

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÖRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

*Kézmárszky Tivadar egyet. ny. r. tanár
I. szül. és nőgyógy. klinikájáról.*

Conservativ császármetszés esete.

Közli Doktor Sándor dr., II. tanársegéd.

A conservativ császármetszés az utolsó évtizedben fejlődött ki a tökéletességnek arra az elég magas fokára, melyen ma nem remélt fényes eredményeket mutat fel. A lipcei *Sänger* volt a reformator, a ki halhatatlanná tette nevét, úgy a műtét technikájának systematikus fejlesztése, mint különösen az által, hogy munkálkodásával megvetette alapját a további haladásnak.

Két veszedelme van az operációnak: a vérzés és a sepsis; vérzés a méh sebéből és atonia folytán úgy az operatio alatt, mint az után; sepsis nemcsak kívülről, hanem a megtartott méh felől is. E kettős veszedelemmel szemben a *Sänger* methodusa főbb pontjaiban a következő: a szülés alatt operál, a tágulás időszakában, mikor a megindult méhtevékenység elejét veheti az atonikus vérzésnek; műtét közben kaucukligatúrával szorítja le a méh nyakát; nem operál csak ott, a hol a szüléscsatorna nincs inficiálva, a méh belseje intact; a méhfalban ejtett sebet igen gondos, kissé complicált varrással zárja, s mindezt a legszigorúbb asepsis elvei szerint.

Az utolsó évek tapasztalásai e methodusnak egyik pontját a másik után ejtették el, illetőleg változtatták meg; egyszerűbb lesz az operatio s közelebb lesz a lehetősége annak, mit *Sänger* reformatori buzgóságában már is megkívánt, hogy a császármetszés a gyakorlat műtétévé váljék, hogy azt a gyakorló orvos is végrehajthassa.

A complicált méhvarrást hagyták el legelőször; *Fritschnek* az ajánlatára egyszerű csomós varatokkal egyesítik a méh sebet, tekintet nélkül a deciduára és hashártyára, úgy mint pl. a has sebet; tisztaság mellett a gyógyulás így is teljesen sima; ha a varratok elég sűrűn vannak rakva, sem vérszivárgás nem támad, sem a hashártya infectiója nem következik be a méh belseje felől.

Majd feleslegesnek bizonyult a műtét alatt a kaucukligatura, elegendő a digital compressio is; sőt újabban vannak, a kik ezt sem tartják szükségesnek; szabadon hagyva is, a méh ha kitört, maga csillapítja a vérzést.

Talán legfontosabb az a legújabb tapasztalás, melyről angol és amerikai szülészek adnak hírt, hogy a szülést sem szükséges operációval bevárni; lehet operálni a terhesség végén a szülés megindulása előtt is; atoniától nincs mit tartani. Ennek éppen az asepsis tekintetében s éppen a gyakorlat számára van nagy jelentősége: nem kell hirtelen, többé-kevésbé kapkodva, talán éjjel, vagy rossz világításnál fogni az operációhoz, hanem elő lehet készülni nyugodtan, lehet gondoskodni a tisztaságról, segédletről, lehet operálni tetszés szerinti időben.

Így a *Sänger* methodusából alig marad meg valami. A tapasztalás arra visz, hogy az operációnál lényeges csupán a

tökéletes asepsis, a feltétlen tisztaság; a technika mikéntje mellékes.

A fentebbi módosítások egyenként már elég számos esetben állottak ki a tűzpróbát, együttesen, összeségükben azonban még alig lettek kipróbálva; mindenesetre jelzik azonban a haladást az ideál felé, mely úgy látszik nem más, mint a régi classikus császármetszés az asepsis védelme alatt.

S ez kölcsönöz esetünknek érdekességet, hogy t. i. igyekeztünk az operatiót minden irányban lehetőleg egyszerűsíteni s mint az eredmény megmutatta, sikerrel.

Az eset egy 32 éves IP. nőre vonatkozik, 132 cm. magas termettel, lumbosacralis kyphosissal s az ennek megfelelő jellegzetes szűk medenczével, mely különösen a kimenetben harántul annyira szűkült, hogy feltétlenül indicálta a császármetszést; Sp. 26.5; Cr. 27.5; Conj. ext. 17.75; Sp. poster. 8.5; a két tuber ischii távolsága 4 cm.; 2 ujj nem fér harántul a medenczébe.

Mikor a nő terhessége vége felé klinikánkon jelentkezett, már nem remélhettük, hogy veszedelem nélkül megszabadulhat terhességétől; azt határoztuk tehát, hogy a terhesség végéig várva, a császármetszést hajtjuk végre rajta, még pedig a szülés megindulása előtt.

A klinikán tartózkodva, a nő május 27-dike óta naponként jósló fájdalmakat érzett, miért is kitéztük az operatiót a legközelebbi hétre. Május 15-dikére virradó éjjel sűrűbben jöttek erősebb fájások; s ámbár reggelre ismét megszűntek, nem várakoztunk tovább, hanem megtettük az előkészületeket. Dél előtt 9 órakor hajtotta végre *Kézmárszky* tanár úr a műtétet, melynek menete a következő volt:

Hosszú hasmetszés, mely egyenesen halad át a köldökön, $\frac{2}{3}$ -ával a fölé érve; a peritoneum felhasítása után elég könnyű kigördíteni a teljesen petyhüdt méhet, bal sarkával előre. Ez után a hasseb felső részét segéd tartja össze, a ki a méh nyakát fogja két kezével körül, hogy felemelve tartsa a méhet, de a nélkül, hogy alsó szakaszát comprimálná.

Erre metszés a méhen a fundustól a méhnyakig, mely placentát ér; gyors befejezése a sebzésnek le és felfelé, mire a placenta, mely csaknem symmetrice foglalja el a méh elülső falát, erősen prolabál. Jobb kéz a méh bal oldalában levő faránál fogva könnyen emeli ki a magzatot, melynek köldökzsinórját 2 Lumnitzer-fogó között gyorsan vágjuk át; a placenta vele jött. Ez alatt a vérzés mérsékes s a méh retractiója és erélyes gyurása közben még inkább csökken.

Kitöröljük a méh belsejét s szivacsot helyezünk belé (a méhszáj szűken ujjnyi) s felülről lefelé körülbelül $\frac{3}{4}$ cm.-nyire egymást követő selyemvarratokat alkalmazunk a méhfal egész vastagságán keresztül (peritoneum-muscularis és decidua). Ez után a szivacsot kivéve, lehámozzuk a vékony chorionnak még benmaradt nagy részletét s csomózzuk a varratokat, mi alatt forró szivacsokkal tartjuk a méhet körülfogva. Még néhány felszínes varrat alkalmazása után visszasütyjesztjük a méhet és zárjuk a hasat. Ezt mindjárt újra meg kellett nyitni, mert egy szivacsot benne felejtettünk.

A műtét kezdetén 2, utána még egy fecskendő ergotint adtunk, de azért az összes manipulációk alatt a méhnek kifejezett activ contractióját nem észleltük; retractiója azonban oly prompt volt, hogy csakhamar az éppen szült méh volume-nére reducálta a szervet. Nem is veszített a nő összesen sem

több vért, mint a mennyit rendes szüléseknél is megszoktunk. Csak a méhmetszés és a magzat kihúzása közben volt bővebb a vérzés, mely a méh kiürítése után gyorsan megszűnt; az egész hosszadalmas varrás alatt vérzés úgyszólván nem volt, nem a hüvely felé sem; utóvérzés szintén semmi sem volt.

Teljesen jó volt a gyógyulás is, csak az első 3 nap mutatkoztak lázas mozgalmak (egyszer 38.5° C.). Feltűnő kevés volt a gyermekágyi folyás; úgy látszik a méhvarrat jótékony ingerül szolgál a méh involúciójára. 13-dik nap szedtük ki a hasvarratokat s 18-dik nap kelt fel a gyermekágyas.

A legjobb eredményt érték tehát el a legegyszerűbb módon. 1. Olyan időben végeztük a császármetszést, a mely nekünk legalkalmasabb volt, tekintet nélkül a szülés előhaladására, annak egészen a kezdetén, szinte a terhesség alatt (operatio előtt 2 órán át szünetelnek a fájdalmak). 2. Műtét alatt nemesak kaucuk-ligaturát nem alkalmaztunk, hanem még a digital compressiót is mellőztük. 3. A méh sebé egy-szerű csomós varatokkal zártuk.

S ily körülmények között különösen érdekes volt észlelnünk a méh retractiójának fontos vérzéscsillapító hatását. Miért hiányzik az sok esetben, miért támadnak gyakran oly veszedelmes atonikus vérzések, nem tudjuk; az atonia okait közelebb-ről nem ismerjük. Természetes szüléseknél a legkülönbözőbb okokat látjuk szerepelni, minők pl. idegen tartalma, gyors kiürítése, kifáradása a méhnek stb. Császármetszésnél már nem egy tapasztalás bizonyítja, hogy a méhnyaknak soká tartó le-szorítása elastikus ligatúrával atoniát okoz s ebből úgy látszik, hogy muló szöveti változásokban kell annak okait keresnünk. Bizonyos az, hogy császármetszésnél a méh tonikus retractiójától várhatjuk mindig a vérzés csillapodását; az ugyanis az erek végső ágaiból zárja el a vérkiömlést, sokkal biztosabban, mint a mennyire azt mi az erek főtörzseinek bármily mesterséges le-szorításával elérhetjük. A méh retractiója pedig — azt bizonyítja úgy a mi esetünk, mint másoknak már elég számos tapasztalása — *független a szülőtevékenységtől*: a terhesség alatt végzett császármetszésnél sem támad, vagy nem gyakoribb az atonikus vérzés.

Igy, mint esetünkből látszik, annyira egyszerű lesz az operatio, hogy azt mint tipikus műtétet a gyakorló orvos is végrehajthatja, ha némi technikai jártassággal bír és különösen ha aseptikusan operálni tud.

Neurologiai megfigyelések Laufenauer tnr. elme- és idegkórtani klinikája ambulans rendelésén az 1892-dik évben.

Irta Pándi Kálmán dr., intézeti gyakornok.

(Vége.)

Visszatérve a localis jelekre, ha az agykimertülés keretében ataxia lép fel, bénulások vagy fokozott ingerületre mutató contracturák s e jelek tartósak, sőt folyton súlyosbodnak, akkor az orvos maga számára nyugodtan elfogadhatja a paralysis diagnózisát. Itt az általános táplálkozási gyengeség már foltos kiesésekkel vagy localis ingerfolyamatokkal jár, míg a vetetés szakgatottsága az egész agyra kiterjed. Ez épen a paralysis progressiva fogalma.

Egy schematikus rendelőkönyvi felvétellel illusztrálom a mondottakat.

F. J., 32 éves, izr., nős, nyomdász. Két hó óta fejnyomása van, ingerlékeny, rosszul alszik. Tág láták, bal szűkebb. Renyhén reagálnak. Jobb facialis paretikus. Térdreflex igen esőkent.

November 5. Láták tagak, kissé szabálytalanok, bal szűkebb, jobb direct renyhén, consensualiter feltűnően jobban reagál, baloldalt e viszony fordított. Vizsgálat közben a pupillák hirtelen megszűkülnek. Beszéd közben a jobb facialisnak alsó, a balnak középső ágát mozgatja csak. Mozgás remegő. Bal térdreflex hiányzik, jobb rendes. Szótagbotlás. Egészen jól érzi magát, csak a szeme fáj. Mióta fejfájása van, azóta job-

ban tud szellemi munkát végezni (!?) Fejbéli munkával túl lett erőltetve. Szemészi vizsgálat szerint körülírt papillitise van.

December 5. Fejfájása már nincs, csak szembaja nyugtalanítja. Itt-ott hyperaesthesiás foltok a koponyán.

Objectív tünetei szerint is kifejezett eset, melynél különösen mérvadó a fejfájások s a betegség érzetének megszűnése. Itt láttam a coordinatív hibáknak a legegyszerűbb alakját, melyre Grósz Emil tanársegéd úr figyelmeztetett. A két rectus internus ugyanis külön vizsgálva, normalis ívben mozgott, de együtt accommodationra már egyik vagy másik elmaradt. A két féltékének különben együttjáró működése tehát meg volt zavarva. (Épen olyan ataxia mint mikor behúnyt szemmel a beteg nem tud ujjhegyeivel összetálatni.)

A két féltéke eltérő működését mutatja a feltűnő pupillaris reactio is, e reflexek szerint a bal hemisphaera ingervezetése akadályozott.

Az arcz mozgása ezen esetben: A m. frontalis mozgása baloldalt visszamarad, a két corrugator működése egyenlően erős, levator labii jobboldalt gyengébb, a bal erősen remeg. Lefelé az ajkat csak jobbra tudja húzni. Szájrés jobb fele tágabb, szájjug jobbra lefelé elhúzódt. Nyelv remeg, nem devial.

Paresis van tehát a bal m. frontalisban, jobb levator labiában s a bal ajklevonó izmokban. Ha a ppherikus állapotból a központra következtettünk, kiesések vannak mindkét hemisphaerában, de ezek mellett ingert producáló változások is, a melyek contracturát okoznak. E contracturákkal bővebben akarok foglalkozni.

Hogy paralytikusok arcizomzatán contracturák fejlődnek, azt a szerzők egyáltalán nem említik. Zacher¹ ír le paralytikus rohamok alatt a törzsön kifejezett contracturákat, melyeket ő is központi ingerületnek tulajdonít. Azt tartom épen figyelemre méltónak, hogy e contracturák az arcz apró izmain a paralytisnek már igen korai szakában megjelenhetnek, midőn egy végtag központjának megfelelő kéregrészt még afficiálva nincs. Az ingernek sokkal kisebb foka is kell ahhoz, hogy e kis izmok összehúzódjának, mintsem a biceps vagy a czomb izmai. A tényt különben sokan látták. Zacher, Fischer² s mások körleírásaiban több helyütt olvastam, hogy paralysis betegnél valamelyik szemöldök magasabban állott vagy az ajk elhúzódt. Téboldyákban alig hiszem, hogy ilyen contracturák nélkül való beteget lehetne találni.

Hogy ilyen corticalis eredetű contracturákra az elszórttság jellemző, azt már Romberg is említi.³

A contracturáknak azonban más jellemző vonásuk is van. A folytonos inger nem egyszerű összehúzódnak képeben jelenik meg, hanem a hypertoniát finom remegés kíséri. Contractura van pl. a szemhéjzáró izomban, ezért a szemrés szűkebb, de a két szemhéj egyszersmind finom remegő mozgást is végez. Láttam, hogy a jobb felső szemhéj ujjnyival magasabban állott mint a bal s folytonos remegő mozgás vontatja fel a szemöldök-ívet. Időnként a remegést egy erősebb rángás szakította meg.

A jelenség corticalis eredetűt az is bizonyítja, hogy akaratos mozgások ilyen contracturás izommal is végezhetők. Kifejezett tartós összehúzódnak mellett az egyén mindkét frontálisát különösen felszólításra jól mozgatja, míg beszéd közben, affectusoknál vagy az arcz nyugalmi állapotában a kóros viszonyok igen jól láthatók. A hibát egy erősebb impulsus még kijavítja, a mi szintén jellemző a paralytikus elváltozásra. Ilyen beteg előrehaladt bajjal is tud még vigyázni magára, megmaradt társításával hazudik s az orvosi vizsgálatnál vagy kiskokú indulattal még a szótagbotlást is el-takarja.

Schaffer tanársegéd úr figyelmeztetett a contracturák egy más vonására. Nagyfokú contractura volt a jobb frontalisban, midőn az egyén szemeit lehúnyta, a szemöldök is lehúzódt, de a mint kinyitotta a szemeket, a contrahált frontális lassú remegő mozgással még magasabbra húzta a szemöldök-

¹ Id. m.

² F. Fischer j. Ueber die elektr. Erregbarkeit bei den Rückenmarkserkrankungen der Dementia paralytica. Arch. f. Psych. 1881.

³ Romberg. Lehrb. d. Nervenkrankheiten des Menschen. 1846.

ívet, mint a hol azelőtt állott. Ilyen jelenséget érthetett *Zacher a contracturára való hajlandóság* alatt. Egy új impulsus még más irányt ad a központi ingerületnek, de azután újra visszatér az.

Villamos ingerrel is vizsgáltam a paralytikusok arcizomzatát, ezen vizsgálatok eredményét más helyen fogom közölni, itt csak a contracturákhoz jegyzem meg, hogy a contracturás izom a hypertonia bizonyos fokán kisebb rángást ad, mint az ép vagy paralytikus izom.

*Mendelssohn*¹ említi, hogy hemiplegiánál a hypertonia bizonyos foka alacsonyabb rángási görbével jár, mert a már úgy is összehúzódtott izom csak kisebb határok között mozoghat. A közölt esetben a bal r. mentalis paresise volt jelen s ezen az oldalon villamos ingerlésre sokkal erősebb rángásokat kaptam, mint a jobb oldalon. Lehet a contractura nagyfokú, hogy a legerősebb árammal sem lehet rángást kiváltani.

E contracturák megjelenésükben néha igen változók, míg egyszer igen kifejezettek, másszor teljesen elsimulnak s majd egyik, majd másik izomban jelennek meg ugyanazon egyénnél. Néha csak a szabálytalanul erősen vont redőkön s a finom remegő mozgásokon ismerhetők fel.

Paralytikusok arcizomzatán egyéb mozgási hibákat is találunk, a melyek eddig szintén nem lettek figyelembe véve.

A már említett agyérzés vagy hiányos összevezetés jele az, mikor vizsgálatnál a beteg nem a mondott vagy mutatott, hanem más izmot innervál. (Oly betegeket érte, a kik még jól fogják fel az utasítást.) Például azt mondtam a betegnek, hogy ránczolja össze a szemöldökét, s míg ez tőle telhető erővel húnyta le a szemeket s szorította össze a száját, szemöldöke meg sem mozdult. Különben szabad volt a mozgás, csak a corticalis inger nem találta meg a rendes útját. *Zacher* ír le hasonló esetet, midőn a beteg nyelve egész szabadon mozgott, de felszólításra képtelen volt kiölni.

Az izomérzés s elvezetés hiánya az is, midőn a homlok felhuzatása után az erősen összeránczolva marad még akkor is, midőn percek múltán vele már egészen másról beszélünk.

A szétszórt változások nagyon tanulságos alakja volt az, midőn láttam, hogy a beszéd közben a frontálisnak külső, más-szor belső nyálábja húzódtott össze remegő, lassú mozgással.

Igen érthető a túlfárasztás betegségénél, ha a könnyű kifáradás a részekben is kifejezett. Sokszor láttam villamos vizsgálatnál, hogy 4—5 rángás után a legerősebb inger sem mozgatta az izmot. Sőt láttam egy esetben a r. mentalison, hogy előbb csak a lev. menti húzódtott össze, azután a quadr. lab. infer. kezdett reagálni, s mikor e két izom már nem volt ingerelhető, akkor megmozdult a depressor ang. oris is.

Ilyen tünetény akaratos mozgásnál is előjön, a két frontális mozgattatásra előbb együtt mozgott, azután az egyik mindinkább visszamaradt, végre megszűnt összehúzódni.

A tonus különböző voltát igen szépen mutatja az is, midőn némely esetben szembehunyásnál a pillarezgés egyik szemén gyorsabb, erősebb, a másikon renyhébb, hamarabb megszűnik.

Az izmok beidegzésével, megváltozásával jár a táplálkozás zavara is, azért peripherikus, pl. villamos ingerrel sem kapunk normalis reakciót. 20 esetben eszközöltem villamos felvétel paralytikusok arcizomzatáról s a kóros mozgást minden esetben megtaláltam.

Legkönnyebb alakja a kóros mozgásnak a lassú rángás, midőn rögtön a rángás, erős is, de lassú lefolyása van. Más-kor ezen jelek mellett gyenge is a mozgás. Az akaratos mozgás remegése villamos ingerre is megjelenik. Nehézkes, elhúzódo, az izomnak tömeges mozgását kivétel nélkül minden súlyosabb esetben találtam. Az izomrostok differentiait, összerendezett mozgása eltűnt. Ez azonban nem valódi renyhe rángás, az izom nincsen teljesen elszakítva a központtól, a szöveti elválkozás is egészen más kell hogy legyen. Hogy a rángás jellege centralis elfajulási reakciónál eltérő, azt *Eisenlohr* is

mondja.¹ E kérdés irodalma pár értekezésből áll csak. Paralytikusok villamos viszonyait *Fischer* és *Gerlach*² vizsgálták quantitativ jeleket keresve, néhány ideg s izomra szorítkozva, positiv eredmény nélkül. A rángás minőségét nem vették figyelembe. Általában az irodalomban csak az elfajulási renyhe rángást említik, magam a kóros mozgások sok alakját láttam úgy periph. mint különösen centralis bajoknál. *Mendelssohn*-nál olvastam, hogy par. progr.-nál a rángási görbe elhúzódo, mi a lassú rángásnak felelne meg. Az izmok könnyű kifáradása mellett gyakori tünet azok gyengesége is. Egy rendkívüli kimerültséggel járó esetben láttam, hogy felszólításra az egyén csak megrántotta az izmokat, de kis kitérésű, remegő mozgás után nem volt képes a beidegzést hosszabb időn át is megtartani.

Egy nőbetegünkénél feltűnt, hogy beszéd közben egyáltalán nem mozgatta az arc izmait. A hangképzésnek finom kísérő mozgása az arcizmok részéről s a szemekből elmaradt. Ez a merevség még a nem laikust is megdöbbeníti s ez esetben a hangsúlytalan, elhúzott beszéd mellett fősegítőnk volt abban, hogy az agykimerülést felismerjük. Az ilyen egyén hangszálagával, nyelvvel beszél csak.

A beszédzavarok más alakja complicáltabb eredetű. A nyelv eléri a fogakat, de az ajkak kóros impulsusok hatása alatt elhúzódnak fel- és lefelé, az izomcsoportok együttműködése megszűnt, a mint ennek legtisztább példáját a rectus internusok accom. zavarában már említettem. A hangszálagok hibás működése mellett a pofaizmok is hiányosan, egyenetlenül erősítik a hangot, azért a beszéd susogó, a hangsúly szavak, mondatok végén leesik s kifejezéstelen lesz, a mit cerebra-sztheniánál sohasem találunk.

Ezen észrevételeket akartam közölni e kevés igényű beszámoló keretében. Azt hiszem, hogy a paralysis progressiva diagnostikájában a finom vonások megfigyelésére való utalás eléggé indokolt. Magam kedélybeteg, cerebra-sztheniás férfiaknál az arcizomzat villamos vizsgálatát sem mulasztanám el, mert ilyen módon teljesen objectív tünetek birtokába jutunk, s a rángás minőségében a központ állapotát jól visszaadó jeleket láthatunk.

Meynert, a psychiatria legnagyobb mestere, a betegség-érzet megszűnését tartja azon határnak, hol már a terjedő agysorvadás biztosan jelen van; a midőn ezt feltétlenül elfogadom, hangsúlyoznom kell, hogy a mi csendes bejáró betegünk a kimerülést, fejfájásokat, neuralgiformis fájdalmakat a betegség igen súlyos objectív tünetei mellett is érzi s ezekről folyton panaszkodnak. A betegségérzet eltűnése előtt évekkkel kell már felismernünk az agy általános megbetegedését, ebben a társító rostok szétesését, a localizált folyamatokat. Még akkor is csak a leggondosabb orvosi segítség tudja visszatartani vagy helyrehozni a már megindult agysorvadást. Ezt a korai diagnosist vélem lehetővé tenni, midőn a mimikus ataxiában, az arc apró izmainak mozgási hibáiban a figyelmet ilyen korai objectív tünetekre hívtam fel.

Néhány újabb képző (plastikus) műtétről.

Közli Herczel Manó dr., az üllői-úti kórház rendelő sebésze, heidelbergi egyetemi m.-tanár.

(Vége.)

Utolsó esetemben — egy fiatal kisasszonynál — az orrcsontok, részben az orrporeczok és az egész orrsövény pusztultak el fekélyedő folyamatok következtében. A maradék kis orrcsúcs a hegek vongálása folytán fel- és hátrafelé huzatott, az orrhát teljesen behorpadt, az orrszárnnyak durványosak voltak és az orralaphoz lapultak, szóval az egész egy súlyos alakú tipikus nyeregorr képét mutatta. Az orrhát bőre ezenfelül annyira volt részben ulceratiók, részben előrement több-

¹ *Eisenlohr*. Muskelatrophie u. elektr. Erregbarkeit bei Hirnerden. Neur. Centralblatt 1890.

² *Gerlach*. Ueber Veränderung der norm. galv. Erregbarkeit bei Dementia par. Arch. f. Psych. 1889.

¹ *Mendelssohn*. Ueber die Muskelzuckung bei Erkrankungen des Nerven- u. Muskelsystems. Inaug. D. Dorpat. 1884.

szőrös, eredménytelen beavatkozási kísérletektől hegekkel átjárva, hogy már első pillanatra is alkalmatlannak látszott az orr újjaképzésére.

Nem volt nehéz belátnom, hogy a *részleges rhinoplastica*, az orresúcsnak és orrszárnyaknak felemelése, nagy nehézségekbe fog ütközni. Hisz Dieffenbach is azt mondja, hogy annál nehezebb a rhinoplastica, mennél kisebb részeket kell pótolnia, és hogy a képző sebész ügyességének próbakövének nem a tipikus műtétek, hanem az adott viszonyoknak mennél ügyesebb kihasználása képezi.

Nem vehettem a régi *Dieffenbach-féle methodust*, a régi orrhátbőrnek homlokbőrrel való alápolczozását, ez esetben az előbbinek rossz táplálkozási viszonyai miatt figyelembe; ép oly kevésbé tehát Ollier és Verneuil módszereit sem.

Nem sok eredményt várhattam továbbá az orrnak harántul átmetszése után annak felemelésétől és egy *homloklebeny*nek egyszerű átültetésétől sem, mert be kelle látnom, hogy utóbbi támasz nélkül lévén, csakhamar zsúgorodott és behorpadt volna.

König hasonló esetekben újabban egy $\frac{3}{4}$ cm. széles és 4–5 cm. hosszú, 180°-ra áthajtott függélyes *homloklebeny* átültetését ajánlja, mely lebeny álljon bőr, periost és a csont corticalis rétegéből. A csontos felület kifelé néz, áthidalja az orr leválasztása által támadt hiányt, és egy oldalti alappal bíró második homlokbőr-lebenynyel fedetik be.

En már műtettem egy ízben e módszer szerint, de sehogyszem voltam az elért eredménynel megelégedve. A csontos bőrlebeny áthajtási helyén, a csontos orrhát tövében, tehát ott, hol rendes körülmények között a homlokvonal mélyedni kezd, egy igen rútt, hirtelen emelkedés maradt ugyanis vissza, mely későbbi complicált javításokkal sem volt eltávolítható.

Másodszorban nincs a levésett csontlemeznek a táplálkozása sem eléggé biztosítva, mert egyes *csontszilánkok* igen gyakran nekrotizálnak és hosszantartó genyedéshez vezetnek. Végül nehézségekbe ütközik gyakran az átültetett csontos bőrlebeny befedése a homlok oldali részéből elégséges anyagot nyerni.

En tehát hosszas megfontolás után azt határoztam el, hogy a régi behorpadt orrhát heges dudorait fogom az új orr alápolczolására felhasználni. Harántátmetszés után felemeltem az orresúcsot, a meglevő, behorpadt, heges orrhátbőrt háromszög alakban metszettem be, felpreparáltam az apertura pyrimis széleit, s az így nyert 3 bőrlebenyt befelé és felfelé hajtván, azokat középtűt catgut-fonalakkal egyesítettem akképp, hogy a behajtott és sebes felületeikkel felfelé néző lebenyek egy erősen kiálló vánkost képeztek. E vánkossra egy megfelelő nagyobb homlokbőr-csonthártyalebenyt ültettem át, melyet a defectus széleivel csomós selyemvarratokkal egyesítettem. Az orrszárnyak emelését később végeztem 2 külön műtéttel.

A lebenyeknek kettőzése által lehető szilárd vázat akartam képezni és közben Thiersch eljárása lebegett szemeim előtt, ki teljes orrképzésnél a 2 pofából hasonló behajtási lebenyeket vesz.

Az ide vágó irodalom áttekintésénél bukkantam arra, hogy Mikulicz¹ hasonló esetben szintűgy járt el csak pár évvel ezelőtt.

Még kellemesebben lepődtem meg azonban, midőn Balassa műveinek tanulmányozása közben, lángelméjében ugyane gondolatmenetet fedeztem fel. Sőt mi több, 1862-ben és pedig egy totalis rhinoplastica esetében Balassa János² gyakorlatban is megvalósította e gondolatot, a midőn — mint ő maga mondja — „a vastag és kérges heglebenyeket a réslyuk körül száron hagyva, kellőleg felfejtve, külről befelé felhajtotta, mellfelé néző széleiken néhány varrattal egymásba csatolta, és ekként az új orr duczolására felhasználta“.

Balassa betegének — Szatmári Károlynak — orra félév lefolyása után is megtartotta részarányos, tetőszerű alakját. Az orr, mint maga a lángeszű sebész mondja, a természet műveirez oly közel állt, miszerint azt méltán sikerültnek lehetett nyilvánítni.

¹ Mikulicz. Archiv für klin. Chirurgie. Bd. XXX. Heft I., Centralblatt 1884.

² Balassa. Új műtétmodorok az orrképzés körül (két köreeset). Pest, 1863.

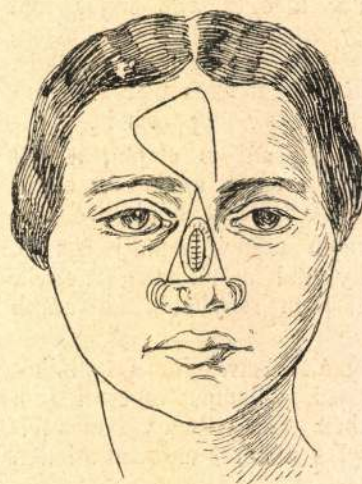
Az én betegem orra sem hagy kívánni valót fenn, dacára hogy már 16 hónap telt el a fűmütét óta. Az orr profilja kitűnő, alakja oly tetszetős és proportionált, hogy hasonló eredményt rhinoplastikával igazán ritkán vagyunk képesek felmutatni.

Ebhez járul, hogy a kemény szápadlás hüvelyknyi vastag defectusát, mely miatt betegnek mindig szápadprothesist kellett hordania, uranoplastikával egy ülésben sikerült elzárnom, még pedig oly szerencsésen és jó sikerrel, hogy nemcsak valamennyi varrat per primam gyógyult, hanem hogy a hegvonalnak ma jóformán még nyomát sem látni.

F. H., 19 éves, gyenge alkatú kisasszony, Budapestről. Gyermekek korában lymphomákban szenvedett. Hereditás ki nem mutatható. Orrbaja felvétel előtt 3 évvel kezdődött erős náthával, majd kis szemölcsök fejlődésével az orrűrben, melyek galvanocauterrel lettek kezelve. Két év előtt kezdett előbb a jobb orrfél felül horpadni, melyet az egész orrhát, majd az orrszárnyak követtek, maguk után húzva és az orrfenekre vongálva le az orresúcsot is. Ugyanekkor a kemény szápadlás áttörése folytán communicatio jött létre az orr és szájrég között. 1890-ben betegem Maydl tanár Bécsben több ízben kísérte meg a rhinoplasticát, a bal karról vett lebeny segítségével, de eredménytelenül, mert a lebenyek necrotizáltak és az ulceráló folyamat az orrháton csakhamar kiújult.

1891. elején a különben ép szervekkel bíró betegnek orrháta az orr tövétől lefelé 5 cm.-nyire teljesen behorpadt, és szögben megy át a mogyorónagyságú és cseresznyepirosan elszínesedett orresúcsba, mely mindkét orrszárny behorpadása és zsúgorodása folytán annál is inkább huzatik le az orrfenekre, minthogy az orrsővény egészen hiányzik. Az orresontok szintén hiányoznak. Az orrhát a régi műteti beavatkozások maradványaképp kérges kemény hegsszövetből áll és közepén egy lencsényi sarjakkal borított és genyedő folytonosság hiány foglalt helyet, mely két $1\frac{1}{2}$ cm. hosszú fistulának a bejáratát képezi. Levegő által az orrűr csak kevésbé átjárható. A szájrég a kemény szápad mellő részén levő hüvelyknyi vastag nyílással közlekedik az orrűrrel, mi beteg beszédének dunyogó jelleget kölcsönöz. E miatt szápadlás-prothesist kénytelen viselni, mely azonban rendkívül zaklatja, minthogy nagyon könnyen okoz exulceratiókat. Mintán az orrfekélyt kikaptuk, paquelinizáltuk és nagy nehezen gyógyulásra birtuk:

11. rajz.



12. rajz.



Műtét 1891. november 13.

1891. november 13-dikán végeztük az orrképzési alpműtet chloroform-morphium narcosisban. A teljesen behorpadt orrhát közepét egyenszögű háromszög alakjában alul $1\frac{1}{2}$ cm.-nyi szélességben és kétoldalt 4 cm.-nyi hosszúságban lefelé divergálva bemetszettük és 3 lebenyt praeparáltunk olyképp, hogy azok közepén összefüggésben maradtak a bőr alatti kötőszövettel. Azután a lebenyeket be- és felfelé hajtottuk, és finom catgut-varratokkal akként egyesítettük, hogy a lebenyek sebes felületei felfelé néztek. Az orresúcs felső segmentumának e horizontális bemetszése által azt előre lehetett tolni és fel lehetett állítani. A visszafordított és összevarrt lebenyek pedig mintegy vánkost képeztek a lehozandó homlok-

bőrlebenynek, és ennek seblapjával kifelé néző sebfelszíneikkel később egybeforrtak.

Az orr képlésére szükséges lebeny előbb papírral kimérve, a jobb homlokéből egy harmaddal nagyobbra szabva, a periosttal együtt vágatik ki, hajtatik le és varratik össze a defectus széleivel. A homlokra támadt hiány felett összehúzott bőr selyemvarratokkal egyesítettik.

A lefolyás teljesen láztalan volt. A varratok a műtét utáni 4–8. napon távolítottak el. A homloklebeny igen jól tapadt az alapjához, csak az orr belsejében a lebenyek visszahajtása folytán támadt epithel-ür producált kevés váladékot, mely a jobb oldalon az orrtör felé tört ki, de csakhamar begyógyult.

A plastika folytatásaként 1892. márczius 3-dikán a bal, majd márczius 15-dikén a jobb orrszárny lettek felemelve, mindkettő akkép, hogy a behorpadás mélyén levő barázdába, ennek lefutását követve, fekvő C alakban bemetszés történt, melylyel az orrszárnyak szabadabbá tétettek. Ezután a belső sebzúgban egy kis darabka resecáltatott, a külső sebzúg 2–3 varrattal összéb vonatott és az orrszárnyak kampóval kihúzá, felegyenesített állapotban a most majdnem függőlegesen álló sebvonalhoz varratlak.

A gyógyulás mindkét esetben per priman következett be, és az orrszárnyak kiemelve, szilárdan állnak.

A homloklebeny lehajtási helyének megfelelőleg az orrtör bal felén egy kis duzzanat volt, melynek eltávolítására 1892. április 21-dikén egy 1 cm. hosszú ovalis bőrlebeny metszetett ki, és a bőrszélek összevarratlak.

Ezzel az orrplastica be lön fejezve, az orrhát jól oda illeszkedve majdnem simán megy át az orrsúcsba, mely kiemelkedve lassanként elveszítette vörös színezetét, halványodott, úgy hogy most alig van más színe mint a homloklebenynek.

1892. szeptember 17-dikén lett beteg végül uranoplastica megéjtve, mit főleg azon körülmény nehezített meg, hogy a communicációs nyílás rendkívül széles, majdnem hüvelykujnyi kerületű és meglehetősen elül volt, hol a nyákhártya nagyon vékonyodott, gyenge.

A nyákhártya széleit eleve nem frissíthettem meg, mert a periost csontheghez volt tapadva. Először két 3 cm.-nyi hossz-metszéssel a nyákhártyában mindkét oldalt a periostig hatoltam, és Trelat-féle raspatoriummal két nyákcsont-hártya-lebenyt készítettem, melyek mellső szegélyeit rendkívül nehézségek között felsebezve, 6 silkworm- és 5 finom catgut-varrattal egyesítém. A mellső sebrésbe steril gazet toltam. Daczára erős utóvérzésnek, a bal sebrésből a varratok per priman intentionem gyógyultak, és a szájpádlás ma is kitünően functionál, úgy hogy minden prothesis a szájbán teljesen felesleges, és a beteg nemcsak kitünően érthetően beszél, hanem orrán át is jól lélegzik.

Észrevételek a diphtheritis lényegéhez és gyógy módjához.¹

Ruber József dr., kórházi orvostól Rozsnyón.

Tisztelt egyesület! Tavaly ugyanezen helyen 3 gyógyult diphtheritis esetről adtam számot, röviden ismertetve az ezekenél követett gyógyeljárást.² Azóta 27 diphtheritis esetet volt alkalmam észlelni, a melyekbe tisztán a helyben észlelt esetek vannak beszámítva, míg a vidéken előfordult esetek az észlelés hiányossága, az előírt kezelés kimenetel bizonytalan volta miatt figyelmen kívül hagyattak. Mielőtt észlelt eseteimet ismertetném, engedjék meg, hogy a diphtheritis lényegére s a kezelésre vonatkozó álláspontom és nézetemet röviden körvonalozzam.

1. A diphtheritis nézetem szerint kezdetben egy helybeli fertőzés által okozott betegség, melynek kórokozó mikroorga-

nismusa, a Klebs-Löffler-féle bacillus behatolási helyén legtöbb esetben a torokképletek, s nevezetesen a mandolákon a szövetek nekrosiséval járó lobját idézi elő. A mikroorganizmusok által termelt mérég — a toxalbumin — a vérkeringésbe jutván, általános betegségi tüneteket, s nevezetesen lázat okoz; a mikroorganizmusok a szomszédos nyirkedények útján a megfelelő nyirkmirigyek lobját eredményezik. A diphtheritikus lob per contiguitatem a torokképletekről leterjed a gégeire is s előáll a larynx diphtheritis, vagy mint sokszor tévesen mondják, a gége másodlagos croupja. Súlyos esetekben a vérkeringés útján áttéti góczokat hoz létre, vagy pedig egyes szervek és szövetek elfajulását okozza.

Már ezen általános jellemzésből kitűnik, hogy az ú. n. gégecroupnak, ha azt a torokképletek diphtheritikus lobja meg nem előzte, a diphtheritishez semmi köze, s az ú. n. elsődleges gégecroup nem egyéb, mint a gége és légcsőnek rostosnyás lobja, s mint ilyen meghűlés vagy légköri befolyások által okozott, tehát nem fertőzési eredetű helybeli megbetegedés.

2. Úgy a szorosabb értelemben vett diphtheritis, mint a pseudodiphtheritis és a follicularis tonsillitis mikroorganizmusok által okozott fertőzési betegségek, s mint ilyenek legtöbb esetben csak fokozati különbségek.

A valódi diphtheritisnél ugyanis a lob által létrejött izzadmány a megtámadott szövetek oly nagyfokú nyomását okozza, hogy ennek folytán a szövetek nem táplálkozhatnak, azok elhalnak. A pseudodiphtheritisnél ellenben a lob vagy csak a felületes rétegekre terjed ki, s így az izzadmány csak a felületen képződve, az onnan könnyen letörölhető; vagy pedig elterjed a lob a megtámadott szövetek egész vastagságára, de csak vizenyős izzadmány fejlődve ki, a szövetek táplálkozhatnak, s így nem esnek szét. Az ú. n. tonsillitis follicularisnál ellenben csak a folliculusokra terjedve ki a lob, az izzadmány csak egyes szálak és pontokban mutatkozik a mandolák felületén.

Míg a bonczani elváltozások ezen hasonlalkú megbetegedés különböző voltát és eredetét látszanak igazolni, addig a betegágnál tett megfigyelés és az alkalmazott gyógyeljárás a közös eredetet és fertőzést bizonyítja. Gyakran van ugyanis alkalmunk megfigyelni a betegágnál, hogy egy látszólag köryű pseudodiphtheritis vagy follic. tonsillitis után egy mák tagja a családnak súlyos, esetleg halálosan végződő diphtheritisbe esik. Az sem épen ritkaság, hogy egy látszólag tonsillitis follic. vagy pseudodiphtheritis pár nap múlva mint súlyos diphtheritis áll előttünk. Látunk továbbá eseteket, hogy egy kezdetben fel nem vett tonsillitis follicularis után később halálos kimenetelű larynx diphtheritis lép fel. Csak melleleg említem fel, hogy vannak jóindulatú járványok, a hol leginkább tonsillitis follicularisokat észleltünk, de ezek mellett egy-két halálos kimenetelű diphtheritis is észlelhető. Az alkalmazott therapia is mindhárom alakú megbetegedésnél a fertőzést igazolja, nekem legalább többször feltűnt, hogy a tonsillitis follicularis egyszerű lobellenes vagy indifferens kezeléssel mellett hosszabb időn át nem javult, míg pár esetelés bactericid oldattal úgy a subjectiv fájdalmakat, mint a helybeli lobos tüneteket pár nap alatt megszüntette.

Hogy egyik esetben valódi diphtheritis, más esetben pseudodiphtheritis vagy follic. tonsillitis fejlődik ki, az talán a megtámadott egyén nagyobb vagy kisebb ellentállási képességében vagy a felvett mérég nagyobb vagy kisebb mennyiségében és virulentiájában találja magyarázatát.

Vajjon minden esetben a Klebs-Löffler féle bacillusok-e a betegség-előidézői, avagy más gombafajok is s nevezetesen a streptococcusok is szerepelnek mint kóroktani tényezők s végül az utóbbiak s a Klebs-Löffler féle bacillusok nem-e különböző fejlődési stadiumai egy s ugyanazon gombafajnak, az még nézetem szerint el nem döntött kérdése a bacteriologiának.

3. A diphtheritis s ennek alfajai a pseudodiphtheritis és follic. tonsillitis fertőzésből eredő megbetegedések levén, nem képzelek sikeres gyógykezelést, mely nem bactericid volna. Megengedem, hogy egyes könnyebb megbetegedések a megtámadott egyén nagyobb ellentállási képessége vagy a mérég gyengébb volta miatt önmaguktól, vagy indifferens kezelés

¹ Felolvastatott a gümörmegyei orvos-gyógyszerész-egylet üszi közgyűlésén 1892. szeptember 26-dikán.

² Bókai tanár első közleményének megjelenése előtt, a melyben a ferrum sesquichloratum oldatával kezelt diphtheritis eseteiről ad számot az Orvosi Hetilapban, egy igen súlyos diphtheritis esetében, a melynél a carbol-oldattal ecsetelések daczára a szövetroncsolás az összes torokképletekre kiterjedt s rekedt köhögés a gége-diphtheritis kifejlődését jelezte, kíséreltem meg a ferrum sesquichloratumot.

mellett is meggyógyulnak; elég példát nyújtanak erre a többi fertőző kórok. Súlyos esetek azonban erélyes és körültekintő kezelésre szorulnak.

4. A diphtheritis kezdetben helyi megbetegedés levén, csakis helybeli kezeléssel gyógyítható sikeresen. Más kérdés már, hogy melyik a sok bactericid szer közül az, a melylyel a legtöbb eredményt lehet elérni. Nem szándékom a sok, majdnem százra menő szert felsorolni. Csak melleleg említem meg, hogy a sokak által ajánlott higany-készítményeket nem tartom a diphtheritis sikeres gyógyszereinek. Feltéve, hogy megölik is a diphtheritis mikrobáit, a szervezet ellentállási képességét csökkentik, a megtámadott szövetek regenerálási képességét leszállítják, illetve késleltetik. Belsőleg adva pedig épen erősen mérgező voltuk miatt oly kis mennyiségben nyújthatók, hogy a mikrobák további fejlődését és szaporodását nem képesek megakadályozni. Az elsődleges gégecroupnál ellenben, melyet én nem fertőzésből eredőnek, hanem a legtöbb esetben meghűlési betegségnak tartok, a higanykészítményeknek s nevezetesen a higanykenőcsnek az izzadmány megfolyósítása következtében magam is nagy sikerét láttam.

Azt hiszem, hogy a diphtheritis ellen ajánlott szerek közül sok dicsért szernak megvan a kellő hatása, ha azok következetesen alkalmaztatnak, részéről azonban a sok bactericid szer közül kettőnek adok elsőbbséget: a ferrum sesquichloratum 10%-os oldatával s a töményebb carbol-oldattal való ecseteléseknek.

Már említettem, hogy a diphtheritis kezdetben helyi megbetegedés levén, az helyileg is kezelendő; ezen álláspontomból kifolyólag az általános vagy belső kezeléstől nem sok sikert várok. Mert vagy oly nagy mennyiségben kellene adni a bactericid szert a betegnek, hogy az a szervezetre mérgező hatású lenne, vagy hogy helybelileg hatását kifejtse oly tömény oldatban, hogy a bactericid szerek némelyike a gyomor és belek lobját okozná.

A mi már most a helybeli kezelést illeti, az utóbbi időben tömény carbol-oldatot kivételesen csak felnőtteknél használok, gyermekeknél ellenben — eltekintve attól, hogy sok esetben sikertelen — elhagytam kettős okból. Az egyik ok, hogy igen kis gyermekeknél annyi carbolt kellene felhasználni, a mely a gyermeki szervezetre esetleg mérgező hatású lehet; a másik és főök az, hogy töményebb carbol-oldatok a torokban erős égető érzést okoznak s e miatt a gyermekek sok esetben nagy ellentállást fejtenek ki az ecsetelések megakadályozására.

A helybeli kezelés különböző neveit tekintve, nem sok eredményt várok az öblítésektől. Eltekintve attól, hogy a legtöbb gyermek épen kis koránál fogva nem is tud öblögetni, az öblítő szer a legtöbb esetben nem is jut a garatba és mandolákba, legfeljebb a kemény szájpadoz érinti, a mennyiben a nyelvgyök felemelkedve a szájpadozhoz illeszkedik s így elzárja a torokképletekbe való utat. Sikeres öblítés csak abban az esetben eszközölhető, ha a nyelv erősen előre nyújtatik, ezt azonban kis gyermekeknél betanítani alig lehetséges. Másrészt öblítésre épen a lenyelés veszélye miatt oly gyenge oldatokat használunk, melyeknek bacterium-ölő képessége igen kétes. Ugyanezen okból a fecskendésektől sem várok eredményt. A fecskendésre is a lenyelés veszélye miatt gyenge oldatokat kell alkalmaznunk s kisebb gyermekeknél a fecskendés is oly körülményes s talán még fárasztóbb az orvosra mint az ecsetelés. Úgy az öblítés mint a fecskendezés nem képes letörölni illetve eltávolítani az álhártyákat, s így az öblítő, illetve fecskendező szer nem képes a megbetegedett felületekre hatását kellően kifejteni. Az ecseteléseknek ellenben azon előnyük van még, hogy előzetesen általuk letörülve az álhártyákat és elhalt szövetrészeket, a bactericid oldat a megbetegedett felülettel szoros érintkezésbe hozatik s abba némileg benyomatik. Másrészt az ecsetelésekhez épen azért, mert csak a megbetegedett felülettel hozatik érintkezésbe, töményebb s így hatásosabb oldatokat lehet alkalmazni s épen ez által egy nagy előny éretik el, nem kell ugyanis a kis beteget folyton háborgatni, a mi nem épen közömbös a gyógyulásra. Az által, hogy a bactericid szer az ecsetelések-

nél a megbetegedett szövetbe mintegy benyomatik, az tovább marad ott, s így helybeli hatását jobban kifejtheti.

Sokszor említették hátrányául az ecseteléseknek, hogy azok a megbetegedett képleteket megsértik s így a mikrobáknak, illetve a toxinoknak a vérkeringésbe való felvételét elősegítik, másrészt újabb szövetrészeket inficiáltnak. Én, a ki eseteimet mind ecsetelésekkel kezelem, az ellenkezőről vagyok meggyőződve; a kisebb sérülések pedig, melyek makranczos gyermekeknél el nem kerülhetők, semmi veszéllyel nem járnak. Kellő gyakorisággal a sérülések a legtöbb esetben ki kerülhetők.

Ezen általános megjegyzések után legyen szabad kezelésemet főbb vonásokban megismertetni. A betegség kezdetén a nyakra jeges borogatásokat tétetek, melyeket később a láz megszűnte és a lobos tünetek alábbhagyása után megmelegedő Priessnitz-borogatásokkal eserélek fel. Belsőleg a gyermek kora szerint napjában 10—20 csepp vashalvagot adok oldatban. Erre különben nem nagy súlyt helyezek, a mennyiben azon eseteim is meggyógyultak, melyeknél belsőleg vashalvagot nem adtam. Az ecsetelésekre, mint már említettem, gyermekeknél 10% glycerines vashalvag-oldatot használok; glycerint azért használok vivőszertül, mert az jobban ragad mint a vizes oldat. A vashalvaggal ecseteléseket megelőzőleg vattagomolyba áztatott mézszívvel a beteg felületeket 2—3-szor egymás után letörölöm. Az ecseteléseket naponta legalább kétszer, ha lehet háromszor magam végzem. Súlyos esetekben közben még 1—2-szer a hozzátartozók által, a kiket erre betanítok. Ha a gyermek képes öblíteni, úgy óránként legalább egyszer hígított mézszívvel öblítettem a torkot. Kis gyermekeknél az öblítést meg sem kísérem. Az öblítéseknél sokkal sikeresebb s így célravezetőbbnek tartom a mézszívvel belégzéseket, melyek már a torokba jutott vízpáránál fogva is az álhártyákra oldólag hatnak. A belégzések még kisebb gyermekeknél is alkalmazhatók s ezek ellen nem is ellenkeznek.

Ezen kezelés mellett a helyi folyamat könnyebb esetekben már a kezelés 2—3-dik napján, súlyos esetekben a 4—5-dik napon megállapodik; az álhártyák megvékonyulnak, könnyebben letörülhetők, az üszkös részek ellökődnek s a kezelés 6—10-dik napjain a torokképletek egészen tisztáknak találhatók.

Befejezésképen engedjék meg eseteimet csoportosítva felsorolni. Ez évben kezelésem alatt volt 21 torok, 3 másodlagos gégediphtheritis s 3 scarlatdiphtheritis = 27.

Ezek között volt kor szerint két éven alul 2; 2—5 évig 7 eset; 5—12 évig 10 eset; 12—15 évig 3, azon felül 5 eset. Súlyosság szerint könnyű volt, a hol az álhártyák letörülhetők voltak 4; súlyos, a hol az álhártyák nem voltak egészen letörülhetők 23.

Csupán a mandolákon volt 9; a mandolák és garatívekre is kiterjedve 15, a gégére is leterjedve 3.

Gyógyult 3 scarlatdiphtheritis, 21 torok- és 2 gégediphtheritis, és pedig 3 nap alatt 4, nyolcz nap alatt 13, nyolcz napon túl 9 = 26. Meghalt 1 gégediphtheritis. Ez utóbbi a betegség 8-dik napján kiterült észlelésem alá s 24 órán belül halt el s mint ilyen, eltekintve hogy az ecsetelések sikerétől már a priori le kellett mondanom, nem is tekinthető gyógykezeltnek. Gyógyult e szerint eseteimnek 96, illetve 100%-a.

Csupán vashalvaggal lett kezelve 23, carbolsavval négy; ez utóbbiak közül kettő, a mely carbolecsetelésekre nem javult, később szintén vashalvaggal lett kezelve.

Ezen azt hiszem kedvező statistika ellen fel lehet hozni, hogy eseteim nagyobb része talán könnyű volt, a mit támogat az azon tény, hogy városunkban nagyobb kiterjedésű járvány nem is uralkodott. Ez ellen egyszerűen megemlítendőnek tartom, hogy dacára annak, miszerint járványos kiterjedésről szólni nem lehet, tudomásom szerint egy év alatt 4800 lélek közül mégis 10—15-en haltak el diphtheritisben. Hogy eseteim nagyobb része súlyos volt, arra bizonyítékot képez az azon tény is, hogy gyógyult eseteimből kettő pár hó múlva következményes bántalmakban halt el (egy 4½ éves gyermek két hó múlva gerinczagi elfajulás által okozott általános

hűdésben; egy 3 éves gyermek hat hét múlva áttéti májtályog és hashártyalobban). A halálos kimeneteli gégediphtheritis eset is azt látszik bizonyítani, hogy a többiekénél a kedvező kimenetel nagy részben a kezelés eredménye volt. Két hó előtt ugyanis Rozsnyón egy kis kiterjedésű helyi járvány volt a csúcsomai uteza felső részében. Megbetegedett itt 4 közel szomszédos házban 8 egyén és pedig egy családban 3 gyermek egymás után, utolsónak az anya könnyű diphtheritisben; egy közeli házban egy udvaron két családnál két gyermek egyszerre; egy szemközti házban majdnem egyidejűleg a gégediphtheritises gyermek. Ez utóbbinál azonban az orvosi segély csak akkor vétetett igénybe, a midőn már croupos köhögés és fűrészelő nehézlégzés és nagyfokú cyanosis tették figyelmessé az anyát a betegség súlyos voltára.

Bár az itt közölt statistika azon oknál fogva, mert nem nagy számú esetekre támaszkodik, nem is absolut becsű, abból mégis reményt meríthetni, hogy erélyes és körültekintő kezeléssel a torok-diphtheritisek legnagyobb része meggyógyítható, s ha O'Dwyer genialis találmánya, a tubage, a gyakorló orvosok közkincsévé válik, a gége-diphtheritisek nagy része is megmenthető lesz.

Jegyzet. Jelen dolgozatnak az orvos-gyógyszerész együletben való felolvasása után öt hó alatt észleltem 16 idiopathikus és 5 scharlach-diphtheritist = 21. Ezek között volt torokdiphtheritis 17, másodlagos gégediphtheritis 4, könnyű 4, súlyos 17. Gyógyult 17 torok- és 2 gégediphtheritis, meghalt 2 gégediphtheritis. Ez utóbbiaknál a hiányos ápolás és rossz hygienikus viszonyoknak jelentékeny részt kell tudnom a halálos kimenetel előidézésében.

Rozsnyó, 1892. szeptember hó 26-dikán.

Válasz Rigler G. dr. úrnak „Megjegyzéseire“.

Kóssa Gyula dr.-tól.

Teljesen objectiv észrevételeim felett, melyeket Rigler dr. úrnak ammoniakos közleményére tettem, ő epikritikát gyakorol. Hogy vaskosabbá tegye, személyes éli vonatkozásokat is kever bele, melyeket egyszerűen visszautasítok. Csak sajnálni tudom, hogy R. úr, dacára hygienikus voltának, nem örül azon, hogy egy par excellence hygienikus érdekű kérdésben, melynek basisát épen az ő dolgozata adta meg, valaki *kifogástalan objectiv* hangú vitát indít meg.

Megjegyzéseim első részével szemben R. úrnak összes mendeke az, hogy én ammoniakos folyadékról, ő pedig gázalakú ammoniakról beszélt. E helyütt nem terjeszkedhetem ki arra, hogy a folyadékban elnyelt NH_3 -nak tényleg erőteljesebb desinfiiciensnek kell lennie mint a gáznak; e mellett szól R. úr első dolgozatának az a mondata is, hogy az NH_3 gázt „főleg nyirkos lakások és ruhaneműek desinfiálásánál lehetne sikerrel igénybe venni“, tehát épen olyan esetekben, mikor az NH_3 nem mint gáz, hanem a nyirkos felületek által elnyelve, mint ammonium-hydroxid hathat. R. úr kísérleteiben is tulajdonképp nem NH_3 gáz, hanem a folyadékban elnyelt ammoniak szerepelt, mert „cholera fonalai“ nedvesek (bouillonba áztatottak) voltak! Hogy pedig az ammonium-hydroxidnak tényleg nagyon gyenge a desinfiiciens hatása, arra nézve a már citált öt szerzőn kívül még R. úr figyelmébe ajánlom Behringet, kinek ide vágó megjegyzését térszűke miatt csak németben közlöm: „...Vor Allem aber hat sich die wichtige Thatsache ergeben, dass der Alkaleszenzgrad durch NH_3 (der zu desinfiirenden Flüssigkeiten) um das Drei- bis Fünffache höher sein kann, ehe eine Desinfection eintritt, als wenn die Alkalinität durch Natronlauge, Kalilauge oder durch kohlensaure Alkalien bedingt wird.“ Boer dolgozatából ugyanez tűnik ki; az ő egyik táblázatán közölt tizenhárom desinfiiciens közt az NH_3 az utolsólotti helyet foglalja el. Sajnálom különben, de magának az NH_3 gáznak a desinfiiciens hatása is már vagy harmincz esztendőnek előtte tanulmányozva lett, nevezetesen Richardson által, kinek tetszetős eredményeit azonban később mások korrigálták. Én különben ismétlem, egyáltalán nem akarok kételkedni R. úr eredményeiben; sőt már kezdem hinni, hogy egykoron az árnyékszékek és istállók, a gázalakú ammoniaknak termőtelepei, valóságos sanatoriumokká fognak avançoizni a fertőző bajok ellen.

A többire nézve keveset kell mondanom; R. úr ma sem sokat tart az NH_3 mérgező hatása felől: hiszen sem ő, sem a „két laikus“ nem esett asphyxiába kísérletei közben! „Egyszerű pár órai“ szellőzést ajánl, de ekkor sem a mérgekedveért, hanem „hogy a szagot elhajtja“! Csakis így eshetett meg, hogy R. úr mint hygienikus le tudta írni, sőt duplán alá is húzni azt a mondást, hogy „az ammoniák az emberi szervezetre ártatlan“. Ez az állítás elég kényelmetlen lehet R. dr. úrra; de én nem tehetek róla; magára hagyom R. urat, hogy elmerengjen annak a kétezer éves igazságnak kesertiségén: Nescit vox missa reverti....

Észrevételek Neuman M. J. dr. „A hangszalagok mozgásáról“ stb. című cikkére.

Ónodi A. dr.-tól, az orr-, torok- és gégebajok egyetemi m.-tanára.

N. cikkére teljesen felesleges volna reflectálnom, miután vizsgálataim folytán cikke reám nézve *tárgytalan*. Észleltem¹ helyességét megerősíti; azonban következtetésem nem fogadja el, mely abban állott, hogy a m. cricothyreoideus közelítő működésének tudtam be a hangszalagnak a középvonalhoz való közeledését a vagus és a recurrens átmetszése után. A kérdés tehát, a mi vita tárgyát képezheti az, vajjon képes-e a m. cricothyreoideus a hangszalagot a középvonalhoz közelíteni és összehúzódása alatt helyzetében megtartani. N. dr. ide vonatkozó fejtegetéseit *hibásaknak* és *téveseknek* kell kijelentenem, mert a m. cricothyreoideus a hangszalag közelítését épen „anatomiai viszonyok és physikai törvények“ szerint képes eszközölni. E kérdést illető vizsgálataimat Klug Nándor egyetemi tanár úr intézetében már befejeztem, az említettem tényt, a közelítés mechanizmusának minden mozzanatát, kísérletileg demonstráltam az áprilisi élettani értekezleten, hol tízszer ismétlem a kísérletet és arról a jelen voltak mindenike meggyőződést szerzett magának.

Ez eredmények Párisban a francia gégegyógyászok májusban tartott nagygyűlésén Moure tanár által lettek bemutatva és most egy nagy munkálatom keretében a „Berliner klinische Wochenschrift“ legközelebbi számaiban fognak napvilágot látni. E munkálatom részletesen foglalkozik a kérdéssel, részleteiben tárgyalja a kísérleteket és elért eredményeket. Végül azon helyzetben lehetek, hogy a római congressuson, mint a gégegyógyászati szakosztály egyik referense, a kitűzött kérdés keretében ezen tényt a külföldi szakembereknek is kísérletileg demonstrálhassam. Ennyit tartottam szükségesnek munkálatom megjelenéséig megjegyezni.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Erdélyi muzeum-egylet.

(Orvos-természettudományi szakosztály orvosi szakülése 1893. május hó 12-dikén.)

Előadást tartottak:

1. Szabó Dénes dr. „Gátképlés esetét“ mutatja be mütét utáni állapotban, bemutatva fényképben a mütét előtti állapotot is. A gát teljes hiánya mellett a két ajak közel két ujjnyira áll egymástól, az alapon a sphincter ani ép egy ujjnyi széles hártyszerű hidat képez, mögötte hüvelykujj kerületű fistula recto vaginalis, melyet éles heg környez, különösen kemény s kétoldalt a csontokra húzódik a hegcsövet a sipoly hátsó szélénél. Minthogy kellő szövet a sipoly zárására és a gát képlésére nem állott rendelkezésre, lebenyes mütétre határozta el magát a bemutató, a septum recto vaginale kettéválasztásával, ekkor a hatalmas hegcsövet leválasztása a csontról kétoldalt a végbél falát mozgékonyabbá tette, a lebeny szélei kétoldalt a farpofák belső felületét érték. Elsülyesztett catgut-szűcsvarrattal a végbélfal nyílása záratott el, majd hasonló módon a hüvely heges lebenyének nyílása, azután a gát felől vezetett húzalvarratokkal a két oldalnak sebfelülete egyesített. A mütét utáni 4. napon mutatkozó hőemelkedés okául a

¹ Megjelent az Akadémia értesítőjében és a „Monatschrift für Ohrenheilkunde sowie Kehlkopf-, Nasen- und Rachenkrankheiten“ című folyóiratban 1892.

vékony heges hüvelylebeny elhalása volt kideríthető, azért a necrotikus csafatok eltávolítása és erőyes desinfectio után a sebfelület újból egyesített. A bemutatott nőnél 4—5 cm. magas, egy ujjnyi vastag gát látható, mely mögött a hüvely hátsó falán a volt fistula hátsó szélének megfelelő erős lécz érezhető, ez előtt kis harántrés tapintható, ennek mélyében sondafej vastagságú nyílás még a végbélbe vezet, melyen keresztül híg székelésnél kevés bél-sár jut a hüvelybe. Reményelhető, hogy a granulatiók által ez a kis nyílás is elzáródik, ha ez nem következne be, úgy ezen kis nyílás elzárását is megkísérlelni bemutatón. Ugyanezen nőnél Brandt tanár sikerrel végzett hüvely-húgyesősipoly miatt műtétet, vizeletcsurgás azonban a sphincter hiányos működése miatt még fennáll, bemutatón az állandóan összehúzódott hólyag ürképességének fokozatos tágitás által való emelését s ez által a vizeletcsurgásnak megszüntetését reményli.

2. Hőucz Kálmán dr., sebészeti tanársegéd bemutat egy beteget, kinél egy rákos fekély az egész orrot és a jobb pofa egy részét destruálta volt. A képlet ezenkívül a jobb felső állcsontra és az orriregre is terjedett volt át. E daganat kiirtásánál el kellett a felső állcsont orrnyúlványát, orresontokat, choanakat és a felső állcsont mellső részét is távolítani.

Az ily módon keletkezett nagy anyagihiány egy a homlok-bőrből vett lebenynyel fedetett be, mely alkalommal magától a homlokcsontból is vétettek részletek. Az áttűtetett lebeny per primam oda forrott, a lebenyben elhelyezett csontrészek megmaradtak.

3. Mégay Gyula dr., tanársegéd: „Carcinosis acuta esete, többszörös rákemboliákkal“ kórboneztani készítmények bemutatásával (előadása egészen közölni fog).

4. Papp Gábor dr., műtő: „Myxosarcoma mammae cysticum“ operált esetét mutatja be fényképen, górcső alatt és élőben.

Sz. I., 44 éves nő. A daganat a jobb emlőben két év óta áll fenn, kerülete 70 cm., hossza 18 cm., súlya 3.5 kgm. A rendkívül nagyszámú, kitágult és sűrű hálózatos képező visszerek, illetve az igen bő és csaknem legyőzhetetlen vérzés miatt, mely már az első rövid metszés után fellépett: a daganatról a bőrt a bőr alatti kötőszövet nélkül kellett lefejtetni, a mi előbbinek megfeszítése mellett lapos nagy metszésekkel gyorsan és vérzés nélkül sikerült. A visszerek az újképletben maradtak. A daganatot a mellkasfallal összekötő kocsány megint egy igen ügyes technikai fogás tárgya volt: eszköz, ujj segítségével 10—12 kötegbe szedett, s edény-csípőbe fogva, részletekben csonkított és körülkötött. Három lebenyben maradt vissza bőr, s igen érdekes, hogy habár legnagyobb részben csupán hámból és írhából állott, csak szélei haltak el, többi része pedig az alaphoz forrt. A még fenmaradt sebfelületet új hám vont be s jelenleg a beteg gyógyult.

5. Ugyan „Urethrotomia externá“ról írt dolgozatát mutatja be. A történelmi részben ismerteti a XVI. század olasz sebészeinek, továbbá Colot, Tolet, Palfyn, Petit, Schuh, Syme stb.-nek működését e téren. A javallatokat abszolút átjárhatlanságban, a relativ átjárhatlanság bizonyos eseteiben (heveny lobos duzzanat esetén ideiglenes út készítésére punctio a symphysis felett), beszűréssel, tályoggal, fistulával szövődött esetekben, súlyos hólyag- és vesetünetekben találja, meghúzáva a határokat a tágitás, belső metszés, punctio felé. Az utókezelés kapcsán az állandó catheternek egy eddig nem méltatott hátrányát emeli ki, mely abban áll, hogy vizelet kibocsátása után a benne maradt folyadék visszavárog a hólyagba, s innen a csakhamar beálló sphincter-hűdés folytán a húgyesőbe, vagy ha az eszköz az orificium internumból ki van húzva, a catheterből egyenesen a húgyesőbe, s így a sebhez jut, meghusztva az állandó catheter alkalmazásának egyik hasznát. Ezen úgy vél segíthetni, hogy ha kivihető volna: a catheter fala belől is egészen simára készíttessék, a vizelet kibocsátása után beléje tölt sondával tétessék vizelettől üressé, azután huzassék vissza a belső húgyesőnyílásból. Így volna állandó catheterünk sphincter-hűdés nélkül, s vizelet nem jutna a sebhez. A catheter bevezetéséről szólva, felhossa, hogy a kolozsvári klinikán Brandt tanárnak és segédeknek oly esetekben, midőn az orificium externum felől cathetert a hólyagba vinni nem lehetett, ruganyos angol húgy-esapót is sikerült a gátseben át a hólyagba, s ide mélyen betolva és meleg víz vagy a kéz melege által hajlékonytávé téve, ugyan csak a gát sebében át mellső végét a húgyeső elülső részébe tolni, mivel azonban ez eljárás mellett mind az eszköz megtörik, mind a

seb zúzatik, a tanár újabban a sebbe vezetett mutatóujjal tolja be apránként a cathetert a hólyagba. Angol, francia, német és magyar irodalomból 1719 külső húgyesőmetszést állított össze, melyek közül 162-t halál követett; ez 9.4%-nak felel meg. Sokkal nagyobb a szám, mint a belső metszés halálozási százaléka (2%). Tekintetbe kell azonban venni, hogy külső metszésre szánt esetek általában sokkal is súlyosabbak.

Kolozsvárt, 1893. június hó.

Benel dr.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Die augenärztlichen Operationen von Dr. Wilhelm Czermak. I. Heft. Mit 76 Original-Holzschnitten. Wien, Carl Gerold's Sohn. 1893. — 64 lap, ára 1 frt.

Nemsokára 20 éve lesz, hogy a szemoperálások nagy mestere: Arlt, megírta a Graefe-Saemisch-féle gyűjtőmunkában műtéttanát. Az újkor szemorvosai egészen mostanig ezt tekintik classikus forrásnak. És méltán. Wecker¹ műtétana újabb keletű ugyan, de épen úgy, mint Meyernek² még előbb megjelent műve meg sem közelíti azt az exactságot, mely annyira jellemzi Arlt ezt a munkáját is.

Az utolsó két évtized alatt azonban hasonlóan a sebészethez, a szemoperálások tana is lényegesen átalakult. Az asepsis és anaesthesia nemcsak a műtétek sikerét javította meg igen nagy mértékben, hanem a technikát s utókezelést is egészen megváltoztatta. A legutóbbi években megjelent tankönyvek szerzői érezték is egy a kor viszonyaihoz átalakított műtéttan szükségét s úgy segítettek a hiányn, hogy az operálásokat külön tárgyalták (Michel, Fuchs), de természetesen a tankönyv keretében csak röviden foglalkozhattak az egyes műtétekkel. Az 1886-ban Masselou által kiadott Précis d'ophthalmologie chirurgicale alig tartalmaz többet, mint az ilyen függelékek. Magyar nyelven rövid idő alatt két műtétan jelent meg (Hoor Károly, Kocsis Elemér), melyek a gyakorló orvos s a szigorlatra készülő orvostanhallgatók igényeit teljesen kielégítik s örvendetes jelei szemészeti irodalmunk haladásának.

Sokkal nagyobb terjedelműnek s kimerítőbbnek ígérkezik az utóbb említetteknek Czermak könyve, melynek 1. füzeté csak az imént hagyta el a sajtót. Eddig mindössze az általános rész egy töredéke jelent meg, mely az eszközökről szól kimerítően s az asepsist kezdi tárgyalni. Az eszközöknek ilyen részletes s rendszeres leírását eddig nélkülöztük s már ez is becsessé teszi a megjelent füzetet, de nagyban emeli értékét azon 76 eredeti rajz, mely teljes nngyságban, művészi kivitelben be is mutatja a használható alakokat. (Schulek tanár hályogoperálásához készült eszközeit még nem tartalmazza.) Dicséretes, hogy az egyszerű eszközöket helyezi előtérbe, mint olyanokat, melyek használhatóság tekintetében, de meg azért is, mert biztosabban tarthatók tisztán, sokban felülmúlják a complicált szerkezetűeket. A tökéleteség kedvéért azonban a többieket is megemlíti az apró nyomtatású szövegben. Az eszközök leírása után az asepsis tárgyalása kezdődik, de még nem nyer az első füzetben befejezést. Erről tehát később. Ezúttal csak azon sajnálatos tényre akarok reá utalni, hogy Czermak is, mint annyian, megfedkeznek Semmelweisről, ki sok évvel megelőzte Listert. Ugy lehet, nemsokára az angolok fogják Semmelweis prioritását elismerni s akkor talán szomszédaink, de mi magunk is jobban megemlékezünk róla.

Az egész füzet magán viseli a bécsi iskola jellegét, hiszen Czermak Fuchsnak, Arlt tanítványának s hivatott utódjának volt hosszú évekig segédje. Bizalommal nézhetünk tehát a mű megjelenése elé s mint az eddig kiadott részből is látszik, egy kimerítő, az aseptikus kor követelményeinek megfelelő műtétant fogunk nyerni, melynek a gyakorló orvosok s a specialisták egyaránt jó hasznát fogják vehetni.

G. E.

¹ Chirurgie oculaire. Paris, 1879.

² Traité des opérations, qui se pratiquent sur l'oeil 1871.

II. Lapszemle.

Gyógyszertan. Belgyógyászat.

Standke jóízű halmájolajat állított elő akként, hogy közönséges halmájolajat alkalmas eljárással a levegő kizárása mellett frissen izzított és szétdarabolt szénnel hosszabb időre hozott össze. Különösen, ha ezen eljárást többször ismételte, a halmájolaj kellemetlen ízének és szagának még nyomát is elvesztette. Az íz még javítható kevés saccharinnal és a ceyloni fahéjolaj aldehyd-jének hozzáadására. Gobier és Eisenschitz máris e készítménynek sikeres alkalmazásáról tudósítanak. Föllner és Bergmann czég Brémában „Ol. jecoris aselli aromat. Standke“ név alatt hozza a kereskedésbe. (Deutsche med. Woch. 1892. 41. — Ref. Jahrbuch f. Kinderheilkunde. XXXV. 3.)

W—dt.

Pancreas-kő okozta diabetes két esetét írja le Freyhan. Az egyik eset 35 éves férfiúra vonatkozik, a ki Fürbringer tanár osztályára felvételekor hat hónap óta tartó betegségről panaszkodott, a melyet meghülésnek tulajdonított. Iszákosság vagy syphilis kizárhatók, öröklési praedispositio nem áll fenn. A betegség mellkasi fájdalommal, köhögéssel kezdődött; beteg nagyon megfogyott, növekedő gyengeséget említ. Csak 14 nappal a kórházba felvétele előtt vett észre némi vizeleti rendellenességet, a mennyiben gyakrabban volt kénytelen vizelni. Fokozott szomj vagy éhség nem volt voltak jelen. Vizsgálatkor mindkét tüdőcsúcsot megtámadottnak találták; a köpetben gümöbacillusok mutathatók ki. A vizelet napi mennyisége körülbelül két liter, 3% cukrot tartalmaz. Öt hét múlva a beteg meghalt; boncoláskor tüdőgümőkórón kívül a pancreasban találtak nagymérvű elváltozásokat. A pancreas sorvad, zsírszövet által van helyettesítve; még mikroskoppal sem található benne parenchymának nyoma. A ductus pancreaticus erősen tágult, helyenként kitüremkedésekkel bírva, varicosus külemű, benne sok kisebb-nagyobb concrementum, melyek málnaszíriűek, szétmállók, lágyak, fehérszürkés színűek és főleg szénsavas mészből állanak; phosphorsavas földsök nem mutathatók ki bennük. A másik esetben már körülbelül négy év óta állott fenn a betegség, mely nagyon határozatlan tünetekkel kezdődött, gyengeség és fájdalmak a végtagokban voltak a legkimagaslóbb tünetek. Később a szomj és éhség fokozódott, a vizelet mennyisége szaporodott. A kórházba jutáskor a bal tüdőcsúcs bántalmazottsága volt kimutatható; a vizelet napi mennyisége körülbelül két liter, fajsúlya 1050, 8% cukrot és fehérnyenyomokat tartalmazott. A kórházban tartózkodása alatt rohamosan fejlődött a jobb tüdőcsúcs infiltrációja, az általános állapot mind rosszabbodott és oedemák jelentek meg. E közben feltűnő változáson ment át a vizelet, a mennyiben mennyisége fokozatosan csökkent, a fehérnye megszorodott, a cukor pedig annyira megkevesbedett, hogy csupán nyomai voltak még kimutathatók. Boncoláskor a tüdőbajon kívül a veséket és lépét megnagyobbodottnak, amyloid elfajulásban levőnek találták. A pancreas csaknem teljesen zsír és fibrosus szövet helyettesítette; csupán a mirigy fejében volt található elszórtan néhány normalis lobulus. A mirigy farkába egy szilvanagyságú kő volt beágyazva; a ductus pancreaticus tágult, detritussal kitöltött és a fej felé vak zsákban végződött. A kő mállékony, közepén kemény mag, körülötte puha állomány, mely főleg cholestearinból állott, míg a mag szénsavas mészből. E két eset tehát megfelel a Minkowski által kísérletileg megállapított azon követelménynek, mely szerint pancreas-bántalom következtében csak akkor lép fel glycosuria, ha az egész mirigy eltávolítottatik vagy tönkremegy, a mint ez a leírt két esetben is megvolt. (Berliner klinische Wochenschrift, 1893. 6. szám.)

Sebészet.

Struma tuberculosa ritka esetét írja le Bruns P. A pajzsmirigy tuberculosisának nagy struma alakjában való megjelenése eddigelé nem észleltetett. A szóban forgó eset, mely úgy klinikailag, mint szövettanilag gondosan van kidolgozva, azért bír különös érdekességgel, mivel a klinikai kép teljesen megegyezett a struma maligna kórképével. A struma, mely előbb lágy és kevésbé körülhatárolható volt, oldalfalain tömött csomóssá lesz, mely lefelé gyorsan nő, e közben fájdalmak jelentkeznek a terimenagyobbodásban s a szomszédos nyírkirigyek megduzzadnak. Vizsgálatnál kitűnt, hogy a pajzsmirigy nagyobb tuberculum csomókkal van telve, a mely alakja

a pajzsmirigy tuberculosisának — eltekintve itt a szóba sem jöhető miliartuberculosistól — rendkívül ritka. Összesen 6 hasonló esetről van szerzőnek tudomása. (Cbl. f. Chirurgie Nr. 19.)

r. l.

A súlyosan sérült végtagok orvoslásáról értekezik Reclus. A végtagok súlyos sérüléseinek, mint vasuti kocsik vagy gép okozta ronesolásoknál, szerző elveti a primaer operatiót (amputatiót vagy exarticulatiót). Első sorban teszi ezt a fennálló shock folytán, mely az operatio által növekedhetik, másodsorban szerinte lehetetlen a frissen ronesolt szövetek közül megismerni, melyik az életképes vagy a necrosisba széteső. Ezért minden hasonló sértéseknél a conservatív külső eljárást ajánlja. A sebestültet takarjuk be meleg kendőkbe, adjunk neki aether, coffein-injectiót s ezután fogjunk hozzá a sérült testrészt tisztogatásához s desinfiálásához, mely sterilizált meleg, csaknem forró víz energikus irrigációjából álljon. A magas hőmérsékű víz három szempontból előnyös: vérzéscsillapító, desinfiáló és felmelegítő. Ezután jodoform-gazeval minden kis zágot tamponálva, a végtagot is vattával beburkolva bekötjük. 4 hét lefolyása után az elhalt rész kiválása megszokott történni s ezután a még eventuell indicált amputatiót könnyű módon végezhetjük. (Cbl. für Chirurgie, Nr. 19.)

r. l.

Abdominalis sérülésekről ír Wassilief a Revue chir. 11. számában. Szerző 6 abdomen sérülés esetéről referál, melyek közül 5 szűrt seb volt (ezek egyikében meg lett nyitva a pleura s meg lett sértve a rekesz és máj). Egyik esetében contusio történt a hasra s megrepedt a vastagbél, de diagnostikus tévedés folytán laparotomiát nem végzett s a beteg legközelebbi napon septikus peritonitisben meghalt; hasonló diagnostikus hiba miatt nem végzett laparotomiát egy másik esetben, hol a sértés a bal epigastrium táján volt s ezen esete is elpusztult. Többi 4 esetében, hol egy ízben a máj, egyszer a bél és kétszer a peritoneum volt megsérítve, mindig laparotomiát végzett, a szerző az edényeket lekötötte, sérült helyet tamponálta s varrta s mindez esetek gyógyulással végződtek. Ezen tapasztalatok alapján szerző szabályként kívánja kimondani, hogy mindazon sebzéseknél, hol a peritoneum meglelt sértve, avagy hol trauma érte az abdoment s a külső intact állapot dacára gyanú áll fenn a belső sérülésre: azonnal laparotomia végzendő. (Cbl. f. G. Nr. 20.)

R—ch dr.

Orr-, torok- és gégebajok.

A tonsillák kiirtását Geschwind veszedelmesnek tartja. A tonsillák az uvulával egyetemben részben elzárják az utat s így megakadályozzák a pornak és más, esetleg ártalmas anyagoknak bejutását. Sok infectio a tonsillákban veszi ugyan kezdetét, azokban lobot okozva; ezen általános infectiók azonban nem tonsillitisek többé, ép úgy a mint a typhus nem enteritis. A tonsillák csupán bemeneti kapu gyanánt szolgáltak a virusnak. És ha a virus képes volt keresztülhatolni a tonsillákon, a melyek pedig hivatva vannak útjában akadályul szolgálni, úgy ez valószínűleg azért történt, mert a tonsillákat a virus rossz állapotban találta. A tonsillák kiirtása még akkor sem ajánlatos, ha hypertrophikusok vagy többé-kevésbé elfajultak. Ha azonban nagyságuk miatt a nyelést vagy légzést nagy mértékben akadályozzák, egy részüket tanácsos eltávolítani. (Sémaine medicale, 1892. 50. sz.)

Apróbb jegyzetek az orvostudományról.

1. Tussis convulsiva ellen a következő orvosságot ajánlják: Rp. Creosoti 0.25; Sulfonal. 0.2; Syr. toluatan. 150.0. Két óránként egy kávéskanálnyi veendő be. (Deutsche med. Wochenschrift, 1893. 21. sz.)

2. Tonsillitisre hajlamosság esetében a következő szer használatát ajánlják: Rp. Olei menth. pip. 0.5; Acidi carbolici crystall. 4.0; Spir. vini rectificati 8.0. M. D. S. 10 csepp egy eszébe meleg vízbe öntendő és ezzel reggel és este torokölblítés végzendő. (Internat. Centralbl. für Laryngologie, 1893. ápril.)

