte először, midőn látta, hogy békavérsvába adott egy csepp defibrinált nyúlver sejtjeinek haemoglobinja feloldódik a savóban, hogy általában másfajú állatok vérsavója globulicid hatású. Ilyenkor a visszamaradó stromaanyag fonalakra nyúlik ki, melyeket Landois „stromafibrin“-nak nevezett el. Madarak és emlősök vérében is észlelte Landois a rostanyag képződését vörös vérséjtek stromáiból.

Hogy tankönyve milyen elterjedésnek örvendett, azt mindenki tudja, a ki 1880-on innen tanulta a physiológiát. Húsz év alatt Landois tankönyve tíz kiadást ért. A könyv főleg azért örvendett nagy elterjedésnek, mivel a gyakorló orvos igényeire kiválóan tekintettel volt. Benne mindazon vizsgálati eljárásokat megtalálja az olvasó, melyeket a gyakorlati életben mint orv os értékesíthet. Sőt Landois könyvét még az által is törekedett értékesébbé tenni, hogy külön életkörtani fejezeteket csatolt műve egyes szakaszaihoz. Mindenképen hálálatos munkát végzett tankönyve megírásával. Az egymást sürűn követő új kiadások lehetőségessé tették, hogy Landois könyve mindenkor a tudomány magaslátán maradhatott. Nálunk ez, sajnos, lehetetlen. A hol physiologiai tankönyvből tíz év alatt hatszáz példány fogyott el, ott a kiadó természetesen nem vállalkozhatik a tankönyv újból való kiadására. Itt hiába indítja a tanárt kötelességérzete tankönyv írására. Pedig ha kívánjuk, hogy tanulóink magyarul tanuljanak, hogy a horvát, román s más ajkú ifjak a mi egyetemünket látogassák, akkor legalább egy tankönyvet minden szakmából kellene nyújtani nekik. Fontosabb nemzeti érdek ez sok másnál, a mi a tankönyveknél jóval több pénzbe kerül az államnak. Szintén kívánatosnak tetszik előttem, hogy a tanári kinevezéseknél tankönyv írás feltételül tűzessék ki, a mikor azonban természetesen a farsztó munka és a kiadás költségeiről is gondoskodás történjék. A mi magától nem mehet, azt mesterségesen előteremteni is hasznos.

Igen tanulságosak Landois dolgozatai a vértransfusioról; a mi észleleteket ezekben leirt, azokkal számolnia kell annak, a ki transfusiot végezni akar. Ezeken kívül tanulmányt írt Landois a lepke szárnyának kifejlődéséről, a bothriocephalus latus nemzésre érett tagjairól, a haemautographiáról, az agykéreg hőhatásáról, éneklő lángokról, a vasomotoros idegrendszerről, eklampsiáról agykéreg izgatása folytán, a hajak hirtelen megöszüléséről és másokról.

Landoisban a német tudományos világ előzekeny modorú, jeles előadót és bávart vesztett el, a ki munkásságával nemcsak honfitársainak, hanem az egész világnak hálájára, s így a mi hálánkra is valóban érdemes.

K.

¹ Vizeletben minimalis fehérje, mikroskop alatt alakelemek nem voltak találhatóak.

Közegészségügy.

A gyógyszerársvámvány módosítása. 120.601/1902. B. M. számú körrendelet. (Valamennyi vármegyei és városi törvényhatóságnak [Fiume kivételével].)

Egyes gyógyszerek árai a gyógyszerár-kereskedésben ingadozásnak lévén alávétve, szükségessé vált az 1901. évi október hó 29-dikén 115.551. sz. alatt kelt körrendelettel életbeléptetett gyógyszerársvámványban felsorolt egyes gyógyszerek árgységeinek a tényleges viszonyokhoz mért változtatása.

Ennélfogva elfogadva az orsz. közegészségügyi tanácsnak némely gyógyszerek és a gyógyszerek kiszolgáltatásához szükséges edények árának megváltoztatására, továbbá a gyógyszerek kiszolgáltatására vonatkozó 1901. évi 115.551. sz. alatti gyógyszerársvámvány elején található belügyministeri rendeletben foglalták kiegészítésére irányuló javaslatát, mindazon gyógyszerek és edények árait, melyek az ezen rendelettel kiadott s ide / alatt mellékelt gyógyszerársvámványi függelékben felsoroltatnak, a szerint állapítom meg, a mint az ezen függelékben foglaltatik s elrendelem, hogy a gyógyszerársvámvány ezen függelékben foglalt rendelkezéseket, illetve az 1901. évi 115.551. sz. belügyministeri rendelet kiegészítésére 20., 21. és 22. pontok alatt kiadott intézkedéseket szigorúan tartásuk be.

Az egyes gyógyszerek árának módosítása folytán az 1898. évi 99.000 számú körrendelettel kiadott szabályzat II. mellékletében felsorolt vényminták árai is változást szenvedvén, a függelék végén V. alatt azon vényminták új árai is fel vannak tüntetve mihez tartásuk végett.

Felhívom ezímet, hogy jelen rendeletet tartalmáról a törvényhatósága területén lakó összes orvosokat, állatorvosokat és gyógyszerészeket értesítse, a gyógyszerársvámvány függelékének idezart példányait pedig haladéok nélkül az összes nyilvános, házi és kézi gyógyszerárak tulajdonosainak vagy kezelőinek szigorú mihez tartás végett azzal kézbesítse, hogy ezen függelék a most érvényben levő gyógyszerársvámvány első lapja, illetve belső fehér czímlapja elé ragasz-szák be s a függelékben felsorolt gyógyszerek neveit és árait az 1901. évi 115.551. sz. alatt kiadott gyógyszerársvámványban 1903. évi január 1-én, a midőn azok árának módosítása életbe lép, húzzák keresztül, mely körülményről a tisztí főorvosok a gyógyszerárak megvizsgálása alkalmából meggyőződést tartoznak szerezni.

Végül minthogy a gyógyszerek kiszolgáltatására vonatkozó 1901. évi 115.551. sz. belügyministeri rendelet kiegészítésére az ezen körrendelettel kiadott függelékben IV. és 20. alatt felsorolt intézkedés egyik része első sorban a gyógyszereket rendelő orvosokat és állatorvosokat illeti, felhívom ezímet, hogy ezen 20. alatti rendelkezésnek következő részét:

„A magyar gyógyszerkönyvben és árszabványban egy vagy két keresztrel (+ vagy ++) megjelölt gyógyszerek rendelkezésénél úgy az ember-orvos, mint az állatorvos köteles a vényen tüzetesen kiírni a gyógyszer szedésének vagy más használatának módját s tilos az ilyen vényeken a használati módnak „rendelet szerint“ vagy „utasítás szerint“ való megjelölése — a törvényhatósága területén lakó összes orvosokkal és állatorvosokkal azzal közölje, miszerint a gyógyszerészeknek elrendeltetett, hogy az ezen rendelkezés figyelmen kívül hagyásával irt vényeket kiszolgáltatniok tilos.

Budapesten, 1902. évi november hó 14-dikén. Széll, s. k.

Syria (Palaestina) kolera-fertőzte partvidékről érkező utasokkal való elbánás. 120.196/1902. B. M. számú körrendelet. (Valamennyi vármegyei és városi törvényhatóságnak [Fiume kivételével].)

A koleraának Gaza, Lydda, Tiberias és Jaffa városokban történt föllépése folytán a kereskedelemügyi minster úr folyó évi november hó 12-dikén 75.017. sz. a. kelt rendeletével a földmívelési- és pénzügy-minister úrakkal, továbbá velem, úgyszintén a cs. kir. osztrák kormány-nal egyetértőleg megtiltotta, illetve korlátozta a következő árúknak és tárgyaknak Syria (Palaestina) egyptomi határáról Beirutig terjedő, de Beirut kikötő városát magában nem foglaló partvidékről való behozatalát és átvitelét:

1. Testi fehérneműek és viselt ruhafélék (használatra szánt tárgyak) és használt ágyneműek.

Midőn ezen tárgyak, mint útipodgyász vagy lakhelyváltozás miatt szállítatnak (berendezési tárgyak), azok a határátlépésnél az egészség-rendőri vizgálatra és eljárásra nézve fennálló külön határozatok alá esnek.

2. Rongyok és papirkészítésre szánt ócska-rongyok (drilles).

Nem esnek ezen tilalom alá:

a) hydraulikus erő által összepréselt rongyok, melyek mint nagy-kereskedelmi cikkek vaskarikával ellátott nagy csomagban szállítatnak és melyek a rendeltetési ország hatósága által elfogadott származási jeggyel és számmal el vannak látva;

b) oly új hulladékok, melyek fonó-, szövő-, kikészítési vagy fehérítő műhelyekből közvetlenül érkeznek; műgyapotoneműek (Kunst-wolle, Shoddy), új papír hulladékaik.

A felsorolt árú és tárgyak átvitele, ha azoknak a szomszédos külföldi átviteli, illetve beviteli területre való beviteli engedélyezése igazoltatott, mindazonáltal meg van engedve, ha azok oly módon vannak csomagolva, hogy azokban azoknak mindennemű érintése lehetetlen.

Ezt azzal hozom a törvényhatóság tudomására, hogy az 1894. évi IX. t.-cz.-be iktatott drezdai nemzetközi egyezmény I. melléklete V. czímének 9. bekezdésében foglalt intézkedés foganatosíthatása végett a kereskedelemügyi minster úr utasította a fiumei m. kir. tengerészeti

hatóságot, hogy kolera-fertőzte helyről érkező s a bel- vagy külföldre továbbmenő utasok érkezéséről az érdekelt helyhatóságot és az illetékes törvényhatóságot, illetőleg a megfelelő közigazgatási hatóságot esetről esetre táviratban értesítse.

Felhívom tehát a törvényhatóságot, hogy a fertőzött vidékekről saját területére érkező utasokat 5 napi orvosi megfigyelés alatt tartsa. A megfigyelésre nézve a pestis behuzrolásának megakadályozása tárgyában kiadott 61,330/1899. és 80,601/1901. sz. itteni rendeletek irányadók.

Végül felhívom a törvényhatóságot, hogy a kolera elleni védekezés tárgyában kibocsátott 78,571/1894. sz. itteni körrendeletnek a köztisztaságra vonatkozó intézkedések végrehajtására fokozott figyelmet fordítson. Budapest, 1902. évi november hó 18-dikén.

A minster helyett: Gulner s. k., államtitkár.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

Törökvések a sebészeti eszközök, a kötőszerek és a varróanyag csírátlanítását tökéletesíteni.

Közl: Hüttl Hümer dr.

(Folytatás.)

107. Troller: Über Stichkanalinfektionen bei Hautnähten und ihre Beziehungen zur Art des Nahtmaterials. Beiträge zur klin. Chir. XXII. k. 441. l. — 108. Haegler-Passavant: Über die Metallnaht mit Aluminiumbronz und über eine leicht zu sterilisierende Nahtbüchse. Correspondenzblatt f. Schweizer Ärzte. 1897. 7. sz. — 109. Pichler: Über den Werth des Aluminiumbronzdrahtes. Cbl. f. Chir. 1901. 16. — 110. Schlutius: Celluloidzwirn nach San. Rath Dr. Pagenstecher. Cbl. f. Gyn. 1899. 1164. l. — 111. Braun: Ueber das chirurgische Nahtmaterial. Münch. med. Woch. 1900. 15. és 16. sz. — 112. Boeckmann: Catgut. Ref. Cbl. f. Chir. 1900. 60. sz. — 113. Scherrer: A new method of preparing silk ligatures. Philadelphia med. journ. R. Cbl. f. Chir. 1899. 74. l. — 114. Haegler: Steriles oder antiseptisches Ligaturmaterial. Cbl. f. Chir. 1899. 132. l. — 115. Thomalla: Über eine vollkommen antiseptische Nähseide und antiseptisches Catgut. Berliner klin. Woch. 1898. 15. sz. — 116. Katzenstein: Eine neue Methode zur Anlegung von Ligaturen. Versammlung Deutscher Naturforscher 1900 Aachen, freie Vereinigung d. Chir. Berlins. 1901. február 11. és Cbl. f. Chir. 1901. 23. szám. — 117. Villar: Congrès de chirurgie. Paris, 1897. — 118. Duplay et Cazin: Sur un nouveau procédé de cure radicale des hernies inguinales sans fils perdus. Sem. méd. 1896. — 119. Gigli e G. Baroni: Suture profunde amovibile. Cura delle ernie inguinali (metodo Bassini) senza fili perduti. R. Cbl. f. Chir. 1898. 376. l. — 120. Jonnesco: Ein neues Verfahren für die Radicaloperation der Leistenbrüche ohne verlorene Fäden. Cbl. f. Chir. 1899. — 121. Link: Eine neue Nahtmethode bei der Radicaloperation der Hernien ohne bleibend ver-senkte Nähte. Cbl. f. Chir. 1899.

Ha ezen catgut előkészítési módokon végig tekintünk, azt látjuk, hogy a vegyszerekkel előidézett csírátlanság, valamint a száraz melegben történő csírátlanság elégtelen. A vegyszer desinfectálásnak még az is nagy hátránya, hogy sokáig tart, míg a fonal használhatóvá lesz, holott óhajtható, hogy a fonalat is a műszerekkel és kötőszerekkel együtt csírátlansuk. A készen tartott csíramentes fonalak nem előnyösek, mert nincsen olyan physikális ismervünk, melylyel hamarosan megmondhatnók, hogy az eredetileg jó fonal az eltartás ideje alatt nem romlott-e meg, hogy a tartókból való kivételnél nem fertőztetett-e. Hátrány az is, hogy az egy tartóban eltett fonalakból a műtét után fennmaradt részt nem lehet használni, mert nem lehet kezeskedni arról, hogy valóban csíramentes állapotban maradt meg a tartó kinyitása után is.

A cumol desinfectio úgy látszik valóban csíramentes és használható fonalakat ad, de az elkészítés annyira körülményes és oly sok technikai ismeretet tételez fel, hogy a módszer általános elterjedésének már ez egymagában is útjában áll.

Legegyszerűbb a Hofmeister-féle formalin catgut kifőzése, mely eddig nincsen megtámadva, ajánlatos tehát, hogy az, a ki mindenesetre catgutot akar alkalmazni, vagy ezen módszer szerint készítse el fonalait, vagy az Elsberg-féle ammonium sulfuricumot kísértse meg.

Nemcsak Kocher és Lauenstein, hanem a sebészek legnagyobb része általában lemondott a catgut használatáról és nézetem szerint ezen varróanyag néhány alább meghatározandó kivételes esettől eltekintve teljesen nélkülözhető. Vannak azonban jeles sebészek, hogy pl. csak Bazy-t említsen, kik mindent catguttal varrnak.

Különösen három tapasztalat nem teszi ajánlatossá a catgut használatát:

1. A különböző helyekről származó catgut a csírátlansággal szemben igen különbözőképp viselkedik, úgy hogy az egy fajta catgutra tett tapasztalatok egyáltalán nem vonatkoztathatók egy másik fajtára. És mert az előállítási módot a gyárak mint üzleti titkot erősen őrzik, egyelőre nem tudjuk megmondani, hogy a különböző gyárakból származó catgut között miért van ezen különbség. Midőn Hofmeister Saul módszerét ellenőrizte, a legjobb eredményeket a Wiessner által gyártott catguttal kapta, melylyel Saul is dolgozott, ezzel ellentétben a genfi catgutról bebizonyította Hofmeister, hogy Saul módszere szerint 4—8-szor oly nehezen csírátlanítható, mint a Wiessner-féle.

2. Már régebb idő óta ismeretes volt, hogy ha catgutfonaltálynál a fonalat ellenőrző vizsgálatnak vetették alá, nem sikerült minden esetben a fonalból csirákat kitenyészteni, sőt ellenkezőleg a vizsgálat nem egyszer teljes csirátlaniságot mutatott ki. Mindnyájan láthattuk, hogy a catguttal varrt Bassini-féle műtétnek egyik-másik esetben a műtét területe megdagadt, a p. p. egyesült sebből pedig egyes helyeken savószzerű váladék szivárgott ki, egy idő múlva úgy a hogy záródtak ezen nyílások, úgy, hogy tulajdonképpen nem lehetett az esetet fertőzésnek felfogni. Különösen Poppert az érdek, hogy ezen körülményre felhívta a sebészek figyelmét. Vizsgálatainak eredményét a következő pontokba lehet összefoglalni:

a) A catgut teljes csirátlaniság mellett is okozhat genyedet, mely kémiai anyagok által lévén feltételezve, mint chemotaktikus genyedés fogható fel, jellege ennek megfelelőleg mindig jóindulatú, nem úgy mint a bakteriumok által okozott genyedés.

b) A catgut által okozott súlyos phlegmoneszerű lobosodásokat mind bakterium-fertőzésre kell visszavezetni.

Poppert valószínűnek tartja, hogy a chemotaktikus hatóanyag rothadás terméke, ennek folytán czélszerű lenne, ha csak friss belekből állítanák elő gondos felügyelet alatt a catgutot.

Orlandi a bakterium nélküli genyedés kérdésében az elsőbbséget magának foglalja le, szerinte a csirátlan catgut is izgalmat okoz és állati szövetbe ágyazva a következő elváltozásokat eredményezi: a) hamar keletkezik egy reactio, melynek azonban nincsen nagy jelentősége és mely onnan származik, hogy a catgut különböző desiniciáló vegyszerekkel lett kezelve, b) később egy másik reactio támad, mely a csirátlanítás és a catgut előkészítésével nincs összefüggésben, hanem bakterium-hullák, vagy a bakteriumok anyagcseretermékeinek jelenlététől függ. Ezen termékek már az előkészítés előtt bent voltak a catgutban, és neki oly erős chemotaktikus tulajdonságot kölcsönöznek, hogy valódi tályogot szinlelő leukocytá gyülemek jöhetnek létre, melyek teljesen steriles és jóindulatúak. Ezen eredmények megegyeznek a Poppert által nyertekkel. De Orlandi tovább ment és még azt is megvizsgálta, hogy mi történik, ha egy műtétnél fertőzés történt és ugyanakkor catgut is használtatott, vajjon a catgut által bizonyos adott helyen előidézett reactio képes-e a fertőzési csírok növekedését vagy biológiai tulajdonságait megváltoztatni. Orlandi megállapíthatta, hogy azokon a helyeken, hol a catgut feküdt, gyorsabban és könnyebben keletkeztek tályogok és elhalások, hogy a microorganismusok sem növekedésükben, sem virulentiájukban nem szenvedtek változást és végre hogyha a kísérleti állatokat intravenosuson virulens csírokkal oltotta, akkor a catgut körül is keletkeztek lógbócok, a mi nem történt, ha az állatot bőr alá oltotta be.

3. Orlandi vizsgálatai állatkísérleten mutatták meg a catgut alkalmazásának harmadik hátrányát, mely a klinikusok előtt szintén már régen ismeretes volt, hogy t. i. a lekötő fonalak körül egész rejtélyes módon keletkeznek apró tályogok. Ma már ezen kérdés is teljesen tisztázva van, mert tudjuk, hogy a catgut kémiai méregtartalma, sőt esetleg a catgutban bezárt bakteriumhullák (gondoljunk arra, hogy elhalt tuberculosis coloniák milyen nagy hatással vannak az emberi testre Koch legújabb vizsgálatai szerint) a környező szövetek ellentálló képességét annyira lefokozták, hogy a többnyire minden friss sebben jelenlevő bakteriumok ott a legkönnyebben megtelepedhetnek.

Mindezeket tekintve kétségtelen, hogy a catgut nemcsak nem megbízható, hanem egyenesen veszedelmes varróanyag, úgy hogy használatát nem ajánlatos. Végkép száműzni a sebesztetből ez időben nem tanácsos, mert azon tulajdonsága, hogy a sebben elkorhad és felszívódik, némely esetekre egyenesen nélkülözhetetlenné teszi.

A helyett, hogy definitioval határoznám meg azon eseteket, melyekben a catgut használata czélszerű, két példát említek fel. Egy vesekiirtásnál, melyet tuberculosis miatt végzünk, a csonkot, illetőleg a veséhez futó edényeket le kell kötni. Miután a műtét után rendszeren nyitott sebkezelés szükséges, a vastag lekötő fonal a környezetből beivódik genyenyel és most a genyedést addig tartja fenn, míg csak helyéből le nem válik, a sebből el nem távolítjuk. Azért ezen műtétnél czélszerű a csonkot az elkorhadó catguttal lekötöni.

A második példában nézzünk egy laryngofissiót. A gégefelhasítás után a pajzsporcot megint össze kell varrni. A fonal egy része, a kacs a gége ürtere felé tekint, honnan nyállal tele ivódik. Csomója felett a bőrt egyesítjük, mert hiszen laryngofissiónál az a törekvésünk, hogy primát érjünk el. Itt is, ha a fonal meggenyed, a különben végnélküli lobot csak újabb műtéttel szüntethetjük meg. Catgut elkorhadva, az újabb beavatkozást feleslegessé teszi.

Végezetül még mint curiosumot felemlítem, hogy Sneguireff és tanítványa Greife nem akarván lemondani a resorbeálható varróanyag-ról, de elismervén, hogy a catgutot nem lehet biztosan csirátlanítani, az iramszarvas ligamentum nuchae-jából készült fonalakat ajánlják, melyekkel azelőtt már Putilow, Lewitzki és Krüdener is dolgozott. A fonalakat juniperus olajjal kívánják desiniciálni. E tárgyban az a nézetünk, hogy ha már nem lehet az iramszarvas tarkó inakat exact physikalís desinfectionnak alávetni, hanem csak chemiainak, előnyük a catgut felett legalább is kérdéses. Az sem bizonyos, van-e annyi iramszarvas a világon, még ha mind ideadja is ligamentum nuchae-ját, hogy ellássa azon számos sebészt és nőgyógyászt, kik ma már mind szakítva a hagyományokkal, a gyógyításban lehetőleg a véres utat választják. Marcy subcuticularis varratához a kengurú farkából csináltat fonalat. A fark inait kiszáritják, azután 10/00-es sublimat-, majd 20/00-es formalin-, később chromsavoldatba teszik őket. Az eltartás sterilizált lenolajban történik. Valóban mindez nem valami egyszerű és még jobban elveszi az ember kedvét a kengurú farktól az, hogy csak azon fonalak jók, melyek már régen olajban hevernek. (Folyt. köv.)

Könyvismertetés.

Paul Meissner: Mikroskopische Technik. Zweite Auflage. Leipzig. Verlag von Georg Thieme.

Az ismert berlini bőrorvosnak kis compendiuma rövid időn belül második kiadásban jelent meg. Használhatóságának minden esetre legjobban bizonyítéka. A munka sem teljességre, sem kimerítő tárgyalásra már terjedelménél fogva sem tarthat igényt, de a mikroskoppak, az optikai viszonyoknak leírása nagyobb kézikönyvekben lehet ugyan bővebb, de nem nyújthat többet. Az instrumentariumra, a vizsgálati anyag beszerzésére és feldolgozására, festékek és vegyszerek összeállítására nézve pedig minden tudnivalót megtalál a gyakorló orvos, a ki számára e munka összeállított.

R-i.

William H. Broadbent: Herzkrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Prognose und der Therapie. Würzburg, A. Stuber's Verlag (C. Kabitzsch), 1902.

Szerzőnek eme harmadik kiadása, angol nyelvű munkáját Ferdinánd Kornfeld fordította németre. Broadbent munkájában nagy tapasztalat szereztet egyéniséget találunk. Az inkább köztudomású részleteket, a vizsgálati módszereket, a szívbajok kórtanát s tünetét röviden, világosan, compendiumszerűen tárgyalja, hogy annál bővebben értekezzen a szívbajok kórjóslatáról s gyógyítási módjairól. Elvezetesen, részletesen, de szöszaporítás nélkül tárgyalja a billentyűbántalmakat, a szívvel szövetület bántalmait, a szívburokgyuladást, a szív struktúra- s izom-elváltozásait, a functionális zavarokat s az aorta bajait. Külön fejezetben, talán legszebben ír az angina pectorisról. Minden kis tünetet tekintetbe vesz Broadbent, hogy felhasználhassa a kórjóslatnál, minek tárgyalásába érdekes rövid történeteket sző. A therapia megválasztásánál éles megfigyelésre, gondos körültekintésre tanít, felhasználásra ajánl minden gyógyszeres, physikalís s diætás gyógymodot; az esetek pontos megkülönböztetésével megmutatja, milyen eszközzel mennyit használhatunk s mennyit árthatunk. Fordító hasznos munkát végzett, midőn e jó munkát tágabb körök részére hozzáférhetővé tette.

Nagy Pál dr.

Uj könyvek. Grassi: Malaria. Nachtrag zur zweiten Auflage. Jena, G. Fischer. — Verworn: Die Biogenhypothese. Jena, G. Fischer. — Hoppe-Seyler: Handbuch der physiologisch- und pathologisch-chemischen Analyse. Siebente Auflage. Bearbeitet von Thierfelder. Berlin, A. Hirschwald. — Berendes: Des Pedanios Dioskurides aus Anazarbos Arzneimittellehre. Stuttgart, F. Enke. — Courmont et Montagard: Les leucocytes. Paris, Masson et comp. — Dieulafoy: Clinique médicale de l'Hotel-Dieu de Paris. 1901—1902. Paris. Masson et comp. — Noeard et Leclainche: Les maladies microbiennes des animaux. Troisième édition. Paris, Masson et comp.

Lapszemle.

Gyógyszertan és méregtan.

A protargolról szóló újabb közlemények e szernek a régiek mellett több újabb indicatióját említik. Marschalko (Berlin. klin. Woch. 1902. 15. szám.) mint prophylacticumot a szer 20/0-os oldatának instillációját ajánlja közvetlenül a coitus után. 161 esetben naponta 2-szer 1—5/0 protargol-oldat befecskendezésével átlag 28 nap alatt gyógyította nők húgycsővének gonorrhoeáját. 5—10/0-os oldatból hetenkint 2-szer 2 cm³-t fecskendezve be, átlag 11 injectioval az uterus-gonorrhoeát is meggyógyította. Jacobson (Wratsch 1902. 4. és 5.), férfiaknál 20/0-os protargol becséptetést, nőknél protargol-vaginal golyókat és protargolos kiöblítéseket ajánl, mint prophylacticumot kankó gyanus coitus után. Hartridge (The Am. Journ. of Ophth. 1902. 12. szám.) a 3/0-os protargol-oldatot főleg conjunctivitis purulentáéban találta igen becsesnek. Nagyon jól hatott acut contagiosus epidemikus conjunctivitisnél, nemkülönben a csatorna felhasítása után dacryocystitisnél is. Chronikus blepharitisnél vagy conjunctivitisnél kevésbé biztosan hat. Poel (British med. J. 1902. 12. szám.) gonorrhoeikus prostatitisnél alkalmazza a protargolt. Vizelet után a pars posterior 1/4—1/20/0-os oldattal egyszer ki lesz fecskendezve. Azután 1/2—3/40/0-os cocain-oldattal érzéstelenítve a hólyagot, 200—400 cm³ protargol-oldat lesz befecskendezve. Hoese (Ther. Monthly, 1902. 3. szám.) erysipelasnál localiter igen szép sikerrel alkalmazta. 2 dysenteria is sikeresen kezelt 1/0-os oldat rectalis injeciálásával. Ajánlja argent. nitricum helyett ulcus ventriculinál is, mert ellenállóbb annál és változatlanul ér el a fekélyhez.

Marikorszky dr.

Az aspirin indicatiója mind tágabb körre terjeszkedik. Lehmann pl. újabban (Deutsche med. Woch. 1902. 32. szám.) nagyon dicseri nervosus dysmenorrhoea fájdalmaknál. Az első tünet fellépésekor 1 grammot, azután a szükséghez képest óránként még 1/2 grammot nyújt usque 2—3 grammig pro die. A hatás, miut mondja, bámulatos. Cybulski (Ther. d. Gegenw. 1902. 9. szám.) azt tapasztalta, hogy a tuberculosisnál gyakori száraz vagy izzadmányos pleuritis enyhébben és gyorsabban zajlik le, ha 0.5 grammonként naponta összesen 3—4 gramm aspirint adunk a betegnek. Tracheitisnél és bronchitisnél szintén igen jól hatna a szer, erősen megizzasztva a beteget. A phthisis utolsó szakában fellépni szokott, rázóhideggel járó lázat szintén pompásan coupírozza az aspirin. Genlaire (Contrib. l'étudé clin. de l'aspirine. C. Naud. Paris 1902.) szerint az aspirin a legártalmatlanabb a létező analgetikumok között. Ideges arthritissnél specificum. Láttak már tőle igen szép eredményt synovitis scarlatinosa, thypusnál, kanyarónál, variolánál, otitisnél,

influenzánál is. *Filippi* (Allg. med. Central. Zeit. 1902. 52. szám.) kísérletei szerint az aspirin ártalmatlan, több jut belőle az ízületbe, mint a natrium-salicilicumból és lassabban választatik ki mint amaz.

Marikowszky dr.

Belgyógyászat.

Az icterus korai diagnosizálásáról. *Hamel* a vérsavót használja fel az icterus kórimzésére. A beteg fülcimpájából e célból 15–20 csepp vért szív fel egy hajszálcába. A cső két végét viaszszal bedugva, néhány óra múlva külön lesz válvá a vérelepény a vérsavótól. A normális vérsavó viztiszta, icterusos beteg savója pedig sárga, azonkívül az ismert kémlelő eljárásokkal is ki lehet benne mutatni az epefestéket. A savó sárga színe rendesen sokkal kifejezettebb, mint a bőrre vagy a conjunctiva bulbié, s hamarabb is észre lehet venni. A savó sárga színének intenzitása a baj súlyosságának mértékéül is szolgál, a mikor epealkatrészeknek a vérbe jutásáról van szó. Hosszabb ideig fennálló icterus után a bőr még akkor is sárga marad, mikor a vérben már nem kering epefesték, vagyis mikor a baj már lefolyt, s csak a bőrben lerakódott pigment adja a sárga színt. Ilyenkor a serum vizsgálata biztosan eldönti, hogy fennálló, vagy pedig már lezajlott bajjal van-e dolgunk. (Deutsche med. Wschr. 1902. 39. sz.)

Marikowszky dr.

Az idült gyomorfekély pathogenesiséről. *Van Yzeren* 20 nyúlra átvágta a vagusát a diaphragma alatt. 10 műtét állatnál gyomorfekélyt talált a boncolatnál, a másik tiznek gyomra ép volt, valamennyinek a gyomrán azonban göresös összehúzódság látott, főleg néhány nappal a műtét után. A secretóban is volt rendesen anomalia, de azért a vagotomia után fellépő gyomorfekély nem járt mindig túlságos hyperaciditással. Szerző a gyomorgöresnek tulajdonít igen nagy szerepet a fekély képződésénél vagotomia után. A gyomor göresös összehúzódsága következőtében az edények összenyomatnak, a mucosa és az izom halványak lesznek, s az ilyenformán beállott anaemia necrosisra és ulceratiozra vezet. A gyomorgöresöt viszont az okozná a szerző szerint, hogy a vagotomia után érzékenyebbek a gyomor ganglion sejtjei. Minthogy a vagotomia után fellépő gyomorfekély klinikailag és anatómiailag teljesen egyezik az embernél előfordulni szokott gyomorfekélylyel, azt hiszi van Yzeren, hogy ezt is gyomorgöres okozza. A gyomorgöresöt legfőképpen az jellemzi, hogy a pylorus tájéka kemény, és hogy a gyomortartalom intermittensen visszatartatik. A mi a gyomorfekély therapiáját illeti, első feladat a gyomorgöres megszüntetése. (Zeitschr. f. klin. Med. 34. kötet, 181. oldal.)

Marikowszky György dr.

A salochinin, mely a chinin salicylsavestere, iz- és szag nélküli por, mely kellemetlen tüneteket, fejfájást, fülzúgást nem okoz. Purjesz tanár klinikáján is kísérleteztek e szerrel. Az eredményekről *Kolozsedry*, klinikai gyakornok számolt be a „Heilkunde” című folyóirat ez évi szeptemberi füzetében. Malaria 13 esetében használták a salochinint, többnyire úgy, hogy 3 órával a várt roham előtt adtak rövid idő (1½ óra) alatt 21 grammot poralakban. Az eredmények megfeleltek azoknak, a melyeket chininum sulfuricum használata után látnak, utóbbival szemben azonban nagy előnye a salochininnek, hogy iztelen és hogy kellemetlen mellékütneteket nem okoz. Typhus néhány esetében is adták a salochinint 1-4 grammos adagokban, felváltva chininum sulfuricummal; a salochinin kissé gyengébben csökkentette a hőmérsékletet, mint a chininum sulfuricum; a hőcsökkenés nem volt oly rohamos, mint például antipyrin vagy phenacetin használata után, a hatás azonban sokszor 3-4 napig is eltartott.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A heroinum hydrochloricumot mint anaphrodisiacumot nagyon sok esetben használta *Strauss* jó eredménnyel; izgalom- és fájdalomcsillapító hatása miatt az urologia körébe tartozó egyéb megbetegedésekben is sikerrel alkalmazható vagy belsőleg, vagy suppositorium alakjában 1 centigrammos adagban. A szert a betegek kivétel nélkül jól tűrték, kellemetlen mellékütneteket sohasem jelentkeztek; előnye e szernek a morphiommal szemben még az is, hogy obstipatiót nem okoz. (München. medic. Wochenschrift, 1902. 36. szám.)

A Bruns-féle airolpasta (airol 50, mucilago gummi arabici, glycerin aa 10-0, bolus alb. qu. s. u. f. pasta mollis) *Wanach* szerint nagyon sok esetben helyettesíthet minden kötést. Használata nagyon egyszerű: spatulával vastagon rákenjük a varrt sebre és vékony réteg vattát nyomkodunk rá. Másnapra a pasta a vattával együtt kemény lemezzé száradt, a mely — és ez lényeges — higroszkopos. 4-14 nap múlva az egész egy darabban könnyen levehető. Szűcsatornagenyedések a legnagyobb ritkaságok közé tartoznak és ha néha elő is fordulnak, mélyre terjedő genyvedésekhez sohasem vezetnek, mert a váladékot a pasta folyton magába szívja. A pasta higroszkopos tulajdonsága oly nagyfokú, hogy excoritiók, felületes égetések és sebek, sőt tiszta granulációs felületek is alatta ép oly szépen gyógyulnak, mint például száraz vérpörk alatt. Izgalmi tünetek a bőr részéről sohasem jelentkeznek, sőt artificialis eczemák gyorsan gyógyulnak a pasta alatt. A laparotomia bőrsebének fedésére is nagyon alkalmas az airolpasta, szemben más kötésekkal, a melyek a has vizsgálatát a műtét után megnehezítik, körülményessé teszik (St. Petersburgi medic. Wochenschrift, 1902. október 18.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1902. 48. szám. *Sarbo Artur*: Egy új villamos (elektromágneses) gyógyeljárásról. *Szigeti Henrik*: A contraer-sexualis érzés-

ről törvényszéki elmeorvosi és büntetőjogi szempontból. *Aczél Károly*: Az élesztési eljárásokról.

Orvosok lapja, 1902. 48. szám. *Dési Károly*: Az ápoló-kérdésről. *Konrád Jenő*: Az elmebetegek jogvédelme.

Magyar orvosok lapja, 1902. 48. szám. *Szigeti Henrik*: A nemi perversitások elmeorvosi és büntető jogi szempontból. *Neumann János*: Egy monstrum rendkívüli módon kifejlődött feje, mint szülési akadály. *Májer József*: Az emberi test különböző táján lévő idegen testekről, a napi gyakorlat szempontjából tekintve. *Gara Géza*: Mit értünk téli klimatikus kúra alatt?

Wiener medicinische Wochenschrift, 1902. 48. szám. *Löblowitz*: Stomatitis ulcerosa. *Jaklin*: Strictura vaginae mint absolut szülési akadály. *Peltzl*: A pneumonia crouposa gyógyítása pilocarpinnal. *Kelling*: A sympathikus izgalmi állapot diagnostikai és therapeutikai jelentősége gyomorfekély eseteiben. *Schwarz*: Távolabbi vonatkozások a szervek között. *Niessen*: Diphtheriabacillusok a vérben és a Behring-féle gyógsavóban. *Haudek*: A modern orthopaedia operatio-módszerei. *Englisch*: Penis-carcinoma.

Wiener klinische Wochenschrift, 1902. 48. szám. *Clairmont*: Struma tuberculosa. *Halban*: Adatok a cytoskopiai diagnostikához. *Schweoner*: A diphtheriabacillusok megkülönböztetése a pseudodiphtheriabacillusoktól agglutinatioval. *Swoboda*: A variola-varicella kérdés.

Wiener medizinische Presse, 1902. 48. szám. *Lallich*: Eventratio esete anus praeternaturalissal. *Wells*: Nervosus és psychikai zavarok orrbajokban. *Heuschen*: A gyomorfekély diagnosisa és therapiája.

Berliner klinische Wochenschrift, 1902. 48. szám. *Baginsky*: Scarlatina gyógyítása antistreptococcus-serummal. *Schanz*: A scoliosis redressálása. *Halpern*: Haemolysinek emberserumban. *Piorkowski*: Streptococcus-serumok. *Mendel*: Acut circumscript oedema.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 48. szám. *Koch*: A marhagümökör átvihetősége emberre. *Falk*: Adatok a chloroform-oxygen narcosis chemiájához. *Litten*: Megjegyzések Kuckein cikkéhez: Aortaneurysma képeben lefolyt oesophagusrák kótesete. *Popielski*: Cézlszerűség az emésztőmirigyek munkájában. *Albu*: Jóindulatú gyomoradenoma ex ulcere peptico. *Bouma*: Az icterus korai diagnosisa. *Weissenberg*: Malaria Felső-Sziléziában.

La semaine médicale, 1902. 48. szám. *Teissier*: Aortitis abdominalis. **Journal médical de Bruxelles,** 1902. 48. szám. *Pechère* és *Stordeur*: A szivburok elsődleges sarcomája.

Gazette hebdomadaire, 1902. 95. szám. *Delbet*: Perineorrhaphia. *Monaco* és *Bellanora*: Kísérletes adat a nucleus caudatus élettanához. 96. szám. *Widal* és *Ravaut*: Congenitalis idült acholuria icterus.

Bulletin général de thérapeutique, 144. kötet, 18. füzet. *Cabanès*: Orvostörténeti adatok. *Leredde*: Higanybefecskendezések.

The lancet, 1902. II. 21. szám. *W. R. Gowers*: Elmebaj és törvény. *W. H. Bennett*: Az alsó végtagok varicosus venái. *J. W. Washbourn*: A pneumonia kórtana. *S. Vere Pearson*: Idült tüdőgümökör gyógyítása hűganynyal. *G. P. Anning*: A pylorus rosszindulatú megbetegedése 19 éves egyénben. *C. R. B. Keetley*: Transplantatio érdekes esete. *W. Sang*: Húgyvesztésüklet esete. *A. G. Burgess*: Enterectomia kizárt üszkös sérv miatt. *R. A. Wilson*: 72 napig a légutakban tartózkodott idegen test. *W. J. Collins*: Kötőhártya-gümökör esete. *A. Thomas* és *A. H. James*: Medencezetérés esete a húgyvesztő és a hólyag rupturájával.

British medical journal, 1902. november 29. *R. Saundby*: Atoniás motorius insufficiencia és gyomortágulat. *W. Soltan Fenwick*: Hajcsomók és más concretók a gyomorban. *Guthrie Rankin*: Dyspepsia gyógyítása antisepticumokkal. *R. Jones*: Gyomorfekély-átfürödés négy esete. *Rushton Parker*: Gyomorfekély műtétése. *J. W. Washbourn*: A pneumonia kórtana. *J. M. Cowie*: Valószínűleg tej által okozott gümökör két esete. *E. Mc Call*: Nephritis haemorrhagica esete. *A. Bailie Francis*: Valószínűleg tuberculum okozta neuritis peripherica. *H. F. Jeffery* és *E. W. Sharp*: Coecum és appendix a sérvtömlőben, perityphlitis, faecalis fistula, műtét.

Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal kiutatása szerint az 1902-dik év 47. hetében (1902. november 16-dikától november hó 22-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1902. év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 751,177, katona 16,484, összesen 767,661. Elve született 408 gyermek, elhalt 301 egyén, a születések tébát 107-al mutták felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra 27.6. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 10.3, az egy éven felüli lakosságnál: 16.3 az öt éven felüli lakosságnál: 14.4 — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 5, angina diphtheritica 3, pertussis 3, morbilli 2, scarlatina 6, variola 0, varicella 0, cholera asiat. 0, typhus abdominalis 0, febris puerperalis 1, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 6, meningitis 17, apoplexia 7, eclampsia 7, szervi szivbaj 22, pneumonia 32, pleuritis 3, pneum. catarrh. 3, bronchitis 9, tuberculosus pulmonum 45, enteritis 15, carcinoma 13, ezek közül méhrák 2, egyéb újképletek 6, morbus Brightii et nephritis 6, veleszületett gyengeség 14, paedatrophia 1, marasmus senilis 15, erőszakos haláleset 11, ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 10, bal-eset 1, kétséges 0 (0). **II. Betegedések.** A) Betegforgalom a városi kórházakban. A múlt hét végén volt 3040 beteg, szaporodás e héten 927, esőkkenés 817, maradt e hét végén 3150 beteg. B) Heveny ragályos

kórokban előfordult betegedések voltak 1902. évi november 19-dikétől november 25-dikéig terjedő 43. héten a tisztí főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera 0 (0), himlő (variola) 0 (0), scarlatina 52 (38), diphtheria, croup 38 (32) hagymáz (typhus) 8 (1), kanyaró (morbili) 122 (89), trachoma 3 (3), vérhas (dysenteria) 0 (0), influenza 0 (0), hökhurut (pertussis) 17 (6), orbáncz (erysipelas) 29 (28), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 0 (0) járv. fültőmirigylob 8 (6), ezenfelül varicella 77 (49).

+ **Törvényszéki orvosi képesítést nyertek** f. é. május havában Kolozsvárt, illetőleg októberben Budapesten *Fratrius Kálmán* dr. gyak. orvos Nyitrán, ifj. *Genersich Antal* dr. gyak. orvos Budapesten, *Kiss Tivadar* dr. csikmegyei körorvos, *Pándy Kálmán* dr. gyulai közokórházi főorvos és *Schossberger Sándor* dr. újvidéki gyakorló orvos.

+ **Okleveleiket e hóban bemutatták:** Halász Aladár dr., Morelli Gusztáv József dr., Fodor Rudolf dr., Kollarits Béla dr., Steiner Pál dr., Bender Béla György dr., Brezovszky Nándor dr., Kormos Viktor dr., Török Béla dr., Szendeffy Ida dr. és Balogh Pál Gyula dr. egyetemes orvosdoktorok és 1 szülésznő.

+ **Pettenkofernek szobrot** fognak emelni Münchenben. Az intéző bizottság élén Borscht polgármester áll.

+ **A kamaratörvény Ausztriában** úgy látszik nem vált be, mert már revidálni akarják. A becsületbírásgot első sorban el akarják választani a kamara vezetőségétől. A praxiselvonást más fegyelmi büntetéssel akarják pótolni. A kamara határozatával szemben csak semmisségi ok alapján lehetne a belügyministerhez fellebbezni.

○ **Budapest fő- és székváros balesetstatistikája,** a mint az a fő- és székvárosi államrendőrség 1901. évi működéséről kiadott jelentésből kitűnik, a balesetek számát illetőleg emelkedést mutat. Az emelkedés kilencz tizedrésze az 1902. évben is a gyári balesetekre esik. A Budapesten, Kispesten, Rákospalotán történt balesetek összes száma 1900-ban 2183, 1901-ben 2879 volt; e szerint 1901-ben 676 esettel volt több, a miből 606 eset többlet esik a gyári balesetek rovására. Gyári baleset volt 1900-ban 946, 1901-ben pedig 1552. E szám csakis a rendőrség tudomására hozott eseteket képezi és minden bizonytalannal megkétszereződnek a szám, ha a titokban maradt esetek is köz tudomásra jönnek. E megdöbbentő számadatok ismerete daczára mégis igen kevés történik a munkások védelmére, különösen azoknak baleset ellen való biztosítása tekintetében.

△ **Gyógyszertárak. Személyes jogú gyógyszertárak engedélyezése.** Temesvár (2 gyógyszerár) Frank Sándor és Holtz Lajos Lipót (7,627/1902. sz. a.). Lajosfalva (Torontál vm.) Hatlanek Frigyes Lajos (62,099/1902. sz. a.). Bácsmadaras (Bács-Bodrog vm.) Sillye Géza (74,435/1902. sz. a.). Szarvók (Sopron vm.) Nyulasy István (76,657/1902. sz. a.). Dévény (Pozsony vm.) Borcsányi Gyula (93,694/1902. sz. a.). *Megűrtült gyógyszerárak jog adományozása.* Offenbánya Radimetzky Zoltán (104,588/1902. sz. a.). *Személyes jogú gyógyszertárak átruházása.* Székudvar (Szent István) özv. Zunft Vilmosnéról Fromm Dániel Traugotta (43,186/1902. sz. a.). Baboeca (Megváltó) Skribanek Kálmánról Draskovich Gézára (61,111/1902. sz. a.). Pécs (Magyar korona) ifj. Erreth Jánosról Skribanek Kálmánra (80,656/1902. sz. a.). Bogács (Magyarország Védasszonya) Hort (Dollmann) Viktorról Höny Gézára (96,264/1902. sz. a.). Lupény (Veres Kereszt) Csucz Lajosról Petrilla Parthenra (99,427/1902. sz. a.). Kőőshegy (Szent-Lélek) Neihold Mihályról Zsálec Istvánra (103,099/1902. sz. a.). Pelsőcz (Isteni Gondviselés) Kellner Károlyról Decsy Gyulára (108,116/1902. sz. a.). Sárbogárd (Tinódi Sebestyén) Pintér Barnabásról Kokas Mihályra (108,503/1902. sz. a.). Jászkarajenő (Szent Háromság) Boross Gusztávról Szabó Istvánra (108,692/1902. sz. a.). Királyháza (Magyar Korona) Réthy Sándorról Csáp Lajosra (110,139/1902. sz. a.). *Reáljogú gyógyszertárak adásvétele.* Bácsstopolya (Megváltó) Radány örökösöktől Pápai Árpád és Székely Ernő dr. (72,983/1902. sz. a.). Homonna (Szt-György) Szekerák Ambrus után örökölt Szekerák Aladár (102,753/1902. sz. a.). Nagykomlósi (Szent István) reál és náköfalvai fiók, Ocsosvsky Gusztáv és nejétől Schiffmann Ferenc (107,631/1902. sz. a.). Fiume (Al Redentore [Megváltó]) Mária di Scarpa Bnacktól Babié Henrik (113,875/1902. sz. a.). Budapest (Kigyó) Bayer Antal és társaitól dr. Hummel Adolf Szaniszlóné (114,025/1902. sz. a.). (Szarvas) Medveczky Józseftől Nigrinyi Zoltán (114,648/1902. sz. a.). Karánsebes (Fekete sas) Eperjesi és Füzfástól Erster Karánsebeser Sparcassa (120,045/1902. sz. a.).

— **Új hazai közokórház.** A belügyminister 113,989/902. számú rendeletével a beszercezbányai városi kórházat f. évi május 1-től kezdődőleg közokórházi jelleggel ruházta fel s napi ápolási díját a folyó évre 1 korona 58 fillérben állapította meg.

□ **Közkórházi ápolási díjak felemelése.** A galicziai országos bizottságnak folyó évi 56,342. számú értesítése szerint a sambori közokórháznak napi ápolási díja 1902. évi július hó 1-től a felnőttek után 1 korona 30 fillérre, a 7 éven aluli gyermekek után 65 fillérre (90,378/1902. B. M. szám.) —; továbbá a felső ausztriai cs. kir. helytartóságnak 1902. évi szeptember hó 22.-én 20,966/V. szám alatt kelt átirata szerint a schärdingi közokórházban gyógykezelték után felszámítható napi ápolási díj az 1902. évi október hó 1-től 1 korona 60 fillérrel 2 koronára (105,232/1902. B. M. szám.) felemeltetett.

+ **A budapesti orvosi kör országos segélyegyesület pénztárába befizettek:** alapítványt Jeszenszky Béla dr. Temerin 100 korona, Herczka Imre dr. Budapest 40 k., Mutschenbacher Béla dr. Budapest 20 k. és Balogh Tihamér dr. Budapest 10 koronát. Tagdíjat fizettek: Dembitz Sándor dr. Szilbás 1901–1902. évre; Friebs Alajos Bokod,

Brünnner József A. Lendva, Komáromi Gyula Szegzárd, Kabdebó János Arad, Hümmeler Sándor Ipolyság, Kriser Arnold Breznóbánya, Kovács József Salgó-Tarján, Hürl Péter Vác, Doktor Sándor Pécs, Décsi Mór Adond, Gergő Samu Körmend, Holländer Adolf Jankovác, Comsio János Szombodás, Engel Gábor Kolozsvár, Kász Pál Budapest, Korakasevitz Milos Temesvár, Krömer Béla G. Szt.-Benedek, Homoky Ferenc Orsova, Jeszenszky Béla Temerin, Bayer Sándor Budapest, Klatnek Mátyás Bosovitz, Kovács György Pozsony, Jékel László Nagy-Károly, Káldi Dezső Temesvár, Jóvar Béla Ó-Gyalla, Gonda Péter G.-Szt. Benedek, Halle Henrik Bilinos, Keith Károly Lugos, Heller József Harkány, Korek József Sz.-Csanád, Kuthy Dezső Budapest, Farnos Árpád Nagy-Enyed, Koor Dezső Hajdúnánás, Kemény Gyula Temesvár, Gál Arthur Kurtján, Bernádi Dániel Bánlak, Daday Vilmos Sz.-Sz. György, Hevesi Imre Kolozsvár, Györgyi József Abony, Érsek Elek Topányfalva, Láng Frigyes Zombor, Longauer Kálmán Bakabánya, Mladin Péter Prebul, Halász Henrik Miskolc, Mully Antal Temesvár, Nyáry János Zseléz, Löwensohn Mór Diószeg, Miki Géza Hegyeshalom, Megai Gyula Brassó, Lenlauer Lipót Győr, Preisz Bernát Birkis, Lányi Benedek A.-Mároth, Lehner Jakab Halászi, Berger Hugó Lugos, Possevit Albert N.-Röze, Pollák József Deveser, Papp Gábor Szolnok, Balla Gyula Battany, Maier István Budapest, Gust Henrik Brassó, Krämer Lipót N.-Szöllös, Maier János Zolbely, Friedrich Alajos N.-Tapolcsány, Biró Géza Budapest, Luesy Gusztáv Libetbánya, Kronstein Vilmos Arad, Schlesinger József Győr, P. Vajna Gábor Pozsony, Litsék Ákos Herkules-fürdő, Medveczky Károly Léva, Lechner Károly Kolozsvár, Oravetz Kálmán Verebely, Janoky István Kuczura, Halász István Akosfalva, Prokess Antal Új-Pest, Mandl Miksa Valopaj, Mangold Henrik B.-Füred, Nethel Ottó Steierlak, Nagy Sándor Orsova, Vizi Henrik Körmend, Dohány Lajos Steiertak, Lencső Ferenc Vác, Mezey Gyula M.-Torda, Lichtfein Antal Szánkabánya, Morkus Miksa Siklós 1902. évre 4–4 koronát; Erős János Szerencs, 1901-re, Hering Miklós Körmend 1902–1903-ra, Garzó Aladár Dunaszerdahely 1901-re, Jankura Iván Szomolnok 1900-ra, Glücksthal Adolf Zenta 1901-re, Frank János 1900–1901 és 1902-re 10 korona; Haas Jakab Turócszentmárton 1898–1902 20 korona; Jelasehich Károly Pécs 1901–1903-ra 8 k. 10 fillér, Gara Leó Nyiregyháza 1901-re; Pómer Gábor Köpesény 1901-re, Bernády Dániel dr. Bánlak, koszorúmegváltás fejében 4 koronát, Rózsavölgyi Mór, Katona József Budapest, Torday dr. könyvének ára fejében 2–2 koronát adományoztak az egyesületnek. Budapest 1902. november 20.-án *Katona József* dr. pénztáros, IX., Soroksári utca 74. szám.

□ **Megjelent. Jendrassik:** Beiträge zur Kenntniss der hereditären Krankheiten. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. XXII. *Jendrassik:* Eröffnungsvorlesung d. neuen Universitätsklinik f. Nervenkrankh. Pester med. Chir. Presse. 1902. No. 42., 43.

× **Elhunyt. Molnár Sándor** dr. 32 éves korában november 14-dikén Budapesten.

„**Fasor- (Dr. Herczel-féle) sanatorium.**“ Ujonnan épült magán-gyógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek** részére. **Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz.** — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospektus.



Szt.-Lukácsfürdő
gyógyfürdő
Budapest.

Természetes forró, meleg kén források, iszapfürdők, iszapborogatások. zuhany-massage, vizgyógyintézet, villany-fényfürdők, gőzfürdők, kő- és kádfürdők, gyógy-víz uszodák. Olcsó és gondos ellátás. **Csúsz, köszvény, ideg-, bőrbajok** stb. felől kimerítő prospectust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő r.t. igazgatósága** Budán.

Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézete, Budapesten, VIII., József-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle koncentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Radiotherapia. — Átvilágítás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kivánatra bővebb értesítés.

KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

Elektromagneses intézet dr. Grünwald-féle sanatorium külön pavillonjában **Budapest, Városligeti fasor 13.** Elektromagneses erő alkalmazási tere: **álmatlanság, izomcsúsz, neuralgiák, ischiás, szívneurosisok, ideges gyomor-, bélbántalmak, migraine, stb.** — **Orvosi vezetés.** — Kezelés egész napon át. Mérsékelt díjak. Kivánatra prospectus.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (XXII. rendes ülés 1902. évi november hó 29-dikén.) 803. l. — Közkórházi orvostársulat. (XI. bemutató ülés 1902. október hó 15-dikén.) 804. l. — Erdélyi Múzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. (V. szakülés 1902. évi április hó 19-dikén.) 805. l. — (VI. szakülés 1902. évi május hó 10-dikén.) 805. l. — (VII. szakülés 1902. június hó 7-dikén.) 805. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XXII. rendes ülés 1902. november 29-dikén.)

Elnök: Bókay János. Jegyző: Wenhardt János.

Elnök az ülést megnyitja. A múlt ülés jegyzőkönyvét hitelesíti. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Walla, Dollinger, Imrédy tagtársakat. Majd így folytatja: „Tisztelt orvosegyesület! Fajdalommal tudatom, hogy általánosan tisztelt kartársunk, *Feuer Nathaniel*, ki 1886 óta volt rendes tagja egyesületünknek, folyó hó 25-dikén elhunyt. Feuer dr.-nak mint szakembernek működését mindnyájan jól ismerjük; tudjuk, hogy az egyesület tudományos működésében éveken át tevékeny részt vett. Indítványozom, hogy a Feuer Nathaniel elhunytá feletti részvétünket a jegyzőkönyvben fejezzük ki“. (Helyeslés.)

Ruptura uteri gyógyult esete.

Walla Béla: A méhrepedés kérdése, főleg therapiáját illetőleg, még nem egységes. A nézetek nagyon eltérők e tárgyban, a mi abból magyarázható, hogy az egyes orvosoknak, sőt az egyes intézeteknek sincs elég tapasztalatuk e téren és pedig azért, mert a méhrepedések aránylag ritkán fordulnak elő, mert az egyes esetek nagyon különbözőnek egymástól, tehát különböző elbírálás alá esnek és végül, mert a méhrepedés gyógykezelésénél vagyunk leginkább kénytelenek a külső viszonyokhoz is alkalmazkodni.

S. A.-né, 23 éves, folyó évi november 2-dikán délelőtt 10 óra 45 perczkor vétetett fel az I. számú női klinikára. III. p., két első rendes. A mostaninál terhesség végén szülőfájások kezdete november 1-én délelőtt 4 órakor. Magzatvíz elfolyása délelőtt 10 órakor sűrű erőltetett fájások közben; majd fájásszünet délután 4 óráig, a mikor a fájások ismét sűrűbben jelentkeznek, nagy erőltetéssel. Ejjéltájban karelőses, akkor orvos fordítási kísérletet végez, mire a fájások hirtelen megszűnnek s a nő vérezni kezd. Klinikánkra faluról hozzák be négy órai utazás után kocsin és vasuton.

Kis mértékben elesett nő; ajkai cyanotikusak; hő 37.2 — P. 140, elég könnyen elnyomható; hasa puffadt, mérsékesen érzékeny, folytonos erőlködés miatt feszés. A szabad hasüregben fejekvásban elhelyezett magzat tapintható, tőle balra a retrahálódott méh. Méhszáj összeesett, medencebemenet felett jobbra a magzat fejének egy segmentuma, balra a retrahálódott méh contractionalis gyűrűje. Méhből semmi sem lóg ki. A méh alsó szakaszán harántul futó complet repedés. Véres folyás. Medence rendes.

Laparotomia 12 órával a ruptura után. A szabad hasüregben levő magzat és lepény kihúzása, a szabad hasüregben sok friss vér. Belek és hasfali peritoneum belőveltek. Méh alsó szakaszának mellső falán a bal parametrium szélénél kezdődő, harántul futó folytonossághiány, mely jobbra haladva ráterjed a jobb lig. latumra, ezt felhasítja a lig. rotundumig és lemezeit szétválasztja. A repedés a méh alsó szakaszának felére terjed ki, nem éri el sem a külső méhszáját, sem a contractionalis gyűrűt; szélei roncoltak. Hüvelyhólyag levált a méh alsó szakaszáról, sér tetlen. Supravaginalis amputatio. A sebfelület retroperitonealis elhelyezése és drainézése a vagina felé. Magzat 54 cm. hosszú, 3540 gm. súlyos, bal karja és válla oedemáson duzzadt. Öt órával később utóvérzés. P. 160, filiformis. Secundaer laparotomia. Vércsívargás a bal lig. latumból a lekötött spermatica alatt, parenchymás vérzés a méhcsont jobb feléből. Csillapítás körülöttéssel. Hypodermoklysis, camphor-injectio. Beteg az első nyolcz napon délutánonként kissé lázas, később láztalan lesz, a 32-dik napon felkel, gyógyult.

Az esetből a következő tapasztalatok meríthetők:

A ruptura aetiologiája ebben az esetben csaknem kétségtelen. A szülőbő bemozdása szerint harántfekvés volt jelen, ezt különben bizonyítja a magzat karján és vállán észlelt szülési daganat is. Legnagyobb valószínűséggel ezen harántfekvés akkor, a mikor az orvos fordítás céljából a méh üregébe hatolt, már elhanyagolt volt, mert már régen elfolyt a magzatvíz, hosszabb idő óta tolófájások voltak és a kar is elő volt esve. Az orvos manipulatioja tehát elegendő volt arra, hogy a már úgyis pathologikusan megvékonyodott méh alsó szakaszát beszakítsa. Hogy ezen manipulatio közben történt a ruptura, azt az is bizonyítja, hogy közvetlenül erre szüntek meg a szülőfájások és ezután indult meg a vérzés.

Bámulatos, hogy ily nagymérvű sérülés után a szülőbő négy órai utazást kocsin és vasuton kibírjon. Ez csakis úgy magyarázható, hogy a vérvesztéség nem volt túlságos nagy.

A diagnózis megállapítása után az volt a kérdés, hogy hogyan fejezzük be a szülést és hogy mit csináljunk a repedéssel. A szülést per vias naturales befejezni nem tartottuk tanácsosnak, annak dacára, hogy a fej egy segmentuma a medence bemenet felett elérhető volt, és pedig azért nem, mert az egész magzat a lepénnyel együtt a szabad hasüregben feküdt. Ezért a magzat eltávolítása céljából laparotomiát végeztünk, a mely alkalommal mindjárt a hasüreg felől hozzáfogtunk a ruptura kezeléséhez. A repedés szélének erősen roncolt

állapota miatt supravaginalis amputatiót végeztünk és fontosnak tartottuk, hogy a visszaradott sebfelületet a hasüreg felé elzárjuk, a hüvely felé pedig drainezzük.

Az utóvérzés két szempontból tanulságos. A lekötéseknél vegyük figyelembe a lekötendő részek oedemát voltát, mert az oedema szüntével a kötések meglazulhatnak, továbbá azon körülményt, hogy kivérzett egyéneknek, miután a vérnyomás esökkent, a vérnyomás későbbi emelkedésével olyan erekből, a melyek mütét közben nem véreztek, vérzés indulhat meg. Másodszor: utóvérzéseknél ne késlekedjünk a secundaer laparotomiával.

Hogy a beteg ezen súlyos sérülést és kétszeri laparotomiát a nagymérvű shock daczára szerencsésen kiállotta, annak tulajdonítható, hogy általános infectio nem volt jelen. Az általános infectio jelenlétét mütét előtt vagy alatt megállapítani, mint ezt a jelen eset is mutatja, nem minden alkalommal lehetséges. Itt is a belek és a hasfali peritoneum állapota kezdődő peritonitis mellett szólottak. Ugy látszik azonban, hogy az említett erős belőveltséget nem infectio, hanem trauma okozta. Ilyen eljárással ez volt a harmadik gyógyult eset.

Tauffer Vilmos: Az a vitás kérdés, hogy ruptura uteri esetében laparotomia végzendő-e principialiter, vagy ha a magzat világrahozatala per vias naturales lehetséges, a hüvely felől való kezelésnek adjunk-e előnyt. Maga az, ki elég sok tapasztalat alapján állította, hogy a gyógyulásnak percentuatioja jobb a hüvelybeli eljárás, t. i. drainage mellett, mint laparotomia útján, egy congressuson nagy ellenzésre talált és a discussio abban végződött, hogy a kérdés csak úgy volna abszolút biztos statistikával eldönthető, ha egy helyen, ugyanazon viszonyok között, ugyanazon mütő hasonló számú esetet laparotomiával, és másik sort pedig a hüvelyi úton kezelne. Ilyen statistika nyerése azonban csaknem lehetetlen, és így mégis csak különböző szerzők anyagát és eljárás módjait kell felhasználnunk. Szólok ma is azon nézetem van, hogy a gyógyulás percentuatioja célszerűen végezve a hüvely felé a drainaget nem rosszabb mint a laparotomiáé. Mert az a véleményem, hogy a beteg meggyógyul egyik és másik módon, ha nincs infectio. Bizonyos fokú infectio esetén a hüvelyi eljárás előnyösebb, mert a peritonealis shockhoz, vérvesztéshez nem járul hozzá még egy nagy trauma: a has megnyitása és a peritoneum insultusa; olyan infectioval szemben, melyet a beteg szervezete még le tudott volna küzdeni, az operatio után is gyengült szervezet erre már nem képes. Ezért úgy vélem, ha nagy sorozatot tekintünk át, hogy a hüvelybeli kezelés mellett a gyógyulás kedvezőbb.

Másként áll a helyzet, mikor a méhrepedés után hosszú órák mulva a magzat kihozatala per vias naturales olyan nagy beavatkozás, hogy már csak a kényszerhelyzetnél fogva is kénytelenek vagyunk a hüvelybeli eljárástól elállani. Ilyenkor, ha a beteg kiáll egy laparotomiát, azután órák mulva még egy megnyitását a hasnak és meggyógyul: úgy kétségtelen, hogy *infectio nem volt*, mert bármilyen dexterritású és ügyességű a mütő, nem segíthet, ha a beteg előzőleg infectiátatott.

Az utóvérzés kérdését illetőleg kétségtelenül úgy áll a dolog, hogy ilyen zúzott sebfelületen az edények intimájának zúzódása és a vérnyomás csekély volta miatt szünetel a vérzés. De ha operatio után a beteg kedvező viszonyok közé jut, a vérnyomás emelkedésével olyan utak nyílnak meg, melyek a mütét alatt zárva voltak. A bemutató rátermettségét igazolja, hogy nagy felelőssége tudatában sem tartózkodott másodszor is megnyitni a hasat és ezen egyetlen lehetséges módon a beteget megmentette.

A gastroenterostomia és jejunostomia mütéti technikája és a velük különböző gyomorbajoknál elért eredmények, különös tekintettel a peptikus gyomorélekre és annak következményes bajaira.

Előadták: Dollinger Gyula és Imrédy Béla.

Dollinger sebészeti szempontból tárgyalja a gastroenterostomiát. Jelenleg a mütét technikáját illetőleg három kérdés körül foly a vita.

1. A gastroenterostomia antica vagy a gastroenterostomia postica ad-e jobb eredményeket?

2. Varrattal vagy Murphy-féle gombbal végzendő-e a mütét?

3. Kell-e a circulus vitiosus meggátolására az egyszerű gastroenterostomia mellett még valami óvintézkedéseket tenni?

E kérdésekre a válaszokat ama tapasztalatok adják meg, a melyeket a vezetések alatt álló klinikán öt év alatt 20 jóindulatú gyomorbetegség miatt végzett mütétnél szerzett. Mig más mütőknél e mütét után a halálozás 8—20% között változik, az általa jóindulatú gyomorbaj miatt megoperált 20 beteg közül egy sem halt meg s azért előadja azon módszert, a melylyel e jó eredményt elérte.

Rendesen chloroformnarcosisben operál. Az intest. jejunumnak a duodenum alatt mintegy 50 cm.-re fekvő részét a colon transversum előtt a gyomor nagy curvaturájá felett a gyomor mellső falához fekteti és a bélnek a mesenterium tapadásához közel eső részét 10 centimeter hosszúságban selyemmel, szűcsvarrattal odavarrja. A varrat háromszoros.

A közlekedő nyílás a gyomor és bél között mintegy 8

centiméter hosszú. Ezután röviden vázolja a gastroenterostomia posticát és a többi változtatásokat, a melyeknek egyes speciális esetekben jó hasznát lehet venni, de a melyeket egyszerűség és a kivétel könnyűsége tekintetében a gastroenterostomia antica, a melynél a műtét egészen a hasüregben kívül történik, felülmúl.

A második kérdésre vonatkozólag oda concludál, hogy a Murphy-gombnak számtalan hátránya van, előnye egyetlen egy, hogy valami kevéssel gyorsabban végezhető be vele a műtétet az, a ki a vele bábánsba nagyon jól begyakorolja magát. Mikulicz klinikáján a Murphy-gommbal operáltak közül meghalt 32%, míg a varrattal operáltak közül 11%. Ezért nem ajánlja, hogy a gastroenterostomia Murphy-féle gombbal végeztesse.

A harmadik kérdést illetőleg azon nézetének ad kifejezést, hogy jól készített gastroenterostomia után nem fejlődik ileus, hogy az ileus mindig műhibának a következménye, hogy tehát az egyedüli szükséges óvintézkedés az ileus ellen az, hogy nem kell műhibát csinálni, hanem figyelmesen és helyesen kell operálni.

Ezután felsorolja a különböző indiciókat, a melyek miatt ő és mások gastroenterostomiát végeznek. Az indiciók közül Dollinger épen azt ejtette el, a mely miatt az első g. e.-t végezték, t. i. a carcinoma pylorit. Itt az eredmény igen rossz, a halálozás 50–60% között változik, neki nyolcz betege közül öt halt meg, s ha már most azt látjuk, hogy jóindulatú gyomorbaj miatt végzett 29 műtét eset közül egyet sem veszített el, úgy ebből az következik, hogy a carcinománál a nagy halálozást olyan speciális viszonyok okozzák, a melyek a sebész hatalmán kívül fekszenek. Dollinger azt hiszi, hogy a carcinomás fekély felületén levő septikus mérge oka ennek a nagy halálozásnak, a mely mérge a műtét után azonnal a friss sebbel érintkezésbe jön. Ezért ő carcinoma pylori mellett már többé nem végez g. e.-t, hanem jejunosomia útján teszi a beteg táplálását lehetővé. Maydl ajánlotta a műtétet először, de az általa végzett műtét sokkal nagyobb, sem hogy az ilyen legyengült betegek számára alkalmas volna. Dollinger a ki nem irtható pylorus carcinománál három esetben a m. rectustól oldalt, a köldök alatt localis érzéstelenítés mellett egy 4–5 centiméternyi sebbel megnyitja a hasat és a sebbe toluló vékony bélkacsot mintegy mandulányi kiterjedésben a hassebb széleihez varrja és három nap múlva azon egy 2–3 milliméteres sebecskét ejt, a melybe egy drainsövet vezet és azon át táplálja a beteget folyadékkal.

Imrédy előadásában először röviden felsorolja az indiciókat, melyek alapján belorvos a mai általános megállapodások szerint peptikus gyomorfekélyben vagy annak következményeiben szenvedő betegnek műtétet ajánlhat. Azután ismerteti heges pylorus-szűkület miatt operált betegeinek kórtörténeteit. Egyik betegénél gastroenterostomia után két évvel ulcus jejuni pepticum fejlődött, másíknál műtét után 21 hónappal erős gyomorvérzés állott be. Műtett betegéinél nyert tapasztalatok alapján, melyek az eddigi ismert czírányú irodalmi adatokkal nagyjában megegyeznek, arra a következtetésre jut, hogy a peptikus gyomorfekélyek vagy azok következményes bajai miatt végzett pylorus resectio, pylorus plastica és gastroenterostomia végeredménye attól függ, vajjon a hyperaciditás műtét után csökken-e vagy nem? Ha nem, akkor az ulcus tünetei kiújulhatnak és ulcus jejuni pepticum fejlődhetik. Ez utóbbira való tekintettel felveti a kérdést, hogy azon esetekben, melyekben a viszonyok megengedik, nem volna-e czélyszerűbb gastroenterostomia helyett pylorus plasticát végezni?

Előadó szükségesnek tartja, hogy a műtett betegek gyomornedv-elválasztása megfelelő vizsgálatokkal ellenőriztesse. Ha a hyperaciditás nem csökken, az operált továbbra is belorvoslásra szorul. Végül ajánlja, hogy gastroenterostomia után a gyomornedv-elválasztást minden esetben a táplálás megkezdésekor mesterségesen csökkentsük.

Közkórházi orvostársulat.

(XI. bemutató ülés 1902. október 15-dikén.)

Elnök: Hirschler Ágoston. Jegyző: Juba Adolf.

Az elnök üdvözlö a szünidő után megjelent tagokat, az ülést megnyitja. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Hochhalt és Herczel tagtársakat.

A tüdővészések plein air kezelése kórházainkban.

Hochhalt Károly: Két év előtt Müller tanár, kórházi igazgató felkarolta az eszmét, hogy a Szent-István-kórház kertté alakított udvarában a tüdővészések számára a modern hygienének megfelelő berendezésű sátrakban a sanatoriumi kezelés megindíttassék. A sátorok vas-oszlopvázából állanak, ponyvás fedéllel és felhuzható ponyvás oldalfalakkal, kényelmes nyugágyakkal, üveglapos ágyszekrényekkel, Detweiler-csészékkel stb. vannak ellátva. Másfél év óta száznál több eset élvezte itt a plein air gyógymodot, bár nem mindig a kórállapot igényelte időhatárokat betartásával, mivel a kórházi betegek kitartása műveltségi fokozat, faj és jellem szerint nagyon különböző. Másfél évi megfigyelés és tapasztalat elég volt arra, hogy az ujonnan systemizált gyógy-mód kidomborodó mindenféle előnyei szembetűnjének. Felsorolja a sanatoriumi kezelésre alkalmas kóralakokat és az azokkal elért eredményeket, hangsúlyozza az előadó, hogy a tüdővészésnél elérhető javulások a testsúly gyarapodásában, a helyi folyamatok visszafejlődésében és a vegyes fertőzések kimaradásában nyernek főképpen kifejezést. A somatikus javulás, tehát a testsúly-gyarapodás képezi a phthiseo-therapia leglényegesebb tényezőjét, mert ott, a hol gyarapodás nincsen, a gümös

folyamat megállapodásáról szó sem lehet. Ezen tényezőre fordították a legnagyobb figyelmet és a betegeknek hetenként súlyméréseket alkalmazva, igen kielégítő eredményeket értek el. A kezelés alatti legnagyobb gyarapodás 10 kg. volt.

A testsúly gyarapodásával karöltve mutatkozott a helyi folyamatok javulása, a csücsurutok visszafejlődése, kisebb infiltrációk feloldulása, kivételesen apróbb cavernák gyógyulása. Secundaer infectiók és azok képesán újabb góczok, újabb lázas kitörések a sátorbetegeknek határozottan ritkábban voltak észlelhetők mint azelőtt, mikor a gümőkórosak kivétel nélkül zárt körtermekben tartózkodtak, a mennyiben friss tüdővészések, bronchitisek, pleuritisek rendszerint gyorsan gyógyultak, a nélkül, hogy az új góczokat jelző ominosus tünetek fejlődtek volna. Ez a tényállás képezi a plein air kezelésnek sarkalatos pontját és elvitázhatatlan fölőnyét.

Az elért eredmények értékét azonban tetemesen csökkentik azok a végzetes viszonyok, melyeket a socialis nyomor és szegénység méhében rejt. A javuló gümőkóros a megélhetés súlyos gondjai azonnal rákényszerítik a nehéz munkára, esetleg nélkülözésre és néhány hét vagy hónap múlva újból azon szomorú állapotban köszönt be a kórházba, a melylyel először jelentkezett.

Ez az oka annak, hogy a tüdővész elleni védekezésben szegénysorsúaknál csak féleredményeket érhetünk el.

Külföldön már évek óta hangoztatják az üdülő aszylumok szükségét (assistance aux convalescents), hol a lábadozó anyagi gondoktól menten, könnyű munkát végezhet vagy pedig új, megfelelő életpályára készülhet. Előadó azután áttér néhány, a kóroktant és prophylaxist érintő reflexiora, úgy a mint azok a kórházi gyakorlat folyamán felmerülnek. Majdnem naponta nyílik alkalom a gümőkóros fertőzés eklatans példáira bukkanni. Legközönségesebb a családi fertőzés, midőn egyik házastárs a másik után hal el, testvér testvér után lesz fertőzve az együttélés, együttélés és ápolás következtében.

Ép oly rémségek a családban, munkás- és iparos osztály között uralgó viszonyok. Friedrich kimutatta, hogy Budapesten a munkások 1/3 része tüdővészben betegszik meg. A kórházi tapasztalat megerősíti e szomorú tényt azzal, hogy a fertőző góczra nem egyszer sikerül rámutatnunk. Hányszor kerülnek egyazon műhelyből esztendő folyamán újabb és újabb esetek kezelés alá. A norvég bejelentési rendszer helyessége felett nem foroghat fenn kétség. Ambár annak alkalmazása nálunk, éppen a tömeges megbetegedés következtében, mélyen belemarkolna a családi kötelek, az üzleti és ipari érdekek, valamint az egyéni szabadság jogkörébe. Székesfővárosi tisztí főorvosunk egy alkalommal már megindított ilyen irányú mozgalmat, keresztülvittele azonban éppen a mondott okoknál fogva elháríthatatlan akadályokba ütközött.

A sátorkezelés 1 1/2 évi megfigyeléséből merített tapasztalat, támaszkodva a hygiene különben fundamentalis elveire, fennen hirdeti, hogy szakítanunk kell kórházainkban a régi rendszerrel, nem szabad a tüdővészéseket zárt körtermekben, melyek a gümöbaccilusnak valódi tenyész-talaját képezik, összezsúfolottan tartani, hanem nyílt, szabad levegőn kell őket elhelyezni.

Jelenleg az egész művelt világ tüdővész sanatoriumok felállításán fáradozik, nemcsak a kormány és nemesszivű emberbarátok, hanem biztosító társulatok és betegpénztárak is buzgólkodnak azok felállításán és fenntartásán. Ezen áramlat kétségtelenül üdvös és áldásos, mely okvetlen megtermi gyümölcseit, de mondjuk ki nyíltan: azon óriási nyomorúsággal szemben, melylyel a tüdővész országunkat elárasztotta, úgyszólván egy csepp a tengerben. És ha nem egy, hanem száz oly pompás palotaszerű sanatoriumunk lesz, mint a melyet a hazai mozgalom apostola, Korányi az ő bámulatos tetterejével és személyes befolyásának egész súlyával megerementett: akkor mondjuk, hogy 20–30,000 beteg lesz ellátható, de a magyar birodalom félmillióra terjedő tüdővész betegállományán ez vajmi keveset fog lendíteni. Az ország szegény, a társadalom áldozatkészsége parányi ahhoz, hogy ilyen óriási beteglétszámot külön aszylumokban elhelyezhessen.

A veszély nagy, a segítség sietős, ott kell tehát megragadni, a hol kézenfekvő és könnyen elérhető. Oda kell törekednünk, hogy a már meglevő és a jövőben építendő kórházaink átalakíttassanak és berendeztessenek a plein air kúra érdekében. A belbetegeknek fentartott helyiségek a fekvőkúra czéljaira legyenek tornácokkal, csarnokokkal vagy erkélyekkel ellátva, a kertekben, udvarokban állíttassanak fel alkalmas pavillonok vagy sátrak s mindez, ha másképp nem telik, kevés költséggel, primitív módon, hogy a legkisebb vidéki kórházban is keresztül-vihető legyen.

Ha ezen üdvös reformot kormányunk kötelezőleg elrendelné és új kórházakat a mondott berendezés nélkül nem engedélyezne, sokat lendíthetnének a phthiseo-therapia terén hazánkban, a mennyiben a tüdővészések százazrész számára megadnók a javulás és üdülés feltételeit.

Kuthy Dezső. Valamennyiünk nevében köszönetet mondok a tisztelt előadó úrnak a nagyon fontos tárgyat praecise felölelő előadásáért. Azon rövid idő alatt, melyben a plein air kezelés osztályán keresztül vitetett, a sátorkezelés oly sok értékes megfigyelésre adott alkalmat, minőket nagy irodalomból kellene előszedgetnünk.

Hogy a kórházak tüdőbetegek speciális kezelésére szolgáló osztályokkal szereltesse fel, Angliában már 1814-ben megvalósult, a honnan tulajdonképp a tbc. intézeti kezelés kiindult.

Nagy örömmel értesültem, hogy a Nyitra megye közkórházában már megnyílt egy 20 ágyra berendezett tüdőbeteg-osztály fekvőfolyosóval, nyugágyakkal, miniatur hidegvízgyógyintézzel és kíváncsok, hogy az ország többi kórházai is, különösen pedig az újak, hasonló osztályokkal szereltesse fel.

(Folyt. köv.)

Erdélyi Múzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(V. szakülés 1902. évi április hó 19-dikén.)

(Vége.)

Vizsgálataim kivételénél azon legegyszerűbb módot tartottam szem előtt, mely még a vidéki orvosok felszereltségét sem találja készületlenül. Szükséges egy göröcső, egy vékony koponya-fűrész s egy sima felületű homokkő (köszörűkő minden falában van). A vizsgálandó friss vagy régi csontdarabból harántul, lehetőleg minél vékonyabb részletet lefűrészeltünk s ezt megnedvesített homokkővön, vagy ha érdes felületű, akkor üveg- s csiszoló-porral addig csiszoljuk, míg göröcsővi vizsgálatra elég vékony lesz (kb. papír vékonyság). Azután két üveglap közé glicerinnal vagy vízbe helyezve, göröcső alatt vizsgáljuk. Kéznél levő mikrofotografiákkal vagy mikrométerrel bárki is eldöntheti a kérdést.

E már tárgyalt kérdésen kívül a következő, teljesen önálló kérdéseket vettem fel, további vizsgálat végett:

1. Van-e fokozatos kisebbedés az emberi Haverstől lefelé s minő alapon?
2. Férfi és nő, him és nőtény állat Haverse egyforma-e?
3. Cseseemő és szopós állat csontsiszolatának egymáshoz és kifejtettséghez való viszonya.
4. Embryotól fölfelé a legkésőbb korig történő göröcsővi összehasonlítása az ember csont csiszolatoknak, hogy vajjon a korra nézve nem lehetne-e valamiféle megkülönböztethetőségi támpontot találni. Bevonna-e vizsgálatba a fogakat is.
5. Kóros csontoknak milyen a Haverse? (Rák, lues, törés stb.)
6. Miért tágabb az ember Haverse az állaténál?
7. Faj és foglalkozás, életmód befolyása a Haversre.
8. Vegyi és fizikai összehasonlítás ember és állatesont között.
9. Ember és állat lágy szöveteinek göröcsővi összehasonlítása.

A házi szárnyasok összes csontjait, ezen kívül igen sok kisebb és nagyobb fajta madárnak csontjait vizsgálva, arra az eredményre jöttem, hogy ezeket feltűnő vékonyságuk és könnyűségük által az ember s még a többi állatok csontjaitól szabad szemmel is jól meg lehet különböztetni. Ezeknek göröcsővi képe hasonló az emlős állatokéhoz, csak hogy a Haversek még azokénál is jóval apróbbaknak látszanak. A csont csiszolásokat a törvényszéki orvostani, a csiszolatok göröcsővi összehasonlítását s erre vonatkozó jegyzékek készítését a kórboneztani intézetben, a mikrofotografiák fölvételét a szülészeti és nőgyógyászati klinikán eszközöltem. Nevezett intézetek igazgatóinak szíves támogatásukért, őszinte köszönetemet nyilvánítom.

Kenyeres ter hozzászólásában felemlíti, hogy őt az állatok csontjainak a megterheléssel szemben való nagy ellenálló képessége indította a különbség kutatására. Hangsúlyozza az előadó által tárgyalt kérdés fontosságát a törvényszéki orvosi gyakorlatban, oly esetekben, midőn a szakértő kezébe csak egészen kicsi csontdarabkák kerülnek, pl. ha a gyilkos az áldozatot szétdarabolja, vagy ha csontszilánkok maradnak az eszközön. Szükségesnek tartja azonban a vizsgálatoknak tovább folytatását.

3. Fröhlich Jenő előadása: „Adatok a vizelet mennyiségének és fajsúlyának ismeretéhez”. (Lapunk egész terjedelemben közölte.)

(VI. szakülés 1902. évi május hó 10-dikén.)

1. Brandt két operált esetet mutat be:

a) Baloldali inguinalis sérv, melynek bennékét a vakbél képezte. 2000 en felüli sérvműtete között mindössze 20 vakbél sérvet észlelt; ezek közül azonban még csak egyetlen egyszer találta azt baloldalon.

b) Ectopia vesicae. Az egyénen többféle műtétet végzett: transplantációt a has bőréből két izben, osteotómiát a faníveken, mindezek azonban nem vezettek célhoz. Gyógyulást eredményezett az uretereknek az S Romanumba való beültetése. Jelenleg a vizeletet négy óránként üríti ki. A műtét óta 1½ év telt el; complicatio a vese részéről nem lépett fel.

2. Kenyeres Balázs előadása:

Külföldön szerzett tapasztalatok. Vetített képek bemutatásával.

(VII. szakülés 1902. évi június hó 7-dikén.)

Elnök: Lőte József. Jegyző: Konrádi Dániel.

1. Pataki Jenő bemutat egy 25 éves nőt, kinél uterus didelphys van jelen. Bal hüvely szűkebb, portio durványos, méhtest rendesnél kisebb. Jobb hüvely tágabb, portio és méhtest rendes nagyságú. Jobb méhben fogamzott s a terhesség 6-dik hónapjában koraszülés állott be. Bemutatott nő mostanig nem tudta, hogy nála vagina duplex van jelen, bár mint puella publica sokszor vizsgálatot s több kórházban is feküdt fluor albussal.

Brandt József megjegyzi, hogy ezelőtt 15–16 évvel észlelt a klinikáján egy ilyen esetet rendes lefolyású terhességgel és szüléssel.

2. Parádi Ferencz bemutatja a malum perforans pedisben szenvedő beteget, kit Marschalkó tanár február hó folyamán demonstrált a szakülés előtt, s előadó jelenleg a kórlefolást vázolja néhány szóval.

A fekélyek helyi kezelésre lassan javultak, azonban a kezelés kihagyására és járásra feltűnően rosszabbodtak. Szélükön az alávájoltság fokozódott, sőt némi terjedést is lehetett megállapítani. Körülöttük erős hyperkeratosis mutatkozott. Fájdalom sem spontán, sem pedig kutaszoláskor nem mutatkozott. A fekélyen magán és környezetében levő nagy fokú érzéstelenység akkor tűnt ki, midőn május 6-dikán a fekélyek kikaparásából és tüzes vassal való érintéséből a beteg egyáltalán nem, vagy alig valamit érzett. Mind mai napig a beteg járásában ataxiát, a Romberg-tünetet nem lehetett észlelni. Pupilla fényre kissé renyhén reagál, azonban alkalmazkodásnál normás reactiót mutat. Pupilla és szemfenék teljesen normás. Vizelet eltérést nem mutat. Minthogy a fekélyek kaparás után sem javultak és pontos vizsgálatnál meg lehetett állapítani, hogy az alattuk levő csont sem ép, sőt az izülettel is nyílt közlekedés van, május 16-dikán chloroform narcosisban a fekélyek az alattuk levő lágy és csontos részekkel együtt kíméltettek. Eltávolított a jobb lábón az I. ujj a középsonttal együtt, bal lábón a II. ujj a középsonttal együtt. Sebselek varrattal egyesítették. Gyógyhajlam meg lehetősérenyhe volt. A műtét beavatkozással megszüntek azok a nagy difformitások is, melyekről Marschalkó tanár az előző bemutatás alkalmával megemlékezett.

3. Lőte József értekezik ezután „Módszertani adalékok az állati szervezet fogékonysága fokának megállapítására vonatkozólag bakterium hatása iránt” czímen. (Lapunk egész terjedelemben közölte.)

4. Jancsó Miklós és Veszprémi Dezső előadása „A malaria parasiták tovább fejlődéséről az anophelesekben. Vetített készítmények bemutatásával”.

PÁLYÁZATOK.

3819/902. sz. főszb.

Kis-Küküllő vármegyében Mikeszása székhelyű 11 községből álló közegészségi körben rendszeresített **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

1. Ez a körorvosi állás a vármegye keblől pénztárából havi előleges részletekben fizetendő 1200 korona évi törzsfizetéssel van javadalmazva.

2. Továbbá élvezzi a körorvos a Mikeszása községe által megszavazott és törvényhatósági jóváhagyást nyert 240 korona szállásbért.

3. És a szomszéd bethlenszentmiklósi körből hozzá ideiglenesen beosztott 6 község kezeléséért 600 korona fizetést mint tiszteletdíjat.

4. A körorvos köteles községeit havonta egyszer meglátogatni, mely alkalommal minden egyes községtől fuvardíj-megtérítés czímen jogosítva van 2 koronát felvenni.

5. A rendelés-illetőleg látogatási díjakat a megállapított összegben szedheti, valamint élvezi székhelyén a halottkémiai és hússzemléért megállapított díjakat.

A választást folyó évi december hó 29-dikén délelőtti 11 órára a mikeszási községi irodába tűzőm ki.

Felhívom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy törvény szerűen felszerelt kérésüket hozzám f. évi december hó 28-dikáig bezárólag adják be.

Hosszúaszó, 1902. évi december hó 2-dikán.

2—1

Gyárfás, főszolgabíró.

7665/902. szám.

Krassó-Szörény vármegye oraviczei járásban üresedésben levő **kákovai körorvosi állásra** pályázatot nyitok.

A javadalmazás 1600 korona fizetés, 400 korona fuvarátalány, nappali és éjjeli látogatásért szabályrendeletileg megállapított díjak, köztudomású szegények ingyen gyógyítandók, a körhöz tartozó községek kétszer havonta beutazandók.

Felkérem mindazokat, a kik ezen állásra pályázni óhajtának, az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a és az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében eddigi működésüket és nyelvismereteiket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket alulírottánál folyó évi december hó 20-dikán d. u. 5 óráig benyújtani; később érkező kérvények figyelembe nem vétetnek.

A választási határidő folyó évi december hó 29-dikén reggel 9 órára Kákova községhezánál kitűztetik.

Oraviczeabánya, 1902. évi december hó 1-én.

3—1

Motzidlovszky Ernő, főszolgabíró.

9736/1902. sz.

Lemondás folytán üresedésbe jött **ny. ivánczai körorvosi állásra** pályázatot hirdetek; az ivánczai körletbe Ürmény, Salyhó, Ivánka, Lükigergelyfal, Berenes és Nagyfal községek tartoznak.

A körorvos évi fizetése 1200 korona, lakbérátalánya 240 korona, azonkívül a szabályrendeletileg megállapított díjakat élvezi.

A fizetés és lakbérátalány havi egyenlő részletekben az állami pénztárból fizetetik.

Pályázni kívánók kérvényeiket nálam folyó hó 31-dikéig benyújthatják, a választás hatánapjáról kérvényezőket külön értesíteni fogom.

Nyitra, 1902. évi december hó 3-dikán.

Majthényi, főszolgabíró.

Egyéb üresedésben levő állás.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czím
decz. 10.	segédorv.	Biharm. közk.	800 k., lak., élelm.	Fráter I. ig.-főorvos, Nagyvárad
14.	körorvos	H.-Peresztet	1000 k., 400 k. fuv., lak.	Molnár G. f. szb., Vasvár
15.	k. s. o.	Zilah	1200 k., lak., élelm.	Kaizler Gy. alispán
20.	közs. o.	Drvar	3000 k.	Bursac polgárm., Drvar per Bosnyák-Petrovácz (Bosznia)

HIRDETÉSEK.

Fiatal orvos

nőtlen, házasulandó, izr., kerestetik egy felső magyarvidéki (német- és tótajku) szép helység részére. Kereset 3600-4400 korona. Bővebb értesítést szíveségből ad

ADOLF BÜCHLER, Bécs, I., Heinrichgasse 3.

Fekete áfonya gyógybor

Vinum myrtillorum medicinale.

Kitűnő hatású **bélhurutnak** 1 üveg 1 kor. 60 f., 5 üveg bérmentes gyógyszer a = postaszállítással 9 kor. 20 f. =

Készíti: **CORNIDES KÁROLY** gyógyszerész Felka (Szepesm.)

Raktár: **TÖRÖK JÓZSEF** gyógyszerész Budapesten.

REINIGER, GEBBERT & SCHALL

Wien, IX/3., Universitätsstrasse Nr. 12.

Berlin-Erlangen-München.

Különlegesség: Villamos orvosi készülékek galvanizáció, elektrolyse faradizáció, franklinizáció, kaustik, endoszkópia stb. orvosi esatlakozó készülékek villamos fényvezetékéhez.

Röntgen-berendezések.

Villamos fényfürdők.

Képes árjegyzések ingyen és bérmentve.

Képviselő Budapesten:

WONKE REZSŐ műszerész

VI., Ó-utca 42 (Mintaraktár).



Giesshübl-Sauerbrunn

gyógyhely és vizgyógyintézet
Karlsbad mellett

Ivó- és fürdőkúrák.

Klimatikus és utókúrákra való
gyógyhely.

Legjobb diaetikus és üdítő ital.

HEINRICH MATTONI

Giesshübl-Sauerbrunn, Karlsbad, Franzensbad, Wien, Budapest.

Budapesti raktár **ÉDESKUTY L.** czégnél.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, gőrsől és bacteriologia

ORVOSI LABORATORIUMBAN

mindennemű ép és kóros váladéknak (ú. m.: vizelet, köpet, vér, dajkatej, hányadék, or- és transsudatum stb.), továbbá szöveteknek, daganatoknak úgy vegyi, mint gőrsől bacteriologiai vizsgálatára vállalkozik

Dr. VAS BERNÁT a laboratórium vezetője.

Poliklinika: VII., Hársfa-utca 13-15. szám.

Vegyi, gőrsővészeti és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUM

1900. május 1-től VI., Andrassy-út 50 (Oktogon-tér).

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

Dr. MÁTRAI GÁBOR, v. egyetemi élet- és kórvegytani tanársegéd.

Vegyészeti gyár
Dr. Fritz és Dr. Sachsse

ALBOFERIN

Egy könnyen oldható, szag- és íz nélküli tápláló és erősítő, vas-, phosphor- és fehérnyetartalmú szer; organikus, nagy fokban tömeges

90-14% fehérnye, 0-68% vas, 0-324% phosphor.

Alboferin-por 100 gm. = K. 5. —, **Alboferin-tabletták** hozzátétel nélkül 100 db. = K. 1.50, **Alboferin-chocolade-tabletták** 100 db. K. = 1.80.

Alboferin klinikai és magánorvosok által használtatik kitűnő sikerrel: Anaemia, sápkór, rhachitis, scrophulosis, neurasthenia, étvágytalanság, emésztési zavarok, gümőkór, vérvesztés, vesebajok, reconvalescensek és szoptatás nőknél.

Alboferin serkenti az étvágyat, gyarapítja a testsúlyt, erősíti az idegeket. — Bakteriummentes, határtalanig eltartható.

Az orvos uraknak minták és irodalom ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.

Kapható valamennyi gyógyszerárban és nagyobb drogueria-üzletben.

San-Remo téli klimatikus
gyógyhely

az olasz Rivierán. Minden kényelmet nyújtó kitűnő
ellátás; mérsékelt árak.

A „**Sanatorium Riviera**”-ban oly betegek
is felvétetnek, a kik csakis általam óhajtják magukat
kezelteni.

Dr. Czirfusz Dezső,

san-remoi magyar gyakorló orvos.

CONTRATUSSIN

(Elixirium Thymi „BAYER”.)

Szamárhurut, gégefő és bronchialcatarrhus ellen

ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a készítő

Bayer Antal gyógyszerész, **BUDAPEST, VI.,**
Andrassy-út 84.

Minden gyógyszerárban kapható. — Ára 1 kor. 40 fill.

Kívánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

Védjegy:



CHINOSOL

D. R. P.

88.520. sz.

1, 1/2, 1/4 gr. tablettákban és poralakban.

Kitűnő sikerrel alkalmaztatott a trans-
vaali háberuban!

A sublimat, carbolsav stb. méregnélküli pótléka.

Gyorsan ható **stypticum** és **váladékmegszorító**

(I. „Deutsche Med. Wochenschrift” 1901. 33. sz. 566. oldal).

Javallatok: Sebkezelés, szülészet gyakorlat, nemi és bőrbajok, torok-,
orr- és fülbetegségek, antiseptikus irrigációk, prophylaktikus gargari-
zálas, a kéz fertőtlenítése, a betegszobák fertőtlenítése részére, továbbá
pathisic, gümőkór, lepra stb. Irodalom és vényminták ingyen és bérmentve.

Franz Fritzsche & Co., Hamburg-U.

Vezérképviselő nagyban eladásra Ausztria-Magyarország részére:

WILHELM MAAGER, Wien, III/3, Heumarkt 3.

Megjelent! Keleti J. budapesti gyári cég

(IV., Koronaherczeg-utca 17)

kiadásában egy új, 1902/3. évre szóló árjegyzék jelent meg.

Ezen, minden tekintetben csinos és czélszerű kiállítású árjegyzék
magában foglalja mindazon újdonságokat, melyeket az orvos-sebészeti
technika a legutóbbi időkhöz felmutat, úgy a műszerek- és villamgépek-
ben, valamint az orthopädiái készülékek és teljes kórházi berendezési
ezikkelben.

Az orvos-sebészeti újdonságok művészi kivitelű ábrákkal vannak
szemléltetve téve és a mellett az illető feltalálók magyarázatával ellátva.

A mi a cég által szállított műszerek jóságát és olcsóságát illeti,
ez minden tekintetben bátran kiállja a versenyt bármely külföldi céggel.

Az orvos urak kényelmére a cég készséggel eszközöl szállí-
tásokat évi számlára, esetleg kezdő orvos uraknak teljes berendezést
havi, illetve negyedévi **részletfizetés ellenében**. Ugyancsak
elvéall a cég a legjutányosabb árak mellett minden e szakba vágó
javításokat, nikkelezéseket, műköszörüléseket stb.

Azon orvos urak, kik fenti árjegyzéket netán még nem kapták
volna meg, szíveskedjenek annak portómentes beküldéséért a céghez
fordulni.

WIEN, I,
Bauernmarkt 14

S Z E M É S Z E T.

Szerkeszti SCHULEK VILMOS egyet. tanár.

TARTALOM. Grósz Emil: A trachomaellenes védekezés Magyarországon. 75. l. — Barlay János dr.: Az adrenalin alkalmazása a szemészetben. 76. l. — Hermann Emil dr. és Erdélyi Jenő dr.: A mydriaticumok élettani hatása. 78. l. — Siklóssy Gyula dr.: A heidelbergi szemésztársaság gyűlése. 81. l. — Folyóiratok átnézete. 82. l. — Vegyesek. 82. l.

A trachomaellenes védekezés Magyarországon.

Feuer Nathaniel műve.

Feuer Nathaniel 1902. november 25-dikén küzdelmes élet alkonyán, szenvedésteljes hosszas betegség után elhunyt. Pályáját az egyetemi szolgálatban tehát tudományos buvárkodás és oktatással kezdte, de elvesztve működése terét, katonarvossá lett; mint ilyen nyert megbízást a torontáli szembetegség járvány megvizsgálására, s az ezen alkalommal végzett alapos kutatásai s szerkesztett fontos jelentései nyitották meg számára a belügyministerium ajtaját; 1886-ban kir. közegészségi felügyelő lett s mint ilyen szervezte hazánkban a trachomaellenes védekezést.

Feuer egyetemi tanulmányait Bécsben végezte, a szemészet elemeit Arlt-tól tanulta, de szakképzettséget már Kolozsvárt, mint Schulek Vilmos tanár segédje nyert, így ő a vele egykorú mester iskolájának első neveltje. 1874-ben habilitáltak s még ugyanazon évben átvette a budapesti egyetemre kinevezett Schulek Vilmos tanár tanszékének helyettesítését s a szemklinika vezetését. Kolozsvári működése alatt több tudományos dolgozatot közölt, legjelentősebb az iriscystáról írt műve. A tanszék betöltésekor azonban mellőzték, s visszatért Bécsbe, hol a keratitis neuroparalyticáról írt kísérleti és klinikai tanulmányával a tudományos világ elismerését vívta ki magának s egyszersmind a magántanári jogosultságot a bécsi egyetemre is megnyerte. Mindez azonban nem biztosította megélhetését s ezért katonarvosi szolgálatba lépett és pedig előbb Zágrábban, utóbb Szabadkán, hol már alkalma nyílt szakképzettsége érvényesítésére, a mennyiben a városi trachoma-kórház vezetését is reá bízták.

Itt tartózkodása idejében: 1883-ban jelentették a belügyministeriumnak, hogy Torontálban szembaj járványosan pusztít s az újonczozás eredményét nagyon megrontja. Tisza Kálmán belügyminister, kinek a közegészségügy fontossága iránt, mint a hogy azt majd csak az utókor fogja kellően méltányolni, nagy érzéke volt, azt kívánta, hogy szakértő vizsgálja meg az inficiált területet s e feladatra Feuer Nathanielt kérték fel. A megbízást lelkiismeretesen s szakértelemmel teljesítette, 93,543 egyént három járás területén megvizsgált s kiderítette, hogy a lakosság 4.5%-a szenved trachomában.

Tisza Kálmán felismerte a veszély nagyságát, de egyszersmind azt is, hogy a védekezés szervezésére s keresztülvitelére Feuerben becsületes, képzett s szorgalmas munkatársat nyerhet. S ez idő óta tényleg az ő nevéhez, emlékéhez fűződik mindaz, a mi hazánkban e nagy csapás leküzdésére történt. Feuer ugyan, a mennyire helyzete s ideje engedte továbbra is foglalkozott más tudományos kérdésekkel is, a budapesti egyetemen habilitáltak, 1895-ben a nyilvános rendkívüli tanári címet is elnyerte, mégis ereje javát a trachoma ügyének szentelte, s ma, midőn a magyar szemorvosi iskola seniorját siratja, emlékének, úgy hiszem legméltóbban azzal áldozhatunk, ha összefoglaljuk s olvasóink elé tárjuk húsz éves szakadatlan munkásságának gyümölcsét: a trachomaellenes védekezés magyarországi szervezetét.

Az első lépés a trachoma terjedésének meggátolására már 1884-ben megtörtént, a midőn Tisza a Feuer által szerkesztett „trachoma-utasítást” kiadta, ennek „első része a hatósági

közegek, illetőleg a községi lelkészek, jegyzők, tanítók, előjárók s más értelmesebb egyének részére készült, hogy azok az abban foglaltakról ne csak tudomást nyerjenek s a hatósági intézkedésekről értesüljenek, hanem, hogy a népet alkalmas módon s úton felvilágosítsák, azt a betegség fontos és veszélyes voltára figyelmessé tegyék s az óvszabályok, valamint a hatósági intézkedések megtartására buzdítsák; a második része a kérdéses kórt tisztán szakügyi szempontból behatóbban, tüzetesebben ismerteti, a szakszerű gyógyeljárást tárgyalja s csupán az orvosok számára lévén szerkesztve, ezek közt osztandó ki“.

Az utasítás betartása kötelező s annak megszegése kihágást képez, melyet 5—100 forintig terjedő pénzbüntetéssel, esetleg 1—10 napig terjedhető elzárással büntetnek.

A második lépés, mely e téren történt, mai napig páratlanul áll, ez az 1886. évi V. törvényezikk megalkotása, mely a trachoma terjedésének meggátolásáról szól s mely kimondja, hogy a vagyontalanok ápolási költségei, a kiküldött szemorvosok díjazása, a szemkórházak s a trachoma-cursusok létesítése az államkincstár terhére képezik. A küzdelem tehát azon eszközökkel indult meg, a melyek az egyedül célravezetők: tudománnyal, ismeretterjesztéssel s anyagi segítséggel, ugyanazokkal, a melyek alkalmazását Virchow már 1848-ban a szilíziái typhus leküzdésére javasolta.

Az így megalkotott kereten belül Feuer mindenekelőtt a prophylaktikus intézkedéseket dolgozta ki, ezek alapját az ellenőrző szemvizsgálatok alkotják, melyek az egész országra kötelezők. Minden iskolát évente legalább kétszer megvizsgálják s a ragályos jellegű trachomában szenvedő tanulókat kitiltják, míg a már kis fokú, vagy gyógyult bajban szenvedőket külön padba ültetik, megvizsgálják a gyári munkásokat (a súlyos eseteket a kórházba küldik), a hazatérő katonákat, a hatóságnál jelentkező munkásokat, a tolonczokat s különös figyelemmel az újonczokat. Mindezen vizsgálatokról jegyzőkönyveket vezetnek s azokat iskolákban, gyárakban, község-házán megőrzik. Ezenkívül minden orvos köteles a tudomására jött trachoma-esetet a hatóságnak bejelenteni. Az így kipuhított trachomások — kényszer útján is — tartoznak magukat gyógyíttatni.

Ennek lehetővé tételére nyilvános ambulatoriumokat szerveznek, melyek a trachomásokat ingyenesen gyógyítják, a hajléktalanokat, a nagyon ragályos alakban szenvedőket, azokat, a kik hanyagul járnak el, az operálást igénylőket s azokat, kik nagy távolban laknak, kórházba küldik. A költségeket csak azon esetben fizeti a beteg, ha ő maga vagyonos, míg hozzátartozói már nem kötelesek, a vagyontalanok ápolási díjai az államkincstár terhelik, tehát úgy, mint a syphilisben szenvedők kórházi költségei nem esnek a betegápolási törvény azon intézkedése alá, mely még a szülők, nagyszülők, gyermekek s unokák fizetési kötelezettségét is megállapítja. Különös intézkedések védik a lakosságot a katonaság részéről való fertőzéstől, a mennyiben trachomás katonákat teljes gyógyulásuk előtt csak kivételesen szabadságnak s a hatóságot ez esetben értesítik, úgyszintén akkor is, ha trachomában szenvedettek beszállásolása válik szükségessé.

Bő váladékú trachomás vasuton csak külön kocsiszabaszban utazhat, de minden körülmények között kísérel.

Mindezen az egész országra szóló intézkedéseken kívül ott, hol a trachoma járványszerűen terjed, még más eljárásokat is életbe léptettek. Ilyenek a tájékoztató és általános szemvizsgálatok, melyek célja a lakosság összes trachomásainak kikutatása. A tömeges gyógyítás céljából a községházánál rendeznek be rendelő helyiséget, a hatósági orvos külön jutalomban részesül, ott a hol a hatósági orvos egyéb elfoglaltsága miatt a gyógyítást nem végezheti, külön szemorvosokat alkalmaznak, kiket az állam fizet, 1899-ben 42 ilyen orvos volt alkalmazva 80,000 korona fizetéssel. A hol nincs nagyobb kórház a közelben, állami trachoma-kórházakat állítanak fel (1900-ban 9 volt), az orvosoknak a trachoma diagnostikájában s gyógyításában való alaposabb kiképzése céljából pedig trachoma-cursusokat tartanak.

Ime ezek a Feuer által szervezett védekezési eljárás főbb vonásai. Csak természetes, hogy az idők folyamán a helyi viszonyokhoz mért specialis intézkedéseket is szükségesnek tartott.

A védekezést nagyon megnehezíti a mezsei munkásoknak csoportokban való kivonulása. Az ilyen csoportban levő trachomás a rossz lakásviszonyok között nem csak társait inficiálja, hanem az addig trachoma-mentes vidékre is elhúzózza a ragályt. Azt terveztek, hogy a trachomásokat külön csapatba egyesítik, vagy ezek elutazását megakadályozzák, ezen rendszabályokat azonban megghiúsítja egy nagyhatalom: a nyomor; azt pedig, hogy a munka területén elkülönítés s gyógykezelés történjék, megghiúsítja a hygiene másik két nagy ellensége: a közöny és tudatlanság. Szeged város külterületén megkísérletet oly eljárást, mely e két nagy ellenség hatását ellensúlyozza. Itt ugyanis aránylag kis területen 6 állami trachoma-orvost alkalmaztak, kik a betegeket saját tanyáikon keresik fel. De már Feuer meggyőződött, hogy ez eljárás nem lesz folytatható.

A legjobb s legcélszerűbb intézkedések is megtörnek azon, hogy a trachoma gyógyítása szerfölött hosszadalmas, úgy hogy nemcsak a beteg, hanem az orvos s még inkább a hatóság belefárad. Ezért Feuer javaslatára egy aránylag nagy: 2000 forintos pályadíjat tűztek ki a trachomagarály s a trachoma gyorsabb gyógyításmódjának felfedezésére. S ő maga is az 1893 óta vezetése alatt álló trachoma-osztályon szakadatlanul dolgozott a trachoma aetiológiájának s therapiájának tisztázásán.

Az elért eredményeket sohasem becsülte túl. Midőn a porosz vallás-, közoktatás- és orvosügyi ministerium kérdést intézett a Magyarországon elért sikerekről, ő maga nagy önmérséklettel nyilatkozott. Reá mutatott az óvó eljárások végrehajtásának, a kényszergyógyítás, szakértők alkalmazásának nehézségeire, viszont jó lelkiismerettel mutathatott rá, hogy sikerült oly szervezetet létesíteni, mely a közigazgatás javultával, az orvosképzés fejlődésével évről évre jobb eredményeket fog felmutatni s mely által sikerült a ragály rohamos terjedésének gátat vetni. A trachomáról irt számos dolgozata bizonyítja, hogy művét nem tartotta befejezettnek. A dolog természetéből folyik, hogy a szervezet még fejlesztést s javítást igényel, *ezekekről szólani lesz még alkalmunk*, most csak annyit igazolhatunk, hogy a fejlesztés feltételeit Feuer szervezete önmagában bírja s bizonyára mindaz, a mi ezután fog történni, az ő művére fog támaszkodni, mely iránt nem csak a külföld mutat szokatlan érdeklődést, hanem a melyet az ország egy más nagy szerencsétlenségének, a tuberculosisnak leküzdésére irányuló mozgalom megindításakor, mint a célszerű intézkedések példájára nem kisebb tekintély hivatkozik, — mint maga: *Korányi Frigyes*.

S ha most Feuer életpályájának befejezte után azt kérdezzük: az elért eredmények arányban vannak-e két évtized keserves s súlyos munkájával, nyugodt lelkiismerettel állíthatjuk, hogy igen, mert nem szabad felednünk *Helmholtz* tételét, mely azt mondja, hogy a mi útonkon eredmények csak nagy munka által érhetők el. Feuer kétszeres érdeme, hogy minden lépését töretlen úton tette — s ez a tény emlékét biztosan megőrzi a feledéstől!

Grósz Emil.

Az adrenalin alkalmazása a szemészetben.

Közli: Barlay János dr.

A mellékvesék szerepéről, azok működéséről még igen elterőrk a nézetek. Azt tudjuk, hogy a mellékvesék bizonyos, a szervezetre ártalmas ferment-anyagoknak kiküszöbölését végzik, de hogy az milyen úton-módon történik, erre nézve biztos ismereteink ez idő szerint még nincsenek.

A mellékveséitől megfosztott állat heves mérgezési tünetek közt elpusztul. A mellékveséknek az értonusra gyakorolt hatásuk is ismert dolog. Épen ezen tulajdonságát óhajtották kihasználni, midőn részint frissen leölt állat felaprózott mellékveséit, részint pedig az azokból különböző eljárással nyert kivonatokat, gyógyszer gyanánt, úgy belsőleg, mint külsőleg alkalmazásba vették. A különböző nevek alatt forgalomba hozott szerek körülbelül hét éve vannak használatban.

Mint minden szerves anyagnak nyert készítmény, a levegőn állva, a világosságnak kitéve, gyorsan bomlik és hatását veszti, úgy az eddig forgalomban levő mellékvesekivonatok is épen tartóhatatlanságuk és e miatt a drágaságuk folytán nem feleltek meg a célnak, melyet szolgáltak.

A különböző állatok (ökör, ürü, borjú) mellékveséiből nyert kivonatok por alakban, oldatban vagy tablettákban kerültek a kereskedésbe. A *Merck* gyárában készült porított kivonat (*glandulae suprarenales siccæ pulv.*), már néhány óra alatt nyirkos lesz és erős rothadási büzt áraszt. *Wolffberg* „*atrabilin*“-je (készíti *Leschnitzer* gyógyszerész Breslauban) kissé melegebb időben s rendes nappali világításnál még jól zárt üvegben is bomlik. Jégsekreányban, sötét helyen kell tartani, hogy hosszabb ideig használható legyen. Ha felforraljuk, veszít hatásából, ha bomlott állapotban a szembe cseppentjük, hatása változatlanul érvényesül, de e mellett a benne keletkezett anyagok chemiai ingert gyakorolnak a conjunctivára s az atropin conjunctivitishez hasonló gyuladás keletkezik (*Wolffberg*).

A *Jacquet Leon* dr. által Lyonban előállított „*Extrait de capsules surrenales*“ mindkét végükön beforrasztott karesú, körülbelül 2 gm.-ot tartalmazó üvegcsövecskében kerül áruba. Ennek is gyors bomlékonysága a hátránya. A levegőn állva néhány nap alatt megsűrűsödik, megpenészedik, szagot terjeszt és használhatatlanná válik.

A hőchsti festékgárakban készült „*suprarenin*“ hasonlóan az előbbiekhöz szintén bomlik s e mellett a szembe cseppentve, kellemetlen csipési, fájó érzést kelt; kevés különbséggel majdnem ugyanilyen az 50%-os *extractum suprarenale solutum*, mely 10 gm.-os üvegcsövecskében kerül forgalomba.

A mellékvese-tabletták (*Burroughs, Wellcome et Co.*), melyeket belsőleg diabetes, morbus Addisoni és rhachitis ellen adnak, nem sokkal különbek mint az előbbiek. Ez utóbbi három anyagról, valamint a szintén mellékvesékből előállított „*sphymogenin*“ s „*epinephrin*“-nek nevezett készítményekről személyes tapasztalataim nincsenek.

A múlt év folyamán a *Parke, Davis et Co.* londoni cég megbizottja az egyetemi szemklinikának két új mellékvesekivonatot boesátott rendelkezésére kísérletezés céljából. Az egyik a „*suprarenal liquid with chloretone*“, a másik a „*solutio adrenalini hydrochlorici*“.

Mi az utóbbit használtuk.

A fentnevezett angol cég chemikusa *Takamine Jokichi* dr. (*Detroit, New-York*) ökör mellékvesék hatóanyagát elkülönítette s „*adrenalin*“-nek nevezte el. Ez fehér, könnyű, kristályos por, mely gyengén keserű ízű, hideg vízben nehezen, melegben könnyen oldódik, savakkal aránylag jól oldódó, nehezen kristályosodó sókat képez, melyek a levegőn állva rózsaszínek lesznek (oxidálás). Sósavas sója a legkevésbé izgat s az összes követelményeknek legjobban megfelel. Legnevezetesebb tulajdonsága, hogy jól eltartható. Oldata víztiszta, átlátszó, szagtalan és íztelen. Sötétbarna, körülbelül 25 gm.-ot tartalmazó üveg dugóval ellátott s parafinnal légmentesen elzárt üvegekben kerül forgalomba. Világos üvegben tartva, néhány nap múlva (3–4 nap) gyengén rózsaszínűvé lesz s finom felhőszerű zavarodás mutatkozik benne, s az üveg fenekén idővel kissé szaporodó sárgás-barnás csapadék

képződik, mely felrázva pelyhes, bolyhos czafatokból áll. Sötét üvegben tartva, hónapokig eláll, a nélkül, hogy valamelyes változást észlelnénk rajta.

Az adrenalinnak physiologiai konyhasóval 1:1000 arányban való oldata a legalkalmasabb a használatra. Ehhez még 5%-ban chloretont is tesznek, melynek antiseptikus és fájdalomcsillapító hatását dicsérik. A chloreton chloroformnak és acetonnak vegyülete, finom, fehér, kristályos port képez, kissé kesernyész ízü és szétdőrsölve kámforra emlékeztető szagú. Az eredeti rendelés a következő formában történik. Rp.: Solut. adrenalin. hydrochlor. 0.1; natrii chlor. 0.7; chloreton 0.5 és aquae dest. 100.0. Ezen oldatot sterilisatorban körülbelül hat órán át 100 °C hőmérsékletnek vettem alá; az ilyen oldattal végzett kísérletek azt mutatták, hogy a por hatásának lényege és intenzitása semmiben sem változott.

Az adrenalin 1:1000, 1:5000 és 1:10,000 oldatban, és annak használatát *Bulson Fort Wayne dr.* 1901. áprilisában mutatta be először a chicagói szemészeti és otologiai orvostársaságnak. Azt tartja, hogy az oldatnak színváltozását napfény és levegő behatása létesíti. Legjobban használhatónak az 1:1000 oldat bizonyult, de az 1:5000 oldatnak is van, bár rövidebb időre kiterjedő hatása.

Ugyanilyen értelemben nyilatkozik *Starkley is.* Mindketten azt tapasztalták, hogy az adrenalin oldata a szembe cseppentve azt kissé izgatja és csipő fájdalmat okoz.

Gradle dr. az adrenalinum hydrochloricumról számol be ugyanott. Az oldat conserválására chloroformot ajánl hozzátenni, szemészeti szempontból azonban tekintve a chloroformnak izgató hatását, ezen eljárás nem válik be. Ő 10%-os oldatokat is készített a porból s dicséri annak rendkívüli hatását. Az előbbiekkal ellentétben az ő oldata sem fájdalmat, sem csipést nem okozott.

Kirchner H. bambergi szemorvos szintén állást foglal az adrenalin mellett, kiváló tartóssága, megbízhatósága és jó hatása miatt. Az adrenalinnak élettani hatása, mint a többi mellékvese kivonaté, helybelileg a hajszálerek erős összehúzódnásában áll. Belsőleg használva erősen fokozza a vérnyomást, melynek lényege az, hogy a peripherián a capillarisek összehúzódnak, a véráram nagy akadályokat kénytelen leküzdeni. Mérgező hatása nagyobb, mint a többi készítményeké, mert a kísérleti állatnak 1 kgm.-jára $\frac{1}{1000}$ milligm.-ot számítva, már emeli a vérnyomást. Épen ezen tulajdonsága nagy óvatosságra int úgy a belső alkalmazásánál, valamint subconjunctivalis befecskendéseknél, vagy mint ajánlják, a könnyorrjáratnak sondázás előtti kifeeszkendésénél, a sondázás könnyebb kivitele céljából.

Lényegében az adrenalin hydrochl. oldatnak hatása azonos a többi mellékvese kivonatéval. Az oldatnak egy cseppjét az alsó szemhéj kötőhártyaredőjébe cseppentve, már néhány másodperc múlva eltűnnek a felszínes erek s a hatás fokozásával arányosan a kötőhártya feltűnően elhalványodik. Körülbelül 40"—1 perc múlva a hatás tetőfokára hágott. Még feltűnőbb a hatás a bulbaris conjunctiván. Az egész szem porcellánfehér, csillogóbb lesz, a tekintet kifejezésteljesebb, megnyerőbb. A hatás körülbelül 2—3 órára kiterjedő, fokozható illetőleg kitolható a hatás újabb becseppentéssel. A becseppentésnél semmiféle kellemetlenség, sem csipés, sem égetés nem jelentkezik. Függ a hatás intenzitása a belöveltség fokától és minőségétől. Erősen duzzadt élénkörös conjunctiván szintén mutatkozik az elhalványodás, de kisebb fokban mint egy csak gyéren és felszínesen erezett conjunctiván, ezen vértelenítő hatással lépést tartva, a szövetduzzanat csökken és a conjunctiva ránczai kissé elsimulnak. Ciliaris vagy sűrű episcleralis belöveltséget megszüntetni nem képes. Ugyazint hatástalan a szivárványhártya s a retina ereire is.

A szer hatásának kipróbálására a budapesti egyetemi szemklinikára nagy bejáró beteganyaga állott rendelkezésemre. A conjunctivitisek különféle fajtáinál részint tisztán (1:1000), részint más összehúzó szerekkel kombinálva, pl.: Rp.: Collyr. adstr. lut. Solut. adrenalin. hydrochl. 1:1000 aa. 5.0; aquae dest. 10.0. M.D. in vitr. nigro. Sub signo veneni. Szemcseppek, körülbelül másfél év óta rendelem s igen elismerőleg nyilatkozhatom felőle. Eltartó hurutoknál a betegek panaszai: a kellemetlen homlokérzés, a viszketés vagy idegentestérzés teljesen megszűnnek s e hatás

egyénenként s a hurutnak foka szerint körülbelül 2—3 óráig is eltart. A hatás csökkenésével a vérbőség sohasem lesz nagyobb, mint a becseppentés előtt volt. Trachománál, trachomás pannusnál alig vettem észre feltűnőbb változást, ugyazintén a tavaszi hurutnál sem.

Phlyctenás megbetegedésnél csökkenti a fénykerülést, de itt a hatás kevésbé tartós, mint a közönséges hurutos bajoknál. Igen jól bevált szemhéjszéli gyulladásoknál, hol a gyógyulási időtartam rövidebbnek tűnt fel.

A cornea betegségeinél alig észleltem jó hatást. A parenchymás erezt semmiképen sem befolyásolja.

Kiváló hatásának láttam episcleritiseknél; a betegeknek fájdalmai csökkennek, a vörösség rövid idő alatt tetemesen alább száll s a mennyiben észleléseimből következtethetem, a gyógyulási időtartam is rövidült, két betegemnél, az egyiknél egy, a másiknál két hét alatt 5-ször napj. való becseppentése után teljes gyógyulást láttam.

Olyan egyéneknél, kik jó látásuk dacára s épnek mutatózó conjunctivákkal, de hurutokra jellegző panaszaikkal a szemorvos nyügeivé válnak s kiknél az adstringensek és szemcseppek mindegyikét eredmény nélkül alkalmaztuk, az adrenalin-oldat valószággal csodákat művel; így hysteriás, neurastheniás, hypochondriás betegeknek kiváló eredményt észleltem.

Hogy mennyi tulajdonítható abból az adrenalin és mennyi a suggestiv hatásnak, eldönteni nem tudtam.

Iritisnél, iridocyclitisnél, glaukománál kevés említésre méltó hasznót láttam.

Az érösszehúzó hatása folytán növeli a különben rendeltetni szokott szemcseppek hatását; így a cocain, atropin, scopolamin, pilocarpin erősebben és tartósabban hat az adrenalinval együtt adva.

A mi a műtéteknél észlelhető előnyöket illeti, az a tapasztalásunk, hogy a bulbaris conjunctiva s az izmokon végzett operatiokat érösszehúzó, illetve vértelenítő hatása miatt megkönnyíti s esetleg segédletet is nélkülözhetővé tesz. Azon tény folytán, hogy az adrenalin kár nélkül sterilizálható, műtéteknél előnyt biztosít számára a többi hasonló szerekkel szemben.

A könnyorrjáratnak sondázás előtt adrenalin-oldattal való kiöblítését és kifeeszkendését nem merném ajánlatba hozni, mert könnyen megeshetik, hogy esetleges álúton az oldat a szemhéj bőr alatti kötőszövetébe, vagy pedig valamely kisebb vénába is bejuthat s tekintve igen erősen mérgező tulajdonságát, veszélyessé is válhatik. *Bates* newyorki orvos, ki 1896-ban mellékvese-oldatot fecskendezett a conjunctiva alá, egy betegnél synkope-t észlelt. Ujabban *Fürth* strassburgi docens ismételtén figyelmeztet a mellékvesekivonatok mérgező hatására; említi, hogy egy betegnél urethrotomia internánál a húgyesövet mellékvese-oldattal fecskendezték ki, mire a betegnél szinte az alkalmazás pillanatában súlyos mérgezési jelenségek támadtak. A beteg többször elájult, összes végtagjai göresösen rángatóztak s e tünetek néhány órán át állottak fenn. Hasonló súlyos hatásokat láttak emberen mások is. Magam az egész kísérletezés ideje alatt a conjunctivára való cseppentések után sem mérgezési tünetet, de egyáltalában kellemetlen mellékhatást sem észleltem egy esetben sem; megjegyzem, hogy a szert (1:1000) gyermekeknél is hosszabb időn át alkalmaztam.

A szernek hatalmas helybeli vértelenítő hatása cosmetikai czélokra való felhasználásáért is lehetővé teszi. Itt természetesen nem állandó, hanem csak időleges, néhány órai hatásra számítva, rendeljük blepharitiseknél s a kötőhártyáknak alkalmi okokból (sírás, éjjelezés stb.) származott kivörösödéseinek, midőn esetleg társadalmi tekintetek úgy kívánják, hogy az illető adott alkalommal (látogatás, bál stb.) tetszetős külsővel jelenjen meg.

A mondottakból következik, hogy az adrenalin sósavas (1:1000) oldata a hasonló czélokra ajánlott és forgalomba hozott szerek (atrabilin, suprarenin stb.) hatásával a lényegében megegyezik, azok felett azonban azon előnyökkel rendelkezik, hogy: 1. tartósabb, 2. olcsóbb és 3. pontosabban adagolható.

Az adagolás javalatai nem térnek el lényegökben a többi, hasonló hatású szerek indicatiójától. Mint láttuk, jó hatással adható:

1. a conjunctivitis és blepharitis különböző alakjainál;
2. episcleritis esetén; 3. mint adjuvans különféle szemcseppekhez;
3. preaentiv vérzéseskedés céljából műtétek előtt; s végre
5. cosmetikai célokra.

Irodalom.

1. *Darier* (Paris): Das Suprarenalextract in der Augenheilkunde. S. 331. Bericht über die fünfundzwanzigste Versammlung der ophthalmologischen Gesellschaft. Heidelberg 1896.
2. *K. Wessely* (Heidelberg): Ueber die Wirkung des Suprarenins auf das Auge. S. 69. Bericht über die achtundzwanzigste Versammlung der ophthalmologischen Gesellschaft in Heidelberg. 1900.
3. *A. Darier*: Leçons thérapeutiques oculaires. Huitième leçon. P. 113.
4. *M. Ohlemann*: Die neueren Augenmittel für Aerzte und Studierende. 1902. Atrabilin stb. S. 128—134.
5. *H. Landolt*: Ueber die Verwendung des Nebennieren-Extractes in der Augenheilkunde. S. 321. Centralblatt für praktische Augenheilkunde. 1899.
6. *Darier*: Ueber den Nebennieren-Extract in der Augenheilkunde. Die ophthalmologische Klinik. 1900. Nr. 13.
7. *H. Kirchner*: Ueber Adrenalin, das wirksame Princip der Nebennieren in haltbarer Form. Die ophthalmologische Klinik. 1902. Nr. 12.
8. *Darier*: De l'experimentation thérapeutique. Essai de classification des réactifs physiologiques les plus employés en oculistique. La clinique ophthalmologique. 1901. Nr. 12.
9. *Wolffberg*: Atrabilin, ein neues Nebennieren-Präparat. Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges. 1898/99. Nr. 40.
10. Atrabilin. (Wo.) Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges. 1899. Nr. 7.
11. *Wolffberg*: Atrabilin. Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges. 1900. Nr. 11.
12. Adrenalin. The ophthalmic record Juli 1901. Uebersetzt von dr. *Ohlemann*. Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges. 1901. Nr. 49.
13. Adrenalin. (Sn.) Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges. 1902. Nr. 7.
14. *E. Schubiger-Hartmann*: Adrenalin. Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. 1902. Nr. 21.
15. *Grósz Emil*: A mellékvese-kivonat alkalmazása szembetegségekben. Budapest székes-főváros közpórházainak évkönyve. 1900.
16. *Otto v. Fürth*: Mahnung zur Vorsicht beim Gebrauche von Nebennierenpräparaten. Deutsche medizinische Wochenschrift. 1902. Nr. 43.
17. *Uthoff*: Suprarenin, Atrabilin. S. 150. Graefe-Saemisch: Handbuch der gesamten Augenheilkunde. 1901. Lieferung 32., 33. und 34.

A mydriaticumok élettani hatása.

Írták: *Hermann Emil* dr. és *Erdélyi Jenő* dr.

(Vége.)

Ephedrin.

Nagai az Ephedra vulgarisból egy alkaloidot állított elő, melynek sósavas sója az ephedrinum muriaticum.

De Vriese szerint az Ephedra vulgaris varietas helveticából származik.

10%-os oldatából 1—2 cseppet becséppentve, mydriasiszt idézett elő, mely 40—60 percz alatt állott be, 5—20 óra alatt sülyedt. Erős fényenél pupilla-reactio nem volt.

Schultz kísérletei megerősítik ezen észleleteket.

De Vriese tapasztalatai az előbbivel szintén megegyeznek. Az alkalmazkodás változatlan. Gyermekeknél és aggnoknál jobban hat, mint középkorúaknál.

Djuntaro-Takahasko és Kunosuke-Miura közlik, hogy 1 gm. ephedrinum muriaticum tengerimalacznál subcután nagyfokú mydriasiszt okoz, valamint oldatának becséppentése a könnyzacskóba csak azon szemén. Ismételt becséppentés teljes tágulást és a fényreactio megszűnését hozza létre. Néha nem lép fel alkalmazkodási bénulás. Muscarin-oldat becséppentése után az ephedrin hatása felfüggesztetik és viszont. Physostigmin az ephedrin-tágította pupillát szűkebbre vonja, mint a rendes tágasság. A nervus sympathicus előzetes átmetszése után végzett kísérletek bizonyítják, hogy az ephedrin mydriasiszt a dilatator pupillac, illetőleg az ezt ellátó idegvégék okozzák.

Nagai mondja, hogy izgatott vagy gyuladt irisnél tágulás nem állott be; kötőhártya-gyuladást nem idéz elő. A belső nyomásra nincs befolyása. Előnye a homotropin felett, hogy olcsó és könnyen előállítható.

Simi mint rövid ideig tartó mydriaticumot ajánlja 5%-os ephedrinum muriaticum 1.5%-os cocainnal való összeköttetését. Ez olcsóbb, mint a Merck-féle mydrin, csak kissé lassabban hat, mint ez, de valamivel gyorsabban, mint a 10%-os ephedrin egyedül. Egyik sem befolyásolja az alkalmazkodást.

Mérgezési tünetek eddig egyáltalán nem észleltettek, sőt helybeli izgalmi vagy más kellemetlen jelenségek sem.

Vizsgálataink alapján következőket mondhatjuk:

Az ephedrin 1.2%-os oldata, melyet összehasonlítás céljából szintén alkalmaztunk, teljesen hatástalan. Sem a pupilla tágasságát, sem a fényreactiot nem befolyásolja lényegesen; talán az alkalmazkodásra van csekélyfokú hatása.

A 10%-os oldattal történt egyik vizsgálat szerint az alkalmazkodás teljesen érintetlen, a másik szerint mintegy 5 D-nyit bénít az alkalmazkodási képességből.

Egyebekben az eredmények egymással megegyeznek. A pupilla tágulása 5—10 percz alatt kezdődik, 25—30 percz alatt hág a tetőpontra, de nem teljes. A fényreactio változatlan.

A Simi ajánlotta összetétellel következő eredményre jutottunk: A pupilla tágulása öt percz alatt kezdődik, 45 percz múlva tetőpontját éri el. Az alkalmazkodást 3 D-nyi értékben bénítja 20 percz alatt és erősebben nem is támadja meg. A fényreactio változatlanul élénk. Következő napra a tünetekből semmi sem maradt fenn.

Az ephedrin gyakorlati alkalmazása eddig nagyon szűkörrü, bár mintegy másfél évtized mult el előállítására óta. Nagai mondja ugyan, hogy olcsóbb és könnyebben állítható elő, mint a homotropin, de erre nézve másutt feljegyzéseket nem találtunk. Mivel a pupillát nem tágítja ki teljesen és a fényreactiot sem bénítja, a vizsgálat céljaira nem hibátlan szer, bár előnyére irandó, hogy mérgezésre való tüneteket egyszer sem észlelték alkalmazásánál. Mint gyógyító szer alig jöhet szóba, mert másnapra hatása egészen lejár.

10%-os ephedrin. D. J. 13 éves. Jobb szem. V = $\frac{5}{5}$ Acc. = 13 D.

Datum	Pupilla átmérő	Fényreactio	Olvas	Közel-pont	Alkalmazkodás értéke
febr. 17.					
5 óra 26 p.	4 mm.	élénken reagál	üveg nélkül	75 mm.	13 dioptria
5 " 31 "	4.5 "	" "	" "	75 "	13 "
5 " 36 "	5 "	" "	" "	75 "	13 "
5 " 41 "	6 "	" "	" "	75 "	13 "
5 " 46 "	6 "	" "	" "	75 "	13 "
5 " 51 "	6.5 "	" "	" "	75 "	13 "
6 " 01 "	6.5 "	" "	" "	75 "	13 "
6 " 11 "	6.5 "	" "	" "	75 "	13 "
6 " 21 "	6.5 "	" "	" "	75 "	13 "
6 " 31 "	6.5 "	" "	" "	75 "	13 "
febr. 18.	4.2 "	" "	" "	75 "	13 "

5%-os ephedrin + 1.5%-os cocain aa. (Simi). L. J. 13 éves. Bal szem. V = $\frac{5}{5}$ Acc. = 14 D.

Datum	Pupilla átmérő	Fényreactio	Olvas	Közel-pont	Alkalmazkodás értéke
febr. 16.					
10 óra 12 p.	4.5 mm.	élénken reagál	üveg nélkül	70 mm.	14 dioptria
10 " 17 "	5 "	" "	" "	85 "	11.5 "
10 " 22 "	5.2 "	" "	" "	90 "	11 "
10 " 27 "	5.5 "	" "	" "	90 "	11 "
10 " 32 "	5.7 "	" "	" "	92 "	11 "
10 " 37 "	6 "	" "	" "	92 "	11 "
10 " 42 "	6.2 "	" "	" "	92 "	11 "
10 " 47 "	6.5 "	jól	" "	92 "	11 "
10 " 52 "	6.5 "	" "	" "	92 "	11 "
10 " 57 "	7 "	" "	" "	92 "	11 "
11 " 07 "	7 "	" "	" "	92 "	11 "
11 " 17 "	7 "	" "	" "	92 "	11 "
11 " 27 "	7 "	" "	" "	92 "	11 "
febr. 17.	4.5 "	élénken	" "	70 "	14 "

Pseudoephedrin.

De Vriese emlékezik meg ezen szerről. Szerinte hasonlóan hat, mint az ephedrin, de erősebb a mydriaticus hatása, mely

mellett az alkalmazkodást és fény iránt való érzékenységet nem bántja. 6—9 óra múlva a pupilla ismét rendes lesz. Ő a szer 10%-os oldatát használta.

A keverék, melyet használtunk, nem volt oldat, mert a szer finom por alakjában volt a vízben, 10%-osnál pedig apró jegeket képezett.

A 1/2%-os pseudoephedrin teljesen hatástalan volt. A 10%-os keverékből pedig nem tudtunk másképp kísérletezni, mint úgy, hogy kivettünk néhány kristálykát és ezt tettük a kötőhártya redőjébe. Más módon eljárni nem lehetett. A kristálykák kezdetben igen jelentékeny égető érzést, sőt kiskókú kötőhártya-gyuladást okoztak. A pupilla tágulása 15—20 perc múlva kezdődött és 60 perc alatt csak 2 mm.-nyi volt, mely másnapra megszűnt. A fényreactiót és alkalmazkodást nem befolyásolta.

Jogosultnak látszik azon állítás, hogy a pseudoephedrin a szemészetben jövőre nem számíthat. Nem oldható, tehát pontosan nem adagolható. A kristálykák a kötőhártyán égető érzést okoznak. A fényreactiót nem befolyásolja, sőt vizsgálataink alapján azt sem vehettük fel, hogy a pupillát jobban tágítaná, mint az ephedrin, sőt inkább jóval kevésbbé.

Mydrin.

Nem egyéb mint homatropin + ephedrin vizes oldata: homatropin 0.1, ephedrin 1.0, aqua destillata 10 gm.

Ezen keveréknek 2—3 cseppjét becséppentve nyolcz perc múlva a pupilla tágulni kezd, fél óra múlva maximumát éri el. Egy-két óra múlva csökken és nemsokára lejár a hatás. A mydriasis tartama rövidebb, mint az ephedrinnál, és alkalmazkodási bénulás nincsen. Így mydriaticus célra Groenouw szerint kitűnő, kellemetlen mellékünetek hiányzanak.

Összehasonlítás lévén kísérleteink célja, ezen szerből is csak egy cseppet adagoltunk. A pupillát 8—10 perc múlva kezdi tágítani, 40 perc alatt teljesen kitágítja. Az alkalmazkodást kis fokban bénítja, mintegy 25 D-nyi értékben. A fényreactiót igen csekély mérvben támadja meg. Másnapra ezen szem ismét előbbi állapotába tér vissza.

El kell tehát ismernünk, hogy a mydrin igen szerencsés vegyítése a homatropinnak és ephedrinnak.

Vizsgálati célokra igen alkalmasnak ígérkezik; hátránya azonban, hogy drága.

V. Gy. 11 éves. Bal szem. V = 5/5. Acc. = 9.5 D.

Datum	Pupilla átmérő	Fényreactio	Olvas	Közel- pont	Alkalmaz- kodás értéke
febr. 14.					
5 óra 13p.	4.5mm.	élénken reag.	üveg nélkül	105mm.	9.5 dioptria
5 " 18 "	4.5 "	" "	" "	115 "	9 "
5 " 23 "	5 "	" "	" "	125 "	8 "
5 " 28 "	5.5 "	" "	" "	130 "	7.5 "
5 " 33 "	6 "	jól	" "	130 "	7.5 "
5 " 38 "	6.5 "	" "	" "	130 "	7.5 "
5 " 43 "	6.5 "	" "	" "	140 "	7 "
5 " 48 "	7 "	" "	" "	140 "	7 "
5 " 53 "	8 "	" "	" "	142 "	7 "
6 " 03 "	8 "	" "	" "	142 "	7 "
6 " 13 "	8 "	gyengén	" "	42 "	7 "
febr. 15.	4.5 "	élénken	" "	105 "	9.5 "

Mydrol.

Vegyileg phenyljodmethylpyrozol. Catlanco vizsgálta hatását a szemre és találta, hogy ártatlan, nem izgató, gyenge mydriaticum. A pupillareflex sohasem szűnik meg teljesen. Az alkalmazkodásra kevésbé vagy nem is hat. A kötő- és szivárványhártyára nagy ischaemiát hoz és hűvös érzést, a nélkül, hogy az érzékenység fel volna függesztve. A szemrés tágabb, a szemgolyó kissé előre lép. A pilocarpin okozta miosist csökkenti, az eserintől okozottat nem. Főhatása a sympathikus rostok izgatásán alapul, (az irlsedények szűkülése: mydriasis) 5—10%-os oldata diagnostikus mydriasisra alkalmas. Mint therapeutikus mydriaticum

messze mögötte van az atropinnak és a többi használt szernek. Talán az izgatottságot csökkentő hűsítő hatása a szaru-, kötő- és szivárványhártya betegségeinél használható.

Schultz szintén találta, hogy 5—10%-os oldata néhány óráig tartó mydriasis okoz és a kötőhártyai erek összehúzódását hozza létre.

Vizsgálatokat nem végezhetünk vele, mert a gyógyszerész nem tudta beszerezni.

Igy a fent felsoroltakból kell következtetnünk, hogy a mydrol vizsgálati célokra alkalmas lehet, továbbá antiphlogisticumnak is beválik.

Stenocarpin.

Tiszta barnás, kissé keserű ízű folyadék. Claiborne vizsgálatai szerint ezen szer 2%-os oldatának három cseppje embernél fájdalom nélkül öt perc alatt teljes kötő- és szaruhártyai érzésteleniséget idéz elő, mely 50 perc múlva megszűnik.

Jackson állítja, hogy egy cseppje a kötőhártyaredőben nagyobb fájdalmat okoz, mint 4%-os cocain, de nem erősen és csak néhány perczig hat. Ajkon és nyelven néhány percz múlva érzéstelenít, mint a cocain; 2%-os oldata erősebben, mint a cocain 4%-os oldata.

Claiborne mondja, hogy utólag a szemrés és pupilla tágulása lép fel. A pupilla tágulása 15 perc múlva jelentkezik, 30 perc alatt tetőfokra hág; ugyanekkor a fényreactio is megszűnik; két nap múlva ez lejár. Az alkalmazkodás bénulása 23 perc múlva kezdődik, 2—3 nap alatt mulik el. A szer más nyákhártyákon is érzéstelenít, ha vizszívó vattát teleítatva a fenti oldattal egy ideig a bőrre teszünk.

Knapp hasonló eredményhez jutott, de a bőrön nem tapasztalt érzéstelenítést. Tengerimalaccczal végzett kísérletei hasonló eredményt mutattak, mint a strychninnél.

Négy cseppnél általános tünetek (hideg izzadság, kábultság, tehetetlenség, hányás), erősebb adagnál strychninszerű jelenségek léptek fel. Ezért veszedelmes nyílt sebekre alkalmazni, vagy érdős szövetekbe fecskendezni.

Therapeutikus kísérletek megegyeznek az atropinnal és cocainnal. Iritisnél jobb a tágításra a cocainnál és az iritishez járuló nyomásnövekedésnél az atropinnál. A hol mydriasis nem kívántatik, jobb a cocain.

Ezen szert sem vizsgálhattuk, mert a gyógyszerész minden igekezezte dacára sem tudta beszerezni.

Mint mydriaticum alig jobb a cocainnál; érzésteleniséget már higabb oldatban okoz, mint a cocain. Mérgezésre utaló tünetek sem hiányzanak; sőt ezek erősebbek, mint a cocainnál. Nem is valószínű, hogy valaha ki fogja szorítani a cocaint. Másfél évtized óta a bűvárok nem foglalkoztak vele.

Gelsemin.

A Gelsemium sempervirens alkaloidja Schultz szerint kis fokban pupillatágító, a hatás 12—17 óráig tart.

Két kísérletet végeztünk és noha több cseppet is adagolhatunk, igen csekély hatást tudtunk csak elérni.

1/20%-os gelsemin.

L. J. 13 éves. Jobb szem. V = 5/5. Acc. = 14 D.

Datum	Pupilla átmérő	Fényreactio	Olvas	Közel- pont	Alkalmaz- kodás értéke
febr. 17.	4 mm.	élénken reagál	üveg nélkül	70mm.	14 D.
5 óra 25 p.	4.2 "	" "	" "	80 "	12 "
5 " 30 "	4.2 "	" "	" "	80 "	12 "
5 " 35 "	4.5 "	" "	" "	80 "	12 "
5 " 40 "	4.6 "	" "	" "	80 "	12 "
5 " 45 "	4.6 "	" "	" "	80 "	12 "
5 " 50 "	4.6 "	" "	" "	80 "	12 "
6 " 00 "	4.6 "	" "	" "	80 "	12 "
febr. 18.	4 "	" "	" "	80 "	12 "

Anaesin.

Vámosy állította elő. Kísérleteink alapján nem tudunk meggyőződni pupillatágító hatásáról.

Összegezés.

A pupillatágító szereket, mint ilyeneket, három célra alkalmazzuk a szemészetben: a fénytörés vizsgálatára, a törő közegek és a szemfenék állapotának felderítésére, végül gyógyítás céljaira. Ezenkívül némelyiknek mellékes jó tulajdonságai vannak.

I. Fénytörés vizsgálatára.

Erre aránylag legritkábban használjuk fel a mydriaticumokat. Vannak ugyanis más eszközök is a fénytörés megállapítására, másrészt az alkalmazkodás bekövetkező teljes bénulása (mert erre van szükség) némelyiknél csak napok múlva enyészik el és ez a vizsgált egyénre nagyon kellemetlen. Legtöbbször fiatal egyének latens hypermetropiájának teljes felderítésére szokták használni.

Az atropin eléggé célhoz vezető. Az alkalmazkodást 40–60 percz múlva bénítja. Tényleg ezt szokták használni, bár vannak nagyon jelentékeny hátrányai: így a gyakori mérgezés, gyuladások, továbbá, hogy hatása napokig fennáll.

A hyoscin 1%-os oldata az alkalmazkodást 30 percz alatt bénítja. Hátránya azonban a gyakori mérgezés, melylyel az irodalomban találkozunk; kisebb töménységű oldatait az alkalmazkodást 20 percz alatt bénítják $\frac{1}{4}$ és $\frac{1}{2}$ %-os oldatban, de nem teljesen. Mérgezések is ritkán fordultak elő, melyek igen könnyű lefolyásúak voltak. Scopolamin később bénítja az alkalmazkodást (30–50 percz), de teljesen. Mérgezések ritkán jelentkeztek. 2%-os oldatának hatása megegyezik az 5%-ossal.

Legalkalmasabb tehát scopolamin, mert legjobban bénít, bár nem oly gyorsan, mint az atropin és mérgező hatás használatánál felette ritkán jelentkezik.

Valamennyinek hátránya, hogy mérgezést okoznak és hatásuk nem egészen biztos. Ezen okból a törésvizonyok vizsgálatára a mydriaticumok nem elég alkalmasak.

II. A törőközegek és a szemfenék állapotának kiderítésére.

Azon szer legalkalmasabb e célra, mely a pupillát leggyorsabban és teljesen kitágítja, de csak mulólag és a fényreactiot ezen időre megszünteti. E mellett egyéb hatásai csekélyfokúak.

Az alkalmazkodás bénulása, valamint a szembeni nyomás nagyobbodása az illető szer rovására irandó.

Atropin a pupillát gyorsan (20–40 percz, az oldat töménységének megfelelően) és teljesen kitágítja. Az alkalmazkodás bénulása azonban nagyon kifejezett; a szembeni nyomást szintén emeli. A fényreactio is megszűnik. Homatropin a pupillát 30–50 percz alatt tágítja ki, még pedig teljesen; a fényreactiot szintén felfüggeszti. Az alkalmazkodást kis fokban befolyásolja. Másnapra a tünetek visszafejlődnek. Duboisin a pupillát igen gyorsan (5–20 percz alatt) teljesen kitágítja, a fényreactio is kimarad; de az alkalmazkodást is bénítja, valamint a szembeni nyomást is emeli. A hatás napokra terjed. $\frac{1}{2}$ vagy 1%-os oldat nagyon jól hat.

Hyosin, atropin és scopolamin hasonló hatásúak mint az atropin; előbbiek tiszerte, utóbbi ötszörte erősebb nála. Cocain a pupillát 20–30 percz alatt kitágítja, kisebb töménységű oldatai csekély fokban, nagyobb töménységűek nagyobb mértékben; a fényreactio is megszűnik. Előnye, hogy az alkalmazkodást csak kis fokban bénítja és ez is egy napnál tovább nem tart. Nagyon sok azonban a nem kívánt tünet. Euphthalmin a pupillát 15–30 percz alatt kitágítja, az alkalmazkodást igen csekély mértékben befolyásolja, a fényreactiot csak gyengíti, de nem szünteti meg. A 3%-os oldat majdnem oly erősen hat, mint az 5 és 10%-os. Előnyei igen fontosak (l. a megfelelő helyen), mérgezést ellenben nem okoz. Másnapra a hatás lejár. Ephedrin 10%-os oldata szintén nagyon jól és gyorsan (25–30 percz alatt) kitágítja a pupillát. Az alkalmazkodást néha nem elég nagy mértékben befolyásolja, a pupilla-reflexet nem bénítja.

Gyermekeknel és aggnoknál jobban hat, mint középkorúaknál. Itéletet ezen szerről még korai mondani, de figyelmet érdemel. A Simi ajánlotta cocain- és ephedrin-oldat hatása e két szerből verődik össze. Pseudoephedrin nem alkalmas, mert nála sokkal jobbak vannak. Mydrin még nines eléggé kipróbálva. Hatása componenseinek felel meg. Nem gyorsan, de teljesen tágítja a pupillát, a fényreactiot kissé gyengíti, az alkalmazkodást nem nagyon befolyásolja.

Másnapra semmi nyoma a hatásnak. Hátránya, hogy drága. A mydrol 10%-os oldata kiskókú mydriasiszt hoz létre, mely néhány óráig tart. A pupilla-reflexet gyengíti, az alkalmazkodást kis mértékben bénítja. Stenocarpin 30 percz alatt kitágítja a pupillát teljesen, de ugyanekkor az alkalmazkodást és fényreactiot is bénítja. A hatás csak napok múlva jár le. Mérgezés tüneteivel gyakran találkozunk.

Legalkalmasabbnak mondható a fent jelölt célra az euphthalmin. Jók még az ephedrin, homatropin, mydrin, mydrol. Mérgező hatása miatt kevésbé ajánlható a cocain. Atropin és rokonai a tárgyalt melléktünetek miatt kevésbé alkalmasak.

