

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 m. k. tud. egyetemi kórszövettani intézetéből.

Az idegsejtek elváltozásai kísérletes tetanusnál, néhány megjegyzéssel az ép idegsejtek szerkezetéről.

Előleges közlemény.

Beck Soma int. gyakornoktól.

Ezen tárgyra vonatkozó vizsgálataimat azon okból kezdem meg, mert az irodalomban talált hasonló irányú kutatások eredményei a legellenmondóbbak. Bár igen tekintélyes szerzők, mint *Rokitansky*,¹ a központi idegrendszerben — nevezetesen annak kötőszövetében — elváltozásokat írnak le, mások e vizsgálatokat nagy szorgalommal ismételve (*Leyden*,² *Schultze*³) negatív eredményre jutottak. Aktuálissá vált e kérdés azért, hogy pár év óta egy *Nissl* által felfedezett oly módszer birtokában vagyunk, a melylyel az idegsejtekben végbemenő legfinomabb *morphologiai* elváltozásokat képesek vagyunk felismerni, s a mely módszerrel már eddig is nagyon sok bántalomnál idegsejtből elváltozásokat sikerült kimutatni, a melyeknél eddig vagy semmiféle, vagy csak homályosan definiálható elváltozások voltak felismerhetők. Ilyen bántalom a myelitis (*Friedmann*)⁴ s igen sok mérgezés (*Nissl*,⁵ *Sarbo*, *Schaffer*, *Pándi*)⁶. Mint-hogy az elváltozások felismerésének főfeltétele az, hogy pontosan ismerjük az ép structurát, vizsgálataimat nemcsak tetanus-sal inficiált, hanem ép állatok központi idegrendszerén is — házi nyúl és tengeri malacz volt kísérleti anyagom — végeztem s először is ennek eredményeiről számolok be.

Tetanus elváltozások főképen a gerinczagi nagy idegsejtekben láthatók, a mi könnyen érthető azon körülményből, hogy a tetanus főtüneteit mozgási zavarok képezik. Ép házi nyúl idegsejt-structurájának leírásánál a gerinczagi ágyéki részének elülső szürke szarvbeli nagy mozgató idegsejtjeit vesszük alapul. Ezen idegsejtekben a chromatin pálcikákból összetett rostokat képez, melyek legstűrűbben a mag körül, a sejt centrumán vannak elhelyezve, ritkulnak a periphéria felé s végre a nyulványokban finom hosszú különálló pálcikákat képez. A sejt határa 2—2 nyulvány között egy kifelé néző homorulattal bíró görbe vonal. A chromatin *Nissl* methodusával (magenta) élénk vörösre festődik, a paraplasma halvány rózsaszínű, többnyire egynemű, néha kissé hullámzatos küllemű. A chromatin sem mindig egészen homogén, hanem itt-ott világosabb helyek vannak benne. Ilyen typussal bír a legtöbb sejt; ezek a *sötét típusú* sejtek ellentétben a *világos típusúakkal*. Az utóbbiak kisebb számban fordulnak elő, paraplasmájuk homogén, festetlen, a chromatin bennük kevesebb, s vagy

szintén fonalak alakjában rendezett, de a fonalak ritkán állók, vagy szabálytalanul elrendezett néhány durva chromatin-rögöt tartalmaznak, a mikor a sejtek sokkal kisebbek. A világos sejtek magja is festetlen, a sötétké halványpiros, a magesa mindkettőben szabályos gömbalakú, sötétvörös színű (magenta-val festve). *Tengeri malacz* gerinczagi sejtjei sokkal kisebbek s harántmetszeteken rendesen szemcséseknek látszanak, de hosszsmetszeteken ezek is rostozottak. Magcsájuk nem mindig tűnik fel szabályos gömbnek, mert kerületéhez gyakran 2—3 immersióval felismerhető szemcse tapad, mely három vagy négyszögletű kinézést kölcsönöz neki. *Tengeri malacz*nak is vannak világos és sötét sejtjei, az első kicsinyek, néhány durva rögöt tartalmaznak. Úgy a házi nyúl mint a tengeri malacz idegsejtjeiben a tengelyszálynulvány chromatinmentes, s oly módon ered a sejttestből, hogy a chromatin félkörbe elhelyezkedve a sejt egy kis területe homogén, chromatin-nélküli marad s a tengelyszálynulványba folytatódik. (*Schaffer*.)

Az idegsejtek elváltozásait tetanus kulturával injiciált két házi nyúl s egy tengeri malaczon vizsgáltam. A degenerációk vagy olyanok, a melyek igen sok sejtben az egész gerinczagyban állandóan fellelhetők: ezek *általános degenerációk*; vagy olyanok, melyek csak 1—2 sejtben, szóróványosan fordulnak elő: ezek *különleges degenerációk*. Közös jellemvonása az elváltozásoknak, hogy nem az egész sejttest degenerálódik egyszerre, hanem többnyire a sejtnek csak egy része esik szét, s hogy a mag és magesa ritkán vesz részt az elváltozásokban.

Az általános degenerációkhoz tartozik a *sejtek duzzadása*. Az idegsejtek chromatin-hálózata meglazul, a pálcikák eltávolodnak egymástól, a sejt contourján domboriakká lesznek. A paraplasma szemcsésedik, a chromatin-rögök szintén elvesztik homogenitásukat.

A *durva rögösödés*. A sejtek itt is duzzadtak, de a chromatin-pálcikák bennök durva rögökké válnak vagy folynak össze, fonalas elrendeződésnek nyoma sincs, a sejtben néhány nagy chromatin-rög van.

A *peripherikus degeneratio*. Az elváltozás a sejt szélén kezdődik. A chromatin-rögök a sejt periphériájának egy részéről a centrum felé vándorolnak, miáltal egy keskeny széli paraplasma-öv jön létre, mely vagy homogén vagy finoman szemcsés. Később a chromatin-rögök szétesnek szemcsékké, s összekeveredve a paraplasma szemcséivel, a degenerált széli rész nagyobbodik, úgy hogy néha a sejt felét is elfoglalja.

A *tengelyszálynulvány melletti szétesés*. A legnevezetesebb faja a szétesésnek tetanusnál. A tengelyszál eredési dombcsája mellett fekvő chromatin-rögök finom szemcsékre esnek szét, sőt néha egészen homogénné válik ezen hely. A tengelyszál normalis eredési területe 4—5-szörösére növekszik, és a sejtnek $\frac{1}{3}$ -át elfoglalhatja. A szétesésnek ez a neve a tetanus vírus azon sajátosságából magyarázható, hogy az idegrendszer mentén halad. A vírus a behatolási kaputól a körzeti idegek közvetítésével a gerinczvelőbe jut, s itt a tengelyfonalak anyagában vezetetik tova az idegsejt tengelyszálynulványába, innét a sejttestbe. Azt hiszem, hogy minden oly bántalomnál, melynek vírusa a tetanuséhoz hasonló sajátossággal bír (pl. lyssa), fel fogjuk lelhetni a degeneratio ezen formáját.

A *sejtsugorodás*. Nem igen gyakori degenerációs forma. A chromatin ennél nagy rögökké tömörül, néha egy tömeggé

¹ *Rokitansky*: Sitzb. der k. k. Akademie der Wissenschaften. 1857. Wien.

² *Leyden*: Virchow's Arch. 26.

³ *Schultze*: Deutsches Arch. f. klinische Medizin. 1877. Neurol. Centrbl. 1882.

⁴ *Friedmann*: Neurol. Centrbl. 1891. I.

⁵ *Nissl*: 48. ord. Versammlung d. Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz 1891. nov. 14.

⁶ Magyar orvosi archivum 1892—93. évfolyamai.

lesz az egész chromatin-állomány, ezt a paraplasma visszahúzódnak követi, miáltal a sejt széle egyenetlen csipkézett lesz.

Különleges elváltozások: a vacuolisatio. Az első kísérleti nyúl gerinczelejében nagyon ritkán találhattam fel, ellenben a másodikban és a tengeri malaczeban gyakran, a minek okáról alább lesz szó. A vacuola mint hosszúkas piskóta, vagy kis kör alakú festetlen világos folt tűnik elő a sejtestben. Pathologikus jelentőségét sok neves buvár kétségbe vonta (Charcot stb.) s kezelés által létrejöttek tartja.

A finom szemcsés szétesés. Míg több szerző különféle mérgezéseknél gyakran találta a degeneratio e nemét, addig tetanusnál a legritkább elváltozások közé tartozik. A chromatin finom szemcsékre esik szét, a paraplasma hullámzatos lesz, benne néha még egy-két egészen tönkre nem ment chromatin-rög látható. Ezen elváltozási formához hasonló másik degeneratio is észlelhető néha, melyet a sejt nagy gömbös szétesésének lehet nevezni. Ennél a sejt egyik részében szabályos gömbalakú meglehetősen nagy sötétvörösre festődő (magenta) szemcsék lépnek fel. Gyakran a nyulványokban is látni ilyenforma degeneratiót, csak hogy a gömbös szemcsék valamivel kisebbek.

Homogen duzzadást oly értelemben mint azt Schaffer és Friedmann leírták, az első kísérleti nyúlban egyetlen egy esetben láttam, ellenben a másodiknál és a tengeri malaczeban ez a degeneratio egyik legáltalánosabb formája volt. Általában ez utóbbi állatok központi idegrendszerében az elváltozások sokkal nagyobb fokúak voltak mint az első kísérleti nyúlban. Ennek okát postmortalis elváltozásokban kell keresnünk. A jegyzőkönyvekből ugyanis kitétni, hogy a második nyúl és a tengeri malacz halála és központi idegrendszerük alkoholba tévése között legalább 15 óra telt el, míg az első nyúl már 3 órával a halál után conserválva lett. És bár Sarbó vizsgálatai szerint normalis körülmények között a házi nyúl gerinc-agyi idegsejtjei még 24 órával a halál után sem veszítik el ép structúrájukat, ezt semmiesetre sem állíthatjuk a tetanus inficiált állatok idegsejtjeire nézve, mert a tetanikus vírus még a halál után is folytatja szövetroncsoló munkáját.

Az idegsejtek sclerositát és pigment degeneratióját, továbbá idegrostbeli, kötőszöveti vagy glia elváltozást sohasem láttam.

A magban fellelhető finom szemcsék, halavány foltok nem tekinthetők degeneratióknak, mert ép idegsejtek magjaiban is láthatók. Biztosan degeneratióknak csak azt az elváltozási formát tartthatjuk, a melynél a magban 8—15 sötét, meglehetősen nagy gömb szemese lép fel. A magesa is degenerálódhatik: vagy sorvad, vagy halványan festődik határozatlan körvonalakkal vagy — s ez a legritkább — 2—3 szemese lép fel benne. A nyultvelő magvainak idegsejtjeiben semmi különös elváltozás nem látható; néha a sejtek duzzadtak, de nagyobb fokú degeneratio nem látható bennük.

Az ép idegsejtek structuralis differentiai már arra utalnak, hogy a sejtek histochemice is különböznek egymástól; még inkább szól e mellett a degeneratio sokfélesége. Csak ezen körülményből magyarázható, hogy a tetanikus vírus egyik sejtre pl. duzzasztólag, a másakra zsugorítólag hat. Witkowsky,¹ Nissl² és mások már kifejezésre juttatták azon közelfekvő gondolatot, hogy a sejteknek histochemiai illetve morphologiai differentiaja funkciójuk különféleségével van összefüggésben. Vizsgálataim főbb eredményei röviden összefoglalva a következők:

1. A tetanikus vírus az idegsejtekben elváltozásokat hoz létre.

2. Ezen elváltozások kétféle módon jönnek létre: α) a nedv keringésbe jutó vírus a pericellularis ürökben directe érintkezéssel az idegsejttel, degeneratiót hoz benne létre; β) a tetanikus vírus egy része az idegrendszer mentén haladva a tengelyszálynak közvetítésével a sejtbe jut és így okoz szétesést.

3. A tetanikus mérge az állat halála után még folytatja destruáló munkáját, mely leginkább az idegsejtek nagyfokú vacuolisatiójában és homogen duzzadásában nyer kifejezést.

¹ Witkowsky: Arch. für Psychiatr. XIII. 3.

² Nissl: loc. cit.

Közlemény az egyetemi II. belklinikáról.

Az arczideg viszonyáról a könnyelválasztáshoz.

Jendrassik Ernő dr., egyetemi magántanártól.

(Vége.)

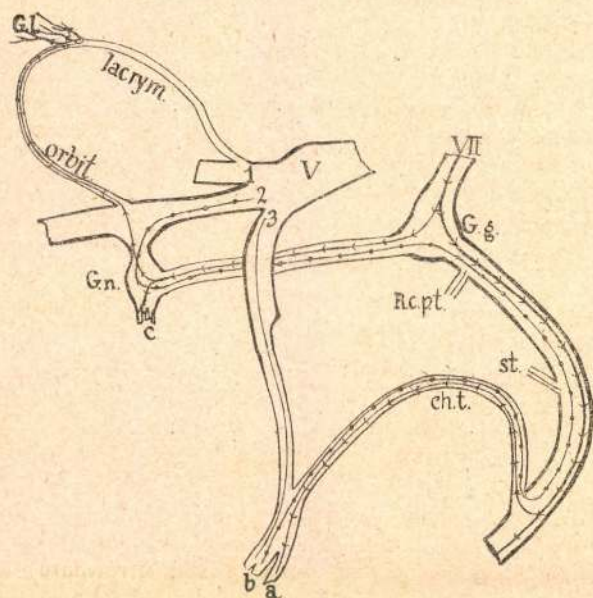
Az inyvitörák állásában némi különbség mutatkozott, a mennyiben a garatív jobb oldalt jóval tágabbnak tűnt fel, s az uvula baloldalra látszott húzódva. Hangadásnál vagy erőművi ingerlésnél az inyvitörák mozgása az első pilanatra a két oldalon csaknem egyenlőnek látszott, s csak ismételt megfigyelés mellett tudtam észrevenni, hogy ezen műveleteknél, s főleg az á mondásánál az inyvitörák a bal oldalon magasabbra emelkedett, mint a jobbon, s a szájon át való erősebb kilehelésnél a jobb oldal némileg emelkedni látszott, míg a bal inkább oldalra tért. Ezen viszonyok azonban csak igen gondos vizsgálatnál voltak észrevehetőek s miután eleinte a figyelmet elkerülték, s a többi tünet, mint fentebb fel van sorolva, határozott felvilágosítást nem nyújtott: a bántalom székhelyét a jelen esetben kezdetben a for. stylomast. közelében véltem felvehetőnek. Ezen felvétel később tévesnek bizonyult s itt csak azért beszélem meg bővebben, mert az inyvitörák mozgásának és beidegzésének kérdése még nincsen végleg tisztázva. Az inyvitörák egyik szárnyának izomzata oly szorosan összefügg egymással, sőt az ellenkező oldalával is, hogy főleg oly egyéneknek, kiknek mélyebben lelőgő inyvitöráik vannak, az egyik oldal felől a másik is igen nagy fokban mozgathatóvá válik. Ezen betegnél hasonló viszonyok mutatkoztak az áll izomzatában is: a jobb quadrat. és levat. menti igen súlyosan el voltak fajulva, úgy hogy oly galvánáram, a mely az ép oldalon már erős rángást váltott ki (K 2·5 MA), ezen oldalon még teljesen hatástalan maradt (csak 4·2 MA-nél jelentkezett az első AR, s KR pedig csupán 6—7 MA-erejű árameronél mutatkozott igen kifejezett vontatott alakban; farados árammal összehúzódnak az ép oldalon 106 mm., a beteg oldalon 88 mm.-nél volt kiváltható). Ha ezen árammal (2·5 MA) azonban az ép oldalon ingereltünk, akkor az izomrángások alatt a jobb alsó ajakfél is erősen mozgott és pedig ép oly rövid rángási alakban, mint a bal oldalon, jelétül annak, hogy ezen látszólagos mozgás ugyanazon baloldali izmok műve volt, s jelétül annak, hogy ezen egyénél a középvonalban közel álló izmok egymással szorosabb összeköttetésben vannak (a bőr és kötőszövet összetapadása által) mint a legtöbb embernél. Végre az a körülmény, hogy a nyitott száj mellett való erőltetett kilehelésnél a beteg oldal feljebb emelkedett, mint az ép, arra mutat, hogy ezen lejjebb sülyedt oldalon a m. tensor veli palat. nemcsak széthúzza, hanem emeli is az inyvitörát. Ezen izom, mint ismeretes, a trigeminus harmadik ágától nyeri idegét.

Miután a facialis hozzáférhető izmai mind teljesen és nagyon súlyos alakban bénultak, úgy vélem, hogy a garat-emelő izmok is teljesen elvesztették akaratlagos mozgási képességüket, s csak az ellenoldali izmok és némileg az izom működése következtében látszik, bár csekélyebb mértékben mint az ép oldalon, mozgási (emelési) képesség az inyvitörák jobb felében. Hasonló viszonyokat az inyvitörák izomzatában már több ízben láttam.

Ezen beteg is könnyen volt sirásra indítható; ekkor könnyei csak az ép szeméből jöttek, jobb szeme „nem sirt”. A beteg kötőhártyái elég halaványak voltak rendes állapotban; ha orra elé mustárolajat tettem, úgy a leghatározottabban állt elő a következő jelenség: bal szeme megtelt könnyekkel, a kötőhártyája élénk vörös lett, pedig a beteg az olaj behatása alatt ezt becsukta volt, míg félig nyitva maradt jobb szemén a kötőhártya is halavány maradt, könnyelválasztás sem jelentkezett. Azóta e viszonyokat folyton figyelemmel kísértem s a kísérleteket igen sokszor ismételtam.