3. Diphtheritisnél a helybeli folyamat megakasztására 2 óránként végzendő beecsetelést ajánl Bowen a következő szerrel: Rp. Acidi carbolici 1.0; Acidi sulfurici 3.0; Tinct. ferri chlor. 4.0; Glycerini 4.0. (Internat. Centralbl. für Laryngologie, 1893. ápril.)

4. Urticaria ellen a natrium salycilicumot ajánlják, két óránként 20 centigrammos adagokban. Többnyire már 3—4 adag is elegendő. (Medical Record, 1893. May 6.)

TÁRCZA.

A francia sebészek idei congressusa Párisban.

Demons, a bordeauxi egyetem tanára, volt az első, ki a sebészek társulatának Párisban ajánlatot tett 1883-ban, hogy rendezzenek évenként congressust eszmecsere végett. A első congressus 1885 április 6-dikán nyílt meg az azóta elhunyt Trélat elnöke alatt. Ez év husvét hetében április 3-dikán nyílt meg a 7-dik congressus Lannelongue elnöke alatt. A congressusnak nemcsak francziák, hanem idegenek is tagjai lehetvén, magam is közzéjök léptem. Az eszmecsere fő tárgyaúl voltak kitzúve a méh rostdagánatainak és a láb gümös bántalmainak sebészeti kezelése, de azonkívül más tárgyakról is számos előadás lett tartva. Az előadások közül csak a fontosabbakat akarom közölni fővonásaikban, valamenyi előadás egybegyűjtve négy hó mulva fog megjelenni a congressus által kiadva.

A méh rostdagjainak kezelésére nézve nézeteiket fejtegették:

Köberle (Strassburg), ki röviden előadva a tüneteket és complicatiókat, a műtét beavatkozást szükségesnek tartja bármely kor mellett is, ha a daganat a kis medenczébe szorulva, nyomási tüneteket okoz, ha intramuralis vagy a nyákhártyához közel fekvő s bő vérzéseket okoz; ellenben ellenjavalltnak tartja, ha nagy is, de kemény, állandó nagyságú marad, kellemetlenségeket nem okoz és a nő közel van a menopausához, továbbá idült hörghurut, tulságos kövesség, constitutionalis bántalmak jelenlétének. A daganatnak laparotomia útján való eltávolítását tartja legjobbnak. A pince hémostatique használatának prioritását magának vindicálja Péannal szemben és ezt a congressus tagjai közt elosztott röpiratban foglalt okmányokkal bizonyítja.

Péan helytelennek tartja azon nézetet, hogy a menopausa beálltával a rostdagatoknak hajlama van kisebbedni és eltűnni; rövid néhány év alatt ezeknél több esetet gyűjtött, melyeknél más sebészek a műtétet szükségtelennek tartották és meggyőződhetett, hogy ezen nők évek hosszú sora óta szenvedtek és sokan közülök ezen daganatok következtében haltak meg. Tapasztalata, hogy minél előbb történik a műtét, annál jobb az eredmény; a legnagyobb nyákhártya alatti daganatokat is egy vagy több ülésben a hüvelyen át morcellement segítségével távolítja el; ha a daganat igen számos és ily módon eltávolításuk túlnagy sérüléseket okozna a méhben, előnyösebbnek tartja az egész méhnek hüvelyen át való eltávolítását, így végezte ezt számos interstitialis fibroma mellett 1882-ben először és azóta már több mint 300 esetben 98% sikerrel nem igen nagy, méhtest falában ülő s hashártya alatt ülő számos daganatoknál. Annak megvilágítására, hogy a menopausa kedvező befolyása milyen, felemlítheti, hogy 250 beteg közt 100 volt 50 és 60 év között és 70 beteg 40 és 50 év között.

Doyen (Reims) csak olyan rostdagokat operál hasmetszés útján, melyek a köldököt két harántujnyira is túlhaladják, a többiekét hüvelyen át; módszere azonban Péanétól eltér, a méhnyakat oldalt megfogva, a mellső s hátsó hüvelyboltozatot átvágja, azután a méhet a mellső ajkon hasítja, annak közepén a méhnyakat nem távolítja el; midőn lehetetlen a hüvelyboltozatok hasítása, V alakú medianmetszést csinál a méhnyak és testen, így ki bírja fordítani a méhet és a rostdagot eltávolíthatja. A műtétnek nem az ideiglenes, hanem végleges vérzéscsillapítást használja, neki elég egy két pincet helyezni mindegyik széles szalagra, míg Péan átlag huszat vagy a hüvelyben minden méhkiirtás után.

Bouilly gyenge vérszegény nőknél a castratiót végzi, csak ha a daganat oly nagy, hogy az adnexákat nem bírja megtalálni, végzi a méhkiirtást.

Pozzi. A castratiót jelenleg elhagyta.

Richelot. A castratióknak is bizonyos értéket tulajdonít, de csak másodsorban jöhet számba. Enucleatióval operáltjai száma 34 egy halálessel. A laparotomia útján való eltávolításról hosszasan beszél. A gummi ligaturát a petefészkek alatt helyezi el, azután a daganatot kivágva, a csontfelületet thermocauterrel megpörköli, a csontot átfúrja selyemfonallal és ezzel csinál maradó ligaturát, a gummi ligaturát pedig eltávolítja. A csont így kiesiny s hashártya-lebenynyel befedvén, extraperitonealissá teszi, úgy hogy a prognózis most igen hasonlít az ovariectomiához, 21 esete közt meghalt 2.

Reynier. Villamos kezelést kísértve meg, azt határozottan károsnak nyilvánítja. Operációval 25 esetet kezelt egy halálessel. Középnagyságuknál hysterectomia vaginalist végzett, a köldököt túlhaladónál laparotomiát a csont külső kezelésével.

Condamin. Laroyenne eljárását ajánlja nem operálható fibromáknál, hol nagy vérzések vannak. Chlorzink-pálcát helyez a méhtest ürébe és a nyakcsatornát tamponálja, a pörk 8 nap mulva leválik. Az eredmény jobb a curettézésnél.

Delagénière (Mans). Műtét eredményeiből következő szabályokat vonja le: Ha a daganat a köldökig vagy azon túlterjed, laparotomiával távolíttassék el; kis daganatoknál nem fiatal egyéneknek, hol a vérzés a főtünet, a petefészkek eltávolítása elég; enucleatio végeztessek morcellement útján kis nyákhártya alatti daganatoknál, ha a drainage nehéz volna, kiegészíthető hysterectomia vaginalissal; mindazon esetek, melyek nem tartoznak az említettek közé, laparotomia útján távolítandók el.

A láb gümös bántalmainak kezelésére vonatkozó előadások közül érdekesebbek a következők:

Le Dentu. Fiatal embernél a tibia eltávolított alsó részét decalcinált csonttal helyettesítette, az ízület újra képződött és a beteg jól jár. Fiatal leánynál az ugrócsontot, sarokcsontot és első ék alakú csontot eltávolította, a szomszédcsontokat pedig kaparta és két nagy decalcinált csonttal helyettesítette, hat hónap mulva majdnem teljesen helyre volt állítva, ekkor meglelt neki engedve készülékben járni és jól jár. A decalcinált csont ideiglenes vázt képez és élénk csontképződés indul meg, a decalcinált csont pedig eltűnik, az újonnan képződött kisebb mint az eltávolított, de tömött. Annál nagyobb lesz az eredmény, minél kisebb a megbetegedett rész és annál hamarabb jön létre, minél fiatalabb az egyén, a 40-dik életéven túl nem javult, hanem inkább catgut vagy jodoformgaze ajánlatos.

Poncet (Lyon). Nézete, hogy kísérletekkel a legjobb idő elvész, minél előbb operálni kell; 30—40 életév között levőknél, midőn több csont beteg és a belső szervek is, amputálni kell. 15—20 éveseknél resecálni, gyermekeknek pedig legtakarékossággal kell eljárni, kaparni, cauterizálni.

Pollosson (Lyon). Ha a betegedés a külső tömött részekre korlátozott, részletes külső tarsectomiát végez, ha a belső rétegek is betegek, azon csontot eltávolítja; ha a tibiotarsal ízület betegedett és ízület körül minden ép, nem kell amputálni, hanem Ollier módszere szerint Syme lebenyt képezni a sarokcsont csontthártyája megtartásával.

Ollier (Lyon). Előadást tart a lábtöcsontok és különösen az ugrócsont resectiójáról gümös bántalmaknál. 1881 óta 86 esetben végezte az ugrócsont resectióját s mindig kitűnő sikerrel, előnye, hogy megmarad a két boka és így a köztük levő bevágány, a láb mozgékony és működése normalisabb mint amputatióval. Hogy a műtét jó sikerű legyen, ahhoz szükségesnek tartja: 1. a műtét ne végeztessek erőszakkal; 2. semmi beteg ne hagyassék hátra; 3. a szallagok gondosan távolíttassanak el; 4. a gümös betegedés székhelyét kell felkeresni és tisztítani; 5. nem szabad félni a synovialis hüvelyek széles bemetszésétől; 6. a thermocauterrel sokáig kell cauterizálni. Az elért jó eredmények nem tartják vissza az ugrócsont rendszeres eltávolításától, felnőtteknél nem is ajánlja. Az ízület mozgásai helyreállnak rostos tömeg képződése által, az ür kitöltődik és új ízület származik. A megmaradó rövidülés minimális. A műtét minél korábban végzendő.

Reverdin (Genf). Tarsectomia posteriorról beszél, melyről már az elmúlt congressuson is szólt, de azóta új sikerei vannak. Módszere, melyet a hátsó lábtöcsontok betegedésénél használ, következő:

Bemetszés a láb küloldalán, a peroneus inak átmetszése, a külső szallagok átmetszése, a belső szallagokat egy külön e célra készített műszerrel vágja át mintegy leborotválva a csonttól. Híve az expectativ kezelésnek és csak akkor operál, ha sipoly-menetek és tályogok vannak. Az ugrócsont teljes kiirtása kitűnő eredménnyel járt; ha a sarokcsont mellső és felső része is beteg, ezt is eltávolítja, ugyanazt csinálja a köbalakú és sajka csonttal, a külső metszés minderre elegendő. Ha még több betegedés van, amputál. A peroneusok átmetszésétől nem látott alaki eltérést, a

betegek jól jártak síkon és hegyen; könnyű pes varus jelen van, de ezt Ollier is látta módszerénél, hol pedig a peroneusok nem lettek átmetszve. A peroneusokat különben mindig varrja és villamozással tesz kísérletet.

Vesesebészetről Tuffier tartott előadást, ki 45 vesevarrást végzett eddig; vesebemetszései, ha idejekorán lettek csinálva, mindig jó sikerűek voltak. Vesekiirtást 173-mat végzett genyedések miatt. Genyedések miatt végzett kiirtásoknál állandó sipolyok is maradhatnak hátra, mire különösen a húgyvezérek lobja és tágultsága adhat sokszor okot, azért ily esetekben a húgyvezért is kiirtja, lumbo-ileinguinalis metszést készít, a vesét eltávolítja, azután a has-hártyát az urether eltávolítása végett lefejt.

Poncet (Lyon). Urethrostomia perinealist végez betegeknél, a strictura urethrostomia daczára makacsul visszatér, két esetben a húgycső kiterjedt gümőkórjánál is jó sikerrel végezte, hol a penist nem lehetett amputálni, továbbá dülmirigy túltengésnél. Miután a nyílásnak nagy hajlama van szűkülni, azt bougieozni kell, a vizezés könnyű, valamint a közöskülés sem akadályozott, a nemzés-től eltekintve.

William Mac Cormac (London) és Polosson régi vállizületi ficzámok incisio útján való helyreigazításáról s annak jó eredményeiről beszéltek.

Zancarol (Alexandria) és Schwartz (Páris) új módszerekről beszéltek a sérvek gyógyítására, azonban nem látszanak nagy jövőt ígérni.

Terrier, Hartmann, Broca, Delagénière, Pozzi, Michaux a medenczebeli genyedések és azok műtéti kezeléséről beszéltek.

Tillaux egy férfinél a protuberantia occipitalis externa táján származott óriási dermoidcystáról beszélt, mely a koponyátrébe biterjedt, kiirtása után az agyi tünetek megszűntek s beteg jelenleg majdnem teljesen gyógyult.

A gyűléseken kívül a congressus a kórházak sebészeti osztályait és a Pasteur-intézetet is látogatta.

Baumgarten Samu dr.

A fertőző betegségek bejelentése.

A fertőző betegségek kötelező bejelentése távol sem felel meg még a törvényes kívánalmaknak. Egyrészt azért, mert azzal nem csak új, meg nem hálált munkát hártottak az orvosra, de még oly fáradságot vagy költséget is — a bejelentő-lap kézbesítésével — melyet rá róni nem méltányos, másrészt pedig azért, mert nincs megállapított bejelentési minta, melyhez az orvos magát tarthatná.

Ezen bajokon következőkép vélek segíthetni.

Bejelentő-lapoknál zárható kettős levelező lapok használandók, melyeknek egyik külső oldalán a hatóság czíme volna nyomatva, a másikon pedig a bejelentendő betegségek. Belül rovatokba osztott kérdések foglaltatnak a szükséges tudnivalókról, melyekre az egészségügyi intézkedéseket alapítjuk.

Ily bejelentő-lap tervezetét bátorkodom ide csatolni s azt a tudományos kutatáshoz szükséges egyöntetű eljárás érdekében elfogadásra ajánlani.

Jelentés fertőző betegségről.

Postadíj-
mentes.

.....város tisztii főorvosi

hivatalának

(vagyjárás tisztii orvosának)

A betegség.		Jegyzet
Diagnosis.		
A beteg neve, kora, foglalkozása		
Lakása, hol és milyen? A lakószobák száma		
Bennlakók a betegen kívül:		
Ki melyik iskolába jár:		
Megbetegedett, mikor?		
Gyógykezeltetik, mióta?		
Kelt,		orvos.

Bejelentendők: Himlő, vörheny, kanyaró, influenza, parotitis epidemica, diphtheritis, croup, hökhurut, pneumonia crouposa, typhus, febris recurrens, meningitis cerebro-spin. epid., gyermekági láz, vérhas, cholera, trichinás kór, veszett eb marása, pustula maligna.

Azt hiszem, felesleges a javasolt rovatok szükségességéről szólni. Benfoglaltatik mindaz, mi a beteg és környezetére vonatkozik s a mit a szakközegnek tudnia kívánatos.

Természetes azonban, hogy nem követelhetők az orvostól, hogy ő szerezzék meg ezen lapokat, s az sem, hogy az ő költségén jusson az illető egészségügyi hatóság kezébe. Ha a bejelentéssel célzott érni akarunk, elkerülhetetlen, hogy e lapokat az orvosok rendelkezésére bocsássa a kormány vagy a hatóság, s hogy a posta díjtalan szállítsa rendeltetése helyére.

Sopron.

Leszner Rezső dr.

Heti szemle.

Budapest, 1893. június 29-dikén.

Az Országos közegészségi tanács f. hó 22-dikén tartott ülésében tárgyalta az „orvosi díjszabás” — sostrum medicorum — kérdését.

Már 1872-ben terjesztett fel egy ilyet a belügyministeriumhoz, mely azonban nem nyert elintéztést, most a kellőleg megpihent acták ismét áttétettek a tanácshoz azon felhívással, hogy a netalán időközben szükségesebbé vált módosításokat tegye s minden egyes orvosi, sebészeti, szülészeti és szemészeti látogatások és műveletek tiszteletdíját javaslatba hozza.

E czélból bizottság küldetett ki, melynek tagjai a következők voltak: Müller Kálmán elnök, Csáthy Lajos előadó, Kétli Károly, Kézmárczky Tivadar, Tauffer Vilmos, Janny Gyula, Feuer Náthán, Hirkó László, Pecz Lajos, Weszely József.

Egyszersmind felhívtak a hazabeli orvosegyletek, hogy véleményüket, illetőleg javaslatukat a tanácssal közölni szíveskedjenek.

Az orvosegyletek nagy része e felhívásnak meg is felelt; a budapesti kir. orvosegylet azonban az idő rövidsége miatt nem nyilatkozhatván, a tanács határozatilag értesíti a nm. belügyministeriumot, miszerint ezen egyletnek későbbben beterjesztendő javaslatát is figyelembe venni méltóztatnék.

A sostrum medicorum, mely kizárólag peres ügyekben a bírónak van hivatva irányadóul szolgálni oly esetekben, midőn kölesűnös megegyezés nem jött létre, minden részleteiben megállapított s ennek folytán az 1873. évi hasonló munkálat számos módosításnak vettettet alá.

A terjedelmes dolgozat a nm. belügyministeriumhoz terjesztetik s azt legközelebb fogjuk közölni.

Markusovszky-gyász. Lapunk elhunyt volt szerkesztőjének özvegyéhez a gyászbeset alkalmából folytatólag még a következő testületi részvértíratok érkeztek:

1. Az Országos közegészségi egyesülettől:

Méltóságos Asszony!

A gondviselés magához szőlította az érdemes férfiút, Markusovszky Lajost, ez által fájdalomba borítva Méltóságodnak, az ő élete hű társának a lelkét.

Mély és fájdalmas sebet üt a szerencsétlenség, de lélekemelő az ír is, a mit a gondviselés nyújt. Mert oly férfiút gyászolni, a ki nek minden gondolata és tette, egész élete az emberiség javáért buzogott, a ki saját teste és lelke fáradságát nem félve, szüntelenül munkálkodott nemzete fiainak teste és szelleme nemesítésén, tökéletesítésén, a sötétségből, értelmetlenségből kiemelésén és a fájdalomtól, betegségtől megoltalmazásán; oly férfiút gyászolni, a ki munkájával részt vett a megváltói szeretethez hasonló munkában: az vigasztalás, az megnyugvás.

Engedje Méltóságod, hogy mi is, az országos közegészségi egyesület választmánya részt vehessünk gyászában, mert nekünk is Társunk volt, vezettünk és támaszkodtunk kulturális és humánus törekvéseinkben, engedje a gyászt, hogy méltók lehessünk a vigasztalásra is: arra a tudatra, hogy jó és nemes ügyben küzdöttünk az elvérzett vezér zászlója alatt.

Fogadjá Méltóságos Asszony egyesületünk választmányának legfőbb részvétét s sajnálatát a nagy gyász alkalmából, de fogadjá egyszersmind a választmány köszönete és bálája kifejezését is ama eleven rokonszenvért és támogatásért, melyet egyesületünk ügyei iránt mindenkor tanúsított, a mikor a nemes férj gondolatait önmaga is átértézte és annak munkájában készséggel és áldozattal közreműködött.

Budapesten, az országos közegészségi egyesület választmányának 1893. évi május hó 25-dikén tartott üléséből.

Méltóságodnak alázatos szolgálai

Az országos közegészségi egyesület választmánya:

Korányi Frigyes tnr., elnök.

Fodor József tnr., főtítká.

2. A debreczeni orvos-gyógyszerész-egylettől:

Méltóságos Asszonyom!

Mély fájdalommal vettük tudomásul azt a leverő hírt, hogy hazánk orvosi karának egyik nagyérdemű, feledhetetlen vezérférfia, Méltóságodnak ezrek által megsiratott férje Markusovszky Lajos dr. úr meghalt. Lelkünk mélyéből fakadt az eszme, hogy e hazánkat ért nagy veszteség alkalmával a Méltóságod veszteségéről is megemlékezzünk, s szívvel kívánjuk, hogy azt a fájdalmat, melyet a szerető férj elvesztése okozott, enyhítse legalább azon tudat, hogy e fájdalomban részt kérnek magoknak az elhunyt nagy férfiú sokkal kisebb kártársai, de a kik az ő örök életű érdemeit méltányolni tudják.

Fogadjá Méltóságod a debreczeni orvos-gyógyszerész-egylet részéről a legmélyebb részvét kifejezését.

Kelt a debreczeni orvos-gyógyszerész-egylet 1893. évi május hó 20-dikán tartott havi üléséből.

Tudós Kálmán dr., jegyző.

Varga Géza dr., egyleti elnök.

3. A Foncière, Pesti biztosító-intézet átirata következő:

Méltóságos asszony!

Megdöbbenéssel vettük a gyászhirot, hogy általánosan tisztelt, nagyrabecsült, feledhetlen férje elhunyt.

Engedje meg, hogy e megrendítő gyász eset alkalmából mi is kifejezést adjunk legmélyebb részvétiünknek, hisz a megboldogult majdnem 25 évi működése alatt hervadatlan érdemeket szerzett intézetünknek.

Az őszinte részvét, mely e mély gyász alkalmából általánosan nyilvánul, enyhítse Méltóságod fájdalmát és szolgáljon vigaszul az a tudat, hogy a megboldogultnak minden ismerőse gyászt hord szívében. Nagyrabecsülésünk és hódoló tiszteletünk kifejezésével maradunk

Foncière, Pesti biztosító-intézet.

Budapest fő- és székváros közegészségi állapota 1893. évi április hónap. A tiszti főorvosi jelentésből közöljük a következőket: A fő- és székváros közegészségi állapota a múlt havihoz viszonyítva, tekintve az általános halálozást, nem változott. A heveny ragályos megbetegedési esetek száma emelkedett (múlt hónap 760, e hónap 873), sőt a már 4½ év óta szörvényszerűen is alig előfordult himlőmegbetegedési esetek e hónapban meglepő nagy számban (14) mutatkoztak. Elve született e hónapban 1780, meghalt katonák nélkül s az útról jött s itt elhalt 95 egyén levonásával 1270; így a születési esetek 490-nel multák felül a halálozásaiakat. Április hónap a fő- és székváros összes nyilvános és magánórházaiiban gyógykezelgetett 6433 fekvő és 6503 járó beteg; a kerületekben a ker. orvosok által 2276 részint fekvő, nagyobb részt járó beteg, összesen 15212, azaz 538-czal kevesebb mint a múlt hónap. Ebmarás 3 esetben történt, macskamarás egy esetben fordult elő. Orvosrendőri boncolás végeztetett 49, orvostörvényszéki 13 esetben. Öngyilkosság 15 esetben fordult elő és pedig: lővés 7, akasztás 2, mérgezés 4, egyéb módon 2 esetben. A Dunából 4 hulla fogatott ki. A lelencz és dajkaságba adott gyermekekre nézve: szaporodás e hónapban volt 60, csökkenés 56. Beteg volt e hónapban összesen 59, meggyógyult 37, gyógykezelgetik 15, meghalt 7. A köztisztaság a csatornázatlan és közvetlen utcákat kivéve, általában véve kielégítő volt. A vízvezetési víz élvezhető volt, nemkülönben a közutak vize is. A VII. külkerület sok házában a II. és III. emeleten vízhiány volt. Okleveleiket e hónapban bemutatták: Glück Soma, Stein Herman, Gábor Gyula, Jonanovits

Mihály, Kacander József, Polatsék Ignác; Révész Béla, Simon Gyula, Szabó Sándor, Seidner Salamon, Weinberger Miksa orvosdoktorok és 2 szülész.

Vegyesek.

Budapest, 1893. június 30-dikán. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1893. június 11-től június 17-ig terjedő heti kimutatása szerint e héten élve született 365 gyermek, elhalt 249 személy, a születések tehát 116 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 2, ronesoló toroklob 18, hökhurut 3, kanyaró 6, vörheny 4, typhus abdominalis 4, egyéb ragályos betegségek 3, agykérlob 10, agyvérömleny 6, rángások 7, szervi szívbaj 10, tüdő-, mellhártya- s hörgőlob és höghurut 47, tüdőgümő és sorvadás 52, bélhurut és béllob 12, carcinomata et neoplasmata alia 8, méhrák 4, Brighth-kór és veselob 5, veleszületett gyengeség és alkathiba 8, aszkór, aszály és sorvadás 12, aggkór 13, erőszakos haláletet 7. A fővárosi közórházakban ápolatott e hét elején 2057 beteg, szaporodás 692, csökkenés 722, maradt e hét végén ápolás alatt 2027. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1893. június 18-tól június 24-ig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 12 (meghalt 1), himlőben 1, bárányhimlőben 10, vörhenyben 20 (meghalt 2), kanyaróban 256 (meghalt 5), ronesoló toroklobban 32 (meghalt 10), torokgyikban 8 (meghalt 2), trachomában 20, vérhasban 1 (meghalt 1), hökhurutban 29 (meghalt 1), orbáncban 8.

○ Egyetemes orvosdoktorokká felavattattak: 1893. június 24-dikén: Boros József, Szeged (Csongrádm.), f. a. Réczey tnr.; Neumark Sándor, Keszthely (Zalam.), f. a. Korányi tnr.; Krausz József, Zenta (Bácsm.), f. a. Kovács tnr.; Blaskovics László, Fridolin, Rózsahegy (Liptóm.), f. a. Scheuthauer tnr.; Steinberger Adolf, Budapest (Pestm.), f. a. Fodor tnr.; Hegedűs I. Sándor, Hajdu-Böszörmény (Biharm.), f. a. Mikálovics tnr.; Bugsch Gusztáv, Igló (Szepesm.), f. a. Kézmárcsly tnr.; Bernát József, Kis-Telek (Csongrádm.), f. a. Tauffer tnr.; Stern Zsigmond, Budapest (Pestm.), f. a. Plósz tnr.; Rottenbiller Ödön, Budapest (Pestm.), f. a. Bókai tnr.; Ajtai K. Sándor, Budapest (Pestm.), f. a. Hőgyes tnr.

— A budapesti egyetemi szemklinika betegforgalma az 1892-dik évben. 6600 új járó beteg jelentkezett, kik közül 652 nyert felvételt s részesült kórházi ápolásban. A 772 nagyobb operálás között 281 szürke hályog műtét volt, 176 iridectomia, 10 iridotomia, 33 sphincterolysis, 26 punctio corneae, 19 Flarer szerint való trichiasis operálás, 28 tenotomia, 28 enucleatio stb.

— Cholera-hírek. Franciaország nyugati, de főleg déli részeiből a járvány terjedéséről érkeznek hírek. Főleg Toulonban és Montpellierben fordulnak elő nagyobb számú esetek; újabban Hyères-ben is történt néhány megbetegedés. Marseilleben a június 1-ig terjedő héten 14 choleraeset fordult elő. Oroszországban most már csak Podoliában uralkodik még a járvány, de itt is csökkenőben van. Mekkában a naponkénti cholera-haláletetek száma átlag 150-et tesz.

— Hazai fürdők személyforgalma. Buziás (VI. 13.): 173; Lipik (VI. 18.): 629; Korytnica (VI. 22.): 88; Vihnye (VI. 19.): 122.

— Dollinger Gyula tanár eddigi testgyógyászati intézetét testgyógyászati és sebészeti intézetre alakította át és annak megfelelőleg rendezte be.

△ Magántanári nyilvános próba-előadások. F. hó 30-dikán tartották magántanári próba-előadásait Schaffer Károly dr. és Korányi Sándor dr. Az előbbinek előadás tárgya volt: A toxikus anyagok hatása az idegrendszer kórtani és kórszövettani szempontból; az utóbbié: A központi látás élet- és kórtana. Mindkét előadást az I. belklinikai előadó teremben nagyszámú hallgatóság hallgatta. A tanártestület mindkét előadót habilitálta és a habilitációt megerősítés végett a közoktatásügyi miniszterhez terjeszti fel.

— Vény-gyűjtemény és orvosi utasítások betegsegélyző pénztári orvosok, hatósági, gyári, egyleti stb. orvosok számára. Szerkesztette Friedrich Vilmos dr., a budapesti kerületi betegsegélyző pénztár helyettes főorvosa. A csinosan kiállított kis zsebkönyv különösen a pénztári orvosok szükségleteire való tekintettel van összeállítva. A vények összeállításánál a jósnaknak összeegyeztetése az olcsósággal lebegett mindig szerző szemei előtt és azért nemcsak a pénztári orvosok, hanem a hatósági, gyári stb. orvosok is jól használhatják a könyvet, melyhez az általános szabályzat is mellékelve van az állami vagy nyilvános alap költségére gyógyszerkezelést rendelők vagy készítőik számára. A könyv ára 1 forint 50 krajczár.

— Megjelent: Jóna András, Szabolcsvármegye főorvosának egészségügyi jelentése az 1892. évről. Imertetni fogjuk. — Batizi Endre dr., Ugocsamegye főorvosától: Egy pár szó a községi közegészségügy szervezéséhez.

— r. A Mattoni-féle lápkivonatok therapeutikus értékesítéséről idegbajoknál Weiss Miksa dr., bécsi ideggógyász közölt nagyobb tanulmányt. E szerint ezek, mint ismeretes, láplág és lápsó alakjában teljes és helyi fürdők készítésére használatnak; az előbbi teljes, az utóbbi teljes és helyi fürdőkre alkalmas. Javalva vannak illetlen fürdők idegbajoknál is, még pedig valamint a környi idegek, úgy a gerinczagi subacut bántalmainál is. Ifjú korban a többnyire anaemián alapuló chorea és hysterikus állapotok azok, melyeknél teljes lápkivonattal készült fürdők ajánlatosak. Ezek az anyagserét hatalmasan serkentvén, a vér készítését és minőségét kedvezően befolyásolják. Környi ideglomboknál, kivált a neuritis és neuralgia ischiadicánál úgy localis, mint teljes fürdőket használtatunk mindkét lápkivonat hozzáadásával; sexualis neurastheniánál rendszeresen használt ülőfürdők hathatósan segítik elő a gyógy-

gyulást. Spondylitikus folyamatok és subcut myelitis eseteiben szintén jó hatással vannak a mindkét lápkivonattal készített 24–27° R. fokú teljes fürdők. Mind ehhez hozzájárul azon előny, hogy otthon készíthetők és az év minden szakában alkalmazhatók lévén, a lápkivonattal készített fürdők évről évre inkább terjednek el.

— Cs. kir. szab. Adria biztosító társaság. Ezen társulatnak a folyó év május 31-dikén Triesztben tartott közgyűlése elé terjesztett az 54-dik üléstevre (1892.) vonatkozó igazgatósági jelentésének a számadataiban következő jelentékenyebb adatok foglaltatnak. Az életbiztosító osztálynál jelentékeny gyarapodás mutatkozik, a mennyiben az 1892. évben közölt biztosítások 12,430,273 frt tőke, 639,458 frt évi járadékösszeget képviselnek. A biztosítási állomány az év végével kerekében 67 millió forint tőke és 164,462 frt évi járadék összegre rúgott. A díjbevitel 2,090,015 frtot tett. Halál és balesetre szóló biztosítások után 1,293,797 frttal emelkedett saját számlára, az tehát kerek 14,400,000 frtra rúg. Az elemi (tűz, szállítmányi és jég) biztosítási ágak díjbevételei 8,12,928 frtot tettek. — A visszbiztosítások 3,124,078 frtot és a károk a visszbiztosítási részek levonása után 3,336,988 frtot vettek igénybe. Ezenkívül 467,094 frt függő károk részére helyezettett tartalékba. A díjtartalék 1,681,713 frtot s a többi évi biztosítások díjkezelező tőkéje 22,276,765 frtot tesz. — A lefolyt 1892. évben az összes biztosítási ágak többé-kevésbé mind nyereséget hoztak, úgy hogy az összeredmény igen kedvezőnek mondható. — Tekintettel a kamatlábnak mindinkább való csökkenésére az évi jövedelemből 238,806 forint a járadék és életbiztosítások díjtartalékának rendkívüli dotálására és 150,000 frt az életbiztosítási összeg külön nyereség tartalékának gyarapítására fordított, továbbá 164,314 frt az értékpapírok áringadozásaira fentartott. Az azután mutatózó 379,659 frt 25 krt tevő nyereségegyenletről 50,000 frt két ingatlan értékének leírására fordított és az általános nyereség-takarékalapok alapszabályszerű dotálása, valamint a többi alapszabályszerű fedezetek után fennmaradó 240,000 frt osztalékra (részvényenként 60 frt) fordított. A díj- és nyereségtartalékok 1892. évben kerek 1,900,000 forinttal emelkedtek és a következő tételekből állanak: Az életbiztosítási osztály díjtartaléka 13,326,347 frt. Tűzbiztosítások díjtartaléka 1,63,243 frt. Szállítmány-biztosítások díjtartaléka 59,465 frt. Rendelkezésre álló tartalék 5,000,000 frt. Értékpapírok áringadozási tartaléka 577,154 frt. Az életosztály külön nyereség tartalékára 500,000 frt. Általános nyereség tartalékára 1,187,165 frt, összesen közel 18 millió forint. Az igazgatósági jelentés említést tesz a „Meridionale” jég- és visszbiztosító társaság nemrég történt alakulásáról is, mely a jövő évtől kezdve az „Adria” biztosító társulat helyett a jégbiztosítási üzletet közvetlen fogja folytatni, időközben azonban az Adria biztosító társulat ez évi jégüzlete visszbiztosítás útján fog ráruháztatni.

Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és illői-úti kórházban 1893. június 22-től egész június 28-ig ápolt betegekről.

1893.	Felvett			Elbocsátott			Moghalt			Maradt			Az ápoltak közül				
	beteg			gyógy.			beteg			beteg			a Rókusban				
	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	beteg	szülők	beteg	szülők	az illői-úti kórházban
Június 22	39	36	75	41	28	69	2	1	3	976	954	1930	937	28	75	895	
„ 23	59	31	90	29	31	60	3	2	5	1003	952	1955	951	27	71	906	
„ 24	45	29	74	61	43	104	4	4	8	983	934	1917	934	26	69	888	
„ 25	26	24	50	42	33	75	4	3	7	971	922	1893	924	27	70	872	
„ 26	56	50	106	50	43	93	6	1	7	971	928	1899	934	27	72	866	
„ 27	64	57	121	50	48	98	8	5	13	977	930	1907	951	28	70	858	
„ 28	46	26	72	58	36	94	4	4	8	961	916	1877	916	31	67	855	

Szt.-Lukácsfürdő Budapest (Buda). Meleg és langyos kénforrások. Téli és nyári gyógyhely. Az iszapfürdő, egy 840 □-méterre terjedő meleg forrás. 45–60° C. Rheumatikus bajok, ízületi csúsz, izomcsúsz, csontthártyalob, syphilis, ischias és a legkülönbözőbb bőrbajok ellen. Nagy-Vöslau női és úri uszodák, vérképződési bajok, anaemia, sápkór, neurasthenia, bizonyos bőrbetegségek és főleg idegbajoknál. A Szt.-Lukácsfürdő Nagy-Szállodában kényelmes lakások és kintinó ellátás. Fekvés keletnek, személyvonó (Lift), massage és villamos gyógykezelés. Kő- és kádfürdők, női és úri gőzfürdők. Rendelő főorvos: Bosányi Béla dr. „Szt.-Lukácsfürdő” részvény-társaság.

Dr. Dollinger Gyula TESTEGYENÉSZETI ÉS SEBÉSZETI INTEZETE

Budapest, VII., kerepesi-út 52.

Szolyva-hársfalvai gyógyfürdő.

Ujonnán létesített Posta Távirda és vasúti állomás.

Klimatikus gyógyhely és hidegvíz-gyógyintézet, gyönyörű hegyes fekvéssel és sétányokkal.

Gyógyeszközök: Ivókura, Stefánia-forrás kintinó alkalikus ásványvize, továbbá vasas és szénsavas fürdője, hidegvíz-kúra, frissen fejt és aludt tej, massage- és villanyosság-kúra, fenyőbelégzés (Inhalation). — Gyógyjavallatok: légcsőhurut, tüdőbántalmaknál, vérszegénység, sápkór, emésztő szervi bajoknál, szívdobogás, idegbajok, máj-, lép-, aranyér- és női betegségeknek, görvéllykór, syphilis Rheumánál. — Idény: május 15-től október 1-ig. Kintinó ellátás és lakás. Állandó fürdőorvos.

Értesítéssel és prospectussal szívesen szolgál a fürdőigazgatóság.

Dr. Bácskay Béla

Arad szab. kir. város és Aradvármegye hatóságainak közvetlen ellenőrzése alatt álló engedélyezett

nyilvános tehénhimlő-termelő intézete Aradon.

Szállít egész éven át friss és biztos fogamzására nézve mindenkor előbb kipróbált, saját törzsanyagából termelt eredeti tehénhimlő-nyirkot a következő áron:

1 phiolát 3 egyénre 50 krért,
1 phiolát 15 egyénre 1 frt 50 krért.

Tömeges oltáshoz oltóanyagot

50 egyénre 3 frtért,
100 egyénre 6 frtért,
„ „ 15 adagos phiolákban 7 frtért.

Bérmentes bekiűldéssel 30 krral több.

Saját találmányú oltóeszköz tömeges oltáshoz, melylyel egy óra alatt 100 egyén sikeresen oltható 1 frt 25 krért. 15

Június 1-jéig és szeptember 1-jén túl a lakások 25%-kal olcsóbbak.

Gyógyhely

KRAPINA-TÖPLITZ

Horvátországban

egy órányira a zagorai vasút „Zabok-Krapina-Toplitz” nevű állomástól április 1-jétől október végéig nyitva áll. A 30–35° R. meleg Akrothermák kintinó hatást gyakorolnak köszvény, izom- és izületesúz és következményei, ischias, idegzsabák, bőrbajok, sebek, idült Bright-kór, hűdések stb. ellen. Nagy tükör. — teljes — külön márványkád- és zuhanyfürdők, jól berendezett Sudariák (izzasztó kamrák), massage, elektromosság, svéd testgyakorlat. Kényelmes lakások. Jó étkezés, olcsó árak, állandó fürdőzene, nagy árnyas sétányok. Május 1-jétől naponként posta-omnibusz-összeköttetés Zabok és Pöltschachal. Bővebb felvilágosítás és előrajzokat küld Dr. Weingerl József és a fürdőigazgatóság.

Dr. Kadner Sanatoriuma, Niederlössnitz, Drezda mellett.

Különlegessége: Étrendi gyógy mód gyomorbajoknál, 9 anyagsere-betegségek, elsődleges és másodlagos táplálkozási rendellenességek és mindennemű belbajoknál. Kényelmes ház, gyönyörű fekvés, olcsó árak, 2 orvos.

Dr. HERCZEL heidelbergi egyetemi m.-tanár Sebészeti Sanatoriuma.

Sebészeti és nőgyógyászati magánintézet. 24

Budapest, VI. ker., Felső erdősor 5. sz.

Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kintinó ellátás. — Telefon. Mérsékelt árak. — Rendelő órák: 9–10 és 1/2–4-ig; szegényeknek d. e. 8–9-ig. — Kivánatra prospectus

Sanatorium idegbetegeknek!

Dr. Batizfalvy, egyet. m. tanár

VIZGYÓGYINTÉZETE

Budapest, városligeti fasor és Arena-út sarkán.

Kezelő orvos: **Dr. Trajtler István.**

A testgyógyászati osztály XXXV év óta

az igazgató-tulajdonos vezetése alatt működik.

Az intézet egész éven át nyitva van.

Felvételnek bennlakók és bejárók.

Kimerítő program bérmentve.

11

Magaslati
gyógyhely

MARILLA,
sanatorium

gége-, mell-,
ideg- és üdülő
betegek

részére.

A váltóláz-mentes, csupán délről nyílt Marilla 800 méternyire fekszik a tenger színe felett, sírú fenyős erdőben, teljesen por- és szélmentes, tiszta balzsamos levegővel, alig észlelhető hőmérsék-ingadozással, korai meleg tavasz és igen késő gyönyörű ősz, ezek azon feltételek, melyek ezen magaslati völgyet, mint éghajlati gyógyhelyül „par excellence” bélyegzik, és mely fentnevezett gyógytényezőkön kívül, még közvetlen segélyező gyógyerővel rendelkeznek: Pneumatikus kamara, belégzési terem, kifűtően berendezett vízgógyintézet, hydro-electromos fürdők, gyógy-testgyakorlat és massage.

Az idény tartama május 26-tól október 15-ig.

Posta és távirat az intézetben. Közelebbi felvilágosítást ad **Dr. Hoffenreich.**



Zungen Minuten-Thermometer

D. R. Gebr. M. N° 5676

patkóalakú, higanyedénnyel, igen czélszerű; tekintélyek ajánlják csinos bőretuiben, darabja 3 márka 25 fillér. Egyedüli gyáros: 10

UEBE VILMOS, Zerbst (Anh.), Intézet chem. és physik. üvegeszközök számára.

Lápfürdők a háznál

könnyen és kényelmesen készíthetők a



segítségével.

Az ásvány-lápfürdők

egyetlen természetes pótszere, kiki saját lakásán használhatja, az év minden szakában.

MATTONI LÁPSÓJA

(száraz kivonat)

egy kilo sót tartalmazó dobozokban.

MATTONI LÁPLUGJA

(folyékony kivonat)

két kilo kivonatot tartalmazó dobozokban.

Évek hosszú során át kitűnő eredménnyel alkalmaztatnak a következő bajok ellen: méhlob és méhurut, petefészeklob, para- és perimetritis, hashártyalob, sápkór, vérszegénység, görvélkór, angolkór, lobos izzadmányok, fehér-folyás, elvetélésre való hajlam, részleges hűdés és félhűdéses állapotok, köszvény, czúz, ischias és aranyér.

Előállítva:

MATTONI HENRIK által Franzensbadban,

szállítják:

MATTONI ÉS WILLE, BUDAPESTEN

Mérleg-utca 12 és Dianafürdő-épület.

Egy postaküldemény (viteldíj 30 kr.) 4, egy-egy kilo lápsót tartalmazó, dobozból áll.

27

Védőjegy

Univ. med. Dr. PÉCSI DANI 26
nyilvános

TEHÉNHIMLŐ - TERMELO INTÉZETE

Túrkeven (Jász-Nagykun-Szolnokmegye)

tömeges oltásokhoz, jó és biztos hatékonyaságú oltó-anyagot, a következő rendkívül alacsony árakon szállít:

50 egyénre.	3.-
100	6.-
1 phiola 2-3 egyénre	—60
10 vagy több ilyen phiola	—50
1 phiola 15 egyénre	2.50

Osonagolásért 20 kr.

első és legrégibb idő óta fennálló 6

HAY **TEHÉNHIMLONYÍRK-OLTÓ-INTÉZETE**

Bécs, Alserstrasse 18. (Alapított 1873.)

Egész éven át szolgál naponta friss tehénnyírkekkel (oltóanyag-gal) a legújtanosabb árért. A megfogalmazás biztonságáért kezességet vállal. — A brüsseli nagy nemzetközi versenynél a „Diplom d' Honneur”-rel kitüntetett oltókészülékeket az önköltségi áron 6 és 5 frtjával szolgáltatja ki.



Ichthyol

sikerrel alkalmaztatik:

női bajok és sápkóránál, húgyeső-takárnál, bőrbetegségeknél, az emésztő és vérkeringési szervek bajainál, torok- és orrbántalmaknál valamint mindennemű lobos és csúzos

bántalmak ellen, egyrészt kísérletek és klinikai tapasztalatok által bebizonyult összehúzó, fájdalom-csillapító és antiparazitaer tulajdonságai, másrészt a felszívódást elősegítő és az anyagcserét fokozó hatásánál fogva.

A szert klinikusok és orvosok nagy száma melegen ajánlja és az egyetemi valamint városi kórházakban állandóan használtatik.

Az Ichthyolt illető tudományos cikkekét vénymintákkal ingyen és bérmentve szétküld az

Ichthyol-társaság, Cordes Hermann és társa,
Hamburgban.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Előleges közlemény a budapesti m. kir. tudomány-egyetem élettani intézetéből.

A fehérjemennyiség meghatározásának egy új módja.

Klug Nándor tanártól.

A fehérje mennyiségi meghatározására igen alkalmasnak bizonyult vizsgálataim alatt a biuretkémlés, melynek segédelmével spektrophotometrikus úton határozom meg a fehérje mennyiségét. E célra a Glan-féle spektrophotometert¹ használok, úgy a mint ez, festékek mennyiségének meghatározására, Neubauer és Vogel könyvének² Huppert által átdolgozott kiadásában le van írva. A biuretkémlést úgy csinálom, hogy a kérdéses folyadékból mérőüvegbe 4 kemt.-t, hozzá tömör natronlúgból 2 kemt.-t és 10%-os kénsavas rézéleg oldatából 4 cseppet adok, az egészet jól összerázom és alkalmas szűrőpapíron átszűröm. A szűrés azért szükséges, mivel különben, ha kevés a fehérje az oldatban, a jelenlévő kénsavas rézéleg mint olyan megfesti a folyadékot s ez a mennyiségi meghatározást lehetetlenné teszi; a szűrőpapírt pedig annyiban kell megválasztani, a mennyiben szükséges, hogy szűrés alatt az erősen lúgos folyadékban a papír fel ne oldódjék, mert az oldatban úszó cellulose-zsajok a pontos meghatározást zavarják. A tiszta folyadékot planparallel üveglapokból álló 11 mm. űrátmérőjű üvegteknőbe adom, melynek alsó felét az üveg űrátmérőjénél 1 mm.-rel vékonyabb flintüveg-darabka tölti ki. Ez üvegteknőt helyeztük azután az eszköz azon része elé, melyen át a fény a spektroskopba esik. Fényforrásul Auer-féle gázláng szolgál, melynek fényét megfelelő lencse, párhuzamos sugarakban, közbe helyezett tejtüvegen át, a spektroskop résén keresztül veti.

A biuretkémlés által nyert anyag a színekép zöld fényt nyeli el a legjobban. A spektrophotometert azért úgy állítottam be, hogy a színeképnek D 75 E — D 100 E közzé eső részét, vagyis a D és E Fraunhofer-féle vonalak közzé eső résznek E-ig terjedő utolsó negyedét használok a vizsgálatra; a színeképnek csak ezen része látható az okulárrésen keresztül. Az eljárás a meghatározás körül tudvalevőleg az, hogy először tiszta vízzel töltjük meg az üvegteknőt és így helyeztük a fény útjába, az eszköz forgatható nikolját pedig addig forgatjuk, a míg a színekép egymás felett álló két fele egyenlő fényűvé nem lesz, a szöget, mely körül a nikolt forgatni kellett, feljegyezzük; ez az α szög. Azután helyeztük a meghatározandó színes anyaggal megtöltött üvegteknőt a fény útjába és pedig úgy, hogy az anyag a fényt átbocsátó rés felső fele elé kerüljön, az alsó előtt van a flintüveg-darabka és most újból addig forgatjuk a nikolt, míg a színekép egymás felett levő két felét egyenlő fényűnek nem látjuk. A nikol ezen szögállását is feljegyezzük magunknak; ez a β szög. E β szöget többször, ismételten, határozzuk meg s a nyert értékek középértékeit vesszük β szög gyanánt. Az α és β szög segédelmével meghatározható az oldatból kitérő fény intenzitása, illetve a törlési

együttható (E), a mennyiben $E = -2(\log \lg \alpha - \lg \lg \beta)$, melylyel egyenesen aránylik a festőanyag tömörsége is. Különböző tömörségű oldatok törlési együtthatói tehát az oldatok viszonylagos tömörségét fejezik ki. Ha pedig az anyag abszolút mennyiségét meg akarjuk határozni, akkor a színes folyadéknak pontosan lement oldatát készítjük, olyan oldatát, melyről tudjuk 100 kem. folyadékban mennyi van az anyagból; ezt jelöljük c -vel s ennek is kiszámítjuk a törlési együtthatóját.

Ebből az elszörpölési viszony $A = \frac{c}{E}$, melynek segédelmével ismeretlen tartalmú oldatban megtudjuk az anyag mennyiségét $= x$, ha ennek törlési együtthatóját, E -t, A -val szorozzuk; $x = EA$.

Az eljárás pontosságáról meggyőződendő, számos meghatározást tettem ismert térfogatú fehérje-, hemialbumose- és pepton-oldatokkal. Az anyagokat 20% tömör natronlúg és 80% párolt víz elegyében oldottam fel.

E végből az anyagból 0.5 gm.-ot 50 kem. folyadékban feloldva, ezzel mint 1%-os oldattal tettem az első meghatározást, azután a maradékból 40 kem.-hez adtam 10 kem. vizet, ez adott 0.8%-os oldatot, ennek maradékából 30 kem.-hez 10 kem. víz adott 0.6%-os oldatot és így tovább egészen 0.1%-os oldatig. Csak a peptonoknál, mint melyek biurectiójának sokkal kisebb a festőképessege, indultam ki 3%-os oldatból. Az 1 cm. átmérőjű üvegbe adott folyadékok mennyisége 0.1%-os hígításban még meg volt határozható, nagyobb fokban hígított fehérje-oldatoknál a fehérjék meghatározására nagyobb átmérőjű teknőt kell venni. Meghatározásaim közül nehánynak eredményét a következő táblázatban állítottam össze, mely táblázatra nézve csupán még csak azt jegyzem meg, hogy az α szög mindezen meghatározások alatt $43^\circ 24'$ volt.

Kísérlet	Használt		β	E	A	x = talált % tartalom
	anyag	% tar- talam				
1.	Syntonin	1.0	$8^\circ 55'$	1.5602438	0.64	—
		0.8	$12^\circ 36'$	1.2528216	—	0.8
		0.6	$18^\circ 8'$	0.9210558	—	0.59
		0.5	$21^\circ 3'$	0.7808444	—	0.499
		0.4	$23^\circ 48'$	0.662483	—	0.4
		0.3	$28^\circ 32'$	0.4807302	—	0.3
		0.2	$33^\circ 16'$	0.3186170	—	0.2
		0.1	$37^\circ 46'$	0.1731426	—	0.1
		1.0	$9^\circ 3'$	1.5504048	0.64	—
		0.8	$12^\circ 17'$	1.2756248	—	0.81
2.	Alkalialbuminat	0.6	$17^\circ 24'$	0.9593182	—	0.60
		0.5	$20^\circ 49'$	0.7914456	—	0.50
		0.4	$24^\circ 11'$	0.646838	—	0.41
		0.3	$27^\circ 53'$	0.5043854	—	0.32
		0.2	$33^\circ 51'$	0.298399	—	0.19
		0.1	$37^\circ 50'$	0.1710556	—	0.12
		1.0	$10^\circ 49'$	1.3891164	0.72	—
		0.8	$14^\circ 43'$	1.1126888	—	0.80
		0.6	$19^\circ 51'$	0.8364294	—	0.60
		0.5	$23^\circ 9'$	0.6894532	—	0.496
3.	Kasein, Hammarsten szerint	0.4	$26^\circ 20'$	0.5623324	—	0.38
		0.3	$30^\circ 23'$	0.4152186	—	0.298
		0.2	$34^\circ 41'$	0.2712482	—	0.195
		0.1	$39^\circ 18'$	0.1254362	—	0.09
		1.0	$10^\circ 49'$	1.3891164	0.72	—
		0.8	$14^\circ 43'$	1.1126888	—	0.80
		0.6	$19^\circ 51'$	0.8364294	—	0.60

¹ Pflüger, Archiv f. d. g. Physiologie. 24. k. 307. 1.

² Neubauer und Vogel, Analyse des Harnes. 1890. 415—423. 1.

Kísérlet	Használt		β	E	A	talált % tartalom
	anyag	% tar- talom				
4.	Globulin	1.0	10° 25'	1.422607	0.70	—
		0.8	14° 10'	1.1472162	—	0.80
		0.6	19° 19'	0.862034	—	0.60
		0.5	22° 11'	0.730869	—	0.51
		0.4	25° 38'	0.5892994	—	0.41
		0.3	29° 28'	0.447379	—	0.31
		0.2	34° 0'	0.2934888	—	0.20
		0.1	38° 29'	0.1507718	—	0.10
		1.0	12° 29'	1.2611496	0.796	—
		0.8	16° 26'	1.0119718	—	0.8
5.	Serumalbumin	0.6	21° 31'	0.7599278	—	0.6
		0.5	24° 21'	0.6400954	—	0.5
		0.4	27° 40'	0.5062222	—	0.4
		0.3	31° 25'	0.3796628	—	0.3
		0.2	35° 09'	0.2561748	—	0.2
		0.1	38° 44'	0.1429994	—	0.11
		1.0	12° 37'	1.2915654	0.774	—
		0.8	16° 33'	1.04542	—	0.81
		0.6	21° 29'	0.8013556	—	0.62
		0.5	24° 50'	0.660677	—	0.51
6.	Tojásfehérje	0.4	29° 5'	0.5009288	—	0.39
		0.3	32° 30'	0.3830348	—	0.298
		0.2	35° 4'	0.25886	—	0.2
		0.1	38° 0'	0.1622	—	0.12
		1.0	15° 18'	1.1068736	0.93	—
		0.8	19° 10'	0.8693424	—	0.8
		0.6	23° 46'	0.6638522	—	0.61
		0.5	26° 08'	0.5699792	—	0.52
		0.4	29° 32'	0.4450000	—	0.41
		0.3	33° 21'	0.314844	—	0.29
7.	Serumglobulin	0.2	36° 30'	0.2130458	—	0.198
		0.1	40° 4'	0.10187	—	0.0946
		1.0	15° 7'	1.088309	0.91	—
		0.8	19° 0'	0.8775198	—	0.798
		0.6	23° 43'	0.665909	—	0.60
		0.5	26° 4'	0.5725374	—	0.52
		0.4	29° 9'	0.4586056	—	0.41
		0.3	32° 21'	0.3426314	—	0.31
		0.2	35° 47'	0.2358574	—	0.21
		0.1	39° 12'	0.1285304	—	0.11
8.	Hemialbumose	1.0	15° 37'	1.0586422	0.944	—
		0.8	19° 47'	0.8395982	—	0.79
		0.6	24° 13'	0.6454874	—	0.6
		0.5	26° 41'	0.5491526	—	0.51
		0.4	29° 43'	0.462173	—	0.41
		0.3	32° 33'	0.341417	—	0.32
		0.2	35° 50'	0.2342598	—	0.21
		0.1	39° 4'	0.1326592	—	0.11
		1.0	31° 30'	0.420435	2.65	—
		0.8	33° 43'	0.3027726	—	0.8
9.	Hemialbumose	0.6	35° 49'	0.2347922	—	0.61
		0.5	36° 57'	0.1988122	—	0.51
		0.4	38° 25'	0.1528472	—	0.4
		3.0	14° 15'	1.1419068	2.635	—
		2.0	21° 20'	0.7681012	—	2.0
		1.0	31° 33'	0.3751244	—	0.987
		0.8	33° 37'	0.3060584	—	0.80
		0.6	35° 43'	0.2379888	—	0.62
		0.5	37° 02'	0.1961836	—	0.50
		0.4	38° 21'	0.1549236	—	0.399
10.	Pepton, Kühne szerint	0.3	39° 41'	0.1135956	—	0.30
		1.0	14° 15'	1.1419068	2.635	—
		2.0	21° 20'	0.7681012	—	2.0
		1.0	31° 33'	0.3751244	—	0.987
		0.8	33° 37'	0.3060584	—	0.80
		0.6	35° 43'	0.2379888	—	0.62
		0.5	37° 02'	0.1961836	—	0.50
		0.4	38° 21'	0.1549236	—	0.399
		0.3	39° 41'	0.1135956	—	0.30
		1.0	14° 15'	1.1419068	2.635	—
11.	Pepton, Kühne szerint	2.0	21° 20'	0.7681012	—	2.0
		1.0	31° 33'	0.3751244	—	0.987
		0.8	33° 37'	0.3060584	—	0.80
		0.6	35° 43'	0.2379888	—	0.62
		0.5	37° 02'	0.1961836	—	0.50
		0.4	38° 21'	0.1549236	—	0.399
		0.3	39° 41'	0.1135956	—	0.30
		1.0	14° 15'	1.1419068	2.635	—
		2.0	21° 20'	0.7681012	—	2.0
		1.0	31° 33'	0.3751244	—	0.987

A táblázatból látható, hogy a spektrophotometrikus eljárás mily pontos meghatározásokat enged meg. Kiss Ferencz¹ a kolozsvári élettani intézetben a kicsapó eljárással a fehérje mennyiségének meghatározására szolgáló más 19 módszert hasonlított össze és 1220 fehérjemeghatározást tett s úgy találta, hogy azon eljárások közül a Christensen²-féle albuminometer használható leginkább mint olyan, melylyel gyorsan és aránylag a legpontosabban lehet a fehérje mennyiségét meghatározni. Az ezen ajánlott eljárással nyert eredmények a kicsapó módszer eredményeitől középértékben 5.14%-kal eltérő eredményt adtak. Saját módszeremmel a legnagyobb hiba a 2. és 6. számú kísérlet 0.1%-os oldatánál fordul elő, hol is az 20%-ot tett. De az ily hibák felette kivételes esetek, kellő

gyakorlat és a meghatározásnak sokszoros ismétlődése mellett, midőn azután a középértéket vesszük, ezek határozottan elkerülhetők; ez adatokat magam is inkább azért vettem be a táblázatba, hogy a lehető hibára utaljak. A hiba középértéke az első kísérletnél 0.4, a másodiknál 1.7, a harmadiknál 1.3, a negyediknél 1.0, az ötödiknél 0.04, a hatodiknál 1.6, a hetediknél 0.7, a nyolcadiknál 2.0, a kilencediknél 1.7, a tizediknél 0.8 és a tizenegyediknél 1.0%-ot tesz, az általános középérték pedig 1.11%, a mi, tekintve az ismételt higitásoknál elkerülhetetlenül előfordult hibákat, valóban csekélynek mondható. Ezek szerint az eljárás a kicsapó módszertől eltekintve, mely Hammarsten³ szerint lehető gondos eljárás mellett átlag 0.01% hibával jár, minden más eljárásnak elébe teendő. Nagy előnye az eljárásnak az is, hogy segédelmével a fehérje mennyisége $\frac{1}{4}$ óra alatt meghatározható, míg a kicsapási módszer nagy idővesztéssel jár. Ez eljárás a fehérjemennyiségnek a húgyban való meghatározására is előnyösen használható fel. Ha nem igen pontosan kívánjuk a fehérje mennyiségét meghatározni, akkor elegendő a kémlelőskor a kellőnél néhány cseppel több rézeleget a folyadékhoz adni s azt összerázás után kettős szűrőpapíron átszűrni, az ilyenkor képződő csapadék tudniillik a húgyfesték legnagyobb részét visszatartja a szűrőpapíron; ha pedig pontosan akarunk eljárni, akkor a két festék, a húgyfesték és a biuret-kémlelőskor képződő színes anyag mennyiségét külön-külön határozzuk meg, azon eljárás szerint, melyet Vierordt⁴ két egyidejűleg jelenlevő festőanyag meghatározására először ajánlott. A fentebbiekben ismertetett eljárással általam tett vizsgálatokról majd más alkalommal számolok be.

Syringomyelia egy esete.

Közli Mann Mór dr.

A syringomyelia kórismészeteti tekintetben még jelenleg is távol van attól, hogy mint más, tünetileg jól körülírt gerinczagi bántalom, minden esetben diagnosztizálható volna. Az irodalomban közölt eseteknek nagy sorozata került nyilvánosságra, mely esetek mindegyikében megtalálhatók azon cardinalis tünetek, melyek jelenléte nélkül syringomyeliát kórismézni nem lehet, azonban még mindig nagy azon esetek száma is, melyekben az észlelők syringomyeliára nem is gondolnak s necroscopiánál, illetőleg a gerinczagi szövettani vizsgálatánál mégis syringomyelia találtatott.

Ezen gerinczagi bántalom diagnostikájában tehát ma már csak annyiban nyilvánulhat bizonytalanság, hogy gyakran pontosan kórismézhető, gyakran pedig gyanu sem támad jelenléte felől. Hogy minő okok szerepelnek ezen utóbbi esetben, az a kórkép sokfélesége miatt könnyen nem dönthető el, azonban legkevésbé gátolja az észlelőt felismerésében a bántalom kezdeti stadiuma. Gyakran ugyanis kombinálva van a kórkép más megbetegedésekkel, mely körülmény miatt a syringomyelia kórképe egészen elhomályosulhat; így tudjuk, hogy a paralysis progressiva néha syringomyeliával szövődött, a midőn a beteg vizsgálata igen nehéz, sőt az egyénnél jelenlevő psychikus zavarok miatt olykor lehetetlen. Észleltetett már a syringomyelia csupán egy tünet, a pemphigus universalis jelenléte mellett, mely esetben csakis a kórbonczati vizsgálat derítette ki a syringomyeliát. Újabb időben a Raynod és Morvan-féle betegség szintén a nevezett bántalommal hozatik oki összefüggésbe. Végre tapasztalható még más körülmény is, mely alkalmas lehet a bántalom felismerésénél akadályul szolgálni, t. i. ha az hosszú ideig való fennállása mellett spontán javulásokat mutat, midőn még a cardinalis tünetek is elmosódhatnak, s ha a beteg ezen időszakban kerül orvosi megfigyelés alá: könnyen megtörténhetik, hogy a bántalom felismerhető nem lesz.

A kórkép különféleségére nagy befolyással van az, hogy azon türegképződések, melyeket a gerinczagi gliosisa előz meg, általában mely szakaszban, mely helyen jelentkeznek, miután ismeretes, hogy felfelé a pons, lefelé az ágyéki rész képezik azon határokat, melyek között syringomyelia fejlődhetik, s

¹ Orvosi Hetilap 1893. évf. 19. sz.

² Virchow-féle Archiv. f. path. Anatomie stb. 115. k. 128. lap.

mivel már ezen oknál fogva is változhatnak különböző esetben a tünetek, mennyivel inkább fognak azok különbözni akkor, midőn a kóros folyamat a gerinczagy haránt irányában mindig különböző intenzitással más és más részekre terjed át.

Minthogy pedig a kóros változás minden esetben a gerinczagy hátsó szürke állományában jelentkezik legelőször: nagyon természetes, hogy a kezdeti tünetek első sorban is az érzési kör zavaraiiban fognak nyilvánulni, csak hogy kezdetben ezen zavarok még oly csekélyek, hogy pontosan még ki nem mutathatók, vagy a mi még gyakoribb, ezen irányban vizsgálás sem történik, s csak a legritkábbak közé sorozható Charcot azon esete, melyben — syringomyeliánál — az érzési zavarok a bántalom jelentkezése után 7 évre mutatkoztak legelőször.

Valószínűleg a felsorolt tények eredményezték azt, hogy a buvárok főleg az anaesthesiákat tekintik ezen bántalom cardinalis tünetei gyanánt, s hogy főleg ezen tünetek jelenlétére van alapítva a syringomyelia kórisméje, s ha még ezekhez mozgási, trophikus és vasomotorius tünetek is társulnak: akkor a syringomyelia diagnosisa nem is valószínű többé, hanem — bizonyos.

S. I., munkás neje, állítólag mindig egészséges volt. Atyja 64 éves korában tüdőgyulladásban, anyja 44 éves korában állítólag méhrák folytán halt el, egy leánya él és egészséges. Jelen baja 1891. év nyarán kezdődött s ugyanezen idő óta bal szemé strabotikus, ezen bajával egyidejűleg lassanként lesoványodás, gyengeség jelentkezett betegnél. 1892. év tavaszán fájdalmakat kezdett érezni a 4. és 5. nyakesigolya táján, mely fájdalmak mindig gyakrabban ismétlődtek s intensívebbek lettek, sőt a bal vállizületre s a felkarra is egész a könyökig kisugároztak. Ezen fájdalmak tompák, olykor nyilaló jellegűek. Ezen fájdalmakon kívül a felső végtagban még nagyfokú gyengeség, hangyamaszásszerű érzés és zsibbadásról panaszkodott; ezen felsorolt okokból kénytelen volt orvosi segílyt igénybe venni.

Jelen állapot. A középtermetű, meglehetősen lesoványodott nőbeteg izomrendszere kis térfogatú, petyhüdt, csontrendszere gyengén fejlett; a látható nyákhártyák igen haloványak; koponyaalkat rendes, sem ezen, sem az arcon asymmetria nem észlelhető, a nyak részarányos, a mellkas domborad, mindkét fele légzésnél jól kiemelkedik. Vérkeringési és légzési szervekben sem kopogtatásra, sem hallgatódzásra eltérés nem észlelhető.

Az idegrendszer körében következő elváltozások észlelhetők:

A bal szem a m. rectus externus teljes hűdése található, míg a többi szemizmok működésében semmi rendellenesség nem mutatható ki; mindkét szem pupillája egyenlő, fényre jól reagálnak; a két arcfél innervációjában eltérés nem észlelhető. A nyelv egyenesen nyújtatik ki, deviatiót nem mutat, uvula a középvonalban áll, az inyitorla hangoztatásnál szabályosan mozog, nyelés szabad. A beteg fejtartásában csak annyiban található rendellenesség, hogy az — a beteg álló helyzetében — kissé előre hajolt, de minden irányban szabadon mozoghat. A gerincoszlop háti szakasza csekély fokú kyphoscoliosist mutat, megfelelő ágyéktáji lordosissal; a gerincoszlop 5—6. nyaki csigolyájának megfelelőleg beteg állandó, spontan fellépő fájdalmakat érez, melyek ütögetésre, nyomásra nem fokozódnak; a baloldali mellizmok, valamint a bal felkar összes izmai feltűnően lesoványodtak, a bal angulus scapulae jobban eláll mint a jobboldali, úgy hogy a vizsgáló ujjak mélyen alá-süllyeszthetők.

A bal felkar izmaiban, főleg a triceps és deltoideusban gyakori fibrillaris rángások láthatók, a bicepsben ugyanilyenek, bár ritkábban észlelhetők. Beteg ezen oldali vállát sem emelni, sem mell-, sem hátfelé mozgatni nem képes. Ezen végtag tehát csak lecsüng, vagy pedig az ép oldali végtag által támasztatik; a felkar nyugalmi állásban a törzshöz simul, és active sem abductiót, sem rotatiót nem végezhet; az alkar emelése is csak a vízszintesnél jóval alább eső magasságig történhetik. Az előkar pronatiója és supinatiója kielégítő, míg annak hajlítása igen korlátozott, valamint az alkar feszítő izmainak működése is igen csökkent.

A bal kéz apró izmaiban csekély fokú sorvadás jelei észlelhetők, ugyanezen kéz nyomó ereje rendkívül csökkent.

A jobboldali felső végtag izmaiban csekélyesebb fokú atrophia, de az izomzat működésében rendellenesség nincs; a jobb kéz nyomó ereje rendellenességet nem mutat.

Az alsó végtagok izmainak működése rendes. Járás szintén rendes, csak hogy e közben gyorsan elfárad.

Térdreflexek mindkét oldalon fokozottak, a baloldali valamivel nagyobb mértékben; úgyszintén mindkét oldali Achilles-in reflex is fokozott. A coordinatio ép, behunyt szemekkel beteg állni, sőt járni is tud.

Az érzési körben eszközölt vizsgálatoknál kiderült, miszerint beteg a homlok és arczbőrre, valamint a nyak és tarkótájra gyakorolt érintéseket észreveszi. A bal cucullaris és deltoideus, valamint a bal felső végtag egész hosszában a tactilis érzés ép, míg a fájdalom érzése csökkent, úgy hogy ezen tájakon a tűszúrásokat és csipéseket csak igen gyenge fájdalomérzés gyanánt jelzi, sőt a behatás pillanatától számítva csak buzamosabb idő múlva; ennél fogva semmi kétség sem lehet az iránt, hogy nevezett helyeken nemcsak csökkent fájdalomérzés, hanem lassúbb vezetés is van jelen, míg a tactilis érzés mindenütt változatlan. Mindezen tünetek pedig nemcsak a bal-, hanem a jobboldali cucullaris tájon is észlelhetők. A test többi részein partialis anaesthesiáknak nyoma sincs.

Villamos vizsgálat betegnél semmiféle elváltozást nem tüntet fel. Bevezetett és állandó árammal történt ingerlésekre az izmok prompt összehúzódással felelnek s elfajulási reactio kimutatása nem sikerül.

Két hónappal később a kórkép annyiban szenvedett változást, hogy beteg az általános izomgyengeség folytán ágyban kénytelen maradni, midőn 3—4 napi ágybanfekvés után a baloldali gluteus táján gyermektenyérnyi decubitus fejlődött, a bal felső végtag izomzatának nagyfokú atrophiaja mellett az izületekben csekély és passive könnyen lektüzdhető contracturák láthatók, az ujjakban athetosishez hasonló mozgások s végre a kéz volaris felületén az epidermis pikkelyszerű, bő lehámlása (mely tünetet Török dr. trophikus zavarnak tart).

Jelenleg az elősorolt tünetek mellett még kisebb fokú hőérzés csökkenés is észlelhető, a mennyiben alacsonyabb hőfokú folyadékok között csak nehezen tud megkülönböztetni.

Beteg rendkívül izzad, míg a kóros végtagban állandó hidegségi érzésről panaszkodik.

Hólyagzavarokat nem említ, ellenben tartós hasmenésekben szenved, melyek időszakonként jelentkeznek s minden szereléssel daczolja, 2 sőt 3 hétig is eltartanak.

Vizelet napi mennyisége 8—900 kcm. között változik, f. s. 1020, idegen alkatrészeket nem tartalmaz.

Beteg különösen a nyaki tájról eredő s a bal könyökig kisugárzó fájdalmakról panaszkodik; hallása, látása ép, szemtüköri lelet negatív.

Ezen kórtörténetből kitűnik, hogy a bántalom centralis eredetű, s e mellett bizonyít a kétoldali cucullaris tájon symmetrice kimutatható anaesthesia, továbbá az, hogy nemcsak a kóros felső végtagban, hanem a jobb oldalon is kimutatható csekély fokú izom-atrophia, valamint a bal gluteus tájon jelentkezett decubitus s végre a bal szem befelé való convergentiája, más szóval a baloldali abducens hűdése, melyet ugyanazon okra kell visszavezetnünk, mint a mely oknak az egész tünetcsoport tulajdonítható. Ezen utóbbi tünetre azonban egészen pozitív bizonyítékot felhozni nem lehet, mivel önként feltolul azon kérdés, hogy vajjon a bal abducens hűdése a gerinczagyban székelő s később megállapítandó kórfolyamatától nem független-e; ezen kérdés annál jogosultabb, mivel a n. abducens hűdése teljesen izolált, s miután ezen hűdés nuclearisnak tartandó: nem gondolhatjuk, hogy egy kóros folyamat miként localizálódhat csupán egy ideg nucleusra s valószínűnek látszik vagy legalább nem lehetetlen, hogy egy sclerotikus vagy lágyulási góctól van feltételezve.

Az irodalomban közlött syringomyelia némely eseteiben előfordultak már szemizomhűdések, melyek okairól azonban említés nem történik.

Jelen bántalom tehát csupán izom-atrophia és baloldali abducens hűdéssel két év előtt vette kezdetét, mindkét tünet lassú, de fokozott fejlődést mutatott egy évi tartamig, midőn 1892. május havában a 4. és 5. nyakcsigolya táján fájdalmak jelentkeztek, melyek lefelé a bal könyökig kisugároztak, mely fájdalmak szolgálták okul orvosi segélyt igénybe venni, később a bal felső végtag paretikus lett, s e miatt ezen végtagját csak korlátolt fokban hozhatta működésbe, ugyanezen végtag egész hosszában beteg sem szúrást, sem csípést nem érzett; hőérzés forró és jéghideg iránt érintetlen; továbbá jelentkezett decubitus, a bal tenyér epidermisének bő hámlása, a kóros végtag contracturája, az athetosiszerű mozgások.

Ezen röviden összefoglalt tünetekből első sorban az látható, hogy a bántalom oka a gerinczagyban székel, sőt meghatározható a kóros tünetek alapján azon szakasza a gerinczagnak, melyben a kórfolyamat localizálása történhetik, t. i. az 5. nyakcsigolya tájon; agybántalomra, agyi tünetek hiánya miatt nem is gondolhatunk. A felsoroltak folytán kitűnik az is, hogy ezen gerinczagi bántalom még mindig haladó állapotban van, dacára annak, hogy időközönként úgy látszik, mintha a tünetek javulásnak indulnának. Úgy ezen körülmény, valamint a mozgási, érzési és trophikus tünetek a diagnosishoz fontos és számottevő adatokat nyújtanak, s ezen adatok segélyével képesek vagyunk kizárni mindazon bántalmakat, melyekkel a szóban levő eset egyik-másik tekintetben némi hasonlatosságot tüntet fel; így első sorban is a spinalis izomsorvadás az, melyhez a kórkép némileg hasonlít, azonban esetünkben az izomsorvadás nem történt a Duchenne-Arandt-féle typus szerint, továbbá esetemben határozottan anaesthesiák is kimutathatók, s végre hogy leírt esetünk az izomzat villamos reakciójára nézve is különbözik attól. Ugyanezen okokból a sclerosis lateralis is kizárható.

Miután pedig jelenleg e tünetek alapján a kórkép sokkal határozottabb jelleget öltött, úgy hogy a kórfolyamat sokkal közelebből határozható meg úgy székhelyére, mint természetére nézve, csupán egy peripherikus bántalomtól kell azt megkülönböztetnünk, mint olyantól, melylyel a tünetek legnagyobb részben megegyezni látszanak, t. i. a plexus brachialis hűdésétől, mely a karidegek különböző fokú s különböző terjedelmű megbetegedésében áll, mely épen ezen sokféleségek miatt különbözőképen lehet kombinálva. A kórtörténetben ismételve említett bal felső végtag kóros állapota azonosnak látszik a plexushűdéssel, mert ugyanolyan tünetek, milyenek a bal felső végtagon észlelhetők, létrejöhetnek akkor is, ha a bántalom székhelye a plexus brachialisban, sőt akkor is, ha az még magasabban van, esetleg a gerinczagy mellső és hátsó gyökereinek egyesülési helyéig. Ha csupán azon tüneteket tekintjük, melyek a bal felső végtag mozgási, érzési és trophikus zavaraiiban nyilvánulnak: akkor plexushűdés ellen alig hozhatnánk fel bizonyítékokat, de ellene szól esetünkben a mindkét oldalon symmetrikusan a cucullaris tájára is kiterjedő érzési anaesthesia, mely baloldali plexushűdésből kimagyarázható nem volna, hasonlóképen centralis bántalom mellett bizonyít az összes izomzat kisebb-nagyobb fokú atrophijája, valamint a bal glutaeus táján oly rohamosan fejlődött decubitus, mely tünet csak úgy tekinthető, mint más trophikus zavar, azon különbséggel, hogy fellépését a megfelelő tájra gyakorolt állandó nyomás siettettheti. Jellemző ezen decubitusra nézve az, hogy ugyanazon oldalon lépett fel, mely oldal leginkább volt kórosan afficiálva, s kifejlődése három nap alatt történt a nélkül, hogy beteg állandóan ezen oldalán feküdt volna.

Végre ismeretes azon különbség, melyet a peripherikus és centralis okokból hűdött izmok tanúsítanak a galvanáram iránt, hogy tehát esetünkben sem csökkent, sem elfajulási reactio a legnagyobb fokban atrophikus izmokban sem volt kimutatható.

Ezekből látható, hogy az egész tünetesoport centralis eredetű bántalom mellett bizonyít, sőt bizonyítja azt is, hogy azon bántalom, azon kóros folyamat a gerinczagnak nemcsak bal, hanem jobb felére is áttérjed, bár ezen oldalra sokkal csekélyebb mértékben, úgy hogy míg a bal oldalon a

hátsó szűrke szarv, pyramidalis rostok s a mellső szűrke szarvak, addig jobb oldalon csupán a hátsó köteg rostjai s csekély fokban a mellső szűrke szarv ganglion sejtjei vannak kórosan elváltozva.

A kórboneztani elváltozás azon módja, mely szerint a gerinczagnak nem egész harántátmetsete van megtámadva, hanem az említett kötegek s ezeknek is valószínűleg csak kis részlete, míg a kóros helyek között physiologicse ép részek is vannak: megkülönbözteti a fenforgó kóros folyamatot más gerinczagi bántalmaktól, így pl. a chronikus myelitistől, sőt a myelitis transversától is, az elsőtől azért, mivel ily ellentétes fekvésű rostkötegek megbetegedése chronikus myelitistől elő nem fordul, a myelitis transversától pedig azon okból, mivel, ha a lobos folyamat a gerinczagy harántirányában terjed, akkor ezen terjedés nem részleges, hanem diffus szokott lenni.

Nem képzelhető, hogy a gerinczagnak a leírt esetben történt elváltozása tumor vagy valamely más okból származott compressio útján jönné létre.

Sclerosis polyinsularis felvételére hiányzanak a legcardinalisabb tünetek.

Az említett bántalmak kizárása után az egész kórkép csupán syringomyelia felvétele által magyarázható; a bántalom kezdete, a 4—5. nyakcsigolya táján jelenlevő olykor fokozódó fájdalmak, a bal felső végtag paresise, egyes izmoknak hűdése s különböző izmoknak különböző fokú atrophijája, ezen atrophijának jobb oldalon való jelenléte is csak syringomyelia felvétele által érthető, sőt kiváltképen azon érzési zavarok, a hőérzés csökkenése, a tactilis érzés érintetlen állapota s az izmoknak galvanáram iránti viselkedése, mindnyájan olyan tünetek, melyek syringomyelia mellett bizonyítanak; az érzési zavarok közül pedig, azt hiszem, hogy egyedül a fájdalomérzés hiánya is elegendő adatot képezhet a syr. biztos kórismézéséhez.

Schiff az anaesthesiákra vonatkozólag végzett kísérletei alapján fajlagos pályákat vett fel a hátsó kötegekben, t. i. azon eredményre jutott, hogy a fájdalom, hő és tactilis ingerek vezetése izolált pályákon át történik; míg Kahler, Schultze és különösen Dejerine azt állítják, miszerint a fájdalom és hőingerek vezetésére ugyanazon rostok szolgálnak és csupán a tactilis ingerek vezetésére létezik a gerinczagy hátsó szűrke rostjai között egy külön pálya. Ezen feltevéstük mindnyájan betegészletekre alapítják, a mennyiben Kahler és Schultze oly betegeknek, kiknél életben csupán a tactilis érzés hiányzott, post mortem syringomyelia találtatott, Dejerine pedig egy esetet említ, melyben a fájdalom és hőérzés teljes hiánya mellett, mely anaesthesiák pedig 20 év óta álltak fenn: a tactilis érzés teljesen ép volt, ezen okból a fájdalom és hőérzést ugyanazon pályára localizálta s csupán a tactilis érzésnek tulajdonított külön pályát; de később ezen véleményét módosítani volt kénytelen, a mennyiben más esetben syringomyeliánál csupán a meleg érzése hiányzott, míg a hideg és tapintó érzés ép volt; sőt Charcot említi, hogy egy esetében, mely utóbb syringomyeliának bizonyult, a hőérzés hiányát a betegség kezdetétől számítva csupán 7 év múlva észlelhetette először.

Ezen észletek alapján bizonyosnak látszik először az, hogy a fájdalom és hőérzés tényleg — Schiff állításával egyezőleg — külön pályákon át folyik le, másodszor pedig, hogy a hőérzés is külön választandó, vagyis hogy a hideg és a meleg érzése is külön rostok útján történik. Ezen functio-zavarok létrejötteinek csakis a kórfolyamat tovább terjedése felel meg, úgy hogy annak útjába mindig más és más rostok kerülnek, melyek a megfelelő ingerek vezetésére szolgálnak.

A paretikus végtagban észlelhető contracturák, valamint az ujjak athetosishez hasonló mozgásai ezen végtagnak megfelelő pyramidalis rostjainak másodlagos elfajulására mutatnak, sőt ezen athetosishez hasonló mozgások még a gerinczagy elváltozását durvább kórboneztani okokra engedik visszavezetni; ezek miatt is közelebb jutunk a gerinczagi ürképződéseket megelőzni szokott gliosis felvételéhez s Miura szerint épen ezen kórboneztani elváltozás szokott oly protrahált fejlődést mutatni, s ezen kórfolyamatnál szoktak a klinikus tünetek — ellentétben az igazi gliomákkal — időszakonként javulásokat is mutatni.

A gyógykezelés, tekintve a bántalom aetiologiáját, nem nyújt kilátást a gyógyulásra. Beteg egy ízben huzamosabb ideig jodkaliumot szedett s miután a tünetek javulása éppen ezen időszakra esett: még kísérlet gyanánt inunctio kúra is végeztetett, azonban jelentékenyebb eredmény nélkül. Jelenleg csupán villamosítás alkalmaztatik, erre az általános izomerőnek csekélyebb, de határozott gyarapodása mutatkozik.