Gelsemin, anaesin, eucain, holocain, tropacocain csekély hatásuk miatt nem felelnek meg a kívánalmaknak.

III. Gyógyító hatás a mydriasis folytán.

Csak azon szerek alkalmasak e célra, melyek a pupillát nagy fokban elég gyorsan kitágítják és hol ezen tágulás hosszabb ideig fennáll.

Atropin különösen iritisnél nagyon jó és használatos, bár kellemetlen helybeli hatásai alkalmazását igen gyakran ellenjavallják. Legkellemetlenebb edénytágító volta, mely a hasznát sokszor nagyrészen ellensúlyozza. Synechiák feltétele is többnyire sikerül vele. Mindenütt, hol hosszabb ideig szükséges a pupilla tág volta, használható szer; tekintettel kell lenni azonban az ártalmas tünetekre is, melyeket okoz. A duboisin sokszor felszaggat oly synechiákat, melyeket atropin nem oldott meg; atropin okozta kötőhártyagyulladás esetén is jó hatású. Hyoscin glaukománál a tensiot nem emeli, ha nem elég erélyes az atropin, akkor is jó hatású. Atropin hatása ugyanaz, mint a hyosciné.

Egyhangúlag dicsérik a szerzők a scopolamint, melynek gyógyító hatása egyenértékű az atropinnal, sőt esetleg nagyobb is; kellemetlen helybeli tüneteket nem idéz elő, általános tüneteket még sokkal kevésbé. Sokáig használható, a nélkül, hogy a beteg kárát vallaná. Igen súlyos szembajoknál, hol az atropin használata ártalmas volt, igen jó hatást fejtett ki. A tensiot nem emeli, tehát glaukomás szemben fellépő iritisnél nélkülözhetetlen. Cocain néha glaukománál alkalmazható, mert a tensiot csökkenti, de tekintettel nagyszámú hátrányaira, nagyon gyakran előnyben részesíthető a scopolamin. Mydrol gyógyító hatása messze mögötte áll az atropinnek. Stenocarpin iritisnél jobb, mint a cocain, a tensiot nem emeli.

Scopolamin érdemli tehát meg az első helyet, minthogy még egyéb kitűnő tulajdonságai is vannak. Atropin a leghasználatosabb, bár hátrányai nem kiesnylendők. Duboisin, atropin és hyoscin ritkán vétetnek igénybe. Stenocarpin, cocain, mydrol csekély jelentőséggel bírnak.

IV. Egyéb gyógyító hatások.

Az atropin és rokonai gyengén érzéstelenítők is, tehát iritisnél, iridocyelitisnél a fájdalmat csökkentik. A scopolaminnak különös előnyei vannak a szemgolyó elülső részeinek bántalmánál. Kötőszöveti genyes folyamatokat is kedvezően befolyásol, a hypopyon felszívódását elősegíti. Minden lobos folyamatot csökkent. Jobban érzéstelenít, mint az atropin. Cocain főhatása, melyet gyakorlatilag felhasználunk, az érzéstelenítés. Mydrol a szem izgatottságát csökkenti, mely tulajdonsága gyuladással bántalmaknál felhasználható. Stenocarpin kétszerte jobban érzéstelenít, mint a cocain.

Az eredményeket gondosan szemügyre vévén és áttekintvén, minden célra legjobban megfelelőnek találtuk a scopolamint, kivéve a fénytörés vizsgálatánál szükséges mydriasiszt, hol e szer

hosszú ideig tartó hatása miatt igen előnyösen pótolható a homatropinnal.

Sokoldalú és kedvező hatása miatt a scopolamin a buda-pesti tudomány-egyetem szemklinikáján az atropin helyett mind tágabb hatáskört és szerepet nyer és az eddig elért sikerek legalább is arra bátorítanak, hogy a kísérletek minél szélesebb alapon folytatást nyerjenek.

Irodalom.

- Donders*: Die Anomalien der Refraction und Accommodation des Auges.
Graefe und Sämisch: Handbuch der gesamten Augenheilkunde.
Adamük: Das Chininum bei Glaukom. Arch. f. Augenheilkunde.
Bertheau: Homatropin. Berliner klin. Wochenschrift Nr. 41.
Berthold: Homatropinum bromatum. Naturforscher-Versamml. zu Danzig.
Eulenburg: Duboisin. Real-Encyclopädie Band IV.
Fronmüller: Das bromwasserstoffsäure Homatropin. Memorabilien Bd XXV.
Götz: Das Homatropin in der Augenheilkunde. Kiel, 1880.
Kayser: Homatropinum hydrobromatum. Philadelph. medicin. Presse 1880.
Mecklenburg: Pilocarpinum hydrochloratum. Berliner klinische Wochenschrift Nr. 44.
Pantalojeff: Das salicylsäure Chinin und das schwefelsäure Atropin. Centralblatt f. med. Wiss. Nr. 29.
Pantyszki: Pilocarpin und Homatropin.
Petorelli: Ueber Nitro-Atropin. Internat. ophthalm. Congress zu Mayland.
Schäfer: Vergleichende Untersuchungen über die Wirksamkeit des Atropins, Duboisin und Homatropin auf das Auge. Inaug. Dissert. Giessen 1880.
Vogel: Belladonna. Eulenburg Encyclop. Bd II.
Fuchs: Homatropinum hydrobromatum. Arch. f. Augenheilkunde.
Aureg: Ueber chronische Atropinvergiftung. Archiv f. die ges. Phys. Band XXI.
Donath: Atropinvergiftung. Wiener med. Wochenschrift Nr. 12. Monatsblätter für Augenheilkunde Bd XXVI.

A heidelbergi szemésztársaság gyűlése.

1902. VIII. 3—6.

Ismerteti: dr. Siklóssy Gyula.

(Vége.)

Bemutatások.

Az idő rövidsége miatt sok előadó azt kérte a választmánytól, hogy előadását bemutatás alakjában tarthassa meg.

Elschnig (Bécs) készítményeket mutat be, melyek közül az 1. sok velős hüvelyű rostot lehet látni a látóhártyában. A 2. sajátságos reczés kötőszövetet a látóhártya belfelületén. 3. A mellső csarnokba behuzódó hegyszövet látható; az iris egész mellső felülete és a lencse hámszejtékkel van bevonva; a Bowman-hártya hiányzik. 4. Pannus trachomatoususnál glaucoma lépett fel hályogműtét után. 5. Elsődleges száruhártya-papillomának stereoscopikus fényképét és kórboneztani készítményét mutatja be.

Axenfeld a szemgödör csontos falának töréséről beszél. A bonezolárnál a felső falon nagy nyílás volt látható, a melybe egy úgynevezett hernia orbitocerebralis ékelődött be. Valódi agyrészletek még sem kerültek ide, mert a keletkezett vérzés a dura felett ennek közbenjöttével zárta el a nyílást.

Üvegszerű anyagképződése a szemben. Egy absolut glaukoma miatt eltávolított szemben a dobverő fejéhez hasonlóan elődomborodó irisnek mellső és hátsó fala egy üvegszerű hártával volt befutva, mely a membr. Descemetihez hasonlított. A pupillaris-szél meg volt vastagodva s a megvékonyodott irisről bunkószerűleg emelkedett. Az elüvegesedésnek könnyebb alakjait glaukománál gyakran leírták.

Wagenmann. Érhártyarepedés és irisleválás esete. Az érhártyának csak belső lemezei voltak beszakadva. A repedés egy ciliaris edény átlépési helyén vette kezdetét. A látóhártya is be volt hasadva az egész vonalon; a repedés széleit gyenge hegyszövet egyesíté.

Unthoff. Conjunctivitis diphtheritica készítményeit mutatja be.

1. A szemhéjak és a kötőhártya diphtheritise. Álhártyák; az interstitialis szövet infiltratioja; kezdődő szövetelhalás a corneán; látóideggyulladás.

2. Az egész tekei kötőhártya elhalt; súlyos necrosis a corneának. 3. Diphtheria és skarlát. Álhártyák és száruhártya-fekélyek.

Thier (Aachen). Egy orbitalis esontdaganatról. Az eltávolítás alatt kicsúszott a daganat a műtő kezéből, hátra esett és így strangulálta az opticust. A teke azonnal megkeményedett. Az egész folyamat egy-két percig tartott. (Thier ezt, mint acut glaukomát (!) fogja fel.) A mint a beszorult daganatot kiszabadították, megszűnt a keménysége a szemnek.

Dimmer szemfenéki photographiákat mutat be. Új modelljén a reflexeket azáltal zárta ki, hogy egy Zeiss-féle planarlencsén felében bocsátja csak át a sugarakat. Így $\frac{1}{16}$ másodperc alatt már éles felvételt készíthet. A képek nagysága 30 mm. Ezek nagyítása már egyszerű technikai feladat. A bemutatott képek a szemfenéket 5—6 papilla átmérőjű területen fényképezik le. A képek igen élesek; igen finom részletek is megkülönböztethetők rajtuk.

A készülék jelenleg Zeissnél van, a ki végleges alakjában gyártani fogja. A felvételt eszközlő csőre függőlegesen áll a megvilágító cső; e kettő már minden különös beállítás nélkül is együtt működik.

Gullstrand (Upsala) azt demonstrálja két egymásra függőlegesen álló lencse segítségével, hogy a csillagoknak csillagos alakja nem az emberi szemastigmatismusának tudandó be, hanem a lencsék törvényes törési aberrációjának.

Pflüger egy fedett, éles harpunét mutat be, melynek fedőlemeze visszahúzóható a mellső csarnokban s kihúzáskor ismét rátolható arra. Előnye volna, hogy visszahúzáshoz a műtő nem akad bele az irisbe. A csarnokvíz azért ennél is elfolyik, és pedig annál is inkább, mentől hosszabb ideig tologatja a fedőlemezt a horgoscska fölé.

Stoewer (Witten) egy kis eszközt eszelt ki a lencsének tokjában való eltávolítására. Lényege egy jó nagy, körülbelül Pagenstecher kanálát utánzó kanál, mely egy csővel áll összeköttetésben, ez a cső pedig egy gummilapdába vezet. Ugy képzelte a dolgot, hogy nagy sclerális sebet készítve, nagy irisdarabot kell kimetszeni; ezután a kanál homorú részét vigyázva akkor illeszti rá a lencse mellső felszínére, mikor a gummilapdát a segéd összeszorítva tartja. A mint rá van illesztve, eleresztik a lapdát: légüres tér támad, a lencse odapad a kanálhoz s a műtő óvatosan ellárolítja. Ó nehány állatkísérlet esetében jó sikerrel operált.

(Csak a gummiballon ellen lehet kifogás. Talán lehetne a Pravaz-fecskendő mintájával azt pótolni; s a jelenleg még igen kezdetleges eszközt simulekonyabbá tenni.)

Pflugk (Drezda) és *Salzer* (München) phantomokat mutatnak be szemtüközési gyakorlatokhoz. Pflugk phantomja sokkal tökéletesebb, de igen drága. Salzeré genialis és nyolcz márkaért megszerezhető.

Herzog (Berlin) a szem belső izmainak fejlődéséről beszél. A sphincter és a dilatator epithelialis eredetű szerinte: míg a ciliaris-izom a mesodermából származik.

Heine (Breslau). A nagyfokú rövidlátó szemben nem folyik le gyulladás: az elváltozások a nyúlásnak tudandók be. Készítményeket demonstrál, melyek az elastica elszakadását bizonyítják. A kis fokú szakadás nem von maga után egyéb elváltozást, minthogy a festényes hám kissé meglazul. Ez tehát az elsődleges elváltozás, melyet a festény és hám regenerálódása, reactiv sarjadása követ, miből hypertrophias hegek keletkezhetnek.

Grünert (Tübingen) Retinitis septica-ról és metastaticáról beszél. Tizennégy nappal a halál előtt metastasis az egyik szemben, izzadmány a szembogárban, a tensio — 3. Két nappal a halál bekövetkezése előtt a másik szem látóhártyájában is vérzések és fehér foltok léptek fel, melyek a ret. septica képét mutatták.

Az első szem boneztani lelete genyes szírványhártya és sugártestlobnak felelt meg, melyhez nagyfokú genyes retinitis esatlakozott. A másik szemben az idegrost rétegben sűrű gömbölyű sejtes infiltratiót talált, melyek a látóhártya véredényei felől indultak ki, a külső rétegeket átfúrták, a nélkül, hogy a chorioideat is ellepték volna. A hogy a szemtükri leletből következtetni lehetett, a látóhártyában levő kis infiltratumokat apró vérzések vették körül. A látóidegnek teke mögötti részletében is sok apró tályogot lehetett találni. Ebből arra következtet, hogy a septicus retinitis gyulladásos áttételes alak.

Stock (Freiburg) keratitis parenchymatosa e lue hereditaria esetnek kórboneztani készítményét mutatja be.

Best (Giessen) göresővi készítményeket mutat be, a melyek egyikén idült gyulladásos állapotban hizott sejtek láthatók óriási számban. Ezek haematoxylin-bismarkbarnával nagyon szépen festődnek. Másik esetében szalagos száruhártagyuladást mutat be, melyet fibrinfestéssel kezelt.

de Lieto Vollaro (Nápoly) francia nyelven tartja meg bemutatását, mely a gerontoxon anatómiájával foglalkozik. Sudán III.-mal végezte a festést s kimutatta, hogy nemcsak a zavarodás területén található zsíros szétesés, hanem a tiszta rész interstitialis szövetében is sok zsírgolyócska van jelen. Üvegszerű concretiokat 20 esetből kétszer talált. Az osmium reactio gerontoxonnál nem biztos; valószínűleg stearinál és palmitinnal van dolgunk, melyeket az osmiumsav nem redukál.

Mayerda (Giessen). Szemhéjrak, a sejtek kiterjedt nyákos elfajulásával.

Hess (Würzburg) szép photogramokat mutat be, melyeket Nápolyban az állattani állomáson készített. Cephalopodáknál a látóhártya egész fekete lesz a világosság behatására, a festénysejtek kivándorolnak a szélre; sötétben visszavonulnak, a látóhártya halavány.

Scorpena látóhártyájának átmetszete világosan leölt állatból eredve sok szabályos festénysort mutat, sötétben leölt állatban alig van a limitans externa alatt festény.

Siklóssy (Budapest) egy módosítást mutat be, melylyel a Richet-féle szemhéjplasticát általánosabbá lehet tenni. Egy parasztfiút operált, kinek szemhéja előrement sérülés, hibás egyesítés és ezt követő genyedés következtében teljességében ectropionált. A felszabadított szövet a régi hegyben vezetve: majd az összes rögzítő hegeket felszabadította s a régi hegből kiindulólág egy ív alakú metszést vitt harántul a szemöldökhöz át a homlokra. Az így körülírt bőrlébenyt felfejtette s a lerögzített

alsó sebszéllel egyesítette. Ugy a dinamikus, mint a cosmikus hatás teljesen kielégítő.

Két esetének fényképeit mutatja be továbbá, a melyeknél a Dieffenbach-féle lebeny belső kibélelését, olyankor, ha nagy új képlet miatt a szemhéjat minden rétegével egészében kell eltávolítani, úgy eszközözi, hogy a lebeny szabad szélén kívül és belül kis metszést végez. Az így határolt bőrrészletet lehajtja s úgynevezett matrác-varrattal rögzíti. A maradé esüesköket pedig a belső és a külső zúgba jó magasra felvarrja, hogy így a lebeny süllyedése és zsúgorodása megakadályoztassék.

Végül egy esetnek arczképét demonstrálja, a melynél a carcinomán kívül nagyfokú ectropion is volt jelen. Műtéténél mégis körülbelül háromszor olyan nagy lebenyre volt szüksége, mint előre gondolta. Hangsúlyozza épen plastikus műtétéknél annak fontosságát, hogy a műtő ne adott schemákhoz tartsa magát, hanem individualizáljon.

Fuchs Siklóssy bemutatása alkalmából megjegyzi, hogy a bécsi sebész klinikán a tarsus pótlására egy darabot kimetszettek a fülkagylóból; az így áttitelt darab szépen megtapadt.

Leber (Heidelbergt) átvilágító lámpáskát készített szemfibril daganatok kórismézésére.

Wintersteiner (Bécs) másodlagos elváltozásokat mutat be peribulbaris atheromeyáknál.

Folyóiratok átnézete.

Archiv für Ophthalmologie, 1902. LV. *Tschermak*: Az abszolút localizáláshoz kancsaloknál. — *Bjerke*: Photographia útján kicsinyített optotypusok alkalmazásáról a látásélesség közelben való meghatározására. — *Lüttge*: Panophthalmitis tuberculosa in puerperio. — *Pagenstecher*: A congenitalis aniridia kórboneztanáról. — *Stolting*: Chininmérgezés következményei a szemben. — *Prokopenko*: A rugalmas rostok eloszlásáról az ember szemében. — *Tertsch*: Neuroma orbitae. — *Pagenstecher*: Traumás ideghártya-elváltozás két esete. — *Levinsohn*: A nyaki sympathicus befolyása a szemre. — *Velhagen*: Adat a mycosis fungoides ismeretéhez.

Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, 1902. október. *Emanuel*: Intrabulbaris tuberculosus a gyermekkorban; a tuberculosus s a retina daganatának differenciális diagnózis. — *Handmann*: Az iris tuberculosusának gyógykezelése tuberculin-TR.-vel. — *Blaschek*: A cornea gyűrűs homályának két esete. — *Hoppe*: A felső szemhéji szabad kötőhártya reahúzódása a tarsusra. — *Pfäuger*: A nem heges ectropium műtéti kérdése. — *Lezenius*: A natr. cinnamylic. (Hetol) subconjunctivalis befeckeskedéséről. — November. *Liebreich*: A közellátóság kezelése. — *Reis*: Cysta-képződés a cornea felszínén. — *Ackermann*: Koponyaalapi vérzés okozta teljes oculomotorius benulás. — *Pergens*: A látásélesség meghatározására szolgáló Landolt-féle C-alak elemzése. — *Schoeler*: Adatok a pons tuberculosus megbetegedéseiről. — *Huss*: A hydrogen hyperoxyd befolyása a szemre. — *Schoen*: A ciliaris epithel és excavatio a gyermeki szemben.

Zeitschrift für Augenheilkunde, VIII. kötet, 4. füzet. *Schoute*: A retina csapjainak mint végszervnek működéséről. — *Adolph*: A könnytömlő kiirtásáról. — *Angstein*: Tanulmány a cornea és iris véredényeiről (vége). 5. füzet. — *Felix*: Levegő befúvása az elülső csarnokba; a cornea és iris tuberculosusának új gyógymódja. — *Georg*: Az agykéreg és a pupilla közötti viszonyról. — *Ammann*: Szemsérülések befolyása a keresetképességre.

Centralblatt für praktische Augenheilkunde, 1902. október. *Lehmann*: A szem teljes átfurata vasszilánk által; adatok a Röntgen-diagnostikához. — *Neustätter*: Az egyoldali nystagmus elmélete. — *Brand*: Az izomelőrehelyezésről.

Archiv für Augenheilkunde, XLVI. k. 1. füzet. *Haab*: A pupilla agykérgi reflexe. — *Cohn Herm.*: A boroszlói orvostanhallgatók szeméi. — *Tunge*: A pupilla normális nagyságai poliklinikai mérések adatai alapján. — *Anargyros*: Az iris melanomája. — *Van der Hoeve*: A kétoldali macularis colob. chorioideaeere vonatkozó néhány megjegyzés egy újabb eset kapcsán. — *Ackermann*: Mindkét alsó áthajló redőben többes számmal képződött cysták esete. 2. f. — *Berger*: A könnyezés, mint a Basedow-kór kezdeti tünete. — *Mayerweg*: A retina velős idegrostjairól. — *Genth*: Fertőzött kötszereknek a szemben aseptikusan ejtett sebekre való befolyása; kísérleti tanulmány a szemészeti kötszereket illetőleg. — *Frjér*: A glioma és pseudoglioma retinae differentialis diagnózisáról. — *Rumshewitsch*: Membrana pupillaris persev. ritka esete. — *Kozlowski*: A hályog egyszerű kivonásának kérdéséhez. — *Van der Hoeve*: Adatok a kancsalság tanához.

Recueil d'ophthalmologie, 1902. október. *Galezowski*: Az arteriosclerosisos retina-emboliákról. — *Rény*: Presbyopiások strabismus convergens, vagy functionalis diplopia.

Archives d'ophthalmologie, 1902. október. *Panas*: A retina középponti ereinek emboliája és thrombosisa. — *Panas*: Villamos fény okozta amblyopia és amaurosis. — *Badal*: Szemhéji és conjunct. plastikára szolgáló hidalakú lebenyek. — *Demichieri*: A tavaszi hurutról. — November. *Panas*: Az ú. n. ptosis congenitáról. — *Panas*: A szemhéj szabad szélén ülő némely jóindulatú daganatról. — *Terrien*: Villamos hatásból származott látási zavarok prognosisa.

Magyar Orvosok Lapja, 1902. 41. sz. *Hoór*: Készülék a színérzés (szinvaktság) gyakorlati meghatározására. — *Goldzieher*: Az utóképek kóros persistentiájáról. 43. sz. — *Neumann*: A cornea rétegei közé tört szalmazáknak eltávolítása. 46. sz. — *Grósz E.*: Okozott-e szín-tévesztés közlekedési balesetet? — *Hoór*: Válasz az előző cikkre.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1902. 39., 40. sz. *Sachsaler*: A nagyfokú rövidlátóság operatív kezelése.

Wiener klinische Wochenschrift, 1902. 40. sz. *Kurka*: Metastatikus gonorrhoeás kötőhártyagyulladás. 45. sz. — *Lindner*: Teljes egyoldali oculomotorius-hűdés.

Berliner klinische Wochenschrift, 1902. 41., 42. sz. *Levinsohn*: A primaer glaucoma okai.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 40. sz. *Axenfeld*: Adat a frontalis és ethmoidalis sinusitis és orbitalis szövődményei kór- és gyógytanához. 45. sz. — *Oppenheimer*: Az entropium conservatív kezelése.

Neurologisches Centralblatt, 1902. 18. sz. *Saenger*: Myotoniás pupillamozgás. 21. sz. — *Nonne*: Fényrevezető pupillák myotoniás összehúzóerősége. — *Piltz*: Paradox pupillareactio.

Le progrès médical, 1902. 43. sz. *Millé*: Kétoldali dacryoadenitis iritissel.

The lancet, 1902. II. 13. sz. *Williams*: Idegen testek a corneában. 19. sz. — *Elliot*: Öt hónap alatt végzett 500 műtét primaer cataracta miatt. 20. sz. — *Collins*: Kétoldali acut glaucoma érdekes esete.

Gazette hebdomadaire, 1902. 83. sz. *Yvert*: Sörét okozta szemsérülések.

Journal médical de Bruxelles, 1902. 43. sz. *Coppez*: Filamentaris conjunctivitis esete.

Bulletin général de thérapeutique, 144. k. 14. f. *Amat*: A myopia teljes correctioja.

Leitner Vilmos dr.

VEGYESEK.

— *Graefe Helmholtzhoz intézett levele*. Königsberger Leo Helmholtzról írt nagy munkájában Graefe 1851. november 7-dikén kelt levelét közli, melyben a szemtűkör feltalálására vonatkozó érdekes adatokat találunk. A levélből kiderül, hogy Graefe 1850 nyarán Brückétől értesült, hogy Helmholtz sikertelenül próbált szerkeszteni, mely az élő szem retinájának vizsgálására alkalmas. Azt is megtudjuk, hogy Brücke maga is foglalkozott az eszmével, de a világítás módján meghiúsult törekvése. Ő ugyanis azt hitte, hogy a katoptriás és dioptriás követeléseknek egyetlen ferdén állított concav üveggel megfelelő. Graefe levelének további folyamán kéri Helmholtzt, hogy Königsbergi optikusa útján küldessen neki szemtűkröket, mert úgy ő, mint Bowmann és Desmarres türelmetlenül várják az időt, hogy az eszközt alkalmazásba vehessék. Helmholtz december 16-dikán edes apjának is megírta, hogy Graefe érdeklődik a szemtűkörért s Dörfelnél Berlinben már szintén készitik, az ő mechanikusánál pedig 18 darabot rendeltek meg s maga is jelzi, hogy most már el fog terjedni az egész világon.

— *A berni egyetemi szemklinika elhelyezéséről* borzalmas leírást közöl a „Der Bund” schweizi újságban megjelent cikk nyomán a Centralblatt für Augenheilkunde.

Baselben, Zürichben új modern egyetemi szemklinikák vannak, míg a berni egyetem egy kórház földszintjén van elhelyezve. A női osztály nyolcz ágygyal rendelkezik, s még 4 szalmazsákot a folyósóra helyeznek, az operálásokat a tanteremben végzik, ragályos betegek számára egy felnőtt és egy gyermek ágy van kis kamarában elhelyezve, a folyósó szolgál étkező helyül, ruhatárul, várótermül, de az ambulans betegeket is itt vizsgálják s gyógyítják, pedig ezek száma évenként 3000. A Zehender által ajándékozott könyvtár a padláson van becsomagolva, a laboratorium egy árnyékszék helyén van.

Természetesen az, hogy van olyan egyetem, melyen a szemészet a mostoha gyermek, még nem ok, hogy ehhez arányított jó viszonyok javításán s fejlesztésén ne fáradsanak az illetékes tényezők.

— *A madridi internationalis orvosi congressuson* (1903. április 23–30.) a szemészeti sectioban a következő főthémák kerülnek tárgyalás alá:

1. A könnyutak sebészeti kezelése.
2. Egyöntetű optometrikus mértékek szükségese.
3. Heveny betegségek kapcsán keletkező látóideggyulladások.

— *Személyi hírek*. *Meyer Eduard* Graefe barátja és tanítványa 54 éves korában Párisban meghalt. Tankönyve Graefe tanait tartalmazza s számos kiadást ért. Műtettana gazdagon van illusztrálva s kora (1870-ben jelent meg) technikájának maradós s hű tükrre. — *Graefe Albert* a nagy Graefe rokona, Graefe Alfred volt assistense, 42 éves korában Berlinben elhunyt. — *Inouye* japáni szemorvos 34 éves korában Tokióban elhunyt. — *Cirincione* tanárt a sienai egyetem szemészeti tanszékére nevezték ki.

— *Schweigger* a berlini egyetem nyug. szemésztanára 50 éves doktori jubileumát ünnepelte.

— *Schoebl* prágai egyetemi tanár utódjául Deyl tanárt nevezték ki.

— *Friedenwald* son. elhunyt baltimore-i tanár utódjává *Harry Friedenwald*-ot nevezték ki.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

Kiadja és a magyar egyetemek tanárainak, a fő- és székvárosi közkórházak és egyéb gyógyintézetek fő- és rendelő orvosainak, továbbá köz- és magán- gyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Liebermann Leó, Moravcsik Ernő, Pertik Ottó, Réczey Imre, Tauffer Vilmos, Thanhoffer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Torday Árpád és Torday Ferencz: Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetem II. sz. belklinikája laboratóriumából és a Stefánia gyermekkórházából. A gyermek-kori mell- és hasúri folyadékgyülemek cytodiagnosisáról. 806. l.

Justus Jakab: Közlemény a pesti izraelita hitközség kórházának laboratóriumából (Igazgató: Stiller Bertalan tanár). A sejtek physiologikus jodtartalmáról. 808. l.

Reinbold Béla: Közlemény a kolozsvári m. kir. „Ferencz József” tudomány-egyetem élettani intézetéből. (Igazgató: Udránszky László dr. ny. r. tanár.) Alkalmazható-e a Schotten-Baumann-féle benzoylozás az ép vizelet szén-hydrátjainak mennyileges meghatározására? 810. lap.

Detre (Deutsch) László: Anthrax-serum 812. l.

Tárca. Kóssa Gyula: A gyógyszerkönyv és a recipe nyelve. 812. l.

Közegészségügy. A községi és körorvosok illetményeire fizetendő községi járulékok. 814. l.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Hüttl Hümér: Törékvések az eszközök, a kötőszerek és a varróanyag csírátlantását tökéletesíteni. 814. lap. — Könyvismertetés. Sarbó: Der Achillessehnenreflex und seine klinische Bedeutung.

(Schaffer.) — Heitzmann: Atlas der descriptiven Anatomie des Menschen. (Tóth Zsigmond.) — Lapszemle. Élet- és körvegytan. H. Leo: Alkalinuria. (Doctor Károly.) — Wallerstein: Mesterségesen előidézhető epepangás után fellépő cylindruria. (Doctor Károly.) — O. Freund: Pepton-kimutatás a vizeletben és bélsárban. (Doctor Károly.) — Sebészeti. Wolkowitsch: Az idült gégeszűkület kezelése. (Navratil Dezső.) — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Roulet: A jodoform pótszerel. — Singer: A somatose befolyása a gyomor motilitására. — Folyóiratok átnézete. 815—816. lap.

Hetiszemle és vegyesek A főváros egészsége. — A belügyministerium közegészségügyi költségvetése az 1903-dik évre. — Az orvostanhallgatók száma a német birodalomban. — Than Károly. — Pályadíjnyerés. — Fürdőink személyforgalma. — A kolozsvári önkéntes mentő-egyesület. — Az I. sz. női klinika szülészeti poliklinikája. — A budapesti általános poliklinika. — Elhunyt. — Pályázatok. — Hirdetések. 817. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. — Budapesti Orvosegyesület tudóvész-bizottsága. — Közkórházi orvostársulat. Melléklet. Gynaekologia. 6. szám. Szerkesztik: Tóth István dr. egyetemi m.-tanár és Temesváry Rezső dr.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetem II. sz. belklinikája laboratóriumából és a Stefánia gyermekkórházából.

A gyermekkori mell- és hasúri folyadékgyülemek cytodiagnosisáról.

Irták: Torday Árpád dr. klinikai gyakornok és Torday Ferencz dr. a Stefánia-gyermekek kórház első segédorvosa.

A mindennapi gyakorlati élet sokszor ismétlődő megoldhatatlan vagy csak valószínűséggel eldönthető kérdései közé tartozik a mellkasi és hasúri folyadékgyülemek természetének megállapítása. A kérdésnek főleg a felnőttek belgyógyászatában van nagy jelentősége, bár a gyermekkori savós folyadékgyülemek természete és eredete is sokszor nem könnyen dönthető el. A felnőtteknél kétségtelenül gyakoribb jelenség a mellkas és hasüri megtelese savós folyadékkal, bár a gyermekeknél sem oly ritka, mint régebben hitték. Míg azonban a felnőttek savós mellhártyaizzadásmánya jórészt az egész szervezet vagy a pleura helyi tuberculosus természetű megbetegedésének következménye, addig a gyermekkorban aránytalanul ritkább az. Viszont itt a rostonyás tüdőlobokat sokkal gyakrabban kísérik nagyobb terjedelmű savós mellhártya kiizzadások. A heveny fertőző kóroknak is nagy szerep jut a gyermekkori mellüri izzadásmányok létrejöttében. Minthogy főleg pneumo-, strepto- és staphylococcusok és hasonló kórcsirkok szerepelnek leggyakrabban a gyermekek mellhártya megbetegedésének okozói között, ezért 4—5-ször gyakrabban genyes a gyermek mellüri folyadékgyüleme, mint a felnőtteké. Ziemssen, Mackey, Netter statisztikái egyetértelműen igazolják ezt. A gyermekeknél aránytalanul ritkább a savós izzadásmány, a kórelőzményi adatok is jobban útba igazítanak, mint a felnőtteknél, hol sokszor sem

a kórelőzményi adatok, sem a szorgosan végzett betegvizsgálatnál talált tünetek nem adnak elég biztos támpontot.

Ugy a felnőtteknél, mint a gyermekeknél, sokszor nem tudjuk megállapítani, de kizárni sem azt, hogy a mellüri folyadékgyülemletted folyadék gümőkóros eredetű-e? Nehéz dolog, sokszor lehetetlen eldönteni azt, hogy a mell- vagy hasúri izzadásmány a szervezet gümös fertőzöttségének elsődleges jelensége vagy csak következményes szövödménye-e? Sok körültekintéssel, az összes észlelt tünetek számbavételével, a kiszivattyúzott folyadék vegyi vizsgálatának közbejöttével is nehéz olykor megállapítani azt, vajjon a mellüri vagy hasúri folyadékgyülem lobos eredetű-e, vagy általános vagy csak egyes szervekre korlátozott pangásnak következménye?

Mindezen kérdéseknek nagy gyakorlati fontosságuk van. A betegek jövő sorsáról a kérdések tisztázása nélkül még csak valószínű képet sem alkothatunk. Az orvosok e nehéz helyzetén igyekszik könnyíteni Vidal-nak és tanítványának Ravaut-nak egy újabb vizsgálati eljárása. Lényege az, hogy a mellüri folyadékgyülemből kiszivattyúzott folyadék üledékének szövettani vizsgálata alapján a felvetett kérdések a legnagyobb valószínűséggel megoldhatók. Az általuk cytodiagnosisként nevezett görcsövi, szövettani vizsgálattal el lehetne azt dönteni, hogy a kérdéses folyadékgyülem gümös vagy nem gümös eredetű, lobos természetű izzadásmány, vagy pangás következtében a mell vagy hasüribe átszűrődött folyadék.

Mielőtt az eljárás módszerét, a vele végzett vizsgálatok menetét és eredményét ismertetnők, előbb foglalkozni akarunk egyenként azon adatokkal, melyekre mindeztideig felépítettük a felnőtt betegeknek a mellüri folyadékgyülemek természetéről alkotott kórisménket. Ezen fejtegetés keretéből egyelőre ki kell hagynunk az úgynevezett másodlagos mellhártyagyuladásokat, hol „vagy a szomszédos szervekben fekvő lófogócsokból terjed át a gyulladás közvetlenül a pleurára, vagy a hasüregből tör át, vagy a nyirok-

közlekedés útján, vagy végre az egész organismust megingató (pl. vesebaj) súlyos bántalmak és általános (heveny vagy idült) fertőző betegségek jelenlétében a vérkeringés viszi a mellhártyára is a gyuladást okozó mérget. Az elsődleges mellhártyagyuladások azok, hol a betegséget előidéző vírus kizárólag vagy legalább is először a pleurát támadja meg. Ezen elsődleges mellhártyagyuladások leggyakoribb kórokaiként a meghűlést említik. Túloznánk, ha a meghűlés kóroktani jelentőségét tagadnók, bár kétségtelen, hogy szerepe jóval kisebb, mint a hogy azt sokáig hitték. A legvalószínűbb az, hogy főként a fertőzést elősegítő alkalmi okot képez. Nehéz a kérdés eldöntése, hogy gümös vagy nem gümös természetű a mellhártyaizzadmány, akkor, mikor egy igen jól fejlett, erőteljes, hirtelen megbetegedett oly egyén megbetegedését kell megítélnünk, kinek kórelőzményi adatai között a gümőkóros terheltségre semmi vagy nagyon kevés gyanúsítást találunk. Kétly tanár tankönyvében túlzásnak tekinti Landouzy, Netter, Jakovszky, Kelsch és Vaillard azon állítását „mely szerint minden mellhártyalob, melynek izzadmányában mikrobát nem találunk s melynél valamely fertőzés (scarlatina, puerperalis láz), dyscrasia (rheumatismus, vesebaj) vagy trauma (bordatörés, infarct. pulm.) felelősségre nem vonható: gümőkóros lenne“.

Landouzy statistikája értelmében 100 úgynevezett meghűléses mellhártyalob közül 98 tuberculosis fertőzésen alapszik. Kétly tanár kóródáján megfordult pleuritises betegek 22%-ában biztosan megtudták állapítani a tuberculosis eredetét; a mellhártyaizzadmányos betegek 45%-ának kórelőzményi adataiban gümőkór van említve. A mily kérdéses jelentősége van az esetleg nagyon hiányos kórelőzményi adatoknak, ép oly nehéz számba venni a betegek későbbi sorsát. Dieulafoy e tárgyról legutóbb is tartott gyönyörű előadásában hangsúlyozza azt, hogy a míg egyrészt a meghűlés után fejlődött heveny mellhártyaizzadmány igen sok egyénél a gümös fertőzöttség első vagy igen korai jele, addig másrészt a thoracocentesisről végzett már 30 esztendő tanulmányai folyamán több oly beteget kísért az évek hosszú során át figyelemmel, kiknél a mellhártyaizzadmány után semminemű gümös természetű megbetegedés nem jelentkezett.

Fiedler 92 heveny elsődleges mellhártyaizzadmányban megbetegedett és megcsapolt beteg sorsáról számol be. Közülök 7 még a kórházban halt el gümőkór folytán, 8 ugyanazon okból kórházból eltávozta után elhunyt. A kórházból gyógyultán távoztak közül 66-nál gümőkórra utaló vagy annak gyanúját keltő jelenségek voltak. 21 még egy évvel utóbb is jó egészségben volt. Bans, Bowditch, Mayer, Ricochon statistikáiban is nagy szerepet játszik a gümőkór.

A gyermekkori savós folyadékgyülemek kórismezésében a kórelőzményi adatoknak nagyobb fontosság jut. A nem gümös eredetű savós mellhártyaizzadmányoknál sokkal hirtelenebben köszöntenek be a gyermekek közérzetét megzavaró jelenségek, mint a gyermekkorban aránytalanul ritkább gümös eredetű savós mellhártyaizzadmányoknál. A nem gümös eredetű folyadékgyülem gyorsabban szaporodik meg és rövidebb ideig áll fenn, gyorsabban szívódik fel, mint a gümös eredetű. Bár kétségtelen, hogy a gümös mellhártyaizzadmány a gyermekkorban is ép úgy teljesen felszívódhatik, mint a felnőtteknél. Ritkán itt is átalakulhat genyessé.

Kórboneztani és kórszüvettani vizsgálatokkal igazolták előbb Kelsch, Vaillard, utóbb Peron azon állításukat, hogy a heveny mellhártyaizzadmányok jó része gümös természetű és a mellhártya olykor csak kisméretű gümös fertőzöttségének következménye. Israel és Gerhardt vizsgálataiknál azt találták, hogy a savós mellhártyaloboknál a kórokozó mikroorganizmusok a mellhártyában és a mellhártya alatti kötőszövetben vannak s ezért nem találhatók az izzadmányban. Közismert dolog, hogy a tuberculosis bacillusa sokszor nem mutatható ki az esetleg utóbb kórboneztanilag is olyannak igazolt gümőkóros mellhártyalobok izzadmányában. Az eredménytelenségben sokszor része van annak is, hogy a mikrobák vagy már elhaltak, vagy hogy leülepedtek s mi magasan csapolyván, az izzadmány felső steril részéből szívtuk ki a folyadékot. A tuberculosis-bacillus különben is igen gyéren van az ilyen izzadmányokban és így a szerencsés véletlennek, illetve a végtelen türelemnek nagy szerepe van abban, hogy megtaláljuk a keresett bacillust. A vizsgálatok eredménytelenségének okát

Ehrlich úgy igyekszik megmagyarázni, hogy előtérbe állítja egyrészt azon jelenséget, hogy a mellhártyalobnál vastag alhártyák képződnek. Ezek a mikrobák kivándorlását megnehezítik. Másrészt szerepet tulajdonít annak is, hogy a savós izzadmányban időnként fibrin csapódik ki, ez a mikrobákat magával rántja. Ezen körülményre a későbbi vizsgálatok tekintettel voltak.

Ravaut 93 savós mellhártyaizzadmányból igyekezett mikrobákat kitenyészteni. Ez csak 12 esetben sikerült. Az ezen körülményből levont következtetése úgy hangzik, hogy valamely feltalált mikrobát csak akkor tarthatunk a kór okozójának, ha a Koch-féle bacillus szerepe mindenképen kizárható. Kétly tanár is azt mondja tankönyvében, hogy a pyogen mikrobák jelenléte nem zárja ki a gümőkóros eredetet. Köztudomású dolog, hogy a tuberculosis bacillusa csak nagy körültekintéssel, fáradsággal tenyészthető. Ez az oka annak, hogy nehéz ily irányú vizsgálatokkal megerősíteni a tuberculosus eredetbe vetett gyanút. Sokszor, de nem mindig lehet eloszlatni a gyanút, jobban mondva meg lehet győződni a gümőkóros eredet valószínűségéről állatkísérlet útján. A tuberculosis bacillusa vele szemben fogékony állatokban, pl. tengeri malaczkokban tovább tenyészik s szervezeteikben jellegzetes elváltozásokat okoz. A klinikusok nagy bizalommal néztek a Chauffard és Gambault által 1894-ben kezdeményezett eljárás elé. A bizalom azóta megingott. A beoltást követő elváltozások létrejötte vagy elmaradása ugyanis nagyon függ a beoltott folyadék mennyiségétől, az abban lévő bacillusok virulenciájától és a folyadék toxicitásától. Minthogy ezen körülmények előre nem tudhatók, ezért minden esetben ugyanazon folyadékból különböző mennyiséggel oltandók be az egyes kísérleti állatok.

A kis mennyiséggel beoltott állatoknál, nehogy a reactio elmaradjon, néhány nappal utóbb megismételt oltással vagy oltásokkal legalább 50 cm³-re egészítik ki a beoltott folyadék mennyiségét. A mellüri savós folyadékgyülemek nagyfokú toxicitása következtében a kis mennyiséggel is beoltott állatok olykor mihamar elhullanak, sokszor heves genyes hashártyagyulladás folytán. Minthogy ilyenkor hiányoznak a jellegzetes tuberculosus elváltozások, azért nehéz megállapítani vagy kizárni a beoltott folyadék tuberculosus természetét. Courmont a kóros savós izzadmányok toxicitásáról végzett tanulmányában meggyőződött arról, hogy a tuberculosus izzadmányok nyulak véredényeibe fecskendezve általában nagyobb fokban toxikusak, mint a más természetűek. Ravaut kísérleteiben pedig azt tapasztalta, hogy különösen nagyfokú, bár nem tartós a toxicitás, kezdeti időszakban lévő, seroso-fibrinosus, később tuberculosus természetűnek bizonyult mellhártyaizzadmányoknál. Ugyanő felhívja a figyelmet arra is, hogy az elhullott vagy másfél hó elteltével leölt állatok bonezolatánál nem kell megelégedni a negatív makroszkopikus lelettel. Ilyenkor szövettani vizsgálatokat kell végezni. Igyekezni kell a gyanúsítást tartott szervekből a tuberculosis bacillust kitenyészteni. Az elhullott vagy leölt állat egyes gyanús szerveit, illetve azok egy részét más állatokba kell átültetni. Csak az ily kiegészítő vizsgálatokkal támogatott lelet bír értékkel. Míg a pozitív lelet kétségtelenül perdöntő, addig a negatív eredmény sohasem az, kivált ha a bántalom tuberculosus természetébe vetett gyanú a kórelőzményi adatokra, kórképre és körlefolásra biztosan támaszkodhatik.

Ezen állítást Ravaut statistikája is támogatja. Az elsődleges tuberculosus mellhártyaizzadmányoknál az állatkísérletek csak 48,3%-ban, a másodlagosaknál is csak 77,7%-ban igazolták kétségtelenül a tuberculosus természetét.

A gümőkór csirjai azon egyénben, a melyben tenyésznek, jellegzetes tulajdonságú anyagokat termelnek. A jellegzetesség a tuberculinreactio néven ismert toxinhatásban és a Courmont-Arloing-féle bacillus agglutináló képességben áll. A különböző betegségek tuberculosus természetének megállapításában a tuberculin-reactiot és az agglutinatio vizsgálatokat is besorolták az utóbbi években a rendes laboratoriumi eljárások körébe. A tuberculin-reactio diagnostikus értékének első feltétele az, hogy a beteg napokon át láztalan legyen. A mellhártyaizzadmányok kezdeti időszakában ez vajmi ritka jelenség. A tuberculin-beoltás által okozott lázas hőemelkedés csak arról tesz tanúságot, hogy az egyén szervezetében valahol tuberculosus gócz van, de semmikép sem arról, hogy az a gócz tényleg a pleurában székel.

A tuberculin-reactiók különben pusztán azt bizonyítják,

hogy a heveny mellhártyaizzadmányok jelentékeny része, majdnem $\frac{9}{10}$ -e tuberculin természetű, helyesebben mondva tuberculin beoltásra ily arányban reagál. Többen, újabban *Dieulafoy*, figyelmeztetnek újból arra, hogy a diagnosztikus célból végzett tuberculin beoltások a betegeknek olykor nagyon következményterhesek.

A tuberculosis-bacillusok által termelt specifikus agglutináló anyag *Courmont* nézete szerint minden valószínűséggel ott a pleurában, a megbetegedés helyén termelődik. Onnan kerül a szervezetbe, vérkeringésbe és nem megfordítva. Míg a vér agglutináló képessége az egész szervezet toxikus voltának, addig az izzadmány agglutináló képessége a folyadékgyülem tuberculosus természetű helyi megbetegedése által okozott megváltozásának tanúsága. *Courmont* 31 kétségtelenül tuberculosus természetű savós mellhártyaizzadmányból 23 esetben pozitív serumreactiot kapott, 16 kétséges tuberculosus természetűből 13 adott reactiot. 26 pangásos eredetű és kétségtelenül tuberculosus természetű mellüri folyadékgyülemről pedig egy sem csoportosította össze a tuberculosis bacillus kulturák különálló bacillusait. Ugyanily természetűek és számarányuk *Ravaut* tapasztalatai is. Ez eljárás is azok közé tartozik, melyek csak a tuberculosus természet mellett, de soha az ellen nem bizonyíthatnak. Nagy hátránya az eljárásnak, hogy nagyon körülményes és a kulturák megválasztásánál nagy körültekintést igényel, a mint arról *Kéthly* tanár klinikáján tett vizsgálataikkal *Gebhardt Ferencz* és *Torday Árpád* is meggyőződtek.

A megbízhatóság szempontjából eddig kritikailag ismertetett vizsgálati eljárások szorosan a tuberculosis-bacillus körül forogtak. Ezekon kívül a mellüri folyadékgyülemek physikai sajátosságaiban is igyekeztek természetüket illetőleg felvilágosítást keresni. A seroso-fibrinosus folyadékok fibrinartalmának nagyságát figyelték meg. Úgy találták, hogy a seroso-fibrinosus elsődleges tuberculosus természetű izzadmányokban van a legtöbb fibrin. A kezdeti időszakban kevesebb ugyan, de a 8–10-dik nap után már néhány percz alatt vaskos nagy tömegben alvad meg, illetve válik ki a lecsapolt folyadékban. Az izzadmány fennállásának folyamán a fibrinmennyiség nem változik. Ha a gyógyulás gyorsan halad előre, némileg megnövekszik. Ezzel szemben a phthisikusok pleuritisében, egyáltalában minden másodlagos természetű tuberculosus mellhártyaizzadmányban aránylag legkevesebb a fibrinmennyiség. A vesegyuladások és szívbetegségek kapcsán fejlődő egy vagy kétoldali hydrothoracikus folyadékgyülemekben kevesebb ugyan a fibrinartalom, mint az elsődleges tuberculosus természetű mellhártyaizzadmányokban, de azért elég jelentékeny. A folyadék meggyűlésének első napjaiban több, később lassanként kevesebb lesz. A tüdőgyuladásokhoz és infectiókhoz társuló mellhártyaizzadmányok fibrinartalma a tüdőbeli folyamat kiterjedtségével és természetével van összefüggésben. A mellhártya septikus megbetegedései folyamán keletkező savós izzadmányok kezdetben bőven tartalmazznak fibrint. Mikor a savós izzadmány genyessé alakul át, a fibrinartalom megfogy.

Ezen itt felsorolt adatok *Méhu*, *Letulle*, *Merette*, *Gautier* és mások pontos mérésein alapulnak. *Ravaut*¹ saját tapasztalatait ezekkel összevetve azon nézetet vallja, hogy a fibrin mennyiségéből, hiányából vagy bőségéből nem lehet következtetni a savós mellüri folyadékgyülem természetére. Vizsgálatai meggyőzték őt arról is, hogy a serosofibrinosus mellüri folyadékgyülemek fibrinartalma jobban függ a folyadékban levő leucocyták aktivitásától és életképességének fokától, mint a folyadékgyülem természetétől. A fibrintermelődésnek nélkülözhetetlen főfeltételét az képezi, hogy a leucocyták épek, életképesek legyenek. Érthető tehát az, hogy miért bírnak legnagyobb fibrinartalommal és legtöbb gyógyhajlammal azon savós izzadmányok, melyek fennállásuk egész tartama alatt nagyon sok életképes, ép fehér vérsejtet tartalmaznak.

A mellüri bélelő savós hártya átjárhatóságának megváltozását is megkísérelték belevonni azon módszerek sorába, melyekkel meg lehet határozni a mellüri folyadékgyülemek természetét. *Achard*, *Lewis*, *Ramand* és *Tourlet* foglalkoztak e kérdéssel. Az

utóbbiak azt találták, hogy a mellhártya felszívó, illetve átbocsátó képessége főleg az izzadmány fennállásának tartamától és kevésbé természetétől függ. *Castaigne* a vizsgálatokat két irányban vezette; megfigyelte a mellhártya átjárhatóságát kívülről befelé és belülről kifelé. Egyrészt a bőr alá fecskendett methylenkékét és megfigyelte, hogy mennyi idő alatt jelenik az meg a mellüri folyadékban, másrészt a mellüri folyadékba befecskendett indicatorknak megjelenését a vizeletben kereste. *Vidal* és *Ravaut* ugyanily értelemben végeztek újabb pontos mérésekkel támogatott vizsgálataikat. A methylenkék helyet natrium salicylicumot használtak. Vizsgálataik eredményeiből *Castaigne*-nel egyetértőleg a következőket találták: „Ha a mellhártya átjárhatósága nem változik meg, akkor lehetséges, hogy az izzadmány nem tartozik az elsődleges tuberculosus természetűek csoportjába. Ha egy lassan fejlődő, alattomos természetű mellüri folyadékgyülemet magába záró mellhártya átjárhatósága megcsökken, akkor a tuberculosus eredet lehetőségére gondolnunk kell. Ez úton azt megállapítani nem lehet.” Ez óvatossággal megfogalmazott kijelentés legjobban jellegzi ez eljárás megbízhatóságát.

A szervezetben levő folyadékok osmotikus tensiojának vizsgálata, a kryoskopia néven ismert eljárás, a mellüri folyadékgyülemek, a vérsavó és a vizelet konyhasótartalmának nagysága nem játszik szerepet a mellüri folyadékgyülemek eredetének eldöntésében.

Az Ehrlich-féle diazoreactio a tuberculosis folyamán is jelentkező gyakori jelenség. A mellüri folyadékgyülem tuberculosus természetébe vetett gyanunkat némileg megerősítheti az, hogy a beteg vizelete adja a reactiot. Jelentősége nem terjed túl e szűk határon.

(Folytatása következik.)

Közlemény a pesti izraelita hitközség kórházának laboratoriumából. (Igazgató: Stiller Bertalan tanár.)

A sejtek physiologikus jodtartalmáról.

Justus Jakab dr. kórházi rendelő orvostól.

(Vége.)

Mielőtt az egyes szervekben talált eredményekre áttérnénk, néhány szóval emlékezzünk meg a feltételekről, melyeknek meg kell felelni, hogy az AgJ vagy HgJ₂-csapadékok színeit a góreső alatt kellőképpen megítélhessük. Ha egy csepp NaJ-oldatot és ugyancsak egy csepp AgNO₃-oldatot ejtünk gondosan megtisztított tárgylemezre és a két csepp között tüvel vékony összekötő vonalat hozunk létre, úgy az összeérés pontján egészen világos, zöldes-sárga csapadék keletkezik. Ha ezt a csapadékot fedőlemezzel letakarjuk a góreső alá visszük, úgy az áteső fényben, szűk diaphragma mellett barnás-feketének látszik. Ha ellenben az áteső világítás Abbé-féle világító készülék segítségével és tágra vagy teljesen nyitott diaphragmán át éri, azonfelül víz helyett valamely erősen fénytörő folyadékban, pl. sűrű glicerinnel vizsgáljuk, úgy — különösen vékony rétegben — a színe tisztára zöldes-sárga lesz.

Ha tárgylemezen egymás mellé cseppentünk NaJ és HgCl₂-oldatot és a két csepp között összeköttetést létesítünk, úgy egy pillanatra sárga, de azonnal ezínóber színűvé váló csapadékot kapunk. Ez a csapadék vörös színe különösen feltűnő, ha az üveget fekete alapra helyezzük, ha ellenben az ablak felé szemünk elé tartjuk, az áteső fényben szürkés-barna a csapadék. Hasonlóképpen szűk diaphragma mellett góreső alatt fektetés a csapadék, ha ellenben Abbéval és tág diaphragmával az erősen fénytörő glicerinnel vizsgáljuk, úgy a gyönyörű piros szín az egyes jegeczeken kitűnően meglátszik.

Mindezekből tehát az következik, hogy ha a *metszetek színét* akarjuk megítélni, azokat *Abbéval* lehető *tágra nyitott diaphragmával*, *mentől erősebben fénytörő közegben kell szemlélteni*.

Néhány állati és növényi szövet megvizsgálása.

Pajzsmirigy.

Hat hullából származó pajzsmirigyet, a melyeket *Feldmann* dr. kórboneztani tanársegéd úr szíveségének köszönök, alkoholban keményítettem és celloidinban való ágyazás után felmetszettem.

¹ „L'abondance ou l'absence de la fibrin dans un liquide pleural ne présentent pas de rapport suffisant et constant avec la nature de l'épanchement pour que l'on puisse faire de ce caractère un élément de diagnostic étiologique”.

A halálokok voltak: anaemia pernicioza, erysipelas, pneumonia crouposa, syphilis congenita, perforatio cranii (szülészeti beavatkozás), leukaemia.

Mivel semminemű lényeges különbséget e betegségek szerint a leletek nem nyújtottak, valamennyi esetre közös leírást adok.

A 20–40 μ vastagságú metszeteket az alkohol eltávolítása után chlorvizbe téve, ezek benne 1–2 perc alatt eredeti sárgásbarna színüket elvesztik, végül teljesen megfehérednek.

A híg AgNo₃-oldatban csakhamar sárgássá változik a színük, a mely sárga szín azonban nem egyenletesen van elosztódva a metszetben, hanem kisebb-nagyobb kör alakú vonalakat képez. Ha NaCl-oldatban a képződött AgCl₂ csapadékot kioldjuk, úgy ez a sárgás rajzolat igen szépen szembeötlik, még jobban szembetűnővé válik, ha a sárga csapadékot HgCl₂ segítségével vörös HgJ₂-dá változtatjuk. Glycerinben felvilágosítván a metszeteket, lupés nagyításnál láthatjuk, hogy a vörös színeződés első sorban a folliculusok falát bélelő hámsejteket illeti. Ezek vörös szalagként körveszik a folliculusnak majdnem szintelen üregét; a folliculusok közti szövetben jóval kevesebb a vörös pont vagy csík, magában a folliculusban pedig csak a falhoz közelebb találkoznak még halvány-vörös, elmosódott, csekély foltokkal. Maga a colloid tömeg vagy egészen szintelen, vagy csak igen halványan zöldes-sárga, illetve rózsás. Az egész metszetet vévén tekintetbe, rendszerint erősebben vörös a metszeteknek az a része, a mely a szerv határára esik, itt a sejtek is sűrűbbek, de azonfelül még úgy látszik, hogy az egyes sejt színeződése is elevenebb. A kötőszöveti burokokban hosszantiútó, vagy edényátmetszeteknek megfelelő ovális vagy kerek piros csikocskákat találunk. Erősebb nagyításkor látjuk, hogy a vörös szín a magvakban foglal helyet. Legjobban festődöttnek látszanak a folliculust bélelő nagy hámsejt-magvak, kevesebb van a kötőszöveti sejtek magvában, többet látunk a véredények falzatában levő magvakban. Az egész kép olyan elhelyeződését mutatja a vörös színnek, mint hogyha a metszetet valamely carmin színnel, tehát egy jó magfestővel festettük volna halvány-vörösré.

Az emberi pajzsmirigy metszetein talált eme leletből levonandó első következtetésünk tehát az: *a folliculusok hámjának magvaiban J foglaltatik, sokkal kevesebb jó van a bennük tartalmazott colloid massában.* Második következtetésünk: *a J nem csak a folliculusok hámsejtjeinek magvában, hanem minden a szövet-metszetben tartalmazott egyéb sejt magvában is kimutatható.*

Ambár bizonyos megnyugvással vehettük tudomásul azt, hogy a fentebb részletezett chemiai eljárásunk segítségével nemcsak azt sikerült kimutatnom, hogy az egyes metszetek J-ot tartalmaznak, hanem tisztára még azt is demonstrálni lehetett, hogy ez a J-tartalom bizonyos morphologiai elemekhez, a sejt-magvakhoz van kötve, mindazonáltal az a körülmény, hogy az összes magvak tartalmazták a sárga illetve vörös jodidot, megfajtásra váró új kérdést rejt magában. Mert nagyon jól össze tudtuk volna egyeztetni a pajzsmirigyről szóló eddigi fogalmainkkal a leletet, ha a specifikus functióra hivatott hámsejtekben és az ezek közre működésével létrejött colloid massában találunk jodot. Ellenben uralkodó fogalmaink szerint nehéz magyarázni, hogy a specifikus functiót nem teljesítő kötőszöveti sejtek magvaiban, továbbá a táplálásról gondoskodó véredények falában székelő magvakban is jodot találunk.

Ez a körülmény lehetetlenné teszi, hogy az e helyeken talált jodot a pajzsmirigy specifikus működésével hozzuk összeköttetésbe, hanem arra a gondolatra készíteti a szemlélt, hogy ez a jodtartalom mindenféle sejt magvának részét képezi. Elődöntendő ezen felfogás helyességét, más szerveket is tettem a leírt módszer szerint vizsgálat tárgyává.

Nyirokmirigyek.

A nyirokmirigy metszetek, bár nem voltak vastagabbak a pajzsmirigy metszeteknél, jóval erősebb sárga színeződést mutattak. Megfelelő módon kezelt metszetek igen szép, eleven piros, határozott rajzolatot mutattak, ha HgJ₂-dá változtattuk az AgJ-ot. A piros szín legerősebb a kérgi állományban, kevésbé kifejezett a velős állományban, leghalványabb, majdnem szintelen a capsulát környező zsírszövet. Erősebb nagyításkor látszik, hogy a folliculusok sejtjei igen elevenen színeződtek, a legtöbb jodot

tartalmazzák; halványabbak a velős részben foglalt sejtek. A nyiroksejtek nagy magva még ott is, a hol a metszet a legvékonyabb, zöldes-sárga vagy halvány vörös szint mutat. Jóval kevésbé színeződtek a véredények falában, továbbá a reticulumban elhelyezett magvak.

Thymus.

A thymus leírásában meg kellene ismételni mindazt, a mit a nyirokmirigy metszetekről mondtunk. Ez a két szerv adta a legpraegnansabb J reactiót. Ezeknek apró, kerek sejtjeiben foglalt nagy magvak színeződtek a legintensívebb sárgára, illetve vörösré. Annak, a ki kísérleteimet meg akarja ismételni, ajánlom, hogy első sorban borjú-thymussal vagy nyirokmirigygyel foglalkozzék.

Vese, lép, here mellékvese stb.

Es szerveken végzett vizsgálatok teljesen azonos eredményre vittek. Es szervek, úgy látszik, nem tartalmaznak egyforma mennyiségű J-ot, mivel színeződésük nem egyformán erős. Azokban, melyekben több nagymagvú kerek, úgynevezett lymphocytá van, több J-ot is találunk, így pl. a lépben, herében. Részletes leírását a leleteknek, melyeket az ímént megnevezett és még számos más emberi és állati szervben találtam, nem adom, mert körülbelül csak ismétlése volna azoknak a képeknek, melyeket valamely jó magfestővel színezett metszeteken láthatunk. Csak utalok arra, hogy embriók metszetein a nagy magvak szintén J tartalmuk.

Sokféle állati szövetet tettem még vizsgálat tárgyává, de nem akarom itt az eredményeket részletezni, hanem összefoglalom őket abban, hogy *a sejt-magvakban mindenkor sikerült a J-tartalom kimutatása. A növényvilágból származó többféle szövet megvizsgálása hasonló eredménnyel járt.* Mindezeknek a részletes kutatása messze meghaladja egyes ember munkaerejét.

Eddigélé végzett vizsgálataim jelentősége, egy mondatban foglalható össze: *Minden sejt-magban jó J foglaltatik.*

A J-od elterjedéséről szóló irodalmi adatok.

Ezt a fejezetet Bourcet „De l'iode dans l'organisme, ses origines, son rôle, son élimination” című munkája nyomán írom, a ki különben is a kérdés irodalmi részét igen bőségesen tárgyalja. Courtois¹⁶ 1811-ben a J elemet tudvalevőleg organikus anyagok hamvában fedezte fel, utóbb Davy¹⁷ több fucus-félében, Batard¹⁸ tengeri polypusokban és molluscákban mutatta ki, Chatin¹⁹ 1850-ben sok vizinövényben és állatban találta, Personne²⁰ a Jungermania pinguis-ben, Meyrac²¹ különböző oscillatoriában mutatta ki. Marchand²² 1852-ben Chatin-nek eredményeit megerősítvén, azt állítja, hogy a J igen elterjedt elem. E két utóbbi autornak munkáit azonban a kritika igen kedvezőtlenül fogadta és azontul már csak ritkán találunk ide vágó dolgozatot. Nehány szerző különböző vizinövényekben, mások a tenger vizében találtak jó nyomokat. Lohmayer²³ és Nadler²⁴ tojásban és tejben, és végül néhányan a csukamájolajban állapították meg jelenlétét.

Az érdeklődés előterébe állították Baumann⁴ és Drechsel²⁵ a kérdést akkor, a midőn a thyreoideában sikerült nekik a J jelenlétét bebizonyítani. Tudvalevőleg még quantitativ meghatározásokat is végeztek ők és követőik. Arra az irodalomra, a mely a J-nak, illetve a J-ot tartalmazó és a pajzsmirigyben foglalt anyagoknak physiologiai hatásait tanulmányozza, e helyütt nem terjeszkedem ki.

1900-ban jelent meg Bourcet-nek⁵ fentebb idézett munkája, a mely szerzőnek tömértelen szervetlen, állati és növényi anyagon végzett vizsgálatait tartalmazza. Azon célból végezte ő ezeket, hogy a J jelenlétét a legkülönbözőbb származékokban megvizsgálja. Eljárása a következő: a megvizsgálandó anyagot finoman összevagdaltjuk vagy porrá törjük, híg KOH-dal megnedvesítjük és 100 C°-nál kiszáritjuk. A száraz tömeget újlag finom porrá törjük és nikkal csészében KOH-dal megolvastjuk. A megolvastott és kihűlt tömeget forró vízzel kivonjuk, míg a mosóvíz már nem mutat alkalikus reactiót. Az így nyert folyadékot felére bepároljuk, szűrjük és óvatosan híg kénsavat adunk hozzá, a míg a reactio neutralissá nem válik. Erre ismét néhány csepp KOH-ot adunk hozzá és körülbelül fele térfogatú 95%-alkoholt. A K₂SO₄ legnagyobb része finom por alakjában lecsapódik, ezt megszáritjuk és 30%-alkoholban az anyalúgtól kimossuk.

A megszárt folyadékot $\frac{1}{3}$ -ára bepároljuk és mire kihül, újra 95%-alkoholt adunk hozzá; ekkor ismét a K_2SO_4 egyrésze kicsapódik, a melylyel úgy járunk el, mint az előbb. Ha többször ismételjük meg a szűrletnek leszűrését és lecsapását alkohollal, úgy teljesen kicsaphatjuk a KSO_4 -et, míg a J tartalom az alkoholban megmarad. Az utolsó alkohol részleteket nikkell vagy porcellán csészében elpárologtatjuk, a maradékot még gyengén megizzítjuk, hogy a benne még megmaradt utolsó organikus nyomokat is elpusztítsuk és kihülés után kevés vízben feloldjuk. Ennek megsűrése után a szűrletben foglaltatik mind az a J, a mely a vizsgálat tárgyát képező nagy organikus tömegben jelen volt és a melyet itt az ismeretes natriumnitrit és carbodisulfid próbával kimutathatunk.

Bourcet munkájának befejező fejezetében eredményeiről következő beszámolást ad: Kiinduló kérdése az volt, honnan kapja a pajzsmirigy J tartalmát. És erre a felelet az, hogy majdnem minden minket környező tárgyban van J. A levegő, az eső, a hó, az édes és a tengeri víz, a növények, a melyek itt teremnek, a talaj és növényei és végül az állatok, melyek táplálásunkra szolgálnak, J-ot tartalmaznak. A növények a talajból és vízből kapják, a növényekből a növényevők és ezekből a húsevők. *Bourcet* az első, a ki állítja, hogy az állati szervezet szöveteiben igen csekély mennyiségű J van elosztva, oly kevés, hogy nagy mennyiségű szövet kellett feldolgoznia, hogy kimutathassa. Némely szervben egyáltalán nem talált J-ot, pl. az agyban, pankreasban, zsírszövetben, hólyagban, szemgolyóban. Más szervekben csak nyomokat talált, ismét másokban nagyobb mennyiséget, pl. egy kgr. májban és epehólyagban 0.71 mgr.-ot, egy kiló hajban 0.9 mgr.-ot, még sokkal nagyobb mennyiségeket talált természetesen a pajzsmirigyben.

Sőt *Bourcet* még tovább megy, ő a J származásának forrása után még arra is kiterjesztette figyelmét, hogy hogyan eliminálódik az a szervezetből. A jód kiválása a szervezetből első sorban a bőrben, izzadságban, hajakban és körmökben történik, sokkal kevésbé a székben és a vizeletben.

En már *Bourcet* közleményeinek megismerése előtt, 1900-ban kísérlettem meg *Baumann*⁴ eljárása szerint thymusban, májban, lépben és vesében J-ot találni, azonban az eljárás igen nehezen alkalmazható nagyobb tömegek feldolgozására és az eredmények nem lesznek megbízhatók, különösen nem eseteinkben, a hol igen kevés J van igen nagy tömegű szervben elosztva.

Mikor számos kísérletezés után a fentebb részletezett eljárást sikerült kidolgozni a J mikrochemiai kimutatására, természetesen a makroszkopikus módszereknél sokkal finomabb methodus birtokába jutottunk. Azonban, ha szabad a megjegyzést tennem, munkám eredményének értékét nemcsak az a tény képezi, hogy a J-ot a legkülönbözőbb szervekben sikerült kimutatnom, hanem az, hogy annak helyét a sejtmagban lehetett megállapítani.

Minthogy vizsgálataim körébe legkülönfélébb állatokat és állati szerveket, továbbá a növényvilágból származó néhány szövetet is belevontam, és minthogy törvényszerű szabályossággal találtam meg a J-ot a sejtmagvakban, úgy gondolom, hogy alaposan állíthatom oda a tételt: a sejtmagvak J-ot tartalmaznak.

Nines szándékomban ezen munkámban azon következtetésekkel foglalkozni, a melyeket eme tételből le lehetne vonni, különösen nem akarok abba a kérdésbe belemélyedni, hogy miféle functiot van hivatva ezen elem itt teljesíteni. Eddigélé tudtuk *Baumann*,⁴ *Roos*²⁶ és *Harnack* vizsgálataiból, hogy néhány szivacs és korall-féle, továbbá az emlős állatok pajzsmirigyei birnak avval a képességgel, hogy az ion alakban beléjük jutott J-ot nem ionos állapotba hozzák. Vizsgálataim alapján e tétel érvényességét ki kell terjeszteni. Minden sejtmag képes a belé jutott J iont ionos állapotból kivétkeztetni és megkötni.

Irodalom: 1. *Justus*: A sejtek és szövetek physiologiai jód-tartalmáról. Budapesti kir. orvosegyesület. 1901. — 2. Ugyanaz: Über den physiol. Jodgehalt der Zellen. VII. Congress d. deutschen dermat. Gesellsch. — 3. Ugyanaz: Miként gyógyítja a kénese a syphilist. Orvosi Hetilap. 1901. és Arch. f. Derm. u. Syph. 1901. — 4. *Baumann*: Zeitschrift f. physiol. Chemie 21. k. — 5. *Bourcet*: De l'iode dans l'organisme, ses origines, son rôle, son élimination. Thèse Paris. Jouve et Boyer. 1900. E munka végén igen bőséges irodalmi index. — 6. *Hofmeister*: Zeitschr. f. physiol. Chemie. 24. — 7. *Osswald*: Ugyanott. 27. — 8. *Böhm* u. *Berg*: Schmiedelberg's Arch. f. exp. Path. 5. — 9. *Lieb-*

recht: Ber. d. deutsch. dermat. Gesellsch. 30. II. 1897. — 10. *Hopkins*: Ugyanott. 30. II. 1897. — 11. *Blum* u. *Vaubel*: Journ. f. prakt. Chemie 56. 393. 1897., 57. 365. 1898. — 12. *Blum*: Zeitschr. f. physiol. Chemie 28. 288. 1899. — 13. *Hofmeister*: Zeitschr. f. phys. Chemie. 24. 158. 1897. — 14. *Kurajeff*: Zeitschr. f. phys. Chemie. 26. 462. 1897. — 15. Citalva *Otto Cohnheim*: Chemie der Eiweisskörper. Braunschweig, Vieweg. 1900. után. — 16—24. Citalva *Bourcet* után. — 25. *Drechsel*: Zeitschr. f. Biologie. 33., Centralbl. f. Phys. 1896. — 26. *Roos*: Zeitschr. f. phys. Chemie. 28. 40. 1899. — 27. *Harnack*: Ugyanott. 24. 412. 1898.

Közlemény a kolozsvári m. kir. „Ferencz József” tudomány-egyetem élettani intézetéből. (Igazgató: Udránszky László dr. ny. r. tanár.)

Alkalmazható-e a Schotten-Baumann-féle benzoylozás az ép vizelet szénhidratjainak mennyileges meghatározására?

Reinbold Béla dr. élet- és körvegytani tanársegédétől.

(Folytatás.)

A benzoylozás módjának befolyása a csapadék súlyára
A vizelet előzetes hígítása.

Bár *Fodor*¹⁰ azon kísérletei, melyeket a vizeletnek a benzoylozás előtt felhígításával végzett, a hozzájuk fűzött várakozásokat nem igazoltak teljesen, e kísérletek csekély száma miatt hasonló irányú vizsgálatok nem látszottak fölöslegeseknek.

100 cm³ vizeletet hígítás nélkül, ugyanazon vizelet más 100 cm³-ét pedig 300 cm³ lepárolt vízzel hígítás után 100 cm³ 10%-os NaOH-oldat és 10 cm³ benzoylchlorid alkalmazása mellett benzoyloztam és meghatároztam a benzoatesapadék mennyiségét. E kísérletek eredményeit a következő táblázat foglalja össze:

A párhuzamos kísérletek egyes tagjai, a vizeletek egyik részletének hígításától függően, a reactio-folyadék összes mennyisége és a benzoylchloridnak ehhez való viszonya tekintetéből tértek el egymástól.

Sorszám	A folyadék összes mennyisége cm ³ -ekben	Benzoylchlorid aránya a folyadék összes mennyiségéhez	Benzoat súlya gr.-okban	Arány*
I.	250	1:25	0.1380	1:0.600
	550	1:55	0.0828	
II.	270	1:27	0.3085	1:0.6525
	570	1:57	0.2013	
III.	250	1:25	0.2097	1:0.6370
	550	1:55	0.1334	

Mint a fennebbi számokból kitűnik, a térfogatának négyszeresére hígított vizeletből, egyébként ugyanazon feltételek mellett végzett benzoylozásnál, sokkal kevesebb benzoyleszter csapódott ki, mint a hígítatlan vizeletből. Ezen adat lényegesen eltér *Fodor* hasonló kísérleteinek eredményétől, melyeknél hígított vizeletből valamivel több benzoat vált ki, mint ugyanazon vizelet hígítatlan részletéből.

Lehetséges ugyan, hogy a hígított vizeletből tényleg több benzoat csapódik ki, de egy része a folyadék nagyobb mennyisége miatt hosszasan tartó szűrés alatt elszappanosodik és a meghatározás elől elvész. Valószínűbb azonban, hogy e kísérleteknél — a fölös lúg minden esetben egyenlő lévén — a benzoylchloridnak a folyadék összes mennyiségéhez való viszonya azon tényező, mely a benzoatesapadék képződését az előbb már említett értelemben befolyásolja.

A benzoylozott folyadék közömbösítése.

*Fodor*¹⁰ abból a célból, hogy a benzoylesztereknek szűrés közben elszappanosítását megakadályozhassuk, a benzoylozott folyadéknak a reactio befejezése után közömbösítését hozta javaslatba. Ezen eljárás hatásának tanulmányozása céljából párhuzamos kísérleteket végeztem olyképen, hogy ugyanazon vizelet 100—100 cm³-ét egyező kísérleti feltételek mellett benzoyloztam, az egymáshoz tartozó kísérletek egyikénél azonban a reactiokeveréket a

* A phosphorsavas földfémek mosására használt lepárolt víz mennyisége az egymáshoz tartozó kísérleteknél mindig egyenlő volt.

benzoylozás befejezése után híg sósavval csaknem teljesen közömbösítettem. E kísérleteknél a benzoatesapadékok súlya a következő volt.

I. a)	közömbösítés nélkül	0.2105 gr.
b)	közömbösítéssel	0.1924 gr.
	$a:b = 1:0.9101$	
II. a)	közömbösítés nélkül	0.1678 gr.
b)	közömbösítéssel	0.2149 gr.
	$a:b = 1:1.2806$	
III. a)	közömbösítés nélkül	0.3671 gr.
b)	közömbösítéssel	0.4009 gr.
	$a:b = 1:1.0920$	

Két kísérletnél tehát csakugyan valamivel több benzoat került lemerésre a benzoylozás után közömbösített, mint a nem közömbösített részletből. A különbség azonban nagyon csekély és mint az I. kísérletből látszik, nem is állandó, úgy hogy e mód-szer — tekintetbe véve azon nehézséget is, melyet a megszűrendő folyadék tömegnek a közömbösítés által való jelentékeny megnagyobbodása okoz — későbbi kísérleteimnél alkalmazni nem tartottam szükségesnek.

Fractionált benzoylozás.

Vvedenskij⁴⁵ és Treupel⁴⁶ vizsgálatai szerint többszöri benzoylozással teljesebben ki lehet csapni valamely oldat szénhidrátjait, mint egyszeri benzoylozással. Nem látszott valószínűtlenné, hogy a többszöri benzoylozásnak ezen előnyét az által is el lehetne érni, hogy a reagenseket nem egyszerre, hanem részletenként adjuk a benzoylozandó folyadékhoz és a keveréket minden egyes részlet hozzáadása után kellő ideig rázzuk. Ezen felvételtől kiindulva, a vizelet egy 100 cm³-es részletét az I-ső fejezetben leírt módon fractionálva, míg ugyanazon vizelet egy másik 100 cm³-es részletét a reagensek ugyanazon mennyiségeinek egyszerre történő hozzáadása mellett, a rendes módon benzoyloztam. Az ilyen módon nyert benzoatok mennyiségeit a következő számok tüntetik fel.

I. a)	egyszerű benzoylozásnál	0.0698 gr.
b)	fractionált	0.1226 gr.
II. a)	egyszerű	0.2846 gr.
b)	fractionált	0.3326 gr.
III. a)	egyszerű	0.1645 gr.
b)	fractionált	0.1735 gr.

Fractionált benzoylozással tehát tényleg valamivel bővebb benzoatesapadékok kaptam, mint egyszerű benzoylozással, a különbség azonban nem volt mindig jelentékeny.

A benzoylozáshoz előkészítő eljárás befolyása a benzoatesapadék súlyára.

A benzoatesapadék milyenségének tárgyalásánál felemlített előkészítő eljárások közül, a benzoat kiválás mennyiségi viszonyaira gyakorolt befolyás tekintetéből, e helyen háromról lesz szó, n. m. a NaOH-os, közömbös ecetsavas ólmos és sorozatos ólomsós kezeléssel.

Ugyanazon vizelet három egyenlő részletét (100—100 cm³) e három különböző mód szerint készítvén elő, egyébként teljesen egyező kísérleti feltételek mellett 10—10 cm³ benzoylchloriddal és 120—120 cm³ NaOH-oldattal benzoyloztam. A kísérleteknél nyert benzoatesapadékok mennyiségeit a következő számok tüntetik fel.

		gramm
I. 1.	A vizeletnek NaOH-mal kezelése után	0.0698
2.	" közömbös ecetsavas ólommal kezelése után	0.1224
3.	" sorozatos ólomsós " "	0.0757
	és pedig a csapadékból (I., II., III.)	—
	az utolsó szüredékből	0.0757
II. 1.	A vizeletnek NaOH-mal kezelése után	0.2846
2.	" közömbös ecetsavas ólommal kezelése után	0.3030
3.	" sorozatos ólomsós " "	0.1625
	és pedig az I. csapadékból	—
	a II. " "	0.0059
	a III. " "	0.0323
	az utolsó szüredékből	0.1243

III. 1.	A vizeletnek NaOH-mal kezelése után	0.1645
2.	" közömbös ecetsavas ólommal kezelése után	0.2393
3.	" sorozatos ólomsós " "	0.0514
	és pedig az I. csapadékból	—
	a II. " "	0.0010
	a III. " "	0.0434
	az utolsó szüredékből	0.0070

Mindhárom kísérletnél tehát legtöbb benzoatesapadékokat a közömbös ecetsavas ólommal kezelt vizelet benzoylozása révén nyertem. Ez eredmény lényegesen eltér Baisch³ hasonló vizsgálatainak eredményétől. Baisch ugyanis közömbös ecetsavas ólommal kezelt vizeletből jelentékenyen kevesebb benzoatot kapott, mint ugyanazon vizeletnek ecetsavas ólommal nem kezelt, hasonló nagyságú részletéből.

Nem lehetetlen, hogy a vizeletnek közömbös ecetsavas ólommal kezelése közben olyan anyagok is kicsapódnak, melyek a vizelet szénhidrátjainak benzoylozására módosítólag hatnak. Épen ezért Baisch kísérleteinek eredményei — nem is tekintve saját kísérleteimnek ezekkel ellentétes eredményét — nem adnak még elég alapot olyas felvételre, hogy a közömbös ecetsavas ólommal kezelt vizelet szénhidrátartalma kisebb, mint az egyszerűen NaOH-mal kezelt vizeleté, vagyis, hogy közömbös ecetsavas ólom a vizelet szénhidrátjainak egy részét kicsapja.

A kérdés közelebbi tanulmányozása céljából a közömbös ecetsavas ólommal ép emberi vizeletből nyert csapadékokat gondos kimosás után megvizsgálván, úgy találtam, hogy eléggé kifejezett furfuroreactiot adtak, bontásuk után azonban egy esetben sem volt belőlük mérhető mennyiségű benzoat előállítható. Míg az előbbi jelenség azt mutatja, hogy a vizelet szénhidrátjainak (helyesebben: furfuroltfejllesztő anyagainak) egy része közömbös ecetsavas ólommal kicsapódik, addig a benzoylozás eredményéből az látszik, hogy e kicsapódott rész nem lehet jelentékeny.

Másként áll a dolog a vizelet sorozatos ólomsós kezelésének hatását illetőleg. Azon különbséget ugyanis, mely a közömbös ecetsavas ólmos kezelés és a sorozatos ólomsós kezelés után nyert benzoyleszterek mennyisége között van, részben az okozza, hogy a vizelet szénhidrátjainak jelentékeny része lúgos ecetsavas ólommal és ammoniakkal kicsapódik. Ennek megfelelően e csapadékokból, bontásuk után, aránylag nagy mennyiségű benzoat volt nyerhető.

Minthogy azonban a csapadékokból és szüredékből együttvéve kevesebb benzoat vált ki, mint a mennyit ugyanazon vizelet megfelelő nagyságú, de csak közömbös ecetsavas ólommal kezelt részletéből lehetett nyerni, arra kell következtetnünk, hogy a sorozatos ólomsós kezelésnél a vizelet szénhidrátjainak egy része a benzoylozás elől ismeretlen úton elveszett. Ezért a benzoylozáshoz való előkészítésnek ezt a módját czélyszerűtlenné kell tartanunk.

Az ép vizeletből nyerhető benzoatesapadék mennyiségére, valamint az ezt befolyásoló körülményekre vonatkozó vizsgálataim eredményei a következőkben foglalhatók össze:

A vizeletnek közömbös ecetsavas ólommal kezelése után nagyobb mennyiségű benzoatesapadék volt nyerhető, mint ha a vizeletet a benzoylozáshoz egyszerűen NaOH-os kezeléssel készítettem elő.

A phosphorsavas földfémektől NaOH-os kezeléssel megszabadított vizeletből annál bőségesebb benzoatesapadék vált ki, minél nagyobb volt a benzoylozáshoz vett benzoylchlorid mennyisége*, ha fölös lúg nem volt igen nagy mennyiségben jelen. A benzoatesapadék mennyiségének ezen emelkedése azonban nem történt az alkalmazott benzoylchlorid mennyiségének növelésével arányosan.

Nagyobb mennyiségű fölös NaOH a benzoyleszterek képződését hátrányosan befolyásolta, vagy a már kicsapódott benzoatok bomlását elősegítette.

A benzoatok mennyiségére az alkalmazott benzoylchlorid és a folyadék összes mennyisége közötti arány is befolyást gyakorolt. Minél több volt a benzoylchlorid a reactio-folyadék

* 20 cm³-nél nagyobb mennyiségű benzoylchloriddal (100 cm³ vizeletre számítva) kísérleteket nem végeztem.

összes térfogatához viszonyítva, annál bővebb benzoatesapadék vált ki, hacsak a fölös lúg nagy mennyisége ezt meg nem akadályozta.

Fractionált benzoylozással valamivel több benzoat csapódott ki, mint egyszerre benzoylozással.

Az eredmények úgy a csapadék minőségét, mint mennyiségét illetőleg kielégítőek voltak a phosphorsavas földfémeknek NaOH-mal kicsapása után végzett egyszeri benzoylozásnál, 100 cm³ vizeletre 10 cm³ benzoylchloridot és 120 cm³ 10%-os NaOH oldatot számítva.

A vizeletnek benzoylozás előtt közömbös- és lúgos-ecetsavas ólommal és ammoniakokkal való sorozatos kezelése vagy nagyfokú hígítása után aránylag kis mennyiségű benzoat csapódott ki; a reakciókeveréknek a benzoylozás után közömbösítése pedig a benzoatesapadék mennyiségét illetőleg nem nyújtott jelentékeny előnyöket.

III. A benzoylozás teljessége.

Kísérleteim egy további csoportja a benzoylozás teljességének, vagyis annak megállapítására irányult, hogy a különböző előkészítő, illetve benzoylozási eljárások mellett a vizelet szénhydrattartalmának mekkora részét tudjuk észterek alakjában kicsapni.

E célból első sorban a vizelet összes szénhydrattartalmát becsültem meg Udránszky⁴² furfurolmódszere segítségével, egyszerűsmind a vizeletnek phosphorwolframsavval kezelés⁴³ után megmaradó, tehát redukáló szénhidratoktól vagy rokon vegyületektől feltételezett⁴⁴ és⁴⁵ redukáló képességét is meghatározván*. Ezután a vizelet egyenlő részleteit különböző előkészítő eljárások után 10—10 cm³ benzoylchloriddal és 120—120 cm³ 10%-os NaOH oldattal benzoyloztam, a benzoatokról leszűrt és pontosan gyűjtött folyadékokat kénsavval megsavanyítottam és aetherrel többször kiráztam, hogy a bennük foglalt nagy mennyiségű benzoetasavas natrium a későbbi meghatározásokat ne zavarja, a benzoetasavtól ily módon megszabadított folyadékokat közömbösítván két egyenlő

részre osztottam és 50—60° C.-nál alacsony nyomás mellett, eredeti térfogatukra bepároltam. Egyik részlet szolgálta a furfurolt-fejlesztő képességnek, másik a phosphorwolframsavas kezelés után megmaradó redukáló képességnek meghatározására.

E kísérletek eredményeiről a fentebbi táblázat nyújt felvilágosítást.

Mint ez adatokból látható, a vizelet phosphorwolframsavval ki nem csapható redukáló anyagaiból, egyszeri benzoylozással, a vizeletnek NaOH-os kezelése után 49—69%, a vizeletnek közömbös ecetsavas ólmos kezelése után 49—67%, a vizeletnek sorozatos ólomsós kezelése után 67—68%, a vizeletnek NaOH kezelés után fractionált benzoylozásával pedig 49—80% csapódott ki.

(Folytatása következik.)

Anthrax-serum.

Előzetes közlemény a budapesti „Jenner-Pasteur-intézet” laboratóriumából.

Irta: *Detre (Deutsch) László dr.*, az intézet műszaki vezetője.

1. Lovaknak óvatos immunizálása útján erőteljes anthrax-serum nyerhető. Az immunizálás először az igen gyengített I. vaccinnek bőr alá fecskendésével kezdődik, folytatólagosan az állatok II. vaccint kaptak egész 5 km.-nyi mennyiségig, majd a virulens tenyészetnek folyton nagyobbodó adagait. Négy hónapi kezelés alatt a lovak 300 km.-nyi egyszeri adagig vitettek fel, mely mennyisége a 2×24 órás húsleves tenyészetnek ma már csak 1—2 napos lázas reakciót, 4—5 napig tartó helybeli lobos duzzanatot és távolabbi oedemát okoz, a melyben a bacillusok ezen idő alatt életképesen és virulensen kimutathatók.

2. Az így hypervaccinált lovak vérsavója erőteljes anthrax ellenes tulajdonságokkal rendelkezik, miért is azt röviden *anthrax-serumnak* fogom nevezni.

3. Anthrax-serumom *praevenitiv* hatása ma olyan, hogy 1/2—1 km. az 1500 gm. súlyú nyúl fülénájába való fecskendés után megóvjá ez állatot a 24 órával később eszközölt bőr-alatti anthrax-fertőzéstől oly virus ellenében, a mely a hasonló súlyú tanúállatot 2 1/2 nap alatt öli meg a jellegzetes tünetek között. 250 gm. súlyú tengerimalacot 3 km. serum óv meg a tanúállatra nézve 1 1/2 nap alatt halálos intraperitonealis fertőzéstől.

4. Anthrax-serumom *gyógyító* hatása olyan, hogy a fertőzött nyulakat még 12—18 óra múlva is 10 km. adagban képes meggyógyítani, némely esetben még 30 órás, 40%-on felüli lázat mutató nyulak is meg voltak ez adaggal menthetők.

5. A hatás a serumban levő specifikus ellenanyagok eredménye.

α) A serumban ugyanis egy olyan *anthraxellenes ellenanyag* mutatható ki, a mely affinitással bír az anthrax-bacillus iránt és ezt az alexin (complement) elnyelésére, absorptiójára képesíti. Ez ellenanyag kimutatása in vitro a Bordet-féle sensibilizálás módszerével sikerült: in vivo az impraegnált bacillusok részben a phagocyták áldozataivá lesznek, részben pedig a mirigyekben extracelluláris módon pusztulnak el, miután előzőleg a megduzzadásnak és golyós elfajulásnak összes tüneteit mutatták.

β) A serummal 1:50-ig és feljebb az *agglutinatio*s tünete válnak ki, főként a homogen II. vaccin húsleves-cultúrájában.

γ) A serumban kevés specifikus *praecipitin* is foglaltatik.

6. A mondott serum a gyakorlatban gyógyító célra emberi anthrax-esetben eddig alkalom híján még nem próbáltatott ki; ellenben a szarvasmarháknak tudvalevőleg 95—100% halálozással járó septikus anthraxos betegségénél igen, és pedig két ízben. Az első ízben a mostaninál 4-szerre gyengébb serum addig a 100% mortalitást mutató és 10—14 óra alatt halálhoz vezető járványban 9 kezelt eset közül 6-nál, azaz 66%-ban gyógyulást hozott létre, 4 nap alatt napi 30 km. adagban, és a többi állat életét is 3—4 nappal hosszabbította meg. Egy más ízben a megbetegedés első 12 órájában történt 20 km.-es serumbefecskendés két, már 41%-os lázat mutató állat életét mentette meg.

7. Minthogy ezen experimentalisan megállapított serum-erősség tekintetbe vételével az anthrax-serumnak az emberorvosi gyakorlatba való bevezetésének e szerint semmi sem állja útját,

A vizelet előzetes kezelése	Egyszerű benzoylozás		Fractionált benzoylozás		Benzoylozás előtt		Benzoylozás után		Benzoylozódott	
	Az alkalmazott benzoylchlorid mennyisége cm ³ -ekben és a benzoylozás módja		100 cm ³ vizelet phosphorwolframsavval ki nem csapható redukáló anyagának szőlőcukorkoregényértéke grammokban		100 cm ³ vizelet furfuroltfejllesztő anyagának szőlőcukorkoregényértéke grammokban		100 cm ³ vizeletnek megfelelő szűredek phosphorwolframsavval ki nem csapható redukáló anyagának szőlőcukorkoregényértéke grammokban		a phosphorwolframsavval ki nem csapható redukáló anyagokból	
									a vizeletben eredetileg foglalt mennyiség % számában	a vizeletben eredetileg foglalt mennyiség % számában
NaOH	5	—	0.15	0.280	0.06	0.170	0.09	60	0.110	39
"	10	—	0.15	0.280	0.06	0.188	0.09	60	0.092	33
"	—	10	0.15	0.280	0.03	0.140	0.12	80	0.140	50
Pb.ac.	10	—	0.15	0.280	0.07	0.120	0.08	51	0.160	57
Sor. Pb.	10	—	0.15	0.280	0.05	0.154	0.10	67	0.126	45
NaOH	5	—	0.16	—	0.08	0.114	0.08	49	—	—
"	10	—	0.16	—	0.08	0.102	0.08	49	—	—
"	—	10	0.16	—	0.08	0.076	0.08	49	—	—
Pb.ac.	10	—	0.16	—	0.08	0.068	0.08	49	—	—
Sor. Pb.	10	—	0.16	—	0.04	0.080	0.12	68	—	—
NaOH	10	—	0.22	0.430	0.07	—	0.15	69	—	—
Pb.ac.	10	—	0.22	0.430	0.11	0.316	0.11	50	0.114	26
NaOH	10	—	0.30	0.380	0.10	0.250	0.20	67	0.130	34
Pb.ac.	10	—	0.30	0.380	0.10	0.198	0.20	67	0.182	48

* A redukáló képesség meghatározására Moritz⁴⁶ módszerét használtam.

felkérem a gyakorló orvosokat, hogy súlyos emberi anthrax-esetekben a serumot próbálják ki, a mely czélból az érdeklődőknek szívesen szolgálok serummal és használati utasítással.

Budapest, 1902. december 10.

T Á R C Z A.

A gyógyszerkönyv és a recipe nyelve.

A gyógyszerek megvizsgálásának, elkészítésének, kiszolgáltatásának és eltartásának módjai a gyógyszerkönyvben vannak leírva. Minden, a mi a gyógyszerek külső tulajdonságaira és kémiai viselkedésére vonatkozik, ebben a közegészségügyi fontossággal bíró nagy munkában van részletezve, úgy hogy a pharmacopoeát méltán nevezhetném a hivatalos gyógyszerek physiographiájának is. E könyv fontos utasításokat ad a gyógyszerésznek arra vonatkozólag is: miként vizsgálja meg a gyógyszereket, hogy megbizonyosodjék a felől, vajjon azok a gyógyszer-tan általános követelményeinek megfelelnek-e? Nyilvánvaló, hogy az ilyen természetű munka nyelvezetének hibátlanul tisztának, világosnak, könnyen érthetőnek kell lennie. Félremagyarázható, pontatlan vagy kétértelmű kifejezéseknek vagy épen mondatoknak már azért sem szabad előfordulniuk benne, mert a gyógyszerkönyv legtöbb helyén kémiai műveletekről van szó, melyek a leg gondosabb leírást kívánják, hogy hiba nélkül legyenek megtehetőek.

Ezidőszereint a mi gyógyszerkönyvünk két nyelven van megírva, magyarul és latinul. Ugy mondják, hogy nem sokáig késheik már annak az ideje, hogy a Pharmacopoea Hungarica új kiadásra kerül (ami, tekintve, hogy gyógyszerkönyvünkben nem csekély az obszólét szerek száma, továbbá hogy idestova tizenöt év telt el a 2. kiadás óta,¹ s ép ezen időszakra esik a pharmacotherapiának újkorai hatalmas fellendülése, tagadhatatlanul kíváncsok is volna!) nem végeznünk tehát időszertelen munkát, ha ez alkalommal rövid vizsgálat alá vesszük a gyógyszerkönyv nyelvezetét.

A magyar szöveg bírálatára most nem terjeszkedem ki, bár nem hagyhatom említés nélkül, hogy kiváltképen a gyógyszerismeri és botanikai leíró rész tele van olyan kifejezésekkel, melyek még Bugáték idejéből származnak s melyek egy részét a mai magyar botanikus és pharmacologus meg sem érti, legfeljebb nevet vagy bosszankodik rajtuk. Ilyenek például a következők: „a termés *petédel buracsenk*“, „a fehér *pülvöl* borított *petymeg*“, „virágzó *tereb*, 3 hatvirágos *nyélcével*“, „összetett virágúak“, „narancssárga *kosárcsirkaszt*“, „a fű *terebcszerleg* elágazó“, „tüszők *féltédek*“, „a levelek *hosszúdad-lándzsasalakúak*“, „gyöktörzs“, „*orrosipitypáng*“, „*vidra eleccke*“, „*hódony*“, „*mákony*“, „*himbójolaj*“, „*gyűszünke*“, „a potrohot elfedő *röptük*“, „*szivonták-félék*“, „a gumók *lobordak*“, „*szálladék*“, „*zsiradék*“, „*elszállad*“ stb.

Jól tudom, hogy még mindig elegend vannak közöttünk olyanok, kinek fülét nem nagyon sértik ezek a nyelvi szörnyetegek, sőt olyanokra is akadunk, a kik fitymálólág tekintenek alá minden „linguisztikai erömutatványra“, mely a magyar nyelv e torzhajtásait lenyesegetni törekszik. Természetes, hogy az, a ki úgynevezett magasabb állásponton állva azt tartja, hogy a tudományos termékeknek egyetlen és főczél a tartalom, egészen mellékes haszontalanság a köntös, a ki nem a magyar eredetivel, hanem már eleve, az első vázlat megírásakor a leendő német fordítás minémiségével törődik: az bizony nem fogja megérteni, hogy mi jogosultsága van a tudományos nyelv magyaros voltának? A minthogy azt sem fogja megérteni, hogy a tudományos munkásságnak igazában kettős czélja van; ezek közül csak az egyik az, hogy e munkásság eredményei minél tágabb, lehetőleg internationalis körökben szétterjedjenek; de a másik, nem kevésbé fontos czél, mely már a nemzeti kultúra kérdését illeti, az, hogy a tudományokkal való foglalkozás produktumai utat találjanak a nép lelkéhez, hogy azt megtermékenyítsék, tulajdonává legyenek, a mit csak úgy érhetünk el, ha tudományos dolgainkat olyan alakban adjuk közre, mely a nemzet nagy tömegének nyelvtől, génusztól nem idegen. Mint a gyógyszerkönyv példája mutatja, még ma is vannak olyan közhasználatú tudományos könyveink, melyek ezen sarkalatos követelménynek nem felelnek meg; pedig ne feledjük el egyik jeles tudosunknak a hazai viszonyok jellemzésére mondott szavait: „A nyelv, a nemzetiségek e páratlan klenoduma az, a mely tudományunkat eltávolítja a nemzettől magától. Döcögős mondatokban, csinált szavak bőségével írjuk szakkbéli munkáit soroztat. A tudóst megtalálja ebben is a tudós, de hol lelje meg itt a magyart a magyar? A nyelv megrontásával nemzetiségünk a tudományokban is pusztult, mert tudós magyarjaink vannak, de hol a magyar tudós? Ha jövesen mondhatta egy élete javában kidölt kiváló emberünk a hetvenes években, hogy nemzetiségünknek többet ártának az 50–60-as évek új magyar nyelvtanai mint az összes török háborúk: jogosan mondhatjuk mi is, hogy többet árt nemzetiségünknek az ilyen magyar tudomány, mint a megelőző századok látszatos tespedései“.

Mindezek alapján nagyon kíváncsok, hogy a gyógyszerkönyv magyar nyelvének az új kiadás szerkesztésekor alapos vizsgálatban

¹ A német gyógyszerkönyv 4. kiadása kilencz év múlva követte a 3-dikat, sőt a *Pharmacopoea croatica-slavonica* új kiadása is megjelent már!

legyen része, mert valóban sértő anakronizmus, annyi évtizeddel Diószegi és Fazekas, Csapó, Földi stb. működése után olyan nomenklaturát használni a M. Gy. leíró részeiben, a milyenek példait adtam.

Ez alkalommal különben a gyógyszerkönyvnek latin szövege az, a mivel részletesebben óhajtok foglalkozni.

Mindjárt a Pharmacopoea Hung. II. megjelenése utáni időben, a kolozsvári egyetemnek egyik régi világból való, deákos műveltségű tanára, *Maizner János* kimutatta, hogy a gyógyszerkönyv latin szövegébe nem csekély számmal esúsztak be a mindenféle értelmi és kifejezésbeli hibák. Ő azonban csak a főbb nyelvtani stb. botlásokra mutatott rá s a magam fogyatékos latin tudománya is elég ahhoz, hogy jellemző kis stachyológiát állítsak össze a gyógyszerkönyv könnyelműen szerkesztett deák szövegéből.

Nem is olyan nagyon régen történt, hogy egyik boldog emlékeztető tudosunk emlékezésédt tartott az akadémiában, melyet a horátiusi mondással: „*Exegit monumentum aere perennius*“, fejezett be. Hogy, hogynem, az *aere* helyett *aëre-t* talált mondani, mire az első padokban ülő Haynald érsek megesóválta fejét, mondván: „*Már mi sem tudunk latinul!*“ Önkéntlenül ez a jóízű kis történet jut eszembe, mikor a gyógyszerkönyv deák szövegében böngészgetek. Valóban úgy van, hogy belőlünk, a kik hajdanában a *vera latinitas* mintaképei voltunk, teljesen kiveszett a latin nyelv tudása; a mit különben nem nagy bánkodással írok ide, mert hisz ez a mesterségesen támogatott, de a mellett fejlődésre képtelen, halott nyelv jó sok századéven át verte békóba a nemzeti kultúra első eszközének, a nemzeti nyelvnek fejlődését!

Ezek után lássunk néhány arra vonatkozó példát, hogy a gyógyszerkönyvnek nemzetközi használatra szánt latin része miként van megírva? Vegyük sorra a gyógyszerkönyv egyes fejezeteit, úgy a mint egymás után következnek.

1. *Előszó*. Magyar szöveg: „Az erősen ható szereknél...“ latinul: „*In praeparatione articulorum vehementer agentium*“. A mondatnak nincs értelme, mert *articulus* a. m. cikkely. *Medicaminum* teendő helyébe.

2. Ugyanott folytatás: „a magyar gyógyszerkönyv I. kiadásával, úgy mint a külföld újabb keletű gyógyszerkönyveivel lehetőleg összhangzó készítési módot fogadtunk el“. Latinul: „*In editione prima pharmacopoeae hung. necnon in pharmacopoeis novis nationum peregrinarum aliarum contentis praeparationis rationibus similes acceptavimus*“. *Aliarum* túrlendő, mert ha egyszer *peregrinus*, akkor fölösleges az *alius*.

3. Ugyanott 6. pont: „Az utóbbiaknál lehetőleg tekintetbe vétettek a legújabb minőségi, kiváltkép pedig a tartalomnak és identitásnak megállapítását czélzó mennyiségi módszerek“. Latin szöveg: „*In respectu harum, modis novissimos analyseos qualitative, praecipue pro determinatione contenti et identitatis adhibuimus*“. A fordító félreértette és rosszul fordította a szöveget, mert épen azt hagyta ki, a min az egész mondat értelmi súlypontja fekszik, t. i. a *mennyiségi módszereket*. Épen ezen módszerek alkalmazásában fekszik a magyar gyógyszerkönyv egyik erőssége s épen erről nem vesz tudomást a külföldi olvasó, ki a gyógyszerkönyv előszavát olvassa.

4. Az „Általános szabályok“ 5. pontjában: „*Ita quoque e medicamentis, quae et cruda et depurata in pharmacopoea inventiuntur, sine determinatione qualitatis huius praescriptis, semper e depurata dispensentur*“. Minthogy az *ex* előszócska ablátivust vonz, legfeljebb „*depuratis*“ állhatna; minthogy azonban *dispenso* egyszerű accusativus-szal jár, ennél fogva az utolsó mondat helyesen úgy lesz, hogy: *semper depurata dispensentur*.

5. *Absinthium*. „Levelei nyelesek, hüvelyesek“. Latin szöveg: „*Folia sunt petiolata, amplexicaulia*“. Botanikai absurdum, mert a mi *petiolatol*, az nem lehet *amplexicaule*. A fordító „hüvelyest“ (*vaginatol*) helytelenül szárölölőnek (amplexicaule) fordított.

6. Ugyanott: „A virágzat buga“, latinul: „*Efflorescentia est paniculata*“. A virágzat latin neve nem *efflorescentia*, hanem *inflorescentia*.

7. *Acidum acetic. conc.* E cikkben azt, hogy „ennél fogva“, úgy fordítja, hogy „*hinc inde*“. Ugyanígy az *acid. nitric. conc.*, *acid. phosphoric.* és még számos más fejezetben is előfordul e hiba. *Hinc, hincque, inde* jelentheti ugyan azt is, hogy „ennél fogva“, de *hinc inde* együtt a. m. idestova, mindkét oldalról, mindenfelől. Érthetetlen, hogy a fordító miért ragaszkodik annyira ehhez a *hinc inde*-hez, mikor épen az „ennél fogva“ számos jó szóval (*propterea, hac de causa, ergo, quapropter* stb.) fejezhető ki a latinban.

8. Ugyanott: „tíz percz alatt“, latinul: „*intra minuta decem*“. Nyers barbarismus, melyet hol semlegesben, hol nőnemben használ a fordító; így mindjárt a következő cikkben (*Acid. acetium dil.*) *intra decem minutos*, és még sok más helyen. Mennyivel szebb és a latin nyelv szellemének megfelelőbb lett volna ezt úgy fordítani, hogy *intra sextantem horae*, vagy *intra decem sexagesimas horae partes*, vagy *punctum (momentum) horae*-val.

9. *Acidum arsenicosum*. „Fehér, porcellánszerű darabok“: *frusta alba, porcellanae similia*. Helyesen: *porcellano* vagy *terrae porcellanae similia*. „Kémcsőben óvatosan hevítve“: *in tubo exploratoria caute fervefacta (exploratorio helyett)*.

10. Ugyanott: „A szálladék nagyiton nézve erősen csillogó, szabályos nyolczlapú vagy négy lapú kristályoknak látszik“: *Sublimatum hocce sub microscopio investigatum crystallis instar octaedricis vel tetraedricis regularibus observatur*. Először is nincs lefordítva az „erősen csillogó“ jelző. Másodszor *instar* nem ablátivust, hanem genitívust vonz, tehát a helyes szöveg: *crystallorum instar octaedricorum vel tetraedricorum regularium* lesz.

11. Ugyanott: „Izzó szénre dobva”: *carbone fervefactum*. A fordítás nem felel meg a magyar szövegnek, mi a kísérlet megejtésekor zavart okozhat. Helyesen: *prunae injectum*.

12. „Felesleges ammoniában tökéletesen feloldódjék” (vagy oldódjék fel?): In superabundanti ammonia perfecte solvetur. Helyesen: solvatur.

13. *Acidum benzoicum*. „A benzoegyantából felszállasztott . . . kristályok”: Crystalla e resina benzoe per sublimationem parata. Helyesen: benzoës.

14. *Acidum boricum*. „Fehér, lemezes, gyöngyházfényű kristályokból áll”: Crystalla alba, squamosa, nitida. „Nitidus” egymagában a. m. csillogó, fénylő; holott a magyar szöveg épen azt akarja kifejezni, hogy a kristályoknak bágyadt a fénye. Egészen helyes tehát a különben is kiváló latinsággal megírt osztrák gyógyszerkönyv kifejezése e helyütt: *crystalli nitidis languidi*.

15. *Acidum carbolicum*. „A fényt erősen törő folyadékká”: ad liquorem lucem nimio refrangentem. Helyesen: refringentem.

16. Ugyanott: „sötét ibolyaszín”-t és „sötét kék”-et *belle violaceum*-mal és *belle coeruleum*-mal fordítja, holott ezek azt jelentik, hogy „szép ibolyaszínű (kék)”. A sötét ibolyaszínű (kék) *intense violaceum* (*coeruleum*)-mal lehetne kifejezni, úgy mint a hogy a *Ferrum pulveratum*-ról s a többi vasvegyületekről szóló fejezetekben van.

17. *Acidum carbolicum crudum*. „Vízben csaknem tökéletesen oldható”: in aqua fere ad plenitudinem solvitur. Helyesen: perfecte solvitur.

18. *Acidum carbolicum liquidum*. „Egy gramm carbolsavnak 1:1 gramm folyékony carbolsav felel meg”: grammati uno acidi carbolici, grammata 1:1 acidi carbolici liquidi respondent. Minthogy unus-nak a dativus nem uno, hanem uni, és minthogy 1:1 gramm nem jön többesbe, ennél fogva helyesen így lesz: grammati uni . . . grammata 1:1 respondent.

19. *Acidum chromicum*. „Jól zárt üveg dugós edényben tartsd”: in vase epistome vitreo probe clauso servetur. Helyesen: epistomio. Hogy ez nem egyszerű sajtóhiba, az onnan is nyilvánvaló, hogy a gyógyszerkönyvnek számos más helyén hasonló alakban fordul elő; így az Ammonium carbonicum, Amyle nitrosa, Ferrum sesquichlor. cryst. stb. fejezetekben is, sőt az 1896-ban megjelent Függelék egyik helyén (*Aether bromatus*) nagy tréfásan azt mondja a fordító, hogy a palackot üvegből való *epistropheus*-szal jól be kell dugaszolni. Vajon nem fogja-e megcsóválni a fejét az a német ember, a ki szabad óráiban a Pharmacopoea Hungaricát tanulmányozza, olvasván, hogy nálunk egy-némelyik medicinát üvegből készült nyakesigolyák alatt tartják?

Kóssa Gyula dr.

(Folytatása következik)

Közegészségügy.

A községi és orvosok illetményeire fizetendő községi járulékok befizetését és az orvosok járandóságának kifizetését a jövő évi január hó 1-jétől fogva az illetékes kir. állampénztárnál (adóhivatalnál) kell teljesíteni. (A belügyministernek 114,367/1902. sz. a. B. vármegye alispánjához intézett rendelete.)

Jelentésére értesitem a címet, hogy a pénztári számvevőszéki teendők ellátásáról szóló 1902: III. t. cz.-nek a jövő évi január hó 1-én való életbeléptetése és a vármegyei pénztárak megszűnése következtében mindazok a befizetések és kifizetések, melyek eddig a vármegyei pénztáránál történtek, az említett naptól fogva az illetékes kir. állampénztáránál (adóhivataloknál) teljesítendőek és miután a folyó évi október hó 30-dikán 117,000 B. M. szám alatt kiadott körrendelettel ezímed a pénzügyi reform következtében saját hatáskörében teendő intézkedésekre nézve a kellő utasításokkal ellátott, részemről nem forog fenn szüksége annak, hogy a községi és orvosok illetményei fejében a községek által befizetendő járulékoknak befizetése illetőleg az orvosok részére utólagos negyedévi részletekben a n-i kir. adóhivatalnál való kifizetése iránt külön intézkedjem. Megjegyzem még, hogy a mennyiben az érdekelte községek és orvosok szempontjából az eljárás egyszerűsíthető lenne az által, hogy a községek járulékaiknak befizetése és a községi és orvosok illetményeinek kifizetése ne kizárólag a vármegye székhelyén levő kir. állampénztárnál (adóhivatalnál), hanem a vármegye területén levő s rájuk nézve illetékes többi kir. állampénztárnál (adóhivatalnál) is teljesíthetnek: e tekintetben ezímed a törvény életbeléptetésére vonatkozó körrendeletem, valamint a vármegyei pénztári teendőknek a kir. állampénztárak (adóhivatalok) által való ellátása tárgyában kiadott Utasítás 16. és 17. §-ai értelmében saját hatáskörében intézkedhetik.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

Törekvések a sebészeti eszközök, a kötőszerek és a varróanyag csírátlantítását tökéletesíteni.

Közlő: Hüttl Hümér dr.

(Vége.)

122. *Minervini*: Vorschlag zu einer ausziehbaren versenkten Naht. Cblt. f. Chir. 1899. 585. l. — 123. *Stapler*: Neue Nahtmethoden mit ausziehbaren Fäden. Cblt. f. Chir. 1899. 1105. l. — 124. *Lambotte*: Sur la suppression des fils perdus dans les sutures étagées. Annal. d'Anvers 1899. R. Cblt. f. Chir. 1899. 1042. l. — 125. *Gauthier*: Nouveau point

pour les sutures profondes sans fils perdus. Bullet. mém. de la soc. de chir. de Paris. XXV. k. 284. l. — 126. *Rollet et Commandeur*: De la suture intradermique. Arch. prov. de chir. V. k. 24. l. — 127. *Marcy*: The animal suture, its preparation and technique of application. Journ. of the amer. med. assoc. 1897. R. Centralblt. f. Chir. 1898. 238. l. — 128. *Magrassi*: L'asepsi chirurgica in rapporto colla suppurazione della seta. R. Cblt. f. Chir. 1897. 1335. l. — 129. *Coccherelli*: Az olasz sebésznek Turinban tartott gyűlése. R. Cblt. f. Chir. 1898. 1281. l. — 130. *Calmann*: Beiträge zur Asepsis und Kosmetik der Hautnaht. Münch. med. Woch. 1898. 21. sz. — 131. *Sabbotin*: Autoinfection der Wunden und subcutane Naht. (Orosz.) R. Centralblt. f. Chir. 1899. 979. l. — 132. *Schächter*: A bőr alatti varrat. Gyógyászat. 1899. 822. l.

A selyem-desinfectio.

A selyem csírátlantítása az antisepsis technikájának már régen megoldott fejezetét képezi, a mennyiben a selymet vagy a kötőszerekkel együtt lehet a gőzdesinfectiorban csírátlantítani, vagy 50/0-os carbol-oldatban 15—20 percig ki lehet főzni, mint azt már a 80-as évek elején Czerny is tette, miáltal kétségtelenül csírátlanná válik. Ezen idő alatt tudniillik még a bacillus mesentericus is elpusztul, mely pedig életképességét áramló gőzben 1 óra hosszáig megtartja. A kifőzésnek előny adunk a gőzben történő desinfectio felett, mert egyszerűbb és mindig a műtét előtt közvetlenül a műszerekkel történhetik, az által, hogy kicsiny nickel edényben carbol-oldatba tesszük a selymet, a nickel czészét pedig a műszerekkel együtt betesszük a *Lautenschläger*-féle desinfectiorba. *Lanz* és *Dollinger* a selymet sublimat-oldatban főzik. Magában a soda-oldatban a műszerekkel kifőzni a selymet nem czélszerű, mert szakadékonnyá válik. Egy kifőzést még csak elbir valahogy, de többet nem, úgy hogy a maradékokat semmire sem lehet használni, már pedig a jó *Turner* selyem nagyon drága. Próbálják is régóta olcsóbb anyaggal helyettesíteni. Már *Linhart*, majd *Trendelenburg* és *Lawson* *Tait* ajánlották a fehérítettlen czérna használatát, azonban ezen külön kiválon alkalmas anyag érthetetlen oknál fogva nem tudott elterjedni. Ujabban *Aleksinski* közönséges czérnát használ. A fehérítettlen czérna jobb, mert erősebb. A czérnát először 1 óráig soda-oldatban kell főzni, hogy zsíráját megfoszsszuk, azután forró gőzben vagy vízben desinfectiáljuk. Az így elkészített czérna természetesen épen olyan jó, mint a selyem. *Sticher* a kendereczérnát úgy desinfectiálja cumolban, mint a catgutot. A cumolt a fonaltól benzinnel lehet kivonni. *Quénu* a czérnát autoclavban csírátlantítja. Miután mindig közvetlenül a műtét előtt desinfectiáljuk a selymet, nem kell különösen gondoskodnunk arról, miképen őrizzük. *Schleich*-nak szellemes javaslata, hogy a selymet gelatinában tartsuk, felesleges. A kereskedőtől kapott selymet üvegsóokra csavargatva aetherben szeretjük a desinfectiohoz tartani. A zárt edénnyel megátoljuk, hogy a selyemre por és piszok kerüljön, egyuttal pedig zsírátlantítjuk is. Egy-egy orsóra keveset kell felesavarni, hogy használat után ne maradjon vissza fölös maradék és hogy a selyem ne feküdjék több rétegben egymás felett. Állítólag, a mit ugyan mi nem hiszünk el, akkor nem hatol eléggé át rajta a forrásban lévő carbol-oldat. *Ihle* legalább ezt mint tényt állítja és egy fonaltartót szerkesztett ennek megátlására.

Poppert figyelmeztetett először arra, hogy selyemfonalak teljesen aseptikus lefolyásnál és bakteriumok közreműködése nélkül, nevezetesen a lágyéksérvek műtévesénél kilökődnek. A seb, eleinte legalább úgy látszik, p. p. begyógyul, de azután megint kifakad és kevés nyálkaszerű savós folyadék ürül ki. A sipoly később genyet termel, majd a fonalak kilökődnek, mire a folyamat begyógyul. Ez *Bassini*-féle sérv-műtétnél nem is olyan ritka jelenség és véleményem szerint különösen arra vezetendő vissza, hogy a mély etage fonalai túlságosan erősen meg lettek húzva. Egyébiránt meg kell jegyeznünk, hogy *Poppert* nem mondott újat, mert mindnyájan ismertük, hogy egyik testbe igen jól begyógyulnak a fonalak, másikkól pedig, akármit is csinálunk, napok, sőt évek múlva kigennyednek. Az ilyen tárgyak jelentősége csekély, a begyógyulást azonban mindenesetre késleltetik és a betegre nézve több-kevesebb kényelmetlenséggel járnak.

Sokkal fontosabb ezen chemiai genyedésnél az, a melyet bakteriumok teteleznek fel. A műtét folyama alatt igen gyakran fertőzik a fonalakat, úgy hogy bakteriumokkal megrakodva kerülnek a sebbe, holott a desinfectiorból csiramentesen kerültek ki. Nem desinfectiált tárgyakhoz sűrűlják őket, ha a testvér nem tudja a tübe befűzni a fonalat, ujjai között megpödrí a végét, átmegy a fonal az instrumentáló, a segéd és a műtő kezén, még jó ha nem a hajzatán át is. Ezért czélszerű, ha a fonalhoz csak egy ember nyúl egyedül, tudniillik maga a műtő.

A kiknek módjukban áll, czélszerűen használhatnak egy *Klemm*-féle tartót, melyen az egyes fonalakkal felszerelt tűk a használat előtt ki lesznek főzve. Hasonlóképen jó szolgálatokat tehet a *Graser*-féle tartó is. Nickelezett lemezre lesz felerősítve minden fonal a tüvel együtt, a lemezt így felszerelve az eszközökkel is lehet desinfectiálni. Előny, hogy a fonalak a fogdosástól izolálva vannak, hogy nem kell iskolázott személy, ki a műtét alatt befűz. A betegnek lakására *Klien*-féle selyemtartóban, azaz epruvettaszerű jóságban lehet a fonalat szállítani, ha ugyan nem látjuk okosabbnak a magánlakásban is, borszeszforralón közvetlenül a műtét előtt csírátlantítani. *Lanz*, hogy azon fertőzést elkerülje, mely a fonalnak csomózásánál a műtő ujjai között való végighúzásánál támad, „lekötő gömböket” (dióalakú üveg selyemtartó, melyből a kifőzött selyemszálat közvetlenül veszi a csomóhoz) használ.

A csírátlan fonal utólagos fertőzésének azonban főforrása különösen maga a beteg, kinek köztakaróját a szó szorosabb értelmében nem

lehet bakteriummentessé tenni, mert a mélyebb rétegekben, a nyirkutakban, a szőrtüszőkben és faggyúmirigyekben mindig maradnak hasadógombák vissza. Beck ezért a bőrszeleket külön miniatűr pincettek és törlek segítségével izolálja. Ezen csírok életképességét a desinfectio nyilván lefokozta, azonban kitűnő táptalajra találunk az organikus folyadékkal beivódott selyemfonalban. Ezek után most már közel fekszik a gondolat, hogy a fonal akkor fertőződik, midőn varrásnál a bőrön áthúzzuk. Welch mutatta ki legelőször, hogy a kétségtelenül csiramentes fonallal megejtett bőrvarratok nemsokára staphylococcus albust tartalmaznak. Lanz és Flach a fonalakból a coccus epidermidis liquefacientet et non liquefacientet tenyésztették ki. Brunner staphylococcusokat talált. A csomós varratokat Troller vizsgálta csirartalmukra vonatkozólag. Bár eredetileg csiramentes fonalakkal végezte az öltést, mégis azt találta később, hogy a fonalkacsak azon része, mely a seben kívül fekszik, nagyon gyakran, a sebben fekvő rész pedig aránylag magas százálekkban sok mikrobát tartalmaz. Aránylag legcsiraszegényebbek voltak a bőrvarratok gondos bőrdesinfectio és antiseptikus (por) kötések alkalmazása mellett. A beivódásra alkalmatlan varróanyagoknál (silkworm, sodrony) a subcután fonalrészt sokkal ritkábban csirartalmú, mint a beivódásra alkalmas (selyem, catgut) fonalak ezen része. A legjobb eredményt adja e tekintetben az aluminium-bronzesodrony, mert Troller és különösen Pichler vizsgálatai szerint antiseptikus tulajdonságokkal is bír. Ugyancsak az aluminium-bronze-ra tereli legújabbban figyelmünket Haegler és Passavant.

Kitűnő varróanyagot ajánlanak Schlutius és tanára Pagenstecher, a czérnafonalakat oly módon készíten, elő, hogy használatuk alighanem divatba fog jönni. A legjobb minőségű angol szürke czérnát 10%-os soda oldatban kifőzve, zsirtalanítják és desinfectiálják. A soda kimosása és alapos megszáritás után a czérnát celluloid oldattal telítik, simítják és újabb desinfectio után vagy csomagolják, vagy további használatig egyszerűen elteszik. Az így elkészített fonal műtét előtt tetszés szerinti módon desinfectiálható. Ez egyik előny, a második, hogy olcsó, a harmadik, hogy könnyen csomózható, könnyen fűzhető a tűbe, igen erős, a negyedik, melylyel a silkwormot is felülmulja, hogy puhasága mellett sem ivódhatik be, mert részei celluloid-oldattal ki vannak töltve. (Magszerzethet Lütgenau krefeldi gyárából. Egy doboz, azaz 12—30 meter a czérna vastagsága szerint, 30 krajczár.) Braun a czérnafonalat collodiummal telíti. Az ősi viaszolt selyemfonal is újból kísért. Saltykoff hosszú közleményben mondja el, hogy a viaszkon a bacillusok át bírnak hatolni, az antisepticumok azonban nem.

Részükről a silkwormnak adunk előnyt. Ezen anyag egyenletes, sima mint az üveg, igen erős, tartós, abszolút biztosan csirátlanítható 50%-os carbolban való kifőzés által. Tömör lévén, nem vesz fel sebvadaleköt. Nem kell silkwormnál két csomót egymás fölé tenni, elég ha a lege artis sebszí csomónak csak első szakaszát csináljuk meg. Ha a csomó szarát nem vágjuk le kurtára, a csomót bármikor meg lazíthatjuk, de meg is szoríthatjuk. Ezen utólréteget előnyökkel szemben két hátrány áll: 1. használat előtt a fonalat egyenletessé, tartósságukra és hosszúságukra nézve meg kell vizsgálni, 2. áruk sokszor oly magas, hogy a közkórházi gyakorlatban tanácsos velük erősen takarékoskodni.

Többen nem helyeznek súlyt arra, hogy a varróanyag ne legyen lukacsos, hanem a fonalat kívánják antisepticummal telíteni, mely azután hivatva lenne a használatnál bekerülő csírok kikelését, illetve elszaporodását megakadályozni.

Farbas a selyemfonalat ezüst nitrat-oldattal feketére festi. Credé és utána Boeckmann a nyers selymet és catgutot 1:100 actol-oldattal telt sötét edényben áztatják egy héten át, azután közönséges üvegben erős fény hatásának teszik ki, mire a fonalakba színezüst csapódik ki. Alapos kiöblítés után megszáritják és használatig szárazon őrzik a fonalakot. Scherrer amerikai orvos a selymet üveglemezre csavarja fel és 5 perczen át soda-oldatban főzi, azután 2 órán át folyóvízben kimossa, majd 100%-os lapis-oldatban főzi, miután megint forró sodába mártja be. Ez által fémezüst válik ki a selyemre és azt barnára festi. Ismételt mosás és szárítás után ezen selyem kitűnően használható varráshoz és lekötéshez.

Thomalla a desinfectiált selyem- és catgutfonalakat formalingelatin-oldatban áztatva megszáritja. Az így telített fonalban a szűrcsatornában vegy bomlás történik, úgy hogy formalin szabadul ki. Több mint 100 simán gyógyult eset tesz tanúságot az eljárás használhatósága mellett. Hogy a varratot kívülről jövő bakteriuminvasio ellen védelmezzék, Kocher bismutpéppel, Socin zinkpastával, Bruns airolpastával fedik a sebvonalat. Brunner vizsgálatai szerint ezen pasták hatástalanok.

A fonalgyenyedések meggátlására a legradicalisabb javaslatot azok teszik, kik azt akarják, hogy egyáltalán ne hagyjunk benn a sebben fonalakot. Figyelmeztettek azon irányzatra, mely a közkedvelt angiotrip-torokat teremtette. Katzenstein megkísérelte az átvágott véredényeket ezüsttel beplombozni. Az eljárásnak véleménye szerint nagy jövője van.

Villar, Duplay, Cazin, Gigli és Baroni, Jonnesco, Link, Minervini, Stapler, Lambotte, Gauthier, Rasmorszky olyan többé-kevésbé complicált öltési módokat találtak ki, melyek a seb mélyebb rétegeit egyesítve, később mégis eltávolíthatók. Mindezen eljárások papíron igen tetszetősek, de mivel a gyakorlatban nem vagyunk egyedül rájuk utalva és mert a sebgyógyulást igen megnehezítik, a fonalak utólagos eltávolítása pedig sokszor bajosan sikerül, leírásukat nem tartjuk érdemesnek.

Számos műtő megkísérelte úgy egyesíteni a sebeket, hogy a fonalat nem vezeti keresztül a bőr azon részén, mely bakteriumokat tartalmaz. Beck ezen dolognak nagy jelentőséget tulajdonít, s még azon kást is, a melylyel a bőrmetszést megejtette, mint fertőzöttet félre teszi. Ezen „suture intradermique” vagy „percutan”, „subcuticularis”, „sub-

cutan” azaz „bőralatti” varráshoz az első eszmét 1890-ben Kendal Franks adta. Az eljárás Rollet és Commandeur, Marcy, Magrassi, Ceccherelli, Calman, Ssubbotin és Schächter kezében kitűnő eredményeket adott, úgy hogy ezen szerzők, kikhez saját tapasztalatainkkal mi is csatlakozhatunk, a bőrvarrat ezen módját melegen ajánlják. Eltekintve a különböző és lényegtelen módosításoktól, a subcutan varratot, akár csomós, akár szűcsvarrat legyen az, következőképp alkalmazzuk: a seb szélétől 3—4 milliméterre beszűrjük a tűt a bőr alatti sejtözetbe, és annyi szövetet véve fel, a mennyit lehet, ivben vezetjük először lefelé, majd a másik sebszálnál ugyanígy alulról felfelé, hogy megint a bőr színe alatt 3—4 milliméterre jöjjön ki a tű hegye. A fonalat annyira meghúzzuk a csomózásnál, hogy a sebszélek érintkezzenek. A csomó a subcutan szövetben marad és a bőrtől teljesen el van fedve. Szűcsvarratnál ugyanezen elv szerint járunk el, de az öltéseket folytatólággosan végezzük.

A subcutan varrattal meggyógyított sebek sebbet heget eredményeznek, mint a közönséges varrattal egyesítettek, mert a hegvonal mellett nincsenek azon éktelenítő csomók, melyek a szűrésok helyét jelzik.

Könyvismertetés.

Sarbo: Der Achillessehnenreflex und seine klinische Bedeutung. Beitrag zur Frühdiagnose der Tabes und der progressiven Paralyse. Berlin, S. Karger.

Szerző ezzel a dolgozatával figyelmünket az eddigelé kellőképen nem méltatott Achilles-inreflexre hívja fel; beható klinikai észlelésének eredményeit a következőkben adja:

1. Az Achilles-inreflex ép emberen épúgy kiváltható, mint a térdtünet.

2. E tünet fokozott voltát functionalis neurosisoknál, alcoholismus, paralytis és súlyos anaemia esetében szokás találni; különösebb diagnostikai jelentősége e fokozottságnak nincsen.

3. Némely agyvérzéses esetben az Achilles-inreflex előbb mutat fokozódást semmint a térdtünet.

4. Az Achilles-inreflex hiánya egészen ugyanolyan diagnostikai jelentőséggel bír mint a térdtünet hiánya: egyoldali hiánya inkább neuritis mellett szól (neuritis alcoholica, luetica), kétoldali hiánya tabesre illetve paralyisre vagy polyneuritisre utal.

5. Szerző nézete szerint, a melyhez tapasztalata alapján referens is hozzájárul, van olyan tabes-eset, a melyben az Achilles-inreflex előbb hiányzik mint a térdtünet, s így a szóban forgó reflexnek a korai diagnózis tekintetében jelentősége van.

6. Előnye az Achilles-inreflexnek, hogy kiváltása főleg elhízott egyéneknek feltétlenül könnyebb mint a térdreflexé; ezentúl minden idegkórtani vizsgálatnál figyelmünket erre a tünetre is kell fordítanunk. A nagy tárgyismerettel megírt füzetet az érdeklődőknek melegen ajánljuk.

Schaffer.

Heitzmann: Atlas der descriptiven Anatomie des Menschen. IX. Auflage, herausgegeben von Prof. Dr. E. Zuckerkandl. Wien, Wilhelm Braumüller, 1903.

Az orvostanhallgatóknak anatómiai tanulmányaikban három évtizeden át hűséges kísérője, Heitzmann atlasa, a IX. kiadásban fekszik előttünk. E munka 1870-től, a mely évben első kiadása megjelent, csaknem napjainkig uralta a helyzetet. Csak a legutóbbi években napvilágot látott Spalteholz és Toldt-féle kitűnő atlasoknak sikerült a régi barátot némileg háttérbe szorítani. Hogy ez azonban csak némileg sikerült, bizonyítja a kereslet folytán szükségessé vált új kiadás.

Heitzmann 1896-ban halt meg és így annak barátja, Zuckerkandl bécsi tanár rendezte az új kiadást saját alá. Ő már az előző VIII. kiadásnál is támogatója volt a szerzőnek, tehát misem természetesebb annál, hogy a kiadó is őt kérte fel.

Míg az előző kiadásokban a munka a descriptiv anatómia mellett a topographiát is felkarolta, addig az új csupán csak a descriptivát szolgáló ábráknak ad helyet. A régi rajzok nagy részt újakkal vannak felcserélve, a melyek mind jobbak és nagyobb méretűek a régiekénél. A koponyacsontoknál még néhány a comparativ anatómiából vett képpel is igyekszik átdolgozó a nehéz viszonyokat megvilágítani és így mintegy utal a modern anatómiai irányra.

A régi rendtől eltérőleg az új kiadás a gerincoszloppal, a csigolyákkal nyitja meg a sort. Ezek után a bordák és a szegycsont, majd a koponya s a végtagok csontjai következnek. Végére megfelelő sorrendben az ízületek, szalagok és izmok. Mindegyik fejezetben találunk új ábrákat, melyek hűség és plasticitás tekintetében Spalteholzéival vetekednek. Különösen tanulságosak a csonttaniak közül azok, melyek az orr csontos vázát és melléküregeit tüntetik fel. Itt különösen, de egyebütt is mindenütt nyilvánul az átdolgozó szakavatottsága. Nagyon instructivokká teszi az ábrákat az, hogy az ízületi felszínek illetve porozók és szalagok mindenütt kékek vannak színezve. Továbbá hogy a kéztő, kézközép, lábtő és lábközép csontoknál három szint is használ a nagy számú ízületi felszínek feltüntetésére.

Az izomtanban is nemcsak a színezés új, hanem számos ábra is; Különösen kiemelendők azok, melyek az inbűvelyeket tüntetik fel.

A szöveg is itt-ott előnyös módosításon, egyszerűsítésen ment keresztül és a legnagyobb következetességgel mindenütt az új nomenclaturát használja.

A kiállítás dícséretére válik a kiadónak. Hiszszük, hogy a munka ezen új kiadásában nemcsak a régi barátokat fogja megtartani, hanem újakat is fog szerezni.

Tóth Zsigmond dr.

Lapszemle.

Élet- és kórvegytan.

Alkalinuria elnevezést ajánl *H. Leo* (Deutsch. Archiv für klin. med. B. 73.) az eddig szokásos „phosphaturia” helyett, a mely tulajdonképpen nem is a fokozott phosphorsavsó kiválasztást, hanem alkalikus vegyhatású vizelet kiürítését jelenti, a melyben mint égvényes közegben a phosphátok kicsapódtak, s mennyiségük a napi normalisnál nem nagyobb. Minkowski szerint ezen alkalinuriát a vér hyperalkalicitása okozza, nem pedig a megszorodott phosphorsavsó kiválasztás, így lehet azt észlelni sok alkali felvétel és sav elvonás után, hasonlóképpen észlelte az alkalinuriát Klemperer a gyomor motorikus insufficienciájával járó hyperchlorhydrinál is.

Doctor Károly dr.

Mesterségesen előidézhető epepangás után fellépő cylindruria esetekről ír *Wallerstein*. Ezen kísérleteit szerző egy régebben tett észlelete kapcsán folytatólagosan eszközölte. Akkor ugyanis azt találta, hogy ha nyulaknál vagy kutyáknál koprostát idézett elő alakítás útján, akkor állandó és tisztán cylindruriával társult albuminuria lépett fel.

Most az alakítást a ductus choledochuson végezte s vizsgálat alá vette a műtét után 1—6 nap alatt bocsájtott vizeleteket és a leülés után kivett veséket. Szerző tíz fiatal kutyán és néhány nyulon végzett duct. choledochus alakítást és azt találta, hogy a műtét után három nappal már vesecsatornahámot és szemeses hengereket lehetett találni a vizeletben, a negyedik napon pedig jellegzetes, jól kifejtett hyalinhengerek is mutatkoztak, e mellett valamennyi kísérleti állatnál polyuria lépett fel. A vesék görcsövi vizsgálata erős vesecsatornahám desquamatiót és képződő hyalinhengereket mutatott, mely utóbbi egyúttal igazat ad Senatorknak, a hyalinhengereknek a vesecsatornahámból való képződésüket illetően. (Berliner Klinische Wochenschrift, 1902. 14. szám.)

Doctor Károly dr.

Pepton kimutatás a vizeletben és bélsárban. *O. Freund* egy a biuretreactiot megelőző és az urobilint elimináló előkészítő módszert ajánl a peptonok kimutatására, melyet a következőképen végez: vesz tíz köbcentiméter vizeletet, 2—3 csepp 20%-os ecetsavval megsavanyítja és 5 köbcentiméter 20%-os ólomacetat vagy ólomcukor oldattal felfőzi. A keletkező csapadéktól megsűrített folyadékhoz ezután annyi kalilugot ad, míg csapadékot ad, végül újból filbrál és az alkalikus filtrátummal binzet-reactiot végez. (Centralblatt für innere Medizin, 1902. 27. szám.)

Doctor Károly dr.

Sebészet.

Adat az idült gégeszűkület kezeléséhez. *Wolkowitsch* eseteit a kiewi „Alexanderhospital”-ból közli. 19 tracheotomizált beteget ismert, kiknél 17 esetben magas tracheotomia volt a medianvonalban és 2 esetben magas tracheotomia az oldalon. E betegek utólagos larynxstenosis miatt kerültek kezelés alá. Hasonlóképen 3 beteget ismert előadó, kik közül 2 luetikuslarynxstenosis miatt, a gége nyálkahártyájának magasfokú polypositása miatt kereste fel a kiewi kórházat. Majd említ még 2 beteget, kik papilloma miatt és 18 beteget kik scleroma miatt vétettek gyógykezelés alá.

Előadó mint larynxstenosist megszüntető eljárásokat a következőket használta: intubatio, laryngofissio, transplantatio és ékalakú resectioja a szűkült gégerészletnek. Minden esetben azonban utólagos intubatiót alkalmazott.

Csak intubatiót alkalmazott előadó 17 esetben, mikor is a tubust 4—12—26 sőt 67 napig hagyta állandóan bent a gégeben. Ez eljárással jó eredményeket, teljes gyógyulást is elért, de előfordult e hosszú intubálási idő alatt bronchitis, sőt egy esetben a beteg putrid bronchitis miatt meg is halt.

A többi esetben előadó laryngofissiót utólagos intubatióval, laryngofissiót transplantatióval és utólagos intubatióval is használt. Ezen utóbbi eljárást heges zsugorodásnál és a gége nyálkahártya elpusztulásánál használta. A lebenyeket *Thiersch*, *Krause* szerint alkalmazta. Azon esetben, a mikor a hegesezés a porcra is ráterjedt, ékalakú resectióját végezte a gégeének, majd intubatiót alkalmazott s utólagosan transplantált lebenyeket és a nagy porczhiányt pótlandó, *Schimmelbusch* szerint ültetett át porczt, mikor is a porczt a sternumból vette, vagy *Mangold* szerint, mikor a hiányzó porczt transplantált bordaporczezzal pótolta. Mindezen eljárások többé-kevésbé jól beváltak, csakis egy esetben halt el a porc, mikor is előadó a *Mangold*-féle módszert alkalmazta sclerománál. A varráshoz ezüstöt használt s a varratokat 2½—3 hét múlva vette ki. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 64. kötet, 5. és 6. füzet.)

Navratil Dezső dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A jodoform pótszerei közül nagyon sokkal kísérletezett *Roulet* így bismuthjodattal, aristollal, jodollal. Legmegfelelőbbnek találta az *europhent*, mint a melynek gyógyító hatása úgyszólván azonos a jodoforméval, a nélkül, hogy ez utóbbi kellemetlen mellékhatásaival bírna. Az *europhen* abszolút ugyan drágább, mint a jodoform, relative azonban nem, mert sokkal könnyebb és jobban tapad, úgy hogy *europhen* egy bizonyos mennyiségével 4—5-ször nagyobb felület fedhető be, mint hasonló mennyiségű jodoformmal. (Medicinische Wochenschrift, 1902. 42. szám.)

A somatose befolyását a gyomor motilitására vizsgálta *Singer* részint állatokon a Klemperer-féle olaj-módszerrel, részint embereken a Winkler és Stein által ajánlott jodipinpróbával és azt tapasztalta, hogy a somatose határozottan fokozza a gyomor motilitását. (Therapeutische Monatshefte, 1902. 10. füzet.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1902. 49. szám. *Remete Jenő*: Adatok a prostata pathológiájához. *Sarbo Artur*: Egy új villamos (elektromágneses) gyógy-eljárásról. *Szigeti Henrik*: A contraer-sexualis érzésről törvényszerű elmekörtani és büntetőjogi szempontból.

Orvosok lapja, 1902. 49. szám. *Konrád Jenő*: Az elmebetegek jogvédelme. *Walkó Rezső*: Magyarország közegészségügye 1901-ben.

Magyar orvosok lapja, 1902. 40. szám. *Berend Miklós*: Adatok az újszülöttek és csecsemők szájbántalmainak tanához. *Márer József*: Az emberi test különböző tájain lévő idegen testekről, a napi gyakorlat szempontjából tekintve. *Szász E. Hugó*: Az „esthioméne”-ről. *Dirner Gusztáv*: Mesterséges koraszülés.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1902. 48. szám. *Zimmermann*: A térdizület semilunaris porcának fízamodása. *Löblowitz*: Stomatitis ulcerosa. *Haudek*: A modern orthopaedia operatio-módszerei. *Englisch*: Penis-carcinoma. *Jaklin*: Strictura vaginae mint absolut szülési akadály. *Schwarz*: Távlati vonatkozások a szervek között. *Pelzl*: A pneumonia crouposa gyógyítása pilocarpinnal.

Wiener klinische Wochenschrift, 1902. 49. szám. *Recht*: Adatok a vese-sebészethez. *Schmidt*: A paratyphusbacillusok ismeretéhez. *Volk* és *de Waele*: Akadályozási tünetek friss immunserumoknál. *Langsfelder*: A musculus pectoralis veleszületett defectusa.

Wiener medizinische Presse, 1902. 49. szám. *Kleinwächter*: Az Alexander-féle műtét. *Grünbaum*: További adatok a forrólégkezeléshez. *Beuttner*: Új urológiai műszerek. *Stuparich*: 1. Nagy submucosus myelofibroma. 2. Az arc szűrt sebzése.

Prager medicinische Wochenschrift, 1902. 46. szám. *Bergmann*: Laparotomiával meggyógyított teljes méhrepedés. 47. szám. *Zaufal*: A dobhártya-paracensis javaitainak megszorítása. *Munk*: A pruritus vulvae kezelése.

Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1902. 22. szám. *Fischer*: A tüdővész mint népbetegség ellen való küzdés. *Kalt*: Villamosság okozta balesetek. *Volland*: Folyadékok bőr alá vitele fecskendő nélkül.

Berliner klinische Wochenschrift, 1902. 49. szám. *Leo*: A zsírforgalom ismeretéhez a szervezetben. *Dimmer*: A szemfenék fényképezése. *Brat*: Fehérjék befolyása a vérmegvaladásra. *Mosse*: Állati sejtek festési magatartása festékeverékekkel szemben. *Hirschlauff*: Gyógyserum morphiom-mérgezés és más intoxicatiók ellen. *Baginsky*: Antistreptococcus-serum használatára scarlatinában. *Halpern*: Haemolysinek emberi serumban.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 49. szám. *Kraus*: A functionalis diagnostika értéke. *Levy* és *Pfersdorff*: A bacterium-testekben levő anyagesertermékek nyeresének módja. *Feldmann*: Iszákosok heveny elmezavarának 71 esete. *Huismans*: Keresztezett adductor reflexek syringomyelia és neuritis eseteiben. *Kulisch*: Adat a syphilises gummák genesiséhez. *Wagner*: Megfuladás a gégebemenet gilisztaférgek okozta elzáródása következtében. *Volpert*: Gangraena veszélye a penis acélgűrű okozta strangulációjá folytán. *Harnack*: Húskonzerváló sók. *Liebe*: A csecsemők mesterséges táplálása.

Centralblatt für innere Medizin, 1902. 48. szám. *Ferrannini*: A végtagok másodlagos metameriái.

Centralblatt für Chirurgie, 1902. 47. szám. *Voss*: A sinus cavernosus megnyitása thrombosisnál. *Boegel*: Új hasspeculum. 48. szám. *Bartholdy*: Egyszerűsített eljárás Röntgen-képek stereoskopos feltüntetésére. *Rehm*: A varrat egyszerűsítése Murphy-gomb használatakor.

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1902. november. *Vogt*: Plethysmographikai vizsgálatok elmebajosokon. *Hoppe*: Újabb dolgozatok az alkoholizmusról.

Neurologisches Centralblatt, 1902. 22. szám. *Bruns*: A prognosis különbözősége a felső végtag plexus- és idegtörzshűdéseiben. *Strasburger*: Pupillarenység alkalmazkodáskor és összetérítéskor vagy myotomiás pupillamozgás? *Piltz*: Paradox pupilla reactio.

Gazette hebdomadaire, 1902. 97. szám. *Broca*: Paraplegia Pott-kórban. *Barjon*: Gümőkóros eredésű hydrocele.

Le progrès médical, 1902. 47. szám. *Urriola*: Tetanusos myopathia. 48. szám. *Noir*: Az „Académie de médecine” új épülete. *Kouindjy*: Tabesben szenvedők masszálása.

La semaine médicale, 1902. 48. szám. *Lépine*: Sebészeti beavatkozás idült nephritis eseteiben. *Baudouin*: Új kémszer epefestények kimutatására a vizeletben.

Journal médical de Bruxelles, 1902. 49. szám. *Le Clerc-Dandoy*: Nem genyes arthritis gonorrhoeica két esete. *Laurent*: A spina bifida műtévének eredményei.

Bulletin général de thérapeutique, 144. kötet, 19. füzet. *Stokvis*: A gyógyszeres mérgező hatás intensitása. *Vialard*: Apyretikus hyperthermia.

The lancet, 1902. II. 22. szám. *J. W. Washbourn*: A pneumonia kórtana. *A. Morison*: A cardialis fájdalom okai és gyógyítása. *Alban H. G. Doran*: Uterus-fibroid miatt végzett hysterectomia a terhesség korai szakában. *J. Howell Evans*: Fulminans appendicitis általános septikus peritonitissal; műtét után gyógyulás. *A. W. Gilchrist*: Phosphatok és huyany gümőkórosak vizeletében. *Th. J. Walker*: Vesesarcoma 4 éves gyermekben; nephrectomia után gyógyulás. *H. Fraser*: Scarlatina érdekes esete. *Harold C. Cadman*: Heveny ólommérgezés gyermekben. *W. Macdonald*: A csípőizület dislocatioja gyermekben. *C. F. M. Althorp*: Traumás peritonitis két bélelzáródási robammal; három coeliotomia alig három hét alatt. *W. D. Grieve*: A subelavia aneurysmáját utanzó lipoma.

British medical journal, 1902. december 6. *J. Mitchell Bruce*: Acut manifestatiók chronikus bajokban. *T. Stacy Wilson*: Colon-hurut. *C. H. Bedford*: Belsőfény. *J. W. Washbourn*: A pneumonia kórtana. *A. G. Welsford* és *J. Patterson*: Malaria gyógyítása chinin intramuscularis befeccskendezésével. *Llewellyn Phillips*: Subcutan agysérvtől (traumás porencephalus?)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1902. december 12.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal ki-mutatása szerint az 1902-dik év 47. hetében (1902. november 16-dikától november hó 22-ig) következett: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1902. év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 751,171, katona 16,484, összesen 767,661. Elve született 408 gyermek, elhalt 301 egyén, a szülo-tések tehát 107-al mutak felül a halálozásokat. — Születések arány-száma: 1000 lakosra 27.6. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 10.3, az egy éven felüli lakosságnál: 16.3 az öt éven felüli lakosságnál: 14.4 — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 5, angina diphtheritica 3, pertussis 3, morbilli 2, scarlatina 6, variola 0, varicella 0, cholera asiaticus 0, typhus abdominalis 0, febris puerperalis 1, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 6, meningitis 17, apoplexia 7, eclampsia 7, szervi szívbaj 22, pneumonia 32, pleuritis 3, pneum. catarrh. 3, bronchitis 9, tuberculosus pulmonum 45, enteritis 15, carcinoma 13, ezek közül méhrak 2, egyéb újképletek 6, morbus Brightii et nephritis 6, veseszületett gyengeség 14, paedatrophia 1, marasmus senilis 15, erőszakos halálos 11, ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 10, bal-eset 1, kétséges 0 (0). **II. Betegedések.** A) Betegforgalom a városi kórházakban. A múlt hét végén volt 3040 beteg, szaporodás e héten 927, csökkenés 817, maradt e hét végén 3150 beteg. B) Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1902. évi november 19-dikétől november 25-dikéig terjedő 43. héten a tisztí főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera 0 (0), himlő (variola) 0 (0), scarlatina 52 (38), diphtheria, croup 38 (32) hagymáz (typhus) 8 (1), kanyaró (morbilli) 122 (89), trachoma 3 (3), vérhas (dysenteria) 0 (0), influenza 0 (0), hökhurut (pertussis) 17 (6), orbanéz (erysipelas) 29 (28), gyermekági láz (febr. puerp.) 0 (0) járv. fültömrigylob 8 (6), ezenfelül varicella 77 (49).

— A belügyministerium közegészségügyi költségvetése az 1903-dik évre. A belügyi tárcza költségvetésében a közegészségügyi kiadások 4.330 785 K.-val, az országos betegápolási alap kiadása 4.452,600 K.-val szerepel. A pénzügyi bizottságban azonban Hieronymi felszólalására utóbbi tétel megszavazását függőben hagyták, a mennyiben a budgetben nincs gondoskodás a betegápolási alap deficitjének fedezéséről, mely az 1901. évben is 2 millió koronánál többet tett ki. Kétség-telen, hogy a törvény értelmében még legalább 2 millióval emelni kell a közegészségügyi kiadások tételét. Ha az állam magának az operának 581,000 korona subventiót adhat, akkor remélhetőleg a felemelt tétel megszavazása sem fog nehézségekbe ütközni.

— Új tétel 100,000 korona a 7 éven felüli elhagyott gyermekek ápolására, s 10,000 korona szegény községek segélyezésére jó ivóvízzel való ellátásuk céljából. Mindkét tétel a nagy feladattal szemben esekély, de mindenesetre jobb jövő csiráit hordják magukban.

Hatalmas emelkedést mutat a községi bábák kiképzésére szolgáló tanfolyamok költségeire s okleveles bábák képzésére létesített ösztön-díjak tétele, a mennyiben a jelen év 50,000 koronájával szemben 1903-ra 90,000 K. áll rendelkezésre. Az állami kórházakban csak kisebb javítá-sokat terveznek (a nagy átalakítások a beruházási törvényjavaslatban találunk fedezetet), új osztályt csak a marosvásárhelyi állami hórház kap, a hol szülészeti osztályt létesítenek.

Az országos betegápolási alap terhére szerepel a budapesti állami gyermekmenhely 310,977 koronával. Épen az, hogy a lelenez ügyet a betegápolási alaphoz csatolták, okozza ezen alap már említett deficitjét, a mennyiben talált s elhagyott gyermekek ápolási s nevelési költségei nem kevesebbet, mint 2,323,200 K.-val szerepelnek. A törvényhozás bizonyosan külön megszavazta volna a lelenezügy költségeit s akkor talán enyhíteni is lehetne a betegápolási alapról szóló törvény azon intézkedésén, mely a kórházi költséget az ápoló apján, nagyapján, fián s unokáján is behajtja!