Ezen esetekkel szemben a facialis-bénulásnak túlnyomó számában azonban, dacára a teljes arczidegbénulásnak, a könnyezés mindkét oldalt egyenlő mértékben történik, s mustárolaj vagy más izgató szer is mindkét szem kötőhártyájára és könnymirigyére egyenlően hat. Ezen körülményből arra kell gondol-

nunk, hogy az arczidegnek azon ága, a mely a könnymirigy beidegzésére szolgál, nem a foramen stylo-mastoideumból való kilépés után, hanem még valahol a Fallopius csatornájában ágazik el a törzsöktől. S valóban az arczidegbénulás leggyakoribb esetében a kórfolyamat székhelye az említett nyílás körül van, s csak ritkábban látunk a sziklaesont csatornájában támadott bénulási eseteket. Erb¹ vizsgálatai óta általában nem nehéz a megbetegedés helyét meghatározni, s az első pillanatra nyilvánvaló, hogy az épen leírt három esetben (legalább a két utóbbiban) a ganglion geniculat. táján kell a bántalmat felvennünk, mivel csak így nyerhet az inyvitörli bénulása és a második esetben a nyelv eltűlő részleteinek ízérzés hiánya értelmezést. Ezen körülmények számbavétele és az anatómiai viszonyok megfigyelése mellett a könnymirigy beidegzésének pályáját nagy valószínűséggel a következő módon szerkeszthetjük meg.



→→ a facialis rostjainak pályája.
 - - - a trigeminus 2. ága rostjainak pályája.

A n. facialis (VII.) rostjai a ganglion geniculatum (G. g.) táján megoszlanak s részben a n. petrosus superf. majoron át a gang. nasaleba (s. sphenopalatinum G. n.) jutnak. Innen egy részük az inyvitörliákba, mint nn. palatini szállanak alá, míg más részük a trigeminus második ágán áthaladva, az épen átellenben eredő n. orbitalisba lép bele. Ez az ideg pedig szép ívben egyenesen belefut a n. lacrymalisba, s egyesüléstük helyén ágazódnak ki a könnymirigybe belépő, még tovább elosztódó idegszálak. Ezen felfogás értelmében tehát tulajdonképpen nem is a trigeminus első ágából való n. lacrymalis lenne az elválasztó ideg, hanem a n. orbitalis. Hogy Reich² a n. lacrymalis izgatására, ha azt közel a mirigyhez eszközölte, könnyelválasztást észlelt, teljesen érthető, mert az ingerlő áram az n. orbitalis útján odajövő idegrostokat érhetette, s érthető lesz az is, hogy miért nem bírta ugyanezt a hatást kiváltani, ha az izgatást a trigeminus törzsöki részénél végezte, sőt reflex könnyezést tudott akkor is még előidézni, ha a trigeminus illető ágát átmetszette volt. Fedor Krause³ embernél végzett gangl. Gasseri kiirtás után sem látta csökkenteni a megfelelő szem könnyelválasztását. Teljesen érthető felvételem alapján, hogy miért volt képes Reich a facialis kitépése után még reflex könnyezést létrehozni, miután ezen művelet alatt a gangl. genicul. és a n. petrosus sup. maj. nem szenvedtek. Érthető lesz Vulpian és Journiac⁴ kísérlete is, midőn a dobúr villamos izgatása alatt a könnyelválasztás fokozását észlelték, mert ezen áram a nerv. petrosus sup. majort könnyen elérhetette; míg ha a facialist teljesen eltávolították, a koponyaürbeli

részlettel együtt, akkor ezen kísérlet negatív maradt. Végre magyarázatát találjuk azon észleleteknek is, a midőn a facialis nyújtás egyes eseteiben (de nem minden esetben) a nyújtás pillanatában megfelelő oldali szemből hirtelen nagymennyiségű könny ömlött elő (Schüssler, Lumniczer, Schulek), ha felveszünk, a mi teljesen elfogadható, hogy az óvatosan fokozott nyújtás által a gangl. genicul. is elérve s így ingerelve lett. Könnyű értelmezést nyerünk a fentebbi rajz alapján Uthoff⁵ látszólag ellenmondó észleletére. Ezen szerző beteget látott, a kinél heves, a jobb oldali trigeminus második ágának területére szorítkozó fájdalmak állottak elő, s ugyanekkor vette észre, hogy sirásnál ezen szeme száraz marad. A fájdalmak néhány nap múlva megszűntek ugyan, de a szemén bizonyos érzési zavarok (dysaesthesiák alakjában) maradtak vissza, s a könnyelválasztás szünetelése is tovább tartott. Ezen esetben a bántalom székhelyét a ganglion nasaleban a trigeminus második ágával való összeköttetése helyén kell keresni s felvehetjük, hogy főleg ezen összekötő rostok, vagy a nervus orbitalis kilépési helyén szenvedtek s így származott a könnymirigy elválasztásának bénulása, holott ha a n. lacrymalis sérülése játszott volna közbe, úgy a fájdalmaknak a trigeminus első ágában kellett volna mutatkoznia. A fentebb már említett s Hutchinson által közölt esetben a facialis-bénulás tünetei mellett jellegzetes ízérzési zavar is volt jelen, a mi felvételemmel teljesen egyezik, ezen esetben azonban másféle tünetek is fejlődtek ki, a melyek nagyobb sérülést is tételeztek fel.

Mindezek alapján alig lehet kétség az iránt, hogy a könnymirigy elválasztó idegrostjai a facialisból valók s a gangl. gen. és a n. petros. superf. maj., a gangl. nasale s a n. orbitalis útján járnak. Talán sikerülni fog e viszonyokat állatkísérletek által teljesen bizonyossá tenni.

Végre teljesen megegyezik azon észleletem, hogy a könnyelválasztás szünetelésével együtt az érmozgató idegek ingerelhetősége is hiányzott, eddigi ismereteinkkel. A chorda tympani a nyelv eltűlő részleteinek vasomotorait is vezeti, s a szerzők egész sorozata, Schiff⁶ Frankl-Hochwartig kiemeli, hogy a facialis rostokkal mindentűt együtt járnak az érmozgatók is, a mit a chorda tympanira már Claude Bernard mutatott ki kísérleti alapon.

A mustárolaj-próba pedig facialis bénulásnál igen értékes segédeszköznek ígérkezik a bénulás helyének meghatározására.

Második esetemben feltűnő a hallás egyenlő volta a két fülben, mert a gangl. geniculatum táján támadt arczidegbénulás következtében, ismereteink jelen állása mellett, a n. stapedius (st.) is megbénulna s e miatt a hyperakusisnak nevezett tünetcsoportnak kellett volna beállni. Igaz, hogy facialis bénulásnál sok mindenféle oka lehet a hallás-zavarnak, s hogyha a jelen esetben a hallás csökkenését tapasztaltam volna a baj oldalán, az a legkevésbé sem lepott volna meg, jóllehet a fül vizsgálata negatív eredményű volt. De sokszoros vizsgálat mutatta ki, hogy a beteg hallása mindkét fülén jó és teljesen egyenlő. Az irodalomban is számos esetet lehet találni, a melyekben az inyvitörliák bénulása mellett a hyperakusis hiányzott, a nélkül, hogy a hallás csökkent volna. Ezen észleletek azon gyanút keltik bennem, hogy vajjon a nervus stapedius nem ép olyan vendége-e a nervus facialisnak, mint pl. a chorda tympani ízérző ágai (b.)? Ez a felvétel némi valószínűséggel bir azért is, mert a dobúr második izmát, a m. tensor tympanit, a trigeminus harmadik ága látja el mozgató rostokkal, s így talán nem lehetetlen, hogy ugyanezen idegtörzsökből a ramus communicans cum plex. tymp. (R. c. p. t.) közvetítésével jut egy darabon át a stapedius izom idege az arczideg pályájához.

Kísérleti úton eldönthető volna e kérdés az izom elfajulásának tanulmányozása által a trigeminus vagy a facialis átmetszése után.

Budapest, 1893. július 18-dikán.

⁵ Neurolog. Centralblatt 1885. p. 542.

¹ Archiv f. klin. Medicin. XV. k.

² Archiv f. Ophthalmologie 1873.

³ Deutsche med. Woch. 1893. p. 341.

⁴ Compt. rend. 1879. 89. kötet, 274. és 393. l.

Adatok az újszülöttek sárgaságának tanárhoz.

Schiff Ernő dr. gyermekorvostól Nagyváradon.

(Folytatás.)

Bármily jogtalanak lássék is első pillanatra 3 észlelt esetből következtetéseket levonni, adott esetben erről nem lehet szó, mert nem szabad feledni, hogy miután előre nem lehet tudni, hogy vajon az illető újszülött nem fog-e icterikus lenni, minden egyes esetben rendszeres vizsgálatokat kellene végezni és azután kiválasztani azokat, melyeknél ict. fellépett. Ámde a vérvizsgálat annyi időt rabol el, hogy alig fog találkozni valaki, a ki csak azért vizsgáljon egy bizonyos számú újszülöttet, hogy majd esetleg az esetek 20 százalékában icterussal is fog találkozni. Én magam 18 késői lekötesi eset között mindössze 3 icterikussal találkoztam; lehet, hogy más intézetekben, a hol ict. nagyobb százalékos arányban lép fel, a feladat könnyebb volna, de csak nagyon kevéssel, ha az illető vizsgáló — úgy mint nekem más szempontok miatt kellett tennem — már előre csak a jól fejlett s normalis viszonyokat mutató újszülötteket fogná vizsgálat alá venni. Ez szolgáljon mentességemül, ha ez esetben — szokásom ellenére — már 3 esetből is következtetéseket merek levonni.

A következtetés pedig, a mi ezen esetekből jogosan levonható, véleményem szerint lényegileg nem más, mint a mit az első csoportnál talált vizsgálati adatokból levontam, hogy t. i. az icterus neonatorumnál a vérnek határozott szereppel kell birni. De levonható másodsorban még egy másik jogosult következtetés is, és ez az, hogy a vörsejtek tömeges szétesése nem képezheti az icterus keletkezésének primaer okát. Mert ha igen, úgy: 1. minden egyes késői lekötesi esetben, — mint a hol vizsgálataim szerint nem kevesebb mint 60–80 gm. tartalékvérben foglalt vörsejttömeg jut rövid idő alatt szétesés és kiküszöböltetésre — icterusnak kellene beállani; 2. ha beáll az icterus, annak sohasem volna szabad a 2–4. nap előtt jelentkezni, mert hiszen csak ekkor kezdődik a vörös vörsejteknek tömegesebb szétesése; 3. icterusnak kellene jelentkezni a csecsemőknek mindennemű kifejezettebb lázas mozgalmainál, mert, a mint azt ide vonatkozó vizsgálataimban kimutattam,¹ a csecsemők magasabb fokú lázas mozgalmainál már néhány órai tartama után a láznak vörös vörsejtek milliói mennek tönkre. E helyett azt látjuk, hogy a csecsemők magasabb fokú lázas mozgalmait ict. nem kíséri, hogy az általam részletesen vizsgált 18 késői lekötesi eset közül csak háromnál jelentkezett icterus, s hogy az icterus ezen esetekben már a 2. napon fellépett, a mikor még tartalékvér vörsejtjeinek tömegesebb széteséséről nem lehet szólni, mert hiszen rendszeren csak ekkor van folyamatban a vörös vörsejtek fokozatos, relativ megszorodása. Épen azon körülmény azonban, hogy ezen esetekben az ict. már a 2. napon fellépett, s hogy ennek kapcsán a vörös vörsejteknek rendes körülmények között észlelt fokozatos megszorodása kimaradt, arra mutat, hogy az a vörsejttömeg, mely különben csak a 4–5. naptól kezdve lett volna kiküszöbölendő, s a melynek a 2–3. napon még a relativ vörsejtszám megszorodása alakjában jelentkeznie kellett volna, bizonyos célra elhasználtatott, a mely célnak feltétlenül az icterus következményének kellett lennie. Ha valaki azt mondaná, hogy épen azért lépett fel a nevezett 3 esetben az ict. már a 2. napon, mert a tartalékvérben foglalt vörsejttömeg szétesése kivételesen már ekkor folyamatba jött, akkor előttünk áll az a kérdés, hogy mi adott okot eme kivételes körülményre? Az ezen kérdésre adandó és egyelőre ismeretlen válaszban fog rejlenni az icterus keletkezésének tulajdonképeni alapoka. Ez azonban ismét csak azon conclusióhoz vezet bennünket, a mit már egyéni álláspontom gyanánt fennebb jeleztem, hogy t. i. a vérnek az ict. neonatorum keletkezésénél kétségtelenül van szerepe, de semmi esetre sem² képezheti a primaer momentumot.

¹ Schiff. A lázas hőmérsék befolyása a csecsemők vérösszetételére. Orvosi Hetilap 1891.

A mi az ict. tartama alatt a fehér vörsejtek számát illeti, úgy az többé kevésbé a norm. viszonyoknak megfelelő. Némely esetekben azonban számuk kevesebb a rendesnél, nagyobb ellenben csak akkor, ha az újszülöttnél bizonyos complicatiók következtében a halál beállása fenyeget, tehát agonia van jelen, a midőn azonban magától értetődőleg a fehér vörsejtek jelentékeny száma nem az icterus, hanem az agonia rovására irandó. Hasonló esetekben ugyancsak a nevezett okból a vörös vörsejtek relativ száma is nagyobb lesz. Néhány példa legjobban fogja feltüntetni e viszonyokat.

I. P. József. Született 1889. május 15-dikén. Initialis súly 2140 gm. Nagyfokú ict. Szék sárga.

Május 14-dikén d. u. 2 órákor. Testsúly = 2100 gm. NV¹ = 6071800; NF² = 18000; 1:337. Hb³ = 95%.

II. P. Jaroslav. Született 1889. április 15-dikén. Jól fejlett. Nagyfokú icterus. Baloldali kephalhaematoma.

Április 26-dikán d. u. 4 órákor. Testsúly = 3450 gm. NV = 5642300; NF = 19800; 1:285; Hb = 114%.

Április 28-dikán d. e. 9 órákor. Testsúly = 3200 gm. NV = 5173300; NF = 17000; 1:304; Hb = 110%.

Április 30-dikán d. e. 9 órákor. NV = 6186700; NF = 40000; 1:155; Hb = 115%.

Az utolsó vizsgálatnál a csecsemő már a halállal vívódott, s rövid idővel azután a halál tényleg be is állott.

III. Č. Franciska. Született 1889. május 15-dikén. Initialis súly = 2780 gm. Köztakaró szürkés-sárga. Székletét sárgás-zöld.

Május 28-dikán d. e. 11 órákor. Testsúly = 2100 gm. NV = 7100000; NF = 33600; 1:211; Hb = 123%.

Május 29-dikén d. e. 9 órákor. Testsúly = 2100 gm. NV = 6523100; NF = 44800; 1:145; Hb = 120%.

Május 30-dikán d. u. 1/2 3 órákor. Testsúly = 2050 gm. NV = 6609400; NF = 45460; 1:145; Hb = 114%.

E napon a kórtörténetben a következő feljegyzést találom: „Teljes apathia; has besüppedt. Köldök kissé vérző, szív működés rendes.“ Junius elsején beállott a halál.

Mint látjuk, mind a három esetben a fehér vörsejtek jelentékeny megszorodása volt észlelhető; hogy e lelet minek tulajdonítandó, azt már kiemelttem fennebb. Rendes körülmények között a fehér vörsejtek száma inkább a norm. értékingadozások alsó határaihoz közeledik, de sohasem múlja felül a norm. értékingadozások felső határát.

A vér haemoglobintartalmát csak a prágai leleczházban észlelt esetekben vizsgáltam. Mint a fennebb közölt egy-két táblázatból látható, a haemoglobintartalmak az ict. fennállása alatt a rendes határok között ingadoznak. Némi csökkenés csak akkor mutatkozik, a midőn a vörsejtek számában is fogyás áll be, tehát az ict. teljes eltűnése után. A rendesnél magasabb haemoglobintartalmakat csak olyan esetekben lehet látni, mint a túloldalon közölt három esetről, a hol az azonban minden kétséget kizárólag az agoniára vezetendő vissza.

Szólnom kellene még e helyen az icterikus újszülöttek súlyviszonyáról, a vizeletelválasztásukról s a kiűritett vizeletnek chemiai összetételéről. Előre kijelentem azonban, hogy mindezek közül egyedül a vizeletelválasztás quantitativ magatartására vonatkozó adataimnak tulajdonítok némi positiv értéket s azért e helyen csak ezzel kívánok röviden foglalkozni; a többiekre majd alantabb alkalmilag reátérek, a hol majd nem arról lesz szó, hogy mi módon alakulnak eme viszonyok positive az icterusnál, hanem hogy mi módon nem, a hol tehát ezen adatok csak negativ bizonyítékok gyanánt fognak szolgálni.

A mi a vizeletelválasztás quantitativ magatartását illeti, arra nézve már ide vonatkozó physiologiai tanulmányomban röviden nyilatkoztam, hogy t. i. az icterikus újszülöttek e tekintetben két csoportra oszlanak, nevezetesen: a csak kis mértékben icterikusak nagyban és egészben oly mérvű vizeletelválasztást mutatnak, mint a norm. állapotot mutató újszülöttek; a

¹ NV = vörös vörsejtek száma.

² NF = fehér vörsejtek száma.

³ Hb = haemoglobintartalom Fleischl szerint.

kifejezetten icterikusak ellenben határozottan jóval kevesebb vizeletet ürítenek a rendesnél. E helyen ide vágó adataimat részletesebben csoportosítottam és eseteimből a következő átlagszámokat nyertem:

24 órai átlagos vizeletmennyiség a

Nem icterikusoknál:

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10. napon:
17.1	43.2	49.7	116.1	167.9	213.7	232.5	256.8	284.3	277.4

Kis fokban icterikusoknál:

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10. napon:
17.4	55.6	51.2	145.3	220.3	279.7	297.4	357.6	321.8	372.4

Kifejezetten icterikusoknál:

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10. napon:
10.1	24.9	30.0	31.0	58.0	93.9	93.7	140.2	154.0	117.3

Nem akarnék ezen összesen csak 14 rendszeresen vizsgált esetekben nyert adatokból a részletekbe hatoló pozitív következtetéseket levonni, de egy következtetésre mégis feljogosítva érzem magam, hogy t. i. kifejezett icterusnál az elválasztott vizelet mennyisége messze elmarad a norm. viszonyok között elválasztott vizelet mennyisége mögött, mert ezt minden egyes esetben eminenter láttam kifejezve. A kis fokban icterikusoknál — a minőnek tekintem én az icterust, ha csak az orrszárnyak körül avagy az arczon mutatkozik egy halvány-sárgás színeződés, a nélkül, hogy magán a testen ilyet is észlelhetnénk — a vizeletelválasztás tényleg a norm. határok között ingadozik, sőt ha ezen átlagszámokat a norm. viszonyok között talált átlagos értékekkel hasonlítom össze, úgy még valamivel inkább nagyobbak. Semmi esetre sem mulják azonban a norm. értékeket annyira felül, hogy még az egészen kiskokú icterusnál is polyuriáról volnánk feljogosítva szólni, a mint azt Szendeffy¹ pozitív ide vágó adatok teljes mellőzésével az icterikus újszülöttekről általában állítani akarná, miután bár a kis fokban icterikusoknál talált átlagos értékek valamivel magasabbak is azoknál, melyeket átlagban a normalis újszülötteknél találtam, de egyáltalában nem emelkednek azon maximális határ fölé, melyet a teljesen normalis állapotban levő újszülötteknél akárhányszor találni lehet. Hogy kifejezett icterus esetén határozott olyguria van jelen, azt a fenn közölt számadatok egész világosan mutatják, már pedig, ha az icterus pathogeniájáról van szó, minden esetre első sorban a kifejezetten icterusoknak kell tekintetbe jönni.