1892-dik évi kimutatás

Kövér Kálmán dr. nyilvános gyermek-gyógyintézetében járólagosan gyógykezelt betegekről Budapesten.

Kóros- portozat	Betegség	Összesen	Nem		Kor (években)						
			fiú	leány	1 alatt	1-3	3-7	7-14	14 felett		
Agy- és gerinczagi betegségek.	Anaemia cerebri	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—
	Vertigo	7	2	5	—	—	—	1	—	6	—
	Cephalalgia	28	11	17	—	—	—	1	10	17	—
	Commotio cerebri	7	4	3	1	3	3	—	—	—	—
	Meningitis cerebro-spinalis	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—
	Meningitis tuberculosa	16	5	11	9	5	1	1	—	—	—
	Hydrocephalus chronicus	7	6	1	5	1	1	—	—	—	—
	Tumor cerebri	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—
	Microcephalus	5	1	4	2	1	2	—	—	—	—
	Psychosis	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—
	Poliomyelitis anter. ac.	6	6	—	—	3	2	1	—	—	—
	Meningitis spinalis	3	3	—	—	—	—	—	—	3	—
		83	41	42	19	13	11	14	26		
Ideg-betegségek.	Eclampsia	38	20	18	32	5	1	—	—	—	—
	Epilepsia	8	6	2	—	1	—	5	2	—	—
	Chorea minor	8	3	5	—	1	—	7	—	—	—
	Arthrogryposis	1	—	1	—	—	1	—	—	—	—
	Spasmus	13	5	8	2	2	1	3	5	—	—
	Paralysis traumatica	2	1	1	—	1	—	—	1	—	—
	Paralysis diphtheritica	8	4	4	1	3	1	3	—	—	—
	Neuralgia	17	5	12	—	—	—	1	16	—	—
	Pavor nocturnus	2	—	2	—	—	2	—	—	—	—
	Asthenia nervosa	7	1	6	—	—	—	—	7	—	—
		104	45	59	35	13	6	19	31		
Fül-betegségek.	Deformitas auriculae	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—
	Accumulatio ceruminis	11	6	5	—	—	3	6	2	—	—
	Corpus peregrinum in meatu auditorio externo	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—
	Otitis externa	13	6	7	3	3	1	2	4	—	—
	Otitis furuncularis	4	—	4	—	—	1	2	1	—	—
	Catarrhus cavi tympani	7	1	6	—	—	—	4	3	—	—
	Otitis media	29	14	15	3	10	7	4	5	—	—
	Surdo-mutitas	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—
		67	29	38	7	14	12	19	15		
Szem-betegségek.	Blepharadenitis ciliaris	2	—	2	—	—	1	1	—	—	—
	Hordeolum	1	—	1	—	—	—	—	1	—	—
	Chalazion	4	1	3	—	1	1	2	—	—	—
	Strabismus	7	2	5	—	—	1	2	4	—	—
	Asthenopia	2	1	1	—	—	1	1	—	—	—
	Myopia	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—
	Hypermetropia	1	1	—	—	—	—	—	1	—	—
	Conjunctivitis catarrhalis	65	23	42	8	10	6	18	23	—	—
	" granulosa	6	3	3	—	—	—	4	2	—	—
	" exanthematica	25	18	7	—	8	9	6	2	—	—
	Ophthalmoblenorrhoea	6	1	5	4	1	—	—	1	—	—
	Echymosis conjunctivae	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—
	Keratit papulosa	24	11	13	1	7	7	6	3	—	—
	" ulcerosa	9	5	4	—	5	2	2	—	—	—
	" parenchymatosa	3	—	3	—	—	1	—	2	—	—
	" superficialis	4	3	1	1	2	1	—	—	—	—
	Leucomata	6	2	4	—	1	3	2	—	—	—
	Iritis	2	1	1	—	—	—	—	2	—	—
	Panophthalmitis	1	1	—	—	—	1	—	—	—	—
	Cataracta	3	1	2	—	—	—	1	2	—	—
	Corpus peregrinum oculi	1	—	1	—	—	—	—	1	—	—
	Amaurosis	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—
	Atrophia bulbi	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—
		174	77	97	15	36	34	47	42		

Kóros- portozat	Betegség	Összesen	Nem		Kor (években)						
			fiú	leány	1 alatt	1-3	3-7	7-14	14 felett		
Orr-betegségek.	Coryza catarrhalis	23	9	14	5	4	4	5	5	—	—
	Rhinitis ulcerosa	2	—	2	—	—	—	1	1	—	—
	Ozaena	6	4	2	—	1	—	3	2	—	—
	Epistaxis	8	3	5	—	—	3	4	1	—	—
	Polypus narium	2	—	2	—	1	—	1	—	—	—
	Corpus peregrinum in cavo narium	1	—	1	—	—	1	—	—	—	—
		42	16	26	5	6	8	14	9		
Légzési szervek betegségei.	Laryngitis catarrhalis	177	88	89	51	47	20	26	33	—	—
	Laryngitis crouposa	8	6	2	—	6	2	—	—	—	—
	Laryngostenosis chronica	1	—	1	—	—	1	—	—	—	—
	Laryngospasmus	13	10	3	9	4	—	—	—	—	—
	Catarrhus bronchialis	546	295	251	194	181	68	47	56	—	—
	Asthma bronchiale	3	—	3	—	—	—	—	3	—	—
	Infiltratio gland. bronchialis	5	1	4	2	1	1	1	—	—	—
	Pneumonia catarrhalis et crouposa	97	40	57	38	50	5	—	4	—	—
	Emphysema pulmonum	3	—	3	—	—	—	—	3	—	—
	Phthisis pulmonum	39	15	24	3	5	4	7	20	—	—
	Pleuritis	41	22	19	3	12	5	8	13	—	—
		933	477	456	300	306	106	89	132		
Vérkeringési szervek betegségei.	Pericarditis	3	1	2	—	—	—	3	—	—	—
	Endocarditis	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—
	Insufficiencia valv. bicuspid	18	2	16	—	—	1	6	11	—	—
	Stenosis ostii aortae	1	—	1	—	—	—	—	1	—	—
	Stenocardia	7	1	6	—	—	—	1	6	—	—
	Teleangiectasia	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—
	Varices	14	1	13	1	—	—	—	13	—	—
		45	5	40	2	—	1	11	31		
Száj- és toroktűri betegségek.	Caries dentis	101	37	64	—	1	15	60	25	—	—
	Anchyloglosson	11	7	4	9	4	—	—	—	—	—
	Pityriasis linguae	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—
	Stomatitis catarrhalis	21	8	13	3	7	—	5	6	—	—
	" aphthosa	44	19	25	7	31	2	4	—	—	—
	Soor	19	11	8	15	3	—	1	—	—	—
	Stomatitis ulcerosa	7	1	6	—	2	—	2	3	—	—
	Balbuties	4	1	3	—	—	3	1	—	—	—
	Palatum fissum	2	1	1	2	—	—	—	—	—	—
	Gingivitis	3	2	1	—	—	—	1	2	—	—
	Tonsillitis cat. et follic.	169	79	90	10	46	46	49	18	—	—
	Hypertrophia tonsillarum	15	6	9	—	2	8	4	1	—	—
	Pharyngitis catarrhalis	34	13	21	—	1	1	14	18	—	—
	Sarcoma faucium	1	—	1	—	—	—	—	1	—	—
	Abscessus retropharyng.	2	2	—	2	—	—	—	—	—	—
		435	187	248	48	97	75	141	74		
Hasi szervek betegségei.	Dyspepsia	251	150	101	238	6	1	3	3	—	—
	Catarrhus ventriculi	191	76	115	8	41	25	37	80	—	—
	Dilatatio ventriculi	1	—	1	—	—	—	—	1	—	—
	Cardialgia	32	11	21	—	—	—	4	28	—	—
	Enteritis cholericiformis	26	15	11	21	4	—	—	1	—	—
	Diarrhoea catarrhalis ac. et chr.	330	192	138	156	106	22	21	25	—	—
	Enteritis follicularis	11	10	1	1	7	2	1	—	—	—
	Typhlitis. Perityphlitis	2	1	1	—	—	—	1	1	—	—
	Proctitis catarrhalis	99	56	43	41	43	7	2	6	—	—
	Enteralgia	77	51	26	76	—	—	—	1	—	—
	Constipatio	66	34	32	28	19	4	6	9	—	—
	Taenia	2	1	1	1	—	—	—	1	—	—
	Ascaris	5	2	3	—	4	1	—	—	—	—
	Oxyurus	4	2	2	—	2	—	2	—	—	—
	Prolapsus intestini recti	2	1	1	2	—	—	—	—	—	—
	Polypus intestini recti	2	—	2	—	—	—	2	—	—	—
	Peritonitis chronica	12	3	9	—	1	—	4	7	—	—
	Icterus catarrhalis	2	1	1	—	—	2	—	—	—	—
	Hepatitis interstitialis	3	—	3	—	—	—	—	3	—	—
	Hypertrophia lienis	3	1	2	1	1	—	—	1	—	—
	Omphalitis	7	2	5	7	—	—	—	—	—	—
	Fungus umbilici	7	1	6	7	—	—	—	—	—	—
	Hernia umbilicalis	16	9	7	13	1	—	—	2	—	—
	" inguinalis	20	17	3	12	3	3	1	1	—	—
		1171	636	535	612	238	67	84	170		

Kóros- portozat	Betegség	Összesen	Nem		Kor (években)					
			fiú	leány	1 alatt	1-3	3-7	7-14	14 felett	
Húgy és nemi szervek betegségei.	Nephritis parenchym.	16	7	9	—	3	5	1	7	
	Lithiasis	1	1	—	—	1	—	—	—	
	Cystitis catarrhalis	11	1	10	—	—	—	3	8	
	Incontinentia urinae	2	—	2	—	2	—	—	—	
	Enuresis nocturna	2	1	1	—	—	1	1	—	
	Dysuria	12	5	7	4	3	3	—	2	
	Blennorrhoea urethrae	7	7	—	—	—	—	—	7	
	Stricture urethrae	1	1	—	—	—	—	—	1	
	Balanitis	1	1	—	—	—	—	—	1	
	Adhaesio cellularis prae- putii	4	4	—	1	3	—	—	—	
	Phimosis	2	2	—	1	1	—	—	—	
	Hypospadias	1	1	—	—	1	—	—	—	
	Orchitis	4	4	—	1	1	—	2	—	
	Hydrocele	12	12	—	12	—	—	—	—	
	Cryptorchis	2	2	—	1	—	1	—	—	
	Prostatitis	1	1	—	—	—	—	—	1	
	Masturbatio	1	1	—	—	—	1	—	—	
	Blennorrhoea vaginalis	13	—	13	—	—	—	1	12	
	Vulvo-vaginitis catarrh. Atresia cell. introitus vaginae	20	—	20	1	2	6	6	5	
		2	—	2	—	—	1	1	—	
		115	51	64	21	17	18	15	44	
Bőr-betegségek.	Erythema	20	14	6	3	5	4	4	4	
	Urticaria	11	7	4	2	4	2	1	2	
	Herpes	15	5	10	2	3	2	6	2	
	Herpes zoster	2	—	2	—	—	—	2	—	
	Eczema	108	43	65	26	35	13	23	11	
	Pemphigus	7	4	3	3	2	1	1	—	
	Lichen	4	1	3	3	—	—	—	1	
	Prurigo	9	4	5	2	3	1	—	3	
	Impetigo	8	4	4	—	4	1	2	1	
	Ecthyma	2	2	—	—	1	—	1	—	
	Furunculosis	36	17	19	14	5	3	6	8	
	Psoriasis	1	—	1	—	—	—	—	1	
	Pityriasis	1	—	1	—	—	—	—	1	
	Scabies	24	11	13	3	8	4	8	1	
	Herpes tonsurans	1	1	—	—	1	—	—	—	
	Lupus	3	1	2	—	—	1	2	—	
	Verruca	8	2	6	—	2	2	4	—	
	Combustio	11	6	5	—	3	3	2	3	
	Congelatio	4	1	3	1	—	—	—	3	
	Contusio	5	3	2	3	—	—	1	1	
	Vulnera	34	16	18	1	3	6	11	13	
	Ulcera	23	10	13	3	4	2	5	9	
	Cicatrix	2	1	1	—	—	—	1	1	
		339	153	186	66	81	45	78	69	
Sejtszövet-, mirigy- és izom- betegségek.	Inflam. textus cellulosi	4	1	3	1	—	—	1	2	
	Adenitis lymphatica	85	31	54	13	24	15	17	16	
	Abscessus phlegmonosus	34	14	20	11	8	2	5	8	
	Panaritium	6	2	4	—	—	—	2	4	
	Mastitis	8	3	5	5	—	—	—	3	
	Haematoma m. sterno- cleido mastoidei	1	1	—	1	—	—	—	—	
	Myorheuma	56	16	40	—	2	3	7	44	
	Emphysema subcutaneum	1	1	—	1	—	—	—	—	
	Atrophia musc. progres- siva	1	—	1	—	—	—	1	—	
	Struma	5	—	5	2	—	—	—	3	
	Ganglion	2	1	1	—	—	—	—	2	
	Tumor cysticus	2	2	—	—	—	—	—	2	
	Lipoma	1	—	1	—	—	—	1	—	
Izületi betegségek.	Corpus peregrinum in textu celluloso	3	—	3	—	1	—	1	1	
		209	72	137	34	35	20	35	85	
	Inflam. art. coxae	11	9	2	—	6	2	3	—	
	" " genu	15	7	8	1	8	1	3	2	
	" " pedis	1	—	1	—	—	1	—	—	
	" " cubiti	1	1	—	—	—	—	—	1	
	Spondylitis	15	8	7	1	2	7	4	1	
	Kyphosis. Scoliosis	9	4	5	—	3	2	4	—	
	Pes varus, valgus	7	3	4	—	1	—	2	4	
	Genu varum	1	—	1	—	1	—	—	—	
	Distorsio	20	7	13	—	8	3	5	4	
	Anchylosis	1	—	1	—	—	—	—	1	
		81	39	42	2	29	16	21	13	

Kóros- portozat	Betegség	Összesen	Nem		Kor (években)					
			fiú	leány	1 alatt	1-3	3-7	7-14	14 felett	
Csont- betegsé- gek.	Periostitis	50	18	32	2	16	9	6	17	
	Caries. Necrosis	4	1	3	—	—	2	—	2	
	Fractura ossium	9	6	3	—	2	4	—	3	
		63	25	38	2	18	15	6	22	
Heveny fertőzési betegségek.	Influenza	10	5	5	—	2	3	1	4	
	Morbilli	41	22	19	7	17	9	8	—	
	Scarlatina	8	7	1	—	3	4	1	—	
	Erysipelas	9	2	7	4	1	—	—	4	
	Varicella	12	8	4	2	4	3	2	1	
	Typhus abdominalis	11	8	3	—	1	4	4	2	
	Parotitis epidemica	6	4	2	1	1	—	2	2	
	Tussis convulsiva	66	25	41	9	30	22	3	2	
	Diphtheritis	30	12	18	4	18	5	2	1	
	Febris intermittens	64	28	36	5	13	8	18	20	
	Polyarthrit. rheumatica acuta	19	7	12	—	—	—	12	7	
		276	128	148	32	90	58	53	43	
Idült fertőzési beteg- ség.	Syphilis	43	25	18	26	5	—	4	8	
		43	25	18	26	5	—	4	8	
Általános táplálkozási zavarok.	Anaemia	154	43	111	6	26	21	48	53	
	Atrophia	57	23	34	34	21	2	—	—	
	Morb. macul. Werlhoffii	2	—	2	—	—	—	1	1	
	Rachitis	61	32	29	19	37	4	1	—	
	Scrophulosis	29	13	16	4	7	6	5	7	
	Diabetes insipidus	1	1	—	—	—	—	1	—	
		304	112	192	63	91	33	56	61	
Véd- himlő- oltás.	Vaccinatio et revaccinatio	80	46	34	35	22	3	19	1	
	Fő-összeg	4564	2164	2400	1324	1111	528	725	876	
		4564 3688 + 876 = 4564.								

A betegforgalom, egyes hónapok szerint, következő volt: január hóban gyógykezelettetett 345, februárban 301, márciusban 366, áprilisban 442, májusban 494, júniusban 435, júliusban 400, augusztusban 464, szeptemberben 435, októberben 366, novemberben 375 és decemberben 241 beteg gyermek. A 4564 beteg közül gyógyult vagy javult 4482; 1891-dik évről visszamaradt 43, s további gyógykezelésre 1893-dik évre visszamaradt 19 (9 fiú és 10 leány). Értesítés szerint elhalt 82 (44 fiú és 38 leány) és pedig: meningitis tuberc.-ban 14, eclampsiában 11, bronchitis diffusában 3, pneumoniában 6, phthisis pulm.-ban 6, catarrhus intestinalisban 10, diphtheriában 4 és végre atrophiában 28 beteg. A gyógyintézet IV. ker., Lipót-utca 22. szám alatt van, s a nyilvános rendelések d. u. 6—8 óráig tartanak; 17 évi fennállása óta a gyógyintézetben összesen: 51,975 beteg részesült orvosi segélyben. Az intézet igazgató-főorvosa Kövér Kálmán dr., segédorvos Pákozdy Károly dr., gyakornokok pedig: Nádas Lipót dr., Ippen József dr., Wettengl Károly dr. és Andries Szvetozár dr. voltak.

Válasz Ónodi A. dr. észrevételeire a „Hangszalagok mozgásáról”.

Pusztán azt kívánom constatálni, hogy Ónodi t. kartárs úr az általam gyakorolt tudományos kritika elől teljesen kitér. A kérdés, mi a vita tárgyát képezheti, az, hogy Ó. általam bizonyító erejűkre vonatkozólag kifogásolt kísérletei szembeszökő hibával voltak complicálva. Erre a t. kartárs sem nem mondja hogy igen, sem hogy nem; hanem egyszerűen oly fejtegetéseket ró fel nekem hibásaknak és téveseknek, melyeknek czikkemben nem is fordulnak elő. Én ugyanis nem tagadom, hanem szintén állítom és részemről is Ó.-tól függetlenül kísérletileg constatáltam, hogy a m. crico-thyreoideus a hangszalagot a középvonal felé közelíteni képes, tehát szükségtelen hazai és külföldi kísérleteire hivatkozni.

Részemről csak azt állítom: 1. hogy ezen izom által a hangrés nem képes zárulni, úgy hogy „a hangszalagok egészen közel és összeérjenek” és 2. hogy az által tehát nem képes csupán ezen

izom segítségével hangot adni, továbbá 3. hogy a recurrensok vagy vagusok átmetése után a hangszalagok mozgásai nem „következnek be továbbra is” (hanem csak feszülnek és csekély mértékben közelednek egymás felé); mind oly dolgok, melyeket a kartárs úr kísérletileg constatált, a m. crico-thyroid-nak tulajdonított és akadémiai értekezésében leírt és melyekre nézve azt állítom, hogy a kísérlet hibás, és hogy ezen kísérleteiben a gége külső izmai, a garatfűző izmok okozák a leírt jelenségeket, melyeknek működését nem figyelte meg. Ezen 3 pontra nézve várom kritikám megczáfolását akár itthon, akár Párisban, akár Romában és annak kimutatását, hogy a recurrensok átmetése után a hangszalagok továbbra is mozognak és záródni képesek, hogy az állat hangot adni tud, az összes külső gégeizmoknak működésén kívül helyezése esetén is.

Neuman M. József dr.

Végző válasz Kóssa Gy. dr. „Válaszára”.¹

Kísérleteim alapján állítottam, hogy a szabadon álló és elpárolgó ammoniak a száraz és nedves állapotban szobában kiállított cholera-, typhus-, anthrax-, diphtheritis-tenyészeteket bizonyos, a desinficiálás céljaira előnyös idő alatt előli, s ennél fogva az ammoniakkal való desinficiálását a fertőzött helyiségeknek ajánlom. Ezen eredmény fontossága nyilvánvaló azok előtt, a kik a desinficiálás hygienejét és technikáját ismerik.

Ha Kóssa dr. úr ismételt felszólalásában kimutatja, hogy eme kísérleteimet már mások is végezték, vagy hogy mások más eredményt értek el, avagy kivált ha hozzá lát a munkához ő is, és tanulmányozza az ammoniak-gőzökkel való desinficiálást, s kísérleteimnek valami helytelenségét, tévedését kimutatja: fejet hajtok. Ez tudományos eljárás volna.

De Kóssa dr. úr mindezt nem teszi, hanem más tárgyra vonatkozó citatumokkal, képzelte analógiákkal, „harminez eszendőknek előtte” írt adatokkal, munkámnak eredményét a priori gyanúsítja.

Azután pedig izetlen vicezéssel, hogy tudniillik ha az ammoniak jó desinficiáló, akkor „egykoron az árnyékszékek és istállók valóságos sanatoriumokká fognak avançoizni a fertőző bajok ellen”, munkámat a priori nevetségessé tenni törekszik. Ez már nem tudományos eljárás. Molière-féle quasi-tudós feleselgetésre pedig nekem sem időm, sem kedvem nincsen.

Budapesten, 1893. július 3-dikán.

Rigler Gusztáv dr., e. közegészségtani tanársegéd.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Élettani értekezéslet.

(1893. márczius 9-dikén.)

1. Pándi Kálmán házi nyulaknál az idült bróm-, antipyrin-, cocain- és nicotin-mérgezések tüneti képét s a kifejlődő elváltozásokat az agykéreg sejtjeiben vette tanulmányozás alá. A brómos nyulaknál bódulat, hiányos mozgás, bénulásokkal merevségek, s izgalmi jelekkel járó nyugtalanság fejlődtek ki. Az antipyrin apáthiát, a hátulsó végtagok maradékos paresisét s nagyfokú általános lesóványodást okozott. A nicotin-mérgezésnél a nicotinismus ismert ideges tünetei jelentek meg: mindig fokozódó reszketés, rohamokban nehéz lélegzés, az élet vége felé bódulat s nagy lesóványodással általános gyengeség fejlődött ki. A cocain minden befecskendés után mámoros állapotot okozott, később az állat nyugtalan lett, s hátulsó testfele merev bénulást mutatott. A szemeken pupillakülönbség s némi gyuladás támadt. E klinikai képnek okát kereste előadó az elpusztult állatok idegrendszerében a Nissl-féle festési eljárással, s kimutatta, miszerint a sejtek mellett a vezető rostok is szenvedtek az egész idegrendszerben. A nicotin-mérgezésnél a Goll-féle kötegnek csak a háti gerinczvelőre szorítkozó elváltozása állott be, ezen méretnél az idegsejtek legkésőbb s legkisebb mértékben változtak meg, míg a rostok megbetegedése is nagyobb fokú a többi mérgeknél. Munkájából (egy-egy mérge vizsgálatára két-két nyulat használt) azon következtetést vonja le, hogy ilyen mérge-

zésekkel állatoknál idegbajokat létesíthetünk kísérletileg s a tünetek okát halál után igen érzékeny módszerrel mutathatjuk ki.

Ezen előadáshoz hozzászóltak: Csapodi I. és Korányi Sándor.

2. Schaffer Károly „Adatok a másodlagos elfajulás tanához” czímen, készítmények alapján ama leletekről számol be, melyeket különböző terjedelmű agykéreg-kiirtások után nyulak idegrendszerében Tanagl tanárral együttesen talált. Érdekesebb eseteik a következők voltak: 1. faradikus árammal kikeresve a bal psychomotorius gócot, azt éles kanállal kiirtották, bizonyos idővel később vizsgálva, elfajultnak találták mindkét pyramispályát, de nagyobb fokban a keresztezettet. Némi degeneratio a Burdach-féle kötegben is volt. 2. Ugyancsak a bal kéreg mótóros területének (de inkább frontális fekvésben) szívás útján történt kiirtására a keresztezett pyramison kívül mindkét mozgató trigeminus és facialis mutatkozott elfajultnak. 3. A bal félteke hátulsó negyedének kiirtására a stratum zonale thal., az elülső ikertelep optikus rostjai, a belső tok hátulsó fele és az agykocsányok a híd magaslatáig követhető elfajulása jelentkezett. A szövettani vizsgálatot a Marchi-féle módszerrel tették meg. — Tanagl F. tnr. hozzászólásában kiemelte, hogy a kiszívással vérzés nélkül igen pontosan lehet körülírt agyvelő-részleteket kiirtani. A kiirtások után tulajdonképen bénulások nem mutatkoztak. Ezenkívül részt vettek még az eszmecsereben Mihalkovics G., Korányi Sándor és Jendrassik E.

3. Csapodi István az ideghártya megpihenéséről értekezett. Abból a jól ismert jelenségből indul ki, hogy mikor az ember világos helyről megy sötét szobába, látása sokkal gyengébbnek mutatkozik, mint a mennyit a világosság csökkenése arányában látnia kellene. Bizonyos mulékony hemeralopiát tapasztal magán az ember. Végre azonban a szem megszokja a sötétséget, tudományos kifejezés szerint a szem ideghártyája adaptálódik, megpihen. E megpihenés Hering magyarázata szerint úgy történik, hogy a látó substantia a világosság behatására beállott megfogyatkozás (dissimilatio) állapotából az újatermelődés (assimilatio) állapotába jut.

Angelucci vizsgálatai arra is világosítanak, hogyan változik meg az ideghártya világosságban és sötétségben. A pigmentes epithelium festék szemcséi a világosságban felkavarodva, az érzéklő sejtek közé nyomulnak, eltakarják, megvédik őket, s azután sötétben lassabban szállanak vissza. Albinok szemének káprázása is érthető ebből.

Az előadó a hemeralopiát is Angelucci megfigyelése alapján magyarázza a pigmentes epithelium hibáiból.

Eddig nem igen vették számba, hogy a pupilla szűk volta is közre hat a szem adaptálódására. Az előadó szivárványhártyagyuladást állott ki a bal szemén, melynek pupillája szűk maradt. Ennek az a következménye, hogy míg világos helyen a bal szeme látása is teljes, homályos helyen bizonyos fokú hemeralopiája van, mely csak hosszabb idő multán szűnik. Hogy ennek az oka csakugyan a szembogár szűk volta, azzal is megállapíthatta, hogy az ép jobb szemén is előidézhette ezt az állapotot, ha pilocarpinnal megszűkítette a szeme bogarát, ellenben ha cocainnal kitágította, tetemesen megjavult a szeme adaptálódása. Vizsgálatait a Förster fotométerjével tette. Hozzászóltak Szili A. és Rákossy B.

Végül az értekezletek napját jövőre szerdára tették át.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Revue de la tuberculose. Sous la direction de mm. les professeurs Verneuil, Bouchard et Chauveau. Redacter en chef: L. H. Petit. Paris, G. Masson, Éditeur.

Fenti cím alatt három hónaponként megjelenő új folyóirat jelenik meg, folytatásaként az „Études expérimentales et cliniques sur la tuberculose” című vállalatnak, melyből eddig összesen három vaskos kötet látott napvilágot változatos és értékes tartalommal. A vállalatnak folyóirattá átalakulására az szolgáltatja az okot, hogy a kötetek a beérkezett közlemények számához képest csak hosszabb, rendetlen időközökben jelenhettek meg s így például egy dolgozat közlése csak 6—8 hónap múlva volt lehetséges. Ennek azután az volt a természetes és könnyen menthető következménye, hogy a szerzők lassanként hűtlenné lettek a vállalathoz és dolgozataikat olyan folyóiratoknak küldték, melyekben hamarabb került rájuk a

¹ Ezzel a vitát berekesztettnek nyilvánítjuk.

Szerk.

sor. A folyóirattá átalakulással e bajon most már segítve van és azt hisszük, hogy a vállalat mostani alakjában még újabb barátokat is szerez magának, annyiival is inkább, mert az eredeti közleményeken és bibliographián kívül egy újabb rovattal is szolgál, melyben a gümőkórra vonatkozólag újabban megjelenő érdemesebb dolgozatok kivonatossan közöltetnek.

Az április 15-dikéről keltezett első szám eredeti dolgozatai közt először Straus ír a gümő histogenesiséről; a második cikkben Lejars a savós tömlők gümőkórjáról értekezik, végül pedig Petit a nemrég elhunyt Villemínról emlékezik meg. Ezt követi körülbelül 40 újabb dolgozat ismertetése, azután pedig a gümőkórra vonatkozólag ezen évben eddig megjelent dolgozatok rendszeres felsorolása. A csinos kiállítású folyóirat évi előfizetési ára 15 frank.

II. Lapszemle.

Szülészet és nőgyógyászat.

Reinversio uteri. H. Abegg dr. a Centralbl. f. Gynaek. 1893. 20. számában egy inversio uteri esetet közöl, a melyben a reinversio sem manualis kísérletre, sem jodoformgaze-tamponadera, sem kolpeurynterrel daczára annak, hogy ezek felváltva ismételve lettek alkalmazva, nem sikerült; míg ellenben a portiónak gazzal való körül-tamponálása és egyúttal kolpeurynter alkalmazására (mint hasonló eset 1890-ben Kézmárszky tanár klinikájáról is lett közölve) a reinversio az első kísérletre sikerült. L. V. dr.

Adat a méhrák kórboneztanához és histogenesiséhez. Pfannenstiel lapos hámsejtű méhrákot ír le, a melynél a histologikus lelet azt mutatja, hogy a carcinoma lapos hámból eredt, mert a daganat mindenütt kevés kötőszövetbe ágyazott tipikus lapos hámsejt-szigetektől áll, az újképlet környezetén pedig itt-ott a kötőszövet és a mirigyek közé hatoló felhámcsapok láthatók, míg a mirigyek hámsejtjei sehol sem mutatnak kóros szaporodást. Pf. ezen carcinoma-alak keletkezését úgy magyarázza, hogy a méhnyákhártya csillóhámja hengerhámmá és végül (mint pl. invertált méhnél is) lapos hámmá alakulhat át és a rák eperidmissé alakult hámból fejlődik.

Esete azért is érdekes, mert ezen ritka és atypikus méhráknak két teljesen különálló és szövetileg egészen ugyanazon gócza volt jelen; az egyik a cervixben, a másik a jobb tuba beszájadzási helyén. A cervixben levő tumor elterjedtebb volt, úgy hogy ezt kellett a primaer gócnak tekintenie. A tubánál levő metastasis keletkezését helyénél fogva áttalással magyarázza, úgy mint más szervekben is (különösen a tápcsatornában) nem a nyirk vagy véredények mentén fejlődő, hanem ugrásszerűen áttoltott carcinomákat észlelték. E feltevése mellett felhossa azt a körülményt, hogy a metastasis a nyirkutak pályáján kívül esik, úgy hogy keletkezése másképp nem magyarázható, mint hogy a ráksejtek vagy sebési eszközzel (sonda, curette) lettek a fundusba felvive és ott beoltva, vagy hogy spontán történt az áttolás az által, hogy a levált carcinoma-sejtek a méhben felhalmozódó váladékban az időnként a legmélyebb helyzetet elfoglaló fundusra süllyedtek és ott megtelepedtek. Hogy ilyen áttolás megtörténhetik, erre nézve felemlít egy másik esetet, a melyben salpingo-oophoritis és metritis chr. miatt totalexstirpációt végzett és a méh nyálkahártyáját gócsó alatt vizsgálva azon egy helyet talált, a hol egy darabka ép epidermis (Malphigi-réteggel együtt) oda volt tapadva, és az azt odatapasztó alvadékban már véredény és kötőszövetképződést észlelt. Ezen lelet minden más magyarázatot, mint azt, hogy ezen epidermis darabka a hüvely vagy portióról eszközzel lett felvive és ott beoltva, kizár.

Ebből és az irodalomban említett hasonló leletekből azt következteti, hogy kettős méhráknál a második gócz a legkritább esetekben képződik a nyirkutak közvetítésével, hanem hogy ez akár felülről lefelé, akár fordítva áttalástól ered. (Nem zárja ki, hogy egyes ritka esetekben történetesen egymástól függetlenül két góczban is fejlődhetik carcinoma.)

Mindezekből azt a következtetést vonja, hogy portiocarcinománál, mivel sohasem lehet tudni, nincsen-e az eredeti gócz az endometriumban, nem a magas amputatio, hanem a totalexstirpacio az egyedül helyes műtéti beavatkozás. (Centrbl. f. Gynaek. 1893. Nr. 18. Orig.-Ber.) Lenkei V. dr.

Gyermekgyógyászat.

A női tej mikrobáit vizsgálták Cohn és Neumann. 41 egészséges szoptatós nő emlőiből aseptikus cautelák mellett fel-fogott tej csak 6 esetben volt steril, a mikor is igen kevés jutott agarra. Ha több tejet, legalább is néhány cseppet kentek agarra, akkor az eredmény csaknem kivétel nélkül positiv volt. Az esetek túlnyomó számában a staphylococcus pyogenes albus találtatott (43-szor 48 közül); az aureus egyedül csak egyszer, a streptococcus pyogenes egyszer, a staphylococcus pyogenes albus + streptococcus 3-szor, a streptococcus + staphylococcus pyogenes aureus és albus együtt összesen kétszer fordult elő. Legkevesebb mikroba van a tejben (átlag 64 telep 5 cseppből), ha a szoptatás rendes időközökben történik; rohamosan szapororodnak a mikrobák, ha, akár csak rövid ideig is, pang a tej. A legtöbb mikroba a tejmirigy körzeti részében van, tehát a szopás elején kiürült tejben. Ebből a szerzők azt következtetik, hogy a mikrobák kívülről jutnak az emlőbe. Hogy a számtalan mikrobafaj közül miért hatolnak épen csak ezen coccusok a tejutakba, az teljesen ismeretlen. A tejnek kimutatható változását nem okozzák s a csecsemő sem vallja kárukat. (Archiv f. path. Anat. von Virchow. Bd. 126. Jahrbuch f. Kinderheilkunde. XXXV. 3.) W—dt.

Bőrkórtan.

A bőrrák gyógykezelése. E cím alatt Lassar dr., a berlini nemzetközi orvosi congressusnak mindnyájunk jó emlékében levő vezértitkára, közli előadását, melyet a berlini orvosegyületben május 17-dikén az illető betegek bemutatása mellett tartott. Az igen érdekes előadásban ismerteti Lassar dr. azon eredményeket, melyeket az arsenicumnak bőr alá fecskendése és belső adagolása folytán cancróidban szenvedőknél elért; az orbáncz beoltása ily esetekben már Bergmann dr. würzburgi és berlini kórodáin Fehleisen által rendszeresen megkísérletett, azonban évek multak el a nélkül, hogy e gyógy mód sikeres volta bebizonyítható lett volna és így eskis a műtét tartatik azon egyedüli eszköznél, mely bőrrák eseteiben észlelhez vezetett. Daczára annak, hogy Virchow kórszövettani tekintetben nem tesz különbséget a cancer és cancróid között, sőt ez utóbbit is olyannak jelzi, melynek következtében a test minden szerveiben metastasis folytán cancróid-tömegek támadhatnak: a cancróidok mégis külön klinikai állást foglalnak el. Szerző említett előadását 3 betegnek bemutatásával illusztrálta, kiknél az arczon és orron levő epithelioma arsenicumnak bőr alá fecskendése és belső adagolása folytán tökéletesen meggyógyult; egyik betege szintén javultán távozott, de jelen állapotáról az előadás alkalmával tudomással nem bírt. Ezen esetek világosan bizonyítják, hogy az epithelioma belső gyógykezelés által gyógyítható, és hogy ez a jövőben tárgyalandó lesz a rákos képződmények lényegének megítélésénél.

Csatáry dr.

Apróbb jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Fájdalmas varicocele** esetében Gilis jó eredményt látott a következő orvosság használatától: Rp. Tinct. hamamel. virginicae guttas 20; Aquae destillatae 150.0. Evőkanalanként 24 óra alatt elfogyasztandó. E mellett még hideg borogatásokat végeztet reggel és este, végül pedig suspensoriumot is használtat. (Le bulletin médical, 1893. 42. sz.)

2. **Influenza és idült hörghurut** eseteiben kitünő eredménnyel használható mint köptető és csillapító szer a benzol: Rp. Benzoli 3.0; Ol. olivarium 35.0; Ol. menth. pip. 1.0. M. D. S. 4 óránként 10—30 cseppet egy darabka czukron beveni. (Le bulletin médical, 1893. 42. sz.)

3. **Az epilepsiának új orvosló módját ajánlja** Flechsig tanár. A módszer abban áll, hogy eleinte opium-kivonatot ad három-szor naponként, növekedő adagban, egészen 25—35 centigrammos adagokig. Körülbelül 6 hét múlva hirtelen beszünteti az opiumot és helyette azonnal nagy adag (7.5 gramm pro die) brómsót ad. A brómsót ilyen nagy adagban körülbelül 2 hónapig használtatja és azután lassanként csökkenti az adagot 2 grammig pro die. A rohamok megszűnése rendesen csak a bróm használatával veszi kezdetét; az opium úgy látszik csak előkészítőleg hat, a mennyiben megkönnyíti a bróm hatását, illetve intensivebbé teszi. (Neurol. Centralbl., 1893. 7. sz.)

TÁRCZA.

Uti jegyzetek.

Genersich Gusztáv dr.-tól.

A bécsi orvosi egyetem nagy hírnevének megállapításánál lényeges szerepet játszott a sok és nagyszabású kórház, melyekben felhalmozott óriási beteganyag tág tért nyitva a szemlélődő és tanulmányozó kutatók előtt, korszakalkotó tanároknak egész sorát teremtette.

De míg az „Allgemeines Krankenhaus“ a város többi részétől elütő ódonágával még most is fennálló példája annak, hogy felnőttek számára már 100 évvel azelőtt alapított József császár által oly kórház, mely terjedeleme még most is egyike a világ legnagyobb kórházainak, s míg azóta számos kisebb-nagyobb kórházat emelt a város vagy az állam, addig a gyermek-kórházak létesítése, épen úgy mint másutt is, csak későbbben és kizárólag társadalmi úton történt egyes kiváló embereknek, különösen eszményi gondolkodású, fáradhatlan orvosoknak buzgósa folytán, úgy hogy történeteik e tekintetben nagyban hasonlítanak egymáshoz: Kicsiny, szerény kezdet, mind bátrabb és bátrabb terjeszkedés, előbb bérház, majd saját épület, küzdés az anyagi gondokkal, minden nagyobb befektetés után a pénzforrások kimerülése, már-már elcsüggedés és reménytelenség, míg egy újabb nagylelkű adomány nem biztosította újból a már veszni induló intézményt. Nem érdektelen e történeteket olvasni, mert részben ugyan elszomorító és elkedvetlenítő a hatóságok, állami közegek részvétlensége a létét nagyon is közel érdeklő gyermek-kórházak elhanyagolásában, de másfelől annál felemelőbb és buzdítóbb látni a társadalom áldozatképességét, szemlélni felébredését a gyermek-kórházak szükségének eszméjére és olvasni a jelentésekből ama szép eredményt, melyet az ilyen kórházak évről évre fokozottabb mérvben érnek.

Utam most másodszor vitt Bécsbe a gyermekgyógyászat tanulmányozása végett, de csak most lettem annyira önálló, hogy a bécsi egyetem gyermekgyógyászati tekintélyei által vezetett intézeten kívül, milyenek Widerhofer St. Anna kórháza, Monti poliklinikája és Kassovitz rendelő intézete, a többi gyermekstatiókat is meglátogassam. Egyfelől t. i. az oda való orvosok a híres tekintélyek köré sereglenek és így az idegen is velők áramlik, és mind csak egy helyre jut, másfelől az ide vágó útleírások vagy csak általános elveket taglalnak¹, vagy ha oly részletes bírálatba is ereszkednek mint például Voüte² dr., a személyi mozzanatoknak túlságos kidomborítása mellett ismét csak az említett főbb intézetekre vonatkoznak. És bár Szendeffy Aladár dr.³ a bécsi gyermek-kórházakat is szellemesen ecsetelte, még sem vélek felesleges munkát végezni, ha röviden megemlékezem Bécs összes gyermekintézeteiről, mert célom felhívni az utánam hasonló szándékkal Bécsben időző kártársakat a kisebb és másodrendű kórházakra és intézetekre. Magyar emberre talán az is birhat fontossággal, miként létesültek a kisebb kórházak, mint vannak berendezve, mert hiszen nálunk ily kisebb kórházak felállítása az ország különböző részeiben legüdvösebb óvszer volna a nálunk most annyira dühöngő gyermekbetegségek megállítására és egyes vidékeknek szakorvosokkal való ellátására. Bókai⁴ tanár a diphtheria-járvány elnyomása ügyében a közegészségügyi tanács előtt adott véleményben hasonló eszmét pendített meg és terjesztett a belügyministerium elé.

Bécsnek 6 gyermek-kórháza, egy gyermek-poliklinikája és 2 rendelő intézete van (utóbbiak közül az egyik magánjellegű), gyermekgyógyászati szempontból érdekes még a lelenczház is. A poliklinikának ez év eleje óta fekvő betegek is vannak. A kórházak elhelyezése a város területén nagyon szerencsés, a mennyiben azok a város különféle részeiben fekszenek, miáltal mindegyikük a lakosság egy bizonyos részének gyermekeit látja el orvosi segélylyel és gyógyszerrel.

Legyen szabad a fentjelzett sorrendben az egyes kórházakat leírnom és egyúttal az ott látott és hallott dolgokról rövid említést tennem.

¹ Erös Gyula dr. Die Kinderspitäler Mittel-Europas. Archiv f. Kinderheilkunde. VII. 1886.

² Une Visite aux principales cliniques infantiles d'Europe. Bruxelles-Ixelles 1892.

³ Szendeffy Aladár dr. Úti levelek. Orv. Hetilap. 1892. 504, 517.

⁴ O. H. Közegészségtan és törv. orvostan melléklete 1893. 1. sz.

1. St. Annen-Kinderspital (Alsergrund, Kinderspitalgasse 6).

A legnagyobb és a gyermekgyógyászati klinika befogadása miatt legfőbb jelentőséggel bíró kórház, mely hasonló nevű egyetemen 1837-ben alapított, s mostani helyén 1847-ben felépített. A viszonyok akkor mások voltak, a hygienikus előnyökre az emberek akkor még nem ügyeltek, de nem is volt szükség annyi mindenféle helyiségre, mert hiszen az a betegség, mely most a gyermek-kórházak beteganyagának legnagyobb contingensét nyújtja, s mely miatt elkülönítő helyiségekre van szükség, Bécsben csak 1860. óta honol. Számolva még az egyetemen anyagi gondjaival, megítélhetünk ugyan azon, hogy a nagy bécsi egyetem ily kevésbé megfelelő kórházban helyezi el gyermek-klinikáját, de érteni fogjuk a még most is fennálló berendezést.

Földszint a házba belépve, annak előcsarnokát ambulans betegekkel látjuk megtöltve, mert az igazi várószoba egy kicsiny 15—20 embert is alig befogadó szobácska. Az ambulancia tulajdonképpen jobb felől egy közepes 1 ablakos, alacsony és sötét szobában végeztetik, hol 3 orvos egyszerre rendel, a szemészeti és fülészeti ambulatorium a szomszédos, egyúttal felvételi iroda gyanánt használt szobában végeztetik, míg a sebészeti esetek a mindjárt felemelkedő sebészeti műteremben lesznek ellátva. Hogy mennyire kellemetlen a benyomás, melyet a rossz és szűk berendezés szülte állapot felidéz az idegenben, csak akkor képzelhetők el, ha tudjuk, hogy a kórháznak évi ambulanciája 25 és 30 ezer közt ingadozik. A felvételi iroda mellett van a kórboneztani készítmények tára bonczasztallal. Az épület sarkán pedig 2 kis szobában skarlátos osztály 11 ágygyal, a tulsó sarkon pedig ugyancsak 2 kis szobában 9 ágygyal a morbilli-osztály. A közbe eső szobák gazdasági célra szolgálnak. Földszinten van egyik hátsó szárnyban a konyha és a házi gyógyszer-tár, másikában a most kibővítés alatt álló bonczkamara. Az emeleten van elhelyezve 3 egymásba nyíló szobában a belgyógyászati osztály, mely egyúttal a klinika is, mellette az épület jobb sarkában a tanterem, bal felől a sebészeti osztály 2 szobában a műtőteremmel, és egy szoba bőrbetegek számára. Itt nagyobbbrészt alapítványos ágyak vannak, a berendezés, levegő-űrtartalom, az ágyak sokkal jobbakk, mint az említett elkülönítő osztályokon. Szemben a tanteremmel és részben a klinikával közös folyosóról jutunk a diphtheriás osztályra, hol 19 ágy 5 különböző kicsiny szobácskában van elhelyezve, mely rossz berendezésnek az a következménye, hogy e 19 betegnek 4 ápolónője van. Dacára annak, hogy a diphtheriás osztály oly közel van, házi járvány még eddig nem volt. De sem elméleti, sem gyakorlati szempontból ez állapotot helyesnek nem tarthatni. Különben e bajon már is segítve van. A kórház kertjében épült a mult évben Bécs városa által Mária Valéria ő fensége lakodalmán adott pénzből egy diphtheria-pavillon 24 ágyra, melyben 4 ötágyas közös szobán kívül 3 kisebb szoba is van intelligensebb szülők gyermekei számára, különösen azon célból, hogy rajtok az intubatio végrehajtható legyen. E villamos és gázvilágítás-sal, központi fűtéssel és szellőzéssel, meleg- és hidegvízvezetékekkel modern módon ellátott és berendezett pavillon megfelel a hygienia szabályainak, de kicsiny és nem rendelkezik említett privat célokra szolgáló szobákon kívül ú. n. megfigyelő szobákkal, a hol kétes eseteket elhelyezni lehessen. Berendezése még nem kész s azért nem szólhatok bakterologikus és pathochemikus célokra szolgáló helyiségéről. Egy igen czélszerű fülkéje van, tudniillik belégző szobája, melyben néhány perc alatt egy csap nyitásra sűrű gőzt lehet teremteni.

E pavillonhoz hasonlólt akarnak építeni skarlát és morbilli számára is, de évekig fog tartani, míg a hozzá való pénzt előteremtik.

A tanterem kicsiny és tanításra nem alkalmas, egy közönséges szoba, melynek a didaktikai jelleget csak a kicsiny, sarokba szorított tábla és a széksorok kölesöznik. De Widerhofer tanár, a mindenkit meghódító kedves modorával úgy segít a bajon, hogy maga köré ülteti hallgatóit, kik a legnagyobb figyelemmel kísérik nemcsak valóban vonzó, jóízű és a sok próbán keresztül ment tapasztalat sugalta előadásokat, de lesik az előadónak minden arcmozdulatát, s ha kiemelem, hogy ez előadásokon az angol hallgatóknak is felderül különben unalmas, szunyadni látszó, de azért ravaszul figyelő arca, eléggé jellemeztem azokat. Az előadások

egy részét az ambulancián előfordult érdekesebb esetek bemutatása tölti ki. Widerhofer tanár azután klinikai előadásokat tart a gyermekgyógyászat egyes fejezeteiből, különös súlyt fektetve a leggyakrabban előforduló ragályos betegségekre, továbbá a csecsemők és gyermekek diätetikus kezelésére. Jelenleg a fertőző bántalmakról beszélt. Alkalmam volt kerek, szabatos előadásokban a pertussis, lues congenita, diphtheria és croup tárgyalását hallanom.

Nem mintha új volna minden, mit ez előadásokban hallottam, de mert sok jellemző foglaltatik benne Widerhofer tanárra nézve, közlök belőle egyet-mást.

(Folytatása következik.)

Heti szemle.

Budapest, 1893. július 6. dikan.

A közegészségügyi reformok tárgyában Ugocsa és Bereg-megye orvosai múlt hó 17-dikén Nagy-Szöllősen értekezletet tartottak, melyen elhatározták, hogy ez ügyben a Novák Endre dr. ungvári kórház-igazgató által szerkesztett s a belügyministerhez benyújtandó reformjavaslatot elvileg elfogadják, kimondták továbbá azon meggyőződésüket, hogy a közegészségügy reorganisatiójának munkájánál a személyes részekre nézve nem szabad mindaddig intézkedéseket hozni, míg a dologi rész is egy szerves egészen kidolgozva nincsen, az országos közegészségügyi tanácsnak közegészségügyi szolgálatra vonatkozó reformjavaslatával szemben pedig a Novák dr. által contemplált pontozatokat tartják helyeseknek és az orvosok socialis igényei tekintetében kielégítőeknek és méltányosoknak. Ugyanez értekezlet elhatározta azt is, hogy e határozatokat az ország egyesületeinek megküldi, továbbá e határozatok érvényre emelése érdekében egy *Budapesten tartandó országos orvosi congressus* létesítésére egy végrehajtó bizottságot küld ki.

A végrehajtó bizottság június hó 20-dikáról keltezve Magyar-ország orvosaihoz intézett felhívásában csakugyan fel is szólítja az ország orvosait arra, hogy egy később meghatározandó időben, de még ez év folytán tartandó orvosi congressusra Budapestre fáradjanak.

Az a kérdés merül fel, van-e szükség csakugyan az ügy jelen stadiumában egy ilyen országos orvosi congressusra? Hogyan áll jelenleg a dolog? Az országos közegészségügyi tanács saját jószántából és mert megéretnék tartotta arra a kérdést, a múlt év utolsó hónapjaiban megindította a közegészségügyi törvény revisiójára a mozgalmat és pedig annak minden részére kiterjedőleg. A kebeléből kiküldött reformbizottság csakhamar hozzá is látott a dologhoz és megtette az előleges intézkedéseket arra, hogy a revisióhoz szükséges adatokat a közegészségügy különböző ágaira vonatkozólag az illető forrásokból összegyűjtse. Egy kis része volt ez adatgyűjtésnek az az 52 kérdés között tétele, a melyekre adott válaszokból az iránt nyerte meg a tájékozódást, hogy mi módon gondolkozik az ország orvosainak közvéleménye különösen a községi közegészségügy reformálása felől. De gyűltek be adatok már eddigelé is más közegészségügyi kérdésekre, pl. a gyógyszerészet revisiójára vonatkozólag is.

A revisió teljessége és tökéletessége szempontjából kétségen kívül az lett volna a leghelyesebb eljárás, hogy bevárja a bizottság a revisió megejtése előtt a hazai közegészségügyi kérdésekre vonatkozó összes adatok egybegyűlését és ezeknek alapján alkossa meg reformjavaslatát az egész kérdésben egyszerre egyöntetűen.

A körülmények azonban másképp fejlődtek. Egy ilyen egyetemes revisióhoz, ha az alapos, mindenre kiterjedő és minden lehető igényeknek megfelelő és nemcsak egy jóakarató tervvázlat kíván lenni, huzamosabb időre van szükség. Ez az idő nem állott az egészségügyi tanács rendelkezésére, azon okból, mert a belügyministeriumban készülő községi közigazgatási törvény reformjavaslatához szükség volt a községi közegészségügyi szolgálat reformtervezetét — nehogy ki maradjon az ama javaslatból — az egész revisio előtt lehetőleg gyorsan elkészíteni. Így jött létre a reformbizottság javaslata, mely az ország összes orvosainak előleges írásban történt meghallgatásával készült és utólag a megyei főorvosok revisióján ment keresztül, mielőtt a plenumba vitetett volna. Egy országos orvosi congressus összehívására már nem volt idő.

A javaslat úgy fekszik a ministeriumban, mint azt a megyei főorvosi értekezlet megbeszélése alapján a reformbizottság és a plenum megváltoztatta, melyet annak idején ismertettünk.

Ezzel természetesen a reformbizottság nem fejezte be a működését, hanem folytatja azt a mint az egyes kérdésekre vonatkozólag összegyűlnek a kellő adatok és az azok alapján készített javaslatoknak kellő nyilvánosság melletti tárgyalására el jön az idő.

A mondottak alapján tehát azt hisszük, hogy az egész közegészségügyi törvény revisiójának ügyében egy országos orvosi congressus megtartására még nincs előkészítve a talaj.

Más kérdés az, hogy vajon szükséges-e ilyen országos congressus összehívása a községi közegészségügyi szolgálat már minden oldalról áttárgyalt reformjavaslata érdekében? Ugocsa és Bereg-megyei kartársaink felhívásából és az abban közölt értekezleti jegyzőkönyvből, valamint a Novák Endre kartárs reformjavaslatából, megvalljuk, ennek szükségét nem bírjuk kiolvasni. Hogy a községi közegészségügyi szolgálat államosíttassék, abban úgy látszik nincs eltérő vélemény. Az, hogy a községi vagy körorvosoknak fizetés-minimuma nem 600, hanem 700 frttal kezdődjék, hogy fuvarátalány vagy pedig mértföldpénz legyen-e? országos orvosi congressus útján való tárgyalást magától érthetőleg aligha igényel; szintén nem az sem, hogy legyen-e megszabott orvosi honorarium vagy nem? Egyértelmű határozatok e kérdésben magától érthetőleg, kivéve az első kérdést, nem várhatók.

Ha mindazonáltal az ország orvosai a Bereg- és Ugocsa-megyei kartársak felhívását követve Budapesten még az év folyamán congressusra fognak összegyűlni, szívesen üdvözljük itten őket. Ilyen összejöveteleknek mindig megvan a maga hasznuk a köles-nős ismerkedésben. A congressus eszmecseréi tárgyalásai és hozandó határozatai esetleg új adatokat szolgáltathatnak a közegészségügyi törvény revisiójának nagy munkájához, melyeknek további működése folyamán hasznát veheti a reformbizottság is.

Kivonat a hivatalos „Egészségügyi Értesítő“-ből. 1893. július 1. 1-ső szám.

I. Körrendeletek:

1. *Belügyministeri k. r. 1893. V. 30. az „Egészségügyi Értesítő“ megindítása tárgyában.* Annak idején ismertettük. A belügym. intézkedik, hogy egyfelől az eddigi összes közegészségügyi rendeletek összegyűjtve kiadassanak, másfelől f. év július 1-étől kezdve a hozandó rendeletek e hivatalos közlönyben két hetenként között tétessenek. Az Értesítőnek következő rovatai lesznek: 1. közegészségügyi rendeletek, döntvények, elvi jelentőségű határozatok; 2. engedélyek gyógyfürdőkre, ásványvíz forgalomba hozására, kórházak, gyógyintézetek stb. felállítására; 3. hazai járvány-statisztika; 4. állami tébolydák betegforgalma; 5. gyógyszerárakra vonatkozó határozatok; 6. rendeletek az összetett gyógyszerek árulásának engedélyezésére és titkos szerek eltiltására; 7. elvi jelentőségű véleményezések az Országos közegészségügyi és Igazságügyi orvosi tanácsból; 8. pályázatok hivatalos orvosi állomásokra; 9. személyi hírek; 10. különféle az egészségügyet illetőleg.

2. *Belügym. k. r. 1893. VI. 8. 44,404. sz. I. a fürdők, gyógyhelyek felügyeletére; II. a fürdők, gyógyhelyek és ásványvizek kimutatására; III. a források foglaltatására és az ásványvizek kezelésére nézve.* A rendelet részletes utasításokat tartalmaz mind a három tárgyra vonatkozólag azon felterjesztés alapján, melyet az Országos balneológiai egyesület e tárgyban a ministerhez intézett. E rendelettel egyszersmind a fürdőkre vonatkozó 1875-diki 1776. sz. és az 1883-diki 838. számú, továbbá az ásványvizekre vonatkozó 1883-diki 23,328. és 66,580., továbbá az 1884-diki 13,226. és 19,880. számú rendeletek hatályon kívül vannak helyezve.

II. *Elvi jelentőségű határozat a himlőnyirk-termelő intézetekre nézve.* A belügyminister egy körorvos himlőnyirok-termelő intézet felállításáért hozzá benyújtott kérvényét azzal az indoklással utasította el, hogy a körorvos helyhez kötött oly foglalkozást, mely idejének jelentékeny részét igénybe venné, nem folytathat (Bmr. 1893. 15,362. sz.); hasonlóan elutasította egy járásorvosnak is hasonlóan irányú kérését (32,088. sz.) egyfelől azért, mert a járási orvossal járó teendőik gátolnák őt abban, hogy az oltóanyagnak halasztást nem tűrő szedése idején az azzal járó munkát a kívánt szabadsággal személyesen végezhesse, másfelől azért, mert hivatalos állása nem fér össze az oltóanyag-termelő üzlettel, melynek felügyelete a járásorvos hatáskörébe tartozik.

III. *Gyógyfürdők. „Siófok“ Balatonfürdő részvénytársaságnak megengedett, hogy telepét gyógyfürdőnek nevezhesse.*

IV. *Ásványvizek.* A belügyminister megengedte, hogy a kézdipolyánai „Venus forrás“ alkalikus savanyú vize, továbbá hogy a Hunyadi János keserűvíz telepen két új kút vize forgalomba hozhatók legyenek.

V. *Himlőnyirk-termelő intézet felállítását engedélyezett Incze Béla dr. oláh-láposbányai gyakorló orvosnak.*

VI. *Személyi hírek.* Böke Gyula egyet. ny. rk. tanárt a belügyminister az orsz. közegészségügyi tanács rendkívüli tagjává nevezte ki.

Vegyesek.

Budapest, 1893. július 7-dikén. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1893. június 18-tól június 24-ig terjedő heti kimutatása szerint e héten élve született 333 gyermek, elhalt 244 személy, a születések tehát 89 esettel múltak felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 1, ronesoló toroklob 7, hökhurut 1, kanyaró 9, vörheny 2, typhus abdominalis 2, egyéb ragályos betegségek 2, agykérlob 8, agyvérömleny 6, rángások 8, szervi szívbjai 11, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörhurut 47, tüdőgümő és sorvadás 50, bélhurut és béllob 18, carcinomata et neoplasmata alia 8, Brigh-kór és veselob 6, angolkór 1, veleszületett gyengeség és alkathiba 10, aszkór, aszály és sorvadás 6, aggkór 5, erős zakos haláloset 12. A fővárosi közkórházakban ápolatott e hét elején 2027 beteg, szaporodás 778, csökkenés 720, maradt e hét végén ápolás alatt 2085. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1893. június 25-től július 1-ig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: bagymázban 10 (meghalt 2), bárányhimlőben 13 (meghalt 1), vörhenyben 31 (meghalt 1), kanyaróban 173 (meghalt 9), ronesoló toroklobban 24 (meghalt 9), torokgyíkban 1, trachomában 25, hökhurutban 18, orbáncban 8 (meghalt 2).

— Egyetemi alkalmazás. Hegyi Mózes szig. orvos a kolozsvári egyet. törvényszéki orvostani intézete mellé díjazott gyakornokul alkalmaztatott.

△ Ungar Sámuel dr. Homonnán a napokban ünnepelte 50 éves doktorságának jubileumát. Jelen volt az ünnepélyen a Zempléni megyei orvosgyógyász-egyesület küldöttsége is, melyet Thomán dr. várm. tb. főorvos üdvözölt. Ugyanez alkalommal leplezték le az ünnepelt arcképét is. Az ünnepélyt Lengyel dr. elnöki beszéde nyitotta meg, mely után Matolay Károly dr. olvasta fel az ünnepelt életrajzát, mire az ünnepelt mondott köszönő szavakat. Azután Thomán dr. nyújtott át az ünnepeltnek az egyesület nevében egy díszes serleget, majd Ungar Imre dr., a jubilans fia, tartott népszerű felolvasást. Az ünnepélyt végre díszbeled követte. Fogadják az érdemekben megüszült kartárs a mi üdvözlőnkünket is.

— Cholera-hírek. A mekkai járvány, mely a napi lapok hírei szerint a múlt hetekben folyton növekedőben volt, először a Yemeni zarándokok között tört ki. Június 8—11-dikéig 31, 46, 46, 51 haláloset fordult elő közöttük. Egyéb helyeken is uralkodik itten a cholera; Schatraban május 17-től június 4-ig 74, Bustorában május 31-től június 5-ig 132, június 5—11-ig 139 haláloset mutatkozott. Oroszországban is constatálva lettek egyes esetek. Franciaországban a kisebb helyi járványok folytonosan dúlnak. Aisban június 10-ig 61 haláloset fordult elő, azután is mutatkoztak egyes esetek. A Szatmáron — nálunk — e hét elején felmerült cholera-egyes esetekre vonatkozólag még eddigelé biztosan nem tudjuk, vajon azok ázsiai cholera-esetek voltak-e?

△ Pettenkoffer tnr.-nak, a modern higiénie megalapítójának, f. hó 1-én ünnepelték 50 éves orvosdoktori jubileumát Münchenben. Az ünnepély nagy fényvel és emelkedett hangulatban folyt le. Az üdvözlő küldöttségeknek egész sora üdvözölte az ősz mestert: azonkívül hozzá egész sereg üdvözlő távirat érkezett a világ minden részéből. Magyarországról üdvözlő távirat ment az ünnepelthez a budapesti k. m. tud. egyetem orvoskara, a budapesti k. orvosegyesület és Fodor József tnr. részéről. Az Orvosi Hetilap, mely az első közé tartozott Pettenkoffer higiénie buvárlatainak méltatásában és terjesztésében, tiszteletével csatlakozik a tudomány e nagyérdemű bajnokának ünnepeltetéséhez.

— Az egyetemi szülészeti és nőgyógyászati klinikák épületeinek Kézmárcs és Tauffer tanárok útmutatásai alapján leendő tervezésével a közoktatásiügyi minster Kiss István műegyetemi m.-tanárt és Kauszer József műépítészeket bízta meg, amazt az I. emelet a II. szülő- és nőgyógyászati klinika tervezésével. Mindkét építész az illető tanár urakkal előbb a külföldi hasonló intézetek berendezését foglalt tanulmányozni.

— Az első bakteriologiai cursuson, melyet a belügyminister rendeltetere Pertik Ottó tnr. június 1-étől 21-dikéig tartott: 20, nagyobbára hivatalos és kórházi orvos vett részt, ú. m. Balázs Gyula dr. kőro. (Vanyarcz), Bartha János dr. v. f. o. (Kolozsvár), Blau Bódog kőro. (Kékkő), Berger János dr. m. f. o. (Zilah), Cserey Zsigmond dr. v. k. o. (Szeged), Divis István kőro. (Újkirály), Erdélyi István dr. v. és kőro. (Szászváros), Hősz Mihály dr. kőro. (Nagyfalu), Justitoris István dr. j. o. (Arad), Jaksich Lajos dr. j. o. (Miskolc), Kerekes J. dr. j. o. (Varasznó), Király János dr. j. o. (Kis-Czell), Lengyel József dr. kőro. (Sz.-Udvarhely), Maszák Elemér dr. kőro. (Budapest), Mayländer Sámuel dr. kőro. s. o. (Fiume), Mergl Ödön dr. v. k. o. (Pozsony), Molnár Károly dr. v. f. o. (Csik-Szereda), Pozsgay Lajos dr. v. f. o. (Arad), Tóth Sándor dr. j. o. (Szászváros), Weisz Adolf dr. kőro. (Hódmezővásárhely).

— Fürdőink személyforgalma. Szt. Lukács (VI. 22.): 261; Alsó-Tátrafüred (VII. 1.): 442; Buziás (VI. 18.): 255; Lipik (VI. 26.): 1102; Bártfa (VI. 28.): 339; Új-Tátrafüred (VI. 26.): 335; Tátrafüred (VI. 30.): 693; Herkulesfürdő (VI. 21.): 1451; Korytnica (VII. 4.): 246.

— Figyelmeztetés. Az utóbbi időben egy 17—18 éves szakállatlan fiatal ember orvosoknál számlálkál jelenik meg, és ezek alapján az „Orvosi Hetilap” különnyomatait pénz veszt fel; a számlák a Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája felelős üzletvezetőjének Müller Ágostonnak hamisított aláírásával vannak ellátva. Figyelmeztetjük lapunk igen tisztelt dolgozóitársait a csalóra.

— A Pallas Nagy Lexikonának III. kötete is elhagyta a sajtót. Az előre tervezettnél ez a kötet is nagyobb lett: ötven ív helyett 52¹/₂ ívnyi tartalmú s mellékleteiben, illusztrációiban épen olyan gazdag, mint voltak az előbbeni kötetek. Terjed a Békalecsse című szótól a Burgonyavészig. Cikkeiből felemlítjük a következőket: Békés vármegye (térképpel), Belgium (térképpel), Belgrád (térképpel), Belovár-Kőrös vármegye (térképpel), Bereg vármegye (térképpel), Berlin (térképpel) és külön tábl.

lán a berlini középületek rajzaival), Betegsegélyző pénztár, Bismarck, Biztosítás, Bulgáriaország (térképpel), Budapest (tizenöt szöveg-ábrával, tizenhárom képmelléklettel, négy tervrajzzal, két képmelléklet Budapest szobrainak rajzaival, öt melléklet Budapest épületeinek rajzaival, s két történelmi képmelléklettel), Bukarest (térképpel) stb. stb., átlagosan számítva mintegy ötezeröt száz címszóval, melyeknek feldolgozásában eléggé nem dicsérhető arány van megtartva a hazai és külföldi tárgyak közt, úgy hogy semmi sem hiányzik a külföldi dolgokból sem, de bővebben és részletesebben a magyar dolgok vannak feldolgozva. A Pallas Nagy Lexikonának III. kötete is ép oly gazdag gyönyörű kromolitográfiai úton előállított színezett mellékletekben, mint volt az első két kötet. Ilyenek: Bogarak (fedelese szárnyúak), Bogárfogó növények, Bolygók, Bölények, Bőrbetegségek stb., s ismétlőjük: ezek is hazai készítmények. A nyomdai kiállításról csak dicsérőleg nyilatkozhatunk, meglátszik a műgond minden lapon, minden soron.

△ Somogy megye közkórházában Kaposvárott — mint azt Szigeti Gyula János dr. évi kimutatásából olvassuk — az 1892-dik évben 2060 (1141 f. és 919 n.) egyént orvosoltak 49,120 ápolási napon, tehát egy betegre átlag 23,7 nap jutott. Seb- és szemműtétet 153 esetben végeztek. A szülősztályon másodosztályú bábák számára 5 hathetes cursust tartottak, melyen 50 baba nyert képesítő bizonyítványt. A cursus ára egy bábának 42 forintba kerül, melyért teljes ellátásban részesül és a leg-szükségesebb tankönyveket és eszközöket kapja. Ez összeget vagy maga, vagy a község fizeti. A cursus végén a bábajelöltet a m. főorvos, kórház ig.-főorvos és a tanítást eszközölő osztályalorvos megvizsgálják. A képesítő bizonyítvány az illetőt a megye területén 1500 léleknel kevesebb lakossal bíró községekben a bábgyakorlatra jogosítja. Az igazgató-főorvoson kívül az év folyamán előbb Gáspár Imre dr., majd Gellubich Imre dr. orvosok teljesítették a kórházi szolgálatot.

— A temesvári városi közkórházban — mint azt Paráczai Bécsi Gedeon dr., igazgató-főorvos kimutatásából látjuk — az 1892-dik év folyamán 1432 (752 f. és 680 n.) egyént nyert ápolást. Az ápolásnapok száma: 47,733, átlaga 21,8 nap volt. Operáltak: sebészeti esetet 494-et, szülészeti esetet 7-et, szemebajost 108-at. A kórház orvosi személyzete, az ig.-főorvoson kívül Braun Simon dr. első, Lichtscheindl Géza dr. másodalorvosokból, továbbá Bider Vilmos dr. díjtalan rendelő szem-orvosból és Tauffer Jenő dr. tiszteletbeli kórházi rendelő orvosból állott.

— Pályázat ösztöndíjra. A kolozsvári egyetemen az 1893—94. tan-évre a Ferencz-József-Erzsébet 300 frtos aranyösztöndíj adományoztatik. Pályázhat bármely kari hallgató. A folyamodvány a királyhoz intézendő. Benyújtási idő folyó hó 31. A benyújtás helye a legfelsőbb alapok és. és kir. főigazgatósága, Bécs. (K. u. k. Generaldirektion der Allerhöchsten Fonds in Wien, Hofburg.)

† Elhunyt: Klein Mór dr. fogorvos Eperjesen.

Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és üllői-úti kórházban 1893. június 29-től egész július 5-ig ápolott betegekéről.

1893.	Felvett			Elbocsátott			Moghalt			Maradt			Az ápoltak közül		
	beteg			gyógy.			beteg			beteg			a Rókusban		
	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	beteg	szülőnő	heveny fertőző az üllői-úti kórházban
Június 29	36	24	60	55	44	99	5	4	9	937	892	1829	908	28	63
" 30	45	32	77	28	17	45	5	3	8	949	904	1853	920	25	62
Július 1	33	40	73	44	65	109	7	3	10	931	876	1807	891	26	55
" 2	31	28	59	55	41	96	2	1	3	905	862	1767	863	23	55
" 3	74	53	127	47	42	89	6	3	9	926	870	1796	865	25	56
" 4	53	44	97	44	40	84	5	3	8	930	871	1801	879	23	47
" 5	50	37	87	41	38	79	4	3	7	935	867	1802	888	24	46

Szt.-Lukácsfürdő Budapest (Buda). Meleg és langyos kén-s források. Téli és nyári gyógyhely. Az iszapfürdő, egy 840 □-méterre terjedő meleg forrástól. 45—60° C. Rheumatikus bajok, izületi csúsz, izom-csúsz, csontthártyalob, syphilis, ischias és a legkülönbözőbb bőrbajok ellen. Nagy-Vöslau női és úri uszodák, vértépződési bajok, anaemia, sápkór, neurasthenia, bizonyos bőrbetegségek és főleg idegbajoknál. A Szt.-Lukács-fürdő Nagy-Szállodában kényelmes lakások és kintőnő ellátás. Fekvés keletnek, személyvonó (Lift), massage és villamos gyógykezelés. Kő- és kádfürdők, női és úri gőzfürdők. Rendelő főorvos: Bosányi Béla dr. „Szt.-Lukácsfürdő” részvény-társaság.

Dr. Dollinger Gyula
TESTEGYENÉSZETI ÉS SEBÉSZETI
INTEZÉTE

Budapest, VII., kerepesi-út 52.

Dr. Bácskay Béla

Arad szab. kir. város és Aradvármegye hatóságainak közvetlen ellenőrzése alatt álló engedélyezett

nyilvános tehénhímlő-termelő intézete Aradon.

Szállít egész éven át friss és biztos fogamzására nézve mindenkor előbb kipróbált, saját törzsanyagából termelt eredeti tehénhímlő-nyirkot a következő árakon:

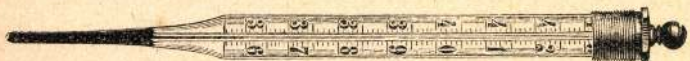
1 phiolát 3 egyénre	50 krért,
1 phiolát 15 egyénre	1 fnt 50 krért.

Tömeges oltáshoz oltóanyagot

50 egyénre	3 frtért,
100 egyénre	6 frtért,
" " 15 adagos phiolákban	7 frtért.

Bérmentes beküldéssel 30 krral több.

Saját találmányú oltóeszköz tömeges oltáshoz, melylyel egy óra alatt 100 egyén sikeresen oltható 1 fnt 25 krért. 15



Orvosi percz-maxima-hőmérők.

Legújabb s maga nemében leginkább megbízható, 2 percz alatt körjelzést megengedő, csinos nikkeltokban, saját vizsgálati okmányommal a hitelességet bizonyító hőmérőt szétküldök bérmentve vagy utánvétellel minden osztrák és magyar postaállomásra 1 fnt 25 kr. = M. 2.50. 10

UEBE VILMOS, Zerbst (Anh.), Intézet chem. és physik. üvegeszközök számára.

Védőjegy

TEHÉNHIMLŐ - TERMELŐ INTÉZETE

Túrkevén (Jász-Nagykun-Szolnokmegye)

tömeges oltásokhoz, jó és biztos hatókonságú oltó-anyagot, a következő rendkívül alacsony árakon szállít:

50 egyénre	3.-
100	6.-
1 phiola 2-3 egyénre	60
10 vagy több ilyen phiola	50
1 phiola 15 egyénre	2.50

Osztogatásért 20 kr.

Univ. med. Dr. PÉCSI DANI 26

nyilvános

TEHÉNHIMLŐ - TERMELŐ INTÉZETE

Vegy-, görcsövézeti és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUM

Budapest, V. ker., Váci-körút 60. sz. 24

Foglalkozik vizelet-, köpet-, bélsár-, vér-, hányadék-, gyomornedv-, dajka-tej-, ex- és transsudatum valamint bakteriologikus vizsgálatokkal.

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

Dr. Sümegi József

testegyenészeti, gyógygymnastikai és massage rendelése

V. kerület, Nagy-Korona-utca 7. sz. I. em. 16

Dr. HERCZEL heidelbergi egyetemi m.-tanár

Sebészeti Sanatoriuma.

Sebészeti és nőgyógyászati magánintézet. 24

Budapest, VI. ker., Felső erdősor 5. sz.

Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kétféle ellátás. — Telefon. Mérsékelt árak. — Rendelő órák: 9-10 és 1/2-4-ig; szegényeknek d. e. 8-9-ig. — Kivánatra prospectus

Magaslati
gyógyhely

MARILLA, sanatorium

gége-, mell-,
ideg- és üdülő
betegek
részére.

A váltóláz-mentes, csupán délről nyílt Marilla 800 méternyire fekszik a tenger színe felett, sűrű fenyős erdőben, teljesen por- és szélmentes, tiszta balzsamos levegővel, alig észlelhető hőmérsék-ingadozással, korai meleg tavasz és igen késő gyönyörű ősz, ezek azon feltételek, melyek ezen magaslati völgyet, mint éghajlati gyógyhelyül „par excellence” bélyegzik, és mely fentnevezett gyógytényezőkön kívül, még következő segélyező gyógyerővel rendelkezik:

Pneumatikus kamara, belégzési terem, kitűnően berendezett vizgyógyintézet, hydro-electromos fürdők, gyógy-testgyakorlat és massage. 10

Az idény tartama május 26-tól október 15-ig.

Posta és távirat az intézetben. Közelebbi felvilágosítást ad Dr. Hoffenreich.

Szliács.

Dr. SZEMERE ALBERT,

mint 1879 óta, úgy ez idén is fürdőorvosi működését folytatja és lakásrendeléseket szívesen eszközöl.

Télen át Abbaziában. 3

Czernin gróf úr ő excellentiájának

az osztrák birodalom legmodernebb állati oltónyirk termelő intézete Neuhausban (Csehországban) egész éven át kiváló minőségű oltónyirkot küld szét a legelősebb áron.

A magas ministerium méltányolva az intézet fáradhatlan törekvéseit, megelégedését fejezte ki annak eddigi sikerei felett.

6

Az uradalmi igazgatóság.

Dr. KNORR Tolyantipyrinje (oroszlán védjegy)

D. R. P. 26,429 (antipyrin-patens)

mint antipyretilikus, antirheumatikus és antineuralgikus szer ajánlatik (L. Berliner Klin. Wochenschrift 11. sz. 1893. március 13-dikáról: Ueber Tolypirin Guttman Pál dr.-tól.

Benzosol csaknem íz nélküli bükkfa-kreosot-készítmény. Dr. Bongartz találmánya (patentírozva). Ajánlók: dr. Walzer, dr. Hughes (Deutsche med. Wochenschrift, 1891. 53. sz.), Klebs tnr. (Füzet a tuberculocidinről „Die Behandlung der Tuberculose mit Tuberculocidin”, Leopold Voss, Hamburg és Lipse). 3-5% oldva csukamájolajban, vasesukamájolajban, Lipaninban és más zsíros olajokban, kitűnő szer görvéllykörös és rokon bántalmaknál.

Phenolsalyl, új antiseptikus vegyület, melyet fel-talált J. de Christmas dr. Párisban. Vízben könnyen oldódik, a carbolsavnál sokkal nagyobb antiseptikus hatást gyakorol, mely a sublimattal versenyez s e mellett nem mérgező. Alkalmazása iránt közelebbi adatok nálunk nyerhetők.

Hypnal (Chloral-antipyrin) altató-szer.

Tumenolum venale (Tumenol) } paten-tírozva.

Tumenolsulfon (Tumenolaj)

Acidum sulfotumenolicum

(Tumenolpor), pat. Ajánlotta dr. Neisser tnr. a lipseai bőrgyógyászati congressuson (Deutsche med. Wochenschrift 45. sz.).

Dermatol-hintőpor. Kitűnőnek bizonyult, teljesen ártalmatlan szer heveny sebek, égetések, bőrhorzsólások, nedvező bőrbajok minden neménél, a nők és gyermekek felsebzett helyeinél, kéz- és lábizzadásnál.

A fentebbi készítmények egyedüli gyártói:

Farbwerke vorm. Meister, Lucius & Brüning
Hoechst a. M.

Azonkívül szállítanak következőket:

Benzoesav Toluolból

Chinolin pur.

Chinolin puriss.

Naphthol chem. tiszta crist.

resublim. " "

Resorcin chem. tiszta

puriss. resubl. albiss.

Urethan

Phenylurethan

Methylenkék medicinale. 1

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Adatok a könnyelválasztás élettanához.

Irta Goldzieher Vilmos dr., egyetemi magántanár.

A könnyelválasztás élettana sürgősen egy revíziót igényel. Ezt megindítani, e sorok célja. Még maig sem létezik általános megegyezés a szerv és a hely felett, a hol a könnyelváladék produkáltatik. Ám a könnyelválasztás beidegzését illeti, mindenütt és minden tankönyvben azt tanítják, hogy a könnyelváladék beidegzője a nervus trigeminus, dacára annak, hogy Brücke felügyelete alatt és laboratóriumában végzett kísérleti munkálat ezt a feltevést véglegesen eldöntötte.

Hogy azonban nem a trigeminus, hanem a facialis a könnyelváladék elválasztását beidegzi, úgy némely egészen pozitív kísérletek, mint klinikai észleletek valószínűvé teszik, de sem amazokat, sem emezeket eddig kellő tudomásra nem vették. Szándékom van tehát minden e kérdésre vonatkozó adatot röviden e helyen előterjeszteni és azután mindazon következtetést vonni, mely szükségképen azokból kiindulni látszik. A végleges döntést, mely különben nem kétes, majd adja a kísérleti élettan.

I. A könnyelválasztás szervei.

Mint ilyenek szerepelnek az általános feltevés szerint a két könnyelváladék, melyek a szemhéj emelő izmának ina által egymástól elválasztva, de mirigylebenyecskék által egymással összefüggve az orbita laterális elülső és felső részén fekszenek. Hozzá jön még a legtöbb emlősnél előforduló Harder-féle mirigy a hunyorgató hártya (membrana nictitans) nasalis oldalán, az embernél csakis a legnagyobb elsatnyulásban létezve, mely azonban Schwalbe szerint¹ eredetileg a könnyelváladék mirigyekkel együtt egy mirigycomplexust képezett. E complexus később az emlősnél differenciálódott a nevezett szervekké és az alsó része az embernél mint glandulae acinosae subconjunctivales tovább existál. De a genetikus rokonságuk dacára a két mirigyfajta a secretumai által igen lényegesen megkülönböztetnek: míg a könnyelváladék egy víz-tiszta és fehérnyesegény folyadékot képeznek, addig a Harder-féle mirigy secretuma, a mint később látni fogjuk, egy sűrű, tejszerű nedv. Mind a két mirigyfajta különben a kötőhártya felhámjából ered, a hol a nyálkamirigyek módja szerint mint eredetileg szilárd sarjadzások megkezdődnek. Képzésük az embernél a 3. hónapba esik. (Kölliker, Grundriss, II. kiadás, 301. l.)

A könnyelváladék elválasztás, jóllehet mindig előállítható, rendes állapotok közt nagyon gyér és ingadozó. E pontról létezik egy alapvető munkálat Magaard H.-tól Manz, freiburgi tanár klinikájából.² Ezen tanulmány tárgya egy 52 éves férfi volt, ki idült kötőhártyalob következtében a két felső szemhéj teljes ektropiumát megszerezte, minek következtében a mirigyek kivezetési szájadékai szabadon fe-

küdtek. Ígyképen a folyadék kilépése a szájadékokból jól észlelhető volt. Különböző manipulációk által, úgy mint nyomás, a kötőhártya ingerlése, stb. által a folyadék kiömlése szaporítható volt. Magaard mérései által kiderült, hogy mind a két oldali könnyelváladék 24 órán belül átlag 6.4 grammnyi váladékot szolgáltat. Egy szemre tehát 3 gramm-nál valamivel több esik. Ezen eredmény azonban korántsem úgy érthető, mintha az elválasztás egyenletes folytonosságban járna. Ellenkezőleg igen variabilis és azért nagyon hasonlít a verejték-mirigy secretiójához, mely Trümpp és Luchsinger a macskatalpon végzett vizsgálatai szerint szintén igen váltakozó, 0 és igen magas értékek között ingadozik és direct viszonyokkal bír különböző ideges állapotokkal.