A budapesti állami gyermekmenhely orvosairól a költségvetés következőképp intézkedik: 1 főorvos: 6000 kor. fizetés, 2 intézeti orvos à 1900 k. fizetés, 1 bejáró kórbonecznok 300 k., 5 bejáró műtőorvos à 200 k., 3 felügyelő orvos 1000, 800 és 600 k. fizetéssel, de lakás, fűtés,

világítás és élelmezéssel. Felügyelő orvosok utazási illetményei 8000 k. s telepörvosok díjazása 30,000 korona. Ezen utolsó tétel az, a mi a leg-örvendetesebb, mert ez egyszersmind a vidéki orvosok megélhetését is elősegíti. A többi tételről nehéz véleményt alkotni, legfeljebb az kissé érthetetlen, hogy a budapesti gyermekmenhelynek 5 műtőorvosra van szüksége 200 k. évi tiszteletdíjjal.

Annyi azonban tény, hogy a közegészségügyre fordított összegek évről évre emelkednek. Hogy ennél jobb befektetést nem tehet az állam, azt e helyen nem kell külön bizonyítanunk.

G. E.

— Az orvostanhallgatók száma a német birodalomban. Peter-silie érdekes összeállítást közöl az orvostanhallgatók számának hullám-zásáról: 1830-ban 2355, 1848-ban 1506, 1870-ben 3140, 1890-ben 8724, 1900-ban 7433. A hullámzás tehát körülbelül megfelel azon emelkedés és csökkenésnek, mely a múlt században minálunk is mutatkozott. A német birodalomban azonban a völgy még nem érte el a legnagyobb mélységét, mert a folyó évben már csak 6763 volt az orvostanhallgatók száma, csak Berlin és Münchenben volt (1018 és 1044) több medikus, mint Budapesten. Az Osztrák egyetemeken 2678 orvostanhallgató (1441 Bécsben), Schweizban 1601 van.

— Than Károly 40 éves tanárságának jubileumát az országos gyógyszerész-egyesület f. hó 9-dikén külön is megünnevelte. Ovatíot rendezett tiszteletére és egy 10,000 koronás „Than Károly-féle alap” néven nevezendő szorgalomdíj-alapot létesített, melynek évi kamatjait egy szorgalmas és kitünő másodéves gyógyszerstanhallgató fogja élvezni.

— Pályadíjnyerés. Az epilepsziások Craig coloniája New-Yorkban nemzetközi pályázatot hirdetett egy oly eredeti dolgozatra, mely az epilepsia kör- és gyógytanára vonatkozik. A „Craig colony” jutalomdíj bizottsága, mely C. A. Herter, G. W. Jakoby és Pearce Bailey kiváló amerikai neurológusokból állott, a jutalomdíjat egyhangulag Domáth Gyula dr. egyetemi m. tanárnak, a Szt. István-kórházi idegosztály ren-delő orvóának „A cholin jelentősége az epilepsziában” című munkájá-nak ítélte oda, mely a múlt hónapban a Magy. Tud. Akadémiában is be lett mutatva.

— Fürdőink személyforgalma. Új-Tátrafüred, november 22.-én 64. Szt. Lukács-fürdő, november 27.-én 1225.

— A kolozsvári önkéntes mentő-egyesület november havában összesen 194 esetben nyújtott segélyt; az egyesület fennállása óta (1892. február 28.) az összes működés 17,781 esetre rüg.

— Az I. sz. női klinika szülészeti poliklinikája november hó-ban 72 esetben nyújtott segélyt 32 műttétel. Évi folyó szám 849.

— A budapesti általános poliklinikán november hóban 2527 új betegnek 10,370 rendelés nyújtott.

— Elhunytak. Felvinczi Takács Sándor dr. tb. megyei fő- és járásorvos, kórházigazgató főorvos, Szatmár vármegye törvényhatósági bizottsági tagja f. hó 2-dikán Nagy-Somkuton 56 éves korában. — Csetneki Jelinek Zsigmond dr. 1848—49. évi honvédfőhadnagy, kir. tanácsos, a Ferencz József kereskedelmi kórház igazgatója f. hó 6.-án, életének 72. évében.

— „Fasor- (Dr. Herczel-féle) sanatorium.” Ujonnan épült magán gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére. Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet — Gondos ápolás. — Kiténő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus.



Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő

Budapesten.

Természetes forró, meleg kénes források, iszapfürdők, iszapborogatások. zuhany-massage, vizgyógyintézet, villany-fényfürdők, gőzfürdők, kő- és kád-fürdők, gyógy-viz uszodák. Olcsó és gondos ellátás. Csúsz, köszvény, ideg-, bőrbajok stb. felől kimerítő prospectust küld ingyen a Szt.-Lukácsfürdő r. t. igazgatósága Budán.

A pesti izr. hitközség kórházának
Röntgen-laboratoriumában
átvilágítás, képfelvétel és gyógykezelés. Laboratoriumvezető: **Simonyi (Schwarz) Béla dr.**, a kórház v. alorvosa. Lakik: V., Lipót-körút 5.

KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

Elektromagneses intézet dr. Grünwald-féle sanatorium külön pavillonjában Budapest, Városligeti fasor 13. Elektromagneses erő alkalmazási tere: álmatlanság, izomesúsz, neuralgiák, ischiás, szívneurosisok, ideges gyomor-, bélbántalmak, migraine, stb. — Orvosi vezetés. — Kezelés egész napon át. Mérsékelt díjak. Kivánatra prospectus.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (XXIII. rendes ülés 1902. évi december hó 3-dikán.) 818. l. — Budapesti Orvosegyesület tudóvész-bizottsága. Ülés 1902. december 2-dikán.) 819. l. — Közkórházi orvostársulat. (XI. bemutató ülés 1902. október hó 15-dikén.) 820. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XXIII. rendes ülés 1902. december 3-dikán.)

Elnök: Schwarz Arthur. Jegyző: Ritoók Zsigmond.

Elnök az ülést megnyitja. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri: Herczel, Kuzmik és Aldor tagtársakat. Jelenti, hogy az egyesület könyvtára részére beérkezett „A magyar orvosok és természetvizsgálók Bárfán tartott XXI. vándorgyűlésének munkálatai”. (Köszönettel vétetik.)

Grósz Emil titkár jelenti, hogy a belügyminisztériumtól a módosított alapszabályok leérkeztek és a f. hó 13-dikán tartandó közgyűlés már az új alapszabályok rendelkezése szerint fog megtartatni.

Eszmecsere Dollinger Gyula és Imrédy Béla előadása felett: „Gastroenterostomia és jejunostomia.”

Herczel Manó hozzászólása folyamán kiemelte első sorban a gastroenterostomia műtétének abszolút jogosságát és a legújabb statisztikai adatokkal igazolta, hogy modern technika mellett az eddigi legkedvezőbb összsmortalitás 15,4–31% között változik, melylyel szemben az ő statisztikája csupán 11,4% halálozást mutat ki. Rákos pylorusstenosisnál Herczel 46 esetében csupán 15,2% a mortalitás (Mikulicz 36%, Czerny 38%-ával szemben). Heges pylorusszűkületnél (ulcus pept.) 32 esete közül csak egy halt el (3,2%) és ez sem a műtét, hanem oralis alapú parotitis suppurativa folyamán 31 nappal a beavatkozás után. Tizenegy esetben egyéb jóindulatú bajok miatt végezte a műtétet. E szerint még a híres német sebészklínikáknál is jobb eredményei vannak. A műtétet narcosisban vagy Schleich-féle anaesthesiában végzi.

Majd áttérve az előadók által felvetett kérdésekre, kifejtette, hogy a gastroenterostomia retrocolica lényegesen jobb és helyesebb beavatkozás, mint az antecolica. Elismeri, hogy a gastroenterostomia antecolica valamivel könnyebb és épen azért kezdőknek ajánlja. Szembetűnő hátrányai, hogy igen hosszú a vékonybélkaes, a melyet a colon és cseplesz előtt a gyomorhoz és attól el kell vezetni, a mi igen könnyen idézhet elő coloncompressiót, cseplesz és bél összenövés folytán ileust vagy bélesavarodást és nagyobb az antecolicánál a dispositio jejunalis ulcus fejlődésére, mert az epe és pancreasfolyadék a sipolnyilásnál kevésbé koncentráltak. Azon sebészek is, kik ezen módszert előszeretettel gyakorolják, elismerik annak hiányos voltát és ezért rendszeren entero-enteroanastomosissal kombinálják (Mikulicz, Körte). Ezzel szemben a gastroenterostomia retrocolica az anatómiai viszonyoknál fogva sokkal normálisabb viszonyokat teremt, mert oly közel létesíthetjük az anastomosist a plica duodeno-jejunalishoz, hogy odavezető szár tulajdonképpen nincs. A statikus viszonyok, melyek különösen carcinomáknál vagy jóindulatú petyhüdt gastrectasiáknál nem mellékes kérdések, jóval előnyösebbek.

A *circulus vitiosus* kérdésénél kifejti Herczel, hogy az isoperistaltica törvényei szerint kell eljárunk és technikailag el kell követnünk mindent, a mi a bélsarkantyú képződését előmozdíthatná. Ez utóbbi kérdést számos sebész a legkülönbözőbb módszerekkel igyekezett megoldani, a mi azonban természetesen nem minden esetben sikerült. Igen sok esetben a c. v. a műtő hibáján kívül áll, elegendő a gyomor petyhüdsége (paresis), a mi főleg carcinománál majdnem mindig jelen van. Legjobb óvszere ennek ez esetben is a Murphy-gyűrűvel való operálás. Különben hozzászóló, ki 89 gastroenterostomiát végzett, csak egyetlen egyszer, az 53-dik esetben észlelt c. v.-t, mely varratnál fordult elő, azonban újabb műtéttel meggyógyult.

A harmadik kérdésben, hogy tudniillik *varrattal* vagy *Murphy-gyűrűvel* végeztessék a műtét, Herczelnek az a nézete, hogy a gyűrűvel való operálás nem olyan elvetendő, mint azt előadó kifejtette, mert saját eredményei szerint a gyűrűvel igen is lehet fényes eredményeket elérni. 33 esetben végzett varratot 4 halálozással (12,1%), míg gombbal 56 esetben operált 6 halálessel (10,7%), a mi kitűnő eredménynek mondható, különösen ha tekintetbe vesszük, hogy Mikulicznál 32,7% és Czernynél 24,5% halálozás van kimutatva Murphy-gyűrűvel való operálásnál. Csak egy esetben okozott maga a gyűrű halált, de ez sem biztos, mert lehet, hogy a fejlődött pyaemia a rákos gyomorfekélyből indult ki, nem pedig a gyűrű okozta decubitusból. Az irodalom sem említ fel hasonló esetet. Tény az, hogy a gyűrű speciális technikáját el kell sajátítani, abszolút jó gyűrűket kell használni, melyekkel való operálás rendkívül gyors, a táplálkozás különösen az első napokban (a mi igen fontos) meg van könnyítve, a levezetés igen jó, regurgitatio ki van zárva még carcinománál is, a hol leginkább előfordul, a készített nyílás ritkán szűkül, vérzés nincs. A gyűrű hátránya lehet, hogy visszaeshetik a gyomorba, holott passage-zavart alig okoz. A gyomorban egyébként hosszú ideig tartózkodhatik a gyűrű, a nélkül, hogy nagyobb bajokat okozna. Egyébként az esetek túlnyomó számában (leginkább gastroenterostomia retrocolicánál) a gyűrű elmegy, a miről Röntgen-átvilágítás útján sokszor volt alkalma meggyőződnie. Tehát

nem vallhatja hozzászóló azt a nézetet, hogy a gyűrűvel való operálás oly veszélyes volna.

Rákos pylorus szűkület miatt végzett gastroenterostomia esetében gyakran tapasztalta, hogy betegeinek nehézségei enyhültek, életkedvük emelkedett, gyarapodott, sőt egy 40 kgm.-ra lesóványodott beteg testsúlya a műtét után 84 kgm.-ra emelkedett. Tehát mindenestre előnyösebb gyomorcarcinománál gastroenterotomosis képzése, mint vékonybélstula alkalmazása, melyet Dollinger ajánl. Az általa ajánlott elzárás egyenesen perhorrescandó, mert eltekintve attól, hogy olyan kis bemetszéssel át a sebész nem tájékozódhatik a hasban levő viszonyok felől és még csak azt sem döntheti el biztosan, hogy egyáltalán rákkal vagy valami jóindulatú daganattal áll-e szemben, találmra épen egy, a Bauhinbillentyűhöz közel fekvő bélkaest varrhat ki, melyen a táplálkozás a priori illusoriussá válik. De egyébként is az ilyen műtét a szerencsétlen beteget még nyomorékabbá teszi, ki egész napon át csak szomorú defectusaival van elfoglalva, a mellett a táplálkozás is rendkívül hiányos, mert a gyomor működése megszűnik és meg van zavarva az élettani kölesönhatás a gyomor és a bél emésztő fermentumai között. Ha a carcinomatosis annyira előhaladt, hogy gastroenterostomia nem végezhető, úgy helyesebb dolog, minden más beavatkozástól elállni. Ezt is azonban a legtöbb esetben csak próbaparatomiával lehet eldönteni. Egy hiányos eljárással a beteg élete-halála felett dönteni jogosulatlan.

Lumniczer József méltatja az előadók által feltüntetett észleleteket, tapasztalatokat s ebből levont eredményeket. A felállított indikációkhoz csatlakozik, mert nézete szerint csak ezen feltételek alatt lehet gastroent.-val állandó gyógyulást elérni.

A maga, valamint a másoknál tanulmányozott esetek kapcsán tárgyalja a kérdéseket.

Dollinger három kérdést vet fel:

1. Jóindulatú fekélynél a g. e. ant. vagy post. ad-e jobb eredményt?
2. Varrattal vagy Murphy-féle gombbal végzendő-e a műtét?
3. Kell-e a *circulus vitiosus* megállítására gastr. e. mellett még óvintézkedéseket tenni?

Ad 1. pontnál Dollinger közölte a g. ent. anterior előnyeit, melyeket a felszólaló elismer; elismeri, hogy a műtét eljárása egyszerű, könnyű. Nézete szerint azonban nem lehet figyelmen kívül hagyni hátrányait. Ezek közt első sorban említendő az, hogy a műtét beavatkozása által a belek anatómiai viszonyai nagy fokban lesznek megváltoztatva, a mennyiben egy 50 cm. hosszú bélkaes a colon transversum előtt lesz a gyomorhoz varrva és rögzítve. Ezen 50 cm. hosszú, többszörösen kanyargó bélkaesdarabban pangás állhat elő, a mi regurgitatoria, ileusra, egyenetlen teltsége alkalmával csavarodásra szolgálhat okot. Imrédy előadó Dollinger egy esetében észlelte az ileus jejunale pepticumot, melynek keletkezését a belek egyenetlen megterheléséből és vongálásból magyarázza.

Hátránya a g. e. ant.-nak az is, hogy a gyomorhoz és a gyomortól vezető bélkaesok között parallelismus állhat elő, s ez sarkantyúképzésre vezethet.

Hozzászóló a gastr. e. posteriort (retrocolica) alkalmasabb műtét beavatkozásnak tartja, mert az által a bél anatómiai viszonyai kevésbé lesznek megváltoztatva s az odavezető bélkaes tartalma (epe-pancreas) lefolyása a physika törvényei szerint lesz biztosítva. Tárgyalja a műtét eljárást, melynek kivétel több körültekintést igényel. A műtételnél főgondot fektet a gyomron ejtendő nyílás helyére, irányára, nagyságára. Nagyságát a vékonybél átmérőjéhez méri, iránya olyan legyen, hogy a gyomor peristaltikus mozgásának megfelelően. Elve az:

1. hogy a gyomron ejtendő nyílás alacsonyabban essék, mint a duodenum felső haránt ága — ezzel elhárítja a regurgitációt;
2. a gyomor nyílása lehetőleg a hátsó falon magasabban tétessék, mint a gyomorfleg legmélyebb pontja; ez által az ételeknek a bélbe való közvetlen bejutását az első időben elkerüli, a mi a táplálkozásra nagy befolyással van. A nyílás helyének helyes meghatározására szükségesnek találja előzőleg a gyomor alsó határait kijelölni s ehhez viszonyítva a felállított elvek szerint készíteni a gyomor nyílását;
3. a gyomrhoz vezető bélkaes ne legyen laza, inkább feszült. Ha ez a mesenterialis zsírszövet által nem vihető ki, két varrattal emeli fel a belet a gyomor alsó falához. Ez által a béltartalom akadály nélkül folyik le és elháríttatik a bélpangás, ileus és sarkantyúképzés. Ajánlja a g. e. posteriort annál inkább, mert ennél a műtét sokkal inkább ura a helyzetnek s a műtét utáni complicatiokat előidéző alkalmakat beavatkozásával legtöbbször elkerülheti.

Dollinger a g. e. p. hátrányaként felhozta, hogy a műtét nehezebb és a műtétű tér a hasüregben mélyebben fekszik. Mindez azonban hozzászóló nézete szerint a műtő gyakorlatától függ és csak sebészi tisztaság kérdése, de nem elháríthatlan akadály. Az eredményt két szempontból kell tárgyalni:

1. Halálozási statisztika azt mutatja, hogy g. e. ant.-nál 11–32% halálozás van, g. e. post.-nál 11–20% található. Mi volt a halál-ok? G. e. ant.-nál 26 eset közül kettőben történt perforatio varráshibából.

40 eset közül 3 elvérzés és csavarodás, 26 eset közül 1 perforatio, 1 elvérzés, 1 csavarodás. G. e. post.-nál 29 esetben 1-szer phlegmone, 26 esetben 1 megtüretés, tehát g. e. ant.-nál a technika rovására több haláleset jut.

2. Melyik műteti eljárásnál fordul elő a bélhuzamban több complicatio?

Statistika szerint: g. e. ant.-nál 26 esetben egyszer csavarodás, 40 esetben sok kisebb regurgitatio; g. e. post.-nál 29 esetben egy regurgitatio, 26 esetben egy regurgitatio, tehát g. e. post.-nál kevesebb esetben észleltetett másodlagos elváltozás.

Ad 2. Egy véleményen van Dollingerrel; már csak azért sem pártolja a Murphy-féle gomb használatát, mert természetesebb varrattal odafűzni a belet a gyomorhoz, mint arra egy műszert használni, melynek jövője annyira bizonytalan.

Ad 3. Kell-e óvintézkedéseket tenni a circulus vitiosus meggátolására? Dollinger azt mondja: nem, mert jól készített g. e. a után nem fejlődik ileus; ileus mindig műhibának a következménye s egyedüli szükséges óvintézkedés az ileus ellen az, hogy nem kell műhibákat csinálni, hanem figyelmesen és helyesen operálni.

Ezen kérdésre a felszólaló a feleletet úgy formulázta, hogy óvintézkedést nem kell tenni, hanem helyesen kell megválasztani a műteti eljárást, mert helyesen megválasztott módszer által kikerüljük legtöbbször a complicatioakat. Tapasztalata szerint műtét alkalmával többször fordul elő gyomor-ileus a gyomorba történt vérzés folytán, mely ellen a gyomorkimosást ajánlja, Kehrrel tett tapasztalatai szerint.

Az Imrédy által ajánlott pylorus plasticát igen előnyösnek tartja de nézete szerint igen nehéz az erre való esetet kijelölni, mert sokszor kis, terjedelmi hegekkel is találunk nagyobb functionális elváltozást a gyomor működésében.

Véleménye szerint jóindulatú gyomorhegeknek:

1. első sorban pylorus plastica végzendő; ha ez kivihetetlen, akkor:

2. g. e. post., mert a belek anatómiai viszonyai normálisabban állíthatók vissza s a complicatiook eshetősége kisebb;

3. g. e. ant. akkor végzendő, ha g. e. post.-t a helyi pathologikus elváltozások miatt eszközölni lehetetlen;

4. gyomor-ileusnál, regurgitatio nál nem kell késni a gyomorkimosással.

Kuzmik Pál. Mindenekelőtt örömmel kell konstatálnia, hogy az irodalomban egyetlen olyan statistikát sem talált, mint a minőt Dollinger és Herczel tagtársak mutattak be. Ilyen szép statiska nincs az irodalomban. A mortalitás általában 15 és 30% között van kimutatva. — Herczel statistikája 11 és 12¹/₂% mortalitást tüntet fel, Dollinger statistikájában a 20 jóindulatú szűkület miatt műtett eset közül egy sem halt meg, míg a carcinomás esetek közül 8-ból elvesztett műtét után 5 beteg. Ez utóbbi kedvezőtlen eredményt azonban csak a véletlennek tudhatjuk be, ezek oly betegek lehettek, kik talán műtét nélkül is mihamarább meghaltak volna.

Azon kérdésre, hogy gastroenterostomia anteriort vagy posteriort hajtsunk-e végre? határozott választ nem igen adhatunk. Mindkét eljárásnak vannak előnyei és hátrányai, mindkét módszer táborában nagy seregét látjuk a sebészeknek.

Az a körülmény, hogy alig találkozzunk orvosi lappal, mely e kérdéssel valamelyik cikkelyében ne foglalkoznék, s nincs orvosi congressus, mely e kérdést fel nem ölelné, arra enged következtetni, hogy egyik eljárással sem vagyunk megelégedve, egyiknek is, másiknak is megvannak a maga hátrányai, melyek még javításra szorulnak.

A gastroenterostomia anticának hátrányait hallottuk: a gyomor nehezebben ürül ki, a vékonybél nyomást gyakorol a colonra és viszont, összenövésnek jönnek létre, az implantált vékonybél düllyölni és kisebb mennyiségben kapja a pancreas váladékát és az epét és a peptikus fekélyek ennek következtében könnyebben jöhetnek létre.

A gastroenterostomia retrocolicánál ezen complicatio nem igen fordul elő, noha a mesocolon összenövése folytán strangulatio létrejöhet és ennél is előfordulhat a circulus vitiosus, különösen a rosszabb peristalticájú rákos gyomornál, különösen ha tekintetbe vesszük, hogy a művi beavatkozás maga is egy bizonyos fokú paresist idézhet elő. A gastroenterostomia retrocolicával jobban és megfelelőbben érjük el a normális anatómiai viszonyokhoz hasonló állapotot, a kiürülés is könnyebb akár fekvő, akár álló helyzetben, a mi különösen az első időben rendkívül fontos.

A circulus vitiosust ez utóbbi eljárással sem kerülhetjük ugyan el, de ez nem műhiba. Elénken illusztrálja ezt a legutóbbi esetünk; betegünknek, kit egy hét előtt operáltunk és a kit tegnap boncolt Pertik tanár. A kitágult gyomor megtelve felhúzza a vékonybelet, mely utóbbi pettyhűdségénél fogva rendes helyére többé nem ment vissza, s a lig. gastrocolicumban incarcerálódott. Ily eshetőségek ellen praeventive nem biztosíthatjuk magunkat.

A Murphy-gombbal szemben előnyben részesítendőnek tartom a biztosabb varratot. Mi a klinikán, mint általában a többi sebészek is, a biztosabb varratot alkalmazzuk. Hercz 1 szép eredményei és különösen azon megfigyelése és tapasztalata, hogy a gomb a circulus vitiosus kifejlődésére nézve praeventiv szolgálatot tenne, figyelmen kívül nem hagyhatók. Nagy előnye a gombnak, hogy alkalmazása után a heg nyílása akkora marad, mint a milyennek azt a középnapyságú gombbal elérni akartuk; erről meggyőződött állatkísérleteinél is. A gomb alkalmazásának nagy hátránya, hogy a sikert egy mechanizmusról bízunk, mely lehet jó is, de lehet hibás is, felmondja a szolgálatot és a legkomolyabb veszedelembe sodorja betegeinket.

A harmadik kérdésre vonatkozólag: biztosítsuk-e magunkat a cir-

culus vitiosus ellen? határozott felelete az, hogy igen természetesen, hacsak az lehetséges. Meg kell tennünk mindent, hogy regurgitatio ne jöjjön létre, hogy a gyomorváladék az orális részbe ne juthasson. Számos eljárás lett már ez irányban ajánlva. Kocher szelepet készít nemcsak az orális rész harántirányú duplicaturájával, de még a haránt irányban oda illesztett bél lefelé, illetve distalis irányban vezetett domború metszésével, melylyel szemben a gyomron a nyílást felfelé domború metszéssel nyitja meg és a sebszelek egyesítése által egy szelepet kap, melylyel megakadályozni óhajtja a gyomorváladéknak az orális végbe való jutását, anélkül, hogy a szelep a pancreas és az epe szabad lefolyását akadályozná. Az odavezető és levezető bélrészeket felvarrása sem biztosít a sarkantyúképződés és a gyomorváladéknak az orális részbe való bejutása ellen, mert tapasztalati tény, hogy az erős peristaltika folytán a bél ledolgozza magát és későbbi időszakban állhat be a sarkantyúképződés és a fellépő circulus vitiosus kifejlődése után a beteg inanitióban meghal. A circulus vitiosus elkerülésére tett számos ajánlat mind a mellett bizonyít, hogy ennek kifejlődése nem tekinthető műhibának.

Imrédy előadó többször említette, hogy a készített nyílás körül sphincter képződik. Az irodalomban meg van ugyan említve, hogy ilyesfélét észleltek, szülő azonban azt hiszi, hogy e kijelentése csak rossz kifejezés vagy lapsus lehetett, mert egy új záróizom kifejlődését teljesen lehetetlennek tartja, s azon körülményt, hogy a későbbi időszakban a gyomortartalom nehezebben ürül ki, a hegzsugorodásnak és a jejunum erősebb peristalticájának tulajdonítja.

A jejunostomiát illetőleg Dollinger tanárral szemben teljesen ellenkező nézetet van. Kroenleinnal és a legtöbb sebészszel egyértelműleg azt tartja, hogy a gastroenterostomia által, feltéve, hogy a beteg megmarad, aránytalanul kedvezőbb viszonyok közé hozza betegét, mint a jejunostomiával, mely a szegényt nyomorult helyzetbe juttatja. Különböztet sem tudhatjuk előre, milyen viszonyokat találunk a betegnél, ki magát, bajától szabadulandó, a gyógyulás reményében bizza orvosára. Az anastomosist csak akkor végezzük, ha gastrectomiát nem hajthatunk végre, a melytől teljes gyógyulást is remélhetünk. Nem egyszer látta, hogy a beteg, ki anastomosis által fájdalomtól teljesen megszabadult, jó étvágygyal evett, erőben gyarapodott, hizott, remélt, míg a carcinoma, mint ilyen, erejét fogyasztani kezdte; és ismét arra a meggyőződésre jutott, hogy beteg és csendes halállal múlt ki.

Jejunostomiával megmondjuk a betegnek, hogy állapota reménytelen, sipolyt készítünk neki, eczemát kap, egy szóval siralmas, nyomorult helyzetbe juttatjuk. A hig táplálék különben sem nyújthat elég erőt, látjuk ezt a tejen táplálkozó betegeinknél, kivált ha véletlenül nem magas fekvésű vékonybélkacsot fogtunk meg, a mi kis metszésnél kiszámíthatatlan. Ezért carcinománál is inkább csak gastro-enteroanastomosist készítsünk.

A carcinoma ventriculi operatív kezeléséről szólva, nem lesz talán érdektelen Kroenlein 20 éves tapasztalatait figyelembe venni, melyekről az ezidei berlini congressuson számolt be. És ez sajnos, igen szomorú. Azon tapasztalati feltevésből indult ki, hogy a beteg átlag bajának keletkezése után csak 9 hónap múlva jelentkezik a sebszél s azt tapasztalta, hogy ezen időtől fogva a nem operáltak még 102 napig, összesen tehát 12 és 1¹/₂ hónapig élnek, a próbaparatomizáltak 114 napig, tehát 13 hónapig; a gastroenterostomizáltaknál 193 nap + 9 hónap, tehát 15 és fél hónap; gastrectomiánál 9 hó + 520 nap = 26¹/₂ hónap az átlagos élettartam. Mondja átlag, mert voltak oly betegek is, kik 8 évig is éltek gastrectomiával, de a gastro-enteroanastomosisal is megnyújthatjuk a beteg életét, még pedig eleinte reménytelen és életkedvvel, mire a jejunostomia alig lesz képes.

(Folytatása következik.)

Budapesti kir. Orvosegyesület tüdővész-bizottsága

(Ülés 1902. december 2-dikán.)

Korányi Frigyes biz. elnök helyett elnököl Irsai Arthur; jegyző Ritoók Zsigmond.

Dyspepsia praetuberculosa.

Kovács József: E névvel azon dyspepsiák illethetők, melyeknél a kórkép a gyomor más betegségein alapuló dyspepsiákhoz mindenben hasonló, azonban a bántalom oka lényegében a tuberculosis folyamata, mely ekkor még vagy lappangó stadiumban van, vagy épen hogy már felismerhető. 50 vizsgált esete között négyben ismételt észlelésnél a kezdődő esúshurát jeleit biztosan meg lehetett állapítani: 18-nál csak időnként lehetett hallgatósági eltéréseket találni, s a gyanút a tuberculosisra a kisérő általános tünetek keltették fel; a többi esetben physialis elváltozások hiányában a positiv tuberculin-reactio döntötte el a diagnosit. A klinikai tünetek ulcus, hyperchlorhydria, dyspepsia nervosa képéhez voltak hasonlóak, gyakran subaciditas, majd insuff. motorica állott fent.

A bántalomban leggyakrabban az anaemia képezi a praedispositiót, ha pedig tisztán gyomorneurosisal van dolgunk: az általános intoxicatióban véli ennek okát feltalálhatni.

Kuthy Dezső: Az Erzsébet-sanatorium beteganyagánál a kórelőzményben nőknél 6-20%-ban, férfiaknál 10-50%-ban szerepelnek gyomor- és bélzavarok, mint a gümös megbetegedés első tünetei; mely számok azonban — tisztán a beteg kimondásán alapulván — valószínűleg mélyen a valóság alatt maradnak. A gümőkórral kapcsolatban észlelhető emésztőrendszerbeli kórtünetek ugyanazon alakokat mutatják, mint

minőket előadó a dyspepsia praephtisica képében különválaszt. Az a körülmény, hogy a praetuberculosis gyomorzarok lényegét a secretio és motor. functio hanyatlása jellemzi, érthetővé teszi a hydiatikus kezelés hasznát a gümőkór gyógyításában, mert a methodice alkalmazott hideg ingerek mindkét irányban stimulanset képviselnek.

A tüdővészések ideg-izomrendszere ingerlékenységének változásairól.

Bálint Dezső: 20 tüdővészéken tett vizsgálatai alapján: a tüdővészések villamos izom-ingerlékenysége az egészségesekénél általában nagyobb. Legtöbb esetben a beteg tüdő oldalának izomzata ingerlékenyebb az egészséges oldalánál (20 közt 16 esetben); a hol mindkét tüdőn egyenlő intenzív a folyamat, az acutabb megbetegedés oldalán nagyobb az ingerlékenység. Legnagyobb az ingerlékenység a második szakában a megbetegedésnek. A különbségek az izmok, az általános anaemia foka, a láz szerint változnak. Ugyanezen izmok fájdalomérzése is fokozott. A tünetet azzal magyarázza, hogy a tüdőből a gerincvelő felé sugárzó sympathikus ingerek felhalmozódván a hátsó szarvak idegsejtjeiben, előterjednek az elülső szarvak idegsejtjeire is, s ez hozza létre a fokozott ingerlékenységet.

Benedict Henrik: A tüdővészések pupilladifferentiáját, valamint a beteg oldali vállba és ujjakba kisugárzó paraesthesiákat is — a régi anatómiai elváltozásokon alapuló magyarázattal szemben — a Bálint felfogásának megfelelő functió működés által magyarázza.

László Gyula az Erzsébet-sanatoriumban 110 betegnél a megbetegedett oldalon a patella-reflexet fokozottnak találta; kétoldali megbetegedésnél azon oldalon, melyen a folyamat inkább progrediált.

Bálint zárójelben elmondja, hogy ha **László** egyes esetekben eltérően az általánostól reflexfokozódást nem talált, ez onnan van, mert az ingerlékenység nem a baj kiterjedésétől, hanem a folyamat acut voltától függ.

Kórházi orvostársulat.

(XI. bemutató ülés 1902. október 15-dikén.)

Elnök: **Hirschler Ágoston.** Jegyző: **Juba Adolf.**

(Folytatás.)

Intermittáló uronephrosissal párosult vándorvese műtett esete.

Herczel Manó: Azon esetben, midőn a kórosan mozgékony vesében időnkint uronephrosissal lépnek fel, jogosult a nephorrhaphia, ha a bajt tényleg az ureter és veseidények időleges megtörése okozza. A sikernek alapfeltétele, hogy ezen megtörés még ne legyen rögzített és hogy a vese feltolásával ki legyen egyenlíthető. Eddig három esetben volt alkalom hason körülmények között sikeresen végezni a nephorrhaphiát saját módszerem szerint. Egyet közülük kilencz év előtt mutattam be az orvosgyűlésnek, egy 20 éves kisasszonyt, ki azóta bajától teljesen ment, dacára, hogy most férjes és többször szült.

Negyedik esetem a bemutatandó: **P. M. 20 éves leány Egerből.** Jelen bajáig scarlatina megbetegedéstől eltekintve mindig egészséges volt. 1901. október havában minden különös ok nélkül hirtelen fájdalmak léptek fel a jobb ágyéktájon és hasának jobb felében, melyek két napig tartottak, azután nyom nélkül elmúltak. Két hó múlva a fájdalmak újra jelentkeztek, majd havonként, két hetenként ismétlődtek, rendszerint 2—3 napi tartammal, csak f. é. május havában tartottak egy ízben két hétig. A fájdalomasság mindig váratlanul prodromák nélkül köszönt be; roham alatt hány, hasa puffadt, a szenvedés nagyfokú, de jární még képes. A vizelet mennyiségére, minőségére a fájdalomroham alig van befolyással, újabb időben többet vizelet mint azelőtt; zavaros vagy véres vizelete sohasem volt.

Felvételekor a jobb bordaív alatt a jobb vesének alsó fele tapintatható, mely légzésnél a nyomásra érzékeny vese a köldök magasságáig esszik elő, de könnyen visszatolható teljesen a bordaív alá. Vizelet napi mennyisége 1100 cm³, szalmasárga, savi, sem fehérjét, sem egyéb idegen alkotórészt nem tartalmaz, az uratok fel vannak szaporodva.

A kórházban tartózkodása alatt, szeptember hó 16-dikán és 25-dikén észleltünk 2—2 napig tartó fájdalmas rohamot. Ekkor a has jobb felében egy három ökölnyi, hossz tengelyével kívülről-felülről, be- és lefelé vonuló, sima felszínű, nyomásra fájdalmas, a lumbalis tájra áthallotálható, tojásdadalakú terimenagyobbodást találunk, melynek alsó része a csípőtányérban fekszik, s melyet a bordaív alá visszatolni nem lehet. A daganat felső határa a bordaívénél, belső határa a köldököt majdnem eléri. Roham után a daganat eltűnik s a most ismét mozgékony vesét immár megint jól ki lehet tapintani; a vizelet mennyisége és összetétele sem a rohamok alatt, sem a roham után különös változást nem mutat. Ezen észleletek alapján a *diagnosis időnként uronephrotikussá váló vándorvesére* tettük és mivel a baj még nem volt invertált s a vese jól fel volt tolató, rögzítését határoztuk el.

A műtétet szeptember 29-dikén végeztem oxygen-chloroform narcosisban. A vese előhuzása alkalmával kitűnik, hogy a vese nagyobb, lapos kalácsformájú, medencéje hatalmasan tágult, a capsula propria a kéreggel erősen összenőtt, helyenként heges csikokkal, bizonyosságul annak, hogy az ureter és hilusidények megtörése nehéz keringési zavarokat idézett elő, nagyfokú vérpangást, savós átívódást és a vese gyurmájának gyakori duzzanatát. A vese alsó polusát két átöltő csatg varrattal rögzítjük s végül a teljesen lefejtett s ránczokba szedett capsula propriát 2—2 selyemöltéssel a m. quadratus lumborumhoz és a hasizomzatához hozzáöltjük. Izomvarrat, bőrvarrat, tamponade a vese alsó polusa körül.

A *lefolys* teljesen láztalan: a vizelet csak az első napon véres, azóta teljesen tiszta. Fonalakat a nyolcadik napon eltávolítva, ugyanakkor tampon cserélve. Fájdalmi a betegnek a műtét óta nincsenek. A seb összevarrt része per primam egyesült s csak a csik helyén van egy kis tisztán sarjzadó üreg.

A vese jól rögzített.

(Vége következik.)

PÁLYÁZATOK.

9489/1902. szám.

A **Losonc** r. t. város tulajdonát képező s 60 ágyra felszerelt városi kórháznál lemondás folytán megüresedett **kórházi orvos** állásra a 6820/902. szám alatt közzétett pályázat eredménytelensége folytán újabb pályázatot hirdetnek.

Felhívom mindazokat, a kik ezen jelenleg évi 600 korona, jövőben 1903. évi január hó 1-jétől azonban évi 800 korona fizetés, természetbeni lakás, fűtés, világítás és kórházi élelmezés élvezetével egybekötött állást elnyerni óhajtják, miszerint szabályszerűen bélyegzett, a képesítést, eddigi működést igazoló okmányokkal kellően felszerelt pályázati kérvényeiket **1902. évi december hó 31-dikéig** hivatalomhoz anynyal inkább nyujtsák be, mivel az elkészen érkező pályázatok figyelembe nem vétetnek.

Losonc, 1902. évi november hó 29-dikén.

Wagner Sándor, polgármester.

7284/1902. szám.

Talpas községben megüresedett **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetnek s a választásnak **Talpas** község székházánál leendő megejtésére határidőül 1903. évi január hó 13-dikának délelőtti 10 óráját tűzöm ki.

A községi orvos javadalmazásai 1200 korona évi fizetéstől, továbbá 40 fillér nappali, 80 fillér éjjeli látogatási s 40 fillér halottkémlési díjból áll.

Felhívom mindazokat, kik ezt az állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előírt minősítést igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket **1903. évi január hó 12-dikéig** délutáni 5 óráig adják be. A megválasztott községi orvosnak kézi gyógytár tartására igénye van.

Kisjenő, 1902. évi december hó 2-dikán.

főszolgabíró helyett:

Édes, szolgabíró.

2-1

3819/902. sz. főszb.

Kis-Küküllő vármegyében **Mikeszása** székhelyű 11 kisközségből álló községközségi körben rendszeresített **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetnek.

1. Ez a körorvosi állás a vármegye keblí pénztárából havi előleges részletekben fizetendő 1200 korona évi törzsfizetéssel van javadalmazva.

2. Továbbá élvezzi a körorvos a Mikeszása községe által megszavazott és törvényhatósági jóváhagyást nyert 240 korona szállásbért.

3. És a szomszéd bethlenszentmiklósi körből hozzá ideiglenesen beosztott 6 község kezeléséért 600 korona fizetést mint tiszteletdíjat.

4. A körorvos köteles községeit havonta egyszer meglátogatni, mely alkalommal minden egyes községtől fuvardíj-megtérítés ezimen jogosítva van 2 koronát felvenni.

5. A rendelés-illetőleg látogatási díjakat a megállapított összegben szedheti, valamint élvezzi székhelyén a halottkémi és hússzemeleért megállapított díjakat.

A választást folyó évi december hó 29-dikén délelőtti 11 órára a mikeszási községi irodába tűzöm ki.

Felhívom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy törvény szerűen felszerelt kérvényüket **1902. évi december hó 28-dikéig** bezárólag adják be.

Hosszúaszó, 1902. évi december hó 2-dikán.

Gyárfás, főszolgabíró.

2-2

7665/902. szám.

Krassó-Szörény vármegye oravicai járásban üresedésben levő **kákovai körorvosi állásra** pályázatot nyitok.

A javadalmazás 1600 korona fizetés, 400 korona fuvarátalány, nappali és éjjeli látogatásért szabályrendeletileg megállapított díjak, köztudomású szegények ingyen gyógyítandók, a körhöz tartozó községek kétszer havonta beutazandók.

Felkérem mindazokat, a kik ezen állásra pályázni óhajtanak, az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a és az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében eddigi működésüket és nyelvismereteiket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket alulírottánál folyó évi december hó 20-dikán d. u. 5 óráig benyújtani; későbbi érkező kérvények figyelembe nem vétetnek.

A választási határidő folyó évi december hó 29-dikén reggel 9 órára **Kákova** községében kitűzetik.

Oravicabánya, 1902. évi december hó 1-én.

3-2

Motzidlovsky Ernő, főszolgabíró.

3335/1902. szám.

A **nagykálói m. kir. állami elmeorvosintézetben** a **másodorvosi állás** megüresedvén, ezen ideiglenes jellegű 2 évi időtartamra szóló, évi 1200 korona fizetéssel, I. osztályú élelmezéssel, természetbeni lakás, fűtés és világítással díjazott orvosi állásra a nagyméltóságú magyar kir. Belügyminister úrnak f. évi 130,392. számú magas rendelete értelmében pályázatot hirdetnek.

Felhívom azon orvos tudor urakat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában körülírt minősítést igazoló okmányokkal felszerelt s a nagyméltóságú m. kir. Belügyminister úrhoz intézett folyamodványukat **1902. évi január hó 15-dikéig** nyujtsák be.

Nagy-Kállo, 1902. évi december hó 10-dikén.

Borosnyói L. Béla dr., igazgató.

Egyéb üresedésben levő állás.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czím
decz. 15.	közs. o.	Bilke	800 k., 200 k. fuv.	Komlóssy fszb., Bereg-
15.	"	Hármeg	1200 k., 600 fuv.	Hosva
azonnal	h. k. o.	Mramorák	—	Elter V. k. o., Mramorák
31.	körorvos	Nyitra-Ivánka	1200 k., 240 lakpénz	Majthényi fszb., Nyitra

HIRDETÉSEK.

Fiatal orvos

nőtlen, házasságkötő, izr., kerestetik egy felső magyarvidéki (német- és tótajku) szép helysége részére. Kereset 3600-4400 korona. Bővebb értesítést szíveségből ad

ADOLF BÜCHLER, Bécs, I., Heinrichgasse 3.

„Ichthyol“, Ammonium „sulfo-ichthyolicum“ eredményes alkalmazható női bajok és chlorosis, gonorrhoea, bőrbajok, emésztési és vérkeringési betegségek, tüdőgümőkór, orr-, torok- és szembajok és mindennemű lobos és csúszos bántalom ellen, részben a kísérleti és klinikai megfigyelések által bebizonyított redukáló, sedatív és antiparasitaer tulajdonságánál, részben pedig a felszívódást elősegítő és anyagcserét emelő hatásánál fogva.

„Ichthyol“-Calcium, szagtalan és íztelen, 0.1 gr.-os tablettákban, röviden „Ichthyol“-tabletták néven az ichthyol belső adagolásának új alakja; eredeti doboz 50 tablettát tartalmaz. Adagja napi 2-9 tablettát.

„Ferrickthol“, „Ichthyol“-vas, íztelen és szagtalan, 0.1 gr.-os tablettákban, 31/2% szerv. kötött vasat tartalmaz; javulva chlorosis és anaemia ellen. Eredeti dobozban 50 tablettát. Adagja napi 2-9 tablettát.

„Ichthoform“, „Ichthyol“-Formaldehid (Thiohydrocarbürum sulfonicum; formaldehydatum), kitűnő bél-antiseptikum; gyermekeknek: 0.25-0.50 gr. pro dosi, 3-4-szer naponta, zablisztfőzetben vagy cacaoban; felnőtteknek: 1-2 gr. 3-4-szer naponta.

„Ichthargan“, „Ichthyol“-ezüst (Argentum thiohydrocarbürum-sulfoni-cum solubile), meleg és hideg vízben és glicerinnel oldható, 30% Ag-t tartalmaz, feltűnő bactericid erejű és a mélybe hat. Sikeresen alkalmazták:

gonorrhoeánál (befecskendések 1:3000-500, kimosások 1:5000-2000 Aq. dest.)

szembajoknál (csetelések 1-3:100, mosások 1:1000 Aq. dest.)

ozoenánál és diphtheriánál (csetelések 0.5-2:100 Aq. dest.)

A törvényesen védett nevű ezen felsorolt készítmények próbái és irodalma az orvos uraknak rendelkezésükre áll.

Egyedüli gyárosok:

Ichthyol-Gesellschaft Cordes, Hermann & Co. HAMBURG.

San-Remo téli klimatikus gyógyhely

az olasz Rivierán. Minden kényelmet nyújtó kitűnő ellátás; mérsékelt árak.

A „**Sanatorium Riviera**“-ban oly betegek is felvétetnek, a kik csakis általam óhajtják magukat kezeltenni.

Dr. Czirfusz Dezső,

san-remoi magyar gyakorló orvos.

Gyógyszertár az „**ANGYALHOZ**“
Budapest, IX., Üllői-út 39.

A kir. magyar tudomány-egyetem klinikáinak gyógyszer szállítója.

Gyermekeknek a „**P. mitior**“ (0.05) ára 1 kor. Felnőtteknek a „**P. fortior**“ (0.10) ára 1 kor. Fekvőbetegeknek a — „**P. fortior Fekvőbetegeknek**“ — (0.50) p-phthalein tartalmú tabletták ára 50 fillér. Irodalom és minták ingyen és bérmentve.

PURGO

Kitűnő ízű, páratlanul enyhe hatású hashajtó, a legkiválóbb orvos urak által rendelve, még csecsemőknek is adható.

TAMAR INDIEN GRILLON

frissítő és hajtó gyümölcs-pastillák.

A dugulás és annak következményei ellen, ü. m.: aranyérbántalmak, vértódlás, fejfájás, étvágyhiány, ope-, gyomor- és bélbajok.

Nélkülözhetetlen az asszonyoknál, kivált a szülést megelőző, s azt követő időszakban, előnyösen alkalmazható előrehaladt korúknál és gyermekeknek. Semminemű drasztikus alkatrészeket, mint Aloë, Jalappa, Podophyllin stb. nem tartalmaz, s csak a tropikus Tamar gyümölcséből van készítve. Igen alkalmas a mindennapi használatra azoknál, kik rendszeres szorulásban szenvednek.

A Tamar Indien Grillon Franciaország első tekintélyei által javallatik, s a budapesti egyetemi tanárok, s előkelő orvosok is előszeretettel rendelik.

Magyarországi főraktár:

TÖRÖK JÓZSEF gyógyszerháza, Budapest, király-utca 12.

Egy doboz ára 1 forint 50 krajczár.

Vegy-, gőcsővészeti és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUM

1900. május 1-től VI., Andrassy-út 50 (Oktogon-tér).

Foglalkozik vizelet-, köpet-, bél-, vér-, hányadék-, gyomornedv-, dajka-tej-, ex- és transsudátum valamint bacteriologikus vizsgálatokkal.

Dr. MÁTRAJ GÁBOR, v. egyetemi élet- és körvegytani tanársegéd.

Hoffmann Béla gyógyszerháza

a „Szt. Erzsébethhez“

Budapest, VII., Erzsébet-körút 21.

BROMOPAN sec HOFFMANN
főny. védve

Ajánlatos és leghatékonyabb a **hysteria, epilepsia** és minden oly bajoknál, hol a bróm huzamosabb használata kívánatos. Ezen brómsót tartalmazó kenyérke (adagonként 1 gramm) kellemes ízű, tápláló s az emésztési szerveket meg nem támadja. Ára darabonként 30 fillér.

„Bromofarina sec. Hoffmann“

Vidékieknek ajánlatos a kenyérkék otthoni sütésére. Egy csomag (3 kenyérkére) ára 60 fillér. — Elkészítési utasítás mellékeltek.

Gyermekeknek

a „**Hoffmann-féle Brómpiskóta**“ a legkellemesebb bróm-adagolás (szeletenként 0.25 gramm brómsó tartalommal) kitűnő íze miatt szívesen veszik. Egy doboz (10 piskóta) ára 1 K 20 f.

Minták a t. orvos urak részére ingyen és bérmentve.

Beszerezhetők bármely gyógyszerháza útján.

Kívánatra prospektus és irodalom.

GYNAEKOLOGIA

A BUDAPESTI KIR. ORVOSEGYESÜLET GYNAEKOLOGIKUS SZAKOSZTÁLYÁNAK HIVATALOS KÖZLÖNYE.

Szerkesztik: TÓTH ISTVÁN dr. egyetemi magántanár és TEMESVÁRY REZSŐ dr. nőorvos.

TARTALOM: Szász E. Hugó: Közlemény a k. m. tud. egyetem II. számú pathológiai intézetéből. (Igazgató: Petrik Ottó tanár.) A placentának a foetus halála által előidézett histológiai elváltozásairól. 117. l. — Steinberger Sarolta: Az orvosnők története. 120. l. — Temesváry: A IV. nemzetközi gynaekológiai congressus tudományos tárgyalásai. 125. l. — Nenadovics László: A német orvosok és természetvizsgálók 74. vándorgyűlése szülészeti és nőgyógyászati szakosztályának tárgyalásai. 138. l. — Irodalomszemle: I. Lapszemle. 140. l. — II. Könyvismertetés. 145. l. — III. Bibliographia. 145. l. — IV. Folyóiratok átnézete. 147. l. — Vegyesek. 148. l.

Közlemény a k. m. tud. egyetem II. számú pathológiai intézetéből.
(Igazgató: Petrik Ottó tanár.)

A placentának a foetus halála által előidézett histológiai elváltozásairól.

Irta Szász E. Hugó dr. nőorvos Budapesten.

Alig van a szülészetnek taposottabb és eredményében mégis oly szegény fejezete, mint az, mely spontán korai elvetélések okainak firkészásával foglalkozik. S ha ezt tudva vesszük tekintetbe, hogy kiváló bűvárok nagy számát minden időben élénken foglalkoztatta e kérdés, úgy magától adódik a következtetés, hogy az e téren való munkálkodás nagy nehézségekkel jár. Az anamnesis ritkán megbízható és megbízhatósága esetében is ritkán értékesíthető tudományos szempontból az abból levont következtetések. A hozzáférhető eseteknek legpontosabb klinikai és anatómiai megfigyelése nélkülözhetetlen, ha ily irányú ismeretek szerzését tűzzük ki célul; s ha ily irányban munkálkodva látjuk, mily nehéz feladatunk, hogy megannyi esetben az észrevett tények láncolatából külső körülmények folytán egy-egy szem hiányzik, úgy annál inkább kell örülnünk, ha oly helyzetbe kerülünk, melyben egy-egy eset teljes analysise révén a pete idő előtt való kiürülése és az azt előidéző tényezők közt az oki összefüggést megtaláljuk.

Midőn egy adott esetben azon feladat háramlik reánk, hogy egy spontán, minden artificiális helyi beavatkozás nélkül megindult abortus okát kell kutatnunk, mindenekelőtt szem előtt kell tartanunk, hogy méhcontractiokat — az abortus közvetlen okát — *centrális* és *peripherikus*, azaz a méh belfelületére közvetlenül ható ingerek válhatnak ki. Centrális ingerek gyanánt tekintendők az olyan anyagok vagy behatások, melyek a *központi idegrendszer* megfelelő részleteinek ingerlése által fejtik ki hatásukat, de egyszersmind az anya vérében jelenlevő oly anyagok is, melyek a méh izomsejtjeire vagy a méh szöveteiben lévő idegvégződésekre hatnak a véráram útján. Centrális hatásnak minősítendők továbbá oly esetleges körülmények is, melyek a központi idegelemek és a méh szöveteiben lévő idegvégzések között elhúzódó, illetve e két pontot összekötő idegeket ingerlik.

Peripherikus ingerek leggyakrabban a *pete térfogatának hirtelen történő megváltozása*, például: endometritisnél gyakran előforduló deciduális elváltozások kapcsán fellépő vérzések a deciduába, vagy a decidua és a foetalis származású petefüggelék közé *elő magzat mellett*; vagy pedig a *pete, illetve a magzat elhalása*, mely esetben a pete rövidebb-hosszabb ideig megmarad a méhben, különböző elváltozásokon mehet át, míg végre mint idegen test méhcontractiokat vált ki és kiürül.

De milyen körülmények okozzák vagy okozhatják a magzat elhalását?

1. Az anya vérének megváltozott chemismusa, például: acut infectious betegségek kapcsán keletkező bacteriummérgek, vagy az anya vérebe kívülről bevitt mérgek.

2. A petefüggelék olyan elsődleges elváltozásai, melyek a placentának — a magzat légző és tápláló szervének — működését elégtelenné teszik, vagy egészen hatályon kívül helyezik.

3. Minden oly körülmény, melynek következtében a köldökzsinór ereiben megszakad a vérkeringés.

4. A magzat részéről oly torzképződések vagy fejlődési rendellenességek, melyek a magzat életének már az intrauterin élet korai stadiumaiban vetnek véget. Mert tény, hogy korai abortusokból származó magzatoknál a torzképződések olyan féleségeivel is találkozunk, melyeket a terhesség későbbi hónapjaiból származó magzatoknál ritkán, vagy éppen nem látunk.¹

Tehát a magzat az anya vérének megváltozott chemismusa következtében, saját szervezetének, vagy a petefüggelék elsődleges kóros elváltozása következtében halhat el.

Ha a magzat a *petén kívül eső* ok folytán hal el és a pete nem ürül ki röviddel ezután, akkor a petefüggelékben a foetalis circulatio megszűnése következtében keletkezett elváltozásokat fogjuk megtalálni.

Ha a *placenta* elsődleges megbetegedése következtében hal el a magzat s a pete nem ürül ki röviddel a magzat elhalása után, úgy a petefüggelékben nem csupán a magzat elhalását *előidéző* elváltozásokat, hanem azokat is meg fogjuk találni, melyek a *foetalis circulatio kiesésének* következményei.

S ezért mindaddig, míg a placenta elsődleges elváltozásainak histológiai képeit (tehát azon képeket, melyeket a decidua és a bolyhok elsődleges megbetegedései nyújtanak, első esetben főleg az endometrium előzetes megbetegedésében, utóbbi esetben a petében rejlő okok folytán, mint a szülők diathetikus állapotai, syphilis, alkoholismus, egyéb okokból depascált szervezet és tuberculosis s más ismeretlen tényezők, melyek az anya részéről a pete, az apa részéről a spermatozoon vitalitását befolyásolják) nem ismerjük, nincsen támpontunk, melynek alapján az elváltozott petefüggelék histológiai vizsgálatával eldönthetnők, melyek a placenta elsődleges elváltozásai s melyek a foetalis circulatio megszűnésének következményei.

Ezért a placenta pathológiájának kutatására csupán oly anyagot fogunk célszerűen felhasználhatni, *melyben az elváltozások pathogenesise két oldal felől nem complicált.*

A véletlen oly pete birtokába juttatott, melynek vizsgálatából kétséget kizáró módon kitűnt, hogy a magzat elhalása a placentán kívül eső ok folytán történt; következőleg a petefüggelék itt talált elváltozásai tisztán a foetalis keringés megszűnésének eredményei.

Ezért kínálkozott ez eset beható vizsgálatra érdemesnek, eltekintve attól, hogy a magzat elhalását szokatlan körülmények idézték elő.

Körtörténeti adatok. Cs. K.-né 34 éves erőteljes, jól táplált. IVP. Első három szülése rendszeren folyt le. 15 éves kora óta mindig rendszeren menstruált 4–5 napi tartammal, mérsékelt vérzéssel. Syphilitikus infectiót tagad s ennek jelei ki nem mutathatók. Genitális bajban állítólag sohasem szenvedett. Férje szintén jól táplált, erőteljes egyén. Syphilitikus infectiót tagad. Alkoholismus kizárható. Ugy a nő, mint a férfi családjában súlyosabb constitutionális bántalom elő nem fordult.

Utolsó menses 1901. április közepén. Julius 2-dikán fájások, mérsékelt vérzés. Julius 3-dikán nagy ökölnyi pete in toto születik meg, mérsékelt vérzés közepette. Egy órával a pete megszületése után hivatnak s ekkor szivárgó vérzés miatt a méh üregét manualiter kitakarítottam egy tenyérnyi s több apróbb decidua-részletet hozva napvilágra.

¹ Ahlfeld, Geburtshilfe 1898. pag. 277.

A pete anatómiai vizsgálata.

A pete férfikölnél nagyobb, ovális. A peteburkok mérsékelt feszülés alatt vannak, melyeken át a homályos magzatvizben a magzat körvonala kiemelkedik. A pete kisebbik hemisphaeráját fibrin és decidua-czafatok teszik egyenletlenné. Felénél nagyobb hemisphaerája a placenta kiterjedésének felel meg. Ez a részlet egyenletlen, helyenként szürkés foltokkal tarkázott, másutt véres, barnás. A petét a placéntával szemben hosszirányban felmetszszük s ekkor következő viszonyokat találjuk: Magzatvíz zavaros halvány rózsaszín árnyalattal. Amnion mindenütt odafekszik a chorionhoz. Cysta omphalo-enterica szabad szemmel való megtekintésnél fel nem található. Az amnion több helyen fehéres foltokkal tarkázott. Az amniotikus chorionról való lefejtése közben arról győződhetni meg, hogy a fehéres területeknek megfelelőleg azok egymásra oly szívosan tapadnak, hogy szétfejtésükénél az amnion helyenként beszakad. Magzat kissé macerált. Hossza 7 cm. Köldökszínór excentrikusan tapad, centrális vége felé 4–6 mm. vastag, peripherikus végén gyenge torsio. Hossza 9 cm.; centrális vége macerált. A mi a megnyitott peténél első sorban feltűnik, azok vékony húrszerű, inas kötegek, melyek következőképen haladnak: A köldökszínór tapadásával szemben levő polus felől, a placéntát borító amniotikus 2 cm. széles, 1½ cm. vastag amnion kettőzet emelkedik a pete ürege felé. E redő oly szívos, mint egy vastag rostú fascia. E fasciaszerű lebeny kicsúcsosodó vége egy 1½ mm. vastag húrszerű képletbe folytatódik, mely a köldökszínór peripherikus és középső harmadának körülbelül határán a köldökszínór kettőzet megtekintve s annak amniotikusával összenőve a köldökszínór alatt lévő parietalis amnionhoz tapad és a zsinórt a parietalis amnionhoz rögzíti. E helyen a köldökszínór ezérnyékonyágát. E húrszerű képlet eme tapadása alatt a köldökszínór centrális (placentaris) vége irányában 1 cm.-nyire szintén hasonló módon eredő húrszerű képlet fonja át a köldökszínórt s azt megkerülve a magzat bal alszára bőrébe megy át. Hasonló képlet húzódik ettől centrál felé a tulsó oldal felől a zsinórhoz. Ezeket kívül egy a parietalis amnion két pontját összekötő húrszerű képlet a magzat nyakát lazán fonja körül. Több rövidebb-hosszabb ily húrszerű zsinog lap szerint húzódik a parietalis amnion egyik pontjától a másikig, de a köldökszínórral, valamint a magzat testével érintkezésbe nem jön.

A placenta, mint már említettük egy fél hemisphaeránál nagyobb és ovalis alakú. Egyik részletén laposabb dombok boltosodnak elő a peteürbe. E részlete puhább, a többi tömöttebb. Előbbi a placenta körülbelül 1/3 részét teszi.

Alkoholban való keményítés után a puhábbnak jelzett részletnek felmetszése után következő viszonyok tárulnak szemünk elé. A centrális (méhfal felé néző) részlet 5–7 mm. vastagságban szürkés, a peripherikus (peteür felé néző) részlet körülbelül 1 cm. vastagságban vöröses. E részlet már szabad szemmel való megtekintésre is tiszta haemorrhagia benyomását adja. Az előbb tömöttebbnek jelzett részlet peripherikus felületére a chorion és a bolyhok közötti területnek megfelelőleg szintén láthatók haemorrhagiás csíkok.

A pete makroszkopiai vizsgálatánál legfeltűnőbb elváltozásoknak a leírt amniotikus szálak tekintendők. Az úgynevezett amniotikus, vagy Simonart-féle¹ szálak rendszerint a magzat felülete és az amnion között képeznek összekötő hidat, vagy az amnion belfelületének két részlete között húzódnak el s eszerint amnio-foetalis vagy amnio-amniotikus szálaknak nevezhetők. E szálak keletkezésének oka az ébrényi fejlődésnek még abba az idejébe nyúlik vissza, midőn az amnion a magzat köztakarójával még közvetlenül érintkezett, arra reáfeküdt. A szerzők túlnyomó része aetiologiai momentum gyanánt azt veszi fel, hogy az ébrényi fejlődés ez idején az amnion a foetus köztakarójához gyuladási folyamat következtében egyes helyeken odanőtt. A pete további fejlődése folyamán az amnios folyadék felszaporodása folytán az amnios a magzat testéről leemelkedik s a folyadékmennyiség további megnövekedésével az összetapadt helyeken az amnios kötegekké vongáltatik ki. E magyarázatból azon kötegek keletkezése, melyek a magzat felületét kötik össze az amniotikus, megérthető, de nem azoké, melyek az amnion két részlete között húzódnak el. Az ily szálak keletkezését csak úgy érthetjük, ha felvesszük, hogy az amniotikus azon két részlete, melyet a szálak egymással összeköt, valamikor érintkezett, illetve egymáshoz odanőtt. Ez pedig az amnion rendes növekedési aránya mellett csak oligohydramniosnál, vagy pedig a pete fejlődési stadiumának megfelelő rendes folyadékmennyiség mellett az amniosnak a magzat felületéhez viszonyított gyors növekedése, illetve hyperhophiája mellett képzelhető,² a mennyiben ez ekkor ránczokba szedődni kénytelen, mi által

belfelületeik egyes helyeken érintkezhetnek. Midőn a pete további növekvése folyamán a magzatvíz felszaporodik, az amnios gömbszerűvé válik s a folyadékkal kitöltött gömb belfelületének két részletén az eredetileg összenőtt területet feszülő húrra kivongátnak fogjuk találni. Így magyarázandó jelen esetben azon szálak keletkezése, melyek az amnion belfelülete és a köldökszínór között feszülnek ki, s a magzat passzív helyzetváltozásai folytán a köldökszínór kacsalakban körül fogják, az ereket strangulálják, a magzat elhalását vonva maguk után.

Az amniotikus szálak nagy jelentősége a magzat fejlődésére régen ismert dolog, erre ez alkalommal bővebben kitérni felesleges. Hisz az úgynevezett intrauterin spontán amputatiók oka mindig ezekben keresendő és az is ismeretes, hogy az amniotikus a foetus testével nagyobb terjedelemben való összenövése torzképződések keletkezését vonhatja maga után pl. cranioschisis, nyúlajk stb. Jelen esetben az amniotikus szálak a magzat elhalását idézték elő a köldökszínór strangulatioja s ez által a placenta és magzat között való vérkeringés megakadályozása által.

A kérdésre, mennyi idővel a kiürülés előtt halt el a magzat, pontos válasz nem adható, annál kevésbé, mivel a graviditás korai idejéből származó petével van dolgunk, melyben a magzat életének objectív jelei még nem állanak a diagnostika rendelkezésére. Tekintettel arra, hogy a magzat kissé macerált, tekintettel továbbá az alább leírandó histológiai elváltozásokra, mindenesetre néhány heti postmortalis retentiót kell felvennünk.

Az in toto kiürült pete mellett lévő decidua-részletek barnás-vörösek, normális kinézéssel bírnak. Vastagságuk átlag 3 millimeter.

Histológiai vizsgálat.

A placenta különböző helyéről kivágott részletek alkoholban tovább keményítették, majd aether-alkohol aa keverékével való kezelés után celloidinba ágyaztattak. Festés: Haematoxylin — Eosin és Haematoxylin — van Gieson-féle folyadékkal. Hasonló kezelés és festés alá kerültek a decidua részletei is.

Az amnion epithelje csaknem mindenütt hiányzik. Azon területeken, hol megvan, a sejtek körvonala elmosódottak, magfestés nincs s az egyes sejteket csak halványpirosra festődött szabálytalan alakú, illetve alakatlan hyalinos foltok jelzik. Az amnion kötőszöve a chorionnal összeforrt. Mindkettő vastagsága alig 1½ mm. Helyenként azonban vastagabb, 1 mm. vastagságot is elér. A chorion basale szövete mindenütt oedemas, illetve a rostok sok helyen dissociáltak s a v. Gieson-folyadék vörös színét nem veszik fel, csak egyes területeken jelentkeznek igen halvány rózsaszínben. A chorion sejtjei magfestést nem mutatnak, plasmájuk a rostoknál élénkebben festődik, általában pedig mint orsó alakú, duzzadt, nyulványos hyalinos foltok tarkázzák a rostok között, való területeket. Erek nem láthatók. A chorion basale placentalis felületének epithelborítéka tönkrement, magfestés nincsen s egymás mellett fekvő alakatlan vagy szabálytalan alakú szemcsés, vagy egyenmő halványpirosra vagy piszkos halványbarnára festett plasmarögök jelzik az epitheliális boríték helyét. Egyes jobban megtartott területeken nagyobb, kevés chromatin tartalmazó maggal bíró sejtek csoportjai is láthatók, melyekről el nem dönthető, vajon az ektodermális sejtsor maradványai-e, vagy pedig decidua-sejtek.

A chorion basale és a decidua „serotina” közötti tér az előbb jelzett nagy területeken friss haemorrhagiáktól átszelt, a vér alakelemei a szokott módon festődve jelentkeznek igen finom, vagy alig észrevehető fibrinhálózat nagy hézagú részéi között. Egyéb területeken egyes haemorrhagiás csíkok vagy jobban mondva tágult intervallusok terek láthatók csupán, melyek közt tisztán fibrinnel kitöltött nagy területek láthatók. A fibrin egy része a v. Gieson-féle festésnél sárga, másik része élénk pirosas színt vett fel. Ezen haemorrhagiás, illetve fibrines tömegben látjuk a bolyhok átmetszeteit, melyeken következő elváltozások láthatók. A kisebb és középnyomú bolyhok hossz- valamint haránt-metszetei nagy részén magfestés egyáltalán nem látható. A stroma egészen halvány rostok körvonalaikat mutatja, melyek közt apró detritus-szerű orsóalakú pettyek jelzik a stroma magvait. Más átmetszeten duzzadt, élénkebb piros hyalinos kötőszöveti rostok fonatai élénkítik a képet. E metszeten a vörös köralakú területben a stroma edényeinek helyét körkörös, duzzadt rostszerű képletekből és hyalinos plasmapettyekből álló gomolyok jelzik. Magfestésnek nyoma sincs, csak egyes metszetek ily gomolyaiban láthatók egyes kétes megbirálás alá eső orsóalakú képletek, melyek a haematoxylin színét halványan adják vissza s endothel-magvaknak tarthatók. Ez átmetszeten a bolyhok epitheliális borítéka is tönkrement.

A Langhans-féle ektodermális sejtsor eltűnt s a syncitium magvai sem festődnek és a bolyhok haránt, ferde, vagy hosszmetsete fibrines tömegbe mintegy befalazott. E tömegnek a bolyh stromájával közvetlenül érintkező részlete keskeny sötétebb-sárga gyűrű alakjában látható, ebbe oltadtak bele az epitheliális boríték sejtjelei.

E teljesen tönkrement bolyhok kívül vannak itt-ott olyanok

¹ Simonart, Arch. de la méd. Belge 1846. Müller, Handbuch der Geburtshilfe-ja után idézve.

² Braun G. az amnio-foetalis szálak keletkezését is az amnion hypertrophiájából magyarázza s felveszi, hogy a peteürbe belelógó hypertrophikus amnionredők összenőnek a magzat felületével.

is, melyekben a stroma magvai még élénken festődtek, de azok itt is igen vézna, keskeny atrophikus megnyúlt képletek. A stroma alapállománya ezekben is fibrosus s gyengén vagy alig festődik. Míg az előbbieken az epithéális borítéknak halvány nyoma sem látható, addig a bolyhokban csak az ektodermális sejtréteghidnyzik és a syncytium mint többé-kevésbé összefüggő gyűrű övedzi körül a boholy átmenetét. Igen sok ily bolyhon a meg-megszakadt syncytiális gyűrű alatt keskeny barnás, szemcsés anyagból álló másik gyűrű látható az ektodermális sejtsor helyén, jelölve annak, hogy utóbbi sejteitönkrementek és ez alaktalan tömeggé változtak át.

E teljesen tönkrement és a necrobiosis előhaladott szakát mutató bolyhokon kívül a fibrines és haemorrhagiás alanyag között oly területeket is látunk, melyek bár magfestődést nem mutatnak, mégis nagy és elpusztult sejtekből álló szigetek gyanánt ismerhetők fel. Ugyanis elszórtan szemcsés alanyagba ágyazott alaktalan nagy plasmarögök tömegei ismerhetők fel, mely rögök közepén részben vacuolászertű, részben a plasmánál sötétebben festődött központi területek láthatók, melyek a magvakat jelzik. E tömegek ektodermális sejtszigeteknek felelnek meg.

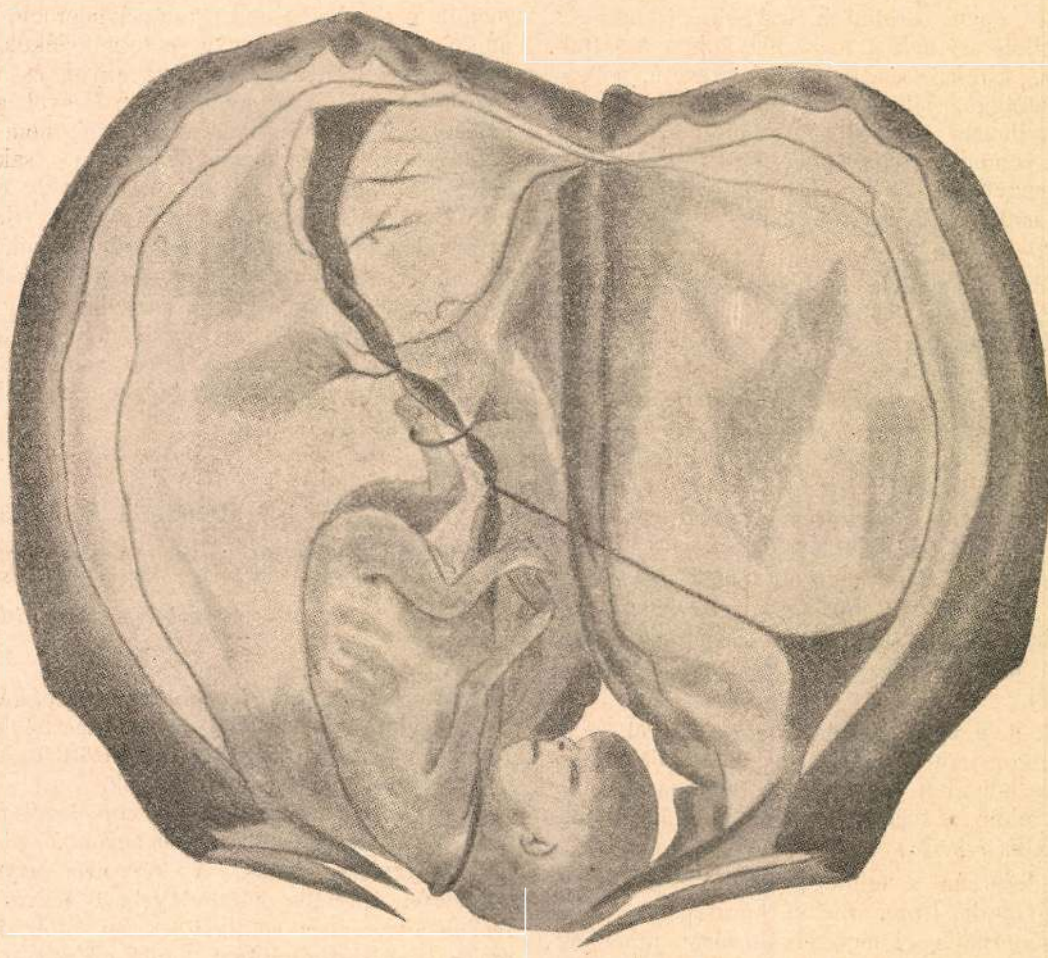
Az eddig leírt, részben teljesen degenerált, részben a necrobiosis igen előhaladott fokán lévő képletekkel élénk ellentétet képeznek a nagy bolyhok és egyes boholytörzsek, melyeknek hosszszetei a chorion basale-tól egészen

helyenként gömbsejtek is vannak elég nagy számmal. E deciduális sejtréteget a bolyhoktól, illetve az intervillusos üregektől a fent leírt necrobiotikus s nagy sejtekből (scrotinales Zellschichtlager, Langhans) álló tömegek határolják el, de vannak területek, melyeken ép deciduális, illetve ektodermális részletek érintkeznek a bolyhokkal. A pete megszületése után eltávolított decidua-részletek a normális decidua megszokott képét adják. Benne helyenként gyéresebb gömbsejtes infiltratio látható.

*

E vizsgálat összefoglaló áttekintésénél azon eredményt látjuk, hogy míg a decidua elváltozást nem tüntet fel, addig a bolyhok, a bolyhok között való nagysejtű szigetek, a chorion basale és az amnion igen előhaladott regressiv metamorphosisban vannak. Más szóval: a maternális tényezők intact volta mellett a foetalis tényezők elhalását constatatálhatjuk.

Ha képeinket a szóban forgó esettel egykorú, de normális placenták metszeteivel hasonlítjuk össze, úgy ceteris paribus azon szembeötlő nagy különbséget látjuk, hogy míg normális



Az ábra magyarázatát lásd a makroszkopiai leírásban.

a deciduáig követhetők. Mindeme képletek stromája élénken festődik vörösré. Kifejezett rostos szövet. A rostok nagy része, főleg a boholy közepén hyalinos, élénk vörös. A stromasejtek hosszúkas magvai jól festődnek. Érlumen a metszeteken szorgos keresés dacára sem lelhető fel, de egyes metszeteken a ferdén talált köldökek ágainak izomzata a magvak jellemző elhelyezkedéséből felismerhető. Langhans-féle ektodermális sejtsor, mint olyan ezekben sem található, mindazonáltal a mindenütt összefüggő sejtsort képező syncytium alatt itt-ott látható nagyobb ovalis maggal bíró bővebb plasmájú sejtek ektodermális sejtek képét adják. A syncytium, mint említettük, sötét magvú összefüggő sejtsort képez. Sok helyen e syncytiális burok mellett, azzal a metszeten össze nem függő protoplasmátömegeket látunk, melyben 5—8 nagy sötét mag foglal helyet. E tömegek az ismert syncytiális bimbóknak felelnek meg. A bolyhok kúpja körül itt-ott syncytiális sejtburjánzás látható. Egyes ily nagyobb bolyhok kúpján halványan, vagy egyáltalán nem festődött rostos stromát látunk; e területnek megfelelőleg a syncytiális réteg is meg-megszakad folytonosságában. A kúp alatt a fent leírt necrobiotikus tömegeket találjuk, melyek alatt megtartott deciduális szövet látható az ismert polygonális, epitheloid, nagy halványmagvú sejtekkel. A fent említett nagy bolyhok közelében, melyek egy része a deciduáig követhető, (Haftzotten) apróbb bolyhok átmenetével is találkozunk. Ezek épen úgy, mint a nagy boholytörzsek magfestést, rostos stromát és ép syncytiális réteget tüntetnek fel. De ektodermális sejtréteg ezekben is hiányzik.

A metszeteket alulról jól megtartott decidua-réteg borítja, melyben

8—12 hetes placenták bolyhainak stromája igen sejtdús, mi mellett az intercellularis anyag látható mennyisége nagyon háttérbe szorul, addig itt a bolyhok alapállománya kifejezetten rostos szerkezetű. Erről győznek meg minket az aránylag csekély degenerációt mutató nagy bolyhok képei, de erre kell következtetnünk visszamenőleg a regressiv metamorphosis előrehaladottabb szakait feltüntető bolyhok megtekintéséből is. Ezekben magfestést nem látunk, a bolyhok átmenetetei hatalmasan duzzadt, egynemű, v. Gieson-folyadékával vörösré festődött hyalinos tömegekből összetettnek látszanak, melyekben azonban a rostos szerkezet jól kivehető. E tömegben szintén hyalinos pettyek alakjában mutatkozó képletek jelzik a sejteket. A degeneratio még előhaladottabb fokait feltüntető bolyhok metszetein egynemű, itt-ott élénkebben festett pettyekkel tarkázott alapállományt látunk csupán, mint egy teljesen obsolet folyamat eredményét. Mindezekből azt kell tehát mondanunk, hogy a bolyhok normálisan sejtdús stromája, intercellularis anyag bővebb kiválasztása útján fibrosus jelleget öltött s ezután regressiv (hyalinos) metamorphosison átmenve elhalt.

A bolyhok stromasejtjei, mint már említettük, többnyire

teljesen elhaltak, azok csak a relative ép nagy bolyhok kötőszövetében maradtak meg.

A mi a bolyhok külső sejtbőrtékát illeti, következőket látjuk: míg normális, a szóban forgó esettel egykorú placentában a syncytium alatt lévő ektodermális réteg (Langhans-féle réteg) jól differenciált, nagy magvú, kevés chromatinnal bíró sejtei vagy mint összefüggő sejtsor, vagy mint egymástól távolabb eső sejtek köre, jól kivehető, *addig esetünkben az ektodermális sejtek teljesen eltűntek.* A kisebb bolyhokban, azokban, melyek az intervillusos üregeket kitöltő fibrines tömegbe mintegy befalazódtak, a bolyhok stromájának peripheriáját, mint említettük, keskeny, barnás, kissé szemcsézett gyűrű határolja el. E gyűrű képezi alaktalan maradványát az ektodermális sejtsornak. Egyes bolyhok körül e gyűrűben itt-ott disseminált sötét magvakat találunk — a szintén tönkrement syncytiális sejtréteg maradványai gyanánt. A syncytiális réteg e kiterjedt szövetpusztulás közepette aránylag nagy szívósságot tanúsít, mi mellett az épen említettek tesznek bizonyosságot. De még inkább e mellett szólnak a nagy bolyhokon találtak. Ezeknek aránylag ép, kifejezetten rostos szerkezetű, eléggé sejtdús stromáját összefüggő, jól festődő syncytiális sejtréteg határolja el az intervillusos üregektől — holott az ektodermális sejtrétegeknek semmi nyoma, csak itt-ott láthatók a bolyhok tetején a syncytiális réteg alatt nagyobb magvú, halványabb sejtek, melyek az ektodermális sejtektől alig különböztethetők meg.

Az eddigiek tehát a mellett szólnak, *hogy a foetalis keringés megszűnése az amnion és a chorion szöveteinek regresszív metamorphosisát eredményezi, és pedig: a bolyhok stromája fibrosus, majd hyalinos degenerációt szenved, a stromasejtek tönkremennek. A Langhans-féle ektodermális sejtréteg eltűnik, később a syncytiális sejtréteg is elhal. A képek összehasonlító áttekintése arról győz meg, hogy legelőbb a Langhans-féle réteg megy tönkre, utána a stroma, legvégül a syncytium, mely a placenta leginkább ellenálló sejtelemeinek tekinthető. Ezekkel szemben a decidua elváltozást nem tüntet fel, az aránylag ép.*

A terhesség korai szakában távozott peték függelékei eddigelé igen gyéren képezték volt histológiai tanulmány tárgyát. Legújabban mindazonáltal két nevezetes munka látott napvilágot e tárgyat illetőleg és pedig *Langhans Th.*¹ és *Hegar Károly*² részéről.

Langhans, kinek a neve a placenta szerkezetéről szóló tannal minden időkre szorosan összeforrt, az abortusok pathológiájához is nevezetes adatokat szolgáltatott. Kimutatta, hogy a pete akár az anya, akár a foetus részéről érő ártalmakra legelőször az ektodermális sejtréteg degenerációjával reagál.

E munkálatok kapcsán s mintegy általuk buzdítatva végezte érdemes vizsgálatait *Hegar K.* 21 korai petén. Ezek közül 10 esetben a maternális elemek elváltozásai praedomináltak a foetalis eredetű tényezőkön találtakon, 11 esetben pedig a foetalis elemek elváltozásai voltak túlsúlyban a deciduáéival szemben. Ez utóbbi esetek érdekelnek minket is, ha leleteinket az általa találtakkal egybevetni óhajtjuk. A 11 eset közül csak kettőben (a 10. és a 11-ben) találtattak oly elváltozások, melyek a foetusnak primaer, vagyis a placentán kívül eső okból való elhalását tették valószínűvé, a többi 9 esetben ennek eldöntésére a makroszkopiai vizsgálat elegendő támpontot nem nyújtott, ez esetekben a foetalis tényezők előhaladottabb degenerációjából visszamenőleg következtet a foetus elsődleges elhalására. Vizsgálataiban az általunk találtakkal megegyező eredményre jut, a mennyiben felveszi, hogy azon esetekben, melyekben a foetus halála az elsődleges, a pete degeneratioja a bolyhokban veszi kezdetét. Különös hangsúlyt helyez ez esetekben az ektodermális sejtsor hiányára és a serotinán lévő ektodermális sejtréteg hiányos fejlettségére, illetve degenerációjára; azon esetekben, melyekben a foetus

másodlagos elhalását vette fel, a Langhans-féle sejtek e hiánya illetve degeneratioja nem volt oly feltűnő, mint az előbbieken.

Jelen esetünkben, melyben a magzat elsődleges elhalását már a makroszkopiai vizsgálat mutatta ki, az ektodermális sejtrétegeknek hiányát illetve degenerációját úgy a bolyhok belsejében, mint a serotinán már eléggé hangoztattuk. Vajjon e sejtek degeneratioja a petét bármely oldal felől érő sérülések érzékeny reagense-e, mint azt *Langhans* felveszi, vagy pedig a foetus elsődleges elhalásának eseteiben szembeszökőbb, mint azt *Hegar* találta, még további vizsgálatok által való megerősítésre vár.

Mindazon elváltozások, melyeket jelen esetünkben leirtunk, a foetalis vérkeringés histológiai értelemben vett kiesési tüneteinek tekintendők, vagyis azt kell mondanunk, hogy a placentának mindazon részletei, melyeknek élete a foetus életéből feltételezett, melyeknek tápláltatása normális körülmények közt kizárólag a foetus felől történik — a foetalis vérkeringés megszűntével necrobiosist szenved, tönkremegy. A nélkül, hogy a petefüggelékek egyes területeinek tápláltatása irányáról szóló, az anyai és magzati vérkeringés egymáshoz való viszonyának kérdésével szorosan összefüggő, az emberre vonatkozólag mindezideig nem tisztázott kérdéseket e helyen mind felidézní óhajtanám, csak egyet óhajtok kiemelni a histológiai leletből olyat, mely e tárgyat érinti. Azt láttuk ugyanis, hogy a nagy bolyhok (Haftzotten), melyek a deciduával érintkeztek, a kiterjedt pusztulás közepette aránylag jól conserválódtak (l. a szövettani vizsgálatot). E lelet csak úgy magyarázható, ha felvesszük, hogy a placentának ez említett alkatrészei nem csupán a magzat felől tápláltnak, de az anya felől is, és *Ruge*¹ azon észlelete, mely szerint bolyhok véreire gyakran belenőnek a deciduába, e felvétel mellett szól.

Az orvosnők története.

Lipinska Mélanie dr., „Histoire des Femmes Médecins depuis l'antiquité jusqu'à nos jours“ (Paris 1900) cz. munkája után

irta: *Steinberger Sarolta* dr.²

(Vége.)

Lachapellené és *Boivinné* dicsősége, később *Nightingale* k. a. jó hírneve csakhamar általánosan ismertté lett. Az orvosi pálya nem lehetett többé zárva a nők előtt és e század első felének vége felé meg is jelennek utánozóik.

Az első az angol-amerikai *Blackwell Erzsébet*.

Az amerikai nők az első angol kolóniák alapítása óta kedvező helyzetben voltak. A két nem egyenlőségét több secta elismerte. Speciális körülményeknél fogva az Egyesült-Államok feminista-mozgalma politikai jelleget öltött, mihez jórészt a rabszolgaság felszabadításának kérdése járult. 1840 körül nagyszámú amerikai nő fáradozott a nerek érdekében, egyleteket alapítva a rabszolgaság elnyomására. Ismeretes, hogy az „Uncle Tom's cabine“ című regényt *Beecher-Stowené* írta, ki munkájában drámai erővel mutatott rá a rabszolgaság borzalmaira és rokonszenvéssé tette a civilizált világ előtt az Egyesült-Államok négerkérdését.

De térjünk vissza az első orvosnőre, *Blackwell Erzsébetre*. 1821-ben született Angliában. Atyjával együtt vándorolt ki Amerikába 1832-ben. Atyja halála után botanikai tanulmányokkal foglalkozott; majd 1845-ben egy carcinomás nőbeteg biztatására — dacára annak, hogy még ekkor ellenszenvvel viseltetett minden iránt, mi orvosi — elhatározta az orvosi tudomány el-sajátítását. Szükségleteinek fedezése céljából egy iskola vezetését vállalta el, miközben orvosi könyvek tanulmányozásába mélyedt. Ambíciója arra indította, hogy ne csak praktizáló orvos, hanem joggal felruházott diplomás orvos is legyen. Ám az egyetemre való bocsátatását keresztülvinnie sok küzdésbe került s csak sokára érte el, hogy a Génève-i facultás megengedte neki az elő-

¹ *Th. Langhans*, Syncytium und Zellschicht. Placentarreste nach Aborten. Chorionepitheliome. Hydatidenmole. Hegar's Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie. 1901. V. Bd. pag. 1.

² *Karl Hegar*, Pathologisch-anatomische Beiträge zur Lehre vom Abort. u. o. 1902. VI. k. 2. füzet.

¹ *Gebhard*, Pathol. Anatomie der weibl. Geschlechtsorgane 1899. p. 209.

² *L. Gynaekologia* 2., 4. és 5. sz.

adások látogatását. Energiája bámulatba ejtett mindenkit. Férfi collegái tisztelettel adóztak neki, tanárai pedig a legnagyobb elismerésüket fejezték ki előtte. 1849-ben utolsó vizsgáival is végezve, doctori diplomát nyert. Felavatásán óriási néptömeg vett részt; az elnök nyilvánosan dicsérettel halmozta el, elismeréssel említve meg az orvostudományban elért sikereit. Dissertatioja igen nagy tetszést aratott tanárai körében, melyet a facultás saját költségén nyomtatott ki. Majd ismereteinek bővítése céljából Európában utazgatott, hova professorainak ajánló levelei kísérték.

1851-ben bő tapasztalatokkal tért vissza New-Yorkba, főleg nők és gyermekek kezelésének óhajta szentelni idejét. Eleinte azonban nagy nehézségekkel kellett megküzdenie. Férfi collegái nem akarták őt mint orvost elismerni; ellenséges indulatukat mindenütt éreztették vele, minek következtében a közönség is bizalmatlan lett hozzá. De megfontoltsága és nyugodtsága mégis csak sikerhez vezetett. A város két leghíresebb orvosa hajlott meg tudása előtt, kinyilatkoztatva, hogy bármikor hajlandók vele consiliumot tartani, mit meg is tettek minden esetben. Ettől kezdve helyzete jelentékenyen megváltozott és clientelája hirtelen megnövekedett. 1852-ben nyilvános felolvasásokat tartott a hygiéna és gymnastikáról. Sokat hangoztatja a physikum erősségének a fontosságát. Később nők és gyermekek számára kórházat létesített, melyben orvosokként testvérét *Emilia* dr.-t és *Zakrzewska Mária* dr.-t alkalmazta, kik diplomájukat csakhamar ő utána nyerték el. *Emilia* azonban csak 1869-ig maradt Amerikában, azontúl végleg Londonban telepedett le, hol gynae-kológiai tanszéket állítottak fel neki. 1870 óta több munkát adott közre: „az egészség vallása”, „a fiatalság erkölcsi nevelése”, „a nők befolyása az orvosi tudományra”, „a kereszténység az orvosi tudományban” címekkel.

Zakrzewska Mária lengyel származású nő volt. Apja ügyes orvosnak ismerve, jó nevelésben részesítette őt s már korán oktatta a gyógyítás művészetére. Később egy berlini kórházban, a Charitéban, mint baba működött. És miután Poroszországban egyetlen orvosi facultás sem engedte meg neki, hogy doctori címet nyerhessen, 1853-ban az Egyesült-Államokba utazott. Itt a clevelandi egyetemre beiratkozva, sikeresen vizsgázott le s doctori diplomát nyert. 1859-ben egy bostoni kórház superintendánsává nevezetett ki. Jelenleg Toledóban él. Ezek voltak az Egyesült-Államok első orvosnői. Példájukat csakhamar több nő követte.

Az amerikai nők hajlama az orvostudomány iránt 1850 óta növekedett meg. És míg a többi amerikai facultás vonakodott a nőket az egyetemre becsátani, addig a pennsylvániai társaság felhatalmazta Philadelphiát az első női orvosi collegium megnyitására. Ez iskolába az első évben 8 hallgató iratkozott be. Ezek egyike *Preston Anna* dr. a physiologia és hygiéna tanára lett. Egy másik, *Longshore Anna*, energiája és kitartása által vált nevezetessé. *Cleveland Emmeline* pedig a gynae-kológia tanára Philadelphiában. 1858-ban a physiologiát és hygiéniát *Schattnek Erzsébet* tanította. E nők csak a saját orvosi iskolájukra voltak szorítkozva, csak saját kórházait látogathatták; minden más tanterem vagy klinika zárva maradt előttük, részben a tanárok ellenzése, nagyrészt azonban a férfi collegák határozott ellenségeskedése miatt. Ez állapotok még rosszabbodtak is, a mennyiben 1858-ban a philadelphiai orvosi társaság ülésén a pennsylvániai orvosok határozatilag kimondták, hogy a női collegium professoraival és orvosaival mindenféle közösséget megtagadnak és az általuk megtartott consiliumokon részt nem vesznek. Természetesen a feminista-collegium tanárai ez ellen protestáltak. Ismételt tiltakozásukra fenti társaság következő indoklással szolgált: A nő mint orvos: gyenge; gátolja őt az orvosi tevékenység gyermekeinek nevelésében; a nőnek nincs annyi ügyessége az orvosi gyakorlathoz, mint a férfiaknak, kik az orvosi teendőket már századok óta gyakorolják stb. stb. Ha meggondoljuk, hogy a nők már a legrégibb idők óta kezdve és a legkülönbözőbb országokban üzték orvosi gyakorlatot: elég nevetségessé válnak ez argumentációk. Sem tanulmányaik, sem a gyakorlat nem gátolta őket abban, hogy feleségek és anyák legyenek. Példa rá: Halpirné, Manzolini Anna és Erxlebené. Még sokáig mellőzték a nőket ilyen módon, míg végre 1881-ben a philadelphiai orvosi társaság statutumai kimondták, hogy az orvosnők ezentúl a férfi

orvosokkal egyenlő jogokkal legyenek felruházva. Utóbb különböző kórházak vezetői szerepét is felajánlják a nőknek.

Nők részére nyitott orvosi iskola összesen kilencz volt az Egyesült-Államokban, melyek között legkiválóbb a philadelphiai s utána leglátogatottabb a bostoni orvosi collegium. Később az Egyesült-Államok egyetemei nyitva állanak mindkét nem számára.

Bizonyos, hogy a női iskolák, hasonlítva a mi facultásainkhoz nem voltak valami fényesek, még legkomolyabb volt közöttük a philadelphiai. A tanári testületet nem tisztán nőkből állították össze, hanem férfi professorokat is alkalmaztak, még pedig egyéni értékük és a város orvosi karában elfoglalt tekintélyes állásuk szerint válogatva meg őket, úgy hogy felolvasásaikat az iskolára nézve mintegy megtiszteltetésnek tekintették. A tanulmányi idő majd három, majd négy évre terjedt. Hogy kezdettől fogva mennyi orvosnőt képeztek ki ez egyetemek, pontosan meg nem mondhatjuk, de 20 év alatt, vagyis 1860-tól 1880-ig 633 diplomát állítottak ki. Számuk ma napról napra növekszik; 1893 körül több mint két millió orvosnő gyakorolta hivatását az Egyesült-Államokban. Többeknek tekintélyes clientelájuk van s honoráriumuk havonta 500—5000 frankot tesz ki.

S v á j c z.

Blackwell Erzsébet példáját 15 év mulva követték csak Európában. Bár Blackwell és Zakrzewska is az ó-világ gyermekei voltak és itt is folytatták tanulmányaikat, mégis itt egyetlen hasonló kísérlet sem jegyezhető fel a XIX-dik század közepén.

Csak 1860 után találkozunk azon első nőkkel, a kik az orvosi tudományt tanulmányozni óhajták. Az első orosz nők voltak. A XIII-dik századig az orosz nőket teljes szolgátságban tartották. Oroszország, mint Ázsia főszoomszédja, nem tudta magát kivonni a keleti befolyás alól. A nők itt oktatásban nem részesültek, személyük teljesen az atya vagy férj hatalmában állott. II. Katalin tett ugyan valamit a nők nevelése érdekében, a mennyiben intézetet állított fel kisasszonyok számára, de a tanítás itt is sok kívánni valót hagyott hátra.

Reform a tanítás terén csak 1857-ben állott be, mikor is a császárnő, nénye Pavlovna Helenával együtt, Szent-Pétervártól lyceumot alapított fiatal leányok számára. Az új lyceum programja egyenlő volt a fiúlyceuméval és a bennök nyújtott oktatás komoly irányú. Ezen iskolát végzett nőket a szent-pétervári tanárok a kormány ellenzése dacára az egyetemre becsátották s szabad előadásokat tartottak nekik a magasabb tudományokból. Azon nők, kik orvosokká akartak lenni, a hadügy-minister engedelmével be is fejezhatték tanulmányaikat. Így ajánlotta fel *Roudnevané*-nak a szentpétervári orvos-sebészeti akadémia az orvos-doktori diplomát 1868-ban. Utána még *Souslova Nadedja* asszony foglalkozott orvosi tanulmányokkal, melyeket azonban be nem fejezhetett, miután az orosz állam tekintélyei nem tűrték az újítást, sőt 1862-ben még a nők számára tartott szabad előadásokat is beszüntették. Ezért egy fiatal orosz nő, ki orvosi pályára akart lépni, 1864-ben a szabad országnak nevezett Svájcba utazott és itt a zürichi egyetem tanácsához folyamodott az iránt, hogy a természettudományi, anatómiai és histológiai előadásokat hallgathassa. Ez ügyben a zürichi tanács a közoktatásügyi ministerhez fordult, kinék ellenvetése erre nézve nem lévén, a kérelem kedvezően intéztetett el.

Európa tehát nem állhatott többé ellent a nők orvosi képzésének. A tanács utóbb feltette a kérdést, nem-e lehetne a nőket általában az egyetemre becsátani. Majd bizottságot állítottak össze, mely ethikai, aesthetikai és sociális szempontokból kiindulva tárgyalta e kérdést és megállapodott abban, hogy minden egyes folyamodó nőnek megengedi az egyetem látogatását, bár véglegesen még nem dönt ez ügyben. Egy ideig *Souslova Nadedja* volt az egyedüli nő, ki a zürichi egyetemre való beiktatása után eredményesen tette le vizsgáit és orvos-doktori diplomával tért vissza Oroszországba. Példáját eleinte csak kevesen követték, úgy hogy 1867—1868-ban egy orosz és két angol nő volt csupán a zürichi egyetemen; 1868-ban számuk 5-re szaporodott (2 orosz, 3 angol); 1868—1869-ben 3 orosz, 3 angol, 1 amerikai és 1 svájci hallgató volt. Tanulmányaikat vala-

mennyien befejezték. 25 nő közül, kik 1869-ben hallgatták az előadásokat, csak 3 végzett és utazott vissza diplomájával hazájába. Számuk később egyre növekszik és 1871—1872-ben 52 hallgató nő iratkozott be, kik közül 44 orosz, 2 svájci, 3 német és 2 angol nő volt. A férfi orvostanhallgatók részéről semmi ellenségeskedést sem tapasztaltak, úgy hogy 1870-ben a würzburgi egyetem senatusának abbéli kérdésére, vajjon a szociális illem-szabályok nem szenvedtek-e azáltal, hogy férfiak és nők közösen hallgatták az előadásokat s nem sértik-e a női szeméremérzetet egyes kísérletek: a zürichi egyetem teljes megnyugtató választ adott. Pár évvel később a zürichi egyetem élettan tanára Hermann dr. egy röpiratban „Das Frauenstudium und die Interessen der Hochschule“ igen kedvezően nyilatkozik a nők egyetemi magaviseletéről, komoly törekvéseikről és elért eredményeikről. — Ebben az időszakban majdnem az összes svájci kantonok tanárai a mellett szavaztak, hogy a nők államvizsgát tehessenek, mi tudniillik Svájcban az orvosi gyakorlat folytatásához elengedhetetlen kellék. E határozat alapján kezdetben gyakorlatot *Vögtlin-Heim* asszony, az első svájci orvosnő, ki az államvizsgát kitűnő eredménnyel tette le. Hogy megkönnyítsék azon nőknek is a studiumot, kiknek nincsen kellő előképzettségük, egy felvételi vizsga kötelezettségét vezették be. Midőn a második orvosnő, *Morgan* kisasszony is elnyerte a diplomát, jeles tanárok, mint *Rose* és *Biermer*, igen hízogően nyilatkoztak a nők képességeiről. E nők tényleg érdemeseknek mutatkoztak tanáraik dícséretére. *Souslova* asszony Szent-Pétervárott üz orvosi gyakorlatot s nagy praxisa van; *Morgan* kisasszony egy londoni kórházban működik.

Vögtlin-Heim asszony a *Biermer* tanár assistense lett, kinél kötelességtudásával nagy elismerésre tett szert.

1893 felé megesökkent kissé a női orvostanhallgatók száma Zürichben, mert egy pár exaltált orosz nőnek, kik nyilvános forradalmi vitatkozásokban vettek részt, egy csári ukáz megtiltotta a Svájcban megkezdett tanulmányaik folytatását. Számuk ismét csak 1886 felé növekszik.

Csakhamar találkozunk Bernben, Lausanneben és Genfben is orvosnőkkel. Svájc tehát nagy szerepet játszott az európai orvosnők történetében. Példáját gyorsan követte Páris, szintén megnyitván a nők számára orvosi facultását.

Franciaország.

A zürichi egyetemnek a nőkkel szemben elfoglalt álláspontján okulva a párisi facultás is tanulmányozni kezdte a kérdést. És miután Franciaország egyetlen törvénye sem ellenzi a nők kiképzését és miután a tanárok legnagyobb részének véleménye kedvező volt e tekintetben, nehézséget csupán a formalitások okoztak, mint érettségi bizonyítványok stb., szóval az az előképzettség kimutatása, mit fihallgatóktól is megkivántak.

A párisi orvoskari testületnél már jórészt folyamatban volt a kérdés, mikor 1866. és 1868-ban néhány nő ama kívánsággal állott elő, hogy orvosokká óhajtsák kiképezni magukat. Mint első, ki lépéseket tett az engedélyért 1866-ban *Brès Madeleine* asszony volt. Ekkor azt a feleletet kapta Wurtz dékántól, hogy a szabályokban megkivánt bizonyítvány felmutatása esetén szívesen bocsátják őt az egyetemre. És mikor 1868-ban az előirt érettségi bizonyítvánnyal jelentkezett, már megelőzte őt pár hónappal 3 idegen: 1 amerikai miss *Putnam*, 1 angol miss *Garrett* és 1 orosz *Gontcharoff* k. a., kik mindhármán egyenértékű idegen bizonyítványokkal bírtak.

Az orvosnőket illető akkori nyilvános véleményről jó fogalmat nyújt *Gaël* asszony könyve „az orvosnő“. Szerző sokat küzd a közönség, főleg pedig az orvosi publikum különböző előítéleteivel; ostromolja nézeteiket, ráczáfol a hibás argumentumokra és bebizonyítja az orvosnői kérdés ellenzőjének, *Duval* Gyulának, hogy az orvosi hivatás kevésbé vonja el a nőt a családtól, mint bármely más, például az üzleti vagy tanítónői stb. foglalkozása a nőknek.

De akadtak orvosok is, kik elvetették az előítéleteket. És fel kell tennünk, hogy ezen ideák elég elterjedtek voltak, mert 1868-tól kezdve egyre gyarapszik az orvostanhallgatóknak száma úgy Franciaországban, mint Svájcban és az Egyesült Államokban.

Párisban 1868-tól 1888-ig 117 női hallgató járt orvostani előadásokra, kik közül 35-en nyertek diplomát.

Ime a négy első női dissertationnak tárgya s szerzőik neve: 1870-ben *Garret* k. a. a migrainról; 1871-ben *Putnam* k. a. a kövérségről; 1875-ben *Brès* asszony az emlőről és szoptatásról; 1876-ban *Ribardné* a szem drainezéséről irtak.

Párisban, az orvosi évkönyv szerint, 1888-ban 11 orvosnő volt, kik közül 4 vegyes praxist üzött, 1 szájbetegségeket kezelte, 4 női és gyermekbajokat gyógyított, 2 speciálisan terhes nőkkel foglalkozott. Több nő gyakorolt vidéken, így *Ribard* asszony is.

És hogy a francia orvosnők hivatásuk magaslatán állottak, példa rá *Brès* asszony. 1870-ben ugyanis a háború kitörése alkalmával, dacára annak, hogy tanulmányait még be sem fejezte s hogy három gyermek anyja volt, mégis kórházi szolgálatot vállalt, és így az egész ostrom alatt a Pitié-kórházban lakott, lelkiismeretesen teljesítve szolgálatát. *Broca* tanár, a kórház igazgatója s a többi tanárok közül *Gavarret*, *Sappey*, *Lorain* és *Wurtz* a legelismerőbbben nyilatkoztak ténykedéséről.

Mindazonáltal ama kérelmét, hogy az externisták versenyén résztvehessen, visszautasították olyan megokolással, hogy ezt általánosságban úgy sem engedhetnék meg a nőknek.

E határozat azonban csak 1882-ig maradt érvényben, mikor is a nők ismételt kérelmezését megúnva, megengedték nekik, hogy pályázhassanak az externátusokra.

Új szerepükben a nők főnökeik megelégedését mindig kivívták, úgy hogy az administrationnak nem volt oka megbánni az engedélyt.

Később az internátushoz való hozzábocsáttatásért is folyamodtak a nők, még pedig több ízben, de mindannyiszor eredménytelenül. Kedvezően csak 1885-ben határoztak ez ügyben. A pályázók ekkor *Klumpke* és *Edwards* kisasszonyok voltak, kik mindketten elérték e fokot. Az internátusba jutott ezen első két nő a tudományos törekvés magaslatán állott. *Klumpke* kisasszony egész lélekkel dolgozott *Balzer* igazgató vezetése alatt és kutatásokat csinált az oldhatlan higanykészítmények bőr alá fecskendezését illetőleg. Hét évvel később, mint doctor, férjével *Déjerine* tanárral közösen adott ki egy terjedelmes munkát „*Embryogenia, Hystogenesia és az agy anatómiai histológiája*“ czímen.

Edwards Blanka kisasszony 1899-ben közölt egy cikket a „salpingitis“ről, majd két másikat „a scarlatina“ s „gyermeknek infectious betegségeinek prophylaxisáról“. 1889-ben mutatta be dissertationját a párisi facultás előtt, mely „Hemiplégia, egynéhány ideges bántalomnál“ címet viselte.

De az internátus fölé emelkedni még ma sincs megengedve a nőknek. Ki vannak zárva egyszersmind más, felsőbb versenyből is.

Különben a francia orvosnők élete elég kedélyesen folyt le. Tisztán hivatásuknak szentelve magukat, nem sok nehézséggel kellett küzdeniök.

1888-ban Párisban 11 orvosnő volt. Idővel megbízták a nőket bizonyos hivatalos teendőkkel is. Így *Sarrante* asszony helyettes orvosa az operának; *Bertillon* asszonyt egy párisi gymnasium orvosává nevezték ki.

Ilyen volt a francia orvosnők helyzete 1890 körül. Minden azt látszott bizonyítani, hogy az a következő években még csak javulni fog.

Angolország.

Angliában a nőknek az orvosi tudományokhoz való hozzábocsátása nem ment oly egyszerűen, mint Svájc és Franciaországban. Láttuk a viszonyokat Angliában 1853-ban *Blackwell* Emilia letelepedésekor. A nyilvános vélemény még ekkor túlságosan ellenséges volt az orvosnőkkel szemben. És nem látszott valószínűnek, hogy *Blackwell* kisasszony csak valamelyes sikerre is számíthasson. Elannyira, hogy csak tíz évvel később akadt újból vállalkozó *Garrett* kisasszony személyében, ki az orvosi tudomány terén szerencsét próbált. Ő a *Blackwell* Erzsébet befolyása alatt állott, kivel 1858-ban annak Angliában való tartózkodásakor ismerkedett meg. Egyetlen orvosi iskola sem akarta *Garrett* kisasszonyt tanítványai közé sorozni. S hogy mégis el-sajátíthasson némi orvosi ismereteket: ápolónői, majd bábai vizsgát tett és utóbb külön órákat vett az orvosi tudományból. Készültsége Londonban, 1865-ben mégis csak orvosi diplomához

segítette. Majd ismeretei kibővítésének céljából Párisba utazott, s mint tudjuk, itt is letette sorjában vizsgáit. 1870-ben Angliába visszatértekor, már egy másik orvosnőt talált itt, *Morgan Françoise* kisasszonyt Zürichből, ki tanulmányait ugyan Londonban kezdte meg két másik collegájával, de nem fejezhette be, miután eredményesen letett vizsgájuk protectoraikat arra indította, hogy megvonták tőlük az engedélyt a tovább tanulásra. Félték ugyanis attól, hogy ezentúl majd tömegesen tódulnak a hölgyek az orvosi pályára. Így került ki Morgan Françoise Zürichbe, hova őt csakhamar többen is követték. Fiatalabbak azonban addig kopogtattak az angol egyetemek ajtaján, míg végre az ecossi egyetem beoecostotta őket 1869-ben. *Blake Jex* volt az első egyike, ki ezt elérte. Vele együtt még négy más hölgy is letette a felvételi vizsgát s beiratkozhatott az egyetemi előadásokra, ám csak azokra, melyeket specialisan a nők számára jelöltek ki. Mikor alapvizsgáik után a nők ama kijelentéssel állottak elő, hogy a kórházakat is óhajtják látogatni s nem csak könyvekből tanulni: a férfi-hallgatók magaviselete velük szemben igen megváltozott. Az eddig udvarias collegák, goromba ellenségek lettek. Egyébként ők nem voltak egyedül; több tanár és orvos bátorította őket. Az egész dolog alapját a kenyérgkérdés képezte. Elvégre orvosi tanulmányokat tenni kórházak látogatása nélkül lehetetlen. A nők kérelmezését e téren nagy emberek támogatták, mint Darwin, Galton, Huxley, Tyndall stb. És így a nők végre is kivitték, hogy kórházakat látogathassanak, bár megszorítással, a mennyiben csak azokon az osztályokon jelenhettek meg, melyeket főnökük számukra kijelölt és csak azon időkben, mikor a férfi-hallgatók távol voltak. Főnökük elég előzékeny volt, két visitet tartott: egyet férfiak és egyet a nők részére. Hátra volt még a diploma kérdése, miről hallani sem akartak és azért *Blake Jex* és barátnői a diploma elnyerése végett kénytelenek voltak a Svájcba menni. Ezért 1877-ben, a legelőkelőbb londoni nők és legmagasabb politikai rangú férfiak társulatát alakították ama célból, hogy a nőknek egy teljes orvosi iskolát nyissanak. Még ugyanez évben meg is nyitották az iskolát Londonban. Huszonhárom nő iratkozott be egyszerre. Az előadások három éven keresztül tisztán theoretikusak voltak, miután egyetlen kórház sem állott rendelkezésükre, kivéve azt az egyet, melyet *Garrett* kisasszony vezetett. Egy ideig *Garrett* kisasszony egyedül dolgozott az ő kórházában, majd később, mikor új angol orvosnők jöttek a Svájcából, felajánlott nekik helyeket maga mellett, egyszersmind nagyobbítva is kórházát.

Az egyetemi tanács 1878-ban sok vitatkozás után elhatározta, hogy a nőket az egyetemi vizsgákhoz bocsátja. Az egyetem ezentúl a nőknek ugyanazon fok elérését engedélyezte, mint a férfiaknak. Ezzel a női kérdés Angliában be lett fejezve. Ez időtől az orvosnők száma egyre növekszik Angliában s az általuk vezetett kórházak megsaporodnak. 1874-től 1882-ig 100 hallgatónő volt. 1882—83-dik tanévben 40 nő iratkozott be, közülük *Prideaux* kisasszony a londoni egyetemen arany érmet nyert anatómiai tudása révén.

Az angol női orvosi iskolában az oktatásra szánt erő, ép úgy férfiak, mint nőkből voltak összeállítva, Hasonló ilyen intézetet nyitott Edinburghban *Blake Jex* 1886-ban. Nagy Britanniában az angol orvosnők száma egyre gyarapszik, 1883-ban hét kórházának nők a vezetői.

Később a nyilvános vélemény mindinkább kedvezőbb lett a nőkkel szemben; ellenségesen csupán az orvosi egyletek viselkedtek még sokáig. De az angol orvosnők már ezzel nem törődtek és megalapították saját egyleteiket, melynek első tagjai: *Blackwell* Erzsébet, *Garrett*, *Anderson*, *Blake Jex*, *Backer*, *Clark* stb. stb. kisasszonyok; a tagok annyira megsaporodtak csakhamar, hogy már 1890-ben hetven a számuk. Szóval, 1890 körül az angol orvosnőket illető viszonyok kitünőek.

A nőknek felsőbb kiképzetésük elé sehol Európában nem gördítettek annyi akadályt, mint épen Angliában, de az orvosnők győzelme nem is volt sehol oly fényes.

Oroszország.

A szentpétervári előadások beszüntetése után sem vesztették el bátorságukat az orosz nők. *Conradi* asszonnyal élükön, bizottságot alakítottak s 1864-ben kérelmet nyújtottak be Orosz-

ország orvosai és természettudósai első congressusához a főiskoláknak a nők előtt újból való megnyitása iránt. Bár e petitio kedvező fogadtatásra talált és bár fel is terjesztetett a közoktatásügyi miniszterhez, mégis három év telt el, a nélkül, hogy döntés történt volna. 1870-ben *Conradi* asszony azt az értesítést kapta, hogy megengedik ugyan a nőknek az orosz irodalom, valamint a természettudományok művelését, de azzal a megszorítással, hogy tanulmányaik két évnél tovább nem tarthatnak.

Ezzel ugyanis lehetetlenné akarták tenni a nők alaposabb kiképzését. Csak 1872-ben sikerült a nőknek többszöri kérelmezésükre elérniük azt, hogy a katonai orvosi iskola előadásaira beiratkozhattak. (Szent-Pétervárott nincs orvosi facultás, csak katonai orvosi iskola.) Ám ez csak bábák részére akart felsőbb oktatás lenni, a melyhez mindazonáltal érettségi bizonyítványt, szülői beleegyezést, legalább húsz éves kort és erkölcsi bizonyítványt kívántak meg. Összesen százkilenc jelentkező volt, kik közül azonban, hely hiányában, csak kilencvenet fogadtak el.

Az előadásokat a katonai orvosi iskolában ugyanazon program szerint, ugyanazon tanerők, de a férfi-hallgatóktól elkülönítve tartották. Rengeteg sok kicsinyes szabályt irtak elő a női hallgatóknak, úgy magaviseletüket, mint ruházatukat illetőleg. Mindezek dacára szorgalmasan látogatták az előadásokat s oly fényes eredménnyel állották ki vizsgáikat, hogy a kormány indítatva érezte magát nekik öt évi teljes tanulmányidőt engedélyezni ép úgy, mint a férfiaknak és e cursust többé nem „Felsőbb oktatás bábák részére” ezímen hirdette, hanem mint „Előadásokat az orvosi tudományból nők részére”. Elismerést érdemlő szorgalommal dolgoztak a nők, bár nagy részének a megélhetés gondjaival is kellett küzdenie. Közvetlenül a zárvizsgáik előtt tört ki a háború Törökország ellen s miután kevés volt az orvos, a nők is felajánlották segítségüket; közülök huszonötöt be is osztottak a hadsereg sebészi szolgálatára. Tanáraik felügyelete mellett a legkomolyabb operatiókat végezték a nők a csatatéren, mint amputatiókat, vállkiizésítéseket stb. II. Sándor cár a kórházak látogatása alkalmával dicséretekkel halmozta el őket és önfeláldozó munkásságukért rubinnal díszített szent György-érdemrendeket osztott szét köztük. A háború után valamennyien fényes eredménnyel vizsgáztak le. II. Sándor cár megengedte, hogy az „orvos” címet viselhessék s hogy hivatásukat gyakorolhassák. Később kórházakban is nyertek alkalmazást, hol törekvésükkel collegáik és a nyilvánosság bizalmát érdemelték ki. S dacára annak, hogy a nők, mint orvosok Oroszországban minden kíváncsolomnak megfelelték, mégis 1882-ben beszüntették a nők részére tartott orvosi előadásokat. Elhatározták, hogy újabb hallgatónőket fel nem vesznek, csak a régieknek engedik meg tanulmányaik befejezését. A közvélemény hiába igyekezett meglehangú cikkeivel védelmezni a nőket és elítélni ez eljárást, az új hadügyminiszter, *Wannowsky* nem tágitott. Ő összeférhetlennek találta a hadügyministerséggel, hogy fiatal leányok nevelésével foglalkozzék. Természetesen megfeledezett arról, hogy mit köszönhetett a hadsereg a nőknek háboruk alkalmával.

Ama tíz év alatt, melyben a nőknek meg volt engedve az orvostudományok művelése, 1091 nő vett részt az előadásokon, kik közül 80 férjezett, 9 özvegy s 222 hajadon volt. Összesen 700-an fejezték be tanulmányaikat s nyertek doktori diplomát. E nők az egész országban elszórva gyakorolták hivatásukat teljes odaadással, még az epidemiák idején is. Több tanár sürgette a nők részére tartott orvosi előadások újból való megnyitását, a mit azonban csak jóval később, az utolsó tizenegy esztendőben értek el a nagy közönség közreműködése útján.

Orvosnők egy néhány más országban.

Európa többi országainak nagy része, minden nagyobb vitatkozás nélkül megengedi a nőknek, hogy az orvosi pályára lépjenek.

Belgiumban a nők egyetemre való jutásának kérdése először 1875-ben lett felvetve *Delcour* belügyminiszter által. De csak 1881-ben döntöttek felette véglegesen, még pedig kedvezően. Három hallgatónő volt eleinte; 1882-ben már öt nő iratkozott be; 1883-ban számuk több mint kétszerese az előző esztendőnek.

A nőknek az orvosgyakorlat üzésére az 1890-ben hozott törvény ad engedélyt.

Hollandiában az orvosi egyetem 1870-ben nyílt meg a nők számára. Az első hollandiai orvosnő *Jacobs Alette Henriette* asszony, ki 1879-ben telepedett le Amsterdamban mint nőorvos és gyermekspecialista. Ez országban a nőhallgatók száma csak korlátozott.

Olaszországban 1875 óta iratkozhatnak be a nők az egyetemre a férfaitól is megkivánt előképzés kimutatása mellett. És miután Olaszországban a nőket ilyen vizsgára igen kevés intézet készíti elő, a számuk az egyetemen is igen csekély. Mindezek dacára 1870-től 1890-ig tíz nő nyert orvosi diplomát Olaszországban. Az első orvosnő, *Catani Giuseppina* 1884-ben Bolognában az általános kórtan magántanára lett.

Svédországban 1870-ben önként adták meg a nőknek az engedélyt az egyetemi tanulmányokhoz. Az első orvosnő *Widerstrom Carolina* kisasszony volt.

Dániában az összes facultások előadásaira 1875 óta iratkozhattak be nők is.

Finnországban 1879-ben léptek először orvosi pályára. 1882-ben *Pleike Rossing* kisasszony 700 lakos kérelmezésére városi orvos lett Helsingforsban.

Lengyelország, politikai függetlenségétől bár megfosztva, mégis igen előrehaladott civilisationnak örvendett; törvényei soha sem elleneztek a nők tanulmányait és így a XIX-ik század első felében a lengyel *Colomb Mária* orvosnővé lehetett. Ugyancsak lengyel nők *Blackwell Emilia* és *Erzsébet*, valamint *Zakrzewska dr.* kisasszonyok is. Később, Lengyelország felosztása után, megvonták a nőktől a magasabb kiképzetés jogát s így ez időtől a lengyel nők kénytelenek voltak tanulmányaikat Svájcban és Franciaországban folytatni.

Jelenleg nagy a lengyel orvosnők száma, csak hogy miután az orosz kormány megfosztotta őket a nyilvános vizsga jogától, nagy részük nem üzhet orvosi gyakorlatot, kivéve, ha expatriáltatta magát s idegenben él. Ily lengyel orvosnők vannak Párisban, Svájcban, még Egyptomban is.

Az első Zürichben végzett lengyel orvosnő, *Tomaszevicz Anna*, 1877-ben nyert oklevelet. Ujból vizsgázott Pétervárott s 1879-ben Varsóban telepedett le, hol szép eredménnyel működik.

Dissertatiojának címe: „Beiträge zur Physiologie des Ohrlabyrinths“. Zürich. Munkát írt a chloral hatásáról, valamint az izomizgalom növeléséről.

Portugáliában 1886-ban kerülnek a nők az orvosi egyetemre.

Spanyolországban, hol az 1882-diki királyi rendelet megtagadja az engedélyt a nők magasabb kiképzetésére, mégis van egy orvosnő, *Pilar Jauregui* asszony ki Barcelonában nyert doctori diplomát.

Mexikóban 1887-ben lett orvosnő *Montoga Mathild* kisasszony.

Az első hindu nő, *Joshee Anandibai*, 1886-ban lett doctorrá Philadelphiában. Dissertatioja a hindu szülészetről szól. Indiában egy kórház vezetésével bízott meg, de mellbetegsége meggátolta őt hivatása gyakorlásában s csakhamar meghalt.

A nők történetének utolsó tíz éve.

Ausztria és Magyarország.

Az utolsó tíz évben három esemény uralja az orvosnők történetét, úgymint: Ausztria és Magyarország nőinek az egyetemre való bocsátása; a női kérdés tetemes haladása Németországban; s a nőknek tartott orvosi előadások újra megnyitása Oroszországban.

Ausztria és Magyarország egész 1890-ig teljesen elzárkózott az orvosnők előtt. Az egyetemi előadásokat nem látogathatták nők s miután érettségi vizsgát sem tehettek, minden tudományos pálya zárva volt előttük. 1890 körül azonban változás állott be e téren, mely nagyrészt Bosznia occupatiojának volt köszönhető. Tudvalévő, hogy Bosznia vad terület volt az occupatio előtt; ma, Kállay minster atyai gondoskodása folytán, úgy socialis, mint oeconomic tekintetben gyors változáson ment keresztül.

Boszniának népe főleg szláv eredetű; vallásukat illetőleg pedig: mohamedánok, katolikusok és orthodoxok. A vallási különbség hozta létre a különbséget köztük úgy az életben, mint a hygienikus szempontokban, szabályokban, szokásaikban és erkölcsükben. A katolikusok indolentiájuk s sorsukba való megadásuk által tűnnek ki; az orthodoxok, kikhez főleg a középosztály tartozik, energikus, komoly típus, de száraz és bizalmatlan.

A mohamedánok nagyrészt vagy kereskedők, vagy munkások; szegény s gazdag egyaránt megőrzi csendes méltóságát, melancolikus vérmérsékletű és erősen ragaszkodik a tradíciókhoz. Erkölcsüknek különlegességei különösen felhívták Ausztria-Magyarország figyelmét e népre. A mohamedán vallás ugyanis nem engedi meg a nőknek, hogy férfi előtt mutakozzék s e tekintetben még az orvos sem tesz kivételt. Ez a socialis hygienia terén természetesen szomorú következményekkel jár. A fiatal muzulman 13 éves korában házasodik, a nélkül, hogy feleségét előzőleg ismerte volna; irás, olvasás ismeretlen előttük és teljesen izolálva élnek a külvilágtól.

A nő fiatalon megy keresztül szülésen, melynél bába nincs jelen. És ha a szülés nem követ physiologikus menetet: anya, gyermek elhal, vagy legjobb esetben chronikus méh baj az eredmény. Az anya két-három évig szoptatja gyermekét; ha újból grávida lesz, akárhányszor a nagyanya veszi át a szoptatást, időről időre emlőjét nyújtva unokájának. Ezen prolongált szoptatás miatt anya és gyermek fejlődésükben visszamaradnak. Az anya anaemiás vagy osteomalaciás lesz; a gyermek gyakran rhachitikus.

A nők üllő életmódja, lakásaik rossz szellőzése, a kávé és dohány mértéktelen élvezete okozzák a mohamedán asszonyok vérszegénységét és idegességét. Beteg feleségét férje inkább meghalni hagyja, sem hogy orvost hívna hozzá. Az is igaz, hogy könnyen vigasztalódik a férj s megcsik, hogy tíz nappal felesége halála után már újból házas. Kállay e szomorú állapotokat nem hagyhatta ennyiben s a mint Bosznia occupatioja be lett fejezve: a boszniai muzulman asszonyok érdekében pályázatot hirdetett az idegen egyetemeken egy Boszniában létesítendő orvosnői állásra. A legelső, ki ez állást elfoglalta, a lengyel *Krajewskané szül. Kosmowska* volt.

Krajewskané a varsói leánygymnasiumban a matematikát tanította eleinte és csak 1880-ban, férje halála után utazott Genf-be, hol egyetemi tanulmányait végezve, 1892-ben írta meg dissertatioját, melynek címe: „Physiologiai kísérletek a degeneratio reactioja felől“. E munkával 500 francos díjat nyert.

Boszniában mint hivatalos orvos Dolnja-Tuzlába neveztetett ki s innen kellett a kerületéhez tartozó kisebb községeket bejárnia. Neki, mint nőnek, szabad bejárata volt a háremekbe, hol ő nemcsak mint orvos szerepelt, hanem igyekezett befolyást gyakorolni e minden civilisatiótól elmaradt mohamedán asszonyok életmódjára és gyermekeik nevelésére is.

1898-ban *Keck* kisasszony is nyert hasonló állást Mostarban. *Keck* kisasszony Prágában született német szülőktől. Ő volt az első nő, ki Csehországban érettségi vizsgát tett; orvosi tanulmányait Zürichben végezte és mint *Krajewskané* asszony, nemcsak orvosi gyakorlatra szorítkozott, hanem feladatul tűzte ki a muzulman nők morális niveaujának emelését is, írásra, olvasásra oktatva őket.

Boszniában az orvosnők száma csakhamar megnövekedett; a társadalom nagyon is belátta szükséges voltukat. Az osztrák kormány mindazonáltal nem gondoskodott saját leányainak a kiképzéséről. A nőknek maguknak kellett itt közbenjárniok. Különböző nemzetiségekhez tartozván, különböző egyleteket alapítottak leánygymnasiumok nyitása céljából. A legelső kísérlet a csehek-től indult ki; példájukat követték Bécsben, hol szintén leánylyceumokat alapítottak. A galicziai lengyelek szintén létesítettek két leánygymnasiumot.

A bécsi egyetem tanácsa csak 1895-ben kezdett a női kérdéssel foglalkozni. Hatalmas ellenzőre talált azonban *Albert* sebész-tanárban. A viszonyok itt csak 1896-ban változtak meg, mire döntő befolyással kétségtelenül az birt, hogy Magyarországon *Wlassics* minster már 1895-ben megengedte a nőknek az orvosi facultásra való beiratkozást, valamint az orvosi gyakorlat üzését. Azoknak pedig, kik külföldön végeztek, megengedte, hogy bizonyítványaikat nostrifikáltassák. Így nostrifikáltatta Pesten 1896-ban,

mint első orvosnő zürichi diplomáját *Hugonnay Vilma grófnő férjezett Wartha Vinczéné*.

1896-ban az osztrák közoktatástügyi miniszter határozata szintén elismeri az orvosnői diplomákat, ha azok nostrifikálva vannak. Az első nostrifikációt Bécsben *Possauer* kisasszony diplomája érte meg, melyet ő Zürichben szerzett.

Ausztriában véglegesen csak 1897-ben engedték meg a nőknek, hogy az orvosi és philosophiai facultás előadásait látogathassák.

Németország.

Németországban, mint már említettük, az 1848-diki évvel kezdődik a feminista-mozgalom új időszaka. Különböző női egyesületek, újságok, mint a „*Frauenzeitung*“, tisztán a nők érdekeivel foglalkozva, főleg a felett elégedetlenkedtek, hogy a nők helyzete a családban, államban nem megfelelő a socialis viszonyoknak.

A vagyontalan fiatal leányok sorsa foglalkoztatta őket sokat, ezek tudniillik férjhez nem mehettek s saját munkájukra voltak utalva. A férjhez nem ment leányok kérdése már körülbelül húsz év óta foglalkoztatja Németországot; ötven millió ember közül huszonhat millió a nő; ilyen körülmények között egy bizonyos számú nő nem kap férjet Németországban. És ezért indult meg a középosztály női között a nagy feminista-mozgalom, mely ötven év alatt kiterjedésben nyert és nagy erősségét képezi az országnak.

Lette több ízben emelt szót illetékes helyen a nők érdekében s 1866-ban egy egyesület alapított, melyet nevével „*Letteverein*“-nak hívnak s mely nagy szerepet játszik a német feminizmus történetében. Célja a nőket a legkülönbözőbb téren kiképezni és nekik megélhetést teremteni.

Már 1865-ben megtette a lépéseket a nők magasabb kiképzetése érdekében. Majd egy újabb egyesület, a „*Frauenbildungsreform*“ is támogatja törekvéseiben. Petíciók egész halmaza intéztetett Németország különböző államaihoz, melyekben gymnasiumokat, egyetemeket, polytechnikumot kértek a nők számára. E mellett az „*Allgemeiner deutscher Frauenverein*“ szintén küldött hasonló kérelmeket. Ezek a kérelmezések és sürgetések még igen sokszor ismétlődtek s képezték is több ízben megbeszélés tárgyát a parlamentekben, mégis csak akkor vezetett eredményre, mikor a nők már maguk állították fel gymnasiumaikat s mikor példák száltak már a mellett, hogy a nők az orvosi pályán beválnak. Példát erre *Tiburtius Franziska* dr. és *Schmus* dr. kisasszonyok szolgáltattak; mindkettő Zürichben végzett és 1877-ben Berlinben letelepedve, külön klinikát nyitottak meg nők részére, melyet sok eredménnyel vezettek és vezetnek még ma is. 1890-ben *Blum Agnes* dr. kisasszony csatlakozott hozzájuk.

Klinikájukon 1875-től 1897-ig 16,929 nő keresett orvosi segítyt. Berlinben új orvosi gyakorlatot kezdett meg *Hacker Agnes* dr. kisasszony is, ki a publikum bizalmát nagy mértékben bírja. Azonkívül még hat nő praktizál jelenleg Berlinben. Majna mellett Frankfurtban *Winthertaler* dr. kisasszony működik mint orvos s azonkívül még két nő. Lipcsében, Drezdában szintén vannak orvosnők.

Ez orvosnők mindaddig minden különösebb engedély nélkül üzhették orvosi gyakorlatukat, mint a hogy azt Németországban bárki megteheti, a nélkül, hogy tényleg orvos lenne. Csupán hivatalos teendők elintézése nincs jogukban.

Vége is a sok reclamatio 1897 felé eredményre látszik vezetni. Németország különböző orvosi facultásainak tanárai, mind a nők mellett szavaztak, kivéve *Bergmann* és *Mendel* professorokat.

A müncheni egyetem gynaeologiai intézetének igazgatója, *Winckel* tanár még nyilvánosan is sikra száll a nők érdekében. Megemlíti, hogy klinikáján több mint negyven, különböző nemzetiségű orvosnőt alkalmazott assistensi minőségben és minden tekintetben meg volt velük elégedve. Szerinte az orvosnők odaadók, lelkiismeretesek, tudnivágók, szorgalmasak, méltók minden tiszteletre s teljesen egyenértékűek a férfi-orvosokkal. További sorsukról is beszámol és elmondja, hogy a nők hazájukba visszatérve, közülök sokan kórházi állásokat kaptak; mások jó clientelával dicsekszenek; vannak, kik férjhez mentek s nem foly-

tatják a gyakorlatot; csupán egy nő van a negyven közül, ki nem is üzött orvosi gyakorlatot.

Jórészt *Winckel* tanár e kedvező véleményének köszönhető, hogy 1898-ban a német egyetemek legnagyobb része kísérlet címen megnyílik a nők előtt. 1899-ben már 160 nő iratkozott be a berlini egyetemre. Ugyanez évben megengedték a nőknek az idegenben szerzett diplomáik nostrifikálását is.

Mindazonáltal jelenleg is csak rendkívüli hallgatók a nők és nincsenek biztosítva a jövőt illetőleg. 1899–1900-ban 406 hallgató volt Németországban, magában Berlinben több mint 200.

Strassburgban rendes hallgatók először 1900-ban lehettek a nők. A heidelbergi egyetem fogadta legkedvezőbben a nőket. Most már csak idők kérdése, hogy a nők Németország összes egyetemein, főleg az orvosi facultáson rendes hallgatók lehessenek.

Oroszország.

Oroszországban a nők részére tartott orvosi előadások beszüntetése egy csomó kérvény és ajánlat benyújtását vonta maga után; sok időn át azonban teljesen eredménytelenül. Csak mikor 1890-ben a szent-pétervári község-tanács évi 15,000 rubelt és 1895-ben egy nemeslelkű adakozónő 12,000 rubel évi járadékot ajánlott fel a közoktatástügyi miniszternek egy női orvosi intézet létesítésére, határozottatott el végleg egy ily iskola felállítása.

1897-ben meg is nyitották Szent-Pétervárott a női orvosi intézetet. A felvétel feltételei a következők: 21 és 35 év közötti kor. Nem orthodox vallású a hallgató nőknek legfeljebb 50%-a, zsidó legfeljebb 30%-a lehet. Születési bizonyítvány, büntetlen politikai előéletükről szóló bizonyítvány, curriculum vitae, két arcképpel és aláírással, leánygymnasiumi bizonyítvány és külön bizonyítvány a latin nyelvből felmutatandók. Beíratási díj fél-évenként 50 rubel. Az intézetben internátus is van, melyben 120 egyén egyenként 300 rubelért teljes ellátásban részesül.

Az intézet egy külön, a hygiene szabályainak megfelelő épületbe van elhelyezve s fel van szerelve a szükséges laboratoriumokkal. 1898-ban az internátusnak 80 lakója volt. Igazgatója az intézetnek *Anerépe* dr.

Csak azon orvosnőkről akarunk még szólni, kik az utóbbi tíz esztendőben nostrifikáltatták idegen diplomájukat s vidéken üznek orvosi gyakorlatot. A vidéken letelepedett orvosnőket nagyon jól jellemzi *Erismann* tanár a következőkben: „A vidéken letelepedett orvosnők bizonyítékát adták annak, hogy képesek az orvosi hivatás nehéz munkájának megfelelni. Kora reggeltől késő estig talpon vannak, távolság, rossz út vagy kellemetlen idő nem zavarják őket a betegek látogatásában. Herkulesi a munka, de a nők megadással teljesítik.“

Szent-Pétervárott sok orvosnő van, ki specialista. *Ernroth* asszony elismert kitűnő szemész. *Eltzine* asszony nagy gyakorlattal bíró orvosnő a lues és bőrbajok terén. *Poznansky* és *Philimonoff* kisasszonyoknak saját kórházuk van. Dr. *Zaliesoff* kisasszonynak massirozó intézete van. Dr. *Maliareffsky* asszony a hülyék intézetének igazgatója.

Sok orvosnő foglalkozik azonkívül socialis kérdésekkel. *Volkoff* asszony szervezte az első női egészségügyi kiállítást Oroszországban. Dr. *Chabanoff* asszony gyermekorvos és elnöknője jótékony egyesületeknek.

Az orosz orvosnőknek férficollégáikra nem lehet panaszuk, mert kifogástalanul viselkednek velük szemben.

Franciaország.

Párisban 1895 után kissé megesökkent az orvostanhallgatónők száma, részben azért, mert új szabályok megnehezítették és meghosszabbították az orvosi studiumot, részben pedig azért, mert az idegenektől francia érettségi vizsgálat letevését kívánták meg az orvosi gyakorlat üzéséhez.

1899–1900-ban 29 francia és 100 idegen orvostanhallgató volt Párisban, ezek között pedig 91 orosz és lengyel, 5 román, 2 német, 1 svájci és 1 angol.

Nancy, Lyon, Bordeaux, Montpellier, Lille, Toulouse facultásai szintén nyitva állanak a nőknek.

Nancyban 1899—1900-dik iskolaévben 8 bolgár, 1 orosz és 1 török hallgató volt. Nancyban francia hallgató soha sincs.

Franciaország többi egyetemén 4—6 az orvostanhallgató nők száma s nagy részük idegen, még pedig orosz.

Az 1900-diki orvosi évkönyv 87 orvosnőről számol be. Ezek közül 80 Párisban és a vidéken fizetett orvosi gyakorlatot, míg a többi betegsegélyző intézetet alapított s annak orvosa. Így *Landais* asszonynak van egy betegsegélyző intézete, hol nőket, gyermekeket ápolnak, van műtőtermük, kertjük, játszóhelyiségük stb.

Dylion Berta kisasszonynak saját klinikája van nőbetegek részére.

Brès asszony gyermekek számára alapított egy menedéket.

Néhányan közülök leányiskolák orvosi. Ilyen például *Tourauginné* született *Chopin* asszony. És még egy csomó más orvosnő működik hasonló szerepben.

Blanche Edwards Pilliet asszony a *Lamartine-gymnasium* orvosa, azonkívül tanár a bécetűre i ápolói és ápolónői iskolákban; férje halála óta a physiologiai tanszéket tölti be *Lariboisière*-ben; még a *Salpetrière*-ben is tart előadásokat a kötözésről.

Robinau asszony prorektor a roueni orvosi iskolában, mely állását a férfiakkal ellenében pályázat útján nyerte el.

Bonsignorio kisasszonyt a közoktatásügyi miniszter a felsőbb iskola szemorvosává nevezte ki *Sèvres*-ben.

Gaches-Barthélémy asszony az opera orvosa.

Boyer asszony 1900-ban az igazgatóság által a posta, táviró és telefon hivatalnokainak orvosává neveztetett ki.

Franciaországban a nyilvános vélemény az utolsó tíz esztendőben mindinkább kedvezőbb lett a nőkkel szemben.

Morache tanár több ízben hízelgően nyilatkozik az orvosnőről, és reméli, hogy el fog jönni az idő, mikor az orvosnőben nem excentrikus lényt látnak majd az emberek, hanem egy természetes büszke egyént, ki nem lesz kényszerítve házasságot kötni akkor, ha nem találkozik azzal a férfival, ki őt megérti.

Svájc, Anglia, Európa többi államai és Amerika.

Svájcban az orvosnők száma egyre növekszik. Az 1894—1895-diki iskolaévben 221 hallgató volt, kiknek nagy része (122) orosz- és lengyelországi, 35 svájci és 49 német.

1899—1900-ban 355 orvostanhallgató volt Svájcban; Genfben magában 115.

1900. év elején 26 orvosnő fizetett orvosi gyakorlatot Svájcban: 9 Zürichben, 6 Genfben, 1 Baselben, 1 St.-Gallenben, 2 Bernben, 1 Lausanneban, 1 Solurban és így tovább 1—1 orvosnő a többi kisebb svájci városokban.

Hogy a svájci orvosnők élete és orvosi működéséről fogalmat alkothassunk, fussuk végig röviden a következő három orvosnő: *Heim-Vögtlin* asszony és dr. *Heer* és dr. *Thilo* kisasszonyok autobiographiáját.

Heim-Vögtlin asszonynak, az első svájci orvosnőnek nevét már ismerjük. Ő 1848-ban Argovie cantonban született és otthon nevelkedett atyjánál, ki pap volt. Az orvosi hivatás iránt már kora ifjúságában érzett hajlamot; mint fiatal leány egy gyermek-kórházban ápolta betegeket. Szülei ellenzése dacára, mihelyt megnyílt a nők számára a zürichi egyetem, azonnal beiratkozott 1868-ban. Diplomát 1872-ben nyert. Dissertatioja a női genitáliák viselkedését tárgyalja a szülés alatt.

Később Lipcsébe utazott, hogy újabb tanulmányokat tehesen; azután Drezdában *Winkel* klinikáján mint orvos egy év alatt lényegesen gyarapította ismereteit.

1874-ben telepedett le Zürichben. Kellemetlensége sohasem volt, sem az előjáróság, sem pedig férficollégái részéről. 1875-ben ment férjhez a zürichi egyetem geologiai tanárához *Heim*hez. A legelőnyösebb feltételek mellett ült hét éven át orvosi gyakorlatot s főleg nőbajokkal és szüléssel foglalkozva. Családjának megszaporodása után clientelájának legnagyobb részét dr. *Heer* Anna kisasszonynak adta át.

Jelenleg az anyai és orvosi kötelesség közt osztja meg idejét.

1899-ben régi betegek orvosi működésének 25 éves évfordulóját ünnepelték meg.

Heim-Vögtlin asszony barátnője dr. *Heer* kisasszony. 1863-ban született Oltenben. Doctori diplomát Zürichben nyert 1892-ben, miután az agyalapi törésekről szóló dissertatioját közölte. Tanulmányutakat tett London, Páris, Bécs és Berlinben. Kevéssel letelepedése után annyira igénybe lett véve minden ideje, hogy kénytelen volt csupán nőbajok kezelésére és szülészeti gyakorlatra szorítkozni.

Zürichben nagy bizalomnak örvend. Ellenségeskedést sem az előjáróság, sem férficollégái részéről nem tapasztalt.

A harmadik svájci orvosnő *Thilo* kisasszony Oroszországban, Revalban született 1851-ben. Sok vizontagság és anyagi gond kísérte őt tanulmányai ideje alatt. Jelenleg *Schönenwerden*-ben, Svájcban testtel-leléssel él hivatásának.

A többi államok közül Angliában 1900-ban 12 egyetem volt hajlandó a nőknek orvosi diplomát adni.

Írlandban a nőknek orvosi iskola áll rendelkezésükre.

Angol orvosnő 1900-ban 258 volt, közülük 92 Londonban telepedett le, míg a többi Angolország többi városaiban szétszórva. Nemcsak női és gyermekbajokkal foglalkoznak, hanem kitűnő sebészek is vannak köztük, mint például *Scharlieb* asszony; *Ellaby* asszony pedig híres szemész.

72 kórházban vannak Angliában nők alkalmazva.

Belgiumban az utolsó tíz esztendő orvosnői fontos szerepet játszanak társadalomban.

Brüsszelben 1895-ben kap az első nő orvosi diplomát és ez a *Derscheid* kisasszony.

Hollandiában 1900-ban 10 orvosnő volt. A négy egyetemen több hallgató van. A hollandiai orvosnőket tisztelet és általános bizalom veszi körül. Hollandiában a gynaekologia egyet titkára nő.

Dániában 1900-ban 20 orvosnő volt, valamennyien dánok.

Svédországban 1899-ben 6 orvosnő volt és 28 orvostanhallgató. Főleg gynaekológiával foglalkoznak. *Stecksen* kisasszonyt 1897-ben Stockholm kórboneztani intézetében tanársegéddé nevezték ki.

Lengyelország 1898-ban 75 orvosnőt számlált, kiknek egy része idegenben van.

Olaszország városai közül Turinban 1900-ban 9 orvosnő volt, Firenzében pedig 4.

Portugáliában több orvosnővel találkozunk. Portóban 4 folytat orvosi gyakorlatot. Sok orvostanhallgató van Lissabonban és Portóban.

Bulgária 14 orvosnőjének nagy része orosz. Utolsó időben férficollégáikkal ellenséges viszonyban élnek; a nép a férfi-orvosokat részesíti előnyben. Mindazonáltal nagyszámú bolgár nő folytat orvosi tanulmányokat idegenben, főleg Nancyban.

Romániában a bukaresti egyetem első orvostanhallgatója *Tunasescu Cleopatra* kisasszony, ki azonban nem fejezte be tanulmányait.

Bukarestben 1899—1900-ban 28 nő iratkozott be az orvos egyetemre. A román orvosnők hivatalos állásokat is elfoglalhatnak és kórházi orvosok is lehetnek. Jassyban szintén vannak nőorvostanhallgatók és gyakorló orvosnők, valamint Brailában is.

Görögország első orvosnője *Kalopothakés* kisasszony, Párisban végzett 1894-ben. 1895-ben a görög államvizsga letévése után Görögországban kezdte meg orvosi gyakorlatát.

A görög nők egylete gynaekologiai osztályt rendezett be egy kórházban, melyet *Kalopothakés* kisasszony vezetett, hol laparotomiákat és egyéb nőgyógyászati operatiokat csinált. Egy-néhány nagybecsű orvosi munkát közölt, köztük: „Közlemény a gyomor normális szerkezetének tanulmányozásáról magzatok és újszülötteknél”.

Kalopothakés kisasszonyon kívül még öt orvosnő van Görögországban, kik Athénben végeztek. Így a két *Panaghiotaton* nővér, kik közül az egyik Alexandriában kórházban működik, a másik pedig Bécsben speciális szakra képezi ki magát. Azután *Vassiliadi* kisasszony, ki jelenleg tanulmányai tökéletesítése végett Párisban időzik. És így tovább.

Az Egyesült-Államokban az orvosnők száma egyre nő. Jelenleg körülbelül 2500 orvosnő él hivatásának. Az utolsó tíz évben minden hivatalos állást és méltóságot épűgy töltenek be nők,

mint férfiak. Fontos missziokat biznak az orvosnőkre, így 1899-ben Marie Mackee asszonyt egy indiai államba, Arizonába küldték, hogy ott a himlő-epidémia alkalmával oltásokat végezzen. Az orvosnők egyszersmind a hadsereg alkalmazottai is, mint például Mac-Gee kisasszony, ki a hadsereg sebésze.

El lehet mondani, hogy az Egyesült-Államok orvosnőinek nincs semmi kívánni valójuk.

Canadában a nők minden egyetemen beiratkozhatnak az orvosi facultásra.

Ausztráliában Melbourneban az orvosnők szintén számosak.

Keleti tartományok.

A muzulman nők sohasem kísértették meg jogaikat követelni, így ez s nem a Korán járult hozzá, hogy alacsony az intellektuális niveaujuk s nincs semmi sociális szerepük. Vallásuk megtiltja, hogy a nő férfi előtt mutakozzék s így a férfiorvosokat sem bocsátják maguk elé, legyenek még oly betegek is. Azért nemeslelkű európai orvosnők vállalkoztak rá az utolsó tíz évben, hogy orvosi tudásukkal a hindu, muzulman és chinai nők segítségére legyenek. És nem tekintve a veszélyeket, melyekkel ez együtt jár, sem a fáradalmakat, sem azt, hogy hazájuktól távol kell élniök, sok bátorsággal és megadással teljesítik humánus feladataikat.

A IV. nemzetközi gynaekologiai congressus tudományos tárgyalásai.

(Róma 1902. szeptember 15–21-ig.)

Ismerteti: *Temesváry Rezső* dr.

(Vége.)

IV. A méhrák sebészeti kezelése.

Cullen Th. S. (Baltimore) rövid áttekintést nyújtva az uterus abdominalis totalexstirpációjának történetéről *Freund* (1878) óta, az e téren mutakozó haladást *Pawlik*, *Kelly*, *Ries*, *Clark*, *Rumpf*, *Werder* és *Wertheim* neveivel hozza kapcsolatba. Az utóbbinak radikális műtétét módját ráknál az egyedüli helyesnek tartja és a vaginalis hysterektomiát csak elhízott betegek számára tartaná fenn.

Jonnesco Th. (Bukarest) terjedelmes monographiában beszámol a méhrákműtétek különböző módosatairól, a kérdés jelenlegi állásáról és fejtegetéseit 33 nagy fali táblával illusztrálja, a melyek a különböző műtét eljárásokat és a saját módosításait tüntetik fel.

Ezekre nézve jó áttekintést nyújt a következő táblázat:

I. Műtétek per vaginam.

a) partialis: a méhnyak amputatioja; a portionak *Schroeder* (1878) szerinti supravaginalis amputatioja;

b) totalis: az uterus teljes kiirtása (*Czerny* 1878) és pedig ligaturákkal, tartós szorítókkal, thermokauterrel (*Mackenrodt*).

II. Totalexstirpacio sacralis úton (*Hochenegg* és *Herzfeld* 1888).

III. Totalexstirpacio perinealis úton (*Zuckerkanl* 1889).

IV. Műtétek abdominalis úton:

a) a méhtest supravaginalis amputatioja *Schroeder* szerint;

b) a méh totalexstirpatioja.

1. Egyszerű eljárás: abdominalis totalexstirpacio;

2. kombinált eljárás: vagino-abdominalis totalexstirpacio *Freund* szerint és abdomino-vaginalis totalexstirpacio.

A medence-üreg kitakarításának terjedelmére nézve a következő felosztást adja:

1. Egyedül az uterusnak exstirpatioja (*Freund*);

2. méh és függelékeinek exstirpatioja (*Schroeder*);

3. méh, függelékei és a parametrium exstirpatioja (*Mackenrodt*);

4. méh, függelékei, parametrium és gyanus nyirokmirigyek kiirtása (*Rumpf*, *Clark*, *Kelly*);

5. méh, függelékek, valamint az egész medenceze kitakarítása (a mirigyek, valamint a kötőszövet eltávolítása) (*Ries*);

6. abdominalis totalexstirpacio a lágyéki tájék teljes kitakarításával (*Jonnesco*).