Fentartva már mostan magamnak, hogy már említett másnemű és inkább negatív irányú érvek értékével bíró vizsgálati adataimat alantabb a megfelelő helyeken közöljem, át-terek mostan az eddig nyilvánított haematogen nézetek rövid bírálatára.

A Porak és Violet által kinyilatkoztatott teoriák lényegileg ugyanazon alapon lévén felépítve, együttesen bírálhatók el. Mint már jelen közleményem bevezetésében röviden vázoltam, mindketten Hayem és Hélotnak azon állítólagos adataira támaszkodnak, hogy 1. az újszülötteknél az élet első napjaiban vörös vörsejtek nagyobb számban mennek tönkre; 2. hogy a későn lekött újszülöttek nagyobb átlagos vörsejtszámmal bírnak, hogy ez a magasabb átlagos vörsejtszám azonban az első élet-napok folyamán kiegyenlítődik, vörös vörsejtek tehát nagyobb számban mennek tönkre, mint a korán leköttötteknél. Ezen utóbbi nézetet támogatni vélték azon megfigyeléseikkel, hogy a későn lekött újszülöttek nagyobb százalékos arányban lepetnek meg icterus által, mint a korán leköttöttek.

A mi már mostan Hayem és Hélotnak azon állítólagos adatát illeti, hogy az újszülötteknél az első élet-napok folyamán vörös vörsejtek nagyobb számban mennek tönkre, erre nézve meg kell jegyeznem, hogy nevezett szerzők ilyent soha nem állítottak, de nem is állíthattak. A mint én azt az újszülöttek normalis viszonyok közötti vérösszetételére vonatkozó tanulmányomban részletes és nagyszámú vizsgálataim alapján kimutattam, a vörös vörsejtek száma az első élet-naptól kezdve a 14-dikig átlag egy fél millióval csökken (ugyanezen vég-

eredményhez jut bár aránytalanul csekélyebb számú vizsgálatai alapján Hayem is. L. c. pag 102.); ez tagadhatatlan tény. De ugyanott kifejtettem azt is, hogy ez az aránylag nem nagymérvű csökkenés egyedül az anyageserének az első napok alatti módosulásával hozható összefüggésbe, s hogy az nem lehet más mint a regeneratív működésnek fokozatos alkalmazkodása a fokozatosan bár csak relative kisebbedő anyagszükséglethez azon időpontig, míg az anyageserében az egyensúly beáll. Kimutattam ugyanott a Hayem eredeti közleményéből vett idézettel, hogy neki e jelenséget illetőleg egészen az enyémhez hasonló felfogása volt, hogy tehát az első élet-napok alatt jelentkező nagymérvű vörsejtszűrésről nem is szólt.

A mi pedig Hayem és Hélotnak azon másik állítását illeti, hogy a későn lekött újszülöttek magasabb vörsejtszámmal bírnának, azt a lekött időpontjára való tekintettel végzett haematologiai tanulmányomban részletesen tisztáztam, a midőn kimutattam, hogy Hayem és Hélot tétele apodictice nem áll, hogy nem áll Hélotnak azon állítása, mintha a 2 csoport közötti állítólagos vörsejtszámkülömbőség az első napon volna a legnagyobb s ettől kezdve fokozatosan csökkennék, hanem közvetlen a szülés után a vörsejtszám mindkét csoportnál az individualis ingadozások keretén belül ugyanaz és csak ettől kezdve mutatkozik a különbség annyiban, hogy a későn leköttötteknél első sorban a tartalékvér folyadékreszei külsőböltetvén ki, a vörsejtek relativ száma a 3—4. napig fokozatosan emelkedik, ekkor pedig maguk a tartalékvérben foglalt vörös vörsejtek is kiküszöböltetésre jutván, a vörös vörsejtek száma fokozatosan alászáll; a korán leköttötteknél pedig már kezdettől fogva leszálló irányt vesz a vörsejtek száma. Bár így épen az én vizsgálataim bizonyítják, hogy a későn leköttötteknél vörös vörsejtek egész tömege jut szétesés s kiküszöböltetésre, mégsem merném azt állítani, hogy ezen körülmény adja meg az icterus keletkezésének alapokát, mert ha már maga az, hogy a későn leköttési esetek tartalékvérben foglalt összes vörös vörsejtek szétesnek, elégséges ok volna arra, hogy icterus keletkezzék, akkor természetesen azonnal előtűnik állana a kérdés, miért nem lesz minden egyes későn lekött újszülött icterikussá? Már pedig, hogy nem lesz azzá, bizonyítja az, hogy az én 18 esetemből mindössze 3 mutatott icterust. Hogy pedig ezen 3 esetben mi volt a lelet s minő következtetések vonhatók le belőle, azt már fennebb elmondottam. S ha Violet a Hayem és Hélot-féle állítólagos adatok s azon észlelete alapján, — hogy a későn leköttötteknél gyakrabban lép fel az icterus, — feljogosítva érzi magát annak kijelentésére, hogy az icterus tulajdonképpen nem más, mint egy tünet a „vértúlteltség“-ből való gyógyulásnak, akkor az előrebocsátottak alapján legalább azt meg kell engednie, hogy a vértúlteltségből való „gyógyulás“ icterus nélkül is végbemehet. Ekkor azonban ismét előtűnik áll az a kérdés: mi annak az oka, hogy eme „gyógyulás“ az egyik esetben icterus alakjában, másikkban a nélkül megy végbe? Vagyis ismét oda jutunk, a mit már fennebb hangsúlyoztam, hogy a vörös vörsejtek szétesése magában véve nem képezheti az icterus neonat. primaer aetiologikus momentumát. Ugyanezen resultatumhoz jutna az is, a ki hajlandó volna felvenni, hogy már maga az a fél milliónyi csökkenése a vörsejtszámnak, mely az első 14 élet-nap folyamán normalis körülmények között Hayem s szerintem köbmilliméterenként beáll, elégséges okot képezne az icterus keletkezésére, miután nem volna érthető, hogy a mennyiben az említett mérvű számesökkenés minden egyes esetben beáll — legalább sem Hayem nem említ kivételeket, sem én nem találtam ilyeneket, — miért lép fel az icterus csak egyeseknél s miért nem minden újszülöttnél? Világos, hogy ez esetben ismét egy más természetű, primaer momentum után kellene kutatnunk.

Azok után, a miket bevezetésemben Epstein nézetéről mondtam, e helyen csak kevés megjegyezni valóm van. Az, a mi őt a haematogisták táborába vezeti, nem annyira az egyes haematologiai adatok pozitív értéke, mint inkább a hepatogen nézetek jól megokolt czáfolata. Ő a haematogenisták között az egyedüli, a ki a mellett hogy nézetének nyilvánításában a fősúlyt nem a Hayem-féle adatokra helyezi, egyúttal nem is állít többet, mint a mennyit nevezett szerző maga is állított. S a

¹ Szendeffy. Az egészséges újszülöttek súlyviszonyairól. Magyar Orvosi Archivum I. p. 338.

midőn *Silbermann* azt mondja, hogy¹: „durch die Untersuchungen von *Hayem*, *Hélot*, *Epstein* . . . das Zugrundegehen zahlreicher rother Blutkörperchen bei den Neugeborenen sicher nachgewiesen ist“, akkor ő nagyon téved, mert maga *Epstein Hayemre* hivatkozva csak a következőket mondja:² „Nach den Untersuchungen *Hayem's* zeigen die Blutkörperchen des neugeborenen Kindes sehr bemerkenswerthe und von einem Tage zum andern sich auffallend verändernde *Schwankungen* in Bezug auf ihre Form und Zahl etc.“ Továbbá ugyanott: „Im Laufe der 2. Lebenswoche verharret dann die Zahl derselben — t. i. a vörös véresejteké — in einem bleibendem Gleichgewichtszustande, ist jedoch bedeutend geringer als nach der Geburt.“ Ezen s más haematologiai adatok alapján azután azon végkövetkeztetéshez jut, hogy³: „Gewiss ist, dass die Blutmenge in den ersten Lebenstagen irgendwelche eingehende Veränderungen erfährt, wobei wahrscheinlich ein grösseres Quantum von Blutkörperchen vernichtet wird.“ Vagyis a rendelkezésére álló haematologiai adatok legtárgyilagosabb felhasználása mellett is csak valószínűnek tartja a vörös véresejtek nagyobb mérvű szétesését, úgy hogy ő lényegileg alig megy túl az eredeti *Virchow*-féle nyilatkozat határán.

(Folytatása következik.)

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Biharmegyei orvosgyógyszerészi és természettudományi egyesület.

(1892. júliusi szakülés.)

(Folytatás.)

3. **Kutiák Ágoston** dr. egy „*sarcoma cutis*“-ban szenvedő férfit beteget mutat be, a következő kórrajz kíséretében: *Gerhard Samuel*, házaló, 42 éves, gácsországi születésű, ifjú korában hólyagos himlőt s tüdőlobot állott ki, 28 éves korában házasságot kötött s 10 gyermeket nemzett, a kik közül 6 él és egészséges, a legifjabb 2 éves; jelen baja ennek születését megelőzte. A beteg, mint házaló, sokat járt-kelt, terheket emelt, általában megerőltető testi munkát végzett, s mintegy 3 évvel ezelőtt, midőn még testi erejének teljében volt, előbb a bal csond, később a jobb alsó harmadának belső felületén pizskos, barnás, kékes foltokat vett észre, melyeket miután fájdalmakat nem okoztak s a járást nem akadályozták, figyelembe se vett, mindaddig, míg hasonló, számos kisebb-nagyobb, helyenként összefolyó foltok fel nem léptek az alkarokon, a kéz hátán, lábszárakon; ez idő, mintegy 1 év óta, állott be bizonyos mérvű lesaványodás is. Egyidejűleg azt is észrevette, hogy e foltoknak kemény alapszövetük van, s hogy most már, különösen járásnál, fájdalmasakká is válnak. Mindezek dacára tüzetével nem hagyott fel s nagy fáradtsággal táplálta családját, míg nem körülbelül egy évvel ezelőtt kényszerítve volt orvosi segínyt igénybe venni. Egyik helybeli orvos ekkor egy hosszabb bedörzsölési gyógymódnak vetette alá, majd később jódkáliumot rendelt, de minden eredmény nélkül. Mult év nyarán a budapesti bőrgyógyászati klinikát, majd az izraelita kórházat kereste fel, mindkét helyen hosszabb időn át eredmény nélkül gyógykezeltetett. A betegség könyörtelenül haladt előre s en a betegnél f. évi május hó 1-én tett első látogatásomnál a következő kórképet találtam:

A beteg középtermetű, lesaványodott, a bőr színe livid, senyves, az arcon s mindkét szemöldíven borsó mekkoaságú dagok, a jobboldali már kékesvörös. A fejnek hajzatos része, a nyak s az egész törzs szabadok. Mindkét felső végtag a könyökhajlattól kezdve az ujjak hegyéig kemény, gombszerű daganatokkal mintegy behintett, melyek barnás-kékes, szennyes-vörös színezetűek, s a kéztőizületen, a kéz hátán s a tenyérén vaskos, kemény kéreggá folynak össze. Az alsó végtagokon ezen csomók már a csond közepe belső részén kezdődnek s

az alszárakon, lábfejekon s talpakon kékes vörös, vastag kéregekké egyesülnek. A lábak mozgása nagy mérvben fájdalmas, majdnem tehetetlen. A jobboldali sípontos belső oldalán s a jobb talpon, a sarok táján mogoró mekkoaságú, kelbimbó vagy gomba alakjában, dagok sarjadznak, melyek érintésnél könnyen vérzenek. Beteg csak nagy nehézségekkel képes járni, mankóra támaszkodik, nagy fájdalmakról panaszkodik. Étvágy, alvás elég jó, a se- és excretiók zavartalanok. Utóbbi időkben két ízben orrvérzés jelentkezett. Érzéki és szellemi működések rendesek. Beteg a meleget kívánja, meleg fürdők nagyon jól esnek neki.

Az általános kórkép, valamint a lefolyás s az egész szervezetnek lassan bár, de feltartóztatlanul előrehaladó pusztulása a a köztakaró *rosszindulatú* alképlete mellett szólnak. E betegséget, melyhez hasonló 1849 óta, a midőn a bécsi *Hebra*-féle klinikát látogattam, nem láttam, *Kaposi* tankönyvében leírja s *sarcoma cutis*-nak nevezi. Ő maga is csak 10 általa látott esetről emlékezik meg s felemlíti a *Fantuzzi* és *Wiggelsworth* hasonló eseteit. *Kaposi* szerint nyírkmirigy-metastasisok gyakran előjönnek s e felvétel a jelen esetben is igazolást nyer, a mennyiben a térdhajlatban s a nyakon a nyírkmirigyek megduzzadtak s kemények. *Kaposi* újabb elnevezését: *multiplex idiopathikus pigment-sarcoma*, jellemzőbbnek tartom. A terápiát illetőleg kevés eredményre lehet kilátás. Jód, mercur-fürdők hónapokon át alkalmaztattak siker nélkül. En levicói vizet kísérlettem meg, de eredményt alig látok. Már is kemény csomók jelentkeznek a szemöldíveken, a homlokon, a beteg fokozatosan soványodik, a végtagok merevsége, fájdalmassága napról napra növekszik. Orrvérzések jelentkeznek s így halad a szánandó beteg az exitus lethalis felé menthetlenül.

Előadó a betegről készített két fényképfelvételt ajándékoz az egyesület levéltára részére, megőrzés végett.

4. **Kiss Ferencz** dr., megyei főorvos, ismerteti „*Biharmegye egészségügy-statisztikai viszonyait az 1891-dik évben*“. A hivatalos orvosok a lefolyt évben 40,529 beteget gyógykezelték, többet mint a megelőző évben, mi — előadó szerint — arra mutat, hogy a köznépből is kezd terjedni az az orvosi segélybe vetett hit és bizalom. Fertőző-ragályos betegségek közül előfordult: a ronesoló toroklob 212 esetben, 96 halálozással (45-28%); hólyagos himlő 54, elhalt 12 (22-2%); vörheny 575 esetben, elhalt 111 (19-3%); kanyaró 2995, meghalt 270 (9%); hagymáz 194 halálozással, vérhas 129 halállal, és végre szemcses köthártyalob. A biharmegyei köz-kórházban, mely Nagyváradon van elhelyezve s a megyének egyetlen gyógyintézetét képezi, a betegforgalom az 1891-dik évben a következő volt:

Az 1890. évről visszamaradt:

Belgyógyászati osztályon	47	összesen: 242.
sebészeti	49	
szemészeti	8	
bujakóros	207	
elmebeteg	31	

Az 1891. évben felvétellett:

a belgyógyászati osztályon	945	összesen: 2429.
sebészeti	508	
szemészeti	129	
bujakóros	754	
elmebeteg	93	

Gyógykezelés alatt összesen a belosztályon 992 (37-13%); a sebészeti 557 (20-85%); a szemészeti 137 (5-12%); bujakóros 861 (32-23%); elmebeteg 124 (4-64%). Ezek közül elboacsátatott gyógyultan 1838 (68-81%), javultan 235 (8-79%), gyógyultatlan 125 (4-67%), meghalt 231 (8-64%). Az 1892. évre maradt 242 (9-06%), és pedig belbeteg 70, sebészeti 43, szemészeti 10, bujakóros 93, elmebeteg 26. Az ápolási napok száma 76,162, egy betegre átlag 28-514 ápolási nap esik. A halálozást illetőleg a megyében a mult évben 16,382 egyén (8287 férfi, 8095 nő) halt el, 7 éven aluli 9888 (60-35%). Miután a legutolsó népszámlálás szerint a megyének 478,634 lélek lakossága van, a halálozási százalék 3-4%. A meghaltak

¹ L. c. pag. 418.

² L. c. pag. 16.

³ L. c. pag. 17.

45-9%-a nem orvosoltatott. Védhimlő-oltásban 27,455 egyén részesült, ismét-oltás 8616 esetben, jó sikerrel beoltatott összesen 18,629, siker nélkül 210. A megyében van törzs (real) jogú gyógyszerár 4, személyes jogú 24, s egy fiókgyógyszerár; orvostudor van 68, sebész 8, okleveles gyógyszerész 33; okleveles szülésznő 328, főorvosi engedélyes 26, régi gyakorlat alapján álló 23. A közegészségügyi körök száma 46, be van töltve 42. Végül a jelentés a megyei fürdők állapotáról, nevezetesen a Sz. László-, Félix-, Konyári sóstó-, tenkei fürdőről és Biharfüredről közöl adatokat.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Az 1892—93. évi cholera-járvány Budapesten.

(Vége.)

És nem nyugodhatunk bele a hivatalos jelentésnek epidemiológiai további fejtegetéseibe sem, „a cholera elméleteit” illetőleg.

Nem szólva arról, hogy a jelentés Fodor tanárról állítja, hogy Nágeli teoriáját fogadta el, a mi teljesen téves, nagyon is röviden és zavarosan jut el arra a következtetésre, hogy sem a Pettenkofer, sem a Fodor teoria mellett nem érthető meg az 1892—93-diki járvány, és „hogy a talajnak helyi és időbeli viszonyok által kedvezően befolyásolt szennye, tehát a dispositio, miasma s a cholera terjedése között semmi oki összefüggést nem volt lehetséges kimutatni”.