Tekintetbe véve, hogy Magaard kísérleti egyénénél a szem kötőhártyája állandó izgatottsági állapotban volt, továbbá a sokáig folytatott kísérletek a könnyelváladékra gyakorolt ingerlést csak fokozni képesek voltak, és a mint a mindennapi tapasztalat tanítja, conjunctivális ingerlések a könnyelváladékot mindig öregbítik, mindazon okoknál fogva joggal következtethetjük, hogy a 3.2 grammnyi átlag inkább a szokásos napi mennyiségnek mérlegén felett, mint alatt állott. A mit tehát a könnyelváladék, a nélkül, hogy különös ingerlések által fokozott tevékenységre hozatnék, közönséges állapotok közt szolgáltat, nagyon csekély mennyiségű lehet. De tudjuk, hogy élettani postulat, hogy a szem felülete mindig nedvesen tartassék és midőn minden szemhéji mozgás a szemteke előtti folyadék egy részét az orrjáratokba hajtja, azonkívül a nyitott szemrészből való elpárolgás folytán a könnyelváladék egy másik része elvész, mindabból szükségképen következik, hogy bizonyos innervációs egyensúly alatt, azaz közönséges körülmények között, a könnyelváladék nem képes a kötőhártya-tömlő egész könykészetét magából fedezni. Kell tehát, hogy a könnyelváladék még egy másik forrása legyen, mely egyrészt ingadozó ideges állapotoktól független, és másrészt folytonosan folyik, míg a könnyelváladék váladéka csak gyéren csurog. Ezen következtetésnek azon klinikai tény is megfelel, hogy a könnyelváladék kiirtása után a szemteke felülete nem szárad ki, a mi a látószerv integritására nézve vesztes következményű volna, hanem a könnyelváladék elválasztása és lefolyása az orrutakon át még tovább tart. Ezt a tényt én magam, a ki a könnyelváladék kiirtását gyógykezelőkből sohasem gyakorlom, mégis két ízben egész határozottsággal constatálhattam. Az egyik esetben, a mikor egy sérülés következtében prolabált könnyelváladék, mely reponálható nem volt, lemetstettem; a másik esetben, a mikor egy adenomás könnyelváladék, mely exophthalmust okozott, exstirpáltam. Mind a két esetben az operált oldalon levő szem ép olyan nedves volt, mint a másik. Ezen tényekből kitűnik, hogy a könnyelváladék kívül a könnyelválasztás még egy másik forrása létezik.

Ez a másik könnyforrás, mely a mirigygyel szemben nem közben-közben, hanem folytonosan csurog, csakis a conjunctivalis tractus lehet. Nem akarok az embryologikus tényre támaszkodni, hogy a könnyelváladék a kötőhártyai epitheliumból fejlődött. Inkább a conjunctiva tarsi et forniciis finomabb szerkezete az, mely azon következtetésre jogosít bennünket, hogy a nevezett hártya tényleg állandó elválasztásra alkalmas. Közvetlen az epithelium alatt igen sűrű hajszálhálózatra akadunk,

¹ Anatomie des Auges. Erlangen, 1887. 255. l.

² H. Magaard. Ueber das Secret und die Secretion der menschlichen Thränenrüse. Virch. Arch. 1883.

melynek csövei öblös kitágulások által sajátzerűleg jellegezve vannak (*Schwalbe, Langer*) és melyből bizonyos szabályos távolságokban teljesen kifejlődött edénypapillák emelkednek (*Fuchs*). Ezen papilláknak ugyanis egy olyan szerkezete van, mely — a mint azt *Hyrtl* már 1860-ban kimutatta — savós folyadéknak rendes elválasztására különösen képesíti. *Hyrtl* leírja (*Wien. med. Wochenschr.* 1860. 701. l.), hogy az edénykacsok fel- és leszálló szárai feltűnő módon az átmérőjük egyenlőtlensége által egymástól különböznek. A kacs leszálló (venosus) szára ugyanis kétszer olyan vastag mint a felszálló (arteriosus). A venosus szár tágabb volta egyenletes, a csücsztől egészen a kacs basisáig. A papilla hajszálarteriája a csücszen minden átmenet nélkül a hozzá tartozó tág venába megy át, mely azután nem szűkül, hanem a többi szomszédos vénákkal a kötőhártya alatti megfelelő vastagságú visszeres hálózatba átmegy. Ezen a capillaris üterek és visszerek közt fennálló viszony a fornixig terjed; a kötőhártyában tehát már physiologikus állapotban egy visszeres stasis létezik, mely a serosus elválasztásnak feltételét képezheti. *Hyrtl* arra figyelmeztet, hogy a capillaris arteriák és venák között fennálló balviszony nem épen kizárólagosan a kötőhártyában fordul elő, hanem hogy az állatoknál hasonló jelenségek még nagyobb mértékben mint az embernél constatálhatók; kivált olyan szervekben, melyek valamely véletlen vagy periodikusan fellépő vérbőségeknek vannak alávetve, pl. az eleven magzatokat szülő békaféléknél, a hol ezen sajátos elrendeződés azon liquor elválasztását biztosítja, mely az embriókat körülveszi.

Miután a leírt edényhálózat közvetlenül az epithelium alatt fekszik, az elválasztott savó a felhámsejteken átszivárog, mely sejtek, élettani működésüknek megfelelőleg, a folyadék átlépését szabályozzák és annak vegyi összetételét befolyásolják. Ismeretes bonczani tény, hogy a kötőhártya felülete számtalan barázdákkal és árkokkal bir, melyek szintén epitheliummal vannak bélelve. Joggal feltehetjük, hogy ezen bonczani berendezésnek célja abban keresendő, hogy a kötőhártya elválasztó felülete az által megnagyobbodjék és ezen feltevessel a régi vitás kérdés, vajjon a tömlőszerű epitheliumbemélyedések mirigyeknek tekintendők vagy nem, kielégítően el volna döntve. Ha a könymirigy genetikai tekintetben nem más, mint egy az orbitába benőtt kötőhártyai epitheliumhalmaz, akkor a kötőhártya élettani tekintetben nem más, mint egy laposan kiterjedt mirigy, mely nagyobb kiterjedéséhez képest, a szemteke megnedvesítését jobban biztosíthatja, mint az első. Ahhoz járul még azon különbség, hogy míg a könymirigy közönséges állapotok közt csak közbenközben („ruckweise“) secernál és nagyobbodott elválasztása csakis különös innervatio (reflectorius vagy egyenes) által serkentetik, addig a conjunctiva elválasztása állandó és különös beidegzésre nem szorul, mivel arra a vasomotorius idegek már elegendők.

II. A könymirigy innervatiója.

Melyik agyideg tehát a könymirigy secretorius beidegzője? Ilyennek majdnem általánosan a *trigeminus* tekintik, melynek I. ága a n. lacrymalis a mirigybe küldi. Azonkívül még a n. *subcutaneus malae* (vagy temporomalaris) említetik, melyből egy finom ág a mirigybe vonul. Épúgy azt tanítják, hogy a *sympathikus* nyaki kötege egyenes befolyással volna a mirigysecretióra. Mielőtt még a kísérleti élettani adatokba becsátkoznánk, legyen szabad a bonczani tényeket előadnunk.

a) Bonczani adatok.

E helyen kizárólagosan *Henle* nagy művére (*Handbuch der Nervenlehre* 1871.) hivatkozom, mely tudvalevőleg minden újabb bonczani kézikönyv forrását és alapját képezi.

A n. lacrymalis közvetlen a mirigy előtt két egyenlően erős ágba osztódik, melyek alsója ívszerű egyesülésbe megy át a n. orbitalis ramus temporalis-ával (*subcutaneus malae*), mely a trigeminus II. ágából származik. A felső több ágacs-kává szétválk, melyek részint a könymirigyen keresztül, részint annak oldalán az orbitából hatolnak. De az előbb említett, a n. *subcutaneus malae*-val összefüggő alsó ág némely

finom fonalakat bocsát a könymirigybe, úgy hogy biztonsággal mondható, hogy a könymirigybe olyan idegrostok is belépnek, melyek a trigeminus II. főágából származnak. Ennek megfelelőleg a n. lacrymalis teljesen hiányozhatik, mely esetben a n. *subcutaneus malae* helyettesíti. Már most legyen említve, hogy a trigeminus II. főágában motorius rostok léteznek, melyek a ganglion nasale-ból (g. *spheno-palatinum*) beléje lépnek és a nerv. *petrosus superficialis major* pályájában a facialisból erednek.

Henle azt mondja, hogy a kérdés, vajjon a könymirigy maga fonalakat kap a nerv. lacrymalisból, anatómiai úton alig oldható meg. Azon anatómusok közül, kiket idéz, *Cruveilhier*, *Krause K.*, *Valentin*, *Luschka* és *Arnold* e kérdésre igen-nel, *Arnold* azonban nem-mel válaszol, míg *Hyrtl* skeptikus magatartást követ, a mennyiben ismert tankönyvében a mondat után, hogy a lacrymalis a könymirigyet beidegezi, egy jellegzetes kérdőjelt csatol. Ezen kérdés megoldását *Henle* a physiologiától megvárja és tényleg *Herzenstein* és *Wolfer* adataira hivatkozik, mikor felteszi, hogy a trigeminus a könymirigy beidegezője.

(Folytatása következik.)

Adatok az újszülöttek sárgaságának tanáshoz.

Schiff Ernő dr. gyermekorvostól Nagyváradon.

Az újszülöttek kórtanának egyik legtöbbet vitatott kérdését az első életnapok folyamán fellépni szokott sárgaságnak lényege képezi. Nem annyira a gyakorlati érdek teszi és tette már évtizedek óta ezen kérdést oly vitássá, mint inkább az újszülöttek physiologiájának és pathologiájának ama tág ismeret-köre, mely ezen kérdésnél, különösen az újabb kutatási irány alapján háttérül szolgál. Tényleg alig terjesztetett ki még egy kérdés a physiologia és pathologia oly nagy területére, mint épen ez, s mégis az ellentétes nézetek ma is homlokegyenest állanak egymással szemben. E körülmény oka nézetem szerint abban fekszik, hogy az egyes kutatók túlnyomóan csak egy-egy momentumot ragadtak ki a jelenségek összegéből s erre igyekeztek hypothesisiket alapítani, a nélkül, hogy egyszerre ölelték volna fel a momentumoknak legalább nagyobb részét. Ha egy-két újabb kutató látszólag meg is felel eme kíváncsúnak, úgy ezek ismét abba a hibába estek, hogy nem birnak kellő alappal minden egyes mozzanatnak mélyreható méltatására s így látszólag körültekintő fejtegetéseik mélyebb betekintésnél csakhamar felületeseknek bizonyulnak. Ma már oly tág mederben folyik a vita, hogy annak, a ki a kérdés lényegéhez alaposan kíván hozzászólni, első sorban hosszas előtanulmányokat kell tennie, hogy az eddigi csupán felületes alapon nyugvó bizonyítékokat exact alapon elbírálhassa. Jelen közleményem is inkább ilyen előtanulmány jellegével bir, minthogy sokkal inkább fogja a kérdést negatív, mint pozitív irányban tisztázni.

Az *icterus neonatorum* már hosszabb idő óta képezi vizsgálódásom tárgyát. Egy részét eme vizsgálatoknak még a prágai lelelenzházban végzett haematologiai tanulmányaim közben ejtettem meg s arról a magyar orvosok és természetvizsgálóknak 1890-ben Nagyváradon tartott vándorgyűlésén röviden referáltam is. Azóta folytonosan szem előtt tartva, ezen kérdést két irányban igyekeztem megközelíteni. Egyrészt az újszülöttek physiologiájának két olyan fejezetét igyekeztem beható és terjedelmes vizsgálatok alapján tisztázni, melyek egyik újabb, nagy tetszést aratott *icterus*-tanulmánynak képezik részben hypothetikus, részben némileg indokolt alapját. Másrészt folytattam épen az említett physiologiai tanulmányaim kapcsán magának az *icterus*nak vizsgálatát is. S habár a rendelkezéseimre álló anyag korlátolt volta miatt tulajdonképeni *icterus*-eseteim nem is valami nagy számúak (összesen 32), ámbár tovább még ezen aránylag csekély számú esetek egy részében is csak egy bizonyos irányban, rövid időn át, s esetleg csak megszakításokkal végezhettem a vizsgálatokat, mégis indokoltnak tartom vizsgálati eredményeim közlését már azon

okból is, mert fejtegetéseim az előrebocsátottak értelmében legalább néhány irányban előzetesen tisztázott physiologiai ismereteken alapszanak.

Ismeretes, hogy ama régibb nézetektől, melyek az újszülöttek sárgaságát a köztakará vérbőségéből, abban fellépett vérömlenyekből és egy haemorrhagikus diathesiből akarták le származtatni, eltekintve, ma az icterus neonatorum eredetét illetőleg két nagy tábor áll egymással szemben, t. i. a *hepatogen* és *haematogen* nézetet vallók. Az első felveszik, hogy a sárgaság az epének a vérkeringésbe való resorptiója által keletkeznék; utóbbiak pedig, hogy az az újszülöttek vérösszetételében beálló bizonyos változások által van feltételezve. A *hepatogen* nézetet vallók a lényegét, t. i. az epének a vérkeringésbe való resorptióját illetőleg megegyeznek, csak a resorptiót feltételező tényezőkre vonatkozólag térnek el egymástól. Nem czélom e helyen eme nézetek részletezésébe bocsátkozni, miután egyrészt vizsgálataim nem ebben az irányban haladván, érdemlegesen úgy sem szólhatnék hozzá, másrészt, mert a mi megjegyzéseim eme nézet ellen — hypothetice — volnának, azokat már előttem ismételt elmondották mások, többen jól megokolt positiv indokok alapján. Megjegyezni kívánom azonban, hogy mindezen nézetek véleményem szerint egy lényeges hibában szenvednek, hogy t. i. majdnem általánosságban hypothetikus alapon nyugosznak. Ha egyik-másik nézet némileg bonczítani és korbonzítani alapra látszik is helyezkedni, még mindig adós marad azon kérdés megválaszolásával: miért nyújt az újszülöttek resorptión alapuló icterusa egészen más tüneteket, mint a felnőttek. Annál kevésbé kapunk pedig e kérdésre választ, miután magával a körjelenséggel úgy a mint az klinice jelentkezik, úgyszólván egy szerző sem foglalkozik.

A *haematogen* eredetet illető nézet tulajdonképen *Virchowtól*¹ indult ki, a ki már 1846-ban azon véleményének adott kifejezést, hogy az újszülöttek sárgasága a vörsejtekben fellépő bizonyos változások által van feltételezve. Néhány év múlva azonban maga *Virchow* visszavonta eme nézetét és ekkor a *hepatogen* eredetre vonatkozó nézetek mind jobban és jobban kezdtek érvényre jutni. Az egyszerű kifejezést nyert eszme azonban nem lett elfelejtve, csak várakozó állásra helyezkedtek vele szemben mindaddig, míg bizonyos irányú vizsgálatok alapján több-kevesebb indokoltsággal felvehették, hogy az újszülöttek vérösszetételében az első életnapok folyamán tényleg bizonyos átalakulási folyamatok mennek végbe. Ilyeneknek tekintették egyesek *Hayem*² és *Hélotnak*³ vizsgálati adatait az újszülöttek vörsejt számára. *Neumann* és *Kölliker*⁴ adatait a vörsejtek histológiájára és *Denis*, *Wiskemann* és *Leichtenstern*⁴ adatait az újszülöttek vérének haemoglobintartalmára vonatkozólag. A főszólyt túlnyomóan a *Hayem* és *Hélot* vörsejtszámlálási adataira helyezték, melyek lényegileg abban foglalhatók össze, hogy a vörös vörsejtek száma az első életnapokban a kezdetbeli magasabb számtól kiindulva bizonyos mértékben csökken, hogy továbbá a köldökzsinór késői lekötésénél az újszülött magasabb vörsejtszámmal bírna, mint ha a köldökzsinórt nyomban a megszületés útján kötjük le. *Hayem* és *Hélotnak* eme nagyon is általános s csak egy-néhány felületes vizsgálaton alapuló adatai képezték már most azon központot, melyből a fejtegetések eszmemenetére nézve bár különböző, de végeredményben egyértelmű *haematogen* theoriák kiindultak. Felvették ugyanis, hogy az élet első napjaiban a vörös vörsejtek nagy száma megy a szervezetben szétesés útján tönkre, a nélkül, hogy nevezett szerzők bármelyike is nagymértékű s általában szétesésről szólott volna, s hogy ezen nagy mennyiségben tönkremenő vörös vörsejtek anyaga szolgáltatná az alapot az icterus fellépésére. Megerősíteni látszott őket eme nézetükben azon körülmény is, hogy *Hayem* és *Hélot* azon állításának megfelelőleg, mely szerint a köldökzsinór késő

lekötésénél az újszülött magasabb vörsejtszámmal bírna, *Schüking*, *Porak* és *Violet* megfigyelései szerint a későn lekötött újszülöttek tényleg nagyobb százalékos arányban lepetnének meg a sárgaság által, mint a korán lekötöttek. Ezen alapra helyezték tiszta *haematogen* theoriáikat *Porak* és *Violet* és — bár valamivel nagyobb körültekintéssel — *Epstein* is.

*Porak*¹ az újszülöttek súlyviszonyainak és a lekötés módjának az icterus keletkezése szempontjából való részletesebb méltatása után különösen *Hayem* és *Hélotnak* fenn jelzett állításaira támaszkodva ugyancsak a fenn vázolt értelemben építi fel theoriáját, úgy hogy azt itten részletezni feleslegesnek tartom, annál is inkább, mert saját vizsgálataim eredményeinek elősorolása alkalmával az egyes részletekre úgy is lesz még alkalmam visszatérni.

*Violet*² ugyanazon alapra helyezkedik, mint *Porak*, nevezetesen hogy a vörös vörsejtek szétesése képezi az alapokat, hogy a későn lekötöttek nagyobb arányban lesznek icterikusakká, mert véleménye szerint ezeknél nagyobb a vörös vörsejteknek szétesés alá eső tömege és e tekintetben annyira elragadtatja magát, hogy az újszülöttek sárgaságát egyenesen a késői lekötéssel kapcsolatos „*vértúlteltségből*“ (*Blutüberfüllung*) származtatja, kijelentvén, hogy az ict. neonat. tulajdonképen nem betegség, hanem csak *symptomája* az említett vértúlteltségből való *gyógyulásnak*. Majd lesz alkalmam saját vizsgálati eredményeim alapján ezen állításokra is visszatérni.

*Epstein*⁴ ugyancsak a *haematogen* nézetet vallja. Az út azonban, melyen végkövetkeztetéséig jut, egészen más, mint az előbb említetteké. Ő ugyanis — a *hepatogenisták* érveit jól megokolt alapon czáfolgatván — a főszólyt főleg a kórodai észleletekre, korbonzási és körvegytani vizsgálataira fekteti. Miután eme szempontok alapos mérlegelése után az icterus neonatorumnak *hepatogen* eredetét tagadni kénytelen, figyelmét most a vérre fordítja, hogy vajjon nem találhatók-e az újszülöttek vérében oly jellegű változások, a melyekből a náluk fellépő icterust levezetni lehetne. Ilyen változásokra vél ő következtethetni *Neumann*, *Kölliker*, *Denis*, *Wiskemann* és *Leichtenstern* adataiból. Végre hivatkozik *Hayem* adataira, a nélkül azonban, hogy többet mondana, mint a mennyit maga *Hayem* állított s ekkor a következő végeredményhez jut:⁴ „Gewiss ist, dass die Blutmenge in den ersten Lebenstagen irgend welche eingehende Veränderungen erfährt, wobei wahrscheinlich ein grösseres Quantum von Blutkörperchen vernichtet wird.“ Eme adatok összességében véli feltalálhatni az alapját az általa vallott *haematogen* nézetnek, a nélkül azonban, hogy az eredeti *Virchow*-féle valószínűségi nyilatkozat batárán túlmenne.

Két újabb keletű hypothesis a *hepatogen* és *haematogen* theoriák egyesítésére törekszik. Az első és érveinek sokoldalúsága folytán meglehetősen tért hódított nézet *Hofmeiertől*⁵ származik, a ki az újszülöttek sárgaságát az első életnapok anyagforgalmi viszonyaival hozza összefüggésbe. Szerinte minden újszülöttnél a vegetatív functiók megindultával oly nagy igények támasztanak a szervezettel szemben az anyagszükséglet szempontjából, hogy eme szükségletet az újszülöttek által felvett táplálék sem quantitative, sem qualitative nem képes fedezni. Az újszülött ennek folytán kénytelen lesz egyideig s bizonyos mértékben saját szervezete fehérnyéállományának rovására élni. Mivel pedig valahányszor a szervezeti fehérnye felhasználásáról van szó, első sorban mindig az ú. n. „*Cirkulationseiwiss*“ fogyasztatik, s mivel *Virchow* nézete szerint ilyenkor valószínűleg maguk a vörös vörsejtek is afficiálódnak; ennél fogva valószínű, hogy a szervezet fehérnyéállományának felhasználása karöltve jár vörös vörsejtek szétesésével. Minél nagyobb az felhasználás mérvé, annál tömegesebben fognak a vörös vörsejtek szétesésre jutni; eme szétesett vörös vörsejtek anyaga

¹ Virchow. Gesammelte Abhandlungen. Pag. 848.

² Hayem. Comptes rendus de l'acad. d. Sciences 1877. 21. Mai és Recherches sur l'anat. norm. et path. du sang. Paris, 1878.

³ Hélot. Étude de physiol. expérim. sur la ligature du cordon. Rouen, 1877.

⁴ Vide Vierordt. Physiol. des Kindesalters. Gerhardt's Hb. d. Kinderkrankheiten. I. Bd. Pag. 293—295.

¹ Porak. Considérations sur l'ictère des nouveau-nés etc. Paris, 1878.

² Violet. Ueber die Gelbsucht bei Neugeborenen etc. Virchow's Archiv Bd. 80. 1880.

³ Epstein. Ueber d. Gelbsucht bei neugeb. Kindern. Samml. klin. Vortr. v. Volkmann Nr. 180.

⁴ L. c. Pag. 17.

⁵ Hofmeier. Die Gelbsucht d. Neugeborenen. Zeitschr. f. Geburtshilfe u. Gynaecol. B. VIII. Pag. 237.

fogja most már eredményezni, hogy az elválasztott epe, mely a tápfelvétel megindultával különben is bővebben termeltetik, nemcsak több, de festenydúsabb is lesz, a mely most már „vielleicht begünstigt durch gewisse anatomische Verhältnisse der Abflusscanäle“ átmege a circulatioába s eredményezi a sárgás színeződést. Hofmeier szerint tehát az ict. neonat. hepatogen annyiban, mert tényleg epének a vérkeringésbe való jutása által keletkeznék, haematogen pedig annyiban, a mennyiben az epe bővebb termeléséhez a nagy mennyiségben tönkrement vörös vérszövetek adnak az anyagot. Alantabb lesz alkalam eme nézet részleteibe is bepillantást nyújtani, minthogy saját vizsgálataim túlnyomóan a Hofmeier-féle érvek felülvizsgálására vonatkoznak.

A másik közvetítő — haemohepatogen — nézet Silbermann¹ származik. Ő szintén a vörös vérszövetek tömeges szétcsésését veszi fel alapul, e tekintetben azonban csupán Hayem és Hélot adataira támaszkodik. Állatokon végzett saját s mások kísérletei azt mutatják, hogy a vérnek mesterségesen előidézett dissolutiója fermentaemiát okoz, mely a maga részéről visszeres vérbőséget, pangást, sőt thrombusképződést is eredményezhet. Mivel pedig a máj vérkeringése edényeinek physiologiai elrendeződésénél fogva már különben is lassúbb, maga a vér pedig venosusabb, ennél fogva a fermentaemia befolyása különösen itt fog érvényesülhetni. A vérkeringés fokozott meglassubodása folytán nagyobb mennyiségben fognak vörös vérszövetek törmelékeivel terhelt leukocyták összegyűlni, a mi kapcsolatban a vérplasmában oldott haemoglobinnal bővebb és festenydúsabb epetermelésre fog alkalmat nyújtani. Az epének felszívódását pedig eredményezni fogja azon körülmény, hogy a visszeres vérpangás által egyes interlobularis epeutak el fognak zártni. Ezen nézethez csatlakozik legújabbán Cnopf² is, a nélkül azonban, hogy támogatásához valamivel hozzájárulna. (Folytatása következik.)

Orvosi jelentés a „Stefánia“ pesti szegény-gyermek-kórház 1892-dik évi működéséről.

Közli: Bókai János dr., egyet. rk. tanár és kórház-igazgató.

A budapesti „Stefánia“ gyermek-kórház 1892-dik évi orvosi működése az előző évekhez képest különösebb változást alig mutatott. Ezen évben is eléggé mozgalmas volt orvosi működésünk s orvosi ténykedésünket ezúttal is a fővárosi járványok és főleg a diphtheria-járvány tették mozgalmassá. Kórházunk két elkülönítő baraképülete által, melyek 48 ágygyal vannak felszerelve, a járványos kórokban szenvedő kisdetek kellő elhelyezéséről 1883 óta, tehát az új kórház fennállása óta gondoskodik; diphtheria-osztályunk azonban az utóbbi években, de különösen az utolsó három évben már szűknek bizonyult, úgy hogy az utóbbi időben egyik elkülönítő épületünket 24 betegágygyal, kizárólag diphtheriás betegek felvételére rendeztük be és pedig oly módon, hogy három, illetőleg négy külön szoba létesítése által megadatott a mód egyszersmind arra is, hogy szűkség esetén a diphtheriás gyermekbeteggel együtt az anya is felvehető legyen. S hogy ezen intézkedésünk helyén való volt, mutatja azon körülmény, hogy a diphtheriás osztály ágyai, valamint külön szobái úgyszólván folyton el voltak foglalva. Kórházunk diphtheria-osztályát különösen stenotikus betegek keresték fel nagy számmal, directe műtéves céljából s örömmel jelezhetjük, hogy az O'Dwyer-féle intubatio eljárás kórházunkban ez évben is fényesen bevált s a légszomszást majdnem tökéletesen nélkülözhetővé tette. A kórházunkban elért kedvező eredmények az eljárást nemcsak a fővárosban, hanem a vidéken is ismertté tették s örömkökre szolgált, hogy az O'Dwyer-eljárással gyakorlatilag megismerkedjék. Alólírott meg lévén győződve az intubatio-eljárás rendkívüli jelentőségéről, nemcsak a kórházi, hanem a magángyakorlatban is (beleértve a

vidéki orvosi gyakorlatot is), kötelességének tartotta, a mennyire a kórházi viszonyok megengedték, minél több ügyfelet begyakorolni az O'Dwyer-eljárásba s örömmel tapasztaljuk, hogy ezen genialis műtét-módnak — kórházunkból kiindulól — Magyarországon mindinkább több és több híve akad.

A cholera asiatica, mely fővárosunkban szeptember hó 26-dikán lépett fel és december hó végéig fennállott, kórházunk fekvő anyagában bajt egyáltalában nem okozott, s kórházi tapasztalataink alapján azt is mondhatjuk, hogy a cholera-járvány alatt a főváros szegény néposztályának egészségi viszonyai, eltekintve a cholerától, határozottan javultak; legalább erre utal a kórház népes ambulanciájának tetemes lepadása a cholera időszaka alatt. Az ambulans betegek havi forgalmát az utolsó három évről, az alábbi táblázatban állítottuk össze fenti állításunk igazolására.

Év	Január	Február	Márczius	Április	Május	Junius	Julius	Augusztus	Szeptember	Október	November	Deczember
1892	1219	1197	1545	1677	1730	1415	1572	1489	1391	1116	960	839
1891	1075	1146	1339	1628	1461	1539	1677	1577	1562	1516	1287	1408
1890	1377	1094	1535	1599	1866	1270	1460	1542	1289	1213	1153	1212

Az ambulatorikus betegek között kifejezett cholera-esetet hasonlóképp egyszer sem láttunk, megjegyezzük azonban, hogy míg más években október és november havában cholera-infantummal alig találkoztunk, addig a lefolyt évben október havában 15, november havában pedig 10 enteritis choleriformis esetet észleltünk egy éven aluli gyermekek között. Hogy vajon ezen esetek nem voltak-e cholera asiatica megbetegedések, azt, miután ambulatorikus eseteinknél körülményesebb bacteriologikus vizsgálatok egyelőre legalább nem végezhetők, tisztázni nem bírjuk. Megjegyezzük, hogy a járvány alatt kórházi betegek érdekében egyéb intézkedést nem tettünk, minthogy betegeinknek italul Pasteur-szűrőn átvezetett vízvezetéki vizet adtunk, s a szülők látogatását a cholera tartamára tökéletesen beszüntettük.

*

A „Stefánia“ pesti szegény-gyermek-kórházban 1892-dik évi január 1-től deczember 31-ig működésének 54-dik évében összesen 17,480 beteg gyermek gyógykezeltetett; ezek közül 16,150 beteg mint ambulans látogatta az intézetet, a nyilvános orvos-sebész és szemészeti rendelési órákban, melyek délelőtt 10-től 12-ig, délután 3-tól 5-ig tartattak. Azon szegények, kik az intézetben ápolásra fel nem vétethettek, gyógyszereket részben ingyen nyertek, a mennyiben a rendeléseknél irt vények, a kerületi előjárók utalványa mellett, a főváros költségére szolgáltatott ki a gyógyszer-tárakból; számos sebészeti beteg kötszerekkel, a szembetegek pedig külső gyógyszerekkel láttattak el.

A kórházhoz csatolt, elkülönített helyiséggel ellátott országos központi védhímlőoltó intézetben 710 oltás végeztetett, úgy hogy az orvosi segélyt kórházunknál igénybe vett gyermekek száma az 1892-dik évben összesen 18,190 volt.

Orvosi ápolásban részesült az intézet ágyain, mint benfekvő 1330 beteg gyermek.

A 16,160 ambulans beteg látogatásainak összes száma az egész éven át 35,207-et tett ki, mely számból 27,075 látogatás a 14,876 orvos-sebészeti esetre, 6816 látogatás a 995 szembetegre, 1316 látogatás 279 fülbetegre és így átlag egy napra 96 ambulans beteg esik.

Az ambulans betegek összes számából az egyes hónapokra következő felvételi számok esnek:

január	február	márczius	április	május	junius
1219	1197	1545	1677	1730	1415
julius	augusztus	szeptember	október	november	deczember
1572	1489	1391	1116	960	839

Nemre nézve volt: 8264 fiú és 7886 leány; korra nézve: 5668 egy éven alóli, 4702 1 évtől 3-ig, 3210 3-tól 7-ig és 2570 7-től 14-ik évig. Születési helyre nézve volt 14,086 budapesti, 2059 az ország különféle részeiből és 5 külföldi.

¹ Silbermann. Die Gelbsucht d. Neugeborenen. Archiv f. Kinderheilkunde. Bd. VIII. Pag. 401.

² Cnopf. Ueber Icterus neonatorum. Münchner med. Wochenschr. 16. u. 17. 1891.

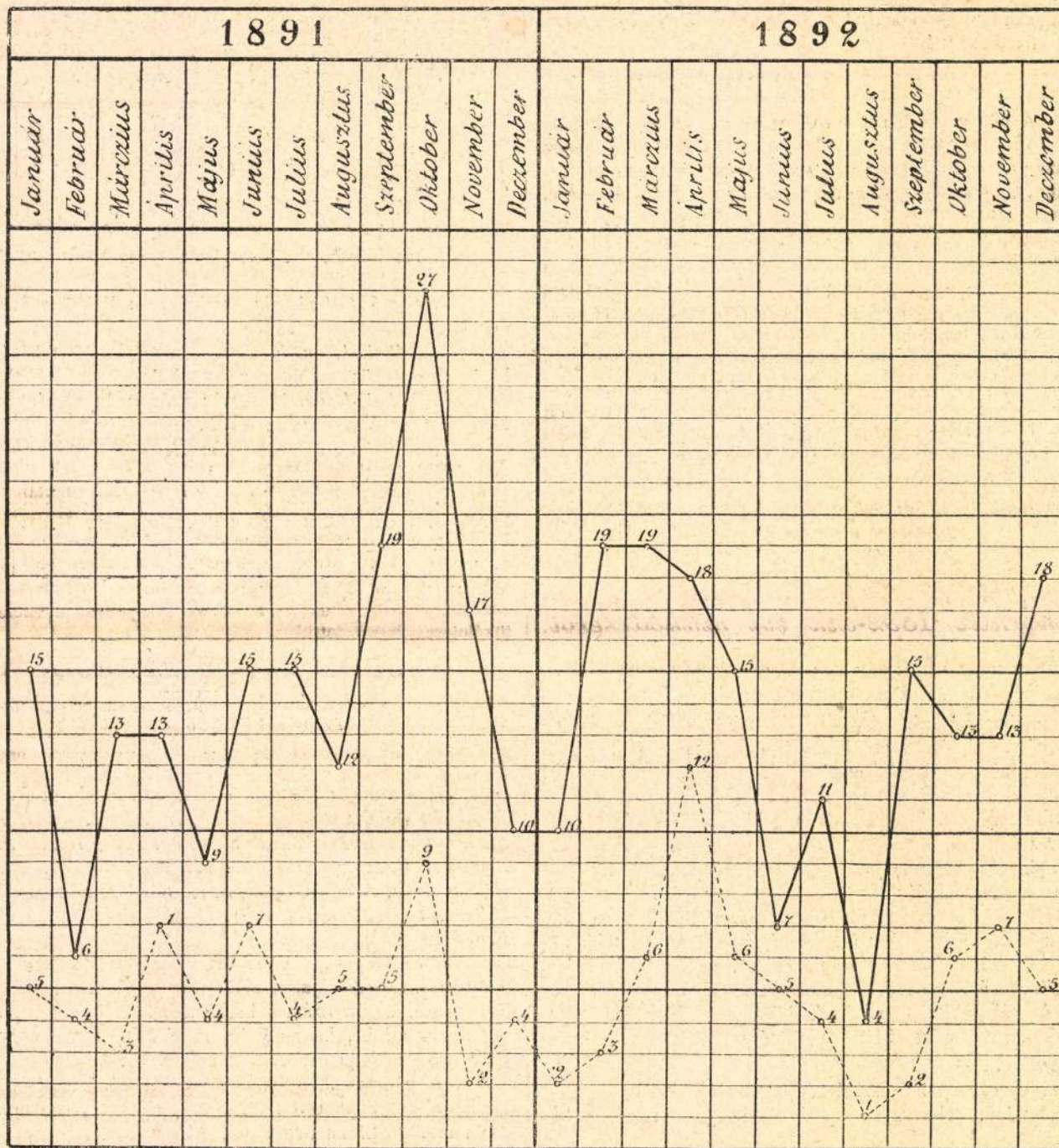
Az intézetben kórházilag orvosolt és ápolott gyermekek száma 1330 volt; ezek közül 108 beteg a megelőző évről maradt vissza és 1222 vétetett fel az év folyamában. Az ingyenes osztályon ápoltatott 905, az első fizetéses osztályon (60 kr. ápolási napdíj mellett) 286, a második (40 kr. ápolási napdíj mellett) 139 gyermek. Ápolási díj fejében 6101 frt 08 kr. folyt be az intézet pénztárába. A kórházi várószobákban levő perselyekben nyilvános adakozás útján 573 frt 40 kr. gyűlt össze.

A csecsemők mellé felvett 82 kisérő 1487 napot töltött az intézetben.

Az 1330 kórházi beteg közt volt nemre nézve 687 fiú és 643 leány; korra nézve 109 egy éven aluli, 329 egy évtől 3-ig, 476 3-tól 7-ig, 416 7-től a 14-dik életévig.

A év folyamában részint a ker. előljáróságok és kerületi orvosok, valamint a rendőrség, részint a főváros jótékony intézetei küldtek beteg gyermekeket az intézetbe, kik mindig a legnagyobb

A diphtheria-osztály intubált eseteinek táblázatos kimutatása.



— Az operált stenotikus betegek forgalma hónapok szerint.

----- Az operált stenotikus betegek gyógyulása hónapok szerint.

Az 1330 kórházi beteg 36,488 ápolási napot töltött az intézetben, melyből egyes betegre átlag 27,4 nap esik.

Az ápolási napok összege következőleg oszlik szét az egyes hónapokra:

január	február	március	április	május	június
3279	3028	2974	3243	3469	3094
július	augusztus	szeptember	október	november	december
3005	2699	2853	2927	2873	3044

Egy napra tehát átlag 100 beteg esik.

készséggel vétettek fel és az ingyenes osztályon ápolattak; így 17 gyermek (kik a kerületi előljáróság, kerületi orvosok, rendőrség és mentő egyesület útján jutottak a kórházba) 704 napot töltött az intézetben; a gyermekmenhely 8 árvája 260 napot; a fővárosi árvaházak 24 árvája 856 napot; ápoltatott továbbá a kórházban a hülyék, vakok, szeretetház, orsz. kisedővő egyesület, szűrkenének, Mária- és Ranolder-intézetnek, a magyar gazdasszonyok, protestáns és izraelita árvaház és izr. siketnémák, valamint a gyermekvédő egyesületnek 64 betege összesen 1936 napig.

Vallásra nézve volt: 833 róm. katolikus, 275 izraelita,

129 ágostai, 77 helvét, 3 baptista és 13 görög vallású; továbbá volt 1143 törvényes és 187 törvénytelen születésű. Születési helyre nézve volt 1154 budapesti, 171 az ország különböző részeiből és 5 külföldről.

A kórházilag kezelt betegek közül gyógyultan vagy javultan elbocsátott 904, nem gyógyultan 45, meghalt 291 (kik közül 19 haldokolva hozatott be az intézetbe). 1893-ra maradt 90 beteg. Levonva a haldokolva behozottakat, a halálozás 21,5%-ra rúg. A 291 haláleset közül elhalt torok-diphtheriában 40, állhártyás gége-lobban (croup)¹ 98 és gümőkóros megbetegedésekben 46.

Az ambulanter és kórházilag orvosolt és ápolott gyermekek betegségei a következő kórosportozatok szerint fordultak elő:

A kórosportok megnevezése	Ambulans betegek	Kórházi betegek
I. Agy- és gerinczagi betegségek	159	26
II. Idegbetegségek	210	32
III. Fülbetegségek	279	5
IV. Szembetegségek	995	146
V. Orrbetegségek	189	2
VI. Légzési szervek betegségei	3670	143
VII. Vérkeringési szervek betegségei	74	14
VIII. Nyirkrendszer betegségei	348	9
IX. Száj-, torok- és bázsing betegségei	1759	28
X. Alhási szervek betegségei	3336	62
XI. Húgy- és ivarszervek betegségei	377	48
XII. Bőrbetegségek	1005	77
XIII. Sejtszövet-, mirigy- és izombetegségek	271	27
XIV. Izületi betegségek s fejlődési rendellenességek a végtagokon	601	98
XV. Csontbetegségek	278	44
XVI. Heveny-fertőzős betegségek	1385	482
XVII. Idült fertőzős betegségek	259	16
XVIII. Általános megbetegedések	779	64
XIX. Mérgezések	12	2
XX. Színlelt betegség	2	4
XXI. Betegség nélkül	162	1
Összesen	16150	1330

A kórosetek nagy részét oly sebészi esetek képezték, melyek műtéti eljárást igényeltek. A véghez vitt műtétek közül felemlítendő:

10 húgyhólyag-metszés húgyhólyagkő miatt, 5 húgyesőkö eltávolítása, 1 hólyagképlés, 2 csontítás, 3 necrotomia, 4 brisement forcé, 20 inmetzés, 9 légeső-metszés, 162 esetben intubatio,² 15 garatmögötti tályog megnyitása, 10 nyúlajkműtét, 32 túltengett mandola kiirtása, 12 véredénytapló kiirtása, 1 ranulaműtét, 26 állképlet kiirtás, 4 végbélhabarcz kiirtása, 3 végbélképlés, 2 castratio, 4 fitymaszor műtét, 6 paraphimosis visszahelyezés, 6 mellkasesapolás, 9 mellkas-megnyitás, 1 bordacsonkolás, 5 hascsapolás, 5 víz-sérvesapolás, idegen test eltávolítása az orrból 10 esetben, a fülből 8 esetben, 9 ízben adenoid-képlődések kiirtása a hátsó orrüregből, több fül-habarcz kiirtás, számos üszkös csont és szuvas fog eltávolítása, nyirkmirigy-kiirtás és varratok alkalmazása több esetben, számos tályognyitás és tályogkiszivattyúzás és bőrfarkas-kikaparás. Csont- és izületi bántalmak miatt 110 gypszkötés, 15 túrómészkötés, 8 gypszfűző és 50 gypszágy alkalmaztatott.

A szemézi osztályon 5 szivárványcsontolás, 1 hályogműtét, 2 staphyloma műtét, több szarucsapolás és könnyesatorna-felhasítás hajtatott végre.

A szemészeti osztály Vidor Zsigmond dr. úr vezetése alatt állott, ki a szembetegeknek mindennap d. e. 10-től 11-ig rendelt.

A fülbetegeknek Böke Gyula dr. és rk. tanár úr rendelt nyilvánosan hetenkint kétszer az intézetben.

A sebészi kórosetek Verebelyi László dr. és docens úr felügyelete alatt állottak s az ezeknél szükségessé vált műtétek általa s az igazgató-főorvos által végezettek.

A kórboneztani vizsgálatokat Preisz Hugó dr. akadémiai tanár úr teljesítette.

A gégetükricszeti vizsgálatokat Baumgarten Egmond dr. úr volt szíves végezni.

¹ Diphtheriás és önálló croup.

² A gyógyulási százalék 36% volt. (Lásd a táblázatot a 347. lapon.)

Rendszeres gyermekgyógyászati előadások az intézetben hetenkint kétszer tartattak s az intézetet látogató orvosok és orvostanhallgatók alulírott által gyakorlatilag is oktattattak. Az előadásokat 123 orvosnövendék látogatta, a nyilvános orvosi rendeléseken pedig 46 szigorló orvos és orvos vett részt az év folyamán.

A gyermekek szembetegségeiről Vidor dr. hetenkint egyszer tartott az orvostanhallgatók számára előadást. Az egyetemi szülésznő-növendékek alulírott és Vidor főorvos által nyertek rendszeres oktatást a gyermekápolásból.

A pénztári kimutatás szerint a kórházi kiadások¹ (a 3-dik tételtől a 19-dikig) 26,121 frt 70 krt tesznek; ezekből 20%, vagyis 5224 frt 34 kr. a 16,150 ambulans betegre, 20,897 frt 36 kr. pedig a kórházban 36,488 napon ápolott 1330 beteg gyermek gyógykezelésére és ellátására fordított. Ezek szerint egy beteg ellátása és gyógykezelése átlag 15 forint 71 krt igényelt, melyből egy ápolási napra 57 kr. esik.

A kórház orvosi személyzetének irodalmi működése 1892-ben a következő volt:

1. Verebely L. dr. főorvos: Jodoform-glycerin alkalmazása hideg tályogok- és izületbántalmaknál. Gyógyászat. 1892.

2. Verebely L. dr. főorvos: Koponya-boltozottörés, gyógyulás. Gyógyászat. 1892.

3. Szegő Kálmán dr. segédorvos: Beiträge zur Polymorphie der Rachendiphtherie. Jahrb. für Kinderheilk. 1892.

4. Bókai J. dr. igazgató: Bárányhimlő fellépése sajátos körülmények között. Magyar Orvosi Archivum. 1892.

5. Bókai J. dr. igazgató: Száz gyógyult intubációs esetről. Magyar Orvosi Archivum. 1792.

6. Bókai J. dr. igazgató: A diphtheria gyógykezelésének mai állásáról. Orvosi Hetilap. 1892.

7. Bókai J. dr. igazgató: Közlemények a heveny fertőző kórokról. Önálló kötet. 188 oldal. Budapest. 1892.

Végül hálával jelentjük, hogy a „Samaritanus“-egyesület a kórházból kibocsátott szegény betegek segélyezésére 129 frt 31 krt szolgáltatott át az igazgatóságnak.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Szemészeti értekezet.

(1893. május 29. d. kén.)

Jelen voltak: Schulek Vilmos egyetemi professor, Szontagh Ábrahám, Juhász Lajos, Goldzieher Vilmos, Szili Adolf, Ottava Ignác, Csapodi István, Hoór Károly, Feuer Náthán, Moór Mihály, Neupauer Gusztáv, Kocsis Elemér, Grósz Emil, Lippay Sándor, Kádoss Jenő, Vándor Ödön, Szabó Sándor, Pauncz Márk, Michels Mátyás, Hérics Imre, Kiray Arisztid, Baumgarten Pál, Blaskovics Fridolin.

1. Szontagh Ábrahám dr. bemutatja azt a képességét, hogy pupilláit tágítani tudja, a nélkül, hogy alkalmazkodása vagy összehúzóvá válna. Számos kísérleteiből az derült ki, hogy a jelenleg akkor áll be, ha mély belélegzést téve valamely közel vagy akár távol levő pontra rögzíti szemét s nyaki izmait erősen megfeszíti. A pápaszemkeretbe illesztett kis mérővesszőkkel tett mérések szerint a két pupilla 3 milliméternyire 5-re, 4 mm.-ről 7 mm.-re, 5-5 mm.-ről 8-2 mm.-re tágul. Akkor is tágul a pupillája, ha ki-lélegzőkor duzzasztja meg nyaki izmait. Hosszabb ideig tartó lélegzési szünet alatt a pupilla nem változik, a carotis vagy jugularis összenyomása csak a bal oldalon tágítja a pupillát. Ha a fejét lehorgasztván, passiv hyperaemiát idéz elő vagy ha a cizombi izmait erősen megfeszíti, nem változik a pupillája; rágáskor, sötét térnek élénk elképzelések sem. Szentmükörrel való vizsgálás egyszer történt, s akkor tágulás alatt a retina vénái megvastagodtak.

A jelenlevők közül Szabó Sándor dr. szintén birja pupilláit tágítani, bár kisebb mértékben.

2. Schulek Vilmos professor az orvosságok egyéni modificatiója czímen vet fel eszméket. A szemészethen igen kevés szert alkalmazunk, a therapia körét tágítani kellene. Meg kellene állapí-

¹ A kórházi kiadások összegében befoglaltatik a dajkák, ápolónők, konyha- és mosószemélyzet teljes ellátása is.

tani, milyen hatással vannak a szemre — jó vagy káros hatással — az igen csekély mértékben bevett orvosságok, növényi alkaloidok. Tudjuk pl., hogy az alkohol minden beidegezést csökkent, az ereket tágítja, a szív működését gyorsítja, kötőszövet-szaporodást támaszt; ez a kötőszövet-szaporodás nyomja el a látóideg rostjait. Ellentétbe a *nicotin*, mely a beidegezést ingerli, az ereket szűkíti, rendetlenné teszi a szív működését, és minden szokásból elszívott szivar minimális akut, de gyorsan múló mérgezés, és így a hatása csak évek múlva summálódik, szintén kötőszövet-szaporodás alakjában. Tapasztalta szemtükörrrel, hogy mikor egy erős dohányos betegének a szivarzás mérséklését rendelte el, a látóidegfő piszkos színezete néhány hét folytán eltűnt. A *strychnin* 1%-os oldata a szembe csöppentve igen kellemes hatású, a nézés könnyebb, később azonban a világosság iránt nagyon érzékeny lesz a szem, az alkalmazkodást talán kissé serkentette, de görcsöt nem okozott. Másrészt előadja, hogy a használt orvosságok iránt mily különböző fogékonyságúak az egyes egyének. Pl. sokan nem tűrik a jodkalit, de azt tapasztalta, hogy azért a szert nem kell elhagyni, csak kisebb dosisban szedeti, kivált pedig a gyomor kimelésének feladatához suppositorium alakjában rendeli. Haladó myopia feltartóztatására jó az alkalmazkodásnak atropinnal bénítása, de az atropin hatása ne okozzon alkalmatlanságot. Donders ugyan azt írja, hogy az atropin hatása 50,000-szeres higitásban megszűnik, az előadó azonban kísérleteiben meggyőződött, hogy 1:1.500,000 arányban való rendelés az a határ, melyen az atropin a mondott célra épen beválik. Sublimat szemvízzel tapasztalta, hogy szokatlanul erősen izgatta a szemet.

Csapodi dr. a jodkalinak suppositoriumban való rendelését Schulek ajánlása folytán szintén megkísérelte s ajánlhatja. A jodkali kellemetlen hatására nézve egy keratitis parenchymatosus fiatal leány példáját említi, a ki igen jól tűrte a Blancard-pilulákat, de mikor Abbaziában tartózkodása alatt sürgetősen jodkalit rendelték neki, s az első kanállal mindjárt a patikában bevett belőle, olyan gyorsan elhomályosodott a látása, hogy nem tudott maga a szállására menni. Mikor Budapestre jött, a szaruhártyáját, mely előbb már masszálás és gözőlés folytán igen szépen tisztult, a csarnok felől sűrű szennyes izzadmány takarta, mely azután lassanként eltisztult. Megemlíti röviden az atropinos conjunctivitis kellemetlen jelenségét, továbbá, hogy mily különböző magatartást tanúsítanak egyes trachomások a sublimatos kitörlések iránt. Sublimat szemcseppekre nézve azonban kíváncsún tartja, hogy ne 10 gm.-nyi (0.001) mennyiségben rendeljük, mert a gyógyszerész erősebbre találja készíteni, hanem pl. 0.01 gm.-ot 100 gm. vízre.

Ottava dr. az atropin mellékhatására nézve ismertet egy esetet, melyben az egyik szem hosszú ideig eltűrt az atropint baj nélkül, a másik pedig az első becsöppentés után izgatott lett, apró beszűrődések támadtak a szaruhártya szélei körül. Egy trachomás beteg is, a kinek ki-kiújuló pannus miatt csöppentett atropint a szemébe, két ízben látott atropinos conjunctivitist. A sublimat hatására nézve megemlíti, hogy volt olyan betege, a kinek szemén az 1:5000 arányú oldat, melylyel a könnyömlőjét kifecskendezte, erős gyuladást okozott, sőt még gyengébb oldatot sem tűrt.

Schulek tnr. pótlóképen megemlíti még, hogy ideges betegeknek szeret leuicói vizet rendelni. Egy ízben azonban, mikor egy glaukomás betegén is tapasztalta, hogy baja és az operálás gondolata nagyon depressziálta s ő leuicói vizet rendelt neki, nem lehetett pilocarpint csepegtetni a szemébe, mert a pilocarpin roppantul csípte.

3. Lippay Sándor dr. a szaruhártya hegedései festésének a klinikán szokásos módját ismerteti, mely nem olyan hosszadalmas, mint a Wecker módja. A hegedést domború élő késsel bemetéli, de úgy, hogy a kés éle ferdén hasson be a szövetbe, a metélések keresztéződő irányban történnek, azután sűrű tust dörzsölnek a szemre és bekötik. A befestés helye egynemű fekete lesz, a fel-színe néhány nap múlva sima lesz. Nyúl szemén tett festésre nézve mutat be metszeteket, melyeken az látszik, hogy a festék nagyobb része a Bowman-hártya alatt fészkel s mintegy a szaruhártya vastagságának harmadáig hatol be a szövet közti hézagokban. Az iris színe utánzására színes festékekkel is tett kísérletet, de a szem erősen izgatott s a festék néhány nap múlva lefoszlott.

Neupauer Gusztáv dr. elmondja, hogy Gradenigo klinikáján látta, hogy levágott ökor azonnal kivett szeméből való iris-festéket

szurkálnak be a hegedésbe. Erről a festékről azt állítják, hogy megmaradása biztosabb. Meg kellene kísérelteni.

Csapodi István dr. ultramarin kék festékekkel tett kísérletet, de a festés nem maradt meg. Megemlékezik arról is, milyen nehéz volt a festés abban az időben, mikor még nem használtak cocaint.

4. Csapodi István dr. demonstrálja a klinika thermocauter-ját, mely 1886-ban készült Schulek tanár utasításai és Csapodi rajzai szerint. Szemészeti célra igen alkalmas, a különféle égető végek közt mindig megtalálni a legalkalmasabbat és az eszköz mindig megbízható, nem úgy mint a galvanocauter.

Ezúttal egyszersmind történeti érdekességgül mutatja be Kiss György elhunyt szabadkai szemorvos villámos égetőjét, melylyel kivált trichiasist operált Förster módja szerint. Ő volt az első, a ki hazánkban már a hetvenes években villámos égetőt alkalmazott a szemén.

Goldzieher dr. a galvanocauter védi, valamint Hoór Károly dr. is, mióta thermocauter helyett a Goldzieher galvanocauterjét használja.

Feuer dr. a galvanocauter vezető dróttjairól azt jegyzi meg, hogy nagyon súlyosak.

5. Goldzieher Vilmos dr. a végzetes (deletair) szemvérzésekről értekezik, melyek hályog-operálás, esetleg glaukomás iridektomia után állanak be. E tárgyról szóló közleményében azt mondja Fages, hogy aetiologiájuk ismeretlen. Az előadónak volt esete, a mikor absolut glaukomás szemén akart iridektomiát csinálni, de a Graefekéssel vágott seben kiürült a lense és az üvegtest nagy része. Kiderült, hogy nagy vérzés volt az üvegtest mögött. Az ilyen vérzések aetiologiáját úgy értelmezi, hogy érhártya-repedésből eredő vérzés az üvegtestbe ömlik, ha a vérzés a rövid hátulsó érhártyás erekből ered, mert ezek behatolnak az érhártya belsejébe, ellenben a hosszú erek a suprachorioideában maradván, vérzésükkel az érhártyát választják le. Így staphyloma miatt enucleált szemben is talált olyan régi vérzést, mely az érhártyát leválasztotta volt. Ha staphylomás szemben cyclitis fejlődik, a zsugorodó álhártyák vonaglják az érhártyát s a hosszú erek megrepedéséből ered a vérzés, kivált ha a szem tensiója csökken.

Ottava dr. hasonló vérzést tapasztalt absolut glaukomás szemén sebkezelés után. Egy esetben tenotomia után támadt csillapíthatatlan vérzés, mely még most 20 hónap múlva is meg-megújul. Azóta a szem a fényérzését is elvesztette.

Csapodi dr. emlékszik egy irodalmi adatra, mely szerint egyik szemén hályogot operáltak, nagy vérzés támadt, kiürült az üvegtest, az operáló azonnal enucleálta a szemet. A másik szem éppen így járt, azt is enucleálták. Ilyen elhamarkodott eljárásra talán még sincs szükség.

Feuer dr. valószínűnek tartja Goldzieher magyarázatát, de nem gondolja, hogy minden érhártya-leválás és vérzés ezen az úton történik, a vasculosa vérzése is az érhártya mögé kerülhet. Különb, ha staphylomás szemnek nagyobb a feszülése, szabály, hogy ne vágjuk le a szarúcsapot, mert nagy vérzés támad. Ő azt is látta, hogy Jaeger ily esetben sklerotomiát végzett, s az után is végzetes vérzés támadt.

6. Ottava Ignác dr. a ductus nasolacrimalis masszálására olyan Bowman-sondákat készített, melyek a Neupauer ajánlotta fokozás szerint vannak számozva, de a végük felé 8 mm. hosszú hengeres vastagodásuk van, mely a sonda vastagságánál $\frac{1}{3}$ mm.-nyivel vastagabb és körösen rovátkos. A szűkülés helyét sondáival masszálva tágítja.

Neupauer dr. nem tartja a masszálást szükségesnek, elég, ha kissé gyorsabban térünk át vastagabb kutatókra.

Juhász dr. megvallja, hogy könnyecsorgást ritkán lehet sondázással elmulasztani.

Schulek tnr. azt hiszi, hogy a hegedéses szűkülés megmarad ugyan, de a mi tágulhat, tágul.

Csapodi dr. szükségesnek tartja a sondázást, ha nem is éppen a könnyecsorgás megszüntetésére, de legalább az acut dacryocystitis elhárítására.

7. Grósz Emil dr. a tokrepsző csipő hasznáról beszél. A Graefe-féle hályogkivevésre nézve hasznos javításnak vették a Förster-csipő alkalmazását, a mióta azonban az ő operálásától eltérnek, a Förster-csipőt sem használják, mert zúzza az irist. Schulek csipője azonban olyan czélszerű, hogy nem bántja az irist, a tokból pedig jó nagy darabot lehet vele kirántani. Mutat is be erre nézve meg-lépő példákat

8. *Schulek Vilmos* tnr. a pterygium keletkezésére vonatkozó nézeteit ismerteti. Fuchs és Hoór közleményei óta sem kénytelen az ő magyarázatát megváltoztatni, de kibővítheti a Widmark közleményei alapján. Ez a szerző azt állítja, hogy a szaruhártyára tapadó idegen testek visszavetik a chemiai fénysugarakat, ellenben átterjesztik a hősugarakat, ez a hatás is hozzájárulhat a pterygium kifejlődéséhez; ez érthetővé tenné, hogy a napfényen dolgozó kömívesek könnyebben kapnak pterygiumot, mint a szintén porban, de nem a napfényen dolgozó molnárok. Hogy Fuchs nem talált a pterygium fejeinél érdességet, nem szól az Arlt-Schulek-féle theoria ellen, mert hiszen Fuchs leírja, hogy a cornea a limbuson két lemezre válik, érthető tehát, hogy a kötőhártya benyomulhat a lemezek közé.

—di.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Az általános táplálkozási zavarok lényegéről. Élet- és kórtani tanulmány. Irta Mutschenbacher Béla dr. 240 l. Ára 1 frt 50 kr.

Röviddel ezelőtt jelent meg a Grill-féle budapesti könyvkiadó cég kiadásában az általános táplálkozási zavarok lényegéről szóló tanulmány, mely több szempontból érdemes arra, hogy figyelmünket lekösse.

Szerző munkáját az általános táplálkozási zavarok fogalmának meghatározásával kezdi, melyeknek a vulnerabilitás, illetőleg a kórhajlam szempontjából igen nagy jelentőséget tulajdonít. A körnemző ingerek iránti praedispositiót és immunitást, a szervezetet alkotó sejtek életműködésének kifolyásaként tekinti. A sejtek ezen életműködése pedig mindenkor a táplálkozási viszonyok különféle ségei szerint módosul. Ezen bevezetést a szervezet táplálkozásában közvetlenül résztvevő szervek functionalis viszonyainak vázlatos leírása követi. Behatóan szól az emésztés, vérképződésről, a kiválasztások és elválasztásokról és itt mindenekelőtt a szervek szabályos működésével járó rendes táplálkozásmódját tárgyalja, de egyszersmind tekintettel van azon módosulatra is, melyek az egyes physiologikus tényezők (életkor stb.) megváltozásának következményeként szerepelnek. Ezek után a táplálkozási szervek működésében nyilvánuló primaer és secundaer rendellenességeiből keletkező zavarok fejtegetése következik, a melyeket szerző három csoportba oszt, ú. m. hypermetrikus, hypometrikus és heteroplastikus jellegű általános táplálkozási zavarok csoportjára. A munka azon részében, a mely az általános táplálkozási zavaroknak ismeretetésével foglalkozik, azok kórisméjének, kórlefolyásának, kórjóslatának alapvonalai is jelezve vannak, sőt a munka végén a therapia alapelveit is érinti.

Nagyfontosságú feladat az, melyet szerző maga elé tűzött és melynek megoldásához a kellő szakértelemmel fogott. Ha nem is értünk mindenben egyet szerző definitióival, vagy ha helyenként azon nézetek, melyekre hivatkozik, nem is állanak mindenütt a mai tudomány színvonalán, úgy helyes gondolkodás, logikai következtetés, a megfelelő irodalom alapos ismerete teszik a munkát érdekessé, melyben lépten-nyomon szerző bő gyakorlati tapasztalatai kellően érvényesülnek. Azt hisszük, nem végeztet felesleges munkát, midőn dolgozatával a táplálkozási zavarok lényegének és ezzel kapcsolatban a praedispositio fontos kérdésének tisztázásához hozzájárulni iparkodott. A tárgygyal foglalkozók elismerésére biztosan számot tarthat.

Tauszk dr.

II. Lapszemle.

Gyógyszertan. Belgyógyászat.

Freudenberg: A prostatitis kezelése ichthyol-suppositoriumokkal. Scharff, Ehrmann és Ullmann az akut, többnyire kankós származású prostatitis fájdalmának gyors csillapulását és a terimenagyobbodásnak lelohadását észlelték 10%-os ichthyol-irrigációk vagy 10%-os ichthyol-suppositoriumok alkalmazása után.

Újabban Freudenberg használta jó eredménnyel az ichthyol-suppositoriumokat subacut illetőleg chronikus prostatitisnél (nem prostata-hypertrophiánál). Minden esetben, néha feltűnően rövid idő alatt, úgy a subjectiv fájdalom a székletétnél, nyomásérzés a gáton stb., mint az objectiv tünetek — a prostata duzzanata illetőleg

megkeményedése — eltűntek. Nemi kicsapongásoknál, rendellenességeknél a nemi közlekedésben, az orvosi rendelet hiányos végrehajtásánál természetesen az ichthyol hatása hiányos vagy semmi. Szükség esetén pl. urethritis post.-nál a húgycső helyi kezelését sem szabad elmulasztani.

Hosszas kísérletezés után legjobbnak bizonyult 0.3 ichthyol + 2.0—2.5 Ol. Cacaoval kezdeni és lassanként 0.6 ichthyolig ugyanannyi ol. cacaoval emelkedni. A székletére való inger, különösen ágyban fekvésnél 5—20 perc alatt megszűnik. Részint a felszívódás elősegítése, részint (különösen nyáron és az ichthyol nagyobb adagjainál) a kúpok lágyulásának csökkentése végett pro kúp 0.01—0.05 jodoform rendelhető. Igen fontos, hogy az ichthyol egyenletesen legyen a kúpban elosztva. Semmi szín alatt sem használhatók a készen kapható üreges suppositoriumok, mert a cacao-vaj elolvadása után az ichthyol tömören éri a végből nyálkahártyáját, ezt erősen ingerli, fájdalmat és székletétet okoz. Ezért is legjobban következőképen rendelni: Rp. Ammon. sulfo-ichthyol. 0.3—0.6, Ol. cacao 2.0—2.5. Misce exactissime, f. supposit. N. B. üreges suppositoriumot!

Minthogy 11—12 óra alatt sem szívódik fel tökéletesen a megolvadt ichthyol-foglatatú cacao-vaj, azért rendszeren elegendő naponként 2, reggel és este egy kúpot használni. Reggel a székletét után. Harmadikat F. csak akkor rendel, ha a betegnek nap közben is van széke. Centralbl. f. klin. Med. 1893. jul. 1.) W—dt.

A Mannkopff-féle tünet értéke trauma okozta idegbajoknál. Straus (Hamburg) szerint traumát elszenvedett egyének fájdalmasnak mondott testrészeinek nyomásakor támadó érlökés-szaporodás (Mannkopff-féle tünet) csaknem biztosan kizárja a simulatiót. Ellenben ismert organikus elváltozással járó bajban szenvedő betegek fájdalmas testrészeinek nyomásakor nem szaporodik mindig az érlökés. Ebből Straus azt következteti, hogy a Mannkopff-féle tünet hiányából traumás idegbajoknál sem lehet következtetni a fájdalmak tettetett voltára. (Berl. klin. Woch. 1892. 48.) W—dt.

Paralysis agitans és hysteria. Chabbert dr. (Toulouse) egy eseten a két kórállapotot együtt észlelhette, beható megfigyeléseket tett. Belőlük annyi mindenesetre következik, hogy a paralysis agitans előfordulhat oly egyénen, a kin hysteriás természetű görcsök is jelentkeztek és hogy teljesen jellemző hysteriás stigmákkal egyidejűleg állhat fenn. Vajjon a két betegség közel áll-e egymáshoz, vagy épen ugyanegy primordialis neurosis nyilvánulása-e, melynek alakját talán a beteg kora határozza el, erre nézve ma még nem adhat választ. (Archives de Neurol. 1893. Nr. 76. K—y dr.)

Epilepsia, az arteria vertebralis lekötése. Telford-Smith egy a gerinczverőér lekötésével feltűnő hosszú javulást mutató epilepsia-esetet közöl. Nehány éve tudvalevőleg sokat reméltek ettől az eljárástól és kezdetben némi siker mutatkozott is. Utóbb mindjobban kiviláglott, hogy a rohamok szünetelése csak rövid időre terjed s így az eredmény nem áll arányban a beavatkozás súlyosságával. A Telford-Smith-féle esetben négy évig nem következett be a műtét után roham. Ekkor azonban az ő észlelte betegen is újból előálltak. (The Journal of mental Science. Oct. 1890. — Arch. de Neurol. 1893. Nr. 76.) Kuthy dr.

Apróbb jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. Galandféreg elhajtására Ozegovski a salicylsavat ajánlja. A használat módja a következő: a beteg nem ebédel és nem vacsorál, este pedig 30 gramm ricinus-olajat vesz be; másnap reggel 7 órakor ismét bevesz 15 gramm ricinus-olajat és nyolcz órától kezdve óránként 1 gramm salicylsavat, legfeljebb 4 adagot. Ha a galandféreg a 4. adag után még nem távozott el, még 15 gramm ricinus-olaj veendő be. (Münchener medic. Wochenschrift, 1893. 25. sz.)

2. Asthma bronchiale ellen a következő orvosságot ajánlják: Rp. Kalii jodati 2.0; Kalii chlorati 4.0; Aquae destill. 120.0; Syrupi diacodii 30.0; Tincturae lobeliae inflatae guttas 30. Óránként egy evőkanálnyi veendő be. (Münchener medic. Wochenschrift. 1893. 25. sz.)

3. Szőrtelenítésre Butte a jodecollodiumot ajánlja: Rp. Spiritus vini 12.0; Jodi puri 0.75; Collodii 35.0; Olei terebenthin. 1.5; Ol. ricini 2.0. A szőrtelenítendő hely 3—4 napon keresztül vastagon bekenendő e szerrel. A collodium-réteg eltávolításakor a szőrök is távoznak. (Monatsh. f. prakt. Dermat. 1893. 5. sz.)

TÁRCZA.

Uti jegyzetek.

Genersich Gusztáv dr.-tól.

(Folytatás.)

Widerhofer a pertussist gyermekbetegségnek tartja, melyet felnőttek közt legfeljebb oly anyák kapnak el, kik a bántalmat gyermekkorukban még nem állották ki. A kezelést illetőleg a legnagyobb egyszerűséget követi. Legfontosabbnak tartja a diätetikus kúrát, a gyermeknek behűtött tejjel és híg húsgeléekkel való táplálását közvetlenül a rohamot befejező hányás után. Azonkívül könnyebb eseteivel ásványvizet itat, a súlyosabb alakoknál pedig chinint alkalmaz nagyobb adagokban, sőt nélkülözhetetlennek tartja a morphin is. Az antipyrin is rendeli, de nem tapasztalt tőle állandó sikert. A levegő, illetve helyváltozás véleménye szerint czélszerű lehet, a mennyiben kedvezőbb közegésségi viszonyokat teremt a meglevőknél, de valóságos pertussis ettől magától meg nem szűnik. Jobb módú betegeit déli vidékekre küldi, vagy városi betegeit tavasszal vidékre költözteti, de a mellett többször tapasztalta, hogy a gyermek egész időnt tölt Arcoban és épen oly fokú pertussissal tér vissza, milyennel Bécsen elhagyta. Nagyon fontosnak tartja ily czélra használt lakásoknak utólagos alapos fertőtlenítését, mert voltak esetei, hogy gyanútlanul beköltözött családok egészséges gyermekei pertussist kaptak ily módon.

A lues hereditaria tárgyalásánál különösen kiemeli az areczsinnek sajátságos sárgás-barnás elszíneződését, melyből sokszor messziről gyanut merít luesre. A diagnózisra nézve legfontosabbnak tartja az összes alakok közt a papulát, mi mellett igen jellegző a kiütésnek több alakban való jelentkezése. Felemlítendőnek tartom ama régi ritka észleleteit, melyek szerint luetikus gyermekeknek thymustályogot talált. Az ott divó kezelést röviden a következőkben esetelhetem. Ambulans betegeknél a kezelést calomelnek belső adagolásával kezdi, és miután a szert hónapokon át szedték, jódkalival folytatja. Klinikai vagy privatbetegeknél sublimat-fürdőt is alkalmaz (1—1½ gm. 1—1 fürdőre). Különösen ha a bőr nem nagyon hámfosztott. Bekenéseket unguentum cinereummal csak ½ éven felüli gyermekeknek alkalmaz, mert a felszívódás igen gyors és gyakran látott vérzéseket fellépni. Hasonló feltételt szab a higanynak subcután alkalmazásához, mely czélra leginkább a Bamberger-féle sublimat-peptont szereti, kellően szűrt és sterilizált alakban.

A lues öröklődési kérdésében W. azon álláspontot foglalja el, hogy a luetikus férj csak akkor válik egészséges nejeire veszélyessé, ha azt teherbe ejtette. Ily anyáknál gyakran észleli, hogy kifejezett luetikus tünetek nélkül korán hervadnak, csonthártyalobokban, mirigy-daganatokban szenvednek, hajukat hullatják, s nemcsak a tünetek javulnak antiluetikus kezelésre, hanem az oly nő, ki eddig csak luetikus magzatot hozhatott világra, most egészséges gyermeket is szülhet. Ebből kiindulva, az antiluetikus kezelést már a terhesség alatt vezeti be és ily anyáknak megengedi a szoptatást. De ha az anya a conceptio után lett inficálva, s a valószínűség arra nézve, hogy a magzat egészséges lesz, annál nagyobb, minél későbbi szakában a terhességnek történt az infectio, a gyermeket anyjától elválasztja.

Ennek kapcsán egy igen fontos gyakorlati kérdéssel foglalkozott: Adhatunk-e luetikus gyermek mellé egészséges dajkát? Az észlelet szerint aránylag ritkán fordul elő, hogy a luetikus csecsemő dajkáját inficálná, ha az lues congenita, s azért lehetségesnek tartja, hogy az orvos dajkát ajánljon, csak megkívánja, hogy a dajka esetleg a családi titok feláldozásával, felvilágosíttassék azon veszélyről, melynek magát kiteszi, s ha reá áll, és ezért kellő anyagi kárpótásban részesül, nem lát benne rosszabb eljárást, mint mikor cholera, diphtheria v. pettyes typhusban, himlőben szenvedőkhöz fogadnak ápolónőt.

Igen érdekelt hallanom az öreg practikus tanár előadásait a croupról és diphtheriáról. Widerhofer ama modern felfogásnak hódol, hogy a két bántalom csakis a Löffler-féle bacillusok segítségével különböztethető meg egymástól. Ámbár azok hiánya még nem minden esetre zárja ki biztonsággal a diphtheriát, mégis ezek között kell keresnünk amaz önálló croup-eseteket, melyeknek lehetőségét Heubner kísérleti adatain kívül még ama tapasztalat is bizo-

nyítja, hogy Bécsben a diphtheria behuzrolása előtt is észlelt valószínűs laryngitis crouposát.

A különböző esetek prognosist nem a súlyosság szerint méri (kivétel a septikus alak), legfontosabb jel a szív és izomerő állapota, ha bacterologikus vizsgálat végeztek, úgy nem bacillusos alakoknál kedvezőbb, a Löffler-féle diphtheriánál bármily könnyű tünetekkel is járjon, mindig kétesnek tartja a prognosist.

A diphtheria kezelésénél olyan szereket alkalmaz, melyek a beteget erősítik, cognac, erős bor, orosz tea, strophanthus, camphora, liquor ammonii anisatus a szokások, külsőleg jégkolbász, belsőleg chlorkáli. Edzés csak körülírt diphtheritikus fekélyeknél conc. tejsavval alkalmaztatik. Az Escherich által újabb időben ajánlott sublimat-spray és szivacsok hasznáról még nem nyilatkozhatik, mert Escherich csak arra szorítkozik, hogy eljárásával a Löffler-bacillusok elpusztíthatóságát illetőleg a torok fertőtleníthetőségét kimutassa, és nem közli a gyógyulás arányszámát. Kifogása ez eljárás ellen az, hogy kissé kíméletlen és durezás gyermekeknek nem vihető ki könnyen, továbbá hogy sok sublimat használdik el, mi szintén nem közömbös, azonfelül az orr desinfectióját ilyformán nem lehet keresztülvinni. A croup tüneti diagnosist csak akkor tartja nehéznek, ha a már beállott szénsavmérgezés következtében a stenotikus tünetek nem jutnak érvényre. A pseudocroupotól való megkülönböztetésre felhossa a stenotikus tüneteknek egyenletes és megszakítás nélküli fokozódását a fulladási rohamokig, ha valóságos croup van jelen.

A kezeléstől elvárjuk a meglevő hárták leválasztását és újraképződés meggátolását. Bár erre nézve specificumot ajánlani nem tud, a higanyban oly szert lát, melynek szemmel látható hatása van, a bekenést a mirigyek fokozott elválasztása és a hárták fellazulása követi. E célból meglehetősen sok higanyt ken be, hogy a hatás hamar és nagy mérvben mutakozzék, így például 6—7 éves gyermeknél 4—5 szor óránként 1—1 grammot, gyengébb és kisebb gyermekeknek 0.5—0.5 grammot. Ilyen kezelés mellett 100 közül 25 gyógyul. Ha a szűkületi tünetek javulnak, a kenést folytatni lehet, ha nem, áttér az intubációra vagy tracheotomiára.

E tételnél a legújabb és igen fontos gyermekgyógyászati thema, az *intubatio* fejtegetésébe bocsátkozik. Nézeteit már a Henoch tiszteletére írt közleményében¹ nyilvánította, melyből kivehető, hogy a bécsi klinikán a gyógyulási arányszám az intubatio behozatala óta csak keveset javult, és hogy nem mindegyik esetben alkalmazható; előnye, hogy gyorsan, nem véres úton távolítja el a nehézlégzést, hátránya, hogy decubitust hoz létre, rekedtséget, hangtalanságot okoz, és gyakrabban ad alkalmat pneumonia catarrhalis fejlődésére, mint a tracheotomia; továbbá a nyelést és ez úton a táplálkozást nagyon nehezíti, mi némely esetben az evés idejére az extubatiót teszi szükségessé. Widerhofer azóta folyton intubáltat, s úgy látszik még ma is csak feltételes barátja a intubationnak, bár csodálatos és nem eléggé becsülhető eljárásnak tartja, melyet nem igen fogunk többé nélkülözhetni. Mellette a tracheotomia még nagyban divik és egyelőre szó sincs arról, hogy utóbbit az intubatio ki fogja szorítani.

Ha a laryngostenosis mellett pneumonia catarrhalis vagy egyéb complicatio van jelen, vagy maga a torok diphtheriája súlyos septikus alakú, vagy vaskos izzadmányokkal jár, akkor mindjárt a tracheotomiára mennek át, végezve azt elsődlegesen 2 éven aluli gyermekeknek említett súlyos vagy complicált viszonyok nélkül is. Tehát csak a tiszta laryngostenosisok kerülnek intubációra, nagyobbára csak 2 éven felüli gyermekeknek. Az időpont a beavatkozásra az asphyktikus stadium kezdete, midőn a cyanosis már állandó és a laryngostenosis tünetei előtérben állanak. A fonalat kihúzzák, ha a gyermek 1—2 perczig nyugodtan van, s a nélkül hagyják bent a tubust. Az extubatio 24 óra mulva történik extubátorral. Ha a stenosis még mindig nagyfokú, másodszor, harmadszor, ritkán negyedszer ismétlik az eljárást 24—24 órára, de ha a 3-dik, illetve 4-dik napon túl is fennáll a szűkület, tracheotomiát végeznek. Az ily rendszer mellett elért utolsó időbeli eredményeket nem bocsátották rendelkezésemre, de a mondottak után csodálkozni kell, hogy mért oly nagy a II. tracheotomia halálozási száma.

¹ O'Dwyer's Intubation und d. Tracheotomie bei d. diphtheritischen Larynxstenose. Henoch's Festschrift 1890.

Az 1891. évi kimutatás szerint intubáltatott összesen 216, ebből gyógyult csak intubációval 120, II. tracheotómiával 18, meghalt csak intubációval 27, II. tracheotómiával 51, azaz gyógyult $138 = 63.9\%$, s meghalt 36.1% . Tisztán tracheotómiával kezeltetett 58, ebből gyógyult 8 = 13.8% . A gyógyulási arány az összes intubált, vegyes és tisztán tracheotomisált esetek után 1891-ben 53.28% , holott 1890-ben csak 44.76% volt.

A klinikai betegforgalom eléggé élénk, évente körülbelül 1400-ra rug 100 betegágyon, 1 éven aluli gyermekek csak kivételesen vannak a kórházban, néha tanítási célból koraszülöttek vagy érdekes csecsemők dajkástól vétetnek fel. Különben a 4 éven aluli gyermekek ingyen ápoltnak, az idősebbek ápolási díjának behajtását hatóságilag végzik az Allgemeines Krankenhaus útján.

Ha a beteganyag minőségére vagyunk tekintettel, úgy feltűnő, hogy első sorban a kórházi betegeknek több mint $\frac{1}{3}$ része diphtheriában szenved (500—500), és majdnem fele ragályos betegből áll (skarlát, kanyaró hozzáadásával). Igen gyakori betegség a meningitis tuberculosa, úgy hogy néhány hét alatt egy pár ilyen szerencsétlent láttam jönni és — menni. A choreától itt kevésbé fél a köznép, mint nálunk, de azért majdnem állandóan van 1—2 choreás az osztályon. Pneumonia, pleuritis szintén a gyakoribb bántalmakhoz tartoznak. Az ambulancia az idény szerint változik, a téli hónapokban bronchitis, tavasz felé scrophulosis és rachitis, tuberculosus, nyáron pedig az enteritisek dominálnak, kifejezett hysteria-esetek nem tartoznak éppen a ritkaságok közé. Ily oriai beteganyag mellett ritkább bántalmak is szolgáltatnak egy-egy képviselőt, úgy hogy e tekintetben a Szt.-Anna kórházban valóban igen sokat lehet látni és tapasztalni.

Ott tartzkodásom alatt is előfordult néhány eset, mely nem tartozik a mindennapiak közé.

Egy 8 éves leánya, ki különben eddig is folyton betegeskedett, 2 hét előtt fulladni kezdett. A roham 20 órai tartam után elmúlt és most újból jelenkezve, súlyos dyspnoeát hozott létre. Az aggasztó állapotban levő betegem faut de mieux tracheotomia végeztetik, de a nehézlégzés csak az altatás idejére szabadult fel, elhagyásával ismétlődött. Widerhofer asthmát vett fel, kiemelve, hogy e bántalmat a hörgi mirigyek duzzanata alapján különösen oly gyermekeknél látta, kik azelőtt evezében szenvedtek, s ime harmadnapon hányás közben egy borsónyi sajtos tömeg ürült ki, bő, genyes nyák kíséretében, s ezután megszűnt a fulladás is. Tehát egy genyedésbe átmenő bronchialis mirigy hirtelen térfoglalása okozta a fulladási rohamokat. A sajtos tömegben igen sok gümöbacillus találtatott, a tüdőcsúcsok is tuberculosusra valló tüneteket mutatnak.

(Folytatása következik.)

Heti szemle.

Budapest, 1893. július 13-dikán.