J. ezután részletesen fejtegeti a különböző műtét módokkal elért eredményeket, ezután pontosan leírja saját methodusát: előkészület, hasmetszés, függelékek izolálása, a ligamenta infundibulo-pellica és rotunda-k alákötése és átmetszése, hasonlóképpen a széles szalagok átmetszése, az aa. hypogastricae alákötése, a hólyag leválasztása, az ureterek szabaddá tétele, a szabaddá tett aa. uterinae-k alákötése és átmetszése; a Douglas incisioja, a lig. utero-recto-sacralia, utero-recto-vaginalia átmetszése, „decollement”, vagina-amputatio, az ileo-lumbalis medenceze kitakarítása a kötőszövet eltávolítása, a medenceze drainage-ja a hüvely felől, „Peritonisatio”, azaz a medenceze mesocolonjának odavarása a peritoneum ileum-jához, a hasseb elzárása; ezután alábbi következtetésekhez jut:

Az uterus carcinoma sebészeti kezelése igen kielégítő ered-

ményekkel jár, a mennyiben az életet meghosszabbítja, sőt teljes gyógyuláshoz is vezet.

Az a műtét választandó, mely az uterus és függelékeinek, a kötőszövet, a véretek és nyirokmirigyeknek az iliacalis és lumbalis részekből való teljes eltávolítását lehetővé teszi.

A vaginalis út, a melyen át ez nem lehetséges, teljesen elhagyandó és csak partialis műtetre avagy palliatív kezelésre használándó.

Csak az abdominalis műtét enged meg kiterjedt kitakarítást, mely nélkül a beavatkozás tökéletlen és csak tisztán palliatív lenne.

Az „abdominalis castratio” fent említett methodusa rationalis, lehetséges, eredményes és könnyen kivihető.

Ezen műtét azonban csak akkor alkalmazandó, ha klinikailag vagy a hasüreg megnyitása után a teljes kitakarítás lehetősége kétségtelenné válik.

A nem határolt méhcarcinomák csak palliative kezelendők.

A sikeres sebészi kezelésnek egyik alapfeltétele a lehetőleg korai műtét.

Pozzi S. (Páris). A méhrák fontossága igen különböző. A corpus carcinoma sokkal lassabb lefolyású és kevésbé hajlamos recidivára, miért is a műtetre, illetve tartós gyógyulásra kedvezőbb kilátást nyújt, mint a portio vagy a cervix carcinomája. Fiatalabb egyéneknél a rák deletaer hatása gyorsabb és műtét után inkább recidivál, mint idősebeknél. A beteg összszervezete is nagy fontossággal bír a betegség súlyosságának megítélésénél. Fontos végül a rák szövettani alakja is.

P. az utolsó 11 év alatt a Hôpital-ban 6 corpus- és 204 portio-carcinomat operált és véleménye szerint más szerzők corpus carcinomiáinak nagyobb arányszáma a hiányos és sokszor nagyon nehéz histológiai vizsgálatban leli magyarázatát.

A tartós eredményt illetőleg *Lauwers* 3 műtett esetről, melyek 5 évnél tovább, *Boissier* 3 esetről, melyek 3–7 évnél tovább, *Steinbach* 13 esetről (33 közül), melyek 3–4 év óta, *Segond* 2 esetről (13 között), melyek 4–9 év óta és *Winter* 16 esetről (30 közül), melyek legalább 5 évig nem recidiváltak.

A portio-carcinomat illetőleg P. nem osztja azoknak nézetét, kik a továbbterjedés tekintetében a nyirokmirigyeknek nagy fontosságot tulajdonítanak. A recidivák többnyire a műtett helyeken támadnak és soha sem indulnak ki a mirigyekből. Nézetét a különböző műtők és anatómusok leleteire alapítja és azért ezen mirigyeknek radikális eltávolítását s így az abdominalis műtétet is szükségtelenné tartja.

P. azután leírja a francia és külföldi műtők által elért eredményeket, melyekből a következő adatokat említi ki:

Franciaországban 95 abdominalis hysterektomiából 26 halálos kimenetelűt (33% mortalitás) közöltek; külföldön 165 eset közül 54 haláleset (= 34% mortalitás) vagy egy más statistika alapján 168 eset közül 52 haláleset (= 31% mortalitás), összesen 418 eset 132 halálessettel, tehát 31% halálozással. P. maga is 26% halálozást (34:8) mutat ki. *Winter* Németországra nézve 24.6% mortalitást talált és a giesseni congressuson még kedvezőbb eredményekről (19%) számoltak be (*Hofmeier*, *Amann*, *Freund*).

A vaginalis hysterektomiának eredményei kedvezőbbek: P. maga 46 eset közül 7-et veszített el (= 15% mortalitás). *Winter* 969 esetet 73 halálesettel (= 7.5% mortalitás) állított össze; francia műtők (*Bouilly*, *Segond*, *Richelot*, *Schwartz*, *Quénu*) 430 eset közül 55-öt veszítettek el (= 12% mortalitás); más szerzők (*Ott*, *Schauta*, *Zweifel*, *Herzfeld*, *Singer*, *Janosin*, *Bruckhardt*) 739 közül elvesztett 47 (= 6.5%); sőt a giesseni congressuson 5.5%-os halálozásról (22:33) referáltak és pedig *Fritsch*, *Doederlein*, *Chrobak*, *Amann*.

P. azután a különböző műtők által elért állandó gyógyulásokat állítja össze. Ő maga 204 műtét közül csak két olyanról (egyik 6, a másik 10 év) tehet jelentést, és elfogadja *Winternek* ama thesisét, hogy tartós gyógyulásról tulajdonképpen csak 8–10 év múlva lehet szó.

P.-nek meglehetősen pessimistikus következtetései a következők:

A méhrák sebészeti kezelésével alig éretnek el végleges gyógyulások; ritkán tart tovább két évnél, csak kivételes esetekben 4-6, esetleg több évig.

A hysterektomiára már nem alkalmasak azon méhrákdaganatok, melyeknél az új képlet az uterus határán túlterjedt, hol az uterus már nem mozgatható szabadon és a szomszédos szervek infiltrálva vannak. Ilyen esetekben a palliatív eljárás ismételt kikaparással és kauterisatioval indokolt.

A carcinoma végét illetőleg, valamint a műtét utáni recidivák tekintetében is a nyirokmirigyeknek kelleténél nagyobb fontosságot tulajdonítanak. Az ureterek kompressioja (főoka súlyos esetlegességeknek) többnyire a rákosan infiltrált szomszédsejtszövet által van feltételezve. A recidiva sem támad a mirigyek carcinomatosus elfajulásából, hanem többnyire helyileg a hegek helyén, melyek megkeményednek és ulcerálnak. A mirigyek exstirpatioja soha sem lehet teljes és a halálos esetek nem látszanak összefüggésben azokkal. Ez okból tehát szintén nem volna használándó az abdominalis út.

Az abdominalis hysterektomia a könnyebb fertőzési lehetőség folytán súlyosabb beavatkozás mint a vaginalis és azért oly esetek számára volna fentartandó, a melyekben a laparotomiát különös okok indikálják, mint pl. vagina-szűkület vagy atrophia, a portionak könnyű szakadékonysága vagy hiánya, az elülső méhfal különös vékonysága vagy a hüvelyboltozat infiltratioja; hasonlóképpen ha az uterus teste oly nagy, hogy az csak morcellement útján volna eltávolítható (jelentékeny terjedelmű corpus carcinomák, fibromával való complicatio, terhesség vagy pyosalpinx) és végül, ha az uterus mozgathatósága csekély és ha környezetében keményedések tapinthatók.

A kötőszövet eltávolítása, a medence curretageja és a távolabb fekvő mirigyek felkeresése által előidézett jelentékeny pusztítások a műtétnek oly súlyosságot kölcsönöznek, mely az elért eredményekkel arányban nem áll. A megbetegedés kezdetén egyszerű műtét (uterus exstirpatio) kitűnő eredmény érhető el, míg előrehaladt esetekben a palliatív eljárás a veszélyes „pseudocuratív” eljárással szemben előnyben részesítendő.

A vaginalis hysterectomiát fogja tehát P. azon eléggé ritka esetekben választani, melyekben az uterus még szabadon mozgatható és a szomszéd szövetek szabadok.

Wertheim E. (Wien) rövid történelmi áttekintés után saját műteti módozatának, melyet 1898 óta alkalmaz, következő leírását nyújtja.

A hasüregnek a linea alba-ban a symphysistól a köldökig vezetett metszés által való megnyitása után következők:

1. Az ureterek és pedig a pars pelvina szabadabbá tétele.

2. Hólyag leválasztása és a lig. rotund. és infundibulopelv. alákötése és széthasítása.

3. A vasa uterinák ligaturája és széthasítása az ureter hosszában a parametriumon át a hólyagig előcsúsztatott mutatóujj mentén, erre azután az ureterek vesicális része szabadabbá tétetik és a hólyag az elülső hüvelyfalról tovább lepraeparálattik.

4. A rectum leválasztása.

5. A parametriumok leválasztása lehetőleg közel a medenczefalhoz (mikor is az ureterek oldal felé tartandók).

6. A most már mindenfelől szabadabbá tett hüvelyeső leszorítása a rákos daganat alatt hajlított szorítók által és a hüvelyesőnek alatta való leválasztása.

7. Mirigykeresés (a nagy edények, vasa iliaca comm., vasa iliaca ext. és internaé tájéka teljesen szabadabbá tétetik és ekkor minden, csak némiképp megnagyobbított mirigy kiirtatik).

8. A vagina drainageja jodoformgázzal, azután a hasfal zárása és bevarrása.

A műtétnek ezen technikája egészen tipikussá lett és azt minden esetben, tekintet nélkül arra, vajjon „határolt” vagy „előrehaladt” folyamatról volt szó, pontról pontra ugyanazon sorrendben alkalmazta. Eddig 120 esetre vonatkozik ezen methodus és ezek közül az első két 30—30 esetet felölelő csoport az Archiv für Gynaekologie 63. és 65. kötetében és a harmadik ugyancsak 30 esetről beszámoló csoport 1902-ben a Centralblatt für Gynaekologieban tettett közzé.

Az elsődleges eredmények a következők:

Az első 30-as csoportból 12, a másodikból 5, a harmadikból 3 és a negyedikből 4 esett áldozatul a műteti beavatkozásnak. Ez összesen 20% halálozást tesz ki, de ha az első 30 esetet tekintettel a még hiányos technikára számításán kívül hagyjuk, a mortalitás 13%-ot tesz ki.

Az ezen adatokból kitűnő jelentékeny és valószínűleg véglegesen jobb eredményt előadó alábbi okokra vezeti vissza:

1. A műteti technika fejlődésére (kezdetben 2—2½ óráig tartott a műtét, most 1—1½ óráig).

2. Arra, hogy az ureterek szabadabbá tétele nem történik a tápláló edényeknek teljes összefüggése nélkül (míg a második csoportban még 5 esetben, a harmadikban 2-ben, addig a negyedik csoportban egyetlen egyszer sem fordult elő ureter-necrosis).

3. Kétségtelenné lett, hogy a carcinomának előkészítése nagy fontossággal bír: míg az első három csoport eseteiben még eses carcinomáknál is, bizva a hüvely leszorítására szolgáló szorítók hatásában, a rákdaganat mindennemű előkészítésétől eltekintet, a 4-dik csoport kezdetén előfordult négy halálos kimeneteli eset műtétnél a rákos daganat alapos kikaparására s az így támadt üregnek tökéletes elpörkítésére indították. Azonkívül az üreget sublimatba mártott vattával kibélelt. Ezen előkészítési eljárás alkalmazása óta egyetlen egy haláleset sem fordult elő, jóllehet éppen az utolsó 20 eset csaknem mind rendkívül előrehaladt folyamat volt.

Az utókezelésnél a hólyagra figyelemmel kell lenni. Ugyanis a majdnem rendszerint fellépő bénulás következtében alkalmazott catheterismus többé-kevésbé makacs cystitiseket idéz elő, melyeknek kezelése nagy gondosságot igényel. Míg Krönig javaslata szerint a műtét alkalmával a hólyagnak a peritoneumtól fedetlen részét a mellősi hüvelyfalhoz fixálja és a hólyagot így kisebbé teszi, a hólyagbénulás csekélyebb fokú kellemetlenségeket okoz és egyes betegek már első napon is képesek voltak spontán vizelésre.

Az elért eredmények különösen kedvezők és kielégítőek, ha az esetek minőségét is tekintetbe vesszük. Mennél jobban előrehaladt megbetegedés kerül műtetre, annál kevésbé kedvező lesz a primaer eredmény, egyrészt a műtétnek súlyos volta és hosszas tartama, másrészt a betegeknek fokozott erőhianyatlása miatt. A leírt műteti technika alkalmazása óta az első csoport ideje alatt a jelentkezett összes uterus-carcinomáknak 29, a második csoport alatt 40, a harmadik alatt 52-9 és a negyedik alatt 50%-át operálta, míg a vaginalis uterus-exstirpatio alkalmazásánál Chrobak és Schauta klinikáinak statisztikája szerint körülbelül csak 15%-a az összes méhrák megbetegedéseknek került műtetre. Az ő eseteiben is gyakran súlyos complicatiók léptek fel és azért hol az ureternek, hol a végbélnek reszekálása vált szükségessé, több esetben az egész hüvelyt kellett eltávolítani, néha a rákossá lett mirigyek is a nagy edényekkel szorosan össze voltak növe.

Miként a primaer, úgy a tartós eredmények megítélésénél is a műtét esetek minőségét kell tekintetbe venni.

Miután még a műtétéinél előfordult esetlegességekről részletesen beszámol, tapasztalatait az alábbi pontokban foglalja össze:

Egyedül a méhnek exstirpatioja az eseteknek csak igen csekély

részében vezet radikális gyógyulásra. A jobb eredmény elérése érdekében szükséges, hogy a rákos uterust körülvevő sejtszövet, nemkülönben a tájéki nyirokmirigyek is eltávolítottassanak.

E célzattal szolgálja a közönséges laparotomia, mely mellett a ki-fejlődött műteti technika folytán a halálozási százalék már annyira csökkent, hogy ez nem képez ellenérvet a műtét jogosultságával szemben.

A műtetre alkalmas esetek száma az abdominalis eljárásnak kiterjedt mértékben való használata óta jelentékenyen emelkedett. A tartós eredmények — a mennyire az eddigi megfigyelésekből következtetni lehet — is kedvezőbbek lesznek, úgy hogy az absolut eredmény is jelentékenyen jobb lesz.

Ezen fejlettebb eljárással karöltve kell, hogy járjon ama törekvés, hogy a méhrák lehetőleg korán kerüljön műtetre.

Freund W. A. (Berlin) most is olyképp praecisirozza a giesseni congressuson elfoglalt álláspontját, hogy általában minden operabilis uterus-carcinoma, tehát olyan, melynél a hólyag és rectum még nincsen megtámadva és a daganat az uterus szövetében befalazva nincsen, abdominalis úton exstirpálható; (tehát a kezdődő portio-carcinómák is, melyek számára azelőtt a vaginalis methodust ajánlotta); a többi ezen módszer szerint nem operálható esetekben a vaginalis út használandó; szerinte ugyanis a vaginalis methodus csak jó palliatív-műtétnek tekinthető.

Pontos vizsgálódás és tapasztalata után a Mackenrodt-féle eljárást állítja oda olyannak, mint a mely az itteni követelményeknek rationalisan a legjobban megfelel.

Jacobs Ch. (Brüssel) a radikális műteti módozat feltétlen hívének vallja magát, a melynek a hysterectomia csak egy részét, a kezdetét képezi, a mely után a mirigyek és kötőszövet exstirpatioja kell, hogy következzen. 75 nőt Wertheim eljárása szerint operált csekély módosításokkal; ezek között volt 28 tartós gyógyulás (= 37%), 1 egy év, 2 három év óta, stb. E műtétet a legtökéletesebb palliatív kezelésnek tartja, mely csak akkor válik majd a legjobb gyógymóddá, ha a beteg nők elég korán kerülnek műtét alá.

Gutierrez (Madrid) csak akkor végez radikális műtétet, ha a carcinoma az uterus szövetre korlátozva van, egyébként csak a palliatív kezelésnek (kicanalizálás és paquelinizálás) híve, mely kevésbé veszélyes és a betegnek legalább oly hosszú vagy még hosszabb életet biztosít, mint a radikális kezelés, mely még sokkal rosszabb helyzetet teremt, mint ha egyáltalában nem operáltak volna. Szerinte a radikális kezelésnek feltétele az uterusnak minden irányban való szabad mozgathatósága és annak környékén mindennemű nem lobos eredetű keményedésnek a hiánya. A módszert illetőleg előadó a vaginalis totalexstirpationnak híve, mint a mely kevésbé veszélyes, gyorsabban kivihető, a nélkül, hogy rosszabb eredménnyel járna, mint az abdominalis módszer.

Az 1898-ban tartott madridi sebész-congressuson előadó 45 vaginalis hysterectomiáról számolt be, melyeket 1897. végéig végzett; ezek közül életben volt még 15, és ezek közül egynél a műtétet 10 év előtt végezte. Ma a 15 közül még 8 él; a legrégebb két eset 1889-ből való. Az utolsó 5 évben előadó még 12-szer végezte e műtétet; az operáltak közül még 5 él. A többi esetekben a betegek recidívában haltak el 4 hó és 6 év közötti időközben, egyik 8, egy másik 10 év után. Gutierrez véleménye szerint Wertheim és Jonnesco újabb módszere sem ad majd jobb eredményt, a mennyiben a hólyag és rectum, melynek kötőszöve a recidiva számára legfogékonyabb, a medenczébe visszamaradnak.

Delbet Paul (Páris). Hat uterus-carcinoma közül kettőt igen előrehaladt stadiumban per laparotomiam operált és mindkettő elpusztult; ellenben a négy per vaginam műtett eset közül 1 recidivált, a többi közül az egyik 1 év, a másik 1½ és a harmadik 9 év óta gyógyult. Ezért ő a vaginalis hysterectomiának híve s véleménye szerint az abdominalis út, eltekintve nagyobb veszélyes voltától, még abban a tekintetben, hogy az operabilitás határait kiterjesztette volna, sem hozta meg azt, a mit tőle vártak. Az előrehaladt esetekben D. Zuckerkandl, Wölfler és Schuchardt methodusaiból kombinált eljárást követ, mely a medence kötőszöveinek elégséges kiterjedésben való eltávolítását, nemkülönben a hólyag és rectumnak exact izolálását lehetővé teszi.

Mackenrodt A. (Berlin). Az indicatio felállítása következőképpen eszközözlendő: Portio- és uteruscarcinomáknál, melyek az első kezdetleges stadiumban vannak, megfelelő technika mellett elegendő a total-exstirpatio. Ha szükséges, mély gátincisioval a parametriumok basisát is mindig el kell távolítani. A kezdetleges stadiumban a mirigyek nem betegek, valamint a parametriumok sem. A recidiva többnyire ráksejteknek a műtét alatt történő transplantatioján alapul. Ennek elhárítására szükséges, hogy a műtét kizárólag thermokauterrel, eszközöltessék. Az igniexstirpatio az egyedüli, ezen kezdetleges stadiumban levő esetekben alkalmas és megengedhető műtét. Az ily módon operáltak közül 5—8 év után 72% jó egészségben van.

A cervixrák, még kezdetleges stadiumban is, abdominalis úton távolítandó el, mert már igen korán mélyen nyúlik bele a szövetekbe és csaknem mindig a parametriumok megbetegedésével jár. A mirigyek is korán vannak megtámadva. Epen úgy a kiterjedtebb portiocarcinómák, valamint a régebben fennálló corpuscarcinómák kizárólag abdominalis úton távolítandók el a parametriumok, a medencebeli kötőszövet és a mirigyeknek kitakarításával. A hüvely felső része is, mely a carcinomával összefüggésben állott, szintén exstirpálható.

Az abdominalis műtét előnyei a következők:

1. A parametriumok alapos kitakarítása feltételezi az uretereknek megelőző praeparatioját.

2. A hólyagnak a collum feletti resectioja, főképen az orific. int.

ut. előtt gyakran válik szükségessé, mert a hólyag itt már meglehetősen korán adhaerens és fertőzve lehet.

3. A kis medencében előforduló gyakori complicatiók megkövetelik, hogy az egész műtét terrenuma a Douglas-tasak felett teljesen áttekinthető legyen.

4. A ráksarjaknak terjesztése abdominalis úton könnyebben elkerülhető. Mindezen manipulációk kellő biztossággal csakis abdominalis úton lehetségesek.

Végül döntő tényező, hogy a mirigyek kitakarítása, mely vaginalis úton egyáltalán nem, vagy csak igen házagosan eszközölhető, abdominalis úton tökéletes biztossággal keresztülvihető. A mirigyeknek kezdődő cervix- és előrehaladt portiocarcinomáknál való megbetegedését ma már alapos vizsgálatok bebizonyították. A mirigymegbetegedéseknek százalékban való megállapítása azonban lehetetlen, mert még a legáposabb vizsgálat sem lesz képes egyes széthordott ráksejtek által okozott metastasisokat carcinomáknak felismerni. Továbbá lehetséges, hogy a széthordott ráksejtek élettelen anyag, mely ugyan reactiora a mirigynagyobbodásra vezet, azonban előrehaladó malignus degeneratora avagy rosszindulatú daganatok képzésére okot nem szolgáltat. Azért a műtétnél a mikroszkopice változatlan és meg nem nagyobbodott mirigy ép oly kevésbé tekinthető ráktól mentesnek, mint a megnagyobbodott mirigy még nem mondható rosszindulatúnak. Téves tehát Wertheim-nak eklektikus álláspontja, mely szerint a peritoneumon keresztül megnagyobbodottnak tapintott mirigyek kiirtandók. E helyett helyesebb valamennyi mirigyet kivétel nélkül veszélyeseknek tekinteni és a medencze kötőszövetével együtt kiirtani.

A mirigyek megbetegedési sorrendjében is különbség áll fenn Mackenrodt és Wertheim megfigyelései között.

Wertheim a nagy erek mirigyeit tartja első sorban veszélyeseknek, míg Mackenrodt szerint csaknem mindig a belső lágyékmirigyek betegeszenek meg először, azután a nerv. obt. közül a zsírszövetbe beágyazott mirigyek, továbbá a nagy erek és az iliaca communis oszlása körüli mirigyecsoportok. A még magasabban fekvő mirigyek megbetegedése sebészeti alig jöhet tekintetbe; azok elveszett esetek, különben a medenczebeli mirigyeknek a nyirokutakkal kapcsolatos kitakarítása egyik szükséges követelménye a carcinoma-sebészetnek; ezen elvnek általános elfogadása nem akadhatna ellenzésre, ha annak exakt keresztülvittele nem járna életveszéllyel. Feladatunk tehát, hogy a chirurgia segítségével az életveszélyt a radikális elv megszorítása nélkül csökkentessék. A műtét feladata tehát: 1. A ráknak egészséges sebekre való eloltását elkerülni. 2. A tájéki medenczemirigyeknek a nyirokutakkal való teljes kitakarítása, rendes körülmények között az iliaca communis kettéhasadási helyéig és ha szükséges, az aortáig. 3. A parametriumok alapos kitakarítása, paracolpiumok a felső hüvely-félnek eltávolításával. 4. A műtét veszélyének csökkentése. A carcinoma eloltása elkerülhető a rákos gócnak óvatos kikaparásával, a nélkül, hogy a műszerrel az egészséges területen véres sebet okoznak, valamint a hüvely és carcinoma üregének 10%-os formalin-oldattal való desinfectioja. Ezen formalintampon 24 órával a műtét előtt betendő. Ügyelni kell arra is, hogy a carcinoma-góc a totalexstirpation közben el ne szakadjon s hogy így a carcinoma a medencze sebé felé fel ne törjön, mert ha ez megtörténik, nagy valószínűséggel későbbi recidivára lehet számítani. A mirigyek teljes eltávolításába belefoglalandók: 1. a belső lágyékmirigyek; 2. obturator-mirigyek; 3. a lig. rotundák mirigyei; 4. a nagy erek mirigyei. A belső lágyékmirigyekhez való hozzáférhetőség végett szükséges a hólyagot oldalt kiemelni, minden medencze-fél peritoneumát oldalvást leemelni, hogy az obturator-üreg hozzáférhető legyen, sőt nem ritkán a rectum is oldalt eltávolítható. Végül a peritoneumnak az iliaca communis, esetleg a körülményekhez képest az aortáig való visszahúzóása által a nagy ereknek mirigycomplexusa teljesen feltáratik. Csak a peritoneumnak teljes felemelése által fedetik fel teljesen az egész medenczebeli kötőszövetet az abba ágyazott mirigyekkel együtt. A mirigyeknek Wertheim módszere szerint a peritoneumon át való tapintása nem elégséges és nem útbaigazító. Ennélfogva az egész medenczebeli kötőszövetet szabadná teendő. Ezen feladat nem oldható meg intraperitonealis műtétrel, mert a kötőszövetnek a medenczeben való felszabadításából származó nagy sebek gondos sebészeti utókezelést, mindenekelőtt azonban biztos drainage-t igényelnek minden irányban, mi által a fertőzés veszélye eliminálható. Ilyen teljesen megfelelő drainage intraperitonealis műtét mellett lehetetlen. Ezen követelményeknek Wertheim eljárása mellett megfelelni sohasem lehet, ép úgy, a mint azzal az összes belső lágyék- és főképen az obturator-mirigyekhez hozzáférni, legalább életveszély nélkül lehetetlen. Wertheim-nak kezdetbeni kedvezőtlen eredményei nem a technikában való hiányos gyakorlatra — mint azt Wertheim feltételezi — hanem inkább arra a kísérletre vezetendők vissza, a melylyel a teljes mirigykiirtást nagy medenczekötőszövetbeli sebésekkel eszközölte. Ez ugyanaz a műtét, melyet Jonnesco 60%-os halálozással kísért meg; ezen azelőtt Wertheim-féle műtétből ma Freund-féle methodus lett megnagyobbodottnak tapintott mirigyeknek esetleges kiirtásával. Wertheim az életveszély csökkentése szempontjából a kiterjedt mirigykiirtás helyébe a partialis mirigykiirtást helyezte. A mirigykezelésnek ezen tökéletlen voltának szükség szerinti következményeként mirigyrecidivák léptek fel. Csaknem valamennyi recidiva — ő maga is elismeri — mirigyrecidiva. Kétségtelen, hogy Wertheim-nak későbbi recidivái is mirigyrecidivák voltak. Ha tehát az előrehaladott esetek számára elégtelen vaginalis totalexstirpation helyett a valamivel jobb, bár szintén nem elégséges, de veszélyes abdominalis műtétet — Wertheim methodusa szerint — helyezni nem akarjuk, akkor nincs szükség arra, hogy a vaginalis

műtét — melynek előnye még az, hogy valamennyi műtő gyakorlott benne — a Wertheim-féle módszer csekély előnyei miatt feladassék.

A parametriumok kitakarítása szempontjából alkalmasabb a Wertheim-féle műtét, mely e tekintetben egyenértékű az id. Freund által alkalmazott módszerrel, a ki annak idején már egyes mirigyeket eltávolított, az uretereket praeparálta és a parametriumokat alaposan extirpálta.

Minthogy az intraperitonealis műtét, melyet M. régen Wertheim és Riis előtt, már 1893-ban (Zeitschrift f. Gynäk. 1894) ugyanazon technikával megkísérlett, nem felel meg a medencze-kötőszövet és mirigyek szabaddá tétele iránti követelménynek, M. 1899 óta az extraperitonealis utat választotta, részint a peritonitis veszélyének elkerülése, részint a sebeknek elégséges ellátása és az egész medenczebeli kötőszövet és a beágyazott mirigyeknek szabaddá tétele szempontjából, továbbá, hogy radikálisan operálhasson s a kötőszöveti sepsist elkerülje.

A műtét elve a hasüregnek a kismedencze és szervei felett való elzáródásán alapul egy peritonealis diaphragma képzése által, mely az elülső hasfalról leválasztva, harántul a rectum felett elvezetve a hátsó medenczefalhoz odavarratik, valamint azon, hogy medenczebeli kötőszövet, a mirigyek és parametriumok kiterjedt mértékben szabaddá tétessenek az által, hogy az oldalsó medenczefalról a mesterséges diaphragma alatt a medencze peritoneuma letolatik, nemkülönben a medenczesebeknek alapos drainage-ja által lefelé a hüvelycsomkon, felfelé az oldalsó hassebeket át.

Hogy a műtét radikális jellegéből ne veszítsen és hogy ne legyen fél munka, mindazon előrehaladott esetekben, a melyekben az abdominalis műtét egyáltalán szóba jöhet, a laparotomia-exstirpation régi technikájának csaknem minden pontján változtatni kellett. A median vonalban vezetett metszés megnehezítette az oldalsó medenczeüregekhez való hozzáférhetést, valamint azoknak tökéletes drainage-ját; a közönséges haránt- és szögletmetszés — mint Amann alkalmazta — teljesen megátalja a magasabban fekvő mirigyekhez való hozzáférhetést. Ezen metszések helyébe egy nyelvalakú metszés lépett, mely a recti-kezt a symphysisről leválasztja, mely mindkét oldalon a musc. recti-k szélén a spina ant. superior magasságáig felterjed. Az ily módon támadt nyelvalakú csik visszahajtása után széles út nyílik a kis medenczehez, oldalt a mirigyekhez egészen az iliaca communisig. A peritoneumot, melyet a metszés vezetésekor nem nyitott meg, most a felső hólyaghatár felett harántul megnyitja, az uterust kihúzva, függőlekeztől elválasztja és azután a mellősi hasfalnak a nyelvalakú csik lógó peritoneuma az uterus mögé, a hátsó medenczefalhoz odavarratik. Ezzel az egyik oldali függőlekesonktól a medenczén át a flexura felett a másik oldalra vezetve, a hasiüreg a kismedencze felett el van zárva. Most a tátongó spatium Retzii elzáratik az által, hogy a hólyagfal a peritoneummal néhány suturával a symphysis alatt megerősítetik, hogy később a medenczebe túlságos mélyen bele ne süllyedhessen. Most a hólyagot elválasztja az uterustól, a mire az ureter és uterina praeparatioja következik. A medenczén oldalvást való tompa és éles praeparálás által csakhamar az uterinára akad, melyet gyökén alakít. Feltűnnek az ureter conturjai, melynek az oldalsó medenczefallal való összeköttetése meg nem zavartatik. Ezt most folytatlagosan követi a lig. latum tapadási helyéig; az ureter, a mennyiben a lig. latumon fekszik, az őt fixáló rostok átmetszése után ágyából kiemeltetik s az oldalsó edény-dús szövetet, peritoneummal és a hólyagfallyal kapcsolatban oldalt szorítatik. Most a Douglas széthasítása által a rectum a hüvelyről és lig. latumról letolatik; markánsan feltűnik a hátsó és oldalsó szalag. Mindkettőt erősen megfeszíti és mindegyiket gyökén külön-külön lezorítja és leválasztja. A szorítók egyelőre ott maradnak. Ha a jobb oldal el van látva, ugyanez a műtét baloldalt végrehajtandó. A hólyagnak további letolása által uterus és hólyag izolálódik és megfelelő óvintézkedések mellett a hüvelynek csonkítása thermokauterrel eszközölhető.

Szorítók levétele a szalagesonkról és a kis erek ellátása ligatúrák által. A sebüreg tamponadeja a hüvely felé jodoformgazeval, a hólyagnak a hüvely-drain felett peritoneummal való áthúzóása és a hólyagperitoneumnak a hátsó medenczefallal való összevarrása ép úgy, mint a közönséges abdominalis totalexstirpationál, úgy, hogy a rectum felett fekvő alsó sebüreg veszedelmes secretiojával a felső sebüreg felé el van zárva. Most a medenczeüregek megnyitása következik. Először jobboldalt a peritoneum az oldalsó has- és medenczefaltól tompán eltolatik; a csakhamar feltűnő lig. rotundum egyszerűen áthasíttatik. Feltűnnek a nagy erek a mirigyekkel és a zsírszövettel, az iliaca villaszerű hasadásánál a peritoneumhoz tapadó ureter. Óvatosan eltávolítanak a belső lágyékmirigyek, a lig. rotund. és nerv. obt.; nemkülönben a hypogastrica és iliaca externa körüli mirigyek az összeköttetésben levő nyirokerekekkel és az azokat körülvevő kötő- és zsírszövettel együtt. A tátongó nagy üreg Mikulicz-féle tampon-kendővel béleltetik ki, mely az ujjak szétáztatásával által az üreg minden szögletébe szorítatik, a kendőbe pedig steril tampon nyomnak, azután a kendőt mint egy zacskót összehajtva, a tamponnal az oldalsó hasfedőn át szélesen kivezetik. Ugyanílyen eljárat követnek azután a másik medenczeüregben is.

Seb-elzárás: a rect. abdom.-kat ezüstdrót-varrattal a fasciák belefoglalásával a symphysis-csonkhoz erősítik. Azután a symphysis felett a bőrt mély, a hasfal egész vastagságán átmenő silkworm-varrattal lezárják, a két oldalsó vastag gazedrain pedig sűrű sejtanyagrétegekbe berakva, vastag kötőszövet alkalmaztatik.

E műtét versenyképességének elbírálása Mackenrodtnak 32, csaknem mind igen előrehaladott, részben már másutt palliatív műtétnek alávetett eset áll rendelkezésére. Eseteit két sorozatban operálta. Az

elsőben 15 eset egyszerű, laza és vékony drainagenak alkalmazásával: meggyógyult 11, meghalt négy beteg. A halál-ok a hiányos drainage és a tökéletlen technikában keresendő. A második sorozat 17 esetből Mikulicz szerinti kiterjedt drainageval meggyógyult 15 és meghalt kettő, 11.7% halálozással. Halál-ok nephritis. Tekintettel a kiterjedt műtetre, az életveszély már nem tekinthető túlságos nagynak. Utóbbi időben előadó e műtétet rectum-carcinománál is legjobb sikerrel alkalmazta, még ha a hátsó parametriumok és paracolpiumok secundaer megbetegedése is fennállott. Nézete szerint rectum-carcinománál is ezen műtét segítségével érhető el a legnagyobb biztonság és radikális effectus.

Hogy Wertheim előadásában az ő, M.-nek extraperitonealis radikális módszerét át nem tekinthetőnek mondotta, csak onnan eredhet, hogy W. azt nem ismeri. Sőt előadó Freund-dal együtt ama nézetet vallja, hogy az ő methodusa minden tekintetben előnyösebb mint Wertheim-é és az e felett való elfogulatlan ítéletet a jövőre bizza.

A mi végül az Amann-féle műtétet illeti, Mackenrodt-éval csakis az extraperitonealis műtét gondolatában egyezik. A műtét technika egyes részleteiben, a mi pedig a műtét lényegét képezi, annyira különbözik e két módszer egymástól, hogy azoknak összehasonlítása vagy egymás mellé állítása egészen lehetetlen.

Morsiani T. (Nápoly) 14 abdominalis totalexstirpatoról számol be, egy halálesettel (a műtét közben áttört pyometrával complicált eset). Egy másik esetben beállt a recidiva nyolcz hó múlva és pedig a mirigyekből és jobb parametriumából való kiindulással. A többi esetek közül, melyeket lehetőleg a medenceze teljes kitakarításával végeztek, kettő 2 év 8 hó, kettő 2 év 4 hó, kettő 1 év 8 hó, egy 1 év 7 hó, egy 1 év 1 hó, egy 1 év és végül egy 6 hó óta recidivamentes.

25 vaginalis totalexstirpatio közül M. egyet sem vesztett el, csakhogyn minden esetben 2 hó és 1 év közötti időtartamban recidiva lépett fel. Ezért ő feltétlenül hisz az abdominalis műtétnek, mely szerinte csak akkor végzendő, ha a megbetegedés a vizsgálat alkalmával határozottan bizonyul és ha az általános állapot is ennek felel meg. Csak-hogy ezen esetekben is a parametriumok, valamint a széles szalagokat és vérereket körülvevő nyirokmirigyek, ép úgy a hüvelynek nagy részét (a két felső harmadát) szintén el kell távolítani. A carcinoma kiterjedésére vonatkozó pontos tájékoztató különben csakis az abdominalis műtét mellett nyerhető.

Poten W. (Hannover). Kétségtelen, hogy a rákos uterus eltávolítására leghelyesebb az abdominalis út, mert csak ezen lehetséges a szomszédos szerveket és a hozzátartozó mirigyeket elegendő módon kiirtani. Mihelyest az abdominalis műtét melletti halálozás nem lesz nagyobb, mint a vaginalis úton végzett operatio, egyetlen egy műtő sem táplál majd kétséget az iránt, melyik módot választja.

A ezélt, hogy a műtét kevésbé veszélyes legyen, Poten ép úgy mint Mackenrodt a hasüregnek lehetőleg korai elzárása által igyekezett elérni. Ő egyszersmind Mackenrodt-nak nagy ívalakú metszése helyett, a melylyel a musculi rectiket teljesen leválasztja a medenceze széléről, a szokásos hosszmetaszt a köldöktől a symphysisig vezeti, és pedig csak a hasi izmokon át. Azután leválasztja a még épen maradt peritoneumzszakot a hasi izmokról, a melyeken az arteriae epigastricae rajta maradnak. A nagy Doyen-féle speculum által az izomsebtátongóvá tétetik, utána a peritoneumzszakot közvetlenül a hólyag felett *haránt* metszés által megnyitja. Ez által kötényalakú peritoneális lebeny keletkezik, mely visszahúzódtával a gerincoszlop felrakódik és melyet most a hátsó hasfal egyes öltései által a medenczebemenet fölé odaerősít, úgy hogy a nagy hasüreg a cavum pelvis felé teljesen elzáratik; csak a rectum az odavarrt peritoneum alatt lefelé a medenczébe tart. A műtét további része, mely akár Wertheim, akár más módszer szerint végezhető, extraperitonealiter folyik le; a hasüregnek a rákev által való infectioja többé meg nem történhetik, a belekkel való minden további érintkezés, azoknak lehűtése és a műtét alatt való előnyomulása teljesen elmarad, miáltal a műtét is rövidebb ideig tart.

A peritoneumcsiknak a hátsó hasfalhoz való odavarrása körülbelül 10 percig tart; figyelemre méltó, hogy a rectushüvely hátsó fala, az úgynevezett fascia Douglasii megtartatik, mert különben az alatta fekvő, itt nagyon vékony hashártyának a megsértése csak nehezen volna elkerülhető; a peritoneális csiknak a hátsó hasfalhoz való odavarrásánál az utóbbinak peritoneuma esipeszszel mindig felemelendő, nehogy a nagy edények és ureterek megsértenek.

A műtét befejeztével előadó a medenczét lefelé a hüvelyen át, felfelé a hasizomseben át drainirozza. (Két, a hasüreg elzáródása után eltávolított méhnek bemutatása.)

Gottorno S. (Triest) az abdominalis exstirpatio, mint sebészeti leg helyesebb methodus hívének vallja magát. A műtétet Wertheim szerint végezi. Tapasztalatai 18 műtétet esetre vonatkoznak, melyek közül kettő a műtét következtében halt meg.

Első esete 1901. november havától datálódik, tehát tartós eredményről még nem lehet szó. A gyógyult 16 esetből kettő lett recidiva és ezek közül egy nő meghalt.

Egyik esetben az ureter necrosis a nephrectomiát tette szükségessé, miért is Gottorno ajánlja, hogy az ureter ne téessék teljesen szabaddá, hanem hagyassék meg rajta az adventitia. A Schuchardt-féle methodust is két esetben alkalmazta sikerrel, de nem tartja versenyképesnek az abdominalis methodussal és azért csak igen elhízott nőknél alkalmazza.

Zweifel (Leipzig): Wertheim és Amann ama megjegyzéseire, hogy a vita folyamán csak kevés tényleges jelentős tétetett mirigyletekre vonatkozólag, előadó utal arra, hogy a klinikáján végzett abdominalis totalexstirpatiokkal kapcsolatban segédje, Glockner dr. a mirigyeket mindig mikroszkopice megvizsgálta.

Az 1902. április 21-ig közzétett 21 eset közül 30%-nál carcinoma-tus, 30%-nál meg nem nagyobbodott mirigyeket talált. 1902. augusztus 1-ig még 12 új eset járult hozzá és az összes 33 műtetre vonatkozólag a mirigylelet következőképen oszlik meg:

rákosan infiltrált mirigyek	21:92%-ban
tapintható mirigyek nem voltak	37:59%-ban.

Ha csak azon eseteket számítjuk, a melyekben *megnagyobbodott* mirigyek feltalálhatók voltak, akkor ezek között is 35%-nál carcinoma volt. Rákosan infiltrált mirigyek többnyire csak ott fordulnak elő, hol a carcinoma a cervixbe és parametriumba erősen előterjedt; a 33 közül egy-két oly esetben is, midőn a portiocarcinoma még kezdetleges stadiumban volt.

Mindazon esetekben, a melyekben rákosan elfajult mirigyeket találtak, a vaginalis műtét mellett a recidiva minden bizonynyal beállt volna. Vajjon most egyes esetekben elkerültetett, azt majd a jövő fogja mutatni.

Tanulságosak a recidivák, melyek közül már négy konstátáltatott. Ezek közül kettő oly esetekben fordult elő, a melyekben a göröcsői lelet rákos mirigyeket adott és pedig azon hüvelyhegben, a melyen a carcinomatosus mirigyek ültek, egy ízben oly megnagyobbodott mirigyeket exstirpáltak, melyek a göröcső alatt nem bizonyultak carcinomatosusoknak és a recidiva negyedik esetében tapintható mirigyeket egyáltalában nem találtak.

E leletekből tehát mi a következtetés?

Tagadhatatlanul rationalis a mirigyeknek kiirtása, a mennyire az csak lehetséges, és mert ez csak az abdominalis műtét mellett lehetséges, azért carcinoma uterinnál ő a laparohysterectomia híve lett.

Magától értetődik, hogy mirigyek, nyirokerek és parametriumok, a mennyire csak lehetséges, eltávolítandók.

Az ő meggyőződése szerint is ez által a tartós eredmények javulni fognak. Ennek dacára azonban nem osztja Jonnesconak lelkesedését és nem egészen Wertheimét sem.

Jonnesconak ábrákban bemutatott eljárása, mely szerint a mesorectum és mesenterium széthasítása után a nyirokmirigyeket a IV. és V. keresztcsigolya, sőt a Vena renalis magasságáig exstirpálja, elismerést érdemel; de be kellene bizonyítani, hogy 5 év után a dagadt lumbalis nyirokmirigyek miatt megoperáltak közül hánynál volt tartós a gyógyulás. Előadó nézete szerint ezeknek száma nem lesz nagy; mert a hol a lumbaltáji nyirokmirigyek megnagyobbodtak, ott a gerincoszlop mentén még sokkal nagyobb magasságban carcinomatosus nyirokmirigyek ülnek, melyek recidivát vonnak maguk után. Egyébként a lumbalis nyirokmirigyek nem állnak közvetlen összeköttetésben az uterusal, hanem az ovariummal és a rectummal.

Mi a sebészek tapasztalata emlőráknál?

Évek óta kitakarítják a hónalj üregét, eltávolítják a mirigyeket a nyirokerekkel együtt, nemkülönben a musc. pectoralis majort és minort. Az eredmény pedig egészben véve csak az, hogy a tartós gyógyulások száma néhány százalékkal javult és az emlőrákok legjobb statistikája 3 évi recidiva mellett még korántsem tüntet fel oly kedvező eredményt, mint a gynaekologusok vaginalis totalexstirpatioja, mely után a recidiva 5, sőt több évig is elmaradhat. Ez tehát a mellett bizonyít, hogy a carcinomák egyes embereknél rendkívül gyorsan terjednek, hogy az elterjedési sebesség az egyes szervek szerint különböző s az uterusnál aránylag lassú.

A gynaekologusok továbbá nagyobb részben sokkal későbbi stadiumban kapják az uterus-carcinomákat kezelés alá, mint a sebészek a mamma-carcinomákat.

Előadó klinikáján méhrák miatt végzett 225 vaginalis műtét közül 5.7% volt a primaer mortalitás — beleszámítva mindent — 2 coma diabeticum folytán beállott halálesetet is. Ezeket leszámítva a mortalitás 3.3%-ot tesz ki és coma diabeticum miatti halálozás a jövőben előfordulni nem fog, mert diabetes mellett a műtétet többé végezni nem fogja. Tartós gyógyulások, azaz 5 és több éven általi recidivamentesség (összesen 260 eset) 35.6%-ot és ez a szám a klinikán és magánrendelésen megfordult összes méhrákmegbetegedésekre vonatkozólag 9.72%-ot teszen ki (abszolút gyógyulási szám). A radikális abdominalis totalexstirpatio mortalitása 33 eset között 15%-ot tett, tehát 3—4—5-ször többet, mint a vaginalis beavatkozásnál. Bizonyos, hogy e téren javulás mutatkozik és elismeri Wertheimnek e műtét módzat javítása és általános meghonosítása körül szerzett érdemeit. De tévedésnek tartja, ha Wertheim netalán azt remélné, hogy az abszolút gyógyulási szám 10%-ról 15 vagy 20%-ra fog emelkedni, és pedig azért, mert egyrészt szem előtt tartja a sebészeknek más carcinomáknál szerzett tapasztalatait, másrészt mert a primaer mortalitás mindig valamivel magasabb marad majd, mint a vaginalis műtétéknél. Az abszolút gyógyulási szám kedvezőbbé tételére döntő tényező a lehető korai diagnosis, azért női körökben mintegy jelszóként kellene elterjeszteni azt, hogy — *mihelyest valamely nő havi baja tekintetében csak a legesekélyebb szabálytalanságot is észlelné — magát vizsgálatnak vesse alá*. Mit árthatna, ha 9-en hiába vizsgáltattak meg, hogy a 10-diknél a titkon lappangó baj korán felismeressék? Másrészt a gynaekologusoknak kétes esetekben próbaexcisiókat és próbaabracsiókat kell végezniök, a nyert anyagot göröcső alatt megvizsgálniök, hogy ne kerüljék el a kezdetleges bajok a figyelmüket s hogy ne végezzenek totalexstirpációt ott, hol carcinoma nincs is jelen.

Ilyen módon azután javulás remélhető; de hogy valamikor 20%-os abszolút gyógyulási szám elérhető legyen, előadó nem tartja valószínűnek.

Előadó a méhráknak egy másik, nevezetesen graviditással való complicatiojára akar utalni, mint a mely az illető betegre szomorú kilátást nyújt. Glockner dr.-nak Lipcsében műtett (19) eseteire vonatkozó összeállításából kitűnt, hogy ezen nők közül is egyesek (25%)

teljesen meggyógyult, azaz 5 vagy ennél több évig, s hogy még ezeknél többen 2 évig recidivamentesek maradtak.

Glockner munkája előadónak a terhességgel párosult méhrákra vonatkozó felfogását helyesnek bizonyította, t. i. hogy a nő radikálisan megoperáltassék, a míg az még lehetséges, ép úgy, mintha nem volna terhes, de azért, a mennyiben az anyára való káros hatás nélkül lehetséges, a gyermek is megkíméltesse. Nézete szerint tehát, ha valamely gravidánál a 4—6-dik hóban carcinomát találunk, a magzat kedvéért ne várjunk, hanem rögtön operáljunk. Csak majdnem teljesen kiviselt magzatok eseteiben előbb ezekről gondoskodjunk és azután fogjunk az uterus exstirpációhoz és csak inoperabilis méhráknál jöhetne a terhesség vége felé a Porro-féle császármetszés oly alakja tekintetbe, mely a magzat megmentését lehetővé teszi.

Spinelli P. G. (Nápoly): A vaginalis hegekben oly gyakran fellépő recidiva a mellett szól, hogy a colpohysterektomia tökéletlen és irrationalis műtéti mód, melyet a mélyen fekvő mirigyek megbetegedései miatt is anachronismusnak tart. A Wertheim-féle eljárás tökéletesebb és rationalisabb. Az olasz statistika 1293 rák miatt végzett hysterektomiát ölel fel, melyek közül 1093 per vaginam végeztetett 53 (= 4.84%) és 200 per laparotomiam 52 (= 26%) halálessel. A tartós eredmény is eléggé kedvező, a mennyiben 13% 3—10 év után még recidivától mentes maradt.

S. személyes tapasztalatai 50 esetre vonatkoznak és pedig 45 vaginalis műtetre 1 halálessel és 5 Wertheim-félére szintén 1 halálessel. 5 nő túlélte a műtétet 3—6½ évig.

Jayle (Páris) az uterus totalexstirpációját carcinoma miatt 13 ízben végezte és pedig kétszer corpuscarcinoma miatt abdominalis úton a függelékek eltávolításával (mindkettő meggyógyult) és 11 ízben portio-rák miatt; ez utóbbiak közül egyszer per vaginam (gyógyulás), egyszer ép úgy, de csillapíthatatlan vérzés miatt abdominaliter lett a műtét befejezve (gyógyulás) és 9 ízben abdominalis illetve abdominovaginalis úton két postoperatív halálessel, még pedig 1 halálessel egy hónappal a műtét után és 6 recidiva, mely azonban nem indult ki a nyirokmirigyekből, hanem hegek illetve azoknak környezetéből. Az abdominalis műtétet előadó mindig a beteg részleteknek előzetes vaginalis körülmetésésével (collerette vaginale) végzi s azután per laparotomiam távolítja el az uterust, a függelékeit és a széles szalagokat és felszabadítja az uretereket az azokat a legtöbb esetben körülvevő neoplastikus szövetektől. A nyirokmirigyeknek exstirpációját feleslegesnek tartja s azt soha sem végezte.

Egyik pyometrával komplikált esete abból a szempontból is érdekes volt, hogy 5 hónappal az uterus exstirpáció után (a műtétnek gyors befejezése folytán az adnexumok meghagyattak) *primaer ovarial-carcinoma* keletkezett; laparotomia; a beteg még kezelés alatt áll.

Ezen kedvezőtlen eredmények dacára előadó az abdominalis műtét mellett foglal állást és a serosának gondos lezárására nagy súlyt helyez.

De Paoli E. (Perugia). Az itt javasolt radikális műtéti módoknak (a medence kötőszövetének és lumbalis tájékának kitakarításával) a rákmegbetegedés első szakában való általános alkalmazására alig van kilátásuk, a mellett nem is tekinthetők radikálisoknak, mert a rákmegbetegedés terjedésének egyik útját, a perinealis nyirokúteket teljes épségben meghagyják. Valószínűleg ez az oka az ezen műtétet után fellépő heves lumbalis táji fájdalmaknak, melyeket Jacobs említett.

A műtét kimenetelére nézve még mindig a jókor felállított körülmény képezi a főfeltételt. Azért előadó minden rákra gyanus esetben úgynevezett vaginalis próbahysterektomiát (elül harántmetszés az uterus-falon át az aa. uterinae előzetes alakötésével) ajánl, melyet pontosan leír és mely ujjal és szemmel való pontos vizsgálatot lehetővé tesz. Rákos megbetegedés esetében az uterus is azonnal teljesen kiürítható, ellenkező esetben pedig a sebet összevarrja, mely rendszerint per primam intentionem gyógyul.

Különböző előadó a collum supravaginalis amputációját is ajánlja 3 indicatión, melyeket gyakorlatában sikerrel állított fel és melyek mint rákprophylaktikumok szerepelhetnek:

1. a portio erosioja terhelt nőknél;
2. minden therapiával daczoló erosiók a kritikus korhoz közel álló nőknél;
3. jelentékenyebb metrorrhagiák a klimaxban levő nőknél, ha azok oka nem volna kipuhatolható, mert ily esetekben az uterinalis edények megbetegedését lehet feltételezni, mely rákfejlődésre hajlamosít, a mint azt több oly esetben megfigyelte, a melyekben az általa ajánlott műtétbe az illetők bele nem egyeztek.

Bossi L. M. (Genova) már évek óta foglalkozik a méhrák aetiologiájának és pathologiájának vitás pontjaival. Csak nemrégiben nyilatkozott behatóan a rák fertőző voltáról, mely kérdésre vonatkozólag számos kiváló gynaekologushoz intézett kérdéseket, így Leopold, Doléris, Fehling, Runge, Stumpf, Budin, Pozzi, Pinard, Segond, Tillaux, Kehrer, Werth, v. Winckel, Ehrendorfer, Hertaux, Demarquay, Le Dentu, Mayer, Poulet, Richelot és másokhoz, és ugyanakkor meg is indokolta, hogy miért nem tartja a carcinomát fertőzőnek. Felelmi továbbá, hogy rákban szenvedő nőknél csak kivételesen talált graviditást (10,000 grvida közül egyenél volt méhrák), s hogy más szerzők közölte esetek diagnostikai tévedéseken alapulnak, melyek annál könnyebben eshetnek meg, miután a terhesség a portióban való hypertrophizáló ulceratióknak nagyon kedvez; ilyen esetekben ötödnaponként tiszta carbolsavval való ecsetelések helyesebbek, mint a „rák” miatt végzett súlyos műtétek.

A therapia tekintetében a szakferfiak három csoportra oszlanak és pedig a *pessimistákra*, a kik semmiféle műtéttől sem remélnék eredményt, az *optimistákra*, kik még előrehaladt esetekben is jó ered-

ményt várnak a műtéttől, és végre a *legradikálisabbakra*, a kik minden esetben radikális műtéti módozat mellett foglalnak állást. B. a kisebb-ségben levő pessimisták nézetéhez csatlakozik, a mennyiben a kórboncz-tani vizsgálatok a ráknak vér- és nyirokutakon át való gyors elterjedése, valamint előrehaladottabb esetekben a sejt-vándorlás mellett bizonyítanak.

Személyes tapasztalatai szerint a recidiva a legradikálisabb műtét mellett is 6 hónapon belül mindig beáll, ha a rák helye a corpusban van. Ép úgy nem hárította el nála az abdominalis műtéti módozat sem a recidivát, mely a medencének lehető alapos kitakarítása mellett is 6 hónapon belül beállott. Természetes, hogy csak a legsúlyosabb esetekben választotta az abdominalis műtétet.

A vaginalis totalexstirpációra vonatkozólag sem resteli bevallani, hogy diffus carcinománál még a legkitűnőbb műtét mellett is a radikális műtét több veszedelmet mint hasznót rejt magában a betegre és családjára.

B. radikális műtétet csak akkor tart indokoltnak, ha 1. a carcinoma a portiora korlátozódik, mely esetben a vaginalis út választandó és 2. ha corpus carcinománál a függelékeket egészen szabadon találják és ha a rákos elfajulás a cavum uterira korlátozva van; ezen esetekben B. híve az abdominalis műtétnek.

Diffus carcinománál a radikális műtét siettetni a halált, a recidivák nagyon fájdalmasak és gyorsabb lefolyásúak, mint palliatív kezelésnél. Ez az ő erős meggyőződése.

Ezért rendkívül fontosságúnak tartaná a méhrák aetiologiájának és prophylaxisának a legnagyobb éréllyel való tanulmányozását. B. szerint gyakran jóindulatú laesiók ismételt ingerlés, trauma, coitus, kauterizálás, lokális kezelés stb. által epitheliomatikusan elfajulhatnak. Ilyen laesiókat alaposan kellene kezelni, még plastikus műtét útján is. 1000 ilyen laesio közül, a melynél előadó a cervicalis üreg kikaparását és a vaginalportio plastikáját eszközölte, később egy esetben sem lépett fel rák. Más 1000 esetből, a melyben csak kikaparást végzett, 21 esetben előbb-utóbb portio-rák lépett fel.

B. előadását ama javaslattal fejezi be, hogy a pétervári congressuson tűzessék ki napirendre az uteriscarcinoma aetiologiájának, contagiositásának, vagy legalább is prophylaxisának kérdése.

Klein Gusztáv (München): A műtönek legfontosabb feladata a beteget tartósan meggyógyítani. Amde a statistika bizonyítása szerint kiterjedt műtét mellett is csak az esetek kisebb számában lehetséges tartós gyógyulás. Mindamellett még oly esetekben is, a melyekben a recidivát határozott biztossággal kizárni nem lehet, nagyfontosságú az abdominalis út és pedig az alábbi két oknál fogva:

1. Az élet meghosszabbítása és a recidivával járó subjectiv panaszok késleltetése annál valószínűbb, mennél alaposabban történik a carcinomatous szövetek eltávolítása. Nagy és veszedelmes műteti beavatkozások azonban csak akkor jogosultak, ha az egészségesben történő műtéves legalább valószínű.

2. Csak abdominalis úton lehetséges az uterusnak előzetes exstirpációja után a belső metastasisokat is eltávolítani. Például felemlíti egyik betegét, kinél 3 év előtt cirvix-carcinoma miatt az uterust per vaginam exstirpálta. A parametriumban fellépő recidiva vaginalis eltávolítása nem sikerült; azonban abdominalis úton segédjének, Hengge dr.-nak és neki 1½ évvel a vaginalis totalexstirpáció után sikerült az omentum majus, parametrium, paracolpium és hólyagizomzatban fellépett recidivát eltávolítani. Mégis a hasheg recidivált, ezt is 1½ év előtt exstirpálták. Csak egy újabb, retroperitonealis a vasa iliaca körül fellépett recidiva a három hónappal ezelőtt 4-dik műtétként végzett laparotomia alkalmából bizonyult inoperabilisnek. Eddig a betegnek semmiféle subjectiv panasza nem volt és a metastasis-műtetre csak nehezen szánta rá magát, mert „hisz teljesen egészséges”.

Abdominalis úton tehát ily esetekben az élet meghosszabbítása ép úgy, mint a később mégis csak fellépő subjectiv fájdalmaknak kitolása lehetséges, nemkülönben belső metastasisoknak ismételt exstirpációja.

Vajjon a tartós gyógyulások száma abdominalis műtétek után nagyobb lesz, mint vaginalis műtét után, az a jövő kérdése. De oly abszolút halálós betegségnél, a milyen a méhrák, alaposabb, noha veszélyesebb műtéti eljárások nemcsak megengedhetők, de egyenesen indikáltak.

A mellett az uterusnak kevésbé veszélyes totalis exstirpációja megtartja jogosultságát nagyon zsűrűs és erősen kachektikus, szivdegeneratióban szenvedő asszonyoknál, valamint oly esetekben, a melyekben az abdominalis műtétnél szükséges hosszabb narcosis túlságosan veszélyesnek látszik.

Pinard A. (Páris). Zweifellal ellentétben sohasem operál a terhesség alatt; be szokta várni annak lefolyását és mihelyest a szülés megindul, akkor Porro szerint operál; így további két életévet sikerült elérni.

A többi (vaginalis úton) műtét eseténél 3 már 7 évnél hosszabb idő óta recidivamentes. Egyáltalában azt hiszi, hogy ha a beteg jókor kerül műtét alá, baja nem újul ki.

Krönig (Leipzig): A parametrium infiltrációja esetében az uterus abdominalis totalexstirpációja könnyebb, mint a vaginalis. Másrészt a mirigyeknek teljes eltávolítása szerinte lehetetlen, és — mint Amann véli — néhány ráksejt mindig visszamaradhat.

Traub H. (Amsterdam) még Pozzínál is conservatívabb és mindig per vaginam operál. Szerinte a gyógyeredmény nem annyira a műtéti technikától, mint a korai diagnosistól és műtéttől függ.

Jonnesco örömmel látja, hogy a vaginalis műtét híveinek száma napról napra csökken. Eljárását különben a legegyszerűbbnek, leg-rationalisabbnak és legrövidebbnek tartja.

Pozzi megmarad álláspontja mellett, mely szerint Jonnesco műtete csak három év múlva lesz elbírálható.

Wertheim (Bécs) zárszavában ismét kiemeli, hogy tévedés ama feltevés, hogy az ő eljárása csak a tájéki mirigyek eltávolítására volna irányítva. Ellenkezőleg közleményeiből, nemkülönben módszerének technikájából kitűnik, hogy a parametran szöveteknek alapos kiirtását ép olyan fontosnak tartja. Ez segédjének, Kundrat dr.-nak histológiai vizsgálataiból is kitűnik, a melyeknek eredményéről előadásában beszámolt. Ismétli, hogy a 80 esetből, a melyeknek parametriumait metszetekben megvizsgálta, 45 izben carcinomát constatáltak, még pedig 26 esetben egyoldalt, 19 izben pedig kétoldalt. 38 esetben a parametriumoknak inkább kifelé fekvő részleteiben találtak rák.

Nem jogos tehát az ő eljárását és általában a rákműtétek fejlettebb methodusait csak a mirigykérdés szempontjából megítélni. A mi ez utóbbit illeti, szintén az előadásában jelzett tapasztalataira és tényekre utal. Ott nemcsak az exstirpált mirigyek histológiai vizsgálatairól, hanem a mirigykiirtás gyakorlati értékéről is találhatók adatok. A rákos mirigyexstirpációk eseteinek szakadatlan megfigyelése mellett már most is kétségtelen eredmények constatálhatók. A 3. sz. eset, melyben datolyanagyságú rákos mirigyet irtottak ki, ma — négy év múltán is — recidivamentes. Ugyanaz áll a 19. sz. esetről, a melyben 2½ év előtt szilvanagyságú, a klinikai vizsgálat alapján carcinomatoususnak bizonyult mirigyet távolított el. S ugyanezt mondhatja számos, 1½—2—2½ év előtt operált esetről.

Ilyenmő gyakorlati tapasztalatokkal szemben a különböző oldalról emelt, többnyire elméleti természetű kifogásoknak nem tulajdonítható nagy fontosság s e tekintetben előadására utal.

Természetesen nem szabad azért a fejlettebb eljárástól túlságos sokat várni. Recidivák, sajnos, mindig lesznek. Ha az eddig szokásos műtétek legjobb esetben 100/0-os absolut gyógyulási számot adtak, a fejlettebb eljárástól körülbelül 200/0-ot lehet várni, a mi mindenesetre oly eredmény, melynek értékét kicsinyelni nem szabad.

A mi a fejlettebb extraperitonealis műtéteket illeti, különösen — Mackenrodttal szemben — fenntartja előadásában jelzett álláspontját. A Mackenrodt bemutatta készítmények semmiesetre sem bizonyítják eljárásának a parametriumok kiirtására vonatkozó nagyobb értékét. Mackenrodtnak amaz állítását, hogy előadó eljárása a mélyben, különösen a nervus obturatoriuson fekvő mirigyeket bozzáferhetővé nem teszi, vissza kell utasítania. Mert mi célból végezné ő a hasfalnak harántirányú és legfeljebb sérvképződésre alkalmas széthasítását? Vagy talán jobbake Mackenrodtnak primaer eredményei? Semmi esetre sem!

Végül örömeinek ad kifejezést, hogy az uterusrák műtétének és eredményeinek javítására irányított törekvése szaktársai helyeslésével találkozott. A mai nap tanácskozásaiból kitűnik, hogy egyre általánosabbá válik a nézet, hogy: 1. a fejlettebb műtétves eredményesebb, mint a pusztá uterusexstirpáció és 2. hogy e kiterjedtebb módok között előadói a legkönnyebben kivihető és legkevésbé veszélyes.

A vitában részt vettek még Byrne (Chicago) és Johnstone (Cincinnati).

Különböző tárgyú előadások voltak a következők:

Engelmann G. J. (Boston). Az első hószám kora a sarkok és az egyenlítő tájékán.

Korai, 9—10 éves korban fellépő első menstruatio a tropikus tájakon és annak késő, 18—20 éves korban való fellépése a magas északon, oly monda, mely nemzedékről nemzedékre, könyvről könyvre minden tudományos alap nélkül tovább terjedt. Mert a korai pubertas a tropikus és a késő fellépő hószám az északi vidékeken nem tekinthető szabálynak. A néger leány Somaliban ép úgy kifejlődik csak 16 éves korban, mint a lapplandi, samojed vagy eszkimó nő, másrészt ezek ép úgy válhatnak már 12 éves korban anyákká, mint az indiai hindus nők. A pubertas a sarkon ép oly korán és az egyenlítő tájain ép oly későn léphet fel, a mint azt a sarki, illetve az egyenlítő tájbeli népeknél feltelezni szokták.

Előadó azután 60,000 megbízható adat alapján részletesen fejtegeti az első menstruatio korát és adatait égalji övek szerint következőképen csoportosítja:

I. Északi zóna (624 eset); átlagos kor 14.6 év.

Matthews	(500 eset) arkt. indiánok	12.6 év
"	" eszkimó	13—15 "
Van Haren	" eszkimó	16 "
Vogt	" guineaiak	15.2 "

A magas északon eszkimóknál 14 év; gyermekágy 11½—12½, olykor 13—14-dik évben.

II. Mérsékelt zóna.

a) Európa (58,737 eset) átlag 15.5 év.

Dánia, Hollandia	(8,943 eset) átlag	16.5 év
Németország	(21,258 ")	16 "
Anglia	(12,287 ")	15 "
Franciaország	(7,887 ")	14.6 "
Olaszország	(6,337 ")	14.8 "
Spanyolország	(2,025 ")	14.2 "

b) Észak-Amerika (Ujvilág 10,531 esettel) átlag 13.9 év. Egyesült-Államokban és Canadában (angol, germán, francia, olasz fajok, valamint nigrók) átlag 13.9 év.

III. Forró zóna (subtropikus vidékekkel együtt, 2733 eset) átlag 14.8 év.

Roberton	(1140 eset)	Dél-Ázsiában (18—23° é.)	átlag 12.9 év
"	(1593 ")	tisztán tropikus vidékekről	" 15.8 "
Campbell	(104 ")	Siam (13° é.)	" 14.3 "
Mondière	(1244 ")	Cochinchina (11—17° é.)	" 16.6 "
Roberton	(77 ")	Barbados (13° és 6° é.)	" 15.6 "
c. der Burg	(168 ")	Batavia (0°—8° d.)	" 14.6 "
"	"	Somali (0°—+10°)	" 16 "
"	"	Bogas (0°—10°)	" 16 "

Ezen statistikára, valamint más, e kérdésre vonatkozó adatokra támaszkodva, Engelmann megállapítja, hogy — bár a magasabb temperatura egyazon égalj mellett a pubertas fejlődését előmozdítja (a pubertas többnyire a nyáron, a conceptio tavasszal áll be) és a nemi szerveknek fejlődésére is hatással van (magasabb temperatura a férfi nemi szervek fejlődésére szükséges, a mint azt az állat- és növényvilágból vett tények bizonyítják), az átlagos számok mégis inkább különböznek egymástól az egyazon égövhez tartozó, különböző országok nőlakosainál, mint a különböző égövek lakosainál.

Igy a civilizált Európában a pubertas délvídeken korábban áll be, mint északon, Olasz- és Franciaországban hamarabb (14—15. évben) mint Németországban vagy Dániában (16. év). Igen korai pubertas eseteit (átlagosan 11—12. évben) Indiában, Egyiptomban és Arábiában előadó nem tartja kifogástalanoknak.

Az északamerikai Egyesült-Államokban és Canadában az első menstruatio átlag a 14. életévben lép fel és pedig minél inkább dél felé, annál korábban, minél inkább észak felé, annál később.

Amde a tulajdonképeni arktikus tájakon a menstruatio korai, a tulajdonképeni aequatorialis tájakon annak késői fellépése (többnyire 15—16. évben), tehát épen ellenkezője a megszokott nézeteknek, a rendes szabály. Nagy befolyással van a népfaj; ugyanis különböző fejlődési kort mutatnak az egyazon égöv alatt lakó különböző törzsek és népek. Az Egyesült-Államokban azonban ez a befolyás sem mutatkozik; ott német, angol, francia és néger nőknél egyaránt átlag a 14. évben áll be a pubertas.

A táplálkozásnak is nagy a befolyása, egyes állat- és növényfajoknál még a nemi kifejlődésre is. Bizonyára a zsír- és olajdús táplálkozás oka a lapplandi és eszkimó nők korai nemi érettségének. Másrészt a négernek lomhasága nincsen teljesen befolyás nélkül az ezen fajnál szokásos későbbi menstruationak.

Mindezekből előadó azon következtetést vonja le, hogy az egész „milieu“ a „tout ensemble“-ja valamennyi feltételnek, nem pedig ezeknek egyike a döntő tényező ebben a kérdésben és fejtegetésével csak az aequatorialis vidéken való korai, a sarkvidéken való későbbi pubertásról létező téves nézetet megcáfolni akarta.

Stroganoff B. (Szt.-Pétervár). Az eklampsia kezeléséről és pathogeniájáról.

126 eklamptikus nő közül meghalt 8 (= 6.39%), ezek közül kettő „autochton“ és hat „extern“ eset volt, melyeknek lefolyását röviden leírja. Az eklampsianak mivoltát ismeretes nézete alapján következőképen állapítja meg:

Az eklampsia egy különös, sajátos kórboneztani jelleggel bíró, szülönőket, gyermekágyasokat, ritkábban újszülötteket megtámadó megbetegedési alak.

Gyakrabban észlelik primiparáknál, ikerterhességeknél és vesebajos nőknél.

Az eklampsia lázas megbetegedés, mely egyazon nő ismétlődő terhességeiben ismételtelen fellépni nem szokott, azonban egyazon terhesség folyamán többször felléphet.

Bizonyos korban jó, bizonyos korban ismét nagyon rosszindulatú alakban (genius epidemicus), néha convulsiv rohamok nélkül lép fel.

Némely vidéken ritkán, másokon gyakrabban észlelik, többnyire azonban szülönőintézetekben fordul elő.

A megbetegedés egészséges veséjű nőket is megtámadhat. A prodromalis tünetek rendszeren (az esetek 700/0-ában) néhány órával a roham előtt lépnek fel.

Az eklampsia gyakran csoportosan „eruptio“ által lép fel, ép úgy szülönőintézetekben egyik eset kapasan több „autochton“ megbetegedés is előfordulhat.

Az eklamptikus nők izolálása a klinikákon az autochton-esetek számát csökkentette.

Ezekből következteti Stroganoff, hogy az eklampsia egy különös jellegű klinikai és kórboneztani tünetekkel járó megbetegedés; hogy foetalis eredete bebizonyítva nincsen s ennek különben a tünetek is ellenmondanak; és végül, hogy az infectio elméletét az egyszerűen és logikusan megmagyarázza, ép úgy, mint az intoxikációt.

Azért eredményezte az eklamptikus nőknek elkülönítése a szt.-pétervári császári klinikai intézetben az esetek számának csökkentését és ezért gyakoribb ezen megbetegedés a klinikai, mint a magánpraxisban. Véleménye szerint alapos tanulmányozás és tudományos megfigyelésen alapuló tények is támogatják a fertőzés elméletét. A Stroganoff ajánlotta prophylactikus kezelés kitűnő eredményekkel járt és általános alkalmazásra érdemes.

Végül statistikai adatokat mutat be, melyek mind elméletének támogatását célozzák.

Chaleix-Vivie (Bordeaux). Methylenkék metritis ellen.

Előadó vegyileg tiszta, porrá tört methylenkének alkalmazását ajánlja metrorrhagia, menorrhagia és leukorrhoea ellen. E szerek sem

fájdalomokozó, sem caustikus, sem mérgező hatása nincsen és dysmenorrhoea esetében is fájdalomcsillapítóként hat. Előadó blennorrhoeás vaginitis és metritisben szenvedő nőknél is alkalmazta. Néhány ülés után a folyást, de a fájdalmat is elnyomja. Állatokon végzett kísérletekből kitűnt, hogy a methylenkék a méh valamennyi rétegébe csakhamar diffundál. Bactericid hatása is van gonococcus, streptococcus és a bacillus coli ellen.

Faure J. L. (Páris). *A supravaginalis hysterectomia technikájáról; subtotalis hysterectomia előzetes cervix-amputációval.*

Előadó dicsőítőleg nyilatkozik két év óta alkalmazott, elegáns és gyors módszeréről, melynek segítségével a műtétet 3–4 percz alatt, egy nagy fibroma esetében 75 másodpercz alatt végezte. A műtét röviden abban áll, hogy a hasmetszés után a fibromatosus uterus a hasüregből erősen előre sodorja, azután hajlott ollóval a Douglas felől a cervixet a corpustól elválasztja, ezen hasadékba jobb kezének 2–3 ujját teszi, melyekkel — miközben a hüvelykujj a hátsó uterusfalra marad — alulról felfelé felszabadítja a hólyagot és a vesico-uterinalis zsákot. Azután először a jobb széles szalagot fogja ujjai közé, leszorítja és átvágja, azután ugyanezt a műveletet ismétli a ballal. A műtétet azután a szokott módon befejezi.

Súlyos esetekben, melyekben az uterust előre sodorni nem lehet, a vesico-uterinalis tasak magasságában vágja el elől hátrafelé menő irányban a cervixet az uterusstól; az uterus leválasztása azután úgy mint közönséges esetekben, alulról felfelé, de először a hátsó uterusfalra történik.

Mendes de Leon (Amsterdam). *A dysmenorrhoea aetiologiájáról és gyógyításáról.*

Számos klinikai tapasztalat alapján előadó meggyőződött arról, hogy a cervicalis csatorna stenosisának vagy elzáródásának egyes szörnyős eseteit kivéve, a dysmenorrhoea mechanikus elméletének semmiféle létjogosultsága nincsen. A göresöket nem a vérelvezetés akadályozott volta, hanem az okozza, hogy az uterus teljesen vagy részben összehúzódik. 3630 poliklinikai beteg közül 147 került fájdalmas menstruatio miatt kezelés alá; a fellépő göresök oly fájdalmasak voltak, hogy már e miatt is orvosi segélyhez fordultak. Ezek között 128-nál az endometritis különböző alakjainak tipikus jelenségei voltak meg, melyek főképen profus menstruatióban, többnyire coagulomok kitasztatásával vagy fokozott nyálkaelválasztásban nyilvánultak. A göresök a menstruatio alatt voltak a leghevesebbek, azonban az intermenstrualis időtartam alatt is dús nyálkaelválasztás kíséretében észlelték azokat, melyek a corpus-nyálkahártyának a sondával való érintése által is voltak előidézhetőek.

Az ily alakú dysmenorrhoea-esetekben tehát a beteg nyálkahártyából indul ki a göresöket támasztó inger. Előadó azokat endometritis dysmenorrhoea néven öhajja összefoglalni.

Számos esetben tapasztalta, hogy a sonda menstruatio alatt minden akadály nélkül bevezethető, hogy tehát a kiválasztandó menstrualis vér és a kivezető csatorna tekintetében helyi aránytalanság nem áll fenn.

Még sokkal erősebben léptek fel a göresök a többi tizenöt betegnél, többnyire hányás, fejfájás, szédülés vagy ájulások kíséretében, daczára annak, hogy a menstruatio alatti vérelválasztás igen csekély és a genitáliákban helyi elváltozás kimutatható nem volt. Az egyébként könnyen bevezethető sonda a menstruatio alatt leküzdhetetlen akadályra talált az orific. internumnál, melyet annak spastikus összehúzódása idézett elő. Ez okból előadó a dysmenorrhoea leirt alakját *hysterospasmusnak* nevezte el és azt mint külön betegséget fogja fel. Hogy egyébként ép genitáliákkal bíró egyéneknek ezen összehúzódások egyik esetben miért járnak erős fájdalmakkal, a másikban pedig nem, azt biztossággal megmondani nem lehet. Tény az, hogy e göresök főképen az idegrendszer functionalis zavarainál, hysteria és neurastheniánál vannak jelen. Valószínű, hogy a gyengült központi szerv az uterus contractioit, ez esetben az orific. intern.-ét, melyeket normális viszonyok között észre sem vesznek, fájdalmassá teszi s így azok mint elviselhetetlen, kólika-szerű fájdalmak nyilvánulnak. A normális viszonyok között fájdalomlan méhösszehúzódások, ez esetben a sphinct. ost. int.-é, a gyengült központi szerv túlérzékenysége folytán fájdalmasaknak éreztetnek.

Előadó azután röviden megemlékszik az *ovariális dysmenorrhoeáról*, melynek létezését egyes klinikai észleletek alapján többé kétségbe vonni nem meri.

A mondottak alapján általános terapiáról szó sem lehet. Az endometritis dysmenorrhoeicánál az ok szerint a kezelés is lokális lesz: a beteg endometriumnak kauterisatioja vagy curettage.

Az eredmény általában tökéletes, miként azt előadó számadatakkal bizonyítja. A gyógyulási folyamat akadályai mindig hysterospasmus volt.

A nélkül, hogy előadó az általános terapiának hasznát kicsinyelné, szerinte csakis a helyi kezelés által érhető el végleges gyógyulás; e végett az orific. internumnak folytonos hyperextensioját ajánlja mindaddig, míg a sphincter orific. int. teljes bénulása beállott.

Először is laminariát vezet be, mely huszonnégy óráig ott marad, azután Hegar-féle tágitókkal (egészen 18–20-as számig) tovább tágit s végül egy időn keresztül Fritsch-féle tágitókat vezet be, melyeket harmadnaponként megismétel, rendszeresen hatszor. Azután még két hónapon keresztül ambulatorice hetenként kétszer 8-as számú tágitót vezet be. Mihelyt ez fájdalom nélkül megtörténhetik, beszünteti a kezelést és bevárja a két legközelebbi menstruatiót. Ha a fájdalmak az utolsó havi baj alkalmával elmaradnak, a dilatációkat nem folytatja, ellenkező esetben azonban három héten át ismét hetenként kétszer alkalmazza azt.

Az eddigi eredmények kielégítőek. Négy ily módon kezelt nőnél a menstruatio $4\frac{1}{2}$, 3 és 1 éven át teljesen fájdalommentes volt és a fentemlített mellékünetek sem léptek fel. Három még megfigyelés alatt levő nő három, illetőleg két ízben göresök nélkül menstruált.

Dudley Palmer (New-York). *A császármetés egyik módosításáról.*

A módosítás abban áll, hogy D. későbbi sérvek elkerülése szempontjából csak egy, körülbelül 15 cm. hosszú metszést vezet a köldökig; ezen metszett sebbe azután úgy hozza be az uterust, hogy annak cervicalis részét egy gummisövel, a fundusát pedig a kezével beleemeli. Metszés a mellő uterustal, a magzat és placenta extractioja. Az egész műtét alatt meleg sublimatos irrigatio (1:5000), az uterus megnyitása és kiürítése után a méhüreg irrigálása. Az uterus contractioja után a méh- és hasseb folytatólagos catgut-varrattal való ellátása következik.

Delbet Pál (Páris). *Hysterectomia után támadt retrovaginalis fistula.*

Egyik betegnél, a kinél Delbet genyes medenczemegbetegedés miatt vaginalis totalextirpációt végzett, (valószínűleg a rectalis fal ulceratioja által a műtét előtti genyből kiindulva) magas retrovaginalis fistula támadt, melyet olyformán gyógyított, hogy a rectalis falban duplicaturát (dedoublement) készített és elvarrt, s azután a vaginalis falnak egyik csikjával a fistulát befedte és elvarrt. Sima gyógyulás.

Lapeyre (Tours). *Az ovariumnak conserválásáról a sebészetben.*

Kiindulva abból a tényből, hogy a nőnek a nemzőképes korszakban eszközölt castratioja rendesen komolyabb, olykor súlyos vasomotorikus, neuropathikus és táplálkozási zavarokat von maga után, előadó felállítja ama elvet, hogy a conserváló sebészetnek első sorban az ovariumra kell tekintettel lenni, mely nemcsak a szaporodásra, de az egész női szervezetre nélkülözhetetlen. Elégséges e szervnek egyik részét meghagyni, ha a kellemetlen utóhatásoknak elejét akarják venni és ez lobos adnexmegbetegedéseknél, uterus fibromáknál feltétlenül megtörténhetik. Ellenzik ugyan ovariumrészeknek meghagyását, főképen azért, mert újabb adhaesiókra, újabb fájdalmakra adhatnak okot.

Ezen feltétlenül fennálló bajjal szemben előadó a meghagyott ovariumrészeknek a ligam. latum két csikja közé való bevarrását ajánlja. Ezen eljárást követi 18 hónap óta minden myoma miatt végzett abdominalis hysterectomiánál, salpingotomiánál és pedig a legjobb sikerrel.

Bouët—Henry asszony (Páris). *Genitalis eredetű periodikus pleuro-pulmonalis congestiók.*

Potain által (1883) figyelmeztetve, előadó alapos vizsgálatokat tett a nőknél a tüdőben periodikusan fellépő congestiókra vonatkozólag. Három alakot különböztet meg: congestiv, pleuralis és pleuro-pulmonalis alakot.

1. A *congestiv* alakú megbetegedést, ha kisebb fokú, fájdalmak és dyspnoé kíséri láz nélkül; súlyosabb esetekben a fájdalom is, a dyspnoé is nagyobb fokú, láz is csaknem állandóan jelen van és néha (nem castrált nőknél) haemoptoé is fellép. Ovarium nélküli nőknél főképen a haemoptoéval járó alak észlelhető.

2. A *pleuralis* alak rövid tartama és menstruatio fellépésével történő gyors eltűnése folytán gyakran teljesen észrevétlenül folyik le. Nem castrált nőknél nem fordul elő. Oldalszúrással kezdődik, légzési nehézséggel és kisebb fokú bágyadsággal jár, gyorsan és láz nélkül múlik el és csak nagyfokú figyelem mellett ismertetik fel.

3. A *pleuro-pulmonalis* alak az, mely tulajdonképen a Potain leirta megbetegedésnek megfelel. Oldalszúrással, légzési nehézséggel, csekélyebb fokú lázzal, nedves szöreszőréjével, olykor véres, néha rozsdaszínű köpettel lép fel.

Két nappal később pleuritis tünetei is hozzájárulnak, úgy hogy infectious pleuro-pneumoniára gondolunk (influenza etc.); a várt menstruatio fellép és az abnormalis tünetek néhány óra alatt elmúlnak.

E megbetegedés pathogeniáját illetőleg evidens, hogy közte és a menstruatio periodusa között relatio van. A periódicitásnak nem kell abszolút rendességűnek lennie, előadó tapasztalata szerint minden második esetben is beállhat. Ezen tüneteket, ha csak castrált nőknél lépnének fel, mechanikus behatások, mint vicariális (supplementaer) congestiók által lehetne megmagyarázni.

Minthogy azonban nem castrált nőknél is — tekintet nélkül a gyakori vagy ritka menssekre — előfordulnak, minthogy továbbá nem a menstruatio előtt, hanem utána — sokszor csak minden második esetben — lépnek fel, minthogy terheesség alatt, a mi szintén fontos, elmaradnak, más oknak kell fennforogni és ezt előadó intoxicationban keresi. A tünetek is e mellett szólnak, miután más intoxicational (szén-oxyd, bacillaris toxinok etc.) mutatkozó tüneteknek felelnek meg.

A légzési szervekre irányított therapia sikertelen maradt; másrészt a genitáliáknak Brandt szerint massageval való kezelése eredményesebb volt. Előadó 14 esetben periodikus pleuro-pulmonalis congestiók ellen alkalmazta, 8 nőnél teljes sikerrel, 6-nál siker nélkül, ezek közül kettő tuberculotikus volt, a többi már előzőleg operáltatott vagy később kénytelen volt magát műtétnek alávetni.

Sosnovska Helén (Páris). *Sterilitás több esete Brandt szerint kezelve és gyógyítva.*

Öt nőnek kórtörténetét adja elő, a kiknél a fennálló sterilitást massageval gyógyította. Okul valamennyinél az uterus szalagok elasticitásának hiánya, illetve ezen szalagok közül egynek vagy többnek feszes volta szolgált, melyeket következőképen tágitott és masszált.

1. Fennálló helyzetben: a bal mutatóujj a rectumba, a hüvelyk a vaginába vezetettik és így az uterus néhányszor felülről lefelé húztatik.

2. Fekvő helyzetben: valamennyi ligamentum massageja, azután az uterusnak jobbról balra és balról jobbra való tolása, a mit a vaginában levő bal mutatóujjat és a kívül működő jobb kézzel eszközöl: erre az uterusnak elülről hátra felé való mozgása következik az által, hogy a bal mutatóujj a mellő hüvelyboltozatban az uterusportiót elülről hátra és alulról felfelé nyomja, míg a jobb kéz e mozgásokat kívülről támogatja. Végül az alhasnak vibratorikus külső massageja, melynek megtörténte után a betegnek $\frac{1}{2}$ óráig pihenni kell, mielőtt rendes foglalkozása után jár.

A kezelés, mely semminemű rossz következményekkel nem járt, 6—12 hónapig tartott és mindig jó eredménnyel járt, a mennyiben az illető nők, kiknél azelőtt minden kezelés sikertelen maradt, egyszer vagy többször terhesekké lettek.

Gelli G. (Florenz). *Köldökszínorszorító bemutatása.*

Ujabb időben a köldökszínor ellátása a szülészek részéről különös figyelemre méltott. A különböző és különösen Martin kezdeményezésére követett különböző eljárások rövid vizsgálata és azok hátrányainak felsorolása után, előadó ajánlja az általa feltalált és 6 hó óta a firenzei szülész női praxisban sikerrel használt köldökszínorszorítót (serre funiculo), mely úgynevezett biztosító tűhöz hasonlít, igen olesó és tűzben, valamint antiseptikus oldatokban könnyen desinficiálható. Mindig szorosan ül, a köldökszínor véreteit jól összeszorítja és közel a hasfalhoz alkalmazandó. A kis csont negyednapra leesik.

Henrotay J. (Antwerpen). *Essentialis amenorrhoea kezelése cashypodermoklysisselel.*

Előadó egy idő óta essentialis amenorrhoea kezelésénél physiologikus oldattal való subcutan injectiókat alkalmaz: az oldathoz vasglycerophosphat hozzátesz. Ezen hypodermoklysiseket a lumbalis tájékon hetenként egyszer 150—250 gm.-nyi oldattal alkalmazza, melyet comprimált pastillákból állít elő, melyek 3 gm. konyhasóból és 1 gm. vasglycerophosphatból állanak és melyekből 500 gm.-os oldathoz egy pastilla elégséges.

Egyes esetekben előadó ezen injectiókkal meglepő eredményeket ért el.

Truzzi E. (Padua). *Mesterséges koraszülés, mint a classikus császármetszést előkészítő műtét.*

A conservatív császármetszés időpontjának kérdése oly esetekben, midőn az a szülész hatalmában áll, még végérvényesen eldöntve nincsen. Bar ajánlata, mely szerint a műtét akkor végrehajtandó, ha már nincsenek uterus-contractionok, tagadhatatlanul sok elönyt nyel bir s itt-ott el is fogadtatott. Azonban több, nagy haemorrhagiák miatt szerencsétlenül végződött eset, így Treub 2, Ewerke 3 esete, nemkülönben Ehendorfer esete lochiometrával a gyermekágyban, Bar javaslatát kedvezőtlen világításban tüntetik fel.

Truzzi emlékeztet arra, hogy már Rames a császármetszés végrehajtásánál a mesterséges koraszülés megindítására az uterusba sondát vezetett be; ezt azonban a Krause-féle methodus megbízhatlansága, valamint a hólyagrepedés veszélye miatt el nem fogadták.

Truzzi két esetben alkalmazta ezen eljárást: a) (egy multiparánál 6, és egy primiparánál 22 órával a császármetszés előtt) módosított alakban, a mennyiben glycerinbe mártott jodoformgaze-esikot óvatosan az uterusba betölt és azután a vaginát steril gazeval tamponálta. Így néhány óra alatt sikerült erős contractionokat kiváltani és azután a császármetszést legjobb eredménnyel elvégezni, s ezért ezen eljárást — melylyel megfelel a Schroeder-Bar-féle javaslatnak, mely szerint a császármetszés meghatározott időpontban, mikor a szülési folyamat még nem kezdődött meg, mint a melynél az uterusatonia veszélyeitől sem kell tartani, a legmélegebben ajánlja.

D'Erchia P. (Bari). *Adalék a terhes és szülő uterus tanulmányozásához.*

Előadó mindenekelőtt felemlíti, hogy Bayer nézeteit már v. Franqué, Leopold és Barbour megczáfolták és a Schroeder-Hofmeier-féle álláspont hívének vallja magát, melyet Acconci, Pestalozza, v. Franqué, Leopold, Barbour, Gebhard és mások is osztanak és mely szerint az alsó uterus-segmentum a méhtest részének tekintendő. Azt véli, hogy újszülöttek és nem terhes asszonyok uterusán az alsó segmentum morphologie, mind az uterus tulajdonképeni corpusától, mind a cervixtől jól megkülönböztethető, teljesen kifejlődött uterus ez a morphologiai megkülönböztetés természetesen kérdésessé, sőt lehetetlenné lehet, a mit Sobotta anthropomorph majmoknál is constatált. A corpus, valamint az alsó segmentum izomszövetét a legkülönbözőbb (hossz, ferde, haránt) irányban haladó kötegek képezik. A belső szájaknak megfelelően a cervixnek nincsen teljes sphinctere, hanem pedig (Rossa nézetével ellentétben) a Bandl-félének megfelelő gyűrű.

A terhes uterus rugalmas szöveteit illetőleg előadó egy Porro-féle császármetszésből nyert uterust megvizsgálva, a corpus, cervix és alsó segmentum szövete között nem talált említésre méltó differenciát (Acconci, Dührssen, Dittel, Davidoff-al szemben). Mint Wolke, ő is azt találta, hogy a rugalmas rostok száma a serosától a mucosához való irányban csökken. A rostok párhuzamosan és merőlegesen haladnak az izomrostokhoz (Pick) vagy pedig azokkal sajátos reczét képeznek. Ugyanis az izomkötegeket a rugalmas rostoknak egész halmaza veszi körül, melyek közül primaer és secundaer septumok egyes izomrostok között áthaladnak.

D'Erchia valódi elastikus zónákat is talált az uterus külső és belső izomrétege között, különösen a fundus felé, a melyek csakis rugalmas rostok és a legkisebb méretű véregek által képezettek, és nézete szerint ezeknek fontos szerepük van a méh tágulásánál a terhesség és szülés alatt, valamint az utóbbinak mechanikus izommunkája alatt.

Végül d'Erchia még a cervix mechanizmusának a szülés alatti változatait tanulmányozta és azt találta, hogy a nőnél, ellentétben a tengerinyúlal, nem valódi, hanem csak látszólagos rövidülés áll be.

Spinelli P. G. (Nápoly). *Adalék a méh fibromyomáinak sebészetéhez.*

S. 100-nál több myomotomiáról számol be, melyek közül egy exitus volt. E műtét jelenleg veszély nélküli. Isolált és nem nagyon számos fibrománál az enukleatio ajánlatos; ha azonban sok és összefolyó myomagóc van, akkor előadó két év óta radikális conservatív methodust alkalmaz, mely nem egészen tökéletes hysterectomiában áll, a mennyiben az ovariumokat egy vastag musculo-peritoneo-mucosus csonttal meghagyja. A nők nagyobb része a műtét után tovább menstruál. Zweifelé az érdem, hogy e műtétet elsőként ajánlotta, de előadó azt módosította és tökéletesítette.

Az uterus alsó segmentumainak myomáinál természetesen total-exstirpációt kell végezni.

Nigrisoli B. (Ravenna). *A vaginalis hysterectomiáról.*

462 vaginalis hysterectomia alapján — melyek közül 11 (=2.38%) halálos volt — fejtegeti a műtét indicatíót és végeredményeit.

Rák miatt 55-ször végzett vaginalis totalexstirpációt (4 haláleset), 14 abdominalis hysterectomia 2 halálesettel és 2 vagino-abdominalis műtét 2 halálesettel. 7 esetben corpus-, 64-ben portio-carcinoma volt. Most technikai okokból az abdominalis eljárásnak ad előnyt és a vaginalis utat csak oly esetekben választja, midőn az uterus prolapsált, a vagina nagyon tág és ha infiltrációk nem érezhetők.

50 per vaginam (1890-től 1898-ig) műtett nő közül még 7 recidivamentes, az 1898 óta per vaginam operáltak közül pedig 5.

A combinált methodust teljesen elveti.

Operálható volt az esetek 33%-a.

Myoma miatt 56 vaginalis totalexstirpációt végzett 1 halálesettel, 98 abdominalis műtétet 8 halálesettel. Per vaginam csak $1\frac{1}{2}$ kg.-nál kisebb myomákat operál és pedig többnyire Doyen, 8 ízben Doederlein szerint. 16-szor vaginalis conservatív műtétet végzett.

Ovarialis kystomáknál előadó nem hive a vaginalis műtétnek; 7-szer operált meg így klimakterikus nőket myomák, uterusprolapsus, súlyos metritisek és nagyobb kystomák miatt. 1 haláleset; az abdominalis műtétnek előnyt ad.

Extrauterin terhesség miatt 41 ízben haláleset nélkül végezte a műtétet, és pedig 25-ször per vaginam (20-szor radikális műtét a nem gravid oldal megbetegedése miatt). Egyoldali adnexmütét egyik esetében, melynek alapját gonorrhoeás folyamat képezte, később a másik oldal tubájában lépett fel graviditás.

Nigrisoli a terhesség első 4 hónapjában a kolpotomiát tartja a megfelelő műtétnek.

Nagyfokú uterusprolapsus miatt a vaginalis hysterectomiát a vaginának jelentékeny resectiójával haláleset nélkül több ízben legjobb sikerrel végezte.

Lobos adnexmegbetegedéseknél 274 ízben per vaginam végzett radikális műtétet 5 halálesettel és 300 abdominalis műtétet 18 halálozással. Kétoldali adnexmegbetegedésnél, nagy medenczegennyedéseknél a radikális műtétet legmélegebben ajánlja.

168 genyes megbetegedés miatt végzett vaginalis műtét közül csak 1 végződött halálosan, míg 75 abdominalis műtét közül 10 halálessel végződött. Előadó Doyen szerint operál; 50 ízben a Thumim-féle eszközzel, de állandóan ligatúrával is.

Nigrisoli végre még 34 vaginalis conservatív műtétet végzett haláleset nélkül, azonban genyes folyamatoknál is, de nem mindig kedvező végeredménnyel.

Simone M. (Oppido Mamertina, Italia). *Az influenza a három nagy puerperalis stadiumban.*

Előadó röviden vázolja ama nagy influenzajárványokat az 1675., 1779., 1837. és az 1900. évben (Greifswald), a mikor főképen a genitáliákat támadta és az idevonatkozó irodalom felhasználásával nézeteit az influenza befolyásáról következőképen összefoglalja:

Az influenzának terhes nőknél nehéz lefolyása van, mert hisz tulajdonképen idegmegbetegedés és az idegrendszer már egyedül a terhesség által is gyengült állapotban van. Magára a terhességre az influenzának kedvezőtlen hatása van, a mennyiben gyakran abortust, koraszülést idéz elő, melynek okát előadó a petének az infectious betegség által okozott korai elhalásában keresi. A therapiának első sorban medicamentosusnak kell lennie. Ha a foetus még nem életképes, a mesterséges abortus csakis kivételesen súlyos esetekben, ellenben életképes magzatnál a mesterséges koraszülés mielőbb megindítandó.

A szülés alatt e megbetegedésnek nagy fontossága van, a mi a szöveteinek a szülés alatt végbemenő biochemikus változásaiban leli magyarázatát: ezeknek következménye a méhizomzat teljes gyengesége, a mint azt előadó egy halálos kimeneteli esetben maga is észlelte.

A gyermekágyban az influenza gyakran szintén súlyosabb, de mindig lassabb kimeneteli és bár a mortalitás talán nem nagyobb, sebészeti utóbajok még sem tartoznak a ritkaságok közé.

Magát a puerperiumot az influenza nem befolyásolja oly kedvezőtlenül, mint a többi anyasági stadiumot (Mijnlieff, Gottschalk), csakhogy az uterusinvolútiót zavarja meg (Labadie-Lagrace, Amann, Möller, Mijnlieff, Gottschalk) és ez ismét pathogen microorganismusok, főképen streptococcusok tenyésztésére alkalmas viszonyokat teremt, miáltal a gyermekágyasok károsulnak meg.

Calderini G. (Bologna). *A placenta daganatai.*

Placenta-tumorkok elég ritkák. Veit összesen 43 esetet említett, ha deciduomáktól, cystáktól és molától eltekintünk. E tumorkok nemcsak tudományos, de gyakorlati szempontból is érdekesek. Előadó esete megváltoztatta az uterus alakját és hydramniost okozott, nemkülönben

méhvérzést, koraszülést, szabálytalanságot a méh összehúzódásában, időelőtti burokrepedést, magzatelhalást máj- és lépnagyobbodással és hydropssal, a placenta mesterséges leválasztása, súlyos anaemia a placentalis időszak alatti metrorrhagia folytán.

A daganat férfikölnagságú, babalakú, basisával a foetus felé irányítva volt és puha nyomáshoz hasonló consistentiával bírt. A merőleges metszapon centralis és corticalis rész különböztethető meg, mely utóbbiban chorion-bolyhokra emlékeztető üregek voltak.

A histologiai structura chorio-fibro-angiomát, tehát a chorion-epitheliomának ellenkezőjét mutatta, miután az előbbi a bolyhok parenchym, vérér és kötőszövet elemeiből áll (tehát a chorion- és allantois-ból), míg az epithelioma a Langhans-féle sejtrétegből és a syncitiumból (tehát deciduából) származik. A chorion-fibro-angioma jóindulatú, főképen mert az uterusban való tartózkodása nem állandó, ellenben a másik tumoralak rosszindulatú, részint structurája, részint az uterusszövetekkel való szoros összefüggése és a szülés után is az uterusban való maradása miatt.

Előadó az említett tulajdonságokon kívül azért is tartja érdekesnek e daganatot, mert a placenta anya-ovularis és foetal-ovularis megbetegedéseinek megkülönböztetéséhez hozzájárul.

Catterina A. (Camerino, Olaszország): *A hysterokataphrazisről.*

Előadó leírja az uteruprolapsusnak téglalakú érezeszközzel való kezelését. *Pinaré* fiatal nőknél az uterust fixáló mindennemű operatív beavatkozást ellenez. *Jacobs* szintén ellene van mindennemű hysteropexiának, kivéve azt, melynél az uterust a mellső peritonealis zsákhoz odavarrják.

Pichevin a kétoldali Alexander-Adams-műtétnek a híve, melynek csak az a hibája, hogy kivitele sokáig tart.

Dumont A. (Tourcoing): *A tourcoingi szülőintézet berendezése.*

A tourcoingi szülőintézetnek szülészeti ambulancia van, a hol terhes nőket vizsgálnak meg, főképen albumenre, szűk medenczére, magzatfekvésre, stb. vonatkozólag és megfelelően kezelik; a szülőintézetben (12 jól szellőztethető, villamos világítással, egy-egy ágygyal berendezett szobával) a szülő nők egy hóval lebetegedésük előtt vétetnek fel és az inficiált szülések számára külön pavillon van külön személyzettel.

Sfameni P. (Pisa). *Idegvégződés a külső női genitáliákban.*

Háromféle idegvégződést különböztet meg: 1. intrapapillarisokat; 2. idegvégződéseket a bőr reticularis rétegében és 3. olyanokat a subcorialis kötőszövetben.

Az intrapapillaris végződéseket halvány és medullaris idegrostok képezik; utóbbiaknak végen testecskék vannak (*Meissner*, *Krause*, *Ruffini*-féle testecskék), míg a halvány rostok a papillákban elterjednek és a medullaris rostokat, valamint a capillaris ereket körülveszik.

A bőr reticularis rétege igen idegdús és abban különböző alakúak a testecskék: *Pacini*-, *Vater*-, *Golgi-Mazzini*-félék. Előadó véleménye szerint azonban mindezek — csekély morphologiai különbségektől eltekintve — egyazon kategóriába tartoznak. Ezen testecskék közül egyesekben igen vékony fonál alakjában látható az úgynevezett fonál-készülék, melyet az urethra pars prostatica-jában is találtak.

A subcorialis kötőszövetben aránylag kevés az idegvégződés, többnyire *Pacini*- és *Ruffini*-féle testecskék találhatók.

Előadó végül azon nézetet van, hogy mindezen idegvégződések a spinalis dúczokkal homolog kis peripherikus idegdúczok.

Campione F. (Bari). *Az appendicitis viszonya a női betegségekhez.* Két önmegfigyelte eset kapcsán, melyekben szülési műtétek alkalmával appendicitisre akadt, valamint mások által észlelt és napról napra szaporodó esetek alapján, előadó az alábbi következtetésekhez jut:

Az appendicitis s főképen az úgynevezett adnexappendicitis, mely csak pathogenesis tekintetében különbözik a klasszikus vagy „circoappendicularis” appendicitistől, a nőnél nem olyan ritkán fordul elő, mint azt általában hiszik.

A gyakorlatban való ritka előfordulás onnan ered, hogy nem diagnosztizálják, a mennyiben más adnexmegbetegedés által elfedve lehet és az általános gyakorló orvos az appendicitis terén nem bír oly jártassággal, mint az uterus- és adnexmegbetegedések terén.

Az utóbbiak körüli műtéteknek mindig per laparotomiam kellene történnie, hogy így a processus vermiformis állapotáról is tudomást lehessen szerezni.

Míthogy az appendicitis a tudomány mai álláspontja szerint okvetlenül sebészeti kezelést igényel és tekintettel arra, hogy az ily bajokban szenvedő nők anyasága súlyos következményekkel járhat, már a megbetegedés kezdeti tüneteinek fellépésekor (egyszerű össze-növések [peritonitis plastica] a processus vermiformis és a jobb adnexumok között) prophylaktikus szempontból az appendixet resekálni kellene.

Mucci S. (Nápoly). *A hypodermoklysis a szülészetben és gynae-kológiában.*

Előadó a hypodermoklysis történetének rövid áttekintése után főképen *Cantani* érdemeit emeli ki, a miért ezen eljárást a belgyógyászatban (cholera) meghonosította. Azután leírja *Bischoff*, *Roux*, *Kümmel*, *Cohnheim*, *Lafont*, *Schwartz*, *Hayem*, *Delbey*, *Janay*, *Fourmeaux* tapasztalatait és kísérleteit, melyekből kitűnik, hogy a hypodermoklysisnek hatása nagyobb vérzésnél és nedvvesztésnél az arteriosus nyomás fokozásában s így a szívnek közvetett ingerlésében, nemkülönben a thrombus képződésében nyilvánul, miért is már a priori puerperalis vérzések esetében igen rationalis szerként szolgálhat.

Mucci maga 41 abortus-vérzésnél igen jó sikerrel alkalmazta, 30 nem nagyon súlyos esetben a beteg nők erőbeli állapotára is jó hatással

volt és a gyógyulást sietette; 11 súlyos esetben szinte életmentőnek bizonyult, a mennyiben az injectiók előtt úgy ő, mint más orvostársai az illető nőket kétségbeesítő állapotban találták.

Szülés utáni vérzés 8 esetében, melynek oka uterus-atonia volt, szintén kitűnő eredményeket ért el, a mennyiben a konyhasó-oldattal ergotint is injiciált.

Placenta praevia 3 esetében a konyhasó-oldatos praeventiv hypodermoklysmák a későbbi vérzésekre is jó hatással voltak, valószínűleg a vér plasticitásának fokozása folytán.

A szervezet *intoxicatiojánd* *Sanarelli* és *Sanguirico* konyhasó-oldatokat használt, a melyeket már *Magendie* igen előnyösöknek mondott. Azt találták ugyanis, hogy míg az alkoholnak 9 gm.-ja (1 kg. testsúlyra számítva) egyébként már halálosan hat, a szervezet konyhasó infúsiók után egészen 14 gm.-ig terjedő dosist is elbir. Az infúsiók előadó szerint ilyen esetben háromféleképen hatnak:

1. meglassítják a toxikus anyagok absorbealását és
2. emelik a szervezet védőképességét, a mennyiben a vörös vértestecskéknél ellenállóképességét növelik, a serum globucid erejét csökkentik és a phagocytosist előmozdítják;

3. előmozdítják a toxikus termékek eliminatioját, a mennyiben a diuresist, valamint mindennemű secretiót megindítanak.

A szív systolikus erejének növelése, a vérnyomás emelése és a vérkeringés javítása mind hatással vannak az intoxicáció lefolyására.

Manapság már meglehetősen biztossággal megállapított tény, hogy a terhesség alatt mérgek termelődnek és hogy a szervezetnek intoxicatio képezi számos, a terhesség alatt fellépő betegségnek, például eklampsianak is az okát.

Tíz terhesség alatti eklampsia-eset közül, a melyekkel obstipatio is járt, 4, nem súlyos eset a belek kiürítésével és desinfectiojával (olajpurgantiák és enteroklysmák), valamint 500 gm. physiologikus konyhasó-oldatnak naponkénti hypodermatikus alkalmazásával néhány nap alatt meggyógyult. A többi 6, igen súlyos esetben eret vágtak és naponta 1000 gm. konyhasó-oldatot infundáltak és az ez által támadt ideges túlingerlést veratrum viridevel kezelték; ezek közül 4 esetben gyógyulás állott be, egy esetben (meghalt magzatnál) a mesterséges koraszülést megindították, a 6-dik eset későn jutott kezelés alá, úgy hogy a beteg a rögtöni érvágás és hypodermoklysis dacára 1 1/2 óra mulva meghalt.

A terhesség alatti túlságos hányásnak főokai között az intoxicatio a leggyakoribb. Hét ilyen esetben desinfectiálta a beleket, és entero- és hypodermoklysmákat alkalmazott 300—500 gm. sóoldattal pro die. Már 38 órával utána javulás állott be annyira, hogy jégbe hűtött számartejet már megtartotta. Őt esetében teljes gyógyulás állott be, úgy hogy a hányás teljesen elmaradt. A többi két esetben javulás állott be olyképen, hogy a hypodermoklysmákat 4—5 naponként ismételni kellett.

Condamin, ki 8 év óta használja ezen eljárást, azóta egy esetben sem alkalmazott mesterséges abortust csillapíthatlan hányás miatt.

*Prurigo gestationalis*nál, valamint a terhesség alatt fellépő más ideges állapotoknál is (pica, iz- és szag-anomáliák, melancholia, mania) a klysmák sikerrel alkalmazhatók. Előadó maga tapasztalta ezt ideges irritabilitás egy esetében.

A *puerperalis láznál* elért eredmények tekintetében már kétség sem áll fenn. Puerperalis sapraemia 3 esetében a klysmákkal legalább gyorsabb javulást ért el, mint azok nélkül.

Végül a hypodermoklysiseknek *chloroform-narcosis* után való kedvező hatását említi fel. Elsőnek *Catusani* (1900) alkalmazta a konyhasó-hypodermoklysiseket a narcosis kellemetlen utóhatásai ellenében 22, *Spinelli* (Nápoly) klinikáján így kezelt esetei közül 15-ben absolut eredményt ért el, a mennyiben a gyógyulásra gyakran végzetes hányás, illetve hányási inger teljesen elmaradt, 6 esetben a kellemetlen utóhatások csökkenése volt észlelhető és csak 1 esetben volt az eredmény negatív.

35 további eset között, melyet előadó ugyanazon klinikán észlelt s melyek között igen súlyos abdominalis és vaginalis műtétek is voltak, a hypodermoklysisnek 30 ízben absolut eredménye volt, míg 5 esetben csak relativ eredményt ért el, a mennyiben a hányás csekélyebb és rázkódások nélkül volt. Mindjárt a műtét után 300—500 gm. konyhasó-oldatot 0.25 gm. ammoniumchloriddal (*Jaruaris*) alkalmaztak; ritkán szükséges 6 óra mulva az injectiót megismételni. Főképen vaginalis plastikus műtéteknél, nemkülönben gynae-kologiai laparotomiáknál ezen eljárás a kedvező eredménynek fontos segítő eszköze.

Gigli L. (Firenze). *Óldalsó pubiotomia.*

A symphyseotomiával elért eredmények általában nem kielégítőek; a halálozás nagyon magas, körülbelül olyan, mint a császármetszésnél; a morbitás pedig oly nagy, mint semmiféle más újabb műtétnél. Ezek az eredmények semmi arányban nincsenek a műtét látszólagos könnyűségével. Ennek okát G. abban látja, hogy a szülés sokkal rendellenesebbé teszi ezt a műtétet, a mely tulajdonképen egyszerű arthrotomia, mint bármely más arthrotomiát s ő úgy találja, hogy a természet tulajdonképen a csontos utat jelölte ki mint czélszerűbbet, mint a melyet már *Champion de Bar-le-Duc* a IX. században ajánlott. G. ezért ajánlja, hogy a műtétet az ő drótfűrészével s symphysistól oldalt végezzék, ferdén a csonton át, a mi jól összeforró, linearis sebzést okoz s ily módon végezték a műtétet *Bonardi* (Lugano) 1 esetben, *Calderini* (Bologna) 1 esetben, *Gigli* (Firenze) 1, *van de Velde* (Vaarslem) 2, *Scarlini* (Siena) 1, tehát összesen 7 esetben, a melyek minden szövödmény nélkül gyógyultak.

Pinaré szerint a *Gigli*-féle sodronyvezető némely esetben előnyösen alkalmazható; ő a *Faraboeuf*-féle műtétnél a láncfűrész helyett a sodronyfűrész alkalmazza. Az ezzel elért jó eredmények folytán előnyt

ad a symphyseotomiának, a mely a medencének állandó nagyobbodásához vezet.

Gigli ismeri azokat a kitünő eredményeket, a melyeket Pinard, Morisani és Zweifel a symphyseotomiával elértek; sajnos, ők az egyedüliek, a kik az eljárást dicsérik.

Ugy hiszi, hogy az általa ajánlott eljárással annak egyszerűsége, precizitása s veszélytelensége miatt nagyon meg lesznek elégedve s reményli, hogy azt általánosan el fogják fogadni.

Cora E. (Florenz). Az eosinophil leukocytták magatartása a szülés alatt.

A terhesség alatt a keringő vérben nem változik az eosinophil leukocyttáknak a többi fehér vértestecskéhez való viszonya; azonban alig kezdődik meg a szülési folyamat, már is csökken az eosinophil testecské száma és ez a leghatározottabban eltart az egész szülési folyamat alatt a lebetegedés utáni néhány óráig. Sokáig tartó szülésnél az eosinophil leukocytták száma annyira csökken, hogy azok néha teljesen eltűnnek. A terhesség végén számuk a keringő vérben átlag 2–4%, szülés után 0.2–0.3%, vagy még ennél is kevesebb. Azonban csakhamar megkezdődik a kiegyenlítődés és a gyermekágy harmadik vagy negyedik napján a régi számarány ismét helyreállt és ez azután állandóan meg is marad.

Heinsius F. (Greifswald). Vaginalis ovariectomiáról.

A greifswaldi női klinikán az utolsó 3½ esztendőben több mint 700 kolpotomiát végeztek. 110 esetről, melyeknél az ovariumoknak teljes vagy partialis eltávolítása vált szükségessé, beszámol az előadó. Csak két ízben végeztek kolpotomia posteriort, egyébként mindig kolpotomia anteriort. Ez utóbbit az áttekintés jobb és a belső genitáliákhoz való hozzáférhetőség könnyebb. A mellő hüvelyboltozatban végzett hosszmetzés és az oldalsó hüvelyrészek lepraeparálása után, a hólyagot a cervixtől elválasztják és a peritoneumot megnyitják. Az uterus felszabadítása után a függelékeket egy Martin ajánlotta kézfogással előhúzzák. Egy kis nyeles tuppert az uterus hátsó falának mentén a függelékek alá tolva, azok kiemeltetnek. A beleknek előesését a peritonealis sebbe betölt nyeles tuppert által akadályozza meg, vagy ha az elégséges nem volna, egy fonálra vagy szorítóra erősített és a peritonealis üregbe bevezetett gazekendő által, a melyent laparotomiával is a belek visszaszorítására használni szoktak. Megfelelően szabályozható műtő-asztal segítségével a far magasabban helyezhető el mint a fej, úgy hogy a belek visszaesnek. A vagina szűk és feszes voltánál Schuchardt-féle metzés. Két eset kivételével a műtét az említett módon keresztülvihető volt. Az egyik esetben számos összenövés miatt az uterust is el kellett távolítani, a mi különben laparotomia mellett sem lett volna elkerülhető. A másik esetben laparotomiát is kellett végezni. Utóvérzések vagy nehézségek a vérzés csillapításában nem fordultak elő. Melléksérülések sem történtek gyakrabban, mint a laparotomiánál. Öt haláleset közül háromban a tumor tartalma virulens geny volt, kettő catgutinfeció miatt pusztult el. A Krönig-féle catgut alkalmazása óta ilyenféle fertőzést nem észleltek.

Tökéletes technika és az esetek helyes megválogatása mellett a műtét áldásdús eredményekkel jár. E műtetre alkalmasak mindazon lobos és neoplastikus daganatok, melyeknél a kis medence felett összenövés nem várható; ezek azon daganatok, melyeknél a subjectiv panaszok az objectiv leletet semmiképen sem látszanak igazolni. Cystikus tumorok felső határának a struetojás nagyságot tartották, bár emberfej nagyságúakat is operáltak. Ökölnyi rosszindulatú tumorok és olyanok, melyeknél a kis medence felett belekkel való összenövéseket várni lehet, a laparotomia számára reservándók.

Martin-nak összes tapasztalatai 262 vaginalis ovariectomiára vonatkozik 3%-nál valamivel nagyobb mortalitással. Ezeknek alapján a műtét az arra alkalmas esetekben mindenképen ajánlatos.

Alfieri E. (Parma). A peritonealis endothel struktúrájának puerperium alatti némely sajátosságairól.

Egy súlyos osteomalacia miatt Porro szerint operált uterus vizsgálatánál Alfieri azt találta, hogy a perimetrium endothelje némely helyeken határozottan köb- s itt-ott cylindrikus alakot is mutatott. Erre azután megvizsgálta oly nők uterusát, kik röviddel a szülés után elhaltak, de a kiknek ivarszervei egyébként normálisak voltak, a végett, hogy lássa, vajjon az endothel változásai a terhességgel vagy pedig kóros állapottal van összefüggésben. Négy nőnek uterusát vizsgálta meg, a kik közül három progressiv anaemia perniciosában néhány órával a szülés után, egy pedig bronchopneumoniával komplikált eklampsia miatt a puerperium második napján halt meg és következő eredményekhez jutott:

A terhes uterust fedő peritonealis endothel a többi uterus szövet terhesség alatt hypertrophiájában részt vesz; ez által a sejtek számos helyen köb alakot vesznek fel.

Ezzel egyszersmind az endothelsejtek hyperplasiája is jár.

A nyirokutak felületének közelében levő endothel hasonló változásokon megy át.

Az egyes helyeken tapasztalt cylindrikus és ezölőpalak valószínűleg mechanikai következménye a magzat kitolását eszközölő méhizomzat retractiojának.

Regnoli A. (Róma). A vaginalis császármetszés (hystercervicotomia) és annak egyik újabb indikációja.

Előadó négy vaginalis császármetszésről tesz jelentést (Dührssen) vagy hystercervicotomiáról (Pestalozza), a melyek közül háromról már a nápolyi congressuson (1900) beszámolt.

I. Eklampsia és súlyos albuminuria a terhesség nyolczadik havában (1899). Elülső és hátsó cervico-uterinal metzés; gyógyulás; élő gyermek.

2. 6¼ hónapos grávida, kinél haematometra és haematosalpinx miatt a belső szájadék felett a mellő uterusfalba incisiót végeztek per vaginam (a vaginalis portionak a septum recto-vaginale és a hátsó hüvelyboltozathoz való odanövése miatt); mellő metzés; gyógyulás; élve született gyermek, meghalt a 25-dik napon.

3. Autointoxicatio folytán elhalt foetus retentioja a terhesség 6-dik havában; antero-posterior metzés; gyógyulás.

4. Nagy vérzés a placéntának időelőtti részleges leválasztása miatt (trauma); a terhesség hatodik havában; hátsó incisió a mellő uterusfal rendkívüli vékonysága miatt (1902); gyógyulás.

Regnoli azután leírja a műtét eljárást, annak nehézségeit és esetleges módosításait, melyek szerint ő maga egy ízben mellő, egyszer hátsó és két ízben antero-posterior metzést végzett. Továbbá kiemeli a collum lehúzásánál a graviditás miatt fennálló nehézségeket, valamint a hólyag és rectum-leválasztás nehézségeit. A mellő és hátsó hüvelyboltozat megnyitása rendszerint elégséges; a peritoneum mindig ép marad; a hátsó vál mindig lehúzandó, hogy a bi-acromialis diameter az uterus-seben való átmenetel alatt rézsutossá tétessék. Hangsúlyozza továbbá a gyermek és placenta gyors extractiojának szükségességét, nemkülönben a varratok helyes eszközölését (egy utero-cervicalis gaze-ek előzetes bevezetése mellett), hogy a hüvelyboltozat normális alakját ismét visszanyerje.

Regnoli végül azzal fejezi be fejtegetéseit, hogy ezen módszer ugyan nem válhat általánosan használatossá, de bizonyos körülmények között, ha a cervix bármily okból tágítható nem volna, vagy arra rá nem érnek, hogy az akár gyorsan, akár lassan műszerek segítségével, vagy pedig manualiter megtörténjék, jó szolgálatokat tehet; hogy a vérzés nem túlságos nagy, mert az uterus középső része legkevésbé érdős; hogy ezen eljárás az anyára nézve nem veszélyesebb, mint valamely más komoly műtét; hogy a gyermeknek életben tartása érdekében, a mi természetesen a kortól is függ, az extractionak lehetőleg gyorsan kell végbemennie s végül, hogy az uterus ereje normális maradjon.

Eddig a Regnoli által megoperált nőknél újabb terhesség nem állt be.

Frühinsholz és Jeandelize (Nancy). A thyreo-parathyreoidalis insufficiencia és az eklampsia.

Kiindulva egy önmegfigyelésen alapuló esetből (eklampsia albuminuria nélkül fiatal myxoedemában szenvedő leánynál) és számos szerző megfigyeléseire, valamint saját kísérletükre támaszkodva, előadók azon álláspontot foglalják el, hogy az eklampsia néha thyreoidalis vagy még inkább parathyreoidalis eredetű.

Brennan (Montreal). Új műtét eljárás irreponibilis uterusinversionál.

A méhinversionak egyik esete, a melyben a repositiót ezélző valamennyi szokásos eljárások eredménytelenek maradtak, előadókban megértelték az eszmét, hogy ily esetekben a laparotomia után egy e célra készített trokár segítségével (züstdrót-hurkot) toljon az uterust át, a hurkot azután intrauterin tampon segítségével a funduson fixálja és végül a méh fundusát drót segítségével felfelé húzva, a szervet így reponálja. Ezen eljárást három esetben jó sikerrel követte.

Pinard ezen methodust feleslegesnek tartja; ő minden inversiót a Champetier de Ribes-féle ballonok segítségével, melyek a hüvelybe bevezetve, fokozatosan megtöltetnek, 12–36 óra alatt reponálni képes volt.

Morisani szerint, ha incisióra szükség van, azt az uterust kell végezni.

Jacobs emlékeztet arra, hogy már Landau a bemutatotthoz hasonló trokárt készített.

Fargas a repositionál a Lawson-Tait-féle kehelylyel nagyon meg van elégedve, annak segítségével még idült inversiókat is meggyógyított.

Brennan elismeri, hogy a Champetier-féle ballonoknak e célra való alkalmazásáról mit sem tudott és hogy azokat megkísérteni fogja.

Mauclair (Páris). A méhnek curette-vel vagy intrauterin sondával történt súlyos perforatiojának három esete.

I. eset. Három hét előtt abortus. A méh perforatioja kis curette által. Hat órával utána collapsus peritonealis septicaemia folytán. Supravaginalis hysterektomia után a peritoneum és medence abdomino-vaginalis drainageja. Halál 12 órával a műtét után.

II. eset. A méh perforatioja a curette végén. Drainage. 20 órával utána reactio a peritoneum részéről. Laparotomiánál megtalálják a perforációs sebet, melynek bevarrását medence-drainage követi. Szabályos gyógyulás.

III. eset. Lázas szülönőnél (1 hó post partum) a hátsó fal perforatioja, 24 órával utána általános peritonitis. Hysterektomia supravaginalis abdominovaginalis és iliacalis drainagessel Exitus hét órával post operationem.

IV. eset. Kriminális abortus egy hónap előtt. Perforatio. Hysterektomia supravaginalis A medence tamponadeja gazeval. Gyógyulás.

Ezen esetek alapján, melyekből számos kivétel is létezik, következő általános szabályokat állítja fel: A prognózis jó, ha a perforáló eszköz tiszta és az uterus egyáltalán nem vagy csak egy kicsit fertőztetett. Laparotomia kétes esetekben is. Kicsi és alig látható perforatio nyílás esetében a kis medence drainageja. Nagyobb nyílás esetében, annak bevarrása, illetve a szétszakított sebek ék-alakú excisioja. Biztosan septikus uterus-nál supravaginalis vagy totalis hysterektomia abdomino-vaginalis drainage-vel vagy pedig a perforációs nyíláson át való drainage. Vaginalis műtét, ha a beteg állapota hosszabb műtétre már alkalmatlan. A medence teljes tamponadeja által a beleknek az inficált kis medencébe való leesése megakadályoztatik.

Preobrajenszky W. (Szt.-Pétervár). Hátsó kolkokoeliotomia az abdominalis üreg megvilágításával, mint az extrauterin terhesség kezelésének új módszere.

Az extrauterin terhesség kezelésére vonatkozólag már régóta propagálják a vaginalis műtétet, így haematokelenél *Langier, Recamier, Velpeau, Nélaton*, előrehaladt terhességnél *Thomas, Playfair, Greenhalgh, Darby, Péan* és mások javasolták, azonban csak a foetus és placenta eltávolítása céljából. A petezsák totalexstirpációját (abdominalis úton) *Litzmann, Muratow, Sängér, v. Ott* ajánlották. Harmadik szakasznak jelzi előadó a külső önösen *Dührssen, Prochownik, Martin, Schauta* által ajánlott radikális műtétet vaginalis úton.

A kiterjedt adhaesiók okozta nagy vérzés által feltételezett veszély, valamint a *methodus tökéletlensége* folytán, egyes műtők (*Kästner, Thorn, Abel* és mások) azt teljesen elhagyták.

Előadó nézete szerint a műtét területnek *v. Ott* által ajánlott megvilágítására szolgáló eszköznek használata mellett (l. Centralblatt f. Gynäkolog. 1902. Nr. 31.) ezen műtét az extrauterin terhességnél ismét általános elterjedésre fog szert tenni és ennek megerősítésére nyolcz, ezen módszer szerint műtét esetéről tesz jelentést, melyek a több esetben fennálló számos adhaesio ellenére is simán gyógyultak. A műtétet *v. Ott* a laparotomiánál használatos *Trendelenburg*-féle helyzetben végzi.

Előadó pontosan leírja eljárás módját, annak előnyeit és fejtegetésének illusztrálására négy, különböző megvilágítási képet feltüntető táblázatot mutat be.

Jayle F. (Páris) vaginalis műtéteknél már régóta alkalmaz lógó helyzetet és azt melegen ajánlja. Annak megkönnyítésére vállalták igen előnyösek.

Rein (Szt.-Pétervár), úgy a maga, mint távollevő segédjének, *Pissenski G. (Kiew)* nevében, *A méh beidegzése a nőnél és némely állatoknál.*

P. 50 uteruson megvizsgálta az azt körülvevő idegeket. Ezen méheket terhes és nemterhes nők hulláiból, újszülött és nagyobb gyermekekből, nemkülönbben macskákból, nőtény kutyákból és tengeri nyulakból vette. Az idegek praeparatioja vegyi úton történt (5—7 1/2 % os salétromsavas oldatban 1—1 napig való fekvés).

Vizsgálataiból meggyőződött arról, hogy a *Walter, Lee* és *Frankenhäuser* által felvett ganglion cervicale sem az embernél, sem a megvizsgált állatoknál nem létezik, hanem, hogy azok helyén az uterus nyakától mindkét oldalt egy-egy szétzört, dűczokban gazdag idegköteg található (*Tiedemann, Moreau, Jastreboff, Rein*). Ezen köteget a nervi sacrales 2., 3. és 4-dik párja, valamint a plexus hypogastricus és a nerv. sympathicus ágai látják el rostokkal. A rostok keresztződő pontjain, néha azoknak lefutása közben is számos idegsejtből álló dűczok vannak. Ezek közül egyesek makroszkopiai nagyságúak, míg a többiek, melyek csak egyes sejtekből állanak, csak mikroszkop alatt ismerheők fel. Ezen dűczok az idegrostokkal együtt alkotják az általános plexus sympathicus pelvis, a melynek egyes részeit fekvés és elosztás szerint uterinalis, vesicalis, ureter, vaginalis és rectalis dűczoknak lehetne nevezni. A dűczok jellege és nagysága a terhesség alatt nem változik. Az egész plexus számára P. a Rein által 20 évvel ezelőtt ajánlott elnevezést, a plexus sympathicus fundamentalis uterist használja a többi elnevezés helyett, mint plexus hypogastricus (*Walter*), plexus hypogastricus lateralis inferior (*Tiedemann*), ganglion of the cervix (*R. Lee*), cervicalis dűcz (*Frankenhäuser*), pelvic plexus (*Snow-Beck*), plexus-latero-cervicalis, plexus utero-vaginalis, plexus vesico-rectalis (*Bourguery, Claude Bernard*) etc.

Montier A. (Páris). Medence-neuralgiák kezelése magas feszültségű és nagy frekvenciájú áramokkal.

Ha a műtét beavatkozás célhoz nem vezet, M. a czimben megjelölt elektromos áram alkalmazását javasolja medence-neuralgiák esetében.

Mancusi G. B. (Nápoly). Symphyseotomiának 100 esete a „Gyógyt-hatatlanság szülőintézetében” Nápolyban.

M. 100 symphyseotomiáról számol be 38 % o-nyi halálozással az anyát és 17 % o-nyi mortalitással a magzatot illetőleg. Hogy a mellő hüvelyrészeket nagyobb sérülésektől megkíméltesse, gátbemetszés eszközését ajánlja.

Gottschalk J. (Berlin) bemutat egy új, nyolcz ágú méhtágitót, a melyet segédje *Frommer* feltalált.

Johnstone A. W. (Cincinnati). A méh bonczatana és a menstruatio.

Johnstone számos vizsgálat alapján részletes módon tárgyalja a méh szerkezetének különbségét fennálló helyzetben és horizontálisan járó állatoknál. A menstruációs viszonyoknak a két állatnemnél való megértéséhez a kulcsot a következő, *Chauveau*-nak a lóuterus leírásánál használt két mondatában véli megtalálni: „A felületes izomrétegek longitudinális, a mélyebbek kör alakban húzódnak. A méh nyirokútjai feltűnően tágak és szaporak.”

Négy lábú állatoknál 45° szög alatt fekszik a horizontális felett; a méhnek per vaginam való kiürülése tehát lehetetlen. Ezen állatoknál az uterus puha, vékony és könnyen hajlított; megváltoztatja helyzetét, ha az állat természetes helyzetét változtatja. Embernél a méh kemény és merev, úgy hogy alakja nem változik meg oly könnyen.

Bár állatoknál a menstruatio, azaz a menstruális vérnek lefolyása csak csekély mértékben van jelen, mégis az emberihez hasonló de idua menstrualis képződik. Az állati menstrualis termékek eltávolítására szolgálnak az erősen kifejlett nyirok- és vérerek, melyek embernél csak kevésbé vannak kifejlődve. Az embernél ezeket a keresztben haladó izomrostok pótolják, melyek az uterusnak megadják természetes, szilárd helyzetét, úgy hogy a menstrualis vérnek per vaginam való lefolyása lehetségessé válik.

Laserstein (Berlin). Szülés utáni vérzéscsillapítás új módja.

A szerfelett nagy fertőzési veszély miatt egy külső vérzéscsillapítási módot kellett szülés utánra keresni. Ezen követelményeknek megfelelő a következő kézfogás: Az uterust hosszantengelye körül spirálisan az óramutató irányában forgatják és így a symphysisre odaszorítva tartják.

Előnyei: 1. Könnyen kivihető a szülés utáni elernyedő hasfedők mellett.

2. Absolut biztosság azáltal, hogy a cavum uteri felemeltetik és az odavezető edények az esetnek megfelelően leszoríthatók.

3. Az uterus a nyert helyzetben könnyen tartható.

4. A fertőzés veszélyének elkerülése belső beavatkozásokkal szemben.

Theilhaber A. (München). Az idegesség befolyása a vérzések és kifolyások keletkezésére.

Psychikus izgalom igen gyakran abnormalis vérzéseket, valamint hosszabb ideig tartó kifolyást okoznak az uterusból. Többnyire beteg idegzetű asszonyoknál, és pedig a hysteria ép úgy, mint a neurasthenia, nemkülönbben az „általános idegesség” diszponáló okot képeznek a menstruatio abnormitására és uterinalis secretiókra.

Néha az idegrendszer egészes és a betegség alapját a nemi szervek affectioja képezi, mely hosszú ideig minden tünet nélkül állott fenn és csak psychikus izgalom után vált észrevehetővé; ez főképen az uterus myomatosisnál, valamint a méh azon anomáliáinál van így, a melyeket előadó az „insufficiencia uteri” gyűjtőnév alatt irt le (uterus praeclimacterius, uterus infantilis hypoplasticus etc.).

Elég gyakran a két ok kombinálva is fordul elő: ideges nők pl. mérsékelt fokú insufficiencia uteriból szenvednek, mely rendszerint tünetek nélkül jár, de erős psychikus izgalom mindig jelentékeny vérzést, kifolyást, etc. idéznek elő. Nagy fokban ingerlékeny idegrendszer mellett a köznap élet bajai elégségesek ezen effectusnak felidőzésére.

Therapia tekintetében első helyet az általános kezelés foglalja el: hydrotherapia, klimatotherapia, balneotherapia, etc. Igei hasznosnak bizonyul a vérnyomás csökkentése diaetikus kúrák által (előadó vegetarianismussal kezelt esetekben kitűnő eredményeket látott). Lokális kezelésnek csak akkor van haszna, ha insufficiencia uterinak combinatioja van jelen, mikor is a méhüregek kiételese 300 % o-os chlorzink-, formalin-oldattal, etc. indikálva van; kedvező hatással van a hosszabb ideig alkalmazott ergotin-kezelés is.

Ziegenspeck (München). A foetalis vérkeringésről.

Z. ugyanezt a témát már 20 évvel ezelőtt egy pályadíjnyertes dolgozatban, képesítési értekezésben és egy, *Preyer*-nek „Az embryo élettana” című munkához irt függelékben feldolgozta. Jóllehet Z. már akkor vélte bebizonyíthatni azt, hogy a szülészeti tankönyvekben reprodukált *Harvey*-, *Sabatier*- és *Bichat*-féle rendszerek hibásak, most is hol az egyik, hol a másik rendszer található jelezve. Előadó még néhány évig kísérletezett, vizsgálatainak eredményeit azonban eddig nem közölte.

Ezen anyag képezi előadásának alapját. 40 használható, különböző korú, 11—53 cm.-nyi foetusokon tett injectio kísérletről van szó, a melyeknél vérkeringési utak festett gelatinmassával injiciálva és alkoholban megkeményítve, a vérkeringést kipraeparálták és az edények nagyságát pontosan megmérték.

Előadásához hat rajzot csatol, melyet két fali tábla alakjában bemutat. Egy hetedik rajzban a foetalis vérkeringés schemáját mutatja be vizsgálataiból kiderített alakban. Az edények méretei is a rajzokban lehetőleg a mérési kísérleteknek megfelelően vannak feltüntetve. E schema a tankönyvekben reprodukáltaknak helyét elfoglalhatná.

Az eredmények a következők:

A v. cava sem jobbra (*Harvey*), sem balra (*Sabatier*), hanem jobbra és balra egy-egy, külön billentyűkkel (*Valv. Eustachii* et v. for. ovalis) ellátott szájadékban (Cfr. *Wolff, Kilian, Knabbe, Sabatier*) végződik, a mennyiben a v. cava inf. vérárama a *Limbus Viesseni* két félre oszlik. Jobboldalt a cava sup. vére az inferiornak 1/2-vel vegyül és ezen keverék felerészben a tüdőkön át a bal pitvarhoz, felerészben az aorta descend. ductus arteriosusába folyik. A vérnek másik fele, melyet a cava inf. az időegységben a bal pitvarhoz vezet, összevegyül ott a tüdővisszerek vérevel, s felerészben az arcus aortaeba és a felső testbe, felerészben pedig az aorta descendensbe ömlik. Mindkét szívfél egyenlő nagyságúaknak, mindkét arteria, a duct. arteriosus és az arcus aortae és aorta descendens közötti résznek méretei egyenlőknek bizonyultak. A szívet az időegységben átfolyó vérből tehát 1/4 rész jobbról bal felé a kis vérkeringési úton, 1/4 rész balról jobb felé a felső testen át ömlik; egy-egy negyed rész, tehát az egésznek fele mindkét ventriculából az aorta descendensnek adatik át.

Harvey rendszerének ellentmond a boncztan, *Sabatier*- és *Bichat*-énak boncztan, fejlődéstan, összehasonlító anatomia, valamint ama szabály, mely szerint valamely használaton kívül álló vérédeny összehúzó-dik és obliteration.

A duct. venos. *Arantii*, mely a köldökviszérvernek egy részét a máj mellett a cava inf.-ba vezeti, a foetus 25 cm.-nyi nagyságától kezdve a fejlődésben visszamarad, gyakran nem is töltetik meg többé anyaggal.

A szív fejlődése azon biogenetikus alaptörvény értelmében történik, mely szerint a fejlődéstörténet röviden megismétli a származási történetet: népszerűen szólva az emberi embryo egymásután a hal, *Nolch*, (*Urodeles*), a béka (*Batrachii*), a gyík (*Saurii*), a madár és végül az emlős állat szívével bír.

H.s, Born, Röse és mások szerint azonban a születésig a vér-

keringésben tökéletlen a venosus és arteriosus vér közötti elválasztás ép úgy, mint a hidegvérűeknél.

Pulvermacher (Berlin). *A Credé-féle argentum-kenőcs alkalmazásáról puerperalis sepsisnél.*

P. 1902. június havában szülőnő-otthonában egy időben két puerperalis pyaemiában megbetegedett nőt Credé-féle argentum-kenőccsel sikeresen kezelt; a lefolyás tekintetében csaknem egyenlő két eset jellemző volt a kórismére. A gyermekágy ötödik napján rázó hideg; hőmérsék-emelkedés egészen 40^o-ig. Izzadás beálltával hőmérsék csökkenése, rázó hidegek ismétlése (5–6), érverés állandóan magas, genitalis lelet nélkül. Közérzet mérsékelt. Betegség tartama 9 nap.

A rázó hideg első napjaiban 40 Arg. colloid-kenőcsnek aseptikus bedörzsölését rendelte el és ezen dosist minden rázó hideg után megismételtette, mindkét beteg egyenként 300 gm.-nyi bedörzsölést kapott, azonkívül analeptikus terapiát, mint rendszeren. Az esetek befolyása (minden bedörzsölés után javulás), valamint kedvező kimenetelre jogot adnak a felszólításra, hogy ezen szerrel további kísérletek tétessenek; mert a terapia egyszerű és ártalmatlan.

Gelpke (Basel). *A Murphy-féle gomb a hasúri szercek sebészetében.*

Mint a szorosabb értelemben vett sebészetnek egyik fejezete, a Murphy-féle gomb alkalmazása gyomorbél-műtéteknél a gynaekologusok részéről is nem épen csekély figyelmet érdemel, a mennyiben ők is nem ritkán jutnak abba a helyzetbe, hogy a beleknek többnyire előre nem látott, részint véletlen, részint szándékos sértéseinél bélvarratot, illetőleg bélresectiót végezzenek.

Ily esetekben a Murphy-féle gomb alkalmazása megbecsülhetetlen előnyöket nyújt, mert a gynaekologusnak rendszerint nincsen meg a kellő gyakorlata a bélvarrat alkalmazásában és az elválasztott bélrészeknek gombbal való egyesítése általában könnyebb, rövidebb és szabályszerű alkalmazás mellett ép oly biztos, mint a varrat.

Mint ismeretes, Murphy 11 évvel ezelőtt két részből álló érezgombot ajánlott anastomosisok eszközésére a gyomorbél-csatornában, és pedig úgy vég-, mint oldal-anastomosisok, nemkülönben végoldal-anastomosisok eszközölhetők általa. A golyóalakú gomb 2–3 hét múlva per vias naturales távozik. Az eljárás nagyobb méltányolást érdemelne általában. Wölfler, Mikulicz, Marwedel, Girard, Chlumsky etc. ajánlották, legjobb ajánlata azonban Czerny, a bélvarrat feltalálójáé.

Előadó intézetében a Murphy-féle gombot 1896 óta 36 esetben alkalmazták és pedig nem mint kizárólagos eljárást, hanem a Czerny-Lembert-féle gyomor-, illetve bélvarrattal együtt.

15 gyomorresectio esetében körülbelül három halálozással e gombot 12 ízben alkalmazta. A többi esetekben többnyire gangranosus sérv, coecum-rák miatt történtek bélresectiók. Az említett 6 évben elért eredmények röviden összefoglalva a következők:

1. A gomb alkalmazása pylorus resectio utáni Gastro-duodenostomiára czélyszerű; a gombnak a gyomorban való visszamaradását nem észlelték.

2. Gangraenás hernia esetében a gomb alkalmazása, mint gyorsabb és biztosabb eljárás, előnyösebb a bélvarratnál; hasonlóképen vékony bélresectióknál egyáltalában.

3. Rák miatt történt coecumresectio egy esetében az ileum a gomb segítségével a colon transversum alsó falába lett bevezetve és pedig jó sikerrel.

4. Kevésbé ajánlatos ez eljárás különösen előlő gastro-enterostomiánál a gombnak a gyomorban való visszamaradása miatt.

5. Nem alkalmas a gomb vastagbélresectionál bélsárfelhalmozódás veszélye folytán.

6. A gombműtét általában gyorsabban és könnyebben eszközölhető mint a varrat, ennek dacára azonban hullán való előzetes gyakorlat és jó készítményű, hosszúnnyakú gomb szükséges.

Mig valami jobbat feltalálnak, az említett okokból a Murphy-gomb értékes gazdagodását jelenti a gynaekologus felszerelésének is. Előadásokat tartottak még:

Severeano C. (Bukarest). *Az abdominalis hysterectomiának egy új módjáról.*

Bogdanovici Th. (Bukarest). *Vaginalis coeliotomiákról.*

Maiocchi A. (Milano). *A fogó alkalmazásáról.*

Clivio J. (Parma). *Gyermekovariumok némely bonczati rendeltettségéről.*

Cristalli G. (Nápoly). *A corpus luteum histogenesiséről a nőnél.*

Chaténière (Páris). *A puerperalis infectio kérdéséhez.*

A német orvosok és természetvizsgálók 74. vándor-gyűlése szülészeti és nőgyógyászati szakosztályának tárgyalásai.

(Karlsbad 1902. szept. 21–27.)

Ismerteti: *Nenadovics Lázár* dr.

Az ezidei karlsbadi vándorgyűlésen tartott 31 előadás közül 14 foglalkozott szülészeti, és 17 nőgyógyászati kérdésekkel. Áttekintés céljából én az anyagot e két főcsoportra s minden főcsoportnál bizonyos alcsoportokra fogom beosztani.

I. Szülészeti főcsoport.

a) Bonczati kérdések.

1. *Hitschmann* (Bécs). *A méhlepény fejlődéséről.* A pete első összetapadását az anyai szövetekkel a trophoblastok közvetítik. A trophoblast

behatol az anyai szövetbe, áthatol a vérerek falán és a bolyhok közötti öblökben véráramlást indít meg. A bolyhok a trophoblast által előkészített utakon nyomulnak be az anyai szövetekbe. Ezen behatolásra képes, mert trophoblasttal fedett bolyhokat elsődleges bolyhoknak nevezük, megkülönböztetésül a másodlagos bolyhoktól, melyek syncitiummal és Langhans-féle sejtekkel fedettek, behatolásra nem képesek, hanem csak a felszívó felület nagyobbítására szolgálnak.

2. *Lindenthal* (Bécs). *A méhlepény fejlődése rendes és kóros viszonyok között.*

A megtermékenyített pete vándorlása közben megállapodik a nyálkahártya bizonyos helyén. E helyen a pete besüpped a hám alatti kötőszövetbe. Ennélfogva az anyai szövet gömbpalást módjára körülveszi a petét. Az anyai szövet e része alkotja a serotinát. A pete növése által létrejövő belső nyomás, a méh nagyobbodása által feltételezett húzás és végre a méhizomzat nyomása a méhür felé együttesen okozzák a gömbpalást lelapulását, miáltal a serotina (a méhlepény) a vera niveaujába jut. Ugyan ez a folyamat észleltetik placenta praevia eseteiben is.

3. *Winternitz* (Tübingen) bemutat egy általa készített phantomot a magzat vérkeringésének feltűntetésére.

b) Bacteriologia.

Stolz (Graz). *Tanulmányok a nemi csatorna bakteriologiájához a terhesség és gyermekágy alatt.*

Ugy a terhesség, mint a gyermekágy alatt positiv volt a lelet. A gyermekágy negyedik napján több csirát talált, mint később. A gyermekágy első napjaiban több csira volt vizsgált vagy operált egyéneknél, mint nem vizsgált és nem operáltaknál. Talált virulens streptococcusokat is.

Rosthorn: Klinikáján szülőnők vizsgálatánál a Fridrich-féle gummikeztyűt használják. A mortalitás ez által ugyan nem csökkent, de nehéz puerperalis lázakat azóta ritkábban látunk és a fertőzés elhúrozolásának is gátat vetettek. Puerperalis láznál jó a helybeli kezelés, ha ügyes kéz végzi; különben káros.

c) Élettani kérdések.

1. *Schatz* (Rostock). *Mikor áll be a szülés?*

A terhesség tartamát meghatározták az aránylag nagy anyagból nyert átlagos középértékek által. Ez hiányos álláspont, s gyakorlatban sokszor kudarcot vallunk vele. Az eltérések nem a véletlen következményei, hanem határozott körülményektől függenek, a melyeket kideríteni ő tűzte ki feladatául. Nem rendelkezvén kellő anyaggal — egy egyén nem is lehet képes a kérdést tisztázni — a kartársakhoz fordul s felszólítja őket, hogy legyenek figyelemmel e körülményekre s adataikat közöljék vele avagy hozzák nyilvánosságra. Fontos a conceptio napját megállapítani. Ettől számítva 39 hétre biztosan bekövetkezik a szülés. A conceptio napját könnyű megállapítani, ha 1–2 nappal a hószám előtt vagy után történt közösülés. A szülés első kellei bizonyos egymásutánban jelentkező szülőfájások. Ezek csak bizonyos határozott időközökben lépnek fel. A szülés tehát csak ilyen időközökben lehetséges. Bizonyos, hogy a szülés a rendes fájások bizonyos sorozata nélkül nem jön létre; de épen oly biztossággal állíthatjuk, hogy a fájások e sorozata egymagában még nem elegendő a szülés létrehozatalára; ahhoz még egy, sőt két momentum is kell, a melyek megszüntetik az akadályokat úgy a központban, mint a peripherián. Azt hitték, hogy a hószám szolgáltatja az akadályok e megszüntését. *Issmer* kimutatta, hogy eseteiben a terhesség egész tartalma alatt havi vérzések voltak s a szülés időbelileg mégsem esett össze a tisztulással, hanem néhány nappal később, tehát függetlenül a havi vérzéstől következett be. A szóban levő momentum kell, hogy periodikus legyen s valószínűleg egy hosszabb időközű képpivel, mely a conceptiótól szabályoztatik. Ez a momentum lényegében nem a peripherián, hanem a központban érvényesül. Megszünteti a fájástatól központ hatását; e központ szolgáltat egyúttal a cervixnek bizonyos ideg- és véreringert, mely folytat (különösen állatoknál) a porzékemény méhnyak ellazul. Az anyag gyűjtésénél ki kell zárni a kora és a késő születeket. A keresett momentumot leginkább azon esetek fogják feltűntetni, melyekben a szülés nem a terhesség 39-dik hetére esik, hanem 1–2 héttel előbbre vagy plane későbbre. Fontos pontosan feljegyezni a havi vérzéseket, az előbbi terhességeket és születeket. Azután a terhességi fájások időközzeit is ki kell deríteni, mert ezek közül kell egyet kiválasztanunk (a szülés bekövetkezésére). Feljegyzendők a magzat érettségére és a nemi rendszer más functioi periodicitására vonatkozó adatok.

Schröder kiemeli, hogy a terhesség alatt észlelte a vérnyomásnak periodice beálló süllyedését és emelkedését.

Schäffer a vörös vérsejtek ellentálló képességének a terhesség folyamán periodice beálló csökkenését észlelte.

Chrobak a terhesség alatt szabályosan jelentkező méhvérzéseket észlelt, melyeket azonban még sem mer havivérzéseknek nyilvánítani.

Rosthorn is észlelt ily szabályos vérzéseket, melyeket havi vérzéseknek tart.

2. *Schäffer* (Heidelberg). *A vörös vérsejtek ellentálló képessége isotonikus oldatokban a terhesség, szülés és gyermekágy alatt.*

A vörös vérsejtek haemoglobintartalma (nem a vér hb.-tartalma!) és azok ellentálló képessége növekszik úgy a terhesség, mint a szoptatás alatt is. A vörös vérsejtek ellentálló képessége a terhesség közepétől kezdve periodikus időközökben csökken, rövid idővel a szülés előtt és után erősen süllyed. Nem szoptató asszonyoknál ez öt napon túl is tart. Vészegény szoptató asszonyoknál rövid idejű, de intensív szétesése a vörös vérsejteknek észleltetik a szülés előtt és után is; nem szoptató vészegény asszonyoknál pedig gyorsabban áll be a stabilis állapot.

3. Neumann (Bécs). *A medenczekimenet túgúlása szülés közben.* Breisky módszere által tett mérésekkel megállapította, hogy szülés közben, és pedig nem csak kyphotikus medenczéknel, a kimenet haránt-átmérője és a medenczeürege legrövidebb conjugatája 2—2½ cm-re tágulhatnak. Ez az első tudományos bizonyíték Hippokratés tana mellett, hogy a medenczeszűkítések szülés közben széjjeltolatlak.

Freund hangsúlyozza, hogy a medenczeszűkítések eltolódását élő terhesen belső vizsgálat által is lehet constatálni.

d) Kérdések a gyakorlati szülészettől.