Ha a jelentés szerzői kevésbé lettek volna elkápráztatva a víznyomozások által, ha figyelmesen egybehasonlították volna az 1892—93-diki cholera a főváros régebbi choleraival, valószínűleg mégis találtak volna jeleket arra, hogy igenis azokban a városrészekben, azon a területen fordult most is elő a legtöbb cholera megbetegedés, melyet az 1866. és 1872/73-diki cholera tanulmányozása alapján már régen cholera hajlamos területnek jeleztem.

A Fodor-féle teoriát, avagy immár a gondolkodó orvosok túlnyomó részének teoriáját, a melyet a Pettenkofer-féle teoriával szemben tényleg én állítottam fel és fejtettem ki először, — az 1892/93-diki budapesti járvány épenséggel nem czáfolja és nem gyengíti, de azt a teoriát értem, a mit munkáimban megírtam, és nem azt, melyet sokan, a kik e munkákat nem ismerik, nekem imputálnak.

A jelentésnek további fontos része a cholera alkalmával végezett bakteriológiai vizsgálatokkal foglalkozik. Ez a rész alapos, tudományos és sok értékes adatot tartalmaz. Feltűnő, hogy Pertik tanár eseteiben gyakran nem volt lehetséges (41-54%) kimutatni a cholera-gyanús betegek ürülékeiben a cholera-bacillust, ámbar azok is bizonyára túlnyomólag valóban cholera-esetek voltak. Azt hisszük, hogy a nem sikerülésnek egyik fő oka az intézetnek munkával túlhalmozottsága lehetett, mert nyilvánvaló, hogy Pertik tanártól és Nékám tanársegéd úrtól a járvány tartama alatt úgy-szólván lehetetlent kívántak meg bakteriologia tömeges vizsgálódások tekintetében.

Pertik tanár arra nézve, vajjon a cholera-bacillus egyedüli és valódi oka-e a cholera-nak, még várakozó állást foglal el.

A vízben nagy buzgalommal kutatta Pertik tanár a cholera-bacillusokat, de egyetlen esetet kivéve, a melyben a vízcsapot tartja, külsőleg, cholera egyéntől beszennyezettnek, egyszer sem sikerült vízből a bacillusokat kitenyésztenie, és megjegyzendő, hogy Pertik tanár is, úgy mint Bruckmayer és Czyzewszy, nem csupán oltott ama vizekből, de a vizet gelatin hozzáadással állni hagyta thermostatban, s eme víz felületéről vett oltásra próbákat, de mindig eredmény nélkül. Cholera-ürülék tehát, avagy cholera-bacillus ama vizekben alig lehetett jelen.

Tanulságos, hogy a mesterségesen szűrt víz gyakran több bakteriumot tartalmazott, mint a Duna vize maga. Ez okból meg is kísérelték a filtrálást módosítani olyképen, hogy a filtrálandó vízhez timsót adtak. Szerencsére, az ivók egészsége ellen intézett ezen attentatum csakhamar megbukott. Naponta 0.15 tonna (= 300 kiló!) timsót keverték a vízbe, s az eredmény az volt, hogy a bakteriumok száma alig csökkent, ellenben a szűrők másfél

nap alatt eldugultak. Hogy hány csecsemőnek s másnak is okozhatott az a timsó, kénsavas kaliumával, meszével emésztési zavart, arról nem szól a krónika. A timsózást csakhamar abbahagyták.

A szűrt víz javítása czéljából legsikeresebb volt, ha a szűrés gyorsaságát csökkentették.

A vizsgálatok harmadik csoportját a főváros ivóvizének kémiai elemzése képezték. Balló tnr. részletesen leírja az analysis-nél követett módszereket s azután közli nagyszámú vízelemzésének eredményeit, melyek közül legfontosabb annak az ismeretes ténynek újabb constataciója, hogy „a mesterséges homokszűrő nem képes a Duna vizét szerves anyagaitól kielégítő mértékben megszabadítani, illetve nem abban a mértékben, mint a természetes szűrők”.

Negyedik fejezetben a központi fertőztelenítő intézetről számol be a jelentés. 1892. október 3-dikától, a mikor az intézet működését megkezdhetette, 1893. február 8-dikáig, a mikor a cholera megszűnt, összesen vegyi szerekkel 81,650, gőzzel pedig 47,605 tárgyat fertőztelenített, a desinficiált lakások köbtartalma pedig 77,732 köbmétert tett ki.

A jelentéshez mellékelt rajzok közül az első a cholera-betegedéseket és halálozásokat mutatja napról napra; a második szembe állítja a cholera-betegedéseket napról napra a Duna állásával, a levegő hőmérsékével, a levegő nedvességével és az esőzéssel. Valami összefüggés eme tényezők s a cholera közt nem vehető észre. Megemlíthető mégis, hogy a cholera kitörését a Dunának igen rohamos esése előzte meg.

A harmadik rajz a főváros térképe, melyen a különböző vízzel ellátott területek különböző színekkel vannak feltüntetve, s a melyen azok a házterületek, a hol cholera-eset előfordult, fekete ponttal vannak jelölve. E rajzból kitűnik, hogy 1892/93-ban is ugyanazon részei a fővárosnak mutatták a legtöbb cholera-esetet, a melyek az 1866. és 1872/73-diki cholera alatt is leginkább sújtva valának a járványtól; továbbá látható, hogy természetesen szűrt vízzel való ellátás sem mentette meg 1892-ben sem a külső Ferencvárost, Józsefvárost a cholera-tól; ezek ép úgy sürűn mutatnak fekete pontokat, mint a mesterségesen szűrt vízzel ellátott területek s a mint már az 1866. és 1872/73-diki cholera alkalmával is kitűntek erős járványuk által.

A munkának nemcsak tartalma, de kiállítása is (a pesti könyvnyomda részvénytársaság műhelyéből került ki) dícséretet érdemel.

F. J.

II. Lapszemle.

Kórtan.

A mikroorganizmusok thermotaxisa és ennek viszonya a meghüléshez. Schenk, bécsi embryologus, mikrobák elfolyósította gelatinából keveset egy fedőlemezen függő cseppbe tett és a fedőlemezt akként helyezte el a Stricker-féle melegíthető tárgyasztal rézgyűrűjére, hogy a csepp a látótér közepébe jutott. A rézgyűrű körül fogta térbe vékony rézdrótot vezetett be, a melynek belső vége úgy volt meggörbítve, hogy a cseppen át a fedőlemez alsó felszínét érintette. Ha most a drót külső végét melegítette, akkor a cseppben a drót belső vége volt a legmelegebb pont, a mely felé a mikrobák az egész környezetből áramoltak. A mikrobáknak hidegebb helyről melegebb helyre való áramlását Schenk thermotaxisnak nevezte el. Hogy ez önálló vitalis tulajdonság és nem egyszerű molekuláris mozgás, azt Sch. akként bizonyította be, hogy a cseppbe tett finom tus-szemcséket ugyanolyan viszonyok között figyelte meg, a mikor is azoknak élénk mozgása volt látható, de épen nem törekedtek a melegebb pont felé. A különállóan élő mikrobák thermotaxisa élénkebb, mint a lánczokká összetapadtaké.

Ezen kísérletek alapján Sch. a meghülést vagy legalább is a meghülesek egy részét úgy magyarázza, hogy ha valaki pl. télen fűtetlen, nem szellőztet helyiségbe lép, hol teste a legmelegebb pont, akkor a mikrobák thermotaxisuknál fogva feléje áramlanak és testére letelepsznek. A hőkülönbség tehát a meghülés egyik kelleke; a másik az a bebizonyított tény, hogy az ember bőre és nyálkahártyái a mikrobák számára átjárhatók.

Az a hőfok, a melynél a mikrobák legjobban tenyésznek, a faj szerint változó. Ha ennél alacsonyabb hőmérsékletnél tartjuk őket, akkor lassabban vagy egyáltalában nem szaporodnak. Ha ezután a nekik inkább megfelelő magasabb hőmérsékletű (szoba-

hőmérsékü v. 37^o-ú) helyre visszük őket, akkor nem szaporodnak azonnal gyorsabban, illetve nem kezdenek mindjárt szaporodni, hanem bizonyos idő kell, míg az új hőmérsékhez *alkalmazkodnak*. Az alkalmazkodás ideje az egyes mikrobák szerint változó és töle függ az — *incubatio* tartama.

Sch. kétféle meghűlést vesz fel. Az egyiknél azonnal a causa agens után jelentkezik a betegség; ennél mikrobák úgy látszik nem szerepelnek. A meghűlés másik neménél a kórtünetek nem követik nyomban az ingert; Sch. szerint csak ennél van a mikrobáknak szerepük. (Centralbl. f. Bakteriöl. u. Parasitenk. 1893. Bd. XIV. Nr. 2.) W—dt.

Az exsudatumok és transsudatumok fehérjemennyiségét és fajsúlyát Bernheim 51 esetben határozta meg. A mellhártyaür folyadékainak vizsgálata által szerző azon állítást erősítheti meg, hogy ismételt csapolás után a prognosis kedvezőbb, ha a fehérje százalékos mennyisége ugyanaz marad vagy növekszik, ellenben rosszabb, ha fogy; ép úgy kevés fehérje exsudálásával járó pleuritisek tovább tartottak, mint mikor az exsudatumban sok fehérje volt. A hashártyaürben összegyűlt folyadékok fajsúlya és fehérjefoglalata lényegesen eltér a lobos és nem lobos származás szerint. A legkisebb értékeket az ascites ex morb. Bright. szolgáltatta, a legnagyobbakat a peritonitis carcinomatosa. Az oedemák folyadékában a fehérje rendszeren 1%-nál nem volt több; legkevesebb amyloid degenerációnál, több Bright-kóránál, legtöbb szívbjánál. Egyidejű csapolásnál a czomb folyadékában az esetek nagyobb számában valamivel több fehérje volt, mint a lábszárában. (Virchow's Archiv 1893. CXXXI. Heft 2.) W—dt.

Belgyógyászat.

Arsenmelanosisról értekezik Müller Hugó. Utolsó években több orvos figyelmessé lett azon tényre, hogy egyes egyéneknél az arsen huzamos adagolása mellett többé-kevésbé kiterjedten — többé-kevésbé intenzív barnás színeződés lép fel a bőrön, teljes független lévén ez más bőrbántalmaktól; kizárás útján teljes biztossággal constatálható volt, hogy ezen elszínezedés az arsen hatásainak következménye. Ezen körülmény különösen azért bir fontossággal, mert igen könnyen össze volna téveszthető Morbus Addisonival; a barnás szín itt is előszeretettel lép fel az axillában, a genitáliákon és a mellmákon, hiányzik azonban a nyákhártyákon. M. egy esetét említi fel, hol psoriasis ellen szedett 0.3 gm. arsenra intenzív arsenmalenosis állott be, krajezárnyi egész tallérnyi világos és sötétbarna foltokkal. Szerző ezen melanosis okául nem fogadja el feltétlenül Wyss nézetét, ki Stierling után azt állítja, hogy hosszabb arsen-therapia után a vörös vértestecsek és a haemoglobin megfogynak és a vérfesteny a lymphutakon a bőrbe jutna. (Cbl f. Chirurgie Nr. 26.) r. l.

A guajacol epidermatikus használata. Sciolla Maragliano tanár klinikáján azt tapasztalta, hogy guajacol epidermatikus használata éppen oly jó gyógyeredményeket szolgáltat, mint az illető szernek a szájon keresztül vagy csőre alakjában alkalmazása. A többi közt azt a tapasztalást is tette, hogy a bőr beecsetelése guajacollal a hőmérséklet nagy mértékben csökkentette, nemcsak tüdővészések lázánál, hanem általában minden lázas betegségénél. Még erősebb a hatás, ha az ember a guajacollal beecsetelt bőrt vízátlatlan szövettel befedi. A beecsetelés után egy negyed órával a betegek szájukban már érzik a szer jellegző ízét; azután megindul a hőmérsék csökkenése és pedig többé-kevésbé bőséges izzadás kíséretében. A hőmérsék gyakran már néhány óra alatt a rendesre száll alá. E mellett semmiféle kellemetlen mellékünet nem mutatkozik, sőt ellenkezőleg az antithermikus hatást nagyon kellemes subjectív érzés követi. A bőrre alkalmazott guajacolt a vese választja ki kénssavas guajacolaether alakjában. Ezen anyag első nyoma sokszor már egy óra múlva kimutatható a vizeletben, a kiválasztás azonban csak 5—6 óra múltán éri el maximumát. A guajacolt naponként többször is lehet alkalmazni a bőrre. A szerző által használt legnagyobb napi adag 30 grammot tett. A kreosottal is megkezdett hasonló kísérleteket a bőrre gyakorolt maró hatás miatt abba kellett hagyni. (Wiener med. Presse, 1893. 19. sz.)

A szívzörejeknek a testtartás szerinti változását vizsgálta Bowditch. A 42 eset közül 21-ben a zöreje hangosabb volt fekvő helyzetben; ezek közül 9 zöreje a szív alapján, 8 a csúcán, 2 az

alapon és a csúcson volt, kettőt pedig nem lehetett biztosan localizálni. 5 esetben hangosabb volt ülésnél; ezek közül kettőnél a csúcson volt a zöreje, 3-nál nem volt localizálható. 16 esetben a zörejek erője nem igen változott a helyzet szerint; ezek közül 6 az alapon, 9 a csúcson volt, 1 pedig nem localizálható. (Internat. med. magaz. 1892. nov. — Centralbl. f. klin. Med. 1893. 26.) W—dt.

Gyermekgyógyászat.

A pertussis gyógykezelése körül szerzett tapasztalatait teszi közzé Unruh. A pertussis ellen még mindég nem rendelkezünk egy minden körülmény között megbízható szerrel, ellenben több olyannal, melyek a lefolyást enyhíteni, megrövidíteni és állandó zavarok fellépését elhárítani képesek. Szerző szerint a pertussis gyógykezelésénél első feladatunk azon hurutot, mely a bronchusokban és még erősebben az orrgaratür nyákhártyáján a betegség kezdetén fellépni szokott, megszüntetni. A baj kitörésekor első sorban ezen indicációnak kell megfelelnünk, noha ez által a pertussis kitérését nem is akadályozhatjuk meg. Szerző a garatürt Tinct. jodi vagy Tannin-oldattal szokta ecsetelni, vagy pedig terpenin-belégzéseket és chinin-befúvásokat alkalmaz a garatürbe (utóbbi szerből 1-szer napjában néhány decigrammot). Belsőleg szintén szokta a chinint alkalmazni chinin. tannic. alakjában. Az esetek egy részénél a hurut megszüntével a legfontosabb indicációnak feleltünk meg és ezek további medicációra nem szorulnak. Ámde az esetek túlnyomó részénél a nehéz reflexjelenségek külön gyógy-eljárást igényelnek. Itt két csoportba tartozó szerek szoktak alkalmaztatni: egyrészt a hypnotikák és narcotikák, másrészt a nervinák, ez utóbbiak, úgy látszik több eredménnyel. Az első csoportba tartozó gyógyszerek közül a morphium, belladonna, cocain, chloral és sulfonal még számos orvos által alkalmaztatnak. Szerző saját észleletei és tapasztalatai folytán ezek alkalmazását a pertussis gyógykezelésénél határozottan elítéli. A nervinákat illetőleg a bromkészítmények közül bromkali és ammonium már régebben alkalmaztatnak nagy adagokban elég sikerrel, míg az utóbbi időben nagy zajjal dicsőített bromoform nem felelt meg a hozzá fűzött várakozásoknak. A bromkészítményeket jóval felülmúlják a phenacetin, antifebrin és különösen az antipyrin. Míg az előbbi kettő nem közönyös hatású a szívre és a mennyire elővigyázatosnak kell az antipyrinnel is, mint lázellenes szerrel lennünk a gyermekpraxisban, annyira biztosan és kellemetlen esélyek nélkül hat az a pertussisnál. Szerző az antipyrint a korhoz képest 3—5%-os oldatokban 3 óránként egy theakanállal adagolja, és általa a rohamok enyhülését és ritkulását látta állandóan bekövetkezni. (Az antipyrin mióta Sonnenberger a pertussisnál ajánlotta, Kassowitz, Genser, Bókai és mások kiterjedten alkalmazzák és mi is aránylag igen kielégítő eredményeket látnunk tőle. Refer.) E mellett törekednünk kell jó táplálék által a szervezet ellenállóképességét növelni, mert pertussis után a duzzadt nyaki és bronchialis mirigyek könnyen kiindulópontot képezhetnek nehéz kórok fejlődésére. Végül carbolsav és naphthalin-gőz-belégzésektől, valamint a gyermekeknek csaknem állandóan a friss levegőn való tartózkodásától szép eredményeket látunk, ez utóbbit azonban szegénysorsúaknál, fájdalom, nehezen lehet kivinnünk. (Jahrb. f. Kinderh. XXXVI. k. 1. és 2. f. 1893. Julius.)

Politzer A. dr.

Apróbb jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. Köszvény eseteiben sikerrel használja Grimm a calomelt, melyet oly nagy adagban ad, hogy kolikászerű fájdalmak és hasmenés következzenek be. (Deutsche medic. Wochenschrift, 1893. 17. és 18. sz.)

2. Mania és delirium tremens eseteiben, melyekben a morphiumnak nagy adagai is hatástalanok maradtak, Churton jó eredménnyel használta a chloroformot és morphiumot egyidejűleg, az előbbi belégzés, az utóbbit bőr alá fecskendés alakjában. (Sémaine méd. 1893. 21. sz.)

3. Tüdővészések vérköpése ellen Duremberg jég alkalmazását ajánlja a herékre vagy a nagy szeméremajkakra. Az alkalmazáskor hirtelen beálló, nagyon fájdalmas és gyorsan muló nyomást érez a beteg, a vérzés pedig megszűnik. (La France méd. 1892. 51. sz.)

TÁR C Z A.

Uti jegyzetek.

Genersich Gusztáv dr.-tól.

(Vége.)