A cholera állása. Franciaország nyugoti partjain a Lorient vidékén fellépett cholera-járvány megszüntnek tekinthető. Összesen 25 helységben lépett fel és ez év április 9-dikéig 478 megbetegedés és 178 haláleset fordult elő. Április végéig 263, május végéig 307 cholera-haláleset volt. Május havában már 44 haláleset volt csak, egész június hóban pedig csak kettő. Nevezetes, hogy e járvány hideg és esős időben keletkezett és akkor szűnt meg, midőn az időjárás meleg és száraz kezdett lenni. A déli tengerpart tartományaiiban (Aude, Hérault, Gard, Bouches-du-Rhône, Var, Vancluse) azonban még mindig dúl a cholera. A Lancet tudósításai szerint, melyek június 17-dikéig terjednek, *Marseilleben* május 21. és 22-dikén mutatkozott két cholera-eset a St. Peter tébolydában. Egy ideig így maradt az állapot, június 12-dikén azonban egy, június 14-dikén hat, 15-dikén négy, 16-dikán öt, 17-dikén pedig nyolcz, hat nap alatt összesen 33 cholera-haláleset jött elő. A Gard departementben először *Alaisban* mutatkozott a baj, és június 17-dikén már 103-at ért el a cholera-halálesetek száma; ugyan e megyében még más 9 helységben dühöngött. Hérault megyében június elején kezdődött a baj és június 14-dikén *Cetteben* 33, *Montpellierben* 15 haláleset fordult elő. *Toulonban* az első eset június 3-dikán mutatkozott, 17-dikéig 26 halálessettel. A dél-franciaországi cholera-haláleseteket a Lancet májusban 13 és június 1—17-dike között 343-ra teszi. E cholera-járvány keletkezését nem behurezolásra, hanem a tavalyi járvány kiújulására vezetik vissza: *Marseilleben* pl. most harmadszor tört ki a cholera a múlt év október hava óta. Egy

más tudósítás szerint egész június hóban Franciaországban 150 haláleset fordult elő, melyek közül 37 eset *Alais-ra*, 36 *Cette-re* és 31 *Montpellier-re* esett. Julius első felében e helyeken csökkent valamit a cholera, de a környéki falvakban dúl erősebben, *Algiriában* is mutatkoztak egyes esetek a múlt hó végén és e hó elején.

Mekkában és *Jeddahban* nagy mértékben pusztít a baj; június utolsó napján 76 cholera-haláleset fordult elő *Jeddahban*; *Mekkában* pedig június utolsó hetében naponként 440—1000 haláleset mutatkozott és egész június havában 5000-en felül haltak el a zarándokok közül e betegségben.

Oroszországban a hivatalos cholera-tudósítások szerint a június 23-dikával végződő héten *Podoliában* 32 haláleset jött elő 112 friss megbetegedéssel; és az előbbi hetekhez képest nőtt az esetek száma. *Don vidékén* 10 eset volt 4 halállal; *Bessarábiában* 16 eset 2 halállal; *Kubában* 1 haláleset. *Podoliában*, hol most a baj csak 4 kerületben van meg, a járvány kezdetétől május 28-dikáig 8914 egyén betegedett meg és közülük 3083 halt meg.

Spanyolországban a *Gerona* tartomány *Palafongell* falujában a francia határhoz közel fordultak elő esetek és július 3-dikáig már 4 haláleset mutatkozott.

Nálunk Szolnok-Doboka, Szatmár és Bereg megyékben merültek fel cholera gyanus esetek. Legelőbb még a múlt hó 24-dikén *Deésen*, később *Szatmáron* és *Kerecsenyben*, tehát a Szamos folyó mentén le a Tiszáig. A bakteriologiai vizsgálat némelyik beteg ürülékeiben komma-bacillust talált. Néhány a gyanus esetek közül meg is halt. Minden szükséges intézkedések a baj lokalizálására nagy erélyvel meg vannak téve.

Semmelweis-émlék. A Semmelweis-émlék végrehajtó-bizottsága az országos nagybizottsággal együtt, melyben az ország 162 orvosa vesz részt, a hazai szakkörökhöz és a nagy közönséghez a következő felhívást küldötte szét:

„Mélyen tisztelt Uram!

Semmelweis I. Fülöpöt manapság az orvosok már az egész világon a gyermekágyi láz kóroktana és gyógyítása lángeszű meg-alapítójának ismerik. Ismerik és nagyrabecsülik tudományos munkásságát és tanításának messze kihatását az emberiség javára. Semmelweis az emberiség jöltevője lett, mert az ő tanítása életet ment meg. Ő a fiatal anyák védőangyala. A mióta az ő tanítását követjük a vajadás nehéz óráiban, a gyermekágyi lázban való megbetegedés és elhalálozás elenyészően csekély azokhoz a hekatombákhoz képest, a miket még ő elhullani látott, korszakot alkotó felfedezése színhelyén, a bécsi köz-kórházban; a halál pusztítása ily természetes aktusnál az ő lelkét annyira elszomorította, hogy nyugtot nem talált, a míg fáradhatlan kutatásában e szörnyű baj igazi okának — a fertőzésnek — a nyomára nem jött.

A lángész sorsa azonban rajta is beteljesedett.

Semmelweisnek az életben nagy felfedezéseért vajmi kevés elismerés jutott; de jutott annál több küzdelem, mert tanításáért sokat kellett harcolnia, heves támadásokkal, bántó kritikákkal kellett szembezállnia, a minek izgalmai idő előtt megtörték lelki erejét és korai sírba döntötték.

Egy negyed századig idegenben porlottak hamvai. Két éve kerülték a hazai földre, szülőhelyére, székes fővárosunk temetőjébe, a hol a főváros tanácsa az ő emlékének megörökítésére alakult bizottság kérésére már is diszes sírhelyet jelölt ki és engedélyezett porainak utolsó nyugvó helyül. Semmelweis emlékének méltó megörökítésén működő e végrehajtó bizottság a budapesti tud. egyetem orvosi karának kiküldött képviselőiből és a budapesti kir. orvos-egyesület kijelölt néhány tagjából alakult meg. E bizottság a megállapított program keresztülvitelén már régebben dolgozik és egy internationalis, a világ előkelő orvosaiól alakított comité segítségével a külföldön a gyűjtést Semmelweisnek Budapesten felállítandó emlékszozárára már megindította. Most itthon kívánja ugyanezt tenni és első sorban az orvosokhoz, Semmelweis kartársaihoz fordult azzal a kérelemmel, hogy karolják fel lelkesen ezt az ügyet, az ő saját ügyeket — mert Semmelweisban a tudós orvost fogja dicsérni az emlékére állított szobor, a sírjára emelt kő és a szülőházára alkalmazott emléktábla, a miknek létrehozatalán fáradozik a bizottság — és nemcsak az ő filléreikkel járulnak Semmelweis alakjának meg-

elevenítéséhez, de működésük körének minden családjában is legyeknek szívesek a mellékelt gyűjtő-ívet köröztetni, hogy az anyák haláljuk egy csekélyke részét leróhassák ama férfiú emlékének, a kinek köszönhetik, hogy nyugodtan nézhettek és nézhetnek a szülés nehéz órája elé.

Amde az orvosokon kívül egyenesen a nagy közönséghez is fordul a végrehajtó bizottság, mert jól tudja, hogy örömmel fog adózni filléreiből ama legnagyobb magyar orvosnak, a kit messze földön mindenütt — a magyar nemzet dicsőségére — az egész emberiség jóltevőjének ismernek el.

A gyűjtött összegeket a végrehajtó bizottság pénztárosához: Elischer Gyula dr. úrhoz, Petőfi-tér 1. sz. a. méltóztassék juttatni.

A gyűjtés eredményéről a végrehajtó bizottság a lapokban részletes kimutatást fog adni s egész működéséről az 1894-dik évben Budapesten tartandó VIII. nemzetközi közegészségi és demographiai congressus alkalmával remél leszámolhatni, a mikor Semmelweis nagy jelentőségét is internationalis részvétel mellett óhajtja megünnepelni Budapest, 1893. június hóban. A végrehajtó bizottság: Kézmárcsly Tivadar, elnök. Dirner Gusztáv, I. titkár IV., Hatvani-utca 9. Elischer Gyula, pénztáros IV., Petőfi-tér 1. Berczeller Imre, II. titkár. Bókai A., Bruck J., Fodor J., Gebhardt L., Högyes E., Korányi Fr., Liebmann M., Mihálkovits G., Müller K., Navrátil I., Réczey I., Tauffer V.

Az Orvosi Hetilap szerkesztősége ezennel megkezdi a gyűjtést és felkéri t. előfizetőit, hogy csatlakozzanak adományaikkal a hazafias cél támogatására.

Adományok a Semmelweis emlékre:

Az Orvosi Hetilap szerkesztősége 10 ft.

Figyelmeztetés a m. orvosi könyvkiadó társulat tagjai számára.

A m. orvosi könyvkiadó társulat kiadásában újabban következő munkák jelentek meg:

1. *Útmutató a gége- és orrtükrözésben.* Különös tekintettel a gyakorló orvosok és orvostanhallgatók igényeire. Irta Irsai Artur dr. 96 l. számos a szöveg közé nyomott ábrával.

2. *Az orrüreg és melléküregei.* Bonczani metszetek után 12 ábrában feltüntetve. Irta Ónodi Adolf dr. 16 l. 12 fametszetű tábla.

3. *A kómorzsolásról.* Válogatott fejezetek Ivánchich V. dr. munkáiból. Irta Margitai Ivánchich V. dr., fordította és sajtó alá rendezte és a kórtörténeteket statisztikai táblázatba szedte Korotnai (Krick) Árpád dr. 132 l. 15 táblázat.

Ezen három mű egy kötetbe egyesítve képezi a társulat kiadványainak LXVI-dik kötetét.

4. *Előadások a gyermekek betegségeiről.* Kézikönyv orvosok és orvostanhallgatók számára, írta Henoch Ede dr., a gyermekbetegségek tanára a berlini egyetemen. A hatodik német eredeti kiadás után fordította Juba Adolf dr. XII. 951 l. Kiadta tagjai számára a m. orvosi könyvkiadó társulat. LXVII-dik kötet. 1892.

Mindkét kötet az 1892. évi könyvilletmény részletét képezi. A társulat azon tagjainak, kik az 1892-dik évi tagdíjat beküldték, ezen két kötetet már is megküldtük, valamint azon tagoknak is, kik Irsai munkáját már f. é. február hóban megkapták, természetesen az utóbbi kivételével. Minthogy pedig az 1892. évi illetményhez még Róna Samu dr. *bujakórtana* is tartozik, mely még sajtó alatt van, s melynek megjelenése több oknál fogva csak f. é. szeptember hóban lesz lehetséges: ezennel felkérem a társulat azon tisztelt tagjait, kik az illetményt *utánvétel mellett* szokták kézhez venni, azonban az eddig megjelent művek megküldését már most óhajtják, szíveskedjenek *ebbeli kívánságukról a titkárságot mielőbb értesíteni*, hogy nekik az eddig elkészült két kötetet *utánvétel mellett* elküldeni lehessen.

Budapest, 1893. július 5-dikén.

Koller Gyula dr., első titkár.

V. ker., Sas-utca 16. sz.

Vegyesek.

Budapest, 1893. július 14-dikén. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1893. június 25-től július 1-ig terjedő heti kimutatása szerint e héten élve született 354 gyermek, elhalt 244 személy, a szüle-

tések tehát 110 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup —, ronsoló toroklob 9, hökhurut —, kanyaró 11, vörheny 1, typhus abdominalis 4, egyéb ragályos betegségek 3, agykéreg 9, agyvérömleny 3, rángások 6, szervi szívbjaj 7, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörhurut 32, tüdőgümő és sorvadás 58, bélhurut és béllob 37, carcinomata et neoplasmata alia 8, Brighth-kór és veselő 9, görvélőkór 3, veleszületett gyengeség és alkathiba 12, aszkór, aszály és sorvadás 3, aggkór 6, erőszakos haláletet 15. A fővárosi köz-kórházakban ápolatott e hét elején 2085 beteg, szaporodás 624, csökkenés 753, maradt e hét végén ápolás alatt 1956. — A fővárosi tisztii főorvosi hivatalnak 1893. július 2-től július 8-ig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 6 (meghalt 1), bárányhimlőben 5, vörhenyben 12 (meghalt 1), kanyaróban 130 (meghalt 4), ronsoló toroklobban 30 (meghalt 4), torokgyikban 5, trachomában 15, hökhurutban 13, orbáncban 8 (meghalt 7).

— Egyetemes orvosdoktori felavatások 1893. július 1-én: Goldberger Miksa, Heves (Hevesm.), f. a. Bókai tnr.; Róth Mihály, Érsekújvár (Nyitram.), f. a. Korányi tnr.; Vajda Vilmos, Balaton-Ujlak (Somogym.), f. a. Korányi tnr.; Fleischner Sándor Sámuel, Győr (Györm.), f. a. Plósz tnr.; Sági Lajos, Mernik (Zemplénm.), f. a. Plósz tnr.; Singer Lipót, Izsák (Pestm.), f. a. Scheuthauer tnr.; Fleischer Elemér, Budapest, f. a. Fodor tnr.; Bazilidesz Károly, Jolsa (Gömörm.), f. a. Högyes tnr.; Svehla János, Cseh-Brezó (Nógrádm.), f. a. Högyes tnr.; Fáy Béla, H.-M.-Vásárhely (Csongrádm.), f. a. Laufenauer tnr.; Lakner Bernát, Nyitra (Nyitram.), f. a. Mihálkovics tnr.; Reismann Adolf, Gálos-Petri (Biharm.), f. a. Scheuthauer tnr.; Kovács Henrik, N.-Kürtös (Nógrádm.), f. a. Fodor tnr.; Goldstücker Béla, N.-Lipce (Liptóm.), f. a. Kézmárcsly tanár; Braun Márk, f. a. Tauffer tnr.; Nánási Adolf, Hajdú-Nánás, f. a. Plósz tnr.; Grünfeld Ignác, Sebes-Kellemes (Sárosm.), f. a. Laufenauer tnr.; Varga Emil, Debreczen (Hajdum.), f. a. Kovács tnr.; Hoffmann Károly, Zsombolya (Torontálm.), f. a. Kovács tnr.; Szörényi Zsigmond, Mokrin (Torontálm.), f. a. Réczey tnr.; Herschler Sándor, Alsó-Szeli (Pozsonym.), f. a. Réczey tnr.; Friedlbeier Sándor, Nyiregyháza (Szabolcs.), f. a. Klug tnr.; Szabó Mihály, Uj-Szász (Pestm.), f. a. Klug tnr.; Kugler Károly, Pozsony (Pozsonym.), f. a. Kéti tnr.; Gyurtsik Géza, Jolsa (Gömörm.), f. a. Kéti tnr.

○ Ónodi A. dr., egyet. m.-tanár Neumann J. dr. mult számunkban közölt válaszára viszontválasz helyett utal legközelebbi cikkére, mely a vitás tárgyra vonatkozólag a „Berl. klin. Wochenschrift“-ben fog megjelenni.

— Kérelem. A budapesti t. ügyfelek felkéretnek lakásukat — az „Orvosok zsebnaptárába“ való beiktatás, illetve helyreigazítás céljából — a szerkesztővel (Purjesz dr., VI. ker., Podmaniczky-utca 17. sz.) vagy az Eggenberger-féle könyvkereskedéssel (Barátok tere) tudatni.

△ *Fürdőink személyiorgalmá.* Szilács (VII. 5.): 575; Korytnicza (VII. 6.): 285; Tátrafüred (VII. 6.): 935; Budapesti Császárfürdő (I. 1. egész VI. 30.): 492 bennlakó, 163,183 fürdő; Vihnye (VII. 4.): 353; Buziás (VI. 29.): 445; Lipik (VII. 4.): 1265; Alsó-Tátrafüred (VII. 8.): 547; Uj-Tátrafüred (VII. 6.): 438; Herkulesfürdő (VI. 26.): 1631; Palics (VI. 30.): 154.

— Biharvármegye köz-kórházában Nagyváradon — mint azt Frater Imre dr., kórház igazgató és műtő-főorvos évi kimutatásából olvassuk — az 1892-dik év folyamán 2867 (1458 f. és 1409 n.) egyén nyert ápolást. Az ápolásnapok összege 80,706 nap; átlag 27⁷⁵/₁₀₀; egy beteg ellátása napjában 93¹/₃ krba került. Sebészeti műtétet végeztek 196 esetben. A kórház 250 betegre van berendezve, az igazgató-főorvos mellett Karay Kálmán dr. és Bartha János dr. osztályorvosok, továbbá Lukács Gyula dr., Egyed István dr. és Lung Ananiás dr. segédorvosok teljesítették az orvosi szolgálatot.

— Megjelent és beküldött füzetek. Bókai János dr. *Gyermekek kórházi vénnygyűjtemény.* II. bővített kiadás. Ára 60 kr. — Bánóczy Gyula dr.: *Ifjúsági játékok és játszóterek.* (Klly.) — Prof. Dr. Drasche: *Bibliothek d. g. med. Wissenschaften. I. A. Int. Medizin u. Kinderheilk.* (Heft 3), Merlin. Bécs: ára 60 kr. — Karger kiadó kiadványai Berlin: Dr. P. Silex: *Comp. d. Augenheilkunde.* II. kiadás 1893. Ára 4.80 márka; Dr. A. Dührssen: *Gynaekologisches Vademecum.* III. kiadás. Ára 4.50 m.; Dr. A. Blaschko: *Syphilis und Prostitution vom Standpunkte der öffentl. Gesundheitspflege.* Ára 5.50 m.; Dr. A. Rosenberg: *Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und des Kehlkopfes.* Ára 9 m. — Tauszk Ferencz dr. *Klinikai Diagnostika.* 19. és 20. f. (Vége.) *Bőrgyógyászat. Mérgesések. Bakteriologia. Szövettan.* Egy füzet ára = 60 kr. Dobrowsky és Franke. Budapest. — Schuschny H. dr. *Az ifjúsági játékok és az iskola.* (Klly.) — Ifj. Gebhardt Ferencz: *Beszámoló a budap. orvostanhallgatók segélyző és önképző egyesületének 1892/93. évi működéséről.* — A budapest önkéntes mentő-egyesület zárszámadása és évi jelentése 1892-ről.

Szt.-Lukácsfürdő Budapest (Buda). Meleg és langyos kénos források. Téli és nyári gyógyhely. Az iszapfürdő, egy 840 □-méterre terjedő meleg forrástól. 45–60° C. Rheumatikus bajok, izületi csúsz, izomcsúsz, csontbajok, syphilis, ischias és a legkülönbözőbb bőrbajok ellen. Nagy-Vöslai női és úri uszodák, vérképződési bajok, anaemia, sápkór, neurasthenia, bizonyos bőrbetegségek és főleg idegbajoknál. A Szt.-Lukácsfürdő Nagy-Szállodában kényelmes lakások és kintinó ellátás. Fekvés keletnek, személyvonó (Lift), massage és villamos gyógykezelés. Kő- és kádifürdők, női és úri gőzfürdők. Rendelő főorvos: Bosányi Béla dr. „Szt.-Lukácsfürdő“ részvény-társaság.

Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és üllői-úti kórházban 1893. július 6-tól egész július 12-ig ápolat betegekéről.

1893.		Felvett			Elbocsátott			Moghalt			Maradt			Az ápolat közül		
		beteg			gyógy.			beteg			beteg			a Rókusban		
		férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	beteg	szállónő	az üllői-úti kórházban
Július	6	28	46	74	46	33	79	5	2	7	912	878	1790	895	26	47
"	7	35	43	78	19	32	51	3	1	4	925	888	1813	903	29	47
"	8	33	45	78	75	40	115	—	2	2	883	891	1774	882	29	47
"	9	47	29	76	42	40	82	5	7	12	883	873	1756	868	28	42
"	10	77	42	119	46	30	76	3	4	7	911	881	1792	895	29	45
"	11	40	47	87	31	45	76	1	4	5	919	879	1798	891	31	47
"	12	42	44	86	42	43	85	7	2	9	912	878	1790	879	38	47

Dr. Dollinger Gyula TESTEGYENÉSZETI ÉS SEBÉSZETI INTÉZETE

Budapest, VII., kerepesi-út 52.

Dr. Grünwald sanatoriuma

nők számára.

Budapest, VII. ker., városligeti fasor 15. sz.

(A király-utcai villamos vasút mentén.)

Minden komforttal ellátott magánygyógyintézet. Két teljesen aseptikus műtőterem, sterilizáló-, műszer-, altató- és vizsgáló szobák, fürdők, Thurtfield-féle gőzdesinfektor, tágas folyosók, társalgó-terem stb.; kitűnő ventiláció; árnyas park. Gyógykezelés bármely professor vagy szakorvos által. Állandó orvosi felügyelet. Kitűnő ellátás. Telefon. Kiváratra prospectus.

4

Védőjegy



Univ. med. Dr. PÉCSI DANI 26
nyilvános

TEHÉNIMLŐ - TERMELO INTÉZETE

Túrkevén (Jász-Nagykun-Szolnokmegye)

tömeges oltásokhoz, jó és biztos hatókonszágú oltó-anyagot, a következő rendkívül alacsony árakon szállít:

50 egyénre.	3.—
100	6.—
1 phiola 2—3 egyénre	—60
10 vagy több ilyen phiola á.	—50
1 phiola 15 egyénre	2.50

Csomagolásért 20 kr.

ORVOSI LABORATORIUM

Budapest, V. ker., Váci-körút 60. sz. 24

Foglalkozik vizelet-, köpet-, bél-, vér-, hányadék-, gyomornedv-, dajka-tej-, ex- és transsudatum valamint bakteriologus vizsgálatokkal.

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

Uj-Tátrafüred

életani alapokra fektetett és szigorúan kezelt

v i z g y ó g y i n t é z e t.

Dr. Szontagh Miklós.

1

Vinum cascar. sagra da Budai. E bor minden inger s fájdalom nélküli székletet idéz elő s rendezti hosszú időre a gyomor tevékenységét. — 1 üveg ára (250 gramm) 1 frt 50 kr.

Pilul. cascar. sagra d. Budai. Kik folyadékot nem szívesen vesznek be, e tisztán extr. cascar. sagra d. ből készült labdacok ajánlhatók. Könnyű oldékonyáguknál fogva sokkal előnyösebbek mint a comprimált pastillák. Ára egy phiolának (12 drb) 50 kr.

Capsul. extr. hydrast. canad. Budai. Minden gyöngy 20 csepp extr. fluidumot tartalmaz, besűrített állapotban a Berberin s Hydrastin teljes tartalmával. — Méhvéreseknek s méhgyengeségnek pozitív hatású.

Kérem az utáztottakat el nem fogadni, ezek vagy olajjal vagy más anyaggal vannak keverve, miről minden orvos meggyőződhetik, ha egy csapulát ketté szel. Capsuláim csak üvegben (25 darab tartalommal) jönnek forgalomba.

Kapható:

Budapest, a „Városi gyógyszerárban“, városház-tér.

16

Magaslati
gyógyhely

MARILLA, sanatorium

gége-, mell-,
ideg- és üdülő
betegek

részére.

A váltóláz-mentes, csupán délről nyílt Marilla 800 méternyre fekszik a tenger színe felett, sűrű fenyős erdőben, teljesen por- és szélmentes, tiszta balzsamos levegővel, alig észlelhető hőmérsék-ingadozással, korai meleg tavasz és igen késő gyönyörű őszi, ezek azon feltételek, melyek ezen magaslati völgyet, mint éghajlati gyógyhelyül „par excellence“ bélyegzik, és mely fentnevezett gyógytényezőkön kívül, még következő segélyező gyógyerővel rendelkezik: Pneumatikus kamara, belégzési terem, kitűnően berendezett vizgyógyintézet, hydro-electromos fürdők, gyógy-testgyakorlat és massage.

10

Az idény tartama május 26-tól október 15-ig.

Posta és távirat az intézetben. Közelebbi felvilágosítást ad Dr. Hoffenreich.

Sanatorium idegbetegeknek!

Dr. Batizfalvy, egyet. m. tanár

VIZGYÓGYINTÉZETE

Budapest, városligeti fasor és Arena-út sarkán.

Kezelő orvos: Dr. Trajtler István.

A testegyenészeti osztály XXXV év óta

az igazgató-tulajdonos vezetése alatt működik.

Az intézet egész éven át nyitva van.

Felvételnek bennlakók és bejárók.

Kimerítő programm bérmentve.

12

Első rangú vasmentes savanyúvíz,
szénsavdús, lithium és bornátrium tartalma forrás

Salvator

orvosi tekintélyek által vese, húgydara, köszvény és hólyag bántalmak ellen, továbbá a légző és emésztési szervek hurutos bántalmainál rendelve.

Borral használva igen kellemes üdítő italt szolgáltat.

Kapható ásványvíz-kereskedésekben s legtöbb gyógyszerárban

A Salvator-forrás igazgató sága Eperjesen

Budapest, főraktár Édeskuty L. úrnál.

14

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti k. m. t. egyetem
II. sebészeti (Réczey Imre tnr.) klinikumáról.

A genu valgum és varum.

Irta Martiny Kálmán dr., műtőnövendék.

A budapesti k. m. egyetemi II. sebészeti klinikumon operált és észlelt genu valgum és varum esetek, bár nem hatnak egy bő statistika súlyával, mégis értékük, úgy a bántalom aetiologiájára való tekintettel, mint az egyes műtétmódok kivitele, pontos megfigyelése és eredménye szempontjából határozottan számbajövő.

E bántalmaknak lényegéről és keletkezéséről igen eltérők voltak a nézetek Mikuliczig. Általában három theoriát vettek fel a sebészek: a ligamentosust, a muscularist és az ossalist. Így Reeves¹ felveszi mint előidéző okokat: 1. az általános gyengeséget és lazaságát az izmok és szalagoknak; 2. a térdszalagok lazulását; 3. a m. biceps és a lig. laterale externum rövidülését; 4. rhachitist; 5. talipes valgus és pes planus súlyos eseteit; 6. paralsist; a gyógyítást is e szerint irányítja.

Egy másik csoportja a sebészeknek Ogston-nal élükön a condylus internus hypertrophiáját, s ezzel a condylus externus növésben visszamaradását veszi fel.

Hueter² a térdízület mechanikájából igyekszik megmagyarázni e kóros elváltozást. Szerinte a térdízület kettős ízület; a czombcsont condylusai és a sarlóképű rostporczok közötti a hajlítást és nyújtást közvetíti, míg a tibia felszíne és a rostporczok közötti ízület a rotációt. De e mozgások létrejöhetnek együttesen is, t. i. nyújtás és hajlítással együtt a rotatio. A két condylus nem egy tengely körül forog, hanem mindegyik külön tengely körül. A condylusok belső szélei convergálnak a fossa intercondyloidea felé és felső széleik egyenes folytatásai felfelé találkoznak. Ennélfogva mindegyik condylus forgástengelye a vízszinteshez egy kissé ferdén áll. E forgásnál mindegyik condylus igyekszik a tibiát rotálni: a condylus externus befelé, a condylus internus kifelé, s e törekvést akadályozzák a sarlóképű rostporczok. Ha a condylusok a szilárdan álló tibián nyújtásból hajlításba mennek át, akkor a rostporczok egy függélyes tengely körül forognak, a mely az eminentia intercondyloidea keresztlal halad, a belső belülről kifelé, a külső kívülről befelé. Ha mindegyik rostporcz eléggé mozgékony volna, hogy e rotációt kivihesse, akkor nem jönne létre a lábszár rotációja nyújtáskor és hajlításkor, azonban a belső rostporcz nem eléggé mozgékony, s azért a lábszár kifelé rotálódik hajlításkor, mihielyt az nem mozoghat eléggé, míg a külső rostporcz mozgékonyaságánál fogva compenzálni bírja a rotációt. A condylus internus nem minden részlete fejlődött oly egyenletesen, mint a condylus externusé; a condylus internus felső része oly tengely körül forog, a mely jobban hajlik a vízszinteshez mint az alsó rész, s így ennek

a mozgásánál ismét létrejön egy rotatio. Ezen anatómiai viszonyokból és a Henle által leírt s a condylusokon található facettákból, a melyek a rostporczok ízületfelszínei, illetőleg benyomatai, magyarázza Hueter a genu valgum keletkezését úgy, hogy a nyújtás végén a condylus internus által feltételezett rotatióval a tibia belső felének elülső része a hozzá erősített belső rostporczozal előre kerül, a condylus internus femoris tehát ez által ugyancsak e rostporcznak nyomása alul felszabadul; azonban a tibia külső része a külső rostporczozal hátrafelé terelődik, s azt annál inkább odaszorítja a külső büttyökhöz. A miből ismét az következik, hogy a külső büttyöknek rostporcezi facettája mélyebb lesz annál inkább, minél inkább rotálódik a tibia a nyújtás végén kifelé, s ebből magyarázható az abductio is. Azon feltételek, melyeknél a könnyebb, mondhatni physiologikus fokai a genu valgumnak pathologikus genu valgummá alakulhatnak, kettősek: vagy nagyobb és állandóbb az a nyomás, a mely a külső rostporczot a külső büttyökhöz nyomja, vagy e nyomás ellenében a condylus ellenálló képessége csekély.

Vége arra a megállapodásra jut, hogy 1. vannak genu valgum esetek, a melyek a külső rostporcznak a külső büttyökre kifejtett nyomásából fejlődnek. E nyomást a tibiának nyújtáskor kifelé történt rotációja hozza létre. 2. Mindazon eseteknél, a melyek a fenti nyomás nagyobbodásából, vagy a condylus externus csökkent ellenálló képességéből fejlődnek, az elváltozás a külső büttyök ama helyén támad, a hol a külső meniscusnak normalis benyomata van. 3. A condylusok magassági differentiája a külső büttyök kisebbedéséből támadhat. 4. A genu valgum mindazon eseteiben, a melyeknél a lábszár kifelé van rotálva, a condylusok magassági differentiája a condylus externus kisebb voltára vezetendő vissza.

Ezen elmélet, a melyből Hueternek sikerült is a genu valgum cardinalisaknak mondott tüneteit magyarázni, Mikulicz vizsgálataival szemben nem állhatott meg. Ő figyelmen kívül hagyva az ízületet, azt a genu valgumnál épnek, el nem változottak tekintve, az ízületalkotó csontok diaphysisét vette gyanuba, s úgy találta, hogy a genu valgumnál az epiphysis ferdén áll a diaphysisen, a minek oka a femur, vagy a tibia epiphysis határának egyenetlen növekedésében, vagy a diaphysis végének elgörbülésében áll (a mit Linhart és Volkmann is észrevettek Mikulicz előtt). Ennek megállapítására 17 végtagot vizsgált 12 egyén hulláján; két egyénél genu varum volt részben friss állapotban. A Hueter által oly fontosnak tartott, s a condylusokon található rostporcezi facettákon különbséget vagy általán nem, vagy a különbséget minimalisnak találta, sőt a rostporczokra kiterjesztett vizsgálatai éppen ellenkező eredményt adtak, a mennyiben nem a belső rostporczot találta vastagabbnak, hanem a külsőt, s nem a belső facettát, hanem ugyancsak a külsőt. A mérések, a miket a diaphysis-végek elgörbülésének megállapítása végett eszközölt, igazolták észleleteit. Három irányban végezte méréseit: Az ízület deviatiójára a Poupart-féle szalag alatt fekvő czombbűtér pontjától a két boka közé képzelt egyenes adta a mértéket; arra, hogy mennyiben vesz részt az elgörbülésben a czombcsont, s mennyiben a tibia, az általa térdbasis-szögletnek mondott szög, a melyet a hegyes szögben behajlított térdnél kitapintott legmagasabb condylus-pontokat összekötő egyenes ad a czombcsonttal, illetőleg

¹ Brit. med. Journal 1878. (Centrbl. 1878.)

² Klinik der Gelenkkrankheiten.

a tibiával; a czombesontra normalis szögletnek 81, a tibiára 90 fokot talált, a mely szám a megfelelő csontnak elgörbülésével kisebbedik. Harmadik mérése arról adott számot, hogy mely részén a combesontnak és a tibiának van az elgörbülés, ez az *epiphysisvonal-szöglet*, a melyet a planum popliteumon a bűtykök legfelső pontjait érő egyenes, vagyis az epiphysisvonal ad a czombesonttal, s ezt ő rendszeren összeesőnek találta a térdbasis-szöglettel, a mi azt bizonyítja, hogy az elgörbülés e helyen van, s nem a bűtykökön. Ez elgörbüléseket úgy a gyermekkorban, mint a későbbi korban rhachitisnek tudja be, s a foglalkozásnak csak másodrendű fontosságot tulajdonít, a mennyiben az egy, a gyermekkorban kiállott rhachitis által, a csontnak ily alakban elgörbülését előmozdítja.

Azon 23 egyénél (a legfiatalabb 16 éves), a kikenél az egyetemi II. sebészeti kórodán genu valgum és genu varum miatt egy vagy mindkét oldalon osteotomiát végeztünk, 9-nél volt kipuhatolható a rhachitis az anamnestikus adatok alapján. A betegek és hozzátartozóik vagy azt adták elő, hogy gyermekkorukban lábaik el voltak görbülve, de az elgörbülés vagy magától, vagy orthopaedikus kezelésre elmult s csak későbbben, évek múlva, mostani foglalkozásuk elején vagy közben állott ismét be; vagy hogy az elgörbülés a gyermekkoriból fokozatos fejlődésű; vagy a rhachitist csak annyiban jelezték, hogy a beteg csak 5–6. életévében kezdett járni, de akkori diformitásra nem emlékeznek. Ez adatok csekély számuknál fogva is hathatósan megerősítik a rhachitis felvételét a *Hueter* által genu valgum és varum staticumnak elnevezett eseteknél, s utalnak arra, hogy a foglalkozás, s az ezzel együtt járó testtartás ez esetekben csak másodfokban szerepelhetnek előidéző okok gyanánt. A többiekben rhachitis felvételére nem volt elegendő adat. Hogy azon többi betegnél rhachitist vegyünk fel kizárólagos okul, arra pozitívitással feljogosítva nem lehetünk, hanem ha *Mikulicz* vizsgálatait figyelembe vesszük, a ki ilyen egyének hulláin a rhachitist fel tudta fedezni, hajlandóságot kell hogy érezzünk a rachitis felvételére ez esetekben is. De ha nem is általánosítjuk a rhachitist az összes megbetegedésekre, nem általánosítjuk a foglalkozást sem, s akkor azt kell mondanunk, hogy a genu valgum és varum esetek egy részében a rhachitis kimutatható, s okul felveendő, a többiben pedig tekintve azt, hogy a rhachitis felvételére elegendő alap nincs, a foglalkozással járó testtartást kell okolnunk, a mely a rhachitisnak alapul felveteknél következő volt: 2 molnár; 1 vasesztergályos; 1 földmives; 1 varrónő; 2 pék; 1 kereskedő; 1 gyufagyári munkás, s a többiek: 2 asztalos; 2 pék; 1 kereskedő; 3 lakatos; 2 géplakatos; 2 napszámos; 1 cseléd; 1 munkásnő. Az életév 16–33 év közötti volt.

A mi e bántalmaknál előforduló pathologikus elváltozásokat illeti, azokra nézve kis határok közt végzett vizsgálataim *Mikulicz* adatait megerősítik.

Hullán volt alkalmam mindkét végtagon genu valgum miatt okozott elváltozásokat észlelnem, s ez alkalommal mindkét oldalt könnyen felismerhető volt a czombesont diaphysisének distalis végén az elgörbülés, míg az ízület maga normalisnak volt mondható, a mennyiben sem a czombesont és tibia ízületfelszínén, sem a rostporczokon és szalagokon kórok (*Hueter* értelmében) felfedezhető nem volt. Élők 9 végtagján *Mikulicz* szerint tett mérések a következő eredményeket adták: 7 esetben volt az elgörbülés a czombesonton és a tibián, egyszer magán a czombesonton, s csak egy esetben magán a tibián; annak az ellenőrzésére szolgáló mérés, hogy az tényleg a diaphysis epiphysealis végén van, negativ volt, mert a fossa poplitea a condylusok kitapintása, annak a szögletnek meghatározása céljából, a melyet azok felső kiálló két pontját összekötő egyenes, a czombesont diaphysisének tengelyével adnak: a m. biceps, semitendinosus és semimembranosus kiálló inai miatt alig kitapintható, s az említett egyenes meg nem húzható. Gyakorlati szempontból tekintve e méréseket, az utóbbi nem olyan fontos, ha megbizunk *Mikulicz* adataiban, a ki hullákon eléggé hihetőn kimutatta, hogy a diformitás tényleg e helyen van. Fontosabb azonban az eltérés localisálása egyes csontokra, mert az meghatározni egyszersmind a műtéti beavatkozás helyét.

Hét esetben volt mindkét csont elváltozva a mérés szerint,

s mindannyiban az elferdülés nagyobb foka a csontra esett, a kisebb a tibiára. Így egy esetben, a hol az elferdülés 150° szögben állt, a czombesont térdbasis-szöglete 65°, a tibiáé 85°; 2-dik esetben: a czombesonté szintén 65°, a tibiáé 85°; 3-dik esetben a czombesonté 70°, a tibiáé 90° (normalisan a czombesonté 80, a tibiáé 90 = 170°); a 4-dik esetben úgy mint az elsőben; az ötödik esetben úgy mint a negyedikben; a hatodikban a czombesonté 67°, a tibiáé 83°; végre a hetedik és nyolczadikban a czombesonté 63°; a tibiáé 77° = 140°; a 9-dik esetben pedig a czombesontra 80°, a tibiára 70°, itt hát magán a tibián volt a baj, a mely tapintással felismerhető is volt. E mérések genu valgumra és nem genu varumra vonatkoznak, a melynél valószínű az, hogy a tibia gyakrabban vesz részt az elferdülésben. Mindazonáltal, bár e mérések csak 9 esetről szólnak, mégis figyelemre méltó az, hogy az elferdülés nagyobb foka ezeknél a czombesontra esett, s hogy az kitapintható is volt az első és a negyedik esetben. Ez adatok a beavatkozás irányát a czombesontra terelik, mint a mely csont elferdülésének correctiójával a bántalmat lényegében szüntetnők meg.

De azokban az esetekben is, a hol a térdbasis-szöglet meg van kisebbedve úgy a czombesonton, mint a tibián, azt hiszem, elegendő a czombesonton corrigálni az elferdülést, és csak ha kimutatható az, hogy tisztán maga a tibia oka a genu valgumnak és varumnak, ezen történjék a beavatkozás. Hiszen ha a genu valgum pl. 150°, s ebből a czombesontra 65°, a tibiára 85° esik, a czombesont correctiójával oly állását hozhatjuk létre a végtagnak, a mely legrosszabb esetben a tibia elferdülésének megfelelő szöggel marad genu valgumnak, a mi jelen esetben 5 fok lenne. *Mac Ewen*, a ki *Mikulicz*czal együtt vallja a diaphysisek elgörbülését, több száz osteotomiát végzett és corrigált ez által genu valgum és varumot, mindannyit a czombesonton, s mindegyiknél a correctio teljesnek mondható, a mi szintén a mellett szól, hogy az elgörbülés genu valgumnál legtöbbször a czombesonton van, de ha a tibián is van egyúttal, az a czombesonténál kisebb fokú.

Még mielőtt e bántalmak aetiologiája és a pathologikus elváltozások ez álláspontig jutottak, már azok megszüntetésére kétféle irányban volt meg a törekvés. Az egyik az orthopaedikus, a másik a sebészeti, az első a gyermekkor azon szakában, a mikor a rachitis is florid, mintegy a 8-dik esztendőig, az utóbbi a későbbi korban; bár voltak és vannak, a kik véres műtétet végeztek a gyermekkor e szakában, s viszont orthopaedice kezeltek felnőtteket.

Hueter úgy magyarázta az abductiót genu valgumnál, hogy nyújtott állásban, a condylus externus mélyebb lett facettája a lelapult külső rostporczczal érintkezve, e pár milliméternyi eltérés elegendő ily állást létrehozni, annál inkább, minthogy a tibia külső ízületfelszínének mellő részlete szintén visszamaradt a növésben. E diformitásnak eltűnése hajlított térdnél figyelmeztették őt a terapiára, hogy ily helyzetben hosszas rögzítés által az meggyógyulhat. A porczszövetnek rhachitikusoknál szokott burjánzásában bizott, s azt tartotta, hogy az említett hemélyedések a nyugalmi állásban kisimulnak, kitöltődnek. Behajlított térdnél alkalmazott gyps-kötést a végtagra, s az eredményeket kitűnőknek találta, a mennyiben egy kötéssel, melyet ő 2–3 hétig hagyott meg, 15° eltérést javított meg, 20 fokú 4–6 hét alatt gyógyult meg.

Ma, mikor a gyermekek e bántalmainál ily kezelést alkalmazunk, annak hatását úgy magyarázzuk, hogy mert a rhachitis önként nyugalmi állás létrehozása nélkül is gyógyulhat, egy olyan létrehozásával az annál inkább fog történni; s mert a behajlított térdnél, a mikor a tibia ízületfelszíne távolodik a czombesonttól, a két csont azon nyomás alól, a melyet itt egymásra gyakorolnak, teljesen felszabadul s a diaphysis egyenes irányban való növekedésének feltételei jobban vannak megadva.

Az orthopaedek legnagyobb része szint alkalmaz a beteg végtag medialis felszínére; e sínhez vagy állandóan rögzítik a végtagot bizonyos időre, vagy azt a betegek bármikor lecsatolhatják. A sín vagy a czombtól egész a bokáig, vagy azon alul a talpig is ér, vagy a térdizületen megszakított és csuklóval ellátott. Sínnek fát, aczelt vagy az ép másik oldali vég-

tagot használják, ha pedig mindkét oldali végtag beteg, egy a térdek közé tett párna és rugalmas pólyák segítségével igazítanak rajtuk. (Phocas: Rev. d'orthopédie 1891. [Centrbl. 1891.] Chiari Wiener med. Wochenschrift 1878.) stb.

(Folytatása következik.)

Adatok a könyelválasztás élettanához.

Irta Goldzieher Vilmos dr., egyetemi magántanár.

(Végo.)

b) Élettani adatok.

Az élettani tankönyvekben főképen Czermak, Herzenstein, Demtschenka és Wolferz munkálatai citálódnak. Mindazon szerzők felveszik, hogy a n. lacrymalison át trigeminus rostok a könymirigybe jutnak.

Herzenstein¹ kísérleteiből azt következteti, hogy a n. lacrymalis a könymirigy tulajdon beidegzője, hogy azonban a n. subcutaneus malae is befolyást gyakorol a könyelválasztásra. Mi a sympathikust illeti, biztos eredményt nem tudott elérni.

Wolferz² a n. lacrymalis peripheriás végeire gyakorolt ingerlés után a könyelválasztás megszorodását találta, de ép úgy a n. subcutaneus malae, valamint a nyaki sympathikus izgatására. Mi az utóbbit illeti, ez az eredmény akkor is beáll, ha a lacrymalist átmetszette, a mely kísérletből azon tény kiderül, hogy a sympathikus könysecretorius rostjai a lacrymalis pályájában nem haladhatnak.

Demtschenka³ lényegileg elődeinek eredményeit megerősítette.

Elődeinek kutatásait Reich Mihály⁴ megpróbálja. Mindenekelőtt kifogásolja, hogy az idézett szerzők egyike sem mondja, vajjon az átmetszett trigeminus ingerlése a peripheriás végén történt-e vagy a központin, a mi a kérdés eldöntésére nézve egyesegyedül fontossággal bírna. Ép úgy kifogásolja a nevezett szerzők módszerét, melynek segítségével az idegingerlésre bekövetkező könyelválasztás szaporodását bebizonyítani vélik, és mely abban áll, hogy a kísérleti állatok conjunctivalis tömlőjébe egy darab itatóspapírt dugnak és annak megnedvesítése fokából a secretio megszorodására következtetést vonnak. Joggal azt találja, hogy ez a módszer rossz, miután, a mi magától értetődik, a bedugott papírdarab a conjunctivára ingerképen hat, és ennek következtében már reflectorius úton a könyelválasztásra hat. Azonkívül az említett szerzők Czermak és Balogh Kálmán példájára a törzstől levágott, felezett és vértelenített házi nyúl fejeken dolgoztak.

Reich ezen hibákat elkerülvén, nemcsak felezett fejeken, hanem olyan állatokon, a melyekben a vérkeringés a mirigyben még fennállott, dolgozott és nem bedugott itatóspapírral megnedvesítése után becsüli az elválasztás megszorodását, hanem csak akkor vesz fel olyant, ha szemmel látható könycsurgás bekövetkezik. Megjegyzendő, hogy 86 kísérletet végzett, és hogy Bruecke Ernő szemei alatt dolgozott.

86 házi nyulakon, bárányokon, macskákon és kutyákon végzett kísérletéből Reich a következő eredményeket merítette:

1. A trigeminus peripheriás végének ingerlése a könysecretio megszorodását nem eredményezte.

2. A trigeminus átmetszése után azonban reflectorius úton (az ornyákhártya izgatása által) könycsurgás állott be, bizonyítéka annak, hogy a könymirigy secretorius rostjai a trigeminusból nem származhatnak.

3. Az átmetszett n. lacrymalis peripheriás végének ingerlése könycsurgást idéz elő; ellenben a lacrymalis átmetszése után reflectorius könycsurgás többé nem idézhető elő. Be van bizonyítva tehát, hogy a n. lacrymalis secretorius rostokat visz, melyeket azonban 2. szerint nem a trigeminusból, hanem más forrásból kap.

¹ Beiträge zur Phys. und Therap. der Thränenorgane. Berlin, 1868.

² Experiment. Untersuchungen über die Innervationswege der Thränenwege. Inauguraldiss. Dorpat 1871.

³ Zur Physiologie der Thränensecretion und Thränenleitung (oroszul). Dissertation. Szt.-Pétervár, 1871. (Czitáltam a Nagel-féle évkönyvekből.)

⁴ Graefe-féle Arch. f. Ophth. 1873, 19. kötet, 3. f. 38. l. Különbösen érdekes, hogy mind az idézett négy buvár orosz.

4. A nyaki sympathikus ingerlése részint kétes és negatív, részint azonban, jöllehet csak egyes kísérletekben, pozitív eredményeket nyújtott, mi által be lett bizonyítva, hogy a sympathikus nyaki kötege némi befolyást gyakorol a könyelválasztásra. Mindamellett meg lett állapítva, hogy a ganglion cervicale supremum kiirtásának semmiféle befolyása sincs a könyelválasztásra, mert annak kiirtása és a trigeminus egyidejű átmetszése után reflectorius úton könycsurgás eszközölhető volt. Ezen kombinált kísérletek bebizonyítják, hogy a könymirigy (centrifugális) beidegző pályái a nevezett pályák elpusztulása által kárt nem szenvednek.

5. Az élettani tényből kiindulva, hogy a mirigyek, in specie a nyálmirigyek secretorius rostjai mozgató idegek pályájában futnak (kétségtelenül a facialis a nyálmirigyek beidegzője), Reich különféle motorikus idegek viszonyát a könyelválasztáshoz megállapítani kísérletezett. Mi a trochlearist illeti, az eredmény két esetben kétes, hat esetben negatív volt.

6. A facialis e tekintetben való tanulmányozására Reich már azért volt utalva, mert ezen ideg, melynek secretorius szerepe a nyálmirigyekre nézve ismeretes, egyszersmind a mimikus arcmozgások innervatora, és miután a sírás, mint kedélyi állapot kifejezője, igen szorosan van összekötve a mimikus mozgásokkal (ld. Darwin, der Ausdruck der Gemüths-bewegungen), a priori már a facialisra kellett gondolni. Reich úgy járt el, hogy öt esetben a facialis kirántotta, és azután reflectorius módon igyekezett könycsurgást előidézni. Mind az öt kísérlet sikerült, miből Reich azt következteti, hogy a facialis a könymirigy innervatora nem lehet.

A mi ezt az utolsó pontot illeti, Reich következtetése nem egészen jogosult. Rövid leírásából nem tűnik ki, hogy Reich magának azt a biztosságot megszerezte, vajjon az egész facialis törzs a csontesaternéből ki van szakítva. A facialis egyenes ingerléseit Reich sem a sértetlen, sem az átmetszett facialis törzsen sem végezte, tehát hiányzik a szükséges control-kísérlet. Ezen okból Reich kísérleteinek ezen része különös meggyőző erővel nem bír.

A 6. pontban foglalt eredményhez teljes ellentétben állanak Vulpian és Journac¹ kísérleti adatai, melyek a könymirigy innervációjáról való vitás kérdést véglegesen eldönteni látszanak.

Vulpian és Journac kísérletei. Ezen szerzők a francia akademiát értesítik azon befolyásról, melyet a dobúr faradisatiója a szemmel összeköttetésben álló mirigyekre gyakorol. Kurarizált házi nyúlánál, egy pár percczel a dobúr izgatása után, a megfelelő oldal szeme megtelik könyfolyadék bizonyos mennyiségével. Azután látják, hogy a belső szemből egy tejszerű folyadék kiömlik, mely a belső szemből terjed. Akárhányszor a dobúr faradisatióját végezték, mindenkor ezen folyadék kiömlése következett be.

Két állatnál, melyeknél némely nap a kísérlet előtt a baloldali facialis egész koponyabeli része ki lett szakítva, a cavum tympani ingerlése csak azt hozta létre, hogy a tejszerű folyadék igen gyenge cseppekben kilépett és az is csak azon esetben, ha a faradisatio hosszú időn át és ismételtén gyakoroltatott, míg ugyanazon kísérlet a jobb oldalon azonnal igen bő köny- és tejszerű váladékot adott. A nyáelválasztás még tartott a baloldali ductus stenonianus-ból, ha ezen dobúr faradizálva lett, de a ductus wartonianus-ból megszűnt a nyálfolyás.

A tejszerű folyadék a Harder-féle mirigy productuma, mely mirigy a hunyorgató hártya alsó belső oldalán száradzik. Ezen folyadék kiömlése azon perczen következik, a mikor a dobúr faradizáltatik. Ennek magyarázására nem lehet felvenni, hogy a mirigy talán erőműviileg kinyomatik vagy kipréseltetik, mintha a szemteke az orbita felé húzatnék a retractor bulbi összehúzódása következtében. Egy olyan visszahúzás nem jön létre. Vulpian ezen kísérleteiből világosan kitűnik, hogy a chorda tympani ingerlése (és csakis a chordáról lehet itt szó, miután az ingerlés effectusa a facialis kiszakítása által megszűnik) bő könycsurgást idéz elő. Ennek következtében a könymirigy ép úgy mint a nyálmirigyek secretorius idege a facialis volna.

¹ Comptes rend. de l'Acad. franç. 1879. 89. köt., 393. l.

c) Klinikai adatok.

A sírás egy kedélyi indulatnak effectusa és kizárólagosan a könnymirigy egyenes innervációjára következik be. Itten minden más, a trigeminus végek részéről ható reflexeket kiváltó befolyás kizárható. A könnymirigy egyenes innervatorának ki-
puhatolása czéljából az egyoldali sírás esetei a legalkalmasabbak.

A következő eseteket idézhetem:

1. Saját észlelés.¹ 1876. 26 éves asszony kezelésem alá a következő statussal lép: J. sz. Episcleritis, Iritis, nyelyszerű homályok a szaruhártyában széli sklerozáló lob következtében; nagy fájdalmak. B. sz. Teljes facialis bénulás, lagophthalmus. A szem különben normális. Ezen oldal arczbőre valamivel érzékenyebb czélszerűtlen villanyozás következtében. Bujakór kizárható. Lelki megindulás befolyása alatt a nő egy alkalommal jelenlétben sírásra fakad. Constatálom, hogy csakis a lobos jobb szem sír, míg a lagophthalmiás bal szem egészen száraz marad. Ezen egyoldali sírás a bénulás tartama alatt megmarad. A kétoldali sírás visszatér, mihelyt a bénulás meggyógyult.

2. Hutchinson² Jonathan 1876, rövid közleménye a következő czim alatt: A jobboldali facialis hirtelen belépő bénulása, siketiséggel, a könnymirigy bénulása, időnkénti bénulása ugyanazon oldali alsó végtagoknak. A jobb arczbőr könnyű anaesthesiája. Fájdalmak nincsenek.

34 éves asszonyról van szó, kinél jobboldali fellépő facialis hűdés után a sírás a bénult oldalon teljesen megszűnt. A tünetenyek hirtelen felléptek volt, két nap az utolsó szülés után.

3. Uhthoff³ 1885. „Fall von einseitiger Aufhebung der Thränensecretion.“ Beteg nő, 27 éves, három hó előtt nagy, a trigeminus II. ága mentén húzódó fájdalmak alatt megbetegedett. Foghúzás után a fájdalmak még nagyobbakká váltak, és a jobb szem, pofa és halánték felé kisugárzóztak. Midőn egyszer a nagy fájdalmak miatt sírásra fakadt, észrevették, hogy a jobb szem szárazon maradt. Paraesthesiák a II. ág mentén. A n. infraorbitalisra gyakorolt nyomás fájdalmas. Izgatások, melyek reflectorice a bal szemben nagyfokú könnycsurgást okoznak, szárazon hagyják a jobbikat. Uhthoff joggal felteszi, hogy az illető trigeminuság felszálló neuritise van jelen.

A bemutatott esetről való discussióban Oppenheim megjegyzi, hogy ő is hasonló esetet észlelt és pedig syphilis következtében létrejött jobboldali oculomotorius és trigeminus bénulást, a hol a beteg szintén csak az egészséges oldalon sírt.

4. Igen jellegzetes esetet a legújabb időben ismét észleltem:

G.-né, 21 éves, f. é. április 7-dikén jön poliklinikai osztályomra, hogy bal szemének gyuladása miatt tanácsomat kikérje. Teljes baloldali facialis bénulást legnagyobb fokú lagophthalmussal találok. Régi hegek a csecsnuyjtvány tájékán; chronikus kötőhártyahurut, a szemteke mérsékelt injectiója (a bulbus hiányos fedezése következtében). Az arczbőr úgy mint a bulbus érzékenysége rendes. A baj gyermekkor óta fennáll. Constatáltuk, hogy a beteg nő csakis az ép oldalon sírt.⁴ A beteg állítja, hogy ő azt régen tudja, és hogy ez a tény családjában régóta beszélgetés tárgyát képezi.

Ha a felsorolt esetek közül első sorban Uhthoff esetét megtekintjük (3. sz.), csak azt bizonyíthatjuk, hogy a könnymirigy innervációs rostjai a II. trigeminus ág neuritise által elpusztulhatnak. Ezen eset tehát bizonyítékául szolgál az előbb már említett ténynek, hogy a könnymirigyhez secretorius rostok a II. ágból jutnak, mely ág, a mint a bonez-

¹ Goldzieher. Beobachtung eines gänzlichen Sistirens der Thränenabsonderung bei completer Facialislähmung. (P. med. chir. Pr. 1876. évf. 34. sz., vagy „Therap. der Augenkr. 1881“ a megfelelő fejezetben.)

² Ophthalm. hospit. reports. VIII. köt., 53. old.

³ Neurolog. Centralb. 1885. 23. sz. és Deutsche med. Wschr. 1886. 19. sz.

⁴ Feltűnő, hogy az említett esetek kivétel nélkül nőket illetnek. Ha meggondoljuk azonban, hogy felnőtt férfi csak nagyon nehezen és ritkán sír, míg asszonyoknál a könnyek serlege csak egy cseppre szorul, hogy kiáradjon, nem csoda, hogy ilyen kedélyi állapotokon alapuló kísérletek első sorban asszonyoknál sikerüljenek.

tani adatokból már tudjuk, facialis rostokkal össze van keverve. Ezen esetben (ha felteszszük, hogy a neuritis tényleg megsemmisítette a secretáló rostokat), a könnymirigy nem secretálhatott, akárhonnan is meríti az innerváló rostokat. Ezen esettel szemben azonban Hutchinson és saját észleléseim igen világosan szólnak. Teljes és tisztán csak a facialisra szorítkozó bénulásról van szó, a többi agyideg integritása mellett. A mérsékelt arczbőr-hyperaesthesia az első esetben véletlen, traumatikus complicatio volt, mely rövid idő múlva engedett. Hutchinson esetében ugyan „könnyű trigeminus-anaesthesia“ volt jelen, a melyet bizonyosan senki sem akarna felelőssé tenni a könnyelválasztás kimaradásáért, mivel ez a mindennapi tapasztalatnak ellenszól.

Concludáljuk tehát, hogy ezen esetek legjobban úgy érthetők, ha felvesszük, hogy a könnymirigy secretorius idege — a facialis.

Ezen esetekhez, a hol a kiesési tünetenyből az innervatio pályájára következtetést vonunk, soroljuk azon positiv észleléseket, a hol a supponált innervator ingerlése által a könnycsurgás bekövetkezett.

5. Schüssler H.¹ Bremában 1879. Mimikus arczgörcs; facialis nyújtás. Gyógyulás.

Schüssler a műtétet következőképen írja le: Az idegtörzs szabaddá tétele után arteriás horgot az ideg körül vezet, a mely beavatkozás után nagyfokú rángatózások léptek fel. Az ideget felemelte, mire nagyon bő („abundant“) azonnal ismét megszűnő könnysecretio fellépett, mintha egy evőkanálnyi víz ömlött volna a szemből.

A facialis energikus ingerlése által tehát maximalis könnyelválasztás létrejött. Ezen eset annál tanulságosabb és bizonyítóbb, mivel a szerző észleletét teljesen elfogulatlan módon regisztrálja.

6. Boldogult Lumniczer tanár szóbeli közlése szerint, melyet saját felhatalmazásával és az ő jelenlétében egy discussio alkalmából az itteni kir. orvosegyesületben előadtam, még két facialis nyújtást említhetek, mely nyújtások a klinikáján tettettek, és melyeknél ugyanazon jelenség, a leírt módon, feltűnt, hogy abban a pillanatban, a mikor a facialis nyújtás végett megfogták, nagy könnymennységek hatalmasan a szemből kiömltek.

7. Ebbe a csoportba tartozik Schulek tanár észlelete is egy nagyobb facialis ág kimetszése alkalmából. Schulek ugyanis blepharospasmus² ellen jó sikerrel facialis ágak kimetszését gyakorolja a járomesont felett. Egy esetben, mikor az excisio pillanatában az idegeket megfogták, könnycsurgást láttak, „annyira, hogy mintegy evőkanálnyi mennyiség csordult egy tömegben elő“. Véleményem szerint lehetséges, hogy véletlenül az excisio pillanatában egy nagyobb ág megnyomása és vongalása által a facialis törzs nagyobb foku nyújtása létrejött. Azonban megengedem, hogy ezt az esetet nem lehet a theoria mellett értékesíteni, először mert számos hasonló műtét közül csak egyszer könnycsurgás fordult elő, másodszor, mert nem a facialis főtörzse ingereltetett, hanem annak egyik mellékága, és ezen ellenvetés mindig fennforog, hogy egy olyan tájékon, a hol a facialis ágak nagy mértékben trigeminus ágakkal vannak keverve, egy trigeminus ág ingerlése által a leírt nagyobb könnycsurgás reflectorius módon létrejött — egy ellenvetés, mely az előbb említett műtétekre nézve nem áll, mivel ezen operatiók tisztaságukban úgy tekinthetők, mint élettani kísérletek.

Majdnem feleslegesnek tartom felemlíteni, hogy egy másik ellenvetés, melyet ezen esetek bizonyító ereje ellen fel lehetne hozni, jogosultság árnyékával se bír. És pedig az, hogy blepharospasmusnál mindig nagyobb könnymennységek vannak a görcsösen becsukott szemhéjak alatt, melyek, ha a görcs megszűnik, természetesen kifolynak. Arra egyszerűen azt kell felelni, hogy ilyen operatiók, mint a facialis nyújtások, rendszeren a legmélyebb narcosisban végeztetnek, és hogy tehát a görcs már előbb megszűnt, mint ebben a perczen, a mikor az ideget horoggal megfogják.

¹ Berl. kl. Wochenschr. 1879. S. 684.

² Ottawa, Blepharospasmusról. „Szemészet“ 1884.

8. Nagyon fontos Krause Fedor¹ esete, mely az előbbiekhöz mint mellékkép csatolandó.

Krause gyógyíthatlan prosopalgia miatt háromszor a ganglion Gasserit és a gangliontól centraliter fekvő trigeminus törzset eltávolította. A szerző l. c. leírt 3. esete teljes gyógyulással végződött. Krause határozottan említi, hogy a trigeminus nélküli oldalon levő szem nem több és nem kevesebb könnyfolyadékot szekreált, mint az ép szem.

Olyanok számára, a kik az uralkodó nézettel egyetértve azt veszik fel, hogy a könyelválasztás innervatora a trigeminus, és a kik különbséget nem tesznek a mirigyből és a kötőhártyából származó secretio között, Krause esetéből a könyelválasztásra nézve nyert eredmény teljesen megfoghatatlan. Még világosabban szólhatott volna a trigeminus könyelválasztó szerepe ellen, ha sikerült volna kimutatni, hogy az illető egyén csak a nem operált oldalon sirhatott; fájdalom, ez már azért is nem volt lehetséges, minthogy Krause betege már azelőtt többszörös idegresectionnak lett alávetve, miáltal a trigeminus I. és II. ágán át való vezetés hiányos lett.

Adatok az újszülöttek sárgaságának tanárhoz.

Schiff Ernő dr. gyermekorvostól Nagyváradon.

(Folytatás.)

Ezek után áttérek saját vizsgálati adataim közlésére. Eseteim 2 csoportra oszlanak. A prágai lelecnzházban vizsgált esetekben csak a vérsejtek számbeli magatartására s a vér haemoglobintartalmára voltam tekintettel. A helybeli bábaképzőben vizsgált esetekben pedig a vérsejtek számbeli magatartására csak annyiban voltam tekintettel, a mennyiben az újszülötteknek a köldökzsinór lekötési idejével kapcsolatos haematológiáját tanulmányozván, egyes esetekben a vizsgálatok folyamán icterus jelentkezett. Nagyobb számúak azon esetek, hol csak a vizelet vegyi összetételére (ClNa- és huyanytartalom) voltam tekintettel.

Lássuk tehát először a haematologikus vizsgálatok eredményeit. E tekintetben szükségesnek tartom különválasztani prágai eseteimet a helybeliektől. Amott a köldökzsinór lekötési módjáról nem birtam tudomással, az eseteket vagy rövid idővel a szülés után kaptam vizsgálatra, a midőn tehát láthattam a vérsejtek számbeli magatartását az icterus keletkezése alatt és előtt, vagy az eseteket már kifejezett icterussal kaptam a 7—8. napon — mint a midőn a gyermekek rendes körülmények között a lelecnzházba jutnak —, a hol tehát már az icterus fellépte előtti vérsejtszámról fogalmam nem lehetett, de e helyett alkalmas volt a vérsejtek számbeli magatartását jó ideig az icterus teljes eltűnése után is figyelemmel kísérni. Az első csoportbeli esetek vizsgálati adatait itten egészben már csak térszűke miatt sem közölhetem, e helyett utalok első haematologiai közleményemre,² a hol ezen esetek vizsgálati adatai részletes tabellákban vannak feltüntetve. Ezen adatok azért fontosak, mert belőlük meg lehet győződni, hogy az icterus keletkezése előtti és fennállása alatti vérsejtszámban semmi olyan jellegző különbség nem lép előtérbe, mely a vérsejtszámnak normalis viszonyok közötti menetétől eltérést mutatna. Nevezetesen úgy az első napon mutatózó vérsejtszám, valamint a napszaki ingadozások közepette lépcsőzetesen beálló csökkenés teljesen normalis határok között ingadozik. Az első naptól kezdve vizsgált esetek közül kettőnél azonban az icterus megszűnt után mutatózó magatartása a vérsejtszámnak is látható, azért ezeket úgy ezen, valamint egy később megjelölendő szempontból e helyen is közölni fogom, kapcsolatban három más olyan esettel, melyeket csak a 7—8. életnapon már teljesen kifejezett icterussal kaptam vizsgálat alá, a hol szintén a vörös vérsejteknek az icterus eltűnése utáni szám-

beli magatartása nyer kifejezést. Megelégszem az utóbb megjelölt csoport három esetével azért, mert a többi ide vágó esetek is ugyanazon eredményt adták. A jelzett 5 esetben nyert vizsgálati adatokat a következő táblázatok mutatják.

I. L. Margit. Szül. 1889. április 15-dikén reggel. Initialis súly = 3530 gm. Igen jól fejlett.

Nap	Óra	Súly gr.	Vörös Fehér		Arány- szám	Hb.	Napi átlagos értékek		
			vérsejtek				Vörös vs.	Fehér vs.	Hb.
ápr. 15.	7 ó. r.	3530	5150000	13500	1:381	93%	5150000	13500	93%
" 16.	8 " r.	3550	5780000	27200	1:231	98%	5312000	24100	104:0
" 16.	7 " e.	—	4844000	21000	1:252	110%			
" 17.	1/2 9 " r.	3550	5380000	21250	1:276	107%	5160000	18925	101:0
" 17.	1/2 7 " e.	—	4940000	16600	1:325	95%			
" 18.	8 " r.	3530	5512000	14250	1:422	98%	5921000	13500	101:5
" 18.	6 " e.	—	6330000	12750	1:537	105%			
" 19.	8 " r.	3550	5038000	13200	1:416	80%	4719000	12225	87:5
" 19.	1/2 9 " e.	—	4400000	11250	1:419	95%			
" 20.	8 " r.	3600	4784000	12800	1:374	105%	5032000	13525	97:5
" 20.	8 " e.	—	5280000	14250	1:370	90%			
" 21.	8 " r.	3630	5584000	16250	1:344	75%	5287000	13875	78:5
" 21.	1/2 8 " e.	—	4990000	11500	1:434	82%			
" 22.	8 " r.	3670	4774000	14250	1:335	88%	4230000	13875	85:0
" 22.	8 " e.	—	3866000	13500	1:273	82%			
" 23.	8 " r.	3700	4574000	11800	1:388	72%	4557000	10800	82:0
" 23.	1/2 8 " e.	—	4540000	9800	1:463	92%			
" 24.	8 " r.	3700	4788000	6250	1:766	76%	5094000	9625	74:0
" 24.	1/2 8 " e.	—	5100000	13000	1:415	72%			
" 25.	8 " r.	3700	5314000	11000	1:483	88%	4966000	12250	83:0
" 25.	8 " e.	—	4618000	13500	1:342	78%			
" 26.	8 " r.	3700	4884000	14750	1:331	82%	5304500	11500	90:0
" 26.	8 " e.	—	5725000	8250	1:694	95%			
" 27.	8 " r.	3670	4865600	12000	1:405	90%	4696300	11750	90:0
" 27.	8 " e.	—	4527000	11500	1:394	90%			
" 28.	8 " r.	3670	4356000	12000	1:363	82%	4684250	10250	80:0
" 28.	8 " e.	—	5012000	8500	1:589	78%			
" 29.	8 " e.	3700	4941700	10250	1:482	—			
" 30.	8 " e.	3750	4334380	14000	1:310	84%			
máj. 1.	8 " e.	3800	3990600	9200	1:434	—			
" 5.	Elbocsátatott								

¹ Kis fokban icterikus. — ² Ict. megszűnt. — ³ Vizes szék-ürülések. — ⁴ Szék rendes.

II. G. Jozefa. Szül. 1889. április 19-dikén. Initialis súly = 2970 gm.

Nap	Óra	Súly	Vörös Fehér		Arány-szám	Hb.	Napi átlagos értékek		
			vérsejtek száma				Vörös vs.	Fehér vs.	Hb.
ápr. 20.	7 ó. e.	2840	6658000	12000	1 : 555	105%	7628000	10850	107 : 5
" 21.	6 " r.	2790	8470000	13200	1 : 641	115% ¹			
" 21.	6 " e.	—	6786000	8500	1 : 798	100%	6382000	7425	82 : 5
" 22.	6 " r.	2810	6718000	8250	1 : 814	90%			
" 22.	6 " e.	—	6046000	6600	1 : 916	75%	6071000	8000	95 : 0
" 23.	6 " r.	2770	6486000	8400	1 : 772	95%			
" 23.	1/2 6 " e.	—	5656000	7600	1 : 744	95%	6401000	9375	95 : 0
" 24.	6 " r.	2840	6670000	7500	1 : 889	102%			
" 24.	1/2 6 " e.	—	6132000	11250	1 : 544	88%	4441000	15500	89 : 5
" 25.	6 " r.	2900	4496000	10750	1 : 418	103% ²			
" 25.	1/2 6 " e.	—	4386000	20250	1 : 216	76%	4676000	19925	81 : 0
" 26.	6 " r.	2950	4920000	22600	1 : 218	86%			
" 26.	6 " e.	—	4432000	17250	1 : 257	76%	4473000	15875	83 : 0
" 27.	6 " r.	2950	4610000	14750	1 : 312	86%			
" 27.	6 " e.	—	4336000	17000	1 : 255	80%	5201800	19250	77 : 5
" 28.	6 " r.	3000	5950000	20000	1 : 297	75%			
" 28.	6 " e.	—	4453000	18500	1 : 241	80%	4609375	17500	76 : 0
" 29.	6 " r.	3000	5040600	21500	1 : 234	76%			
" 29.	6 " e.	—	4178100	13500	1 : 309	—	4318750	15850	—
" 30.	6 " r.	3080	4990600	19200	1 : 260	—			
" 30.	6 " e.	—	3646800	12500	1 : 292	—	4319100	14100	—
máj. 1.	8 " r.	3120	4753800	13000	1 : 366	—			
" 1.	6 " e.	—	3884400	15200	1 : 255	—	4532800	17500	—
" 2.	7 " r.	3150	4643700	17000	1 : 273	—			
" 2.	6 " e.	—	4421900	18000	1 : 245	—	4256000	13050	78 : 0
" 3.	6 " r.	3170	4565600	11600	1 : 394	—			
" 3.	6 " e.	—	3946400	14500	1 : 272	78%	4565600	9500	68 : 0
" 4.	6 " r.	3200	4881200	9800	1 : 498	70% ³			
" 4.	6 " e.	—	4250000	9200	1 : 462	66%			

¹ Kisfokú sárgaság. — ² Sárgaság megszűnt. — ³ Következő napon el lett bocsátva.

¹ Deutsche med. Wochenschr. 1893. ápr. 13.án.

² Schiff. Ueb. d. quantit. Verhalten d. Blutkörp. u. d. Haemogl. etc. Zeitschrift f. Heilkunde. Bd. XI. Pag. 17.

III. N. Henrik. Szül. 1889. április 10-dikén. Init. súly = 2220 gm. Felvétetett április 18-dikán, nagyfokú icterussal, és a végtagokon cyanosissal. Rosszul fejlett.

Datum	Óra	Súly	Vörös véresejtek száma	Fehér	Arány- szám	Hb.
ápr. 18.	5 ó. d. u.	—	6788000	11250	1:603	103%
" 19.	" "	1680	5946000	16500	1:360	95%
" 20.	" "	1640	5462000	18000	1:303	104%
" 21.	" "	1700	6436000	16250	1:396	95%
" 22.	" "	1740	6856200	16750	1:409	87%
" 23.	1/2 5 ó. d. u.	1750	7878100	13750	1:573	105%
" 24.	" "	1770	6469200	10200	1:634	108%
" 25. ¹	" "	1750	6142800	13400	1:458	96%
" 27.	" "	1730	4109400	20400	1:201	98%
" 28.	" "	1770	6033300	15250	1:395	95%
" 30.	" "	1820	4412500	12250	1:360	—
máj. 2. ²	" "	1930	5025000	10000	1:502	—
" 4.	" "	2000	7060000	12400	1:569	75%
" 6.	" "	2060	4356000	10000	1:435	75%
" 8.	" "	2100	4487500	14600	1:307	74%
" 10.	" "	2130	4618700	14600	1:316	75%
" 12.	" "	2160	5693700	7800	1:729	65%
" 15.	" "	2270	4434370	7500	1:591	60%
" 18.	" "	2300	3928200	11200	1:351	60%
" 22.	" "	2370	3256200	9740	1:334	—
" 30.	" "	2720	3384400	9950	1:340	57%

¹ Ict. már alig észrevehető. — ² Ict. teljesen eltűnt.

IV. S. Anna. Szül. 1889. április 24-dikén. Init. súly 3520 gm. Felvétetett április 4-dikén közép fokú icterussal. Jól fejlett.

Datum	Óra	Súly	Vörös véresejtek száma	Fehér	Arány- szám	Hb.
máj. 4.	11 ó. d. e.	3450	6093300	6400	1:910	110%
" 5.	4 ó. d. u.	3450	5656000	10000	1:565	95%
" 6.	" "	3500	5515600	9600	1:574	90%
" 7.	" "	3550	6523000	11400	1:572	104%
" 8.	" "	3600	6175000	9800	1:630	85%
" 9.	" "	3620	7026900	8600	1:817	97%
" 10.	" "	3670	6840600	8400	1:814	98%
" 11.	" "	3700	6321900	7600	1:832	105%
" 12.	" "	3700	5681200	9400	1:604	100%
" 13.	" "	3770	5928000	10400	1:570	95%
" 14. ¹	" "	3850	6162500	6200	1:994	96%
" 17.	" "	3950	4428100	7400	1:598	90%
" 18. ²	" "	3980	4793700	12800	1:374	93%

¹ Ict. már alig észrevehető. — ² Következő napon el lett bocsátva.

V. F. Károly. Szül. 1889. május 3-dikán. Init. súly 2820 gm. Felvétetett május 11-dikén, nagyfokú icterussal és lesóványodva.

Datum	Óra	Súly	Vörös véresejtek száma	Fehér	Arány- szám	Hb.
máj. 11.	5 ó. d. u.	2240	6246200	9600	1:650	115%
" 12.	" "	2220	6078100	11400	1:533	108%
" 14.	3 ó.	2400	6190600	10400	1:595	96%
" 15.	" "	2400	6309300	11200	1:563	89%
" 17.	" "	2450	6015600	16600	1:362	107%
" 18.	" "	2450	6556200	12000	1:546	95%
" 19.	" "	2480	6168700	13600	1:453	85%
" 20. ¹	" "	2500	5600000	16800	1:333	103%
" 21.	" "	2520	6693700	14600	1:458	85%
" 22.	" "	2540	5528100	14800	1:373	94%
" 23.	4 ó.	2550	5762500	10700	1:538	102%
" 24. ²	" "	2550	5606200	17300	1:324	92%
" 26.	" "	2550	4896800	12900	1:379	98%
" 30.	" "	2650	5303100	12500	1:424	84%

¹ Ict. már csak kiskokú. — ² Ict. már elmúlt.

(Folytatása következik.)

Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok.

Lövés által okozott tüdővérzés, tüdőlob, tüdőtályog, gyulladás.

Folyó év július 8-dikán a tiszavárkonyi szőlőben egy helybeli földmívelő, a 10 éves Farkas László unokaöccsére egy kacsaszerűtöltött puskát emelt; tréfálva mondván: „vigyázz, mert meglölek”. Alig mondta ki a szavakat, a puska elsült és következő sérüléseket okozott:

Említett 10 éves fiú mellett a földmívelő felesége egy széken ült, csecsemőjét szoptatván. Az asszony emlőjébe két serét hatolt, egyúttal a serét a csecsemő fejbőrére horzsolta. Legsúlyosabban sérült a 10 éves Farkas László; kit azonnal a szőlőtől 10 percznyi távolságra levő Jászkarajenőre vittek, hol sebjeire kötés alkalmaztatott. Ezután haza hozták; öt megvizsgálván, következő jelen állapotot találtam:

A jobb arezon, a szájjúgtól 2 és 3 centimetryi távolságban, 2. serét behatolását jelző, borsónagyságú folytonossághiány. A nyak jobb felén, a sterno cleidomastoideusok irányában 4 ugyanilyen folytonossághiány. A nyak jobb fele erősen duzzadt, kékes-vörösen elszínesedett, nyomásra igen fájdalmas. A jobb felkaron és vállon 3 ugyanilyen folytonossághiány. A jobb mellkasfalán 5 ugyanilyen folytonossághiány. Mindezen folytonossághiány szélei — illetve környéke — égetési tüneteket mutatott, úgy hogy a lövés közléről ejtetett, a mint azt a tettes be is vallotta. A hőmérsék ezen vizsgálat alkalmával 38.2° volt.

Először is a sebeket fertőtlenítvén, a sérteket kiszedni próbáltam; az arezon 1-et, a nyakon 1-et, a felkaron 2-öt, a mellkasfalból 1-et sikerült kiszednem. Antiseptikus kötést alkalmaztam, a nyakra hideg borogatásokat alkalmazván, várakozó eljárást követtem. Második napon a sérült fiúnál erős rázóhideg és ezt követő 39.5 fokú láz kíséretében baloldali nagyfokú szűrés, nehézlégzés, nagy köhögési inger lépett fel. A köpet sáfrányszertű volt, bal oldalt, a bal alsó tüdőlebenynek megfelelőleg, a kopogtatási hang dobos színezetű volt; hallgatódzásnál sok szőreszöréj volt hallható; úgy hogy egy tipikus baloldali tüdőlobot lehetett kórismézni, a mit a következő napokbeli lefolyás (tompá kopogtatási hang, bronchialis légzés) bizonyított. E tüdőlobnál azonban a rendes időre bekövetkezni szokott krízis nem állott be; hanem a betegség második hetében minden este rázóhideg kíséretében 39.5—40 fokú láz lépett fel. A beteg csakis bal oldalán volt képes fektüdni; bal oldalt a kopogtatási hang tompult, dobos színezetet nyert; hallgatódzásnál pedig érecesengésű szőreszöréjek voltak hallhatók. A légzési nehézség oly fokot ért el a második hét végén és a harmadik hét kezdetén, hogy a lethalis kimenetelt minden perczben várni lehetett. A beteg teljesen lesóványodott és erőtlén volt.

Ezen tünetekből azt következtettem, hogy itt a tüdőlobbal szövődmenykép tüdőtályog lépett fel, a mit a későbbi lefolyás bizonyított.

A betegség 19-dik napján, a mint a beteget felültetni akarták, egyszerre körülbelül 200 grammnyi bűzös geny szakadt fel és ürült ki a szájon, melyet kiköpvén, a beteg azonnal könnyebbédést érzett. Ezen genyfelszakadás így tartott 2 hétig, mindennap penetrans szagú geny ürült ki a szájon, úgy hogy a bűz miatt alig lehetett a szobában maradni. A bűz csökkentésére ol. pini. silvest. inhalatiókat rendeltem; azonkívül roborans szereket. A geny hosszas állás alkalmával 2 réteget mutatott, egy alsó sűrűt és egy felső hígabbat. A geny mennyisége és bűze fokozatosan csökkenvén: a beteg 6 1/2 hétre, a sérüléstől számítva, felgyógyult. A kiköpt genyben sérteket találnom nem sikerült. (Az első genyfelszakadásnál jelen nem voltam.)

Ezen kórlefofolyásnál legérdekesebb azon körülmény, hogy a lövegek a jobb mellkasfalba hatoltak; a jobb tüdő ezen behatásokra nem reagált; hanem a lövegek, valószínűleg a nagy edények és szív kikerülésével, a bal tüdőbe hatoltak, ott tüdőlobot tüdőtályoggal szövődve okoztak. (Valószínű, hogy a nyakba hatolt sértekek közül néhány a bal tüdőbe sülyedt.)

A felületes sértekek a nyakon és felkaron részint genyedés útján távoztak, részint művi úton távolítottak el.

A sérült nő és csecsemőnél a lövés által okozott sérülések 12 nap alatt minden súlyos következmény nélkül meggyógyultak. Tisza-Várkony, 1892. december 6-dikán.

Kelemen Adolf dr., körorvos.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Élettani értekezéslet.

(1893. május hó 24-dikén.)

1. Goldzieher Vilmos dr. „Adatok a könyvelés választás élet-tanához”. Ez előadást egész terjedelmében lapunk közli.

Az előadást követő élénk eszmecsereben résztvettek: *Than-hoffer, Högyes, Jendrassik, Donáth, Csapodi, Klug.*

2. Török Lajos leírja azon elváltozásokat, melyeket az izzadás alatt az izzadság-mirigyek gomolyhámján észlelt. Oly lovagnál, melyeknél az izzadás futtatás által lett előidézve, a hámsejtek lelapulnak; pilocarpinnal való izzasztásnál a hámsejtek finomabban szemcsézettek válnak és a gomoly lumene felé eső végükből különféle alakú cseppek lépnek ki, melyeket szabadon is lehet a mirigy ürében észlelni. Lehetségesnek tartja, hogy az utóbbi lelet az izzadás egy korábbi stadiumára vonatkozik, s hogy később itt is a hámsejtek lelapulása jött volna létre. A második esetben ugyanis már 10 percczel a pilocarpin-injectio után vágatott ki az izzadó bőr, míg ez az első esetben egy órával a futtatás kezdete után történt. Ezen leletekből az következik, hogy az izzadás folyamatában a gomoly epithelium aktíve részt vesz. Nem zárható azonban ki, hogy e mellett még transsudatio is van jelen a capillarisekből. Az utóbbi kérdésre nézve még további kísérleteket fog megejtetni. Hozzászóltak *Thanhoffer, Högyes.* Végül

3. Tangl Ferencz mutatta be Zimmermann Ágoston és Sal Gyula dolgozatát, a kik a bendő falában csak a juhban talál-tak mirigyeket. A többi megvizsgált kérődző, szarvasmarha, külön-féle szarvasok bendőjében nem voltak mirigyek. A bendőmirigyek a juhban is igen kis számban és csak a nyelőső szomszédságában vannak, csöves mucinosus mirigyek. Nemcsak a propria mucosae-ban találhatók, hanem a nyálkahártya alatti kötőszövetben és a muscularisba is beterjednek. Ezen vizsgálatok tehát beigazolják *Thanhoffer* régebbi adatait. Hozzá szólt *Thanhoffer.*

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Jósa András dr. Szabolcs vármegye főorvosának egészségügyi jelentése 1892-dik évről. Nyiregyháza, 1893.