1. Sperling (Königsberg). *Az intrauterin alszártörések aetiologiájához.*

Az alszár solitaer törése, plane külső traumára, nem jó létre. Az e néven leírt kóros állapotok az amnionszálak okozta lefűződésekből származnak, miért is proponálja a törés elnevezést teljesen kiküszöbölni. Multiplex-törések előfordulnak lues és rachitis kapcsán.

2. H. Schröder (Bonn). *Az eklampsia statistikája.*

A bonni klinikán új alakra kezdtek fektetni e statistikát s következő kérdéseket regisztrálják:

1. Hány eklampsia lép fel albuminuria nélkül?
2. Eklampsianak hány százaléka lép fel nephritis kapcsán?
3. Hogyan viselkedik az eklampsia a nephritisek különböző alakjaival szemben?
4. Milyen nephritisnél ad az eklampsia legkisebb halandóságot?
5. Schäffer (Heidelberg). *Aetiologikus adat az ismétlődő icterus graviditatis egy alakjához.*

A terhesség előtt és után esetében semmi elváltozást a májon nem lehetett kimutatni; ellenben feltűnő volt a terhesség alatt és után a vörös vesejtek ellentálló képességének csökkenése és azoknak tömeges szétesése.

4. Knapp (Prága). *Accouchement forcé a méhszájnak műszerekkel való tágitása mellett.*

Bossi módszerével sikerül a szülést befejezni zárt méhszáj esetében 15—30 perc alatt; ha pedig a szülés folyamatban van és multiparánál a szülés még rövidebb idő alatt is befejezhető. Ennélfogva ezen eljárás vetekedhetik a császármetszéssel. A műszer erős méhösszehúzóerővel is vált ki, úgy hogy utóvérzésektől sem kell félni. Bemutatja Bossi műszerének egy általa szerkesztett módosítását, melynél a tágitó rész nem négy karból, hanem egész körből áll (kis lécekből összeállított tágulékony szalvetatartók mintájára).

Sellheim kétsége vanja, hogy ily gyors tágitásnál ne jönnének létre szakadások, melyek metszett sebeknél nehezebben gyógyulnak.

5. Mueller (München). *A szülés mechanizmusa.*

A legtöbb szülésnél közreműködik úgy az általános belnyomás (Lahs), valamint a magzatgerincnyomás (Schatz), de theoretice megmagyarázható a szülés mechanizmusa e kétféle nyomás bármelyike által is. Bemutat egy phantomot a szülés mechanizmusának feltüntetésére.

Stolz (Graz). A phantom hasznavehetetlen, mert egész szülés alatt a medence sagittális metszetében állandóan a magzatfej egy és ugyanazon sagittális metszetét tünteti fel, holott a magzatfej rotationális mozgást is végez, úgy hogy folyton más és más átmérője esnek a medence egy bizonyos sagittális átmérőjébe.

6. Mueller (München). *A metreurysis által előidézett mesterséges koraszülések eredményeiről a gyermekekre nézve.*

Előnyt ad kemény dilatatoroknak az elastikus ballon fölött (saját találmánya; készíti Stiefenhoffer Münchenben). Kemény cervix esetében alkalmaz forró irrigatiokat sok vízzel és cervix tágitókat általa szerkesztett dilatátorral (keztütagító mintájára). 41 gyermek közül 20 élt négy hétig és tovább. Szülés közben és nehéz extractio folytán meghalt 14 gyermek. Háromszor még perforálni is kellett. Tapasztalata a mellett szól, hogy a gyermekekre előnyös, ha a szülést 35 hétre vagy még továbbra lehet elhalasztani. Ha élő gyermek születik, anyatejjel és melegítő készülékkel még akkor is sikerül fentartani, ha a szülés 31-dik hétre esett.

7. Schenk (Prága). *Az extrauterin graviditás gyógykezeléséhez.*

58 esetből 32 operative, 26 conservative kezeltetett. Az operáltak közül egy elhalt degeneratio adiposa cordis miatt. Klinikai kezelés átlag 33-7 napig. 17 beteget sikerült elbocsátás után is megfigyelni, mindnyájan hamar munkaképesek lettek. Műtét mindig abdominalis úton. A conservative kezelték klinikai tartózkodása átlag 31-5 napig. Négy esetben fenmaradt kis resistentia, a többinél a felszívódás teljes volt. 13-at megfigyelt elbocsátásuk után is, mindnyájan munkaképesek maradtak. Ezek szerint tehát a conservativ eljárás ép oly eredményeket ad, mint a műtét.

Sellheim: Elvileg nem lehet eldönteni melyik eljárás alkalmazandó, ezt minden adott esetben külön kell mérlegelni. Az abdominalis út elsőbbséget érdemel, de a vaginalis út sem vetendő el pl. elgenyedt haematocek esetében.

II. Nőgyógyászati főcsoport.

a) Bonczani kérdések:

1. Sellheim (Freiburg i./B.). *A szervek rendes helyzete a női medenczében.*

Fagyasztott medenczéken bizonyos fix (csont) pontokon át metszeteket készített három egymásra függőleges síkban s ezek alapján művészi rajzokat készített természetes nagyságban. E rajzok feltűntetik a női nemi szervek helyzetét oly állásban, melyent a nő nőgyógyászati vizsgálatkor (hanyattfekvés, kómeteszési fekvés) elfogadni szokott. E rajzok nagyjában megerősítik a régibb felfogásunkat. Rajzai egyúttal feltűntetik, mily határok között változtatja helyzetét a méh a nő különböző

korához képest, nulli- és multiparánál, üres és telt hólyag és végbél mellett.

2. Schenk (Prága). *Törábbi vizsgálatok a női nemi szervek rugalmas szövetéről.*

Weigert és Taenzer-Unna festési módszerével megvizsgált 54 esetet. Azt találta, hogy a rugalmas szövet a korral feltűnően gyarapodik és charakteristikus változásokat mutat; a rugalmas szövet különböző minőségére azonban nem lehet következtetni, sem functionálról valami pozitívot mondani.

b) Élettani kérdések.

1. Kleinhaus (Prága). *Menstruatio praecox egy esete.*

4¾ éves leánykát mutat be, ki havi baját életének 9-dik hónapjában kapta meg, mely 1¼ éves korától kezdve rendes időközökben minden panasz nélkül jelentkezik. Az emlői jól fejlettek, szeméremdombon szőrök, medenczéje megközelíti a felnőtt egyén típusát. A leánya 113 cm. magas.

c) Kórbonczani kérdések.

1. Müllerheim (Berlin). *Az infantilismusról.*

A vese veleszületett rendellenes helyzetének négy esetét ismer-teti. A vese a kis medenczébe maradt; az ureterek és a verekerek lefutása abnormalis; a vesemedence a vese elülső felületén, nem pedig annak szélén foglalt helyet; az embryonalis barázdálódás erősen kifejezett (ez praedisponál a vese tuberculosisára). A vese ilyen rendellenes helyzete okozza a szomszédos szerveknek, sőt a csontváznak kóros elváltozását; téves diagnoszisa s beavatkozásra adhat okot s különösen terhesség esetén sok complicatiót okozhat. A vese felismerésére következő támpontokat hoz fel: lapos alak, fix helyzet, megközelítőleg egyforma nagyság, praedisponált hely, tömött consistentia, nyomásra érzéketlenség, ureter hosszú (vesehiány rendes helyén).

2. W. A. Freund (Berlin). *A parametritis chronica atrophicans kórboncztanához.*

Egy előbbi közleményének („a női medence kötőszöve és annak kóros elváltozásai különös tekintettel a parametritis atrophicansra“. Gynäkologische Klinik. Strassburg, 1885.) adatait újabb vizsgálatok tárgyává tette. Nagyjában ezek megerősítik a régibb állításait. Az úgynevezett Frankenhäuser-féle ganglion nem egy idegdücből, hanem azok egész rendszeréből áll. Ezen idegdücből változásokat szenvednek pubertás, terhesség, climax- s valószínűleg más élettani folyamatok kapcsán is (hőszám, gyermekágy, lactatio stb.); különösen befolyásolják ezen idegdücből kóros folyamatok, így parametritis acuta és chronica, vagy heveny fertőző betegségek (vörheny, himlő, typhus, cholera, diphtheritis). Az elváltozásokat sokszor nemcsak mikroszkopice, hanem belső vizsgálat által az élő is ki lehet mutatni. (Bemutat ilyenmő makroszkopikus praeparatumokat.) Ez anatómiai elváltozások oly neurosisnak képezik magyarázatát, melyet azelőtt reflex-neurosisnak, hysteriás tünetnek minősítettek.

d) Kérdések a nőgyógyászati gyakorlatból.

1. Sellheim (Freiburg): *A női nemi szervek tuberculosisának felismerése és gyógykezelése.*

Gyanus jelek: közeli rokonok gümőkórja, az egyén más szerveinek gümőkóros megbetegedése, sokszoros fejlődési hibák.

Biztos jelek: kis gümők a kis medenczebeli hashártyán, melyeket belső vizsgálatkor tapintani lehet; a kürt olvasószerrő megvastagodása, positiv lelet a méh nyálkahártyájának göröcsővi vizsgálatánál.

Gyógykezelésre vonatkozólag felhoz 65 esetet, melyek közül 37 műtét által, 28 palliative kezeltetett. Mind a két gyógykezelési mód egyforma jó eredményeket adott. Ha már műtéthez fogunk, legjobb az adnexumokkal a méhet is eltávolítani.

Rosthorn fő támpontot talál a jól felvett anamnesisben. Az objectiv vizsgálat minden ismert módszere sem vezet biztos eredményre. Gyógykezelésre a radikális műtétet ajánlja.

2. Jung (Greifswald): *Az adnexumok genyes bántalmainak gyógykezelése.*

Martin klinikájából 122 esetet említ fel, feltűnő magas (18%) halandósággal, a mit a laparotomia rovására ír. Ennélfogva újabb időben megint szélesebb alkalmazást nyer az egyszerű incisió és drainage. A geny felszívódását elősegíti a forró légkezelés Bier készülékével.

Rosthorn és Freund örvendekes jelenségnek nyilvánítják, hogy ime Martin is visszatér a régibb conservativ eljárásához. Chrobak és Rosthorn azonban intenek az ez irányban való túlkapasoktól. Rosthorn vaginalis incisiót végez minden oly esetben, a hol a geny a Douglasban könnyen hozzáférhető, a hol az összenövés előreláthatólag kiterjedettek és a hol a próbapunctio virulens genyt ad, de figyelemmel van a beteg társadalmi állására, a genygőcz visszahatására, az egész szervezetre és a beteg panaszaira. Schatz streptococcus okozta anginák kapcsán fel-lepő puerperalis infectioakat észlelt. Falk (Berlin) a mostani tárgyalások főeredményének azon tény kiemelését tartja, hogy az adnex-tumok conservativ gyógykezelése mindinkább tért hódít a radikális beavatkozás rovására. Ó bizonyos esetekben a vaginalis incisió mellett hasonló incisiót végez a hasfalak fölül is s a két nyíláson át egy ablakos üveg-draincsövet vezet keresztül. Az incisió szép eredményeket ad perityphilitikus genygyülem, elgenyedt dermoid esetekben is. Jung kiemeli, hogy Martin most is vaginalis incisiót végez oly esetben, a hol a genygőcz könnyen hozzáférhető s kevés az összenövés, ellenben complicált esetekben, a hol az összenövés kiterjedettek, most is abdominalis úton halad. A próbapunctiót mellőzi, hanem késsel praeparálva halad a genygőcz felé. Puerperalis adnexgyuladásokat gyakrabban észlelnek, mint azelőtt hitték s valószínű, hogy azelőtt ezeket parametritikus tályogoknak diagnosztizálták. Egy esetet említ, a melyben exact

megfigyelés által lehetett meggyőződni, hogy a puerperalis infectio haematogen eredetű volt.

3. Fűth (Lipese): *Diabetes mellitus és a nőgyógyászati műtétek.*

Exitus letalis kikerülése ezéjából fontos a következőkre ügyelni:

1. Műtét előtt el kell tüntetni a cukrot a vizeletből szigorú étrend által. (Natrium bicarbonicum (*Naunyn*) vagy Natrium citricum (*Rumpf*) prophylacticus adagolása.) 2. Fontos a beteget kimélettel előkészíteni a műtetre, hogy minden lelki izgalom mellőztessék; meg kell nyugtatni, hogy ha nem is altatják el, mindent meg fognak tenni, hogy fájdalmat ne érezzen. 3. Különös figyelem az anti- és az asepsisre. 4. Hashajtók és klysmák kerülése; gondoskodni kell, hogy a szervezet elég folyadékot kapjon. Műtét előtt klysmá és prophylactice Natrium citricum. Műtétet reggel kell végezni, az élettani szomjúság és éhezés idejében (*Grossmann*). 5. Az általános narcosis kerülendő. Laparotomiát helybeli érzéstelenítéssel ajánlatos kezdeni s a meddig csak lehet, narcosis nélkül folytatni. Lumbalnarcosis. 6. Műtét után folyadéknak per rectum való systematikus és nagymennyiségű bevezetése; minél hamarabb könnyen emészthető éledelek nyújtása. Natrium citricum. 7. Mozgás helyett minél hamarabb általános massaget alkalmazni.

4. Kleinhaus (Prága) *Tapasztalatok a méhártnak abdominalis úton való kiirtásáról.*

32 esetére három halálesetet jelez. Csak abdominalis úton Wertheim szerint, az ureterek felszabadításával, (a mely alkalommal azoknak peristaltikus mozgása van segítségére) operál. Főveszély az infectio a rákfészek felől. Ez ellen Winter a parametriumok és a nyirok-mirigyek eltávolítása után a hashártyának a méh felett való bevarrását és a műtétnek vaginalis úton való befejezését ajánlotta. Rosthorn a rákfészeket excochleálja és cauterizálja. Wertheim pedig a hüvelyt fogókkal lecsípi. Az első módszer körülményes, a másik kettő nem kielégítő. Ő a két utóbbi módszernek combinatioját alkalmazza. A kikapartható nyirokmirigyeket mind eltávolítja. A mirigyek consistentiájából még nem lehet azok rákos degeneratiojára következtetni. A mirigyek igen korán szoktak rákosan infiltrálódni. Némely esetben lehetetlen eldönteni, hogy a parametrium rákosan vagy gyuladósan van-e infiltrálva.

Ugyanő chorionepithelioma két praeparatumát mutatja be. Egyik esetében metastatikussá gócz támadt a méh és a hüvely falában, intact nyálkahártya mellett. Második esetében a daganat ovarialis eredetű volt. A tuba nyálkahártyája intact, falában azonban metastaticus góczok. Metastasisok a tüdőben és a hüvelyfalakban. A daganat tubaris terhes-ségnek lett diagnostizálva.

5. Stolz (Graz): *Három carcinoma és egy fibroma tubae praeparatumának bemutatása.*

A nyirokmirigyeket ily localisatio esetében is el kell távolítani.

6. Klein (München): *Carcinoma uteri.*

Az abdominalis út választandó oly esetekben is, a hol a recidiva egész positive nem zárható ki, mert 1. a kötőszövet és a nyirokmirigyek eltávolítása meghosszabbítja a beteg életét és recidiva okozta panaszokat hosszabb időre elhalasztja; 2. csak abdominalis úton írthatók ki az előzetes exstirpatio uteri után fellépett metastatikussá góczok. Fel- említi egy esetet, melyben négy ízben végzett laparotomiát metastatikussá góczok kiirtására. E műtétekre a beteg nehezen szánta magát, mert hiszen „egészséges”; annyira nem zavarták a közérzetét a metastasisok. Vaginalis út választandó igen zsíros és kachectikus egyéneknek és oly esetekben, a hol az abdominalis útra szükségelt hosszabb narcosis veszélyesnek látszik. Abdominalis exstirpatio Wertheim szerint nála is 14 esetre 20% balandóságot adott. Ez nagyobb százalék mint vaginalis után, de az abdominalis út alaposabb és még oly esetben is keresztül-vihető, a hol a vaginalis úton már czélt érni nem lehetne.

7. Wagner (Bécs): *Lymphosarcoma uteri praeparatumát mutatja be.*

A daganat a méh nyálkahártyájának nyirokszövetéből vette eredetét.

8. Winternitz (Stuttgart): *A retroflexio uteri gyógykezelése különös tekintettel a beteg panaszaira.*

A következő csoportokat állítja fel: 1. Retroflexio mobilis multiparának szövödmények nélkül. A panaszok ideges természetűek. Ilyen beteget jobb belgyógyászhoz utasítani, hogy figyelmét a nemi sphaerától elvonjuk. 2. Retroflexio gátrepedés nélkül nem ideges egyéneknek. A helyzet javítása indicált. 3. Retroflexio gátrepedéssel és a hüvely súlyosodásával: a hüvely descensusa Schultze-féle celluloid gyűrűvel corrigálendő, a retroflexio figyelmen kívül hagyható. 4. Retroflexio mindenféle szövödményekkel (endometritis, parametritis, perimetritis, fixált méh stb.): a szövödmények kezelendők. A kezelés leg-többnyire műtéti.

Chrobak ellenzi úgy a beosztást, valamint azt, hogy női beteget belgyógyászhoz utasítsunk. A nőgyógyásznak a beteg nőt, nem pedig csak a nő nemi részeit kell gyógykezelnie tudnia.

9. Eisenberg (Bécs): *A női medenczebeli szervek megbetegedéseinek conservativ gyógykezelése.*

Saját készülékével methodice alkalmaz 40–50° C. hüvely-öblítéseket 30–40 liter vízzel. Előny az ambulans kezelés. Contra-indicatio: pyosalpinx.

10. Nenadorics (Franzensbad): *A franzensbadi lápföldfürdők tudományos rendelkezése a női betegségeknek.*

Már 100 évi tapasztalat megtanított arra, hogy a lápföldkezelés kitűnő eredményeket ad a nemi szervek visszamaradt fejlődésén alapuló sterilitás, a sub- és a hyperinvolutio uteri, a nemi csatorna nyálkahártyájának catharrhalis állapotai, a medenczebeli kötőszövet lobos infiltratioja és különösen az adnexumok gonococcus okozta daganatai eseteiben. Régi gyógyszer a lápföldfürdő, mely a modern nőgyógyász-
ban is megérdemelt figyelemben részesül. Hatásának tudományos ma-
gyarázata azonban, mely a szernek tudományos kezelését is lehetővé
tenné, még mindig hiányzik. E czélra irányuló kísérleteinek eredményeit
a bécsi balneológiai congressuson ismertette. Jelen felolvasása azon
therapeutikus következtetésekre vonatkozik, melyeket kísérleteinek ered-
ményeiből levonni lehet. E következtetések a következők:

1. Franzensbadi lápföldfürdő hőfokának maximális határát 40° C-ra teszi.

2. E hőmérsékleten belül is az alacsonyabb hőfokok gyengébb, a magasabb hőfokok erősebb reactiót okoznak, miért is az előbbieket méhvezérek ellen, az utóbbiak parametralis infiltratio és adnextumok ellen jaltak.

3. A tisztító fürdő hőfoka alacsonyabba szabandó a lápföldfürdő hőfokánál, ha ez utóbbi reactiv hatását fokozni akarjuk.

4. A lápföldfürdő tartama legfeljebb 20'-re, a tisztító fürdő 5'-re szabandó.

5. A lápföldfürdő consistentiáját a szerint kell megállapítanunk, a mint a kismedenczebeli szerveknek gyengébb vagy erősebb massál-tatását kívánjuk elérni. (In extenso olv. A Magyar Orvosok Lapjában. I., 17. 1902.)

11. Fischer (Karlsbad): *Intrauterin-kezelés levegőmentes sprayvel.*

Egy általa szerkesztett fecskendővel spray-alakban 0.1–0.3 Tinct. Jodit 5% chlorzinkoldatot, vagy 10–15 ccm. 40–60°-os vizet fecskendez a méhürbe. A befecskendezések maximális száma chlorzinknál 5, Tet. Jodinál 10, viznél tetszés szerinti. A vizpray mechanikus szerül alkal-mazza étetések után is, míg a pörkök el nem távolodtak. A chlorzink és a Tet. Jodi ilyen alkalmazása nem okoz kólikát, legfeljebb húzó érzést. Káros következményeket nem észlelt. Szép eredményeket látott endometritis chron. hypersecretoria és haemorrhagica, dysmennorrhoea és sterilitas eseteiben. Kezelés alól ki lettek zárva acut folyamatok, adnexmegbetegedések és oly myomák, melyeket csak műtéti úton lehetett gyógyítani. Fecskendőjének előnyei: 1. oly kis folyadékmennyiség mellett az egész endometrium jön a gyógyszerrel érintkezésbe, a tubába való behatolás pedig ki van zárva. 2. Miután a fecskendő végesőve csak a cervix hosszával bír, ki van zárva valamely infectionnak az endo-metrium magasabb részeire való átvitele. Tapasztalatait a következő pontokban foglalja össze: az endometrium chronikus catarrhusainak radikális gyógykezelése csakis az intrauterin étetésekkel érhető el; az étetések az orvosság csak kis mennyiségével és spray-alakban alkal-mazandók; forró vizspray kitűnő vérzéscsillapító szer; a redődős nyaki csatorna kezelésénél a spray pótolhatatlan kezelési mód; a spray alkal-mazható blennorrhoea vaginae ellen gyermekeknek.

12. Czukor (Franzensbad): *A női hasúri szerveinek dislocatiojáról.* Ismerteti a dislocatio okait, tüneteit és gyógykezelését. A gyógy-kezelésre ajánlja az általa szerkesztett fűzőt.

A fenti referatum alapján ki-kéi ítéletet alkothat magának a tár-gyalások tudományos niveaujáról. Részemről még megjegyzem, hogy ez előadások négy ülésben tartattak. Felolvasásra 20', discussióra 10' volt megszabva. Az utolsó ülésben azonban az elnök indítványára elhatároztattott, hogy a hátralevő 5–6 előadás csak 5–5'-ig tarthasson és dis-cussionnak hely ne adassék. Érthetetlen volt ez a sietség, miután a nő-gyógyászati szakosztály egy nappal előbb fejezte be tárgyalásait, mint sok más szakosztály. E sietség minden esetre esorbát ejtett a tárgyalá-sok komolyságán és a résztvevők tudományos érdeklődésén.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Lapszemle.

Szülészet.

Riehl S.: *Über den Einfluss der Behandlung syphilitischer Mütter auf das Schicksal des Foetus.* (Wien. kl. Wochenschr. 1901. 26. sz.) Szerző recens syphilisben szenvedő terheseknél a secunda stadiumban a helybeli kezelést fogantatosította. Ezen anyai syphilis tudvalevőleg a foetusra nagyon deletaer hatású. Négy esetben postconceptionalis infectio volt jelen. A nézetek a terhesek antilueses kezelését illetően idáig rendkívül divergáltak, úgy látszik csekély hatásúak. Szerző a gravid uterusnak helybeli kezelését kísérlette meg az általános kezelés mellett. Globuli vaginaleseket, mik 1.0 Ung. ciner. és 1–2.0 Butyr. cacao tartal-maztak, a vaginába vezetett egész a portioig; utóbbi pedig egy tannin-glycerinestamponnal fixáltatott. Ezt az egész terheesség alatt naponta ismételte. Izgalmi tünetek a vaginában sohasem voltak jelen, külső ekzémák pedig csak akkor, ha a védő tampon hiányzott. Az eredmény igen kedvező volt, miután 33 terhes közül 1 abortált, 3-nál koraszülés, 25-nél rendes szülés egészséges gyermekekkel; 2-nél kihordott magzat halva született és 2-nél syphilitises magzat volt jelen. Az összmortalitás 12%, az összmorbiditás 21%-ot tett ki. Az eddigi összes tapasztalatok és statistikákkal szemben ezen eredmény rendkívül kedvezőnek mond-ható. Szerző szerint ezen kedvező eredményt a vaginalis hydrarg. keze-lésnek kell tulajdonítani. Weisz Ferencz.

Machenbauer: *Fall von Missed labour und von Tubensondirung.* (Centralblatt f. Gyn. 1902. No. 24.) 1. Egy 25 éves már egyszer halott magzatot szült nőnél M. teljes jóllét közepett, 5 hónapra az első magzatmozgások megérzése után, a 4–5-ik hónapnak megfelelő uterust a méhszáj tágitása után kiűrtette. Az erősen macerált magzat 28 cm. hosszú, a sárgás-fehér kemény placenta göröcső alatt necrotikus góczokon kívül szénsavas mészlerakódásokat mutat.

2. M. egy 40 éves III. szült nőnél, ki 8 hét óta nem menstruált, egy ökölnyi dudoros uterus és tőle jobbra ezitromnagyságú elastikus puha tumort talált. Szerző, habár extrauterin graviditásra tette diagnózisát, az uterus megsondázta (miért? Ref.), midőn is az 10 cm.-nek bizonyult. A jobb tuba sarkában a sonda nagy könnyűséggel behatolt még 7 cm.-nyire. E kísérletet (?) a következő napokon demonstrandi causa (!) többször megismételte. Laparotomiánál myomagöbökkel teli uterusról kívül sehol perforationnak jele, rendes tubák és ovariumokat és egy intraligamentosus narancs nagyságú cystát talált. *Fleischman dr.*

Westphalen R.: Doppelte Ruptur der Nabelvene mit (doppelter) Hämatombildung bei spontaner Geburt. (Centralblatt f. Gyn. Bd. 26. No. 12.) 38 éves, VI. P.-nál egy erős toló fájás közben spontán születik meg burokban a magzat. A 46 cm. hosszú torsió köldökzsinór varicosus venáján 5 cm.-nyire a köldökgyűrűtől repedés jött létre, mely felett gyorsan növekedő haematoma képződött. Okul szolgálhatott erre a köldökzsinór torsioja vagy vongálása, vagy erős megfeszítése a szülés alatt. Orvostörvényszéki szempontból tanulságos ez eset, mert mutatja, mily csekély elp. elegendő a varicosus köldökzsinór szakadásához és mily könnyen elpusztulhatott volna e magzat pl. rohamos szülés esetén. *Fleischman dr.*

Zweifel: Die Symphyseotomie mit besonderer Drainage des Spatium praevesicale sive Cavum Retzii per vaginam. (Centralblatt f. Gyn. Bd. 26. No. 13.) Symphyseotomiánál teljesen láztalan lefolyást nem látott, akár drainezte, akár nyitva tartotta a symphysis mögötti ürt. Utóbbi időben az üreget felfelé zárja s a hüvely felé végzi a drainezést, még pedig az üreg felől a hüvely mellett a mellső hüvelyfalán át. Ha műtét közben sepsisre gyanús az eset, a drain az egyik nagy ajkon vezeti át. *Fleischman dr.*

Zander G.: Ein Fall von Embryotomie bei lebendem Kinde. (Centralblatt f. Gyn. Bd. 26. No. 14.) Z. a méh alsó részének erős megnyúlása s magasan álló contractio gyűrű miatt (ruptura veselye) egy 5-ször szülő nőnél, kinél még szűk medencze s a hüvely előrement plastikai műtét folytán létrejött szűkülete is volt jelen, embryotomiát végzett élő magzattal. Ez esetéből kifolyólag felemlíti, hogy a decapitatio nehézségeit kisebbíthetjük, ha előbb evisceráljuk a magzatot. Különösen magasan fekvő harántfekvéseknel és igen szűk medenczénél a szülés befejezése előrement evisceratio után igen könnyű. *Fleischman dr.*

Cohn R.: Eine Geburt bei vorgeschrittener Tabes dorsalis. (Centralblatt f. Gyn. No. 16.) Egy 39 éves, 2 év óta tabesben szenvedő nő steril házassága 14-ik évében grávida lesz. A szülés oly fájdalomtalanul történt, hogy a házbeliek csupán a fej mutatkozásakor vették észre a szülés közelségét. A hirtelen előhívott bábának is feltűnt, hogy a fej megszületése minden fájdalom nélküli volt. E fájdalommentesség előrehaladott tabesre jellemző. *Fleischman dr.*

Schücking A.: Infusion durch die Nabelvene. (Centralblatt f. Gyn. Bd. 26. No. 23.) Szerző ama tényből kiindulva, hogy újszülött nagyfokú plethorát s a köldökvénában nagy nyomást kimutatható hátrány nélkül eltűr s hozzávetve az alkalisaccharat, valamint a fructosát élettani hatását, egy 3200 gm. asphyctikus újszülöttnél, a Schultze-lóbálás eredménytelensége után, megkísérelte az infúziót a köldökvénán át. Az oldat 0.5 natriumfructosát és 0.7 NaCl vizes oldatából állott. Az átvágott köldökzsinór venájába egy csövet belekötött és ezen át előbb 30 gm. oldatot bocsátott. A közvetlen eredmény az volt, hogy a szív működés érezhetőbbé lett. Még 20 gm. applicálásával egy spontán légzést látott, melyre több légzési mozgás következett. E mozgásokat Silvester-methodussal támogatta s a magzat felélesztése sikerült. Szerző szerint ezen alkalisaccharat szénasavat absorbeálják, midőn is csukor és szénasavas natrium keletkezik. Lehet, hogy e szer a fokozott szív működés által a megváltozott anyagcsere útján a medullabani légző-centrumot ingerképesébbé, vagy hogy e centrumot direkte szénasav-abszorbeáló képessége következtében szénasavmentessé teszi. Szerző ajánlja e szer alkalmazását úgy fuladási, mint befúási esetek felélesztésénél. *Fleischman dr.*

Pinard: De la délivrance. (Revue pratique d'obstet. et de pédiatr. 1902. jan.-febr.) Hallgatói előtt egy előadás keretében beszámol azon észleletekről, melyeket a lepényi időszak kezdetét illetőleg Varnier-val egyetemben fagyasztott metszeteken tett és közölt. Kitént ugyanis, hogy a szülés után az uterus ráhúzódik a placéntára, nem hagyván szabad helyet a placenta foetális felülete és az uterusfalak belső felszíne között. Vitatja a régi Baudeloque-féle nézetet és kimutatja, hogy a leválás physiologicus mindig a peripheriától a centrum felé folyik le az uterus muscularisának valóságos hullámszerűleg előrehaladó mozgása közben. A placenta tapadási helye észrevehetőleg vékonyabb a többi helyeknél és azon mértékben, a mint a leválás történik, visszanyeri a fal a régi vastagságát; a placenta tehát physiologicus be van az uterusfalba ékelve. A retroplacentaris haemorrhagiát mindig pathologikusnak tartja. Hogy milyen felülettel jő a placenta, az a burkok tapadási fokától sokban függ. A metszetek azt mutatták, hogy a placenta már levált, mikor még a burkok a tubáris sarkokban tapadtak, minthogy a fundus és az oldalfalak hirtelen összehúzódása és egymáshoz közeledése közben a burkok a tubáris sarkokban sokszor „becsípődnek”. A placenta is különböző erős fokban tapad egyes helyein és minthogy ez így van, nem lehet bizonyos időt határol felállítani, a melyen belül kell, hogy a

lepényi időszak lefolyt legyen, csak átlagidőről beszélhetünk akkor is, ha a műleges leválasztás jő szóba. Szembe állítja az „expression allemande”-ot (Credé) az „expression française”-el. Az előbbinél gyakran szakadnak a burkok, mert a placenta már egészében levált és kinyomatik, míg a burkok még — a contractiók alatt történő leválása — a tubáris sarkok táján be vannak csípődve. A francia expressio szabályai szerint, ha a vizsgáló ujj eléri a köldökzsinór tapadását a placéntán, akkor enyhe nyomás gyakoroltatik a contractiók közötti időben az „el-lazult” méhre, a mikor is a burkok nincsenek beékelve. Minthogy a kifejlődött placenta nem tud parasitaként tovább megmaradni az uterus-ürben — mint abortusoknál — azért 1½–2 óra múlva a lepénynek eltávolítását ajánlja. Ezen belül a beavatkozás indexéül a pulstust tartja; 100-on felüli pulsus esetében be kell avatkozni. *Singer Hugó dr.*

Semon M.: Über Complication der Geburt mit Ovarialtumoren. Ovariectomia abdominalis inter partum mit nachfolgender Entbindung per vias naturales. (Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. 1902. szept.)

S. hét esetről számol be, melyek közül egyet ő maga észlelt, a többi mások. Valamennyinél a kis medenczébe beékelte ovarialis tumorok okozták a szülési akadályt és pedig hat kystoma, meg egy sarcoma. Előzetes sikertelen visszatolási kísérletek után mind a hét nőnél laparotomia útján ovariectomiát végeztek, azután a magzatot természetes úton születtek meg. A gyermekágyak lefolyása és a hassebek gyógyulása mindig teljesen zavartalan volt; úgy az anyáknak, mint a magzatoknak morbiditása és mortalitása 0%.

Ezen jó eredményekre támaszkodva szerző hasonló esetekre mindig a fenti eljárást ajánlja szemben a császármetszéssel, a mely minden asepsis mellett is az anyára sokkal veszélyesebb. A német gynaekologusok nagyrésze mégis a sectio caesarea mellett foglal állást, főleg azon indok alapján, hogy az edényekre feltett ligaturák a szülés alatt lecsúszhatnak, azonkívül a hasseb is erősen vongalódik.

Szerző elveit következő pontokba foglalja:

I. Műhibának tekintendő minden a magzatnak természetes úton való megszületését célzó műteti eljárás (fogó, fordítás, perforatio-kihúzás) a szülést gátló akadálynak eltávolítása előtt.

II. Az akadály megszüntetése történhetik: 1. repositio, 2. punctio és incisio vaginalis, 3. szülés alatt végzett ovariectomia által.

III. sem a repositio, sem a punctio nem veszélytelen eljárások. Erőszakos visszatolási kísérletek a tumor repedésének veszélye miatt kerülendők. Punctio csak cystikus daganatoknál vezethet célhoz; dermoidoknál széles bemetszés után a bennéket ki kell takarítani. (Fritsch.)

IV. A szülés alatti ovariectomia az összes eljárások között a legjobb prognosztis nyújtja úgy az anyára, mint a magzatra nézve és mint legeszszerűbb módszer, a hol csak lehet, gyakorlandó. Az eset számba meg, hogy az abdominalis, vagy a hüvelyi út választjuk-e. Hüvelyi műtét csak cystikus, oda nem nőtt, jó koesányú daganatoknál lehetséges.

V. A császármetszés azon esetek számára marad fenn, a melyeknél az ovariectomia kísérlete meghiúsul, továbbá az inoperabilis, kiterjedt összenövésekkel bíró és intraligamentaris kifejlődésű daganatok számára. *Zboray.*

Hertzka J.: Über das Eindringen von Badewasser in die Scheide von Schwangeren und Gebärenden und über die Zweckmässigkeit des Bades bei denselben. (Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. 1902. szept.)

Stroganoff figyelmeztetett először 1901-ben, hogy a vajudóknak a szülés előtt szokásos kádban való fürdéstése alkalmat nyújthat a hüvelyen át való fertőzésre, minthogy a kádat nem lehet minden egyes fürdőző után kellőképen kitisztítani. Szerinte kórokozó csírák is hatolhatnak be ily módon a fürdővízzel a hüvelybe. Sticher ugyanezen dolgot bacteriologiai kísérletei által hiszi bebizonyítottak; ő ugyanis a fürdés előtt a vizet egy saprophytával, a bac. prodigiosus-sal fertőzte és a fürdés után ugyanezen bacillust a megfürdött grávida hüvelyéből vett váladékban kimutatta.

Hertzka is folytatott kísérleteket ez irányban, de arra az eredményre jutott, hogy Stroganoff és Sticher a manipulációk közben maguk vitték fel a fertőző anyagot a hüvelybe.

Mindazonáltal, minthogy a test felületén igen gyakran vannak apró anek és pustulák, a melyeknek genyartalma fürdés közben belejut a vízbe, azzal pedig, a mint a vajudó nemi részei körül kezével babrálnak, directe belevitethetik a hüvelybe; továbbá, mivel a fürdőző a kádban a saját testéről leázott piszokban ül és főleg a nemi részek táját alaposan alig tisztogathatja meg; szerző is egyetért Stroganoffal és Sticherrel abban, hogy a vajudóknak, illetőleg terheseknek kádban való fürdését el kell hagyni. E helyett, a mint fenti szerzők már régebben gyakorolták, a Chrobak-féle klinikán is 1901 ősze óta a csurgó víz alatt való lemosást alkalmazzák, mialatt a vajudó egy széles, karimával ellátott bádógtálcán foglal helyet, a mely a közepén mélyebb és ugyanott van a piszkos víz lefolyása. Az ő klinikájukon is lejjebb szállott azóta a gyermekágyi morbiditási százalék, bár nem annyira, mint Stroganoffnál: 15%-ról 7%-ra. *Zboray.*

König: Ueber Abtreibung der Leibesfrucht vom gerichtsarztlichen Standpunkt. (Samml. zwanglos. Abhandl. IV. Bd. II. 5.)

A kérdések, melyekre magzatelhajtási ügyben az orvosszakértőnek felelnie kell, főleg a következők lehetnek: 1. Elvetélt-e a szóban forgó nő, és ha igen, mikor? 2. Mi volt a vetelés oka? 3. A használt szerek alkalmasak voltak-e az elhajtásra? 4. Volt-e káros hatásuk a

nő egészségére és életére? 5. Bűnös szándékkal alkalmaztattak-e a szerek, vagy valamely betegség miatt vált-e alkalmazásuk szükségessé?

Ad 1. Az első kérdésre az élő vagy elhalt nő vizsgálata alapján felel a szakértő. Először szülnél a méhszáj kisebb-nagyobb sérülései, esetleg a még fennálló fellazulás már egy 3–4 hónapos abortust is fel engedhetnek ismerni; multiparáknál csak egy 5–7 hónapos abortust lehet 1–2 héttel lefolyása után még constatalni a méh nagyobb volta és az emlőjel alapján. Hullában a decidua és az esetleg visszamaradt petérészek kimutatása könnyíti a diagnózist. A nő szülőcsatornájából távozott és vizsgálatra felmutatott hárttyák a chorionbolyhok és decidua-sejtek kimutatása által ismerhetők fel, mint a terhesség productumai.

Ad 2. A vetélés oka elhajtó szer, avagy az anya vagy a pete betegsége lehet. Az elhajtó szerek lehetnek belsők (per os alkalmazottak) és külsők. Szerző behatóan tárgyalja a leghasználatosabb, belső abortívák hírében álló szerek physical és chemical tulajdonságait és hatásuk módját. Miután azonban a szerek közepes adagai csak elvéve indítják meg a vetélést, nagy adagai pedig az anya szervezetére méregként hatnak és a — nem is okvetlenül bekövetkező — abortus csak a mérgezés egyik részjelenségét képezi: e szereket — szigorúan véve — elhajtóknak nem is tekinthetjük. Forró fürdők, lökés, zárás, az alhas gyömszőltetése és hasonló külső abortív szer hírében álló eljárások többnyire nem vezetnek eredményhez. A legmegbízhatóbb külső abortívák azok, melyek közvetlenül a méhre alkalmaztatnak, főleg a therapeutikus célokra is alkalmazni szokott eljárások: a burokrepesztés és a bougiek bevezetése és fekvő hagyása. A laikusok által burokrepesztésre használt különféle szűrő eszközök azonban elég gyakran sérüléseket is okoznak az anya genitáliáiban. E sérülések vékony szűrőcsatorna képét mutatják s így könnyen megkülönböztethetők a terhes méh spontán rupturája által okozott sebektől, melyek a méh egyik (leggyakrabban bal) oldalfalát szélesen hasítják át. A foetus testét ez eszközök csak ritkán sértik. Valamely abortív szer csak az esetben tekinthető az abortus előidézőjének, ha az általa kiváltott tünetek és következményes állapotok rövid idővel a szer alkalmazása után léptek fel és az abortus bekövetkeztéig fennállottak. Minden esetben az anya, vagy esetleg hullája és a pete — ha utóbbi feltaláltatott — vizsgálandók oly betegségekre, melyek spontán abortusra vezethetnek.

Ad 3. A szer alkalmas volta esetről esetre dönthető csak el a szer vizsgálata alapján: pl. a secale csak friss állapotban nevezhető „alkalmasnak”.

Ad 4. A nő egészségére káros, sőt életét is veszélyeztető lehet a belső abortív szer által okozott intoxicatio, a külső által létrehozott sérülés vagy infectio és bármely esetben a vérzés.

Ad 5. A szakértő a nő vizsgálata, illetve hullájának boncolása alapján állapítja meg, hogy forgott-e fenn oly betegség, mely a terhesség megszakítását orvosilag indícalhatta.

Adler Oszkár dr.

Payer A.: Zur Lehre von der Selbstentwicklung. (Volkmann's Sammlung klin. Vorträge Nr. 314.)

Szerző rövid történeti áttekintés előrebocsátása és az evolutio spontanea mechanizmusának vázolása után egy esetről referál, a melyben a kiviselt, 2650 gm. súlyú és 50 cm. hosszú magzat egy órával a burokrepedés után született meg e mechanizmus szerint; érdekessé teszi ez esetet a gyors lefolyáson kívül azon körülmény is, hogy a magzat dorsoposterior harántfekvésben volt, karelőssel, de a megfelelő kéznek a medenczebemenetben való beékeltsége mellett. P. az irodalomból 21 esetet említ fel, a melyekben 2000 gm.-nál súlyosabb magzatok (a legsúlyosabb 3700 gm.) születtek meg e mechanizmus szerint, több közülük élve. Az evolutio spontanea létrejöttének feltételei — főleg nagyobb magzat esetén — P. szerint: 1. igen tág medence, 2. eltűnt méhszáj és 3. igen erőlyes fájások; elősegítő momentumok még a magzat macerált állapota és a karelősesítés.

Kis magzat harántfekvése esetén, kedvező körülmények közt, Martin E., Veit és mások szerint bevárhatjuk — kellő ellenőrzés mellett — a spontán szülést; esetleg az előesett kárt e mechanizmus elősegítésére is felhasználhatjuk; általában azonban a harántfekvésnél — főleg nagyobb magzat esetén — az operatív eljárás az indícalt.

Adler Oszkár dr.

Dohrn R.: Über die gesetzliche Verantwortlichkeit des Arztes bei geburtshilflichen Operationen. (Volkmann's Samml. klin. Vorträge Nr. 336.)

Az élő magzat perforálása, a művi abortus és a Porro-műtét képezik a szülészeti operációk azon csoportját, mely miatt az orvos esetleg a büntető bíró elé kerülhet. A német büntető törvénykönyvben nem találunk paragraphust, mely ezen orvosi beavatkozásokat határozottan kivonná a büntethetőség alól. (A magyar büntető törvénykönyvben sem. Ref.) A perforatiónál és a közeli veszély elhárítására végzett abortus artificialisnál D. az orvost büntetőjogilag egyszerűen eszköznek kívánja tekinteni a nő akaratának végrehajtására; a veszélyben levő szülőnő cselekedete pedig a német büntető törvénykönyv 54. §-a (nálunk 80. §. Ref.) értelmében nem büntetendő. — A Porro-műtét, mely folytán az operált „nemző tehetőségét veszti el”, mindenkor csak az operálandónak, illetve hozzátartozóinak ez irányban történt kioktatása és tőlük nyert felhatalmazás után hajtható végre.

E kérdések elbírálása rendszerint orvos-szakértők meghallgatásával történik, de ezek véleményének méltatása a bíró egyéni belátásától függ.

Adler Oszkár dr.

Walther H.: Ueber den Abortus mit besonderer Berücksichtigung der Therapie in der Landpraxis. (Gräfe's Samml. zwangl. Abhandl. IV. Bd. H. 8.)

W. azon eljárást vázolja, melyet abortus esetén, mint a vidéki praxisban véleménye szerint legmegfelelőbbet, használni szokott. A prophylaxis szempontjából hangsúlyozza a lepényi időszak helyes kezelésének nagy fontosságát rendes szüléseknél: a gyakran indokolatlanul végzett művi lepényleválasztás a méh különféle megbetegedéseit s így abortusra való hajlamosságot idézhet elő. — Fenyegető abortusnál nyugalmat és opiumot, feltartóztatlan abortusnál hüvelytamponadot ajánl. Az inperfekt abortust az első 12–16 hétben éles curette-tel, a terhesség későbbi idejében méhúri tamponaddal kezeli. A méhür kitakarítását ujjal még az első hónapokban is csak kétujjnyira nagyobb nyakcsatorna mellett végzi, mert e műtétet ujjal csak „egyes nagy szülőházak orvosi művészei képesek végrehajtani, kik minden különösebb ok nélkül narcosist alkalmaznak”. — Részletezi cikkében, hogy miképpen tesz ele az anti- és aseptis követelményeinek és ismerteti a hüvely- és méhtamponade technikáját.

Adler Oszkár dr.

Thorn W.: Die Stellung der manuellen Umwandlung in der Therapie der Gesichts- und Stirnlagen. (Volkmann's Samml. klin. Vorträge Nr. 339.)

Arcttartásnál általában az expectativ eljárás ajánlható. Ha azonban arcttartás szűk medenczével van kombinálva, a prognosis a magzatra nézve oly kedvezőtlen, hogy a tartás correctioja — a mennyiben az az anya veszélyeztetése nélkül lehetséges — indícaltnak mondható. Homloktartás esetében — a mely már magában is dystokiának tekinthető — a fekvésváltó műtét — az utóbb felsorolandó feltételek szemmel tartásával — mindenkor javulva lesz.

A Th. által ajánlott tartást-javító műfogás combinatioja a Baudeoque-féle és a Schatz-féle műfogásoknak. Míg a magzat hátának megfelelő belső kéz a fej forgatását végzi, a külső a magzat mellének felfelé nyomása, majd a far leszoritása által a magzat pervers, lordotikus tartását a természetes, kyphotikus tartássá változtatja át. A műtét sikeres befejezése után a szívhangok jól megfigyelendők, hogy szükség esetén a szülés fogó által kellő időben befejezhető legyen.

A műtét feltételei: Anya és magzat euphoriája, a magzatnak, vagy legalább koponyájának mozgathatósága és egész kéz számára átjárható méhszáj.

Ellenjavallják a Th.-féle műfogást: a köldökzsínor, vagy valamely végtag előesése, elülfekvő, vagy mélyen tapadó lepény, a méh alsó szakaszának nagymérvű elvékonyodása, I. fokúnál szűkebb medence és imminens veszély anyára vagy magzatra. Ez esetekben lábrafordítás és extractio, perforatio vagy esetleg császármetszés lesz a helyes eljárás a szülés befejezésére.

Th. műfogását rendszeren mély narkosisban végzi, ha csak azt fontos körülmények nem tiltják.

Adler Oszkár dr.

Dienst A.: Neuere Untersuchungen über das Wesen der Eklampsie und Gesichtspunkte bei der Behandlung der Krankheit. (Samml. klin. Vorträge, 1902, 342. sz.)

Eklampsziás anyák intra vagy kevéssel post partum elhalt magzatainak boncolása, az anyák vérenek vizsgálata, klinikai megfigyelések és állatkísérletek alapján D. egy új theoriát állít fel az eklampsia lényegéről és új eljárást ajánl e betegség leküzdésére. A terhesség vége felé gyorsan növekvő magzat nagy mennyiségű bomlástermékeket is produkál, melyek az anya vérebe diffundálva, az anyai szervezet közvetítésével károsíthatják ki. Ez anyagok, a mint az anyai vér fagy-pontjának meghatározásából kiviláglik, a fehérjének nagymolekulájú, tehát hiányosan oxydált bomlástermékei. Ha ezen anyagok kiküszöbölése a vesék vagy a szív insufficienciája folytán (vesebajok, a vese irritatioja előrement fertőző betegségek, meghűlés vagy vizelet pangás (pl. uretercompressio) által, másrészt szívbántalmak, vagy az igen fiatal, igen kóros vagy hosszas betegségek által kimerült egyéneknek a physiologikus terhelességi hypertrophiára alkalmatlan szíve) hiányos, azok az anya véreben felszaporodva, a terhelességi albuminuriát, majd az eklampsziás rohamokat idézik elő, sőt a magzat vérebe diffundálva, azt is mintegy „reinficiálhatják”. Beható vizsgálata alapján D. bizonyosnak tartja, hogy „az eklampsziánál az alaphántalom az anyai organismus részéről a szívnek vagy a kiválasztó szerveknek elégtelen működése; hogy továbbá vannak bizonyos, a magzat által termelt anyagok, a melyek, ha az anyai szervezet elsődleges megbetegedései folytán az anyai vérkeringésben visszatartatnak, magas toxicitásuknál fogva az anya alaphántalmát eklampsziává súlyosbítják”.

Ezek alapján az eklampsia rationalis terapiájának első sorban a méreg forrásának mielőbb való eltávolítására, azaz a szülés gyors befejezésére kell törekednie, szükség esetén akár császármetszés útján is; a szív és a vesék működésének javítására excitantiák és diureticiák nyújtandók; a vérben keringő toxikus fehérjeanyagok tökéletesebb élenyülése pedig, Senator tapasztalatai alapján, alkáliák (natr. bicarb., fachingeni víz, nálunk luhi vagy szolyvai Ref.) bevitelével érhető el. E therapia már absolut veszélytelenségnél fogva is megérdemli, hogy vele kísérletet tegyünk; D. vele közül eseteiben teljes sikert ért el.

Adler Oszkár dr.

Segond P.: Grossesse utérine prise pour une grossesse extra-utérine. Annal. de Gynec. et d'Obstr. 1901, pag. 113.)

Egy sinistro-latero flexioban fixált méh terhessé vált. A terhesség negyedik havában szerző könnyen elképzelhető tünetek alapján

extrauterin terhességet kórismézett, mely miatt laparotomiát végezett. Csak ekkor győződött meg a diagnózis téves voltáról. A fixáló adhaesiók megoldása után a méhet normális helyzetbe hozta, melyben az meg is marad. Gyógyulás. Beteg a kórházból való távozása után hét héttel a terhesség VI. havában elvetélt.

A szóban forgó eset a diagnózisban való érdekes és ritka tévedést idézte, melytől szerzőt csupán a méhnek sondázása, vagy pedig expectatio óvhatta volna meg. Az első a terhesség további lefolyására végzettsé válhatott volna, a másikat a felállított diagnózis contra-indicálta.

E közlés kapcsán ugyanott *Rontier* és *Varnier* is közlik a leírt-hoz hasonló diagnostikus tévedéseket. Előbbi egy lateroflexioban lévő terhes méh esetében vett fel extrauterin graviditást s laparotomiát végezt. A tévedés felismerése után a hasat zárta. Gyógyulás. Hat hét múlva a nő terhessége IV. havában elvetélt. (Lateroflexion droite ayant fait croire à une grossesse extra-utérine.) *Varnier* esetében nulliparáról van szó, ki első menstruatioja óta 10—12 hónapon át amenorrhoeában szenvedett. Összesen négy-ötször menstruált. Alhasi fájdalmak miatt több orvost consulált, kik mindannyian ovarialis tumort diagnosztizáltak. Laparotomiánál lateroflexioban lévő méhet találnak, a téves diagnózis felismerése után a hasúrt elzárják. A terhesség zavartalanul folyt tovább s élő, érett magzat születésével végződött. (Uterus gravide en latéoflexion pris pour une kyste de l'ovaire. Ibid.)

Szász E. H. dr.

Stähler F.: Vorderer Uterus-Scheidenschnitt nach Rühl bei einer Geburtskomplikation, bedingt durch tiefe Vaginaefissur mit Fibromenuekulation und Cervixplastik. (Centralbl. f. Gyn. 1902. évi 7. sz.)

Szerző eme esetben kénytelen volt a szülést a mellső méhhüvely-metszéssel befejezni, miután 7 órai metreurysis sem hozta létre a merev hegcsövet tágulását. A szülőnőnél e graviditását megelőzőleg egy évvel a fixált, retroflectált uterus, mobilizálva lett, mellső falából két fibromagöb lett eltávolítva s azután vaginae-fixálva. Szerző a hüvelyfixációt fiatal nőknél nem tartja megengedhetőnek.

Fleischman.

Scholten R. és Veit J.: Weitere Untersuchungen über Zotten-deportation und ihre Folgen. (Centralblatt f. Gyn. 1902. évi 7. sz.)

A boholy deportationál a chorion kötőszöveti sejtjeinek kívül a Langhans-réteg sejtjei, sőt talán a foetus vére is eljut az anyai vérbe. Ezek ellensúlyozására, kártalanítására kell, hogy egy anyag létrejöjjön, melyet a szerzők Cytotoxin, Syncytiolysinnek neveznek. Ez anyag tulajdonságainak tanulmányozása céljából szerzők vértől teljesen megtisztított placentadarabokat tettek nyulak peritonealis üregébe. Az eredmények a következők:

1. Az így kezelt nyulak serumja emberi vérre nem hat haemolytikusabban a nem kezelt nyulak serumjánál.

2. Terhes nők serumja nem haemolytikus más terhes vagy nem terhes avagy férfi vérre nézve.

3. Az emberi placentával kezelt nyulak serumja más nyúlra nézve nem mérgező.

4. Két eklamptikus asszony serumja úgy viselkedett mint más terhes nőé.

5. Nyulak vizelete, melyek emberi vagy nyúl placentával kezeltettek, 24—48 óra után fehérjéttartalmú volt.

6. Ha emberi placentával kezelt nyulak serumjába emberi placentadarabot 24 órára tettek, a Syncytium magjai feloldódtak. Szerzők szerint ezen eredmények után szükséges volna a terhesek albuminuriájánál a deportatiora is vizsgálni. Ez által talán az eklampsia aetiologiáját is elősegítenék.

Fleischman.

Lichem F.: Zwei Fälle von Foetus papyraceus. (Centralblatt für Gyn. 1902. Nr. 6.)

A foetus papyraceus kórmeghatározására szerző felhasználja a röntgenezést.

A közölt képekből látjuk, hogy az egyik a fejlődés 4-dik, a másik az 5-dik hónapjából való.

Fleischman.

Reidhaar L.: Ein Fall von Vagitus uterinus. (Centralbl. f. Gyn. 1902. évi 6. sz.)

Szerző egy művi koraszüléskor (Typhus abdominalishez csatlakozott emboliák a májban, tüdőben, vesében) észlelte a vagitus uterinust, midőn is a burokrepedés után a metreuryntert egy vastagabbal kicserélni akarta. Az uterusból 7 tisztán megkülönböztethető hang volt hallható. Eme tünet magyarázata összefügg az első légvétel magyarázatával s szerző Schwarz és Zuntzsal tart, kik kimutatták, hogy csak a vérben felhalmozott szén-sav képes a légző központ útján a légzést kiváltani. A metreurynter kicserélésénél levegő jutott a méhbe, a magzati vérkörben a szén-savfelhalmozódás annál is inkább jöhetett létre, mivel a szülőnő az említett bajokon kívül endocarditis septicaiban is szenvedett s szív-működése igen hiányos volt.

Fleischman.

Bucura Constantin J. (Chrobak's Klinik, Wien): Über die Bedeutung des Schüttelfrostes im Wochenbett mit besonderer Berücksichtigung der Pyaemie. (Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. 1902. október.)

Észlelt esetek kapcsán a következő tételeket állítja fel: 1. 1—2—5 rázóhideg epoly kevéssé jellegző pyaemiára, mint más puerperalis megbetegedésre.

2. Csakis 5-nél több rázóhideg fordul elő kizárólag pyaemiánál.

3. Bár a rázóhidegek semmiféle gyermekági megbetegedésre nem jellegzők, mégis befolyásolják a prognoszt, a mennyiben a mortalitási százalék a rázóhidegek számával egyenes arányban nő.

4. Septicaemia lefolyhat úgy rázóhideggel, mint a nélkül; az utóbbi eset gyakoribb.

5. A lymphangoitis septicaemiára nem feltétlenül jellegző; egyes esetekben metrothrombophlebitis is előfordul lymphothrombosis nélkül.

6. Pyaemia is lefolyhat rázóhideggel vagy a nélkül, de az előbbi eset gyakoribb.

7. Vannak bizonyos esetei a gyermekági pyaemiának lymphothrombosisal, a nélkül, hogy thrombophlebitis volna jelen.

Zboray.

Ahlfeld: Die Zuverlässigkeit der Heisswasseralcohol-Händedesinfection. (Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. 1902. november.)

Két esetet közöl, a melyek feltétlenül bizonyítják ezen eljárás megbízhatóságát: Az elsőben a műtő, egy genyes phlegmonet nyitott meg, azután mindjárt laparotomiát végezt, miután kezeit a fenti módon fertőtlenítette. A második esetben pedig szerző tanársegédje több napon át kezelte egy septikus endometritist, azután Ahlfeld methodusa szerint megmosakodva ugyancsak laparotomiát végezt. Mindkét beteg teljesen láztalanul gyógyult meg.

Zboray.

Seitz L.: Über intrauterine Todtenstarre und die Todtenstarre immaturer Früchte. (Samml. klin. Vortr. 346. sz.)

A physiologia, törvényszéki orvostan és szülészeti művelői egybehangzólag azt a tant hirdetik, hogy hullamerevség a VII-dik hónapon aluli magzatoknál nem fejlődik ki. S. ezzel ellentétben a müncheni szülészeti klinikán 11, 18—36 cm. hosszú és 130—1800 gm. súlyú koraszülöttnél észlelte a hullamerevséget, a mely az izomzat tömegével arányban annak többé-kevésbé kifejezett merevségében nyilvánult. Szerinte tehát a hullamerevség bekövetkezik minden magzat hullájában, melynél már működésre képes izomszövet volt kifejlődve.

Ha a magzat in utero halt el s a szülés csak hosszabb idő eltelével indul meg, a hullamerevség már ante partum beállhatott, sőt le is folyhatott. Szerző az intrauterin hullamerevségnek 21 jól észlelt esetéről talált feljegyzéseket az irodalomban. Hogy nem sokkal gyakrabban észleljük e tineményt intra partum, abból magyarázható, hogy a hullamerevség második stadiuma (Landois), a teljes merevség, nem állhat be mindaddig, a míg a tagokon passiv mozgások végeztenek, a mi pedig szülés közben mindig megtörténik; a merevség első stadiuma, az izomzat visszerű hajlékonysága pedig a szülésnél közreműködő orvos vagy baba figyelmét rendszerint elkerüli.

Adler Oszkár.

Gynaekologia

Szász E. H.: A vulva leukoplakiás elváltozásai, azok viszonya a kraurosishoz s ezek kapcsán a vulva carcinomájának két esete. (Magyar Orvosok Lapja, II. évf. „Bőr- és bűjakórtan“ melléklet, 4. sz.)

Sz. két esetet ír le, melyekben a vulva leukoplakiája és carcinomája, illetve leukoplakiája, carcinomája és kraurosisa egymás mellett volt észlelhető. Az utóbbi esetben a kóros részeket szövettani vizsgálatát is végezte. E vizsgálatoknak és az idevonatkozó irodalom tanulmányozásának eredményeként Sz. azon conclusiora jut, hogy a pruritus vulvaenél Veit által leírt szövetelváltozások, a leukoplakia és a kraurosis egy kórfolyamatnak a különféle stadiumait képezik. A pruritus a megbetegedés kezdő stadiuma, hisz a leukoplakiában és kraurosisban szenvedőknek első és legállandóbb panaszja a viszketés. A betegség „virágzó stadiuma“ a tulajdonképeni leukoplakia, végső stadiuma pedig a kraurosisos elváltozás vagy a carcinomás elfajulás.

E felfogás képezi a Sz. által ajánlott therapia alapját is. A pruritus kezelése s egyben a leukoplakia prophylaxisa főleg az oki momentumok (chronikus fluorok, diabetes, piszok stb.) ellen irányul. A carcinoma, mint a folyamat legsúlyosabb végstadiuma, a sebészet elvei szerint a kóros részek s a táji mirigyek kiirtásával gyógyítandó. A kraurosis kínzó tüneteinek fogva (viszketés, a vulva megszűkülése, a nyálkahártya repedékenysége) szintén a sebészi beavatkozást, a kóros részek kiirtását, teszi szükségessé. Ezen excisiót, tekintettel arra, hogy a kórfolyamat előbb-utóbb az egyik fenn jelzett végstadiumra vezet, tanácsos már a leukoplakiás időszakban is végezni.

Adler Oszkár.

Sippel A.: Über Eklampsie und die Bedeutung der Harnleiterkompression. (Gräfe's Samml. zwanglos. Abhandl. IV. Bd. H. 8.)

Ujabbán mind általánosabb lesz azon felfogás, hogy az eklampsia auto-intoxicatio vezethető vissza. S. véleménye szerint ezen auto-intoxicatio egy, minden terhes nő által — valószínűleg a terhesség-okozta renyhébb anyagesere s így egyes bomlástermékeknek tökéletlen élenyülése folytán — produkált méreganya: hiányos kiküszöbölésének eredménye. Miután a méreg kiküszöbölésére a vesék volnának hivatottak, az eklampsiaiban elhaltaknál vagy a v. s. kében kell kóros elváltozást találnunk, vagy az ureterek compressioját kimutatnunk. Eddig ez irányban csak Herzfeld közölte sorozatos megfigyeléseit. Ő 81 eklampsiaiban elhalt terhes és szülőnő boncolásánál 63 esetben a vese szövetében talált elváltozást, a többi 18 esetben mindkét húgyvezér compressioja volt kimutatható.

Az egyik ureter összenyomódása eklampsiát nem okoz. Az ureter-compressio előben az alhas egyik feléből az azoldali vesetáj felé húzódó heves fájdalmak, esetleg hidegrázás alapján felismerhető. E rohamok ismétlődnek, de azonnal megszűnnek, ha a terhes az ellenkező oldal-fekvést foglalja el. S. ily esetekben válszalagokkal ellátott haskötő rendszeres viselését is szokta ajánlani.

Tekintettel az esetleg fennforgó ureter-compressio, terhesek és szülők eklampsiájánál megkísérlelné tartja a térdkényőkhelyzetet, mely esetleg az ureterek felszabadulására s a rohamok kimaradására vezethet.

Adler Oszkár dr.

Pincus L.: Das Verhältniss der Atmokaussis und Zestokaussis zur Curettage und ihre Heilfaktoren. (Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. 1902. október.)

A vaporisatio előnyeit fejtegeti a curettagevel szemben. Ha ez utóbbival célt nem érünk, nem szükség azonnal hysterectomiát végezni; hanem meg kell kísérelnünk a vaporisatiót, mint végső eszközt. Nem kell azonban, hogy ezt a curettage mindig megelőzze, mert egy mérsékelt vaporizálás enyhébb eljárás, mint egy erősen végzett kaparás és technikája is egyszerűbb lévén, kevesebb gyakorlottságot igényel. Ezenkívül előnye, hogy az infectio veszélye kisebb, mint a curettagenál, a hol friss sebeket készítünk, míg amott a hő behatására p. k. k. képződnek, a melyek megnehezítik a fertőző csiroknak bejutását a szervezetbe. A curettage nem is gyógymód, csupán előkészítő eljárás az utókezelés előtt, a mely elősegíti a lekaparással eltávolított nyálkahártya helyett annak újraképződését. Ezzel ellentétben úgy az atmo- mint a zestokaussis mellett, hogy a beteg részeket elroncsolja, a regeneratiót is maga elősegíti.

Ha a climaxon innen lévő nőről van szó, akkor csak rövid ideig, 1 p. töredékeig engedjük behatni a körülbelül 115° C. gőzt, mert csak a nyálkahártyát akarjuk elroncsolni; ha ellenben a beteg már a climaxon túl van, akkor a nyálkahártya regenerációjával nem kell gondolnunk és mentől mélyebben roncsolunk, annál biztosabb és állandóbb lesz az eredmény.

Végül ismerteti az atmo- és zestokaussisnál szereplő gyógytényezőket. Ezek a következők:

1. Midőn a gőz közvetlenül hat az endometriumra (atmokaussis):
 - a) a hő izgató hatása a muscularisra;
 - b) a hő edző hatása a nyálkahártyára, erősebb behatásnál a muscularisra is;
 - c) a condensvíznek felszívó hatása.

Az izgató hatás nem feltételezi okvetlenül az edzést is, ellenben edzés egyidejű izgatás nélkül el nem képzelhető.

2. Midőn a gőz közvetve (csőfalon) keresztül hat (zestokaussis):
 - a) protrahált állandó izomösszehúzódás, majdan involutio;
 - b) consecutiv erős folyás, mely a fertőző csirokat kiküszöböli;
 - c) a p. k. k. alatt képződő sarjából álló gát, a mely védi a szervezetet a bakteriumok inváziója ellen;
 - d) erős véradatolás a méhhez;
 - e) consecutiv succulentia az adnexumokban és a parametriumokban.

Zboray.

Mendes de Léon et Hollemann. De la grossesse ovarienne. (Revue de Gynécologie. 1902. VI. Nr. 3.) Szerzők a chorionbolyhokat kimutatják mikroszkopice egy haematoma ovarii-ban, s ezzel bizonyítják újra, hogy lehető az ovarialis terhesség is. Az esetnek anamnestikus adatai szintén egybevágók, terhességre vallanak, bár a klinikus képet meglevő, egy időben fennálló gonorrhoea tünetei zavarják.

A beteg multipara, kinek b. o. hüvelykiboltozata mögött ökölnyi tumor foglal helyet, a mely az anteflectált méhvel összeköttetésben látszik lenni hosszú kocsány közvetítésével. Ezek alapján diagnosizuk pyosalpinxra, illetőleg intraligamentosus, tömlős daganatra teszik. Először hüvelyen át igyekeznek operálni, de ezt a módot sikertelenné teszik a nagyszámú összenövések. Laparotomiára térve, ovarialis, sötétvörös daganatot találnak, a melyen egy körülbelül 1 1/2 cm. széles épen maradt ovarium-részlet ül sapka módjára. A képlet saját oldali tubájával összeköttetésben nincs, de igenis összefügg a j. o. petevezetékkel. Ezt a vér-daganatot az említett ép ovarialis részlettől zeg-zúgos vonal választja el; az ovarium-szövetben sárga test nincs. Mikroszkopice vizsgálják ezt a haematomát, a melyet Graaf-féle tüszőben létrejött ovarialis terhességből eredőnek tartanak, e terhesség megszakadása adja a haematomát. Chorionbolyhokat sikerül nekik benne kimutatniok, olyanokat, a melyek a visszafejlődés útjának különböző stadiumán vannak. Az ovarium hilusához közel eső, nagy sejtekből álló, hosszanti vonalak, rétegek módjára elhelyezkedő szövetesoportokat trophoblast-maradékoknak tartják, illetve serotinának. Befejezésül arra figyelmeztetnek, hogy jó volna pontosabban vizsgálni az ilyen ovarialis eredetű haematomákat, a graviditásra s ennek maradványaira való tekintettel.

Csiky.

Brouha: Contribution à l'étude de tumeurs tératoïdes de l'abdomen. (Revue de Gynécologie 1902. VI. 3.) Szerző meghatározza a teratoid daganatok átmeneti alakjait az egyszerű dermoidból az úgynevezett „foetus in foetu“-ig, definiálja a teratomák fogalmát. Az egyszerű dermoidora az enclave elmélet magyarázza, a melyet szerint Verneuil formulázott meg először 1852-ben. (Talán Cohnheim?) Szólt még Bandler teoriájáról, majd meg áttér saját esetének ismertetésére, a mire Fraipont professora ösztökéli. 26 éves nőtől ered kéztütnye, hasiuri, retroperitonealis teratoma. A daganat, a melyet hasmetszés útján távolítanak el a medenczebennettől a bal rekeszküpig

terjed fel úgy, hogy a colon descendens mögött s a bal vese előtt fekszik; nem függ össze a genitáliákkal. A beteg sepsisben hal el a műtét után négy héttel, a minek kiindulási pontja volt a daganatnak roppant nagy ágya.

A sokszorosán összenőtt daganat emberfejnyi, ovalis alakú, külsőleg kocsányosavarodást elszennvedett ovarialis tömlői daganathoz hasonlít valamennyire; hasmetszéssel távolítják el. Van egy középponti kemény részlete, s két nagy colloid tartalmú része, a melyek az ovoid alak két polusát alkotják. A nagyobbik cysta falának — a mely eredetileg sokrekeszű volt — belső színe nem ad egyenletes képet, hol sima, hol érdes, hol meg a gyomor nyálkahártyájához hasonlít. A centralis részlet cystás, hol colloid, hol meg sűrűbb, kanócszerű tartalmú; diónyi nagyságú ürökből áll, a melyekben hyalinporcából és zsírszövetből álló szigetek fordulnak elő.

A mikroszkopos vizsgálat eredménye nagyjából a következő: A sima izomrostokat tartalmazó cystafalzatnak epithelialis szerkezete helyenkint teljesen hiányzik, de kimutatható benne barnássárga részletekben ülő pigmentált kötőszöveti sejtek, a melyek sokrétegűek s túltengettek, hasonlítanak a decidua, illetve lutein sejtekhez. A makroszkopice gyomor nyálkahártyájához hasonló cystakamaráknak tényleg meg van minden oly jellegző sajátága, a mely 2 1/2 milliméternyi széles gyomornyálkahártya és submucosa karakteristikuma szokott lenni. Egy másikban meg rétegzetes, csilló hengerepithel található, széles, laza submucosával, ebben pedig nyálmirigyekhez hasonló képletek fordulnak elő: úgy vélekedik, hogy ezek a felsőbb légutakhoz tartoznak. A kemény daganatrészlet pedig fibromyomás szövetből áll, benne epithelios képletek vannak, továbbá hyalinporcok alotta lemezek, zsírszövet; sőt állítólag még sympathiás idegek harántmetszetét mutató idegrostok is vannak benne, egy ganglionnak a metszetével együtt. A cysta epithel-jének e részlete pedig hengeres, helyenkint szembetűnőbb papillás képletek, úgy hogy a kép hasonlóvá lesz egy tuba harántmetszetéhez. Másutt az epithel degenerált és stratum pigmentosumot képez.

Részben tömlőt, részben tömlős újképlettel van tehát dolgunk, a melyben mind a három csiralemez származékának maradványával találkozunk. Az ektodermából való az a kevés idegszövet, entoderm eredés mellett szól a gyomor s légutak nyálkahártya szövete, valamint ama képletek, a melyek nyálmirigyeket tartalmaznak; mesoderm eredetűek a sima izomrostok, hyalinporc, zsír és kötőszövet.

Szerző észlelt esetét *Lexer* hasi teratoma beosztásának (Arch. f. klin. Chirurg. LX.) negyedik csoportjához sorozza, a kevert teratoid daganatok közé, rekapitulálja egyszersmind *Lexer*nek ott leírt nyolcz esetét. Az aetiologiat illetőleg nem osztja *Lexer* nézetét; ugyanis nem ismeri el, hogy volna különbség ilyenek s valódi foetalis maradékok között; szerinte utóbbiak egyszerűen csak magasabb fejlődési fokon állanak (*Lexer* „foetus in foetu“ teoriája). E nézetét ép *Lexer*nek egyik közölt esetével bizonyítja (id. folyóirat LXI.), a melyben gyönyörű átmenetek vannak a kevert teratoid-daganatok s valódi foetalis zárványok között.

A Wolf-féle testekkel való összefüggést B. már azért is tagadja, mert vesecsatornák meg pseudo-glomerulusok egyáltalán nincsenek jelen.

Epikrisisében a szerző a teratomák keletkezésének összes teoriáit felsorolja s *Bonnet*-tel a teratomák és dermoidok azonossága mellett érvel, a mennyiben azt állítja, hogy a még nem differenciált blastomerek korán tévednek el; ezek legmagasabb fejlődési foka a „foetus in foetu“ képzésének felel meg.

Csiky.

G. Carrière et M. Beaussenat: Sur un cas de fibromyome de la trompe. (20 ábra.) (Revue de Gynécologie VI. 1902. 3. sz.) Szerzők egy 235 gramm súlyú sima, gesztenyeforma és nagyságú fibromyomát ismeretnek; ezt egy 30 éves nőtől nyerték, a ki éveken át szenvedett e miatt hasi, a czombokra is kisugárzó fájdalmakban; továbbá mensium suppressióban.

A sima daganat a tuba középső részletében ült, a tubacsatornát ezen keresztül lehet sondázni; a csatorna pedig épen a tumor kellő közepén haladt keresztül. Diagnosizuk a góceső is igazolta. A daganat oldalán levő ovarium cystás degeneratióban volt.

Csiky.

Eszközök és gyógyszerek.

G. Leopold: Zur schnellen vollständigen Erweiterung des Muttermundes, mittelst des Dilatorium von Bossi, namentlich bei Eklampsie. (Ctblatt f. Gyn. Bd. 26. No. 19.) 17 esetében (12 eklampsia) alkalmazta a Bossi-féle négykarú dilatatoriumot a szülés gyors befejezése végett. E műszer segítségével átlag 20 perc alatt oly mértékig eszközölhető a méhszáj tágitása, hogy fogó vagy fordítás eszközölhető. Egy esetben sem fordult elő a méhszáj nagyobb berepedése, majd minden esetben a műszer alkalmazásával fájások léptek fel, melyek fokozódva a szülés harmadik időszakáig is eltartanak. Különösen az eklampsia kezelésében nagy fontosságú e gyors és veszélytelen tágitás lehetősége, úgy hogy L. szerint az eklampsia miatti sectio caesareák száma ritkább lesz.

Fleischman dr.

F. Hammer: Einiges über Verwendbarkeit des Lysoforms in der Geburtshilfe. (Ctblatt f. Gyn. No. 17.) Ama ellentétes vélemények tisztázására, melyek utóbbi időben a lysoform használatosságát illetőleg felhóztattak, H. a lysoform baktericid hatását vizsgálta. Vizsgálatánál a lépfenét, staphylococcus pyog. aureus és a bact. colit hasz-

nálta. Még 50%-os oldata sem volt képes e nevezett bakteriumok egyikét 15 perc behatásra sem, még csak növekedésükben is megakadályozni. Szerző ezért a lysoformot mint jó cosmeticumot, de mint desinfectiensest használatra nem ajánlhatja.

Fleischman dr.

II. Könyvismertetés.

Felix Skutsch: Geburtshilfliche Operationslehre. Für Studierende und Ärzte. Mit 145 Abbildungen im Text. Jena, Verlag von Gustav Fischer, 1901.

A német irodalom nem épen szegény oly munkákban, a melyek a szülészeti műtéteket tárgyalják. De még sem mondható, hogy Kehrler, Zuefelf, Fritsch és Doederlein kisebb-nagyobb terjedelmű munkái feleslegessé tettek volna egy oly munka megírását, a mely a szülészeti műtéttannak teljesen befejezettnek hitt, de a sebészeti irány terjedésével és az aseptis és antisepsis védelme alatt folyton, mondhatni nap-nap után haladó és terjedő tanának egészen modern irányban való tárgyalását. S örömmel látjuk, hogy erre épen Skutsch, jenai tanár, Fritsch és Schultze tanítványa vállalkozott, a kinek eddigi összes nagyobb és kisebb munkái az alaposság és megfelelő tudományos készültség jellegét hordották magukon. Az előtünk fekvő munka hasonlóképen minden dicséretre méltó s talán nem mondhatók szerzőnek nagyobb bókot, mint ha munkáját a szülészeti nagymesterének vezetése alatt álló jenai klinikához méltónak mondjuk. A munka nem egyszerű vezérfonal a tanulóknak, mint a mi nek az szerzője bevezető szavaiban feltüntetni akarja s biztos tudomásom van róla, hogy nem is készült úgy, a hogyan ily vezérfonalak készülni szoktak. Mert, hogy csak egy példát említsék, a midőn boldogult Kézmárczky tanár engem 1888-ban azzal a megbízatással megtisztelt, hogy sodrony-kaesszorítóját a hallei gynaekologiai congressuson bemutassam, Skutsch volt az első, a ki az eszköz egy példányát megrendelte s ezzel azonnal hullán és élön kíséreltetett, noha a jenai klinikán akkor kizárólagosan ennek vezetőjének Schultzenak sarlókését (Sichelmesser) használták decapitacionál. Már ez az egy példa mutatja, a mit azután a munkának minden fejezete, minden sora igazol, hogy a szerző mindent, a mit ir, nem mások után mondja, bár a szülészeti műtéttan nagy irodalmát is gondosan felhasználta, hanem saját bő tapasztalatai alapján, saját észleletei és vizsgálatai nyomán ír meg.

Messze vezetne, ha a 348 lapra terjedő munka minden részletére kiterjeszkednék s ezért csak fel akarom említeni, hogy a munka nem pusztán a műtétek leírására, azok javalatának felsorolására szorítkozik, hanem hogy az úgynevezett határterületeket is, mint például a műtétek mechanizmusát a különböző magzatelhelyezéseknél, a gyermekágyi láz prophylaxisát, a melyben Semmelweisnek is az őt megillető helyet juttatja stb. behatóan tárgyalja. Legrészletesebben ismerteti a fogó-műtéteket, azután a kihúrást, fordítást, a feldaraboló műtéteket, a terhesség megszakítását, a szülőtutak tágitását, a császármetszést, a lepényi időszak kezelését, a terhesség, szülés és gyermekágy alatti vérzéseket s végül az újszülött felélesztését tárgyalja alaposan, jól érthető módon, s ha szabad magam így kifejezni elegáns iránylyal. Minden egyes műtétnél ennek történetét is ismerteti vázlatosan, s nemcsak az általánosan elfogadott eljárásról, hanem azokról a változatokról vagy egyéb műtéti eljárásokról is emlékezik meg, bár természetesen rövidebben, a melyek vagy csak némely szülészektől még alkalmaztatnak, vagy egyáltalában már túlhaladottaknak, obsoleteknek mondhatók.

A méhnyak tágitásánál sajnálattal nélkülözzük a Bossi-féle műszerrel való tágitást, a mely mindinkább nagyobb elterjedésnek örvend s a különféle ballonokkal való tágitási eljárásokkal is kissé mostohán bánik a szerző, talán azért, mert még nem volt alkalma azokkal behatóbban megismerkedni s így magának azokról megállapított véleményét alkotni.

Még csak a szöveg közé nyomott számos ábráról kell dicséretileg megemlékeznem, a melyek úgy quantitativ, mint qualitativ tekintetben még a legnagyobb igényeket is kielégíthetik.

A könyvről alkotott véleményemet az elmondottak után abban foglalhatom össze, hogy annak nemcsak a tanuló, hanem a gyakorló orvos is jó hasznát veheti s hogy azt még a szakorvos is élvezettel fogja átlapozni.

A mű kiállítása méltó a tartalmához s dicséri az újabb időben rendkívül élénk kiadó céget, a mely a kiadásában megjelenő munkáknak, nemcsak szép kiállításukkal, hanem olcsó árakkal is iparkodik minél nagyobb piacot teremteni.

Temesváry.

III. Bibliographia.

(Könyvek, dissertációk, thèse-ek.)

Magenau Fr. Ein Fall von Geburtserschwerung durch congenitale Hydronephrose nebst einer Zusammenstellung ähnlicher Fälle aus der Litteratur. Tüb., 1902. — Makaroff A. Quelques considérations sur la métrite blennorrhagique et son traitement par les injections intra-utérines de l'acide picrique. Par., 1902. — Martin Cl. De l'action des bains dans les suites de couches. Par., 1902. — Maubert A. Des blessures de l'uretère dans les interventions par voie abdominale sur l'utérus et les annexes. Par., 1902. — Mayer A. Ein Fall von Echinosuccus im Beckenbindegewebe. Diss. Giessen, 1900. — Mendelssohn E.

De la galactophorie. Par., 1902. — Meyer E. Der Eiweissgehalt der Frauenmilch. Berl., 1902. — Meyer H. Ueber die rechte Wanderniere und ihre Beziehung zu den ausführenden Gallenwegen. Diss. Halle, 1902. — Miquel J. Les perforations graves de l'utérus au cours du curetage et de l'hystérométrie. Par., 1902. — Morisani Ottavio. Manuale delle operazioni ostetriche ad uso dei medici e studenti. 4-a ediz. Milano. — Montamat E. Des kystes Gaëtrieniens du col utérin. Montp., 1902. — Mundt R. Ueber Carcinomentwicklung in Fibromyomen des Uterus. Diss. Tübingen, 1901. — Pagès G. De la pathogénie des kystes du vagin. (32 observ. avec examen histologique de la tumeur kystique.) Par., 1902. — Petzel W. Experimentelle vergleichende Untersuchungen über die Einwirkung des Argentum aceticum und anderer Silbersalze auf Meerschweinchenaugen vom Standpunkte der Prophylaxe der Blennorrhoea neonatorum. Diss. Leipzig, 1901. — Philippe L. Épauchement séreux pelvi-péritoneaux au cours des infections utéro-annexielles et post-operatoires. Par., 1902. — Beure J. De la compression pubio-manuelle comme traitement des hémorragies après la délivrance. Lyon, 1902. — Rion E. Les divers traitements de l'infection puerpérale et le curage digital suivi d'écouvillonnage. Par., 1902. — Robb Hunter. Aseptic surgical technique; with especial reference to gynaecological operations, together with notes on the technique employed in certain supplementary procedures. 2. ed. Philadelphia, Lippincott. — Roinet P. Etude sur les calculs de l'urethre chez la femme. Par., 1902. — Schatz. Ist das jetzige deutsche Hebammenwesen im Princip beizubehalten? Wien, 1902. — Schauer A. Beitrag zum Kapitel der Extrauterinschwangerschaft auf Grund des in der Leipziger Universitäts-Frauenklinik gefundenen 13 1/2-jährigen Materials. Diss. Leipzig, 1900. — Schirokaner H. Der traubige Schleimpolyp der Cervix uteri. Breslau, 1902. — Schmidt R. Ueber Scheiden-Bauchoperationen im Anschluss an 198 Fälle der Würzburger Frauenklinik. Würzburg, 1901. — Schmitt F. A. C. Des ruptures spontanées de l'utérus pendant le travail et l'accouchement. Nancy, 1902. — Selheim H. Das Verhalten der Muskeln des weiblichen Beckens im Zustande der Ruhe und unter der Geburt. Wiesb., 1902. — Siegert F. Haematometra im verschlossenen Nebenhorn des Uterus. Diss. Leipzig, 1901. — Sippel A. Ueber Eklampsie u. die Bedeutung der Harnleitercompression. Halle, 1902. — Stelzner H. Resultate u. Dauererfolge bei 80 Fällen von vaginalen Totalexstirpationen bei Prolaps. Halle, 1902. — Stepanoff Sophie. Des thrombes puerpérales. Par., 1902. — Stevenel Ch. Hernies abdominales et grossesse. Lyon, 1902. — Tarnowsky C. Die Ovariectomie während der Schwangerschaft. Diss. Leipzig, 1901. — Tessier G. De la torsion du pédicule des tumeurs kystiques des annexes pendant la puerpéralité. Par., 1902. — Tregouet P. De l'allaitement pendant les suites de couches pathologiques et dans quelques autres états infectieux. Par., 1902. — Trespe R. Beitrag zur Kraurosis vulvae. Berl., 1902. — Tschernomordik S. Ueber Eklampsie auf Grund der in der Charité Ann 16—25 veröff. Fälle. Berl., 1902. — Verhandlungen d. Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig in dem Jahre 1901. Leipzig, Breitkopf u. Härtel. — de Vésian J. Salpingites et grossesse. Toul., 1902. — Waegeli Ch. Sur les résultats de l'hystéropexie abdominale. Diss. Berlin, 1902. — Walther H. Ueber den Abortus mit besonderer Berücksichtigung der Therapie in der Landpraxis. Halle, 1902. — Weingärtner M. Ein Fall von Carcinom in den Bauchdecken nach Exstirpation eines gutartigen Kystoma ovarii papillare. Diss. Leipzig 1901. — Werth R. Untersuchungen über den Einfluss der Erhaltung des Eierstockes auf das spätere Befinden der Operierten nach der supravaginalen Amputation u. vaginalen Totalexstirpation des Uterus. Jena, Fischer. — Weyrauch W. Ueber die Indikationen u. Erfolge der Colpo-coeliotomie. Diss. Strassburg, 1900. — Wittkamp H. P. Zur Statistik der Mammacarcinome. Diss. Bonn, 1901. — Ziegenspeck. Ueber Foetalkreislauf. Münch., 1902. — Alter W., Zur Pathologie und Therapie der Querlage. Diss. Breslau, 1902. — Bacaroff Dim. Du rôle des troubles de la nutrition dans la pathogénie de la folie puerpérale. Par., 1902. — Baltischeiler Anna. Myome und deren Complicationen. Zür., 1902. — Blitz A. Beiträge zur Pneumotomie. Diss. Kiel, 1901. — Böle Ch. Über primäre Uterustuberculose. Zür., 1902. — Bolzano A. Untersuchung einer grossen Dermoidcyste („rudimentärer Ovarialparasit“, „Embryom“, Wilms) des Ovarium. Diss. Würzburg, 1901. — Borzystowski F. v. Über den Schwangerschaftskropf: ein Beitrag zur Function der Schilddrüse. Diss. Königsberg, 1902. — Böhm W. Über die manuelle Placentarlösung. Diss. Breslau, 1902. — Büllmann G. A. Über abdominale Totalexstirpation bei Uteruscarzinom. Diss. Würzburg, 1901. — Castorph M. Cystische Ovarialtumoren mit besonderer Berücksichtigung der sekundären Metamorphosen. Diss. Würzburg, 1901. — Chrobak R. Berichte aus der II. geburtshilf.-gynäkolog. Klinik in Wien. Wien, 1902. — Cistrier Emm. Des plaies de la région vulvaire hors de l'accouchement chez les primipares. Par., 1902. — Cullingworth C. J. Clinical illustrations of diseases of Fallopian tubes and of early tubal gestation: series of drawings, description, text, histories of cases. London, Glaisher. — Dienst Arth. Krit. Studien über die Pathogenese der Eklampsie auf Grund patholog.-anatom. Befunde, Blut- u. Harnuntersuchungen eklamptischer Mütter u. deren Früchte. Berl., 1902. — Dienst A. Neuere Untersuchungen über das Wesen der Eklampsie und Gesichtspunkte über die Behandlung der Krankheit. Leipzig, 1902. — Donald A. Introduction to midwifery; handbook for medical students and midwives. London (Griffin), 1902. — Dudley E. C. A text-book of gynecology. Philadelphia, 1902. — Ehrlich C. Die Gesichtslagen in der Münch. Univ.-Frauenklinik 1896 bis 1900. Rost., 1902. — Eustache G. La puériculture. Par., 1902. — Fleischmann F. Ein Beitrag zur Therapie bei Placenta praevia. Diss. Kiel, 1901. — Frommel. Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Geburtshilfe u. Gynäkologie. Wiesb., 1902. — Freund H. Über die Fibromyome der Ligamente des Uterus. Freib., 1902. — Gaters-

leben H. Zur Kasuistik des vaginalen Kaiserschnittes. Drei Fälle mit Ausgang in Heilung aus der Frauenklinik zu Halle. Diss. Halle, 1902. — *Gontier P.* Traitement des phlegmasies mammaires par le réfrigération. Par., 1902. — *Grünewald Th.* Über die Temperatur in peripheren Körpertheilen. Diss. Tübingen, 1901. — *Gunsett A.* Über Myombildung bei doppeltem Uterus im Anschluss an drei neue Fälle. Diss. Strassburg, 1900. — *Gutwein V.* Über die Symptomatologie der Retroflexio uteri. Diss. Greifswald, 1902. — *Haupt R.* Drei Fälle von Echinococcusgeschwulst im weiblichen Becken. Diss. Halle, 1902. — *Hebenstreit A.* Die Totalexstirpation der Vagina bei primärem Karzinom. Diss. Strassburg, 1900. — *Hegar K.* Patholog.-anatomische Beiträge zur Lehre vom Abort. Freib., 1902. — *Hennicke H.* Über einen Fall von Sarcoma uteri mit ausgedehnter sarcomatöser Thrombose der Venae uterinae und der Vena spermatica. Diss. Halle, 1902. — *Higuchi Shigeji.* Über die Verdoppelung des Uterovaginalkanals. Rost., 1902. — *Hirt L.* Zur Kenntniss der Zwillingschwangerschaft. Diss. Breslau, 1902. — *Hoffner K.* Schwangerschaftsveränderungen ausserhalb der Genitalsphäre. Heidelb., 1901. — *Hübl H.* Über das Chorio-Epitheliom in der Vagina bei sonst gesundem Genitale. Wien, 1902. — *Ivanoff P.* Hernie de la trompe de Fallope. Lille, 1902. — *Klemm W.* Menstruatio praecox. Jen., 1902. — *Knoll L. F.* Traitement des kystes de l'ovaire compliquant la grossesse. Lille, 1902. — *Kossmann R.* Allgemeine Gynäkologie. Berlin, 1902. — *Lachs Joh.* Die Gynäkologie des Galen. Breslau, 1902. — *Lelièvre E.* Variola et grossesse leur influence réciproque chez la mère et l'enfant vaccine chez la femme enceinte et le nouveau-né. Par., 1902. — *Leopold G.* und *P. Zweifel.* Die geburtshilfliche Untersuchung f. Ärzte und Studierende der Medizin, Hebammen und Hebammenschülerinnen. Leipzig, 1902. — *Lossen H.* Über das primäre Carcinom und Sarkom der Vagina. Heid., 1902. — *Lowers A. H. N.* Cancer of the uterus. Lond., 1902. — *MacLennan H.* Abdominal examination and manipulation in pregnancy. Lond., 1902. — *Mayer L.* Beitrag zur Statistik der Totalexstirpation bei Uteruscarcinom. Diss. Bonn, 1902. — *Mayer O.* Über die Behandlung bösartiger Eierstocksgeschwülste. Strassburg, 1900. — *Maze J.* De la méthode de dedoublement dans le traitement chirurgical des fistules vesicovaginales. Par., 1902. — *Michelmann R.* Foetale Harnblasendilatation als Geburts-hinderniss. Berlin, 1902. — *Molinier Pozzo-di-B.* Du traitement de l'éclampsie. Montp., 1902. — *Molk M.* Kritik der vaginalen und abdominalen totalen Hysterektomie in Fällen von Fibromyomen. Diss. Strassburg, 1901. — *Morache G.* Grossesse et accouchement. Paris, 1902. — *Möglich O.* Beiträge zur Drainage der Bauchhöhle nach Laparotomien. Diss. Würzburg, 1901. — *Nagel Wilh.* Operative Geburtshilfe f. Aerzte und Studierende. Berlin, 1902. — *Nohrmacher H. C.* Zwei Fälle von primärem Karzinom der Vulva. Diss. Kiel, 1901. — *Parczewski E. v.* Prognose der Zangenoperationen nach den Resultaten der Universitätsklinik zu Strassburg in den 10 Jahren 1891—1900. Diss. Strassburg, 1902. — *Pfister M.* Über die reflectorischen Beziehungen zwischen Mammae und Genitalia muliebra. Heid., 1902. — *Piskaček Ludwig.* Lehrbuch für Schülerinnen des Hebammenkurses und Nachschlagebuch f. Hebammen. Wien, 1902. — *Pissareff Eudoxie.* Ein Fall von Teratom des Ovariums bei einem Kinde. Zür., 1902. — *Ranaivo Ch.* Pratique et croyances des Malgaches relatives aux accouchements et à la médecine infantile. Par., 1902. — *Reynolds E. and F. S. Newell.* A text-book of practical obstetrics. Philadelphia, 1902. — *Ritter Hei.* Über das gleichzeitige Vorkommen von Carcinom u. Sarcom im Uterus. Zür., 1902. — *Roemer Th.* Über die Wendungsoperation nach der Statistik der Bonner Frauenklinik. Bonn, 1902. — *Rogage E. F.* Zur Statistik der Gesichtslagengeburt. Diss. Halle, 1902. — *Santlus P.* Über Pseudomyxoma peritonei. Diss. Berlin, 1902. — *Scheiffele Elise.* Die Fälle von Lungenembolie an der Frauenklinik Zürich 1896—1902. Zür., 1902. — *Schink K.* Die Nierenexstirpation in ihrer Entwicklung nebst Beiträgen. Diss. Breslau, 1902. — *Schumacher G.* Zur Kenntniss der malignen Chorionepitheliome. Freib., 1902. — *Schütte R.* Über Genitaltuberculose des Weibes. Münch., 1902. — *Selhorst F. J.* De l'hydropexie vaginalis (vagina fixatio) in verband met het psittacisme in de wetenschap. Amst., 1902. — *Sellheim H.* Prinzipien u. Gefahren der Abortbehandlung. Münch., 1902. — *Sellheim H.* Experiment. Begründung der Hegar'schen Schwangerschaftszeichen; Modell eines graviden Uterus. Berl., 1902. — *Sellheim H.* Kastration und sekundäre Geschlechtscharaktere. Berl., 1902. — *Sellheim H.* Konfigurale Schädel von Neugeborenen. Leipz., 1901. — *Sellheim H.* Über den Einfluss der Kastration auf das Wachstum der Zitzen u. Hörner beim Ochsen. Leipz., 1901. — *Sellheim H.* Über Entwicklungsstörungen. Leipz., 1901. — *Sellheim H.* Bildungsfehler beim weiblichen Geschlechte. Wien, 1901. — *Sels C.* Uterus gravidus mensis VI. Anatomisch und physiologisch betrachtet. Diss. Freiburg, 1901. — *Simon F. B.* Die Gesundheitspflege des Weibes. Stuttg., 1902. — *Stolz Max.* Studien zur Bakteriologie des Genitalkanals in der Schwangerschaft und im Wochenbette. Statistisches. Selbstinfektion. Graz, 1902. — *Styczynski W.* Die Bauchfelltuberculose und ihre operative Heilbarkeit nebst Beiträgen. Diss. Leipzig, 1900. — *Uebelmesser H.* Über 12 Fälle von Kephaloeranioklasie nach Zweifel. Tübingen, 1902. — *Usemann K.* Drei Fälle von primärem Karzinom der weiblichen Urethra. Diss. Strassburg, 1901. — *Wegscheider M.* Einiges aus der Geburtshilfe u. Gynäkologie des Ätius von Amida. Berl., 1902. — *Wilcke K.* Das Geburtsgewicht der Kinder bei engem Becken. Diss. Halle, 1902. — *Wild W.* Über Melaena neonatorum. Diss. Leipzig, 1900. — *Wilkeis C.* Über Corpus luteum-Abscesse. Diss. Leipzig, 1901. — *v. Winkel.* Über die Missbildungen von ektopisch entwickelten Früchten. Wiesbaden, 1902. — *Winkler C.* Die Placentarstelle des graviden menschl. Uterus. Berlin, 1901. — *Ziegenspeck R.* Geburtshilfe. Nothilfe. München, 1902.

IV. Folyóiratok átnézete.

1. Magyar lapok.

Bába-Kalauz. 11. sz. *Berend.* Az újszülött és csecsemő táplálásáról.
Gynaekologia. 4. sz. *Frenreisz.* Az ikerterhességről. — *Temescváry.* A gynaekologia halottjai. — *Steinberger.* Az orvosnők története. — 5. sz. *Palotai.* Tizenhat éven aluli először szülők. — *Temescváry.* A római nemzetközi gynaekologiai congressusról.
Gyógyászat. 43. és 44. sz. *Reisz.* Méhkfördülés és előesés szülés után.
Magyar Orvosok Lapja. 45. sz. *Rothbart.* A IV. nemzetközi szülészeti és nőgyógyászati congressus Rómában. — 48. sz. *Neumann.* Egy monstrem rendkívüli módon kifejlődött feje, mint szülési akadály.
Orvosi Hetilap. 43. sz. *György.* Ätios szülészete és nőgyógyászata.
Szülészeti és nőgyógyászati. 4. sz. *Szász.* Az „esthiomene“-ről. — *Dirner.* A művi koraszülésről.

2. Német lapok.

Allgemeine medicinische Centralzeitung. 64. sz. *Riether.* Újszülöttek kulcsosonttörése spontán szülésnél. — *Machenbauer.* Vaginalis myomáról. — *Seeligmann.* Gyermekfejnyi submucosus uterusmyomának morcellement által való vaginalis exstirpatioja fennálló terhesség mellett. — 65. sz. *Hennig.* A petefészek myomái.
Archiv für Gynäkologie. 67. k. 2. f. *Heinricius.* Myomotomiáról retroperitonealis nyeles kezeléssel Chrobak szerint. — *Zagorjanski-Kissel.* Elsődleges chorioepitheliomáról a petetapadás határain kívül. — *Krull.* Fordítással kapcsolatos extractio szűk medenczénél 320 eset alapján. — *Silberberg.* Endothelioma uteri egy esete. — *Keller.* Vele született dongalábak és izületi contracturák aetiologiájához.
Archiv für path. Anatomie. 170. k. 1. f. *Pick.* A rugalmas rostok elrendeződéséről a méhben.
Berliner klin. Wochenschrift. 38. sz. *Mackenrodt.* Laparotomia hypogastrica extraperitonealis utero-vaginalis és végbélrák gyógyítására. — 45. sz. *Hamburger.* A terhesség megszakításának jogos és szükséges volta ól tuberculotikus munkánőknél.
Centralblatt für Gynäkologie. 42. sz. *Temescváry.* A IV. nemzetközi nőgyógyászati congressus Rómában. — *Mouton.* Az eklampsia-okok foetalis elméletének történetéhez. — *Schmidt.* Chorionepithelioma malignum egy esetéről.
43. sz. *Fischer.* Német természetbúvárok és orvosok gyűlése Karlsbadban. — *Oliva.* Új készülék hypodermoklysis és endovenosus injectiók számára.
44. sz. *Hiltchmann és Lindenthal.* A placenta növekedéséről.
45. sz. *Schmauch.* Egy nagy myoma mortificatioja és spontán eliminatioja.
46. sz. *Rossa.* A terhességnek és szülésnek végbélrákkal való complicatioja.
47. sz. *Knapp.* Accouchement forcé érczilatatorok által. — *Wagner.* Tapasztalatok a Bossi-féle dilatatoriumról. — *Bischoff.* A Bossi-féle dilatatorium alkalmazása. — *Langhoff.* A méhszájnak Bossi-féle dilatatorral való tágitása eklampsia egy esetében. — *Mueller.* A méhszájnak érczilatatorral való gyors tágitása. — *Frommer.* Új szülészeti uterusdilatator. — *Franqué.* A méhrák sebészeti kezeléséhez.
48. sz. *Wormser.* Adalék a nyak-hüvelyi sipolyokhoz. — *Dirmoser.* Fistulae cervico-vaginales laqueaticae. — *Kallmorgen.* Hüvelyi császármetszés a 8. terhességi hónapban portioráknál. — *Weber.* Ugyanarról. — *Giglé.* Oldalsó metszés az os pubisen át. — *Steinbüchel.* A scopolamin-morphiuminjectionokról.
49. sz. *Ascoli.* Az eklampsia kísérleti pathogenesiséhez. — *Guérard.* Császármetszés eklampsiánál. — *Christiani.* „Mouton, eklampsia-okok foetalis elméletének történetéhez.“ — *Kleinwächter.* Jegyzetek Krönig „az aa. hypogastricae etc. kétoldali alakítóse“ című értekezéséhez. — *Odebrecht.* Az idült endometritis formalin-kezelése Menge szerint.
Correspondenzblatt für Schweizer Ärzte. 20. sz. *Wormser.* Excochleatio uteri a gyermekágyban. — 21. sz. *Labhardt.* Mélyen fekvő felpuhult myomának terhesség alatt való sebészeti eltávolítása.
Deutsche medicin. Wochenschrift. 43. sz. *Weil.* A mekonium-tömesz jelentőségéről újszülöttnél. — 44. sz. *Neumann.* A szoptatás gyakoriságáról. — 45. sz. *Hecker.* A foetalis syphilis felismeréséről.
Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. 16. k. 4. f. *Bucura.* A rázó hidegnek jelentősége a gyermekágyban különös tekintettel a pyhaemiára. — *Solovoy.* A placenta kórbonczatanának ismeretéhez. — *Pincus.* Az atmokausis és zestokausis viszonya a curettagehoz és gyógytényezőihez. — *Reidhaar.* A puerperalis sepsis kezeléséhez.
Kiegészítő füzet. *Hofmeier.* A terhesség mesterséges megszakításának indikatioi nephritis miatt. — *Schauta.* A szülés megindítása belső bajok miatt. — *Fehling.* A hysterektomia a puerperalis fertőzés kezelésében. — *Leopold.* A hysterektomia puerperalis infectionál. — *Veit.* A női genitáliák és peritoneum tuberkulosisáról. — *Martin.* Genitális tuberkulosisról. — *Wertheim.* A méhrák sebészeti kezelése. — *Amann jr.* A női genitál-tuberkulosis kérdéséhez.

16. k. 5 f. *Ahlfeld*. A forróvíz-alkohol kézdesinfeció megbizhatóságáról. — *Mueller*. A positio verticalis casuistikájához. — *Fellner*. A terhesség és szülés alatti vérnyomásról. — *Kermauer*. Terhesség és szülési complicatiók atresia és stenosis vaginae-nál. — *Berndt*. Hólyaghüvelyfistula egy esete a húgycső csaknem teljes defectusával.

Münchener med. Wochenschrift. 31. sz. *Rieck*. Az extrauterinális terhesség kezelése. — *Bamberger*. Cervixcarcinoma mint szülési akadály. — *Klein*. Az utána jövő fej kihúzásának és kinyomásának történetéhez. — 36. sz. *Roeder*. A méhrepedés kérdéséhez a terhesség kezdeti idejében. — 37. sz. *Stömmmer*. Korai menstruatio esete. — 38. sz. *Toff*. Idegen testek a méhben. — 39. sz. *Fricklinger*. A szülő nő külső vizsgálata. — 40. sz. *Halm*. Hólyagmegbetegedés és myoma. — *Taussig*. A műtét utáni vizeletrekedés és következményei. — 42. sz. *Wiener*. Méhrepedésnek műtét útján gyógyult két esete. — *Theilhaber*. A terhes méh insufficientiájának okai, tünetei és kezelése. — 43. sz. *Graefe*. Az ovariectomia terheseknél.

Petersburger med. Wochenschrift. 38. sz. *Dobbert*. Adalék az ovarialeysták pathológiájához. — 41. sz. *Lingen*. A vaginaefixatio uteri utáni szülések esettanához.

Prager med. Wochenschrift. 43. sz. *Wedeles*. Szabályszerű szülés szemle bevezetéséről. — 45. sz. *Munk*. Adalék a pruritus vulvae ismertetéséhez és kezeléséhez. — 46. sz. *Bergmann*. Complet méhrepedésnek laparotomia útján gyógyult esete. — 47. sz. *Tauber*. Szülészet és nőgyógyászat. — 48. sz. *Kleinhaus*. Tapasztalatok a méhrák abdominalis radikál műtétéről. — 49. sz. *Hartmann*. Adalék a méh és függelékeinek a terhesség alatt való sebészeti kezeléséhez.

Wiener klin. Rundschau. 44. sz. *Pelmar*. Adalék a fertőtlenítő szerek vizsgálatához. — 46. sz. *Jerusalem*. Menstruatio és erysipelas közötti relatiók.

Wiener klin. Wochenschrift. 45. sz. *Matzenauer*. Periurethralis infiltratiók és abscessusok a nőnél; a női húgycső idült kankós induratiója. — 47. sz. *Kristinus*. Mindkét tuba egyidejű terhessége. — *Halbau*. Adalék a zystoskopikus kórisméhez.

Wiener med. Presse. 44. sz. *Hahn*. Az abortus elkerülése és gyógyítása. — 49. sz. *Kleinwächter*. Az „Alexander“-műtét retrospectiv áttekintése.

Wiener med. Wochenschrift. 47. sz. *Schwarz*. A szervek távolabbi relatióiról. — 48. sz. *Jaklin*. Strictura vaginae mint absolut szülészeti akadály.

Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie. 48. k. 1. f. *Opitz*. A pete letelepedésének okairól a petevezetékben. — *Stroganoff*. Terhesség és szülés lefolyása méhrepedés után. — *Kreuer*. A „chorion-epithelioma“-ról. — *Weinberg*. Újabb adatok az ikek tanához. — *Grbhard*. A méh vegyes daganatának egy esetéről. — *Lange*. A női urethra úgynevezett carunculusairól.

3. Francia lapok.

Annales de gynécologie et d'obstétrique. 58. k. okt.—nov. *Demons et Fieux*. Tubaterhesség accessorius petevezetékben. — *Frühholz*. A gonococcus szerepe a terhesség és gyermekágy alatt. — *Jacobson*. Egy méh-lipo-fibroma anatómiai vizsgálata.

Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris. 5—6. sz. *Delaunay*. Méhenkívüli terhesség. — *Porak*. Uraemia esetei a terhesség alatt. — *Charane*. A végtagok többszörös rendellenes fejlődése. — *Maygrier*. Az alsó végtagok veleszületett rendellenessége. — *Bonnaire et Bosc*. Veleszületett lymphangioma cysticum. — *Theuveny*. Polycystás vesék. — *Ugjanaz*. Patkóalakú vese. — *Bar*. Csavarodott kocsányú petefészek-cysta eltávolítása a terhesség 4-dik hónapjában. — *Budin*. Stercoraemia esete a terhesség alatt. — *Nicloud*. Az alkohol átmenetele a magzat-vízbe. — *Véron*. A sacro-coccygealis daganatok pathogenesiséről. — *Guérin-Vahall*. Petefészekcysta és terhesség.

Bulletin et Mémoires de la Société anatomique de Paris. Márcz. *Tayle és Bender*. Mindkét petefészek elsődleges cystás epitheliomája méhnyakrák miatt végzett panhysterektomia után. — *Morestin*. A labium minus cystája.

Le Bulletin médical de Quebec. Julius. *Prevost*. Adalék a méhenkívüli terhesség tanához 14 eset kapcsán. — *Mathieu*. Igen hosszú lepényi időszak.

Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Paediatric de Paris. Junius. *Couvelaire*. A köldökzsinór haematomája. — *Potocki*. Néhány órával a szülés után végzett cholecystotomia.

Gazette de gynécologie. Szept. 1. *Thomas*. A képzelt terhesség általános tünettana. — Szept. 15. *Heger*. Nagyterjedelmű fibrosus méhpolypus. — *Ugjanaz*. Méhfibroma és petefészeketömlő együttes jelenléte. — Nov. 1. *Moutier*. A medenczebeli neuralgiák gyógyítása villamos árammal.

Gazette des Hôpitaux. Aug. 7. *Fournel*. Mola hydatidosa: hysterektomia; gyógyulás.

Gazette médicale de Paris. Jul. 5. *Archambault*. Az ovarialis opothherapia.

La Gynécologie. 5. sz. *Dolérís*. A terhes méh retroversioja s ennek sebészeti kezelése. — *Dalché*. Genitalis eredetű gastrikus zavarok a nőnél.

Le Presse médicale. 53. sz. *Thoyer-Rosat*. Accouchement forcé és sebészeti szülés. — 67. sz. *Mourreau és Lavraud*. A szülészet és a keresztény erkölcs. — 68. sz. *Thoyer-Rosat*. Ugyanarról. — 69. sz. *Fontaynout*. Az endohenalin alkalmazása a váltólázzal szövődött terhesség alatt.

Revue de gynécologie. 5. sz. *Pozzi, Jonnesco, Wertheim, Cullen, Freund*. A méhrák sebészeti kezeléséről. — *Freund, Tuffier, Treub és Leopold*. A gyermekágyi fertőzés esetében végzett hysterektomiáról.

Revue mensuelle de gynécologie, obstétrique et paediatric. 5. sz. *Villar*. A hüvely és méh veleszületett rendellenességei.

Revue pratique d'Obstétrique et de paediatric. Aug.—szept. *Marfan*. Szoptatható-e a terhes nő? — *Rudaux*. A külső méhszáj duzzadása a szülés alatt. — *Bretonville*. Gyermekágyi psychopathiák. — Okt. *Mouchotte*. A méh drainezése heveny gyermekágyi metritis eseteiben.

La Semaine Gynécologique. 35. sz. *Pichevin*. Méhvézések és méhkauterisatio. — *Ugjanaz*. A blennorrhoeás endometritis gyógyítása pikrinsavas méhinjectiókkal. — 37. sz. *Ugjanaz*. Fialat méhenkívüli terhesség. — 43. sz. *Petit*. A medenczebeli hyperaesthesiákról a nőnél. — 44. sz. *Boursier*. Tubaterhesség két esete.

4. Angol lapok.

American Gynaecology. 2. sz. *Peterson*. Appendicitis és medenczebántalom. — *Vimberg*. A méh szoptatási atrophijája. — *Watkins*. Hüvelyi metszés és drainezés medenczebajoknál. — *Weis*. Négy hónapos magzat születése a megrepedt hátsó cervixfalán át. — *Burrage*. A méhnyak berepedései. — *Robb*. A méh rögzítésének előnyei, hátrányai és eredményei. — *De Lee*. A placenta praevia kezelése 30 eset kapcsán. — *Harris*. Az elgenyvedt hasmetszet újbóli összevarrása. — *Ashby*. Lépkírtás esete vándorlőpnél (typhusnál); gyógyulás.

3. sz. *Dickinson*. A kisajkak hypertrophiája. — *Frederick*. Tanulmány a méhnyomákról, különös tekintettel azok korai kiirtására s elfajulásukra. — *Haggard*. A méh hátrahajlásának sebészeti kezelése. — *Puls*. Medenczebeli genyedés.

American Journal of the Medical Sciences. Augusztus. *Dixon*. Császármetszés.

The American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children. Okt. *Van der Vee*. Gastrektomia két esete. — *Humiston*. Sóoldat használata a hasi műtétek előtt, alatt és után. — *Marke*. A méhenkívüli terhességről. — *Nairne*. Az úgynevezett neurasthenia és hysteria viszonya a hasmetszéshez. — *Watkins*. A végbélstrictura műtete nőnél. — *Newman*. A női húgycső képlő sebészete. — *Atlee*. Másodlagos gyermekágyi vérzés. — *Drennan*. Az ovulatio idejéről. — *Bowen*. Hydrorrhoea gravidarum. — *Caro*. A gynaekologia elfajulása.

Annals of Gynaecology and Peditry. Jul. *Robinson*. Az art. utero-ovarialis ovarialis részlete. — *Reed*. Mély harántállás mint a fogó-műtét javalata.

The Australasian Medical Gazette. Aug. *Souter*. Hirtelen haláleset röviddel a gyermekágy után. — *Hirder*. Terhesség egy tuba csonkjában.

British Gynaecological Journal. 70. sz. Aug. *Smith*. Kétoldali intraligamentosus fibromyoma. — *Fenwick*. Intraligamentosus myoma. — *Macnaughton-Jones*. A belső nemi szervek hiányának két esete. — *Fenwick*. 50 laparotomia. — *Croom*. Lepényt és fibromát tartalmazó méh kiirtása császármetszés útján. — *Ugjanaz*. Rosszindulatúknak tartott, de szivacsos fibroidnak bizonyult képlet miatt végzett hüvelyi méhkiirtás. — *Macnaughton-Jones*. Albuminuria esetében, a terhesség 7-dik hónapjában, a Bossi-féle műszerrel való tágitás után eltávolított macerált magzat és lepény. — *Snow*. Létezik-e tényleges deciduoma malignum?

British Medical Journal. Szept. 13. *Allewood*. A terhes méh rendkívüli helyzetváltozása. — Okt. 11. *Galabin*. A császármetszés jelenlegi javalatai. — *Spencer*. Teljes abdominalis méhkiirtás fibromyoma miatt 14 eset kapcsán. — *Curatulo*. A phototherapia mint új eljárás a szülészetben és női bajoknál. — *Harrison*. A méhenkívüli terhesség kórisméje és műtétí javalatai. — *Jardine*. A chloralicum használata a terhesség utolsó hónapjaiban a magzat szokványos elhalása ellen. — *Nicholson*. A puerperalis eklampsia kezelése thyreoid-kivonattal. — *Whitelocke*. A hőszámközi fájdalmakról és azok gyógyítása ovariectomiával. — *Naime*. Neurasthenia, hysteria és hasmetszés. — *Cameron*. A méhfibromák kezelése a multban és a jelenben. — *Hart*. A méhelőesés művi kezelése. — *Curatulo*. A salsomaggiorei jod-brom-sós vizek hatása női bajoknál. — *Mac Cam*. Vagini-fixatio. — *Marshall*. A higanysó-oldatokkal való visszaélés a szülészeti gyakorlatban.

Caledonian Medical Journal. Október. *Rorie*. A szülészeti női folk-lore.

Edinburgh Medical Journal. Október. *Dewar*. A fogó alkalmazása és a vele való visszaélés az általános gyakorlatban.

Interstate Medical Journal. Szeptember. *Neville.* A méh fel-függesztése.

The Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Empire. 4. sz. *Scharlieb.* Méhfibromyoma 100 esetének ismertetése. — *Das.* Acardiacus anceps. — *Sandstein.* A harántátmérőről. — *Kynoch.* Ismételt laparotomia. — *Twedy.* A szülés első időszaka tekintettel a méhrepedésre. — *Adam.* Hólyagkítüremlés és hasadt medenceze esete. — *Doran.* Elsődleges tubarák. (Összefoglaló szemle.)

5. sz. *Cullingworth.* Hashártyánbelüli vérzés méhen kívüli terhességnél. — *Hart.* Mola hydatidosa és deciduoma malignum. — *Stephenson.* Hüvelyvizsgálat útján való kórisme. — *Jesseth.* A coeliotomia néhány szövödményes utóbajáról. — *Taylor.* Hét hónap óta fennálló teljes méhkifordulás. — *Martin.* Császármetszés. — *Targett.* Két Naegelféle medenceze.

The Lancet. Aug. 9. *Williams.* Hüvelymyoma.

The Medical Chronicle. Jul. *Lea.* Enteroptosis 56 esete.

The New-York Medical Journal. Okt. 11. *Thienhaus.* A hüvelyi úton végzett műtétek javalatai és hatása.

New-York Medical News. Szept. 27. *Mc Cook.* Myomektomia contra hysterectomia. — *Montgomery.* A teljes és részleges méhkiirtás relatív előnyei.

Occidental Medical Times. Jul. *Briggs.* Méhen kívüli terhesség az általános gyakorlatban. — *Lindley.* Az ovariectomia hatása az agyra és az idegrendszerre. — *Aug. Stinson.* A thyreoid-kivonat használata a gynaekológiában.

Philadelphia Medical Journal. Aug. *Holmes.* A harmadik szülési időszak rendes lefolyásáról és kezeléséről. — *Smith.* Ascites hasi daganatoknál.

The Scottish Medical and Surgical Journal. Aug. *Bonice.* Terhesség alatt fellépett vérzés a gerincvelőben. — *Laren.* A húgyhólyag intraperitonealis repedése.

Transactions of the Obstetrical Society of London. 44. köt. *Staunus.* A magzatfej theratómája. — *Tate.* 16 évig visszamaradt lithopaedion. — *Routh.* Két helyen megrepedt tuba. — *Mc Cann.* Colpotomia útján eltávolított tubaris mola. — *Williamson.* Rendellenes köldökzsinór. — *Bonney.* Suprafoetatio esete. — *Berkeley.* 12 órával a szülés után megrepedt ovarialis tályog. — *Bonnet.* A bal petefészek solid daganata. — *Horrocks.* Sarcoma ovarii. — *Ugyanaz.* Méhtuberculum. — *Fairbairn.* Unilocularis petefészekcysta. — *Kerr.* Sarcomának látszó méhfibroma. — *Ugyanaz.* Fibromyoma vaginae. — *Mc Cann.* Cervixiák. — *Andrews.* Veleszületett elérés. — *Croft.* Cervix tuberculosus. — *Lewers.* Ráknek látszó cervix tuberculosus. — *Ralph.* Lymphangitis mammae. — *Tate.* Sarcoma uteri. — *Doran.* Myoma ovarii. — *Boyd.* Fibroma ovarii.

3. rész. *Robson.* Elsődleges petefészekterhesség. — *Doran.* Mindkét petefészek eltávolítása után fellépett terhesség. — *Taylor.* Szülést akadályozó petefészekdaganat. — *Williamson.* Méhen kívüli terhesség esete. — *Horrocks.* Extrauterin fogamzás esete. — *Lea.* Mindkét petefészek adeno-carcinomája. — *Lewers.* Cervixrák boneztani készítménye. — *Doran.* Retroperitonealis lipoma.

5. Olasz lapok.

Annali di Ostetricia e Ginecologia. Aug. *Ferroni.* A magzati méhre vonatkozó embryologiai és anatómiai vizsgálatok. — *d'Erchia.* Kritikai tanulmány a kephalothripsiról, kranioklasiáról és embryotomiáról. — *Latis.* Peritonealis vizár (inundatio). — *Mirto.* Ép hüvelyi nyálkahártyára történt bakteriologiai oltások eredménye. (Összefoglaló szemle.) — Szept. *Tridondani.* Adalék a gyermeki paralysis folytán keletkezett szűk medencék tanához. — *Valardo.* Adalék az anaemia pernicioza progressiva klinikai és kórboneztani ismereteihez.

Archivio Italiano di Ginecologia. Aug. *Spinelli.* A női genitál tuberculosissról. — *Ricci.* Kéthavi jelentés Spinelli gynaekologiai klinikájáról.

Arte Ostetrica. Jul. *Bertino.* A magzati szívverésre vonatkozó vizsgálatok. — *Aug. Teozaghi.* Hydrocephalus és arcfekvés kihordott magzatnál. — *Luzzani.* Spontán keletkezett teljes méhkifordulás. — *Villa.* Hysteriás görcsök a terhesség alatt.

La Clinica Moderna. 37. sz. *Gigli.* Rejtett kaes és fogó alkalmazása farfekvésnél.

La Clinica Ostetrica. Jun. *Betti.* A chinin adagolása terheseknél. — *Jul. Guelmi.* Szülés alatti varixrepedés folytán keletkezett vulvovagino-rectalis sipoly. — *Federici.* A rák gyógyítása malariával és chininnel. — *Piergili.* Hószám és odontalgia. — *Aug. Severi.* Terhesség sértetlen hymen mellett. — *Betti.* A húgycsőnyálkahártya előeséséről.

Gazzetta Medica Italiana. 30. sz. *Bechi.* Adalék a császármetszés és hysterectomia esettanához a méh infectioinál.

Giornale di Ginecologia e di Pediatria. Jul. *Bergesio.* Az álderhesek.

Lucina. Jul. *Calderini.* A rendes lepényi időszak. — *Aug. Parri.* A dajkaválasztásról.

Il Progresso Medico. Aug. 25. *Carbonelli.* Fibromyoma és terhesség. — *Ugyanaz.* Császármetszés 3 esete placenta praevia miatt.

Rassegna di Ostetricia e Ginecologia. Jul. *Ferroni.* Az anya és a magzat vérsavójának mérge voltára vonatkozó összehasonlító vizsgálatok. — *De Maldè.* A hydramnios keletkezésének tanához. — *Greco.* A placenta praevia aetiologiájáról és gyógyításáról. — *Pettazzi.* A vomitus uterinus aetiologiájáról és pathogenesiséről. — *Boero.* Az intrauterin öblítésekről. — *Aug. Mangiagalli.* Megemlékezés Porroról. — *Sacchi.* Méhátulás művi abortusnál. — *Manna.* A villamos gyógyítás a szülészetben és gynaekológiában.

VEGYESEK.

† *Bidder Ernő Frigyes* (1839—1902) született 1839. április 19. Dorpatban mint Bidder Henrik Frigyes ottani anatómiai tanár elsőszülött fia. 1876—1899-ig Szt.-Pétervárott működött mint a gynaekologia tanára s azután nyugalomba vonulva a thüringiai kies Eisenachba vonult vissza, a hol életének utolsó három évét töltötte. Nevét különösen a *Sutuginnal* írt „Klinischer Bericht aus der Gebäranstalt des k. Entbindungs-hauses für die Jahre 1840—1871. Petersburg 1874“ s az *Alfred* öccsével kiadott „Gynäkologische Mittheilungen. Berlin 1874“ című munkái tették ismertté.

† *Byrne John* a brooklyni Long Island Hospital volt gynaekologiai tanára 77 éves korában meghalt. Irhonban született és Edinburgban végezte tanulmányait. Nevét különösen a rákos méhnyaknak galvanokauteres úton való amputációjával tette ismertté. Az American Gynaecological Societynek és a New-York Obstetrical Societynek volt elnöke. Kiterjedt gynaekologiai gyakorlatnak örvendett s kartársai előtt nagy tiszteletben állott.

† *Rubio y Gali Federico* hírneves spanyol sebész nem rég halt meg Madridban 77 éves korában. Ő végezte Spanyolországban az első ovario-omiát 1860-ban és az első méhkiirtást 1861-ben. 1827. augusztus 7-én született Puerto de Santa Mariában (Cadix). Tanulmányait Cadixban végezte; 1868-ban a sevillai szabad orvosi iskolát, 1880-ban a madridi de la Princesa-kórház sebész osztályát és 1895-ben a moncloa i sebészeti kórházat alapította. A sebészet minden ágában tevékeny és sikeres működést fejtett ki, irodalmilag is. Dolgozatai néhány nagyobb monographián kívül különösen a Siglo medicoban jelentek meg. A spanyol köztársaság idejében képviselő és senator, 1873-ban pedig londoni spanyol követ volt, de a diplomáciai pályáról csakhamar ismét visszatért a sebészetre. 1899-ben alapította a Revista Ibero-Americana de Ciencias medicas című lapot. 1900-ban 50 éves doktori jubileuma alkalmából nagy ünneplések tárgya volt.

† *Crosti Giuseppe* a gynaekologia magántanára Parmában e napokban halt meg alig 40 éves korában. Több közleményt írt az abortus, az eklampsia és az icterus nenoatorum pathológiája köréből.

— A prágai német egyetemen a Sönger gyógyíthatatlan betegsége miatt megüresedett gynaekologiai tanszék betöltésére a tanári kar a következő szakembereket ajánlotta: első helyen *Veit* leideni és *Breus* bécsi tanárt, második helyen *Franqué* würzburgi tanárt és harmadik helyen *Kleinhaus* prágai tanárt.

— A szülészeti és gynaekologiai rendkívüli tanárai lettek: *Peters Hugo* (Bécs), *Braun-Fernwald Rikárd* (Bécs)

— *Grenobleban* *Gibert* dr.-t nevezték ki a szülészeti klinika tanárává.

— A szülészeti és gynaekologiai magántanárává lett *Santomauro Salvatore* a padovai egyetemen.

— A nők orvosi kiképzése Oroszországban. A szt.-pétervári női orvosi intézetben ez évben avatnak először nőket doktorokká. 112 hallgató jelentkezett a vizsgákra. Ujjonnan felvettek 300 hallgatót, úgy hogy az intézetnek összesen 412 hallgatója van. Az intézetbe való tudulás oly nagy volt, hogy csak oly nőket vettek fel, a kik arany-érem tulajdonosai voltak, vagy a kik a felvételre már 3—5 év óta vártak.

— *Lipesében* e napokban avatták doktorrá az első nőt: *Blume Ethel-t* Londonból.

— *Női gyógyszerészek.* Finlandban nemrég tették szabaddá a gyógyszerészi pályát nők számára.

— *Uj gynaekologiai társulatok.* Ez évi november 15-én alakult meg Frankfurtban a „Középnémet gynaekologiai társulat“ Frankfurt, Darmstadt, Mainz, Wiesbaden, Giessen és Marburg gynaekologusainak részvétele mellett. — *Königsbergben* szintén e napokban alakult meg a „Kelet- és nyugatporosz gynaekologiai társaság“ a következő tisztikarral: elnök *Winter* tanár, másodelnök *Köslin* bábaiskolai igazgató (Danzig), jegyző *Schröder* (Königsberg).

— *Uj olasz szaklap.* „Lucina Sicula“ ezimel új gynaekologiai lap jelent meg november havában Palermóban, a mely *Cosentino* tanár igazgatása és *Bentivegna* dr. szerkesztése alatt havonként fog megjelenni s a mely különösen a szicíliai gynaekologusok munkálkodásának hü képét óhajtja adni. Előfizetési ára egy évre 6 lira.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KOZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

Kiadja és a magyar egyetemek tanárainak, a fő- és székvárosi közkórházak és egyéb gyógyintézetek fő- és rendelő orvosainak, továbbá köz- és magán-gyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében. Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Liebermann Leó, Moravcsik Ernő, Pertik Ottó, Réczey Imre, Tauffer Vilmos, Thanhoffer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fenntartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Frank Ottó és Gebhardt Ferencz: Közlemény Voit C. titkos tanácsos egyetemi élettani intézetéből Münchenben. A curara-mérgezés befolyása az állati szervezet szénsav és nitrogen kiválasztására. 821. l.

Torday Árpád és Torday Ferencz: Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetem II. sz. belklinikája laboratóriumából és a Stefánia gyermekkórházából. A gyermek-kori mell- és hasúri folyadékgyülemek cytodiagnózisáról. 823. l.

Reinbold Béla: Közlemény a kolozsvári m. kir. „Ferencz József” tudományegyetem élettani intézetéből. (Igazgató: Udránszky László dr. ny. r. tanár.) Alkalmazható-e a Schotten-Baumann-féle benzoylozás az ép vizelet szénhidrátjainak mennyileges meghatározására? 825. lap.

Tarcsa. Kóssa Gyula: A gyógyszerkönyv és a recipe nyelve. 828. l. Közegészségügy. Magyarország közegészségügye 1901-ben. 829. l.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Pollatschek Elemér: Lehet-e a garat-, torok- és nyelvmandola (Waldayer-féle gyűrű) a tuberculosos bevándorlási helye? 829. l. — Lapszemle. Könyvismertetés. Nékám Lajos és Kéty László: Magyar Orvosi

Vademecum. (G. E.) — Prochnov és Nuricsán: A magyar orvosok és természetvizsgálók XXXI. vándorgyűlésének történeti vázlata és munkálatai. (M.) — Gyógyszertan és méregtan. Floret: A mesotan. — Minkowski: A theocin (theophyllin) mint diureticum. — Belgyógyászat. Arullani: A tabes dorsalis és az aortitis összefüggése. (Hudovering.) — Launois és Roy: Gigantismus és infantilismus. (t.s.) — Sebészet. Schlender: Idegen testek a légutakban. (Návratil.) — Bőrgyógyászat. Audry: Veszületett alopecia. (Póór.) — Piccardi: Epitheliomák gyógyítása. (Póór.) — Kisebb közlemények az orvostudományról. Weissmann: Hetel. — Merkel: Nőbajokban thigenol használata. — Folyóiratok átnézete. 830.—831. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Egyetemi alkalmaztatások. — A nyitrai vármegyei közkórház. — Kitértetés. — Kinevezés. — Az orvosi tiszteletdíjak. — A budapesti kir. orvosegyesület. — Az őrsi orvosi képzőintézet. — A budapesti józsefvárosi orvostársaság. — Pályázatok. — Hirdetések. 832. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. — Közkórházi orvostársulat.

Melléklet. A budapesti kir. orvosegyesület 65. évi közgyűlése.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény Voit C. titkos tanácsos egyetemi élettani intézetéből Münchenben.

A curara-mérgezés befolyása az állati szervezet szénsav és nitrogen kiválasztására.¹

Frank Ottó és Gebhardt Ferencz dr.-októl.

Az állati szervezet összanyagcserejét, mint az erre vonatkozó dolgozatok nagy sora igazolja, főbb vonásaiban már már sikerült megállapítani, a mit legnagyobb részben a jól kifejlesztett methodikának köszönhetünk.

Annál kevesebbet tudunk arról, hogy egyes szervek miképen vesznek részt az anyagok szétbontásának műveletében, mivel mint tudjuk, ezen folyamatok vizsgálatakor igen nehéz, sőt csaknem legyőzhetetlen akadályokkal kell a búvárlatnak megküzdenie.

A vizsgálati módszerek, melyeknek segítségével képesek volnánk az egyes szervekhez ömlő és onnét tovább áramló vér különböző vegyi összetételét vizsgálatunk tárgyává tenni, még tökéletlenek.

A gyors véresere, mely a szervezetben végbemegy csak igen kicsiny változást mutat, úgy hogy ily irányú vizsgálatokból sem vonhatunk le valami biztos következtetéseket.

Nagyobb és értékesebb felvilágosítást adtak az egyes szervekre vonatkozólag azon kísérletek, melyeknél egyes szerveket a működésből kizártak s kizárás előtt s után vizsgálták az állat anyagcserejét. Így fontos adatokat találtak a máj, vesék, a pankreas stb.-ben végbemenő vegyi változásokat illetőleg. Hogy azonban a szétbontásban quantitative hogyan vesznek részt az

egyes szervek, arra vonatkozólag csak néhány esetet tudtak eddig megállapítani.

Ismeretesebb a Ludwig-féle laboratóriumnak a bél egyes részeire vonatkozó dolgozatai, melyekben a főarteriák lekötése előtt és után vizsgálták az anyagcserét.

Mindezen vizsgálatok a szervezet működésében igen mélyreható operatív tételnek fel s így a beálló hatást alig lehet egészen a működésből kizárt szervnek tulajdonítani.

Az izmoknak a működésből való kizárására a nyilméregben, a curarában oly szert bírnak, melynek segítségével a működésből való kizárás nagyobb operatív nem jár s egy ideig alkalmazható a nélkül, hogy vele más szerveket általában sértenénk.

E miatt Voit titkos tanácsos úr felszólítására kezdtük meg a curarának az anyagcsereire való hatását tanulmányozni még 1900. év elején.

A curarának az oxygen-felvételre és a szénsav meg a nitrogen kiválasztására vonatkozó hatását a vizsgálók már régebben tették kutatásuk tárgyává.

Igy Röhrig és Zuntz¹ voltak az elsők, kik a curarának a szénsav kiválasztására való hatását vizsgálták s azt találták, hogy a mérge behatására a kiválasztás csökken.

Zuntz² később egy igen tökéletes methodussal vizsgálta curarával mérgezett tengeri nyulakon az oxygen-felvételt és szénsav-kiválasztást s azt találta, hogy ezek körülbelül a felére csökkentek.

Pflüger³ kiszámította a középértéket s azt találta, hogy a curarával mérgezett állat oxygen-felvétele 35%-át, szénsav-

¹ Pflüger-féle Archiv. 4. k. 57. l. 1871.

² Pflüger-féle Archiv. 12. k. 522. l. Du Bois-Reymond-féle Archiv 1884. 380. lap.

³ Pflüger-féle Archiv. 18. k. 247. l.

¹ Bemutatták Münchenben a Morphol. u. Physiolog. Gesellsch. 1900. novemberi ülésén.

kiadása pedig 37%-át teszi ugyanazon állat normális lég cseréjének.

Ezen vizsgálatok tehát általában azt mutatták, hogy a curara-méreg alkalmazása után az *éleny felvétele*, valamint a *szénsav képződése tetemesen csökkent*, a normális érték alá 50%-kal s még tovább is alászállt.

Voit¹ titkos tanácsosnak egy régebbi vizsgálata meg azt mutatta, hogy a *nitrogéntartalmú anyagok kiválasztása a curara behatása alatt nem csökkent*.

Vizsgálataink beosztása.

Vizsgálatainkhoz nőstény kutyákat használtunk fel, melyeket néhány napig éhezettünk, míg a nitrogén- és szénsav-egyensúly beállott.

A vizelet nitrogénjét a *Kjeldahl*, a kiválasztott szénsav mennyiségét a *Pettenkofer-Voit-féle* respirációs készülékkel határoztuk meg.

A vizeletet mindig katheterezéssel nyertük.

Az egyik kutyánk azonban a *ketrecbe vizelt* (lásd alább) s így ennek vizeletét az ismert elővigyázati szabályok szerint gyűjtöttük össze. Habár a vizeletnek így módon való gyűjtését elvetendőnek tartjuk, hiszszük, hogy még sem volt ezen esetben valami nagy befolyással az eredményre.

A kísérlet tulajdonképeni napján tracheotomiát végeztünk az állaton, s azután a vena jugularisba vezetett canule-ön 1%-os curara-oldatot fecskendeztünk be addig, míg a mozgásképtelenség beállott és az összes reflexek működése szünetelt.

Az állat lélekzéséhez szükséges levegőt a *Ludwig-féle* respiratio-canule és a lélekzési készülék szolgáltatta.

A vizsgálat alatt az állatot deszkához kötöttük, hólyagjába kathetert vezettünk, melynek végét a deszkához erősítettük.

A hólyagot előbb kiürítettük a vizelet elhatárolása miatt. Mivel pedig a méreg hatása miatt az összes medenceizmoknak s így a hólyag sphinctereinek is nagyfokú elernyedése áll be, elővigyázatból a vulva alá még egy kis pléh-vályut is helyeztünk, mely a katheter alatt haladva szintén a felfogó üvegedénybe szolgált bele. Végre a vaginába thermometert helyezve, így tettük be deszkástól az állatot a *Pettenkofer-Voit-féle* készülék nagy kutya-ketreczébe.

Az állat lélekzőcsövében elhelyezett canule gummicsővel volt összekötve, s a készülék kis nyílásán át a fujtatóból kapta a levegőt; a vena jugularisban levő canulet még egy vékony gummicsővel az 1%-os curara-oldattal telt bürettával kötöttük össze, úgy hogy a curarát a kísérlet alatt folytonosan tovább adhattuk.

Ezután elzártuk a ketrec ajtaját s működésbe hoztuk a *Pettenkofer-Voit-féle* apparátust.

Mivel a ketrecbe beszírt levegő mennyisége sokkal jelentékenyebb volt, mint a fujtató által odavezetett levegőé, tehát a ketrecben egy a *ventilatio*-hoz kellőképen elégséges negatív nyomásról kellett gondoskodni és a szénsavvesztést kevesbíteni.

A vizsgálat tartama alatt a ketrec és az állat hőmérsékét ellenőriztük, a mi az üvegetrezen keresztül könnyen volt lehetséges. Mivel a kísérleteket télen végeztük, az intézet középponti fűtő készülékének segítségével az állatot környező hőmérsékét tet-szésünk szerint változtathattuk.

Bizonyos idő múlva a respirációs vizsgálatot a vizeletel-határolás miatt megszakítottuk s azután újból kezdtük s foly-tattuk az állat haláláig

Kísérleti jegyzőkönyvünk rövid kivonata a következő:

Első kutya.

Súlya 15 kgm. Normalis hőmérséke 38°.

Éhezési nap	Nitrogénmennyiség	Szénsavkiválasztás óránként	Környéki hőmérsék
II.	3.736	—	—
III.	4.137	—	—
IV.	3.938	—	—
V.	4.014	11.61	21°
VI.	4.472	11.12	—
VII.	4.027	11.15	22.4°

¹ Zeitschrift f. Biolog. 14. k. 146. l.

Curara-mérgezés után.

A nitrogén mennyisége 17 órás észlelés után 24 órára számítva 3.173.

I. Respirációs kísérlet tartama 6 óra 6 perc.

A szénsav-kiválasztás óránként	9.86
A környéki hőmérsék	26.5°
Testhőmérsék	38.35°

II. Respirációs kísérlet tartama 5 óra 44 perc.

A szénsav-kiválasztás óránként	10.74
A környéki hőmérsék	26.0°
Testhőmérsék	39.0°

A halál 17 órai curara-narkosis után állott be.

A vizelet az állat bélsarával némileg összekeveredett, s így a gyűjtés nem volt egészen tökéletes.

Második kutya.

Súlya 5.8 kgm.

I. éhezési napon a nitrogén mennyisége: 1.090

II.	"	"	"	"	1.009 ¹
III.	"	"	"	"	1.022
IV.	"	"	"	"	—
V.	"	"	"	"	1.176
VI.	"	"	"	"	1.217

Curara-mérgezés után:

Nitrogen mennyisége 7 órás észlelés után 24 órára számítva 0.4613.

Nitrogen mennyisége 6 órás észlelés után 24 órára számítva 0.5139.

Az állat a periodus végén elpusztult.

Harmadik kutya.

III. éhezési napon a nitrogén mennyisége 3.041

IV. " " " " " 3.445

Normális hőmérséke 38.5°.

Curara-mérgezés után:

A nitrogén mennyisége 6 óra 13 perc észlelés után 24 órára számítva 1.347.

Testhőmérsék 38.7°.

További hat óra alatt 0.889, testhőmérsék 40.1°

" " " " 0.400, " 41.0°

Szénsav-kiválasztás a curara-mérgezés tartama alatt.

Mint a jegyzőkönyvünk mutatja, a *szénsav-kiválasztás mennyisége az előbbi vizsgálok eredményeitől teljesen eltérő*; t. i. a curara-mérgezés közben a kiválasztott szénsav mennyisége a normalisról vagyis 11.15 grammról csak 9.86 és 10.74 grammra szállt le óránként, tehát nem lényegesen, csak 11.2-kal illetve 3.6%-al kevesebb.

Ezen eredményünk megítélésénél tekintetbe kell vennünk, hogy a kísérleti állat *testhőmérséke* a normálishoz közel állott; az állatot környező hőmérsék nem volt ugyanaz, midőn az állat a ketrecben szabadon mozgott, s midőn a curarával megmérgeztük. A curara-mérgezés közben úgy körülbelül 5°-kal több volt, mint az előzetes vizsgálat alatt.

Kevesebb befolyása lehetett a környező hőmérséknek a széthontásra a curarázott, mint a szabadon mozgó állatnál, mivel a curarázott állat *hőszabályozója nem működik jól* s mint a körülmények igazolják, a curara mérgezett állat saját hőmérséklete nem tartható meg, hanem általában passíve a környéki hőmérsék ingadozásainak van alávetve, az állatot környező magasabb hőmérséklet csak az *anyag-szétesés kisebbedését* idézte volna elő.

Tehát a mi vizsgálataink eredményéből felvehetjük, hogy addig, a míg változatlanul hagyjuk azon feltételeket, melyek az anyagcserére befolyással vannak, különösen pedig az állat saját hőmérsékletét, a curarával mérgezett állat annyi szénsavat választ ki, mint normális állapotban. Vagy más szóval szerintünk a bomlás nagysága ugyanaz marad, s egy specifikus mérgeghatásra, mely a bomlás nagyságát leszámítván, gondolni nem lehet.

A mi vizsgálataink azt mutatták, hogy a curarának az

¹ A vizeletet a ketrecz alatti edényben találtuk.

anyagcserére más hatása, mint az izmoknak a működésből való kizárása, nincsen, mely utóbbit a mi adatainkból kiindulva ugyancsak Voit C. intézetében Frank és Voit F.¹ közelebbről be is bizonyítottak.

Érdekes a dologban az, hogy mint respirációs kísérleteink közben láttuk, főleg a nyugodtan viselkedő állatnál vehetők számba a szénsav-kiválasztás és a gázcsere értékei s kevésbé a mozgó állatnál: mégis, mint az eredmény igazolja, az állat teljes nyugalmanál is tekintélyes bomlás jelentkezett. Az állatnál nemcsak teljes izomzati nyugalom volt jelen, hanem az is, hogy éheztetve lévén, az emésztési és felszívódási szervek nyugalomban voltak. Mint alább látni fogjuk, a vesék működése is csaknem teljesen szünetelt, sőt azt is fel kell vennünk, hogy a középponti idegrendszer is tétlen állapotban volt.

Ezen kísérletekből tehát az tűnik ki, hogy a melegvérű állatok gépezete mindig tekintélyes mennyiségű hőanyaggal van előzetesen megmelegítve, hogy a tevékenységre képes legyen.

További fejtegetésekbe e helyen nem bocsátkozunk, azok a további kísérletek folyamán fognak kiderülni.

Nitrogen-kiválasztás a curara-mérgezés alatt.

Vizsgálataink szerint az állat nitrogen-kiválasztása curarázás közben a normálisnál kisebb lett. Ez mind a három kutyánál így volt, sőt a harmadik kísérletnél, mely különösen sikerült, a normálisnak 25%-ára csökkent.

Ezen eredmény is eltér az irodalomban ez idő szerintig közölt egyetlenegy kísérlettől, mely Voit-tól származik.

Voit C. ugyanis azt találta, hogy curarázott állat 24 óra alatt kiválasztott nitrogen mennyisége nem kevesebb, mint a normális állaté.

Mint látni fogjuk, a különbség az ő és a mi eredményeink között csak látszólagos.

Előreláthatólag nem várható, hogy a vizelet nitrogen-tartalmú végterményei, vagy mint felvenni szokás, a fehérje bomlása tekintélyesen csökkennének a curara behatására. Sőt ha az önkényes izommozgások által a szétesésben bizonyos veszteség lett volna is jelen, a mi a fentebbiek szerint csaknem lehetetlen, úgy ezen izommozgás elmaradás elsősorban a nitrogenmentes anyagok szétesésére lett volna behatással, mint azt Voit C., Fick és Wislicenus vizsgálataiból tudjuk. Tehát ezen tapasztalatokból már valószínűtlennek látszik, hogy a nitrogen-tartalmú anyagok szétesése tényleg kevesebbre szállt volna alá.

Legvalószínűbbnek látszik szerintünk, hogy a nitrogen-tartalmú anyagok tulajdonképeni kiválasztási processusa meg bizonyos változásokon keresztül. A nitrogen-tartalmú testrészek szétesésének csökkenése maga egészen különös elváltozást tételezne fel az állati testben levő szétesési processusban.

Vizsgálatainkat Voit C. kísérleteivel összehasonlítva feltevésünk valószínűsége s egyúttal az derül ki, hogy tulajdonképen Voit és a mi eredményünk között lényeges különbség nincsen.

Kitűnik ugyanis, hogy Voit kísérleténél is kevesebb volt a nitrogen-kiválasztás a curarázás tartama alatt, mint előbb és hogy curarázás után ezen kevesedés nagyobb kiválasztással lett fedezve, úgy hogy egész napon át több vizelet, mint nitrogen mennyiség lőn kiürítve.

Voit kísérleti állatja az alábbi viszonyokat tünteti fel, melyekben mi az összehasonlítás kedvéért a vizelet- és húgyanyag mennyiségét 24 órai időtartamra számítottuk ki:

	Vizeletmennyiség		Húgyanyag	
		24 órai		24 órai
Curara-mérgezés előtti nap	—	358	—	16.1
Curarázás:				
Kezdet 7 óra	}	119	266*	6.4
Vége 2 óra 30 perc				
Vizeletet ürít 5 óra 45 perczkor.				
Curarázás után 5 órákor		409	870*	13.4
" " 8 órákor		120	960*	28.5*
Az egész 24 óra alatt		—	—	22.2

¹ Zeitschrift f. Biologie, Jubelband 42. 309. 1.

* A mi számításunk szerint.

A nitrogen-tartalmú anyagok, melyeket nem a vesék választottak ki curara mérgezés-közben, valahol a testben tartattak vissza.

Hogy hol történt ez, vajjon a vérben vagy a sejtekben, ezt majd további vizsgálatok fogják kideríteni.

Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetem II. sz. belklinikája laboratoriumából és a Stefánia gyermek-kórházból.

A gyermekkori mell- és hasúri folyadékgyülemek cyto-diagnosisáról.

Irták: Torday Árpád dr. klinikai gyakornok és Torday Ferencz dr. a Stefánia-gyermekkórház első segédorvosa.

(Folytatás.)

Az elmondottakban részletesen ismertettük mindazon vizsgálati eljárásokat, melyekkel a mellüri folyadékgyülemek gümőkóros természetét mindeztideig meghatározni igyekeztük. Ráműtattunk arra, hogy nincs közöttük egy olyan sem, melynek segítségével határozottan ki lehetne zárni a gyanúba vett gümőkóros eredetet. A hasúri savós folyadékgyülemeket illetőleg a kórisme felállítása kevesebb nehézségekbe ütközik. A pangásos eredetű transsudatumok elkülönítése a lobos eredetű folyadékgyülemektől a kórelőzményi adatok és a többi szervekben található elváltozások alapján legtöbbször nem jár nehézséggel. Viszont a serosus chronikus izzadmányok közül, a nem tuberculosus természetűek, nemcsak a ritkaságok közé tartoznak, de úgy a felnőtteknél, mint a gyermekkorban egy egyelőre sokat megvitatott, egyelőre általánosan el nem ismert kórképet képeznek. Főleg mellüri savós folyadékgyülemek azok, hol Widalnak és tanítványának Ravautnak cyto diagnosisuk nevezett az alábbiakban megbeszélendő eljárása jelentőségteljes és nagyértékű, mert határozott vonásokkal írják körül azon szövettani, képeket, melyeket az egyes, különböző természetű és eredetű mellüri folyadékgyülemekre jellegzetesnek tartanak. A mellürben meggyülemlett és onnan kiszivattyúzott folyadék üledékének görsövi vizsgálatával már előzőleg is többen foglalkoztak. A sok közül Ehrlich, Fraenkel, Grawitz, Quincke, Rosenbach nevét akarjuk megemlíteni. Widalnak és tanítványának Ravautnak az érdeme az, hogy folytatták a vizsgálatokat és hogy azokra támaszkodva egy újabb diagnostikai eljárást állapítottak meg. A francia orvosi akadémia elé 1900-ban terjesztették munkálatukat, melynek főpontjai a következők:

1. Az elsődleges gümőkóros mellhártyaizzadmányokra az jellegzetes, hogy a cytologias vizsgálatnál az egész lefolyás alatt nagyszámú összefolyt kis lymphocytákat találtak. Több vagy kevesebb vörös vérsajt is vegyült közéjük. Olykor megakadt a szemük egy-egy egymagában, külön álló, rosszul festődő, néha amorph tömeget képező alakelemen is. Az izzadmány fennállásának első napjaiban a lymphocytákon kívül kis számú, a 10:100 arányszámnál kevesebb, eosinophil, polynuclearis sejteket is láttak. Endothelsejteket az ilyen természetű izzadmányokban szerzők sohasem láttak. Nem tartják azonban kizártnak azt, hogy az ily izzadmányok fennállásának legelső napjaiban ilyeneket is lehessen látni.

2. A másodlagos gümőkóros eredetű mellhártyaizzadmányok két alakját kell szerintük megkülönböztetni. Az első gyulladás hajlammal bír, a második idültté lesz vagy lett. Az elsőnél a cytologias kép, csak az izzadmány keletkezésének első napjaiban különbözik az elsődleges gümőkóros eredetű mellhártyaizzadmányoktól látottaktól. Ekkor — az első napokban — a polynuclearis sejtek vannak túlsúlyban, a lymphocyták gyérek és elég számosak a különálló, egymagvú nagy elemek. Később a lymphocyták megsaporodnak és a kép a fentebb leírttal megegyező. Az idült másodlagos, gümőkóros mellhártyaizzadmányokra jellegző az, hogy igen kevés alakelemet tartalmaznak s ezek jó része is nagyon elváltozott. Szabálytalan alakúak, szélük szakadozott, vacuolákat és a fényt megtörő, osmiumsavban megfeketedő granulatiokat tartalmaznak. Ezen elváltozott alakelemek között igen kevés a vörös vérsajt, több a megváltozott lymphocytá és öreg, alakját veszített, elmosódott maggal bíró polynuclearis sejt. Ezek egyrészét csak a neutrophil granulatiókból lehet megismerni. Néha ezen elemeken

kivül néhány egymagvú, rosszul festődő gyengén körvonalozott maggal bíró elemek is láthatók. Ily izzadmányokban endotheliális sejteket sohasem láttak.