VIII. I. öffentl. Kinder-Krankeninstitut. (I. Steindlgasse 2.) Nemcsak a bécsi, de az összes gyermekgyógyászok között igen kiváló szerepet játszik Kassowitz tanár, kinek önálló és eredeti felfogása sok tekintetben új irányt jelölt ki bizonyos kérdéseknek. Kassowitz a gyermekgyógyászatot praxisa mellett tudományosan űzi, nézeteinek és elveinek él, azok terjesztésén és megvédésén fáradozik. Az ellentétes állás, melyet sok kérdésben más gyermekgyógyászokkal, s többek közt a bécsiekkel, elfoglal, igen tanulságos az idegenre, mert alkalma nyílik élő tollharcot meghallgatni.

Kassowitz nevezetesebb dolgozatai a rhachitis körül mozognak. E bántalom lényegét egy osteochondritisben látja, melynek következménye a hiányos mészsó-lerakódás. A craniotabes és fontanellák tanulmányozásával a rhachitis tünetesortjának kibővítéséhez járult.

Jelenleg kizárólag az általa praxisba hozott phosphort használja (melyet ő specificumnak tart); 0.01 gm. 100 gramm oleum jecoris aselli-ben suspendálva.

A syphilis congenita tanánál azon nézetet vallja, hogy a syphilitikus apától származó gyermek anyját nem ragályozza, az infectiót a szűrőként viselkedő méh akadályozza meg, melyen keresztül szűrődő serum úgy immunisálja az anyát, mint a hogy ezt analog állatkísérleteknél látjuk.

Kassowitz nagy ellensége a fogzási betegségeknek, állítván, hogy az áttörés egészséges gyermeknél reactio nélkül történik, a diarrhoeára, lázra rendszeren más ok szerepel, és convulsiók is csak rhachitikus gyermekeknél fordulnak elő, kik a complicatiót is a rhachitis által feltételezett fokozott ingertervékenységből kapják.

Legújabbán öt és egész iskoláját Loos cikke¹ foglalkoztatja, melyben a Ganghofner által megpendített irány van kifejtve. „Dass der Laryngospasmus nichts anderes sei, als ein Symptom der Tetanie, und dass die Tetanie selber in keinen causalen Zusammenhange stehe mit der Rachitis“². A cikk recriminált része, melylyel szemben Kassowitz azt bizonyítja, hogy a laryngospasmus, Weiss és Trousseau tünetek mind csak izgalmi tünetek, melyeknek alapja a rhachitis.

Épen most jelenik meg e kérdésben írt cikksorozata.² Hogy minden laryngospasmus esetben rhachitis volt kimutatható, arról magam is meggyőződtem, a legtöbbször súlyos craniotabesek voltak azok.

A rendelő intézet, melyben Hochsinger, Genser, Freud, Winter, Gomperz, Schiff rendelnek, a rhachitikus gyermekeknek ezreit látja el évenként kizárólagos phosphortherapiával, s meg kell vallanom, hogy a hygienikus és diaetikus viszonyok változtatása nélkül is, igen sok esetben határozott javulást láttam, feltűnő volt a laryngospasmus gyors elmaradása. A therapia egyebekben igen egyszerű és schematikus. Kassowitz cursusait saját dolgozó szobájában tartja, esetek demonstrációja közben előadva specialis nézeteit.

IX. Niederöstr. Findelanstalt. (VIII., Alserstrasse 21—23.) E gyermekgyógyászati szempontból igen fontos intézményt a csecsemők és újdonszültek betegségeinek tanulmányozása, valamint a dajkák kiválasztás miatt látogattam, mi a fennálló szokások szerint csak részben sikerült. A csecsemők csak 10 napos korukban kerülnek az intézetbe és 24 óra múlva dajkaságba adatnak, ha egészségesek. A betegek maradnak felgyógyulásukig; a dajkakiválasztás nagyon kevés gonddal lesz végrehajtva, mi az anyag bőségének tulajdonítható. Sok a cseh, s az mind jó dajka. Rendszeren 126 dajka van és 250—300 gyermek, a forgalom évenként 1000 dajka és 9000 csecsemő.

A bántalmak közt leginkább volt képviselve a blennorrhoea conjunctivae. A ragályozott csecsemők elkülönítve tartatnak és más dajkák által szoptattnak kaucukbimbók alkalmazása mellett.

Igen érdekes esetet volt alkalmam észlelni, melyet az intézet secundarius IIöck dr. demonstrált. Ophthalmoblennorrhoea következtében genyes gonitis et coxitis sinistra. A térdizadmányból próbapunctióval kivett genyből nemcsak festhetők voltak a Neisser-

féle gonococcusok, de egyúttal placenta vérserumon tiszta tenyészetben nevelhetők is voltak.

Az intézetben leggyakoribb bántalom most a bronchitis volt, másodsorban a gyomor- és bélhuzam betegségei szerepeltek.

A lelenczház egyúttal oltóintézet, az oltás még mindig humanizált lymphával történik, ámbár már csak idő kérdése, hogy e túlhaladott álláspont eltűnjön, mert már is tervbe vétetett egy országos oltóintézetnek felállítása.

Ezzel bevégeztem körutamat. Ki látkörét tágitani, nagy beteganyagot áttekinteni akar, szánjon rá Bécsre néhány hetet, sok érdek és újat fog látni. Csak ne kíváncson egyéb lenni vendégnél, mert a bécsiek nagyon exclusiv irányúak idegenekkel szemben.

Heti szemle.

Budapest, 1893. augusztus 3-dikán.

A cholera állása. Megbízható jelentés a cholera állását illetőleg nagyon kevés érkezett a héten, de ezen kevés, határozottan eltitkoló irányzatú hírekből is kiviláglik, hogy a baj terjedőben van és folyton újabb meg újabb cholera-gócok képződnek.

Oroszországban legerősebben most is Podoliában dühöng a járvány, a hol az elmúlt héten 499 megbetegedés és 122 haláleset fordult elő; Orelben szintén nőtt az esetek száma (148 megbetegedés és 52 haláleset). Moszkvában a járvány megújulásától számított 3 hét alatt 39 ember halt meg cholera-ban. Sz.-Pétervárott szintén fordultak elő már hivatalosan megállapított cholera-esetek. Bessarabiában a járvány tetemes mérveket ölt és így a veszély Románia felől mind fenyegetőbbé válik.

Olaszországban több helyen fordultak elő elszórt esetek, járvány-góc azonban úgy látszik csak Nápolyban képződött, a hol naponként állítólag 20—30 eset fordul most már elő; nagyobb számú eset fordult elő továbbá még Alessandriában is.

A Spanyolországban állítólag fellépett cholera-ról újabb hírek nem érkeztek. Franciaországban úgy látszik változatlan az állapot. Németországból gyanus hírek érkeznek, a melyek szerint Berlinben több choleraszerű megbetegedés fordult volna elő, úgyszintén a Rajna mentén is.

Keleten Mekkában már tetemesen csökken a járvány, mert a zarándokok nagy része már elhagyta e helyet. Smyrnában július 24-dikén 5 cholera-eset fordult elő. Algierben nagyszámú cholera-eset fordult elő újabban.

Magyarországon a múlt számunkban említett megyékben csak kevés újabb elszórt eset fordult elő; ezeken kívül Máramaros, Ugocsa és Ung megyékben is történt néhány cholera gyanus megbetegedés.

Kivonat a hivatalos „Egészségügyi Értesítő“-ből 1893. 3. sz.

I. A drezdai nemzetközi egyezmény a cholera-járvány idején a nemzetközi érintkezésben alkalmazandó közös védelmi intézkedés tárgyában. Aláírták: Ausztria és Magyarország, a német birodalom, Belgium, a francia köztársaság, Olaszország, Luxemburg nagyhercegség, Montenegro, Németalföld, Oroszország és Svájc meghatalmazottjai 1893. április 15-dikén. Részletesen ismertetjük.

II. Körrendeletek:

1. Belügyministeri k. r. a cholera elleni óvintézkedések túlszigorú foganatosítása ellen. 1893. VII. 19. 60,992. Közljük.

2. Belügyministeri k. r. a postaküldemények fertőtlenítése tárgyában. 1893. VII. 27. 63,862. sz. Közljük.

3. Belügyministeri k. r. a Dél-Franciaország némely vidékéről származó árúk behozatalára nézve. 1893. VII. 21. 62,991. sz. Egyezik a kereskedelmi minister 52,992. sz. rendeletével (I. Orvosi Hetilap 31. sz. 377. l.)

4. Belügyministeri k. r. a magánrendelő intézetek tárgyában. 1893. VII. 10. 50,104. sz. Közljük.

5. Belügyministeri k. r. fertőtlenítő szerek beszerzése tárgyában. 1893. VII. 24. 59,931. sz. A belügyminister értesíti a törvényhatóságokat, hogy a Fischer és Heidelberg budapesti cég (V., Arany-János-utca 25.) nyers s vegytiszta jegeczes carbolsavat, lysolt, creolint, kresylsavas meszet és egyéb fertőtlenítő szereket vegyszerileg gyárt és ezekért hozzá lehet fordulni.

6. Belügyministeri k. r. a trachomás mezei munkásokra nézve. 1893. VII. 16. 52,370. sz. Szabolcsvárm. közönségéhez. Közljük.

7. Belügyministeri k. r. ásványvizek forgalomba hozatalának engedélyezése iránt. 1893. VII. 18. Csik várm. közönségéhez. A minister nem engedi meg A. T. lakosnak, hogy forrásvizét forgalomba hozza, mivel annak nyitására hatósági engedélyt fel nem mutatott. A kérvény véglegesen csak akkor lesz tárgyalható, ha hatóságilag meg lesz előbb

¹ Deutsches Archiv f. klinische Medizin, Bd. 50.² Wiener mediz. Wochenschrift. 1893. 13, 14, 15 etc.

állapítva, vajjon kérelmező kútját mások szerzett jogának befolyása s így hatósági engedély nélkül fenntarthatja és használhatja-e?

8. A törvény eczet-essencia forgalomba hozatalára nézve kiadott körrendelet (I. Orvosi Hetilap 30. sz. 364. l.) megszegése kihágást képez és az 1889. XL. t.-cz. 107. §-a szerint büntetendő.

9. Körorvosi állomás újbóli betöltése, ha ahhoz oly község tartozik, melynek 6000-nél több lakosa van, nem engedetik meg. A belügyminister nem engedte meg, hogy Zólyom megyében *Dettrán* — melynek több mint 6000 lakosa van — körorvosi állomás létesíttessék, hanem utasította a t. hatóságot, hogy községi orvosi állomást rendszeresítsen és a többi község orvosi ellátásáról másképp gondoskodjék.

II. Gyógyszertári ügyek. A belügyminister f. év július 1-e óta a főváros különböző helyein 6, az ország különböző helyeiben 9 új gyógyszer-tár felállítására és 1 főkönyvtár felállítására adta meg az engedélyt. Ez időtől fogva átruházás történt 7 esetben. Elutasított 3 kérvény.

III. Gyógyfürdők. A budapesti „Rudas fürdő”-nek a gyógyfürdő elnevezés használata megengedett.

IV. Gyógyintézetek.

1. A „Teleia” fő- és székvárosi egyesületnek, mely a betegeket részben ingyen gyógyszerrel látja el, ny. rendelő intézet felállítása engedélyeztetett.

2. *Dollinger Gyula* dr. egyetemi tanár testgyógyászati intézetének — melyben hetenként kétszer ingyen rendelés történik — testgyógyászati és sebészeti intézetét átalakítását a belügyminister tudomásul vette.

3. *Sümegi József* dr. testgyógyász, gyógyszer- és masszázs gyógyászati gyakorlására járó betegek számára alkalmas gyógyintézet engedélyezése iránt beadott kérvényét mint tárgyatlan elutasította, miután járó betegeket gyógyítani minden orvosnak engedély nélkül is joga van.

4. *Pajor Sándor* dr., ki arra kért engedélyt, hogy a *Demjanovich* dr. vezetése alatt álló gyermekgyógyintézetben bőr- és bujakóros betegeknek rendelhessen, szintén elutasította, mert ehhez mint okleveles orvosnak engedély nélkül is joga van.

5. *Szittner* oraviczabányai fürdőtulajdonos *Kneipp*-féle gyógyintézet felállítását iránt beadott kérvényét azzal utasította el, hogy a mennyiben a felállítandó intézetben rendszeres vízgyógyászati akár a kérelmező berendezni, arra mint vízgyógyászatra kell engedélyt kérnie, mert eddigelé a Kneipp által használt gyógyászati, mint ilyen, nincs elválasztva a tudományos elvek szerint vezetett vízgyógyászattól.

6. Kefir-termelő intézet felállítására a belügyministeriumból külön engedély nem szükséges; a felállító azonban a kefir-készítéshez csak forrált tejet használhat, a kellő tisztaság ellenőrzése a fő- és székváros szakközegének hatáskörébe tartozik. (56,861/93. B. m. r.)

Vegyesek.

Budapest, 1893. augusztus 4-dikén. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1893. július 16-tól július 22-ig terjedő heti kimutatása szerint e héten élve született 344 gyermek, elhalt 265 személy, a szülöttek tehát 79 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi köznevelési igazgatóság a hét elején 1922 beteg, szaporodás 655, esőkkenés 629, maradt e hét végén ápolás alatt 1948. — A fővárosi tisztviselői hivatalnak 1893. július 23-tól július 29-ig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 9 (meghalt 1), himlőben 1, bárányhimlőben 4 (meghalt —), vörhenyben 21, kanyaróban 85 (meghalt 1), ronesoló toroklobban 24 (meghalt 9), torokgyíkban 2 (meghalt 2), trachomában 7, hökhurutban 31, orbáncban 9 (meghalt 2).

— *Turcsányi Gyula* dr. Hevesmegye főorvosává nevezetett ki.

— *Róna Samu* dr., egyet. m.-tanárt a dologházi kórház bujakóros osztályára rendelő-orvosnak nevezték ki.

△ *Miskolczi Imre* dr., fővárosi rendőrorvost a belügyminister Szathmára minisiteri biztosul nevezte ki.

— Az I. nemzetközi szamaritanus congressuson, melyet Bécsben fognak tartani f. év szeptember 8-dikától 10-dikéig, a magyar kormány *Chyzer Kornél* b. ü. m. osztálytanácsos fogja képviselni.

△ Az „Egészségügyi Értesítő” szerkesztésével a belügyminister *Preysch Kornél* dr.-t, a kolozsvári egyetemen volt élettani tanársegédet és helyettes tanárt bizta meg, ki újabban — mint ismertettük — több értékes fűrdőgyógyászati monographiát bocsátott közzé.

— A belügyministeriumi bakteriologiai intézet ideiglenes vezetésével a belügyminister *Kayser Károly* dr. volt egyetemi gyakornokot, lapunk munkatársát, bizta meg.

∞ *Járványorvosok.* A belügyminister orvoshiány pótlására és az elrendelt óvintézkedések ellenőrzésére a következő orvosokat a következő helyekre küldötte ki. *Rosenberg Gyula* dr.-t, *Kovács Henrik* dr.-t Bereg vármegyébe, *Wettengl Károly* dr.-t, *Weisz Lajos* dr.-t, *Hirsch László* dr.-t Szolnok-Doboka vármegyébe, *Herschler Sándor* dr.-t, *Haas Adolf* dr.-t, *Hűvös Henrik* dr.-t Ugocsa vármegyébe, *Delli Adolf* dr.-t Szatmár vármegyébe, *Erdélyi Miksa* dr.-t, *Kelen József* dr.-t Szatmár-Németi városba, *Barna Armin* és *Nagy Ernő* szig. orvosoknak pedig megengedte, hogy ez utóbbi helyeken hasonló szolgálatokat tessenek.

— *Danninger Ádám* dr. zombori gyakorló orvost Bács-Bodrog várm. és Zombor sz. k. város főispánja tiszteletbeli várm. főorvossá, *Szabó János* dr. kereszteri gyakorló-orvost pedig tiszteletbeli járásorvossá nevezte ki.

— *Felhívás járványorvosi kiküldetésre.* Magánorvosok és orvos-szigorlók, kik cholera vagy más járvány esetén vidékekre menni hajlandók, a belügyministerium közegészségügyi osztályának főnökénél jelent-

kezhetnek. Uti költségek megtérítésén kívül orvos 8 frt, szigorló orvos 6 frt napidíjat kap.

△ *Hazai fürdők személyforgalma.* *Bártfa* (jul. 25.): 1614; *Buziás* (jul. 29.): 1246; *Hársfalva* (jul. 25.): 625; *Herkulesfürdő* (jul. 29.): 4194; *Korytnicza* (jul. 29.): 1037; *Lipik* (jul. 19.): 2146; *Parád* (jul. 18.): 770; *Siófok* (jul. 23.): 760; *Szliács* (jul. 31.): 1218; *Tátrafüred* (jul. 28.): 2169; *Alsó-Tátrafüred* (jul. 28.): 1223; *Új-Tátrafüred* (jul. 26.): 883.

— *Felhívás.* Tisztelettel felhívom mindazon kartárs urakat, kik akár egyedül, akár pedig nejükkel együtt a római nemzetközi orvosi congressusra utazásuk alkalmával a m. kir. államvasutak menetjegy-irodájának főnöke *Schwimmer Pál* török consul úr által nyújtott előnyöket (oda- és visszautazás, Rómában hét napig teljes ellátás I. oszt. 140 frt, II. oszt. 110 forintért) igénybe venni óhajtják: hogy szeptember első napjáig a nevezettnél 50 forint beküldése mellett annál inkább jelentkezzenek, mert külön vonatok csak azon esetben bocsátatnak rendelkezésre, ha legalább 200 résztvevő jelentkezik. Budapest, 1893. augusztus 3. *Csatáry Lajos* dr., mint a nemzeti bizottság elnöke.

Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és illői-úti kórházban 1893. július 27-től egész augusztus 2-ig ápolott betegekről.