Jósa András dr.-nak mint más évekről úgy ez évről is nagy gonddal összeállított tartalmas egészségügyi jelentéséből megismer-tetjük a következő adatokat és eszméket.

Szabolcs megyének az 1890-diki népszámlálás szerint 244,945 lakosára az 1892. év folyamán 9229 haláloset esik, a mely 37.68%-nak felel meg. Az elhaltaknak 71.2%-a 7 éven alóli gyermekekre esik. E nagy gyermekhalálozás okát szerző nem annyira a szegénységben, mint inkább az *egészségügyi ismeretek hiányos elterjedésében* keresi. A népiskolákban egészségügyi kátét kellene tanítani és annak tanításának ellenőrzését a hatósági orvosra bízni; egy ilyen egészségügyi káténak megírására pedig az úgy fontos-ságához mért pályadíjat kellene kifizetni. Fontosnak tartaná e szomorú viszonyok javítására azt is, hogy a csecsemő czélszerű ápolására vonatkozó ismeretek az eddiginél jobban terjedjenek el a nép között; e végből különösen fontosnak tartaná, hogy a bábaképző-intézetekben a szülészeti ismeretek tanítása mellett a gyermekápolásra vonatkozó ismereteket is behatóan tanítsák, mert ez irányban a bábának nagyobb a befolyása a népre az orvosnál, kinek tanácsát e tekintetben még a míveltebb osztály is vajmi kevésbé veszi igénybe.

Nagy halálozásarány volt az iskolás gyermekek között is: az elhalt gyermekeknek 10.5%-a tanköteles gyermek volt. Ennek okát főleg az iskolák egészségtelen voltában keresi, melyre vonatkozó-lag minden a régiben maradt. A megyében 327 népiskola lett egész-ségügyi szempontból megvizsgálva, majdnem mindannyi a közegész-ségi követelményeknek figyelmen kívül hagyásával tengődik tovább.

Figyelmet érdemlő megjegyzéseket találunk a jelentésben a vidéki gyógyszerészeti ügyre vonatkozólag is.

„Vármegyénkben gondoskodva van arról, hogy mindenki könnyen orvosi segélyhez juthasson, de az orvosi tanács folytán gyógyszerekre is lehet szüksége, ezek pedig a vármegyében csak 19 gyógyszerertárban és két kézi gyógyszerertárban levén megszerez-hetők, a különben is drága gyógyszerekért mértföldekre kell fáradni, a mi pedig nem mindenkinek áll módjában, és így betegsége el-hanyagoltatik.

A gyógyszerészügyet nézete szerint az eddigittől különböző alapon kellene rendezni. Ezen vélemény támogatására következő okokat hozza fel:

Az ügyvédi, orvosi, mérnöki oklevél jogot ad arra, hogy az élet harcában hasonlóan képesített társainkkal versenyezzünk.

Mindannyian érettségi vizsgát tettünk és legalább öt évet töltöttünk egyetemen.

A gyógyszerész hat osztályt végzett, egyetemen két évet töltött, és oklevelet nyervén, ha a megyében vagy a ministerium-ban protectiót képes magának szerezni, a nélkül, hogy pályatársai felett kitűnnék, gyógyszerertár felállítására jogot nyerhet, mely kész vagyon, és a melyet bizonyos formalitások betartása mellett utódaira vagyonul átszármaztathat.

Többi, esetleg magasabb képzettségű társai pedig egész életti-kön át a tára mellett maradnak, és családot nem alapíthatnak.

Minden gyógyszerész azon hitben ringatja magát, hogy gyógy-szertára bizonyos meghatározható értékkel bír; pedig téved, mert egy — minden pillanatban bekövetkező — új patikának léte-sítése képzelt vagyonát felére csökkenti, a mely pedig levegő-ben függ.

A törvény értelmében egy már fennálló gyógyszerertárnak existenciája egy újnak létesítésével nem veszélyeztetendő. Miután azonban relativ fogalom az, hogy hány forintra van szüksége egy gyógyszerésznek, hogy magát és családját állásához mérten eltart-hassa, akár minden faluban lehetne új gyógyszerertárakat létesíteni.

Sokan vannak, kik a gyógyszerészséget szabad iparrá akar-ják tenni, mert elég garanciának tartják az évenként megejtetni szokott gyógyszerertárvizsgálatot arra nézve, hogy a közönség annyi és olyan gyógyszerertár kapjon, a mennyi és a milyen rendelve volt.

A gyógyszerertárvizsgálat alkalmával azonban csak az állapít-tathatik meg, hogy a gyógyszerertár rendben van-e? és azok nálunk tényleg rendben is vannak. Hanem, hogy a kifogástalannak talált szerek ki fognak-e szolgáltatni, még pedig a rendelt minőségben és mennyiségben, ha a gyógyszerésznek tisztességes megélhetése biztosítva nincs, ki tudja és fogja ellenőrizni? Szerző részéről mindig azon gyógyszerertárba fogja betegeit küldeni, a melyekben bizik.

Szálnalmas dolog nézni, hogy milyen korteskedések folynak egy új gyógyszerertár létesítéseért, pedig ugyanazok, a kik előhar-czosak voltak, hátat fordítanak az új gyógyszerertárnak és a nagyobb forgalmúakat keresik fel.

A gyógyszerertárakkal ugyanazt kellene tenni, a mit a postával tettek. Mindkettő fontos, nagy bizalmat igénylő intézmény, a melyre minden nagyobb községben szükség van, és a melyet szabad iparrá sillyesztetni nem lehet, és valamint a közérdek szempontjából a posta-tulajdonjog az állam által megváltatott, kisajátítandók és államilag kezelendők lennének a gyógyszerertárak is. Ha a gyógyszerészet azonban szabad ipar lesz, tegyék a postát is szabad iparrá. A kisebb gyógyszerertárak deficitjét a nagyobbak bőven fedeznék. Nyiregyháza példaul egymástól néhány lépésnyire most már négy gyógyszerertár lesz egy rakáson, pedig egy is elegendő volna. Egy ilyen nagy gyógyszerertárnak jövedelme elegendő lenne tíz kis állami gyógy-szertár deficitjének pótlására, valamint a nagy forgalmú posta a kis forgalmú tartja fenn.

A gyógyszerertárak jövedelme sem egészségügyi, sem más egyéb czélra nem lenne fordítandó, mint azon összeg törlesztésére, mely a gyógyszerertárak kisajátítására szükségeltetett. A jövedelemtöb-blet megengedné azt, hogy a gyógyszer árszabványtételi lejjebb szállíttassanak és így a kevésbbé vagyonosok is gyógyszerhez jut-hassanak.

Ha a gyógyszerertárak államosíthatók nem lennének, inkább maradjon kevés jó patikánk, mint sok rossz.

A jelentés többi része kiterjeszkedik a megye egészségügye minden részletére, a lehetőségig pontosan közölve a megszerezhető

adatokat és a tapasztalat alapján megérlelt reflexiókkal kísérve az egyes kérdéseket.

Az ország egészségügyi állapotának helyes megismerése szempontjából csak óhajtanunk kell, hogy minden törvényhatóságban ilyen alapos, kimerítő és öntudatos jelentés lásson napvilágot.

—m.

II. Lapszemle.

Kórtan.

A cholera bacteriologiai kóriszmézése Koch szerint következőképpen ejtendő meg. A gyanus ürülékből — lehetőleg a benne található pelyhecskékből — mikroskopi praeparatumot készítünk; a festés legezélszerűbben hígított Ziehl-féle oldattal történik. Az eseteknek körülbelül 50%-ában már ezen a módon állítható fel a kórisme, ha tudniillik a jellegző halrajszerű elrendeződésben vagy tiszta tenyészetben, vagy bacterium coli-val együtt vannak jelen a kommbacillusok. A diagnosis utólagos biztosítása céljából egyidejűleg gelatina-lemeztenyészet és peptontenyészet is készítendő. A peptonoldat úgy készül, hogy vízben 2% Witte-féle peptont és 1% konyhasót oldunk és az egészet kifejezetten alkalikus kémhatásúvá teszszük. A gelatinalemezeken 22° C., a peptontenyészeteken pedig 37° C. hőmérsék mellett tartandók. A peptonoldat felszínén már körülbelül 8 óra múlva cholera bacillusok tiszta tenyészetek találhatók és ekkor az indol- vagy cholera-vörös reactio végzendő. A gelatinalemezeken mintegy 20 óra múlva mutatják a jellegzetes telepeket. Ha a mikroskopi vizsgálat eredménye bizonytalan, akkor szintén készíthetők gelatinalemezeken és peptontenyészeteken, továbbá lehetőleg agarlemezek is. A peptontenyészetek időről időre megvizsgálándók, vajjon nem találhatók-e már bennük görbült bacteriumok. Mihelyt ilyenek mutatkoznak, a peptontenyészetből agarlemezek készíthetők. A cholera bacillusok fejlődése agaron nem oly jellegző ugyan, mint gelatinán; az agar használata azonban azon előnnyel jár, hogy 37° C. hőmérsék mellett tarthatók a lemezek és azért már 8—10 óra múlva kellő nagyságot érnek el a telepek. Különben a gyakorlott szem agaron is meglehetősen biztosan megkülönbözteti a cholera telepeket a közönséges bélsár- és vízmikrobák telepeitől. A cholera bacillus az agar felszínén világos szürkés-barna, áttetsző, mérsékelt nagyságú telepekké nő ki; e telepekből mikroskopi praeparatum készíthető, megtudandó, vajjon kommbacillusokból állanak-e. Minthogy csak a felületen cholera telepek nőnek gyorsan, észszerű az agart előbb kiönteni, 1—2 napig a tenyésztőben tartani, hogy kissé kiszáradjon és azután a felületre kenni a vizsgálandó anyagot. Kevés számú cholera telep sok más telep között nem igen található meg az agarlemezen és azért csak akkor használható az agaron tenyésztés, ha sok cholera csíra van jelen, így főleg ha már peptontenyészetből készítjük a lemezt. Az agarlemezen fejlődött cholera szerű telepek ismét peptonoldatba ültetendők és ezzel azután a cholera vörös reactio végzendő. Végül felemlíti Koch az állatkísérletet, a melynek segítségével szerinte biztosan meg lehet tudni, vajjon a talált telepek csakugyan cholera bacillusokból állanak-e; középtértekben 1.5 mgr. tenyészetet felvevő platinkacsca az agartenyészetből vett anyagot 1 kem. húslevesben elkeverjük és ezt egy körülbelül 300 gramm súlyú tengeri malacz hasárába fecskendezzük; cholera bacillusok az állatot bizonyos idő alatt jellegző tünetek között pusztítják el. A víz vizsgálatánál cholera bacillusokra Koch a vizsgálandó vízhez 1% peptont és 1% konyhasót ad és a próbákat a tenyésztő szekrénybe állítja. Minthogy ilyenkor sokszor találhatók görbült bacteriumok, a melyek azonban csak cholera bacillusok, mindig készíthetők gelatina- és agarlemezek is. (Zeitschrift für Hygiene, 1893. XIV. kötet, 319. lap.)

Liebreich a „Berliner med. Gesellschaft“ június 21-dikén tartott ülésén éles bonczkés alá vette Koch ezen közleményét. Pont-ról-pontra kimutatja, hogy a mikroskopi vizsgálat, a peptontenyészet, a gelatina- és agar-lemeztenyészetek csupán görbült bacteriumok jelenlétét és azok tiszta tenyészetét derítik ki. Annak bizonyítására, hogy e görbült bacteriumok cholera bacillusok-e, a Koch által ajánlott cholera vörös reactio és az állatkísérlet sem mérvadó. A cholera vörös reactio ugyanis nem jellegző, mert a cholera vörös nem egyéb, mint egyszerű indol vörös és minden rothadó peptonoldatból előállítható, a mint ezt Salkowski kimutatta; másrészt azonban Fraenkel C. olyan cholera bacillusokat is talált, melyek a szóban forgó reactiót

nem adták. Az állatkísérletet sem tartja Liebreich megbízhatónak mert eltekintve attól, hogy maga a módszer nagyon pontatlan, főleg az adag nagyságát illetően: a jellegzetesnek mondott tünetek nagyon is általános mérgezési kórképnek felelnek meg, a melyet Klein a Finkler-féle vibrio, a bacillus coli, a bacillus prodigiosus stb. befecskendése után is bekövetkezni látott; Gruber és Wiener pedig még a Koch intézetéből kapott cholera bacillusokkal sem voltak képesek előidézni azt a kórképet, a melyet Koch jellegzőnek tart. (Berliner klin. Wochenschrift, 1893. 28. sz.)

Belgyógyászat.

Malaria infantilis, methylenkék. C. Ferreira (Rio-Janeiro)

21 esetben alkalmazván a methylenum coeruleumot váltólázás gyermekeknél, a szer hasznát illetően a következőkben nyilatkozik. A methylenkék gyermekek malariája esetén elég hathatós szer. Jó szolgálatot tesz különösen makacs és hosszantartó esetekben, a melyek mással való orvoslásnak gyakran ellenállnak. A gyermek jól tűri, sem hányást, sem hasmenést nem okoz. A malaria előidézöire manifest hatása van, a mit a máj- és léptumor eltűnése bizonyít. Mint antithermicum azonban gyenge. A láz eltűnése után több napig adni kell még a betegnek, ha a gyermekek váltólázánál oly gyakori recidivákat el akarjuk kerülni. Tágabb alkalmazásra érdemes a szer. Mind a mellett azonban megjegyzi szerző, hogy veszélyes esetekben azért nem tanácsos tisztán methylenkék-kúrára szorítkozni, hanem jó visszatérni a chinin használatához, a mely (injectio alakjában) sokkal energikusabb. (Bullet. gén. de Thérapeut. 1893. 15. juin).

Kuthy dr.

A tabes aetiologiája. Wilh. Erb a Volkmannsche Vorträge 53. számában közölte ez irányban tett vizsgálódásainak az eredményét, a mely a tabest késői syphilis-megbetegedésnek vagy legalább is a syphilissel igen szoros kapcsolatban levő betegségnek mondja ki. Erb a tabeses férfiak 89%-áról megmutatta, hogy korábban lues-ük volt és pedig 63%-ban secundaer syphilis ment előre, 23%-ban sanneres fertőzés általános jelenségek nélkül. 11% nem volt inficiált. Alsóbb társadalmi osztályok tabes esetei csak 81% megelőzőleg inficiált egyént engedtek összeállítani. Nők között biztosan 43 1/3%-ban volt megállapítható, hogy a lues előzte meg a tabest, 37 1/2%-ban valószínűnek mondható az előrement syphilises fertőzés. 18 3/4%-ban nem lehetett illet a betegre semmiképp sem rábizonyítani. A syphilis mindent összevéve az esetek 9/10 részében aetiologikus momentumnak vehető, vagyis egymaga többször előzi meg a tabest, mint a többi gyanuba vett ható okok (meghűlés, nemi excessusok stb.) együttvéve. (Fortschr. d. med. 1893. jun. 15. — Ref. Wollenberg.)

K—y dr.

A kiválasztás a vesék útján kénesező, platin- és ezüst-sókra Cohnstein (Arch. f. exp. Path. u. Pharmak. XXX. S. 126.) vizsgálatai szerint egészséges organismusban is fokozódik, a mivel eddigelé az az állítás állott szemben, hogy ép emberen avagy állaton a calomellel diuresis nem idézhető elő. Az említett fémek sóinak diuretikus hatása módját illetően szerző bebizonyítja, hogy az indirect. A bő vizelést nem mint a hogy pl. a coffeinről tudjuk, a kiválasztó szövetre gyakorolt közvetetlen befolyás okozza. (Fortschr. d. med. 1893. Nr. 12. Ref. Jabobj.)

Kuthy dr.

Apróbb jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. Sycosis eseteiben Quinquand a következő szert használja: Rp. Chrysarobini 5'0; Ichthyoli 5'0; Acidi salicylici 2'0; Vaselin 100'0. E szerrel a beteg hely bekenendő és guttapercha papírral befedendő. (Journ. des malad. cut. et syphil. 1892. 12. sz.)

2. Idült hasmenés ellen a következő labdacsoakat ajánlják: Rp. Salicin. 8'0; Syr. sacchar. qu. s. ut. fiant pil. Nr. XX. 4 óránként 2 labdacsoat bevenni. (Deutsche medic. Wochenschrift, 1893. 25. sz.)

3. Fertőző betegségek gyógyítását villamossággal kísérlete meg De Renzi tanár. Erős, egyenletes áramokat alkalmazott hosszabb időn keresztül, és főleg gümőkóros eredetű mellüri izzadmányok eseteiben látott elég jó eredményeket, a mennyiben az izzadmány rövid idő alatt csökkeni kezdett és el is tűnt; e mellett a testtömeg is gyarapodott, a láz csökkent vagy meg is szűnt és a köpetben a bacillusok száma is apadt. (Deutsche medic. Wochenschrift, 1893. 23. sz.)

TÁRCZA.

Uti jegyzetek.

Genersich Gusztáv dr.-tól.

(Folytatás.)

Egy más gyermek be lett mutatva mint intussusceptio cum peritonitide, mennyiben 4 nap előtt hirtelen rosszul lett, hányni kezdett, nagy erőlködéssel véres székletet ürített, és most tartós hányás, nagy meteorismussal és bélgörcsökkel fekszik összeesve, a hasban ugyan nem tapintható tumor, de a végbélen magasra vezetett ujj nagyobb ellentállású tömegbe ütközik. Fennálló peritonitis folytán az irrigációk sikertelensége miatt különben indicált laparotomia elmaradt, exitus letalis. A bonczolat beigazolta a kórismét, és egyúttal érdekes leletet szolgáltatott: szabad coecum mellett egy intussusceptio colica jött létre, úgy hogy a coecum a colon ascendens és transversum egymásba, illetve a colon descendensbe volt türemkedve, és azt a gerincoszlophoz rögzítette. Widerhofer ismételtén rámutatott a kórisme nehézségére. Legfontosabb tünetnek tartja a daganatot (mely nélkül legalább nem szabad laparotomiához fogni) és azt a nagyfokú colicát, mely collapsussal összekötve tán egy bántalomnál sem oly heves, mint az intussusceptionál. Sajátságos még, hogy e bántalom gyermekeknél leggyakrabban 1 év körül fordul elő. Az esetleg szóba jöhető laparotomia idejére nézve megadja, hogy miután peritonitis csak 48 óra múlva szokott fellépni, azért azon belül például 24 óra múlva foghatunk hasmetszéshez, ha az addig alkalmazott beöntések és opiumkezelés nem használnak.

Tuberculosisnál épen nem mindennapi complicatio lépett fel egy 12 éves tuberculotikus leánynál, kinél a betegség gyorsan előrehaladt. Egy este nagy anxietás és fulladás mellett jobb mellkasban nyílás lép fel, nemsokára a nyak, majd a mell felső része, arc duzzadni kezd, úgy hogy a szemek bedagadnak és a pectoralis tájak a különben sovány leánynak robustus küllemet adnak. A duzzadt részek mindenütt szerzegnek, mely zörejt a hallgatózást lehetetlenné teszi, és így az emphysema subcutaneum kiindulását csak valószínűség szerint lehetett egy caverna olynemű elrepedésére visszavezetni, mely a pleurán keresztül is haladt. Bonczolatnál egy körülírt pneumothorax mellett mindkét tüdő hártás odanövése találtatott, de a lég kiindulási helye nem volt kimutatható.

Ha nem jóslok jobbat, mint a mit a jövő majd ki fog deríteni, felemlíthetek még egy pyaemia-esetet, mely gyógyuló félben van. A bántalom egy tarkótáji kis tályogból indult ki, eleinte általános tünetekkel járt, úgymint: delirium, tarkófájdalmak, magas láz, későbbben a váll-, lábtő- és csípőizület duzzanatával, illetve elgenyvedésével, felületes tályogképződéssel, jobb majd baloldali pyothoraxal complicálódott s mégis úgy látszott, hogy a folyamat megállt volna.

A leukaemia a gyermekkorban aránylag ritka, mégis alkalmas volt aránylag rövid idő alatt 2 esetet észlelni, melyeknél a kór-folyamat klinice volt kifejlődve.

Szintén ritkább előfordulásuk miatt említem még azt a két sarkoma-esetet, melyet ott láttam, az egyiknél a dag az orbitán nőtt ki, elötölva a bulbast, kifeléyesítve a corneát, a fejet nagyobbitva, mi mellett a szomszédos mirigyek beszűremkedése, általános cachexia volt észlelhető, a másik esetben az alkaplet a bal felső állcsontból indult ki, befelé a fogsor közzé nyomult kifeléyesedő dudorokkal, kifelé pedig egy vékony, kéklő visszerekkel átszőtt és rögzített bőr takarta ökölnyi daganattá nőtt. Mindkét eset: casus tristis et nil faciendum.

Már spiritusba való volt ama kettős nyúlajk és farkastorok eset, melynél az os intermaxillare 2 metszőfoggal $2\frac{1}{2}$ cm.-nyire kiállott balra fordulva, a felső ajk középső része nyelvyszerűleg elődudorodott; az os intermaxillare a septumba folytatódik és csak a bal állcsonttal képez hidat, azért csak a jobb orrűreg fekszik szabadon. Én az esetet az első művi beavatkozásnál láttam, midőn a septumból egy csonték lett kivágva, hogy a kidudorodó os maxillare rendes helyzetébe legyen nyomható, ha ez sikerült, idővel megejtendő műtétek a kemény szájpád képzése és a nyúlajk egyesítése.

De máris hosszasan idéztem a Szt. Anna kórházban, mint a hogy ezt a leírás kerete megengedte volna; az ok, a miért az

itteni irány alapelveivel bővebben foglalkoztam, az, hogy a bécsi gyermekgyógyászok úgyszólván mind Widerhofernek nemcsak tanítványai, de egyúttal követői, úgy hogy czélszerűbb volt egyszer részletezni, mint többször ismétlésekbe bocsátkozni.

II. *Carolinen-Kinderspital* (IX., Schubertgasse 3). Az öröklé szeles és poros Nussdorferstrasséból jutunk az említett utcába, melynek legvégén Bécs régi sánca mellett fekszik a legkisebb gyermekkorház. 1878-ban építették Riedel Carolina alapítványából. A csinos külsejű főépület emeletén van elhelyezve a belgyógyászati és sebészeti osztály (11 + 13 ágy), földszint a gazdasági helyiségek és az ambulatorium foglaltatik. Utóbbihoz külön bejáraton egy váró és egy elkülönítő szoba tartozik, a rendelésre szánt szoba egyúttal műtőterem. E főépület mögött van egy földszintes szárny, melyben diphtheria és croup kezelésére 4—5 ágy, varicellara 2 és a házban kitört skarlátbeteg elkülönítésére 1 ágy áll külön szobákban. A főépület berendezése eléggé modern, de a fertőző osztálylyal mostohán bántak. Az elkülönítés valamennyire jobban áll itt, de tekintve, hogy a kórháznak az igazgató és sebészen kívül csak egy állandó orvosa van, kit egy ú. n. aspirans csak bizonyos délutánokon vált fel a szolgálatban, nem mondható tökéletesnek. Gyanus betegek számára nincsenek külön szobák. Az intézet csak a leg-szükségesebb vegyi vizsgálatokra van berendezve.

A beteganyag a kórház kis terjedelmének megfelelő (32 ágy) évenként 200; az ambulatorium 10,000 körül áll, de ebből 2500—3000 foghúzás esik, mely úgy itt, mint Bécs összes gyermekkorházaiban nagyban folyik, nemcsak gyermekek, de felnőttek is jelentkeznek nagy számban. Most különben a bronchitis idénye volt. A diphtheria igen súlyos alakjai kerültek észlelés alá és midőn először a diphtheriás szobába léptem, csak egy igen súlyos beteg volt benne, a többi a napokban kihalt. A sebészeti osztályon a caries dominál. Gersuny sebész-főorvos igen ügyes és tervezgető operateur, mikro-kephalusoknál kraniotomiákat szokott végezni. Igen sok saját szerkezetű eszköze van, tőle ered a Gersuny-féle kettős kampó, melyet akkor alkalmaztunk a sebszélek széthúzására, ha nincs segítségünk. A kórház vezetője Hüttenbrenner docens, ki egészen Widerhofer szellemében gyógyít és tanít, cursusokat is olvas a gyermekgyógyászatból.

Az intubatio itt is végeztetik és Schweiger dr. a kórház volt másodorvosának közleménye a nyert eredményről, mely állítólag kedvező, legközelebb megjelenik.

III. *Leopoldstädter Kinderspital*. (II., ob. Augartenstrasse 28.) Az 1869 óta fennálló kórház az alsó ausztriai takarékpénztár által emeltetett. A délnék fekvő csinos épület előtt a bécsi gyermekek egy részének játszó helye: az „Augarten“ terül el, mögötte van saját házi kertje, mely a szomszédok kertjeivel egyetemben bőven szolgáltat friss levegőt, mi különösen azért előnyös, mert e kertbe nyílik a szép és tágas veranda. A betegszobák tágak, átlag 27 m³ levegőt juttatnak 1—1 betegre, a fűtés és szellőzés jó. Ragályos betegek számára az épület bal szárnya szolgál, hová külön lépcsőn lehet feljutni. Ez osztályon van 16 diphtheria, 19 skarlát és 5—7 morbilli-ágy. Az egész kórház 94 ágyra van berendezve. Felvétetnek 1—12 életéven belüli gyermekek, a 4 éven aluliak az intézet költéségére. Az ápoltak száma évenként az 1000-et meghaladja. Az ambulatorium, melynek végzésére földszinten a kapu mellett külön helyiség szolgál, a múlt évben 12,600 beteget számlált. A beteganyag itt sem különb, de megjegyzendő, hogy szemészeti esetek is felvétetnek, melyek a belgyógyászati osztályon lesznek ápolva. A diphtheria a múlt évben is sok áldozatot követelt. Az intubatio 1890. márcziusa óta van bevezetve, s ámbár nagyfokú lerakódmány, oedema eseteiben nem végzik, mégis nagy versenyt nyitott a tracheotomiának. Szükségessé teszi ama körülmény, hogy a kórháznak csak 2 secundarius van. Egy volt másodorvos, *Galatti*¹ dr. (ki jelenleg Frühlwald poliklinikáján működik) közleményében, különösen arra találunk megjegyzést, hogy az intubatiók után alig fordultak elő decubitusok, holott ő a tubust hosszabb ideig bennhagyta. A skarlát- és morbilli-járvány elég enyhe lefolyásának mutatkozott. Egyik skarlát-esetben fellépő ízületi gyuladást csak antiphlogistice kezeltek, megfelelőleg a gyermekgyógyászok egy részétől elfogadott

¹ Wiener mediz. Wochenschrift 1892. Ueber Intubation.

azon nézetnek, hogy az ilyen esetek nem polyarthritisek és nem kezelendők salicyllal. Az intézet élén Unterholzner áll, ki Bécsben mint igen ügyes szemorvos ismeretes. A kórházi sebész Hofmokr. Tanítás e kórházban nem folyik, a laboratórium az I. másod orvos előszobájában húzódik meg.

Jelenleg a kórház szomszédságában külön épület emeltetik fertőző betegségek számára.

(Folytatása következik.)

Heti szemle.

Budapest, 1893. július 20-dikán.

A cholera állása. *Franciaországban* Toulon, Montpellier, Avignonban számos cholera-eset fordult elő több halálesettel. A német kormány e miatt a dél-francia kikötőkből jövő utasokat egészségügyi vizsgálat alá veti.

A mekkai állapotok rendkívül aggasztók. Hivatalos jelentések szerint a július 6-dikán végződő héten 4079 volt a halálesetek száma. Július 9-dikéről kelt alexandriai tudósítások szerint pedig valójában kétszer annyi a halálozás. Mekka és Mouna között beszórva van a mező cholera-ban elhaltakkal. Mekkában magában több napon át temetetlenül maradnak a holtak. Az El-Tore-i quarantenház az 50,000-nyi első zarándokcsapat elhozta a cholera-t és a quaranten kórházai telve vannak betegekkel. Ugyanitt még 50,000 zarándok várja az átbozsátást a Suez-csatornán át Europa felé, de az egyiptomi kormány csak 15 napi vesztégzár után hajlandó ezt megtenni. Baj az, hogy a quaranten csak 11,000 embert tarthat el eleséggel és vízzel, a többinek a hajókon kell vesztegelni.

Bosznia és *Herczegovina* hiteles kimutatás szerint csak 103 zarándok van Mekkában.

Oroszországban a járvány erősödik. Moskvában június 30-dikán lépett fel a baj és július 11-dikéig 32 eset mutatkozott 11 halállal. Podoliában a múlt héten 310 eset fordult elő 100 halálesettel. Bessarabiában 35 eset 15 halállal, Orelben 32 eset 12 halállal, Khersunban 18 eset 9 halállal, Toulában 8 eset 3 halállal, Kiewben is kitört a baj, mely a Dnieper és Dniester mentén fekvő falvakat látogatja.

Spanyolországban eddigelé még csak a partokon mutatkozik a baj csekély mértékben.

Magyarországon eddigelé nem igen terjed a baj. Úgy látszik a nagy erélyvel és gyorsasággal megtett intézkedéseknek sikerülni fog lokalizálni a betegséget. A Szatmár városában, továbbá Szatmár-, Szolnok-Doboka és Bereg vármegyékben előfordult megbetegedésekhez az elmúlt héten kevés új eset csatlakozott. Az óvó intézkedések, melyeket a belügyminister elrendelt, a következők:

„Tekintettel az Oroszországban a bukovinai határszél közvetlen közelében kiütött cholera-járványra, mely hozzánk Bukovinán vagy Galicián át könnyen behurcolható, a legerélyesebb intézkedések teendők:

1. A községek körülzárására, melyekben ily gyanús megbetegedések előfordultak, csendőrség rendeltetett ki oly utasítással, hogy azokból szennyes fehérnemű, ócska ruhák és élelmi szerek egyes emberek batyuiban ki ne vitessenek. Egészséges emberek szabad járás-keleése azonban sehol nem akadályozható.

2. A Somról, Deés és Szatmárról elutazók podgyásza a vasúton megvizsgáltatik, hogy szennyes fehérnemű és ócska ruha továbbszállítása meggátoltassék.

3. Oly házak, melyekben megbetegedés fordult elő, orvos felügyelete alatt fertőtlenítettnek; e végből a tiszti, községi és kör-orvosok segítségére Bereg vármegyébe, Deés környékére és Szatmárra egy-egy járványorvos kirendeltetett.

4. A fővárostól átvett gőzfertőtlenítő a fő- és székváros fertőtlenítő intézetének vezetőjével s a fertőtlenítésben gyakorolt személy-zettel a helyszínekre küldetett.

5. A fertőtlenítés fogantatására egy mázsa jegeces carbolsav a veszélyeztetett vidék rendelkezésére bocsátott.

6. Az érmihályfalvi, királyházi, nagybányai, apahidai, sajómagyarosi és szilágy-somlyói vasúti indóházakban, hova az említett

vidék vasúti vonalai nyílnak, az azon vidékről érkező személyt-szállító vonatok utasai a megérkezésnél megvizsgáltatnak, vajjon nincs-e közöttük beteg?

7. Mindezeknek ellenőrzése, a hatóságoknak esetleg szükséges tanácsadás és ha kell intézkedés végett *Buzinkay Gyula* dr. közegészségi felügyelő *Bereg* vármegyébe, *Téry Ödön* dr. közegészségi felügyelő *Szolnok-Doboka* vármegyébe, *Raisz Gedeon* dr. a nagymihályi közkórház főorvosa pedig mint miniszteri biztos *Szatmár* városába és vármegyébe küldetett ki oly megbízással, hogy a közegészségügyre általában és különösen a cholera elleni védekezésre vonatkozó hatósági intézkedéseket, azok végrehajtását és ellenőrzési módját személyesen megfigyelve, a város, illetőleg a a megyék közönségét a szükséges rendelkezések iránt szakzszerű tanácsukkal támogassák s a belügyministernek netalán javaslataikkal együtt jelentést tegyenek.

8. A belügyminister 59,059. szám alatt elrendelte, hogy az említett három megyével határos Besztercze, Ugoesa, Szabolcs, Ung, Bihar és Zemplén vármegyékben, továbbá Kolozsvár és Nagyvárad sz. kir. városokban törvényhatósági járványbizottságok alakíttassanak, melyeknek feladata a járványos betegségek megelőzésére szükséges intézkedéseknek fogantatása, s a cholera elleni rendeletek végrehajtása és ellenőrzése.

9. Máramaros vármegye, hol vasúti munkálatoknál sok idegen van alkalmazva, ezenkívül még utasított, hogy e vasúti munkások egészségi viszonyaira különös gondot fordítson, azok számára barakkokról s kellő számú orvosokról gondoskodjék, és az ez irányban tett intézkedésekről jelentést tegyen.

E szabályok pontos keresztülvitelének eszközzésére a belügyminister utólag még gróf *Andrássy Gyula* államtitkárt is kiküldötte.

Külföldön is mindenütt igyekeznek védekezni a baj ellen. *Franciaország* tengeri kikötőiből a hajók csak orvosi vizsgálat és fertőtlenítés után indulhatnak el. *Törökországban* a *Marseille*-ből és a *Földközi* tenger összes francia kikötőiből érkező hajók 5 napi vesztégzár alá vétetnek. *Bulgária* ezen kívül a török hatóságok részéről még nem vizsgált ilyenmű hajókat szintén 5 napi vesztégzár alá veszi. *Görögország* is 3 napi vesztégzárt rendelt el a francia hajókra. *Németországban* is nagy előkészületeket tesznek a baj fogadására. 117 bakteriologust helyeznek el a birodalom különböző pontjain, kiknek főfeladatuk lesz vigyázni különösen a folyamokra. Berlinben július 19-dikén állítólag egy cholera-eset fordult elő.

Kivonat a hivatalos „Egészségügyi Értesítő”-ből. 1893. 2. sz.

I. Kőrrendeletek;

1. *Belügyministeri k. r. 1893. VII. 9. 58,505. sz.* Valamennyi vármegyei törvényhatóságnak a cholera elleni védekezés tárgyában.

2. *Belügyministeri k. r. 1893. VII. 10. 58,505. sz.* Valamennyi városi törvényhatóságnak ugyanazon tárgyban. Mindkét rendelet több példányban kinyomva szét van küldve a hatósági, községi és körorvosok között.

3. *Belügyministeri k. r. a szállítási tilalmak tárgyában.* Valamennyi törvényhatósághoz. 1893. VII. 13. 48,571. Az Oroszországból származó árúk közül behozatali tilalom alá esnek e rendelet szerint 1. Fehérnemű használt, tisztítatlan állapotban, használt ruhanemű, használt lábbeli és ágynemű. 2. Rongyok, kivéve azokat, melyek hydraulikus erővel összehajtogatva vasabroncsos zárt bálókban kerülnek szállítás alá. Szintén nem esnek tilalom alá az új hulladékok, melyek közvetlenül fonó-szövő stb. műhelyekből kerülnek a forgalomba.

4. *Belügyminister k. r. kórházak és ny. gyógyintézetek napi ápolási díjára vonatkozólag.* 1893. VI. 21. 52,494. A rendelet megszabja az ápolásdíj magasságát a budapesti szt. János, a debreczeni, az esztergomi, a fiemei, a pécsi, a szépi-szt.-györgyi közkórházak számára 105, 85, 69, 77, 77, 48 kr.-okban.

5. *Belügyministeri k. r. a Fiumében „Jó Egészség” című lap megjelölés tárgyában.* 1893. VI. 21. 51,988. sz. Ajánlja a lap terjesztését a minister a törvényhatóságoknak az egészség iránti érdeklődés felkeltésére.

6. *Belügyministeri k. r. a Romániába bevihető összetett gyógyszerek tárgyában.* 1893. VI. 22. 51,453. sz. A már korábban bevitelre engedett szereken kívül megengedtetik a bevitelét a következő két szernek: Solution d'extrait de Blancard; Amer végétal indien du D^{eur} Simon.

7. *Belügyministeri k. r. a tömény ecet-essencia forgalomba hozatalára nézve.* 1893. VII. 25. 51,459. sz. A savtartalom feltüntetendő az üvegeken.

8. *Belügyministeri k. r. a hullaszállítás ügyében.* 1893. VII. 6. 52,344. sz. A hullaszállítás körül követendő intézkedéseket tartalmazza.

9. *Belügyministeri k. r. a kreszylmész ajánlata tárgyában.* 1893. VII. 10. 56,446. sz. A minister az orsz. egészségügyi tanács véleménye alapján ajánlja a szert desinfiálásra, mert kreszyltartalma jobban ellenőrizhető mint a lysolé. Kapható a Fischer és Heidelberg budapesti czégnél.

10. *Belügyministeri k. r. a járványos betegségek bejelentése tárgyában.* 1893. VI. 11. 49,123. sz. Sáros várm. közönségéhez. „Folyó év június hó 2-dikán 1793. sz. a. kelt felterjesztésében Czím arról értesít, hogy f. évi 17,415. számú, a járványos betegségek bejelentését tárgyzó rendeletem különböző kétekyekre adott alkalmat. Ezek elosztására s a járványkimutatások pontossága érdekében a következőkről értesitem.

Idézett rendeletemben a bejelentés kötelezettsége oly fertőző betegségekre vonatkozott ki, a melyek ismereteink szerint gyakran nagyobb terjedelmet öltenek, illetőleg járványokká fejlődnek, a melyeknek elfojtására hatósági intézkedések kívánatosak és a melyek megfelelő intézkedések által tényleg lokalizálhatók is. Ilyeneknek semmi esetre sem mondhatók: az orbáncz, a gyermekágyi láz, torokgyík és a croupus tüdőlob.

Az orbáncz, valamint a gyermekágyi láz rendszeren csak kórházak, illetőleg szülőházakban ölt járványos jellegűt és bár a croupus tüdőlobra nézve ismeretes, hogy néha tömegesebben, sőt mondhatni járványszerűleg is lép fel, ragályozó természete idományosan megállapítottak nem tekinthető s egyáltalán terjedésének körülményei annyira ismeretlenek, hogy egyetlen directívával sem rendelkezünk a tömeges fellépés megakadályozására irányuló intézkedésekre nézve.

A fültőmirigylob (mumps), bár veszélyes alakot ritkán ölt, csoportos fellépétnél fogva s a bántalom kóroktani ismerete szerint járványosnak tekintendő s ezzel szemben az intézkedések is ez alapon rendeződnek el. Bejelentése másrészt azért is szükséges, hogy a haza mindenemű betegségről e helyt tudomás legyen.

A mi a hártás gégelobot (torokgyík, croup) illeti, értesitem a czímet, hogy a torokgyík (laryngitis nembranacea seu crouposa) elnevezése alatt ismert betegség teljesen különálló a nagyobbára egy elszámolás alá kerülő ronsoló toroklobtól (diphtheritis). A hártás toroklob (torokgyík) csaknem mindig egyes esetekben lép fel, sohasem ragályos s járványt nem képez. Azon hiedelemre, hogy a bántalom ragályos, ama körülmény adott okot, hogy gyakran társul a ronsoló toroklobhoz, melynek ragályos volta általán ismeretes.

Felhívom ennél fogva czímet, hogy jelentéseiben a hártás torokgyíkot járványkimutatásaiba csak ott vegye fel, hol az a ronsoló toroklobhoz társult, melytől boncsolás nélkül többnyire csak igen nehezen különböztethető meg.

S miután több törvényhatóság részéről azt tapasztaltam, hogy a vörhenynek torok-diphtheriával complicált eseteit, mint vörheny-diphtheritist jelentik be, tévedések elkerülése okából nem tartom feleslegesnek egyúttal itt is megjegyezni, hogy a vörhenynél előforduló torokbeli diphtherikus folyamat — a mint szintén bakteriologikus vizsgálatokból tudjuk — nem diphtheria, tehát az ily esetek nem a diphtheritis, hanem csupán a vörheny kimutatásaiba veendő fel.

Végül értesitem a czímet, hogyha egyes betegségi esetek izoláltan maradnak, nemleges kimutatások felterjesztésének szüksége nem forog fenn. A minister meghagyásából: *Chyzer Kornél* s. k. min. oszt. tanácsos.

II. *Az 1892/93-diki cholera-járvány Budapestén:* 935 megbetegedés volt. Ezek közül 410 meggyógyult, 525 meghalt.

III. *Gyógyszertár-engedélyezések.* Az 1893. év I. felében: a) a megyékben 36; b) törvényhatósági városokban 3 személyes jogú és 3 házi és fiókgyógyszertár felállítását engedte meg a minister. Gyógyszertár-átvétel történt 21 esetben; 4 gyógyszertár eladását vette tudomásul, 2 esetben engedte meg az áthelyezést egyik községből a másikba. Reáljogúnak ismertetett el 4 személyes jogosítványú gyógyszertár. 10 gyógyszertár felállítására elhatározottatott és pályázat kiírása elrendeltetett.

IV. *Ásványvíz.* A belügyminister megengedte, hogy a *Gyűgy* község határában fekvő *alkalikus sulfátos savanyú* forrásokat tulajdonosa ásvány- és gyógyforrásoknak nevezhesse.

V. Három budapesti lakosnak (*Lux Mihály, Utasi Ferencz* gyógyszerészek, *Petrovics Miklós* kereskedő) gyógyszerkereskedés engedélyeztetett.

VI. *Kis-Küküllő vármegyének szabályrendelete a temetőkről és temetkezésről jóvá hagyatott.*

A belügyminister körrendelete a cholera elleni védekezés tárgyában. Több külföldi európai államban szörványosan előfordult choleraeset és a hazánkban helyenkint fellépett heveny gyomor- és bélhurut gyanus és aggasztó esetei arra indítanak, hogy a melegebb nyári idősak közeledtével ismételve felhívjam a törvényhatóságokat az általam f. évi február hó 28-dikán kiadott 5856. számú körrendelet érelyes és gyors végrehajtására.

Ezen felhívással kapcsolatosan további intézkedések végett a következőket rendelem el:

Tegye a törvényhatóság a járási főszolgabírának és járási orvosoknak, illetve a rendezett tanácsú városok polgármestereinek, rendőrkapitányainak és városi orvosoknak a legszigorúbb felelősség terhe alatt teljesítendő kötelezőségekké az alábbi intézkedések haladéktalan fogantatását, ú. m.:

1. A város, illetve községek területén az 1876: XIV. t.-cz. 141. §-ának végrehajtása s általában a köztisztaság megőrzése a lehető legnagyobb szigorral és pontossággal eszközöltessék.

E czélból a városokban a rendőrkapitány, községekben a községbíró, mindegyik az előjáróság egy tagjával hetenkint egyszer helyszíni vizsgálatot tartson, az utcák, terek, nyilvános épületek, nevezetesen vendéglők, kocsmák, kávéházak, cukrászdák stb., nemkülönben a magánépületek helyiségeiben és udvaraiban a tisztaság és az egészségügyi rendszabályok megtartásának ellenőrzése végett s az e téren tapasztalt hiányok és mulasztások pótlásáról azok köztörvényi megtorlásának fentartásával az illető mulasztók költségére gondoskodjék.

Különös figyelemmel legyen a rendőrkapitány, illetve községbíró arra, hogy az árnyékszék, pöczegődrök tartalma hetenkint kétszer megfelelő mennyiségű mészszel (1 kilo mész, 4 liter vízben megoldva) fertőtleníttessék.

2. A mennyiben a városban vagy községben rossz vizet szolgáltatató kút lenne, az hatóságilag elzárandó.

A folyam mentén vagy álló víz mellett épült községek lakói minden héten falragasz vagy dobszóval való közhírre tétel útján figyelmeztetendők, hogy a folyók vagy tavak vizéből merített vizet előbb forralják fel, azután hűtsék le, és csak az ilyen felforralt és lehűtött vízzel éljenek.

3. A községi előjáróság és a városi piaci rendőrség fokozott érelyvel és szigorral ügyeljen fel a hússzemplére és az ártalmas italokat és ételeket kobozza el; a kocsmái zárórára fennálló szabályzatot pedig szigorúan tartassa be.

4. A városi és községi előjáróságok gondoskodjanak fertőtleníttő szerekkel, az 1000 lakoson felüli községek járványkórház, a kisebbek pedig elkülönített helyiségek, — s minden község ezek felszereléseinek, ápolóinak és hullaházaknak készletében tartásáról.

5. A város, illetve járás területén lévő minden hatósági és magánorvos és minden szülésznő, külön egyénenként, a lakosság pedig közhírre tétel útján felhívandó arra, hogy általuk a legelső alkalommal észrevett gyanus, hasmenéssel vagy hányással járó megbetegedéseket a polgármesternél, illetve a községi bírónál azonnal bejelentésük.

A községi bírák kötelesek azon gyanus megbetegedéseket küldöncz útján vagy táviratilag azonnal a főszolgabíró tudomására hozni.

A főszolgabíró vagy rendőrkapitány minden ily esetet hatósági orvos közbejöttével megvizsgálni s arról az alispánnak táviratilag jelentést tenni tartozik, kinek feladata leendő ezt nekem táviratilag bejelenteni.

6. Úgy ezen rendeletet, mint a fentebb említett 5856/93. számú körrendelet végrehajtásáért első sorban a polgármestert, illetve alispánt, az egészségügyi szakfelügyeletet igénylő intézkedésekért a városi, illetve megyei tisztí főorvost, másodsorban a járási főszolgabírát, rendezett tanácsú városok polgármesterét és járási, illetve városi orvosokat; továbbá a községi és körjegyzőket s az összes előjárókat teszem felelőssé.

A községi (kör) jegyzők és községi bírák különösen az 1886: XXII. t.-czikk 95. §-ára hivatkozással felelőssé teendő, úgy ezen rendeletet, mint a fent idézett 5856/93. számú rendelet tartalmának az összes lakossággal való megismertetéséért.

Jelen rendeletet több példányban kinyomva a végből küldöm meg a törvényhatóságnak, hogy azt rendezett tanácsú városok polgármestereivel, a főszolgabírákkal, a hatósági, községi és körorvosokkal, a községi és körjegyzőkkel haladéktalanul közölje. *Hieronymi* s. k.

A belügyminister körrendelete a hullaszállítás ügyében. A cs. és kir. közös külügyminister úr a monarchia mindkét állama szakministereinek kívánsága folytán, miként folyó évi június hó 6-dikán 35,711. sz. a. kelt átiratában értesít, a cs. és kir. követségeket és az alább megjelölt consulatusokat hullaszállító levelek kiállítására felhatalmazta. Hullaszállító leveleknek kiállítására az osztrák és magyar területre vinni szándékolott hullák részére felhatalmazást nyertek az összes cs. és kir. követségek a Németországban székelők kivételével, valamint az Európában lévő cs. és kir. főconsulatusok és consulatusok a németországiak kivételével, továbbá a valóságos consulatusok az Európán kívüli országokban és az ezen utóbbi területeken létező tiszteletbeli főconsulatusok. Németországgal szemben az eddigi gyakorlat marad érvényben, mely az 1890. évi március hó 23-dikán 18,334. sz. a. kiadott itteni körrendelet alapján áll fenn (I. M. R. T. 1890. I. 519. l.). Hullaszállító levelek kiállításánál egyébiránt a követségek csak azon esetben jöhetnek tekintetbe, ha az illető fővárosban consulatus, mely ezen hivatalos teendő végzésére első sorban hivatott, nem létezik.

A fenneírt hivatalkok részére kiadott utasítás szövege a következő:

1. Minden hullának, melynek a külföldről az osztrák-magyar monarchiába vagy annak területén átszállítása szándékolatik, vámentes és akadálytalan szállíthatása végett a mellékelt minta szerint kiállított hullaszállító levél által kell kísértetnie.

2. Ezen hullaszállító levelek kiállítására a cs. és kir. consulatusoknak a cs. és kir. külügyministerium által a monarchia mindkét államának belügyi és pénzügyministereivel egyetértésben adott felhatalmazás folytán bizonyos cs. és kir. consulatusok jogosítottak.

3. A hullaszállító levél kiállítása az elhalálozási hely illetékes hatósága által megadott szállítási engedély, a hivatalos halottas levél és a hivatalos orvos által hitelesített azon bizonyítvány alapján történik, hogy a szállítandó személy nem ragályos kór következtében halt el. Mindezen bizonyíték a hullaszállító levélhez csatolandó. Ezenkívül a hullaszabályszerű koporsóját bizonyító hivatalos bizonyítvány melléklendő.

4. Az osztrák-magyar monarchiába, vagy ennek területén át szállítandó hullák koporsózása és elcsomagolására nézve a következő határozmányok mérvadók:

a) Ha hosszabb ideig (egy heti vagy hosszabb időtartamú) szállítás van kilátásban, a hullának conserválva (balzsamozva) kell lennie. A meleg évadban a hulla conserválása a körülményekhez képest egy hetinél rövidebb tartamú szállítási időnél is megkövetelhető.

b) Rövidebb tartamú szállításnál a hulla kettős koporsóban helyezendő el s abban hevederekkel (Gurten) megerősítendő. A két koporsó mindegyikének vagy kemény fából készültnek és bensejében szurokkal jól bevontnak, vagy fémbe készültnek kell lennie. A belső koporsónak légmentesen bezárva, illetőleg beszurkolva vagy beolmozva kell lennie, a külső koporsónak mindenfelől jól kell zárnia. A kettős koporsó ezen felül faládjába zárandó.

5. A hulla mellé külön kísérő egyén adandó, a ki utazási igazolványán kívül a fennebb elsorolt hullaszállítási okmányokat is magával vinni tartozik.

6. A hullának az osztrák-magyar monarchia határára érkezéséről az illető határhatóságok a cs. és kir. consulatust által legrövidebb úton értesítendő.

7. Oly egyének hullái, kik a következő betegségek, névszerint: himlő, vörheny, küteges hagymáz, ronsoló toroklob, cholera, sárgaláz vagy pestis következtében haltak el, csakis a monarchia azon államának belügyministeri külön engedélyével hozhatók be, illetőleg szállítatnak keresztül, mely állam területére, illetőleg területén keresztül a szállítás eszközöltetik és pedig rendszerint csak akkor, ha az elhalálozás napjától számított legalább is két év lefolyt.

Ezekről a törvényhatóságot tudomás végett értesítem.

Budapest, 1893. évi július hó 6-dikán.

Hieronymi s. k.

Budapest fő- és székváros közegészségi állapota 1893. évi május hóban. A tisztí főorvos jelentéséből közöljük a következőket: A fő- és székváros közegészségi állapota a mult havihoz viszonyítva az általános halálozást illetőleg lényeges eltérést nem tüntet fel. A heveny ragályos megbetegedési esetek sem mutatkoztak tekintetbe vehető nagyobb számmal, kivéve a kanyarót, mely tetemesen szaporodott (mult hóban 328, e hóban 843); lefolyása azonban kedvező volt, a mennyiben 843 betegedési esettel szemben csak 29 halálozási eset, 31,2% volt, a mely körülmény a járvány igen enyhe jellegéről tanuskodik. Elve született e hóban 1632, meghalt katonák nélkül s az útról jött s itt elhalt 93 egyén levonásával 1298; így a születési esetek 334-gyel multák felül a halálozásaiakat. Május hóban a fő- és székváros összes nyilvános és magánkórházaiban gyógykezeltetett 7475 fekvő és 7758 járó beteg; a kerületekben a ker. orvosok által 2198 részint fekvő, nagyobb részt járó beteg, összesen 17431, azaz 2219-czel több mint a mult hóban. Ezek közül a lipótmezei orsz. tébolyházban 834, az angyalföldi elmebeteg ápolóban 298, az irgalmasoknál 195, a megfigyelő osztályon 129, Schwartz dr. ideggyógyintézetében 123 elmebeteg ápolatott. A rendőrség részéről a megfigyelési osztályra küldetett 5 fővárosi és 7 vidéki elmebeteg. Ebmarás 5 esetben történt. Orvosrendőri boncolás végeztetett 55, orvostörvényszéki 30 esetben. Öngyilkosság 17 esetben fordult elő, és pedig: lővés 6, akasztás 4, mérgezés 5, egyéb módon 2. A Dunából 7 hulla fogatott ki. A fővárosi szegényházban 1012 egyén közül 438 volt beteg (ezek közül elme- és eskóros 144). A fővárosi „Josephinum” fiárvaházban 106 növendék közül 8 volt beteg, az „Elisabethinum” leányárvaházban 103 növendék közül 1 volt beteg, a „Klotild” szerzetesházban 59, a Mayer-féle árvaházban 75 növendék közül 13 volt beteg. A lenecz és dajkaságba adott gyermekekre nézve: 1. A budapesti első gyermekmenhelyben május hóban felvétetett összesen 32 gyermek. 2. A főváros összes kerületeiben volt 779 csecsemő, lenecz és árva. 3. Szaporodás e hóban volt összesen 48. 4. Csökkenés volt e hóban összesen 64. A csökkenés okai: Szülők általi visszavétel 36, elköltözés 22, elhalálozás 6 esetben. Beteg volt e hóban összesen 61, meggyógyult 44, gyógykezeltek 11, meghalt 6. Halál-okok voltak: tüdővész 21, hörglob 2, gyomorbélhurut 1, kanyaró 1. A ker. szülésznek 62 szegény szülőnél segédkeztek 553 esetben, ellenőrizték a városi árva, lenecz és dajkaságba adott gyermekek ápolását. A köztisztaság ki-elégítő volt. A vízvezetési víz a IX. és X. kerületben zavaros és ihatatlan volt, főleg a hónap utolsó napjaiban. A főv. vegyész által 278 esetben tetetett vizsgálat. Az állategészségügy nem volt kedvezőtlen. Megsemmisítetett 47 darab ló, 11 darab szarvasmarha és 326 darab kóbor eb. Okleveleiket e hóban bemutatták: Bauer Lajos, Dömötör M. Miksa, László Lajos és Schwartz Sámuel egyetemes orvosdoktorok; továbbá Lange Károly állatorvos és 9 szülész.

Vegyesek.

Budapest, 1893. július 21-dikén. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1893. július 2-től július 8-ig terjedő heti kimutatása szerint e héten élve született 346 gyermek, elhalt 243 személy, a születések tehát 103 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 1, ronsoló toroklob 7, hökhurut —, kanyaró 7, typhus abdominalis 1, egyéb ragályos betegségek 2, agykérből 10, agyvérőmleny 3, rángások 8, szervi szívba 5, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörgurur 42, tüdőgümő és sorvadás 44, bélhurut és béllob 42,

carcinomata et neoplasmata alia 11, méhrák 5, Brighth-kór és veselob 3, angolkór 1, görvélykór 3, vesesületett gyengeség és alkathiba 15, aszkór, aszály és sorvadás 6, aggkór 13, erőszakos haláleset 10. A fővárosi közkörházakban ápolatott e hét elején 1956 beteg, szaporodás 666, csökkenés 694, maradt e hét végén ápolás alatt 1928. — A fővárosi tisztí főorvosi hivatalnak 1893. július 9-től július 15-ig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 6, bárányhimlőben 6, vörhenyben 19 (meghalt 1), kanyaróban 100 (meghalt 9), ronsoló toroklobban 29 (meghalt 7), torokgyikban 2 (meghalt 2), vérhasban 1, trachomában 12, hökhurutban 33, orbáncban 6.

○ Személyi hírek. Raisz Gedeon dr.-t a nagymihályi közkörház főorvosát s az orsz. közegészségi tanács tagját, a m. kir. belügyminister 58,178. számú rendeletével ministeri biztosi minőségben Szatmár vármegye és város területére küldötte ki. — Perényi Dezső dr.-t a m. kir. belügyminister 56,511. sz. rendeletével a budapesti lipótmezei orsz. tébolyházán megüresedett másodorvosi állásra. — Röhrich Béla dr.-t 56,603. sz. a. a pozsonyi orsz. kórháznál megüresedett másodorvosi állásra nevezte ki. — Pálffy Gyula dr. sepsi járási és málnási körorvos állásáról leköszönt. Helyébe Háromszék vármegye főispánja Nagy Sándor dr. aicsernátoni volt körorvost nevezte ki sepsi járásorvosá. — Hankó Ödön dr. kir. tanácsost, Deés város főorvosát, Szolnok-Doboka vármegye főispánja megyei főorvosá nevezte ki. — Lukács Gyula dr. vármegyei közkörházi segédorvos állásáról lemondván, lemondása Bihar vármegye főispánja által elfogadtatott.

— Nemzetközi congressus. A szesz italokkal való visszaélés meggátolására egybehívott IV. nemzetközi congressus, mely a cholera-veszély miatt mult év szeptember 2-dikán elhalasztatott, folyó év augusztus 16-dikán, 17-dikén és 18-dikán Haag-ban fog megtartatni.

○ Országos közegészségi tanács. Az orsz. közegészségi tanács elnöki teendőit Korányi Frigyes tnr. elnök szünidei távolléte alatt: július hónapban Müller Kálmán tnr. másodelnök, augusztusban Fodor József dr. egyetemi tanár s a tanács rendes tagja fogja teljesíteni.

○ A szünidei orvosi cursus végrehajtó bizottsága abban állapodott meg, hogy a Rómában összegyűlt nemzetközi orvosi congressus miatt, melyen a kartársak közül sokan részt vesznek, az idén nem rendez cursust.

— A Munkács városi közkörházban — mint azt Nuszer Lajos dr. igazgató kimutatásából olvassuk — az 1892-dik év folyamán 661 (380 f. és 281 n.) egyén nyert ápolást. Belbajos volt 417, bujakóros 98, szülészeti eset 5, sebbajos 160, szembajos 38, elmebajos 6. Műtétet nagyobbab 95, kisebbet 322 esetben végeztek. Az igazgató mellett Meisels Vilmos dr. működött mint orvos.

— „Promotio sub auspiciis Regis”. Ő Felsége a király megengedte, hogy ez intézmény a budapesti és kolozsvári egyetemen a közoktatásügyi minister által felterjesztett módon felújítások.

△ Markosovszky phototypiás képe, melyet a kolozsvári orvosi tanártestület közrebocsátott, nevezett kar dékáni hivatalában 3 frt bekielése mellett kapható.

— Lakásváltoztatás. Hainiss Géza dr. augusztus 1-étől kezdve lakását VIII., József-körút 34. sz. házba teszi át.

△ Fürdőink személyforgalma. Lipik (VII. 11.): 1668; Korytnicza (VII. 16.): 672; Tatrafüred (VII. 15.): 620; Buziás (VII. 7.): 746; Vihnye (VII. 10.): 528; Tatrafüred (VII. 13.): 1355; Alsó-Tatrafüred (VII. 16.): 753; Csiz (VII. 12.): 260; Szliács (VII. 12.): 802; Herkulesfürdő (VII. 1.): 1868; Siófok (VII. 18.): 578.

— Megjelent. A tisztí főorvosi hivatal jelentése a Budapest fő- és székvárosban 1892/93. ében fellépett cholera-ról. Két színes táblával és egy színes térképpel. Budapest. A pesti könyvnyomda részvény-társaság. 1893. A terjedelmes és nagy szorgalommal összeállított jelentést közelebből behatóan fogjuk ismertetni. — A M. Sz. Korona országai bálnelologiai egyesületének 1893-diki évkönyve. Összeállította Löw Sámuel dr. egyesületi főtitkár. — Bad Siófok am Plattensee von Dr. Kornél Preisz. Csinosanki állított német fordítása a multkor ismertetett ügyes tollal írott magyar műnek több balatoni tájkép rajzzal ellátva. — Drasche: Bibliothek der gesammten medizinischen Wissenschaften. II. Abth.: Pharmakologie und Toxicologie (Arzneigewächse—Blausäure). Max Merlin. Bécs. 1 füzet ára = 60 kr.

† Elhunytak: Makara György dr. Veszprém m. t. főorvosa, pápai járásorvos, Makara Lajos dr., az I. sebklinika I. tanársegédének édesatyja 72 éves korában Pápán; Bleyer Adolf dr. 77 éves korában Budapesten; Weisz Miksa szemorvos 30 éves korában Budapesten.

— Hibaigazítás. A mult számban a 350. I. II. h. 18. sorában „N. B. ürege” helyett „N. B. Ne ürege” olvasandó.

Szt.-Lukácsfürdő Budapest (Buda). Meleg és langyos kenes források. Téli és nyári gyógyhely. Az iszapfürdő, egy 840 □-méterre terjedő meleg forrástól. 45–60° C. Rheumatikus bajok, ízületi csúz, izomcsúz, csontthártyalob, syphilis, ischias és a legkülönbözőbb bőrbajok ellen. Nagy-Vöslau női és úri uszodák, vérképződési bajok, anaemia, sápkór, neurasthenia, bizonyos bőrbetegségek és főleg idegbajoknál. A Szt.-Lukácsfürdő Nagy-Szállodában kényelmes lakások és kitünő ellátás. Fekvés keletnek, személyvonó (Lift), massage és villamos gyógykezelés. Kő- és kádfürdők, női és úri gőzfürdők. Rendelő főorvos: Bosányi Béla dr. „Szt.-Lukácsfürdő” részvény-társaság.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény az egyetemi II. belklinikáról.

Az arczideg viszonyáról a könnyelválasztáshoz.

Jendrassik Ernő dr., egyetemi magántanártól.

Az arczideg bénulásának tünetei oly sokoldalú megfigyelés tárgyát képezték már eddigéig, hogy szinte meglepetésszámba megy, ha annak újonnan felmerült tünetéről beszélünk. Ha azonban azon bonyolult anatómiai viszonyt vesszük tekintetbe, a melyben az arczideg a háromosztatú ideg ágai-val, sőt további lefolyásában a n. glossopharyngeus és vagusszal, s talán még más idegekkel is anastomosisokat képez, s meggondoljuk, hogy mily kevésbé vagyunk eddigéig képesek ezen szövvényes pályákon eligazodni: úgy a kórtani észlelet-től még ezen részleteiben fel nem derített anatómiai viszonyok kifürkészésében is sokat várhatunk, s egy és más klinikailag is értékes adat felismerését remélhetjük, a melyeknek alapján majd az egyes szervek élettani beidegzésének útjairól is helyesebb fogalmat nyerendünk.

Ily értékes adattal látszik szaporodni ismeretkörünk, a mióta Goldzieher V. kartársunk néhány feltűnő észlelet által vezérelve, a könnymirigy beidegzésének kérdését behatóbb tanulmánya tárgyává tette.¹ Meggyőző módon fejtegeti mindenekelőtt ezen buvár, hogy a szem kötőhártyájának rendes nedvesentartását magában a kötőhártyában elhelyezett mirigyek váladéka foganatosítja s a könnymirigyek legfőbb tevékenysége a sírásnál nyilvánul. Még fontosabb része fejtegetésének az, a hol azon végeredményre jut, hogy a könnymirigyet nem a mint eddigéig véltük a trigeminus, hanem a facialis idegzi be. Ezen felvételre úgy jutott, hogy két facialisbénulásban szenvedő betegen, midőn azok sírva fakadtak, észrevette, miszerint bénult oldalukon szemikből könny nem folyt, míg az ép oldalon sűrűn hullottak alá könnycseppek. Az irodalom adatainak gondos összeállítása szintén ezen czikkben olvasható, annak egyes tételei látszólag ellenmondók, de a mint az alábbiakból ki fog tűnni, ezen ellenmondások könnyen megmagyarázhatók.

Valóban a viszonyok első pillanatra az eddigéig csaknem általánosan elfogadott nézetet látszanak bizonyítani, mert a trigeminus neuralgiáknál mindennapos észlelet, hogy a fájdalom-rohamok alatt az illető oldalon a szem megtelik könnyekkel, s az sem ritka dolog, a midőn teljes egyoldalú arczidegbénulás az eltorzított arcz tulajdonosát könnyekre fakasztja, s ilyenkor az esetek túlnyomó többségében mindkét szemből egyenlő mértékben ömlenek ki a könnycseppek.

A mi azonban az idegzését illeti, úgy az mitsem bizonyít, mert a trigeminusból eredő fájdalom nyilván reflexúton váltja ki a könnyeket, ép úgy mint az érmozgató idegek közvetítésével az arczfél elpirulását, másrészt pedig a facialis bénulás egyes eseteiben a bénult oldalon száraz marad a szem sírás közben. Ezen utóbbi lelet eddigéig csak három esetben

van leírva, ú. m. Goldzieher¹ két s Hutchinson² egy esetében. A magam részéről három esetet csatolhatok ezekhez, a melyeknek épen idegkórtani megfigyelése vet némileg közelebbi világot ezen kérdés finomabb részleteire.

I. eset. Az első esetemet még az 1882/83. tanévben észleltem Wagner tanár klinikáján. Egy 43 éves nő járt be hosszabb ideig a már akkor általam vezetett villamozási rendelésre, miután súlyos, baloldali arczidegbénulásban szenvedett, teljes ER-val, s baja csak több hónap után indult lassan javulásnak. Ezen nőnél az inyitorlák is bénulva voltak a bal oldalon, sajnálatomra azonban az ízérzésről nincs feljegyzésem. Ezen beteg lagophthalmiás szemével nagyon sok bajom volt, állandóan kötés alatt kellett azt tartani, mert minduntalan erős kötőhártyagyulladás, sőt a corneán elhomályosodások, felületes fekélyek támadtak, a mi annnyival is inkább feltűnő volt, mert mint azt az észleletek hosszú sorozata tanúsítja, az arczideg bénulása folytán beálló lagophthalmus csak nagy ritkán okoz jelentékenyebb zavart a megfelelő szemén. Ezen utóbbi körülménynek oka bizonyára abban keresendő, hogy a felső szemhéj mozgásának egy része a m. levator palp. segítségével az oculomot. ideg útján történik s ennek közveitásával a pislantás nem szüntel teljesen, sőt a szemhéj igen jelentékeny fokban követi a szemgolyó mozgását is s így felületének lemosása elegendő mértékben sikerül, a mihez még hozzájárul a gyakran fokozott könnyelválasztás is, nyilván a kötőhártya ingereltebb volta miatt, ez az alsó szemhéj kifordulása következtében azután könnycsurgásra is adhat alkalmat. Ezen betegemről fel van azonban jegyezve, hogy ő szemének szárazságáról is panaszkodott, s hogy állítólag sírásnál ezen szeme kevésbé könnyezett volna. Az arcz bőrének, a kötőhártyának érzékenysége teljesen ép vala.

II. eset. Második hasonló betegem szintén a II. belklinika nyilvános rendeléséből való, s pontosabb megfigyelésem tárgyát képezte. Ezen beteg 54 éves nő, a ki 1893. június hó elsején reggel, midőn unokáinak etetése közben az ételt fűjni akarta, vette észre, hogy bal arczfele bénult. Pár napig ezen időpont előtt volt ugyan némi fej- és arczfájdalma, ez azonban jelentékeny már azért sem lehetett, mert a beteg első kikérdezésünk alkalmával arra még egyenes kérdéseinkre sem emlékezett, csak később jutott az ismét eszébe. Két héttel baja kezdete után vizsgálhattam meg először, ekkor az arczideg külső ágainak teljes bénulása mellett az inyitorlák bal oldala is mélyebben állt s hangadásnál (á) csak annyiból emelkedett, a mennyiből a jobb oldal magafelé s kissé felfelé vonta; az uvula nyugalomban kissé balra fordult. A nyelvcsúcs bal oldalán az ízérzés hiányzott s a beteg igen határozottan állítja, hogy nyála ezen oldalon kevesebb. Hallása azonban mindkét oldalt teljesen egyenlő, az óraketyegést 50 cm.-ről hallja, a csontvezetés útján a homlokról mindkét fülében egyenlő erősen veszi észre, magas és mély hangvilla zengésénél, valamint erős zörejnél két fülle hallásában semmi különbséget nem vesz észre.

A bénult izomterületeken igen kifejezett ER, a mely a facialis ágainak megfelelő izomzaton mint valóban óriásilag fokozott galván ingerelhetőség jelentkezik.

¹ Orvosi Hetilap ezen évf. 29. sz.

² Pester med.-chir. Presse 1876. p. 571.

² Ophthalmic Hosp. Reports VIII. k. 1876. 53. l.

Ime az egyes adatok, tekintettel a legcsekélyebb rángásra :

Nerv. frontalis . . .	b. o. 2·3 MA—KZ; j. o. 3·0 MA—KZ
Musc. „ . . .	b. o. 0·7 MA—AZ; j. o. 2·5 MA—KZ
Orbic. oc. az ideg felől . . .	b. o. 1·0 MA—AZ; j. o. 2·2 MA—KZ
„ „ direkt . . .	b. o. 0·9 MA—KZ; j. o. 2·2 MA—KZ
Levat. menti az ideg felől . . .	b. o. 1·8 MA—KZ; j. o. 2·7 MA—KZ
„ „ direkt . . .	b. o. 0·6 MA—AZ; j. o. 2·5 MA—KZ

Mindentütt jól kifejezett renyhe lassú összehúzódás az áram behatására s tetemes ingerlékenységi csökkenés a bevezetett áramra (az ép oldalon 106 mm., a kórosan 86 mm. a minimalis reactio határa) mutatkozik.

A nyelv kiöltésnél a közép vonalban marad s mozgásaiban eltérés nem észlelhető. A beteg fájdalomokról nem panaszkodik s az érzésvizsgálat mindkét arczfélén egyenlő s ép viszonyokat tüntet fel, hasonlóképen egyenlő a nyelv tapintási érzése mindkét oldalon.

A mi a bántalom kifejlődésének okát illeti, úgy az valószínűleg meghűlésre vezetendő vissza, ez felel meg a beteg véleményének is, s fülbajnak, vagy erőművi behatásnak semmi nyoma, sem a beteg maga, sem közelebbi rokonsága ilyen, vagy más idegbajban nem szenvedett.

Nagy érdeklődéssel fogtam a könnymirigy működésének vizsgálatához ezen esetben, mert az alább felhozandó felvételem a könnyelválasztó pályák útjáról ezen esetben határozott elváltozást gyanított. A beteg ezen irányban tett kérdésekre azonnal megtudott felelni, észrevette ugyanis, hogy sirásnál a bal szeme száraz maradt. Rendes körülmények között ezen szem kötőhártyája kissé vörösebb volt, mint az ép szemé, s mindkét szemteke körülbelül egyenlő mértékben volt nedves. Nem volt nehez dolog a beteget sirásra bírni, a kinek hangulata a baja felett való aggodalom és nagyszámú gyermeke által okozott gondok miatt igen levert vala. A sirás alatt jobb szemének kötőhártyája élénken kivörösödött, ha nem csalódom, vörösebb lett mint a bal szemé s mialatt az ép oldali szeméből szaporán ömlöttek ki a könnyek, addig a bal szem nem lett nedvesebb, mint előbb volt, s belőle könnyek egyáltalában nem fakadtak, holott, ha az elválasztás fokozódott volna, úgy már az alsó szemhéj lelógása miatt is inkább ömlöttek volna itt arczára a könnyesepek mint az ép beidegzésű oldalon. Mustárolajnak szagolása mellett jobb szeme hirtelen megtelt könnyel és kötőhártyája élénk piros lett, míg bal szemén változás alig volt észrevehető.

Ezen beteg állapota csakhamar javulásnak indult: június vége felé már mutatkozott némi mozgás az inyvitorklón meg a homlokizmokon, július 10-dikén az ízérzés eltérő volt a kiegyenlített, s július 17-dikén jelentek meg először könnyei a sirásnál, de még mindig kisebb mennyiségben mint a bal oldalon. Ezen napon a szemhéj zárása is már tetemes javulást mutatott, de még teljes nem volt, a homlokizmok mozgása sokat javult, a száj körül azonban még teljes bénulás volt jelen.

III. eset. 44 éves nő, a kit június hó 25-dikén vizsgáltam meg először ugyancsak a II. belklinikán az idegbajosok rendelésén. Ezen beteg több hó óta szenved jobb oldali arczidegbénulásban, s nála az arcizmok, a mint azt a villamos vizsgálat tanúsítja, már súlyos elfajulásnak estek alá, ugyanis nagyfokú ingerlékenységi csökkenés van jelen úgy az idegek, mint az izmok ingerlésénél, az izmok jellegzetes lassú összehúzódása mellett. Bevezetett árammal egyáltalában nem sikerül összehúzódást kiváltani.

A mi a többi tüneteket illeti, úgy ezen betegnél mindenekelőtt feltűnő volt a nyelvnek kiöltésénél erősen kifejezett oldal-eltérése bal felé, sőt felszólításra is láthatólag nehezebb esett a betegnek nyelvét jobb felé mozgatni. Ha facialis bénulásnál a bénult oldal felé hajlik a nyelv, úgy biztosra vehetjük ezen eltérésnek hysteriás kontrakturából való eredetét, az ellenoldalra való hajlás azonban a facialis-bénulás eseteinek egy részében ismert jelenség, a melylyel Kélli tanár foglalkozott bővebben,¹ s azt a m. stylohyoideus és digastricus (a melynek csak hátulsó

részletét látja el a facialis) beidegzési hiányosságának tulajdonítja. Ezen két izom működését azonban könnyen pótolják mások (nevezetesen a szakcsonttrögzők), s csak egyes betegknél, a kiknek éppen ezen pótlás nem sikerül, láthatjuk-e deviatiót, a melyet azonban ezen esetekben is némi próbálgatás után legyőzhet a beteg, a mint az ezen esetben is csakhamar bekövetkezett.

A beteg hallása jobb fülén rosszabb, mint a balon, a fülben sok fülzsír, de a csontvezetés is gyengült ezen oldalon.

A nyáleválasztásról a beteg nem tud semmi felvilágosítást adni. Az ízérzés nyelvének elülső részleteiben mindkét oldalt oly tompa, hogy a vizsgálatokra, pedig sürű oldatokat vettem alkalmazásba, egyáltalában nem reagált. A tapintási érzés úgy nyelvén, mint arczán mindenütt teljesen ép.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti k. m. t. egyetem II. sebészeti (Réczey Imre tnr.) klinikumáról.

A genu valgum és varum.

Irta Martiny Kálmán dr., műtőnövendék.

(Vége.)

Mindezen eljárásokkal voltak jó eredmények elérhetők, de többnyire csak gyermekeknél, míg a későbbi korban a mód a kezelés hosszú tartama miatt alig kivihető, mert egy végtagnak correctiójához 1—2 esztendő szükséges. Mindinkább nagyobb tért hódítottak a műteti beavakozások.

Egy része a sebészeknek a redressement forcé-t, egy részük, Reeves primaer biceps contracturának vevén fel a bajt, tenotomiát, vagy a lig. ileotibiale és lig. externum átmetszését végezte, másik részük az osteoklasis, egy harmadik pedig a csontok folytonosságának megszakításával véres úton az osteotomiával javították a genu valgum és varum állását. Delore¹ az erőszakos kiegyenlítést végezte narkosisban, a végtagot külső oldalával szilárd alapra fektetve, a belsőre nyomást gyakorolt addig, a míg egy erős roppanás az epiphysis leválását jelezte és ezekkel együtt esetleg a külső oldalszalag és csont-hártyája leszakadását is. Kétszáz végtagon ismételte e műtétet jó eredménnyel, de e mellett a recidivára való hajlandóságot vett észre. Tillaux ugyane műtétet, de más módon gyakorolta. Ő a belső oldalra fektette a genu valgumos végtagot, úgy hogy a térd az asztal szélére jusson, s ekkor a lábszárat erősen lefelé húzta addig, a míg a bekövetkezett roppanás a Delore-nál említett változást jelezte. Két végtagon egyszerre végezte, s egyen az ízület lötyögő maradt. A végtagnak fokonyként való redressálásával, s az utána alkalmazott gyps- vagy sínkötéssel szintén boldogultak, s használják azt ma is. Hahn a beteg végtagra, a melyet akkor nem redressál, gypskötést alkalmaz; mikor az megszáradt, a térd külső oldalán harántul bemetszi, a belsőt, a belső bityöknek megfelelőleg egy kettős éket metsz ki, a mely ékek csúcsai a harántbemetszés irányába esnek. Ennek megtörténtével kis fokban redressál, s most az egész térdizületre a régi kötést fölé új gypstokot alkalmaz, a mely azonban csak a térdizületet fedi. Pár nap múlva ismétli a redressement-t, s ismét új tokot tesz fel, a mely e redressement-t fixálja, a míg a teljes correctiót el nem éri.

A csontok folytonosságának megszakításával való gyógykezelés mind nagyobb tért hódít, s különösen azoknak táborá, a kik ezt a fedő lágyképletek folytonosságának megszakításával teszik.

Rizzoli után sokan csináltak osteoklasist, de a mikor a törést nem ott kapták, a hol szerették volna, vagy a mikor a műszer az izületek szomszédságában nem volt használható, csak Franciaországban maradt az orvosi gyakorlatban.²

Mayer 1849-ben kezdte meg a tibián végzett osteotomia eunciformis műtétet a genu valgumot és varumot kezelni. Az

¹ Kórodai tanulmányok az arczideg bántalmairól. Budapest, 1886.

¹ Centr. für Chir. 1874.

² Lorenz: Wiener klinische Wochenschrift, 1888.

elgörbülés fokához viszonyított nagyságú éket metszett ki a tibiából a spina alatt egy hüvelyknyire, s utána gypskötést alkalmazott. *Billroth* 1873-ban módosította *Mayer* eljárását, a tibiát linearisan átvészte, s a fibulát redressálta. *Schede* 1876-ban¹ éket metszett a tibiából, s a fibulát linearisan átvészte. *Ogston* 1876-ban lépett fel műtétével, a melyet úgy hajt végre, hogy 6 cm.-re a condylus internus legkiemelkedőbb pontja felett beszúrt, s hátrafelé irányított élével a kést le előre és kifelé a condylus internusra vezeti, míg az ízületbe; a fossa intercondyloidea ér. Visszahúzáskor élét erősen a csonthoz nyomta, hogy a lágy rész és csontthártya engedjen, s a seb táguljon; azután *Adams* szűrő-fűrészével a condylus internust elülről hátrafelé átfűrészelte. Kiegyenlítő a difformitást, ezzel a fenmaradt összeköttetés elszakad, a condylus internus több milliméterrel feljebb kerül, s e helyzetben a végtag gypskötésbe jön.

Mac Ewen eljárása a czombesont diaphysisének átvésésében áll azon helyen, a hol szerinte is az elgörbülés van, tehát közel az epiphysishez. E pontot a czombesont külső bűtykének legmagasabb részétől a m. adductor magnus kitapintható inához húzott egyenes adja, a metszést azonban e két egyenes keresztezési pontjától egy fél hüvelykkel a median-vonal előtt kezdjük, s függélyes irányban a csontig vezetjük. E sebbe hosszirányban vezetjük be a vésőt a csontthártyán, ott barántra állítjuk be s a csontot átvesszük.