A nem gümőkóros eredetű mellüri folyadék gyülemek közül.

3. A Bright-kór és szívbetegségek folyamán jelentkezőkre szerintük az jellegzetes, hogy kezdetben több, később valamivel kevesebb endotheliális sejtet tartalmaznak. A mellhártyáról kisebb-nagyobb czafatokban levált tömegek polycycikus kerettel bírnak. A magvakból lehet következtetni arra, hogy 8–10 sejtből állanak. Határaik csak homályosan láthatók. Mászor kettenként vannak a sejtek összetapadva. Olykor mint egy bibíres ül a nagyobbikon az elköresült kisebbik sejt. Eosin-hematein festéssel a protoplasma pirosan, a mag violaszinben festődik. Mindketten rosszul festődnek. E hydrothoracikusnak nevezett folyadékgyülemekben kezdetben nagyon sok az endotheliális sejtekből képezett czafat, később, ha a folyadékgyülem idültté lesz, egyrészt megkevesbedik számuk, másrészt körülveszik őket a bevándorolt lymphocyták. Az endotheliális sejtek hydropikussá lesznek, elhalnak. A normális sejtek között látható nagy, amorph, egy színben festődő alakelemek: az endotheliális sejtek tetemei. Ezen alakelemeken kívül ily folyadékgyülemek több vagy kevesebb lymphocytát is tartalmaznak.

4. Tüdőbeli visszeres pangások, emboliák és infarctusok kapcsán jelentkező folyadékgyülemek cytologikus képe a most ismertetettől abban különbözik, hogy az endotheliális sejtekhez és lymphocytákhoz mint harmadik elem a polynuclearis leukocyták társulnak. A tüdőbeli congestio fokához alkalmazkodik ez utóbbi alakelemek száma s tüdőinfarctus esetén annyira megszorodik, hogy az arányszám megközelíti a 95:100 arányt. Ezek megszorodásának idejében az endotheliális sejtek gyorsan megváltoznak és egymástól elkülönülnek. Daczára annak, hogy ily folyadékgyülemek, ily sok polynuclearis sejtet tartalmaznak, mégis megtartják serosofibrinosus jellegüket. Sokszor gyorsan meggyógyulnak.

5. Rosszindulatú tüdődaganatok mellett keletkezett mellüri folyadékgyülemet csak két esetben vizsgáltak. A folyadék az endotheliális czafatokon kívül lymphocytákat, néhány polynuclearis fehér és sok vörös vérsejtet tartalmazott. Az egyik esetben carcinomatosusan elfajult sejteket is találtak. Hangsúlyozzák azt, hogy az endotheliális sejtek jelenléte ily esetekben kizárja a tuberculosis-megbetegedés gyanúját.

6. Meta- és parapneumoniás, pneumococcusos eredetű serosofibrinosus mellhártyaizzadmányokra jellemzők a neutrophil polynuclearis leukocyták. Az izzadmány keletkezésének legelső napjaiban, midőn az klinikailag még alig állapítható meg, czafatokat képező, vagy kettesével összetapadt, endotheliális sejtek és több vagy kevesebb polynuclearis sejt láthatók. Ha az izzadmány növekedik, akkor a többé vagy kevésbé virulens pneumococcusokon kívül, számos polynuclearis leukocytát és endotheliális sejteket tartalmaz. Ez utóbbiak a septikus folyadékban csakhamar megváltoznak, tönkremennek s mihamarabb eltűnnek. Az endotheliális sejtek sokszor makrophagok. Gyakran lehet találni nagy protoplasmájú sejteket, melyek többé-kevésbé megváltozott, polynuclearis sejteket zárnak magukba. A kórokozó mikrobák is a phagocytosis áldozatai lesznek. Ha az izzadmány felszívódni készül, akkor a mikrobák eltűnnek, a polynuclearis leukocyták száma megfogy és néhány lymphocytá jelentkezik. Ha ellenben a mikrobák megszorodása tovább tart, növekedik a polynuclearis leukocyták bevándorlása, a savós izzadmány lassanként genyessé alakul át.

Streptococcusok által okozott pleuritist 3 esetben észlelték. Ezek közül kettő csak polynuclearis leukocytákat, a harmadik elkülönített endotheliális sejteket is tartalmazott.

Typhus abdominalis folyamán észlelt pleuralis exsudatiók cytologikus képe leginkább hasonlított a tüdőpangások alkalmával látottakhoz és így lényegesen különbözik a tuberculosis természetűektől.

Widal és Ravaut az általuk vizsgált és e csoportok valamelyikébe tartozó 112 eset közül 4 esetben pleuralis eosinophiliával találkozott. Egyelőre gyűjtik az e jelenségre vonatkozó adatokat.

A cytodiagnostikus vizsgálatok eredményeinek főbb mozza-

natait előrebocsátva, az alábbiakban a vizsgálati módszer technikáját akarjuk ismertetni. Aseptikus cautelák között vett 15–20 cm³ folyadék szükséges a vizsgálathoz. Ha kevesebb van azzal is be lehet érni. A folyadékot defibrinálni kell; vagy azonnal, vagy utóbb. Ha azonnal teszszük, úgy beöntjük a frissen vett folyadékot, ha sok, akkor egy kis borsónyi üvegszemecskékel félig megtöltött görebbe, ha kevesebb a folyadék, akkor kisebb szemecskékel egy harmadig megtöltött kémcsőbe. A görebet illetve kémcsövet és az üvegszemecskéket előzetesen forró levegőben sterilizálni kell. A defibrinatiohoz rázni kell az üvegeket. A fibrin vagy egy összetapadó tömegben vagy kisebb czafatokban csapódik ki. A defibrinatiohoz olykor egy negyedóra, mászor egy óra sőt még több idő sem elégséges, addig nem szabad abba hagyni a görebet, illetve kémcső rázását, míg újabb fibrintömegek képződnek. Ha a folyadékot azonnal nem defibrinálhatjuk, akkor az aseptikus cautelák között vett, seroso-fibrinosus folyadékot a belőle kivált és lecsapódott fibrintömegekkel és különvált savóval együtt 48 órán belül betöltjük egy üvegszemecskékel telt görebbe és mintegy 10 percen át rázzuk. Ekkor kiszabadulnak a kicsapódott fibrintömegek közül, az abba bezáródott alakelemek. A vizsgálandó folyadék 48 óránál idősebb nem lehet. Ajánlatos dolog egy thymol-kristályt tenni a kémcsőbe. Ezzel némileg meg lehet gátolni a mikrobák fejlődését. A defibrinatio után le kell önteni a fibrintömegekről, a szöveti alakelemeket tartalmazó, serosus folyadékot. Most centrifugálni kell azt, bármely e célra szolgáló műszerrel addig, míg a folyadékban göresővel szerzett bizonyosság szerint nincsenek alakelemek. A kémcsőben maradt üledékről le kell önteni vagy le lehet szűrni a felette levő tiszta folyadékot. Csak az üledék felhígításához szükséges egy két csepp folyadékot kell meghagyni. Platinkacs vagy pipetta segítségével kell az üledéket a meghagyott folyadék-cseppel összekeverni. A jól megtisztított és kihevített fedőlemezekre tett cseppeket a platintű segítségével kell karikák képzésével megnagyobbítani. A beszáradt készítmény rögzítéséhez alkohol-aether keveréket használunk akkor, ha haematin-eosinnal, vagy Unna-féle kékkel vagy thioninnal akarunk festeni. Az Ehrlich-féle triacid festéshez meleg levegőben kell a készítményeket fixálni.

A seroso-fibrinosus folyadékból kicsapódó fehérje magával ragadja a folyadékban volt alakelemek egy részét, főleg a polynuclearis leukocytákat. Ezért előnyösebb a folyadékot centrifugálás előtt defibrinálni. Widal és Ravaut, Sabrazés és Muratet, nemkülönböztetve Barjon és Cade vizsgálatai alapján kétségtelen, hogy a cytologikus leletek nagy átlagban nem sokban mások, ha a betegről lecsapolt folyadékot közvetlenül, azonnal centrifugálják. Ez eljárás majd mindig technikai nehézségekbe ütközik, ezért előnyösebb a másik, a defibrinatio.

A cytologikus vizsgálatok eredményei, miként fentebb részletesen kifejtettük, abban összegezhetők, hogy a primaer tuberculosis exsudatumra a lymphocytosis a jellemző. A pneumo és streptococcusok által okozottakra a polynuclearis leukocytosis. A mechanikus eredetű traussudatumokra pedig főleg az endotheliális sejtek nagy száma képezi a characteristicumot. Ezen tapasztalati ténynek magyarázatát a szerzők mindenekelőtt a kórboneztani viszonyokban keresik. Ugy az elsődleges, mint a másodlagos, akár seroso-fibrinosus, akár genyes tuberculosus mellhártyaizzadmányoknál a mellhártya egész kiterjedésében egy újonnan képződött hártával van borítva. Ezen olykor vékonyabb vagy vastagabb álhártyák is ülnek. A többi izzadmányos, nem tuberculosus mellhártyaloboknál a mellhártya csak kisebb nagyobb területeken borított vékonyabb vagy vaskosabb felrakódásokkal. A traussudatumoknál a mellhártya jórészt ép és sértetlen. A gyorsan képződött neomembrana megakadályozza az endotheliális sejtek macerálódását és leválását. Nincsenek ezért endotheliális sejtek a tuberculosus természetű folyadékgyülemekben. Nagy számmal láthatók ott, hol mi sem akadályozza azt, hogy a meggyülemlett folyadék leáztassa a mellhártya könnyen megváltozó és gyorsan leváló felhártrétegét. Ha a mellhártyát egy lazán szőtt, tágközü nyirokszövetnek (nyirk-edényhálózatnak) tekintjük, úgy könnyen megérthetjük azt, hogy minden, szövetközeli megtöltő savós exsudatio onnan lymphocytákat fog kisdörni. Ezek lesznek tehát az endotheliális sejteken kívül a folyadékban levő egyetlen alakelemek, addig míg valamely toxikus vagy fertőző természetű inger nem hívja harcra a szervezet phagocytotikus erővel bíró védelmi eszközeit. Ily körülmények

között diapedesis útján vándorolnak ki a véráramból a polynuclearis leukocyták. *Widal* és *Ravant*¹ fejtegetéseikben tehát azt mondják, hogy a lymphocytát nem kell mint a tuberculosisra jellegző alakelemet tekinteni. Ha egy folyadékgyülemben kisebb vagy nagyobb számban reáakadunk, e jelenség csak a savós hártya subacut irritatiojának a jele. Folyadék kiizzadással, a lymphocyták kiszabadításával reagál a savós hártya, ha az inger nem elég erős arra, hogy szükségessé tegye a polynuclearis sejtek jelenlétét. A subacut és idült izgatásra a lymphocyták felelnek, a heveny jellegűre a polynuclearis sejtek.

Az elsődleges tuberculosus mellhártyaizzadásmányban azért vannak úgyszólván kizárólag csak lymphocyták, mert egyrészt a membrana megakadályozza az endothelsejtek leválását, másrészt a *Koch*-bacillus által okozott helyi lobosodás aránylag nem nagy hevességű, jóllehet, hogy a szervezet erős visszahatása azt jóval nagyobbnak tünteti fel. A másodlagos tuberculosus mellhártya-izzadásmányánál is ugyanazon okból hiányoznak az endothelsejtek; másrészt a mellhártya felületén ülő elsajtosodott tuberculomok, valamint a közvetlen érintkezés a tuberculosusan megbetegedett tüdő és mellhártya, között eléggé jól magyarázza a megváltozott polynuclearis leukocyták jelenlétét.

(Folytatása következik.)

Közlemény a kolozsvári m. kir. „Ferencz József” tudomány-egyetem élettani intézetéből. (Igazgató: Udránszky László dr. ny. r. tanár.)

Alkalmazható-e a Schotten-Baumann-féle benzoylozás az ép vizelet szénhydrattartalmának mennyileges meghatározására?

Reinbold Béla dr. élet- és körvegytani tanársegédétől.

(Vége.)

*Udránszky*¹⁰ szerint 5%-os szőlőcukoroldatból a cukor 34.59%-a, 0.62%-osból 35.81%-a, 0.07%-osból pedig 79.9%-a benzoylozható. A mennyiben az általam vizsgált vizeletek redukáló képességüket illetőleg 0.15–0.29%-os, fufurolt fejlesztő képességüket illetőleg pedig 0.28–0.43%-os szőlőcukoroldatnak feleltek meg, tehát szénhydrattartalmukat illetőleg az *Udránszky* megvizsgálta szőlőcukoroldatok két utóbbi töménységi fokozata között foglaltak helyet, a benzoylozás teljességének mértékét mutató fennebbi számok *Udránszky* adataival egyezőknek lennének mondhatók. Minthogy azonban az alkalmazott reagensek mennyiségeit illetőleg *Udránszky* kísérleteitől az én fennebb említett kísérleteim eltértek, az elért eredmények közvetlenül nem hasonlíthatók össze.

A fufuroltfejlesztő anyagok benzoylozása kevésbé volt teljes, mint a phosphorwolframsavval ki nem csapható redukáló anyagoké. Ezekből ugyanis, mint a fennebbi — bár csekély számú — kísérleti adatok mutatják, a vizeletnek NaOH-os kezelése után 33–39%, illetve fractionált benzoylozással 50%, a vizeletnek közömbös ecetsavas ólommal kezelése után 26–57%, a vizeletnek sorozatos ólomsós kezelése után pedig 45% csapódott ki. A benzoylozott fufuroltfejlesztő anyagok grammokban kifejezett szőlőcukoregyenértéke azonban minden kísérletnél nagyobb volt, mint a benzoylozott, phosphorwolframsavval ki nem csapható redukáló anyagoké.

Miután a benzoylozás teljessége 5 és 10 cm³ benzoylchlorid használata mellett lényegileg ugyanaz maradt, valószínűnek kell tartanunk, hogy a különbséget, mely az 5 és viszont 10 cm³ benzoylchloriddal nyert benzoat súlya között általában, de az előbbi táblázatban közölt esetekben is, észlelhető volt, a benzoatesapadék különböző összetétele okozta. Ugyanacsak erre a körülményre kell valószínűleg visszavezetnünk a közömbös ecetsavas ólommal kezelés utáni benzoylozással nyert csapadék

mennyiségének nagyobb voltát is, minthogy a benzoylozás teljességét illetőleg a vizeletnek közömbös ecetsavas ólommal kezelése a NaOH-os kezeléssel szemben előnyt a legtöbb esetben nem nyújtott.

Rendszerint kevesebb szénhydrat maradt benzoylozatlanul a vizeletnek fractionált benzoylozásánál, bár csekély számú kísérleteim során is jutottam ezzel ellentétes eredményhez.

Általában igen csekély mennyiségű szénhydratot lehetett kimutatni a benzoatesapadékról leszűrt folyadékban a vizelet sorozatos ólomsós kezelése után végzett benzoylozásnál. E körülményből azonban a benzoylozás teljességére egyenes következtetést vonni nincs jogunk, minthogy a vizelet szénhydrattartalmának jelenléte nem a benzoylozás folytán, hanem már az előkészítő eljárás során csapódott ki.

IV. A benzoatesapadék mennyiségének aránya a vizelet szénhydrattartalmához.

Az előbb leírt kísérletekkel kapcsolatosan számos kísérletet végeztem azon kérdés eldöntésére, hogy a vizelet szénhydrattartalma és a belőle nyerhető benzoatesapadék mennyisége között található-e olyan arányosság, melynek alapján az eszterkeverék súlyából az illető vizelet szénhydrattartalmának mennyiségére következtetést vonni lehetne.

E vizsgálataimnál első sorban a vizelet phosphorwolframsavas kezelés után megmaradó redukáló képességének és fufuroltfejlesztő képességének szőlőcukor-egyenértékeit hasonlítottam össze azon benzoat mennyiséggel, melyet ugyanazon vizelet 100–100 cm³-éből 10 cm³ benzoylchloriddal és 120 cm³ 10%-os NaOH-oldattal a benzoylozás, illetve előkészítő eljárás különböző módjai mellett nyerni lehetett.

A következő táblázat azon kísérletek eredményeit foglalja magában, melyek a phosphorsavas földfémeknek NaOH-mal kicsapása után egyszerű benzoylozással nyert benzoatkeverék mennyisége és a phosphorwolframsavval ki nem csapható redukáló anyagok szőlőcukor-egyenértéke közötti viszonyra vonatkoznak.

R 100 cm ³ vizelet phosphorwolframsavval ki nem csapható redukáló anyagainak szőlőcukoregyenértéke grammokban	B 100 cm ³ vizeletből nyert benzoat súlya grammokban	B/R A benzoat súlya a redukáló anyagok szőlőcukoregyenértékére, mint egységre vonatkoztatva
0.057	0.0794	1.40
0.058	0.0936	1.61
0.069	0.0400	0.58
0.070	0.0625	0.89
0.071	0.0813	1.14
0.074	0.0596	0.80
0.104	0.0665	0.64
0.109	0.1088	1.00
0.109	0.1246	1.14
0.114	0.0851	0.75
0.117	0.1678	1.43
0.118	0.4694	3.98
0.144	0.1208	0.84
0.144	0.1229	0.85
0.147	0.2422	1.65
0.150	0.2846	1.90
0.160	0.1645	1.03
0.163	0.0637	0.39
0.178	0.1988	1.12
0.185	0.2469	1.33
0.200	0.3340	1.67
0.204	0.2332	1.14
0.208	0.2464	1.18
0.217	0.1279	0.59
0.217	0.0829	0.38
0.238	0.2109	0.89
0.286	0.4441	1.55
0.286	0.3623	1.27
0.303	0.1648	0.54
0.327	0.2362	0.72
0.360*	0.3432	0.95
0.370	0.2400	0.65
0.384*	0.2545	0.66
0.416	0.2388	0.57

*

¹ Il ne faut donc pas faire du lymphocyte un élément caractéristique de la tuberculose: sa présence en plus ou moins grand nombre dans un épanchement n'est que la manifestation banale d'une irritation subaiguë de la séreuse; l'exsudation de liquide et de lymphocytes est un mode de réaction de la séreuse pleurale lorsque l'irritation n'est pas assez aigue pour nécessiter la présence des polynucleaires. . . . A l'irritation subaiguë et même chronique répond le lymphocyte, à l'irritation aigue le polynucleaire.

Mint a harmadik rovatban foglalt viszonyszámok igen nagy ingadozása mutatja (0·38—1·90, sőt egy esetben 3·98), a vizelet phosphorwolframsavval ki nem csapható redukáló anyagainak szőlőcukor-egyenértéke és az ugyanazon vizelethől nyert benzoat-csapadék mennyisége között egyáltalában nem volt állandó arány.

Lényegileg hasonló eredményekhez jutunk akkor is, ha a fentebb említett módon előállított benzoatok mennyiségét a vizelet fufuroltfejlesztő anyagainak szőlőcukor-egyenértékével hasonlítjuk össze.

F	B	B/F
100 cm ³ vizelet fufuroltfejlesztő anyagai-nak szőlőcukoregyenértéke grammokban	100 cm ³ vizelethől nyert benzoat súlya grammokban	A benzoat súlya a fufuroltfejlesztő anyagok szőlőcukoregyenértékére, mint egységre vonatkoztatva
0·050	0·0895	0·79
0·062	0·0871	1·40
0·080	0·0729	0·91
0·084	0·0740	0·88
0·084	0·0782	0·93
0·090	0·0754	0·84
0·092	0·0711	0·77
0·102	0·0932	0·91
0·102	0·0783	0·77
0·102	0·0652	0·64
0·114	0·0780	0·68
0·126	0·0851	0·68
0·154	0·0794	0·52
0·188	0·0596	0·32
0·188	0·0647	0·36
0·208	0·1937	0·93
0·230	0·0819	0·36
0·250	0·1246	0·50
0·280	0·2846	1·02
0·350	0·1668	0·48
0·380†	0·2545	0·67
0·430†	0·3432	0·80

* Az arányszámok itt 0·32—1·79 között ingadoztak.

A vizelet fractionált benzoylozásánál e viszonyok a következőképpen alakultak.

B	R	B/R	F	B/F
100 cm ³ vizelethől nyert benzoat súlya grammokban	100 cm ³ vizelet phosphorwolframsavval ki nem csapható redukáló anyagainak szőlőcukoregyenértéke grammokban	A benzoat súlya a redukáló anyagok szőlőcukoregyenértékére, mint egységre vonatkoztatva	100 cm ³ vizelet fufuroltfejlesztő anyagai-nak szőlőcukoregyenértéke grammokban	A benzoat súlya a fufuroltfejlesztő anyagok szőlőcukoregyenértékére, mint egységre vonatkoztatva
0·1793	0·059	3·04	0·140	1·28
†(a)*0·2905	0·149	1·95	0·250	1·16
†(b) 0·3049	0·149	2·05	0·250	1·22
0·1957	0·149	1·31	0·250	0·78
0·1735	0·160	1·08	—	—
0·3326	0·150	2·22	0·280	1·19
†(a) 0·3999	0·232	1·72	0·333	1·20
†(b) 0·4277	0·232	1·76	0·333	1·28
†(a) 0·3585	0·282	1·27	0·376	0·95
†(b) 0·3413	0·282	1·21	0·376	0·91
†(a) 0·4499	0·416	1·08	0·455	0·99
†(b) 0·3017	0·416	0·72	0·455	0·66

E számok szerint tehát a benzoatcsapadék mennyisége, a vizelet phosphorwolframsavas kezelés után megmaradó redukáló képességének, valamint fufurolt-fejlesztő képességének szőlőcukor-egyenértékéhez viszonyítva, a NaOH-mal előkészített vizelet fractionált benzoylozásánál valamivel nagyobb volt és valamivel szűkebb határok között változott, mint a vizeletnek egyszerű benzoylozá-

† Körülbelül 0·1—0·2% szőlőcukorral kevert vizeletrészek.

* a) és b) ugyanazon vizelet egyenlő mennyiségeivel végzett párhuzamos kísérleteket jeleznek.

sánál. A viszonyszámok 0·72 és 3·04 illetve 0·66 és 1·28 között ingadoztak.

Azon adatokat végül, melyek a közömbös ecetsavas ólom-mal kezelt vizelethől nyert benzoatok mennyisége és ugyanazon vizelet phosphorwolframsavval ki nem csapható, valamint fufurolt-fejlesztő anyagainak szőlőcukor-egyenértékai között talált viszonyra vonatkoznak, a következő táblázat foglalja magában.

B	R	B/R	F	B/F
100 cm ³ vizelethől nyert benzoat súlya grammokban	100 cm ³ vizelet phosphorwolframsavval ki nem csapható redukáló anyagainak szőlőcukoregyenértéke grammokban	A benzoat súlya a redukáló anyagok szőlőcukoregyenértékére, mint egységre vonatkoztatva	100 cm ³ vizelet fufuroltfejlesztő anyagai-nak szőlőcukoregyenértéke grammokban	A benzoat súlya a fufuroltfejlesztő anyagok szőlőcukoregyenértékére, mint egységre vonatkoztatva
0·1925	0·059	3·25	0·140	1·37
0·3116	0·149	2·09	0·250	1·25
†(a)*0·3397	0·149	2·28	0·250	1·36
†(b) 0·3681	0·149	2·47	0·250	1·47
0·2393	0·160	1·49	—	—
0·3038	0·150	2·02	0·284	1·07
†(a) 0·4253	0·232	1·83	0·333	1·27
†(b) 0·4693	0·232	2·02	0·333	1·38
† 0·4250	0·282	1·51	0·376	1·13
† 0·3615	0·299	1·28	0·380	0·95
† 0·4683	0·220	2·13	0·430	1·09
† 0·6087	0·416	1·46	0·455	1·34

E táblázat adatai szerint a közömbös ecetsavas ólom-mal kezelt vizelethől nyert benzoatoknak a vizelet phosphorwolframsavval ki nem csapható redukáló anyagaihoz viszonyított mennyisége 1·28 és 3·25 között, a vizelet fufuroltfejlesztő anyagaihoz viszonyított mennyisége pedig 0·95 és 1·38 között ingadozott. E viszonyszámok tehát egyfelől jelentékenyen magasabbak voltak, másfelől pedig, kivált az utóbbiak, jóval nagyobb állandóságot mutattak, mint az eddig tárgyalt kísérleti sorozatoknál talált megfelelő viszonyszámok.

A fennebbiek szerint tehát a vizelethől a vizsgált eljárások bármelyikével előállított benzoyleszterek mennyisége és ugyanazon vizelet phosphorwolframsavval ki nem csapható redukáló anyagainak, illetve fufuroltfejlesztő anyagainak szőlőcukor-egyenértéke közötti viszony széles határok között ingadozott. A viszonyszám aránylag legállandóbb volt a közömbös ecetsavas ólom-mal kezelt vizelethől nyert benzoat mennyisége és ugyanazon vizelet fufuroltfejlesztő anyagainak szőlőcukoregyenértéke között, azonban itt sem annyira, hogy középértékének segítségével a benzoatcsapadék súlyából a fufuroltfejlesztő anyagok mennyiségére következtetést lehetne vonni.

Ezen viszony ily nagyfokú változékonyságának oka bizonyára nem csak a benzoylozás tökéletlenségeiben van, hanem abban a körülményben is keresendő, hogy az összehasonlítás alapjául szolgáló módszerek a vizelet összes szénhydratjainak, illetve redukáló szénhydratjainak nem tényleges, grammokban kifejezhető mennyiségéről, hanem szőlőcukor-egyenértékéről nyujtanak felvilágosítást. Ezen szőlőcukor-egyenértékeknek a benzoat-csapadék tényleges súlyával szembeállítását pedig csupán jobb összehasonlítási alap hiánya teszi elfogadhatóvá.

Másfelől tekintetbe kell vennünk, hogy a szőlőcukor-egyenértékek nem is adják a vizelet szénhydrattartalmának hű képét, a mennyiben a vizeletben foglalt, eltérő redukáló és fufuroltfejlesztő képességű szénhidratok egymás közötti arányának megváltozása, az összes mennyiség megváltozása nélkül is, különbségeket okoz a vizelet fufuroltfejlesztő és redukáló képességében.

Ezen befolyásoktól függetlenül óhajtván vizsgálni a benzoyleszterek mennyiségének a vizelet tényleges szénhidrat-, illetve szőlőcukortartalmához való viszonyát, olyan kísérleteket végeztem,

† Körülbelül 0·1—0·2% szőlőcukorral kevert vizeletek.

* a) és b) ugyanazon vizelet egyenlő mennyiségeivel végzett párhuzamos kísérleteket jeleznek.

hogy a vizelethez pontosan ismert mennyiségű vízmentes szőlőcukrot adtam és úgy a szőlőcukorral nem kevert, mint a szőlőcukorral kevert vizeletrészletnek benzoylozása révén meghatároztam, hogy a vizelet szénhydrattartalmában szőlőcukor hozzáadása által okozott, pontosan ismert többletnek a benzoatok mennyiségében mekkora többlet felel meg. A benzoylozást mindig 100 cm^3 vizelettel, 10 cm^3 benzoylchlorid- és 120 cm^3 10% -os NaOH oldat alkalmazása mellett végeztem és pedig egyfelől a phosphorsavas földfémeknek NaOH-mal kicsapása után fractionálva, másfelől a vizeletnek közömbös eczetsavas ólommal kezelése után, a reagenseknek egy tömegben hozzáadásával. Az elért eredményeket a következő táblázat foglalja össze:

A kísérlet megjelölése	A vizelet 100 cm^3 -ének szénhydrattartalma	Fractionált benzoylozás a vizelet NaOH-mal kezelése után		Egyszerű benzoylozás a vizelet közömbös eczetsavas ólommal kezelése után	
		100 cm^3 vizeletből nyert benzoat súlya grammokban	A benzoat súlya 1 gr. szőlőcukorra vonatkoztatva	100 cm^3 vizeletből nyert benzoat súlya grammokban	A benzoat súlya 1 gr. szőlőcukorra vonatkoztatva
A	x	0.1797		0.1925	
B	x + 0.1025 gr. szőlőcuk.	0.2977		0.3539	
C	x + 0.1923 " "	0.4138		0.4473	
B-A	0.1025 " "	0.1180	1.15	0.1614	1.57
C-A	0.1923 " "	0.2341	1.22	0.2548	1.33
A	x	0.1957		0.3116	
B	x + 0.0975 " "	0.3499		0.4250	
C	x + 0.1990 " "	0.3758		0.6087	
B-A	0.0975 " "	0.1542	1.08	0.1134	1.15
C-A	0.1990 " "	0.1801	0.91	0.2971	1.49
A	x	0.2846		0.3038	
B	x + 0.1237 " "	0.3432		0.4683	
B-A	0.1237 " "	0.0586	0.47	0.1645	1.33
A	x	0.1645		0.2393	
B	x + 0.1410 " "	0.2545		0.3615	
B-A	0.1410 " "	0.0900	0.64	0.1222	0.87

E táblázat A sorai az eredeti, szőlőcukorral nem kevert vizeletrészletre vonatkoznak, melynek szénhydrattartalmát (x) nem határoztam meg. A B és C sorok a szőlőcukorral kevert vizeletrészletekre vonatkoznak, melyeknek szénhydrattartalma részben ismert (= hozzáadott szőlőcukor), részben ismeretlen (x) volt. A B-A és C-A sorok azon különbözetet mutatják, melyet a vizelet szénhydrattartalmában, valamint a vizeletből kicsapható benzoat mennyiségében, szőlőcukornak a vizelethez adása által előidéztam.

Mint hogy ezen különbözetek kiszámítása által módunkban van a vizeletben foglalt szénhydratoknak tisztán szőlőcukorból álló, ismert mennyiségű részét, ugyanazon vizeletből előállított benzoyleszterek megfelelő részletével szembe állítani, kiszámíthatjuk, hogy a vizelethez adott szőlőcukor 1 grammjának mennyi benzoat felelt meg. Ez úton egyszersmind a vizelet tényleges szénhydrattartalma és a belőle nyerhető benzoat mennyisége közötti viszony milyenségére vonatkozólag is a kívánt adatok birtokába juthatunk.

A táblázat 4-dik és 6-dik rovatának számai azt mutatják, hogy a NaOH-os kezeléssel előkészített vizeletből fractionált benzoylozással nyert eszterkeverék $0.47-1.22$ grammja, a közömbös eczetsavas ólommal kezelt vizeletből előállított benzoatnak pedig $0.87-1.57$ grammja felelt meg 1 gr. szőlőcukornak. A vizeletben foglalt szénhydratoknak minőség és mennyiség szerint pontosan ismert része és az ezen résznek megfelelő benzoatesapadék súlya tehát az esetek szerint igen széles határok között ingadozó viszonyban állottak egymáshoz.

A benzoylozás teljességére, valamint a vizeletből nyerhető benzoyleszterek mennyisége és a vizelet szénhydrattartalma

közötti arányra vonatkozó kísérleteim tehát a következő eredményeket mutatták:

A benzoylozás által a vizelet összes szénhydratjaiból kicsapható százalék nem volt állandó, hanem teljesen egyező benzoylozási eljárás mellett is az egyes vizeletek szerint széles határok között ingadozott.

A vizelet phosphorwolframsavas kezelés után megmaradó redukáló képességének szőlőcukor-egyenértéke és a vizeletből nyert benzoat mennyisége között állandó arányosságot nem lehetett felismerni.

Hasonlóképpen nem találtam állandó arányosságot a vizeletből nyert benzoat súlya és ugyanazon vizelet fufuroltfejllesztő képességének szőlőcukor-egyenértéke között.

Végül a vizelethez adott $0.1-0.2\%$ -nyi szőlőcukor súlya szintén nem állott állandó arányban azon többletkez, melyet a vizelet szénhydrattartalmának ezen ismert értékkel növelése a benzoatesapadék mennyiségében — a szőlőcukorral nem kevert vizeletrészletből nyert benzoatok mennyiségéhez viszonyítva — okozott.

A fentiekben vázolt kísérletekből kitetszik, hogy a vizeletből nyerhető eszterkeverék mennyiségéből a benzoylozott vizelet szénhydrattartalmának nagyságára csak hozzávetőleges következtetést vonhatunk. Tekintettel ezen körülményre, a Schotten-Baumann-féle benzoylozástól — mely különféle anyagok minőségi és mennyiségi megvizsgálásánál oly kiváló szolgálatokat tett, mely különféle élettani kérdések megoldására s ezek között éppen a vizelet szénhydrattjai minőleges felismerésére és elkülönítésére új utakat nyitott — az ép vizelet szénhydrattjainak mennyiségi meghatározásánál, a módszer jelenlegi alakja mellett, kielégítő eredményeket nem várhatunk.

Irodalom. 1. Abeles M.: Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1879. 3., 12. és 22. sz. — 2. Alfthan K.: Deutsche med. Wochenschr. 1900. 49. 1. — 3. Baisch K.: Zeitschr. f. physiol. Chem. XVIII. k. 1893. 193. 1. — 4. Baisch K.: Zeitschr. f. physiol. Chem. XIX. k. 1894. 339. 1. — 5. Baumann J.: Berichte d. deutsch. chem. Ges. XIX. évf. 1886. 3218. 1. — 6. Bence-Jones: Chem. Soc. Quart. Journ. XIV. k. 22. 1. Lásd: Chem. Centralbl. 1862. 633. 1. — 7. Brücke E.: Sitzungsber. d. k. k. Akad. in Wien. II. oszt. XXIX. k. 1858. 346. 1. Lásd: Henle és Meissner: Bericht ü. d. Fortschr. d. Anat. u. Physiol. im Jahre 1858. 348. 1. — 8. Duhomme: Bull. gén. de therap. 1878. Lásd: Jahresb. ü. Fortschr. d. Thierchem. IX. k. 159. 1. — 9. Flückiger M.: Zeitschr. f. physiol. Chem. IX. k. 1885. 323. 1. — 10. Fodor G.: Jubiláris dolgozatok Korányi F. negyedszázados tanári működésének megünneplésére. Budapest, 1891. 304. 1. — 11. Friedländer M.: Archiv d. Heilkunde. VI. k. 1865. 97. 1. — 12. Hager H.: Pharm. Centralbl. XVIII. k. 233. 1. Lásd: Chem. Centralbl. 1877. 585. 1. — 13. Huizinga D.: Pflüger's Archiv f. d. ges. Physiol. III. k. 1870. 496. 1. — 14. Koch F.: Orvostermészettud. Értesítő. 1894. 231. 1. — 15. Kueny L.: Zeitschr. f. physiol. Chem. XIV. k. 1890. 330. 1. — 16. Külz E.: Pflüger's Archiv f. d. ges. Physiol. XIII. k. 1876. 269. 1. — 17. Landwehr H. A.: Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1885. 369. 1. — 18. Lecoq: Gaz. hebdom. de méd. et de chir. X. k. 1863. 36. 1. — 19. Lemaire F. A.: Zeitschr. f. physiol. Chem. XXI. k. 1895. 442. 1. — 20. Lespiau: Comptes rend. de l'Acad. d. Sciences. 1848. 10. sz. Lásd: Canstatt és Eisenmann: Jahresber. ü. d. Fortschr. d. Heilkunde. 1848. 57. 1. — 21. Luther E.: Methoden der Untersuchung des Harns auf Zucker und über das Vorkommen von Kohlenhydraten im normalen Harn. Inaug. Dissert. Berlin. 1890. — 22. Maly R.: Sitzungsber. d. k. k. Akad. in Wien. II. oszt. LXIII. k. 1871. Lásd: Jahresber. ü. Fortschr. d. Thierchem. I. köt. 174. lap. — 23. Meissner G. és Babo L.: Zeitschr. f. rat. Med. 3. II. k. 1858. 321. 1. — 24. Molisch H.: Sitzungsber. d. k. k. Akad. in Wien. II. oszt. XCIII. k. 1886. 912. 1. — 25. Moritz F.: Münch. med. Woch. 1889. 281. 1. — 26. Moritz F.: Arch. f. klin. Med. XLVI. k. 1890. 217. 1. — 27. Moscatelli R.: Moleschott's Untersuchungen. XIII. k. 1881. 103. 1. Lásd: Jahresber. ü. Fortschr. d. Thierchem. XI. k. 195. 1. — 28. Pavy F. W.: Guy's Hosp. Reports. XXI. k. 1877. 413. 1. Lásd: Jahresb. ü. Fortschr. d. Thierchem. VII. k. 205. 1. — 29. Quinquaud: Compt. rend. Soc. de Biol. 1889. 349. 1. Lásd: Cblt. f. Phys. 1889. 236. 1. — 30. Roos E.: Zeitschr. f. physiol. Chem. XV. k. 1891. 513. 1. — 31. Rosin H.: D. med. Woch. 1900. 497. 1. — 32. Salkowski E.: Zeitschr. f. phys. Chem. XVII. k. 1892. 229. 1. — 33. Seegen J.: Sitzungsber. d. k. k. Akad. in Wien. II. oszt. LXIV. k. 1871. 48. 1. — 34. Seegen J.: Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1879. 129. és 273. 1. — 35. Schiff H.: Annal. d. Chem. u. Pharm. CXII. k. 1859. 368. 1. — 36. Schiff H.: Berichte d. deutsch. chem. Ges. XX. évf. 1877. 540. 1. — 37. Schilder: Wiener m. Blätter. 1886. 13. f. Lásd: Geyer J.: Orvosi Hetilap. 1888. 856. 1. — 38. Schotten C.: Ber. d. deutsch. chem. Ges. XVII. évf. 1884. 2544. 1. — 39. Thierfelder H.: Zeitschr. f. physiol. Chem. XI. k. 1887. 388. 1. — 40. Treupel G.: Zeitschr. f. physiol. Chem. XVI. k. 1891. 47. 1. — 41. Udránszky L.: Mathematikai és természettudományi értesítő. VI. k. 1888. 234. 1. és Zeitschr. f. phys. Chem. XII. k. 354. és 377. 1. — 42. Ugyanaz: Orvosi Hetilap. 1889. 575. 1. és Ber. d. naturforsch. Ges.

zu Freiburg. IV. k. 5. f. — 43. Ugyanaz: Jubiláris dolgozatok *Korányi F.* negyedszázados tanári működésének megünneplésére. Budapest, 1891. 150. l. — 44. *Udránszky L.* és *Koch F.*: Orvostermészettud. Értesítő. 1894. 99. l. — 45. *Vvedenskij N.*: Zeitschr. f. physiol. Chem. XIII. k. 1888. 122. l. — 46. *Wehmer C.* és *Tollens B.*: Annal. d. Chem. u. Pharmac. CCXLIII. 1888. 314. l. — 47. *Worm-Müller J.* és *Hagen J.*: Arch. f. d. ges. Physiol. XVI. k. 1878. 567. l. — 48. *Worm-Müller J.*: Arch. f. d. ges. Physiol. XXVII. k. 1882. 107. l. — 49. Ugyanaz: Arch. f. d. ges. Physiol. XXXIV. k. 1884. 576. l.

T Á R C Z A.

A gyógyszerkönyv és a recipe nyelve.

(Folytatás.)

20. *Acidum citricum*. „Mintegy 1650-on megolvad”: *circiter 1650 liquescunt*. Helyesen: *circiter ad 1650 l.*

21. Ugyanott: „Sósasavas ammoniumtól alig zavarosodjék meg”: *Ammonia oxalico vix perturbetur*. (E h. ammonio.)

22. *Acidum hydrochloricum conc.* „Három köbcentimeter sósavat . . . elegyits”: *centimetra tria acidi hydrochl. misce*. (E h. centimetra cubica tria.)

23. Ugyanott: „Quintupla quantitate aquae dilutum . . . sedimentum non praebeat etiam si prius cum jodi solutione ad colorem flavum tinctum fuit”. Itt a *fuit* helyett *conjunctivus*nak kellene állnia.

24. *Acidum nitricum conc.* „A rézforgácsot feloldja s ez alatt barnavörös gőzöket fejleszt”: *cuprum metallicum, vaporibus fuscorubris aufugientibus solvat*. Helyesen: *vaporibus . . . emissis solvit*.

25. U. o. *hinc inde*, ennélfogva. (L. 7. pont.)

26. U. o. „25 köbcm. savmértő folyadékot telítsen”: *liquoris acidimetri centimetra cubica 25 neutra reddunt*. Helyesen: *reddant*.

27. U. o. „kevés bromkáliummal”: *paucillo kalio bromato*. E h. *paucilla* quantitate kalii bromati. (Sok más helyen is előfordul.)

28. *Acidum phosphoricum*. „Ennélfogva 100 köbcentimeterének súlya 112 gramm legyen”: *hinc inde centimetra cubica centum ponderi grammatum 112 respondeat*. Helyesen: *quapropter centim. cubica . . . respondeant*.

29. U. o. „Kétannyi vízzel higitva”: *quantitatae duppla aquae dilutum*. (E h. quantitate dupla.)

30. *Aconitinum germanicum*. „Maradék nélkül égjen el”: *sine residuo comburat*, e h. *comburatur*. Hogy ez nem sajtóhiba, az kétségtelen, mert a gyógyszerkönyv számos más helyén (*Antifebrinum*, *Chininum*, *Chin. bisulf.*, *Chin. hydrochlor.*, *Chin. sulfuric.*, *Phenacetinum*, *Salipyrinum*, *Salolum* stb.) is előfordul.

31. *Aconitum*. „A gumók . . . liszes törésűek”: *tubera fracturam farinosam ostentanda*; e h. *ostentantia*.

32. U. o. „A gumók hevenyében csipős szagúak”: *odor tuberorum recentium acris*. Minthogy *tuber* a 3. ragozásba tartozik, *tuberum* a helyes.

33. U. o. *tubera parva tenua*; e h. *tenuia*.

34. *Aloë*. „2 rész forró vízben barna színűen oldatik”: *in aquae fervidae partibus duabus coloris fuscii solvitur*. Helyesen: *colore fusco*.

35. *Aluminium hydroxydatum*. „Oldd fel forró lepárolt vízben, 2500 grammban”: *solve in aquae dest. fervidae grammatibus duobus mille quingentis*; e h.: *solve in . . . grammatibus* (v. még helyesebben és a latin nyelv szellemének megfelelőbben: *grammatum*) *duobus milibus et quingentis*; vagy: *grammatibus bis mille, quingentis*. Általában a latin sarkszámokat oly tudatlanul kezeli a fordító, hogy annak jellemzésére alig lehetne a botányosnál enyhébb kifejezést választani. A szövegnek számtalan helyén megfigyelhető azon elemi szabályról, hogy a sarkszámoknak 4-től egészen 200-ig csak egy végződésük van, tehát nem deklinálhatók; vagy arról, hogy a *mille* a singularisban ragozhatatlan melléknév, a többesben pedig ragozható főnév. A gyógyszerkönyvnek ezen tekintetben való kardinalis tévedéseire már *Maizner* is rámutatott s én csak néhány példát idézek a hibák nagy tömegéből. Az *Aqua amygdalarum* cz. fejezetben (73. lapon) azt mondja, hogy *grammata millia et ducenta* (e. h. *gmta mille ducenta*); pár sorral alább: *gmtibus octo millia* (e. h. *gmtum octo milibus*, vagy *gmtibus octies mille*); az *Aqua calcis saccharata* cz. fejezetben: *gmta viginta quinque* (!); s hogy ennek nem kell okvetetlenül sajtóhibának lenni, azt a többi durva botlások valószínűvé teszik. A *Collyrium adstring. luteum* cz. fejezetben (179. lap) az áll, hogy: *Spiritus diluti grammatibus quadragintis* (quadraginta helyett). Az *Empl. anglicanum* cz. fejezetben: *gmta octoginta* áll s hogy nem sajtóhiba, ugyancsak az bizonyítja, hogy sok más helyen is előjön. Ilyen latin szó azonban nem létezik: nyolcvan csak octoginta vagy octuaginta lehet. A 199. lap alján az áll, hogy *grammata tria*; ezt már csakugyan sajtóhibának nézném, ha mindjárt a következő oldalon két helyen is elő nem fordulna: *grammata mille* és *grammata centum et viginti quinque*, s hogy a hiba még bosszantóbb legyen, az utóbbi kifejezés után vastagon nyomva az van zárójelbe téve, hogy (105)! A 203. lapon (fent) megint *grammatibus quadragintis*; ugyanazon oldalon (alul) *grammatibus quinquagintis*. A 205. lapon: *grammata ducenta et quadraginta*; következő sorban: *gmta centum et viginti*; lejjebb: *gmta septuaginta et quinque* és *gmta triginta et octo*, mely kifejezések szintén nem kifogástalanok, mert a deákban az a szabály, hogy összetett számoknál 20-tól 100-ig rendszeren a kisebbik szám van elől et kötőszóval, 100-on felül pedig a nagyobbik szám áll

elől et kötőszó nélkül. Tehát a fenti kifejezéseknek igazában így kellene írva lenniök: *gmta ducenta quadraginta, centum viginti, quinque et septuaginta, octo et triginta*. A 217. lapon (Extr. aloës): *gmtibus duo milibus* (duobus h.); alább: *gmtibus milibus* (mille h.); a 221. lapon (Extr. colocynthidum): *gmtibus ducentis et quinquagintis* (ducentis quinquaginta h.); a 233. lapon (Extr. ratanhae): *gmtibus duo milibus* (duobus h.); a 263. lapon (Globuli martiales): *grammatum quadragintorum*! A 291. lapon (Infus. rhei): *gmtum centum et sexagintorum*! A 367. lapon (Mel rosatum): *gmtibus quadragintis*! A 377. lapon (Mucilago g. arab.): *gmtibus sexagintis*! Az 539. lapon (Syrupus althaeae): *gmtibus trecentis quadragintis*! A következő lapon (Syrupus aurant.): *gmtum sexagintorum* (háromszor egymás után!). A következő lapon *quadragintorum* és *quinquagintorum* stb. stb.

36. *Amygdala amara*. A külső maghéj *integumentum*-mal van fordítva. A botanikában *testa*-nak nevezik azt.

37. *Amyle nitrosa*. „Szaga eltűnik”: *odor evanescent* (e. h. *evanuerit*).

38. *Angelica*. „A gyökér vastag tökéből áll”: *radix constat e rhizomate crasso*. Botanikai képtelenség, mert a mi *radix*, az nem lehet *rhizoma*. Igaz, hogy ez már nem a fordító hibája, hanem a magyar szövegé.

39. U. o. „A kereskedésben előjövő gyöktörzsek mellékgökörei stb.”: *rami rhizomatis, qualis plerumque venalis est etc.* Az ugyancsak ropogós fordítás közben elfelejtette a fordító, hogy *rhizoma* semleges nemű.

40. *Anisum stellatum*. „Arboris japonici” (e. h. japonici).

41. *Anisum vulgare*. „A termés sűrűn pelyhes buracsenk (!)”: *diachenium . . . dense puberulum*. Ilyen latin szót a legnagyobb szótárakban és botanikákban sem találók. Miért nem *pubescens*, *hirsutus* stb.?

42. U. o. „A termésfelek egyenletes, oldalvásti szélékkel ellátott bordákkal”: *mericarpiis . . . costis aequabilibus, lateralibus marginatibus*. Érthetetlen; igaz, hogy a magyar szöveg is az.

43. U. o. „Igen illatos szagú”: *odoris intense aromatica* (e. h. *aromatici*). „Édeskés ízű, rágáskor a nyelvet kevésbé égető”: *saporis subdulcis, masticati* (talán *masticando*?) *linguam paullum urentis*.

44. *Antifebrinum*. „A nedves kék lakmuspapírt ne vörösítse meg”: *chartam exploratoriam caeruleam in rubram ne convertet*. A „nedves” kimaradt; továbbá nem *convertet*, hanem *convertat*.

45. *Antipyrinum*. „Oldatából két köbcentimeter”: *centimetri duo solutionis* (e. h. *centimetra cubica duo soluti*). „Egy csepp ferrichlorid-oldattól sötétvörös színt ölt”: *cum gutta una ferri sesquichlorati colore belle rubrum induunt* (e. h. *cum gutta solutionis ferri sesquichlorati mixta colorem intense* vagy *solide rubrum induunt*).

46. *Aqua amygdalarum*. „Numerus centimetrorum cubicorum . . . indicatur quot grammata acidi hydrocyanici in grammatibus mille liquoris destillati continentur.” Eltérés a magyar szövegtől, mely nem azt mondja, hogy hány gramm van a párlat ezer részében, hanem azt, hogy általában mekkora a cyanhydrogen mennyisége 1000 részben? Továbbá nem *indicatur*, hanem *indicat*. Ugyane czikkben: *grammata millia* és *gmtibus octo millia* (lásd 35).

47. *Aqua destillata*. „Száz köbcentimetre, kénhydrogengázzal telítve”: *centimetra cubica centum gase hydrogeni sulfurato saturata*. A *gas* újkori, nem latin szó; azért is leghelyesebb azt lehetőleg kerülni vagy másképp körülírni; így pl. a mult század elejéről való francia *codex*ben a „gázfejlődés” úgy van fordítva, hogy „*evolutio vaporum*”. Mert ne lehetne a fenti mondatot, a *gáz* kihagyásával, egyszerűen úgy fordítani: „*centimetra cubica 100 hydrogenio sulfurato saturata*”. *Maizner* azt is kifogásolja, hogy a *gas* deklinált alakban is sok helyen előfordul a gyógyszerkönyvben; szerinte ugyanis ez a szó ragozhatatlan, de ebben téved, mert a régi chemiai és gyógyszer-tani munkákban gyakran találjuk a *gas*-nak, mint 3. deklinatióba tartozó főnévnek ragozott alakjait. Így az 1805-ben kiadott amsterdami gyógyszerkönyvben azt olvasom, hogy „*prioribus gasis partibus elapsis*”. Az 1819-diki hannoveri gyógyszerkönyvben pedig: „*prioribus gasis, quod evolvitur, partes effugere sinendo . . .*” Semmi esetre sem helyesíthető azonban, hogy a M. Gykv., néha ugyanazon czikkben, hol 3., hol 2. ragozásba tartozó főnévként kezeli a *gas*-t. Így pl. az *Aqua hydrosulphurata* cz. fejezetben (647. l.): „*In aquam destillatam frigidam immitte gas hydrosulphuratum bene lotum; aqua circiter ter tantum gasi voluminem solvit*”. És lejjebb: „*Liquor explorandus gaso hydrosulphurato saturatum*”.

48. *Argentum nitricum fustum*. „Praeparati qualitates argento nitr. cryst. simile” (e. h. *similes*).

49. *Arnica*. „Sugaras, narancssárga kosárvirágzat, nyelv alakú, körülbelül négy mm. széles, hármass fogú, himszálak nélküli széli virágokkal; a közepén levő virágok esővesek, himnösek, ötfogasak”: *capitula radiata, luteo-aurantiaca, floribus radii ligulatis, quattuor millimetra circiter latis, tridentatis, anantheris; discis tubulosis, hermaphroditis, quinqueidentatis*.

Először is sajnálattal konstátálom, hogy ez a fejezet, úgy mint nem egy botanikai (gyógyszerismeri) latin czikke a gykvnek, *szó szerint* le lett másolva az osztrák gykvből, ezt a másolatot aután természetesen magyarra is lefordították. Nem tudjuk eléggé kárkoztatni ezt, a magyar tudományosságot sajnálatos módon diskreditáló eljárást, a mely ugyancsak éles fegyvert szolgáltatott kedves szomszédjainknak, a kik bizony siettek belekiabálni a tudományos világba, hogy a *Pharmacopoea Hungarica*-nak csak a czimlapja az, a mi tündöklően önézetes, míg a belsejében szolgalmódra van összehordva az olyan adatok tömege, melyet osztrák agyvelő eszelt ki és rakott le az osztrák gykvben. Nem mondom, hogy olyan munkában, melyben sok közismert, mondhatnám elementaris tudományos adat (különösen leíró részlet) van, ne fordulhassanak elő olyan kifejezések, sőt egész mondatok, melyek más hasonló

természeti munkákban is hasonló alakban felfedezhetők: de már azt még sem szabad közönyösen vennünk, ha egész fejezetek, olykor a sajtóhibákkal, sőt *veszedelmes sajtóhibákkal* együtt, szolgalmódról lemasolatnak. Ez történt pl. a M. Gykv. I. kiadásában az arzénessavval, miről *Kremel* osztrák gyógyszerész egy meglehetősen elterjedt brosjájában a következőket írja: „Bei Angabe der Maximaldosis (des *acidum arsenicosum*) befindet sich in der Originalausgabe der Oesterreichischen Pharmacopoe ein gefährlicher Druckfehler, indem die Tagesgabe statt mit 0.012 Gramm mit 0.12 Gramm angegeben ist. In der Schneider'schen Übersetzung ist dieser Fehler corrigiert, die Pharmacopoea Hungarica hat ihn jedoch gewissenhaft nachgedruckt!“

A fenti mondatban különben érdekes hibát követ el a magyar másoló. Ugyanis azt, a mi az osztrák szövegben (helyesen) úgy áll, hogy *disci* (genitivus *discus*-tól), minthogy a másoló nem értette meg, hogy miről van szó, *discis*-re javította ki, mi által a mondat érthetlenné vált. *Discus* annyit tesz a botanikában, mint virágpárna, a vaczoknak váncoszerűen megduzzadt része, mely nem lehet sem „tubulosus“, sem hermaphrodit. Utóbbi jelzők *flores* (*disci*)-re vonatkoznak.

U. e. cikkben lejjebb: *tres millimetra* (*tria* h.); továbbá: *folia subtus pallidiosa* (*pallidiora* h.).

50. *Asa foetida*. „Igen erős foghagymaszagúak:“ *odori vehementis sive alliacei*. Mit keres itt a *sive*? Megnézem az osztrák gykvét s azt látom, hogy e helyen „*vehementissime alliacei*“ van írva benne. Ez tehát sajtóhiba; a másoló vagy a szedő *vehementissime*-t *vehementis* *sive*-re darabolta szét, a mi érthetetlen e helyen.

51. *Atropinum sulfuricum*. „Emelygést okoz:“ *nauseam causat*. Causo, are rendkívül ritka használatú ige létezik ugyan, de annyit tesz, hogy „veszekedni, pörölni“. Helyesen van az osztrák gyógyszerkönyvben: *nauseam movet*.

52. Ugyanott. „Ne acido sulfurico majori *grado* perturbetur“ (e. h. *gradu*).

53. *Bismuthum subnitricum*. „Solutionis . . . altera pars aqua diluta et cum hydrogenio sulphurato praecipitata“ (e. h. *praecipitata*) *liquor a sedimento filtrato* (e. h. *filtratus*) *evaporatione* (e. h. *evaporatus* v. *post evaporationem*) *residuum non relinquitur*“.

54. *Cantharis*. „Terendo cave, ne pulvis cantharidum respiretur, aut in oculis (!) introitur“. Introeo passivumban! s akkor is *indicativi* praesens-ben!

55. *Chininum bisulfuricum*. „Gramma unum solve in aquam calidam (!)“

56. *Cera flava*. „Pars una cerae cum partibus 20 *solutione aquosa* *boracis frigida concentrata cocta*“ (e. h. *solutionis aquosae* b. *frigide concentratae*).

57. *Cetaceum*. „Sistit massas . . . *crystallinus*“ (e. h. *crystallinas*), *in oleis pinguibus et aetheris solubiles* (*aethereis* h.). *In partibus tribus benzolo calefacta*“ (*benzoli* h.).

58. *Chamomilla*. „*Peranthodio umbricato*“ (*imbricato* h.), *floeculis disci tubulosi, radiis* (*radii* h.) *ligulatis*“. Ugyanazon értelmetlen másolás az osztrák gykvéből, mint a 49. alatt.

59. *China*. „*Fragmenta . . . saepe rhytidomatis duris instructa*“ (*rhytidomatibus* h.).

60. *Chininum*. „*Solve gramma unum . . . in gmtibus 40 spiritu* (*spiritus* h.) *et adde acidi sulfurici quantitatem tantam, ut parum acidula* (*acidulum* h.) *fiat*“. „*Postquam solutionem hanc aliquot guttis ammoniae fere alkalinae constitui*“: a magyar szövegben az áll, hogy az oldatot ammoniával *épen* alkalikussá kell tenni; minthogy azonban *fere* annyit is tesz, hogy *majdnem*, s annyit is, hogy *épen*, ennél fogva a latin szöveg ebben az alakjában kétértelmű.

Kóssa Gyula dr.

(Folytatása következik)

Közegészségügy.

Magyarország közegészségügye 1901-ben.

A magyar kir. kormánynak az ország közállapotairól szóló jelentésében a közegészségügyről fontos adatokat találunk. Ezeket a következőkben ismertetjük:

A *halálozási* arány 1901-ben 1000 lakosra 25.1 volt, szemben az előbbi évtized 29.8 arányával, viszont a születések száma újból csökkent és pedig egy év alatt 39.2-ről, 37.6-ra, a 90-es években megindult hanyatlás tehát tovább tart.

A *kórházak* ügye öröndetes fejlődést mutat, a múlt évben összesen 390 kórházban 25,593 ágy állott a közönség rendelkezésére. A fejlődés tehát az utolsó 5 év alatt jelentékeny, a mennyiben 1895-ben 344 kórházban 16,497 ágy volt befektethető. Nagyobb szabású kórházakat építettek: Besztercebánya, Esztergom, Losonc, községi kórházat 5 helyen emeltek, építő engedelmet 4 város kapott.

Az *orvosdoktorok* száma 4946 (kivülük még 247 okleveles sebész folytatott gyakorlatot), 100,000 lakosra 29.2 esik. Az orvosok száma 1895 óta, a midőn 4033-an voltak s így 100,000 lakosra 25.4 jutott, jelentékenyen emelkedett, eloszlásuk azonban még az eddiginél is kedvezőtlenebbé alakult, a mennyiben a városokban való letelepülés a vidék rovására tovább tart. Az 1901. évi szaporodásból csak 22 jutott a megyékre, míg a városi orvosok száma 113-mal gyarapodott s ebből is 102 a fővárosra esett!!

A hatósági orvosok száma 1895 óta, a mikor 2321 volt, fogyott, a mennyiben számuk 1901-ben már csak 2304, a javadalmazásuk azonban, bár kis mértékben, de mégis emelkedett és pedig 3,144,000 koronáról, 3,470,000 koronára.

A *bábaügy* öröndetes fejlődést mutat, úgy látszik, hogy a II. rendű bábák nemcsak sürgős szükségletet elégítenek ki, hanem úttörői lesznek nemcsak az ügynek, hanem az okleveles bábák elterjedésének is. 1901-ben Miskolc és Eperjes után Nyitrán, Rimaszombaton és Máramaroszigeten létesült tanfolyam, előkészítve van Kaposvár, Szatmárott és Nagyváradon. Az okleveles bábák képzését ösztöndíjakkal és adminisztratív intézkedésekkel fejlesztették.

A *trachoma* ellenes védekezés az eddigi keretben folyt (I. Szemészet 1902. 6. számában.)

Fontos adatot találunk az *országos betegápolási alapról* is. 1901-ben a jövedelem már *elégtelennek* bizonyult a kiadások fedezésére, a felmerült 2,123,985 korona túlkadás az államkincstár terhére esett, az 1899-ben megtakarított összeget tudvalevőleg az állami gyermekmenhelyek felállítására fordították.

G. E.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

Lehet-e a garat-, torok- és nyelvmandola (Waldeyer-féle gyűrű) a tuberculosis bevándorlási helye?

Közli: Pollatschek Elemér dr. belklinikai gyakornok, az Erzsébet királyné sanatórium rendelő gégeorvosa.

Irodalom. Virchow: Die krankhaften Geschwülste. 1864. — *Kölliker*: Handbuch d. Gewebelehre. 1862. — *His*: Untersuchungen über d. Bau d. Peyerischen Drüse. 1862. — *Waldeyer*: Über den lymphatischen Apparat d. Pharynx. Deutsche med. W. 1884. — *Stöhr*: Über Mandeln u. Balgdrüsen. Virch. Arch. 1884. — *Suchanek*: Über Scrophulose. Bresgens Samml. etc. 1896. — *Cornet*: Die Tuberculose. Nothnagel's Handb. — *Mendel*: Physiologie et pathologie de la respiration nasale. Paris. 1894. — *Aschenbrandt*: Die Bedeutung der Nase für die Athmung. Würzburg. 1896. — *Kayser*: Die Bedeutung der Nase etc. für die Respiration. Pflüger's Arch. 1887. — *Bloch*: Die Pathologie und Therapie d. Nasenathmung. Freiburg. 1889. — *Strauss*: Sur la présence du bacille de la tuberculose dans les cavités nasales de l'homme sain. Arch. d. méd. expér. 1884. — *Lewis Thomas*: On the structure of the haemolymph organs. Journ. of physiol. XXVIII. 1–2. — *Flick*: The implantation of the tub. bacillus. Philad. med. Journ. IX. 12. march. — *Watanabe*: Versuch über d. Wirkung in d. Trachea eingef. Tuberculosibacillen auf d. Lunge von Kaninchen. Beitr. z. path. Anat. u. allg. Path. XXXI. — *Esser*: Chronische Bronchialdrüsenanschwellung u. Tuberculose. Münch. med. W. XLIX. 9. — *Ribbert*: Über d. Genese d. Lungentuberculose. Deutsche med. W. XXVIII. 17. 1902. — *Klebs*: Zur Behandlung d. Tuberculose. Hereditäre Übertragung und andere Infektionswege. Münch. med. W. 1901. 4. — *Friedmann*: Über die Bedeutung der Gaumentonsillen von jungen Kindern als Eingangspforte für die Tub. Ziegler's Beiträge. XXVIII. 1900. — *Ulmann*: The tonsils as portals of infection. Med. News. LXXVIII. — *Freudenthal*: Tuberculose d. Tonsillen. New-Yorker med. Monatschr. 1901. — *Rivière*: La scrofule et les végétations adénoïdes. Lyon. méd. XLV. 1900. — *Paul Gallois*: La scrofule et les infections adénoïdiennes. Paris. 1900.

A tuberculosis elleni elkeseredett küzdelem mindenre kiterjeszti figyelmét, a mi ezen kór keletkezése, lefolyása és gyógyítása körül számba jöhet. Szorgalmas kezek kutatják azon forrásokat a melyekből, vagy a melyeken át a fertőzés a szervezetbe juthat, hogy ezeket megállapítva, a szervezetnek ellene való védekezését elősegíthessük, illetve az ártalmakat távol tarthassuk. A tuberculosis kivétel nélkül mindenütt előfordulhat az organismusban heveny vagy idült alakban, de a halálhoz vezető megbetegedés leggyakrabban a tüdőben van; igen nagy százalékba az eseteknek a gyermekkorban az agyhártya megbetegedése folytán vezet halálhoz. *Virchow* volt az, a ki tuberculosinak az organismusban való elterjedését részletezve megjegyezte, hogy 1864-ig, azaz midőn örökbeeső munkája (Die krankhaften Geschwülste) megjelent, a mandolák tuberculosisa észlelve nem lett és ezt főképp a vizsgálatok tökéletlenségének tulajdonította. A tuberculosis fertőzés-útjainak kutatásánál azonban, különösen a két utolsó évtizedben, számos szerzőnek figyelme fordult úgy a torok-, mint a garatmandola és a nyelv tövében elhelyezett nyiroktüszők, az úgynevezett nyelvmandola felé. Ezen képleteknek histologiai összetartozását különösen *Kölliker* és *His* írták le először és *Waldeyer* valamint *Stöhr* mutatták ki, hogy a garat oldalsó falain fekvő nyiroktüszők az említett mandolákat egymással megszakítás nélkül összekötik és így azok mintegy gyűrűt képeznek a légző és emésztő szervek bemeneti nyílásai körül; ez az úgynevezett lymphatikuss garat-gyűrű, vagy az elnevezés első használója után *Waldeyer-féle gyűrű*.

A tuberculotikus fertőzés szervezetbe bejutásának útja és módja körül felmerülő vitás kérdések állandóan szerepelnek az irodalomban. A tuberculotikus fertőzés a szervezetnek minden részén át bejuthat, sőt mint azt *Cornet* és mások kimutatták, a teljesen ép bőrön és nyálkahártyán át is történhetik a bacillusok bevándorlása, azonban a fertőzésnek fő útja mégis a légzés (*Cornet*, *Cohnheim*, *Koch*) és a táplálkozás (*Baumgarten*). Ha ezeket tudva tekintetbe vesszük, hogy a légzési és táplálkozási rendszer bejárata körül mintegy összefüggő gyűrűt képező, lymphocytáktól át-meg átjárt, lymphoid szövet foglal helyet, úgy az ezen szöveten át való fertőzés lehetőségétől nem zárkozhattunk el. Az orrgaratigeben elhelyezett *Luschka-féle* mandola, különösen ha megnagyobbodott, megtöretési helyét képezi az orron át beáramló és innen a garaton át a légcsőbe jutó levegőnek és már helyzeténél fogva is kedvező hely a levegővel bejutó bacillusok felfogására. A külön-

böző vizsgálatok (Bouchut, Mendel, Aschenbrandt, Kayser) eredményeképpen határozottan állítható, hogy szemben a szájlégzéssel az orrlégzés tekintendő a levegő beáramlása rendes módjának, ezért figyelembe kell vennünk azon kérdést, vajjon a garatmandolához eljutó levegő csirmentes-e, vagy pedig bejuthatnak-e oda kórokozó mikrobák és köztük a tuberculosis-bacillus is. Strauss ép ornyálkahártyán kimutatta a tuberculosis-bacillust, vizsgálatainak eredménye ellen azonban Jankelevitch azzal érvel, hogy azok orvosnövendékek, ápolók és a betegek körül foglalatokodó más egyénektől származtak és így irányadóknak nem tekinthetők. Bizonyos az, hogy a bakterium tartalmat illetőleg két részt kell az orrban megkülönböztetni, az egyik az orr bejárata és az alsó orrkagyló mellső vége, a hol a legkülönbözőbb bakteriumok egész raja található állandóan, és a másik a tulajdonképeni ornyálkahártya, a melyet igen sok szerző sterilnek talált, és ezt az orrváladék bakteriumölő hatásának tartja; mások az orrváladék ezen tulajdonságát tagadják. Kétségtelen azonban, hogy bakteriumok bejuthatnak az orr legfelsőbb részeibe is, a mint azt nemcsak Strauss bizonyította be, hanem Cornet is önmagán, a ki a tuberculosis-bacillus inhalációs fertőzését kutató kísérleteinél egy a fejet és az egész testet fedő kámszát viselt úgy, hogy csak szeméi voltak szabadon, és ezenkívül mindkét orrába laza gyapot dugaszt helyezett és daczára ennek a kísérlet végezte után orrában tbc. bacillusok voltak kimutathatók. Mindezen észleletek bizonyítják, hogy a bakteriumok a külvilágból eljuthatnak a garatmandoláig. A torokmandola az orrlégzés zavarainál a szájlégzés útján, vagy pedig ha az etetési fertőzési teoriákat (Cohnheim, Baumgarten) vesszük tekintetbe, a fertőzött táplálék által lehet tuberculotikussá. Ugyanez áll a nyelvívüvi mandolákról is.

A mandola-tuberculosisra vonatkozó legelső észleletek tuberculotikus egyénekre vonatkoztak és a vizsgálók, majdnem mind, körülbelül 95%-ában a phthisisben elhaltaknak torok- vagy garatmandola tuberculosisist állapítottak meg (Dmochowsky, Gottstein, Nicolle, Schlesinger, Strassmann stb.). A fertőzés létrejöttét a köhögés által kilökött nyákrészecskékhöz tapadó kóroagnak tulajdonítják. A torok- és nyelvívüvi mandolánál a fertőzés létrejövetelére igen egyszerűen elgondolható, a garatmandolánál azonban szükséges felvenni, hogy a köhögés alkalmával a betegeknek, a kikenél a fertőzés létrejön, a lágyzájpad záródása a hátsó garatfalhoz nem tökéletes és az így támadt részen löketnek fel a tuberculosis-bacillusokat tartalmazó köpetrészek. A mandola-tuberculosis a legkritikábban jelentkezik a karakteristikus fekély alakjában, leggyakrabban a mandola csupán megnagyobbodottnak látszik, máskor inkább sorvad, szöveti vizsgálatnál azonban óriás sejtek és néha, azonban nem mindig, bacillusok is találhatók. Trautmann-nak azon nézetét, hogy a mandola túltengéseket leggyakrabban tuberculosis okozza, a vizsgálók legnagyobb része megcáfolja.

A secundær módon megbetegedett mandola tuberculosisának ezen rejtett alakja irányította a vizsgálók figyelmét annak kutatására, vajjon a mandolák nem képezhetik-e rejtett tuberculosis székhelyét, különben egészséges organismusnál, a honnan azután a fertőzés különféle alkalmi okok kapcsán az organismusban elterjedhet. Bonczolásoknál nagyon gyakran találtak különféle szervekben rejtett tuberculosisist, a mely teljesen elszigetelve csupán az illető helyre szorított és sem tünetet, sem általános fertőzést nem okozott, így Bollinger a más betegségben elhalt hullák 25 százalékában, Kossel 40%-ban és Hecker 700 bonczolás közül 50 esetben talált latens tuberculosisist. A garatgyűrűnek anatómiai elhelyezése, szövettani szerkezete és a fent leírt physiologikus és pathologikus viszonyai a légzésnél és táplálkozásnál lehetővé teszik a kórokozó mikrobák behatolását és lehetővé teszik azt, hogy egy általános fertőzés kapujául szolgáljanak. A legtipikusabb példa erre a diphtheria, melynél a primaer megbetegedés a tonsillákból indul ki és a fertőzés innen terjed át az organismusra. Más betegségek közül különösen a polyarthrit is rheumatica az, a melyre vonatkozólag először lett klinikailag és kísérletileg bebizonyítva a fertőzésnek a mandolákon keresztül való bejutása. Boeck, Mautle, Pritchard, Groedel, Peltsohn, Loeb vizsgálatai ezen irányban eléggé meggyőzők. Staffel például egy nagyon gyakran ismétlődő polyarthrit is rheumaticánál, a melyhez minden egyes roham alkalmával súlyos mandola-gyulladás csatlakozott, a száj és torok szorgalmas ápolásával teljes gyógyulást ért el. Hasonló értékű klinikai észleleteink a mandolákon át bevándorló tuberculosisra nincsen ugyan, de a klinikai észleletek, állatkísérletek egész sora járul ahhoz, hogy a kérdést megvilágítsa. Strassmann volt az első, a ki a torokmandola rejtett tuberculosisát találta, 15 tuberculosisban elhalt egyén 21 tonsillájában 13-szor talált rejtett tuberculosisist. Dmochowsky 15 hasonló bajban elhalt egyénnél minden esetben. Míg ezen esetekben a mandolák megbetegedése másodlagosnak fogható fel, addig vannak pontos vizsgálatok arra is, hogy különben klinikailag kimutatható tuberculosisistól ment szervezetben is előfordul a mandolák ezen elváltozása. Dieulafoy, Dmochowsky, Pluder, Gottstein, Ruge, Walsham, Scheibner, Lermoyez és Macaigne, Friedmann részint óriás sejteket találtak, részint tuberculosis-bacillusokat.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Magyar Orvosi Vademecum. Szerkesztették: Nékám Lajos dr. és Kétyi László dr. II. kötet, 2. rész. Budapest, 1903. Ára köve 8 korona.

A II. kötet 25 éves második részének megjelenésével a dícséretes s helyes célzatú gyűjtőmunka befejezést nyert. Az Orvosi Hetilap az előző részeket már ismertette. Az előtűnk fekvő rész „A sebészet körébe tartozó tudományok”-at tartalmazza és pedig Kuzmik Pál A

sebészet, Kopits Jenő A csontok és ízületek sérülései és betegségei, Szabó József Stomatologia, Ónodi Adolf Az orrgarat és gége betegségei, Krepuska Géza A hallószerv betegségei, Blaskovics F. László A szem betegségeinek terapiája, Bárony János Szülészeti dióhéjban, Kenézy Gyula Nőgyógyászat, Illyés Géza Urologia című dolgozatait. E rész csakugyan megfelel azon várakozásnak, a melylyel egy Vademecummal szemben lehetünk. Gyakorló orvosaink azt kapják, a mire szükségük van: a budapesti egyetemi klinikákon elfogadott terapiás eljárások ismertetését. Az egyes disciplinák — egytől eltekintve — arányos helyet foglalnak el s minden egyes fejezet elárulja, hogy szerzője nagy anyagon szerzett személyes tapasztalatai alapján írta. Ezuttal általánosságban csak egy kifogást tehetünk (részletes bírálatot minden egyes fejezetről csak a megfelelő szakemberek irhatnának) s ez azon kissé erőszakos csoportosítás, mely olyan hatalmasan kifejldött főklínikai tárgyakat, mint a szemészet s szülészeti, nőgyógyászat s sebészet körébe sorol. Az orvosi tudományoknak belgyógyászatra s sebészetre való osztása rég letűnt idők maradványa. Ma lehet s kell is beszélünk az orvosi tudományok egyes kifejldött szakmáiról, de azok ilyen két osztályba való osztása nem vihető keresztül. Különben valószínű, hogy technikai okokból, a második kötet kettéosztásának kedvéért tették ezt a szerzők s természetesen a könyv belső értékéből mitsem von le. G. E.

A magyar orvosok és természetvizsgálók XXXI. vándorgyűlésének történeti vázlata és munkálatai.

Prochnow és Nuricsán szerkesztésében vaskos, 405 oldalra terjedő munka számol be az 1901. augusztus 21—24.-én Bártfán tartott vándorgyűlésről.

Beszámolva a gyűlés hivatalos részéről, ügyiratokról, jegyzőkönyvekről és a megnyitó és záró üléseken tartott beszédekről és előadásokról, négy csoportban közli a vándorgyűlésen tartott felolvasásokat. E csoportok közül az orvosi szakcsoportból 53, a természettudományi szakosztályból 5, a gazdasági és társadalmi szakosztályból 6 előadást közöl a munka, azután a tudományos estélyeken tartott felolvasásokat adja. A könyv végén a Krynicára és Zboróra rendezett kirándulások vannak leírva.

Különös érdekességet kölcsönöz a könyvnek, hogy Alexander Béla dr.-nak az X-sugarakról tartott előadását adva, 36 igen sikerült Röntgen-képet közöl előadó felvételei közül.

A mű a Franklin-társulatnál jelent meg.

M.

Uj könyvek. Lorand: Die rationelle Behandlung der Zuckerkrankheit. Berlin, A. Hirschwald. — Edelmann: Lehrbuch der Fleischi-hygiene. Jena, G. Fischer. — Bloch: Beiträge zur Aetiologie der Psychopathia sexualis. Zweiter Theil. Dresden, Dohrn. — Scherk: Die neurogene Ursache der Gicht und ihre Behandlung. Berlin, Kriegenbrink. — Bockenhimer: Über Schleich'sche Wundbehandlung. Leipzig, Breitkopf und Härtel. — Vaschide et Vurpas: La logique morbide. Tome I. L'analyse mentale. Paris, Société d'éditions scientifiques et littéraires. — Cherrin: Bégalement et autres maladies fonctionnelles de la parole. Paris, Société d'éditions scientifiques et littéraires. — Kovalevsky: La psychologie criminelle. Paris, Vigot. — Benta: Traitement des uréthrites chroniques. Paris, O. Doin. — Joulie: L'acidité urinaire. Paris, O. Doin. — Kelsch: Traité des maladies épidémiques. Tome II, fascicule 1. Paris, O. Doin. — Janet: Les obsessions et la psychasthénie. Paris, F. Alcan. — Alombert-Gogot: L'internement des aliénés criminels. Paris, Baillière et fils. — Deny et Roy: La démence précoce. Paris, Baillière et fils. — Thomas: Essai sur les altérations du cortex dans les méningites aiguës. Paris, Baillière et fils. — Springer: L'énergie de croissance et les léichines dans les décoctions de céréales. Paris, Masson et comp.

Lapszemle.

Gyógyszertan és méregtan.

A mesotanról, egy külsőleg alkalmazható antirheumaticumról ír Floret, ki a szert eddig mintegy 120 betegnél alkalmazta sikerrel izom és ízületi csúz eseteiben.

A mesotan, a salicylsavnak methyloxymethylestere, tiszta, kissé sárgás, majdnem szagtalan, olajjal jól keveredő folyadék, mely a bőrről igen jól felszívódik, úgy hogy röviddel alkalmazása után ki lehet a vizeletben mutatni a salicylsavat. Minthogy a szer hatása soká tart és igen energikus, egy recipére elég 50 grammnyi olajos keveréket felírni. (Egy teáskanálnyi keverék igen nagy felület bedörzsölésére elegendő.) A beteg testrészt naponta kétszer-háromszor teljesen elegendő bedörzsölni egy kevés mesotannal. Alkalmazása után a bőrön kífokú, nem kellemetlen melegérzés és bizsergés lép fel, majd azonnal megszűnik a fájdalom, a nélkül, hogy a bedörzsölt felületet vattával vagy valamely impermeabilis anyaggal be kellett volna fedni. Acut ízületi csúznál is jó eredményeket ért el Floret a szerrel, de főleg chronikus ízületi és izom-csúznál volt frappans a siker. (Deutsche med. Wochenschrift, 1902. 42. szám.) Marikovsky György dr.

A theocin (theophyllin) mint diureticum. Schmiedeberg laboratoriumában végzett vizsgálatok kimutatták, hogy a coffeinnal isomer többi három dimethylxanthin (theobromin, theophyllin és paraxanthin) sokkal hatékonyabb, mint a coffein, és hogy közülük a diureticus hatást illetőleg legerősebb a theophyllin és a paraxanthin. Utóbbi nagyobb mennyiségben eddig még nem volt előállítható és a theophyllin előállítása is theakivonatból annyira költséges volt, hogy egy kilogramm

körülbelül 12,000 márkába került volna. Ujabbban azonban a „Bayer und Comp.“ elberfeldi cégnek sikerült a theophyllint *Traube* módszer szerint synthetice nagyobb mennyiségben előállítani. A készítménnyel, mely theocin név alatt kerül a forgalomba, *Minkowski* tanár végzett vizsgálatokat. A theocin mérgező hatása körülbelül a coffeinével tehető egy fökra. Diuretikus hatása a vizsgált 16 eset közül csak kettőben nem mutatkozott, mert ezekben a bevételt követőleg egész szabályszerűséggel hányás következett be. A hatás néha rendkívüli volt; így egy aortainsufficienciában szenvedő oedemás betegnél, a kinél digitalis használata daczára a vizelet mennyisége 500—800 kem. között ingadozott, 0.4 gramm theocin után 24 óra alatt 7600 kem.-re emelkedett a vizelet mennyisége. Érdekes, hogy olyan esetekben, melyekben más gyógymódok hatása következtében a vizelet mennyisége már meglehetősen magas fokot ért el, theocinnal a diuresis még erősebben fokozódott. A theocin hatása azonban nem tartós, használatának abbahagyásával nagyon gyorsan esőkken a vizelet mennyisége. Ismételt használatkor is többnyire mind gyengébb lesz a hatás. A theocin a szívre úgylátszik teljesen hatás-talan; a coffeint tehát nem helyettesítheti. Némely betegnél gyomor-zavarokat okoz; ilyenkor erősen hígítva és étkezés után kell adni; különben valószínűleg sikerülni fog a theocin kettős sóit is előállítani, a mikor is subcutan alkalmazás mellett az emésztő szervekre néha gyakorolt káros hatás elkerülhető lesz. Egyéb kellemetlen mellékhatások nem jelentkeztek. Az adag 0.3—0.5 gramm 3-szor naponként, meleg theában oldva. (Therapie der Gegenwart, 1902. november.)

Belgyógyászat.

A *tabes dorsalis* és az aortitis összefüggésére vonatkozó vizsgálatáról számol be *Arullani*. 68 tabeses egyénél szerző 40 esetben (58%) talált aorta megbetegedést (aortitis, elégtelenség, aneurysma), annak — néha ugyan csak ismételt vizsgálat után — összes klinikai jelével. Ugyancsak 68 betegénél 77%-ban talált kimutatható lueses aetiologit. Szerző nemcsak konstatálja a két betegség gyakori összefüggését, de mindkettőt egy közös okból származtatja: a tabes a gerinczagnak, az aortitis pedig a véredényeknek syphilitikus megbetegedése. (Revue neurologique, 1902. 20. sz. 97. l.) *Hudovernig*.

Gigantismus és infantilismus. *Launois* és *Roy* esetet írnak le, melyben a két baj együttes előfordulását tüntetik fel. Az óriás növekedésre vonatkozó adat a 30 éves férfi 2 m. magas termete, az infantilismust mutatja a kis himesszű, kis herék, prostata sorvadás, szakálatlan arcz, a hónalj és szeméremdomb szőrtelen volta, anaphrodisia, gyermekes kedélyállapot, 27 éves korban támadt genu valgum. Érdekes, hogy a beteg folyton tovább nő és a Röntgen képek mutatják hogy a térd, kéz és ujjak epiphysis porcjai még megvannak. Ez esetben az alsó végtagok aránytalan hosszúsága a törzshöz képest és a sorvadott herék a *Buday* és *Jancsó* közleményében leírtakhoz hasonlítanak. Szerzők összefüggést keresnek a heresorvadás és infantilismus között. (Rev. neurol. 1902. 21. sz.) *ts.*

Sebészet.

Idegen testek a légutakban. *Schlender* azon makroszkopikus nagyságú idegen testekről értekezik, melyek a légzőapparatusba — kivéve az orrüregt — kerülhetnek és így fulladozást vagy egyéb complicatiót idézve elő, sebészi beavatkozást igényelhetnek. Idegen testek leginkább gyermekeknél, lelkibetegéknél, esetleg azonban egészséges embereknél is kerülhetnek a légzőapparatusba. Az idegen testek elhelyezkedhetnek a garatúr redőibe, a rima glottidisba, a Morgagni-féle tasakba. Kerülhetnek a hangszálalagok alá is, sőt a trachea mélyebb részeibe és a bronchusokba.

A tünetek melyeket ezen idegen testek okoznak, lehetnek primaerek: hányás, fulladási roham stb., lehetnek secundaerek, a mikor ott, a hol ezen idegen testek tovább időznek, lobokat, vérérszakításokat, gangraenát stb. okozhatnak. Ezen deponált idegen testek azon nagy veszélyt rejtik magukban, hogy e helyből kimozdulva bármely pillanatban esetleg fulladási halált idézhetnek elő. Elfekhetik egy ilyen idegen test 60 évig is a bronchusban, mint azt *Mackenzie* említi, mikor is 60 év után köhögte ki a beteg a lenyelt csontdarabot. A légzőapparatusba került idegen testek lehetnek — a mint erről előadó 12 esetben* beszámol — : ruhakapocs, csont, czeruzahegyet védő hüvely, bab, canule-darab, cseresznyemag, töltényhüvely darab. Ezek részben a légcsőben, részben a gégeben, sőt a bronchusokban voltak találhatóak.

Előadó itt egy érdekes eset alapján bizonyítja, hogy mily nehéz sokszor az idegen test fekvését diagnosztizálni. Egy 8 éves fiú czeruzahegyet védő pléh hüvelyt nyelt. E tárgy lenyelése óta heves gyomortáji fájása volt, sőt véreset is hányt. Laparotomia. Sem perforatio, sem idegen test a gyomorban. Seb begyógyulása után Röntgen-felvétel a mellkasról, mivel mellkasában székelő fájdalomról panaszkodik. Felvétel után látható volt a bal bronchusba beékelődött idegen tárgy. Műtét nem történt, mert a beteg időközben ezen idegen tárgyat sok bűzös genyvel együtt kiköpi. 8 hét múlva gyógyulva távozik. Hogy a gyomorverzést mi okozta, nem tudni. Cikke végén előadó különösen ajánlja a Röntgen-felvételt, mely nagyon jól bevált a bronchusokban fekvő nagyobb idegen test helyének diagnosztizálásánál. (Deutsche Zeitschrift für Chir., 64. kötet.)

Navratil Dezső dr.

* Friedrichshaini kórház kilosztályán az 1885. év óta előfordult esetek száma.

Bőrkórtan.

Veleszületett alopeciát észlelt *Audry*. A különben teljesen egészséges 4 éves leányka fején csak ritka lanugo szálakkal bír, úgy hogy a fejbőr mindenütt áttűnik. Rendes hajszálakhoz hasonlóak csak egy a fejtetőn jelenlevő naevus pigmentosuson találhatóak. A szemöldök szőrök satnyák s az alsó szemhéj pillaszőrei teljesen hiányoztak. (Journal des mal. cutan. et syph. 1902. 1. f.) *Poór.*

Epitheliomák gyógyítása körül elért sikerről referál *Piccardi*. Ötven esetében sikeresen alkalmazta a 20—50:100 resorcinkeverést, míg öt esetben a Cerny-Trunczek-féle s Mibelli által módosított szerelést (Rp. Acidi arsenicosi 1.0, Aether., Alcohol aa 25.0. MDS. Külsőleg) alkalmazta. Szerinte kis terjedelmű epitheliomáknál mindkét szer kitűnően beválk s relative rövid idő alatt szabályos heg jön létre. Előnyt ad ugyan a daganat sebészi úton való eltávolításának, de oly betegeknek, kik aversioval viseltetnek a műtét iránt, ajánlja e szereléseket. A resorcinos kezelést az arsenes elé helyezi azért, mert a neoplasmát környező szöveteket nem izgatja annyira, redukáló és keratoplastikus hatása van s végre a resorcinos kezelésnél a mérgezés nem fenyeget. (Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle, 1900. Ref.: Annales de derm. 1902. 74. l.) *Poór.*

Kisebb közlemények az orvostgyakorlatra.

Hetotall kezelt újabb 51 esetéről számol be *Weissmann*. Az esetek között volt 1 bélgümőkór, 2 esont- és ízületgümőkór, 12 mirigygümőkór, 26 tüdő- és gégegümőkór és 10 olyan eset, melyekben szervi megbetegedés nem volt kimutatható (ezek közül 9-ben pozitív volt a tuberculin-reactio, a 10. pedig súlyos anaemia képében jelentkezett gümőkór volt). Ez utóbbi 10 eset, valamint a bél- és mirigygümőkór-esetek mind meggyógyultak. A 2 esont- és ízületgümőkór-eset közül az egyik tetemes javulás után súlyos intercurrents influenza következtében végződött halálosan, a másik pedig sipolyképződéssel ankylotikus gyógyult. A tüdő- és gégegümőkór-esetek közül 12 az első, 14 a második stadiumba tartozott; az előbbiekből 11 gyógyult, 1 pedig abortussal kapcsolatos súlyos vérvesztések folyamán halálosan végződött; az utóbbiak közül 4 javult, 4 gyógyult, 2 állapota változatlan maradt és 4 meghalt. Az összes esetek 73%-a tehát gyógyulással végződött. (Aerztliche Rundschau, 1902. 40. szám.)

Nőbajokban thigenollal elért eredményeiről számol be *Merkel*. Méhnyakhurut, endo-, peri- és parametritis, lobos adnex-megbetegedés számos esetében használta a thigenol „Roche“-t, még pedig 10—15%-o thigenolt tartalmazó glicerinnel átitatott, minden második napon változtatott tampon alakjában. Heveny hüvely-blennorrhoea eseteiben is használta ezen tamponokat fertőtlenítő öblítések kíséretében. Az esetelések alapján tisztán használta thigenoltól is jó eredményeket látott szerző fissura ani, lobos haemorrhoidalis csomók, pruritus vulvae et ani eseteiben. A thigenol előnye az ichthyollal szemben, hogy szagtalan, a fehérneműből könnyen kimosható, fájdalom- és viszketéscsillapító hatású, végül pedig olcsóbb, mint az ichthyol-készítmények. (Münchener medic. Wochenschrift, 1902. 46. szám.)

Folyóiratok átnézete.

Magyar orvosi archivum, 1902. 6. füzet. *Török Lajos* és *Hári Pál*: Kísérleti vizsgálatok az urticaria pathogenesisééről. *Preisich Kornél* és *Heim Pál*: A tuberculin-reactio lényegéről. *Benedict Henrik* és *Surányi Miklós*: A typhusreconvalescensek anyagcseréjéről. *Chudorszky Móricz*: Gyomor-bélműtétek.

Gyógyászat, 1902. 50. szám. *Venetianer Jakab*: Adat a paralysis bulbaris casuistikájához. *Szigeti Henrik*: A contraer-sexualis érzésről törvényszerűi elméleti és büntetőjogi szempontból. *Ladányi Mór*: Sublimat-mérgezés gyógyszer-elcsérés következtében.

Orvosok lapja, 1902. 50. szám. *Fejér Gyula*: A szemteke záradásáról, különös tekintettel a sérülés okozta iris- és lencsehányra. *Konrád Jenő*: Az elmebetegség jogvédelme.

Magyar orvosok lapja, 1902. 50. szám. *Árdó Elek*: Újabb gyógyszer-ek. *Kemény Ignác*: Behring szere a gümőkór ellen. *Láng Kornél*: Az újabb húgysavoldó szerekről. *Berend Miklós*: Adatok az újszülöttek és csecsemők szájbántalmainak tanához. *Herczel Manó*: Casuistikus esetek a sebészet köréből. *Pólya Jenő Sándor*: Sérülés alapján kifejlődött kizárt rekeszsérve esete. *Szász E. Hugó*: Méhenküli terhességgel szövődött fibromyoma multiplex uteri operált esete. *Pozsonyi Jenő*: Kocsánycsavarodást szenvedett hypertrophiás vándorlép, lépkürtás.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1902. 50. szám. *Gomperz*: Új mesterséges dobhártyák. *Schatz*: Mikor áll be a szülés? *Hammer-schlag*: Megbetegedett nyirokmirigyek megszaporodása. *Steinhaus*: Addison-kór esete. *Dobrzyniecki*: A caries alveolaris specifica kezelése. *Löblowitz*: Stomatitis ulcerosa. *Englisch*: Penis-carcinoma. *Haudek*: A modern orthopaedia operatio-módjai.

Wiener klinische Wochenschrift, 1902. 50. szám. *Anton*: Az agy valódi hypertrophiája elváltozásokkal a thymuson és a mellékveséken. *Kienböck*: Vesekővek radiographiás diagnosisa. *Comisso*: Osteoplastikus carcinoma. *Hanszel*: Veleszületett torokpolypus.

Wiener medizinische Presse, 1902. 50. szám. *Ehrmann*: Neuralgiform fájdalmak a regio pubicában és inguinalisban ládaltal mellett. *Edelheit*: Az agydaganatok diagnosztikájához.

Berliner klinische Wochenschrift, 1902. 50. szám. *Kraus*: A sinus Valsalvae aortae dexter valódi aneurysmája. *Beckmann*: A pharynxtonsilla heveny lobosodásai. *Dosquet-Monasse*: Visszaélés bórsavval. *Brat*: Fehérjék befolyása a vérvaladásra. *Hirschlaff*: Gyógyserum morphiüm-mérgezés és más intoxikációk ellen. *Mendel*: Virchow befolyása a neurológiára és psichiatriára.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 50. szám. *Marx* és *Sticker*: Szárnyasok epithelioma contagiosuma. *Herzheim* és *Krause*: Syphilisben szenvedőknél található egy higanyreactionról. *Vörner*: Vérmegkék syphilisben szenvedők vérében és jelentőségük. *Joseph* és *Piorowski*: További adatok a syphilis-bacillusok tanához. *Bernhard* és *Blumenthal*: Congenitalis elephantiasis. *Lion*: Cerebrinotherapia epilepsiában. *Eulenburg*: Cerebrin epilepsziásoknál. *Schüller*: Tejsav kimutatása gyomornedvben.

Gazette hebdomadaire, 1902. 98. szám. *Nobécourt* és *du Pasquier*: Colibacillus okozta genyes meningitis. *Broca*: Paraplegiák Pott-kórban.

Le progrès médical, 1902. 49. szám. *Terrien*: Elektromosság okozta látászavarok törvényszerű orvostani szempontból. 50. szám. *Delbet*: Az appendicitis ritka szövődménye (iliopsoite appendiculaire).

La semaine médicale, 1902. 50. szám. *Jaboulay*: Az arteriák sebészete.

Journal médical de Bruxelles, 1902. 50. szám. *Delneville*: Agyvérzés okozta homonym incomplet hemianopsia. *Le Clerc-Dandoy*: Paravaginalis haematoma. *Gysélmek*: Tubo-abdominalis terhésség a hatodik hónapban.

The lancet, 1902. II. 23. szám. *Seymour J. Sharkey*: A szívizom klinikai szempontból. *J. W. Washbourn*: A pneumonia kórtana. *A. E. Wright* és *H. G. Knapp*: Typhus kapcsán keletkezett thrombosis kezelése. *T. S. Carter*: Obturatorok. *Stephen Mayon*: Kicsiny fémderabok eltávolítása a gyomorból külső műtét nélkül. *A. G. Phear*: A kettőzött első hang klinikai associációi. *H. Burnham*: A hypopion kerato-iritis gyógyítása. *J. W. Ingles*: Accidental is haemorrhagia esete. *A. E. Russell*: Eosinophilia Bilharzia-betegségben. *J. C. Thresh* és *F. L. Wood*: Osztriga okozta typhus és más betegségek. *H. W. Bayly* és *J. Lewes Timmins*: Pénzdarab okozta oesophagus-elzáródás két esete.

British medical journal, 1902. december 13. Jubileumi szám *Lister* tiszteletére. *Bergmann*: A jodoformgaze-zel kitömésről. *Lucas-Championnière*: A Lister-féle antisepsis a jelenben és a jövőben. *Durante*: Némely agylocalisatoról. *Bloch*: A sebek antiszeptikus kezelése. *Mikulicz-Radecki*: A patellatörés kezelése. *Howard Marsh*: Infectiv arthritis. *A. Ogston*: Lister hatása a hadsebészetre. *D. Berry Hart*: Pasteur és Lister. *Th. Annendale*, *H. C. Cameron*, *J. Chiene*, *W. Watson Cheyne*: Lister és az antiszeptikus sebészet.

Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1902-dik év 48. hetében (1902. november 23-dikától november hó 29-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1902. év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 751,177, katona 16,484, összesen 767,661. Elve született 381 gyermek, elhalt 337 egyén, a születések tehát 44-al multák felül a halálozásokat. — Születések aráyszáma: 1000 lakosra 27.5. — Halálozások aráyszáma: 1000 lakosra 22.8, az egy éven felüli lakosságnál: 19.1 az öt éven felüli lakosságnál: 17.1 — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 2, angina diphtheritica 6, pertussis 1, morbilli 5, scarlatina 12, variola 0, varicella 1, cholera asiaticus 0, typhus abdominalis 3, febris puerperalis 0, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 2, meningitis 8, apoplexia 9, eclampsia 7, szervi szívbaj 34, pneumonia 34, pleuritis 6, pneum. catarrh. 9, bronchitis 8, tuberculosis pulmonum 41, enteritis 19, carcinoma 13, ezek közül mérkék 0, egyéb újképleték 3, morbus Brightii et nephritis 6, veszülletett gyengeség 19, paedatrophia 0, marasmus senilis 13, erőszakos halálozások 8, ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 3, bal-eset 5, kétséges 0 (0). **II. Betegedések.** A) Betegforgalom a városi kórházakban. A múlt hét végén volt 3150 beteg, szaporodás e héten 896, csökkenés 907, maradt e hét végén 3139 beteg. B) Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1902. évi november 26-dikétől december 2-dikéig terjedő 44. héten a tisztí főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera 0 (0), himlő (variola) 0 (0), scarlatina 51 (52), diphtheria, croup 37 (38) hagymáz (typhus) 4 (8), kanyaró (morbilli) 100 (122), trachoma 4 (3), vérhas (dysenteria) 0 (0), influenza 0 (0), hökhurut (pertussis) 12 (17), orbáncz (erysipelas) 20 (29), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 0 (0) járv. fültőmirigylob 6 (8), ezenfelül varicella 86 (77).

⊙ **Egyetemi alkalmaztatások.** Az orvoskari tanártestület f. hó 16-dikán tartott ülésén a következőket választotta meg. A szemklinika: *Blaskovics László* dr.-t I. tanársegéddé (meghosszabbítás), *Scholtz Kornél* dr.-t II. tanársegéddé (meghosszabbítás), *Rácz István* dr.-t díjas gyakornokká. A II. számú női klinikához: *Boleman Béla* dr.-t díjas gyakornokká. A II. számú belgyógyászati klinikához: *Hollós Gábor* dr.-t díjtalan gyakornokká. Az élettani intézet: *Halász Aladár* dr.-t II. tanársegéddé. A II. számú sebészeti klinikához: *Kuzmík Pál* dr.-t adjunctussá (meghosszabbítás). Az I. számú kórboneztani intézet: *Feldmann Ignác* dr.-t I. tanársegéddé (meghosszabbítás), *Entz Béla* dr.-t II. tanársegéddé (meghosszabbítás). Az egyetemi fogászati intézet: *Walheim Béla* dr.-t díjtalan gyakornokká. A bőrkórtani intézet: *Hlatky Tivadar* dr.-t és *Kollarits Béla* dr.-t díjtalan gyakornokokká.

□ **Kitüntetés.** *Szili Adolf* dr. egy. cz. rk. tanár, kórházi főorvosnak és törvényes utódainak a közügy terén szerzett érdemei elismerésül a király a magyar nemességet adományozta.

□ **A budapesti kir. orvosgyógyászati f. évi december 13-dikán tartotta évzáró közgyűlést,** melynek lefolyásáról külön mellékletünk számol be. Sajnálattal értesülünk, hogy *Grósz Emil* az egyetemen újra megválasztott buzgó titkára lemondott állásáról. A szokásos társasvacsorát 1903. január 3-dikán tartják meg. A tagokat a háznagy külön-külön értesíteni fogja.

⊗ **Az őszi orvosi képzésként,** melyet *Elischer Gyula* kartársunk buzgósága létesített a budapesti fiókszövetség védnöksége alatt, nemcsak erkölcsileg, hanem anyagilag is fényes sikereket mutat fel. Az első leszámlálás szerint ugyanis a nyugalomdíj és segély-alapnak 11,550 korona jut. Ez összegből 7500 korona tisztán tárlati bevétel.

⊕ **Kinevezés.** *Kertész Mór* dr.-t a belügyminister a marosvásárhelyi állami közkórházhoz másodorvossá nevezte ki.

| **Az orvosi tiszteletdíjaknak** számla útján való kötelező behajtásának eszméjét vetette fel a lipótvárosi orvostársaság. Az eljárás módjait pontokba foglalva megküldi a többi kerületi orvostársaságoknak is, hogy azt tárgyalva közösen benyújthassák a budapesti orvosok szövetségének.

⊕ **A budapesti józsefvárosi orvostársaság** f. hó 15-dikén tartotta közgyűlését. Megválasztották: *Kéty Károlyt* elnöké, *Qirner Lajost* alelnöké, *Baros Jenőt* jegyzővé, *Stáhl Ignácot* tiszteleti taggá.

— **A nyitrai vármegyei közkórházban** az 1901. év folyamán — mint azt *Biringer Ferenc* dr. kórházi igazgató kimutatásából olvassuk — 2411 beteg nyert ápolást 540 műtétrel. Az elmekórosztályon összesen 207 beteget ápoltak. Alorvosok gyanánt működtek: *Szabó Tivadar* dr., *Adler Lipót* dr., *Járos Lipót* dr., *Arkenberg Béla* dr. A II-odrendű bábaiskolában, melyben *Thuróczy Károly* dr. kir. tanácsos, vármegyei tisztifőorvos felügyelete alatt *Biringer Ferenc* dr. kórházigazgató végzi az oktatást, az 1901—2. év téli hónapjaiban 3 tanfolyam volt 20—20, illetve 17 hallgatóval.

Lecithotherapiának nevezik azon eljárást, mely szerint a szervezetben oly nagy szerepet játszó lecithint, melynek megfoglyatkozása főleg az ideg- és csontszövet táplálását sérti súlyosan, *tojássárgájából* nyert lecithin adagolásával pótolják. *Danilevsky*, *Gilbert* és *Fournier* stb. szerint lecithin hatása alatt a testsúly gyorsan gyarapodásnak indul, még előrehaladottabb tüdővész és marasmus eseteiben is. Kitünő a hatása *neurastheniánál*: megszünteti a testi és szellemi kifáradás többé-kevésbé súlyos tüneteit; a csontképzés bántalmainál (főleg a *rachitisnél*) szintén bevált. Magyarországon egyedül a *Richter G.* féle gyógyszerár állítja elő és pedig a *Lecithin Richter-t* (tabletták alakjában) és az *Ol. jecoris aselli c. lecithino sec. Richter-t* (R. féle lecithines csukamájolajat). Bővebb felvilágosításokkal és irodalommal az előállító cég szolgál (*Richter G.* gyógyszer. Budapest Üllői-út 105.) valamint lapunk hirdetési rovata.

„**Fasor-** (Dr. Herczel-féle) **sanatorium.**” Ujonnan épült magán-gyógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek** részére. **Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz.** — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitünő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospectus.



Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő

Budapesten.

Természetes forró, meleg kénes források, iszapfürdők, iszaporogatások. zubany-massage, vizgyógyintézet, villany-fényfürdők, gőzfürdők, kö- és kádfürdők, gyógyviz uszodák. Olcsó és gondos ellátás. **Csúsz, köszvény, ideg-, bőrbajok** stb. felől kimerítő prospectust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő r. t. igazgatósága** Budán.

Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézete, Budapesten, VIII., József-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle koncentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Radiotherapia. — Átvilágítás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kivánatra bővebb értesítés.

KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

Elektromagneses intézet dr. Grünwald-féle sanatorium külön pavillonjában **Budapest, Városligeti fasor 13.** Elektromagneses erő alkalmazási tere: **álmatlanság, izomcsúsz, neuralgiák, ischiás, szívneurosisok, ideges gyomor-, bélbántalmak, migraine, stb.** — **Orvosi vezetés.** — Kezelés egész napon át. Mérsékelt díjak. Kivánatra prospectus.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (XXIII. rendes ülés 1902. évi december hó 3-dikán.) 833. l. — Közkórházi orvostársulat. (XI. bemutató ülés 1902. október hó 15-dikén.) 834. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XXIII. rendes ülés 1902. december 3-dikán.)

Elnök: Schwarz Arthur. Jegyző: Ritoók Zsigmond.

Eszmecsere Dollinger Gyula és Imrédy Béla előadása felett: „Gastroenterostomia és jejunostomia.“

(Folytatás.)

Kövesi Géza kifejti, hogy az ulcus ventriculi sebészi gyógykezelésének tárgyában a vélemények még mindig oly ellentétesek, hogy a kérdés már csak azért is megérdemli a behatóbb tárgyalást, továbbá azon körülménynél fogva, hogy főként a német sebészek részéről mutatkozik törekvés a gastroenterostomia indicatioinak terét mindinkább kiszélesíteni, úgy hogy épenséggel helyénvaló, hogy a kérdés a belgyógyászok és sebészek között ismételtelen tényleges észleletek és tapasztalatok alapján minden elfogultság nélkül tételessé megbeszélés tárgyává, mivel csak ez úton várható ezen nagyfontosságú kérdés végleges és egyöntetű megoldása.

Az ulcus ventriculi sebészi kezelésének indicatioi lehetnek abszolútak vagy relatívek.

Az elsők közé tartozik a gyomorperforatio, melynél ugyan a műtét eljárás vajmi ritkán fogja a beteg életét megmenteni. Ide kell sorolnunk a heges pylorus szűkületet is, mely más úton nem szüntethető meg. Ezen kérdésnél azonban figyelembe veendő, hogy számos esetben bonczani szűkületre tétetik a kórisme, a midőn pedig a gyomorkiürülés akadályos csak functionális jellegű. E kérdésnek eldöntése még a műtét esetében is nehézségbe ütközhetik, a mint Mikulicz is említi. Sőt látva azon törekvéseket az ulcus functionális jellegű következményes tüneteinek is gastroenterostomiát végezni, ennek kóros következményei mutatkoznak abban, hogy a gyakorlat embereit a korai sebészi beavatkozásra csábíthatja és hogy az ulcus belgyógyászati kezelése oly esetekben is megrövidíthetők, a hol consequens belgyógyászati eljárások is eredményhez vezetnének.

A relatív indicatioik közé kell sorolnunk a gyomorfekély sebészi kezelését. A nagyfokú gyomorfekélyek igen foudroyans módon lépnek fel és a betegnek csakhamar oly súlyos állapotot idéznek elő, hogy műtetre még gondolni sem lehet, másrészt pedig az ily nagyfokú vérzések igen mélyreható, a szomszédos szervekre folytatódó fekélyesedés következményei, a melyekben a gastroenterostomia sem befolyásolhatta volna a bántalom lefolyását; a fekély excisioja pedig kivihetetlen. A vérzések második indicatioja volna az ismételtelen mutatózó, bár kisebbfokú haematemesis. Ezen esetekben a vérzés tulajdonképpen nem képez indicatiót, mivel az elvérzés veszélye nem fenyeget, hanem egyedül az ulcus gyógyulásának lassú lefolyása vetheti fel a sebészi beavatkozás kérdését; már pedig a gastroenterostomia sem biztosít újabb vérzések fellépése ellen, a mint azt egy esetben alkalma is volt észlelni.

Miként alakulnak a viszonyok a nem complicált gyomorfekély sebészi kezelésénél, a melyek állítólag belgyógyászati kezelés útján nem voltak befolyásolhatók? Ezen esetek egy részéhez tartoznak azon gyomorfekélyek, a melyek vagy igen nagy terjedelműek, vagy pedig összekapaszkodva a májjal és pancreassal, ezekben is fekélyesedést hoznak létre; ezen esetekben a gastroenterostomia is vajmi keveset javíthat, mivelhogy hiányzik az ulcus spontán gyógyulásának azon alapfeltétele, hogy a fekély szélei a gyomorcontractioiok segítségével egymással érintkezzenek. Az indicatioik között szerepelnek a hosszantartó fájdalommal és hányással együttjáró fekélyek is, a melyek gyakori és ismételt pylorus-spasmushoz vezetnek. Ezek tényleg a belgyógyászati kezeléssel szemben a legellentételűbbek, azonban kedvezően befolyásolhatók szigorú rectalis illetve extrabuccalis táplálkozás, bismuth nagy adagjai és atropin útján. Sőt továbbmenve, az ily gyakori pylorus-spasmusoktól kísért és motoros insufficienciával járó ulcusesetek kezelése eredményesebbé tehető az által, ha kellő időben a pangást gyomorsonda segítségével megelőzzük; éppen a gastroenterostomia legfőbb javalata, hogy a gyomorbéli pangást mechanikus úton megszüntesse, ez pedig ily esetekben czélszerű diéta és sonda útján való rendszeres kiürítés segítségével is elérhető.

További szövdmény, mely sebészi beavatkozás tárgyát képezheti, perigastralis összenövés. Ennek kórisméje igen megbízhatatlan és ha ezen bizonytalan tünetek alapján javasolnók a műtétet, úgy ismét csak számos esetben felesleges műtétet végeztetnének.

Másrészről pedig a lappangva lefolyó perigastritis oly elváltozásokhoz vezethet, a melyeken semmiféle műtét eljárással sem változtathatunk, mint egyik esetében, a hol a gyógyult gyomorfekély következményeképpen diffúz peritonitis fibrosa fejlődött ki.

A gastroenterostomia hatására vonatkozólag öt esetben végezett gyomor-functionális vizsgálatokat a műtét előtt és a műtét után. Ezek közül három esetben hyperchlorhydria és motoros insufficiencia állott fenn. Minden esetben a gyomornedv aciditása a műtét után csökkenést mutatott. Egyik esetében például 79-ről 32-re. Az aciditásnak ezen

csökkenése a mechanikus akadály megszüntetése után kétségtelenné teszi, hogy ezen esetekben a fennálló hyperchlorhydria másodlagos volt, és a motoros insufficiencia következményeképpen állott fenn.

Szóló e helyütt Imrédy azon kijelentésére reflektál, hogy a gastroenterostomia sikerének állandósága attól függ, hogy mennyiben befolyásolta a műtét az aciditási viszonyokat. Korántsem tagadja ezen körülménynek jelentőségét, úgy véli, hogy első sorban mechanikus akadályoknak megszüntetével a gyomorcontractioiok erőteljesebbé válnak és kedvezőbb helyzet áll elő az ulcus gyógyulására, hiszen az ulcusoknak egy jó részénél hyperaciditás nem is forog fenn és egyik esetében a vérzések újból felléptek a gastroenterostomia után is, a hol normális aciditási viszonyok állottak fenn.

A visszafejlődésnek már nem ily teljes képét nyújtja a gyomor dimensioinak vizsgálata, amely esetekben már a műtét előtt jelentékenyebb fokú ectasia állott fenn, azonban ezután sem fog a gyomor rendes nagyságára visszafejlődni. Ezen körülmény azonban mit sem von le a gastroenterostomia hatásának értékéből, minthogy természetesen a műtéttel a motoros működés lényegesen javul.

Szóló néhány szóval érinti a gastroenterostomia utáni első napokban mutatkozó gyakori hányást, a mely szorosan összefügg a gyomor és bél között létrehozott communicatio záróképességével. Gyakori észlelet, hogy a gastroenterostomia után az első napokban, a midőn a per os való táplálkozás megkezdetik, ismételt hányás lép fel, a mely tulajdonképpen mechanikus okokra nem vezethető vissza, hanem csak akként értelmezhető, hogy a nyílás nagysága, másrészt pedig a táplálék mennyisége és consistentiája szerint nagyobb mennyiségek jutnak bele a vékonybélkacsba, a mely az illetőn traumára erőteljes contractioval felel, tempore pangás áll elő, a tápanyag egy része visszakerül a gyomorba és innen kiürítettik.

Az előadó felvetette azt a kérdést, hogy a gyomorbél-communicatio helyén úgyiszlóan záróizom fejlődne. Saját eseteiben a műtét után még hosszabb idő múlva is a gyomorban állandóan epe jelenléte volt kimutatható, már pedig ezen körülmény, ha nem is tulajdonítunk neki egyébként nagyobb jelentőséget, mindenesetre a teljes záródás ellen szól. A gyomorfekély gyógyulásának esélyei, úgyiszlóan gyógyulásiaink különbözők a fekély elhelyeződése, a fekély nagysága és a vele járó szövdmények minősége szerint és nem egyszer vagyunk azon helyzetben, hogy sebészeti segínyt is kell igénybe vennünk, azonban minden egyes esetben a sebészi beavatkozás szüksége és annak eshetősége a belgyógyász részéről a legszigorúbban mérlegelendő.

Hirschler Ágoston nem veszi hosszú ideig igénybe az ülés figyelmét, mert Kövesi tagtárs mindazt elmondotta, a mit belgyógyász szempontjából el lehet mondani; csak néhány rövid megjegyzésre szorítkozik. Azt kell mondania, hogy bizonyos paradox helyzetben érzi magát Dollingerrel szemben, aki carcinománál a gastroenterostomiát nem akarja végezni. Azon esetek közt, a melyeket Dollinger szóló kérésére operált, éppen az első eset, a melyet a „Sebészeti módszerekben“ is leírt, eredményében éppen ellene szól annak, a mit ő mondott. Az 55 éves embert 1897-ben operálta. Kitént, hogy inoperabilis carcinoma van jelen. Gastroenterostomiát végzett és a beteg 45-75 kgr.-ról 51-5 kgr.-ra hizott. Nem mond újat, mikor azt állítja, hogy úgy ezen, mint más általa operált esetben öröm volt látni a betegnek gyarapodását és a súlyos kórképnek megváltozását. A beteg étvágytalan volt, hányt és kétségbeesett helyzetében új életerőt kapott a műtét után; étvágya is megjött, testsúlyban is gyarapodott és hónapokon át élvezte még az életet. Ez és más tapasztalata azon meggyőződésre vezetett, hogy a műtét palliative is végzendő; ezért csatlakozik Kuzmik tagtárs véleményéhez, hogy téves diagnózis esete is előfordulhatván, mulasztás volna nem laparotomiát illetve gastroenterostomiát, hanem jejunostomiát végezni.

Szóló nagyjában azt mondja, hogy ritkán találta indicálnak a műtétet. Csak carcinoma pylorinál és stenosis pylorinál. Complicatio nélküli fekélyeknél, még rebellis esetekben is, kitartó kezelés meghozza a sikert. Fontos azonban, hogy az eseteket individualizálni kell. Két esetét Dollinger operálta. 1900. áprilisában 20 éves varrőleányt, kit hat év óta csillapíthatatlan gyomorfájdalmak és hányás gyötörték, 1898-ban pedig egy gázgyári munkást, ki 15 év óta szenvedett ulcus ventriculiban. Belső gyógykezelésre jobban érezték magukat, de anyagi viszonyaik miatt nem követhették a bajuk által javasolt élet- és étrendet, nem gondozhatták magukat kellőképpen, azért kérésére Dollinger gastroenterostomiát végzett rajtuk — gyönyörű eredménnyel.

Gyakorlati szempontból fontos a perforatio kérdése. 1895-ben szóló arra kérte Herczelt, hogy egy beteget operáljon meg, kinél ulcus pepticum után perforatio jött létre. 25 órával a perforatio után történt a műtét és bár genyes hashártyalob volt jelen, gyógyulás következett be. Tehát ily késő operatio is indicálva van perforationál.

Másik tapasztalatla ritkaságánál fogva érdekes. Egy betegénél heges pylorus szűkület miatt végzett Herczel gastroenterostomiát. A műtét előtti napon és a műtét napján a gyomormosás alkalmával tetania lépett fel, mely súlyos complicatiót és általános nézet szerint contraindicatiót képez az operatióra. A beteget mégis megoperálták és meggyógyult. (Vége következik.)

Közkórházi orvostársulat.

(XI. bemutató ülés 1902. október 15-dikén.)

Elnök: Hirschler Ágoston. Jegyző: Juba Adolf.

(Vége.)

Medvei Béla: Szóló négy hasonló, intermittáló hydronephrosis esetet észlelt gyakorlatában és kettőben hasonlóképen a bemutatottéhoz, a nagyon mozgékony vese képezte az alapokat. Hogy az ureter megőrzésének meggátolása tényleg csak a vese-fixáló eljárással lehetséges, azt egy esete is bizonyítja, melyben azonban ez a fixálás művi beavatkozás nélkül létesült. 28 éves asszonynál igen mozgékony jobb oldali vesével, hirtelen ureter-incarceratio tünetek lépnek fel duzzanattal, mely több mint 24 óráig tart, mikor oldalt fektetéssel és manualis igazítással az incarceratiót ki lehetett egyenlíteni. Többszöri ismétlődés után Tauffer tanár nephropexiát ajánlott. A beteg nem egyezett bele, még három rohamot állott ki, mikor egyszer kis perinephritis, peritoneitis pár hét alatt a vesét megrögzítette és a rohamok kimaradtak. Ez persze szerencsés eset. — Szólónak egy második esetében a veserögzítés nem mutatott eredményt. 24 éves férfinál hasonló alapon fejlődött a bántalom. Hosszas reábeszélésre megoperáltatta magát Bécsben, de egy év múlva újra jelentkeztek a rohamok, bár nem oly hevesen. Újbóli operációt ajánlott szóló, de a beteg nem egyezett bele.

A vese odavarrása sem közömbös. Ezt igazolja egy operált esete szólónak, melyben az operatio után lépett fel incarceration, úgy, hogy 24 óra múlva fel kellett a sebet fejteni és újra odavarni, a mikor rögzítve maradt a vese.

Más okokból is előfordulhat az intermittáló hydronephrosis. 32 éves férfi 1889-ben megbetegszik, vesekőre gyanus, karlsbadi kúrát használ. Baloldalt a hypochondriumban feltűnt egy nagy, gömbölyded, sima, rugalmas képlet, mely a légzési mozgásokat nem követte. A tompulata átment a lép tompulatába, másnapra a daganat fájdalmasabb, nagyobb, harmadnapra daganat, fájdalom eltűnnek. Szóló hydronephrosisra csinálta a diagnózist. A rohamok még néhányszor ismétlődtek. Kő kizárható volt, mert sem vér, sem kő nem jelentkezett a vizeletben. Nyomra vezetett egy zsinór szerű képlet a gerincoszlop mentén, melyen mogorónyi daganatok voltak. Ez az ureter volt, és mert lücsű volt, higanyt, jódkaliumot kapott és meggyógyult. Tíz év óta nincs roham. Még egy körülményre figyelmeztet. Szóló a kitapintott vesében sohase tapasztalt fluctuatiót, melyet mások tapasztaltak. A gyakorló orvos szempontjából tartja érdekeseznek a felhozott eseteket.

Herczel Manó: Az intermittáló hydronephrosisnak természetesen sokféle oka lehet: kő, daganat stb., a mi a terapiát is irányítja. A bemutató esetben bandage nem vezetett volna eredményre, de ezek a hydronephrosis acut és súlyos eseteiben úgy sem vezetnek eredményre. A nephrorraphia ma már meglehetősen veszélytelen beavatkozás és jól végezve mindig sikerre vezet.

Esetek a májchirurgia köréből.

Fischer Aladár: 1. F. J. 44 éves nő. Két év óta vannak a jobb hasfelében rohamok, melyek jelentkező fájdalmak, melyek a hátha sugározni ki. Felvétetett a Navratil tanár osztályára. Jól fejlett csont- és izomrendszer, mérsékelt tápláltság, kifejezett icterus. Mellkasi szervek épek. Has puffadt, falai lazák. Májtoimpulát 5 ujjnyival haladja meg a bordaívot, itt a májszél tapintható, a máj mobilis. A kitapintható alsó szélnek megfelelőleg a linea mamillariban tyúktöjásnyi, sima, elastikus, a légző mozgásokat a májjal együtt követő, nyomásra igen érzékeny tumor. Székletét világos-barna. Nagy kólikaszerű fájdalmak, bőrvizketés. Diagnózis: choletithiasis. A palpálható és feszes epehólyagból a cysticus chronikus elzáródására lehetett következtetni, a chronikus icterusból pedig a choledochusban levő akadályra. 1902. augusztus 22-dikén bemutató laparotomiát végzett. A metszés irányát illetőleg a Lawson Tait, Kehr, Riedel és mások által ajánlott hosszmetészt használta, a rectus külső szélének megfelelőleg még a rectus-rostok között vezetve, mert ez több áttekintést enged meg, mint a Courvoisier-féle ferde metés. Kiderült, hogy az epehólyag elülső és medialis felületéhez erős adhaesiokkal van a duodenum függélyes szára és felső hajlata odaerősítve; ezeket bemutató leválasztotta és úgy az epehólyagot, mint az epeutakat szabadá tette. Azután az epehólyagot a hasúr gondos kitömése után megpungálta és megnyitotta, a mikor kiderült, hogy viztiszta folyadékot tartalmaz. Egy kő volt a ductus cysticus és hepaticus összeszőgellésénél és egy lejjebb a choledochusban. Ezeket eltávolította és a choledochus sebeit elzárta öltésekkel, az epehólyagot kivarrta és a hassebet, kivéve a choledochus-varratig vezetett tampon helyét, elzárta. Lefolyás ideális, gyógyulás.

2. V. K. 46 éves nő régebb idő óta szenved kólikákban, néhány hónap óta a has jobb felében daganatot vesz észre. Belső kezelésre nem javult, így került a szt. Rókus-kórház I. sz. sebészeti osztályára. Alacsony termetű, jól táplált beteg, mellkasi szervek épek, has kissé puffadt, hasfalak lazák. A jobb regio epigastricában mintegy két-ökölnyi, kevésbé mozgatható, légzési mozgásokkal alig követő, egyenetlen, tömött tumor. Gyomorbelek részéről nincs zavar. A bal rectus szélen bemetszés: a flexura coli dextra, a gyomor pylorikus része, a duodenum felső vízszintes és függőleges része és a szomszéd vékonybél-kacsok egy lapszerű, összenövések által összetartott convolutumot képeznek, mely csak nagy fáradsággal volt megoldható. A convolutum közepén az epehólyag feküdt, melyhez a belek rögzítve voltak. A tyúktöjásnyi epehólyagot szóló szabadá tette, elővonta és megnyitotta: tartalma tiszta epe és 17 darab epekő volt. Ezt a hólyagot kivarrta és a hasfalat — kivéve a tampon bevezetésére szánt alsó zúgot — zárta. Az egy epekő által okozott pericholecystitis okozta az adhaesiokat és ezek okozták az ökölnyi tumort. Gyógyulás zavartalan.

3. M. J. 32 éves férfi. Öt év óta van nyomási és feszülési érzése a máj tájon, két év óta daganata van ugyanitt, mely lassan nő. Jól táplált és fejlett, kissé anaemiás férfitbeteg. A jobb borda alatti és jobb regio epigastrica félgömböszzerűleg előredomborodik. Emberfeji, gömbölyű, sima, elastikus, élénken fluctáló, a légzési mozgásokat jól követő tumor érezhető. Cystosus májtumor — valószínűleg echinococcus. Punctio a seb nem záródása miatt contraindicált, mert az echinococcus-folyadék toxint tartalmaz, mely halálos intoxicatiót hozhat létre. Épen úgy létrejöhet a peritoneum diffusz fertőzése. Ezért a punctiót követnie kell a radikális műtétnek. Szóló a Lindenbaum-féle egyidejű incisio eljárását végezte. A jobb bordaívra párhuzamosan megnyitotta a hasüreget, ekkor befeküdt a sebbe a golyószerű tumor, mely megpingáltatván, echinococcusnak bizonyult; a peritoneum parietale a bőrszövethez, a tumor hashártyaburka pedig a fal hashártyához varratott. Incisio egyrekesű hólyagot derített ki, melynek fala kiirtott, a visszamaradt üreg pedig steril-gaze-zal kitömött. Lefolyás zavartalan.

Vékonybél szűrt sebe, laparotomia, gyógyulás.

Fischer Aladár: K. J. 23 éves férfi, folyó évi augusztus 24-dikén hasbaszűrták, a mentők hozták be Navratil tanár osztályára. A bal regio hypogastricában a középvonaltól lateralisan 4 cm.-re, ferde, 3 cm. hosszú, a hasfal összes rétegein áthatoló, simaszélű seb, melyen át ujjnyi darab cseplesz van előesve. A has bal felén az izomzat erősen összehúzódott. Érlökés 100—110. Hányás. Az eredeti seb hosszabbításával szóló az áthatoló sebész miatt azonnal laparotomiát végzett, mely béke idején *absolute indikálta van*. De ezt a délafrikai háború tapasztalatai sem döntötték meg. Megnyitván a hasúr, részint az omentumon, részint a bélkaecok közt lésárdarabok találtak, melyeket szóló exacte eltávolított, a bélsárral mocskolt csepleszdarabot pedig resecálta. Majd egy alsó ileumkacsot meglelte a mintegy 2 cm. hosszú, harántirányú perforációt is. Ezt két étage Lambert-varrattal elzárta, majd a hasüreget gondosan átvizsgálva, ezt is elzárta. Peritonealis izgatottság néhány nap alatt lezajlott és a beteg meggyógyult.

Külső metészs nélkül végzett alsó állkapocsresectio.

Fischer Aladár: M. E. 20 éves nő. Három hónap óta ér z fájdalmakat alsó állkapcsában és ez idő óta alsó állkapcsa jobb fele feltűnően vastagszik. Legvastagabb a jobb praemolarisok táján és innen előre a bal incisivusig, hátra az utolsóelőtti zápfogig terjed, a fogak bele látszanak temetve lenni a tumorba, az elülső fogak meglazultak. A tumor esontkemény, közepé valamivel lágyabb. A centralis sarcoma miatt az állkapocs resectioja volt indikálva. Hogy a torzulás elkerültesék, bemutató két műfogást használt. A műtétet külső bőrmetszés nélkül végezte, azután a megfelelő prothesis mintáját még műtét előtt elkészítette, és mielőtt lehetséges volt, alkalmazta. A gingivát a fogak előtt és mögött azoktól 1 cm. távolságra bemetszette, a bal caninustól kezdve jobb felé haladva végig, azután a metszőfogakat kihúzta. Elül és hátul a metszőfogak táján raspatoriummal a lágy részek letoltattak, úgy hogy egy Gigli-fűrész vezetett szóló az állkapocs körül, azután az állkapocst a kóros határán túl a bal caninustól átfűrészelte. Ezután a jobb állkapocsfelet esontfogóval megfogta és folytonos előhúzás közben raspatoriummal, késsel felszabadította és a kóros határán túl az utolsó molaris mögött lefűrészelte. Praeventive tracheotomiát végzett a vérzés-csillapíthatás és a műtét exact volta czéljából. A prothesist a beteg eleinte nem tűrte, később rendszeresen alkalmaztatott. A beteg gyógyult, a műtét nyoma nem látszik.

Körmöczy Zoltán: Az alsó állkapocs resectioja után fellépő heges zsugorodás háromféle kellemetlen következménnyel járhat. 1. Asymmetrice közelítvén egymáshoz a fűrészvégeket, erősen torzítja az arcot. 2. Az állkapocsnak megmaradt részlete a heges zsugorodás folytán oldaleltolódást szenvedvén, a rajta esetleg még meglévő fogak a felső fogsor fogaival articulálni nem fognak, miáltal a rágás nehéz, esetleg lehetetlen. 3. A zsugorodás folytán az állkapocs is kisebbedik; már ezen körülmény, továbbá a tiszta beszédhez oly szükséges fogak és állkapocsrészek hiánya erősen hátrányára vannak a beszéd tisztaságának. Ezért előzőleg prothesist kell és lehet készíteni, mely állandóan viseltetvén, a heges zsugorodásnak eredményesen ellenáll. A műtét előtt megminta a az állkapocst gypsben, ezen modellen a műtő megjelöli a resectio helyét. Ezt kifűrészeli és ebbe belekészíti a prothesist, mely, ha fogak maradtak még, ezekre fixálható. De ha, mint itt, hátrafele nincs fog, egy felső szájpadi lemezt készít, a melyről lefelé haladó spirális rúgók a prothesist a szájfőnyélhez szorítják. Eleinte nem jól ül, azért Bergmann későbbre ajánlja, de a zsugorodás bekövetkezte előtt czélszerű a prothesist behelyezni. Fémről készüljön ez és csavarral szétfeszíthető legyen a zsugorodás meggátolása végett. De ez drága lett volna, ezért szóló kaucsukból állította elő, mely teljesen bevállik.

PÁLYÁZATOK.

Egy 4000 korona biztos jövedelmet hozó kényelmes **körorvosi állás** betöltendő. A német nyelv tökéletes értése okvetlen szükséges. Bővebb felvilágosítást nyújt Buzinkay László gyógyszerész, Vémend (Baranyam.).

6063/1902. közg. szám.

Öndöd községben lemondás folytán megüresedett községi orvosi állásra pályázatot hirdetek a felhívom a pályázni szándékozókat, miszerint az 1876. évi XVI. t.-cz. 143. §-a és az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előírt képesítést feltüntető okmányokkal felszerelt kérvényüket 1903. évi január hó 30-dikáig beárólják a moóri szolgabírói hivatalhoz beadják.

Az állás javadalmazása 1200 korona évi törzsfizetés, éjjel-nappal egy korona látogatási díj, esetenként 60 fillér halott kémleti díj, a hűssemleért a vármegyei szabályrendeletben megállapított díjnak szedhetése és 3 szoba, konyha, kamara, padlás és istállóból álló szabad lakás.

A nyilvánvaló szegények ingyen gyógykezelendők.

A választás határidejéül 1903. évi január hó 31-dik napjának d. e. 9 órá-
t Ondód község házához kitűzöm.
M o o r, 1902. évi december hó 13-dikán.

Korách Sándor, főszolgabíró.

4543. szám.

A nagysomkúti járási orvosi állás betöltése céljából pályázatot hirdetek.
Évi javadalmazás: 900 korona fizetés és 600 korona útiutalvány.
Minősítés tekintetében az 1883. évi I. t.-cz. 1. és 9. §-ai irányadók. A tiszti-
orvosi vizsgálat letételének igazolását nélkülöző kérvényeket figyelembe nem veszem.
Pályázati kérvényeket ez év végéig átvesszek.
Nagykároly, 1902. évi december hó 4-dikén.

Gróf Hugonnay Béla, főispán.

7284/1902. szám.

Talpas községben megüresedett községi orvosi állásra pályázatot hirde-
tek s a választásnak Talpas község székházánál leendő megejtésére határidőül
1903. évi január hó 13-dikának délelőtti 10 óráját tűzöm ki.
A községi orvos javadalmazásai 1200 korona évi fizetésből, továbbá 40 fillér
nappali, 80 fillér éjjeli látogatási s 40 fillér halottkémlelési díjból áll.
Felhívom mindazokat, kik ezt az állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876.
évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előírt minősítést igazoló okmányokkal felszerelt kér-
vényeket hozzám 1903. évi január hó 12-dikének délutáni 5 óráig adják be.
A megválasztott községi orvosnak kézi gyógytár tartására igénye van.
Kisjenő, 1902. évi december hó 2-dikán.

főszolgabíró helyett:
Édes, szolgabíró.

2-2

7665/902. szám.

Krassó-Szörény vármegye oravicai járásban üresedésben levő kákoval
kőorvosi állásra pályázatot nyitok.

A javadalmazás 1600 korona fizetés, 400 korona fuvarutalvány, nappali és éjjeli
látogatásért szabályrendeletileg megállapított díjak, köztudomású szegények ingyen
gyógyítandók, a körhöz tartozó községek kétszer havonta beutazandók.

Felkérem mindazokat, a kik ezen állásra pályázni óhajtának, az 1883. évi
I. t.-cz. 9. §-a és az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében eddigi működésüket
és nyelvismereteiket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeket alulírott nál folyó
évi december hó 20-dikán d. u. 5 óráig benyújtani; később érkező kérvények
figyelembe nem vétetnek.

A választási határidő folyó évi december hó 29-dikén reggel 9 órára
Kákova község házában kitűzetik.

Oravicabánya, 1902. évi december hó 1-én.

3-3

Motzildovszky Ernő, főszolgabíró.

Egyéb üresedésben levő állás.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czím
decz. 31.	közs. o.	Nyitra-Ivánka	1200 k., 240 lakpénz	Majthényi fszb., Nyitra
31.	kórh. alo.	Losonc	800 k., teljes ellátás	Wagner S. polgárm.
1903.				
jan. 15.	m. orvos	Nagy-Kálló	1200 k., teljes ellátás	Borosnyói L. Béla igazg.

Thiocol
„Roche“

legjobb guajacol-készít-
mény, vízben oldható,
szagtalan, nem mérges.
Kitűnő antitubercul és
antidiarrhoeum.

**Pastilli
Thiocoli**
„Roche“

megbízható, legkényel-
mesebben és legolcsóbb
adagolható alakja a
thiocolnak.

**Sulfosot-
syrup**
„Roche“

méregtelenített kreosot
syrup alakban.
Szegény- és beteg-
pénztárgyakor-
latban igen alkalmas.

Sirolin

a Kreosot-, illetve Guajacol-Therapia
legideálisabb alakja.

Kellemes szagú és jóízű Syrup.

Klinikákon és a magángyakorlatban több ezer esetben kipróbálva, **tüdővész** kitűnő
gyógyszerének bizonyult, mert javítja az étvágyat, fokozza az anyagcserét, testsúly
emelkedik, az éjjeli izzadás és köhögés, a köpet és a hurutos tünetek alább hagynak.
Egyéb javulatok: Influenza, Bronchitis, Tussis convulsiva, sebészi tuberculosis, általános
gyöngeségi állapotok, gümőkór.

A hallei kir. klinikán tett tapasztalatok alapján (Mering igazgató tanár): „a Sirolin
egy kellemes ízű, tonizáló gyógyszer összes előnyeit bírja“. (Ueber die Krankenhaus-
behandlung der Lungentuberculose von Dr. Hugo Winternitz, első klinikai asszistentől,
Deutsche Aerzte-Zeitung. 1902. január 1.)

Rendelés: **Sirolin, Laguenam origin.** Felnőtteknek naponta 3—6 teáskanál, gyerme-
keknek 2—3 teáskanál, közvetlenül étkezés előtt vagy után, tisztán vagy vízzel keverve.

Óvakodjunk az utánzatoktól. A Sirolin csak akkor valódi, ha
minden üveg czégünkkel van ellátva.

Egyedüli gyárosok: **F. HOFFMANN-LA ROCHE & CIE.** vegyészeti gyár
Basel (Schweiz) Grenzach (Baden).

Airol
„Roche“

a jodoform legjobb
szagtalan pótszere.

Asterol
„Roche“

vízben oldható Hg-
készítmény, fehérje
nem csapódik ki, nem
izgat, a műszereket
nem támadja meg.

Thigenol
„Roche“

synthetikus kénké-
szítmény 10%-os szerves,
kötött kénvel.
Ichtyol szagtalan póts-
szere.

LEVICO

**Elsőrangú arsentartalmú vasas
víz, semmiféle hasonló ásványvíz által
arsen-vastartalmát illetőleg el nem
éretik.** Vízben, sörben, vörös borban
10-szeresen hígítva, klinikus tekintélyek
egyhangú véleménye szerint, **kiváló
hatású** és mivel minimális adagokban
alkalmazható, **gyermekek, gyengék és
dispeptikusok** által nagyon jól türe-
tik. Kapható minden gyógyszerárban és ásványvíz-raktárban.

Kizárólagos fő- és egyedüli raktár:

S. UNGAR jr.

Cs. és kir. udv. szállító
és ásványvíz- nagykereskedés
WIEN, I., Jasomirgottstrasse 4.

LEVICO

Vegészeti gyár
Dr. Fritz és Dr. Sachsse

ALBOFERIN

WIEN, I,
Bauernmarkt 14

egy könnyen oldható, szag- és íz nélküli tápláló és erősítő, vas-, phosphor- és fehérnyetartalmú szer; organikus, nagy fokú tömeges
90-14% fehérnye, 0-68% vas, 0-321% phosphor.

Alboferin-por 100 gm. = K. 5.—, **Alboferin-tabletták** hozzátétel nélkül 100 db. = K. 1.50, **Alboferin-chocolade-tabletták** 100 db. K. = 1.80.

Alboferin klinikai és magánorvosok által használtatik kitűnő sikerrel: Anaemia, sápkór, rhachitis, scrophulosis, neurasthenia, étvágytalanság, emésztési zavarok, gümőkór, vérvesztés, vesebajok, reconvalescensek és szoptatós nőknél.

Alboferin serkenti az étvágyat, gyarapítja a testsúlyt, erősíti az idegeket. — Bakteriummentes, határtalanig eltartható.
Az orvos uraknak minták és irodalom ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.

Kapható valamennyi gyógytárban és nagyobb drogueria-üzletben.

Megjelent! Keleti J. budapesti gyári cég

(IV., Koronaherczeg-utca 17)

kiadásában egy új, 1902/3. évre szóló árjegyzék jelent meg.

Ezen, minden tekintetben csinos és czélszerű kiállítású árjegyzék magában foglalja mindazon újdonságokat, melyeket az orvos-sebész technika a legutóbbi időkhöz felmutat, úgy a műszerek- és villamgépekben, valamint az orthopädiái készülékek és teljes kórházi berendezési cikkekben.

Az orvos-sebész újdonságok művészi kivitelű ábrákkal vannak szemléltetve téve és a mellett az illető feltalálók magyarázatával ellátva.

A mi a cég által szállított műszerek jószágát és olcsóságát illeti, ez minden tekintetben bátran kiállja a versenyt bármely külföldi céggel.

Az orvos urak kényelmére a cég készsége eszközöl szállítástokat évi számlára, esetleg kezdő orvos uraknak teljes berendezést havi, illetve negyedévi részletfizetés ellenében. Ugyancsak elvállalja a cég a legutányosabb árak mellett minden e szakba vágó javításokat, nikkelezéseket, műköszörléseket stb.

Azon orvos urak, kik fenti árjegyzéket netán még nem kapták volna meg, szíveskedjenek annak portómentes beküldéséért a céghez fordulni.

Dr. Csillag Jakab górcsói laboratoriuma

Budapesten, VIII., József-körút 22-24. sz.

kizárólag **gonococcus vizsgálattal** foglalkozik.

A vizsgálandó anyag beküldését illető felvilágosítással szívesen szolgál a laboratórium.

Védjegy:



CHINOSOL

D. R. P.

88.520. sz.

1, 1/2, 1/4 gr. tablettákban és poralakban.

Kitűnő sikerrel alkalmaztatott a transvaali háborúban!

A sublimat, carbolsav stb. méregnélküli pótléka.

Gyorsan ható **stypticum** és **váladékmegszorító**

(I. „Deutsche Med. Wochenschrift“ 1901. 33. sz. 566. oldal).

Javallatok: Sebkezelés, szülészeti gyakorlat, nemi és bőrbajok, torok-, orr- és fülbetegségek, antiseptikus irrigációk, prophylaeikus gargalizálás, a kéz fertőtlenítése, a betegszobák fertőtlenítése részére, továbbá phthisis, gümőkór, lepra. stb. Irodalom és vényminták ingyen és bérmentve.

Franz Fritzsche & Co., Hamburg-U.

Vezérképviselő nagybani eladásra Ausztria-Magyarország részére:

WILHELM MAAGER, Wien, III/3, Heumarkt 3.

San-Remo

téli klimatikus
gyógyhely

az olasz Rivierán. Minden kényelmet nyújtó kitűnő ellátás; mérsékelt árak.

A „**Sanatorium Riviera**“-ban oly betegek is felvétetnek, a kik csakis általam óhajtják magukat kezelteni.

Dr. Czirfusz Dezső,

san-remoi magyar gyakorló orvos.

DR. DOCTOR KÁROLY V. EGYETEMI TANÁRSÉG

ORVOSI LABORATORIUM

Budapest, IV., Kossuth Lajos-utca 3.

CONTRATUSSIN

(Elixirium Thymi „BAYER“.)

Számárhurut, gégefő és bronchialecatarrhus ellen

ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a készítő

Bayer Antal gyógyszerész, BUDAPEST, VI.,

Minden gyógyszerárban kapható. — Ára 1 kor. 40 fill.

Kiváncra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

Hirdetéseket kizárólagosan
a „**Petőfi**“ kiadóvállalat
(Budapest, III., Zsigmond-utca 53)
vesz fel.

Kefir

Vezető orvos:

Dr. Székely Ádám.



legtökéletesebb tápszer, ajánlva különösen tüdő-, gyomor- és vesebajoknál, chlorosis és anaemiáknál s minden nagyobb betegség alatt és után. —

Gyors erő- és súlyszaporodás. Kellemes üdítő íze miatt azok is szívesen

isszák, kik a tejet nem tűrik.

Budapesten naponta házhoz szállít és vidékre kefirgombát küld a

KEFIR-INTÉZET

Budapesten, VI. kerület, Teréz-körút 31. szám.

A budapesti kir. Orvosegyesület 1902. december hó 13-ikán tartott 65-dik évváró közgyűlése.

Tárgyai: Tauffer Vilmos elnöki megnyitója. — Grósz Emil titkár jelentése. — Temesváry Rezső könyvtáros jelentése. — Jurkiny Emil pénztáros jelentése. — Jelentés a Schuster-Bugát-alapról. — Jelentés az Ivánchich-alapról. — Pénztárvizsgálók s könyvtárvizsgálók választása. — Tisztújítás. — Uj tagok választása.

1. Tauffer Vilmos elnöki megnyitója.

Tisztelt Orvosegyesület!

A kulturnépek socialis életében Európaszerte forrongás van; a létért való küzdelem az egyes társadalmi osztályokat szembe állítja egymással, a megélhetésnek új, eddigelé ismeretlen nehézségei merülnek fel. Socialismus, kapitalismus, agrarismus, merkantilismus stb. mind-megannyi jelszavak, melyek alatt az egyes társadalmi rétegek és csoportok külön-külön érdekei jutnak kifejezésre; mindenik a maga külön jogait proklamálja és igyekszik érvényre juttatni a többivel szemben. A küzdők között látjuk nemcsak a munkást a munkaadóval, nemcsak a termelőt a fogyasztóval szemben, hanem a szellemi téren munkálkodókat és ezek között — sajnos — az orvosi rendet is a társadalommal.

E küzdelem minálunk csak a legutóbbi években öltött alakot; a létező helyzettel szemben való elégtelenség a közelmúltig csak egy közös, mindnyájunk által türelmetlenséggel viselt belső érzés volt, s csak legutóbb, alig pár éve nyert az konkrét kifejezést, mióta az Országos Orvos-Szövetség és ennek fiókjai, a fővárosi és kerületi egyesületek meg klubok válllvetve keresik igazunkat. Elismerésünk illeti azokat, a kik szívükön hordva a közösség érdekeit, bajainknak lényegét átértve, keresik a remediumot, felvilágosítással ott, a hol lehet, retorsióval ott, a hol kell. Természetes, hogy a küzdelem ezen idejében karunk derék tagjai nem tévelyegnek az elmélkedés tág mezején, hanem körültekintve a maguk közvetlen tapasztalási körén, ott ragadják meg a kérdést, a hol legfájóbban érezhetni a társadalmi alakulás nyomását és szétrobbantani igyekeznek azokat a kötelekeket, a melyeket a társadalom reánk rakott, melyek miatt sok, igen sok közülünk az existentia kérdésével küzd. Hálával és elismeréssel kíséjük rendünk küzdőit és kötelességünknek tartjuk mint egy ember állani oldalukon, a mikor arról van szó, hogy fellépésüknek tekintélyt, nyomtatékot szerezzünk, hogy karunk igazságait és jogait érvényre juttassuk. Azt hiszem, hogy ez irányban az Orvosegyesület tagjai között visszavonás nem honol.

Irányunknak és közvetlen céljainknak ezen minden kétséget kizáró megjelölése után talán nem fölösleges, ha elhagyva az aktuális, azaz a napi égető kér-

dések mezejét, kissé elmélyedünk abban is, hogy mind-ezen küzdelmek valódi forrása hol és miben keresendő; vajjon az okok között vannak-e olyanok, a melyek valamennyi, a szellemi kapitálisból élő renddel közösek és vannak-e olyanok, melyek karunk bajainak kizárólagos forrásoként tekinthetők.

Igy nézve a kérdést, egy socialpolitikai problema elé kerülünk, melynek fürkészésében — úgy vélem — jó ideig együttjárt velünk ügyvéd, technikus, jogász, szóval minden olyan hivatású kar, mely szellemi tőkéjével indul a küzdelembe és szellemi munkájának legalább is méltó jutalmát várja a nagy közösségtől, a társadalomtól. Ámde a társadalom szokva van, hogy a maga szükségleteit a konkurrentia által teremtett minuendo licitatio útján, a lehető legjutányosabb áron szerezze be, tehát egyáltalában nem hajlandó attól a reá nézve legkényelmesebb, legelőnyösebb és legolcsóbb módtól eltérni és egyedül a szellemi munkásokkal szemben a kereslet és kínálat által teremtett ilyen előnyökről lemondani, olyan előnyökről, melyeknek jogosultságát, igazságos voltát neki az élet minden vonatkozása a legnagyobb dolgoktól kezdve a legkisebbekig naponta minden percig igazolja. És ezért a szellemi munkát másképen appreciálni, mint a hogy annak értékét a kereslet és kínálat kölcsönös viszonya megállapítja, ellenkezik az ő megszokott, életadta felfogásával.

Ha ez igaz, úgy lehetetlen elzárkóznunk attól a méltányos felfogástól, hogy bajaink okait legalább részben nem a mai, velünk együttélő társadalom hozta létre, nem a mi saját korunk teremtette meg, hanem fejlődtek azok észrevétlenül, lassanként s talán nem kis részben az által is, hogy elődeink a közelgő baj előjeleit föl nem ismerve, elmulasztották intő szózatukkal figyelmeztetni egyrészt a társadalmat, másrészt az orvosi rendet, hogy rossz úton haladnak; a társadalom az által, hogy a törvényhozási és társadalmi intézkedései útján egy fontos polgári rend életérdekeit ássa alá, az orvosi rend az által, hogy szellemi munkájának értékét meg nem becsülve, a minuendo licitatio kínálatába könnyelműen belemert.

Mostani küzdelmeink végtére is nem egyebek, mint ezen elkövetett nagy hibák korrektíójának kísérletei; symptomatikus gyógyítás, mert úgy látszik, hogy a baj lényege már oly mélyen hatolt a társadalom és karunk

testébe, hogy rendünk bajainak radikális meggyógyítása kicsinyes eszközeinkkel aligha várható.

De vajon csakugyan úgy van-e ez? Csakugyan gyógyíthatatlan a betegség? Engedjék meg, hogy ezen kérdésre Edgar Quinet »La création« című természet-philosophikus munkájában olvasható egy szép gondolatmenettel felelhessek.*

A földalakulás II. periodusában, amikor a Lias lerakódása történt, a paleontologia tanúsága szerint a tenger összes halainak farkában rövid idő alatt egy meglepő változás ment végbe. Eddig ugyanis a halak farka két egyenlőtlen lapátuszonyból állott, azaz az egyik feltűnően hosszabb volt, mint a másik. A Lias idejében ez egy csapásra eltűnik, a halak farkának két lapátja ez időtől fogva szimmetrikus hosszúvá válik, széles félholdképzű csúcsokkal, úgy amint azt mai napig az összes halaknál látjuk. Quinet e feltűnő jelenség okát keresve, a természettudósoknál magyarázatot nem talált; kérdésére Agassiz pedig azzal felelt, hogy »egy ilyen tény okainak fűrkészése betolakodás volna a teremő akaratának rejtekeibe«.

A rejtély kiderítésében a szellemes tudósok egy más téren sokszor kipróbált buvárlati mód jött segítségére. Ugyanis, gyönyörű példákat vezetve szemünk elé a világtörténelemből, megmutatja, hogy az emberiség történetében a típusok átalakulása mindig egy másik típus ráhatásának volt következménye. Így lett a görög respublicából Byzancz, a palatinusi Rómából a katolikus pápai birodalom. Ha így van ez az emberiség történetében, per analogiam közel áll annak a keresése, vajon nem hasonló hatások játszanak-e szerepet a természet ölében, az állatvilág típusainak átalakulásaiban is. És valóban, a paleontologia egy fontos ténye világosodik meg e gondolkodási mód fénysugarai alatt, amikor megtudjuk, hogy a tengerek szörnyetegének, az Ichthyosaurusnak fellépte és hatalmas elterjedése a vizekben épen arra az időszakra, a Lias lerakódásának idejére esik, amikor a hal farkuszonyának átváltozása oly meglepő gyorsan végbement.