1893.	Felvett			Elbocsátott			Meglalt			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 illői-úti kórházban
Július 27	49	40	89	45	42	87	4	1	5	959	901	1860	884	64	45	867
" 28	41	33	74	44	29	73	1	—	1	955	905	1860	878	65	46	871
" 29	33	48	81	50	52	102	3	6	9	935	895	1830	864	63	43	860
" 30	28	24	52	41	46	87	5	—	5	917	873	1790	840	58	41	851
" 31	54	50	104	41	33	74	2	2	4	928	888	1816	850	64	39	863
Aug. 1	66	62	128	31	43	74	4	2	6	959	905	1864	879	65	41	879
" 2	44	47	91	57	37	94	4	4	8	942	911	1853	858	66	40	889

Szt.-Lukácsfürdő Budapest (Buda). Meleg és langyos kén-szulfurforrások. Téli és nyári gyógyhely. Az iszapfürdő, egy 840 □-méterre terjedő meleg forrástól. 45–60° C. Rheumatikus bajok, izületi csúsz, izom-csúsz, csonthártyalob, 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), masszázs és villamos gyógykezelés. Kő- és kádifürdők, női és úri gőzfürdők. Rendelő főorvos: *Bosnyai Béla* dr. „Szt.-Lukácsfürdő” részvény-társaság.

Dr. Dollinger Gyula TESTEGYENÉSZETI ÉS SEBÉSZETI INTÉZETE

Budapest, VII., kerepesi-út 52.

30

Kedélybetegek és morphinkórosok

a legszorgosabb ápolásban részesülnek

16 Dr. Svetlin magángyógyintézetében

Bécsben, III., Leonhard-utca 3–5. szám.



Védőjegy

OSZMAGOLÁSÉRT 20 KR.

Univ. med. Dr. PÉCSI DANI 29

nyilvános

TEHÉNHIMLŐ - TERMELŐ INTÉZETE

Túrkevéren (Háza-Nagykút-Szolnokmegye)

tömeges oltásokhoz, jó és biztos hatékonyságú oltóanyagot, a következők rendkívül alacsony áron szállít:

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

Buziás gyógyfürdőhely. (Folytatás.)

Sokkal behatóbb és lényegesen különböző a buziai források hatása akkor, ha azok mint fürdők alkalmaztatnak. Míg hatásuk ugyanis az ivókuránál, főleg vas- és szénsavtartalmukban rejlik, addig a fürdőgyógyomlátnál azon körülményben keresendő, hogy az összes fürdők kitűnő berendezésükkel fogva a melegítésnél szén-savukból mitsem veszítenek s így a hő hatásán kívül a fürdés közben felszabaduló szén-savnak a bőrre gyakorolt izgató hatása is érvényesül. A buziai források nagy vízmennyisége megengedi, hogy itt a legkülönbözőbb fokú hideg, langyos és meleg kádfürdők, hideg tükörfürdők, uszoda- és zuhanyfürdők használtassanak, az orvosi rendeleteknek megfelelőleg, az egyes betegségekben, a beteg korához és egyéni érzékenységehez alkalmazva, a mint ez megkívánatik a vérszegénység és idegbántalmak nagy csoportjához tartozó legtöbb bántalomnál.

A szén-sav és vas általánosan ismert hatásából és a Buziáson tett tapasztalatokból és elért gyógyeredményeiből következő, a buziai gyógyfürdő használata főképp a következő bántalmaknál ajánlható.

1. Gyermekeknek a hiányos táplálkozás vagy táplálkozási zavarok által okozott vérszegénységnél: különösen görvél- és angolkórúknál, vagy ezen bántalmakra való hajlamnál (Anaemie).

2. Sáp-kórúknál és pedig ép úgy a leányok kifejlődési korában oly célból, hogy a vérkészítés előmozdítása által a szervezet tökéletes és ép kifejlődése előmozdítottassék és egyéb hátrányos következményeknek eleje vételessék; mint a terhesség után fellépő sápkórúknál (Chlorose).

3. Vérszegénységnél, nagyfokú vérzések következtében, különösen nehéz szülések után, gyakori gyermekágy és hosszas szoptatás következtében.

4. Vérszegénységnél nagyfokú genyedés, hagymáz, vérhas, bélhurut, izzadmányok stb. következtében.

5. Vérszegénységnél, hiányos táplálkozás következtében és az ebből keletkezett gyengeségnél, mint az nemcsak a táplálkozás zavarai, hanem túlfeszített szellemi megerőltetés, nyomasztó kedélyállapotok, éjjelezések stb. által is előidéztetik.

6. Idült gyomor- és bélhurut, alhasi pangások, aranyeres bántalmak, szorulásoknál, továbbá gyomorgöresők és égéseknél.

7. A légzőszervek hurutjánál, — gyenge, vérszegény, satnya egyénknél.

8. Húgyhólyaghurut és húgyfővénynél, melyeknél igen jó hatásúnak tapasztaltatott. A vesekövek eltávolodtak és azok új képződése megszűnt.

Az 1843. évben Temesvárott összejött orvosok- és természetvizsgálóknak több e bajban szenvedett beteg, valamint a tőlük eltávolodott vesekövek bemutatattak.

9. A méh és hüvely hurutjánál, mely a buziai források észszerű ivása és a fürdők okszerű használata folytán gyakran igen rövid idő alatt gyógyul; különösen ha azt vérszegénység, abortus vagy igen gyakori gyermekágy okozza.

10. Havi vérzési rendellenességeknél és pedig mind a hiányos, mind a bő és fájdalmas havi vérzésnél, ha azok vérszegénység, hiányos vérképződés, vagy általános ideges ingerlékenység által okoztatnak.

11. Magtalanásra és elvetélésre való hajlamnál, ha az általános gyengeség, a nemző szervek petyhüdsége és gyengesége, hiányos vagy kórosan túlfeszített idegbefolyásnak következménye.

„Tudnák az asszonyok“, — így nyilatkozott egykor Stáhl tanár, Magyarország volt protomedicusa — „hogy női bajoknál minő rendkívüli gyógyerőt rejtenek magukban a buziai források, akkor ép úgy vándorolnának Buziásra, mint egykor Görögön asszonyai vándoroltak Ceres templomába.“

12. Különböző idegbántalmaknál, nemcsak oly esetekben, a hol a bántalom okának eltávolítására általában a vasas for-

rások alkalmasak, hanem ott is, a hol több vagy kevesebb szén-savtartalommal bíró hideg és meleg fürdők haszonnal alkalmaztathatnak. Ilyenek az idegrendszer túlságos ingerlékenysége, méhszenv, vérszegénység és egyenetlen vérfelosztásnál, göresők és részletes hűdéseknel, hypochondriánál vérszegénység következtében, gyengítő kicsapongás, éjjelezés, önfertőzés által okozott gyöngeségnél. Vitustáncz és choreánál, végül migraine és hűdéseknel.

A buziai források nem javalhatók: lázas állapotoknál, agyvértdúlásoknál, előrehaladott gümőkórúknál, nagyfokú szív-bajoknál, a nagy véredények bántalmainál, ráknál.

VII. A gyógyfürdő és berendezései.

Buziás, hol a gyógyfürdőhely fekszik, mezőváros 521 házzal és 2600 lakossal, járásbírósi székhelylyel, egyesített távirat- és postahivatallal, jól berendezett gyógyszerházzal, róm. kath., görög keleti és izraelita vallásfelekezeti templommal.

A fürdővendégek panaszai, melyek a mindig rendelkezésre álló panaszkönyvbe beíratnak, a fürdőbiztos által azonnal elintéztetnek.

Az összes gyógy- és fürdőintézet a tulajdonos Schottola Ernő úr felügyelete alatt a fürdőigazgatóság által kezeltetik.

A fürdőszabályzat, mely nyomtatásban minden egyes fürdővendégnek rendelkezésére bocsátatik, kellő felvilágosítást nyújt a létező viszonyokról és a figyelemben tartandó rendszabályokról.

A nagy szállodában az „Antónia“ villában és a parkban újonnan épített és igen szép kilátással bíró úgynevezett „Bazár“-ban, mintegy 100, izléssel beburkolott, világos és kényelmes szoba áll a fürdővendégek rendelkezésére. Ezen szobák felett a fürdőigazgatóság rendelkezik.

Ezenkívül 50 egész 60 magánházban kaphatók megfelelően burkolott, egészséges és kényelmes lakások. Ezek a fürdőigazgatósági irodában nyilván tartatnak, azért a lakásmegrendelések oda intézendők. A szobák ára napjára 80 krtól felfelé A magánházakban a lakások havonként is adatként bérbe.

Az étkezésre a legnagyobb gond fordítatik, mert főleg fürdőhelyeken a jó konyha már magában véve is, mondhatni, egy fontos gyógyhatást képvisel. Étkezhetni — à la carte — — Table d'hôte — vagy Pensióban, különféle árakon.

A buziai díszkert és erdőcske szépsége és nagysága, ritkítja párját.

A park közepén van a gyógyterem, nagy táncz helyiséggel, három izlésesen beburkolott társalgó teremmel, csinosan berendezett kávéházzal és olvasó szobával, a hol számos bel- és külföldi újság áll a fürdővendégek rendelkezésére.

A gyógyterem, a mely egy 400 méternél hosszabb fedett sétány által a vendéglők, bazár és az ivókutakkal közvetlen összeköttetésben van, s e mellett a legtöbb magánházból is könnyen felkereshető, a fürdőközönség központját képezi, különösen rossz időben.

Hangversenyek, táncmultságok, estélyek, teke, lawn-tennis játék, kirándulások és az állandóan alkalmazott zenekar által, a fürdőközönség szórakoztatásáról kellőleg van gondoskodva.

A legnagyobb vonzerőt a park gyakorolja. Nagyszámú ülőhelyekkel bíró árnyékos, széles és kényelmes utak vezetnek változatos virágcsoporthoz; s különösen kedvelt az erdőcske, melynek terebélyes tölgyfái kellemes árnyékot tartanak s hol legújabbban közkedveltségű labdajáték is berendeztetett.

Azon hely, melyen 1869-ben Deák Ferencz pihenésre szánt idejét szokta tölteni, szép kőpaddal díszített s ezen pad „Deák pihenője“-nek nevezetik.

(Vége következik.)

TARCSA GYÓGYFÜRDŐ

Vasmegye.

Glaubersó-tartalmú szénsavdús vasforrások (Miksa pezsgő-forrás, Ferencz-forrás), vaslápfürdők.

A női szervek bántalmái, vérszegénység, továbbá a légzési- és gyomorszervek bajai ellen stb. kiváló orvosi tekintélyek által ajánlva. A legújabb módszerek szerint berendezett pezsgő, ásványvíz és vaslápfürdők. Kellemes, hűs éghaj. Jó, olcsó lakások és étkezések.

Megnyitás május hó 21-dikén.

Május 21-től június 15-ig és augusztus 15-től az idény végéig tetemesen olcsóbb lakásárak. Naponként 2-szer zene. Felvilágosításokkal Dr. Rhorer Aladár fürdő-orvos vagy a fürdőigazgatóság Tarcsán intézendők.

Tarcsai Károly-forrás

mint ivóvíz, különösen ott, hol az ivóvíz rossz, óvszerül járványos betegségek ellen ajánlható.

Főraktár Budapest: **Takács Lajos** ásványvíz- és fűszeráru-kereskedése, Hatvani-utca. Megrendelések a vidékről, hol külön raktár nincsen, Budapestre Takács L.-hoz, vagy a fürdőigazgatósághoz Tarcsán intézendők.

10

MATTONI-FÉLE GIESSHÜBLER SÁVANYUKUT

legtisztább égvényes

A Mattoni-féle Giesshübler, a legtisztább égvényes savanyúvíz, orvosi tekintélyek állítása szerint mint erősen alkalizáló szer, kitűnő hatásának bizonyult túlságos savképződés esetében, a légző- és emésztőszervek valamennyi hurutos bántalmánál, köhögésnél, rekedtségnél (utóbbi esetben tejjel vegyítve), gyomorhurutnál, gyomorfájdalomnál, étvágytalanságnál stb. Különösen ajánlatos a gyermekgyógyászatban, nemkülönben idősebb betegeknek.

A Giesshübler kiválik első sorban az által, hogy benne az ásványos alkatrészek felülmúlhatatlanul kedvező arányban fordulnak elő, hogy szegény földes és kénsavas sókban, s végre hogy a víz a természet által telítve van szénsavval.

E savanyúvíz, mindig bővelkedik szabad és kötött szénsavban, az emberi szervezetre valóban élénkítőleg hat és ennek folytán elsőrangú tisztító és asztali italnak tekinthető, melyet sem kitűnő ízére, sem pedig diätetikai hatására nézve semminemű más ásványvíz felülmulni nem képes. Kiválóan alkalmas vegyítésre borral, cognac-kal vagy növény-szörpökkel.

A Mattoni-féle Giesshübler kapható minden ásványvíz-kereskedésben és gyógyszerárban, valamint egyenesen is megrendelhető a tulajdonosnál:

MATTONI HENRIK,

Giesshübl-Puchstein, Karlsbad mellett.

MATTONI és WILLE, BUDAPEST.

Mattoni gyógyhelye és vízgyógyintézete:

Giesshübl-Puchstein Karlsbad mellett, Csehországban

vasuti állomás: a bustehradi vasút Welcham-Witkovitzi állomása.

Pneumatikus és lélegzési gyógymód.

Ideg- és mellbetegek, üdülők, hurutokban, csúszban stb. szenvedők részére.

Leírások ingyen és bérmentve.

31

Dr. KNORR Tolylantipyrinje (oroszlán védjegye)

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

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

Benzosol csaknem íz nélküli bükkfa-kreosot-készítmény. Dr. Bongartz találmánya (patentirozva). Ajánlják: 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, vascukamájolajban, Lipaninban és más zsíros olajokban, kitűnő szer görvéllykóros és rokon bántalmaknál.

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

Hypnal (Chloral-antipyrin) altató-szer.

Tumenolum venale (Tumenol) } paten-tirozva.

Tumenolsulfon (Tumenolaj)

Acidum sulfotumenolicum

(Tumenolpor), pat. Ajánlotta dr. Neisser tnr. a lipcei bőrgyó-gyászati congressuson (Deutsche med. Wochenschrift 45. sz.)

Dermatol-hintőpor. Kitűnőnek bizo-nyult, teljesen ár-talmatlan szer heveny sebek, égetések, bőrhorzsolások, nedvező bőrbajok minden neménél, a nők és gyermekek felsebzett helyei-nél, kéz- és lábizzadásnál.

A fentebbi készítmények egyedüli gyártói:

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

Azonkívül szállítanak következőket:

Benzoessav Toluolból
Chinolin pur.
Chinolin puriss.
Naphthol chem. tiszta crist.
„ resublim. „ „

Resorcin chem. tiszta
puriss. resubl. albiss.
Urethan
Phenylurethan
Methylenkék medicinale.

3

Cs. kir. szabadalmazott

egyetemes emésztőpor

Dr. Gölis-től.

Eddig még utól nem éretett hatására nézve az emésztés és vértisztítás terén, s a test táplálása és erősítésére nézve. Ezáltal naponként kétszeri és sokáig folytatott használata mellett valódi gyógyszerre válik számos még makacs betegségekben is, mint p. o.

emésztési gyengeség, mellégés, a gyomor túlterhelése, a belek petyhüdtsége, ideggyengeség, mindennemű aranyeres bajok, görvély, guga, sápadtság, sárgaság, valamennyi idült bőrbaj, rák, időszakos fejfájások, férges és köves betegségek, túlnyálkásodás stb.

Ez az egyetlen és gyökéres szer a megrögzött kőszvény és mellbajban (tuberculose). Ásványvíz-gyógymódnál úgy ezelőtt, mint annak használata alatt, valamint utólagosan gyógyszerül is kitűnő szolgálatot tesz. — Egy nagy skatulya ára 1 frt 20 kr. Egy kis skatulya 80 kr. Főraktár Budapest

TÖRÖK JÓZSEF gyógyszerész úrnál. A hamisítástól megmenekülésre figyelmeztetek mindenkit, hogy a valódi egyetemes emésztőpor Dr. Gölis pecsétjével van elzárva, s minden katulya a védbélyeggel, s kívülről ily címmel van ellátva:

K. k. concess. Univ.-Speisen-Pulver des Dr. Gölis in Wien.

Főszállítóhely: Bécsben, Stefansplatz 6 (Zwetthof).

20

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANAR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Mann J. tanár szülészeti és nőgyógyászati kórodájából.

Osteomalacia puerperalis cerea.

Közli Klein Mór dr., tanársegéd.

A csontlágylás az eseteknek lassankinti felszaporodása mellett is még mindig oly ritkán képezi az észlelés tárgyát hazánkban, hogy minden egyes ide vágó eset közlése ebben nyeri indokolását. A mi esetünknek — mint osteomalacia cereának — különös érdeket kölcsönöz annak puerperalis alakja és szülészeti jelentősége. A szegedi m. kir. bábaképzővel kapcsolatos szülészeti kórodán, hol az intézet 9 évi fennállása óta ezernél több terhes és szülő nő került észlelés alá és 3300 nőbeteg fordult meg, és a hol a medenczeszűkület által javalt craniotomia csak két ízben végeztetett, „császármetszési“ medence pedig egyáltalában még elő nem fordult: a leírandó eset képezi a csontlágylás első és egyedüli esetét. Ez egyetlen eset fonalán nem lehet szándékom a betegség kóroktanának fejtegetésébe bocsátkozni, de megemlíteném, hogy ez eset is megengedi a talajviszonyok befolyásának felvételét a betegnek a torontálmegyei Ó-Szt.-Ivánsziget mocsaras vidékéről való származásánál fogva; a csontlágylásnak mint ilyennek gyógytanával sem kívánok jelenleg bővebben foglalkozni, habár annak sebészeti gyógykezelése castratio által ez esethen is tervbe vétetett már, és eddig csak a betegnek vonakodása folytán nem foganatosított: hanem egyedül annak szülészeti jelentőségéhez óhajtok adatot szolgáltatni a szülési történet száraz leírásával.

A beteg V. Mátyásné, 31 éves, torontálmegyei Ó-Szt.-Ivánszigeti születésű és lakos, kovácssegéd neje, két ízben kereste fel az intézet segélyét. Először 1892. évi június 1-én (118. sz. a.) vétetett fel oly panaszszal, hogy egy év óta fájdalmakat érez a medenczében és alsó végtagjaiban, és főleg mióta terhes, nehéz a járása. A vizsgálat előrehaladt és bizonyosan már régebben fennálló csontlágylást mutatott ki. Jelenleg hatodik terhességének ötödik havában van. Előbbi szülései és gyermekágyai rendes lefolyásúak voltak, négy fiúgyermek él, utolsó — 2½ év előtt született — leánygyermek hétéves korában meghalt.