Mayer műtét módja különösen *Billroth* módosításával, t. i. linearis átvésése a tibiának összekapcsolva a fibula redressálásával, számos követőre talált, s vele a legtöbb esetben jó eredményekhez lehetett jutni. A tibiának átvésése általában könnyű szerrel végezhető; nem így a fibula redressiója, a mely sok esetben nem sikerül, s a kiegyenlítés csak annak átvésésével vihető ki, s ha daczára a nem sikerült redressiónak azt át nem vesszük, a látszólagosan correctióban levő végtagot fixáljuk, a hetek múlva levett kötés ismét csak genu valgum vagy varum állást tár elénk. Ilyenkor igaz, sok esetben még van időnk reparálui egy másodlagos redressióval, de nem mindig, mert a rendszeren 6 hét múlva levett kötés alatt képződött callus ily excursiókra néha már nem képes. Az ép, tehát át nem véssett, vagy nem redressált fibula e kóros állások fentartására, annak ép volta mellett alkalmasnak mondható, mert oly sín gyanánt szolgál az átvéssett tibiának, a melyhez az folytonosságában megszakítva alkalmazkodni kénytelen, s követi a kóros állású fibulát. Sőt az erőszakos adductio következményeit szenvedett fibula is bírja e működését kifejtteni, ha meggondoljuk azt, hogy azok sok esetben nem teljes törésében, hanem csak infractiójában állanak, a mely mellett az ez irányban való képességet fentartja, vagy hamarosan visszanyeri. Legalább arra kell következtetnünk; 17 végzett osteotomiánk közül 3-nál, a hol daczára a redressiónak, a kóros állás, megkisebbedve bár, de szembetűnően visszamaradt. Azzal az ellenmondással szemben, hogy ily nem sikerült redressiójánál a fibulának, annak átvésését eszközöljük, ugyancsak szemben áll azoknak az előnyöknek elvesztése, a melyeket ezzel épen elérni óhajtottunk. Mind a három genu varum volt, a tibiának megállapítható görbülésével; ennél fogva a műtét beavatkozás helye a pathologikus elváltozás helyének megfelelően volt megválasztva.

E műtétet 13 egyénnek 17 végtagján végeztük; 6-szor genu varum miatt 4 egyénen, és 10-szer genu valgum miatt 8 betegen, egyszer genu recurvatum miatt.² Kettős volt a genu varum kétszer, a genu valgum szintén kétszer.

Ekkimetszés a tibiából a fibulának erőszakos kiegyenlítésével 2 egyénnél 4 végtagon szüntette meg kórodákon a helytelen állást. Mind e végtagokon genu varum volt. Hogy e műtét sem általánosítható az e nemű megbetegedések gyógyításánál, az, eltekintve a pathologikus elváltozásoknak az egyes csontokon való localisatiójához mért viszonyától, kivüláglik ama nehézségekből, a melyeket épen az ék alakja, nagyságának megválasztása a helyes állás visszaállítására okoz. S bár egy esetben, a hol egy beteg mindkét genu varum végtagján ék-

kimetszéssel lett javítva az állás, az eredmény ideálisnak mondható, csak a térdresectiók fűrészfelületeinek coaptálása után létrejött, s ismételt fűrészrelést igénybe vevő helytelen állások létrejöttére kell gondolnunk, hogy természetesnek találjuk az itten ismételten szükséges vésést, míg a correctio teljessé lesz.

Az *Ogston*-féle condylus internus lefűrészelését a II. sebészeti klinikumon nem gyakoroltuk, és ha az irodalomban eredményeit kutatjuk, e mellőzésre nézve megnyugvást szerezhetünk. Ismerve az ízületeknek viselkedését azoknak megnyitásával szemben, s ismerve a traumák eredményeit azokon, az ellen-szenv *Ogston* műtete ellen könnyen megmagyarázható. Genyedeések, anchylosisok, recidivák, sok esetben halál¹ voltak következményei e műtétnek.

A czombesont diaphysisének átvésése *Mac Ewen* szerint azon műtét, a melyről nyugodtan mondhatjuk, hogy a genu valgum megbetegedések gyógyítására általánosítható, mert egyrészt egyedül ez felel meg a pathologikus elváltozások helyének, a mennyiben ott történik a csont folytonosságának megszakítása, a hol a bántalom a legtöbb esetben székel, másrészt kivihetősége az említett műtéteknél egyszerűbb és könnyebb, eredményeiben és gyógytartamban pedig amazokat jóval túl-szárnyalja. A czombesont diaphysisének a *Mac-Ewen* által kijelölt helyen való átvésésével, elmaradnak az ék-kimetszés, a redressálás, ízületi complicatiók nehézségei következményeivel együtt, s a corrigálás még azokban az esetekben is létrejön. Itt el kell térnem *Mikulicz*től, a mikor az elgörbülés nem pusztán a czombesonton, hanem egyúttal a tibián is megvan. Csupán csak akkor jöhetne szóba a tibián éket vésni, vagy azon *Billroth-Mayer* szerint behatolni, ha egyedül azon volna az elgörbülés, a mi nézetem szerint genu valgumnál a leg-ritkább esetek közé tartozik. Az esetek legtöbbszörében birjuk corrigálni a czombesont átvésésével a difformitást. *Mac Ewen*-nek² ez 810 operációban mindannyiszor sikerült. Mert hogy beavatkozásunk a czombesontra és a tibiára is egyszerre kiterjedjen, genu valgumnál, az annak túlajtása volna, a mikor ezt magára a czombesontra nézve is komolynak kell mondanunk felnötteken.

Réczey tanár vezetése óta a II-dik sebészeti klinikumon genu valgum miatt kizárólag *Mac Ewen* szerint operálunk, azzal az ellenvetéssel szemben is, hogy e műtét után sokszor bajonett állása marad vissza a végtagnak, s ez abban áll, hogy a czombesont tengelye kivülebb esik a tibia tengelyénél, a mint az egy régebben operált beteg mindkét végtagján bekövetkezett. Ily bajonett-állás azonban bekövetkezik a *Billroth-Mayer*-féle műtét után³ is, s oka mindkét esetben az átvéssett csontvégeknek hibás coaptatiójában keresendő. Ily hibás coaptatio után ugyanis egy oldalagos tengelyeltérés jön létre a felső és alsó átvéssett csontvég között, a mely a consolidatióval állandósul, az alsó csontvég külső széle t. i. nem esik egy vonalba a felsőével, hanem valamivel belebb kerül, s az alsó csontvéggel együtt a tibia is.

*Hahn*⁴ módosítása, s vele az eddig ismert többi mellőzhető; ő úgy a belső, mint a külső oldalon vés, a mikor csak a corticalist, s azután a csontot eltöri, a mely módosításával 40—50 kalapácsütés elegendő, addig *Mac Ewen* szerinti műtét-nél 500—700; e kalapácsütések számának révén időben és fáradságban nyerünk, nélkülöznünk kell a törés miatt azonban a sima csontvégeket, a mi a gyógyulás tartamánál nem megvetendő körülmény.

A II. sebészeti klinikumon szigorúan *Mac Ewen* szerint operálunk, közvetlenül a műtét előtt sterilizált eszközökkel és az egész végtagnak — az aseptikussá tett műteti tér kivételével — sterilizált kendőkkel való begöngyölése mellett. A vésés és a bőr egyesítése után aseptikus kötést alkalmazunk a sebre, s organtin-kötést gypspéppel a végtagra, belefoglalva a medenczét is.

¹ Barker med. Times and gazette. 1878. (Centr. 1878). — Bericht des Krankenhauses Wieden. Schmidt's Jahrbücher 1881. — Weil: Centr. für Chirurgie 1880. stb.

² Centr. für gesammte Therapie. 1885.

³ Mikulicz egy esetében szintén.

⁴ Wiener klinische Wochenschrift. 1889.

¹ Berlin. klin. Woch. 1876.

² Kertész: Orvosi Hetilap 1890.

A gyógyulás tartama a tibián végzett műtétek után esetünkben 8–10 hét, a *Mac Ewen* szerint operált 9 esetben 6–8 hét. Összes osteotomiáink között, a melyek a végtag állására való tekintettel kiválóan sikerülteknek mondhatók, csak két ízben állott be a seben gyógyulás, egyéb complicatio egyszer sem.

E gyógyulási időnek megrövidítésére célozott azon kísérlet, melyet *Landerer* módszerének (a melyet fedett törések kezelésénél követ) felhasználásával a genu valgum miatti osteotomiáknál végeztünk, s a mely abban áll, hogy miután a borséb begyógyulta után a czombesonton végzett osteotomia fedett törésnek veendő, az egyéb trauma után létrejött törés complicatiói nélkül (szálkás darabos törés, lágyrészek zúzódása) s itt tehát a gyógyulás feltételei még inkább kedvezők, be nem várva a csontvégek teljes consolidációját, illetőleg egy kemény callus létrejöttét, kezdessék meg a masszálás, s az izületek passiv mozgatása ez időpont bekövetkezése előtt. Egy ilyen módon *Mac Ewen* szerint operált betegünk a 6-dik hét elején, minden támogató eszköz nélkül, teljesen szabad izületekkel járt.

Mindezeknél fogva a genu valgum és varum megbetegedések igen nagy számát rhachitis által okozottnak kell mondanunk, s azoknál, a melyeknél ez ki nem mutatható, a betegek foglalkozását kell okolnunk, de csak a rhachitis gyanújával. Szükséges az elgörbülés megállapítása céljából méréseket eszközölni a térdbasis-szögletre vonatkozólag; a deviatio, mint kevés fontosságú, s az epiphysis szöglet, mint a mely élön meg nem határozható, figyelmen kívül hagyható.

A kezelés a gyermekkorban a 8–10. évig orthopaedikus irányban végzendő, azontúl pedig genu valgum és varum mindazon eseteinél, a melyeknél az elgörbülés nem zárólag a tibián foglal helyet, *Mac Ewen* műtétével kell a correctiót létrehozni, s csak azon igen ritka esetekben, a hol egyedül a tibia van elferdülve, folyamodjunk a *Mayer-Billroth*-féle műtéthez.



Eseteink közül egyet, melynél a kóros állás mindkét oldalon ritka nagy fokot ért volt el, az eset fényképe után készült rajzával együtt ide igtatjuk.

Petrovsky József, 16 éves, r.-k. n.-biesei (Trencsén m.) születésű napszámos, felvétetett 1893. május 25-dikén. Beteg előadja, hogy 1½ év óta veszi észre, hogy mindkét alsó végtagja térdben mindinkább befelé hajlik. Gyermekkorában is el voltak kis fokban görbülve lábai, de utóbb kiegyenesedtek, s csak a fennemlített idő óta ferdülnek el ismét.

A mérsékelten fejlett beteg csontrendszere, az alsó végtagokat kivéve, eltérést nem mutat. Az alsó végtagok térdizülete befelé hajlott, a bokák egymástól távolodtak, az alszárak kifelé rotáltak, a szöglet, a melyet a czombesont a tibiával képez, jobboldalt és baloldalt is 140°. A térd basis szöglete a czombesontra vonatkoztatva 63°, a tibiára 77° mindkét oldalt. Az alszár hajlításánál e szöglet eltűnik, az alszár kifelé rotált; a láb pes varus állásban.

Műtét *Mac Ewen* szerint 1893. június 5-dikén egy napon mindkét oldalt, varrat, organin-gypspép-kötés. Első kötészáltoztatás június 19-dikén. A sebek per primam gyógyultak. Második kötés július 7-dikén. A czombesonton mindkét

oldalt consolidatio, a végtagok állása helyes, csak a térdizületre és a beavatkozás helyére terjedő organin-kötést kap. 4 napra azután megkezdettük a beteggel a járás, naponként való massageval, úgy hogy egy, két hét múlva, mint teljesen gyógyultat, a kórházból elbocsáthatjuk.

Adatok az újszülöttek sárgaságának tanáához.

Schiff Ernő dr. gyermekorvostól Nagyváradon.

(Folytatás.)

Ha mostan az ide mellékelt táblázatokon végig tekintünk, úgy azonnal szembetűnik, hogy a vizsgálati idő alatt a vöröses sejtek számában két időszakot lehet megkülönböztetni. Az első időszakban — az icterus fennállása alatt — a vöröses sejtek száma egészben véve normalis határok között mozog, s ennek megfelelőleg magasabb; a második időszakban ellenben — melynek kezdete rendszeren összeesik az icterus teljes eltűnésével — számuk határozottan csökkent.

Az első kérdés, a mi itten — tekintettel arra, hogy a felsorolt nézetek mindegyike vöröses sejteknek állítólagos nagymérvű szétesésén alapszik — felmerül, az, hogy vajjon az icterus tartama alatti magasabb vöröses sejtszám normalis-e, vagy pedig látszólag jelentékeny volta daczára is már a normalis alatt álló? Ha csak olyan esetek állanának rendelkezésemre, melyek csak már teljesen kifejlődött icterussal vétettek vizsgálat alá, úgy e kérdésre nem adhatnék feleletet, miután nem ismerném az icterus jelentkezése előtti vöröses sejtszámot. Miután azonban olyan eseteim is vannak, a hol a vizsgálatok már az első életnaptól kezdve lettek foganatosítva, a hol tehát az icterus csak a vizsgálatok folyamán jelentkezett, természetes, hogy a kérdés már megközelítő lesz. Ezen esetekből ugyanis kitűnik, hogy a vöröses sejtek számában mutatkozó ingadozások, valamint a vöröses sejtek abszolút száma az egyes életnapokon ugyanolyan határok között mozog az icterus fennállása alatt, mint keletkezése előtt, szóval ugyanolyan határok között mozog, mint más esetekben teljesen normalis viszonyok között. És ha azon eseteket, melyek már kifejezett icterussal vétettek vizsgálat alá, külön vesszük szemügyre, akkor is azt látjuk, hogy az ict. fennállása alatti vöröses sejtszám abszolút értékei teljesen olyan határok között mozognak, mint ugyanazon időkorban nem icterusosoknál. Vagyis sem az icterus fennállása alatt, sem közvetlen fellépése előtt nem látunk a vöröses sejtek számában olynemű változást, melynek alapján a rendes viszonyoktól való eltéréstől szólhatnánk.

Mások a viszonyok az icterus teljes eltűnése után. Ekkor ugyanis a közölt esetek mindegyikében a vöröses sejteknek számbeli csökkenése látható. A csökkenés majdnem mindig hirtelen áll be s pedig rendszeren akkor, mikor az icterus már teljesen eltűnt. A csökkenés mértéke, mint a tabellákból látható, nem excessiv, de mindannak daczára elég jelentékeny s mindenesetre a számlálással járó állandó hiba határain jóval túlterjedő, s a mi fő egy bizonyos időn keresztül állandó.

Már az eddig közölt vizsgálati eredmények is a kérdések egész sorozatát vetik fel. Mindenekelőtt kérdés: vajjon azon lelet, hogy az ict. fellépése folyamán a vöröses sejtek száma az ict. fellépése előtti viszonyokhoz képest nem fogy, kétségtelen bizonyítéka annak, hogy az ict. nem jár a vöröses sejtek számbeli fogyásával, tehát vöröses sejtek nagymérvű elhasználásával, avagy nem. Kérdés továbbá, mikép magyarázandó azon körülmény, hogy a vöröses sejtek számbeli fogyása éppen csak az ict. teljes eltűnése után lép előtérbe, nem lehetséges-e, hogy a vöröses sejtek számbeli fogyása már az ict. keletkezése előtt fennáll, csak hogy az ict. tartama alatt bizonyos mellékkörülmények összehatása következtében vizsgálati adatainkban — melyek csak a relatív vöröses mennyiséget fejezik ki — nem nyerhet kifejezést, ellenben az ict. megszűntével eme mellékkörülmények összehatása is megszűnván, már előtérbe lép? Ezen kérdésekre határozott választ még csak megközelítőleg sem adhatunk. Képzeltető volna ugyanis,

hogy az ict. fellépése előtt és tartama alatt vörös vérsejtek tényleg a rendesnél nagyobb számban használtak el s ha ez vizsgálati adatainkban mégsem nyer kifejezést, úgy ez credhet abból, hogy a veszteség megfelelő újdonszövődés által folyton helyreépítotatik. Amde ekkor is fenmarad azon kérdés, hogy: ha a reproductio az ict. fennállása alatt oly élénk volt, hogy teljesen fedezhette a nagymérvű elhasználásából eredt hiányt, miért csökken a reproductio mérve akkor, a midőn — t. i. az icterus teljes eltűnése után — a vele szemben támasztott igények már csak a rendesek? Azt nem lehet felvenni, hogy a regeneratív képesség talán kimerülés folytán alászállana, mert ekkor az icterusnak hosszabb tartama esetén már az ict. fennállása folyamán észlelni kellene az abszolút számértékek fokozatos csökkenését épen úgy, mint a hogyan észleljük azt hosszabb tartamú lázas megbetegedések folyamán. Ez azonban egy esetben sem nyer kifejezést, mert mint már említém, a vörös vérsejtek számbeli fogyása mindig csak az ict. teljes megszűnté után hirtelen áll be.

Hogy vajjon az ict. fennállása alatti abszolút értéke a relativ vérsejtszámnak nem-e azért marad meg a normalis határok között, mert bizonyos compenzáló mellékkörülmények által a vérsejtek számbeli fogyása nem nyerhet a relativ vérsejtszámban is kifejezést, az csak úgy volna felvehető, ha ismernénk az ict. symptomatológiájában olyan körülményeket, melyek nagyban és egészben a vér mennyiségének általános leszállításával járnak. Ilyenekül volnának tekinthetők általában véve azon folyamatok, melyek normalis vagy pathologikus viszonyok között a szervezet nedvesztésével járnak, tehát a vizeletelváltozás, a per- és respiratio és esetleg nagyobb mérvű vizes székürülések.

A mi a vizeletelváltozást illeti, arra nézve már egyik ide vonatkozó tanulmányomban kimutattam¹ s alantabb majd jelen közleményem keretében is reátérek, hogy az nemcsak hogy nem növekedett, de kifejezettebb ict. esetén jóval a normalis mögött marad. A per- és respiratióra nézve nincsenek határozott adataink, azonban Hofmeier² is azon nézetben van, hogy theoretice egyáltalában nincs okunk felvenni, hogy az icterikus újszülötteknél a vizelet, meconium, per- és respiratio folytán beállott nedvesztés jelentékenyebb volna, mint különben. A mi pedig a székürüléseket illeti, arra nézve egy klinikus sem fogja állíthatni, hogy az ict. neonatorum talán feltétlenül diarrhoeákkal volna egybekötve. Esetlegesen épen úgy beállhatnak, mint a nem icterikusaknál; ha igen, úgy a relativ vérsejtszám az előbbiekhez képest épen úgy fog megnövekedni, mint ha ict. nem is állana fenn. Szóval nincs okunk felvenni, hogy az ict. folyamán a vörös vérsejtek száma tényleg kisebb volna, de hogy az a vértömegben beállott változások által elfedeték.

Marad tehát substratum gyanánt az az egy tény, hogy az ict. teljes eltűnése után a vörös vérsejtek relativ számában csökkenés áll be. Mennyiben lehet ebből a haematogen nézet mellett fegyvert kovácsolni, arra nézve véleményem nem mondhatok; bizonyossággal szerintem ez csak egyet mutat, hogy t. i. az ict. neonatorumnál a vérnek van bizonyos szerepe, de hogy minő szerepe van, azt még ezen leletből magából nem merném megítélni. Hogy különösen az ict. neonatorum egyes eseteiben a folyamat megszűnté után néha nagyfokú anaemia jelentkezik, azt Epstein³ már kórodai észleletei alapján is kiemeli.

Sokkal nagyobb horderejűnek tartom azon leletemet, melyre az újszülötteknek a köldökzsinór lekötési idejével kapcsolatos haematologiai viszonyainak tanulmányozása közben bukkantam, s a melyet futólag már ide vonatkozó tanulmányomban is jeleztem.⁴ Ezen vizsgálataimban ugyanis kimutattam, hogy a köldökzsinór késői lekötése által nyert vértöbblet az újszülött szervezetéből kiküszöböltetik, a mely kiküszöböltetés kifejezést nyer oly módon, hogy az első 3—4 nap alatt a

tartalékvér folyadékreszei ürülve ki első sorban, ennek megfelelőleg a vörös vérsejtek száma fokozatosan emelkedik, a 3—4-dik naptól kezdve pedig már a vérsejtek kiküszöböltetése is kifejezésre jut, a mennyiben ez időtől kezdve a vörös vérsejtek száma az elért maximumról folyton alászáll. A vérsejtszámnak ezen magatartása a késői lekötés minden egyes esetében ki van fejezve nálam, csak három olyan eset képezett alóla kivételt, a hol a vizsgálatok folyamán csakhamar icterus jelentkezett s pedig kifejezettebb mérvben. Ezek közül csak azon kettőnek vizsgálati adatait kívánom itt közölni, a hol az első napok folyamán nevezetesebb zavaró momentumok nem léptek közbe, a hol tehát az észlelt jelenségnek valami különös oka nem lehetett. A harmadik esetet, nem lévén minden complicatio nélküli, itten figyelmen kívül hagyom, dacára, hogy a vérsejtszám magatartása itt is megfelelt az említett két esetben találtaknak.

VI. B. Róza. Szül. 1890. október 16-dikán d. u. 4 órakor. Alakított 4 óra 10 perczkor. Ikergyermekek. Init. súlya = 1900 gm. Könnyű asphyxia.

Nap	Óra	Súly	T.	Vörös vérsejtek száma	Fehér	Arány- szám	Vörös vs. napi átlag- os értéke
október 16.	4 ó. d. u.	1900	—	7150000	—	—	
" 16.	4 ^h 10' d. u.	—	34.8	6142500	24100	1:255	6646250
" 17.	7 ó. reggel	1850	34.9	5875000	29900	1:196	5971875
" 17.	6 ó. este	—	34.5	6068750	28700	1:211	
" 18.	7 ó. reggel	1800	34.2	6077500	16900	1:360	6560000
" 18.	1/2 7 ó. este	—	34.1	7042500	10750	1:655	
" 19.	7 ó. reggel	1700	34.1	6615000	8600	1:769	6550500
" 19.	7 ó. este	—	34.2	6486000	9600	1:675	
" 20.	7 ó. reggel	1700	34.1	6350000	11700	1:543	6389000
" 20.	1/2 7 ó. este	—	34.0	6428000	13500	1:476	
" 21.	7 ó. reggel	1720	34.2	6693700	13500	1:496	6123375
" 21.	1/2 7 ó. este	—	34.0	5553000	12100	1:459	
" 22.	7 ó. reggel	1720	34.0	6705000	13300	1:504	6463500
" 22.	7 ó. este	—	34.6	6222000	8400	1:741	
" 23.	7 ó. reggel	1650	34.8	6292500	10900	1:577	5856250
" 23.	7 ó. este	—	35.3	5420000	6500	1:834	
" 24.	7 ó. reggel	1650	34.0	5218700	8400	1:621	5082375
" 24.	7 ó. este	—	34.2	4946000	—	—	

¹ Élénk ict. színeződés. — ² Kezdődő skler. az alsó végtagokon.
— ³ Sklerema enged.

VII. B. Anna. Szül. 1891. márczius 21-dikén éjjel 11 óra 20 perczkor. Alakította 11 óra 30 perczkor. Súlya = 3470 gm. Hossza = 50 cm.

Nap	Óra	Súly	T.	Vörös vérsejtek száma	Fehér	Arány- szám	Vörös vs. napi átlag- os értéke
márczius 21.	1/2 12 ó. éjjel	3470	36.3	7587500	25200	1:301	7710980
" 22.	1/2 8 ó. reggel	3350	34.9	7834400	20800	1:376	
" 23.	7 ó. reggel	3200	36.1	8078100	22000	1:367	7389050
" 23.	7 ó. este	—	37.5	7700000	23500	1:328	
" 24.	1/2 8 ó. reggel	3150	36.2	6697500	13700	1:489	6761250
" 24.	7 ó. este	—	36.1	6825000	—	—	
" 25.	7 ó. reggel	3100	36.8	6524000	11400	1:572	6546500
" 25.	1/2 7 ó. este	—	37.2	6569000	11700	1:561	
" 26.	7 ó. reggel	3100	37.0	6815000	10400	1:655	6922500
" 26.	1/2 6 ó. este	—	37.3	7030000	12700	1:318	
" 27.	1/2 8 ó. reggel	3150	37.0	6522500	13500	1:483	6738750
" 27.	6 ó. este	—	37.3	6955000	7400	1:940	
" 28.	7 ó. reggel	3150	37.4	6750000	14700	1:459	6785900
" 28.	1/4 7 ó. este	—	36.7	6821800	9700	1:703	
" 29.	7 ó. reggel	3200	37.0	6956200	13500	1:515	6699950
" 29.	1/2 8 ó. este	—	36.8	6443700	—	—	
" 30.	1 ó. d. u.	3200	37.1	6740000	15500	1:435	6740000
" 31.	El lett bocsátva.						

¹ Az egész köztakarón élénk sárga színeződés.

Ha már mostan eme két eset vérsejtszámlálási adatait közelebből megfigyeljük, úgy szembetűnik, hogy az első 3—4 nap alatt a vérsejtek számának olyan fokozódásáról, mint a minőt említettem, itten szó sincs. Az egyik esetben (B. Róza), a hol a kezdetbeli átlagos szám 6 és 7 millió között van,

*

¹ Schiff. Az első életnapok folyamán elválasztott vizelet quantit. összetétele. Akad. értekezések.

² L. c. Pag. 300.

³ L. c. Pag. 22.

⁴ Schiff. Újabb adatok az újszülöttek haematológiájához stb. Akad. értekezések XXII. köt. 2. sz. 1892. Pag. 68.

később is eme határok között, sőt a 2. napon alatta marad, holott norm. viszonyok között, mint azt jelzett munkámban részletesen kimutattam, 6 millió körüli alapszám mellett a maximalis vérsejtszám a 3—4. napon felmegy egész 8 millió fölé. A másik (B. Anna) esetben a második nap reggelén ugyan kissé emelkedettnek látszik a vérsejtszám, de a különbség az alapszámhoz képest csak circa $\frac{1}{2}$ millió, a mi nemcsak azért nem mérvadó, mert egyedül áll, azaz csak egyszer jelentkezett, hanem főleg azért nem, mert $7\frac{1}{2}$ millión felüli alapszám mellett eseteimben az átlagos maximalis vérsejtszámszaporulat a 3—4-dik napon 9 millió föléig emelkedett, az itten egyszer jelentkezett $\frac{1}{2}$ milliónyi vérsejtszámszaporulat tehát vagy csak igen törpe képviselője a rendes viszonyok között jelenlévő változásoknak, vagy pedig egyáltalában nem mérvadó.

(Folytatása következik)

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Biharmegyei orvosgyógyszerészi és természettudományi egyesület.

(1892. júliusi szakülés.)

Elnök: Konrád Márk dr.; titkár: Berkovits Miklós dr.

1. **Edelmann Menyhért dr.** a következő két kóresetet közli: I. **Tachycardia.** F. évi május hó 5-dikén egy 23 éves czukrász jelentkezett nálam azon panasszal, hogy igen heves szívdobogásban szenved. Hozzám épen egy roham közben jött. Első teendőm a szív megvizsgálása volt, a midőn azt tapasztaltam, hogy betegnél a szívcontractiók oly gyorsan következnek egymásután, hogy azok számát csak hozzávetőleg tudom meghatározni. E szám 220 körül, de inkább több lehetett. A roham körülbelül egy órán át tartott. A jobban szemügyre vett, közép-termetű, mérsékelt fejlettségű csont- és izomrendszerrel bíró beteg arcán semminemű elváltozást nem vettem észre, se elpirulást, se feltünőbb elsápadást vagy izzadást, szóval a sympathikus rendszer részvételének semmi jelét. A szív kopogtatási viszonyai normalisak voltak. A szívcsücsök az V-dik bordaközben a sternum középvonalától 8 centiméternyire volt érezhető. A szívhangok tiszták, zöreje nem volt hallható. A tüdők felett semmi elváltozás.

A beteg, ki egy roham alkalmával kórházban is jelentkezett, baját egy évesnek tartja. Eredetét arra vezeti vissza, hogy egy izben fogadásból sokat futott. Azóta a rohamok változó időközökben és alkalmakkor jelentkeztek. Néha az is kivált egy rohamot, ha munka közben lehajlik.

Felszólítottam, hogy a rohammentes időben látogasson meg ismét s már körülbelül fél óra múlva örvendő jött jelenteni, hogy a roham már elmúlt. De szív működése még mindig izgatott volt, percenkint 120—128 a szívcsücsökések száma. Másnap reggel ismét meglátogatott, a midőn a szívcontractiók száma már csak 80 volt.

Megemlítendő, hogy a beteg a vizsgálatnál lázas nem volt. A rohamot munka közben teljes egészségi érzet közepette kapta meg. Fájdalmai, mint stenocardias rohamnál szokott lenni, nem voltak, csupán némileg nehezített légzésről, mellszorongáshoz hasonló, a szív heves működéséből eredő sajátos érzésről panaszkodott.

Az eset nemcsak ritkasága miatt érdemel figyelmet, hanem azért is, mivel betegnél teljesen ép szív mellett jelentkezett a roham, holott a legtöbb leírt esetben a szív valamely organikus elváltozása volt kimutatható. Így a *Nothnagel* eseteiben is, melyek a legelső megfigyelt esetek közé tartoznak.

Hogy oly esetekben, minő a leírt, melyben a sympathikus részvételének jeleit nem találjuk, a vagus működésének zavarát vagy felfüggesztését vegyük fel, az közelfekvő gondolat. A kérdés azonban még eldöntésre vár.

II. **Exsudatum pleuriticum purulentum: thoracotomia.** A beteg két éves gyermek, kit először ez évi január 5-dikén láttam, a midőn baloldali tüdőlobot constatáltam; való-

színűleg influenza ment előre. A később ismét megbetegedett gyermeknél február hó közepén pleuritis lett kimutatva. Az exsudatum serosus voltát véve fel, a natrium salicylicum nagyobb adagjai ismételtelen meg lettek kísérelve; de eredménytelenül. A kis beteg állapota ez időtől változó. Május 5-dikén a következő volt a jelen állapot: a bal mellkasfélél erősen kidomborodva, bordaközök elsimultak, a kopogtatott helyek intensív tompulattal adnak, mely felett légzés nem hallható. Szív a jobb mellkasfélébe áttólva. Hátral, baloldalt szintén intensív tompulat, de légzés, bár gyengülten, hallható. A bordaközök csekély nyomása fájdalmat okoz. Kisfokú intermittáló lázak. Ugyanazon napon délután baloldalt a mellső hónaljvonal közelében, az 5-dik bordaközben megejtett próba-punctiónál geny tört.

Tudva, hogy geny exudatumnál a troicarral való egy-szeri punctio nem vezetne eredményhez, a punctiók ismétlését a beteg kora és állapota ellenjaválja, másrészt egy 2 éves gyermeknél Bülow szerint sem végezhető a punctio a szűk bordaközök miatt, azért elhatároztuk *Weisz dr.* és *Berkovits Miklós* kartársaimmal a thoracotomia kivételét, mely május 9-dikén gyenge narcosis mellett fogatosítottatt. A *Weisz dr.* által végzett műtét a következő volt: baloldalt a 6-dik bordaközben, a bordákkal párhuzamosan, a mellső és hátsó hónaljvonal közt mintegy 3 cm. hosszú bőrmetszés ejtetett. A bőr alatti kötőszövet, fascia, izomrostok tompán szétpreparáltattak, míg az ujjhegy a két (6. és 7.) borda közé juthatott. Erre a pleura bistourievel átszúratt, mire csekély geny tört. A nyílásba vezetett keskenyfejú magfogóval a nyílás kitágított, mire nagy erővel — intrathoracikus nyomás — sok geny, szemmel 300—400 grammra becsülve, ömlött ki. A készített nyílásba drain vezetett s a mellkashoz rögzített. Az aspiratorral összekötött drainen át is vagy 150 gramm geny tört. Több kiürítése nem volt megengedhető, mert a tüdő tágulása nem tarthatott lépést a betöltendő ür nagyobboldásával s a beálló köhögés már tüdőcongestióra mutatott, mi előpostája a fenyegető tüdőoedemának. A műtét utáni napon a beteg már láztalan volt, következő napon hátral a tompulat helyén lég-hangot találtunk, elől is, s a szív visszatért rendes helyére. Rövid időközökben betegnél a kötéseket változtattam, mely alkalmakkor mindig több-kevesebb (300—100 gm.) geny tört. Utóbb az aspirator már nem is alkalmaztatott, hanem a geny részben magától tört a drainen át, részben úgy gondoskodtam kiürítéséről, hogy a gyermeket sirásra ingereltem, a midőn nagy erővel lövelt ki a geny. A műtét óta körülbelül 2 hó telt el, a kötés mind kevesebb genyet szív magába a fokonyként rövidített drainen át, a kopogtatási és hallgatási viszonyok alig mutatnak eltérést a rendestől, a beteg láztalan, közérzete jó, a táplálék jó, a gyermek majdnem hízásnak indul. Az eredménynyel való megelégedést a már is mutakozó — bár csekély — skoliozis csökkenti.

2. **Grósz Menyhért dr. pharyngitis fibrinosa chronica** esetét közli. 1891. október havában hivatott előadó egy 49 éves nőbeteghez, ki előadta, hogy már hónapok óta fáj a torka. Egy ideig alább hagy, azután megint fájni kezd. Torokvizsgálatnál a lelet következő: Mindkét mandola s a hátsó garattal legnagyobb része piszkos-szürkés, elég vastag csapadékkal, *hártyával* fedett; a túltengett uvula szabad. Ha a hártyát valamely helyen erővel leválasztjuk, alatta vérző, sekély bemélyedést találunk. Az áll alatt néhány babnyi megnagyobbodott nyirkmirigy. Nyelés fájdalmat okoz, sőt ez a fülre is kiterjed, úgy hogy beteg minden nyelési actusnál füléhez kap; kilégzés bűzös. Subfebril állapot (37.9° C.). Előadó első izben diphtheritis kórisméjét állította fel, daczára annak, hogy e betegség számos kriteriumát kellett nélkülöznie. De a folyamat további fejlődése a fenti kórismére vezetett. Az álhártyák lassan koptak, legelőbb a mandolákon, legkésőbb mintegy 3 hét után a garatfalán. A nyelési nehézségek ad minimum reducálódtak, de tökéletesen el nem multak, nasalis hang állandó. Nehány heti szünet után az álhártyák képződése újból megindult, s általában az első kórkép ismétlődött. Előadó az esetet februárig észlelte, midőn a beteg influenzához járult tüdő-mellhártyalobban meghalt. Az eset feltűnő hasonlatosságot mutat *Ónodi* esetéhez, s előadó bevallja, hogy épen *Ónodi* esete vezette a kór-

isméréséhez. Előadó ismerteti *Pertiknek* ide vágó szövettani s részben bakteriologiai vizsgálatait, melyek azonban semmi pozitív támpontot sem nyújtanak e betegség kórtanának ismeretéhez. (Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Az 1892—93. évi cholera-járvány Budapesten.

Két figyelemre méltó munka ad számot az 1892—93-diki cholera-járvány történetéről fővárosunk területén. Az egyiket *Gerlóczy Károly* első alpolgármester, mint a központi járvány-bizottság elnöke tette közzé e címen: *A központi járvány-bizottság jelentése az 1892-diki cholera-ról*, Budapest, 1893. január hó; a másikat *Gebhardt Lajos* tanár, tiszti főorvos szerkesztette e címen: *A tiszti főorvosi hivatal jelentése a Budapest fő- és székvárosban 1892/93. évben fellépett cholera-ról*. Budapest, 1893. július hó.

Gerlóczy polgármester terjedelmes jelentése (346 nagy oktav oldal) az *administratív* intézkedéseket adja elő. Beszámol a járvány-bizottság megalakulásáról, a melyből kitűnik, hogy a főváros területén már 213 *constatált* cholera-betegedés és 71 halálozás fordult elő, a mikor, október 7-dikén, az első *constatált* cholera-eset után 11-ed napra a törvényhatósági bizottmány egybehivatott s az 1876: XIV. t. cz. értelmében a járvány-bizottság megalakult, egybehivatott akkor, a mikor a betegedések száma maximumát, 53 betegedést, október 6-dikán, már túlhaladta s gyors csökkenésnek indult.

A jelentés azután részletesen előadja a járvány elfojtására szolgáló régibb és újabb szabályzatokat, a járvány-bizottság határozatait és intézkedéseit. Mindez igen tanulságos főképen abban az irányban, hogy jövőben ne a járvány tetőpontján készítsessünk nyakra-főre fertőtlenítő intézetet, betegszállító telepet s e felét, a mikor a járvány szerteterjedhetett, mire ezek a jól-rosszúl hevenyészett s e miatt kétszeresen drága dolgok elkészülnek, hanem lássák el a fővárost idején a járványok megelőzésére és elfojtására szükséges intézményekkel. Mit szólnának mainap ahhoz, ha a tűzoltóságot akkor szerveznék, az oltógépeket akkor vásárolnék, a mikor már javában dühöng a tüzvész.

De habár elkésve, mégis teljes energiával látott a hatóság a cholera leküzdéséhez s nem kételkedünk, hogy jórészt eme hatósági intézkedéseknek tulajdonítható, hogy a betegség gyorsan alácsúszott és hogy hosszas és makacs ittlappangása daczára nem loboghatott többé fel járványnya.

A jelentésnek alapos elkészítése és gyors közrebocsátása szintén dicséretesen tanuskodik a hatóság, nevezetesen *Gerlóczy* alpolgármester úr energiájáról.

Gebhardt tiszti főorvos az ő szintén terjedelmes (249 nagy oktav oldal és 3 tábla) jelentésében a cholera-járvány *tudományos, hygienikus* történetét írja meg ama adatok és vizsgálódások alapján, miket a tiszti főorvosi hivatal, valamint annak segédhivatalai, a fővárosi bakteriologiai intézet, *Pertik Ottó* tanár vezetése alatt, *Nékám Lajos* dr. tanársegéd közreműködésével, továbbá a fővárosi vegyészeti intézet igazgatója, *Balló Mátyás* tanár, gyűjtöttek illetve végeztek.

A legnagyobb és őszinte elismeréssel fogadjuk ezt a jelentést is, és pedig egyrészt azért, hogy a járvány lefolyása után oly gyorsan láthatott napvilágot, másrészt pedig és kiváltképen azért, mert a jelentés nem csupán hivatalos statistikát ad a járványról, de tudományos vizsgálódásokban is gazdag, úgy hogy a cholera újabb tudományos irodalmában méltón számot tesz.

A munka első részében általánosságban tárgyalja az 1892/93-diki cholera időbeli és helyi lefolyását. *Pertik* tanár, a fővárosi bakteriologiai intézet vezetője, már szeptember elején vizsgálta a gyanúsan megbetegedettek ürülékét s hányadékát, azonban szeptember 28-ig egy esetben sem talált cholera-bacillusokat. E napon 4 gyanús beteg közül egynél (a ki elhunyt), és másnap 3 megbetegedett közül kettőnél kimutathatta a *kommabacillus*okat. Szeptember elején egy beteg (*Szelőczy*) ürülékében „*Finkler-Prior*“ bacillusokat talált *Pertik* tanár, miért azt cholera nostras esetnek véli a jelentés. Valószínűbb azonban, hogy már az az eset is cholera volt.

1892. szeptember 26-dikától 1893. február 8-dikáig 935 cholera-megbetegedést *constatál* a hivatalos jelentés és 525 halálozást. Tanulságos, hogy az első betegedés (szept. 26.) után 10-ed napra, október 6-dikán, már a maximumát érte el a napi betegedések száma, t. i. 45-öt; e szám gyorsan alább süllyedett 20-as, 10-es betegedésekre naponta; november közepén túl pedig már csak egyes esetek fordultak elő.

A megbetegedettek közül a legtöbb napszamos volt: 342, azután 56 cseléd, 35 foglalkozás nélküli felnőtt, 32 kocsis és 30 munkás. Jobb társadalmi állású egyén alig egy-kettő; így: kereskedő 5, magánzó 4, műépítész 1.

Legtöbben (2·8—1·7 pro 1000 lakos) a X., IX. és V-dik kerületben, majd a VII., VI., VIII. ban betegedtek meg, legkevésében (0·1—0·52 pro 1000 lakos) a IV-dik, továbbá az I., II. és III-dik kerületben.

Az esetek túlnyomó része egyenként oszlott el az egyes házakba. Feltűnőbb csoportosulása az eseteknek főképpen a külső vácsi-úton tapasztaltatott, továbbá a Bem-utczában, az Alföldi-utczában, Teleki-téren. A csoportos esetek közül a legtöbb hosszabb-rövidebb időközben mutatkozott, csupán a Teleki-tér 15. sz. házban tapasztalt 7 eset közül volt 5 egy és ugyanazon napos, továbbá a külső vácsi-út 58. sz. házban 19 eset közül 2 október 12-dikén, 3 13-dikán, 4 14-dikén, 2 15-dikén és 1 16-dikán mutatkozott. Ezek valószínűleg azonos kútforrásból s egyszerre kapták a fertőző anyagot, míg a többi eset szórványos fertőzésre mutat.

Az általános statisztikai áttekintés után következnek a jelentések a részletes vizsgálódásokról, nevezetesen első sorban a *megbetegedettek lakására, életmódjára, ivóvizére stb. vonatkozó casuistikus nyomozások* az illetők lakásán, munkahelyén. Összesen 549 betegről van a táblázatokban felsorolva a nyomozás eredménye. E munkát *Ótvös József* dr. végezte. A táblázat gazdag anyaga az ő buzgalma dícséri, másrészt az adatok megbízhatósága s így az azokból vont következtetések helyessége iránt is rajta nyugszik a felelősség. Az a gondolata a tiszti főorvosnak, hogy az egyes megbetegedések viszonyai iránt a helyszínen nyomozásokat végeztesen, igen helyes volt, legfeljebb azt sajnálhatjuk, hogy nem osztotta meg több munkaerő között a feladatot, a mikor *Ótvös* dr. úrnak túlterhelése elkerülhetett volna, s így még több és behatóbb nyomozás vált volna lehetségessé.

E nyomozások adatait a jelentés csoportosítja, hogy azokból következtetéseket vonjon le a cholera aetiologiáját illetőleg.

Így: a kinyomozott betegek közül 6·9% *lakott* pinczeszobában, 61·6% földszintes, 28·7% emeleti szobában; továbbá 23% zsufoltan, 40·8% tisztátalan házban lakott; az esetek 6·9%-ában pöczegödör volt a házban s 42·7%-ban nyitott volt az árnyékszék stb. Sajnos, hogy eme nagy fáradsággal gyűjtött adatokat nem igen használhatjuk fel epidemiologiai következtetésekre, mert nincsen az is kipuhatolva, hogy mily arányban oszlik meg a pincze, földszintes stb. lakásokban a népességnek az a része, a mely nem kapott cholera-t, mily gyakori a pöczegödör, a closet stb. azokban a házakban, melyekben nem volt cholera.

A nyomozások főereje az *ivóvizre* irányult. A cholera-ba esett egyénekre nézve igyekezett a nyomozás kideríteni: éltek-e szűrtlen vezetékű vízzel, avagy mesterségesen filtrálttal vagy egyéb vízzel; s ha otthon nem éltek olyan vízzel, akkor a nyomozás azt kereste, vajjon nem ivott-e az illető lakásán kívül, egyebütt, munkája helyén szűrtlen vagy mesterségesen szűrt vizet.

E nyomozás szerint 935 megbetegedés közül 356-ra nézve volt kimutatható, hogy akár lakásukon, akár elfoglaltságuk vagy ideiglenes tartózkodásuk helyén *szűrtlen vezetékű vizet* tényleg ittak, 406-ra nézve kimutatható volt, hogy *mesterségesen szűrtet*, végre 78-ra, hogy *dunavizet* közvetlenül a folyóból ittak.

Ez az adat érdekes és tanulságos, feltéve, hogy helyes, hogy t. i. a túlnyomólag szegény és értelmetlen külvárosi népességből álló családtagok s hozzátartozók a nyomozáskor nem suggeráltak a kérdezősködés által abban az irányban, hogy betegük hátha mégis ivott szűrtlen vízből, avagy a mesterségesen szűrtből, ha otthon nem, akkor a munkája helyén, a gyárban, kocsiszása, fuvarja, napszáma közben.

De föltéve ama adatoknak teljes helyességét, mégis nem nyugodhatunk bele azokba a következtetésekbe, melyekre a tisztí jelentés magát elragadni engedte, a mikor mondja (129. lap):

„hogy a cholérát a fő- és székvárosban a cholera-csirákkal megfertőzött dunavíz okozta“, továbbá

„hogy a cholera megszűnése csakis az által jött létre, hogy a cholera-csirák a homokszűrőkben — kimosattatásuk folytán — megszűntek létezni“.

Ilyen nagy horderejű következtetésre azok az adatok nem jogosítanak fel.

Hogy a cholérások között sokat lehetett találni, a kik szűretlen avagy csupán mesterségesen szűrt vízzel éltek, az természetes, mert hisz a cholera területe főképen olyan városrészekre esett most is, valamint 1866. és 1872/73-ban, a hol a legtöbb szegény és munkásnép lakik, a hol egyszersmind a főváros vízzel ellátása is hiányos.

És az is természetes, hogy a szegény napszámos, kocsis, foglalkozás nélkül való népesség, a mely mindenütt és nálunk is főképen alá van vetve a cholérának, legkevésbé törődik azzal, hogy távoli kútról hozassa a jobb vizet, hogy azt a vizet forralja, ülepítse; olyan vizet iszik, a milyent talál.

Oly következtetésre akkor szabad *gondolni*, ha kimutatja a nyomozás azt is, hogy azok közül a napszámosok, kocsisok stb. közül, a kik szűretlen avagy mesterségesen szűrt vizet ittak, sokkal többen betegedtek meg cholérában, mint a velük együtt lakó, egyenlő sorsú más napszámosok, kocsisok stb. közül, a kik *nem itták* azt a vizet.

Ezt a nyomozás nem derítette ki. De csekély nyomatékkal birnak a nyomozásnak casuistikus bizonyítékai is, melyek a 70. és következő oldalakon olvashatók, s melyek szerint egyes házakban és családokban csakis azok éltek a szűretlen vízzel, a kik a cholérát megkapták, mások, az egész család, az egész háznép, azt a vizet *csak ülepítés után itták*, s azért nem kaptak a szűretlen víztől cholérát. Nem számítva, hogy az ily állítások a házbeli részéről abszolút semmi pozitív megbízhatósággal nem birnak, még azt is feltűnőnek kell találnunk, hogy a szűretlen víz épen *ülepítés*-által vált volna ártalmatlanná, holott tudjuk, hogy a cholera-bacillusok nemcsak nem ülepednek le, mint az ólomserét, de sőt épen álló vízben rendkívül gyorsan s mérhetetlen mennyiségben elszaporodnak, még pedig épen a víz *felületén*.

És nem nyugodhatunk bele a jelentésnek abba a conclusiójába sem, hogy a cholera azért szűnt meg, mert a homokszűrők kimosása folytán azokban a cholera-csirák megszűntek létezni! De hisz úgy *Pertik* tanár (a jelentés további folyamában), mint *Bruckmayer* dr. és *Czyżewszky* a közegészségtani intézetben száz és száz tenyésztési próbában, dunavízben, szűrt vízben, egyetlen egy cholera-bacillust sem találtak. Honnét tudja a jelentés, hogy a szűrőkben bacillusok voltak, s miből következteti, hogy e bacillusok a szűrőkből kimosattak?

Azt mondja (110. lap), hogy a megbetegedettek között — a nyomozás szerint — eleintén több volt olyan, a ki szűretlen vizet ivott, később pedig több volt olyan, a ki mesterségesen szűrt vízzel élt. Tehát, mondja, a homokszűrők kezdetben visszatartották a cholera-bacillusokat, később, a mikor már a Dunában nem volt csira, a szűrt vízben még mindig volt, és ezek a szűrők tartották fenn a cholérát oly sokáig. De nem természetesebb-e az a magyarázat, hogy eleintén azért volt több a szűretlen vízzel élő a betegek között, mert eleintén nem törődtek a szűretlen vízzel s megitták sokan; csakhamar azonban a hatóság ezt a vizet vetette oda bűnbakul, ellene izgatott, intett —, csoda-e, ha lassanként elhagyták a szűretlen vizet. De sőt a hatóság maga már október 14-dikétől kezdve leszedette a *szűretlen víz csapjait*, és pedig 1020 csapot. Továbbá maga a jelentés azt constatólja a 108-dik lapon, hogy egy nagyobb házcsoporthoz a cholérát az szűntette meg, hogy a szűretlen víz csapjai leszedése után a lakosok csupán mesterségesen szűrt vízzel bírtak.

Távol legyen tőlünk kétségbe vonni, hogy az a víz, a melybe a cholera fertőző anyaga jutott, nem volna képes cholérát okozni, ellenkezőleg, *mi* állítottuk a cholera-anyaggal fertőzött víznek cholérát okozó s egyáltalán a szennyves víznek cholérára disponáló hatását, beható vizsgálódásaink alapján. De hogy az 1892—93-diki choléránk oly tisztán és világosan a cholérával fertőzött szűretlen

s mesterségesen szűrt vízre volna visszavezethető, ezt éppenséggel nem látjuk kellő módon bizonyítva, annál kevésbé, mert voltaképen ez az epidemia is ép úgy viselkedett, idő- és helybelileg, mint az 1886-diki, avagy az 1866-diki, 1872/73-diki stb. Vajjon 1866-ban, 1873-ban szintén a Duna szűretlen vize okozta-e a cholérát? Úgye nem. És lám azok az epidemiák ép ott, ugyanama városrészekben, ugyanama néposztály között, ép oly időbeli tünetek között folytak le, mint az 1892/93-diki cholera.

A szűretlen víz előmozdithatta 1892—93-ban is a cholérát, a mint 1873-ban (vizsgálódásaim szerint) előmozdította. De hogy ebben a vízben, illetve a mesterségesen filtrált vízben osztatott volna szerte a cholera csirája 1892—93-ban, az annál kevésbé fogadható el, mert hisz akkor a cholera-betegedéseknek óriási soknak kellett volna lenniök, mert hisz a város legnagyobb része ezt a vizet kapta és itta.

A cholérának tehát valószínűleg nem a vízvezeték volt az egyedüli oka, s ezt jó lesz a tisztí orvosi hivatalnak is elhinni, sőt a közönséggel is elhitetni, ha ugyan közegészségügyünk gyökeres megjavítását elérni óhajtjuk s a mesterséges szűrők elátkozásával s a káposztásmegyeri új vízzel nem akarunk a közegészségügy terén a nyugalom stadiumába lépni, a mit tudom, hogy a tisztí orvosi hivatal sem akar.

(Vége következik.)

II. Lapszemle. Sebészeti.

Sphincter előállítására végbélkiirtások után érdekes methodust ajánl *Ch. Willems*. Köztudomású a *végbél-amputációk* után beálló azon nagy hátrány, hogy a bélsár nem tartható vissza. Az alkalmazott záró készülékek semmi haszonnal nem járnak. Az újabb technika nem volt képes az ily szerencsétlen egyéneknek segíteni, kik ily állapotban *végbél-előesésnek* nagyon ki vannak téve. De a szakférfiak nem is tettek kísérletet sem; csupán *Delorm* volt az, ki egy esetében, hol a mesterséges végbél 5 cm. hosszú volt, *Emmet*-féle *colporrhaphiához* hasonló műtéttel próbálta az incontinentia alvit javítani, de az összes varratok szétváltak, előesés következett be. Szerzőt tulajdonképen *Hacker* eljárása indította a kutatásra, ki *gastrotomiánál* a gyomornedv folytonos lefolyását a *musculus rectus abdominis* rostjaiból képezett sphincterrel szüntette meg. Ehhez hasonlóan — állítja szerző — a *m. glutaeus maximus* izomrostjait lehetne jól kihasználni, midőn ugyanis a *végbélet* a *sphincterrel* együtt egy perinealis metszéssel el-távolítottuk, a beteget húgykövetszési helyzetbe hozzuk s a tuber ischii felett ferdén ki- és felfelé 5—6 cm. hosszú metszést vég-zünk. Ezen metszés parallel fut a *m. glutaeus max.* rostjaival. Most *vájt sondával vagy pincetel az izomrostokat tompán mintegy 1 újj-nyíra szétfejtjük s a bél végét ezen át lehúzza a külső bőrhöz varr-juk*. Ha a végbél-amputatio magasan történt s így a lehúzás pl. a *Kraske*-féle methodusnál is a tuber ischiig lehetetlen, úgy a jobb keresztesont szélénél végezzük a külső bemetszést. Szerző ezen operatiót egyelőre — anyag hiányában — hullán végezte s állítja, hogy ha az ily készített *végbélnyílásba* *újrat beledugta, egész hatá-rozottan érezhette mindig a muscularis gyűrű összehúzó képességét*. Methodusát ajánlja azon szakférfiak figyelmébe, kiknek épen esetük s alkalmuk van ezt végezni. (Cbl. für Chir. 1893. máj. 13. Origin.-Mittheilung.)

R—ch dr.

Veserepedés gyógyult esetének leírását közli Mynter. Az egyén, kiről az eset szól, két vasuti koci közé került; ily körülmé-nyek különösen azok, melyek *vesesérülést* okoznak. S ha ily alkalom-kor a sérülés nem gyorsan halálhozó, úgy a vese arteriainak elszakadása folytán beálló elvérzés lehet veszélyes, ha azonban ez sem következik be, úgy a vérömleny tályoggá válhat s okozhat kellemetlen dolgokat. Szerző ily esetekben a *haematuriát* nem tartja a diagnózisra nézve fontosnak, mert az urether nemcsak hogy el lehet dugulva, de szét is szakadhatott. A kórisme pontosságának megállapítása céljából — hogy nem sérültek meg a *máj, lép* vagy a *belek* — szerző minden esetben szükségesnek tartja a sérült helynek *operatív úton való szabaddá tételét*, már csak azért is, hogy akár edénylektetés, akár tamponálás által a vérzést megállítsuk, s ha a szükség úgy hozza magával *nephrectomiát* végezzünk. Ezek oly szabályok, melyeket ma a sebészet megkíván. Ily principiumok

vezérelték szerzőt is, midőn esetében a sérülés utáni 4-dik napon műtői beavatkozást végzett. A bemetszés után egy az alsó részében teljesen szétroncsolt vesét talált s körülötte hatalmas vérömlenyt. A műtétnél újlag beállott nagy vérzés miatt a vérömlenyt okozott edényt nem találhatta fel, sőt sietett a sublimattal való alapos desinfectió után az ürt tamponálni s a műtétet befejezni. A nagy vérzés miatt az azonnali nephrectomiáról le kellett mondania. A további lefolyás oly kedvező volt, hogy nem volt szükség semmi további beavatkozásra. A véres vizezés a műtét napján megszűnt. Fistula visszamaradás nélkül, teljes gyógyulás következett be. (Cbl. f. Gyn. Nr. 20.)

R—ch dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

Eclampsia ellen morphiumot alkalmaz Krauz úgy a terhesség mint a szülés alatt. 17 így orvosolt esete közül csupán 2 végződött halállal; itt is egy esetben uterus ruptura, másikban bicusp. insuff. volt jelen. A született gyermekek közül 4 halt el, ezek közül 2 esetben a morphium káros hatását határozottan ki lehetett zárni. A morphium hatását a göresös rohamok megszüntetésére elég gyorsnak és kitűnőnek találta. Néha egy adag, 3 centigm., elegendő volt a rohamok megszüntetésére. Az első adag mindég 3 centigm. volt, melyet 9 óra alatt 9 centigm.-ig emelt; egy esetben, hol súlyos tünetek voltak jelen, 2 óra és 25 p. alatt felment 0.095 gm.-ig a legjobb eredménnyel. (Münch. med. Wochenschrift. 1893. jul. 11.)

r. l. dr.

Kéthónapos petét mutatott be Giulini Paul a nürnbergi orvosegyesületben, melyben egy egyhónapos embryo feküdt. Ez úgy történhetett, hogy a pete az embryo elhalása után tovább növekedett. Az embryo erősen meg volt görbülve, úgy a szemeket, mint a fülkagylót világosan ki lehetett venni, a végtagok csak nyomokban voltak. A pete egy 25 éves nőtől származott, kinél junius 7-dikén volt az utolsó menstruatio. Szeptember 4-dikén a nő erősen megijedt, s 5-dikén erős vérzése lépett fel s szeptember 6-dikán távozott el a pete. Előadó összehasonlítva a petét az embryoval, azon következtetést vonja le, hogy az ijedtséggel ugyan összefüggésben lehetett a pete eltávolodása, de az embryo halála nem. A foetus szerinte előbb halt el. (Münch. med. Woch. 1893. jul. 11.)

r. l. dr.

Gyermekegyógyászat.

A csecsemő szervezetének vasfelvétele. Megbízható aly-sisekből tudjuk, hogy a legtöbb tápszerben több vas van mint a tejben. Ez Bungenek annál is inkább feltűnt, mivel a tejben minden más szervetlen tápanyag épen olyan arányban van jelen, a milyen arányban arra a csecsemőnek növéseire szüksége van; ellenben a tej hamujában 6-szor kevesebb a vas, mint a csecsemő hamvában. Ezen látszólagos ellenmondásnak megoldása az, hogy a csecsemő születésekor akkora vaskészlettel rendelkezik, mely elegendő szöve-teinek felépítésére, és a mely azon pillanatban merül ki, a mikor a kizárólagos tej táplálék mellett vasban bővelkedő táplálékot is kap. Ennek bebizonyítására Bunge fiatal tengeri nyulak és tengeri malacok hamujának vasfoglalatját határozta meg. A tengeri nyulak az első két hétben kizárólag tejjel táplálkoznak; a negyedik hétben gyomrukban túlnyomólag növényi táplálékok találhatók. Közvetlenül a születés után ezen állatok 100 gm.-jára 18.2 mgm. esik; az első nap végén 13.9 mgm.-ra süllyed, a 7-dik napon 6.0, a 11-diken 4.3, a 24-diken 3.2 mgm.-ra. A negyedik hét tehát az az időpont, a mikor a vaskészlet elfogyott. A növényi táplálékokkal arányosan növekszik a test vasfoglalata: a 35-dik napon 4.5 mgm., a 74-diken 4.6 mgm.

Egészen másképp áll a dolog a tengeri malacoknál, a melyek már az első napon növényekkel táplálkoznak és a következő napokon a tej már csak alárendelt szerepet játszik a növényi táplálékok mellett. Ennek megfelelőleg a tengeri malacok vaskészlete születésükkor igen csekély. Ez 6 órával a születés után 6.0 mgm., 1 1/4 nap múlva 5.4 mgm.-ra süllyed és a következő napokon 4.4—5.2 mgm. között ingadozik.

Ha az ember a fiatal tengeri nyulakat a csecsemő kor lefor-gása után is kizárólag tejjel táplálná, akkor ezek bizonyára anaemiások lennének. Ezekből ama gyakorlati szempontból nagy fontosságú tanulság vonható le, hogy a csecsemőkor letelte után gyermekeknek, valamint anaemiás felnőtteknek étrendjében a tej

nem foglalhat el valami elsőrangú helyet. Jó vasas táplálékunk ajánlja Bunge a tojás sárgáját, a melynek vasvegyülete könnyen felszívódik és assimilálódik, míg ez a haemoglobin vasáról (hús) épenséggel nincsen bebizonyítva. (Zeitschrift f. physiol. Chemie. Bd. XVI. 3. — Jahrbuch f. Kinderheilk. XXXV. 3.)

W—dt.

Fogzás okozta pseudomeningitis érdekes esetét közli Concetti. Egy családban az első, eddig egészséges gyermek 11 hónapos korában láz, hányás és hasmenés tüneteivel megbetegszik; ezekhez csakhamar göresök, váratlan felkiáltások és sopor csatlakoznak, 20 nap múlva pedig a gyermek meghal. Fogai nem voltak, de a duzzadt és elszintelenedett foghúson át ki voltak tapinthatók. A második gyermek 13 hónapos korában egészen hasonló tünetekkel betegedett meg és 9 nap múlva elhunyt. A harmadik gyermek (kit szerző maga kezelt) az első életévének végén a következő kórképpel betegszik meg: 39.5° fokú láz, hányás, hasmenés, convulsiók, szűkült mozdulatlan szembogarak, kancsalság és collapsus. A foghús duzzadt és fájdalmas. Szerző a négy középső metszőfog borító foghúst bistourival felhasította, mire az említett tünetek azonnal eltűntek, csak a hasmenés tartott még néhány napig. Minden többi tejfognál ismételni kellett az operációt, mert mindegyik-nél ismétlődtek ugyanazon tünetek, bár kisebb fokban. A gyermek most 7 éves és egészséges. A negyedik gyermek fogzása egészen hasonló lefolyású volt. (Archivio ital. di Pediatria 1890. 211 l. — Jahrb. f. Kinderheilk. XXXV. 3.)

W—dt.

Újszülöttek csecsmirigyének tályogjai. Néhány nappal a születés után a legtöbb újszülöttnél a csecsmirigyek többé-kevésbé megduzzadnak. Tejszerű folyadék elválasztása indul meg, mely 2—3 hét múlva megszűnik. E váladék képződése sohasem jár lázzal. Néha e folyamat átlépi a physiologiai határokat és genyedés támad, tályog fejlődik. Ez nem közömbös, mert metastasisok jöhetnek létre és a gyermek belehal, vagy pedig az emlőbimbó, vagy maga a csecsmirigy a későbbi szoptatásra alkalmatlanná lesznek. A tályog sokszor helytelen kezelés (kiszopás, miközben a szájából a tejútak fertőzhetnek, contusio stb.) folytán jön létre. A csecsmirigy ama physiologiai duzzadásának kezelése tehát minden izgalomnak és sértésnek a mirigy-től való távoltartása legyen. (Revue mens. d. maladies de l'enfance 1892. april. — Jahrbuch f. Kinderheil. XXXV. 3.)

W—dt.

Apróbb jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Vesevérzés** eseteiben jó eredménnyel használta Giovanni a következő összetételű labdacsokat: Rp. Extracti physostigmat. 0.40; Ergotini 2.0; Extracti gentianae qu. s. ut fiant pil. Nr. XX. Az első napon 2 labdacsoat kell bevenni, azután pedig naponta egygyel többet, míg a kívánt hatás jelentkezik, vagy a beteg már nem tűri. (Bulletin général de thérapeutique, 1893. jun. 8.)

2. **Trigeminus-neuralgiák** eseteiben kedvező eredményeket ért el Laurier phosphorsavas natrium bőr alá fecskendezésével. A következő oldatot használja: Rp. Natrii phosphor. 2.0; Aquae laurocerasi 100.0. Az első napon egy köbcentimeter fecskendezendő be, a 2. és 3. napon 2 köbcentimeter, a 4. naptól kezdve pedig 3 köbcentimeter mindaddig, míg gyógyulás következik be. (Deutsche medic. Wochenschrift, 1893. 25. sz.)

3. **Égési** sebek gyógyítására nagyon ajánlja Bidder a thiol. Használata nagyon egyszerű: a sebeket és környéküket beecseteli az ember 50%-os vizes thyolum liquidum oldattal és azután befedi vastag réteg közönséges, nem zsirtalanított puha gyapottal és az egészet kötővel megerősíti. Használható a thiolum siccum is salicyl- vagy bórsavval keverve behintésre; a behintett helyek azután vaselines vászondarabkával vagy gyapottal befedendők. A sebeket aseptikusan vagy antiseptikusan kell kezelni, azaz vigyázni, hogy a hólyagokba felemelkedett epidermis épségben maradjon; ha azonban az epidermis már hiányozna, a genyedt felület előbb desinfectiálendő. Két vagy három ilyen kötés alatt második—sőt harmadfokú égések is meggyógyulnak. Különösen kiemelendő az eljárás erős fájdalomcsillapító hatása. (Langenbeck's Archiv, 43. k.)

4. **Görvélyes mirigyekbe** jó eredménnyel fecskendez Reiboul kámfornaphtholt. Minden 8 napon 2—10 cseppet juttat a beteg helyekbe. Kellemetlenségekkel nem jár ezen eljárás, csupán a befecskendezés helyén képződik egy kis duzzanat. Ezen orvoslásmód hosszabb időn keresztül folytatandó. (Deutsche medic. Wochenschrift, 1893. 24. sz.)

TÁRCZA.

Uti jegyzetek.

Genersich Gusztáv dr.-tól.

(Folytatás.)

IV. *St. Josef-Kinderspital*. (IV., Kolschitzkygasse 9.) Egyike a legrégibb gyermekkórházaknak. 1842-ben nyílt meg 12 ágygyal 2 bérházban, melyek helyén épült a mostani kórház. Igazgatója Heim dr. által 1892-ben kiadott 50 éves történelme híven tárgyalja a kegyadományokból akadályokkal és aggályokkal erőssé fejlődött intézmény egyes korszakait. A kórház egyik hibája többszörös átalakítás és hozzátoldás, e miatt a gyermekkórházak közt beosztás dolgában meglehetősen hátul áll. A főépületben van a 28 ágyra berendezett sebészeti, a 20 ágyas belgyógyászati osztály, valamint az ambulatorium, míg a fertőző betegek osztályai az elkülönítő szobákkal az épület bal szárnyában van elhelyezve, hová külön lépcső vezet. Az udvaron külön áll a hullakamra és bonczhelyiség és az imaház. De hiába különítik el a falak a ragályos betegeket és halottakat, a 3 secundarius, ki minden osztályon kénytelen működni, talán maga is széthordója a ragálynak, az itt alkalmazott ápoló nővérek is sokszor közreműködnek, hogy az egyik bántalom-ból kigyógyult beteg másikba esett és annak áldozata lett.

A diphtheriás osztály az elkülönítő szárny II. emeletén van és külön kis műtő-teremmel bir. Itt még a tracheotomia az uralkodó, az intubatiót csak tiszta croup és könnyebb larynx-diphtheriáknál végzik.

A betegforgalom 100 ágyon 900 fekvő beteg és 12,000 ambulans. A beteganyagot illetőleg ki kell emelnem a ragályos betegek nagy számát (évenként 500 körül).

Múlt évben diphtheria ellen menthol próbáltatott nem jobb és nem rosszabb sikerrel, mint az eddigi szerek. A toroköblögetések erősebb kalium hypermanganicum-oldattal történnek. Az intézet sebésze Dlauhy dr. kezdődő coxitiseknél erőszakos nyújtást gyakorol állítólag jó sikerrel. Az intézet boncznoka Weichselbaum tanár, ki a bacteriologiai vizsgálatokat (melyekre a kórház csak részben berendezett) saját intézetében végzi.

Meg kell említenem, hogy e kórház a Biehler-féle alapítvány átvételével arra a szerepre is vállalkozott, hogy gyermekápolónőket is képez, kik ott rendszeres elméleti és gyakorlati tanításban részesülnek. Jelenleg évenként 8 ilyen tanoncz kerül ki. E berendezés nem mutatkozik magára a kórházra valami előnyösnek, mert mi sem becsesebb, mint állandó, régi és megbízható ápolónők.

V. *Kronprinz Rudolf Kinderspital*. (III., Schlachthausgasse 1.) Majdnem 1 órai szekerezéssel a tramvay-on jutunk a város szélén fekvő, csinos külsejű kórházhoz. Előtte már a Prater széle terül el, úgy hogy a vágóhíd és számos gyár közelsége dacára ennek a kórháznak van a legegészségesebb fekvése.

Az intézet 90 ágyra van berendezve, belgyógyászati és sebészeti osztály a főépületet foglalják el, melynek egyik sarkában van a diphtheriás osztály is 5 ágygyal. Új alapítvány folytán tavaly egy skarlát-pavillon készült, hol az elkülönítés már szigorúbban van végrehajtva. Előre jelzett, tehát ismert esetek külön bejáraton jutnak a pavillonhoz, külön ápolónők vannak a betegek mellé rendelve, a mosás külön végeztetik kellő előzetes desinfectio után, az ételeket egy ablakon keresztül tolják be. Itt láttam a gummi-ajtókat alkalmazva, melyek a 2 szoba közti ajtórest hermetice elzárják. A főépület üveges verendája csak külső dísznek szolgál, mert délnek fekve nyáron nagyon meleg, télen pedig ki nem fűthető.

A forgalom 90 ágy mellett elég csekély, t. i. 500 beteg, az ambulancia évenként 10,000. A kórházban ápolat bántalmak között itt is a ragályos betegségek dominálnak súlyosság, gyakoriság és nagy halálozási arány tekintetében.

Az intubatiót 1892 óta üzik, de a tubust hosszabb ideig hagyják benne, többnyire 48—72 óráig és decubitust így is csak ritkán alkalmaznak, de másfelől nem kezdik minden laryngostenosissal a beavatkozást az intubációval, ezt bizonyítja az intézet 1892. évi statisztikája, mely szerint 40 kezelt gyermek közül csak intubációval kezeltetett 12, csak tracheotomiával 15, intubációval és tracheotomiával 13. Az I. tracheotomiát súlyos torokdiphtheriáknál vették elő.

Tanítás nem folyik e kórházban, laboratorium épen csak a legnagyobb szükséglet kielégítő.

VI. *Lebenswarth-Kinderspital*. (VI., Liniengasse 19.) A homoeopathikus gyógy mód fejlesztését célzó intézet 1878-ban épült 32 ágygyal és tisztán homoeopathikus elvek szerint kezeli betegeit. Mi modern orvosok sokkal kevésbé ismerjük a homoeopathia alapelveit, mintsem hogy traditionalis lenézésünk mellett ítéletet hozhatnánk, másfelől meg vagyunk győződve, hogy oly minutiosus adagokkal, milyenekkel a homoeopathák gyógyítanak, semmiféle hatást nem érünk el oly szereknél, melyeknek nincs accumulativ hatása, vagy a melyek gyorsan távoznak a szervezetből. Ezért tartózkodom minden kritikától, hanem constatálom, hogy mióta az intézetnek hivatalos sebésze van, a bizalom ismét nagyobb.

VII. *Allgemeine Poliklinik*. (IX., Mariannengasse.) Az 1872-ben alakult poliklinika oly hírnévre örvendett, sok oly kitűnő erőt egyesít magában, hogy haladása évről évre szembetűnőbb lett, s idővel vagyunk is annyira összegyűlt, hogy ma saját díszes homlokzatú háromemeletes házban honol. Ezzel egyetemben a poliklinikai tanároknak egy régi vágya is részben teljesedett, mennyiben a poliklinikával kapcsolatban kórház is épül. Egyik szárnya már kész, 86 ágyat fogad be, ez a tulajdonképeni gyermekosztály, de egyelőre kénytelen felnőtt betegekkel megosztani a helyet, így Monti tanárnak egyelőre csak 2 kórterem és egy játszó helyiség jutott. Berendezést illetőleg ez osztály paediatricus szempontból Bécsben a legújabb látnivaló. Az ambulancia, melyen délelőtt Monti tanár, délután Frühwald docens rendel, a főépületben tartatik külön e célra épült helyiségben. Benyitva a városzobába lépünk, melyben deszkafalakkal váró és elkülönítő fülkék vannak az előadásra szánt beteg számára. Egyenesen haladva egy közép-nagy, világos szobába jutunk, ez szolgál rendelésre. Két asztalon rendelnek egyszerre, de én úgy vettem észre, egyik rendelő orvos zavarja a másikat. Az előszobából jutunk tovább a tanterembe, mely azonban nem egyéb, mint egy új, tágas és világos szoba, csak a kipárnázott asztal és egynéhány sor székek jelzi rendeltetését. A beteganyag az osztályon még csekély, az ambulancia az átköltözés miatt megcsappant. Monti tanár a legtöbb gyermeket saját költségére veszi fel és az ambulansok receptjeit fizeti.

Néhány érdekesebb esetet láthattam, többek közt egy diabetes insipidust, mely kizárólagos tejkúrára tartósan javult, úgy hogy vizeletmennyisége, mely azelőtt 5000—6000 volt, 1000—1600-ra szállott alá.

Egy másik gyermeknél egy chronicus peritonitis tuberculosa miatt laparotomiát végeztek. A folyadék teljesen kibocsátatott, a láz elmaradt, testsúly gyarapodott, de most ismét gyűl a folyadék és az eset recidiválni látszik.

Megemlítek egy csücsi pneumoniát, nem annyira azért, mert rendellenesen folyt le, eleinte agyi tünetekkel járt, hanem mert Monti a leukocyták szaporodását a pneumoniára nézve jellegzőnek tartja és vele támogatja a diagnosist. Azon számok után indulva, melyek a hallgatóságnak nyilvánosan felolvastattak, a leukocyták tényleg az infiltratio befejeztéig szaporodtak, azután hirtelen esökkenést mutattak.

Monti cursusait akként szokta tartani, hogy először előad, azután az ambulatoriumra fenntartott érdekesebb betegeit demonstrálja, végül az osztályra vezeti hallgatóit. Ott tartózkodásom alatt egy igen fontos és érdekes tárgyról beszélt: a csecsemők természetes és mesterséges tápláltságáról a 2. életév végéig. Monti nemcsak irodalmilag szerzett érdemeket a csecsemők gyomor- és bélbántalmainak leírásával, de nevezetesen arról is, hogy nagyon jó, praktikus és főként a gyomor- és bélbántalmak terén a jelzett themáról csak az tarthat tanulságos előadást, ki mint Monti a teoriát és praxist össze tudja egyeztetni, és a theoretikus feltevéseket praktikus mértékkel méri. Monti kiemelte azon visszaéléseket, melyeket a mesterséges tápanyagokkal üznek, rátaolt káros befolyásukra, de egyúttal körülvonalozta azon javakat, melyek megtartásával azokat nagyon jó sikerrel adagolhatjuk. Rámutatott a sok téves nézetre, mely a nyújtandó tápanyagok megválasztásában uralkodik, hogy a szülők sokszor az ellenkező hatást látják a tápszerrel, mint a milyent gondoltak, mert a nekik javasolt „erősítő” hús és tojás etetés mellett a gyermek vérszegény és rhachitikus lesz.

Monti irt a croupról és diphtheriáról még abban az időben, midőn e tárgy még nem volt annyira szönyegen mint most. I. kiadása méltó feltűnést keltett.

(Vége következik.)

Heti szemle.

Budapest, 1893. július 27-dikén.

A cholera állása. A continens különböző országaiban ez idén feltűnt cholera-eseteket eddig az jellemzi, hogy többnyire csak elszórva mutatkoztak, a hol járványok fejlődtek is, úgyszólván szűk térre szorítkozva, helyhez kötve maradtak, mely körülmények a mellett látszanak szólni, hogy ez esetek a múlt évről visszamaradt és áttelelt fertőző anyag újra kikelésének és helyi-el-közzel újra felszaporodásának következményei. Ha ezen recrudescáló cholera-járványok általában véve szelíd természete miatt, úgy látszik nagyobb veszedelem nem is fenyegeti világrészfünk, nagy kérdés, vajjon sikerül-e megakadályozni azt az újabb invasiót, a mely kelet felől ismételtelen fenyeget.

A mekkai zarándokok között az újabban érkezett tudósítások szerint még nagyobb a veszteség az emberi életben, mint múlt heti közleményünkben jeleztük. Az idej mekkai zarándokok számát 135,000-re teszik, úgy hogy Mekka és környékének lakóival együtt 200,000 vagy 250,000-re tehető a muzulmanok szent városában összegyűlték száma. Ezek közül az elmúlt két hónap folyamán 15,000 embernél több pusztult el cholera-ban, minek okát nagyrészt abban keresik, hogy Törökország Arabiában a hygiene egyszerűbb kivánalmainak sem tesz eleget. E zarándoklat mostan vonul vissza Európa felé a Suez-csatornán és a cholera legelőbb Egyiptomot s onnan Európát fenyegeti. Az egyiptomi kormány éberén áll őrt az invasio ellen. Minden egyes visszatérő zarándok-csapatot, melyben cholera-megbetegedés fordul elő, 15 napi vesztég-zár alá helyez, mely egyes esetekben meg is hosszabbíttatik.

Oroszországban bár nem valami hevesen, mégis növekedőben van a baj. A járvány főfészke Podolia, a hol a július 22-dikéig terjedő hétről 309 esetet jeleznek 90 halállal; Orelben szintén nőtt az esetek száma: 90 eset 41 halállal; Bessarábiában 26 eset volt 8 halállal; Saracoff, Viatka, Kurik, Tula, Kherson és Tobolik szintén kisebb járványok székhelyei. Moskauban szintén terjed habár kis mértékben a baj. Szentpétervár eddig még ment a betegség-től, de a legnagyobb mértékben megteszik ott a lehető óvó intézkedéseket a baj kikerülésére.

Magyarországon a Szatmár-, Szolnok-Doboka- és Bereg vármegyékben előfordult choleraszerű esetek eddigéig, legalább úgy látszik, egészen elhalva maradtak. Az elmúlt hét folyamán alig mutatkozott már néhány eset a megyékben.

Olaszország északi részének néhány helyiségében szintén fordultak elő cholera-esetek. **Trevigionóban** (Lombardia) egy Franciaországból oda utazott egyén halt meg. A milánói kórházban július 8-dikán halt meg egy egyén ázsiai cholera-ban.

Galicziában szintén mutatkozott egy cholera-gyanús eset **Sanokban**; hivatalosan azonban megczáfolták, hogy ázsiai cholera lett volna.

Franciaországból kevés tudósításunk van. A német császári egészségügyi hivatal tudósítása szerint **Herauld** megyében május közepétől június 25-dikéig Cettében 39, Montpellier-ben 35, Beriersben 5, Lunelben 20, Florensacban 20, Agde és Viasban 12, és 21 egyéb helyen, összesen 51 cholera-haláleset jött elő. Több cholera-eset fordult elő olyan hajókon is, melyek a francia kikötőket érintették.

St. Louisban (Senegal) a cholera meglehetősen pusztítja különösen a bennszülötteket. Július közepe táján naponként állítólag 26 cholera-haláleset fordult elő.

A kereskedelemügyi m. kir. minjster f. évi 52,992. sz. alatt a cholera-nak déli Franciaországban való terjedése következtében a következő rendeletet adta ki valamennyi nyilvános forgalmi gőzmozdonyú vasútnak és hajózási vállalatnak, valamennyi posta- és távirda-igazgatóságnak, valamennyi posta- és távirda-hivatalnak, végül a flumei m. kir. tengerészeti hatóságnak.

Mint hogy a cholera-járvány déli Franciaországban oly mértékben terjed, hogy annak hozzánk való behuzolhatásától is kell

tartani, a pénzügyministerium vezetésével megbízott m. kir. ministerelnök, a m. kir. belügyminister és a földmívelésügyi m. kir. minister urakkal egyetértőleg a cs. kir. osztrák kormány nyal a lyoni öböl francia kikötőiből és az ezekkel határos Hérault és Gard megyéből származó következő árúknak behozatalát ezennel *megtiltom* ú. m.:

1. fehérnemű használt, tisztítatlan állapotban, használt ruhanemű (használt lábbelit ide értve), továbbá használt ágynemű.

A mennyiben ezen cikkek úti podgyásként vagy a lakhely változtatása miatt költözködési ingóságokként szállíttatnak, a határ átlépése alkalmával, illetve a rendeltetési helyen egészségügy-rendőri vizsgálatnak és esetleges egészségügy-rendőri elbánásnak vannak alávetve;

2. rongyok. E tilalom alól kivételnek:

a) oly rongyok, melyek hydraulikus erővel összesajtoltva, mint a nagykereskedelem áruí vasabroncsokkal zárt bálókban kerülnek szállításra, ha hatóságilag elismert származási jelekkel és számokkal vannak ellátva,

b) új hulladékok, melyek közvetlenül fonó-, szövő-, szabó- és fehérítő-műhelyekből kerülnek a forgalomba, mügyapjú (choddy) és új papirhulladékok.

A most felsorolt és a behozatalból kizárt cikkek *átvitel* csupán azon kikötéssel van megengedve, ha hatóságilag igazoltatik, miszerint a szomszédos külföldi államban, melybe át kell szállíttatniok, be-, illetve átvitelük meg van engedve, és ha teljesen elkülönítve oly módon elzárva térben szállíttatnak, miszerint minden kezelés az átvitel alatt ki van zárva.

Jelen rendeletem kézhezvétele napján lép életbe.

Budapest, 1893. július hó 21-dikén.

Lukács, s. k.

Adakozások a Semmelweis-emlékre:

Fodor József dr. tanár Budapesten . . .	10	frt
Árkövi József dr. tanár Budapesten . . .	3	"
Grün Miksa dr. körorvos Nagy-Szöllös . . .	1	"

Vegyesek.