A halnak, a tengerek kizárólagos urának előbb minden időben békés legelőként állott rendelkezésére a mérhetetlen mélységek változatos faunája; mással, mint legfeljebb saját fajabeli ellenséggel küzdenie sohasem kellett; az örök jólét kényelmében félszeg farkuszonyában, mely részben evezésre, részben kormányzásra szolgált, ép elégséges jó eszközzel bírt a lassú, himbáló, kényelmes tovamozgásra. Ilyen nyugalmas élet közepette rémséges hír járja be az oczeánokat; az úszásra kitűnően szervezett, ellenállhatatlan erejű állkapocscsal fegyverzett tengeróriás uralja a vizek mérhetetlen mélységeit. Egész halrajokat nyel el borzadalmas torkával, hihetetlen gyors uszása közben pusztítást, halált osztva mindenütt, ahol megjelenik. A félszeg farkú, gyors uszásra és fordulásra képtelen hal tömegesen esik a szörnyeteg áldozatául, egész fajok és osztályok kiveszése fenyeget, ha gyors átalakulás nem történik szervezetükben. A mindig fenyegető óriási hulló elől csak egy módja van a menekülésnek, az ügyes fordulás, a kisiklás, a gyorsaság, az elrejtőzködés. Az életviszonyok teljesen megváltoztak: ügyesség, gyorsaság a boldogulás egyedüli eszközei, az életnek multhatatlan feltételei; az üldözés elől csak az menekül, a melyeknek két farklapátja egyéni kiválásképpen megközelíti, vagy elérte a kétoldali szimmetriát.

* Die Schöpfung von E. Quinet. Deutsch von Cotta. Leipzig. Weber 1871. Bd. II. pag. 248. etc.

Az előbb csak szorványosan előforduló speciális karakterű egyéniségek lettek a kiválóak, ők biztosan menekültek a veszedelem elől, hovatovább gyarapodtak és az idők folyamán az általános típus az ő tulajdonságaik szerint változott át, ügyességük pedig oly fokra hágott, hogy átalakult típusuk ma is törhetetlen erőben él, az Ichthyosaurus pedig csak csontmaradványaiban mutatja egykori szörnyűséges minőségét.

Uraim! Az Ichthyosaurus fogalma ma sem halt ki; a szörnyeteg mindig fenyegeti existenciánkat; a létfeltételek folyton változnak; a fajok csak úgy maradnak fenn, ha a változott életviszonyokhoz hozzáalakulni képesek. A nagy küzdelemben ma is csak az boldogul, aki küzdő és védelmi eszközeit legjobban fejlesztette ki.

S ha már most ez eszmefuttatás után visszatérek egyesületünk szellemi légkörébe és keresem, hogy a létért való nagy küzdelem érdekében mit nyújt egyesületünk tagjainak, úgy azt találom, hogy arzenál ez, hová tagjaink azzal a biztos hittel járhatnak el, hogy minden óra, melyet itt eltöltöttek, egy-egy új, értékes fegyverrel gyarapítja, melyet sikerrel használhatnak künn az élet küzdelmeiben, mert bizonyos, hogy a létért való nagy küzdelemben, a természet örök rendje szerint, saját rátermettségünkben találjuk meg leghatalmasabb eszközünket. Bizzunk abban, hogy az orvosi rend mostani nagy küzdelmeiben sem reménytelen a jövő, mert az átalakult életviszonyokhoz mérten fegyverkezve fel, rendünk is le fogja győzni a modern Ichthyosaurust és győztesen fog kikerülni a megpróbáltatások e nehéz idejéből is.

Hogy az Orvosegyesület magas hivatásának rendünk szolgálatában minél jobban megfelelhessen, buzgó törekvése volt az igazgató tanácsnak a lefolyt évben is; magam pedig most, mikor a t. Orvosegyesület bizalmával két éven át viselt elnöki tisztemet az évváró közgyűlésnek kezeibe ezennel visszaadom, azt az öntudatot hordom magamban, hogy legjobb képességgemmel törekedtem t. kartársaim előlegezett bizalmát kiérdemelni; hogy sikerült-e azt megbirálni t. kartársak, Önök vannak hivatva.

Mielőtt az igazgató tanács bizalmi állását, magam pedig az elnöki széket elhagynám, kötelességünk az elmúlt év sáfárkodásáról beszámolni és végre egyesületünk fennállásának folytonosságáról gondoskodva, az új választás menetét intézni.

Van szerencsém a 65. évváró közgyűlést ezennel megnyitni. Felkérem a főtitkár urat, hogy évi jelentését előadni szíveskedjék; ennek meghallgatása után pedig bátor leszek az új választás megejtése végett előterjesztéseimet megtenni.

2. Grósz Emil titkár jelentése.

Tisztelt Közgyűlés!

Midőn most egy éve egyesületünk multjának tanulságaiból működésem, alapszabályaink által megállapított körére s időtartamára programot igyekeztem megállapítani, titkári feladatomul tűztem ki, hogy a tudományos ülések napirendjére általános érdekű előadások, a szakosztályok által előkészített témák, változatos betegbemutatók kerüljenek, melyek alapos, de objectív megbeszélés tárgyai legyenek s az így összegyűlt anyagot az évkönyvbe felvegyük. Ma a számadás napja van, első kötelességem tehát, hogy számot adjak, mikép váltottuk be a kitűzött programot.

Tudományos üléseink száma 23 volt, melyeken 20 tagtársunk 17 előadást s 39-en 51 bemutatót tartottak.

A vitatkozásban 76-an 129 felszólalással vettek részt. Ezen statisztikai adatokban különösen az utóbbi szám az, mely egyesületi életünk elevenségét tanúsítja. Hogy az eszmecserében a lefolyt év alatt épen legtapasztaltabb tagtársaink többször vettek részt, azt nyilván üléseinket szorgalmasan látogató gyakorló orvostársaink látják legszívesebben, kik a szárnypróbálgatásokat is jóakaróan hallgatják, de mégis első sorban okulásra, személyes tapasztalatok s következtetések meghallgatására gyűltek össze.

A mi előadásaink anyagát illeti, a klinikai főszakok közül a belgyógyászat négy, a sebészet három előadással volt képviselve, míg a szemészet és a szülészet-nőgyógyászat egygyel sem; a specialis szakok közül a bőr- és bűjakórtan, a fülészet, az orr- és gégegyógyászat szerepelt, s hogy a laboratóriumi munkásság nálunk is hatalmas fejlődést vett, az kifejezésre jut abban, hogy hét előadást foglalt le ezen irányú vizsgálatok eredményeinek közlése.

Mindezen adatoknál még kedvezőbb jelenség az, hogy előadásaink tárgya túlnyomóan általános érdekű volt s az előadói asztalnál több ízben tisztelhetjük azokat, kik tudományos életünk vezetésére egyéniségük s betöltött állásuknál fogva első sorban hivatvák. S ha ilyen társak között egy vidéki kollegánk alapos tudományos munkássága igazán szép eredményeinek közlésével általános és megérdemelt érdeklődést kelthetett, annak hazánk egész közéletére kiható mély jelentősége van, mert az egészséges culturalis decentralisatio hajnalát jelenti.

Örömmel s büszkeséggel regisztrálhatom, hogy nagygyűlésünk alkalmával újból egyesületünk tiszteleti tagja: *Korányi Frigyes* tartotta az ünnepi beszédet. Mindannyiunk emlékezetében élünk végéig meg fog maradni azon est benyomása, a melyen visszafajtott lélegzettel hallgattuk hazánk utolsó felszázadának kulturtörténetét, mert valóban *Markusovszky Lajos* annyit tett a magyar orvosi oktatás, irodalom, közegészségügy, az orvosi rend, s a magyar culturának a nyugati államokéval kapcsolatbáhozása érdekében, hogy úgy az ő egyénisége, mint barátja s minden törekvései legméltóbb örökösének beszéde az egész művelt magyar közönség figyelmét s érdeklődését felkeltette. S épen ezért joggal nyithattuk meg szerény hajlékunkat a közélet azon vezetői számára, kiket *Markusovszky Lajos*hoz családi vagy működési rokonság kötött. Ugy érzem, hogy egyesületünk 65-ik évi nagygyűlésének a kegyelet s hála lerovásán kívül a jövőre is nagy s tartós kihatása lesz, mert meggyőződése egész erejével hiszem és vallom *Virchow* azon felfogását, hogy »elkerülhetetlen a gyakorlati orvostudományoknak a politikai törvényhozással való közvetlen összeköttetése«.

Nagygyűlésünk alkalmával nyújtottuk át a *Balassa és Orvosi Hetilap* jutalomdíjait. Mindkettő létesülése első sorban *Markusovszky Lajos* érdeme s mindkét jutalmat *Markusovszky* szellemében működő tagtársainknak nyújthattuk és pedig a *Balassa*-jutalomdíjat *Kövesi Géza* és *Roth-Schultz József*-nek az egyetem I. számú belgyógyászati klinikáján s annak laboratóriumában készült dolgozatukért s az Orvosi Hetilap-díjat *Imre József*-nek, a hódmezővásárhelyi szemkórház megalapítójának s vezetőjének.

* * *

A szakosztályok még ez évben sem feleltek meg az egyesülettel szemben elvállalt összes kötelezettségeik-

nek. Általános érdekű referáló előadások előkészítésével s a plenum elé hozásával még mindig adósok maradtak, viszont el kell ismernem, hogy másik feladatuknak: a szaktudomány intensív ápolásának derekasan megfeleltek. A 6 szakosztályban 272 tag vett részt, az előadások száma 24, a bemutatásoké 62. Ez évben kezdte meg működését a sebészeti szakosztály s 4 előadással s 19 bemutatással a testvérszakosztályok között leggazdagabb tudományos anyagot mutathat fel.

	A tagok száma			Az előadások száma			A bemutatások száma		
	1900	1901	1902	1900	1901	1902	1900	1901	1902
Gynaekologikus ...	46	50	54	5	4	2	40	19	8
Elme- és idegkórtani ...	42	45	45	5	5	5	6	8	6
Stomatologiai ...	44	41	43	5	4	5	9	4	8
Otologiai ...	22	22	23	3	3	2	14	6	10
Dermatologiai és urológiai ...	51	60	60	3	8	6	28	32	11
Sebészeti ...	—	—	47	—	—	4	—	—	19
	205	218	272	21	24	24	97	69	62

Reméljük, hogy ismételt kéréseinknek végül meglesz a foganatja s a szakosztályok alapítóik intenciója értelmében általános érdekű tárgyakról megvitatott álláspontjukat választott referens útján rendes tudományos üléseink elé fogják terjesztetni.

A *Korányi Frigyes* tiszteleti tagunk elnöklése alatt működő tuberculosis-bizottság három ülést tartott. Az első ülésen *Korányi Frigyes* kimerítő programot nyújtott, melynek alapján a munkát aetiologiai, pathologiai és therapiiai irányokra felosztották. A további üléseken négy előadó számolt be az elért eredményekről. A bizottság most dolgozza ki azon tervezetet, melynek alapján a vidéki orvosegyesületeket a tuberculosis ellenes mozgalom támogatására fel fogjuk szólítani.

Azon bejelentett szándékunkat, hogy az év tudományos anyagát újból felvesszük az évkönyvbe, a folyó évvel megvalósítjuk. Ezzel egyaránt tartozunk előadóinknak s azon nagy számú tagtársainknak, kik kötelezettségeik teljesítése mellett az üléseken rendszeresen nem jelenhetnek meg. Az igazgató tanács a lefolyt évben négy ülést tartott, melyeken adminisztratív ügyeken kívül számos az egyesületi élet fejlesztését célzó intézkedést tett, a telephon bevezetését s vetítő készülék beszerzését elhatározta; *Jendrassik Ernő* tagtársunk fáradozásának köszönhetjük, hogy e készüléket még e hó folyamán átadhatjuk rendeltetésének.

Háznagyunk *Tóth Lajos* érdeme, hogy az egyesületi ház javítása s tatarozása a nyári szünidő folyamán elkészült s csak fájlalni lehet, hogy az 1901. november 9-én tartott rendkívüli közgyűlés határozata értelmében nem volt módunkban egyúttal átalakításokat is eszközölni. Annál nagyobb örömmel jelenthetem, hogy a folyó évi május hó 31-én és október hó 18-án tartott rendkívüli közgyűlések elfogadták az igazgató tanácsnak az alapszabályok módosítását célzó javaslatát.

A belügyminister úr a módosításokat jóváhagyta s így a mai napon már az új alapszabályok szerint választhatunk. A módosítás egy másodkönyvtárnoki állás szervezésére, a választmányi tagok számának négygyel

való felemelésére s a választások egyszerűsítését és gyorsítását célzó intézkedésekre szorítkozik. Ilyen módon a változtatások, a nélkül, hogy alapszabályaink hagyományos lényegét érintenék, a tagok jogainak kiterjesztése s azok szabatosabbá tétele által egyesületünk belső életének javára fognak szolgálni.

Ez évben újból alkalmunk nyílt, hogy egyik illustis tagtársunk ünnepelésében részt vehessünk. Than Károly, ki egyik legrégibb — már több mint négy évtized óta tagunk, ez év június hó 22-dikén töltötte be egyetemi tanárságának 40-dik évfordulóját. Az egyetem aulájában lefolyt ünnepélyen egyesületünk elnöke adta át tagtársaink üdvözlését. Than Károlyt a gondviselés már kora ifjúságában állította az öt megillető helyre s ezt hazánk dicsőségére szakadatlan s önzetlen munkásságával hálálta meg. Ő nem csak a chemia külföldön is elismert tudományos művelője, nem csak e nagy fontosságú tudomány hazai iskolájának megalapítója, hanem joggal mondhatjuk Praeceptor medicorum Hungariae! mert a ma élő orvosi generációt ő tanította a sikeres orvosi működés első s legfontosabb feltételére: a tudományos gondolkodásra.

Mindannyiunk szívből jövő kívánsága, hogy ez áldásban s jótéteményben egyetemi polgárainknak még számos korosztálya részesülhessen!

Külső dísz nélkül, de szívünk egész melegével vettünk részt *Bókai János* szobrának leleplezésén. Mennyire illet az ő puritán jelleméhez a keret, melyben az ünnepély lefolyt: művész keze által alkotott szobor, néhány szívből jövő szó, virágos kert rózsákból s családjá női tagjaiból, a törvényhozás, a tudomány, a jótékonyosság képviselői s a kis kert rácsozatán kívül — tolongó sokaság!

A nép eljött; az anyák elhozták már nagyra nőtt gyermekeiket, kiknek életét a nemes szívű, nagy mester mentette meg. Oh miért nincs annak a szobornak keze, hogy hálás szívűek csókkal boríthatnák?!

Ide s tova 20 éve, hogy elhagyott bennünket, sokan legjobbaink közül ennyi idő alatt feledve vannak, de az ő emléke él, mert nem csak tudós, nem csak művész — hanem jó ember is volt! Alig nyert működésre tér, megosztotta azt rokontörekvésű barátaival s ennek köszönhető, hogy a budapesti »Stefánia«-gyermekkorház a specialis szakok koncentrálásával a képzésre páratlan alkalmat nyújt. Jósága a beteggel szemben határtalan volt; tudós munkatársa: *Hirschler* mondja, hogy ha tízszer elindult a kórházból, tízszer visszatért, hogy még egy panaszt meghallgasson; még egy kötést megigazit-hasson, még egy könnyet felszárhasson. S ha végül, jó későn elindulva, a kapun kívül találkozott egy anyával, ki beteg gyermekét elkésve, a rendelés ideje után órákkal hozta — visszatért, mert tudta, hogy segédei szigorubbak a rendelési idő betartásában, mint ő maga! Az ő jelszava igazán a primum: humanitas! Egyesületünk igazgató tanácsa módot fog találni, hogy volt elnökével szemben háláját látható emlék alakjában örökítse meg.

A lefolyt évben a külföld tudományos életének vezetőivel élénkebb összeköttetésbe léptünk. Erre alkalmat nyújtott a t. közgyűlés ama határozata, melylyel külföldi levelező tagjaink sorát kiegészítette. Valamennyien a legmelegebb hangon irt levélben köszönték meg választásukat s külön is hangsúlyozták azon sympathiájukat, melylyel a magyar tudományos törekvésekkel szemben viseltetnek. Többen kiemelték, hogy örömmel fogadják külföldön utazó tagtársaink látogatását. A nyugati művelt

nemzetek szeliemi nagyságaival való érintkezés csak termékenyítőleg hathat a mi tudományos törekvéseinkre. Arra azonban mindig lelkiismeretesen ügyeltünk, hogy munkásságunk *magyar nemzeti jellege* kifejezést nyerjen.

A külfölddel való összeköttetés ápolása nyilvánult abban is, hogy *Leyden* 70-dik születésnapjának ünnepelésében egyesületünk is résztvett, és pedig *Korányi Frigyes* tiszteleti tagunk adta át a therapia nagy művészenek s a tuberculosis ellenes mozgalom vezetőjének üdvözlőlevelünket.

De szomorubb alkalom is kínálkozott, hogy a tudomány nagy középpontjaival való együttérzésünknek kifejezést adjunk. Külföldi levelező tagjaink közül *Filatow Nil*, *Gerhardt*, *Kaposi*, *Kussmaul*, *Porro*, *Ziemssen* hűnytak el s befejezte életpályáját mindannyiunk nagymestere, kit *Pertik Ottó* tagtársunk csak az imént üdvözölt nevünkben 80-dik születésnapja alkalmából s kit ugyanakkor *Bacelli princeps per orbem*-nek nevezett.

Valóban *Virchow* a tudomány birodalmában fejedelem volt, sőt ő több volt: **Magister per orbem!** *Virchow*-ban megvalósult *Johannes Müller* óhajta, ki egy olyan szellem megjelenését kívánta, a ki physiologiára, kórboncztanra alapított, a természettudományokhoz méltó kórtant teremtsen meg. Neki sikerült — a mint azt maga is hangsúlyozta — az anatómiai gondolkodást az orvosi tudományokba belevinni s uralkodóvá tette a természettudományi módszert.

Sokoldalúságánál csak alapossága volt bámulatosabb!

A tudomány többi munkásainak egyetlen disciplina művelése is nagy feladat s ő a pathológiában, anthropológiában, közegészségtanban, orvostörténelemben s bátran emlitem ezen tudományok közt: a socialpolitikában egyaránt úttörő volt. Épen abban, hogy az exact tudományos munka embere, a nép javának előmozdításában látta legfőbb célját — nagy tanulság rejlik. Munkásságát ezzel kezdte, ezzel végezte. A sziléziai éhség-typhus leküzdésére 1848-ban socialis reformot sürgetett; kimutatta, hogy inség, tudatlanság, szenny szülői a járványoknak s műveltség, jólét, szabadság alkotják a gyógyító szert s 1901-ben, 80 éves korában, a mikor a szó szoros értelmében az egész világ ünnepelte: legnagyobb öröme azon órában telt, a melyet a kisiparosok egyesületében eltöltött. A feléje nyújtott, munkától durva kéz szorítása boldogabbá tette, mint fejedelmek kitüntetése, tudósok és politikusok lelkes ünnepelése. Ő maga életelvét utolsó iratában így fejezi ki: Bizzatok a népben, dolgozzatok érte, nem fog kimaradni a jutalom, bár sok intézmény összeomlása, sok ember elmulása, a nyilvános élet teljes átalakulása mulandóságunk gondolatát fel is ébreszti.

Az ilyen szellem s az ilyen munkásság termékenyítő hatása óriási s ha a német birodalom nagysága emelkedőben van, azt épen annyira köszönheti a *Virchow* szellemében dolgozó tudományosságnak, mint *Bismarck* politikai hagyományának.

Virchow kimulása világesemény, mely értelmünket hosszú időre lefoglalja s ha az ő fejedelmi élete s halála nem homályosítja el azt a veszteséget, melyet a magyar közélet *Kézmárszky* halálával szenvedett, annak az oka, hogy elhunyt tagtársunk nagyon is közel állott szívünkhöz. Hiszen úgyszólván valamennyien az ő tanítványai vagyunk, kik szinte szokatlan ragaszkodással, szeretettel gondolunk reá. S ha van egyesületünknek olyan tagja, a kit ilyen kötelek nem fűzött hozzá, olyan nincs, ki jóságáról, emberszeretetről, altruismusá-

ról ne hallott volna. Hogyan, a mai kor utilitarius irányzatában, önző versengésében még akad a közéletben valaki, a kinek főjellemvonását altruismusa alkotja? *Kézmárszky* egész élete ezt bizonyítja. Szigorú önbírálata s főtárgyának, a szülészetnek jellege nem engedte meg, hogy hagyatékul tudományos munkák tömegét hagyja s mégis önmagának s szellemének még ennél is biztosabb emléket állított. Ő megérte azt, a minek elérése csak a legnagyobbaknak adatott! A tanár s tudós tanításait, irányát iskolája közvetíti az utókornak — még jobban, mint könyvei. Az a tanár, kinek sikerült iskolát alapítania, megnyugvással hunyhatja le szeméit. De *Kézmárszky* altruismusa oly eredmény forrása lett, mely nem csak tiszteletet, hanem bámulatot s hódolatot kelt! Hatvan éves volt s megérte, hogy *iskolája második generációban új iskolát alapított!* A midőn még saját magának is alig volt 40 ágyas klinikája, megosztotta egyik tanítványával, ki ez által a *hazai gynaekologia méltán s mindannyiunk ünnepelt megalapítója* lett. Valóban önzetlenségének eredménye, gyümölcse is hatalmas. Nemcsak az egyetem két mintaszerű női klinikája hirdeti, hanem még inkább tanítványainak serege, kik egyetemi tanszékeken, bábaképzők élén s a mindennapi gyakorlatban élő bizonyosságai, hogy milyen eredménye van annak, ha a mester egyéniségében világos elme s érző szív egyesül. S bár ő pazar kézzel osztotta szét minden javát, ezzel nem lett szegényebb, mert a tanárra is áll az, a mit *Billroth* az orvosról mondott, hogy ismeret kincse a kiadással, azaz a másoknak nyújtott segítségével, mások támogatásával csak növekszik.

Kézmárszky valóban *dúsgazdagon*, a teljesített kötelesség biztos tudatában, a jó lelkiismeret zavartalan nyugalmával halt meg!

Az ő elvesztése, mely egymaga szomorú árnyat vet a lefolyt évre, nem minden, kivüle még hét tagtársunk hagyott el: *Feuer Nathaniel* a trachoma ellenes védekezés szervezője, *Plósz Pál* az élet s körvegytannak orvosi oktatásunkba bevezetője, *Szontagh Ábrahám* a közegészségügy buzgó munkása, ki könyvtárunkat értékes könyvek hagyományozásával gyarapította, *Hlatky József* alapító tagunk, *Kurtz Gusztáv*, *Schwarz Lajos*, *Jelenik Zsigmond* a humanismus szolgálatában öreg munkatársaink, hunytak el. Mi is részt kérünk a bánatból, mely családjaikat oly keményen sújtja.*

* * *

Tisztelt közgyűlés! A mai nap, a midőn a tisztújítás küszöbén állunk, nem alkalmas contemplálásra, tervezgetésre, mégis a midőn két évi cyclus után megbízatásunk lejár, kötelességem benyomásaim, tapasztalataim alapján néhány szót állásom jövő feladatairól szólni. Azon programhoz, melyet mult évben a titkár törekvései számára megjelöltem, nincs sok hozzá tenni valóm; a tudomány intensív ápolása, a gyakorlat igényeinek szemmel tartása, a társadalmi széthúzással szemben az orvosi rendnek egyesületi tudományos életünkben való egyesítése maradnak a jövő irányító elvei is. Csak egy szempont az, melynek felemlítését s megszívleését

* Rendes tagjaink sorából kiléptek: Bauer Samu, Bolemann István, Egressi Lajos, Gobbi Gyula, Raisz Oktáv, Rácz Jenő, Baumerth Gyula, Boros József, Braun Lajos, Doctor Sándor, Huszár Miksa, Balog Lajos, Seligman Hugó, Antal Illés, Darvas Sándor, Marton Adolf, Sümegh Lipót, Szilágyi Sándor, Weisz Géza, Heinemann Alajos, Kelemen Géza. Közgyűlésünk idejében tagjaink száma 719, 11-el több, mint ma egy éve.

érdemesnek tartom! Egyesületünk az orvoscépzés kérdései iránt kevés érdeklődést mutatott. Pedig azok, kiknek hivatása az orvosok oktatását irányítani s vezetni sok tanulságot meríthetnének a gyakorlat embereinek tapasztalásaiból. A látótér szélesítésének ezen feladatát úgy a *bécsi*, mint *berlini* orvosegyesületek buzgón teljesítik: a kötelező kórházi gyakorlat eszméjét a német birodalom orvosegyesületei érlelték meg, az új osztrák orvosdoktori szigorlati rendszert *Exner* a bécsi orvosegyesületben, a vallás- és közoktatásügyi minster jelenlétében ismertette s ugyanitt mondta róla *Albert* azt a hatalmas kritikát, melyből a javítások forrása fakadt. A jövő feladata, hogy működésünk ezen kiterjesztésére az alkalmas formát megtaláljuk.

Egyesületi életünk lefolyt évének ezen rövid vázolásával be is fejeztem titkári működésemet. Érzem, hogy szolgálatom idejében nem egyszer egyéni hiúságot s érdekét sértettem, de nyugodt lelkiismerettel mondhatom, hogy soha sem másnak egyéni hiúsága kedvéért, hanem tisztán: közérdekből, mert mindenkor az volt szilárd meggyőződése, hogy a titkár nem az előadó, nem a bemutató kedvéért van, hanem a budapesti kir. orvosegyesület tudományos munkásságának alárendeltje! De e nehéz feladatot, mely erőmet amúgy is meghaladta, megkönnyítette az a bizalom, melylyel Elnök Uram s tagtársaim megtiszteltek. Soha titkárt elnök jóakaróbb, czéltudatosabb vezetésben, támogatásban nem részesített, mint a hogy engem Elnökünk gyámolított, bizalmával erősített! Tagtársaim pedig annyi elnézésért, szerény törekvéseim iránt annyi rokonszenvet tanúsítottak, hogy e lefolyt két év legszebb emlékeim közé fog tartozni.

Mindezekért egyebet nem tehetek, mint hogy utódomnak a közügyek igaz szeretét hagyom, s hálámat egyetlen szívből jövő szóval fejezem ki, azzal, hogy Elnököm s tagtársaim bizalmát: *köszönöm*.

3. Temesváry Rezső könyvtáros jelentése.

A könyvtár ez évben gyarapodott 192 munkával 770 kötetben és füzetben; jelen állása 7594 munka 13,995 darabban. A könyvtárból 191 tag 1150 könyvet kölcsönzött ki. Nagyobb adományokkal gyarapították a könyvtárt: az Orvostudományi Tanártestület (1723 darab), Szontagh Ábrahám dr. örökösei (172 darab) és Turnovszky Jenő dr. (132 darab); utóbbi különösen értékes fogászati szaklapok egész sorozataival. Végül a következő új folyóiratok előfizetését jelenti: Centralblatt für Ohrenheilkunde; Die Krankenpflege; Monatsschrift für Kinderheilkunde; La Presse médicale és a Revue de stomatologie. Ezekkel együtt a tagok rendelkezésére áll összesen 206 szaklap és évi gyűjtőmunka.

4. Jurkiny Emil pénztáros jelentése.

A pénztáros jelentése szerint a mult évben 28,973 K. 94 fill. volt a kiadás, a bevétel 27,200 K. 16 fill., és így a pénztármaradék az év végén 1773 K. 78 fill.

Az egyesületi alap 8600 K.-t tesz ki, a Balassa-pályadij-alap vagyona 21,000 K., a Schuster-Bugát-féle alap 9000 K., az Ivánchich Viktor-féle segélyalap 33,300 K., az »Orvosi Hetilap«-díjalap 4000 K. és a dr. Mészáros Károly alapítványa 20,600 K.-t.

A pénztárvizsgálók a pénztárt s az alapokat megvizsgálva, azokat teljes rendben találták s a felmentvény megadását ajánlják.

A jövő évi költségelőirányzat szerint a bevétel 24,051 K. 78 fill., a kiadás 23,817 K. 83 fill.-t fog kitenni, 233 K. 95 fill. pénztármaradvánnyal.

A kiadások között mint új tételek szerepelnek: az év-

könyvre fordítandó költségek, a könyvtárhelyiség megnagyobbítása, telefon és vetítő-készülék berendezése.

5. A *Schuster-Bugát-árvaalapítvány* kamatait Frank Tamás dr. árvájának: *Frank Tamás* I. oszt. gymnasiumi tanulóinak ítélte a gyámbizottság.

6. Az *Ivánchich-alap* kamataiból az igazgató tanács 1470 koronát osztott el.

7. A közgyűlés pénztárvizsgálókul *Elischer Gyula* (elnök), *Hirschler Ágoston* és *Flesch Nándor* rendes tagokat, könyvtárvizsgálókul pedig *Török Lajos* (elnök), *Politzer Alfréd* és *Székely Ágoston* rendes tagokat választotta meg.

8. A választást *Rákosi Béla* korelnök vezette; *Marikovszky György* s *Konrád Jenő* mint korjegyzők működtek. A tisztújítás eredménye:

Elnök: *Tauffer Vilmos*; alelnök: *Bókay János*; üléselnökök: *Bácker József*, *Reich Miklós*; titkár: *Grósz Emil*;

másodtitkár: *Lévai József*; ülésjegyzők: *Benedict Henrik*, *Illyés Géza*; könyvtáros: *Temesváry Rezső*; másodkönyvtáros: *Győry Tibor*; pénztáros: *Jurkiny Emil*; háznagy: *Tóth Lajos*.

Választmányi tagok: *Báthori Dániel*, *Bókay Árpád*, *Dollinger Gyula*, *Elischer Gyula*, *Högyes Endre*, *Klug Nándor*, *Korányi Sándor*, *Ónodi Adolf*, *Pertik Ottó*, *Schulek Vilmos*, *Schwarcz Arthur*.

Új rendes tagok: *Ardó Elek*, *Balogh József*, *Bányai Sándor*, *Bogdanovics Milos*, *Entz Béla*, *Elfer Aladár*, ifj. *Elischer Gyula*, *Goitein Salamon*, *Hammer Dezső*, *Hammersberg Árpád*, *Königsberger Lea*, *Manninger Vilmos*, *Márk Dezső*, *Márkus Soma*, *Matolcsy Miklós*, *Pekár Mihály*, *Perémy Dezső*, *Perényi Vilmos*, *Pétery Ignác*, *Plesch János*, ifj. *Plósz Sándor*, *Rajnai Béla*, *Schöller Károly*, *Scipiadés Elemér*, *Singer Gusztáv*, *Steiner Gyula*, *Szegvári István*, *Szedénics Zoltán*, *Szili Jenő*, *Török Béla*, *Verubek Gusztáv*, *Wittmann Béla*.

Levelező tag: *Alexander Béla*, *Késmárk*.



ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

Kiadja és a magyar egyetemek tanárainak, a fő- és székvárosi közkórházak és egyéb gyógyintézetek fő- és rendelő orvosainak, továbbá köz- és magán- gyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Liebermann Leó, Moravcsik Ernő, Pertik Ottó, Réczey Imre, Taufer Vilmos, Thanhoffer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Stiller Bertalan: A peritonealis dörzsölő zöreje. 835. l.

Torday Árpád és Torday Ferencz: Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetem II. sz. belklinikája laboratóriumából és a Stefánia gyermekkórházából. A gyermek-kori mell- és hasüri folyadékgyülemek cytodiagnózisáról. 837. l.

Tárca. Kóssa Gyula: A gyógyszerkönyv és a recipe nyelve. 840. l.

Közegészségügy. A polgári és katonai közintézetekben előforduló születések és halálesetek bejelentésénél közlendő statisztikai adatok újabb megállapítása. 843. l.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Pollatschek Elemér: Lehet-e a garat-, torok- és nyelvmandola (Waldeyer-féle gyűrű) a tuberculosis bevándorlási helye? 843. l. — *Könyvismertetés.* Budapest székes fővárosi közkórházainak évkönyve. (G. E.) — *Lapszemle.* *Elmekörtan.* Würth: Adat a corpus callosum daganatai

szövet- és tünettanához. (Pétzy-Popovits.) — Würth: Idült elmebetegségek ágykezelése. (Pétzy-Popovits.) — Brissaud: A szóvaktság. (Pétzy-Popovits.) — *Belgyógyászat.* Ballet és Delhermes: Reszketés és gyors szívverés. (ts. — Raymond és Huet: Myopathia és malum Potti. (ts.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.* Matzner: Orexintannat. — Huchard: Agurin. — *Folyóiratok átnézete.* 845—846. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A fővárosi egészsége. — Országos balneológiai egyesület. — A budapesti orvosok szövetsége. — Adomány Fodor tanár szobrára. — A budapesti önkéntes mentő-egyesület. — Pályázatok. — Hirdetések. 845. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. — Erdélyi Múzeum-Egylet orvostermészettudományi szakosztálya. — A budapesti kir. orvosegyesület otológiai szakosztálya.

Melléklet. Dolgozatok az egyetemi bőrkórtani intézetből. 4. szám. Szerkeszti: Nékám Lajos dr. m.-tanár. — Tartalom.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A peritonealis dörzsölő zöreje.

Irta: *Stiller Bertalan* dr. egyetemi tanár.

Ha a hashártya rendes simasága és élettani nedvesítése megváltozott, abban meg van adva az alapfeltétel arra, hogy a zsigeri és falzati savós felület közt dörzsölő zöreje létesülhet. Hasonló körülmények közt a test egyéb savós hártáin hasonló jelenség észlelhető. A savós felület ezen kóros változása legtöbb esetben idült gyulladás folyamaton alapszik. Heveny gyulladás hasonló módon változtatja meg ugyan a hashártyát, de ilyenkor a lobos táj nagy fájdalomossága reflectorice tonikus összehúzódást vált ki az illető részlet izmaiban, a mi által a kóros felületek erélyesebb mozgása majdnem mindig meg van akadályozva. Azonfelül a heveny gyulladás izzadmánya és szöveti bujálkodásai rendszeren puhák és nedvűsok, úgy hogy a felületeknek hallható és tapintható surlódása többnyire ki van zárva. A lobos folyamatokon kívül, leginkább újképleti növedékek a zsigerek felületén — ritkán a parietalis hashártyán — alkalmasak arra, hogy durva és kemény dudorzataik által dörzsölő zörejt idézzenek elő.

De a felületek durva és egyenetlen volta csak alapfeltétele a jelenségnek; ahhoz még hozzá kell járulni az érintkező serosák surlódásának, egymás feletti mozgásának, hogy frictio támadjon. Ezen surlódás a zsigerek mozgása által létesül, ez pedig ép úgy, mint a mellhártyánál, a rekesz légzési excursioi által indíttatik meg. Ezek folytán ugyanis a rekeszszel összekötött szervek belégzésnél lefelé, kilégzésnél megint felfelé mozognak. Első sorban tehát a máj, lép és gyomor azon zsigerek, melyek savós hártájuk kóros változása alapján dörzsölést mutathatnak, tapasztalat szerint majdnem kizárólag a máj és lép, mivel szilárdabb összeállításuknál fogva erélyesebb surlódásra képesek, mint a puha,

engedékeny gyomorzsák, melynek dörzsölő zöreje azért a legnagyobb ritkaságok közé tartozik.

Azon hasüri szervek, melyek nem függenek össze a rekeszszel és e miatt annak légzési mozgásait nem követhetik, természetesen légzési dörzsölésre is képtelenek. De a mellszervekkel szemközt azon előnyben részesülnek, hogy rajtuk, feltéve hogy meg van adva az alapfeltételt képező érdes felület, ujjali nyomás vagy a hasfal félrehúzása által frictio kiváltható. De ezen előnyre azon szervek is igényt tartanak, melyek a légzési mozgásokat is követik, nevezetesen a máj és lép, úgy hogy ezen zsigerek nem csak légzési, hanem külső erőművi eredetű dörzsölést is adhatnak és így ezen jelenségre nézve kiválólag kedvező helyzetnek örvendenek.

A mellüregben a szívburkon még más módozatú mozgást is találunk, mint a frottement előidézőjét, tudniillik egy szervnek, a szívizomnak önálló activ mozgását. Hasüri párját ezen mozgási módozatnak a belek önálló mozgása nyújthatná. Azonban itten a viszonyok sokkal kedvezőtlenebbek, mert az engedékeny bélen még kemény daganatok sem idézhetnek elő a parietalis felületen oly erélyes surlódást, mint a systolice megkeményedő szívizom a burok savós hártáján. A mellett a szív mozgása nem csak hatalmasabb, hanem folytonos is, úgy hogy adott körülmények közt a dörzsölés sokkal könnyebben megtalálható és felismerhető, mint a peristaltikus hullámnál, a mely gyenge elnyomható és csak nagy időközökben érvényesül.

Hozzájárul, hogy a bélmozgás tulajdonképpen csak kóros viszonyok közt lesz érzékeinkkel felfoghatóvá s ekkor oly autochton zörejekekkel jár, melyek a frictiot, ha jelen van is, könnyen elfedik. És csakugyan valamennyi szerző tagadja is a peristaltica szülte dörzsölést. Csak *Ballard* és *Erb* észlelték és ily észlelőknek el kell hinni. De semmi kétség, hogy a legnagyobb ritkaságok közé tartozik. Ujjali nyomás által a rákos vagy lobos

bélen előidézett dörsölést más szerzők is concedálnak, de ezt is csak mint ritka kivételt.

Én magam leggyakrabban találtam dörsölést rákos májon, többnyire a légzési mozgások, különösen a belégzés alatt, néha külső nyomás közvetítésével. Továbbá észleltem májsugorodásnál, valamint epekő baj következtében idült perihepatitis durva izzadmányainál. *Gerhardt* közvetlenül heveny epekőgörcs után is észlelte, nyilván mint heveny epehólyag vagy májkörüli gyulladás következményét. Mások bujakoros májon és echinococcus felett is tapasztalták a jelenséget. Aránylag gyakran hallottam sőt tapintottam idült perisplenitist, a mely a nagy idült lépda-ganatokot szokta kísérni. Egy esetben hónapokon át volt észlelhető. A szerzők említik malariás, leukaemiás és gümös lépnel, valamint szívbajtól függő lépinfarctusnál. Hasdaganatoknál, úgy mint ovarialis, cseplesz, méh és tömlős dagoknál, a melyek a rekesz légzési mozgásaitól függetlenek, csak külső nyomás vagy húzás által lehetett a dörsölést előidézni.

Igen sajátos és eddig egyedül álló *Bolognini* (*Paediatrica* 1895) azon észlelete, hogy kanyarónál a bevezető láz szakában ujjnyomás által képes volt a has különböző tájain gyengéd mü-lékony dörsölözörejűt előidézni. 200 esetben, mint állítja, csak kétszer hiányzott; azért is körjellegző tünetnek és a hashártyát ellepő kútegnak tartja, mely a bőrküteget megelőzi. Lobos érzékenység a vázolt tünetet sohasem kísérte. A közlemény úgy látszik semmi figyelmet nem ébresztett; mert különben vagy igazoló vagy tagadó ész-leletek jöttek volna napfényre. Ha az észlelet csakugyan beválnék, akkor hasonértelmű analagonja volna a *Koplik*-féle tünetnek, a mely a szájüreg nyálkahártyáján mint a kanyarónak előzetes hirdetője el van ismerve.

A mi a peritonealis dörsölő zöreinek hangzati minőségét illeti, az a már távolról hallható durva recsegés és a legfinomabb surlódási nesz közt ingadozik. A zöreij acustikus jellege kétség-kívül a lerakódások durvasága, nagysága és keménységétől függ. Májrak egy esetében, a mely csekély ascitessel járt, ujjnyomás által dörsölés volt kiváltható, mely oly annyira hasonlított a bór-emphysema finom szeresegetéhez, hogy első hallásra nagy meglepeté-semre ennek tartottam. A csakhamar kiderített jelenség több hétig tar-tott. A bonczolat mutatta, hogy sok belső nagy góczon kívül a máj felülete puha miliaris rákszemecskékkel van ellepve, a mellett csekély hasvízkór volt. A sajátos zöreij létrejötténél tehát a finom puha szemecskét mellett a máj és hasfal közötti vékony folyadék-réteg s annak ujjali elnyomása is közbejárt. Némely szerzők vita tárgyává teszik, vajjon a hallható vagy a tapintható zöreij mérvadóbb-e a jelenség kórismészeti értékére. Én ezen kérdés felvetését egészen meddőnek tartom, miután a különbség csupán a surlódó felületek nagyobb vagy kisebb darabosságától függ.

A peritonealis dörsölés megállapításánál mindig szem előtt kell tartanunk a tévedés lehetőségét, annál inkább, mert ez itten sokkal nagyobb, mint a mellhártyánál és szívburoknál. A pleu-ránál csak hörgei szörtyzöreikkel való feleserelés, a szívburoknál csupán endocardialis zöreij fenforgása jöhet kérdésbe. A hashártyá-nál azonban már a fül vagy hallósó odanyomása okozhat tévesztő zörejeiket. A felhason ki kell zárunk mellhártyás és pericardialis dörsölést, valamint hörgei szörtyzörejeiket, sőt a rendes légzési zöreijt is, a mely mélyebbre hallható a hasürben, mint általánosan hiszik. A közép- és alhasban pedig a különféle bélzörejeiket: korgást, locogást, bűgást, terhes nőknél még a méhedények zörejeit is tekintetbe kell venni.

A dörsölés jelensége nem áll be, noha alapfeltételei: a hashártya durvasága és a zsigerek mozgása adva vannak, ha nagyobb mennyiségű folyadék megátolja a felületek érintkezését. A folya-déknak gyors felszívódása vagy kiürítése ellenben kedvező a frictio létrejöttére. Másrésztől lehetetlenné válik a dörsölés természetesen a felületeknek terjedelmesebb összenövése által; a fennálló surlódási zöreijt pedig a létrejött összenövés beszünteti. *Bright* állítása szerint a frictio az összenövés beálltára utal, a mit talán helyesebben úgy lehet kifejezni, hogy a dörsölés a felületeknek oly viszonyaira utal, melyek az összenövésre kedvezők. De feltűnő, hogy igen megbízható észlelőknek boncz-leleteken alapuló tanúsága szerint körülírt szalagos összenövések kiválólag kedvezők a frictio létrejöttére. *Physicalis* megfontolás szerint éppen az ellenkezőt tartanók helyesnek, mivel csekély

terjedelmű concretio is csak gátlólag folyhat be a felületeknek egymáshoz való surlódására. Ezért is egészen elhibázottnak tartom *Terflot* véleményét, mely szerint az összenövések azért mozdítják elő a frictiot, mivel a felületeket egymáshoz közelítik. Én azon eredményre jutottam, hogy ily esetekben a savós hártáknak kölesönös surlódási mozgása nem is forog fenn, hanem hogy leginkább a szalagos összenövés maga az, a mely a zöreijt elő-idézi. Mert ha az illető bonczleleteket átkutatjuk, melyekben meglepőleg gyakran sokszoros szilárd concretiók kötegekről van szó, azon meggyőződésre szorítottunk, hogy ily esetekben nem is lehet szó valódi dörsölő zörejről, vagyis két felület surlódásáról, hanem hogy az észlelt recsegő zöreij csupán a szilárd szalagok vongálásából ered. Ezen leletek feltűnő gyakoriságát tekintetbe véve, merném tehát állítani, hogy éppen a legerősebb és legtartósabb peritonealis frictiot tulajdonképen nem mint felületi surlódási zöreijt, hanem mint szalagos recsegést kell felfognunk.

A mi a peritonealis dörsölés kórismészeti értékét illeti, szemmel tartandó, hogy az tulajdonkép nem mond többet, mint hogy az illető helyen a hashártya felülete elvesztette élettani minőségét. A frictio fokából és erősségéből azt is lehet következtetni, vajjon az illető felületen puha és finom vagy durva és kemény érdességek léteznek. Távolra hallható vagy tapintható zöreij majdnem mindig darabos és ellentálló képződményekre utal. Durva tartós recsegés a fenti tárgyalások szerint azon következtetést fogja engedni, hogy köteges összenövések léteznek, a mi az egy-szerű dörsölés keretét már túllépi.

A frictio tünete magában véve specialis kórismére nem jogosít, ép oly kevéssé, mint egy kopogtatás által kimutatott tomputat; csak valamennyi egyéb körjelenség latba vetése vezet-het bennünket a dörsölésnek ép úgy mint egy tomputatnak diagnosztikai érvényesítésére. Azon kórfolyamatok, melyeket frictio kísérhet, két nagy csoportra oszlanak s ezek: a gyulladások és az újképletek.

Heveny hashártyalobnál ritkán fordul elő dörsölés, részint mivel az izzadmány igen puha, részint mert a nagy fájdalomosság reflex úton beszünteti a lobos részek mozgását. Körülírt heveny peritonitist már inkább észlelünk frictiot. Puha finom zöreijt mindenesetre inkább heveny és félheveny, durvát és erőset inkább idült lobra fogunk visszavezetni. *Gerhardt* figyelmeztetett azon dörsölésre, melyet a heveny epekőgörcsroham után néha észlelni lehet, a tünet ilyenkor kísérő heveny máj- vagy epehólyag körüli lobra utal és kétes esetekben, a hol az epekőkolika tünete nem jellemzők, eldöntheti a kérdést, vajjon csakugyan ezen betegség avagy valamely cardialgiás roham volt-e jelen. Szívbetegeknél egy egyszerre fellépő frottement a hevenyen nagyobbodott lépén, beállott emboliára fog utalni. *Erb* a dörsölésnek ritka localisatiojára figyelmeztetett félheveny vagy idült hashártyalobnál, tudnillik a máj hátsó felületén. De itt igen józan megfigyelés szükséges, hogy a mellhártyás frictiot kizárhassuk. Különös, hogy valamennyi esetében nem csak hashártyalob, hanem egyéb savós hárták gyuladása is volt jelen (szívburok, bal mellhártya), egy már másoktól és általam is észlelt kóralak (Polyserositis), a melynek oktana még kiderítve nincs. Appendicitistnél egyes szerzők emli-tenek frictiot, mi azonban nagy ritkaság számba mehet, ha tekin-tetbe vesszük, hogy itt mily korán támadnak összenövések. Máj-cirrrosisnál és azon idült perisplenitistnél, a mely a nagy lép-daganatokat rendszeren szokta kísérni, a dörsölés elég gyakori és könnyen megállapítható jelenség. Ha egyszerű hasvízkórhoz lobos complicatio járul, ezt néha egyfellépő frictio jelzi, de csak a folyadék felszívódása vagy kiürítése alkalmával. Ilyenkor a dörsölés a beállott resorptionnak is tanúságul szolgálhat. Megemlítendő végre, hogy általánosan idült, egyszerű vagy gümös, hashártyalob-nál is a dörsölés mindig csak bizonyos helyeken vagy szerveken mutatkozik, ottan ugyanis, a hol a legkedvezőbb viszonyok talál-koznak össze a jelenség létrejöttére.

Újképleteknél majdnem mindig bizonyos szerv megbetege-désével s így localis körülírt frictioval állunk szemben. Leggyak-rabban hallottam azt májraknál, hol a surlódó felületek egyike ellentálló képlet, gyomor- és bélrák felett ellenben sohasem ész-leltem. Míg lobos folyamatoknál gyakran mindkét surlódó felület érdessége forog fenn, midőn ugyanis az eredeti zsigeri gyuladás a fali hashártyára is átszármazott, addig ez a zsigerek újképletei-

nél bizonyára csak igen ritkán fordul elő, itten, úgy látszik, már az egyik felületnek durva és kemény érdességei elégségek arra, hogy surlódási zöreje támadjon.

A két körcsoporton kívül, melyek frictiot létrehozhatnak, vagyis a lobokon s újképleteken kívül még más daganatok is adhatnak dörzsölést, pl.: a májechinococcus, a petefészek daganatai és tömlői, egyéb hasi tömlők, méhdaganatok, különösen subserosus myomák. De józan kórtani megfontolás alapján ezen csoport eseteit a gyulladások közé kell soroznunk, mivel a dörzsölést itten majdnem mindig a dagfelület hashártyájának következetes lobja okozza, ép úgy mint a hasdaganatokat kísérő ascitest is mint idült peritonitist kell felfogni.

Nem érdektelen azon kérdés felvetése, hogy a hashártya dörzsölő zöreje miért oly ritka klinikai jelenség a mellhártya frictiójával szemben. Az hiszem, hogy leginkább azért találjuk amazt oly gyéren, mert ritkán keressük. Hiszen senki sem fogja állítani, hogy a tünet leggyakrabbi okozója, a lobos folyamat, ritkább esemény a hashártyán mint a pleurán. Az elfogulatlan tapasztalat épen az ellenkezőről tanuskodik. A hasüreg számos szervei mindannyian képezhetik kiinduló pontját a peritoneum gyulladásainak, melyeknek összege a tüdő és pleura lobjait messze túlhaladja. Talán még magasabb fokban áll ez a frictio második termelő talajáról, az újképletekről és egyéb daganatokról, melyek a hasüregben csaknem mindennapi jelenségek, míg a mellüregben a legnagyobb ritkaságok közé számíthatók.

A frictio alapfeltételei tehát a hashártyánál sokkal bővebb számban fordulnak elő. Ezzel szemben azonban a mellüreg bizonyos ellensúlyozó viszonyokat mutat, melyek a surlódás létrejöttének inkább kedveznek. Mindenek előtt a tüdő légzési excursioi sokkal jelentékenyebbek, mint a rekesz alatti hasszerveké. A tüdő alsó szélének mozgási útja a legmélyebb belégzés és kilégzés közt jóval nagyobb, mint a máj és lép hasonló értékű mozgásai. Azonkívül megfontolandó, hogy a tüdő nem csupán le- és felfelé, hanem összes térfogatában mozog vagyis tágulva mozog: a máj és lép csak le- és felfelé halad, még pedig passzív és változatlan terimével; ezeknek mozgatója t. i. kizárólag a rekesz, a tüdőnek motora a rekesz mellett az összes légzési izmok. A mozgásnak főforrása azonban még a tüdőnél is a rekesz marad; miért is a légzési dörzsölés a hasüregnek csak felső részén, a mellüregnek pedig alsó részén mutatkozik leginkább vagy kizárólag, vagyis mindkét üregnek csak azon táján, ahol a rekesz mozgató hatása közvetlenül érvényesül. A vázolt kedvezőbb viszonyok folytán a dörzsölési zöreje hasonló ok mellett inkább és erősebben fog a mellhártyán jelentkezni, mint a hashártyán. Így magyarázható, hogy heveny fibrinosus mellhártyalobnál az izzadmány puha nedvűs volta daczára többnyire frictiot észlelünk, holott ez heveny hashártyalobnál a legnagyobb ritkaságok közé tartozik. Hozzá járulhat még azon körülmény is, hogy azon védő reflektorikus izomösszehúzódás, mely a fájdalmas gyuladt részek mozgását megszünteti, nem lehet oly erős és állandó a mellkason mint a hasfalán, miután különben a légzés lehetetlenné volna téve.

Egy másik kedvező körülmény a mellkasra nézve annak esontgyűrűkből álló kemény falzata, a mely a dörzsölés létrejöttét nagyon előmozdítja. A tüdőnek erőyes mozgása mellett kétségkívül ezen mozzanat is nagyban hozzájárul a heveny pleuritis dörzsölő zöreijének létrejöttéhez, a gátló izomcontractio mérsékelt volta és az izzadmány puhasága daczára. A hasüregben ellenben mindenütt többé-kevésbé engedékeny surlódási felületekre találunk, úgy hogy itten csak az idült lobnak merev izzadmányai, vagy az újképletek kemény dudorzatai képesek dörzsölést kiváltani. A máj és lép részben ugyan érintkezésben van még a merev mellfalzattal, de nem közvetlenül, hanem csak a rekeszizom vánkosán át. De a máj és lép kiválólag azon szervek, melyek a surlódásra szükséges resistenciát magukban is érvényre juttatják, ha idült lobos vagy újképleti burjánzások által élettani lágyságukat elvesztették.

Végre még egy körülmény említendő, a mely a mellüregben kedvezőbb a frictiora nézve, mint a hasüregben. Évek előtt a kísérletek egész sorát tettem, hogy *Emminghaus* azon állítását megbíráljam, mely szerint egy gyomoresővel összekötött manometer negatív nyomást mutat addig, a míg a cső vége a bázsingban van, de azonnal pozitív nyomást mutat, mihelyt a cső a cardiát

túllépte. *Purjesz* ezen módszert a gyomortágulat megállapítására ajánlotta, mely akkoriban csak az anatómiai nagybodását jelezte. A módszer szellemes volt ugyan, de nekem is, másoknak is, csakhamar hasznavehetetlennek bizonyult a gyomorür tágulata és a tágulat fokának biztos kimutatására. Én kísérleteimet kizárólag atóniás gyomrú betegekben végeztem, hogy a gyomor saját tonusának nyomása, mely nagyobb a hasür belnyomásánál, lehetőleg kizarassék. Ezen vizsgálataknál meggyőződtem, hogy a bázsing negatív nyomása sokkal nagyobb, többnyire kétszeres nagyobb volt, mint a gyomor pozitív nyomása. A vízmanometer ugyanis ottan —3—4, itten +1—2 centimeter vizet mutatott. De magában a pleuraürben a negatív nyomás nyugodt légzésnél 8 cm. (*Donders-féle* nyomás), úgy hogy a tüdő aspiratioja a mellkas falzatához négyszer nagyobb, mint a hasürbeli nyomás. Ez igen fontos kedvező tényező a frictio létrejöttében, miután a dörzsölő zöreje erőssége kétségkívül a surlódó felületek egymáshoz való nyomásától függ.

Másképen áll a dolog a szívburknál. Hogy ennek frictioja annyira gyakoribb a hashártyáénál, azt kedvezőbb nyomási viszonyokból nem lehet magyarázni. Sőt ezek a szívburknál egyenesen gátlólag hatnak a felületek surlódására. Ugyanis a mellüregben létező negatív nyomás a szívburk perietalis felületét a zsigeri felületről eltávolítani igyekszik, a mi által ezeknek egymáshoz való surlódó nyomását bizonyára lecsökkenti. Az előmozdító mozzanat itt tehát nem a nagyobb nyomásban fekszik, hanem a szívizom erőyes és folytonos mozgásában valamint systolés megkeményedésében, a mely tényezők a kedvezőtlen nyomási viszonyokat messze túlpótolják.

De mindezen szemügyre vett körülmények, melyek a frictio létrejöttét a mellüregben inkább előmozdítják mint a hasüregben, nem képesek ellensúlyozni azon tényt, hogy a hasüregben viszont a dörzsölés alapfeltételei aránytalanul gyakrabban találhatók, mint a mellüregben. A kirívó ellentét a bonctani okok szaporasága és a klinikai jelenség ritkasága közt végre mégis csak azon körülményből magyarázható, hogy e jelenséget a hason sokkal gyérebben keressük, mint a mellkason. Ez annál valószínűbb, mivel a mellüregnek vázolt kedvező viszonyai ellenében a hasür sarkalatos oktatni előnyei mellett még azon kedvezményben is részesül, hogy itt a frictio nem csupán légzési mozgások által, mint a mellhártyán, hanem külső erőművi nyomás által is felidézhető.

Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetem II. sz. belklinikája laboratóriumából és a Stefánia gyermek-kórházból.

A gyermekkori mell- és hasüri folyadékgyülemek cytodiagnosticsáról.

Irták: *Torday Árpád* dr. klinikai gyakornok és *Torday Ferencz* dr. a Stefánia-gyermekekórház első segédorvosa.

(Vége.)

Vese- és szív-megbetegedéseknél jelentkező folyadékgyülemeknél, transsudatumoknál a mellhártya a legritkábban lobosodik meg. A folyadékgyülemben a könnyen leváló endothelsejtek és a szövethöz közből kimosott lymphocyta láthatók. A tüdő-pangással és az infarctus kiterjedtségével arányosan megszorodnak a polynuclearis leukocyta is.

A pleuropneumoniák, pneumococcusok és más lobgerjesztők által okozott heveny pleuritisek a mellhártya nagyfokú heveny lobosodásával járnak. Ilyenkor az igen nagy számú polynuclearis leukocyta a folyadékban található, úgyszólván egyetlen alakelemek. Megszaporodásukkal a kezdetben seroso-fibrinosus izzadmány genyessé alakul át.

Szív és vesebetegségek aseptikusnak nevezett mellüri folyadékgyülemeiben a levált endotheliális sejtek aránylag kevésbé változnak meg. A lobgerjesztő köresek által termelt izzadmányokban ellenben mihamarabb tönkremennek. Minthogy azonban állhártya nem akadályozza meg a leválást, azért az újból nőtt és levált, és így a folyadékba jutott endothelsejtek megtartják a sejt pusztulása daczára is e folyadékok jellegzetes cytologikus képét.

Az elmondottakban részletesen és hűen ismertettük mindazt, a mire *Widal* és *Ravaut* tanulmányaikban a cytodiagnostics fel-

építették. Honfitársaik között mihamar sok híve (*Dieulafoy, Bard, Dopter, Sicard, Barjon, Cade, Tuffier, Milian* stb.) akadt az eljárásnak. A külföldiek, németek, olaszok részéről ellenben többen alaposan megvitatták, sőt némelyek tagadják is az eljárás nagy diagnosztikus értékét. A cytodiagnosztikus vizsgálatok keretét a francziák kibővítették. Ma már a szervezet összes savós illetve seroso-fibrinosus folyadékgyülemeit ez eljárással, illetve ily alapon is vizsgálják. Kivált a cerebrospinalis folyadékok ily irányú vizsgálata vált divattá. E tárggyal egy különálló dolgozat keretében fogunk mihamarabb foglalkozni. Ezuttal a mellüri és hasüri folyadékgyülemek cytodiagnosztikájának irodalmából csak azokat a czikkeket akarjuk részletesen ismertetni, a melyek az eljárás megbíráói illetve ellenesei tollából kerültek ki. Ezek táborába nem tartozik *Bard*, mert teljes elismeréssel nyilatkozik *Widal* diagnosztikus eljárásáról. Mégis itt kell megemlékeznünk róla. Azért, mert legújabb dolgozatában újból is megtámadja a tuberculosus mellüri izzadmányok *Landouzy, Netter* és más francia szerzők által felállított felosztását. *Widal* és *Ravaut* is elfogadták azt. Tanulmányunk egyik kiindulási pontja. *Bard* tagadja az elsődleges és másodlagos tuberculosus mellüri izzadmány felvételének jogosultságát. Az elsődlegességet ugyanis nem lehet kétségtelenül bizonyítani. Sokszor semmi sem utal a tüdők vagy a hörgők körüli nyirokmirigyek megbetegedésére, holott ez észrevétlenül lefolyt megbetegedések képezték az első gümőkóros gócot. Ezért sokszor vagy majd mindig önámítás az, mikor a hevenyen beállott izzadmányos kórfolyamatot a gümőkór elsődleges jelenségének tekintik. Ezen gyenge alapokra támaszkodó beosztás helyett *Bard* azt ajánlja, hogy különböztessék meg a gümőkóros mellüri izzadmányokat a szerint, hogy azok helyi, szomszédságból áttérjett, vagy a szervezet más gümös megbetegedéseivel társult kórfolyamatot képeznek. A helyi megbetegedésre jellegző volna a kórkép függetlensége és autonóm lefolyása. A solidaris összetartozás, a mellrendeltség és következményesség a több góczú vagy az egész szervezetet elárasztó gümőkórnak a characteristicuma. Az elvi álláspont, melyre *Bard* beosztását felépítette, észszerűbb, helyesebb. Gyakorlati jelentősége azonban valószínűleg kétséges. A helyi heveny felületes mellhártyaizzadmánynak nevezett kórkép leírása az elsődleges gümös mellhártyaizzadmányokéval teljesen megegyező. A másik két csoport jellegzése és alesoportokra osztása nagyon gyenge alapokon nyugszik. Maga a szerző is beismeri, hogy sokaknak úgy fog tetszeni, hogy egyszerűbb és jogosabb egy csoportban tartani azon eseteket, hol mellhártya és tüdőmegbetegedések együttesen jellegzik a kórképet.¹

A cytodiagnosztikus értékét és megbízhatóságát legélesebben *Patella* támadta meg. Azt állítja, hogy a gümös ex- és transsudatumokban látható lymphocyták nem a vérből származnak, hanem a degenerált epithelsejtekből karyorhexis útján állanak elő. A primaer tuberculosus természetű exsudatumokban is talált endothelsejteket, viszont gyakran lymphocytákat nem gümös eredetű és nem lobos természetű savós folyadékgyülemekben. Saját szemével látta, hogy a gümőkóros természetű izzadmányban levő endothelsejtek postmortalis karyorhexis útján pseudolymphocytákká alakulnak át. *Korányi Sándor* a tuberculosus diagnózisára a cytodiagnosztikától nem vár sokat. Elismeri, hogy a tuberculosus-exsudatumok többségénél tényleg lymphocytákat lehet találni, de ez szerinte nem specifikus különbség. Inkább az eset akut vagy chronikus voltától függő körülmény. *Wolff* támadása nem ilyen heves. Ő elismeri azt, hogy a folyadékgyülemek morphologikus alkatelemeiből következtetni lehet azok természetére. De bevallja azt is, hogy a sejtekben beálló degeneratio folytán olykor le kell mondani ez eljárás diagnosztikus hasznáról.²

Tanulmányában behatóan foglalkozik a folyadékgyülemek szöveti alkatelemeinek degeneratív viszonyaival. Kimutatja, hogy a polynuclearis neutrophilsejtek degeneratiojának végstadiuma a pseudolymphocytá képződés. Ezek természete csak komplikált fes-

tési eljárásokkal állapítható meg. Azt állítja, hogy a degenerált epithelsejtek felismerése egyike a legnehezebb dolgoknak. Az epithelsejteket, ha magvuk excentricusan fekszik, a vér nagy mononuclearis sejtjeitől nem lehet megkülönböztetni. A vizsgálat ezen nehézségeitől és ehhez kötött megbízhatatlanságtól eltekintve a diagnosztikus jelentőséget a lymphocyták számszerinti viszonyaiban keresi. Beismeri azt, hogy gümös izzadmányoknál aránylag gyérek az epitheliás sejtek, de tagadja azt, hogy azok rendszeresen hiányoznának. *Widal* által ily izzadmányokban talált és mononuclearisnak leírt nagy sejtek szerinte valószínűleg degenerált epithelsejtek. A tuberculosus izzadmányok olykor más természetű heveny izzadmányokhoz hasonlóan kezdetben polynuclearis jelleggel birhatnak, később lép csak előtérbe a lymphocyták — gümőkórja jellegzetes — növekedő számaránya. Ezért kétes esetekben 8—8 napi időközben a punctiot illetve a szövettani vizsgálatot meg kell ismételni. Valószínűnek tartja ugyanis azt, hogy a tuberculosus exsudatum létrejöttét is tulajdonképpen valamely fertőző kócsir pl. influenza okozza. Ezek chemotactikus ingert gyakorolnak a polynuclearis sejtekre. Később a bacillusok elpusztulnak és a tuberculosus bacillusainak toxinjai lymphocytákat vonzanak az exsudatumba. Meggyőződött azonban arról is, hogy a tuberculosus-bacillusok provisorikus banális leukocytosira is képesek s így nem okvetlenül szükséges az, hogy mindig vegyes fertőzést vegyünk fel. Azt hiszi, hogy a lymphocytá emigratiót a tuberculosus toxinja okozza. *Ribbert* és más kórbonecznokok azt állítják, hogy minden chronikus lobnál végül lymphocyták jelennek meg. *Wolff* tapasztalatai nem erősítik meg e nézetet.

Vizsgálatainak végeredménye tehát az, hogy a mellkasi folyadékgyülemek lymphocytás jellegét a tuberculosus természetére jellegzőnek tartja. Minthogy azokra épített tapasztalatait és ezen nézetét már 1899 május havában megírt, de kivonatban is csak 1901. márcziusban megjelent pályamunkájában részletesen kifejtette, azért *Widal*-al szemben a cytodiagnosztis prioritását magának vindikálja. *Leiskovitz* viszont azt állítja, hogy lengyel tudósok, *Kozczyvisky, Wernicki* és *Winiarski* tanulmányai voltak e téren az alapvető munkálatok.

A fentiekben lehető részletességben ismertettük a felvetett kérdést illető összes irodalmi adatokat. Az alábbiakban a magunk vizsgálatainak eredményeiről fogunk beszámolni. Ezek anyagát a Stefánia gyermek-kórház szolgáltatta. Mellüri és hasüri savós folyadékgyülemeket vizsgáltunk. Az esetek kórtörténetét és a punctiók folyadékok cytologikus képét a következőkben ismertetjük.

Kórtörténetek.

I. S. Béla. 8 éves. Szülei élnek, állítólag egészségesek. Anyai nagyjánya haemoptoeben halt el. Egy testvére tüdőgyuladásban. A beteg állítólag 2 éves koráig egészséges volt, ekkor nyakán mirigyduzzanat támadt, az elgenyedt. Megoperálták. Szülei mintegy egy fél év óta veszik észre, hogy a gyermek soványodik, köhög, jobb oldal felé hajoltan jár. Mintegy két hét óta heves lázai és jobb oldal táji fájdalmai vannak.

A jobb mellkasfelet a 4-dik bordától aláfélé teljesen kitölti a folyadékgyülem. Több mint három heti kórházi tartózkodás alatt felszívódott. A tüdő tuberculosus megbetegedésére utaló tünetek nem voltak a betegnél. A tiszta, kissé sárgás színű savó fajsúlya 1'021. Fehérnyetartalom 3%.

CD: Kevés piros vérsejt mellett lymphocyták láthatók, azonkívül kisebb számú polynuclearis leukocytá és nagy mononuclearis sejt.

Kórisme: A kórelőzményi adatok és a cytologiai vizsgálat eredménye alapján, exsudatum pleuriticum serosum tuberculosumnak gondoljuk az esetet.

II. H. Károly. 6 éves. Anyja, apja, két nagybátyja tüdőbeteg. Nagynénje tüdővészben halt el. Egy fél évvel előzőleg kanyaróban betegedett meg. Azóta fogy, soványodik, izzad, köhög, időnként lázas. Utóbbi hetekben állapota rosszabbodott. Mindkét tüdő felett bőven hallható hurutos, helyenként ropogó, összehangzó jellegű zörejek. A bal mellkasfél a hatodik bordától aláfélé teljesen tompa, légtelen. A vörhenyesen színezett savó fajsúlya 1'022. fehérnye 21/2%. CD: A látótéren piros vérsejtek mellett csupa lymphocytá látható. Kórisme: Ugyanazon indokok

¹ Il peut paraître plus simple et plus légitime de réunir dans un même groupe tous les faits de consistance des lésions pleurales et pulmonaires.

² „Es giebt eben Fälle, wo man resignirt auf die morphologische Differentialdiagnose verzichten muss, da die Degeneration alle morphologische Unterschiede verwischt hat“.

alapján ezen mellkasi izzadmányt is gümös eredetűnek kell tekintenünk.

III. N. Andor. 3 éves. Nagyatyai részről tuberculosus terheltség. 4 hónapos korában metapneumonikus empyema. 2 hete lázas, köhög. A jobb mellkasfél a scapula középső harmadától aláfelé tompa a megtöltő savós folyadékgyülemről. A probapunctioval nyert tiszta savó üledékében nagyon sok a lymphocyta, e mellett van néhány polynuclearis leukocyta.

Kórisme: Ez esetben is minden valószínűséggel a cytologiai lelet alapján is tuberculosus természetű savós izzadmány gyűlt meg a beteg gyermek mellkasában.

IV. P. Ernő. 11 éves. Családjában tüdővésztes terheltség nincs. Két hónap óta köhög, ugyanazon idő óta bal oldalában szúrásokat érez. Cytologiai lelet: Az egész jobb mellkasfelet kitöltött izzadmány üledékében a piros vörsejtek mellett főleg lymphocytákat, igen kevés polynuclearist, aránylag sok eosinophilt és igen kevés nagyobb magvú szélesebb protoplasmájú sejtet találunk.

Kórisme: Főleg a cytologiai lelet az, melyre támaszkodva az izzadmányt tuberculosus természetűnek kell minősítenünk.

V. S. Ödön. 5 éves. Szülei élnek, egészségesek. Tuberculosus terheltség nincs. Állítólag két héttel előzőleg hirtelen beállott lázzal, szapora felületen légvétellel beköszöntött megbetegedés. A jobboldali mellkasfélben a IV-dik bordától aláfelé terjedő savós folyadékgyülem 10 nap alatt teljesen felszívódott.

CD: A látótérben többnyire neutrophil szemcsézetszerű polynuclearis leukocyták láthatók, e mellett néhány lymphocyta, piros vörsejt, továbbá endothelsejtek és azok törmelékei.

Kórisme: Exsudatum pleuriticum acutum serosum non tuberculosum. Ugy a kórelőzményi adatok, mint a betegség lefolyása, nemkülönben a cytologiai lelet egyaránt megerősítik azt.

VI. W. Ferencz. 5 éves. Három hete lázas, köhög. A jobboldali mellkasfelet a III-dik bordától aláfelé kitöltő savós izzadmány. Cytologiai kép: A látótérben számos halványan festődő polynuclearis leukocyta, vannak e mellett nagy magvú neutrophil granulatiokat mutató képletek, azonkívül nagy magvú granulatio nélküli képletek (degenerált endothel sejtek?) láthatók. Kórisme: Ez esetben is nem gümös eredetű volt a mellüri savós folyadékgyülem.

VII. P. Rudolf. A kórházba czombesont töréssel vétetett fel. Itt scarlatinában betegedett meg. A reconvalescencia időszakában croupos tüdőgyuladást kapott, ehhez savós izzadmány társult. Gyógyultán hagyta el a kórházat. A tiszta, kissé vörhenyes savó cytologiai lelete: A látótérben a lymphocyták és polynuclearis leukocyták közel egyenlő számarányban találhatók. A lymphocyták többnyire nagy mononuclearis lymphocyták, azonkívül néhány myelocyta, nagyon sok coccus.

Kórisme: Exsudatum pleuriticum serosum acutum metapneumonicum. Ugy a kórelőzményi adatok, mint az izzadmányban bőven talált coccusok és a cytologiai lelet együttesen megerősítik a kórismét.

VIII. M. Irén. 5 éves. Kezelő orvosa 5 nap előtt tüdőgyuladást állapított meg. A rendelésen a bal mellkasfél $\frac{2}{3}$ -át kitöltő izzadmány. Fajsúlya: 1'026. Fehérnye: 4%. Cytologiai kép: kevés sejt elem, többnyire polynuclearisok, kevesebb kis lymphocyta, nagyon sok coccus.

Kórisme: Exsudatum pleuriticum serosum acutum metapneumonicum. Ugyanazon indokok alapján.

IX. K. Ilona. 3½ éves. 10 napja lázas. Nehezen léghzik. Az egész bal mellkasfelet kitöltő izzadmány. Tiszta savó. Fehérnye: 30%.

Cytologiai lelet: Sok a polynuclearis leukocyta, kevés a lymphocyta, van azonkívül néhány szélesebb protoplasma udvarral bíró excentrikus magvú sejt.

Kórisme: Exsudatum pleuriticum serosum acutum non tuberculosum. Ugy a kórelőzményi adatok és a lefolyás, valamint a cytologiai lelet egyaránt bizonyítják a kórisme helyességét.

X. H. Vilmos. 9 éves. 2 hete beteg. Lázas, köhög, szapora, felületen légzés. Kezdetben oldaltáji fájdalokat panaszott. Cytologiai lelet: Az egész bal mellkasfelet kitöltő savós izzadmány üledékében a látótérben nagyon sok polynuclearis apró

leukocyta, mellettük kevés lymphocyta és protoplasma nélküli, Biondi festékekkel halvány kékre festődő magvak vannak.

Kórisme: Ez esetben is nem gümös eredetű volt a mellkasi savós folyadékgyülem.

XI. K. Aranka. 7 éves. Állítólag 1 hete betegeskedik. Lázas, köhög, nem tud jobb oldalon feküdni.

Cytologiai lelet: A bal mellkasban összegyűlt savós izzadmány üledékéből készített készítmény látóterében főleg polynuclearis sejtek vannak, a melyek mellett excentrikus maggal bíró széles protoplasmájú sejtek és sokkal bíró coccusok láthatók.

Kórisme: Minden valószínűséggel pneumoniás eredetű heveny savós nem gümös természetű mellkasi izzadmány.

XII. O. Erzsébet. 3 éves. Tuberculosus terheltség nincs. Egy fél év előtt morbilli. Két hét óta has teriméje növekedik, soványodik, éjjelente izzad. A beteg mellkasi szervei felett eltérések nem voltak hallhatók. A hasat a kitöltő folyadék jelentékenyen megnagyobbította. A lázas beteg jellegzetes tuberculin reactiot nem adott. A műtétnél a peritoneumon tuberculosus göbcsék nagy számmal voltak láthatók. Közel 2000 cm³-nyi halvány-sárga átlátszó savót bocsátottak ki a hasürből. A folyadék fajsúlya 1'020 volt. Cytologiai lelet: Piros vörsejtek mellett apró lymphocyták láthatók, elvétve néhány leukocyta.

Kórisme: Peritonitis tuberculosa. Felvételét a klinikai tünetek és a cytologiai lelet egyaránt támogatják.

XIII. O. Endre. 4 éves. Nagyanyja tüdővészben halt el. ½ év óta beteg, eleinte gyomorpanaszok, láz, majd soványodás, bágyság, köhögés, éjjeli izzadás, hasfájdalmak s a has teriméjének nagybodása. A has egészében gömbszerűen részarányosan megnagyobbodott, de a köldök külső részén még külön kiemelkedik. A köldök körül mintegy 5 koronányi területen a bőr elszínezett, tárgult vénák és hajszálerek hálózata mutatja. Tüdők felett kiterjedt hurut. Tuberculin reactio positiv. A műtétnél láthattuk, hogy úgy a peritoneum belső felszíne, mint a belek serosája is számtalan kölesnyi gümövel volt beszóródott. A nagy terjedelmű összenövésnek mögött csak kevés savó ürült.

Cytologiai lelet: Körülbelül egyenlő számban vannak a kis lymphocyták és a polynuclearis sejtek, jelentékeny számmal halványan festődő nagy magvak, protoplasma nélkül, kevés endothel és kevés mononuclearis excentrikus maggal.

Kórisme: Peritonitis serosa chronica tuberculosa. A kiterjedt összenövéseket okozó lobosodás magyarázza a polynuclearis leukocyták nagy számát.

XIV. V. Ilona. 5 éves. Atyja tüdőtuberculosisban szenved. A beteg 3 év előtt kanyarót, mult évben pertussist állott ki. Állítólag 2 hó óta étvágytalan. Soványodik, ugyanazon idő óta veszik észre a has térfogatának növekedését.

CD: A látótérben nagyszámú apró lymphocyta, kevés polynuclearis, neutrophil granulatioval bíró leukocyta van, azonkívül közepes számmal excentrikus maggal bíró neutrophil protoplasmájú sejtek (endothelsejtek) is láthatók.

Kórisme: Peritonitis serosa tuberculosa.

XV. N. Erzsébet. 8 éves. 1 év előtt polyarthriti rheumatica. Azóta gyakori szívdobogás, fulladozás. Néhány nap óta végtagjai és hasa terimenagyobbodását veszik észre. A betegnél talált elváltozások: Insufficiencia valv. bicuspidalis, stenosis ostii venosi sin. Hydropericardium. Hydrothorax. Ascites. Anasarca. A hydrothoracikus folyadékokban sok a piros vörsejt és a lymphocyta, mellettük endothelsejtek láthatók.

A részletesen ismertetett esetek vizsgálatának eredményét a következőkben összegezzük. Az esetek közül 4 olyan volt, hol a kórelőzményi adatok is valószínűvé tették a mellüri folyadékgyülem gümös eredetét. Ezek cytologiai vizsgálatánál a sejt elemek közül túlnyomó volt a kis lymphocyta, mellettük nagy lymphocytákat és kisebb számban polynuclearis leukocytákat is találtunk. Olyan esetünk is volt, melynél a nagyobb számú lymphocyták mellett sok eosinophil és igen kevés nagyobb magvú, szélesebb protoplasmájú sejtet is láttunk. Öt esetben nem gümös eredetű volt a mellhártya-izzadmány, ezen eseteknél a savós folyadékgyülemben túlnyomó számban voltak a polynuclearis leukocyták. A fertőzőes eredetű para- és metapneumoniás izzadmányoknál (2 eset) a polynuclearis sejtek voltak túlnyomó számban. Találtunk itt lymphocytákat is kisebb számban, továbbá nagy

magvú neutrophil granulatiokat mutató képleteket (myelocyták), nagy magvú granulatio nélküli sejteket, néhány szélesebb protoplasma udvarral bíró excentrikus magvú sejtet és protoplasma nélküli, a Biondi-féle festékekkel halvány-kékre festődő magvakat. Oly esetet nem vizsgáltunk, hol a savós izzadmány genyessé változott át. Az elsődleges gümös hashártyagyulladásban szenvedőknél (3 eset) legnagyobb számban apró kis lymphocytákat találtunk, kisebb számban polynuclearis leukocytát és excentrikus maggal bíró és protoplasma nélküli képleteket. Továbbá nagy mononuclearisokat excentrikus maggal és kevés endothelsejtet. Előfordult olyan eset is, a hol a kis lymphocyták és a polynuclearis leukocyták közel egyenlő számarányban voltak. Ez esetben a polynuclearisok nagyobb számban való fellépését valamely complicationnak kell tulajdonítanunk. Nem hagyhatjuk megemlítést nélkül azon nehézségeket, hogy sokszor nehéz vagy egyáltalában lehetetlen teljes biztonsággal megkülönböztetni a vér nagy mononuclearis lymphocytáit és a mononuclearis leukocytákat a degenerált endothel sejtektől.

Vizsgálataink a mellett szólnak, hogy a gümös eredetű és hasi mellüri folyadékgyülemekben feltűnő sok lymphocytát találunk, a melyek mellett a másféle sejt elem háttérbe szorul. Azon eseteknél, hol a lymphocytákon kívül másféle eredetű fehér vérszettek is vannak, ezek fellépését valamely complicationnak kell tulajdonítanunk, melynek okát a góresővi vizsgálat (bacteriumok) és a betegmegfigyelés is megadja. A nem gümös esetekben a polynuclearis sejtek a tulnyomók, tehát acut lobos folyamatoknál inkább ezek szerepelnek.

A cytologiai vizsgálatot a szevezet kóros folyadékgyülei természetének és eredetének megállapítására hasznos és nagy jelentőségű vizsgálati eljárásnak tartjuk.

T Á R C Z A.

A gyógyszerkönyv és a recipe nyelve.

(Vége.)

61. *Extracta*. „Ut pondus totius adhibiti dextrini aequet ponderi (pondus h.) extracti sicci”. „Quae (quantitas) sic ponderi exigiti (exacto h.) extracti sicci . . . correspondet (correspondet h.). Az már igazán halatlan, hogy valaki *exigo*-nak a mult részesülését *exigitum*-nak írhatja!

62. *Extractum cannabis*. „Paretur e summitatum cannabis gmatibus 300”. Minthogy *summitates* nem a 4., hanem a 3. deklinatióba tartozik, *summitatum*-nak kellene állnia.

63. *Juniperus*. „*arbusculus* (arbuscula h.) apud nos monticola”.

64. *Lana gossypii*. A név ellen van kifogásom. Ez a *lana gossypii* nem egyéb a német *Baumwolle* szolgál latin fordításánál, mint erre már Maizner is egész helyesen rámutatott. A nálunk használatos latin kifejezést a németek csinálták és a régebbi német gykekben e néven szerepeltették a gyapotot; de a *Pharmacopoea Germanica* újabb kiadásából már törölve lett e kifejezés, mert úgy látszik, hogy maguk a németek is röstelték ezt a deák ruhába bujtott vastag germanizmust. Nincs ugyan előttem *Hirsch Brunó* *Universal-Pharmacopoe*-jának legújabb kiadása, de azt hiszem, nem tévedek, ha azt állítom, hogy a magyar gykv manapság az egyedüli, melyben e germán-latin köntösbe bujtatva szerepel a vatta. A legtöbb külföldi gykv egyszerűen *gossypium*-nak nevezi a gyapotot; miért nem mi is így? vagy *gossypinának*, a hogy a mult század elején nevezték? sőt *pili gossypii*, *bombax* stb. néven is ismerték.

65. *Natrium iodatum*. „Solutionem in tubum explorationem (exploratorium h.), in quo ope acidi hydrochlorici et zinci (zinci h.) hydrogenium evolvitur, infundendo, miscella caerulea (coerulea h.) ne evadat . . . tum aliquot guttis sulfate ferrosi et ferro sesquichlorato (sulfatis ferrosi et ferri sesquichlorati h.) miscendo” stb.

66. *Oleum hyosciami*. A gykv egyszer *hyoscyamus*-nak, másszor *hyosciamus*-nak írja a beléndek nevét. Minthogy e szó *ὡσζαυάω*-tól származik, csakis az első a helyes. Szintúgy a halenyvet egyszer (197. l.) *ichthyocollá*-nak, másszor (289. l.) *ichthyocollá*-nak.

67. *Opium*. „Placentae . . . e granulis dense compactae (compactis h.) compositae”.

68. *Tinctura cannabis*. „Summitatum (summitatum h.) cannabis indicae contusorum (contusarum h.) gmta 20”.

69. *Unguentum sabadillae*. „Pulveris fructuum (seminum helyett) sabadillae”.

70. *Reagentia*. (623. l.) „Ötször szabályos kémszerek”: *quingentis* (l) normalia reagentia, vagyis „ötszázszor szabályosnak” van fordítva. *Quingues*-nek vagy *quintupliciter*-nek kellene állnia.

Szűkre mért terem nem engedi, hogy a gykv többi fejezeteiből is idézzek; azt hiszem, ennyi adat is teljesen elegendő ahhoz, hogy aggodalom nélkül a legsujtatóbb bírálatot mondjuk ki a gykv latin szövegéről. Hogy az elmondottakon kívül még mennyi nyelvtani botlás

lehet deponálva a gykv deák részében, arról csak akkor nyerünk igazi fogalmat, ha meggondoljuk, hogy én a fentebbiekben csupán 48 fejezetet bíráltam meg (sok apró hibát nem is említve), míg az egész gykv, az *Additamentum*mal együtt, 625 fejezetből áll! A mellett a szöveg stílusára nem voltam tekintettel: ámbátor gondolható, hogy az olyan fogalmazvány, a mely sarkalatos elemi nyelvhibákkal van megrakva, a stílus latinitása tekintetében is bizonyára sok kívánni valót hagy. Ennek bírálatára azonban nem vállalkozom, mert nem is vagyok reá hivatott.

Az elmondottak után joggal vethetjük fel azt a kérdést, hogy tulajdonképpen mi ezélja és értelmé vagyon a gyógyszerkönyv kettős-nyelvűségének? Ez a kérdés már csak azért is helyén való, mert hiszen a szöveg latinra fordítása és ily alakban való kiadása az államnak jó esomé pénzébe kerül s magát a könyvet is jelentékenyen megdrágítja. De ettől eltekintve sem talállok alapos érvet, mely a latinra fordítást megokolná. A latin nyelv régen megszűnt universalis orvosi nyelv lenni; nagy általánosságban mondhatjuk, hogy sem az orvos, sem a gyógyszerész (kiket a gykv szövege első sorban érdekel), nem tud latinul, legalább is nem olyan mértékben, hogy a gykv deák szövegét oly könnyű szerrel olvashatná, mint az ezzel szemben álló magyar textust; világos tehát, hogy nem is fogja a latin szöveg betűzgetésével törni magát. Hogy nem tudunk eléggé latinul, azon ugyan sok röstelleni valónk nincsen, mert van rá egy *solamen miserum*: az t. i., hogy más-hol sem tudnak. Bizonyosság rá a berlini gyógyszerkönyv-bizottság, tehát elsőrangú tudósok javából álló német testület, mely annak idején közösen háritotta el magától azt a nehéz feladatot, hogy a német gykv szövegét latinra fordítsa. Tehát a külföldi orvosok, pharmacologusok és gyógyszerészek javarészeinek körében sem olyan általános már a latin nyelv ismerete, mint hajdanában volt, s már egymagában ez a körülmény is ingatagga teszi azoknak, kik a gykv latin nyelve mellett kardoskodnak, egyik főérvét, azt t. i., hogy a latin szöveget a *külföldre* való tekintettel kell megtartanunk. Erre az érvre azt is felelhetném, hogy biztosak lehetünk benne, miszerint a *Pharm. Hung. II.-t* (eredeti szövegezésében) ötnél több külföldi ember nem olvasta s az is bizonyos, hogy ez az öt ember fölöttébb megbotránkozott a magyar gykv sokszor érthetetlen, silány szövegén; mi értelmé van tehát annak, hogy e pár ember kedvéért, drága pénzen, lefordíttassuk a gykv magyar szövegét s önmagunkat kompromittáló iratként a kezükbe adjuk? Aligha túloztam, mikor csupán ötre becsültem azon külföldi tudósok tömegét, kik a *Ph. H.-t* eredetiben olvasták. Nem azért tettem oly alacsonyra a számukat, mintha a külföld semmi figyelemre se méltatná a *M. Gykv* tartalmát, hanem azért, mert valamely (nemcsak magyar, hanem bármely más) gykv tanulmányozásának más a módja. Mit teszek, ha a spanyol, japáni stb. gyógyszerkönyv adatait akarom ismerni? Meghazátom az eredeti kiadványt? Korántsem; hanem meghazátom magamnak a *Hirsch-féle Universal-Pharmacopoeát*, melyben minden létező gykv adatai pontosan megtalálhatók, vagy pedig elolvasom azokat a részletes ismertetéseket, melyek a külföldi szaksajtóban (különösen gyógyszerész lapokban) az új gykvokról megjeleneni szoktak.

A külföldre való hivatkozásnak tehát vajmi gyenge alapja van, de ha már épen ez az intentió vezet bennünket a gykvnek kettős nyelvű kiadásakor, akkor miért nem írjuk a pharmacopoeát magyarul és francziául? Mert minden kétségen felül áll, hogy nálunk is, meg a külföldön is összehasonlíthatatlanul nagyobb azoknak a száma, a kik tudnak, sőt jól tudnak francziául, mint azoké, a kik úgy a hogy, nagy nehezen ki tudják betűzni egy újkori, barbár latinsággal megírt munkának az értelmét.

Azt is hallottam, hogy a gykvnek azért kell latin fordításban is megjelenie, hogy polyglott viszonyok közt élven, a nemzetiségek is megértsék. Ez a legszomorúbb érv, a mit ebben a kérdésben hallottam. Az állam megköveteli, hogy az egyetemeken tanuló orvosok és gyógyszerészek az állam nyelvén, magyarul tegyék le képesítő szigorlataikat, hogy a nemzetiségi középiskolákban kötelezőleg és a latinnal sokkal intenzívebben tanítsák a magyart: s mindezek után ugyanaz a magyar kormányhatalom a magyarul vizsgázott diplomás orvosokról és gyógyszerészekről feltételezi, hogy nem tudnak magyarul, tehát megírja a pharmacopoea egyik felét olyan nyelven, a melyet, mai közoktatásunk rendjéből folyólag, még kevésbbé tudnak mint a magyart! Ha erre a nevelésügyi álláspontra helyezkedünk, akkor összes állami kiadványainkat, törvényeinket stb. latinul, vagy (még logikusabban) 5-6 nemzetiségi nyelven kell kiadnunk. Ez képtelenség, a mint hogy az is képtelen kívánság volna, hogy az állam olyan orvosoknak, gyógyszerészeknek is jogosítványt adjon a gyakorlatra, a kik nem tartják érdemesnek megtanulni az állam nyelvét.

Mindezek után, azt hiszem, joggal helyezkedem arra az álláspontra, hogy a *Magyar Gyógyszerkönyv* csak egy nyelven, magyarul legyen írva, úgy mint a hogy a német, franczia, angol, északamerikai, orosz, román, spanyol stb. pharmacopoeák is csak egy nyelven, az illető nemzetek kötelező államnyelvén vannak megírva. Az egyes fejezetek *címei*, úgy mint a *British Pharmacopoea*-ban, vagy a német gykvben, a közhasználatú latin gyógyszer-névvel volnának irandók.

A gyógyszerkönyv latin nyelvvel kapcsolatban egy másik kérdést is szövé tehetünk, melyet a külföldi irodalomban már többször behatóan tárgyaltak, ellenben nálunk, tudomásom szerint, még egyáltalán nem volt méltatva. Pár év előtt más helyen röviden foglalkoztam már e kérdéssel, de annak közérdekű volta megérdemli, hogy minden irányból megvilágítva kimerítően tárgyaljuk. A kérdés az, hogy nem

volna-e szélszerűbb, magyarul írni az orvosi rendelvényt? Annál több jogunk van ezt a kérdést pro et contra vita alá bocsátani, mert hisz nálunk nincs semmiféle törvény vagy rendelet arra vonatkozólag, hogy a recipe magyarul vagy latinul irandó-e s így bárkinek szabadságában áll, hogy magyarul írja a rendelvényt, a gyógyszerész pedig köteles e rendelvény alapján az illető gyógyszert elkészíteni és kiszolgáltatni.

A magyar recipe kérdése előttünk, kik már elejétől fogva hozzászoktunk a latin rendelvények írásához, talán szertelennek látszhatik s talán akadnak olyanok, kik azt eleve is képtelen gondolatnak tartják. De ha megtörtéztetjük magunkat a könnyű szerrel való felületes ítéletmondástól és kissé behatódobban foglalkozunk e kérdéssel, akkor talán más eredményre jutunk. Ezelőtt csak száz esztendővel is ugyancsak nagy volt azoknak a száma, kik azt tartották, hogy a magyar nyelv alkalmatlan az orvosi tudományok, a physika, a chemia előadására a kik azt mondták, hogy a corpus juris latin nyelve nélkül nem lehet megélni, hogy a magyar nyelv behozatala esetén beláthatatlan bajok és zavarok fognak bekövetkezni a judikatura egész vonalán stb. Az idő s a tapasztalat alaposan ráczáfolt e kishitű kételkedésre és azoknak adott igazat, a kik a kezdet nehézségeitől való félelem nélkül, kitartó munkával megszerezték a magyar nyelv jogát a modern kultúra összes ágazataiban. Már ezen történeti analogia alapján is fölöslegesnek tartom a recipek és, mellesleg mondván, a kórbonecztni jegyzőkönyvek összefoglalásának latin nyelven való írását.

A francziák, angolok, olaszok, északamerikaiak, spanyolok, szóval a román és germán népfajok legelső képviselői — a németek kivételével — már régen nemzeti nyelvükön írják a recipét. A latin nyelv fakultatív használata némely államban meg van ugyan engedve, de a dolog természetéből folyik, hogy ezt az orvos csak a legkritikább esetben veszi igénybe; sőt az olaszoknál törvényben van kimondva, hogy a rendelvény csakis olaszul írható. A mi latin nyelvű recipénk nyilvánvalólag a régi deákos műveltségnek egyik utolsó, anachronistikus maradványa, részben azonban a német világgal való soknemű és közvetlen érintkezésünknek következménye. A németek, bár elvileg helyeslik a recipének nemzeti nyelven való írását, mégis kénytelenek a latin rendelvényhez ragaszkodni, mert (a mint elsőrangú orvosok írók pl. Husemann is elismerik) megfelelő, alkalmas gyógyszerneveik nincsenek. Hogy azonban ez az akadály nálunk is előfordul-e, az már más kérdés.

Való igaz, hogy egészséges nyelvérzékű ember a mostanság használatos magyar pharmacologiai és gyógyszerészeti kifejezések nagy részét nem jó szívvvel írja le a papírosra, annyi közöttük a hibás vagy szeretlen szófaragvány. Hogy csak néhány példát említsék, egy közkezen forgó gyógyszerészeti munkából: *sürfestvény* (elixir), *lészür* (roob), *tartány* (conserva), *göreb*, *lapocz* (spatula), *korongcsa* (pastillus), *gyógyszerez* (spiritus), *nyák* (mucilago) stb. A gyógyszerésznyelv alkotói általában véve nem voltak nagyon szerencsés izlésű emberek, mert nagy hajlandóságuk volt arra, hogy minden kifejezést, a mit csak lehetett, a *fatal* mintájára alkossanak meg; így keletkezett azután a mesterszóknak az az egyhangú és disztelen sorozata, hogy *főzet*, *fejet*, *nyelet* (electuarium), *kenet* (linimentum), *nyalat* (linctus), *fatal* (bolus), *oldat*, *forrázat*, *kivonat*, *sőt* — *horribile*! — *harapat* (morsuli). Ezeknek egy része annyira meggyökeresedett már az irodalomban és a közhasználatban, hogy jóformán nem is gondolhatunk már a kiirtásukra. A *szörp*, *tapasz*, *lapocz*, *labdac*, *kenőcs* stb. ellen már-már hiába minden küzdelem, s hogy ezek a korcsok ma is disztelenítik a magyar nyelvet, abban sok része van a jószándékú, de szerencsétlen kezű *Bugát*-nak, ki annak idején az általános therapia előadója volt a pesti egyetemen. Más helyen már kimutattam, hogy a mai gyógyszerész-kifejezések javarésze töle származik. Szerencsére azonban, szógyártmányainak tekintélyes része, épen a leghajmeresztőbbje, nem honosodott meg a pharmacologia nyelvében. A helybeli egyetem gyógyszerzeti intézetében ma is meg van *Kraus* nagy orvosi lexikonának 1826-diki kiadása, melyben *Bugát* az ő pharmacologiai szövegmegjegyzéseit széljegyzetek alakjában megörökítette. Ott olvasható a következő furesaságok: *roob*: nedzsür, *necsür* (sürfi nedv); *trochiscus*: kerkecs (kerkecs); *argentum*: ezeny; *narcotin*: bódal (bódító alj); *sapo*: zsillug (zsír + lúg); *macis*: ding (a szerecsendió ingje); *glycyrrhiza*: édgöyk; *bellium*: finota (ad normam: gyanta), nem kelleme szaga után; *cactus*: huszur (mert húsos és szúrós); *canella*: nácza (nádcza); *cantharidin*: hojuzal (hólyaghúzó alj); *carpos-ra* (gyümölcs) azt ajánlja, hogy *szedle* (szedd le!); *cinnamomum*: kéril (mert kérégeiben illó olaj van); *ceratonia siliqua* (szentjános-kenyér): édlap (mert édes és lapos); *cetaceum*: bárvány fagynya (bárvány = cet); *chemia*: kém-tan; *chlorophyll*: zödnye (zöldnye); *coccionella*: huszur bojbozs! *colocynthis*: kóty (népies); *kristály*: jéc; *aether*: iter; *gramen*: kasz (mert kaszálják); *ambra*: illa; *amuletum*: hártó (háritó); *ana* (a recipén): egyenlőny; *analysis*: szétlés; *antagonista* (szer): ellencz; *rosmarinus*: sirnász; *aroma*: illany; *azbeszt*: tüztűr (tüzet tűri) stb. A *gramm* nála *ter*, a liter *tér*, a meter *mél*; ezeknek a tizedrészt azután a deciből kiszakított *ec* szótaggal fejezi ki; így decigramm: *terec*, deciliter: *lérec*, decimeter: *mélec*. A *terecs*, a *szemer*, a *vény* (melytől még mindig nem tudunk szabadulni), azt hiszem szintén *Bugát*tól valók.

Ezek a badarságok hál' istennek nem telepedtek meg a pharmacologia magyar nyelvében, de hát elég hibás kifejezéssel van az meg-rakva így is. Ezért is annak, a ki a magyar recipe megszületését várja, nem szabad felhagyni orvosi nyelvünk józanelvű tisztogatásával és szükség esetén jöfőle magyar szavak szerzésével, a mire kettős analogia-forrásunk is van: a régi magyar orvosi nyelvi adatai és a népies gyógy-szernevek.

Nem hinné az, a ki régi (17—18. századbeli vagy a 19.-nek leg-
elejéről való) magyar orvosi munkákat nem forgatott, hogy milyen

becses, magyaros szóanyag van azokban felhalmozva és paragon hever-tetve. És valóban csodálatos, hogy ma, a mikor mindenki él modern orvosi nyelvünk használhatatlanságának tudata, úgy annyira, hogy inkább fél-latinnul írunk, semhogy képtelen magyar szavainkkal éljünk: még sem jut eszébe senkinek, hogy a régi orvosi nyelv kiaknázatlan kincses bányájából merítsen. Történt ugyan egy-két ilyen ezéző kísérlet, de már jó ideje, hogy félben szakadt az első tarlózás, a mi pedig nagy kár, mert *Páriz Pápai* (Pax corporis 1690), *Mátyus István* (ő és új diatetika 1787—93), *Tolnay Sándor* (A falusi embereknek irt oktatás 1786 stb.), *Marikowszki Márton* (A néphez való tudósítás 1772), *Engedi János* (Falusi emberek patikája 1801), *Vajnböcz János* (Szemápolás 1832), *Molnár János* (Orvosi törvény 1814) stb. munkái tele vannak olyan orvosi kifejezésekkel, melyek, ha nem is fedik tökéletesen a mai orvosi ideákat, de méltó példái az igaz magyarságnak és analógiakul jól használhatók. Nincs itt helyem arra, hogy bővebben foglalkozzam régi orvosi nyelvünk pharmacologiai nomenklaturájával — bár nem adom fel annak reményét a jövőre —, csupán az elmondottak bizonyítására említek fel néhány jó magyar szót elfelejtett régi szerzőink munkáiból.

Marikowszki-ből (A néphez való tudósítás, 1772.): egy *cétel* (dosis), *liktárium* (electuarium), *terjék* (opium, theriacum), *harapás* (bolus), *lágylító kötés* (cataplasma), *kenet* (unguentum), *összerontani* vagy *össze-roncsolni* (contundere, mandolát stb.), *hasindító szerek*, *golyóbis* (pilula), *keményített lé* (extractum siccum), *párlás* (infusum), *álmához szerek*, *jelentés* (symptoma), *veritékintító szerek*, *forrózás* (lázás állapot), *szinglő bélhurut* (chronikus b.), *hirtelen nyavalya* (akut ny.), *hosszas betegség* (chronikus b.), *hólyagszívó flastrom*, *gyótsón szűrni* (colare), valamely folyékony keveréknek a *sava* (sedimentum), *fene-súly* (cancer), *gyuladó nyavalyák*, *futosó közsvény*; „*vizelleti veres lángos és kevés*“ stb. *Tolnay Sándor* munkáiból: *keserű gyökér* (radix gentianae), *pároló kötés*, *kása-kötés*, *kásaborítás* (cataplasma), *párolás* (ugyanaz), *érlelő szerek*, *orvosló szer* (gyógyszer), *írak* (unguenta), *liktárium* (electuarium), a *daganatok megrögzene* (chronicussá lesznek), a *nyavalyák megidősülnek* (ugyanaz), *botkos daganat* (scirrhus), *reczés szövet* (kötőszövet), *gyulladásó nyavalyák*, *recipe*, *hőcség* (calor, gyuladt daganaton), *kifödött testrészt* (a mai lemez-telített), *fatyú* v. *rothadt gyuladás* (rossz indulatú gy.), *veres kelés*, *hétkelés* (erysipelas), *kővér bőrgyulladás* (phlegmone), *hálós szövet* (kötő-szövet), *himlő mérgétől megszoktetett állat* v. *ember* (megfertőzött), *vérszipó* (nadály), *mázoló kenet* (oxycratum), *bélszipó erek* (nyirok erek), *jelentés* (symptoma), *evetség* (ad formam: genyetség), *kötők* (ligamenta), *heves nyavalya* (akut ny.), *keménykedés* (induratio), *porczogók*, *vízi daga-nat* (anasarca), *evetséges gyülevény*, *jól készült* (jóindulatú) *evetség*, *víz-degleges vér* (hydraemia), a *rostás szövetbe szürekedett nedvesség*, a *daga-nat kerítése*, *orvosló őszön* (a mai gyógyipar), *lantornás bőrceske* (aponeurosis?), *bajelőző* (prophylacticus) stb.

A régi orvosi kifejezések becsét nemcsak az adja meg, hogy az igaz magyarság zamata duzzad bennük, hanem sokszor elmés és jellemző voltak is. Megtelik a lelkem gyönyörűséggel, mikor azt a régi magyar orvosi kifejezést olvasom, a melyik úgy szól, hogy: „*bőr-aljat elfutó senyves vízi-kórság*“. Mennyi zamat és jellegzetesség e rövid kifejezésben! Ez már nem is egyszerű műszó, hanem valóságos kórtani definitio, melyben benne foglaltatik az „*anasarca*“, a „*cachectica*“ és a „*hydrops*“.

A gyógyszerek népies nevei is számos használható adatot szolgál-tatnak annak, ki a gyógyszerzetan magyar nomenklaturáját tervezi. *K. Karlovszky Géza* érdeme, hogy ezeket a népies gyógyszerneveket, vagy legalább azok jó részét összegyűjtötte s egy derék kis munkában kiadta. Sokszor meglep bennünket e népies elnevezések jellegzetessége; a magyar nép éles elméje, mely mindig fején találja a szöveget, lépten-nyomon megnyilatkozik bennük. E népies nevek közt persze sok olyan is van, a mely a latin név hangját utánzó volta miatt vagy más okból tréfásan hangzik és használhatatlan, pl. *alleluja*: aloő lucida, *alpor*: pulvis purgans, *balsam koperta*: balsamum copaivae, *bikabornyú-por*: pulvis natrii bicarbonici, *folyó szenna*: folia sennae, *halottbrosztó*: liquor ammoniac, *kollegium*: collodium, *karpócium*: acid. carbolieum, *kénpor*: pulvis chinini, *német pirula*: pilulae laxantes, *szabaduló-por*: pulvis pedicularum, *szemmes-só*: sal Seignetti stb.; de van igen sok olyan is, melynek a tudományos gyógyszerzetanban és a magyar rendelvényen is méltó helye volna. Így pl. *Acetum lithargyri*: olomecet, *Ac. pyrolignosum*: barna-ecezt, *facezt*, *Acid. arsenicosum*: egérkő, *Aconiti radix*: farkasgyökér, *Agaricus chirurgorum*: lágytapló, *Aloë pulv.*: epepor, *Althaeae radix*: fehér gyökér, *vadmályva-gyökér*, *Alumen ustum*: hótimsó, *Ammonium carbonicum*: repülős, *Aqua foeniculi*: kaporvíz, *Aqua laxativa* Vienn: bécsi laksza, *német ital*, *Aqua Goulardi*: fehér sebviz, *hűtővíz*, *borogató tej*, *Argentum nitr. fusum*: sebkő, *Arnica*: angyalvirág, *nyárika* (mennyi-vel különbek, mint a gykv. „*hegyi kappanőr*“-je!), *Balsamum peruvia-num*: szagosító balszam, *barna olaj*, *indiai balszam*, *Bals. vitae Hoff-manni*: aranybalszam, *Belladonna*: farkascseresznye, *mérges cseresznye*, *nagy fű*, *bolond fű*, stb. *Benzinum*: pecsétvíz, *Bolus alba*: fehér agyag, *B. armena*: piros agyag, *örmény föld*, *Calamus (radix)*: német gyömbér, *kálmós gyökér*, *Calcaria chlorata*: beteg méz, *bécsi méz*, *Cantharis*: zöldbogár, *körishogár*, *dühöbogár*, *Caragaheen*: serfű, *Castoreum*: hód-tetem, *Centaurium*: epefű stb. *Ceratium cetacei*: fehér szőlőzsír, *Ceta-ceum*: habvelő, *cetvelő*, *Chamomilla vulg.*: anyafű, *kamilla*, *Cham. romana*: nagy kamilla, *Cinae flores*: csiszérmag, *gilisztamag*, *ciftermag*, *Cinae flores conditae*: gilisztakása, *Colechici bulb*: kigyóbagyma, *Collo-dium*: bőrhagyó olaj, *Collyrium astr. luteum*: sárga szemvíz, *arany szemvíz*, *egyptomi szemvíz*, *Colocynthis*: keserű alma, *epcalma*, *mérges tük*, *sártök*, *Cremor tartari crudus*: piros borkő, *Cubeba*: farkasbors, *Cuprum aluminatum*: kék timsó, *kék szemsó*, *Curcumae radix*: sárga gyökér, *Dulcamarae stipites*: iszalagtó, *Empl. adhaesiv. borussicum*: német flastrom, *Empl. anglicanum*: bőrflostrom, *angol flastrom*, *ango*

vászon, enyves flastrom, *Empl. diachylon compos*: húzó flastrom, kelesztő flastrom, sárga flastrom, *Empl. saponatum*: mirigyflastrom, *Euphorbium*: ebtegyanta, *Farina seminum lini*: borogató liszt, *Filix mas* (rhiz.): gilisza gyökér, *Foeniculum*: nagy köménymag, *Gentianae radix*: aranygyökér, szt. Lászlógyökér, genczellérgyökér, *Glandes quercus tosta*: makk-kávé, *Globuli camphorati*: orbáncz-golyó, *Glycerinum*: édes olaj, czukorolaj, zsírolaj, *Ichthyocolla*: halenyv, halhólyag, *Jalapa*: perkáta, alapérgyökér, *Kalium carbonicum crudum*: lúgsó, hamusó, hamuszír, *Kalium hydroxydatum*: égetőkö, fehér marókö, *Kalium stibiotartaricum*: hánytató bőrkő, *Kalium sulfuricum*: duplasó, *Kreosotum*: koromolaj, *Kusso flores*: galandvirág, *Lichen islandicus*: pacsirtatapló, *Lignum guajaci*: nehézfá, köszvényforgács, *Linimentum volatile*: repülőzsír, mirigyolaj, kigyózsír, *Liquor acidus Halleri*: savanyú cseppek, *Liqu. anodynus Hoffmanni*: aethercsepp, *Lycopodium*: lángliszt, dajkapor, sárga hintőpor, *Magnesium sulfuricum*: budai só, angol só, *Naphthalinum*: molyvesztő, *Natrium bicarbonicum*: emésztőpor, kelesztőpor, pezsgő szóda, *Natrium phosphoricum*: gyöngyszó, *Natrium sulfuricum*: csudasó, *Nux vomica*: varjuszem, hollószem, gyilkos dió, *Oleum cornu cervi*: agancsolaj, *Ol. ricini*: sárfű-olaj, rapancs-olaj, csudafa-olaj, *Ol. sesami*: istenfa-olaj, *Ol. tereb. rectificatum*: vékony terpentín, *Ononis*: gerlicze-tővis, *Opodeldoo*: köszvénybalsam, csontkocsonya, *Pulvis aërophorus*: pezsgőpor, *Quassia*: légyfa, *Ricinus (semen)*: török bab, berzsénymag, sárfűmag, *Sabadilla*: ebülőmag, patkánybors, *Sal Seignetti*: hattyúsó, *Sapo kalinus ven.*: lágy szappan, barna szappan, *Sapo venetus*: sömörszappan, *Scilla* (bulbus): kenderhagyma, *Secale cornutum*: varjúköröm, rozsüzög, anyaliszt, *Spir. salis ammoniaci antis.*: prágai víz, *Stibium sulfurat.*: aurant.: aranykén, *Symphyti radix*: nádálgöyökér, *Talcum venetum*: szalonakő, *Terebinthina communis*: vastag terpentín, *Tinct. amara*: angol keserű, *Tinct. chinæ comp.*: lázesepp, kínasepp, *Tinct. moschi*: pézsmasepp, *Ungu. emolliens*: habír, angol ír, *Ungu. hydrargyri rubrum*: piros ír, piros szemir, *Ungu. plumbi acetici*: hűtőír, fehér balzsamír, sömörír, lilomír, *Ungu. sabadillae*: barátír, rabír, *Ungu. sulfuratum*: viszketegír, *Zedoaria*: vad-gyömbér, *Zincum sulfuricum*: fehér-gálicz, fehér-szemsó.

E rövid táblázat mutatja, hogy elég jó magyar kifejezés áll rendelkezésünkre, mert hisz a fenti jegyzékbe nem lett felvéve a közkeletű magyar gyógyszernevek nagy száma. Ennélfogva az az ellenvetés, hogy a magyar recipe eszméje már azért is korai, mert magyar gyógyszernevek nincsenek, nem egészen alapos. Van nekünk elég szavunk a közönségesebb gyógyszerekre, csak az a baj, hogy ezek nincsenek bevéve a gyógyszerkönyvbe, ami pedig a nomenklatura egységes használata miatt okvetlenül szükséges volna.

A nem latin rendelvevények írása ellen még más kifogásokat is tesznek. Hogy ezeknek komoly alapja nem lehet, azt már az a tény is bizonyítja, hogy, mint említettem, a külföld legtöbb államában régidőtől fogva nemzeti nyelven írják a recipét, anélkül, hogy ebből bármiféle hátrányok származnának. A leggyakoribb ellenvetés, a mit a nem latin recipe ellen felhoznak az, hogy *elősegíti a kuruzslást*. Csak-hogy téves dolog a kuruzslás kiirtását vagy lehető szűk körre szorítását a rendelvevény *nyelvéből* tenni függővé; a kuruzslás korlátozása nem a latin recipének, hanem a minél szigorúbb törvényes intézkedéseknek a feladata. Hogy maga a latin nyelvű rendelvevény milyen gyenge akadály a kuruzslásnak, arra elég jó példát adott az a morphinista, ki az elmúlt hetekben végig járta a főváros gyógyszerárát és „statim” jelzésű latin recipékkal kiszolgáltatta magának a morphint. Azt a kifogást is tehetik a magyar nyelvű rendelvevényre, hogy a *beteg megérti* a mit az orvos ír s ez sokszor nem kívánatos. De hát arra valóknak a rövidítések és a kellő számú magyar synonymák, hogy meg ne értsék. Persze a rövidítéseknek minden félreértést kizáróknak kellene lenniök, mert a helytelen rövidítés ép úgy kétértelmű volna, mint a hogy a mai deák rendelvevény is kétféle jelent, ha azt íróm, hogy *Kal. sulf.* (*Kalium sulfuricum* és *sulfuratum*) vagy *Hydr. chlor.* (*Hydrargyrum chloratum* és *Hydras chlorali*) stb. De különben is hangsúlyoznom kell, hogy én a „magyar recipe” alatt nem azt értem, hogy annak minden szava elejétől végig magyar legyen; ez már azért is képtelenség volna, mert az újabb gyógyszerek legnagyobb részének nincs és nem is lehet magyar neve (de latin sem!), minthogy azok az újabbkori kémiai nomenklatura nemzetközi nyelvén vannak megkeresztelve. E neveket tehát úgy is meg kellene tartani, sőt esetleg némely czélszerű latin rövidítéseket is; a minthogy a francziák, angolok és olaszok is megtartják például az *ana-t* és a *qu. s.-t*. Álljon itt erre vonatkozólag néhány külföldi példa:

- R. Jodoform,
Tannic acid, aa 3 ij
Mix and label: Dust over abraided surface.
R. Décoction de Simaruba 25:70 grammes
Tannin 1 gr.
Vin de Grenaches 10 grammes
Mucilage de salep } aa 15 gr.
Sirop d'écorces d'oranges }
A prendre toutes les heures, par cuillerée à café.
R. Olio di fegato di merluzzo gr. 8
Latte condensato gr. 3
Sciropo semplice gr. 3
Acqua gr. 2
Essenza di mandorle amare } ana q. b. per aromatizzare.
Essenza di Wintergreen }

Si tritura il latte condensato in un mortaio, si aggiunge a poco l'olio, poi lo sciropo, l'essenza e le acque.

Az ellenvetések után lássuk már most azokat a támogató érveket, melyek a recipének magyarul való szerkesztése mellett szólnak.

Először is kétségtelen, hogy a latin nyelv *nehézsége* és *nem kellő tudása* sok bajt okozhat a rendelvevény írása közben. E kettő az egyszerűbb, mint a szerinti (officialis) rendelvevény szerkesztése közben nem okoz ugyan nehézségeket, de annál többet a részletező (magistralis) rendelés alkalmával. A latin nyelv használata abból az időből származik, mikor tudományos dolgok tárgyalására a nemzeti nyelvek még alkalmatlanok voltak. Ma már ez nincs így, sőt bizonyos, hogy bármely kultúr-nemzet nyelve alkalmasabb a modern tudományos ideák pontos kifejezésére, mint a latin. Eppen ez magyarázza meg azt, hogy a latin nyelv, ámbátor sok mindenféle eszközzel siettek mesterséges életben-tartására, mégis teljesen kiszorult a tudományos közhasználatból. Ez természetes folyamat volt, mert magának a tudománynak természetes fejlődése kizárta ki a latin nyelv használatát a tudományból, a min ne sajnálkozzunk, hanem örüljünk, mert ezáltal a tudomány nagy teher-től: a gondolat nehézkes és imprecíz kifejezésének nyújtól szabadult meg. A holt nyelvnek nehézsége és az újkori tudományos ideák kifejezésére alkalmatlan volta magyarázza meg, hogy a latin ma már mint nemzetközi tudományos nyelv sem állja meg a helyét és hogy hiábavaló azok törekvése, kik a latint még *ma is* a tudomány terjesztésének internacionális eszközévé akarják avatni. A deák nyelv végleg meghalt és egészen bizonyos, hogy előbb vagy utóbb minden kényszer nélkül az orvosi rendelvevényről is el fog tűnni.

A latin orvosi nyelv nehézségére vonatkozólag bárki is bő-ségesen említhet példákat, a ki a gyógyszerkönyvet vagy régebbi egészségügyi törvényeinket olvasgatja. Némelykor ez a nehézség visszataszító ízléstelenségbe csap át. Van egy 1800. évben kelt törvé-nyünk, a mely azt tárgyalja, hogy a gyógyszerész miként állítsa ki a szegény betegek javára rendelt gyógyszerek mintalapjait; ennek a törvénynek a czime *Linzbauer Codex*-ében úgy van említve, hogy: „Norma intuitu conficiendarum *Auszugalium* super medicamentis in usum pauperum expeditis”! A kaucuk sparadrap neve a gyógyszerkönyv-ben: *Emplastrum adhaesivum extensum americanum elasticum*. Kinek van ideje rá, hogy az ilyen nehézkes és végtelen gyógyszer-nevet le-írja a recipére? A Bruns-féle gyapot neve: *Lana gossypii depurata et a pinguedine liberata* *Brunsi*: a sublimátos gyapoté *Lana gossypii hydrargyro bichlorato corrosivo impraegnata*; hasonló a *Gaze hydrargyro bichlorato corrosivo impraegnata*, a *Chininum tannicum insipidum* *Rozsnyay*, a *Miscella pro solutione calcii oxysulphurati*, stb. Mi a következ-ménye a latin gyógyszernevek e nehézségének? Az, hogy az orvos lehetőleg elkerüli a latinul való rendelést és a helyett inkább külön papíron magyarul írja meg a gyógyszerésznek, hogy „Kérek ennyi meg ennyi sublimát-gazet” stb.

A latin nomenklatura használata okozza azt is, hogy a rendelőnek némelykor ugyanazon gyógyszert négy-ötféle néven kell ismernie, a miből olykor nagy zavarok keletkeznek, mert a gyógyszer magyar neve, kémiai és latin elnevezése nem felelnek meg egymásnak. Ezért van, hogy a legtöbbet azt mondják, hogy ők „*chlorkalit*” rendeltek, holott valószínűleg soha életükben nem rendeltek és nem is fogják rendelni ezt a sőt. De nem is csodálkozhatunk ezen a zavaron, ha meggondoljuk, hogy a rendelőnek a deákul írott recipe miatt vagy nyolczféle elneve-zésnek egymáshoz való viszonyát kell ismernie, u. m. 1. chlorsavas-kalium, 2. kalium chlorat, 3. kalium chloricum, 4. chlora kalii. 5. chlorkalium, 6. kalium chlorid, 7. kalium chloratum és 8. chloridum kalii. Az efféle zavarok nem fordulhatnak elő, ha recipét magyarul írának és ha a rendelőnek csupán egy névre, pl. a kémiai modern elnevezésre volna szüksége.

Fentebb említettem, hogy van abban bizonyos ellenmodás, hogy *nem tudunk eléggé latinul* és mégis *latin* recipét írunk. Annyi latin tudásunk persze bőven van, hogy a szokásos mindennapi officialis rendelést megtegyük; de már egy kissé bonyolultabb *magistralis* recipét megírni nem könnyű dolog. Hogy mennyire nem könnyű, azt legjobban bizonyítja maga a gyógyszerkönyv, mely csupa ilyen tüzetes rendelvevények sorozatából áll s a melyben, mint láttuk, alig találunk egy-két hibátlanul megírt recipét. Hát hogy kívánhatjuk akkor, hogy a gyakorló orvos, kinek mindenre inkább jut ideje, mint latin tanul-mányok végzésére, csak úgy sebtében, néhány perc alatt, a betegágy mellett, hibátlanul megírjon egy *magistralis* recipét? De tegyük fel, hogy mindenki bármely tetszés szerinti részletező rendelést meg tudna írni: ez épen olyan nagy baj volna, mert bizony igen sok gyógyszerész akadna, a ki nem értene meg. Nem is lehet kívánni, hogy afféle, ma már ritkán használt kifejezéseket, mint „*ad pelliculam consume*” „*coque ad humidi consumptionem*”, „*citellum ovi coctione concretum exime*”, „*solutio-nem lente consume*” stb. minden gyógyszerész ismerjen, kivált manapság, a mikor a latinak középiskolai tanítása oly kevésbé intensív és oly észszerűtlen, hogy örülhet az, aki nyolcz évi tanulás után legalább a *consecutio temporum*-mal tisztában van!

A latin nyelv hiányos tudása okozta, hogy idők folytán a *magis-tralis* rendelvevények írása jóformán teljesen kiszorult a gyakorlatból és általánossá lön a betanult minták után való *schémás* rendelés, sőt legújabbban a *specialitások* rendelése, a mi persze felettébb kényelmes, mert hisz, ha annak a különlegességnek a nevét ismerjük, már kész a recipe is, nem kell törődnünk se adjuvanssal, se corrigenssel, se excipienssel. Szóval nem kell hozzá *pharmakologiai* és kémiai ismeret, sem pedig a gyógyszerkészítés elemeinek, meg a latin nyelvnek tudása. Más kérdés azonban, hogy méltó-e az orvoshoz olyan, mellesleg mondvá: szertelenül drága, gyógyszereket rendelni, melyeknek pontos quantitativ összetételét legtöbb esetben nem is ismeri, melyek huzamos állásuk közben bomlásnak stb. vannak kitéve s a melyeket legtöbbször nem az

orvosi szaktudás, hanem a kereskedői számítás visz a piacra. Múltán kérdezzük, hogy mire való tulajdonképpen a farmakológiának, chemiának, gyógyszer-rendelésnek tanítása és tanulása, ha maholnap oda-jutunk, hogy öntudatosan és szakértelemmel megkészített rendelőny nem is jut a gyógyszerész kezéhez, hanem csak chablonszerű másolatok, melyeket egy haszonraleső gyáros diktál?

A fentebbiekben röviden igyekeztem vázolni azokat az előnyöket, melyekkel a magyar recipe írása járna. Megengedem, hogy nekünk, a kik intensívebb deákos nevelésben részesültünk s a kik a rendelőnyt nem is tudjuk más formában elképzelni, mint a mostaniban, talán bizarnnak látszik az a szó, hogy „magyar recipe“. De ha a tanuló ifjúságot ma kezdenők ilyen irányban nevelni, akkor tíz év múlva már nem volna szokatlan és exotikus a magyar rendelés: hiszen, hogy nagy hasznára az öntudatos *ars ordinandi*-nak, mely ma minden változatosság nélkül való, chablonszerű másolás, mert egy holt nyelv nehézsége, nyűge fekszik rajta.

Míg a rendelőny latin nyelve megmarad, addig a gyógyszer-tan igazi magyar műnyelve sem születhetik meg. A recipén kell tehát kezdeni a gyógyszerészet és a farmakologia magyar nyelvének reorganizálását. Az ezirányban mutatkozó nehézségek nem oly rendkívüliek, mint első tekintetre hinnők; azt hiszem, ez a fentebbi tárgyalásból eléggé kiténik. Mennyivel nagyobbak voltak azok az akadályok, melyek a nemzeti nyelven irni kezdő régi tudós magyarok elé tornyosodtak! De ők kitartást és mély meggyőződésből eredő lelkesedést vittek újító nemzeti törekvéseikbe s e kettő adott nekik erőt, munkájuknak sikert. Ki ne fordulna tisztelettel ezen férfiak emlékéhez, a kik gyenge eszközökkel, elismerés reménye nélkül, de nemes idealizmussal elteleve oly heroikus munkát végeztek a nemzeti tudomány érdekében? Ki ne olvasná meg hatottsággal a Magyar Encyclopaedia (1653) írójának, *Apáczai Csere János*-nak, e munkához írott előbeszédjét, melyben maga írja meg lelki aggodalmait, mondván: „(Utrechtben) többféle nyelveken írott különféle könyvekre akadván és azokat nagy csodálkozással olvasgatóván, világosan kezdém látni, mi legyen az oka, hogy minket egyéb nemzetek a tanultság dolgában annyira felül haladnak. Tudniillik, sokkal rövidebb és könnyebb útjuk van a tudományokra, mivelhogy azokat az anyok tejjével szoptott nyelven hallják, olvassák, közlik... Sokkal könnyebb azoknak tudósokká lenni, a kik a tudományoknak megtanulása végett idegen nyelvek tanulmányára nem szorulnak. De mi haszna, ha távolról csak benyelve nézem kedves hazámnak siránkozására méltó állapotát? ... Ez annyira furdalta bús szívemet, hogy azért gyakran nem is alhatván, a tanulásra sem lévén kedvem, egyedül e nyugtalanító gonddal vesződtem: vajjon miképpen lehetne segíteni kedves hazámon? Annak okáért neki fogtam az írogatásnak és meg akarván kísérteni, mennyire mehetnék, egyéb nyelveken megíratott mindenféle tudományból valamit magyarra fordítani kezdtem; de mivelhogy engem e nyelvek elegendő szók nélkül szűkölködő mivolta s mintegy meztelensége már kezdetben elijesztett, félbe szakasztottam a munkámat egy ideig, még Gázának könyvére nem akadtam, a ki mind azt a könyvet, melyet *Aristoteles* a sokféle állatokról írt, mind azt, a melyben *Theophrastus* a sokféle fáknak neveit foglalta, deák nyelvre fordította... Ha szabad volt, sőt hasznos is, hogy egy görög nemzetből eredett tudós ember a deák nyelvben ezt merészlette, bizonyára nekem született magyarnak az anyám tejjével szoptott nyelvre nézve nemcsak szabad, hanem szükséges is azont cselekednem. Annak okáért, minék utána magamban erősen elszántam, hogy ha a kegyelmes Úr Isten még csak egynéhány esztendeig nyújtja életemet, nem fogok előbb meghalni, hogy sem a szép és hasznos tudományokat hazámfiával magyar nyelven közleném, egy új könyvnek készítéséhez fogék...“

Gondoljunk hálás emlékezettel *Apáczai*-ra, ki már akkor, a latin világ tengerében, a tudományok összességére akarta kiterjeszteni a nemzeti nyelv jogát, mert józanul belátta, hogy akkor a nemzetnek „sokkal rövidebb és könnyebb útja van a tudományokra.“

A latin világnak utolsó maradványa a latinul írott rendelőny s ezt a kérdést is úgy kell tekintenünk, mint a nemzeti tudományosság fejlesztésének egyik szűkebb körű, de nem jelentéktelen problémáját. A fentiekben nagy vonásokkal igyekeztem rámutatni arra, hogy ez a kérdés miként volna megoldható a magyar nyelvű gyógyszerkönyvvel és rendelőnyvel. Hallottam ugyan azt az ellenvetést is, hogy a nálunk utazó berlini ember meg fog haragudni, ha a magyar orvos által számára írott recipét a hazájabeli német gyógyszerész nem fogja elkészíteni tudni; de legyünk nyugodtak, mert ennek a berlini embernek nincsen igaza. Ellenben igaza volt annak a *másik* berlini embernek, a ki nálunk jártában egyszer azt a nevezetes nyilatkozatot tette, hogy „minden ajtókilincsen rajta kell lennie a nemzeti karakter bélyegének!“ A ki nem volt más, mint a németek nagyesszü császára.

Kóssa Gyula dr.

Közegészségügy.

A polgári és katonai közigazgatásban előforduló születések és halálos esetek bejelentésénél közzendő statisztikai adatok újabb megállapítása. 133,634/1902. B. M. számú körrendelet. (Valamennyi vármegyei és városi törvényhatóságnak.)

A miként azt a népmozgalmi statisztikai adatszolgáltatás tárgyában f. évi 119,864. sz. a. kibocsátott körrendeletben már jeleztem, a statisztikai adatgyűjtésre szolgáló mintalapok megváltoztatásával kap-

csolatban egyszersmint a polgári és katonai közigazgatásban előforduló születések és halálos esetek bejelentésénél közzendő statisztikai adatok is módosulás alá esnek.

E végből a következőket rendelem:

A közigazgatás részéről a születési és halálos esetek felől az állami anyakönyvvezetőhöz teendő írásbeli bejelentéseknek az 1900. évi december hó 11-dikén 127,585. sz. a. kibocsátott rendelet A. és B. pontjaiban felsorolt statisztikai adatok helyett 1903. évi január hó 1-jétől kezdve a következő adatokra kell kiterjeszkedni.

A) A születések bejelentésénél:

1. törvényes születés esetén mindkét szülőnek anyanyelvére;

2. törvénytelen származásuaknál az anyának és a gyermeket esetleg elismerő természetes atyának anyanyelvére;

B) A halálos esetek bejelentésénél:

1. az elhunyt anyanyelvére;

2. ha az elhalt keresettel nem bírt, vagy férjes nő volt, eltartójának illetőleg férjének foglalkozására;

3. ha az elhalt házassági kötelékben állt (nős vagy férjes volt), arra is:

a) hogy a halál által felbontott házasság melyik évben kötöttet;

b) hogy e házasságból hány gyermek született (a halva szülötteket is beleszámítva);

c) hogy hány van ezek közül életben;

d) hogy az életben maradt házastárs milyen életkorú;

4. hogy az elhunyt a halált okozó utolsó betegségében orvosi kezelésben részesült-e? s ha igen, mi a kezelő orvos neve és lakhelye;

5. hogy a halottvizsgálati bizonyítványt orvos vagy nem orvos állította-e ki?

A fentebbiekben körülírt adatszolgáltatást illetőleg rövid magyarázat gyanánt a következőket jegyzem meg:

1. Anyanyelv gyanánt azt a nyelvet kell bejegyezni, melyet az illető magának vall s melyen legjobban és rendszerint beszél.

2. Törvényes származású az a gyermek, ki törvényes házasságnak tartama alatt vagy annak megszűnésétől számított tíz hónapon belül született.

3. Halva szülöttnek vagy szülés közben elhaltanak csak az a szülött vehető, a ki vagy már a szülés megkezdése előtt nem volt életben, vagy pedig a szülés folyamata alatt halt meg, tehát tényleg holtan jött a világra.

4. A halál okának megjelölésénél a halottkémi rendeletben foglalt utasítások tartandók szem előtt.

Ez utóbbi tekintetben általánosságban való tájékoztatásul megjegyzem egyébként, hogy a halál okául az a betegség, vagy erőszakos halálok jegyzendő be, a melynek következtében a halál beállott, nem pedig a halált okozó betegségnek, vagy erőszakos halálnak legvégső, a halált közvetlenül megelőző tünete (pl. tüdővízenyő, tüdőhűdés, szívhűdés stb.), a mely több különböző nemű betegségnek egyaránt felléphet s ennél fogva a tulajdonképeni halál megjelölésére nem alkalmas.

A fentebb felsorolt adatok már a betegnek, illetőleg a szülésre jelentkező nőnek felvétele alkalmával kiderítendőek, mert ennek elmulasztása esetén a halál esetleges bekövetkezésakor az adatok pontos megjelölése a legjobb akarat mellett is lehetetlenné válik.

Azok az adatok, melyek az 1894: XXXIII. t.-cz. 37. és 69. §-ai értelmében az anyakönyvvezés alapjául szolgálnak, s melyek a fentebb idézett 1900. évi 127,585. számú körrendelet 6. bekezdésében 1. és 2. sz. a. vannak felsorolva, természetesen a jelen rendelkezéssel, mely tisztán csak a statisztikai különleges észleltekre vonatkozik, nem érintetnek. A most idézett 1900. évi 127,585. számú körrendelet 6., 7. és 8. bekezdésében foglalt rendelkezések tehát, melyek egyébként is csak a törvényben előírt adatok összefoglalóját képezik, továbbra is változatlanul érvényben maradnak.

Utasítom a törvényhatóságot, hogy jelen körrendeletet tudomás-vétele végett az összes anyakönyvvezetőkkel, további megfelelő eljárás végett a hatósága

(Csak a vármegyei törvényhatóságoknak)

valamint a vármegye területén levő községek hatósága

(Valamennyi törvényhatóságnak)

alá tartozó mindazon közigazgatásokkal közölje, a melyekre az 1894: XXXIII. t.-cz. 37. és 69. §-ai kiterjednek.

(Csak Budapestnek)

Közzendő végre a fővárosi statisztikai hivattalal is.

Budapest, 1902. évi december hó 17-dikén. A minister helyett: Széll Ignác s. k., államtitkár.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

Lehet-e a garat-, torok- és nyelvmandola (Waldeyer-féle gyűrű) a tuberculosis bevándorlási helye?

Közlő: Pollatschek Elemér dr. I. belklinikai gyakornok, az Erzsébet királyné sanatorium rendelő gégeorvosa.

(Vége.)

Gravitz: Die Eingangspforten d. Tbc. bacillen etc. Deutsch. Med. Woch. XXVII. 1901. — Saenger: Zur Aetiologie d. Lungentub. Virch. Arch. CLXVII. 1902. — Jankelevitsch: La tuberculose latente des amygdales etc. Semaine méd. XXII. 1902. — Archambault: L'avenir de l'enfant porteur des végét. adénoides. Gaz. méd. du centre Tours. 1900.

— *Peltesohn*: Ueber Angina u. Rheumatismus. Arch. f. Laryng. 1898.
 — *Brieger*: Beiträge z. Pathologie der Rachenmandel. Arch. f. Laryng. 1902. — *Görke*: Ibidem. — *Frankenberger*: Die oberen Luftwege bei Schulkindern. Monatsschr. f. Ohrenh. 36. k. — *Rauders*: La tuberc. chez les enfants. Semaine méd. 1902. — *Dieulafoy*: La tuberculose larvée des amygdales. Acad. d. Med. 1895. — *Dnochowski*: Beiträge etc.: Pia-mentik. — *Pluder*: Ueber primäre latente Tub. d. Rachenmandelhyperplasie. Münch. Méd. Woch. 1896. — *Gottstein*: Pharynx u. Gaumenssillen, primäre Eingangspforten d. Tub. Berl. kl. Woch. 1896. — *Nicoll*: Aetiologie u. Behandl. d. chron. Lymphdrüsen-schwellungen. Glasgow. med. Journ. 1896. — *Ruge*: Die Tub. d. Tonsillen. Virch. Arch. 144. k. — *Walsham*: Latent tub. of the tonsils. Lancet 1898. — *Scheibner*: Bilden die Tonsillen häufige Eingangspforte für die Tbc. bacillen. Deutsch. med. Woch. 1899. — *Schlesinger*: Die Tub. d. Tonsillen bei Kindern. Berliner Klinik. 1896. — *Lewin*: Ueber Tub. der Rachenmandel. Arch. f. Laryng. IX. k. — *Lermoyez* et *Maccaigne*: Tuberculose primitive de l'amygdale, Bulletins de la soc. anat. de Paris 1897. — *Brieger*: Ueber die Bedeutung d. Hyperpl. d. Rachenmandel für d. Entwicklung d. Tub. Tuberculosecong. Berlin 1889. — *Siebert*: Die Pharyngotuberculose im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderh. 1897. — *Baup*: Contribution à l'étude de la tuberculose larvée des trois amygdales. Annales des mal. de l'oreille etc. 1900. — *Moll*: Die oberen Luftwege u. Ihre Infection. Volk. Samml. 1902. 341. sz. — *Hendelsohn*: Ueber d. Verhalten d. Mandelgewebes gegen aufgeblasene Substanzen. Arch. f. Laryng. 8. k. — *Goodale*: Ueber die Absorption von Fremdkörpern d. die Gaumenssillen. Arch. f. Laryng. 7. k. — *Lexer*: Arch. f. klin. Chirurgie 1897. — *Strassmann*: Ueber Tbc. d. Tonsillen. Arch. f. path. Anat. etc. 1884. — *Krückenmann*: Ueber d. Beziehungen d. Tub. d. Halslymphdrüsen zu der d. Tonsillen. Ibidem. 1894. — *Schlenker*: Untersuchungen über d. Entstehung der Tbc. d. Halsdrüsen etc. Ibidem 1893. — *Cornil*: Sur la tuberc. larvée des trois amygdales. Bull. de l'acad. d. Medic. Paris 1895. — *Wright*: Tuberculous infection of the tissue of the pharynx. New-York med. Journ. 1896. — *Wex*: Beiträge z. norm. u. path. Histologie der Rachenmandel. Zeitschr. f. Ohrenh. 1899. — *Hyntzsch*: Anatomische Untersuchungen über d. Hypertrophie d. Pharyngotonsille. Zeitschr. f. Ohrenh. 1899. — *Konstantinowitsch*: Zur Frage d. experimentellen Granulome. Virch. Arch. 1901. — *Lartigan* et *Urioll*: Hyperplasie du tissu lymphoïde du pharynx notamment dans ses rapports avec la tuberculose etc. Amer. Journ. of med. science 1902.

Baup az irodalomból összeállított 841 erre vonatkozó észleletet, a melyek közül 53-ban volt górcsőileg diagnosztizálható tuberculosist, tehát 6,3%-ban. Az említett szerzők eredményeinek összehasonlításából kitűnik, hogy a tuberculosist-bacillus csupán a legkritikább esetekben volt feltalálható és a megbetegedés felvételét csupán a kórszöveti kép tette lehetővé. A legkülönbözőbb alakokat találjuk az említett szerzőknél leírva, de ezek mindegyike belesorozható azon három kategóriába, a melyet *Baup* saját észleleteire felállított. Ezek a következők:

1. Isolált vagy összefolyó tuberculumok, többé-kevésbé elszajtosodva és beszűrődött adenoid szövetből környezve.
2. Kiterjedt infiltratum, a melynek tuberculosist jellegét a bacillus adja meg.
3. Sclerotikus, gyógyuló alak.

Azokkal szemben, a kik a bakteriologiai lelet negatív volta dacára, a górcsői képből tuberculosist teszik a diagnosist, igen nagy azon vizsgálók száma a kik e lelet bizonyító voltát tagadják és bizonyításukat főleg azon tényre alapítják, hogy a górcső alatt látható tuberculosist jellegzetesnek tartott kép nem mindig mondható annak. Így *Wex* a tonsillában olyan óriás sejteknek látszó képeket talált, a melyek további vizsgálatnál vagy cystikus elemeknek, vagy a metszés által elkülönített epithelialis szigeteknek, vagy proliferált endothel által körüvezt capillaris részleteknek bizonyultak. Ugyanezt találta *Lewin* és *Hyntzsch*, a kik ezenkívül a tonsillába jutott idegen testek által okozott lobos folyamatot a tuberculosist górcsői leletéhez teljesen hasonlóan találták. Az experimental pathologia más téren igazat ad ezen észleleteknek, hogy csak a lycopodium kísérleteket említsem, a melyek segítségével az utóbbi időben *Konstantinowitsch*-nak sikerült granulomákat előidézni különféle szervekben.

Ezekből látható, hogy a bacillus-lelet nélküli, csupán a górcsői képre támaszkodó diagnosist nem tekinthető egészen biztosnak és figyelembe kell vennünk az állatkísérleteket. *Dieulafoy* látszólag ép garat és torok mandolákat ültetett be a kísérleti állatok peritoneumába és 61 eset közül 8-nál konstatait pozitív eredményt. Hasonló eredményre jutott *Lermoyez*, *Gottstein*, *Brindel*, *Luzzati* és *Silberstein*; viszont azonban *Wright* 12 oltási kísérlete mindannyiszor negatív eredménnyel végződött.

Ezen ellentétes eredmények szinte kétségessé teszik, vajjon bejuthat-e egyáltalában a fertőzést okozó bacillus a tonsillák szövetébe és innen az organismusba, annál is inkább, mivel *Stöhr* a torok-, *Suchanek* pedig a garat-mandolát kimutatták, hogy a mélyebben fekvő szövetekből egy nyirokcsatorna megy a felület felé az epithelen is keresztül, ily módon mintegy védve a szervezetet a bejutó káros anyagok ellen. *Gulland* az ilyen módon a garatúrbé jutó phagocyta erejét annyira becsüli, hogy azok képesek a légző és emésztő szervektől a bacillusokat távol tartani. Az ilyen és hasonló túlzások azonban méltó kritikában részesültek (*Ziegler*) és ma már a Metchnikoff-theoria igazsága nem oly megdöntetlen, mint valaha volt. A mandolákra vonatkozólag kísérletek igazolják ugyanis, hogy dacára az ellenkező irányú nyirokcsator-

nak, apró idegen testek bejuthatnak a tonsilla szövetébe és innen a véráramba.

Goodale carmin vizes oldatát fecskendezte be a mandola lacunáiba, és bizonyos idő múlva tonsillotomiát végezve, a carmin szemcséket a befecskendés és eltávolítás közötti idővel egyenes arányban mélyebb és mélyebb rétegekben találta. Ugyanezen eredményekre jutott *Hendelsohn*, a ki korom és pornak a mandolára fúvásával kísérletezett, csupán az idegen anyagoknak a mélyebb részbe jutásának magyarázatában tér el a két vizsgáló. Pyogen bakteriumokkal állatkísérleteket végzett *Lexer*, azokkal a mandolákat beecsetelve és számos vizsgálatra igazolja, hogy a sértetlen felületen át is történt felszívódás és általános infectio.

Daczára tehát a mandola-tuberculosis górcsői konstataciója körül felmerült ellentétes nézeteknek, bizonyosnak kell felvennünk ezen kísérletek alapján, hogy idegen anyagok és fertőző bakteriumok bejuthatnak ezen szövetbe. A fertőzés innen a gazdag nyirokcsatornák mentén keresztül a nyaki, majd a mediastinalis és peribronchialis mirigyekbe juthat. Mindennapi tény az, hogy a torokképletek heveny gyulladásainál a nyaki mirigyek megduzzadnak, nem valószínűtlen, sőt bizonyos e képletek affectioja a torok chronicus megbetegedéseinél. Erre vonatkozó állatkísérleteket végzett *Baup*, csökkentett virulenciával bíró tuberculosist-bacillusokat oltva be kutyák és nyulak tonsilláiba és bár első kísérletei nem sikerültek, mert a helybeli fekélyesedő folyamat igen nagy volt, de minden esetben sikerült kimutatnia a nyaki és bronchialis mirigyek tuberculosist, a tüdő teljes épsége mellett. Voltak azonban olyan kísérleti eredményei is, a hol az állatok tonsillája, a mely egy folliculusoktól körülvett kryptából áll, egyáltalán nem mutatott gümös elváltozást, míg a peritonsillaris mirigyek caseosusak és bő Koch-bacillus tartalmúak voltak. Ezen esetekben tehát a mandola kimutathatólag kapujául szolgált az infectionnak külsőleg látható elváltozás nélkül. Kiegészítik ezen vizsgálatokat a kórbonczani és klinikai észlelések. *Krückenmann* és *Schlenker* gyermekek nyaki mirigy tuberculosistánál a boncolásnál mindig találtak tuberculosist a tonsillában is. Ugyanezt találta *Walsham*, a ki a nyaki mirigy duzzanatokat okát határozottan a mandolákra átbejutó tuberculosist fertőzésben keresi és azt állítja, hogy mindezen esetekben kimutatható a mandolák tuberculosist elváltozása is. Ő a talált negatív eredményeket a vizsgálat tökéletlenségének tulajdonítja. *Aufrecht* szerint a tuberculosist mindig a tonsillák útján jut a szervezetbe, a mediastinalis mirigyek útján. *Rauders* egy norvég iskola 1300 tanulója között 352-nél talált tuberculosist egy vagy más alakban és pedig leggyakrabban adenoid vegetációkkal bíró gyermekeknél; ismerjük továbbá a gyermekkorban a garat és torok mandola túltengésének gyakoriságát; hogy csak egy nagyobb észleletet említek az újabb irodalomból, *Frankenberger* 3809 iskolás gyermek közül 1255-nél, tehát 32,95%-ban talált adenoid vegetatiót; ezeket szemmel tartva és a mandolákra átbejutható és onnan tovaterjedhető tuberculosist infectio lehetőségét figyelembe véve kell, hogy nagy jelentőséget tulajdonítsunk e kérdésnek, a mint azt *Brieger* az 1899-iki berlini tüdővész-congressuson hangsúlyozta.

Kitűnik az idézett vizsgálatokból, hogy a tuberculosist-bacillus a mandolákra keresztül, azokat esetleg sértetlenül hagyva, fertőzheti a nyaki, mesenterialis és peribronchialis mirigyeket. A garat mandoláknak, ha azokon át történt a fertőzés, a visszafeljődése után felvehetőnek tartom, hogy a mélyebb mirigyekbe jutott tuberculosist egyideig úgynevezett latens tuberculosist képez, a mely később különféle alkalmi okok miatt a véráramon keresztül fertőzheti a közelben fekvő tüdőt, vagy az organismus más részét. A haematogen infectionnak hasonló módja mellett a tüdő-tuberculosistra vonatkozólag újabban *Ribbert* tör lándsát, a ki többek között azt írja, hogy az izolált nyirokmirigy tuberculosist megbízható kriteriuma annak, hogy azon helyen, a honnan a mirigy lympháját nyeri, bacillusok bevándorlása történt; így a nyaki mirigy tuberculosistánál felveszi a tonsillákra keresztül történt invasiót. A tüdő-tuberculosistra vonatkozólag felveszi *Ribbert*, hogy a légárammal a tüdőbe jutó bacillus, hasonlóan a szénaszemcsék egy részéhez, keresztül megy a tüdőn és a bronchialis mirigyekben telepszik le, a honnan másodlagosan a véráram útján jön létre a tüdő-tuberculosist. Ha *Ribbert*nek felvétele igaz, úgy egészen hasonlóan egyenes úton követhető a mandolákra átbejutó tuberculosist útja a bronchialis mirigyekig és innen a tüdőbe. Sőt tekintetbe véve azt, hogy a torokban levő képletek a levegő és ételek útján gyakoribb fertőzésnek vannak kitéve, a tuberculosist bejutásának ezen módját gyakoriságra legalább is a tüdőn át való fertőzés mellé kell helyeznünk.

A fent irtakban főleg a garat és torokmandola irodalmával foglalkoztam, mintegy elhanyagolva a nyelvtonsillákat. Erre vonatkozólag hiányoznak az észleletek, bár másodlagos tuberculosistuk nem épen ritka és magam is több esetet láttam, de histologiai szerkezetük a többiekhez hasonló lévén, a fertőzés lehetősége innen is felvehető.

Összegezve az elmondottakat kitűnik, hogy:

1. A mandolák másodlagos tuberculosistja gyakori.
2. A mandolák elsődleges tuberculosistja gyakran lett észlelve.
3. Kórokozó bakteriumok és idegen testek a mandolákra keresztül felszívódhatnak.
4. A bejutott bakteriumok a nyaki, mediastinalis és bronchialis mirigyekig követhetők.
5. A tüdő és az egész organismus tuberculosist infectioja a mandolákra keresztül történhetik.

Könyvismertetés.

Budapest székes főváros közkórházainak évkönyve. 1901. Budapest, 1902.

A székes főváros közkórházainak igazgatói ez évben is beszámolnak a vezetésük alatt álló közkórházak működéséről. A statisztikai adatokból kitűnik, hogy a Szent Rókus-kórházban s fiókjaiban az 1901. évben 1203 ágyon 21,783 beteget ápoltak, a Szent István-kórházban 996 ágyon 16,320-at. Az ápolási napok összes száma 829,943. A *balparti kórházak évi budgetje megközelítőleg 2 millió korona*, az orvosi illetmények 135,000 koronát tesznek.

A Szent János-kórházban 8300 beteget, a Szent Margit-kórházban 1436 beteget kezeltek. A jobbparti kórházak évi budgetje körülbelül 750,000 korona, az orvosi illetmények 60,000 koronát tesznek.

Már e néhány adatból világos, hogy a székes főváros közkórházai hatalmas közegészségi intézményt alkotnak. A nagy beteglétszámhoz arányban még legtöbb orvos a Szent Rókus-kórházban van alkalmazva, hol 716 ágyra 10 főorvos, 7 alorvos, s 8 segédorvos jut, az új dolog-kórházban már 310 ágyra 2 főorvos, 2 rendelő orvos, 2 alorvos s 2 segédorvos jut, míg a Szent István-kórházban 996 ágyra 5 főorvos, 3 rendelő orvos, 5 alorvos, 6 segédorvos esik. Valójában az arány kedvezőtlenebb, mert tömeges jelentkezés esetén pótágyakkal a létszám emelkedik. Az orvosi és pedig első sorban a segédorvosi személyzet szaporítása elkerülhetetlen s remélhetőleg sem a városi közgyűlés, sem a belügyministerium ezt megakadályozni nem fogja.