A rosszul táplált terhes nő magassága 135 cm., súlya 38 kilo. A medence alakja a tipikus csontlágylásos medenczétől eltérést mutat abban, hogy az ágyéktájon a jellegzetes lordosis helyett kisfokú kyphosis áll fenn, mely az osteomalacikus medenczét különben is jellemző egyenes irányú feszülést csak növeli és illetőleg a medence harántirányú megsűkülését csak fokozza; a keresztcsont felső vége 1 cm.-rel a hátsó felső spinákat összekötő vonal felett, de velük ugyanegy függőleges síkban, középső részlete erősen kidomborodik, alsó csúcsa ellenben és a farcsont erősen előrenyulik. A szeméremizület orrmányszerűen előrenyulik, a szeméremív Omega-alakú, tetején bőven ujjnyi, a synostosis puboischidikánál ujjnyira szűkülő rést képez. A medenczeméreték: Spin. II: 25, Cr. II. 28.5, Conj. externa: 19, Trochant: 26, Spin. II. post. sup.

6 cm. A kimenetben a keresztcsont csúcsától a szeméremizület alsó széléig: 7.5, az ülőgumók távolsága: 6 cm. Az előfok nem érhető el.

A terhesség V. hónapja végén levő beteg az ezen lelet alapján a terhesség rendes végének bevétele után kilátásba helyezett császármetszést visszautasítván, és a művi koraszülés feltételei a szűkület nagy foka miatt nem lévén meg: a művi vetelés megindítását határoztuk el. E célból 1892. június 4-dikén bougie vezetett be, melynek ismételt alkalmazására és meleg hűvelőfeskendésekre végre június 14-dikén az addig is gyengén jelentkező szülőfájdalmak megerősödtek. Június 15-dikén d. e. 8 óra 20 p. vérzés lépven fel, belső vizsgálat végeztetett, é sez alkalommal a magzat harántfekvésben (fejjel jobbra, háttal hátra) megszületve találtatott a hüvelyben, honnan a nyakába akasztott ujjal történt húzás által conduplicato corpore kifejtetett, majd a fennálló vérzés csillapítása végett a magzatleány is, mely a méh bátsó falához volt tapadva, mesterségesen leválasztatván, eltávolítottatott. A magzat halott, hosszúsága 28 cm., súlya 550 gm., fejkörülete 17.5 cm. A láztalan gyermekágy IX. napján 1892. június 23-dikán a beteg azzal az utasítással bocsátatott haza, hogy súlyos betegségének műtét által leendő gyógyítása végett keresse ismét fel mielőbb az intézetet.

Másodszor kérte felvételét a beteg 1893. május 20-dikán (115. sz. a.), de nem a tervbe vett castratio kivételére, hanem bábája kiseretében mint szülő most már hetedik terhessége rendes végén erőteljes szülőfájdalmakkal. Állítása szerint mult évi elbocsátatása után jól érezte magát, és csakhamar újból terhes lett, de e terhességének IV. hónapja óta állandóan ágyban fekvő beteg. Felvételénél 1893. május 20-dikán d. u. 5 óra 30 perczkor következő jelen állapot jegyzetelt fel. A magzat második koponyafekvésben, szívhangjai épek; a méhszáj eltűnőfélben, a magzatvíz intézetén kívül elfolyt; a magzat feje a medenczebemenetben harántul futó nyílvarattal és mélyen álló kis kutacsos; erőteljes méhösszehúzóadások. A medenczebemenet gyűrűje kifejtve, a szeméremív Omega-alakú, tetején egy ujjat bocsát át, hátrább ujjhegynyi réssé szűkül.

Az a körülmény, hogy az érett magzat feje a medenczebemenet kitarva beilleszkedett, biztosan documentálta a csontok hajlékonyságát, és így várakozó eljárás mellett a szülésnek a természetes erők általi befejezését engedte kilátásba helyezni.

A méhszáj eltűnése d. u. 6 óra 30 perczkor következett be, d. u. 7 órakor a magzat feje a medenczetüregben, a szülőfájdalmak gyengék. A felvételnél működött erőteljes szülőfájdalmaknak ugyanis sikerült a medenczebemenet kitarítani és a magzat fejét az általánosan szűk lapos medence mechanizmusával a medenczetüregbe juttatni, a medenczebemenet nagyfokú ellenállásával szemben kifejtett ezen nehéz munkának azonban a méh kimerülése lön következménye, és a szülés másodlagos fájdalomgyengeség miatt késedelmet szenvedett, úgy hogy a kitolási időszaknak egy órai tartama után (d. u. 7 ó. 30 p.) a magzat szívhangjainak fokozatos ritkulása és kihagyó volta a fogó alkalmazását tette javalltá azon előttünk kétségtelen kilátással, hogy a csontok hajlékonysága lehetségessé teendő a magzat ép kifejtését. A haránt átmérőben alkalmazott fogóval történt harmadik húzásra az ülőgumók széttértek, a szeméremcsontok engedtek, a szeméremív tágult annyira, hogy a nyak-

szirt kényelmesen átnyomulhatott rajta, és a tarkó a szeméremiv tetejébe támaszkodhatott. A nyakszirt megszületése után a fogó levétetett, és a fejtető, homlok, arc kinyomulása a Ritgen-féle expressio analis segítségével történt meg. A vállak kezdetben harántul, de csakhamar az egyenes átmérőbe illeszkedve fejtettek ki. A magzatlepény 20 perc múlva gyenge nyomással távolított el és szélével nyomult ki. A lepény megszületése után a szeméremiv ismét bőven ujjnyira szorult össze, és a szülés után 20 óra múlva már ujjnyi és hátrafelé ujjhegynyi réssé változott.

Az újszülött leány élő, érett; hosszúsága 49 cm., súlya 2700 gm., fejkörülete 35 cm. A fej az általánosan szűk medencének megfelelő alakváltozást mutat: a fejdaganat a kis kutacs táján, a fej a nagy ferde átmérő irányában erősen megnyult, a koponyacsontok egymás alá nyomultak; a bal falcson, mely (II. kf.) a szeméremizület mögött nyomult le, lelapított, az előfok előtt lenyomult jobb falcson ellenben hirtelen domború: tehát az előfok ellenállási szerepét a szeméremizület vette át.

A gyermekágyat, mely láztalanul folyt le, csak a kórfolyamattal kapcsolatban fennállott nagyfokú bronchitis zavarta. A gyermekágy XII. napján anya és csecsemő elbocsátatott. Elbocsátási lelet: a méhszáj bőven ujjnyi, több apró be-repedéssel, a méh tompaszögű antiflexióban, környezete szabad. Az anya hosszúsága 130 cm., súlya 34 kilo.

A keresztcsont csúcsa a hátsó spinák vonalában, vagyis súlyedése a mult évi lelet óta 1 cm.-t tesz ki; a második ágyékesigolyának megfelelőleg nyomási necrosis; a medencze-csontok érzékenyek, főleg a kereszt- és farsont; a szeméremiv alakja és szükülete olyan, mint a gyermekágy első napján. Spin. II. 23, Cr. II. 27, Conj. ext. 18.5, Trochant: 25. A keresztcsont csúcsától a szeméremcsont alsó széleig: 7.5, az ülőgumók távolsága: 6 cm.

A beteg castratióra berendeltetett.

Közlemény a budapesti kir. magy. tud. egyetem általános kór- és gyógytani intézetéből.

Kórtani észleletek a házi nyúl két hátulsó végtagjának 6—24 órás lekötesét követő halál okát illetőleg.

Irta: ifj. Kuthy Dezső, egyet. gyakornok.

Samuel königsbergi tanár, a szervezet hőforrásait kutató, a kísérleti állat végtagjainak a nagy ereit lekötötte, idegeit átvágta.¹ Az eredmény a testhőmérsék nagyfokú csökkenése volt (egész 20° C.-ig) s az állat elpusztult. A halál okául Samuel a kihűlést tekintette s észleleteiből felállítá a tételt, hogy „a test tulajdonképeni fűtő készüléke a musculatura; akár csökkent vérórafolyás, akár csökkent innervatio miatt száll alá az izmok hőtermelése: a test lehül.”

Högyes tanár kolozsvári intézetében még a 70-es években észrevették, hogy ha in toto meglehetősen erősen lekötjük a nyúl két végtagját, 24 órás lekötes után már hasztalan szüntetjük meg a strangulálást, az állat nem marad életben. Nyilvánvaló, itt is csökkent vérárfolyás és innerválás forog szóban. Fel lehetett tehát tételezni, hogy a halál oka szintén a kihűlés. Kísérlet tárgyává tettük a jelenséget és ime határozottan bebizonyult, hogy nem a hővesztés — a mely egy esetben különösen tagadhatatlanul közel járt a Samuel 20°-jához — okozza a nyúl elveszését. Mi hát a való casus exitus letalis, eddigelé nem sikerült ugyan kinyomoznunk, mert a supponált hat rend-beli ok egyike sem bizonyult be ennek, mindamellett érdemesnek találjuk a kísérletsorozat tanulságait közlésre, mivel a jelzett pathologikus tényre több oldalról világot vet és — ha ez egyáltalán hozzáférhető — közelebb visz az említett körülmények között beálló halál okának a felderítéséhez.

Vegyük szemügyre mindenekelőtt a kórfolyamatot magát. Öt nyulnak kötöttük le a két hátulsó végtagját 24 órára. A lekötes közepes vastagságú zsineg többszörös körülsavarásával

történt, az első tourt is mindjárt elég erősen megszorítva. A nyulak közül 3, 24 óra elteltével feloldatván, haláláig állott megfigyelés alatt, kettőt azonban csak a lekötes folyamán observálhattunk, mivel őket ugyane kísérletek egy más célja szolgálatában (hogy a strangulált végtagjaik izomzatából még a felbontás előtt izomnedvet sajtolhassunk ki), a 24-dik óra végén le kellett ölnünk.

Fő gondunkat a hőmérsék figyelemmel kísérése tette. Ez irányban ismertettük tehát elsőben is az eseteket.

1. nyúl. 900 gm., két hátulsó végtag lekötes 24 órára (április 22., d. e. 11 ó. 30 p.).

Eredeti hőmérsék ¹	38.8°
április 22. 1.30 ó.	37.0°
3.30 "	37.6°
5.30 "	37.6°
7.30 "	37.4°
április 23. 6.30 "	36.2°
8.30 "	34.6°
10.30 "	34.0°
12.00 "	32.7°... feloldás
*	
1.30 "	30.3°
3.30 "	28.1°
5.30 "	25.8°
6.30 "	24.7°
† 7.00 "	23.5°

2. nyúl. 1450 gm., két hátulsó végtag lekötes 24 órára (május 5. d. e. 7.00 ó.).

Eredeti hőmérsék	38.4°
május 5. 8.00 ó.	36.0°
9.00 "	36.2°
10.00 "	36.2°
11.00 "	36.3°
stb., egész nap	36.1—36.6° között ingadozik,
május 6. 7.00 ó.	36.6°... feloldás.
*	
A nap folyamán	35.4—36.6°
május 7. 6.00 ó.	36.0°
6.00 "	37.0°
május 8. 7.00 "	37.2°
7.00 "	37.4°
május 9. 7.00 "	37.3°
7.00 "	37.6°
május 10. 8.00 "	32.6°
† 10.00 (d. e.)	27.6°

E kettőt részletesebben kívántuk idejegyezni, hogy eklatánsan kitűnjék, minő különböző körlefelváltás mutatkozott egy-ugyanarra a behatásra két állaton. A lekötes mindkettőnél hamarosan (1—2 óra múlva) körülbelül 2°-nyi hővesztést okoz, mi hosszabb-rövidebb idő múlva némileg reparálódik, a meny-nyiben a hőmérsék újból lassú közeledésre mutat tendenciát a normalis felé. Ime a strangulálás bizonyos fokú shock-hatása. Ez a reparatív irány azonban az 1. esetben csak 4 óra hosszat áll fenn, azontúl a hővesztés folytonos mind haláláig. Az állat a lekötes 24 óra alatt 6°-ot veszít, a feloldás után 1 óránkint csaknem pontosan 1—1°-ot s a zsineg eltávolítása után 7 órával 23.5° testhőmérsék mellett (15.3° hővesztés!) elhal.

A 2. sz. esetben a 24 ó. lekötes 2°-nyi hővesztés mellett csaknem pontosan 1—1°-ot s a zsineg eltávolítása után 7 órával 23.5° testhőmérsék mellett (15.3° hővesztés!) elhal. A 2. sz. esetben a 24 ó. lekötes 2°-nyi hővesztés mellett csaknem pontosan 1—1°-ot s a zsineg eltávolítása után 7 órával 23.5° testhőmérsék mellett (15.3° hővesztés!) elhal. A 2. sz. esetben a 24 ó. lekötes 2°-nyi hővesztés mellett csaknem pontosan 1—1°-ot s a zsineg eltávolítása után 7 órával 23.5° testhőmérsék mellett (15.3° hővesztés!) elhal.

3. nyúl. 1680 gm., két hátulsó végtag lekötes 24 órára. Eredeti hőmérsék: 38.7°. A lekötes 24 órája alatt a hővesztés csak 0.9°, az állat a feloldás után 69 órát élt, hőmérséke

¹ Hőmérsék a lekötes előtt.

² A fokok természetesen mindig C. szerint értendők, azért feleslegesnek is tartjuk mindenütt külön megjelölni.

¹ S. Samuel, Die Entstehung der Eigenwärme u. des Fiebers. Leipzig, 1876.

mind jobban közeledett az eredetihez, a feloldás utáni 2. nap este már (38.5°) el is érte s a rákövetkező 3. nap d. e. 6 óra 30 perczkor ismét 2° hőlesés, az állat gyenge, állkapcsa reszket, d. e. 9 órára hővesztesége a normalishoz képest 4.9° s ugyanekkor 33.8° temperaturával elhal.

4. *nyúl.* 1650 gm., két hátulsó végtag leköttése 24 órára. Eredeti hőmérsék: 38.8° . Már a strangulálás ideje alatt 8° hőveszteség (az állat igen gyenge).

5. *nyúl.* 1300 gm., két hátulsó végtag leköttése 24 órára. Eredeti hőmérsék: 38.7° . A leköttetés alatt a hőveszteség 2.8° .

A feloldást — összevéve ez eseteket — a nyulak 7—100 órával élték túl; a leköttetés 24 órája alatt a hőveszteség 0.9 — 8.0° -ig variál, az exit. let. bekövetkezéseig észlelhető összes hőesés 4.9 — 15.3° .

A súlyvesztés megítélhetése kedvéért ép nyulat tartotunk ugyanolyan ketrecben, mint a minőbe a kísérleti állatok kerültek, egy hétig.

A magányosság, az élénkebb mozgásra, futkározásra elégtelen, korlátolt térvizonyok, stb. ezen is jelentékeny súlyvesztést okoztak. 96 óra (4 nap) alatt 225 gm., 168 óra (7 nap) alatt 340 gm. volt a súlybeli fogyatkozás. A 24 órára leköttött végtagú nyulak körülbelül ugyanily súlyvesztést mutatnak. Például a 3. számú az experimentum 72. órájában 200, 93-dik órájában 260 gm.-mal könnyebb, mint a kísérlet előtt.

A légvételek száma (ép állapotban perczenkint c. 90) a hő csökkenésével arányban száll alá (70—60-ra), a szívcsúslökés ugyanily viszonyokat mutat. A halált megelőzőleg egy-néhány órával a szívcsúslökés nem tapintható.

A vizeletben mikroskoppal vérsejtek, spektroskop segítségével haemoglobint a folyamat semelyik szakában sem (lek. idő 2-dik fele, felbontás utáni 1-ső 24 ó., 2-dik, 3-dik és 4-dik 24 ó.) mutathatók ki.

A leköttött végtagot az állat nem használja többé; még ha 100 órával éli is túl a feloldozást, megmarad a szövetek vizenyős duzzadása; a láb mindvégig érzéstelen.

Mi okozza ily viszonyok között az állat halálát? Vajjon a hőlesés, a kihülés-e?

Ha minden *nyúl* egyaránt nagy hőcsökkenés tüneteit mutatva hullott volna el, mindenesetre valószínűvé válik vala e feltevés. Végigtekintvén azonban csak az eddig ismertett eseteken is, látjuk, hogy a 3-as számú *nyúl* halálakor mindössze 4.9° hőveszteség volt constatálható. De hogy ez a hypothesis nem állhat meg, kivált azokból az esetekből tűnik ki, a melyekben nem 24, hanem csak 12, sőt 6 órai leköttést eszközöltünk. Kisebbségi laesio esvén illetéknép az állaton, a leköttetés ideje alatt csekély, egy izben semmi hőesés sem mutatkozott s a letális kimenetelig sem volt akkora alászállása a test melegenek észlelhető, hogy a kihülési halált ez a körülmény előidézhette volna. Közben olykor hosszabb ideig normalis volt a nyulak hőmérséke s mégis elpusztultak kivétel nélkül 56—500 óra (2—20 nap) lefolytával.

Íme az esetek.

6. *nyúl.* 1900 gm., két hátulsó végtag leköttése 12 órára. Eredeti hőmérsék: 38.8° . A leköttetés ideje alatt a hőcsökkenés 0.8° , a 7-dik napról a 8-dikra virradó éj folyamán hullt el (a feloldás után c. 150 órát élt), az elhalás idejéből hőmérsékét pontosan meg nem adhatjuk, megelőző este a temperatura 35° , vagyis az eredetihez mérve 3.8° hőcsökkenés van jelen. Közben 35.4° a minimum (csak egyszer volt észlelhető), 37.8° a maximum, 36.5° jelölhető meg a 7 nap középhőmérsékül.

7. *nyúl.* 1470 gm., két hátulsó végtag leköttése 12 órára (május 27. d. e. 11 ó.).