Budapest, 1893. július 27-dikén. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1893. július 9-től július 15-ig terjedő heti kimutatása szerint e héten élve született 372 gyermek, elhalt 268 személy, a születések tehát 104 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 3, ronesoló toroklob 10, hökhurut 1, kanyaró 9, vörheny 1, typhus abdominalis 1, egyéb ragályos betegségek 5, agykérlob 8, agyvérömleny 3, rángások 8, szervi szívbaj 9, tüdő-, mellhártya- s hörglob és höghurut 38, tüdőgümő és sorvadás 53, bélhurut és béllob 56, carcinomata et neoplasmata alia 8, méhrák 3, Brighth-kór és veselob 5, angolkór —, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 17, aszkór, aszály és sorvadás 4, aggkór 8, erőszakos haláleset 13. A fővárosi köz-kórházakban ápolatott e hét elején 1928 beteg, szaporodás 678, csökkenés 684, maradt e hét végén ápolás alatt 1922. — A fővárosi tisztí főorvosi hivatalnak 1893. július 16-tól július 22-ig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 8 (meghalt 1), himlőben 1, bárányhimlőben 9 (meghalt 1), vörhenyben 17, kanyaróban 76 (meghalt 6), ronesoló toroklobban 35 (meghalt 5), torokgyíkban 5 (meghalt 5), trachomában 19, hökhurutban 27, orbáncban 10.

— **Bakteriologiai intézet** a belügyministeriumban. Mint halljuk, a belügyministerium közegészségi osztályával kapcsolatban bakteriologiai intézetet rendeznek be; a berendezés már annyira előhaladt, hogy az intézet működését pár hét múlva megkezdheti.

— **A római nemzetközi orvosi congressus** végrehajtó bizottsága meghívó körlevelet bocsátott ki az orvostanulókhoz is. Az orvostanulók, ha az elnökségnél jelentkeznek, részvételi díj nélkül látogathatják a congressus előadásait és a mérsékelt utazás kedvezményeiben szintén részesülnek.

△ **Kovács József** tnr.-t 6 Felsége a király az igazságügyi orvosi tanács elnökévé újabb három évre kinevezte.

△ **Füzdőink személyforgalma.** *Herkulesfürdő* (VII. 23.): 3717; *Alsó-Tátrafüred* (VII. 18.): 862; *Korytnicza* (VII. 24.): 870; *Vihnye* (VII. 20.): 708; *Tátrafüred* (VII. 21.): 1829; *Bártfa* (VII. 15.): 1235; *Buziás* (VII. 19.): 983; *Új-Tátrafüred* (VII. 19.): 706; *Alsó-Tátrafüred* (VII. 21.): 982; *Csiz* (VII. 26.): 303.

○ **Högyes Ferencz** dr., gyermekorvos, f. évi augusztus 1-étől kezdve Vámbáz-körút 9. sz. I. emeletre költözik.

— **Lakásváltoztatás.** Az Orvosi Hetilap szerkesztősége és kiadó-hivatala f. évi augusztus hó 1-étől Vámbáz-körút 9. sz. II. emeletre teszi át lakását.

Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és illői-úti kórházban 1893. július 20-tól egész július 26-ig ápolott betegekről.

1893.		Felvett			Elbocsátott			Moghalt			Maradt			Az ápoltak közül			
		beteg			gyógy.			beteg			beteg			a Rókusban			
		férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	beteg	szülendő	heveny fertőző	az állói-úti kórházban
Julius	20	53	37	90	41	29	70	4	4	8	939	912	1851	897	66	39	849
"	21	30	26	56	48	30	78	2	—	2	919	908	1827	893	65	40	829
"	22	43	36	79	42	56	98	1	4	5	919	884	1803	879	66	35	823
"	23	39	36	75	38	23	61	—	1	1	920	896	1816	878	65	41	832
"	24	61	39	100	40	47	87	3	2	5	938	886	1824	860	66	45	853
"	25	56	44	100	24	28	42	1	1	2	969	901	1870	872	69	51	878
"	26	46	42	88	49	37	86	7	2	9	959	904	1863	871	65	49	878

Szt.-Lukácsfürdő Budapest (Buda). Meleg és langyos kénforrások. Téli és nyári gyógyhely. Az iszapfürdő, egy 840 □-méterre terjedő meleg forrástól, 45—60° C. Rheumatikus bajok, ízületi csúsz, izomcsúsz, csontthártyalob, syphilis, ischias és a legkülönbözőbb bőrbajok ellen. Nagy-Vöslai női és úri uszodák, vérképződési bajok, anaemia, sápkór, neurasthenia, bizonyos bőrbetegségek és főleg idegbajoknál. A Szt.-Lukácsfürdő Nagy-Szállodában kényelmes lakások és kitűnő ellátás. Fekvés keletnek, személyvonó (Lift), massage és villamos gyógykezelés. Kő- és kádifürdők, női és úri gőzfürdők. Rendelő főorvos: Bosányi Béla dr. „Szt.-Lukácsfürdő” részvény-társaság.

Dr. Dollinger Gyula

TESTEGYENÉSZETI ÉS SEBÉSZETI

INTÉZETE

Budapest, VII., kerepesi-út 52.

29



Védőj egy

Univ. med. Dr. PÉCSI DANI 28

nyilvános

TEHÉNHIMLŐ - TERMELO INTÉZETE

Túrkevény (Jász-Nagykun-Szolnokmegye)

tömeges oltásokhoz, jó és biztos hatókonságú oltó-anyagot, a következő rendkívül alacsony áron szállít:

50 egyénre	3.—
100	6.—
1 phiola 2—3 egyénre	—60
10 vagy több ilyen phiola á.	—50
1 phiola 15 egyénre	2.50

Bártfa gyógyfürdő

Dr. HINTZ HENRIK bécsi kórházi volt I. osztályu másodorvos, fővárosi nő- és gyermek-gyógyász 11

Budapest, I. ker., úri-utca 10. szám
az idén is mint már évek óta tisztí fürdő-orvosként működik Bártfa-fürdőn.

Dr. HERCZEL heidelbergi egyetemi m.-tanár

Sebészeti Sanatoriuma.

Sebészeti és nőgyógyászati magánintézet. 27

Budapest, VI. ker., Felső erdősor 5. sz.

Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. Mérsékelt árak. — Rendelő órák: 9—10 és 1/2 3—4-ig; szegényeknek d. e. 8—9-ig. — Kívánatra prospectus

Dr. Grünwald sanatoriuma

nők számára.

Budapest, VII. ker., városligeti fasor 15. sz.

(A király-utcai villamos vasút mentén.)

Minden comforttal ellátott magánygyógyintézet. Két teljesen aseptikus műtőterem, sterilizáló-, műszer-, altató- és vizsgáló szobák, fürdők, Thurtfield-féle gőzdesinfector, tágas folyosók, társalgó-terem stb.; kitűnő ventiláció; árnyas park. Gyógykezelés bármely professor vagy szakorvos által. Állandó orvosi felügyelet. Kitűnő ellátás. Telefon. Kívánatra prospectus. 5

Vegyi, górcsövézeti és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUM

Budapest, V. ker., Váci-körút 60. sz. 26

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

Dr. MÁTRAJ GÁBOR, v. egyetemi élet- és körvegytani tanársegéd.

Dr. Kadner Sanatoriuma, Niederlössnitz, Drezda mellett.

Különlegessége: **Étrendi gyógy mód** gyomorbetegségeknél, 11 anyagsere-betegségek, elsődleges és másodlagos táplálkozási rendellenességek és mindennemű belbajoknál. Kényelmes ház, gyönyörű fekvés, olcsó árak, 2 orvos.

Dr. Bácskay Béla

Arad szab. kir. város és Aradvármegye hatóságainak közvetlen ellenőrzése alatt álló engedélyezett

nyilvános tehénhimlő-termelő intézete Aradon.

Szállít egész éven át friss és biztos fogamzására nézve mindenkor előbb kipróbált, saját törzsanyagából termelt eredeti tehénhimlőnyirkot a következő áron:

1 phiolát 3 egyénre 50 krért,
1 phiolát 15 egyénre 1 ft 50 krért.

Tömeges oltáshoz oltóanyagot

50 egyénre 3 frtért,
100 egyénre 6 frtért,
" " 15 adagos phiolákban 7 frtért.

Bérmentes beküldéssel 30 krral több.

Saját találmányú oltóeszköz tömeges oltáshoz, melylyel egy óra alatt 100 egyén sikeresen oltható 1 ft 25 krért. 19

LIPIKI JÓDFÜRDŐ

Egyetlen jódtartalmú hévforrás 64° C.

Augusztus-Szeptember

hónapokban az enyhe éghajlat és védett fekvése miatt gyógyhasználatra igen alkalmas.

Utóévad, augusztus 20-dikától kezdve jelentékeny árengedmény.

Gyógyjavallatok: A gyomor és bélesatorna mindennemű hurutos bántalmainál, esúzos és köszvényes kóralakoknál, görvélykóros és különféle vérbajoknál. 1

Kiváló gyógyberendezések, kiterjedt árnyékos park.

Közlekedés: Pakratz-Lipik (déli vasút) 33% árengedélyvel; Okucsán. (Magyar államvasutak. Zónatarifa.)

KÖZEGÉSZSÉGÜGY ÉS TÖRVÉNYSZÉKI ORVOSTAN.

Szerkeszti FODOR JÓZSEF tanár.

Tartalom: A házi szemét kihordása Budapesten. — Rigler Gusztáv dr.: A cholera bakteriologikus diagnosisa. — Könyvismeret: Novák Endre dr.: A közegészség mint közgazdasági tényező az államéletben — Közegészségügy.

Az országos közegészségi tanács szakvéleményeiből.

A házi szemét kihordása Budapesten.¹

Budapest főváros a házakból kihordott szemetet a balparti (pesti) városrészekben a Cséry-féle vasúti vállalatnak adja át, a mely azt e célra berendezett vonatokon Szent-Lőrinczen túl fekvő pusztákra szállítja s ott földdel keverve trágyázásra használja. A jobb parton (Budán) a szemétkihordást vállalkozónak adta bérbe, a mely a szemetet a várostól kijelölt helyen (a Gellérthegy felől délre eső területen) összehordatja, kikapartatja s azután a várostól megjelölt területeken elteregi s földdel beborítja.

Különösen az utóbbi eljárás hygienikus hátrányai aggodalmat keltettek már magában a fővárosi hatóságban, miért is a belügyminister úr az ügynek hygienikus tekintetben megvilágítása végett véleményadásra hívta fel a közegészségi tanácsot.

A tanács véleménye a következő volt:

A szemét kérdése, valamint egyáltalán a hulladékanyagok eltávolításának kérdése a legnagyobb mértékben megérdemli az egészségügyi hatóságok gondoskodását, mert ama szemét és a hulladékanyagok tisztátalanítói a légkörnek, a talajnak és a víznek, s előmozdítói, gyakran közvetlen okozói fertőző betegségeknek.

Különös figyelmet érdemel pedig éppen a házi szemét, és nem csupán a lerakó helyeken, hanem már magában a háztartásban, továbbá a városból való elszállításban is.

Így jelentékeny egészségi hátrányokkal jár a szemétnak a háztartásokban szemétládákban való meggyűjtése, mert e ládák mindig szennyesek, bűzösek. Valóban jogosult az a törekvés, hogy a szemét a háztartásokban ne gyűjtessék ládába, hanem azonnal égettsék el, a mi technikailag nem kívánna valami terhes, complicált eljárást, kivált ha a tüzhelyeket már a háztartásokban is megfelelő szerkezettel látnák el. Ilyen szemetet elégető házi tüzhelyeket szerkesztettek újabban Leschevits Szt.-Pétervárott, Tupper Londonban és még mások.

És csökkentené a szemétkérdés nehézségeit az is, ha a háztartásokban különválasztanák a könnyen elégethető szemetet s legalább azt égetnék el, és csupán a nehezen égő, nedves, nyirkos, rohadó hulladékot, — zöldséget, baromfi belet stb. — gyűjtenék ládába kihordás végett.

Hátránnyal jár továbbá a szemétnak a szemetes kocsikra kihordása is, mert átürítéskor szerte szórnak port és piszkot. Azért előnyösebb az a rendszer, melyet Kammerer bécsi tisztí főorvos javasolt, hogy t. i. minden háztartásnak két, számozott, fűdött, fémből készült szemétládája legyen, melyet a szemetes kocsi zárva adnak át s helyette visszakapják megtisztogatva az előző napon átadott ládát.

Azután következik az elfuvarozás, a mikor a szemetes kocsi út közben, hosszú, népes utcákon végig folyton hull és felszáll poralakban a szemét, a kocsis erős rázkódásától. Ezt az ártalmat csakis jól záró, fémmel bélelt és nem a most szokásos gyarló szerkezetű szemetes kocsikkal lehetne megszüntetni.

Rohadás, por és bűz terei a szemétkihordók is. Itten károsítva vannak egészségükben a szemétkaparó munkások, valamint a környezet lakossága.

A szemétkaparók legfőképpen a bűz, rohadás, szenny ártalmának vannak alávetve; vajjon fertőzéstől is szenvednek-e az esetleg fertőző betegek lakásából származó szemét útján, nem állapítható meg, mert e szegény munkásnép egészségi viszonyait illetően nem ismerünk megbízható vizsgálatokat és statisztikai adatokat. A fertőzés azonban magától érthetőleg igen valószínű.

Nem szabad mindazáltal ezzel szemben azt sem feledni, hogy a szemétkaparás számos embernek egyedüli kenyérkeresete, a mely munka nélkül az illetők — kik rendesen egyéb, jobb munkára alkalmatlanok — éhezésre, a társadalom megterhelésére jutnának.

Az is figyelembe veendő, hogy a hulladékok nyilván értékes dolgokat is tartalmaznak, mert hisz a bérlők — a munkások eltartásán és saját nyereségükön kívül — jelentékeny bért is fizetnek. Így csupán a budai oldal szemétiért évi 1080 frtot fizetnek, a mikor egyszersmind számba kell venni, hogy a bérlő kötelezve van más helyről hordott földdel, tehát jelentékeny költséggel, a szemetet folyton befűdni és ezenkívül egyéb súlyos és zaklató föltételeknek is alá van vetve a fővárossal kötött szerződésben.

És így tehát a házi szemét elég jelentékeny pénzértéket képvisel.

A környezetre nézve különösen azért alkalmatlan a szemétkihordó hely, mert bűzt, legyet terjeszt, sőt talán — a közelebb eső házakban — fertőzést is, ezenkívül pedig a lerakott szemét szennyezi a talajt s esetleg a vizet. Ezért mindig és mindenütt panasz van a szomszédság részéről a szemétkihordó helyek ellen. Vajjon miképpen áll a dolog e tekintetben a budai oldalon vajjon úgy van-e a kijelölt új lerakó situálva, hogy távol esik háztól, lakástól, azt nem tudjuk megítélni, mert nem találjuk az iratokban pontosan és közelebbről megjelölve a szemétkihordó helyet.

A szemétkihordók egészségi ártalmának csökkentésére javasolják, hogy a szemétkaparás fűdött és zárt bódékban történjék. Ez azonban — a bódék költségét nem tekintve — az azokba bezárt romlott levegő által még inkább veszélyeztetné a kaparók egészségét, habár a környezetre nézve hasznos volna.

Csökkenti a szemétkihordók ártalmát az is, ha a szemetet földdel kellőképpen beborítják, a mint ezt a jelen esetben a főváros szerződése kiköti, a mely elrendeli, hogy a kihordott szemét 48 óránként 15 cm. vastag földréteggel beborítsák. A beborított szemét nem bűdösíti a levegőt s nem szennyezi a talajt ártalmas mértékben, hanem gyorsan értékes trágyává változik, kivált akkor, ha nem gyűjtik halmokba, gödrökbe, hanem földdel befűdés előtt vékonyabb rétegekben elteregetik. A főváros szerződésében az elteregtetett szemét rétegének vastagsága nincsen megállapítva, a mi pótlásra szorul. És még inkább csökkenik a szemétkihordók ártalma, ha a szemetet — vasúton, hajón — messze szállítják el a várostól, ott használják fel trágyául, ámbár ismeretes az is, hogy a városi szemetet — hamujánál s üvegtöredékeinél fogva — nem örömet fogadják a gazdák.

Egyik legfontosabb ártalma azonban a városi szemétnak az, hogy a szemétből kikapart szennyes anyagokat (rongy, papíros, csont stb.) visszahordják a városba, ipartelepekre, feldolgozás, kihasználás végett, s így a tisztátalanságot, rohadó anyagokat megint vissza viszik a városba. E tárgyakat desinficiálni sem lehet, mert ámbár összességükben véve nagy értéket képvisel-

¹ Előadta Fodor József tanácsstag az 1893. április 12-iki ülésen.

nek, mégis arra nem elég értékesek, hogy nagy tömegükre hathatós, drága fertőtlenítő szereket fordíthassanak. És így a szemétkaparással mellett állandóan fennáll a közegészség veszélyeztetése, ámbár másrészt ezt a veszedelmet nem szabad túlságosan nagyra tenni egyrészt a miatt, mert a kiszáradás, elporlás a legtöbb fertőző anyagot megsemmisíti, másrészt mert ama tárgyak a nagy iparba kerülnek, s ott ügyszólván megsemmisíttetnek, mielőtt újjá dolgoztatnak. Jelentékenyen csökkennek ezek szerint a szemétnak egészségi hátránya, ha a kikaparással betiltatják, azonban nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy e tilalom megfosztaná a munkásokat és a bérlőt a keresetüktől, a várost a bérlettől, s egyszersmind a városra róna a szemét befödésének nem jelentéktelen költségét.

Előnyös a kaparással ártalmasságainak csökkentésére a fővárosnak az a rendelkezése is, hogy legalább járvány idejére fenntartotta magának a jogot a kaparással beszüntetésére.

A szemétkaparással helyekre és azok munkásaira, valamint a kikapart anyagokra vonatkozólag ezekben vázolt ártalmakat az előadott módoknál sikeresebben hárítja el a szemétnak központi elégetése. Mindazáltal az elégetés életbeléptetése is komoly megfontolást követel, még pedig nem csupán azért az anyagi veszteséget, a mi a községet (várost) éri a szemétkaparással bérletének elcsúszásával, és nem azért a veszteséget, a mi a munkásokat és a bérlőt éri, a kik munkájuktól és keresetüktől fosztatnak meg, hanem egyéb okokból is.

Igy az ilyen szemétegetőket megvizsgálók és leírók közül többen előadják (pl. *Schlosky* mérnök Berlinben), hogy az elégetésből a környezetre nézve igen kellemetlen bűz támad; továbbá előadják, hogy a szemét csak nehezen ég el, mert nyirkos és kevés magától égő anyagot tartalmaz, úgy hogy szénnel kell fenntartani a tüzet, a mi egy tonna szemétnél körülbelül 1 márkába kerül. A szemét mennyiségét (csupán a házi szemetet értve) *Knauff* nyomán pro 100,000 lakos és év 30,000 köbméterre vagyis megközelítőleg ugyanannyi tonnára becsülve, nyilvánvaló, hogy a szemételegetés igen költséges dolog, és így könnyen megérthető, hogy e miatt állítólag több város már elhagyta az előbb berendezett szemétegetést (*Schlosky*).

Ezzel szemben azonban tény az, hogy Anglia, Észak-Amerika számos városa úgy az utcái mint a házi szemetet elégeti (pl. London, Birmingham, Manchester, Glasgow, Leeds, Bradford, Boston stb. stb.) s ez eljárás ottan egyre terjed. Úgy látszik, hogy az elégetésre való készülékeket is folyton javítják, úgy hogy az a művelet olcsóbbá válik (így pl. az *Eayle-destructoral*), de sőt oly értékes melléktermékeket ad, hogy egyes városokban — pl. *Weyl* szerint Londonban — az elégetésnél nyert hamu, salak értéke nemcsak teljesen fedezi az elégetés költségeit, hanem még hasznos is hajt. Megjegyzendő azonban, hogy Londonban és egyáltalán Anglia és Észak-Amerika városaiban a házi szemétben igen kevés a zöldszennemű, a nyirkos hulladék, ellenben igen sok a bőséges széntüzelésből (a nyílt tűzhelyeken, kandallókban) visszamaradó elégetlen, coke-izált anyag, a mi a szemétnak önmagától való égését ottan magyarázza.

Mindezek szerint ma még vitás, vajjon a szemételegetés technikája képes-e nemcsak a közegészségügyi, hanem a közgazdasági pénzügyi igényeket is kielégíteni, nevezetesen vajjon képes volna-e erre nálunk is.

Az előadottak nyomán a szóban forgó kérdésre nézve véleményünk az, hogy ámbár a fővárostól a kihordott házi szemétre vonatkozólag elrendelt intézkedéseket gondosaknak találjuk, mégis ama intézkedések mellett a közegészségre nézve a szemét által károknak háramlását nem találjuk kizárva. Ennélfogva pedig közegészségi szempontból igen kíváncsiak tartjuk, hogy a főváros komoly tanulmány tárgyává tegye, miként lehetne legsikeresebben a házi szemétnak az előadottakban felemlített egészségi kárait általában elhárítani, nevezetesen pedig tanulmányozza a szemétnak tüzzel való elégetése kérdését, a mikor egyszersmind — véleményünk szerint — ezélszerűen csoportosítható volna a szemételegetéssel a fertőző ruhá- és butorneműeknek, háztartási anyagoknak közegészségi szempontból szintén sürgősen megkövetelt elégetése is,

valamint állati tetemeknek, dögnök is ezélszerű megsemmisítése kérdése.

Az elégetés kérdése mellett tanulmányozandó volna a szemétnak a fővárostól távolabb eső helyekre trágyául elszállítása is.

Végül pedig ajánlatos volna már ez idő szerint a szemétkaparással teljes abbahagyása, feltéve, hogy a kikapart tárgyaknak ipari értékesítése körül a fővárosban hiányok és ártalmasságok tényleg fenforognak.

A cholera bakteriologikus diagnosisa.

Rigler Gusztáv dr., közegészségtani tanársegéd.

Koch R. tollából a „Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten“ című szaklapban terjedelmes közlemény jelent meg „Der augenblickliche Stand der Choleradiagnose“ címmel. Egyrészt az, hogy erről beszélni ma is időszerű, másrészt a nevezett cikkben foglaltak és végre az e téren tett saját tapasztalataim arra ösztönöznek, hogy kimerítőleg ismeressem *Koch* cikkét, s ahhoz pár megjegyzést fűzzek.

Koch közleményének elején hangsúlyozza azt a ma már minden elfogulatlan bakteriologus által is vallott tényt, hogy a cholera-bacillusok elválaszthatatlan kísérői az ázsiai cholérának, s hogy azoknak kimutatása kétségtelenül teszi a betegség jelenlétét. Ismeretes ennél fogva az a fontos szerep is, a mit a bakteriologikus vizsgálat a járványok elején vagy vége felé felmerülő kétes s a lefolyás jóindulata miatt más bajokkal (cholera nostras, gyermek-cholera, a hashártalob némely alakja, arsen-mérgezés stb.) igen könnyen összetéveszthető esetekben játszik. De fontos az azon ismeret miatt is, hogy a cholérából felgyógyultak ürülékében bizonyos ideig életképes cholera-bacillusok mutathatók ki, a kiket tehát mint valóban gyógyultakat, mint a lakosságra nem veszedelmeseket, a kórházakból kibocsátani hiba volna. De mindezek felett áll járványtani szempontból az, ha valamely ivóvízben vagy talajban a cholera-bacillus kimutatható, mert ekkor megfelelő intézkedésekkel a fertőzésnek ezen legveszedelmesebb útja zárható el, s így megakadályozható vagy beszüntethető a cholérának járványvá váló fajulása is.

A cholera-bacillusoknak *Koch* által eredetileg ajánlott kimutatásmódja megbízhatóság szempontjából ma sem hagy kívánni valót hátra oly esetekben, a hol a gyanús anyagban nagy számmal voltak a cholera-bacillusok, mindazáltal még ilyenkor is több, 4—5 nap kellett arra, hogy egyrészt a lemez-kultúrák jellegző kinézése, másrészt az ezekből készített mikroszkopos praeparatuk, valamint a belőlük előállított oltások alapján a diagnosis bizonyossággal legyen felállítható. E hosszú időnek megrövidítése elé gőrdülő akadályoknak legyőzésére már régóta törekedtek a bakteriologusok. Több módosítás bizonyult ezélszerűnek, azonban meg kell vallanunk, ismét csak *Koch*-é az érdem, hogy oly eljárást állapított meg, melynek segítségével a régivel kétszer, sőt háromszor rövidebb idő alatt lehetséges a diagnosis kimondása, s a mely eljárásnak megbízhatósága a legutóbbi cholera-járvány alatt sokszoros megerősítést nyert. Ez pedig a következő:

1. A cholérára gyanús beteg ürülékéből előállított mikroszkopi festett készítménynek az eddigivel sokkal nagyobb fontosság tulajdonítandó. Ha ugyanis a készítményben a jellegző nyálkapelyhek belejutottak, akkor azokban a valódi cholera-eseteknél igen jellegzetes képet látunk. A bacillusok ugyanis itt olyan csoportosulást mutatnak, hogy hossz tengelyük mindnyájánál ugyanazon irányban áll, s így nagy a mikroszkopi képek hasonlósága az állóvízekben csoportosan úszó halrajokéval. Jellemzőnek mondható ez annál is inkább, mert a kifejezett choléránál mindenkor előjön, és ellenkezőleg sohasem volt kimutatható oly egyének ürülékében, kikről utóbb csakugyan kiderült, hogy nem szenvedtek cholérában. *Koch* a tavalyi járványban hozzá beküldött esetek 50 százalékában konstataulta ezt, s ebből kifolyólag utóbb már pár percz alatt csupán ezen alapon is diagnosist mert állítani, a mely a ké-

sőbb végezett beható vizsgálatok által is mindenkor és kivétel nélkül megerősített. Hogy a diagnózisnak ezen a biztosságot igen megközelítő s pár perc alatt elérhető megállapítása mily fontos a prophylaxis szempontjából, az nem szorul bővebb fejtegetésre, valamint az sem, magától érthetőleg, hogy erre a diagnózisra csakis hosszas bakteriologiai gyakorlat képesít.

2. Ha az ürülékből készített praeparatum nem adja a fönnebbi jellegző képet, akkor Koch a *Dunham-féle pepton-tenyésztéshez* folyamodik. Alapszik ez azon, *Dunham* által tett tapasztalaton, hogy ha 1% pepton és 0.5% konyhasót tartalmazó steril vízbe bár kevés cholera-bacillus, aránytalanul sok egyéb bakteriummal kevertetik, akkor az előbbieket, mint *Hesse* kimutatta, azon óknál fogva, hogy szaporodásuknál levegőre van szükségük, a folyadék felszínére jönnek s ott 37° C. melegben tartva, végtelen gyorsan szaporodnak, míg a többi bakterium a folyadék mélyebb rétegében marad. Ha tehát a gyanús ürülékből pár platingyűrűt, vagy egy pehelyszerű nyálkacszafatot a leírt pepton-oldatba teszünk, akkor annak felszínén 37° C. melegben való 6—12 órai állás után már tiszta cholera-tenyésztet találhatók. Ezen eljárással tulajdonképpen tehát azt lehet elérni, hogy az ürülékben esetleg aránytalanul csekély számmal jelenlevő cholera-bacillusokat a többinek rovására felszaporíttjuk. A szaporodásról a folyadék felszínéről vett kevés anyagból előállított mikroszkopos készítmény ad biztos felvilágosítást. E szaporodás legerősebb az oltás után 6—12 óra múlva; ezután azonban lassan a többi bakterium is felvándorol a felszínre. Koch szerint még alkalmasabb a fönnebbi célra 1% pepton és 1% konyhasót tartalmazó és szóddával kissé alkalikusá tett oldat. Ez a módszer tehát már 6—12 óra alatt igen értékes útmutatást adhat cholera-bacillusok jelenlétét illetőleg, nevezetesen a csak kevés számú és azért könnyen figyelmen kívül maradó bacillusokat is elszaporítja és a cholera diagnózisát, kivált a betegség elején és végén megkönnyíti.

3. A *pepton felületéről* vett anyagban azonban a cholera-bacillushoz hasonló (mozgó) bakteriumok nagy számban lehetnek, azért egy szintén onnan vett *platingyűrűnyi anyagból gelatina-lemeztenyésztet készítenő Petri-féle kettős csészében*. A gelatina 10%-os legyen, s ne olvadjon meg csak 24° C.-nál. Szükséges ez azért, hogy a coloniák kifejlődésének siettetése céljából a lemeztenyésztet 22° C. melegben (thermostat) legyen tartható a gelatina elfolyósodása nélkül. Helyes eljárás mellett 15 óra alatt a tenyészetek elérik jellegző képüket; ha azonban a gelatina időközben folyóssá vált, akkor a Finkler-Prior-féle bacilluséihoz lesznek igen hasonlóak a coloniák, a mikor a gyakorlatlan könnyen azon tévedésbe esik, hogy Finkler-Prior-féle bacillust talált. Ezen felvétel azonban még a tenyészetek ilyen kinézése mellett is teljesen alaptalan, mert a Finkler-féle bacillusnak még a cholera nostrashoz sincsen semmi köze, t. i. ilyen esetek egyikében sem volt az sohasem kimutatható, annál kevésbbé az ázsiai cholerában megbetegedettek vagy elhaltak ürülékében.

4. A gelatina-lemez készítésével egyidejűleg a pepton felületéről vett anyagból agar-lemeztenyésztet készítenő olyképen, hogy a felolvasztott és condensációs vizétől előbb megfosztott anyagot Petri-csészében lemezzé öntjük. (Ilyen agar-lemezeket jó már előre készletben tartani, hogy a felületükön esetleg így is meggyülemző víz elpárologhasson.) Ezen lemez felületére *kenjük szét* a platingyűrűvel a peptonból vett anyagot azért, hogy csupa felszínes tenyészetet kapjunk. Ha az ily beoltott agar-lemezt 37° C.-nál tartjuk, akkor annak felületén már 8—10 óra múlva meglehetősen nagyok lesznek a cholera-coloniák, melyek itt 100 nagyítás mellett sajátságos világos szürkés-barnán áttetszők, míg az egyéb coloniák kevésbbé áttetszők. Az agar-lemez culturák korántsem oly jellegzetesek, mint a gelatinán fejlődöttek, s ezért különösen itt szükséges a belőlük vett anyagban mikroszkoppal kimutatni, hogy azok a cholerával megegyező morphologikus tulajdonokkal bíró bakteriumokból állanak. Az agaran való eme tenyésztés egyrészt arra való, hogy aránylag rövid idő alatt kapjunk tiszta tenyészetet a pepton felületéről vett anyagból, de másrészt kitűnő

szolgálatot tesz azért is, mert így gyorsan sok tiszta anyag áll rendelkezésünkre.

5. *Cholera-vörös reakciónak* tiszta cholera-pepton-tenyésztetben való kimutatására az agaron fejlődött cholera-coloniák-ból egy-egy platingyűrűt elkeverünk 10—10 km. steril 1% pepton és 1% konyhasót tartalmazó oldattal. Ezeket 37° C. meleg thermostatba állítjuk; itt a peptonban a cholera-bacillusok igen gyorsan szaporodnak, s a pepton az ismert cholera-vörös reakciót pár óra múlva már igen szépen adja, sokkal szebben és hamarabb, mint a régebben e célra használt peptonos húsleves. Figyelni kell azonban a) hogy a peptonban se igen sok, se igen kevés nitrat ne legyen (legjobb a Witte-féle pepton-siccum Rostockból); b) hogy a használt kénsvan teljesen ment legyen a salétromos savtól, végre c) hogy a peptonban tisztán csak cholera-bacillus legyen. Ha ezen három könnyen betartható feltétel adva van, *Koch* szerint a kísérlet mindig sikerül, s annak igen nagy jelentősége van, mert egy oly bakteriumfaj sem adja ezen reakciót, a mely morphologikus tekintetben a cholerával a legkevésbbé is megegyezik.

6. *Koch* a bizonyítást állatkísérlettel fejezi be. *Pfeiffer* szerint ugyanis az agar-lemezen nőtt cholera-coloniák valamelyikéből kivesz egy platingyűrűre reátapadtó anyagot, ezt elkeveri 1 km. steril húsleves, s azt tengeri malacz (300—350 grammos) hasüregébe fecskendí. Ha csakugyan cholera-tenyésztet fecskendítettünk az állat hasüregébe, akkor pár óra múlva a thermometerrel kimutatható erős hőcsökkenés mellett beáll mérgezés folytán a halál. *Koch* a kísérlet sikerének igen nagy fontosságot tulajdonít, mivel ily rapid és ily minőségű tüneteket egy más bakteriummal való oltás után sem kapott, bármennyire hasonlított az morphologikus tekintetben különben a cholerához.

Az elmondottakban bőven van ismertetve azon eljárás, mely *Koch* szerint a cholera diagnózisát gyorsá, könnyűvé és biztossá teszi, s a melynél az előbb oly fontosnak tartott gelatina-szűrés és a burgonya-tenyésztet szinte fölöslegessé válik. Ez eljárással — persze gyakorlott kézben — nem fordul elő *Koch* szerint ezután majd az, hogy oly ürülékből, melyben még, vagy már aránylag kevés a cholera-bacillus, azt kitenyésztetni, s így biztos diagnózist állítani ne lehetne. Ezek voltak eddig azon esetek, a hol a klinikai kórképből biztosan kórismézett cholerát a bakteriologiai vizsgálat nem bírta megerősíteni.

Az eddig követett, s a jelen módszer mellett hiányos eljárás volt az oka továbbá *Koch* szerint annak is, hogy vízből, talajból s más anyagokból, a hol természetesen aránytalanul nagyobb számban vannak az egyéb bakteriumok, a cholerát kitenyésztetni nem sikerült, s a miért a bakteriologikus diagnózisnak, s ebből folyólag magának a cholera-bacillusnak is némelyek helytelenül igen alárendelt szerepet tulajdonítottak. Ezért tehát mindazon eddig megejtett vízvizsgálatoknál, a hol cholera-bacillust kimutatni nem tudtak, nem az lehetett ennek az oka, hogy a vízben vagy más anyagban az csakugyan nem is volt jelen, hanem az is, hogy a vizsgálati mód volt hiányos.

Koch a víz vizsgálatát cholera-bacillusra a következőleg ejti meg: 100 km. vizsgálandó vízben 1 gramm pepton és 1 gramm konyhasót old fel, s azt azonnal 37° C. meleg helyre állítja. Itt is az történik, mint az ürüléknél, t. i. az aránylag kevés cholera-bacillusok a felszínre jönnek, ott gyorsan szaporodnak, s kimutatásuk az elmondott eljárással nem ütközik nehézségbe. Bizonyítja ezt azzal, hogy a múlt téli járvány alatt Hamburg, Altona, Nettlebennél az Elba vízében, egy altonai kútvizben s több más oly vízben sikerült neki a cholera-bacillust kimutatni, melyeknél a régi eljárás mindenkor eszerben hagyta. Ugyanezen eljárással ellenkezőleg sem sikerült cholera-járványtól mentes hely ivóvizében a cholera-bacillust megtalálni. Ha talajban kereste a cholera-bacillust, akkor abból 1—2 grammnyit tett 10—20 km. steril pepton-oldatba, a melylyel épen úgy járt el, mint a fönnebbieknél.

Ennyit *Koch* ezikkéről.

Nézzük már most, mi újat mondott *Koch* mindebben. Újat voltaképpen nem mondott semmit, mert hiszen az ürülékből készített mikroszkopos készítményben a bacillusok saját-

ságos elrendeződése mindenkinek szemébe ötlött, a ki csak pár cholera-beteg bélsarát vizsgálta is át. Az pedig, hogy a cholera-bacillusok a tenyésztőtalajokban szeretnek a levegővel közvetlenül érintkező legfelső rétegekben tartózkodni, s hogy azok itt sokkal gyorsabban szaporodnak, mint a mélyebb rétegekben, azt is tudta mindenki, a kinek csak párszor is volt alkalma megfigyelni egy-egy cholera-bouillon-tenyészetet, melynek tetején valóságos hártya képződött néhány óra alatt számtalan cholera-bacillusból. A ki pedig ezt nem tapasztalta, az bizonyára olvasta a régóta ismeretes *Schottelius*-féle kísérletet, vagy annak valamely módosítását, melyek szerint akár már régi, de hevítéssel ismét sterilé lett cholera-bouillon-tenyészetben, vagy akár egészen friss bouillonban is a belekevert különböző bakteriumok közül *legelőször* a cholera-bacillusok jönnek a felszínre. A budapesti egyetem közegészségtani intézetében a múlt őszkor 6 héten át folytatott duna- és vízvezeteki vizvizsgálatokat *Bruckmayer* dr. és *Cyzevsky* gyakornok urak is úgy végezték a próbák nagy részénél, hogy a vizsgálandó vizet részben magában, részben bizonyos mennyiségű steril peptonos húslevesrel állni hagyták s csak ezután készítették a fölületről vett platingyűrűnyi anyaggal gelatin-lemeztenyészetet.

A cholera-vörös reakció szintén régi dolog. Ezt is ismerik és próbálták, és nagyrészen jellegzőnek, kisebb számban pedig más bakterium-fajoknál is feltalálhatónak találták a bakteriológusok.

Azt is tudtuk továbbá, hogy úgy a ferdén megolvastott, mint a Petri-csészébe kisütött agar felületén sokkal gyorsabban és bujábban tenyészik a cholera-bacillus, mint akármely más tenyésztő anyagon.

Végre az sem ismeretlen a szaklapok olvasói előtt, hogy sok buvár, de mind között főleg *Pfeiffer* mutatta ki már évekkel ezelőtt azt, hogy ha 1—2 milligrammnyi cholera-tenyészetet fecskendünk tengeri malacz hasirébe, akkor az pár óra alatt rapid hőcsökkenés tünete mellett elpusztul.

Szóval tehát *Koch* egész eljárásában valami új ninesen, és mégis az övé az érdem, hogy a cholera gyors és biztos bakteriologiai kórismézését tökélesítette. Mert ha ő nem szedi fel, ő nem válogatja ki, ő nem próbálja ki, s végre ő nem önti egy egészbe eme minden bakteriologus előtt nagyon is ismert tényeket, akkor ma is a régi eljárásnál tartunk, azaz ma is és ezentúl is direkt az anyaggal keverjük el a gelatinánkat s ebben keressük a cholera-coloniát sok fáradsággal és még több bizonytalansággal.

A régi és új mód használhatóságának összehasonlítása céljából magam is több kísérletet végeztem. Csatorna-léhez, emberi ürülékhez, dunavízhez, vízvezeteki vízhez, tisztább és szényesebb talajpróbákhoz magam kevertem aránylag igen kevés cholera-bacillust tartalmazó anyagot. Mindezekből már most úgy a régi, mint a *Koch* által összeállított eljárás szerint iparkodtam kitenyésztetni a cholera-bacillust.

És bármennyire iparkodtam is az anyagból direkte készített gelatinalemez-tenyészetben megkeresni a jellegző kultúrákat, bár több mikroszkopos praeparatumban és gelatina szűrési tenyészetben készítettem is a gyanusakból, az eredmény csak negatív maradt. Ezzel szemben a fennemlített anyagok mindnyájából, — szorosán *Koch* utasításai szerint járva el, az állatkísérletek kivételével — ki tudtam mutatni a cholera-bacillust az arra jellegző tünetek összességéből.

Ezenkívül pedig beigazolvam találtam eme kísérleteimben még *Koch*nak azon állítását is, hogy eme különböző anyagból, legyen az víz, talaj, ürülék, vagy bármi más, oly mikroorganizmus, mely a cholera-bacillus elmondott jellegzetes tüneténeit összességükben adta volna, nem tenyésztethető ki. E tapasztalatok folytán a *Koch* által összeállított új vizsgálati módszer kiválóan alkalmasnak tartom a cholera bakteriologikus diagnosizálásának megejtése tekintetében.

*Koch*nak újabb vizsgálati módszere ellen azonban mégis van praktikus kifogásom, a miért nem hiszem, hogy azt mindegyik a leírt módon végezhetnék. Ugyanis *Koch*nak azon fontos diagnostikus eljárása, hogy az agar-tenyészetből tengeri malaczba oltást végezzenek, igen sok helyen alig eszközölhető, még Budapesten sem, azon egyszerű okból, mert tengeri malacz egy-

általán nem kapható elégséges számmal ilyen vizsgálatokhoz; más állatokon, pl. házi nyulon pedig nem oly prompt mutatkozik a beoltás hatása, mint a tengeri malaczon. Azért azt vélem, hogy a cholera-bacillus diagnosizálásánál a praktikus életben le kell mondani a tengeri malacz kísérletről.

Ezzel szemben másrészt nincs ok elejteni egy vizsgálati módszert, a mely általán ismeretes és igen karakteristikus; t. i. gelatinba való szűrást, s az abból fejlődő karakteristikus gelatina-folyósítást, valamint az abban tenyésztő és ismét festéssel és függő cseppel kimutatható bacillusokat.

Ezek nyomán a cholera-bacillusnak a bélürülékben vagy hányadékokban gyors és megbízható diagnosisa céljára következő vizsgálati eljárást vélem gyakorlatilag a legjobban célra vezetőnek:

I. Rögtön kell végezni:

1. Az anyagnak festett mikroszkopos készítményben s függő cseppben való vizsgálatát, s keresni amabban a komma-alakokból álló, halrajszerű bakterium-csoportokat.

Ha a készítményben komma-alakú bakteriumokat lát a fennebbi elrendeződésben, a függő cseppben pedig a jellemző mozgást látja, már is valószínűséggel kimondhatja, hogy a vizsgált anyagban cholera-bacillusok vannak.

2. A vizsgálandó anyagot 1% pepton és 1% konyhasó-oldattal kel keverni, s azt thermostatba tenni.

II. Hat-nyolcz óra múlva:

1. Platin gyűrűvel a pepton felületéről (I. 2.) vett anyagból festett mikroszkopos készítményt és függő cseppet állít elő.

Ha azokban komma-alakú, jellegzően mozgó bacillusokat lát, akkor a cholera-bacillusok diagnosisa még inkább valószínű.

2. Ismét a pepton felületéről vett platin gyűrűnyi anyaggal gelatina-lemezeket önt, s azokat 22° C. melegbe állítja.

3. Ugyanonnal vett anyaggal 3—4 steril pepton-oldatot (10—10 kem.) olt be, s ez utóbbiakat thermostatba állítja. (37° C.)

4. Végre a pepton felületéről a platin gyűrűre tapadt cseppet szétkenéssel egyenletesen szétosztja egy agar-lemez felületén, a mit szintén thermostatban helyez el. (37° C.)

III. A kísérlet kezdetétől számított 12—16, avagy a II. pont alatti teendők elvégzésétől számított 6—8 óra múlva:

1. A II. 3. alatt készített peptonhoz híg kénsavat kell adni; ha csakugyan cholera-bacillus képezte a oltó anyagot, akkor elő kell állani az ibolyás-rózsaszínnek. Ez a diagnosist nagy mértékben megerősíti.

2. A II. 4. alatt említett agar-lemezt vesszük vizsgálat alá. Ha azon szürkés-barna színben áttetsző coloniákat, s a belőle készített festett praeparatumban komma alakot, a függő cseppben pedig jellemző mozgást látunk, s ha a pepton-tenyészet előbb már adta a vörös reakciót, akkor minden további vizsgálat nélkül kimondhatjuk a cholera-bacillus jelenlétét.

IV. Végre a kísérlet kezdetétől 22—26, a III. pont alatt jelzett munka elvégzésétől számított újabb 8—10 óra múlva:

1. Százszorososan nagyító mikroskoppal átvizsgáljuk a 22° C. melegben tartott gelatinalemez-tenyészetet (II. 2.) és ha azon a cholera-jellegzetes világos-sárga, durván, fénylő szemcsés, öblös szélű, maga körül a gelatinát folyósító coloniákat találunk, s ha ilyen coloniából

2. festett készítményben a jellegző alakú és nagyságú, függő cseppben pedig a kigyószzerűen és élénken mozgó bakteriumokat megtaláltuk, mai ismereteink szerint diagnosizunkban határozottan mondhatjuk, hogy a vizsgált anyag fertőzőve van a cholera asiatica bacillusaival.

3. Továbbá oltunk a gelatina-lemez tipikus coloniájából (IV. 1.) pepton gelatinába szűrással. Az itt fejlődött tenyészet véleményünk kontroljául szolgálhat a következő 24—48 óra múlva.

Ha vízben vagy talajban keressük a cholera-bacillust, akkor a víznek 100 kem.-éhez 1 gm. peptont és 1 gm. konyhasót adva, a talajból pedig 1—2 gm.-nyit 10—20 kem. 1%-os peptonos-konyhasós steril vízzel elkeverve, mindkettőt 37° C. melegben tartjuk 6—8 óráig. A peptonok felületéről ezen idő letelte után vett kevés anyaggal már most teljesen úgy járunk el, miként az fennebb bőven le volt írva.

KÖNYVISMERTETÉS.

A közegészség mint közgazdasági tényező az államéletben.

Irta dr. Novák Endre, a Ferencz József-rend lovagja, törvényszéki, kórházi igazgató, főorvos s bábaintézeti tanár. Ungvár, 1893.

(Folytatás.)

Jelzi a járványok esetében fogantatandó óvó intézkedések főbb elveit. Ismerteti a közegészségügyi törvény ide vágó rendelkezéseit. Hogy mindez mennyire illusorius a gyakorlati kivitelben, egy felvidéki szegény község példájával illusztrálja élénken, hangulattal. A szerencsétlen viszonyok oka, hogy a baj ellen akkor kezdik a küzdelmet, midőn már járványára erősödött, hogy az eljárás nem egyöntetű, nevezetesen a járvány megállapítása, az iskolák bezárása, a deszinficiálás stb. tekintetében, hogy a járvány költségei a szegény községet vagy törvényhatóságot terhelik, továbbá, hogy a nép bizalmatlan az orvos stb. beavatkozásával szemben.

A járványok elhárítására következőket ajánl: A belügy-ministerium népszerű ismertetéseket adjon ki a járványokról a baj orvoslására, a fertőtlenítésre stb.-re vonatkozó tudnivalókkal. Gondoskodni kell, hogy a pap-, tanító-, jegyző- és bábajelöltek, nemkülönben az iparostanulók hygienikus oktatásban részesüljenek. A fertőzött házra feltűnő jelző czédulával, melyen a bajra vonatkozó hasznos tudnivalók vannak, kell a közönséget figyelmeztetni. Minden község biztos helyen 100 gr. tiszta, 500 gr. nyers carbolt, 5 kgr. fehér gáliczot, 1 kgr. köz. kén, 200 gr. (?) mézvizet, s minden körjegyző kerületében egy fertőtlenítő gépet tartson. Minden bábának 150 gr. 50%-os carbolja, körömkefeje, szappana legyen. (Erre nézve már rendelet intézkedik.) Fertőtlenítési eljárásra vonatkozó utasítás szükséges. (Ez is megvan már.) Járványos fertőző bajban szenvedő beteg szállítását meg kell tiltani.

A járványok során felmerülő költségeket Novák dr. egy arra való országos alaphoz a belügyminister által kívánja fedeztetni. A kihágásokra stb.-re nézve büntetéseket állapít meg. E pontban az érdemmel figyelmeztet, hogy az orvos van megbízva az executívával, hogy az ítélet csak birtokon kívül felelbezhető s hogy a büntetés a mulasztások elpálostólóira is kiterjed. Az orvosokat mulasztás esetén a legszigorúbban akarja N. sújtani. Mindezzel kapcsolatban közli Jász-Nagykún-Szolnok-megye törvényhatóságának a járványok ellen való védekezés, másrészt a járványügyi jogi szabályozása tárgyában a képviselőházhoz fölterjesztett feliratát, a mely valóban figyelemre méltó, derék munka.

Ezek után „a nem járványos, ragályos bajokról” szól.

a) A gümőkór pathológiáját, gyászos jelentőségét megvilágítván, prophylaxisát — nagyjában véve helyes vonásokkal — vázolja. A gümő statisztikájának a belügyministeri jelentésbe való fölvételét is érinti.

b) A bujakór közegészségi jelentőségét Novák dr. azzal tünteti föl, hogy ez a betegség az összes kórházi bajoknak 20—25%-a, általában pedig 10%-a. Az ebből kiszámított fél milliónál is jóval nagyobb szám kissé szabad calculus, mert egy felvidéki hely kórházi adataiból nem lehet biztosan következtetni az egész ország népességének morbiditási vagy mortalitási viszonyaira.

A bujakór prophylaxisára utalva, a gyógyításra tér át. Itt kórházi orvoslást tart szükségesnek; erre való tekintettel, a mennyire lehet, könnyen hozzáférhetővé óhajtja tenni a kór-

házakat. (A család [beteg] kenyérkeresőjének segélyt adna, mint a járványos bajok esetén.)

c) A trachomáról szóló fejezetben a prophylaxis s a gyógyítás ügyét részletezi. A gyógyító orvosokat — az eredményhez képest — jutalmazni, illetőleg büntetni kívánja.

d) Gyermekágyi lázról szólván, a baba-oktatás ügyét behatóan fejtegeti. Kedvencz téren mozog. Novák dr. tudvalevőleg az ungvári közkórházzal kapcsolatban álló bábaiskolának tanára. Ebben az iskolában 6 és 3 hónapos tanfolyamokat rendszeresítették városok s nagyközségek, illetőleg kicsiny községek részére. Novák dr. reflektál arra a szomorú tényre, hogy hazánkban évenként 5000-nél több anya hal meg gyermekágyi lázban. Az 1889. évi szigorú s körülményes minis-teri rendeletet a bábákra vonatkozólag ma még csak írott ma-lasztuak tartja. Hathatós controlt sürget, mely az orvosokra is kiterjedjen. Szigorú vizsgálatot kíván a gyermekágyi láz eseteiben. Ezt behatóan részletezi. A bábák mulasztásainak elbírálá-sára elsőfokú forumul a hatósági orvost jelöli ki. (Vajjon ezt egyéni, helyi s egyéb tekintetek nem teszik-e elfogulttá?!) De ezen a téren is csak akkor remél sikert, ha a hatósági orvosi intézményt megfelelően szervezik s a baba-képzést fokozottabb mértékben mozdítják elő, hiszen 1891-ben még csak 3755 okleveles baba volt. Novák dr. a közegészségügyi tör-vénynek az ú. n. czédulás bábákra vonatkozó intézkedését ha-tályon kívül helyezni kívánja s azt ajánlja, hogy az 1500-nál kevesebb lakosú községben 3 havi tanfolyamot végzett — ki-segítő — baba legyen alkalmazva; ha azonban évi jövedelme a 150 frtot meghaladja, akkor ez a község is rendes (6 havi tanfolyamos) bábát igényel. N. mindkét bábát okleveles bábá-nak kvalifikálja, s a bábaesküt is letétné velük. A budapesti s kolozsvári egyetemek bábaiskoláin kívül még hetet kíván. Megjegyezni való, hogy a baba-gyakorlatban numerus clausust ajánl. A bábák díját a megyei közigazgatási hatóság állapítja meg a vidékhez képest. A szegény szülőknek ápolásáért járó díjat (3 forintot élő, 2 forintot halva szülött gyermekért) egy országos alap fedezné. Azokat a bábákat, a kiknek községében a gyermekágyi láz állandóan feltűnően csekély, a megyei fő-orvos ajánlatára jutalmazni kívánja.

Védhimlőoltásról szólván, karhóztatja a karról karra való oltást. Ez helyes. Elméleti fejtegetéseiben azonban már kissé túllép pathologiai tudásunk mai határain, ha a Koch-féle tuberculín oltások tapasztalatait (t. i. hogy „a szervezetben még elrejtett góczban levő tuberculosis fertőzés virulenssé válik, ha a gümőkóros ptomainnak csak minimális része lett a vérbe beoltva”) generalizálván, himlővel stb.-vel is vonatkozásba hozza. E messzemenő analogiának nincs elég bizonyító ereje, mert a Koch tuberculinján kívül egyéb bacterium-méregre nézve eddig legalább még nem tapasztalták. Azzal szemben, hogy „a himlő-járványok fellépte alkalmával végzett védhimlőoltottak közt az oltás után közvetlenül feltűnően sokan kapják meg a himlőt”, mon-dom, ezzel szemben én bennem az a gyanú ébred, hogy (ha járvány-ról van szó) a beoltáskor esetleg már egy a népesség széles köréit áthatott vírus lappang, melynek nyilvánulásával szemben a beoltás praeveniáló hatása már nem érvényesülhetett, leg-feljebb csak attenuáló hatása. Hogy fertőző bajok uralma alatt a karról karra való oltás egyáltalán veszedelmes, ez nyilván való, mert egy idegen vírus (skarlat stb.) beoltásának lehető-sége van előttünk.

Szegényügy. Novák dr. ellensége ugyan a socialismusnak, de azt a közgazdasági tételt vallja, hogy „az államhatalom-nak jól felfogott érdeke követeli nemesak a feltételes, de a feltétlen szegényeknek megélhetése biztosítását is”.

Szól a szegényeknek betegség esetén ingyenes orvosi segélyről s gyógyszerrel való ellátásáról otthon és a kórházban; szegény szülőknek ingyenes baba által való ápolásáról, a népességnek fertőző bajoktól megóvásáról, a fertőző betegek díjtalan gyógyításáról, a lelenczek, a vagyontalan árvák, hülyék stb. elhelyezéséről. Ezek kapesán idézi az ide vágó törvények s rendeletek határozatait, constatálva azonban, hogy nem jut-

nak érvényre a gyakorlatban: 1. A szegények a körorvosok által legalább $\frac{1}{5}$ -ben orvosolva nem lesznek. 2. Ingyen-gyógy-szerrel legnagyobb részt csak az arra vonatkozó szabályrendeletek megsértésével láthatók el. 3. A szegény szülők legalább $\frac{9}{10}$ -ben bábai segélyben s ápolásban csak a könyörület sovány mérvében lesznek ellátva. 4. A fertőző járványok elleni védekezésben sem vezetve, sem védve nincsenek. 5. A lelenczek s kiskorú árvák $\frac{19}{20}$ -ben a biztos halálnak vannak kitéve. 6. A gyógyíthatatlan betegek, nyomorékok, s elaggottak legalább $\frac{1}{2}$ -ben az emberi méltóságnak szégyenére valló módon gyötrelmek közt várják a megváltó halált.

Felsorolja a *körorvosi* intézmény bajait: (Díjazása a községet terheli, csekély a fizetése, kiterjedt a köre, nincsen fuvarátalánya, orvosi tekintélyt rontja stb.)

Tudvalevő dolog, hogy az állam a szegények *kórházi ápolási* költségeinek fedezésére *megyei betegápolási* alapot létesített s valószínű, hogy a megyei keret megszüntetésével *országos* jellegűvé fogja tenni. Novák dr. ennek ötletéből azt javasolja, hogy az állam az összes szegényügy terén felmerülő szükségletek fedezésére „egy a köztelherviselés alapján minden adózóra arányosan kivetett országos alapot létesítsen“.

A *körorvosi* intézmény reformját a következőkben contemplálja:

Az orvosi köröket helyesebben kell beosztani (körülbelül 8000 lakos, a sűrűbb, s felényi a ritkább népességű helyeken). A körorvos teendője első sorban a szegények gyógyítása, de Novák dr. még egyéb szakbeli foglalkozást is utal hatáskörébe, t. i. hatósági orvosi teendőket; a járásorvosi intézményt u. i. Novák dr. egészen feleslegesnek tartja. Méltányos előléptetés biztosítására 3 osztályt állapít meg: az *első* osztályú körorvos egyenlő rangú a főszolgabíróval, a második és harmadik osztályú pedig a szolgabíróval. A harmadik osztályú körorvos fizetése 600 frt és 300 frt úti átalány; három évi szolgálat után második osztályba s jobb körbe jut; ez után 6 évre az első osztályba. Ez utóbbiak fizetése nincsen fixálva.

A körorvosok szervezete egyöntetű volna az egész országban s állásukra pályázat útján a belügyminister által neveztetnének ki, működésük azonban a megyei közigazgatás ellenőrzése alatt állana. E szervezethez költségvetés is van mellékelve; mindössze 1.368,321 frtra rüg.

Szegények ápolása kórházban. Az 1875. évi III. t.-cz., mely a nyilvános betegápolási költségek fedezéséről rendelkezik, azon elvre van alapítva, hogy a szegények ápolásáról a vagyonosoknak kell gondoskodni. Ezt a szerző általában helyesli ugyan, de kifogása van az ellen, hogy a betegápolási alapokat nem az egyes törvényhatóságok vagyonságának arányában, hanem a tényleges szükséghez képest létesítették. Ily módon igazságtalan, mert aránytalan pótdókat róttak ki.

Majd reátér a kórházak hiányaira. Egyöntetűséget ajánl a kórházi ügyekben. Négy kórházi felügyelő (a kórházi igazgatók érdemesebbjei közül) gyakorolná a felügyeletet. Tiszteletdíjuk 600 frt, I. osztályú vasuti szabadjegygyel s megfelelő nyugdíj élvezetével.

A kórház hygienéjének főbb elveit vázolván, a kórházi személyzet beosztásáról s szolgálati viszonyairól ad képet. Novák dr. szerint az orvosoknak ilyen módon megfelelő működési tér nyílnék, a hol ismereteiket fejleszthetnék s előhaladásukra ösztönt nyernének, a mi az egyes vidékek javára is válnék, mert jeles orvosi erőkre tennének szert.

Lelenczek, csecsemők, szegény árvák czimén statisztikai adatokat közöl. Mint a többi fejezetekben, itt is utal az ide vágó törvények végrehajtásának illusorius voltára. Eleven tollal rajzolja meg a gyermekvédelem gyászos állapotát. Javaslatait e részben a bábaugy rendezésére, a kuruzslás meggátlására, a papok s tanítók közreműködésére, a dajkálás ügyének szigorú szabályozására alapítja.

A mi a keresetképtelen — szegény — gyermekek, gyógyíthatatlan betegek, hülyék, elmebajosok s elaggottak ellátását illeti,

Novák dr. abban az esetben, ha a község az 1876. évi közegészségügyi törvény 140. és 145. §-aival reája rótt kötelezettségének megfelelni nem volna képes, az országos közalapot venné igénybe. Ezek során a *szeretetházakra* tér át. A magánosoknál el nem helyezhető keresetképtelen szegények részére 8—10 állami szeretetházat óhajtana létesíteni, még pedig ott, hol kórházak is vannak. Közli az ungvári intézet alapszabály-tervezetét, berendezését, ügykezelését, házi rendjét, költségvetését.

Ezek nyomán Novák dr. számítást tesz a közegészségügy szervezetének költségére nézve. Röviden a következőkben foglalom össze:

A) A szegények kórházi ápolási költsége eddig átlag $2\frac{1}{2}\%$ -át tette ki az egyenes államadónak	1.520,000 frt
Ezt az iparosok segélypénztárai, szeretetházak, jótékony alapok s egyesületek $\frac{1}{3}$ részszel csökkentik, marad tehát	1.216,664 „
B) Ingyen gyógyszer költsége (szegényeknek)	100,000 „
C) Bábaköltség szegényeknek	144,795 „
D) Hatósági orvosok fizetése	1.634,000 „
Főorvosok fizetése	167,500 „
E) Járványok s ragályos bajok ellen védekezés költsége az ápolási díjakkal együtt	250,000 „
F) Szegények ellátása otthon vagy szeretetházakban	600,000 „
G) Központi vezetés személyi kiadása	80,000 „
	4.192,959 frt

Viszonyítva ezt az összeget az állam 68 milliónyi egyenes adójához körülbelül $6\frac{5}{10}\%$ pótdótot kellene kiróni e költségek fedezésére.¹

Közegészségügyi közigazgatás. Novák dr. sürgős dolognak tartja, hogy az egész közegészségügyi szolgálat „egy országos, egyöntetű, szigorú szabályzatokkal bíró szervezettel“ rendeztessék. E szolgálat szakszerű ellenőrzésére az orvosok kezébe — közegészségi ügyekben — executiv hatalmat kíván adni. Közegészségi ügyekben a szaktekintet alá eső kérdések elbírálását *első* fokon a hatósági orvosra, *második* fokon a megyei főorvosra, *harmadik* fokon a belügyministerium közegészségügyi osztályára, illetve az orsz. közegészségi tanácsra bízna. Az eddig szerepelt közegészségügyi hatóságoknál a bíráskodást a közegészségügyi szolgálatnak csupán „külső, alaki részére“ hagyná meg.

Közegészségügyi szolgálat a *központban*. Az ország közegészségügyének főfelügyelője a belügyminister. Évenként jelentést tesz, melybe Novák dr., gümőkór, bujakór s a gyermekági láz statistikáját, nemkülönb az orvosok fegyelmi ügyeit s jutalmazásait belefoglaltatni kívánja.

A belügyminister alá van rendelve a közegészségügyi *központi osztály*. Két parallel osztályt képezne teljesen azonos működési körrel az állam kétfelé osztott területén. Ezt a koncepciót Novák azzal okolja meg, hogy a közegészségügy kiterjedt feladatait egy ember kellően ellenőrizni nem képes, másrészt két szakérőnek jutván tér a működésre, „a nemes verseny jótékony hatása érvényesül“. E két szakember személyes meggyőződést szerez magának az ügyek állásáról. Ennek a működésnek szakok szerint való szétosztása N. szerint megnehezítené s költségesebbé tenné a felügyeletet. Az állam e proto-mediceusait ministeri tanácsosi rang illeti meg; „ez állásban ki kell fejezve lenni az orvosi feladatok méltóságának s a közegészségügy nagy jelentőségének“.

Országos közegészségügyi tanács. Novák dr. egészen helyes, gyakorlati intézménynek tartja; ajánlja azonban, hogy a belügyministerium közegészségügyi osztályának rendelkezési jogköre a testülettel szemben szigorubban érvényesüljön, hogy az egészségügyi közigazgatás keretében szakbírálatot igénylő kérdésekben a tanács mint harmadfokú fórum szerepeljen és hogy a tagok esetenként tiszteletdíjat kapjanak.

¹ Az egyes számtételek összeadásánál némi eltérés mutatkozik itt a Novák dr. végösszegével szemben.

Közegészségi felügyelők a jelen szervezet mellett elégtelenek, N. saját koncepciójában pedig fölöslegesek.

A *közegészségi műszaki osztály* feladata volna az összes jótékonyági közintézetek terveit készíteni s építését ellenőrizni; hasonló szakközeg a csatornázási és vízvezetési ügyekben, nemkülönben a fürdők mindennemű technikai kérdésében. E hatáskörben egy főmérnök megfelelő számú segédmérnökökkel működnek.

Közegészségügyi szolgálat a törvényhatóságok s városok körében. Novák szigorubb végrehajtás mellett helyesnek tartja s csekély módosításokkal fenntartani kívánja azt a hatáskört, melyet a fennálló törvények a közigazgatási hatóságokra bízottak. De az összes tisztí orvosok kinevezési jogát a belügyministerre ruházná, másrészt a szakismeretet igénylő közegészségi kérdésekben a bíraskodás jogát orvosokra bízna.

A *tisztí főorvosnak* ministeri titkári rangja volna 2000—3000 frt fizetése, megfelelő úti átalánya és nyugdíja. Ellenőrzi a hatósági orvosok működését, a közegészséggel kapcsolatos közintézeteket, gyógyszerházakat; járvány esetén a helyszínén megjelenik s ellenőrzi a hatósági orvos eljárását; ő állapítja meg a járvány megszüntét. Cholera-yanus betegeket megvizsgál, vizet elemez. A babaügyet szemmel tartja. Másodfokú bíró közegészségügyi kérdésekben; a sorozó bizottság tagja, s az orvosok fegyelmi ügyeinek intézője. A tisztí orvosok kinevezésére, áthelyezésére, rangosztályozására nézve a főispán útján a ministerhez felterjesztést tesz. Szolgálati tekintetben törvényhatósága első tisztviselőjének, a protomedicusnak, illetőleg a belügyministernek van alárendelve. Mint kormánybiztos esetleg más törvényhatóság területére küldhető. Orvos, gyógyszerész, baba oklevelét kihirdetés előtt megvizsgálja. Két hivatalos helyiséggel rendelkeznek; az egyik kémiai s mikroszkopiai vizsgálatokra rendeztetnék be. Hivatalában működnek egy orvos-gyakornok segédfogalmazói vagy fogalmazói ranggal s megfelelő kezelő személyzet.

A főorvos a törvényhatóság területén működő orvosok választott bíróságának elnöke.

Allami tisztí orvosok. Novák dr. nem tartja feleslegesnek, hogy hivatalosan működő orvosoknak különböző czímet adjanak. Rangosztályozásukról a körorvosokról szóló fejezetben már volt szó. Rangosztályuk arányában nyugdíjat élveznek. Fizetésük 300—1000 frt és úti átalány. Szolgálati tekintetben a főszolgabírónak, illetőleg a polgármesternek és a törvényhatóság főorvosának vannak alárendelve. Hatáskörében foglalnak helyet az összes közegészségi és orvosrendőri ügyek. (Szegények gyógyítása, oltása, a lakások, műhelyek, iskolák, utcák, nyilvános helyek, tápszerek egészségügye, a bordélyházak, a dajkaságba vagy eltartásra kiadott gyermekek ellenőrzése,¹ halott-szemle; továbbá vizsgálatot tart gyermekági lázban történt halál esetében, ha a baba egyedül működött, a bábák műszertáskáit negyedévenként legalább egyszer megvizsgálja. [Ezt is felveszi félévi jelentésébe.] Járványos fertőző bajok esetén, már az első megbetegedés alkalmával személyesen intézkedik s a főorvosnak bejelenti.) Járványos bajokról évenként 3 népszerű előadást tart. Közegészségi ügyekben elsőfokú hatóság, mint ilyen naplót vezet; végzéseiről az érdekelt felet, úgyszintén a végrehajtással megbízott hatóságot értesíti. Ezekről az ügyekről félévi jelentést szerkeszt. Bábák ellen a főorvos útján fegyelmi eljárást indít. Erdemes bábákat jutalmazásra ajánl a főorvoshoz. Bábászükségről a főorvosnak évenként jelentést tesz. Az összes betegekről évenként egyszer részletes statisztikai kimutatást terjeszt be a t. főorvoshoz. Hatósága felhívására közegészségügyi, orvosrendőri s orvos-törvényszéki ügyekben eljár. Szomszédos hatósági orvostársát, ha ez 4 hétnél tovább beteg, vagy szabadságon van, a folyó jövedelmek fejében (a tisztí fizetést kivéve) helyettesíti stb. (Vajjon győzi-e mindezt? Ref.)

Baba. A babaoktatás rendezésénél feleslegesek a „járási szülésznök”; a „ezéduálás” baba intézményét szintén megszünteti. Falvak részére kisegítő (3 havi tanfolyamot végzett) baba

képezendő. Annyi bábaképző intézetre van szükség, hogy évenként legalább 750 baba lépjen a gyakorlat terére.

A törvényhatósági bizottság, a főispán, az alispán, a főszolgabíró, a polgármester közegészségügyi jogkörét érintő pontok nem tartalmaznak különösebb figyelemre méltót.

Az orvosok *socialis viszonyait*, kari érdekeit stb.-t illető orvosi kamarát Novák dr. nem tartja szükségesnek. A hivatásáról megelégedezett orvossal vagy gyógyszerésszel szemben a hivatalos s teljes szigorral alkalmazott büntető eljárást gondolja leghatékonyabbnak; az orvosi gyakorlat terén fölmerülő kisebb személyes kérdések elbírálására pedig egy választott bíróságot kíván létesíteni, melynek elnöke a főorvos, tagjai az érdekeltek által választott 2—2 bizalmi férfiú volna.

Gyógyszerészet. Novák dr. a gyógyszerházak felállításánál a közönség érdekét s a gyógyszerész megélhetését tartja szem előtt; a numerus clausus mellett van.

A reáljogú gyógyszerházak birtokjogi kérdésében a magyarországi gyógyszerész-egyesületnek az orsz. közegészségi tanácshoz intézett javaslatát fogadja el, a mely az 1876. évi közegészségügyi törvény 131. és 132. §-ait módosítani akarja úgy, hogy a gyógyszerház személyes joga a gyógyszerházi jogosítvánnyal felruházottnak személyéhez legyen kötve, s hogy ilyen jogosítvány élők közt átruházható legyen, továbbá, hogy a gyógyszerész elhunytával a személyes gyógyszerházi jogosítvány az özvegyre és árvákra átszálljon, a kik ezt szintén átruházhatják.

Az új gyógyszerházak felállítása tekintetében Novák dr. a következő elveket tartja szem előtt:

1. A lakosság sűrűségéhez, vagyoni állapotához és műveltségéhez képest pontosabban állapítandók meg a feltételek, melyekhez az új gyógyszerház felállítása köttetik.

2. Az új gyógyszerház joga csak oly egyénnek adományozható, a ki legalább 15 évig mint kiváló szakember működött. Erre való tekintettel minden gyógyszerház-tulajdonos hivatalos könyvet vezet, melybe az alkalmazott szolgálati stb. minősítése bejegyeztetik, a t. főorvos ellenjegyzése mellett.

(Folytatása következik.)

KÖZEGÉSZSÉGÜGY.

A cholera-bacillusoknak burgonyán való növekedése.

Koch és más szerzők szerint a cholera-bacillus savanyú burgonyán 37°-nál a malleus bacillusához hasonló szürkés-barna lepedéket mutat. Fontosnak tartották a nevezettek ezt differentialis diagnostikai szempontból a Finkler-Prior és Deneke bacillussal szemben.

Kranhals által cholera-ürülékből kitenyészített bacillus minden tápanyagon szépen növekedett, kivéve a burgonyát. Ha azonban a burgonyát 1—2% Na bicarbonicum-oldattal alkalizálta, a cholera-bacillussal való beoltás után 37°-nál és szobahőnél szép növekedést talált. A beoltás helyén kezdetben piszkos fehér, később sárgás lepedék látszik, mely növekedésében vörös, vörösbarnás lesz s 2—3 hét alatt ellepi a burgonya egész felületét.

A nem alkalizált eredeti „savanyú” burgonyán az esetek többségében semmi növekedést sem talált; a felület változatlan maradt, csak némely esetben képződött rajta egy halványfehér foltoszerű lepedék, melyben csak 3—5 napig tudott életképes cholera-bacillusokat kimutatni.

Ezen burgonyadarabokból kivágott részletek még 6 hét múlva is savanyú kémhatást mutattak.

Egynehány savanyú burgonyán képződött ugyan lepedék, de az nem volt characteristikus, hanem azért belőle a cholera-bacillusokat 2—3 hétig ki lehetett tenyészteni.

Jellegző tenyészetet savanyú burgonyán csak 30 esetben talált Kranhals a beoltás helyén egy piszkos fehér, sárgásba

* Havonként 2-szer megnézi a gyermeket, nyilvántartási naplót vezet róla s félévenként kimutatást küld be 1 példányban a főorvoshoz, s más példányban illetékes közigazgatási hatóságának.

játszó lepedék alakjában, mely csak 5—6 napig növekedett. Ha ebből gelatina-tenyészetet készített, az növekedésének gyorsaságára nézve elmaradt az eredeti és az alkalizált burgonyáról vett anyagé mögött.

A malleus humidus bacillushoz hasonló növekedést savanyú burgonyán csak 4 esetben talált, midőn 4 nap múlva barnáshalvány lepedék képződött, mely később olyan külsőt vett fel, mintha azon helyen véresebb száradt volna be.

Ezen burgonyák egész felületének kémhatása a kísérlet végén saviból alkalikussá lett. Ez azonban nem a cholera-bacillusoknak tulajdonítható, mivel ugyanazon fajú, de be nem oltott burgonyadarabok felülete is ezen idő alatt ugyanazon vegyi változást mutatta.

Kranhals kísérleteiből azon következtetésre jut, hogy a burgonya-tenyészetek a cholera differential diagnosisánál csakis akkor használhatók fel pozitív bizonyíték gyanánt, ha tekintetbe vesszük a burgonya fajtát, kémhatásának változását a bacteriumok növekedése alatt és azt, hogy miképp viselkedik a kérdéses bacterium mesterségesen alkalizált, ugyanazon fajú burgonyán. (Centralblatt für Bacteriologie und Paras. 1893. XIII. kötet, II. füzet.)

Dr. Bruckmayer.

Mi okozza oly egyének immunitását újabb typhus infectio ellen, a kik azon egyszer már túlestek? Ezt a kérdést iparkodik Stern R. kísérletek alapján megfejtetni. Kéreste ugyanis, van-e ilyen ember vérében oly anyag, mely a typhus-bacillusok fejlődését megakadályozza, avagy késlelteti. Őt oly egyéntől vett steril vérsavót, a kik pár nap óta typhus után láztalanok voltak. A próbákat typhus-bacillussal oltotta be, s rövidebb-hosszabb ideig tartó állás után azokból gelatina-lemezeket készített. Az eredmény negatív volt, azaz a vér absolute semmi bacteriumölő tulajdonságot sem mutatott. Ha ellenben ugyanezen kísérletet 17 év előtt kiállott egyén vérével végezte, akkor abban a typhus-bacillusok elpusztultak. Világos ebből, hogy az előbbieket újabb infectio ellen nem védik bacteriumölő képessége óvja meg, hanem más! Ha ugyanis typhus-bouillont egereknek fecskendett bizonyos mennyiségben bőrük alá, úgy az azokat megölte; ha azonban a bouillont előbb typhusból üdülők vérsavójával keverte, akkor azok életben maradtak. Ebből pedig az tűnik ki, hogy a reconvalescálók vére a typhus ptomainját teszi hatástalanná, s szerinte ez az oka az ily egyének relatív immunitásának is. Kísérleteiből Stern azt következteti, hogy üdülők vérének transfúziója a méreg hatástalanná tétele folytán gyógyításra is fel volna használható. (Centralblatt f. B. u. P. XIII. Nr. 4.)

R. dr.

A bacillus tuberculosis tisztára tenyésztése — mint ismeretes, — a nehezebb feladatok közé tartozik. Morpurgo és Tinelli az eljárás egyszerűsítését úgy érték el, hogy steril celloidinból álló kamrácskába tették a tuberculosis szervek darabkáit, s azokat házi nyulak hasüregébe helyezték el. Több nap múlva a kamarák fenekén kis fehér pelyhek jelentek meg, melyek miként a további kísérletek kimutatták, tisztán tuberculosis bacillusokból állottak. Természetes, hogy így az eddig követett fáradságos eljárás nemcsak egyszerűsítve, de rövidítve is van, mert a celloidin tokokban levő tiszta bacillushalmazokból a tovább oltás már nem nehéz. Lehetséges, hogy ezen módon olyan bacterium fajok is lesznek mesterségesen tovább tenyészthetők, a melyeknél eddig ez semmi eljárással sem sikerült. (Centralbl. f. B. u. P. XIII. 2.)

Vajhamisítás. H. W. Wiley egy sajátos készítményre hívja fel a figyelmet, mely „Gilt Edge Butter Compound” név alatt jön a kereskedésbe. Ha ezen szerből kis mennyiséget tejfő és lágy vajjal bizonyos hőfoknál (de a vaj olvadási pontján alul) jól összekeverünk, akkor majdnem 50% víztartalommal bíró vajat kapunk, mely víztartalmánál fogva nehezebb, mint az e célra használt vaj.

Mint ezen készítmény vegyi vizsgálatából kiderült, 70% víztelen natriumsulfatot és 30% pepsint tartalmazott. (Zeitschrift für analyt. Chemie XXXII. évf. I. füzet.)

Dr. Bruckmayer.

A diphtheritis terjedésének mikéntjére érdekes példákat hoz fel Deschamps. Ő ugyanis két jellemző esetet hoz fel arra, hogy a reconvalescensek mily veszedelmesek lehetnek az egészségesekre. Két több tagú családnál 1—1 gyermek meg-

betegedett diphtheritisben. Az egyik kórházba szállított, a másik szigorúan elkülönített. Mindkettőnél hivatalból a lakás szigorúan fertőtlenítve lett. A két beteg felgyógyulása után haza bocsátott többi testvérei közé, kik ez alatt mind teljesen egészségesek voltak. Az egyik családban a felgyógyult gyermek megérkezése után 6, a másikban 10 nap múlva ismét 1—1 gyermek betegedett meg, kik közül az egyik el is halt. Mindkét helyen biztossággal kizárható az, hogy máshonnan hozott volna a fertőző anyag, s így D. jogosan mondja, hogy az újabb fertőzésnek a haza bocsátott lábadozók voltak az okozói. Megegyezik ez azon sok bűvár által tett tapasztalattal, hogy a diphtheritisből felgyógyultak garatjában az esetek felében több napig, sőt 3—4 hétig is teljes virulenciával bíró diphtheritis-bacillusok mutathatók ki. Épen ezért igen nagy veszély rejlik abban, ha a diphtheritisből felgyógyultakat korán bocsátják az egészséges gyermekek közé, s igen helyeslendő az iskolatörvények azon pontja, mely az ilyen betegségből felüdülteknek a felgyógyulás után csak 40 nap múlva engedi meg az iskola látogatását. D. hasonló törvényeket kíván a kórházban ápoltak, illetve az onnan kibocsátandók számára is, s szükségesnek tartja további fertőzés elhárítására azt, hogy az ilyenek a meghatározott ideig a kórházakkal kapcsolatban álló üdülőhelyeken tartassanak.

R.

Himlőben összesen elhalt Németországban az 1891-ik évben 40 ember; ezek között hatan orosz kivándorlók voltak, úgy hogy csupán Németországban csak 34-en haltak el himlőben; vagyis 24-gyel kevesebben, mint az előző évben. Himlőhalálozás összesen 28 községben volt, melyek közül ismét 17 esik az orosz határszélre. Az összes megbetegedés a 7 szövetséges állam és Elzász-Lothringiában 126 volt himlőben, melyből aránylag igen sok (46) eset Bajorországra esik. Egészen véve halálos kimenetelű himlő csak 30 éven innen levők-nél észleltetett, kiknek legnagyobb része vagy egyszer sem lett beoltva, vagy csak egyszer, s akkor is siker nélkül. Ellenkezőleg a sikeresen újraoltattak közül megbetegedettek egynek kivételével, mindnyájan csak kiskorú himlőben szenvedtek. (Rahts: kais. Ges. I. H. 3.)

R.

Diphtheriából kigyógyult egyének vérével Klemensiewicz és Escherich szerint tengeri malaczkokat diphtheritis ellen immunná lehet bizonyos időre tenni. K. és E. ugyanis azt találták, hogy azon tengeri malaczkok, melyeknek akár intraperitoneal, akár subcutan testsúlyuk 0.2—1.4%-jának megfelelő oly ember vérével fecskendették, a ki már kigyógyult a diphtheritisből, életben maradtak, sőt meg sem betegedtek a 24 óra múlva végzett fertőzéstől, melyben a többi control állat mind elhalt. Ha ellenben diphtheritisben nem szenvedő egyéntől vett vérrel kísérletet meg az immunizálást, akkor az nem sikerült. Így tehát kísérleteik alapján állítják, hogy olyan egyének vérében, a kik kevéssel ezelőtt estek túl diphtheritisben, van olyan anyag, mely legalább egy időre képes állatokat a nevezett betegség ellen immunná tenni. (Centrbl. f. B. u. P. 1893. Nr. 5/6.)

R.

A cholera-bacillus különböző magatartása egyes tenyésztalajokon volt az oka annak, hogy Peter párisi tanár kezdetben tagadta azt, hogy 1892. április havában Párisban fellépett járvány cholera volna, s német szakértőkből álló hivatalos bizottságnak kellett azt constataálni. Finkelburg bonni tanár kikutatni akarván azon csekély eltérés okát, mely a párisi szakértők tévedését okozta, összehasonlító vizsgálatokat végzett a párisi, hamburgi és az 1884-től fentartott cholera-bacillusokra vonatkozólag, s azt találta, hogy csupán igen kevés időbeli eltérés áll fenn a 3 fajta cholera-bacillus tenyésztete között. A frissek ugyanis valami kevéssel gyorsabban szaporodnak mint a régiek, és ezenkívül nagyobb hajlandóságuk van spirillumokat képezni mint a utóbbiaknak.

Vizsgálatainak eredménye tehát teljesen megegyezik a budapesti közegészségtani intézetben az 1892-diki és 1886-diki cholera-bacillusokkal végzett kísérleteimével. (Lásd Orvosi Hetilap, 1892. 47. sz.) Finkelburg az említett különbséget a cholera-bacillus biológikus energiája huzamos ideig tartó mesterséges tenyésztés folytán lassanként beállott csökkenésének tulajdonítja. (Centrbl. f. B. u. P. 93. Nr. 4.)

Rigler dr.