A tudományos rész ez évben is gazdag: Pertik Ottó, Gerlóczy Zsigmond, Székács Béla, Haberern J. Pál, Nékám Lajos, Verebely Tibor, Stein Adolf, Kaldrovits Andor, Fischer Aladár, Genersich Antal, Donáth Gyula, Krepuska Géza, Steiner Gyula, Bäcker József, Gebhardt Ferencz, Décsi Károly, Ringer Jenő, Sipőcz Géza, Minich Károly dolgozatai tanúsítják, hogy a közkórházak a gyógyítás mellett a tudományos munkásság műhelyei is, az pedig, hogy a lefolyt évben 103 orvos-doktor mint gyakornok szolgált, azt bizonyítja, hogy a kórházak harmadik feladatuknak: az oktatásnak is derekasan megfelelnek. Tanulságos volna tudni, hogy az orvostan-hallgatók milyen számban látogatják a kórházakat, úgy látszik, hogy e tekintetben a tanulásra szolgáló anyag nincs olyan mértékben kihasználva, mint régebben. De éppen ezért az egyetemi tanulmányaikat már bevégeztet orvosdoktorok annál közelebb férhetnek az anyyira szükséges közvetlen gyakorlati működéshez.

G. E.

Lapszemle.

Elmekörtan.

Adat a corpus callosum daganatai szövet- és tünettanához. Az agydaganatoknak úgy előfordulási helye, valamint szövettani szerkezete miatt ritka esetét közli *Würth*, melyet egy női betegnél észlelt. A leány — korát nem említi — két éves kora óta encephalitis kapcsán fellépett epilepsziás görcsökben szenvedett. Testileg és szellemileg visszamaradt s az utóbbi miatt 12 éves korában hülyeképzőintézetbe vétetett fel, honnan két évi tartózkodás után képezhetetlenség miatt a hofheimi elmegógyintézetbe áttétetett. Testileg koponyaasymetria, látadiferentia, beidegzésszerű különbségek a két lágyszájpadfelen, ferdén álló szájrés, jobboldali hemiparesis contracturákkal, érthetetlen vontatott beszéd, a szellemi élet köréből gyermekes volta és heves izgatottsága, valahányszor kívánságait nem látta teljesítve, képezik a legfontosabb tüneteket. Átlag húszszor egy hónapban jelentkeztek az egész testre kiterjedő clonikus görcsök, melyek egy influenzajárvány idején valószínűleg statussá fejlődtek s a beteg a harmadik napon elpusztult. A boncolás egy a corpus callosum helyét elfoglaló s a bal félteke velőállományára áttérjedő zsírdaganatot, és az agygyomrocsoknak tetemes tágulását derítette ki. Szerző a daganatot ectodermális eredetűnek tartja, keletkezési módját illetően pedig teljesen Boström erre vonatkozó nézeteihez hozzájárul. (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. 36. k. 2. f.)

Pétzy-Popovits.

Idült elmebetegségek ágykezeléséről cím alatt ugyancsak *Würth* idült izgatottságban szenvedő száz női betegnél alkalmazott ágykezelés félévi tapasztalatairól számol be. Ezzel együtt a következőkben foglalja össze: Az izgatottság állandó ágybantartás mellett tetemesen javul, erőszakoskodás és ronszolási hajlam jelentékenyen csökkennek. Kényeszereszközök, elkülönítés és narcotikák alkalmazása ritkábban válik szükségessé. Jelentékeny befolyása az ágyban tartásnak a testsúlyra nem észlelhető. Oly helyeken, ahol nyugtalan betegek számára túlszűkült helyiségek külön nappali és éjjeli tartózkodásra vannak, ezeknek ágykezelésre való egyforma berendezése az evacuatio módja. (Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie und psych. ger. Medicin. LIX. 1. f.)

Pétzy-Popovits.

A szóvakság esetei még igen csekély számban vannak az irodalomban képviselve. *Brissaud* egy ilyen esetet közöl, melyet ugyan intra vitam csak igen rövid ideig volt alkalma észlelni, de a boncolási lelet pontos feljegyzése teszi az esetet értékesé. Az 57 éves férfibeteg intelligenciájának teljes érintetlensége mellett, jobboldali hemianopsiában (mely a kórházi felvételt csak öt nappal előzte meg) és erős, hetek óta fennálló diarrhoeában szenvedett. Azonkívül a felírt szavakat nem tudja elolvasni, azt mondván, hogy csak feketeséget lát fehér alapon. Felszólítva, hogy a nevért írja fel, azt hiba nélkül megteszi, de elolvasni nem képes. Boncolásnál a bal félteke medialis felszínének nyakszirti részében (cuneus és lob. lingualis) diffus sárga lágyulós gócz volt

látható, melyről az agyhártyák csak foszlányokban voltak levonhatók. Degeneratio mindkét oldali tapetumban. A féltekék külső felszíne, eltekintve kicsiny adhaesióktól a bal második parietalis és első homloki tekervény táján, épnek találtatott. (Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière. 1902. 4. sz.)

Pétzy-Popovits.

Belgyógyászat.

Reszketés és gyors szívverés. *Ballet és Delhermes* azt gondolják, hogy a Basedow-kóros reszketés nem magából a Basedow-kórból származik, hanem a gyors szívverés következménye, a reszketésnek tehát gyors szívverésű egyénekben nincs kórismei értéke. Beteget mutatnak be, a kinek semmi Basedow-kór tünete nincs, reszketése mégis teljesen azonos a Basedow-kórból mutatkozó reszketéssel. A beteg gümőkóros. A bemutatást követő vitában *P. Marie* azt mondja, hogy a reszketés és szívverés egyaránt „az idegrendszer sajátlagos izgalmaiból” származik, míg *Ballet* lehetségesnek tartja, hogy a reszketés néha következménye a gyors szívverésnek. (Revue neurol. 1902. 21. szám.)

ts.

Myopathia és malum Potti. *Raymond és Hurt* beteget mutatnak be, kinek járása, testtartása, a földről való felkelése teljesen azonos a dystrophia betegek e mozgásaival. A pontos vizsgálat kimutatta, hogy a gerincoszlop ágyéki részében a 4. ágyéki csigolya megbetegedett. Fűző viselése hamar javított a beteg helyzetén. (Revue neurol. 1902. 21. szám.)

ts.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Orexintannatot körülbelül 90 esetben használt *Matzner*, a ki tapasztalatait röviden a következőkben foglalja össze: Az orexintannat előnyben részesítendő minden eddig használt stomachicummal szemben. Használata főleg azon anorexiákban és dyspepsiákban javalt, a melyek nem anatomiai elváltozások által feltételezettek, hanem dyspepsiás, anaemiás vagy neuralgiás alapon nyugszanak és a sósavtermelés csökkenésével járnak. Görvélykóros, rachitikus és reconvalescens gyermekek étvágytalanságát is gyorsan megszünteti. Terheseknél előforduló, valamint chloroformnarcosis utáni hányás ellen is nagyon jó eredménnyel használható. Kellemetlen mellékhatásokat (hányás, égés), melyek orexinum hydrochloricum és basicum használatakor gyakoriak, nem okoz. Az adag felnőttek számára 50–60 centigramm egyszerre vagy két adagra osztva a délelőtti órákban; csecsemőknek 5–12, 1–6 éves gyermekeknek 16–24 centigramm adható a délelőtti órákban két részletben. (Die Heilkunde, 1902. 10. füzet.)

Az agurint *Houchard* tanár nagyon jó eredménnyel használja, a mint arról *Berguignan* thesisében (Páris, 1902.) kimerítően beszámol. *Wolf* (Medico, 1902. 38. szám.) myodegeneratio okozta lábvizényőt agurinnal (2–3 gramm pro die) egy hét alatt eltüntetett. Az oedema azután 4 hónap alatt még két ízben ismétlődött, de agurin rövid ideig használata után eltűnt s azóta nem jelentkezett. *Breuer* (München. med. Wochenschrift, 1902. 41. szám.) felemlíti Hammerschleg észleletét, mely szeriut egy arteriosclerosisban szenvedő öreg férfi minden szerrel dacoló fejfájásai diuretin használatára prompt megszűntek. Ennek alapján szerző egy 64 éves nőbetegének, a ki évek óta gyakran, utóbb csaknem mindennap szenvedett nagyon kínzó fejfájásban, agurint rendelt, mire a fejfájások megszűntek.

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1902. 51. szám. *Plesch János*: Adat a bélsárhányás kóroktanához. *Halász Henrik*: A gégefedő lueses fekélyesedése folytán keletkezett otagia esete. *Venetianer Jakab*: Adat a paralysis bulbaris casuistikájához.

Orvosok lapja, 1902. 51. szám. *Baumgarten Samu*: Öncatheterizálásnál a hólyagban letört catheterdarab eltávolítása per vias naturales. *Fejér Gyula*: A szemteke zúzódásáról, különös tekintettel a sérülés okozta iris- és lencsehányra.

Magyar orvosok lapja, 1902. 51. szám. *Neumann Jákó*: Adatok az emberi test különböző tájain levő idegen testek kérdéséhez. *Adó Elek*: Újabb gyógyszerek. *Kemény Ignác*: Behring szere a gümőkór ellen. *Márer József*: Az emberi test különböző tájain levő idegen testekről, a napi gyakorlat szempontjából tekintve. *Arányi Zsigmond*: A vállízületi bántalmak mechanotherapiája. *Róth Adolf*: Az elferdült mellkast redressáló újszerű portatív készülékek ismertetése. *Róth Adolf*: Az anthropocoordinatometer.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1902. 51. szám. *Hueppe*: Visszapillantás a nemzetközi gümőkór-conferentiára. *Kristinus*: Beszámoló 130 járókötésről. *Löblowitz*: Stomatitis ulcerosa. *Gomperz*: Mesterséges dobhártyák. *Hammerschlag*: Megbetegedett nyirokmirigyek megszaporodása. *Selye*: Szemsérülés két esete irislőéssel. *Englisch*: Penis-carcinoma. *Profeta*: A syphilis congenita kérdéséhez. *Glück*: Válasz az előző cikkre.

Wiener klinische Wochenschrift, 1902. 51. szám. *Lorenz*: Traumás epiphysisleválás okozta növekedés-zavarok és ízületdeformitások. *Schicklberger*: Adatok a morphin-scopolaminarcosishoz. *Pezzoli*: Helyi elváltozások hydrargyrum salicylicum intramuscularis befeccskendezése után. *Latzko*: Bélmozgások észlelése a cystoskopiai képen. *Halban*: Ugyanaz.

Wiener medizinische Presse, 1902. 51. szám. Johnson: Jóindulatú gastrostenosis operatív kezelt 48 esete. Lécai: Adatok a tápkészítmények kérdéséhez.

Berliner klinische Wochenschrift, 1902. 51. szám. Bruns: Chorea electrica. Pick: Hólyagmolaszerű burjánzás egy ovarialis dermoidcystában. Schorlemmer: Egészségesek, valamint gyomor- és bélbajosok gyomortartalmának fehérjeemésztő ereje. Einhorn: Új oesophagoscop. Knaut: Stramonium-mérgezés két esete.

Prager medicinische Wochenschrift, 1902. 48. szám. Cervinka: Agurin.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 51. szám. Fraenckel: Velezületett gégediaphragma. Liepmann: Emberplacentára specifikus serum. Dorendorf: Acut lefolyású myasthenia gravis pseudoparalytica. Schorlemmer: Adat a retroperitonealis cysták casuistikájához. Joseph és Piorkowski: További adatok a syphilis-bacillusok tanához. Rammstedt: Oxyuris vermicularis okozta heveny appendicitis. Friedländer: Coxitis rheumatica. Schenkel: Új elektromágnes idegen testek eltávolítására a szemből. Freudenberg: Bottini-féle műtét.

Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1902. 23. szám. A vérdiagnostika morphologiai alapjai.

Centralblatt für innere Medizin, 1902. 50. szám. Kiwull: Halálos bromoformmérgezés három éves gyermeknél.

Centralblatt für Chirurgie, 1902. 49. szám. Sprengel: A Trennert-féle készülékek merev ízületek mobilizálására.

Neurologisches Centralblatt, 1902. 23. szám. Münzer: Létezik-e az idegrostok autogenetikus regenerációja? Adat a neuron-tanhoz. Laquer: Téli kúrák magaslati helyeken.

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 12. kötet, 6. füzet. Bumke: A paraldehyd mint hypnoticum. Oppenheim: Az alsó végtagok bőrreflexeinek kórtanához. Stransky: A fájdalomérzék kórtanához. Kellner: Porencephalia.

Gazette hebdomadaire, 1902. 99. szám. Luys: A két vizeletének elkülönítése. Conetti: A cytodiagnosis jelentősége gyermekkori meningitis eseteiben. 100. szám. Rochet és Pellanda: A két vizeletének elkülönítése. Viannay: Gümőkóros esontlob okozta szegycsonttörés. 101. szám. Valence: Vércysta a mellékherében. Cathelin: A két vese vizeletének elkülönítése.

La semaine médicale, 1902. 51. szám. Charrin: Oldékony anyagok szerepe az öröklésben.

Journal médical de Bruxelles, 1902. 51. szám. Bayet: Syphilis maligna praecox. Coppez: Az adrenalin használata a szemészetben.

The lancet, 1902. II. 24. szám. Howard Marsh: Infectiv arthritis. C. B. Lockwood: A heveny appendicitis sebészete. G. R. Murray: Basedow-kór 120 esete. A. E. Garrod: Alkaptonuria. W. J. Collins: Myopia operatív javítása. E. W. Hey Groves: Idült gyomorfekély műtött esete. C. A. Wiggins: Álmokór. W. H. Brown: 30 éven át nem egyesült humerus-törés. G. Gibson Hamilton: Idegen testek eltávolítása az oesophagusból a Röntgen-sugarak újfajta használata segítségével. Ch. Bolton: Neuritis optica diphtheriában. Herbert Lund: A húgyhólyag teljes kiirtása, az ureterek implantatioja a rectumba.

The practitioner, 1902. december. A. Carless és St. Mayon: A calcaneus nagyobb nyújtványának törése. N. Raw: A berlini tuberculosis-congressus. W. Bruce Clarke: A csipő velezületett dislocatioja. Stanmore Bishop: Szükséges-e a nőbetegeket has-medenczebeli műtétek előtt katheterizálni?

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1902. december 24.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1902-dik év 48. hetében (1902. december 7-dikétől december hó 13-ig) következő volt: I. Népesedési mozgalom. Az 1902. év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 751,177, katona 16,484, összesen 767,661. Élve született 395 gyermek, elhalt 303 egyén, a születések tehát 44-al multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra 27.5. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 22.8, az egy éven felüli lakosságnál: 19.1 az öt éven felüli lakosságnál: 17.1 — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 2, angina diphtheritica 6, pertussis 1, morbilli 5, scarlatina 12, variola 0, varicella 1, cholera asiat. 0, typhus abdominalis 3, febris puerperalis 0, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 2, meningitis 8, apoplexia 9, eclampsia 7, szervi szívbjaj 34, pneumonia 34, pleuritis 6, pneum. catarrh. 9, bronchitis 8, tuberculosis pulmonum 41, enteritis 19, carcinoma 13, ezek közül méhrák 0, egyéb újképletek 3, morbus Brightii és nephritis 6, velezületett gyengeség 19, paedatrophia 0, marasmus senilis 13, erőszakos haláleset 8, ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 3, bal eset 5, kétséges 0 (0). II. Betegedések. A) Betegforgalom a városi kózkórházakban. A múlt hét végén volt 3150 beteg, szaporodás e héten 896, csökkenés 907, maradt e hét végén 3139 beteg. B) Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1902. évi november 26-dikétől december 2-dikéig terjedő 44. héten a tisztí főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera

0 (0), himlő (variola) 0 (0), scarlatina 51 (52), diphtheria, croup 37 (38) hagymáz (typhus) 4 (8), kanyaró (morbilli) 100 (122), trachoma 4 (3), vérhas (dysenteria) 0 (0), influenza 0 (0), hökhurut (pertussis) 12 (17), orbáncz (erysipelas) 20 (29), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 0 (0) járv. fültőmirigylob 6 (8), ezenfelül varicella 86 (77).

* Országos balneologiai egyesület. Az „Országos Balneologiai Egyesület” alapszabályai értelmében jövő tavaszkor Budapestén balneologiai congressust fog rendezni. Van szerencsém az egyesület t. tagjait felkérni, hogy a mennyiben akár tudományos előadásokat akarnak tartani, akár fürdőgazdasági kérdéseket óhajtanak megvitatásra ajánlani, ezen szándékukat az előadások és kérdések tárgyainak megjelölésével 1903. január hó 1-éig nálam bejelenteni sziveskedjenek. Az igazgató tanács feladata lesz, a bejelentések alapján, a congressus napirendjét megállapítani és a vita alá bocsátandó kérdések előterjesztésére az előadók felkérni. A napirend kellő időben közzé fog tétetni. Budapestén, 1902. évi deczember hó 1-jén. Az igazgató tanács megbízásából: Löw Sámuel dr., főtitkár, V., Váci-körút 20.

+ A budapesti orvosok szövetsége f. hó 18-án Elischer Gyula dr. egyetemi tanár elnöklésével rendkívüli közgyűlést tartott. Az elnök az ülés megnyitása után beszámolt az orvosszövetség védőségiével rendezett kiállítás eredményéről s örömmel konstataulta, hogy a szövetség nyugdíj- és segítőalapját a kiállítás 12,000 koronával gyarapította. A közgyűlés örömmel vette tudomásul a jelentést és köszönetet szavazott Elischer dr.-nak a kiállítás rendezéséért. Azután Waldmann Fülöp dr. ismertette a betegsegítő-egyesületek dolgában kiküldött bizottság jelentését s részletes tervezetet terjesztett elő arról, hogyan kellene az orvosok és betegsegítő-egyesületek viszonyát rendezni. Elfogadták a tervezetet és elhatározták, hogy a következő reverzálist küldik szét az orvosoknak aláírás végett:

Alulírott szavammal fogadom, hogy a Budapesti orvosok szövetségének határozata értelmében (jogosított betegsegítő-pénztárak kivételével) a budapesti úgynevezett jótékonyági, betegsegítő és temetkező egyesületek és szövöttek egyikénél sem vállalom ezentúl orvosi alkalmazást mindaddig, a míg a Budapesti orvosok szövetsége ez egyesületek és az orvosok között való viszonyt nem rendezi vagy míg a szövetség másképp nem határoz. Ha valamely egyesület e mozgalom következtében orvosát elbocsátaná, az így megüresedett orvosi állást el nem fogadom. Már meglevő egyesületi orvosi állásomat azonban továbbra is megtartom mindaddig, a míg a szövetség tervezte rendezés életbe nem lép.

□ Adomány Fodor tanár szobrára. A londoni Apollinaris Company Limited kétezer korona adományt küldött be e célra az országos közegészségi egyesületnek.

— A budapesti önkéntes mentőegyesület segélyét novemberben 1112 esetben vették igénybe. Evi folyó szám 10,060.

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) sanatorium.” Ujonnán épült magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére. Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kívánatra prospektus.



Szt.-Lukácsfürdő
gyógyfürdő
Budapesten.

Természetes forró, meleg kén-savas források, iszapfürdők, iszapborogatások. zuhany-massage, vizgyógyintézet, villany-fényfürdők, gőzfürdők, kő- és kád-fürdők, gyógy-víz uszodák. Olcsó és gondos ellátás. Csúsz, köszvény, ideg-, bőrbajok stb. felől kimerítő prospectust küld ingyen a Szt.-Lukácsfürdő r. t. igazgatósága Budán.

A pesti izr. hitközség kórházának
Röntgen-laboratoriumában
átvilágítás, képfelvétel és gyógykezelés. Laboratoriumvezető: **Simonyi (Schwarz) Béla dr.**, a kórház v. alorvosa. Lakik: V., Lipót-körút 5.

KRONDORFI A LEGJOBB
NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

Elektromágneses intézet dr. Grünwald-féle sanatorium külön pavillonjában Budapest, Városligeti fasor 13. Elektromágneses erő alkalmazási tere: álmatlanság, izomesőz, neuralgiák, ischiás, szívneurosisok, ideges gyomor-, bélbántalmak, migraine, stb. — Orvosi vezetés. — Kezelés egész napon át. Mérsékelt díjak. Kívánatra prospectus.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (XXIII. rendes ülés 1902. évi december hó 3-dikán.) 847. l. — A központi tejcsarnok. 849. l. — Erdélyi Múzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. (VIII. szakülés 1902. évi június hó 14-dikén.) 849. l. — A budapesti kir. orvosegyesület otológiai szakosztálya. 850. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XXIII. rendes ülés 1902. december 3-dikán.)

Elnök: Schwarz Arthur. Jegyző: Ritoók Zsigmond.

Eszmecsere Dollinger Gyula és Imrédy Béla előadása felett: „Gastroenterostomia és jejunostomia.”

(Vége.)

Áldor Lajos: A legutóbbi években a német sebészek részéről különösen előtérbe lett helyezve az egyszerű, minden complicatiótól ment kerek gyomorfekélynek korai műtét által való gyógyítása. Imrédy tanár a milyen röviden, éppen oly határozottsággal jelezte e kérdésben álláspontját, midőn kijelentette, hogy az egyszerű gyomorfekély mindaddig nem lehet sebészeti beavatkozás tárgya, míg egy huzamosabb időn át alkalmazott radikális és lelkiismeretes belső orvoslás eredménye biztosan nem constatálható. Az előadó ezen álláspontjával szülő szerény tapasztalatai alapján teljesen egyetért.

Az előadó azt is megjegyzi, hogy a legradikálisabb belső kezelés alatt először az angolok által ajánlott úgynevezett abstineáló eljárás érti.

Kétségtől, hogy a kerek gyomorfekély terapiájában ajánlatba hozott számtalan gyógyeljárás közül nincs egyetlen egy sem, mely theoretice annyira indokolt, annyira radikális és rationális lenne, de nincs egyetlen egy sem, melynek gyakorlati kivitele annyi gyakorlati nehézségbe ütköznék, mint éppen ezé. Túlmenni ezen discussio határain az ezen nehézségekre való részletes rámutatás, de ismeri azt minden gyakorló orvos, kinek alkalmá volt egy bőséges táplálkozást igénylő betegét huzamosabb időn keresztül kizárólag mesterségesen — per rectum — táplálni; csak fel akarja használni ezt az alkalmat, hogy felhívja az Orvosegyesület figyelmét egy olyan gyógyeljárásra, a mely elvben legközelebb áll az abstineáló kúrához, annak majdnem minden előnyét egyesíti magában, annak hátrányai nélkül. Érti az *olaj-kúrát*. Egy 5 év előtt megjelent munkájában kimutatta, hogy a zsírok kitünően lesznek kihasználva hyperaciditásnál és oly gyomorbetegségeknél, melyek hyperaciditással járnak, hogy a zsírok és a gyomornedv elválasztását és a motilitást a legkedvezőbben befolyásolják.

Azóta e vizsgálatai nemcsak több oldalról lettek megerősítve, de a legutóbbi időben ismételt fordult elő, hogy a zsírok bőséges adagolását a mondott állapotoknál egyenesen therapeutikus célból ajánlják.

Szülő az olajat az ulcus betegeknél mint egyedüli tápszert már 1 1/2 év óta a legnagyobb eredménnyel alkalmazza és legújabbban Jakschnak egyik tanítványa, Walkó ajánlotta hyperacid betegeknél 150—300 gramm olajnak napi bevételét, akár gyomorsövön keresztül, akár per os. Bár ő főleg hyperacid eseteknél alkalmazta ezt az eljárást, de említett tesz, hogy jó eredményt látott pylorospasmusnál, valamint friss ulcusnál is, a hol az olaj a savanyú gyomornedv maró hatásával szemben mechanice védi a gyomor nyálkahártyáját.

Eddigi tapasztalatai felbátorítják arra, hogy legmelegebben ajánlja az olaj-kúrát mint olyat, a mely hivatva van az abstineáló kúrát teljesen pótolni. Az eljárásnak semmi hátránya oldalát nem ismeri, és mint előnyeit ki akarja emelni, hogy míg 300 gramm olajjal egy fekvő beteg napi tápanyagszüksége fedezhető, addig az olaj a gyomor részéről a legesélyesebb munkát kívánja csak, mert a secretiót leszállítja, a motorikus viszonyokat a legkedvezőbben befolyásolja, védi az ulcust, és a legújabb vizsgálatok szerint az egyedüli folyékony tápanyag, a mely a gyomorral szemben az osmosis szempontjából semmiféle igényt nem támaszt. Habár ez ideig még bőséges tapasztalatok nem állanak rendelkezésére, de már az eddigiek is felbátorítják arra az állításra, hogy könnyen sikerül ulcus-betegeket így módon 2—3 héten, vagy még további időn keresztül is kizárólag olajjal táplálni.

Szülő értékeseknek tartja az előadó azon vizsgálatait, melyekkel a gyomorfunctiókat a műtét előtt és műtét után tanulmányozta, értékeseknek azért, mert ilyen irányú vizsgálatokkal nem túlságos nagy számmal rendelkezünk, pedig ezek a vizsgálatok vannak hivatva főleg annak a felderítésére, hogy a gastroenterostomia miként befolyásolja a gyomorfunctiókat.

De már azon következtetéseket, melyeket az előadó ezen vizsgálatokból levon, nem teheti magáévá. Nem oszthatja nevezetesen azt, hogy a műtét beavatkozása sikerének a mértéke az, hogy fennáll-e a hyperaciditás a műtét után is, vagy megszűnik? Hiszen az operation főcélja éppen a megzavart motorikus viszonyok helyreállítása és nem az esetlegesen fennálló secretionális zavar megszüntetése. De nem oszthatja ezen felfogást azért sem, mert annak conditio sine qua nonja az volna, hogy minden egyes ulcus hyperaciditással legyen complicálva. Már pedig bármilyen fontos szerepet is játszik a hyperaciditás az ulcus tünettanában, azt, hogy az egy cardinális, minden esetben fennálló tünete volna az ulcusnak, joggal senki sem állíthatja. Ellenkezőleg igen sok ulcusnál találunk normális, vagy plane normálisan aluli secretionális viszonyokat.

Ha a műtétnek a célja a fennálló motorikus elégtelenség megszüntetése, úgy a műtét sikerének a mértékét nem szabad a hyperaciditásban keresni.

Fischer Aladár a Navratil vezetése alatt álló Szent Rókus-kórházi I. sebészeti osztályon szerzett tapasztalatai alapján szól a kérdéshez.

A sebészeti technikát illetően nem oszthatja azt a nézetet, hogy a gastroenterostomia antica quasi inferiorisabb műtét volna a gastroenterostomia posticanál. Az 1881-ben Wölfler és Nicoladoni által végzett gastroenterostomia anticánál tapasztalt kellemetlenségek indították Hackert arra, hogy a retrocolicát, vagyis a gastroenterostomia posteriort végezze, de itt is bekövetkeztek kellemetlenségek, de nem a colon transversum, hanem a mesocolon okozta a kellemetlenségeket. Ezért Kocher és Mikulicz csak az antecolicát végzik.

Complicatio posticanál is lehet, például visszacsapódás a bursa omentalisba, a colonedények sérülése, a mesocolon lyuka megszükülhet, strangulálhatja a belet, úgy hogy a gastroenterostomia retrocolica semmiféle előnnyel nem bír. A mi a Lumniczer által felhozott lejtőképződést illeti, hogy ez megkönnyíti a lefolyást, ez lehetséges, de a belek peristalticájánál erről szó sem lehet, mert a peristaltica hatása a nehézséggel szemben is kell, hogy érvényesüljön.

A műtét könnyebb vagy nehezebb volta nem befolyásolhatja a sebészt, egyforma nehézség mindkettő, legfőkébb a segédnek van nehezebb feladata a retrocolicánál. Ez a kifogás tehát meg nem állhat.

Hogy varratot alkalmazunk-e vagy Murphy-gombot? A varrat mellett kell döntenünk. A Murphy-gombnak sok hátránya van: a gombnak a gyomorba esése, el nem távolodása, még sokkal inkább az a kellemetlenség, a mit a beteg érez, ha megtudja: az ez által okozott neurastheia. A gombnál jól záró voltáról tudomásunk nincs, ellenben ha jól összevarrjuk, akkor jól zárjuk a gyomrot. Hogy gombbal rövidebb ideig tart a műtét, szóba sem jöhet Schleich-féle anaesthesia mellett.

Hogy a Schleich-féle érzéstelenítés mellett kevésbé fejlődik a pneumonia, mint a narcosis mellett, nem lehet mondani. Mikulicz szerint még több. Saját tapasztalatunk az, hogy még több bronchitis fejlődik, de haszna a Schleichnek az, hogy kevesebb sokot képvisel a betegre nézve.

Hogy circulus vitiosus keletkezése technikai hiba-e, vagy nem, bajos eldönteni, a legügyesebb sebésznel is keletkezhetik és egész serege a sebészeknek gondolt ellene ki módszereket; szóló is. A gastroenterostomiánál az odavezetett kacsot 90°-ra megcsavarja és lekötí nagyobb, 6—7 cm. távolságban. Ez által az elvezető kacs nagy mértékben tágong, az odavezető kacs összenyomatik és szűkebbnek látszik, az újat benyomja a gyomorba és átjárhatóbbá teszi. Így az általa végzett gastroenterostomia-esetekben még nem látott circulus vitiosus fellépni.

A mi a jejunostomiát illeti, igaz, hogy jóindulatú szűkületeknél a gastroenterostomia sokkal kisebb beavatkozás, mint a carcinománál, a hol a beteg élete mindig „lóg”. A jejunostomia carcinománál sokkal kisebb beavatkozás, sokkal több életet ment meg, mint Dollinger mondja, a mortalitás sokkal csekélyebb, azért ha szebb eredményt akarunk elérni — bár nagyobb mortalitás mellett — gastroenterostomiát, de ha több életet akarunk megmenteni, akkor jejunostomiát végzünk.

A pylorus plastica nem eléggé gyakorolt műtét és helyes indicatio alig talál.

Makara Lajos 1896. február 15-dikén tartott előadást ebben az egyesületben a gastrojejunostomia új indicatiojáról. Megelégedéssel mondhatja, hogy azon elvek, melyeket e műtét technikájára, indicatioira és várható sikereire hangoztatott, ma már pontról-pontra beigazolást nyertek. Nevezetesen hangoztatta a műtét veszélytelenségét, miért is az indicatio körét éppen a jóindulatú gyomorbántalmak gyógyításában ajánlotta kiterjeszteni. Nevezetesen indicatiót a már elfogadott heges pylorus szűkületen kívül a belső kezeléssel nem gyógyuló gyomorfekélyek és azok következményes motorikus és secretorius zavarai ellen ajánlotta a műtétet, sőt egy lépéssel tovább menve, az ismeretlen eredetű másodfokú mechanikus insufficienciáknál és az állandó hypersecretionál.

Dollinger előadása legszebb bizonyítéka újra, hogy a jóindulatú gyomorbántalmaknál a műtét tényleg veszélytelen, mert láttuk, hogy egymás után 20 esetet sikeresen operált. Ezen tapasztalását megerősítik mások is, például Kocher műtétana 4-ik kiadásában felhozza (1902.), hogy 100 jóindulatú esetben végzett gastrojejunostomia műtét után 3 esetet veszített a műtétől független okból — ulcusból — eredő gyomorvérzés folytán. Messze e mögött maradnak a rákos gyomorbetegségeknél elért eredmények. Ennek okát a Dollinger által említett septikus mérég, illetőleg infectio veszélyen kívül, az alkalmazott műtétmódok functionális eredményében, illetőleg eredménytelenségében kell keresni. A gastrojejunostomia műtétét általában akkor végeztetik, ha a gyomor a pyloruson át nem jól ürül ki. Tehát soknemű betegség miatt és azok különböző stadiumában végeztetik e műtét, e szerint az összeköttetésbe hozott gyomor és belek állapota főleg motorikus functio tekintetében különböz, egyes esetekben pedig még a pathologikus topographiai viszonyok is eltérők. Ezért a műtétmódra nézve nem lehet a sémát mereven felállítani (előlső vagy hátsó nyílás készíttessék, gomb vagy varrás helye

sebb). Ha a gyomor és a belek motorikus működése magukban véve jó, sőt esetleg hypertrophiás izomzat mellett az átlagosnál is jobb, a nyílás topographikus helyzete nem olyan fontos, ilyenkor úgy a Wölfler- és Kocher-féle gastrojejunostomia antecolicával, mint a Hacker- vagy Roux-féle retrocolicával célt érünk, ha betartjuk azon technikai szabályokat, melyeket Dollinger hangoztatott. Ezek közt legfontosabb a kellő tág nyíláskészítés és az előlő anastomosisnál az odavezető szár kellő hosszúsága és varrásmódja Chlumsky szerint. Ezen esetekben a circulus vitiosus könnyen elkerülhető, a functionális eredmény is jó és állandó lesz. Msképp áll a dolog carcinomás gyomorbántalmaknál és atoniás gyomortágulásoknál, hol a gyomor és belek izomműködése hiányos, úgy hogy erre közvetlen a műtét után nem számíthatunk, ha később a műtét jótékony hatása folytán a viszonyok meg is javulnak. Ezen esetekben szükséges a levezető nyílást ott készíteni, hol az a nehézkedés törvényeinek megfelel, mindjárt a műtét után, tehát a beteg fekvő helyzetében is. Erre legalkalmasabb a hátsó alsó közlekedési nyílás, mint az előadásában is hangoztatta. Általán a varrat helyes, azonban ezen esetekben, főleg carcinomásnál, a Murphy-gomb ismert hátrányai daczára néha legjobban felel meg e célnak, mert jelenléte nyitva tartja a közlekedést az első napokban, legbiztosabban megakadályozza a sarkantyú-képződést. Hogy a nyílás mély helyzete fontosabb, mint azt eleinte hitték, legjobban bizonyítja Kocher legújabb ajánlott módosítása, ki, bár az előlő anastomosis híve, műtét eljárást odamódosította, hogy a közlekedést a pars pylorica nagy curvaturáján készíti az art. coronaria lefejtése után és e műtétet g. anterior inferiornak nevezi. Tényleg ez a hely a beteg félig ülő helyzetében megfelelhet a mechanikai követelményeknek, ép úgy mint a mélyen készített Hacker-féle nyílás. Míg tehát a gyomor és a belek jó izomereje mellett bármely eljárás jó eredményeket ad, a gyomorcarcinomásnál és atoniás táguulatoknál az egyszerű Wölfler-féle gastroenteroanastomosis ritkán felel meg, a gyomor telt marad, circulus vitiosus tünetei mutatkozhatnak, melyeket a száraz közti külön enterostomia sem lesz képes mindig megakadályozni, azért ilyenkor a Hacker-féle vagy Roux-féle műtét lesz helyén való, esetleg a Kocher-féle gastroenterostomia inferior.

Hogy ezen úton sem sikerül gyomorcarcinomásnál a műtét halálzási arányát oly mértékben reducálni, mint azt jóindulatú bántalmaknál elértük, az a betegség körülményeinél fogva előrelátható, de mivel ezen elvek betartásával a halálozás esőkkenni fog, a műtét functionális eredménye pedig sokszor a várakozáson felül jó, nem tartja e műtétet e téren elvetendőnek és a jejunostomiát nem tartja a helyettesítésre alkalmasnak, mert a sipoly jelenléte magában véve deprimáló, azon át a táplálás sok bajjal jár és a beteg erőbeli állapota nehezen tartható fenn, pedig a tapasztalás azt mutatta, hogy a gastroenterostomia műtete sokszor lassúbbá tette a carcinoma fejlődését, úgy hogy a betegek hónapokon át munkaképesek maradtak; van 3½ éves eredményű sectioval igazolt eset, Czernynek 4–5 éves esetei vannak, melyeknél a műtétkor carcinomát állapítottak meg.

A műtét functionális eredményét illetőleg eddig mintegy 70 eset van részletesen ismertetve. A gyomor kiürülése minden esetben megjavult, a néhány kivételt speciális okokra vezethető vissza. Azon esetekben, hol újra rosszabbodás következett be, kimutathatólag megszükkült a nyílás, vagy a gyomor motorikus erejének esőkkennése mellett a nyílás előlő helyzete már nem volt alkalmas a levezetésnek megfelelni, azért ilyenkor a műtét ismétlődő az előadottaknak megfelelően.

Ezt mutatja Imrédy első esete, melyet 1896-ban is fölemlített, a hol pylorus-resectio után a gyomortünetek néhány hónap múlva újra rosszabbodtak, míg gastroenterostomia után gyógyulás állott be ez irányban. Carle és Fantino egyik primaer gyomoratonias esete is, mely pylorus plasticára nem javult, Hacker-féle gastroenterostomiára gyógyult.

Nem ilyen egyszerű a műtét hatásának megítélése a gyomor secretorius működésére. De az ellentmondó eredményeket megértjük, ha nem általánosítunk itt sem, hanem az eseteket egyenként vizsgáljuk. Különösen Rencki 17 ez irányban vizsgált esete azt mutatja, hogy a secretorius működés megváltozik azon értelemben, a mint a gyomorbelti pangás okozta gyomorfekélyeknél a hyperaciditást és a gastrosuccorrhoeát, vagy ellenkezőleg carcinomásnál vagy atoniánál hátráltatta a gyomormirigyek működését. Tovább e műtét hatása nem mehet. Ott tehát, hol a gyomor műtétkori állapota a catarrhus acidus stadiumában van, tehát a hyperaciditást nem egyedül a pangás okozta, a gyomornedv túlsavanyúsága megmarad, bár rendszerint esőkken, ott ellenben, hol a régen fennálló gyomorizgalom miatt a hyperaciditás és a gastrosuccorrhoea csak leplezi a már kifejtett catarrhus mucosust vagy atrophit, a műtét után ennek tünetei lépnek föl. A készített nyílás a pylorushoz hasonlóan zár, átjárhatósága periodikus lesz.

Szólok még csak egyre hívja föl a figyelmet, tudniillik épen a jóindulatú gyomorbetegségek műtét kezelése volt az, mely kimutatta a gyomorbetegségek diagnosticájának hiányosságát, és a gyomorbántalmak pathológiájára sok tekintetben világosságot vetett. Nevezetesen az ulcus pepticum és következményes bántalmak gyakoriabbnak mutatkoztak és sok önállóan fejlődni vélt betegség alapjául tűntek ki. Midőn tehát sebész szemponthól tárgyaljuk a kérdést, mi az indicatio vonatkozólag nem kívánunk praecis diagnosist, mert a műtét eljárása a legkülönbözőbb viszonyokat képes gyógyítani vagy javítani, csak ily értelemben sorolják fel az indicatio betegségek szerint, az autopsia pedig a betegség megismerésére és prognosist nézve felvilágosítást nyújt. A sebész és belgyógyász együttműködése ne szűnjék meg a műtét után, mert a műtét után is sokszor fenmarad az alapbetegség, mely továbbra is megfigyelést kíván. Így talán elkerülhetők lesznek a jejunális peptikus fekélyképződések is, milyenről nyolcz esetben van említés az irodalomban. Mások a további megfigyelés új műtétet tart indokolt-

nak. Lehet, hogy ez alapon új műtétcombinációk fejlődnek, például a pyloroplastica és gastrojejunostomia együtt vagy a kettős gastroenterostomia. Szóval az acták e műtétnél nincsenek lezárva.

Dollinger Gyula. A mint látja, minapában tartott előadása igen energikus reactiot szült. Egyes kérdéseket állított fel, s azokra tapasztalatai alapján határozott választ adott. Természetes, hogy mások, a kiknek tapasztalatai az övéivel meg nem egyeztek, e tételek ellen állást foglaltak. Előadása tanulmányokat, statisztikai összeállításokat eredményezett és ezt a mi körülményeink között nagyon örvendetes jelnak veszi. Az ellenmondásokra ugyanazon sorrendben fog válaszolni, a melyben tételeit felállította.

Az első kérdés az volt: *gastroenterostomia antica vagy postica a jogosultabb műtét?*

A vita folyamán számtalan ellenvetést hallottunk az általa ajánlott gastroenterostomia antica ellen, de ezen hátrányok közül, amelyeket a műtétnek szemére vetnek, ő az általa műtett esetekben egyetlen egyet sem tapasztalt. Egy közös beteg volt Herczellel, ez az, a kit Herczel statisztikájában neuropathiának jelzett, ezt szóló előtt már Bécsben operálták, de a beteg, a kinek csillapíthatatlan hányása volt, tovább hányt, azután ő végeztet rajta gastroenterostomia anticát s midőn ez sem használt, Herczel gastroenterostomia posticát, de egyik sem tudta a beteget meggyógyítani. Ezen eset tehát nem szól a gastroenterostomia antica ellen.

Herczel közbeszól, hogy ő ezt nem mondta.

Dollinger Gyula több esetben ilyen hátrányt gastroenterostomia anticától nem látott; ezért e módszerrel teljesen meg van elégedve és folytatni fogja.

Hogy a gastroenterostomia antica könnyebb műtét, ezt nagy előnyének tartja, mert hallgatói előtt végzi az operatiót, kik között lesz egyik-másik, ki ha nem is bír nagy sebész technikával, mégis eredményesen el fogja tudni végezni e műtétet. Két egyenlő jó módszer közül az egyszerűbb a jobb.

A pylorusplastica kérdését illetőleg Lumniczer és Imrédy tagtársak felszólalására az a válasza, hogy itt a per primam való egyesítésnek útjában áll az, hogy a varrattal heges szöveteket kell egyesítenünk, így nem számíthatunk biztosan per primam való gyógyulásra. Már pedig a bélhuzam műteteinél ezen fordul meg mindig az eredmény. Nem hiszi, hogy e műtét képes lesz a gastroenterostomiát helyettesíteni.

Második tétele volt: *a gastroenterostomia Murphy-gombbal végzendő-e vagy varrattal?*

A Murphy-gombot Herczel panaceumnak tartja a circulus vitiosus ellen. A circulus vitiosusnak annyi sokféle oka lehet, hogy nem látja be, hogy mindezek ellen a Murphy-gomb hogyan védjen meg. Ezen nézetével Herczel egyedül áll. A Mikulicz-klinika technikai ügyessége bizonyára kétségen felül áll, ott 78 esetben végeztek gastroenterostomiát Murphy-gombbal 32% halálozással, míg varrat után a halálozás csak 11% volt. Ez tény. Nincs ellene per absolutum a Murphy-gombnak; egyes esetekben, melyekben gyorsan kell bevégezni a műtétet, jó hasznát vehetjük, de a fentebbi statistika kétségtelenül azt bizonyítja, hogy a Murphy-gombbal végzett gyomorbélgöygyítés nem olyan biztos, mint a varrattal végzett.

A ráknál végzett gastroenterostomiát illetőleg Chlumsky statisztikája 376 esetre vonatkozik és a halálozási arány 42%. Ez persze kórházi anyag. Privátanyag jobb eredményeket ad. E nagy halálozási arány tartotta utóbb vissza attól, hogy pylorusráknál gastroenterostomiát végezzen. Mert a gastroenterostomia célja itt csupán az lenne, hogy a beteg életét meghosszabbítsuk, ennek azonban a betegek csak felénél felel meg, míg a másik felének életét megrövidíti. Palliativ műtétnek tehát ez a rákos pylorusszűkületnél nagyon veszélyes. Kevésbé veszélyes a jejunostomia. Erről Kuzmik tagtárs azt mondja, hogy ha a beteg tudomásul veszi, hogy csupán sipolyt készítettünk neki, elveszti a reményt a gyógyuláshoz, csak hogy az ilyen beteg a gastroenterostomia után, ha a kötést eltávolítjuk, azonnal észreveszi, hogy a tumort a gyomrából el nem távolítottuk s akkor egyik esetben sem marad egyéb hátra, mint hogy azt mondjuk a betegnek, hogy a tumor csak lobos beszűrődés, mely hosszabb idő múlva majd felszívódik. Szólok nem határozott ellensége a gastroenterostomiának carcinomásnál, de addig, a míg nem sikerül a rákos gyomrot olyan helyzetbe hozni, hogy a gastroenterostomiát kevesebb veszéllyel türi el a beteg mint eddig, addig ki nem írható pylorusszűkületnél gastroenterostomiát nem fog végezni, hanem ha a rákos gyomorrészt már nem lehet kiirtani, inkább jejunostomiát végez.

A mit pedig Kuzmik tagtárs mondott, hogy „hátha nem is carcinoma van jelen”, a dolog úgy áll, hogy ha a beteg biztos carcinoma ventriculi diagnózis mellett már olyan gyenge, hogy a rák kiirtása ki van zárva és a mellett a pylorusszűkület miatt folyton hányt, akkor végez nála próbaparatomia nélkül jejunostomiát, ellenkezőleg ezt természetesen megelőzi a próbaparatomia, a mely alkalommal arról is meggyőződünk, hogy valóban rák okozza-e a tüneteket és arról is, hogy kiirtható-e az vagy nem. Ez utóbbi esetben következik a jejunostomia mint alig veszélyes palliativ műtét, s ekkor meg lehet arról is győződni, hogy a kivarrandó bélkaes elég magas részét képezi-e a bélhuzamnak. Különböző sipolyt most a köldök magasságában végez és egy betegénél, a ki később bonczoltatott, meggyőződött róla, hogy a sipoly az intestinum jejunumban volt.

Kuzmiknak a supponált sphincterre vonatkozólag tett kijelentésére meg kell jegyeznie, hogy ő nem azt állította, hogy a gastroenterostomia nyílása körül sphincter képződik. Ez Imrédy előadó nézete és így e megjegyzésre ő van hivatva válaszolni.

Imrédy Béla. Mikor sphincterről szolt, nem úgy képzelte, hogy ott új izom képződik. Mikor a gyomrot felfűjük szénsavval, a gyomor ezt hosszú ideig megtartja, míg csak a beteg fel nem bőfögi, tehát a gyomor zár és pedig valószínűleg a gastroenterostomia nyílása körül levő izom segítségével, mely quasi záró izomként szerepel. Azonban nem oly értelemben, mint a pylorus záró izma s innen magyarázható, hogy Kövesi tagtárs és ő is a gyomorban sokszor epét talált. Ez az ő véleménye. Hogy ott izom képződne, arról szó sincs. Ujabbán Kocher azt hiszi, hogy az elvezető jejunum circularis izmának összehúzódása zárja el a nyílást, relaparotomiák alkalmával látott ilyen elzárást.

A hol a motilitás zavaraival függ össze a hyperaciditás: a műtét után megszűnik a hyperaciditás, de ezt műtét előtt nem lehet tudni. Mivel vannak esetek, a melyekben a hyperaciditás nem a motilitás zavaraival függ össze, ezekben a hyperaciditás a műtét után nem eszik és ezért tovább kezelendő.

Szólt az ulcus jejuni pepticumot illetően csak hat esetet közölt, de a 31. sebészti congressuson már tíz esetről történt közlés. Úgy a gastroenterostomia anticánál mint posticánál előfordul, de jobb, ha elül van, mert könnyebben hozzáférhető. Szükséges e műtétek előnyeit és hátrányait alaposan megbeszélni, kivált, hogy a pylorus-plastica nem előnyösebb-e? Mert a gastroenterostomiánál a jejunum directe kapja a savanyú gyomornedvet és könnyen léphet fel ulcus jejuni pepticum, mint Gausch egy esetében, a hol kétszer operáltak e miatt és a halál után is találtak harmadszorra ulcus jejuni pepticumot. Lehet talán olyan operatiót találni, mely a physiologikus viszonyokat legjobban megközelíti.

Személyes kérdésben felszólal:

Hervél Manó. Nem tudja felfogni, miért tartja előadó a magán-betegek statistikáját jobbnak. (Balról közbeszólnak: mert korábban jön az orvoshoz.) Esetei közül 74 kórházban operáltatott válogatás nélkül, a mint jöttek vagy más osztályról küldettek. Csak 15 volt magánbeteg és ezeknél a halálozás még nagyobb.

Örül, hogy előadó olyan kitűnőnek találja statistikáját, a mint kitűnő is és így nem győzte meg, hogy más módszer célravezetőbb.

A varrat és gomb alkalmazása indicatiojának széjjelválasztásával igen jó eredményeket lehet elérni és ezért — mert a részletekbe előadó bele nem ment — meggyőzőve nincs és eljárása mellett meg fog maradni.

Kuzmik Pál. A sphincter-képződést illetően maga mondta, hogy valószínűleg lapsus volt, de szó nélkül nem hagyhatta, mert qui tacet consentire videtur.

A mi a jejunostomiát illeti, bocsánatot kell kérnie Dollingertől, a ki most laparotomiáról beszélt, de a jejunostomiát mint „műtétesként”, „kis beavatkozást” említette szemben a nagy laparotomiával. Ha próbalaparotomiát csinál, akkor az ő megjegyzése úgy tekintessék, mintha meg sem történt volna.

Dollinger Gyula Herczellel szemben, ki szerint a dolog meritumába nem ment bele, azt hozza fel, hogy előadásában mindent felhozott pro és contra, ismétlésekbe nem akart bocsátkozni. Kuzmikkal szemben pedig felhozta, hogy vannak esetek, melyekben nem csinálunk próbalaparotomiát, hanem directe csak jejunostomiát, de legtöbb esetben mégis próbalaparotomiát végzünk.

A központi tejesarnok.

A budapesti királyi orvosegyesület tagjai szombaton megtekintették a központi tejesarnok berendezését. Köztudomású dolog, hogy a székes-főváros közönségét nagyrészt ez intézmény látja el tejjel: ez intézmény gyermekeivel nagy szerepet játszik a mesterséges táplálás kérdésében s így fontos és messze kiható közegészségügyi érdekek kívánják meg azt, hogy ez intézet tejszolgáltatása a közegészségügy minden követelményének megfeleljen.

E követelmények teljesítéséről akarták az intézet vezetői a főváros orvosait meggyőzni, midőn a csarnok berendezésével előadták azt, hogy a budapesti központi tejesarnok-szövetkezet egyedüli intézete a fővárosnak, mely olyan tejet hoz forgalomba, melyet nemcsak közvetlenül a forgalomba hozatal előtt, hanem a gazdaságokban a termelésnél is szigorúan ellenőriznek. Szigorú ellenőrzés alatt áll a tehenészet kezelőszemélyzete, az istálló, a tehen, a fejés. Ezen ellenőrzést a szövetkezetnek e célra tartott utazó felügyelő személyzete végzi. Miután a tej a központba beérkezett, minden kannát először izére nézve vizsgál meg a tejkezelő. Ennek megtörténte után minden gazdaság tejéből minta vétetik, a melyet a szövetkezet laboratóriumában hiteles vegyész megvizsgál zsirtartalmára, fajsúlyára és ha a tej minőségére nézve kétségek merülnek fel, a tej egyéb alkotórészeire is. Az így átvett tejet két úgynevezett átvételi tartányba töltik, melyek mindegyikéhez egy-egy 5000 liter óránkénti munkabírással bíró szivattyú van hozzászerezelve. Ezen szivattyúk egyike a tejet az emeleten levő lefőlöző gépekre nyomja fel, míg a másik szivattyú a tejet ugyancsak az emeleten levő Bolle-féle kaviesszűrőkre szivattyúzza. A lefőlőzést két darab egyenkint 2500 liter óránkénti munkabírással bíró lefőlöző gép, úgynevezett Alfa separator végzi.

Mielőtt a tej a lefőlöző gépbe jut, egy előmelegítőn megy át, hol a tej 30° C-ra felhevítettetik. A lefőlöző gép egyik oldalán a tejszín közvetlenül a pasteurizáló készülékbe jut, hol 68—70° C-ra felhevítettetik, a sovány tej pedig a csöves hűtőkészülékre és arról egy a földszinten elhelyezett nagy gyűjtő tartányba folyik. Az említett pasteurizáló készüléken nemcsak a tejszint, hanem a tejnek egy részét is pasteurizálják, a teljes tej czímen forgalomba kerülő tejet a Bolle-féle kavics-

szűrőkön bocsátják keresztül. A tejszűrő készülék egy körülbelül 200 liter irtartalmú kerek, fedél nélküli tartányból áll, melyben három betét van elhelyezve, mindegyik betét megfelelő mennyiségű tiszta dunai kavicssal van megtöltve. A tej a szűrő készülékbe alulról nyomul be és a három kavicsrétegen át a tartány felső részéből lefolyik a hűtőre, innen egy nagy gyűjtő tartányba kerül, melyből a palackokba töltik a tejet. A szűrőhöz használt kavicsrétegeket naponként kiűritik, a kavicsot átmossák és kemencében kihevítik. A kaviesszűrő czélszerűségét és megbízhatóságát mutatja az a körülmény, hogy míg a fővárosban a tejkereskedők és milimárik által forgalomba hozott tej legnagyobb része literenként 80—430 mgr. piszkot tartalmaz, addig a központi tejesarnok szövetkezetéhez beérkező tej szűrés előtt alig 30—40 mgr. és szűrés után pedig 3—4 mgr. piszkot tartalmaz. A tej az előbb említett gyűjtőtartányból egy automatikusan működő palacktöltő készüléken át porcellánfejekkel ellátott palackokba folyik. A megtöltött palackokat ólomzárral zárják le. Az ólomzár a töltés napját mutatja. Ugyanígy töltik meg a pasteurizált tejszint és tejet tartalmazó palackokat.

A központi helyiségben három 300 literes holsteini közpülógép van. A vaját gyűrőgéppel gyúrák és azután egy márványlapokkal bélelt óriási hűtőszekrényben hűtik le.

A kiűritett kannákat forró lúgos vízzel, gőzzel és hideg vízzel tisztítják. Az üvegek tisztogatása olyképen történik, hogy először 5% lúgos vízben a zsirt az üvegekről leaztatják, azután a kefégepen kívül-belül megkefélik és egy elmés szerkezetű öblögető-gépen minden egyes palack hideg vízzel kiöblítettetik.

A központi tejesarnok-szövetkezet telepét meglátogató fővárosi orvosokat különösen a Székely-féle gyermekek gyártása érdekelte. A bemutató vegyész elmondotta, hogy az ezen célra használt tejet gróf Károlyi László gyáli uradalmából kapják. Az ottan beállított egészséges teheneket tuberculin-oltással kipróbálják. Az állatokat csak száraz takarmányon tartják. A reggel fejt tej már 8 órakor a csarnokban van. Ütközben kiváltott a tejből az édes tejszín; azt külön leöntik a kannából. A lefőlözőtt tejet pedig egy tartányban 60° C-ra felmelegítik. Ezen meleg tejből kicsapják a sajtanyagot, úgy hogy belebocsátják a decaseinator nevű készülékbe. Ez egy vasos falú, 33 liter irtartalmú tengely körül forgó fémdoboz. A betöltött 30 liter felmelegített tejhez azután a jól elzárt doboz tengelyén keresztül a szénsavtartályból szénsavat bocsátanak be. Annyit, míg a manométer bizonyossága szerint 30 légköri nyomás feszíti a doboz falait. Most néhány percig tengelye körül forgatják a dobozt, míg a szénsav vízbevonó hatása következtében a casein kicsapódik. A 30 liter tejből 25 liter, a szénsavtól erősen habzó sárgás-zöldes színű, áttetsző édes savó válik ki. Az így nyert savót 12½ liter 10% édes tejszinnel keverik. Ehhez a tejszínhez a használtból lefőlözőtt édes tejszint összeházasítják a separatorból lefolyt édes tejszinnel. Az így nyert gyermekek 100 literéhez még 0.75 kgr. tejezkrót és ugyanannyi nádcukrot tesznek. Most palacktöltő készülék segítségével a tejet 200 grammos palackokba töltik. A megtöltött palackokat vízfürdőbe teszik és egy órán át 65—70° C. mellett pasteurizálják. Azután bedugaszolják, ólomzárral ellátják a palackokat és gyorsan lehűtik. A tej másnap reggel jön a fogyasztókhoz, kiket különösen arra figyelmeztetnek, hogy csak olyan gyermekeket fogadjanak el, melynek ólomzárrán rajta van az elárúsítás napja; régebbi keletűt vagy nyitott palackot utasítsanak vissza.

A központi tejesarnok által gyártott Székely-féle gyermekek tejevelemzése a következő: Fajsúly 1.0336, Casein 1.36, Albumin 0.5, Zsír 3.37, Sók 0.63, Cukor 6.16, tehát nagy átlagban megegyezik a szoptatás első időszakában levő nők tejének tejevelemzésével.

Ez idő szerint naponta 1500—1800 palackz gyermekeket termelnek. Egy-egy palackz ára 10 fillér.

Kétségtelen dolog, hogy a székes-főváros gyermekeinek egészségén sokat javíthat az, ha a lakosság a gyermekek szervezeteinek megfelelő, mindenkor jó minőségű és olcsó gyermekeket kaphat. A központi tejesarnok vezetősége csak akkor számíthat a fővárosi orvosvilág önzetlen támogatására, ha egyrészt szorgosan ügyel arra, hogy csak a követelményeknek minden tekintetben megfelelő gyermekek jussón mindenkor a fogyasztó közönséghez, másrészt ha a gyermekek árát jóval olcsóbbra, azaz oly olcsóra szabja meg, hogy az a szegény nép gyermekeinek is megszerezhető tápszert képezhet. Az ingyen tejtéjemeny csak a lakosság kis hányadának, a legszegényebb, inséges néposztály gyermekeinek tejszükségletéről gondoskodhatik. A fővárosi orvosvilág csak akkor veheti pártfogásába a különben minden tekintetben mintaszerűnek látott intézmény gyermekek-telepét, ha abból a lakosság olcsón, a rendszeren fogyasztott tejnél alig drágábban juthat kifogástalan jó gyermekekhez.

T. F.

Erdélyi Múzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(VIII. szakülés 1902. évi június hó. 14-dikén.)

1. Rudas Gerő: „Megjegyzések a fogzománcz-szövettanához” című értekezését olvassa fel.

2. Reinbold Béla: „Az ép emberi vizelet benzoylozásáról”, czímmel tart előadást. Vizsgálatainak célja volt annak felismerése, hogy a Schott-Baumann-féle benzoylozás útján, az ép emberi vizelethől előállított benzoatesapadék súlyának meghatározása révén, mennyiben sikerülhet a vizeletben foglalt szénhidratok összes mennyiségének ismeretéhez jutni. Kísérletei során meghatározta a benzoylozásra nézve legkedvezőbb feltételeket. A felfurolt fejlesztő és a

phosphorwolframsavas kezelés után megmaradó redukáló képességnek a benzoizotlant, valamint a benzoizotlant vizeletben meghatározása által kimutatta, hogy az ép vizelet phosphorwolframsavval ki nem csapható redukáló anyagának 50–80%-a, furfurolt fejlesztő anyagának pedig 27–57%-a csapható ki benzoizotlant alakjában. A vizelet furfurolt fejlesztő képességének, ill. phosphorwolframsavas kezelés után megmaradó redukáló képességének szőlőcukorkorogénértékei és a vizeletből különböző módon előállított benzoatesapadék súlya között nem talált állandó arányosságot. Hasonlóképpen nem talált állandó viszonyt a vizelethez hozzáadott 0.1–0.2%-nyi szőlőcukor mennyisége és az ezen szőlőcukormennyiségnek megfelelő benzoattöbblet között. Eredményeiből azt következteti, hogy a Schotten-Baumann-féle benzoizotlantól az ép vizelet összes szénhidrátjainak mennyiség meghatározása tekintetéből, a módszer jelenlegi alakja mellett, kielégítő eredményeket nem várhatunk.

Udránszky László megjegyzi, hogy az előadó által a benzoatesapadék összetételének ismertetésénél „szennyezés” gyanánt felemlített N-tartalmú vegyületeket illetően nem vagyunk még feljogosítva ily értelemben mondani ítéletet, minthogy még nem tudjuk, hogy ezek csakugyan egyszerűen szennyeznek-e a benzoatesapadékot, vagy pedig annak lényeges alkotórészét képezik.

A budapesti kir. orvosegyesület otologiai szakosztálya.

(1902. május hó 2-dikán tartott szakülés.)

Elnök: Böke Gyula; jegyző: Váli Ernő.

1. Szenes Zs. előadást tart: A hallás javítását hirdető eszközökkel történő ámitásokról.

Az előadáshoz hozzászólnak:

Neubauer, a ki szerint a Szenes előadásában névszerint is felmentett úgynevezett hallásjavító-készülék nem alkalmas ugyan a hallás megjavítására, de okozhat veszélyes sérüléseket. Miként a hasonló elveken megszerkesztett és teljesen hasznavehetetlen és ártalmas Nicholson-féle készülék árusítása országsszerte tilos, úgy kellene kérelmezni az eltávolítását az újabbban felmerült „hallásjavító”-készülékeknek is.

Váli megjegyzi, hogy a most bemutatott készülék feltűnően hasonlít a Nicholson-féléhez, sőt az sem lehetetlen, hogy ugyanezen készülék most más név alatt csempésztetik be az országba. Akár azonos a készülék a Nicholson-félével, akár nem, egyformán hasznavehetetlenek és egyformán ártalmasak. Javasolja, hogy a szakosztály az eltávolítás tárgyában tegyen előterjesztést az igazgató tanács útján a belügyi kormánynál.

Böke hasonló nézetet van Váival; feltétlenül szükségesnek tartja, hogy a közönség félrevezetését minden tőlünk telhető eszközzel megakadályozzuk.

Szenes megtoldaná még a Váli által tett javaslatot azzal, hogy az ilyfajta üzemekre hívjuk fel a külföldi szakszerveletek figyelmét is s egyszerűsége jelezsük, hogy a mi szakszerveletünk a megtorló lépéseket ez irányban megtette.

Elnök a szakosztály határozataként kimondja, hogy a hallásjavító-eszközök útján üzött ámitások megszüntetését szükségesnek tartja s hogy a konkrét esetben az igazgató tanács útján előterjesztést nyújt be az illetékes hatósághoz.

(1902. május 26-dikán tartott ülés.)

Elnök: Lichtenberg Kornél; jegyző: Váli Ernő.

Elnök üdvözlö a megjelenteket és megnyitja az ülést. Jelenti, hogy örömmel hívta egybe a szakosztály ülését, melynek egyetlen tárgya lesz elhatározni, hogy mi módon ünnepeljük meg szeretett és tisztelt elnökünknek, Böke Gyulának, egyetemi nyilv. rk. tanárrá történt kinevezését. Átadja a szót a jegyzőnek.

Váli Ernő rövid szavakban megemlékezik azon örömdetes eseményről, mely a hazai otológiát érte azzal, hogy O Felsége a király az otologia nyilv. rk. tanárává a budapesti egyetemre Böke Gyulát, az otologiai szakosztály elnökét, a magyar fülgyógyászok nesztörát nevezte ki. Sajnálattal említi meg azonban, hogy az ünneplésnek egy olyan formáját, mely a szakosztály minden egyes tagja szívbeli óhajának felelne meg, Böke tanár — egy más alkalomból kifolyólag is — a leghatározottabban ellenezné. Javasolja tehát, hogy az ünneplésnek a legegyszerűbb és a legközvetlenebb formáját válasszák meg akként, hogy 1. az ünneplést az ő működése terén, a kórházi osztályán, üdvözlje a szakosztály s erre Lichtenberg alelnököt kérjük fel, 2. hogy a mai ülés felfüggesztessék s hogy az üdvözlés ideje úgy tekintessék, mint a mai ülés folytatása és hogy az üdvözlő beszédek jegyzőkönyvileg örökíttessenek meg.

Krepuska, Szenes, Schwarcz hasonlóirányú felszólalásaik után elnök ily értelemben mondja ki a határozatot s megbízatást kap a jegyző a részletek kivételével.

(Folytatólagos ülés 1902. május 30-dikán a szt. Rókus-kórház fülgyógyászati osztályán.)

Elnök: Lichtenberg Kornél; jegyző: Váli Ernő.

Elnök megnyitja az ülést s üdvözlö a teljes számban megjelent tagokat.

Majd az ünnepléshez fordul s egy magas szárnyalású, eszmékben gazdag, hasonlatokban gyönyörködhető üdvözlő beszédben vázolja azon nehéz és úttörő küzdelmeket, melyeket nesztörünknek, a magyar fül-

gyógyászat megteremtőjének végig kellett harcolni, hogy a fülgyógyászat posztioját, valamennyiünknek mostani posztioját megteremtse. Üdvözlö Böke Gyulát mint tudós-tanárt, mint humanus kórházi főorvost, mint boldog családfőt és végtére mint valamennyiünknek igaz barátját és jóakaróját. Kéri a Mindenható áldását, hogy munkás keze, nagy tudása és arany szíve még sokáig vezéreljen bennünket. Eljen! (Hosszantartó éljenzés.)

Böke Gyula visszapillant a múltba, mikor a fülgyógyászat még nem nyerte meg a polgárjogot; nagy és hosszú küzdelmek előzték meg ezt s azon időkben a fülgyógyász pálya nem volt túlságosan rózsás. Ő a koránál fogva azon idők embere volt s így természetes, hogy a magyar fülgyógyászat megteremtésénél a munkából neki is ki kellett vennie az osztályrészét. Ma, mikor mindezen küzdelmekre visszagondol, öröm tölti el szívét, mert látja munkájának a gyümölcsét. Lát maga körül egy egész nemzedéket felsarjadzani, kik tudással, fiatalos erővel segítenek immár neki a megkezdett munka továbbfejlesztésében. A királyi kitüntetés nem várta, de örvend neki, mert benne szakmájának a kitüntetését látja. Fokozza örömét a szűkebb kartársak mai kitüntető bizalma, szeretetük spontán megnyilatkozása, melyet nagyon nagyra becsül és igen köszön. Kéri a megjelenteket, hogy sokáig tartsák meg szíves jóindulatukban.

PÁLYÁZAT.

32,245/1902. ki. szám.

Kisújszállás rendezett tanácsú városban lemondás folytán megüresedett egyik városi orvosi állásra pályázatot nyitok.

Ezen állással járó illetmények: évi fizetés 1200 korona és a városi szabályrendeletben megállapított látogatási díjak és egyéb tisztai szolgáltatásokért ugyanott megállapított illetmények.

A városban egyenlő ranggal két városi orvos lévén, a tisztai teendőket a két orvos évenként felváltva gyakorolja, kivételével a halottkémlésnek, melyet a várost kétfelé osztva, folytonosan mindegyik tisztai orvos tartozik a saját kerületében ellátni.

A jövő évi tisztai teendők ellátása az újonnan megválasztott orvos feladata lesz.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy pályázati kérvényüket Kisújszállás város polgármesteréhez 1903. évi január hó 12-dik napjáig képzettségüket igazoló okmányukkal felszerelten adják be.

Sz o l n o k, 1902. évi december hó 17-én.

2-1

Bagossy Károly, kir. tanácsos, alispán.

A pesti izr. hitközség Bródy Adél-gyermekekórházában

1. egy díjtalan rendelő fülgyógyász,
2. egy díjtalan rendelő orr- és gégeorvos

állása betöltendő.

Felkérjük az ezen állásra pályázókat, hogy születési bizonyítványukkal, orvosi oklevelük hiteles másolatával, orvosi és szakirodalmi működésüket feltűntető mellékletekkel felszerelt folyamódványukat 1903. január 15-dikéig a pesti izr. hitközség titkári hivatalában (VII., Síp-utca 12. szám, I. emelet) benyújtsák.

A pesti izr. hitközség előjárósága.

Egyéb üresedésben levő állás.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czím
decz. 31.	járási o.	Nagysómkút	900 k., 600 k. úti át.	Gróf Hugonnay Béla, főispán, Nagykároly.
31.	közs. o.	Nyitra-Ivanka	1200 k., 240 lakpénz	Majthényi fszb., Nyitra
31.	kórh. alo.	Losonez	800 k., teljes ellátás	Wagner S. polgárm.
1903.				
jan. 12.	közs. o.	Talpas	1200 korona	Édes, szolg., Kisjenő.
jan. 15.	m. orvos	Nagy-Kálló	1200 k., teljes ellátás	Borosnyói L. Béla igazg.
jan. 30.	közs. o.	Óndód	1200 k., szabad lakás	Kovács S. fszb., Moór.

HIRDETÉSEK.

Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA

Budapest, VII., Városligeti fasor 13–15.

Minden igényeknek megfelelő magángyógyintézet. Felvételnek férfi- és nőbetegek, nőgyógyászati, sebészeti, belgyógyászati, fül-, gége- és szembántalmakkal; hisztaló kúrák; tabeszes betegek gyógyítása (dr. Frenkel-féle módszer) dr. Sarbó Arthur egyet. magántanár vezetésével. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár vagy speciálalista által. Állandó orvosi felügyelet. Jó ellátás. Telefon. Prospectus.

San-Remo téli klimatikus gyógyhely

az olasz Rivierán. Minden kényelmet nyújtó kitűnő ellátás; mérsékelt árak.

A „Sanatorium Riviera”-ban oly betegek is felvételnek, a kik csakis általam óhajtták magukat kezeltni.

Dr. Czirfusz Dezső,

san-remo-i magyar gyakorló orvos.

DOLGOZATOK AZ EGYETEMI BŐRKÓRTANI INTÉZETBŐL.

Szerkeszti: NÉKÁM LAJOS dr. m.-tanár.

TARTALOM. *Guszman József dr.*: A tabes-syphilis kérdése néhány manifest syphilissel járó tabes-eset kapcsán. 27. l. — *Markovics László dr.*: A protargol az alszárfejekélek terapiájában. 34. l.

A tabes-syphilis kérdése néhány manifest syphilissel járó tabes-eset kapcsán.

Irtá: *Guszman József dr.*, klinikai gyakornok, v. egyet. I. tanár-segéd s kórházi segédorvos.

A tabes és syphilis közti összefüggés kérdése, jóllehet csak újabb keletű, az orvostudománynak legérdekesebb s legjobban vitatott fejezeteihez tartozik. E kérdés nemcsak tudományos érdekű, hanem főképen gyakorlati fontosságú, mert végleges pozitív eldőlése elvi jelentőségűvé válnék mindkét betegség pathológiájában. Nem vélünk tehát felesleges munkát végezni, ha eseteink ismertetése előtt a tabes-syphilis kérdés fejlődését s az újabb adatok nyomán annak mai állását vázlatosan előrebocsátjuk.

A tabest a syphilissel már *Duchenne* kívánta összehangzásba hozni, de egyrészt maga sem tudott teljesen meggyőződni, másrészt több oldalról ellenzésre is talált. A tabes-syphilis kérdés határozott alakot csak 1876-ban öltött, midőn *Fournier A.* észleletei alapján a syphilist a tabes legfontosabb előidéző okának állította. Visszhangra e nézetében először *Vulpian*-ban talált, a ki *Fournier* tapasztalatait némi módosítással megerősítette. E nézetnek néhány évvel később hatalmas német támogatója akadt *Erb* személyében, a ki a gerinczvelőbántalmakról szóló művében 1877-ben, sőt 1878-ban is még tagadta ugyan a tabes és syphilis közti összefüggést, de objectív vizsgálatai alapján utóbb lemondott eredeti véleményéről. Hozzájuk csakhamar számos kiváló buvár csatlakozott, érvelésüket s meggyőződésüket főleg oly kisebb-nagyobb terjedelmű statistikákra alapítva, melyekben a tabeses betegek anamnesisében az előrement lueses infectio rendkívül gyakran volt kimutatható.

De ugyanakkor már erős ellentábor is keletkezett, melynek élén *Charcot*, *Leyden* s *Westphal* állottak s a kik a két betegség közti oki összefüggést teljesen elvetették. Ezen nézeteltérés csakhamar heves irodalmi vitát teremtett, melyben egyre többen vettek részt, úgy hogy e kérdés megvitatása körül idáig máris igen terjedelmes irodalom keletkezett. *Fournier* s *Erb* véleményéhez utóbb a nevesebb szerzők közül *Gowers*, *Strümpell*, de különösen *Möbius* csatlakozott, a kik között az utóbbi vizsgáló ment legtovább, midőn kijelentette, hogy a syphilist a tabeses megbetegedés *conditio sine qua non*-jának kell tekinteni.

A statisztikai adatok összehordásában egyesek szinte fáradhatatlanok voltak s rövid két évtized alatt óriási adathalmazt lőn összegyűjtve; e statistikák főképen pozitív eredményűek, a mennyiben a tabes-esetek túlnyomó részében syphilis előremenetele vált kideríthetővé. A legnagyobb beteganyaggal dolgozók közül ez alkalommal csak néhányat említsünk fel. Így *Erb* 600 tabes esetében 89%-ban talált előrement syphilis-infectiót, *Fournier* 249 esetben 93%-ban, *Gaikiiewicz* 400 tabeses közül 90%-ban, *Hirt* 319 esetben 92%-ban. 1897-ben a moszkvai congressuson *Erb* már 900 tabes-esetről tehetett jelentést, melyeknek körülbelül 90%-ában volt az előrement syphilis kideríthető. *Erb*-nek statisztikai adatai már azért is érdekesek, mert csupán férfibetegekre vonatkoznak, a kik anamnesisre relative még a legpontosabb adatokat nyújtják.

Ezen említett négy, illetőleg öt terjedelmes statistika már magában is elég lehetne annak felvételére, hogy a syphilis a tabes előidézésében valamilyen befolyással bír, ha az

adatok az előrement lues bizonyos kimutatásában teljesen kétségtelenek volnának. Csakhogy épen e kérdésben óriási szerepe jut a subjectivitásnak, mert az eredmény attól függ, hogy mit fogadunk el előrement syphilis tünetnek s mit nem, s tekintve, hogy a beteg legtöbbször rég elmúlt eseményekről értesít bennünket, eljárásunk a legtöbbször kétes értékű lesz. De kétségtelenül nagy fontosságú az eredményre az is, hogy a kérdésben az illető vizsgáló milyen állásponton van, vagy helyesebben milyen pártot áll. Nyilván innen ered az, hogy míg pl. *Déjerine* tabesesei közül 97%-ban találta az előrement syphilist, addig *M. Vucelic* csak 15%-ban, *Meyer L.* pedig kis számu tabeses nőbetegei közül 1%-ban sem. Ily ellenkező eredmények produkálására újabban *Guttmann* és *Kuhn* nyújtottak kitünő példát; mindketten egy városból, csaknem egy időben s részben egy kórházból (berlini charité) gyűjtötték össze adataikat s mégis teljesen ellenkező eredményre és véleményre jutottak. A magyarázatot abban leljük, hogy míg *Guttmann*, *Leyden*-nek tanítványa, addig *Kuhn Jolly*-nak nézetét adta vissza, a minek következtében amaz a syphilisnek a tabesre vonatkozó minden aetiológiai fontosságát elveti, *Kuhn* pedig a tabes előidézésében a syphilist tartja a leglényegesebb mozzanatnak. Ma már különben általános ama benyomás, hogy a tabeses betegek lelkiismeretes s fontos kikérdezése — nem vallatása — egyre több lues-esetet fog napfényre hozni, a mint azt legjobban ama szerzők bizonyítják, a kik e kérdéssel foglalkozván a syphilis százalékos arányát egy vagy több ízben emelték. Így pl. *Voigt* 67%-ról 82%-ra, *Rumpf* 66%-ról 85%-ra, *Oppenheim* 17%-ról 80%-ra, *Bernhardt* pedig négy ízben 40%-ról 83%-ra corrigálta az arányszámot. Ezzel szemben azonban felemlítendő *Althaus*, a ki tabes-stistikájában az előrement syphilis eseteket 96.6%-ról 86.5%-ra csökkentette.

Azoknak meggyőzésére, a kik a tabes aetiológiájában nem tartják nagyfontosságúnak a luest, ellenpróbaul oly syphilis-stistikákat gyűjtöttek, melyek oly egyénekre vonatkoznak, kik a vizsgálat alkalmával sem tabes-, sem manifest syphilisben nem szenvedtek. E fajta összeállításokkal igen alkalmas összehasonlító mértéket nyertünk arra nézve, hogy más, nem tabeses egyének között mily gyakori az előrement syphilis-infectio. A legnagyobb s azért legtanulságosabb ilyen irányu statistika *Erb*-től származik, a ki azt 6000 25 éven felüli egyén anamnesiséből állította össze. Ebből kiderül, hogy a vizsgáltaknak csak 12%-a secundaer tünetekkel járó syphilisben, 10%-a pedig bujakóros fekélyben. Ezzel szemben áll *Erb*-nek említett nagy tabes-stistikája, melyben a secundaer tünetekkel járó syphilis 63%-ban, a venereás fekély pedig 26%-ban szerepel, a mi összesen 89%-ot tesz ki (újabban kb. 90%). A különbség óriási s *Erb*-ről bátran feltételezhető, hogy mindkét irányú vizsgálatnál egyformán mérlegelte az anamnesis adatait, mert még legnagyobb ellenfele, *Leyden*, is elismerte azoknak nagy pontosságát. Ily összehasonlító statistikát *Kuhn* is ismertetett, melyben 600 tabesben nem szenvedő egyént s 214 tabeses beteget használt fel vizsgálati anyagnak s ő is arra az eredményre jutott, hogy a tabeseselek anamnesisében aránytalanul többször akadunk előrement syphilis-infectiora, mint egyéb betegekében. Sajnos, hogy *Kuhn* összeállítása nem oly egységes mint *Erb*-é, mert statisztikai czéljaira tabeses nőket is felhasznált.

Mindezekkel szemben *Storbeck*, a ki *Leyden* iskolájából való, egy kisebb anyagú, de első pillanatra igen gondosnak

látszó statistikát közölt, melyben mesterének 108 tabes-esetében az előremet syphilitikus infectiót kerek számban csak 31%, illetőleg 42%-ban tudta megállapítani. *Storbeck* statistikájának egyik gyengéje, hogy igen sok benne a tabeses nő (33), a kik pedig anamnesisre igen rosszul alkalmazhatók; utóbbi állításunkat már az is bizonyítja, hogy *Storbeck* egyetlen tabeses nőbetegnél sem mutatott ki lueset, a mi csak bajosan hihető el. De dolgozatából különben is kitetszik, hogy az előremet syphilis-tünetek minősítésében e mester túlkritikus. A *Leyden* iskolájából kikerülő 42% azonban így is már jelentékeny szám, ha tekintetbe vesszük *Erb*-nek előbb említett 12%-át. *Storbeck* közleményét *Erb* utóbb vizsgálat alá vette s megtámadta, mert véleménye szerint legalább 60%-ban kellett volna a biztos lueses infectiót megállapítania.

Ujabbann annak demonstrálására, hogy mily nehéz nőknél a syphilis előremenetelét kimutatni s positiv irányban megállapítani *Nonne* néhány esetet említ, a hol még confrontratiókkal is kellett élnie, hogy az előremet infectiót beismertesse.

Az utolsó években a tabes-syphilis kérdésben a leghatározottabb nézetet *Möbius* vallotta kitünő tabes monografiájában, melyben a meggyőződés hangján számos s jól alkalmazott érveléssel állítja a syphilisnek tabest előidéző voltát. Érveit a rendelkezésre álló terjedelmes statisztikai adatokon kívül több, állítását magyarázni tudó tapasztalati tény képezi. Így utal arra, hogy a fiatal korban nevezetesen 15 éven aluli egyéneken igen ritkán észlelhető a tabes, a mire példát az irodalomban is csak elég gyéren találunk. De ezen kevés esetben is a szerzők csaknem kivétel nélkül hereditaer luesről tesznek említést. Ily biztos eseteknek a *Remak*, *Strümpell*, *Mendel* s legújabbban *Dydyński*-féle tekinthető, de még több más hasonlóan állított eset is van az irodalomban feljegyezve, melyek közül azonban néhány a *Friedreich*-féle ataxia csoportjába tartozik. A most említett esetek kapcsán felemlítendőek ama tabes-esetek, melyek ugyancsak hereditaer luesből származtatva aránylag fiatal egyéneknél fordultak elő; ilyeneket *Fournier*, *Gowers*, *Raymond*, *Nonne* s mások tollából ismerünk, legújabbann pedig *Bloch*-tól, kinek észlelete egy 17 éves hereditaer lueses fiúra vonatkozik.

De épen oly ritka a tabes az aggkorban is s ha jelen van, úgy legtöbbször a syphilis is az öreg korban aquiráltatott. Ily érdekes s tanulságos eseteket *Erb*, *Berger* s a nem régen megjelent kitünő munkájában *Nonne* s mások említene. A nem tekintetében a tabeses férfiak határozott túlsúlyban vannak a nőkkel szemben s míg utóbbiak főleg az alsó néprétegekből valók, addig a tabeses férfiak inkább az intelligensebb osztályból kerülnek ki. Hasonló viszonyt s arányt találunk *Möbius* szerint lueses betegeknél is, a mivel bizonyítani kívánja a syphilis és tabes közti összefüggést. E tekintetben azonban korántsem járulhatunk *Möbius* véleményéhez, mert a syphilis a legalsóbb néprétegekhez tartozó férfiak között csak olyan mértékben szedi áldozatait, mint az intelligens foglalkozásúak között.

Több szerző s így *Erb* is figyelmeztet arra, hogy virgok között tabes-eseteket nem találunk, sőt *Möbius* sarcastikusan kérdi, hogy hol vannak a nem syphilitikus, de tabeses virgok. Nem szabad azonban ezt oly mereven állítani, mert mégis fordulnak elő ilyen esetek, a hogy azt *Eulenburg* s *Saenger* esetéből tudjuk. Ujabbann *Nonne* is említ egy idevágó esetet, melyben egy 42 éves virgo paralysis progressivába esett, oly betegségbe tehát, melyet jelenleg általánosan a syphilis előidézte bajokhoz sorolnak. Magától értetődik, hogy a kérdést nem szabad egyedül attól függővé tenni, hogy virgo-e az illető nőbeteg vagy sem, hanem attól is, hogy van-e syphilis vagy sem. Erre vonatkozólag figyelmeztet is *Kahane*, hogy ily esetben az extragenitalis infectio lehetőségét sohasem szabad figyelmen kívül hagyni.

Mindeme nyomós adatokat látva, tulajdonképen azon kellene csodálkoznunk, hogy általában sikerül a syphilist a tabesesek anamnesisében annyiszor kimutatni s ennél fogva nem szabadna megakadnunk azon 10—15%-on, melyben a syphilist nem tudjuk anamnesis útján kideríteni. S csakugyan még a *Fournier-Erb* nézetnek leghívebb pártolói közül is

a legtöbben visszarídnak ama néhány %-tól s inkább más körülményben hajlandók a tabes kórokat keresni. Pedig mily gyakran tapasztaljuk, hogy kifejezett tertiaer lues-esetekben nemcsak semmi adatot sem nyerünk a beteg részéről az előremet infectioról, de határozott és merev tagadásba ütközünk. *Krafft-Ebing* utalt is erre a moszkvai congressuson, midőn felemlítette *Hirschl*-nek *Lang* bujakóros osztályán nyert adatait. *Hirschl* 63 kifejezetten tertiaer lueses egyén között 36.5%-ban egyáltalában képtelen volt anamnesis útján a primaer vagy secundaer tüneteket kimutatni, a mennyiben a betegeknek sejtelmük sem volt régi betegségükről. E tapasztalati tényt régebben már *Fournier* és *Fleiner* is megvilágították. *Fournier* pl. egyik érdekes munkájában azt állítja, hogy tertiaer lueses nők 50%-ában nem tudta a syphilis-infectiót anamnesis útján megállapítani.

Möbius azon igyekezetét, hogy a tabes aetiologiájában a syphilist mint conditio sine qua nont szerepeltesse, újabbann *Erb* is mindinkább támogatja s látszik, hogy ő is csaknem ugyanazon állásponton van midőn azt írja: „so drängt sich uns die Richtigkeit der Möbius'schen Ansicht immer und immer wieder auf. Ich will es mir auch sehr gerne gefallen lassen, wenn die zukünftige Forschung die Wahrheit eines solchen constanten und ausnahmslosen Zusammenhanges in überzeugender Weise constatirt“.

Mindezek dacára a syphilis ellenesek vezére, *Leyden*, mai napig is még a tagadás terén maradt midőn a tabes kórokozó tényezői között a meghülést tette az első helyre; sőt nem régen egyik tanítványa, *Guttmann*, a meggyőződésnek gyenge hangján újra sikra szállt mesterének régi álláspontja érdekében.

Hazánkban újabbann *Sarbo*, *Scheiber* s *Kende* nyilatkoztak a tabes-syphilis kérdésben. E szerzők közül csupán *Sarbo* ismeri el a szoros összefüggést a syphilis és tabes közt és soraiból kitünik, hogy a tabes elkerülésére legjobban a syphilis-infectio távoltartása. *Scheiber* s különösen *Kende* oda konkludáltak, hogy a tabes aetiologiájában a syphilisnek nem tulajdonítható lényeges befolyás; *Scheiber* inkább *Virchow* álláspontjára helyezkedik, *Kende* pedig *Leyden* felfogását követi.

A syphilis elleneseknek a tekintélyes positiv bizonyító adatokkal szemben egy gyakori ellenkérdése az, hogy miért oly ritka a tabeses megbetegedés a prostituáltak között, a mikor közismert dolog, hogy azok között a syphilis mily óriási mértékben van elterjedve. És csakugyan az lesz az első impressióra mindenkinek a véleménye, de közelebről szemügyre véve a dolgot, csakhamar magyarázatát találjuk e látszólagos feltevés helytelenségének. Tudjuk, a tabes 35—45-ös években szokott legtöbbször beköszönni, vagyis átlag 8—15 évvel a syphilis-infectio után, mely korban mint prostituált már csak kevés nő szerepel. Előbb-utóbb a prostituáltaknak nagy része a házasság vagy concubinatus biztosabb révébe jut s ettől fogva ha megbetegszik, már mint „tisztességes asszonyok“ jelennek meg az orvos előtt s még a legszorgosabb kutatás sem deríthet ki sokat előéletükre vonatkozólag. Ezek közül kétségtelenül akadnak tabesesek is, de sohasem fogjuk megtudni, hogy évek előtt a prostituáltot üzték, s hogy valószínűleg luesük volt. Tanulságos adatot tartalmaz e szempontból *Nonne* nek már említett közleménye, hol a férj vallotta meg tabeses feleségének leánykori ledér életét. De másrészt igen sokan a prostituáltak között el sem érik azt a kort, illetőleg azt az időt, melyben a tabes fellépni szokott. Különösen a tuberculosis az a betegség, mely az éjszakázó, rendetlen életmódot folytató nőket hamar tönkre teszi. De végre nem is oly ritka a prostituáltak között a tabes fellépése, a mint az *Kron* dolgozatából kiderül. Nevezett szerző összesen 184 prostituáltat vizsgált meg e szempontból, a kik közül csak 36 volt a 25-dik életéven túl s ez utóbbiak között egy-magában öt tabes-esetet talált. Az idősebb prostituáltaknál tehát aránylag gyakrabban fordul elő a tabes.

A syphilis ellenesek gyakran érvelnek azon adatokkal, melyek a kultúrával kevésbé vagy egyáltalában nem érintett, de súlyos endemiás syphilissel sújtott országokról szólnak s a melyek látszólag a tabes és syphilis közti összefüggést halomra

döntik. Különösen *Scheiber* térítette azokra az általános figyelmet. Erre vonatkozó adatokat ismerünk *Neftel* amerikai orvostól, a ki Ázsiában a kirgizek között tartózkodván, azt észlelte, hogy bár sok és súlyos a syphilis, tabes mégis sohasem található. Még több hasonló adat áll rendelkezésünkre. Így *Dravie Trennen* felemlíti, hogy az arcansasi négek között igen sok a syphilitikus beteg, tabes azonban sohasem kerül orvosi észlelés alá; hasonló állapotok vannak szerinte Japánban is. Igen gyakran idézik *Glück*-nek Bosznia és Herezegovinában tett tapasztalatait is, hol a syphilitikus igen súlyos, különösen mutiláló tertiár alakjai rendkívül gyakoriak, tabes ellenben egyáltalán nem található. Hasonló megfigyeléseket ismerünk még *Daubler*-től a Zambezi partvidékéről, továbbá *Golzinger*-től Abessiniából. Legutóbb *Düring*-től jelent meg egy igen értékes dolgozat az endemiásan fellépő syphilisről, melyben Törökországban s különösen Kis-Ázsiának Castamum nevű tartományában tett tapasztalatait tárgyalja. *Düring* főthetmája mellett a tabes-syphilis kérdésre is kiterjesztette figyelmét s azt a megfigyelését közli, hogy dacára a rendkívül dühöngő syphilitikusnak, mely különösen súlyos tertiár tüneteket hoz létre, a tabes csak igen kivételesen észlelhető; hasonlóképpen ritkán azonban az idegrendszernek typusos syphilitikus betegségei is. A tabesre vonatkozó adatai tehát a *Glück* és másokéhoz hasonlóak. De azért másrészt *Düring* kiemelendően tartja, hogy tapasztalása szerint az endemiásan fellépő syphilitikus jellegéhez tartozik, hogy a bőr és nyálkahártyákkal szemben az idegrendszert csak feltűnő ritkán éri. *Düring* tehát maga is — bár a syphilis-tabes kérdésben tagadó álláspontot foglal el — a keleti országokban dühöngő lues az idegrendszerre való hatásában más tulajdonságúnak tartja, mint a nálunk rendszeren előfordulót.

Ezen most felsorolt adatok azonban még nem bizonyítják azon állítást, hogy a syphilis nem játszik kiváló szerepet a tabes aetiologiájában, mert tudjuk, hogy a fertőző betegségek különböző helyen és időben különböző intenzitásban támadják meg a szervezetet. S *Jendrassik* 1898-ban egy orvosegyesületi discussio alkalmával hangoztatta is, hogy ezek a tapasztalatok nem tekinthetők érvnek, a mennyiben lehetséges, hogy súlyos tertiár jelenségekkel járó syphilis nem von maga után tabest, a könnyű, már sklerosissal végződő vagy csak gyenge secundaer tünetekkel járó infectio ellenben súlyosan támadja meg az idegrendszert. A tertiár tünetes syphilis eseteiben talán felvehető, hogy a mérge a szervezetben egészen felhasználtatott illetőleg hatástalanná lett s ennél fogva nem maradt belőle később fellépő ideg-elváltozások előidézésére.

A *Fournier-Erb*-féle felfogás ellenesei úgy látszik minden véletlenül előforduló, vagy közrejátszó eseményt inkább hajlandók a tabes okának tartani, mint a syphilist. Így például egyesek a traumának mint véletlen eseménynek is tulajdonítottak tabest kiváltó képességet. *Straus*, *Klemperer*, *Spillmann* és *Parivot* s mások irtak le ily traumás eredetű tabeseket, újabban pedig *Trömmner* és *Adamkiewicz* közöltek egy-egy idevágó esetet. *Adamkiewicz* betegét hátba rúgta a lóva, a mire az tabes tünetek közt megbetegedett, *Trömmner* esetében pedig a beteg megbottlott s lehorzsolta alszáráról a bőrt, a mit csakhamar lancineáló fájdalmak, Argyll, Westphal s szemizombénulások követtek (!). De egyesek a tabes aetiologiájában, régen történt traumát is értékesítették, a mint azt *Klemperer* tette, a ki 14, sőt 16 év előtti traumára vezette vissza a jelentkező tabest. *Adamkiewicz* ezek alapján szükségesnek tartotta, hogy egy közönséges s egy lueses tabes mellett még egy traumás eredetűt is megkülönböztessen.

Nyilván ide sorolhatók a *Bernhardt* s *Loewenfeld*-féle varrógép tabes-esetek, melyek azt volnának hivatva bizonyítani, hogy a gépvarrás nőknél okozója lehet a tabesnek. Valószínű azonban, hogy a tabeses varrónőkre nézve veszedelmesebb volt a syphilisük, mint a varrógépük, a mint azt *Kron* vizsgálataiból tudjuk, a ki arra az eredményre jutott, hogy a tabeses varrónők legtöbbször kimutatható luesben szenvedtek.

A tabes-syphilisben igen bizonyítóknak kell tartanunk az úgynevezett tabes à deux eseteket is, vagyis az olyanokat, hol mindkét házastárs tabesben szenved, a mennyiben ilyenkor

csaknem kivétel nélkül sikerül a házaspár syphilisét ki deríteni. E kérdéssel újabban *Raecke* foglalkozott, a ki a frankfurti elmegyógyintézetben hét oly házaspárt talált, kiknek tabesük illetőleg paralysisük volt metasyphilitikus alapon. *Raecke* ezek alapján különösen hangsúlyozza az előment syphilis-infectio nagy fontosságát a tabes s paralysis aetiologiájában. Hasonlóan nyilatkozik *Gottschalk* is, a ki két ily házaspárról tesz említést. Eseteink egyike, mint alább látni fogjuk, hasonló adatot tartalmaz.

A syphilis ellenesek között újabban nagy visszhangra talált *Edinger*-nek ismeretes „pótlási“ theoriája, melynek értelmében a functionális túlfáradás hiányos pótlással egybekötve bizonyos idegrendszerbeli laesiokat s így tabest is indíthat meg. A theoriának megfelelőleg az idegrendszernek tehát azon részei támadhatnak meg, melyek leginkább vannak működésben, más szóval a hatás electiv módon jön létre. *Edinger* e tekintetben állatkísérleteire támaszkodik, melyek azt eredményezték, hogy rendszeres túlfáradás patkányokon hátsó köteg elfajulásszerű elváltozást produkálhat. Kérdéses azonban, szabad-e az ily kísérleti eredményeket az emberi idegpathologiában értékesíteni, tekintve még azt is, hogy *Edinger* állatai nem is voltak tabesesek. A mi pedig a túlműködést illeti, úgy helyesen jegyzi meg *Erb*, hogy nem áll az az állítás, hogy a tabeses egyén egyik-másik idegpályáját jobban működtette volna, mint más egészséges ember. *Schultze* pedig e túlműködéses theoria ellen felhossa, hogy miért nem találunk a szívre s egyéb oly szervekre vonatkozó elváltozásokat, melyek az egész életen át folytonos működésben vannak. És hogy egyeztessük e theoriákat azokkal az észleletekkel, melyeket egész életükön át henyélő tabesesek nyújtanak? A syphilisellenes szerzők azonban mégis nagy lelkesedéssel karolták fel *Edinger* theoriáját, mert véleményük szerint az állatkísérletek világosan bizonyítják, hogy egyedül testi megterhelésből is fejlődhet ki a tabes. Maga *Edinger* azonban nem választja el oly élesen elméletét a syphilis kérdéstől, a mennyiben azon nézetet van, hogy a syphilis előbb gyengíti a szervezet ellenállását, a mire túlműködés esetében a hátsó kötegek degenerációba eshetnek. Az electiv hatás véleménye szerint azért szorítkozik főleg csak a hátsó kötegekre, mert az érző neuron nem oly ellenálló mint a motorius.

Érdekes már most viszont, hogy a *Fournier-Erb*-féle felfogás követői miképen magyarázzák általában a syphilis hatását a tabes létrejöttében. S itt mindjárt meg kell jegyeznünk, hogy e tekintetben a nézetek kissé ingó alapon állanak, mert a hypothesisek maguk is csak feltételeken alapulnak. Az újabb keletű bakteriologiai irányt, melynek értelmében a baktériumok termelte toxinok nagy szerepet visznek, e kérdésbe is átültették, mielőtt még ismernők a supponált syphilismikrobát. Az ide vonatkozó általános vélemény szerint nem a syphilis, mint olyan, hanem az annak következtében megváltozott chemismus a szervezetnek vezet a tabeses degenerációra. A tabes, így felfogva a dolgot, tehát secundaer, nem syphilitikus, hanem csak syphilis okozta betegség, a mi kétségtelenül kissé erőltetettnek látszik. A toxinhatáson alapuló tabeselméletet főhírdetője, *Strümpell*, csakhamar népszerűvé tette, azzal az analogiával, melyet a tabes és postdiphtheriás bénulások között vont. *Strümpell* főleg azért vette összehasonlításként a diphtheriás bénulásokat, mert ezek hasonlóan a tabeses systema-megbetegedéshez ugyancsak electiv módon lépnek fel. A tabes e szerint postsyphilitikus bántalomnak fogható fel s a különbség közte meg a postdiphtheriás bénulás között csupán abból származik, hogy a diphtheria acut természetű betegség, a lues ellenben chronikus lefolyású bántalom, minél fogva a postdiphtheriás bénulás rövidtartamú s gyógyuló folyamat, a tabes pedig hosszú lefolyásában gyógyíthatatlan, mert az egyszer már tönkrement idegelemek a regenerációra többé nem alkalmasak. A diphtheriás bénulás s a tabesnek még az a közös vonása is van, hogy mindkét betegség rendszeren enyhe lefolyású alapbaj után lép fel. Sőt az analogia odáig is nyújtható, hogy egyiknél sem használ az előidéző betegség specificuma, a mennyiben tabesnél a higany, postdiphtheriás bénulásoknál a serum csaknem teljesen hatástalannak bizonyul.

Strümpell toxikus elmélete jelenleg meglehetősen elterjedtségnek örvend, bár ily értelemben nem igen állhat meg, a mint azt alább még részletezni fogjuk. Bizonyára előnyére válik azonban e teoriának azon alapfeltétele, mely a tabest kiváltó okot egy a szervezetet teljesen átható, tehát nyilván a vérben áramló méregben — legyen az organizált vagy organizálatlan — keresi. Mert kétségtelen, hogy a tabeses degenerációkat előidéző okot csakis az áramló vérben kell feltételeznünk, miután azt tapasztaljuk, hogy a tabesben szenvedőknek több szétszórt s egymástól távolos szervei támadtatnak meg. S így valóban csodálatos, hogy *Virchow* még néhány év előtt is a tabest localis betegségnek jelentette ki. A syphilis toxinokat, illetőleg a tabest előidéző mérget még senki sem látta, senki sem állította elő, de helyesen jegyzi meg *Pel*, hogy az uraemiát s a diabeteses ideglaesiokat előidéző mérges anyagokat sem ismerjük határozottan s azoknál mégis egyre autointoxicációról beszélünk.

A toxikus teoriát véleményünk szerint újabban *Hitzig* csak bonyolította, midőn ama nézetének adott kifejezést, hogy talán létezik egy közös mérget, mely úgy a sclerosisban, mint az *ulcus venereum*-ban egyaránt előfordul s mely a vér chemismusát olyképen változtatja meg, hogy évek multán quaternaer tünetek alakjában idegrendszeri degenerációk lépnek fel. A kérdés e felvétellel semmivel sem lett világosabb s különben is úgy látszik, mintha bizonyos mértékben az unitas tanának szelleme lengené át e teoriát. Még tovább ment e kérdésbe *Hermanides*, a ki felbátorodva *Hitzig*-nek mindenestre szellemes felvételén kijelentette, hogy a tabes aetiologiai momentumai közé a gonorrhoea is okvetlenül beleveendő, mert észlelt egy beteget, a ki közvetlenül az első tabeses tünetek előtt gonorrhoeában szenvedett, egyéb okot pedig nem tudott kimutatni (!).

A német természetvizsgálók 73-iki gyűlésén *Neisser* egy előadásában a tabes fellépését a syphilismérgetnek egy még ismeretlen agenssel való együtthatásától teszi függővé. *Neisser* erre vonatkozólag úgy fejezi ki magát, hogy syphilis + x (ismeretlen agens) tabest eredményez. Szerinte az x a legfontosabb szereplő a tabes-syphilis kérdésben, mert ha jelen van, úgy syphilis nélkül is jöhet létre tabes s viszont ha az x nincsen jelen, akkor a syphilis sohasem elegendő arra, hogy tabest produkálhasson. Nézetét azon országok adataival igyekszik bizonyítani, melyekben a tabeses megbetegedés elő nem fordul, a syphilis azonban súlyos endemiás jellegű. Fatális *Neisser* teoriájában csak az, hogy épen a legfontosabb hatású x egyúttal a legismeretlenebb tulajdonságú is.

A syphilis ellenesek legerősebb fegyvere a tabes aetiologiájában rendszeren a kórbonecz- és kórsvetvettani leletekre való hivatkozás, mert szerintük ezek alapján a syphilis kórokozó volta teljesen kiküszöbölhető a tabes aetiologiájában. Kiindulásukat mindig azon állításuk képezi, hogy a tabeses megbetegedés az idegrendszer syphilises elváltozásával nem jár. De kétségtelen, hogy ez állításuk meglehetősen alap nélküli, mert mindig csak a „specifikus“ elváltozás fogalmát tartják szem előtt, a mi okvetlenül téves felfogás, a mennyiben tudjuk, hogy a tabes „specifikus“ anatómiai jelenségekkel ugyan nem jár, a mi azonban még nem mondja azt, hogy a tabes előidézésében a syphilisnek semmi befolyása sem volna; e tekintetben ugyanis a nem „specifikus“ lueses tüneteket is kell szemmel tartani. Különösen kiemelendőnek tartjuk e helyen azon tapasztalati tényt, hogy az idegrendszer lueses megbetegedései legtöbbször egyáltalán nem jellemzőek s nem ismerhetők fel, ha csak a klinikai lefolyás útba nem igazít. A mi pedig a syphilises productumokat illeti, már *Virchow* óta tudjuk, hogy azok egyrészt specifikus tulajdonságokkal bírnak (pl. gumma), másrészt minden jellemző vonás nélküliek (egyszerű beszűrődés, fibrosus hyperplasia stb.). S tényleg újabban mind inkább gyakrabban értesülünk oly esetekről, a melyekben az evidensen lueses jelenségeihez az idegrendszernek anatómiailag ugyan nem specifikusoknak látszó, de klinikailag azoknak tekintendő elváltozásai járnak. Ide tartoznak az idegrostok és sejtek bizonyos atrophiai s primaer parenchymás degenerációi. E lehetőség előfordulását nemcsak klinikusok, mint

Kahane, *Nonne*, *Erb* s mások tartják valószínűnek, hanem *Schmaus*, a kórbonecznok is. Igen tanulságos e tekintetben *Oppenheim* esete, mely idegrendszerbeli syphilisről szól s melyben kimutatja, hogy az agygerinczburkok lueses bántalma az agyidegeket magvainak oly elváltozásaival járhat, melyek ugyan nem „specifikusok“, de igen hasonlóak, sőt úgy szólván azonosak azon anatómiai leletekkel, a melyeken a tabeses tünetek alapulnak. S így valószínűvé válik *Dinkler*-nek idevonatkozó véleménye, hogy a syphilisen alapuló tabesnél az idegelemek tönkremenetele alighanem hasonló okra vezetendő vissza, mint a medulla oblongata magvainak syphilisnél észlelt atrophiaja.

A legtöbb újabb szerző egyetért abban, hogy e kérdés tisztázása egyedül anatómiai úton lehetetlen, mert a pathológiának még nincsenek oly eszközei, melyekkel minden lueses elváltozást élesen el lehetne különíteni a nem syphilises productumoktól. A lueses elváltozások sokféleségeit még nem vagyunk képesek egyedül morphologiai vagy festési tulajdonságaiknál fogva a többi hozzájuk hasonló, de más eredetű folyamatoktól megkülönböztetni. S így e kérdésben még mindig a klinikai megfigyelés s lefolyás fogja a főszerepet viselni, mert anatómiailag máig is csak azt tartjuk syphilises idegrendszeri bántalomnak, a mely „specifikus“ elváltozással jár (pl. gumma). A kórboneczvettani kriteriumok e gyöngesége vezette nyilván *Erb*-et a következő nyilatkozatára: „jedenfalls aber ist die pathologische Anatomie bei dem jetzigen Stande ihres Wissens und Könnens absolut nicht competent zu sagen, dass gewisse Dinge — speciell die tabischen Degenerationen — nicht syphilitischer Natur sein können“.

* * *

Aránylag ritkák azon tabes esetek, a hol azoknak többé-kevésbbé kifejezett tüneteire jellegző syphilises manifestációk járnak. E körülményt a syphilis-tabes kérdés ellenesei siettek is argumentumaik közé foglalni, azt állítván, hogy ha a tabest a syphilis okozza, miért nem gyakoribb a két betegség tüneteinek együttes jelenléte. Sőt *Westphal C.* csaknem tételnek állította fel, hogy tabessel egyidejűleg kifejezett lueses tünetek nem fordulnak elő, a mi oly vélemény, melyet a későbbi között esetek sokszorosan megcáfoltak.

A két betegség együttes jelenlétére vonatkozó irodalmi adatok mind a mellett aránylag gyérek s így szükséges, hogy gyűjtsük az ilyen eseteket, melyek különösen bizonyos aetiologiai kérdések elbírálásában igen fontosak. Tekintsük át előbb az irodalomban előforduló azon eseteket, melyekben a két betegség együttes jelenléte anatómiailag, tehát csak post mortem lett megállapítva.

Tabes- és manifest syphilis együttes jelenlétét először *Virchow* ismertette a daganatokról szóló híres művében. Az eset *Frerichs*-nek egy 53 éves tabeses nőbetegéről szól, kinek bonczolata kiderítette, hogy a jobboldali m. longissimus dorsi húzában egy typusos gumma ült. *Virchow* ezen leletével tulajdonképen az első, a ki a tabes és syphilis közti összefüggés kérdését szóba hozta, a mitől azonban utóbb mindinkább eltávolodott.

Tabes- és manifest syphilis egy másik esetét *Duplaix* közölte; ez egy 54 éves tabeses asszonyra vonatkozik, kinek anamnesisében lueses infectio szerepelt s a kiről később a megejtett bonczolat syphilises endoarteritist s hepatitis interstitialist derített ki.

Hasonló esetről számolt be *Hoffmann J.* is, melyben azt találjuk, hogy a 36 éves férfibeteg, a ki a tabes minden tünetét magán viselte, foltos meningitis cerebros spinalis s endarteritis syphiliticában szenvedett. Egy 45 éves munkásról szól *Eisenlohr* esete, melyben a betegnek kifejezett typusos tabese mellett még syphilises meningitis spinalis posteriorja s hepatitis interstitialisa volt. A sectio azonfelül a gégében syphilises fekélyeket is állapított meg.

Érdekes *Brasch*-nak esete is, a mennyiben a beteg, a ki 20 év előtt luest aquirált, egy év óta tabeses tünetek s panaszok között súlyos agytüneteket mutatott, melyek utóbb halálra vezettek. A bonczolás kisfokú tabeses degenerációk mellett pachy- s leptomeningitis luetikát derített ki.

Manifest syphilis tünetekkel kombinált súlyos tabes esetét írta le *Minor*; az észlelet 26 éves nőre vonatkozik, a kinek autopsiája lueses leptomeningitis chronikát s az agyi erek endo- s periarteritisét derítette ki; mindezekhez még a bal hemisphaerának lágyulása is szegődött.

Dinkler-nek idevágó esete, mely egy syphilises s tabeses 42 éves férfiről szól, hirtelen halállal végződött. A bonczolat kiderítette, hogy a tabes szokásos anatómiai lelete mellett még az a. basilaris és aa. foss. Sylvii diffus specifikus megbetegedése is volt jelen, a mihez a lágyburkok miliaris és submiliaris gummái sorakoztak. A hirtelen beállott halált egy subpiális haemorrhagia okozta. E sorozatba tartozik *Sachs* közleménye is, a melyben egy rendes lefolyású tabeshez egy kórbonecztanilag beigazolt syphilises meningitis s endoarteritis társult.

Az idevágó esetek számát *Nonne* is szaporította egy a felmerült tünetek miatt klinikailag is rendkívül érdekes esettel, melyben tabes incipienshez egy anatómiailag megállapított agyvelő gumma képében tertiaer syphilis társult. Ugyanazon szerző legújabbán megjelent terjedelmes monographiájában még három újabb ideszóló s bonczolás alá került esetről tesz említést. Az egyik esete 39 éves tabeses férfire vonatkozik, a kit egy aneurysma repedése hirtelen megölt s kinek sectioja kifejezett gummát mutatott ki a bal corpus striatumban. A másik észlelet 47 éves tabeses férfibetegről szól, a kinél a bonczolás egy a májban ülő gummát s hátsó köteg-degeneratiót állapított meg. *Nonne* harmadik esete 42 éves tabeses nőre vonatkozik, a kinél lueses nyeregorr, orrsővény s kemény szájpád-perforatio s májgummák kerültek észlelés alá.

Ujabbán *Dinkler* három esettel még egyszer hozzájárult az idevonatkozó adatok gyarapításához. Első esete 42 éves férfire vonatkozik, a ki luesének 10-dik évében tabest kapott s kinek bonczolelete tabeses degeneratiók mellett még lueses meningitist s arteriosklerosist állapított meg. *Dinkler* második esetében a 70 éves férfibeteg luesét még a katonaságnál acquirálta, tabesét pedig 47 éves korában kapta. A megejtett sectio typusos hátsó köteg-sklerosist, meningitis spinal. chron.-t kifejezett arteriosklerosist s kergesedést a herében derített ki. Harmadik esetében végül egy 48 éves férfibeteg kórrajzát ismerteti, a ki 45 éves korában lett tabeses s kinek bonczolása typusos tabeses degeneratiókhoz csatlakozó lueses meningitis spin. chr.-t s endarteritist derített ki.

Nemrégén *Pick* Fr. is hozzájárult egy esettel az adatok bővítéséhez, a melyben egy 28 éves lueses nő meningealis tünetekkel complicált typusos tabest mutatott, a kinek bonczolása jellegzetes hátsó köteg elfajulást, lueses meningitist s arteriosklerosist eredményezett. *Pick* szorgos vizsgálat alá vette az előtte közölt hasonló eseteket, a melyek közül többet kétesnek s nem ide tartozónak jelentett ki.

Valentin betege luesben szenvedett, utóbb pedig tabesbe esett, a mihez végül halálos kimenetelű meningitis járult. A bonczolás lueses eredetű kerges meningitis cervicalist mutatott ki, mely a gerincvelőnek consecutiv nyomásával járt; a jelenlevő tabeses degeneratiókhoz azonfelül még a lép és májnak syphilises megbetegedése is járt.

Ide sorolható végül még legújabbán *Henneberg*-nek esete, melyben a 32 éves nőbeteg incipiáló tabeséhez cervicalis meningo-myelitis tünetek csatlakoztak halálos kimenetellel. A sectio a tabeses elfajulások mellett meningo-myelitis cervicalist s leptomening. chron. fibrosát állapított; *Henneberg* az összes anatómiai elváltozásokat metasymphiliseknek tartja.

A mostan említett eseteket talán még lehetne néhányat szaporítani, de már így is mutatják, hogy a tabes csaknem kivétel nélkül a központi idegrendszer syphilisével volt kombinálva, a mit azonban az élőben, klinikailag lehetetlen volt megállapítani. A két betegség együttes jelenlétének megállapítása tehát csakis a megejtett bonczolás alapján vált lehetségessé. Ezekkel szemben állanak azon aránylag kis számban közölt esetek, a hol a tabes tünetei mellett a syphilis nyilvánulásai a köztakaróra, vagy a nyálkahártyákra lokalizálódtak, s így azok már az élőben, egyedül klinikai alapon is váltak kórismézhetőkké.

Az első idevágó eseteket *Rumpf* ismertette 1887-ben az idegrendszer syphilises bajairól szóló monographiájában, a melyben nyolcz oly esetről tesz említést, hol a tabeshez részben secundaer, részben tertiaer syphilises jelenségek csatlakoztak. Eseteiben a luesnek többféle nyilvánulása volt képviselve, így plaques muqueuses-ek, nedvező papulák, ulcerosus syphilidek stb.

A következő évben *Strümpell* is ismertetett egy esetet, melyben egy tabeses férfinak ugyancsak tabeses neje florid lueses jelenségeket mutatott.

Tabes- és manifest syphilisnek egy példájáról *Fournier* is tesz említést, szintűgy később *Erb*, a ki egy tabeses házaspárt említ, a melynél a férj lueses leukoplakiában szenvedett. Kifejezett tabessel együttjáró maculo-papulosus syphilis egy esetét nálunk *Donáth* észlelte.

1901-ben *Brasch* három idevágó esetet közölt, a melyek közül a 2. és 3. tanulságos és jellegző, az első ellenben kissé kétesnek látszik. *Brasch* első esete 44 éves nőre vonatkozik, kinek tabese tíz év óta tartott s a kinél ő a manifest luest csupán azért vette fel, mert betegének hirtelen fellépő heves cephalalgiai támadtak, melyek jodkalira kitűnően meggyógyultak. A második eset 42 éves férfiről szól, a kinek tabeséhez jellemző kéttenyérmnyi kisebb-nagyobb s részben szétesett papulákból álló keresztstáji lueses kiütés csatlakozott. *Brasch* harmadik esetében a 26 éves nőbetegnek kifejezett tabese mellett még septum perforatioval járó tertiaer orrluese volt.

Mindezekből látható, hogy aránylag mily ritkán jut észlelés alá e két betegség együttes jelenléte, a mint azt nem régen egy orvosegyesületi discussio alkalmával *Korányi* Fr. és *Jendrassik* is különösen kiemelték.

Eseteink a következők:

I. J. L. 54 éves hajadon, mosónő; felvétel a Szent Rókus-kórház XI. orvosi fiókosztályára (rendelő főorvos: Nékányi m. tanár) 1902. augusztus 8-dikán.

Az alacsony termetű, elég jól fejlett, de rosszul táplált nőbeteg jelen baján kívül állítólag sohasem volt beteg. 12 terhessége, a 6-dik kivételével, rendes szüléssel végződött. Utolsó szülés tíz év előtt. Valamennyi gyermeke még a zsenge gyermekkorban előtte ismeretlen betegségben halt meg. Nemi bajt, bőrküütést tagad. A vele 25 éven át közös háztartásban élő férfi körülbelül egy évig tartó elmebetegség után mintegy másfél év előtt meghalt (Paralysis progr.). Jelenleg nyakán levő „sebe” miatt kereste fel a kórházat. Jelen bajára vonatkozólag beteg előadja, hogy egy év előtt a nyakán kemény csomója támadt, mely igen fájdalmas volt s utóbb magától felfakadt, a mikor azt tapasztalva házilag kezelte. Sebe néhány hónap múlva begyógyult, de rövid idő múlva a szomszédságban több új csomó keletkezett, melyek mind maguktól felfakadtak. Mostani „sebe” körülbelül két hónap előtt támadt ugyancsak egy csomóból; mérsékelten fájdalmas.

Jelenleg a nyak bőrén baloldalt, a nyelvcsont nagy szarvának megfelelően koronányi területen, egy éles szélű, meredek s keményen infiltrált sánczezal körülvett gummosus anyagihiány ül, melynek alapját genyes, szalonnás detritus lepi el. Az anyagihiány az alatta fekvő szövetektől a bőrrel könnyen eltolható. A fekélytől jobbról-balról a bőr heges s helyenkint még vörösen elszínesedett. A test többi részein semmi kórosat nem találni; adenopathia nincsen. A typusos gummára szűrke tapaszt tétettünk, belsőleg pedig jodkalit rendeltünk.

Pontosabban kikérdezve ezután az igen alacsony műveltségű nőt, kiderült, hogy olykor igen erős „rheumás” lábfaidalmi szoktak lenni, a mi ellen artézi vizet szokott használni. A megejtett részletes vizsgálat erre a következő idegjeletet derítette ki: Pupillák szűkek, egyenlőek; Argyll-Robertson. Térd-reflex egyik oldalon sem váltható ki, szintűgy a többi sem. Járás bizonytalan, kissé ataxiás; az ataxia csak az alsó végtagokra szorítkozik, a mi még jobban kitűnik, ha fekvéskor velük kombinált finomabb mozgásokat tétünk. Hypotonia mindkét alsó végtagban igen nagyfokú. Beteg behuny szemmel képtelen járni, kifejezett Brach-Romberg tünet. Hólyag-zavarai egy év óta vannak, melyek a vizelet nehéz megindu-

lásában s a hasprésnek szükségelt erős igénybe vételében nyilvánulnak. A kórházban létele óta gyakori lancináló fájdalmak vannak, melyek különösen éjjel gyötrik; e fájdalmak, a mennyire a betegől kivehető, mintegy három év óta állanak fenn. Lábaiban, különösen pedig a talpán állandó zsibbadást, s hangyamászsást érez. A tapintó érzés az alsó végtagokban, főleg pedig a talpon csaknem teljesen kialudt; fájdalom-érzés lényeges lefokozott, de csakis a térdektől lefelé. A Biernacki-tünet mindkét oldalon kimutatható. Diagnosis: Tabes, gumma syphiliticum exulcerans colli.

Beteget legjobban lancináló fájdalmak bántják, melyek ellen aspirint kap kielégítő eredménnyel. A nyakan levő gumma a megindított specifikus kezelésre már a második héten teljesen meggyógyult s granulált, az ötödik héten pedig teljesen meggyógyult. Beteget most erélyes higany-kúrúra akartuk fogni, talán nem annyira saját meggyőződésünkben, mint inkább az uralkodó nézetnek megfelelően, de azt nem fogadtathattuk, mert betegünk időközben a kórházból távozott.

II. J. M.-né, 43 éves szobafényező neje. 1886-ban ment férjhez; azóta tizenhárom ízben volt gravid. Első tiz terhessége rendes lefolyást volt; jelenleg már csak egy 12 éves fia él, a többi gyermeke közül hat a csecsemőkorból halt meg, három pedig halva született. Utolsó három terhességének mindegyike korai abortussal végződött, a legutolsó mintegy három év előtt volt. Terhességeire s szüléseire vonatkozó adatok bizonytalanoknak látszanak, mert minden alkalommal más adatokat mond be. Nagy fejfájásain kívül, melyek leánykora óta tartanak, mindig egészségesnek érezte magát. Férje állítólag állandóan egészséges volt. Betegnek csak néhány év óta tartja magát; minden előzetes kiütést s nemi bajt tagad. Két év előtt mindkét tenyerén, állítólag valamely zöld rovarporral (schweinfurti zöld?) való manipulatio következtében hólyagok, majd sebek támadtak, melyek néhány hónapig tartottak. Ezen betegsége alatt állítólag mind a tiz körme leesett. 1901. szeptember havában hirtelenül kettős látása támadt, mely három hónapig állott fenn. Klinikánkra jelenlegi bőrkiütése miatt utasított az elmekórtani klinikáról, a hová eddig kezelésre bejárt.

Jelenleg az egész orrán, az orrgyökér kivételével, körülbelül két hónap óta fennálló typosus serpiginosus papulosquamosus syphilid. Bőre a többi testrészekben semmi kórosat nem tüntet fel. Adenopathia nincsen. Diagnosis: Lues tert. Therapia: 15 naponkénti 25%-os jodion- (új jodpraeparatum) injectio. E specifikus kezelésre a kiütés három hét alatt teljesen visszafejlődött.

Beteg az elmekórtani klinikán először 1901. szeptember havában jelentkezett, a hol röviden a következő status vététt fel róla. Mintegy húsz év óta gyakran jelentkező s jellegzetes migraine-rohamok. Tíz nap óta paresis nervi trochlearis lat. sin. (Szemklinik.) Három hónap óta gyakran hány, étvágya erősen csökkent. Este s általában sötétben rendkívül bizonytalanul jár. Beteg lefogyott s kissé cachexiás külsejű. Bal pupilla tágabb, fényre egyik sem reagál. Romberg. Renyhe térdreflexek. Globus érzés, szivdobogás. Diagnosis: Tabes incip., hysteria.

Jelenleg a kórkép nem egységes s tünetei kissé elmosódottak. Az újra kért idegállapot, melyet Hudovernig dr. tanársegéd volt szíves velünk közölni, s a miért e helyen is hálás köszönetet mondok, a következő: Jelenleg a hysteriás panaszok dominálnak; beteg azonkívül lábhasogatás s rossz látásról panaszok. Romberg most nem mutatható ki. Bal pupilla tágabb, mindkettő fénymerelv. Jobb facialis kissé gyengébben működik; nyelv remeg, térdtünetek kissé élénke. Kisfokú sarokjárás. Valószínű, hogy a tabes egyelőre megállapodott s így a hysteriás tünetek jobban kidomborodnak.

III. D. J.-né 46 éves, férjezett. 1900. január 21-én jelentkezett először klinikánkon. Ekkor előadja, hogy 1899. november végén fekélye támadt a külső nemi részein, a melyet az egyleti orvosa állítólag fehér kenőccsel meggyógyított. Férje állítólag egészséges, de vizsgálatra nem jelentkezett. A vizsgálat kiderítette, hogy egész testén maculosus kiütése, spec. pharyngitise s kifejezett általános adeno-

pathiája van. Therapia: 30 kenés (90 gr.), fogpor. 1901. február 21-én a kiütés eltűnt, de a kenést azért folytatja. 1900. márczius 27-én: Condylomata lat. ad anum, újabb 30 kenés, egyéb manifest syphilis tünet nincs jelen. 1900. november 11-én: Beteg kissé reszket, bágyadt, sacralis tájékan fájdalmakról panaszok. Therapia: Jodkali (10 : 300). 1900. október 27-én: Beteg újra jelentkezik s erős szédülésről, reszketésről panaszok; gyakran van fejfájása. Therapia: 20 kenés (40 gr.). 1901. június 8-án: Beteg most erős láb-fájdalmakról s hasogatásokról panaszok, melyek lancináló (!) jellegűek; erősen szédül, csaknem teljesen munkaképtelen s erős fejfájásokról tesz említést. Szeme előtt állítólag fekete pontok ugrálnak s legkülönbözőbb paraesthesiákról panaszok, ezek az alsó végtagjaiban hangyamászásban, zsibbadásban nyilvánulnak. Therapia: Jodkali (10 : 300). Szemvizsgálati lelete (szemklinik.) a következő: Látás mindkét szemén 5/7; neuralgia supraorbitalis, myodesopsia. Kisfokú hyperaesthesia retinae. 1901. november 18-án: Beteg most ismét paraesthesiáiról s szédüléseiről panaszok. 1901. december 4-én: 30 kenés s jodkali. 1902. április 25-én: Állandó idegpanaszai miatt az ideg- s elmekórtani klinikára küldtük, hol róla a következő status vététt fel: Beteg, ki előbb lábhasogatásokban szenvedett, jelenleg csak zsibbadási érzésről panaszok. Járáskor könnyen botlik, olykor pedig oly érzés fogja el, mintha vissza akarna esni. Gyomorgörcsei nincsenek, övérés azonban kifejezetten jelen van. Erősebb köhögés alkalmával vizeletét nem bírja tartani. Pupillák szűkek, reagálnak. Inreflex megvan. Biernacki nincsen. Diagnosis: tabes incipiens. 1902. szeptember havában: Jelenleg a beteg állapota alig változott; a főtünetek közül kiemelendők a fejfájások, kifejezett övérés, kisfokú hólyagzavarok s lábhasogatások. Jobboldali térdreflex kissé renyhe; finom kéz-tremor. A jelenlegi általános impressio arra enged következtetni, hogy a betegség taboparalysissé fejlődik.

IV. T. L.-né 42 éves, szakácsnő. Férjétől körülbelül 20 év előtt elvált; még a házasságának első évében volt egy rendes szülése, azóta más állapotban többé nem volt. Néhány év óta lábszaggatásokban szenved, melyek nyiláló jellegűek s egyre sürűbben jelentkeznek. Körülbelül hat év előtt kiütése volt a nyakan, melyhez hasonló később háta közepén is támadt. Bőrkiütésén kívül soha sem volt beteg, mindennemű alsó bajra vonatkozólag tagadó választ ad. Néhány év előtt a bal karján újra kiütött régi baja, mely házi kezelésre nem változott, hanem még csak terjed s most is fennáll. Beteg a mostanában igen gyakran jelentkező nyiláló fájdalmak miatt kereste fel az elmekórtani klinikát, a hol a következő ideglelet vététt fel róla (Hudovernig dr.): Lancináló fájdalmak az alsó s felső végtagokban, melyek különösen éjjel bántják a beteget. Beteg könnyen botlik, lábgyengeségről s gyakori fejfájásokról panaszok. Látás, hallás jó. Bal pupilla tágabb, mindkettő szabálytalan, fényre alig reagál. Térdtünetek Jendrassik nélkül nem válthatók ki; Achilles-inreflexek közül a baloldali lényegesen csökkent, egyéb in- s bőrreflexek rendesek. Mérsékelt Romberg; a lábakkal s kezekkel végzett kombinált mozgások kissé ügyetlenek s nem jól sikerülnek. Tetemes hypotonia. Hólyag, végbélzavarai nincsenek s nem is voltak. Gyakori gyomorgörcsök. Diagnosis: Tabes.

1902. október 22-én régi bőrkiütése miatt klinikánkra utasított, a hol a fenti anamnesisen kívül a következő bőrelváltozásokat állapítottuk meg: A hát közepén férfitenyényi terület, mely pigmentált lencsényi hegekkel bőven ellátott. A bal könyök táján s innen az alkar háti felszínére ráterjedőleg infiltrált alapon egy kifejezett serpiginosus papulo-squamosus kiütés, melynek szomszédságában pigmentált heges foltokat találunk. Diagnosis: Lues tert. Therapia: 30 kenés, jodkali.

A most elmondottakból kiviláglik, hogy eseteink mindegyikében a luesnek kétségtelenül fennálló manifestatioja mellett kisebb-nagyobb mértékben tabes tünetek is voltak jelen. A syphilisnek primaer stadiumát csak a harmadik esetben volt anamnesis útján kideríthető, a többi báromban az nem volt lehetséges, a mi különben tertiaer lueses nőknél igen gyakori tapasztalat. A manifest tünetek természete csak-

nem mind a négy esetben különböző volt. A syphilisnek aránylag legkorábbi tüneteit a III. esetben észleltük, a meny nyiben abban a secundaer stadiumnak két attaqueját láttuk, az első papulo-maculosus kiütés képében, a második condylomás alakban jelentkezett. Az eset azért tekinthető igen érdekesnek s tanulságosnak, mert a tabes kezdeti tünetei közvetlenül a lueses nyilvánulások lezajlása után fejlődtek ki szemeink előtt. A II. esetünkben egy tertiaer stadiumos papulás kiütés serpiginosus jelleggel társult a már fejlődő tabeshez, a nő anamnesisében előforduló „sebek” pedig alighanem szintén lueses eredetűek voltak. Ehhez csaknem teljesen hasonló volt az utolsó (IV.) esetünk is.

Vége az I. sz. esetünkben egy teljesen kifejlődött s ataxias stadiumban levő tabeshez a syphilit gummás alakjában láttuk társulni. A II. esetben szereplő nőbeteg luesének tartamát legalább 5—6 esztendőre kell felvennünk, mert a mint a kórrajzban említettük három év előtt volt utoljára más állapotban, a mi előtt már két ízben abortált. Az említett három vetélés közti időt betegünk nem tudja pontosan megadni, úgy látszik azonban, hogy három éven belül folytak le. Az I. sz. esetünkben a lues tartamát egyáltalán nem lehetett megállapítani, a mi főleg a betegnek rendkívül alacsony műveltségéből ered; ennek az esetnek érdekességét növeli az a már fentebb érintett körülmény is, hogy a beteggel mintegy 25 évig közös háztartásban élt férfi paralysis progressivában szenvedett, a miről a régi szt. János-kórház feljegyzéseiből győződhetünk meg, mely kórházban a beteg hosszabb ideig ápolás alatt állott.

Érdekes lesz már most eseteinket a jelenleg már csaknem általánosan elfogadott *Erb*-féle felfogással összeegyeztetni, mert ha már az anamnesis útján kimutatott syphilis is bizonyító értékűnek tartatik a fennálló tabes előidézésében, úgy azt eseteinkben, melyekben a luesnek manifest tünetei forogtak fenn, még inkább annak kell tartanunk. Azonban nehézségek támadnak az ily esetek magyarázatában, ha a tabest a közfelfogásnak megfelelően meta-para-, vagy postsyphilitis betegségek tekintjük, mert úgy a meta-, mint a para- s főleg a postsyphilis kifejezések azt a fogalmat jelzik, hogy a syphilis mint olyan már kialudt a szervezetben, mely utóbb járulékosan, utóbetegség gyanánt tabest eredményezett. Eseteinkben azonban a tabesnek többé-kevésbé kifejezett tüneteihez típusos specifikus lueses tünetek járultak, a mi kétségtelen bizonyítékaul szolgál annak, hogy a syphilis még teljes erejében fennállott. Ezek azon tabes-esetek, melyekre nem fogható az, hogy post- vagy metasymphiles eredetűek. De viszont nehezünkre esik azon feltevés, hogy a tabes az egyik esetben postsyphilitis volna, a másokban meg más eredésű, vagy hogy más szóval a tabes-eseteket már ezen alapon is több csoportba osszuk. Mert egy annyira egységes betegséget, mint a milyen a tabes, hol syphilisre, hol más okra s ha már syphilisre, úgy ismét hol postsyphilitis, hol meg direkt syphilis állapotra visszavezetni, valóban erőltetett felvételnek látszik. A postsyphilitis idegelfváltozások és idegelemi degenerációk alatt azt az elméleti kórfolyamatot értik, a mely a syphilissel régen fertőzött szervezetben toxikus alapon jön létre, de direkt a syphilissel egyáltalán nem azonos. E felfogás értelmében az olyan esetekből, mint a milyenek a mieink, azt kellene következtetni, hogy a szervezetben egy időben lehet jelen a postsyphilitis toxin s a syphilis specifikus tüneteit előidéző vírus, a mi kétségtelen, hogy meg nem állhat, mert egyik fogalom a másikat kizárja.

Igy végre oda érünk, a hová *Erb* egy legújabb tanulmányában jutott, hogy voltaképp a tabes-syphilis kérdésben a postsyphilis kifejezést és az azzal összefüggő toxinos theoriát bátran elejthetjük, mert a postsyphilitis felfogás lényegileg csak körülírása annak az általános tapasztalatnak, hogy a syphilis bizonyos körülmények közbejöttével tabest okozhat. Ha ezen az állásponton vagyunk, úgy kézségesen járulhatunk *Erb*-nek számos klinikai s kórboneztani tapasztalatán, továbbá az irodalomból vett adatokon alapuló azon véleményéhez, hogy nem is szükséges toxint vagy hozzá hasonló testet keresni, ha már egyszer kimutattuk a syphilit, mert utóbbi mint olyan

is képes egyszerű degenerációkat s így tabest is produkálni. *Erb* erre vonatkozólag következőleg nyilatkozik: „Sie beweisen (a tapasztalatok) mit aller Entschiedenheit, dass primäre Degenerationen und Atrophien der hinteren Wurzelbahnen und der Hinterstränge bei frühere Syphilitischen vorkommen können: Jedenfalls ist es zweifellos, dass die Syphilis auf irgend eine — uns jetzt noch unbekannte oder nur hypothetisch angenommene Weise — Systemerkrankungen auslösen kann.“ A syphilis tehát ezek alapján specifikus jelenségek mellett primaer, „nem specifikus“ degenerációkat is képes az idegelemekben létrehozni. *Erb*-bel egy nézetén van *Leredde* is, a ki egy újabb közleményében a Fournier-féle parasymphilitis elméletet kerekén elveti s a tabeses degenerációkat egyszerűen valószínűsítő syphilises elváltozásoknak minősíti.

Véleményünk szerint az olyan esetek, melyekben a tabes manifest syphilis tünetekkel találkozunk, *Erb* felvételét nemcsak hogy támogatják, hanem még azt is látszanak bizonyítani, hogy a syphilises vírus ritkán s bizonyos okok következtében képes arra, hogy egyidőben támadja meg az idegrendszer primaer degenerációk alakjában, a szervezet egyéb részeit pedig „specifikus“ nyilvánulásokban. Ezzel kapcsolatosan fontos lenne annak a kiderítése, hogy az óriási számban levő syphilises egyének között hány betegszik meg tabesben, illetőleg milyen körülmények s viszonyok szükségesek ahhoz. S így ez egyben találkozunk némiképp a syphilis ellenesekkel, különösen pedig *Gläser*-rel, hogy t. i. az összes luesesek között kellene a tabes-eseteket keresnünk s abból statistikát készíteni. E kíváncsi kérdésnek különben két évtized előtt már *Reumont* tett eleget, a ki 3600 syphilises egyén vizsgálata alkalmával 40 tabes-esetet talált. Hasonló vizsgálatokat végzett újabban *Kron* is. Kétségtelen tehát, hogy e vizsgálatok tanulságosak s fontosak, azonban kivihetetlenek ily alakban, mert tudjuk, hogy a tabes a syphilis-infectio után csak nagy sokára szokott jelentkezni vagyis akkor, mikor a régen inficiált egyéneknek „specifikus tünetei“ már legtöbbször eltűntek.

S ennél fogva talán inkább úgy lehetne némi eredményt elérni, hogy a syphilises egyéneknek csak azon kisebb részét vennők figyelembe, a kik ugyan a secundaer stadiumon már régen túl vannak, ellenben tertiaer tüneteik miatt még állandó megfigyelés alatt állanak, más szóval tehát csakis a késői ú. n. tertiaer tüneteket mutató betegeket kellene a tabes jeleire megvizsgálunk. Az I. sz. esetünk is mutatja, hogy a beteg gummája miatt kereste fel a kórházat és csupán melleleg említette meg, hogy gyakran „rheumás“ fájdalmakban szenved, holott tabese úgyszólván már az összes tüneteket mutatta. Mily könnyen kerülheti el tehát figyelmünket az olyan tertiaer lueses betegek vizsgálata, kiknél a tabes épen csak az incipiens stadiumban van.

Végül kedves kötelességemnek tartom, mélyen tisztelt főnököm, Nékám Lajos egyetemi m. tanár úrnak hálás köszönetemet kifejezni, a miért szíves volt az eseteket rendelkezésemre bocsátani.

Irodalom.

- Adamkiewicz*: Über traumat. Tabes, Berl. klin. Wochenschrift. 1899. Nr. 23—24. — *Bloch*: Ein Fall v. infant. Tabes, Neurol. Centrbl. 1902. Nr. 3, 113. — *Brasch*: Beiträge z. Aetiolog. d. Tabes, Deutsch. Zeitschft. f. Nervenheilkunde. 1901. Bd. XX. H. 5—6. 345. — *Brasch*: Neurol. Centralbl. 1901. Nr. 16—18. 489. — *Dinkler*: Tabes dors. inc. etc, Deutsche Zeitschft. f. Nervenheilkunde. 1893. III. Bd. H. 4—5. — *Dinkler*: Zur Aetiolog. u. path. Anat. d. Tabes d., Deutsch. Zeitschft. f. Nervenheilk. 1900. Bd. 18. 225. — *Dravie Trennen*: Syphilis as an aetiological. 1896. (Ref.). — *Duplaix*: Annal. de dermat. 1884. — *Düring*: Studien ü. endemische u. her. Syphil., Archiv f. Derm. u. Syph. 1902. Bd. LXI. H. 1—3. — *Dydyński*: Tabes d. b. Kindern etc., Neurol. Centralbl., 1900. Nr. 7. 298. — *Edinger*: Über experim. Herz. Tabes-ähn. Erkrank., Congr. f. inn. Medicin in Wiesbaden. 1895. — *Erb*: Syph. u. Tabes, Berl. klin. Wochenschrift. 1896. Nr. 11. — *Erb*: Die Therapie d. Tabes, vor d. XII. intern. m. Congr. in Moskau, Deutsch. Zeitschft. f. Nervenheilk. 1897. XI. Bd. III—IV. H. 261. — *Erb*: Bemerkung z. path. Anat. d. Syph. etc., Deutsch. Zeitschft. f. Nervenheilk. 1902. XXII. H. 1—2. — *Fleiner*: Über Syph. occult., Deutsch. Archiv f. klin. Med. 1889. és 1891. — *Galkiewicz*: Syph. d. system. nerveux. 1892. (Ref.). — *Gläser*: Über d. angebl. Aetiolog. d. Tabes d., Hamburg, 1891. — *Glück*: Tabes u. Syph., Wien. med. Woch. 1896. 251. — *Gottschalk*: Tabes u. prog. Paralysis. b. Ehegatten, Würzburg, 1899. (Ref.). — *Guttmann*: Tabes u. Syph., Zeitschft. f. klin. Med. 1898. Bd. 35. — *Henneberg*: Neurol., Centralbl. 1902. 336. — *Hermanides*: Syph.

u. Tabes, Virchow's Arch. 1897. Bd. 148. 102. — Kahane: Die syph. Erkrank. d. Nervensyst., Nothnagel's Spec. Path. etc. XXIII. Bd. — Kende: Die Aetiologie d. Tabes d., Zeitschrift. f. klin. Med. Bd. XXXVII. 1898. — Kron: Über Tabes d. b. weibl. Geschlecht, Deutsch. Zeitschrift. f. Nervenheilk. 1898. — Kuhn: Über d. Häufigkeit d. Vorkomm. etc., Westphal's Arch. Bd. XXX. 1898. — Jeredde: Le question de la Parasyphil., Le Progrès med. 1902. Nr. 14. — Minor: Hemi- u. Paraplyse b. Tabes d., Zeitschrift. f. klin. Med. 1891. — Möbius: Über d. Tabes, Berlin, 1897. — Neftel: Beiträge z. Aetiol. u. Ther. d. Tabes d., Virchow's Arch. 1889. Bd. 117. — Neisser: Die Bezieh. d. Tabes z. vorausgeg. etc., Verhandl. d. 73. Versamml. Deutsch. Naturforsch. etc., Arch. f. Derm. u. Syph. 1902. LXI. Bd., 2-3. H. — Nonne: Syph. u. Nervensyst., Berlin, 1902. — Nonne: Ein Fall v. Tabes etc. Berlin. klin. Woch. 1899. Nr. 15-17. — Oppenheim: Ueber einen Fall v. syph. Erkrank. etc., Berlin klin. Woch. 1888. XXV. Bd. Nr. 53. — Pel: Die Aetiolog. u. Therap. d. Tabes d., Saec. Art., Berlin. klin. Woch. 1900. Nr. 29. — Rumpf: Die syph. Erkrank. d. Nervensyst., Wiesbaden, 1887. — Sachs: Neew-York med. Journ. 1894. — Saenger: Neurolog. Centralbl. 1896. — Sarbó: Die Rolle d. Lues bei d. Tabes etc., Pest. med.-chir. Presse. 1898. Nr. 3-5. — Scheiber: Die Tabes-Syphilisfrage, Pest. med.-chir. Presse. 1898. Nr. 47. — Storbeck: Tabes dors. u. Syph., Zeitschrift. f. klin. Med. Bd. 29. — Trömmner: Tabes u. Trauma, Berl. klin. Woch. 1899. Nr. 7. — Valentin: Pachymening u. Tabes etc., Neurol. Centralbl. 1899. 45. — Virchow: Die krankh. Geschwülste. — Virchow: Berlin. klin. Woch. 1898. Nr. 31. 692.

A protargol az alszárfekélyek terapiájában.

Irta Markovics Lázár dr., kórházi segédorvos.

Az elberfeldi festékgyárak által forgalomba hozott protargol, mint az argentum nitricum pótszere, utat tört magának a gyógyászat majdnem minden egyes ágában. Az urologusok nagy örömmel fogadták, mert a protargol az argentum nitricum összes jó tulajdonságaival bir, annak minden kellemetlen mellékhatása nélkül. Bactericid s különösen gonococcusölő képessége igen nagy (Benario) úgy, hogy Neisser a gonorrhoea specifikus szerének tartja; a sebváladék, geny az ezüstöt nem csapja ki vegyületéből; ezért a szövetek mélyébe hat, a hol semmiféle nagyobb izgalmat s fájdalmat nem okoz. Mint-hogy az urologusok a protargolba helyezett reményeikben nem csalódtak, a szemészek, gégeészek, fülészek, bőrgyógyászok, sőt a belgyógyászok is siettek a protargol jó tulajdonságait szakmájukban érvényesíteni. S a kísérletek, a mint számos közleményből kiviláglik, jól sikerültek s megszerezték a protargolnak a honosságot a gyógyászatban. Nálunk Magyarországon már több szerzőnek volt alkalmja a protargol jó tulajdonságait dicsérni, de alszárfekélynél, tudomásom szerint, még senki nem próbálta ki. Annál feltűnőbb ez, mert a protargolnak az alszárfekélyekre való jó hatására külföldön Strauss még 1898-ban figyelmeztetett. A következő évben Floret irt hasonló tárgyú cikket, végre tavaly Protin újból felhívta rá a figyelmet.

Ezek a szerzők kipróbálták a protargolt az alszárfekélyek gyűjtő neve alatt szereplő különböző fokú laesioiknál. Kisebb, felületes bőrhorzsolások ép úgy begyógyultak protargollal való behintésre, mint a mélyebb szövetekbe hatoló, vérkeringési zavarokkal párosuló, kérges fekélyek. A sebek szabályosan s gyorsan granuláltak s a behámosodási hajlam igen nagy volt, úgy, hogy az ily úton kezelt alszárfekélyek igen szép eredményeket mutattak fel a gyógyulást illetőleg. A protargol itt mint jó desznificáló, szárító s erős hegképző szer szerepelt. Az így képződött heg szilárd volt, a fekélyek kiújulásának útját állotta. A kezelés fájdalomtalan volt. Daczára e kitért eredményeknek a protargol még sem birt utat törni magának az alszárfekélyek kezelésében. Ennek okát megtudandó, kipróbáltuk a szert Nékám m. tanár úr vezetése alatt álló szt. Rókus-kórházi XI. orvosi főkösztyálon. Számos esetünk közül a legtanulságosabbakat a következőkben adom:

S. H.-né, 73 éves, napszámosnő. Felvétetett folyó évi augusztus 11-én. 3 év óta van alszárfekélye, mely nyugalomra s orvosi kezelésre be szokott gyógyulni. Jelen fekélye négy hónap óta áll fenn. A bal külső bokaizület felett nagy gyermektenyérynnyi, szennyes-sárgás lepedékkel fedett, renyhén sarjadzó alszárfekély látható, melynek környéke mérsékelten duzzadt, barna piros színű, pigmentált, kérges, durva, szalonás, érzékeny. Az alszárok visszerei erősen kitágultak, merevek, kanyargósak. Therapia: 10% protargolglycerin, részben gyakori ecsetelések, részben pedig párákötések alak-

jában. A fekélyalap rohamosan tisztul, a váladék-képződés rövid idő alatt megszűnt, a teljes sarjazás megindult. A sebalap különböző pontjain apró, növekedő hámszigetek képződnek, a sebszélekről nyúlványos hámasapok indulnak befelé. A kezelés további folyama alatt a hámosodás lassabb menetű ugyan, de állandó s a f. évi október 9-dikén, tehát a kezelés 60-dik napján, — a mi ilyen nagy fekélynél nem nagy idő — befejezettnek tekinthető. A szert a beteg, eltekintve az első két-három nap alatt fellépett csekély fájdalomtól, mely fájdalom a beteg kórházba való bejövetele előtt is fennállott, egész idő alatt igen jól tűrte.

B. F.-né, 58 éves, napszámosnő. Felvétetett f. évi október 11-dikén. 2 hét óta beteg. Baja állítólag megütéstől származik. A bal tibia középső része felett gyermektenyérynnyi, szabálytalanul sarjazó, sárgás-genyes váladékot produkáló fekély; a fekélyt környékező bőrrészet 3 ujjnyi szélességben pirosra elszínesedett, keményen beszűrődött, ránczba nehezen szedhető. Az alszár visszerei tágultak, merev faluak, kanyargós lefutásuk, visszérköveket nem tartalmaznak. A kezelés 10% protargol glycerines párákötésekből állott. A seb alap, mint a fenti esetben is, rövid idő alatt feltisztult, váladékot nem produkált, a sebszéleken gyorsan növekedő hámnyúlványok képződnek s a fekélyalapon levő számos apró hámszigettel összefolynak, úgy, hogy a beteg családi viszonyai miatt november 24-dikén történt kibocsátásakor még csak félfüllérnyi hámval nem fedett rész marad vissza. A kezelés csak az első három-négy napban járt némi kis érzékenységgel, később azonban teljesen fájdalomtalan volt.

K. M., 51 éves, napszámos. D.: ulcus cruris. Felvétetett f. évi október 17-dikén. A fekély, melyet a beteg traumára vezet vissza, négy hónap óta áll fenn. 4 év előtt hasonló fekélye volt, de orvosi kezelésre begyógyult. A jobb tibia középső harmada felett körülbelül 4 cm. hosszú, 2 1/2 cm. széles, tojásdadalakú sekély fekély renyhe sarjazást mutató s mérsékelt váladékot produkáló alappal, pirosan elszínesedett, durva kérges tapintatú szélekkel. Tágult visszerek. Ezt az esetet is 10% protargolglycerinnel kezeltük, a hol hasonló kedvező gyógyulási hajlam mutatkozott. 3 hét alatt a fekély teljesen begyógyult, de a finom heg megszilárdulása végett a beteget még egy ideig az osztályunkon tartottuk. A kezelés fájdalomtalan volt.

Jó eredménnyel kezeltünk még több kisebb-nagyobb alszárfekélyt. Az igen nagy s mély alszárfekélyeknél, a hol a beteg radicalis sebészi kezelésbe (Trendelenburg-féle vena-kiirtás vagy a fekélynek mély körülmetélése) nem egyezett bele, a 10% protargolglycerines oldat helyett a következő, jobban szárító protargolpastát használtuk:

Rp. Protargoli 10·0—15
Terrae silic. gmt 5·0
Glycerin gmt 65·0
Magnesii carbonici gm. 15·0.

A röviden vázolt esetekből látszik, hogy a fentemlített szerzők észleléseit megerősíthetem. A különböző nagyságú s kiterjedésű fekélyek ilyen kezelés mellett gyors gyógyulásnak indultak. A sebgyógyulást zavaró sebváladék már a legelső napokban tetemesen csökkent s rövid idő alatt teljesen megszűnt, a sebszélekről s a sebalapon erős hámosodás indult s a hámnyúlványok s szigetek növekedése és összefolyása folytán szilárd, erős heg képződött, mely a fekély kiújulásának gátat vetett. A csekély, egy-két napig tartó, jelentéktelen fájdalomtól eltekintve — mely részben a glycerin nedvszívó hatásának tudandó be — a kezelés egész idő alatt fájdalomtalan s reactio nélküli volt, a mi lényeges dolog, mert az alszárfekélyes betegek rendszerint türelmetlenek, érzékenyek s minden fájdalmasabb vagy izgalommal járó kezeléstől irtóznak. Más jó tulajdonsága a protargollal való kezelésnek az, hogy a gyógytartam némileg rövidebb a használatban levő gyógyeljárásokénál. Az eljárás tiszta, egyszerű, kellemetlenségektől ment. Ezen tapasztalatok alapján úgy hiszem, hogy a protargol megérdemli az adandó alkalommal való megkísérelést.

Strauss: Monatshefte f. prakt. Dermat. Bd. XXVI. 129. 1898.

Floret: Deutsch. med. Wochenschrift. 1899. Nr. 40.

Protin: Med. Journ. Nr. 2., 1901.