Eredeti hőmérsék	39.2°
május 27. 1.00 ó.	37.6°
3.00 "	38.2°
5.00 "	38.6°
7.00 "	38.6°
9.00 "	38.5°
11.00 "	38.8°
12.00 "	feloldás.

*

Május 28. 6.00 ó.	39.0°
9.00 "	37.7°
11.00 "	36.8°
2.00 "	37.0°
5.00 "	37.2°
8.30 "	37.6°
május 29. 7.00 "	37.6°
a nap folyamán a hőmérsék változatlan,	
máj. 30. † 7.30 ó. (d. e.)	34.0°.

A 12 órai leköttetés végén a hőveszteség csak 0.4° (hogy ily csekély, abban a kísérleti helyiség temperaturája emelkedésének ama meleg napokban — május 27-dike táján 15° C.-ról 20° C.-ra szűkölt fel a hőmérő — is volt része). Feloldás után az állat 56 órát (c. 2 napot) élt, a normalistól a 2° hőveszteségtől ingadozó testhőmérséklettel, 3. nap reggel 5.2° volt a csökkenés, a *nyúl* elpusztult.

A 6. számú esetben nem tudjuk ugyan pontosan megadni a végső hőmérsékét, a 7. számúban pedig a halál bekövetkezése előtt 5.2° hőcsökkenés volt, ez azonban még mindig csak 34° temperaturát jelent, a melylyel az 1. *nyúl* pl. még megélt s a mely igen messze van a mi 23.5° (1. eset), de még a 27.6° -unktól is (2. eset), — ily hőfok mellett dögölt el 24 órára leköttött nyulaink két elseje — még messzebb azonban a *Samuel* 20° -jától, mely mellett ő kihülési halálról beszél.

Mennyire nem tekinthető a leírt viszonyok közt beálló letális kimenetel kihüléstől okozottnak, kivált a 6 órára strangulálás eseteiből világlik ki. Sajnos, nem voltunk oly szerencsések, hogy ez állatok kimulása pillanatában hőmérsékét eszközölhetünk volna, de a halál előtti órákból vannak feljegyzéseink, a melyek eléggé fényt vetnek a folyamat karakterére.

8. *nyúl.* 1400 gm., két hátulsó végtag leköttése 6 órára (május 27. d. e. 12 ó.).

Eredeti hőmérsék	38.0°
május 27. 1.00 ó.	37.2°
3.00 "	38.2°
5.00 "	38.2°
6.00 "	38.0°... feloldás.
*	
7.00 ó.	38.8°
8.00 "	39.0°
május 28. 6.30 "	38.3°
12.00 "	39.0°
8.30 "	39.0°
május 29-től június 8-ig	38.0—39.4°
június 9. 9.00 ó.	35.0°
11.00 "	halva találtuk.

A leköttetés ideje végén a hőcsökkenés 0, az utolsó mérés (mintegy 2 órával a halál előtt) 3° hőcsökkenést mutat. A halál azonban csak 305 órával (11 nappal) a feloldás után állott be s azon közben 10 napig nem volt egyszer sem subnormalis az állat hőmérséke. Bárminő hőesést találtunk volna ez esetben egy-néhány órával ante mortem, nem nevezhetnők a halált kihülési halálnak, mert ezt a hőmérséknek a beavatkozás és a hőesés közé ékelődő másfélhezi normalis állása kizárja.

A 9. sz. eset hasonló lefolyású. 1150 gm.-os *nyúl*. Két h. végt. leköttése 6 órára. Eredeti hőm.: 49.4° . A leköttetés ideje alatt a hőcsökkenés 2.2° , az utolsó mérés (egy-néhány órával a halál előtt) 3.4° hőesést mutat az eredetivel szemben. Az állat a kísérletezés 21. napján mult ki (c. 500 órát élt). A feloldás után 3-madnapra már elérte teste rendes hőfokát s ezen figyelemre nem méltatható ingadozással megmaradt egész az utolsó nap d. e. 9 órájáig, déli 12 órakor a 9 órai hőálláshoz képest egyszerre 2° csökkenés volt észlelhető s az állat a délután folyamán elhullt. Az eset annyival érdekesebb, mert a szóban forgó *nyúl* súlyviszonyai is egy álló hétig, az észlelés idejének 8—16. napján, változatlanul állottak fenn, a súlyfogyás nem öregbedett. Szépen összevág ez a hőmérsék normalis voltával ez idő folyamán.

A hőcsökkenés jelentősége fejtegetésétől egy pillanatra eltérvén, a 12 és 6 óras nyulakon tett egyéb észleletekről kívánunk itt röviden számot adni.

A mi e nyulak súlybeli megfoghatóságát illeti, közte és a kórfolyamat között semmi figyelemre méltó összefüggés nem fedezhető fel. A tények fölötté variálók. Az egyik 12 órára lekötött nyúl (6.) szembeszökő nagy (7 nap alatt 650 gm.) súlyvesztést mutat, a másik ugyanily elbánásban részesült (7.) súlyának fogyása azonban már felelkező az ép nyúléval. A 6 órára lekötött egyik nyúl (8.) szintén az ép nyúléval arányos súlyvesztést tüntet elő (3 nap alatt 300 gm., 5 nap alatt 400 gm., 9 nap alatt 550 gm., 11 nap alatt 610 gm., 12 nap alatt 700 gm.), míg a másik ugyancsak 6 órás állat súlyfogyása feltűnő csekély (2 nap alatt 100 gm., 5 nap alatt 225 gm., 8 nap alatt 350 gm., 16 nap alatt 330 gm., 20 nap alatt 410 gm.).

A 12 és 6 órás nyulak megélése idejét a felbontás után illetőleg annyit mondhatunk, hogy minél rövidebb időre stranguláljuk az állat két végtagját, annál hosszabb ideig vegetálhat a felbontás után. A 24 órára lekötött nyulak között a megélés időbeli maximuma 100 óra volt (4 n.), a 12 órásk között 150 ó. (6 n.), a 6 órásk között 500 óra (21 n.). A laesio intensitása tehát a lekötés tartósságával egyenesen arányos.

A légvételek száma e lassúbb lefolyású esetekben sokkal jelentékenyebben csökken, mint a 24 órás lekötéskor (8. sz. nyúl légz. száma, pl. az észlelés 12. napján perczenként 30); a szívesücslökésre nézve ugyanez áll (8. ny.: perczenként 110, míg a 3. számú esetben 200-nál egyszer sem volt kevesebb).

12 órai strangulálás után nem láttuk a lekötve volt végtag érzését visszatérni, míg a 6 órára lekötött nyulak a hátulsó lábuk erős megcsipésére a 6—8. naptól fogva a feloldás után már reagáltak.

(Folytatása következik.)

Adatok az újszülöttek sárgaságának tanáshoz.

Schiff Ernő dr. gyermekorvostól Nagyváradon.

(Folytatás.)

Sokkal behatóbban kívánok foglalkozni *Hofmeier*nek haemohepatogen teoriájával; nemcsak azért, mert ez van — kétségtelenül szellemes eszmemenet kapcsán — a legszelebb alakra fektetve, hanem mert vizsgálataim úgyszólván túlnyomóan a *Hofmeier* által érvek gyanánt felhasznált physiologiai és pathologiai körülmények ellenőrzésére végeztek.

Annak kapcsán, a mit jelen közleményem bevezetésében a *Hofmeier*-féle nézetről mondtam, már előre kiemelendőnek tartom, hogy nézetem és a *Hofmeier*-é a lényegét illetőleg több tekintetben érintkeznek, legalább a mitheoriájának haematogen részét illeti. Az ő eszmemenetének is az a végső resultátuma, hogy nem a vörös vérsejtek szétesése a primaer ok, hanem az csak következménye egy másik általánosabb körülménynek, t. i. az első életnapokban fennálló anyagforgalmi viszonyoknak. Ennek megfelelő azon körülmény is, hogy ő nem szól a vörös vérsejtek széteséséről, hanem elhasználásáról (*Verbrauch*), a mi már magába foglalja azt, hogy lenni kell valamely primaer oknak, mely ezt az elhasználást előidézi; szerinte ez az ok azon körülmény, hogy az újszülött szervezetével szemben a vegetatív functiók megindultával oly nagy igények támasztanak az anyagcsere részéről, hogy ő annak csak úgy képes megfelelni, ha áldozatul hozza saját szervezete fehérnye-állományának egy részét, a mely fehérnye-állományt pedig az ú. n. „*Circulationseiwiss*” illetőleg a vörös vérsejtek szolgáltatják. Az én fennemlített és részben közölt icterikussá lett késői lekötési eseteim is azt mutatják, hogy az icterusnál inkább a vörös vérsejtek elhasználásáról kell szólni, mert mint láttuk, az icterus nem akkor állott be, mikor a tartalékvérben foglalt vérsejtek kiküszöböltetése rendszeren történni szokott, azaz nem a 4—5. napon, hanem már a 2. napon, a mikor a tartalékvérben foglalt vörös vérsejtek a relatív vérsejtszám fokozatos megszorodása alakjában szoktak jelentkezni. Az a körülmény, hogy ez a fokozatos megszorodás az említett esetekben kimaradt, arra átszik mutatni, hogy az a vérsejttömeg bizonyos célra el-

használtatott. Ez a cél pedig minden valószínűség szerint az icterussal függött össze. Más kérdés az, hogy milyen módon jelentkezik a vörös vérsejtek számában ez az elhasználás akkor, ha az icterus nem már a 2., hanem csak a 4—5. napon vagy még később jelentkezik, s milyen módon akkor, ha nem késői lekötési esetekről van szó. Erről természetesen positiv adatok hiányában nem nyilatkozhatom. De hogy a fenn nevezett esetekben észlelt viszonyokból, csak a vázolt következtetés vonható le, az, azt hiszem, nem szenved kétséget sem. A míg azonban én inkább a vörös vérsejtek tényleges elhasználására nézve szolgáltatok adatokat, addig *Hofmeier* inkább az eme elhasználásnak alapját képező — és általam in suspensio hagyott — okot, t. i. az anyagforgalmi viszonyokat tanulmányozta, s igyekezett bebizonyítani.

A midőn az icterus alapokára vonatkozólag *Hofmeier* által igen szellemesen vezetett eszmemenet jogosultságát *theoretice* egyáltalában nem akarom tagadni, sőt a midőn kénytelen vagyok kijelenteni, hogy az icterus keletkezése alapokának az első életnapok anyagforgalmi viszonyaival való összefüggését — ugyancsak *theoretice* — magam sem tartom valószínűtlenné, egyúttal ki kell jelentenem azt is, hogy a *Hofmeier* által e tekintetben felhozott érvek egyáltalában nem állják ki a bírálatot.

Hofmeier a következőkben találja az indokát az általa felállított hypothesisnek. Első sorban utal arra,¹ hogy az ő vizsgálatai alapján az első 3—4 nap folyamán rendszeren beálló súlyvesztés legnagyobb fokú a kifejezetten icterikusoknál, kisebb a gyengén icterikusoknál és legkisebb a nem icterikusoknál volt. Az első ugyanis (számra nézve 27) a 3-dik napig bezárólag initialis súlyúknak 9.3%-át, az utóbbi 2 csoport közé tartozók együttesen (összesen 20 eset) 5.78%-át s a nem icterikusok (8) különvéve 5.69%-át veszítették el. Nem folytatván rendszeres méréseket a viszonyok további alakulátára nézve csak a 8. napot veszi szemügyre, mint a mely napra vonatkozólag véletlenül minden egyes esetben bírt mérési adatot s constatalja, hogy 24 iet. gyermeknél 3085 gm. átlagos initialis súly mellett a 8-dik napon még csak 2945 gm. átlagos súly lett elérve, hogy tehát még 140 gm. hiányzott; ellenben 13 mérsékelt icterikus gyermeknél 3208 gm. initialis súly mellett a 8-dik napi átlagos súly már 3215 gm.-ot tett ki, hogy tehát már 7 gm. nyereség is volt. Végre 5 nem icterikus gyermeknél 3722 gm. initialis súly mellett a 8. napon 3728 gm. volt az átlagos súly, vagyis ezeknél is már 6 gm. többlet is mutatkozott. A miből *Hofmeier* azt következteti, hogy minél erősebb fokú az iet., annál nagyobb a súlyvesztés, avagy viszont, minél inkább van az újszülött saját szervezeteinek állományára utalva, annál inkább van icterusnak kitéve. Eme tétel ellen egyrészt positiv, másrészt inkább theoretikus ellenvetésem van. Már volt alkalmam egy más helyen hangsúlyozni,² mily nagy óvatossággal kell eljárunk, ha az újszülöttek súlyviszonyainak magatartásából csak némileg is messzebb menő következtetéseket akarunk levonni, mert csak igen nagyszámú s lehetőleg egyöntetű esetek lehetnének mérvadók, s ime itt alkalmam nyílik ezt számokkal illusztrálni. Magam is megkísérlettem eseteimet a *Hofmeier* szempontjából csoportosítani — megjegyezvén, hogy eseteimben egészen más szempontból mindig rendszeresen s pedig személyesen végeztem a súlymeghatározásokat — s ime az eredmény a következő lett:

Nem icterikusok (27 eset):

Init. súly	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10. nap.
3340.4	3287.3	3188.7	3153.0	3211.2	3224.2	3258.7	3261.7	3300.0	3313.5	3391.2 gm.

Kis fokban icterikusok (14 eset):

Init. súly	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10. nap.
3478.0	3406.4	3326.4	3327.1	3330.0	3360.0	3413.0	3463.0	3481.0	3574.6	3592.3 gm.

Kifejezetten icterikusok (10 eset):

Init. súly	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10. nap.
2902.0	2746.2	2637.5	2600.0	2682.2	2802.2	2830.0	2861.1	2918.3	3157.1	3150.0 gm.

¹ L. c. pag. 298.

² Újabb adatok az újszülöttek haematológiájához stb. Akad. értekezések 1892. XXII. 2. sz. 64. old.

Vagyis 27 nem icterikus újszülöttnél 3340·4 átlagos initialis súly mellett a max. súlyvesztés a 3. napon állott be és kitett 187·4 gm.-ot, az initialis súly elérést a 9. napon, de csak 26·9 gm. híján és a 10. napi súlynyereség kitett átlag 49·8 gm.-ot. Ezzel szemben 14 kis fokban icterikus újszülöttnél 3478·0 gm. átlagos initialis súly mellett a maxim. súlyvesztés már a 2. napon állott be s csak 151·6 gm.-ot tett ki. Az initialis súly már a 8. napon nemcsak el lett érve, de 3·1 gm.-mal túl is haladva, a 10. napi súlytöbblet pedig 114·3 gm.-ra rúgott. Végül 10 kifejezetten icterikus újszülöttnél a maxim. súlyvesztés 2902·0 gm. átlagos initialis súly mellett a 3. napon állván be, 302 gm.-ot tett ki átlagban, az initialis súly a 8. napon nemcsak el lett érve, de 16·8 grammal túl is lett haladva, s a 10. napi súlytöbblet már 248·0 gm.-ot tett ki. Azaz a maximalis súlyvesztés fokára nézve első helyen állanak a kifejezetten icterikusak (ennyiben megerősíthetem Hofmeier állítását), azután jönnek a nem icterikusak s végül a legjobb viszonyokat mutatják a kis fokban icterikusak (a mi megint sehogysem egyezik meg Hofmeier felvételével). A későbbi napok folyamán pedig határozottan az icterikusak vannak előnyben a nem icterikusak felett, a súlyviszonyok tekintetében. Mi következik ebből? Látszólag az, hogy Hofmeiernek csakis a maximalis súlyvesztésre vonatkozó tétele s ez is csak a kifejezetten icterikusokat illetőleg áll, ellenben hogy a súlyviszonyok további magatartására vonatkozó tétele egyáltalában nem áll, mert nálam e tekintben az icterikusak vannak előnyben. Ámde én nem kívánok adataimból sem pro, sem contra positiv következtetéseket levonni, csak rá akartam mutatni, hogy oly csekély számú és hozzá még nem is rendszeres súlymérésekből, minőkkel Hofmeier rendelkezik, nem szabad általános érvényességű szabályokat levonni, annál kevésbé jogosult eljárás, ily módon nyert adatokat egy felállítandó hypothesis egyik sarkkövétől választani.

De nem tarthatom az icterusnak a súlyviszonyokkal való összefüggését apodictice világosnak még más, részben theoretikus szempontból sem. A legtöbb újszülött veszt súlyából, ez tény. Az icterikus újszülöttnél eo ipso veszténi kell súlyából; ez pedig a Hofmeier-féle tételből következik. Más szóval: az icterusban nem szenvedő újszülöttek vagy semmi, vagy csak jelentéktelen súlyvesztést mutatnak; az icterusban szenvedőknek ellenben feltétlenül súlyvesztést kell mutatniok, mert ha nem mutatnak, tehát saját szervezetük anyagállományát nem fogyasztották, úgy nem lehet szó „Circulationseiwiss“, illetőleg vörös vérsejtek elhasználásáról, azaz nem állhatott volna elő az icterus. A kérdés már most csak az, hogy mit tanúsítanak erre vonatkozólag a kórodai észleletek; vajjon csakugyan súlyvesztést mutat-e minden icterusban szenvedő újszülött? Ha csak egy eset lesz felmutatható, a hol ez a postulatum elmarad, már is tartózkodással kell fogadnunk az icterusnak a súlyviszonyokkal való összefüggését. Már pedig az én nagyon csekély számú eseteim között is mutathatók egyet, a hol súlyvesztés az icterus bekövetkezése dacára sem mutatkozott s ez a fenn részletesen közölt L. Margit-féle eset (I. sz. tab.). Bár nem akarom dogmatikus ellenérvnek felhasználni, de mindenesetre mérvadó körülményt képez, ha felemlítem, hogy Epstein tanár úr többszörösen biztosított, miszerint intézetének kórtörténeteiből az icterus esetek egész sorozatát mutathatja fel, a hol az initialis súlyból kiindulólág egyáltalában nem mutatkozott súlyvesztés, a mi pedig annál figyelemre méltóbb, mert alig végzik még valahol oly pontosan a kórodán levő összes újszülöttek naponkénti lemerését, mint épen az ő intézetében.

Hofmeier azonban sokkal körültekintőbb, semhogy magával az említett tényrel megelégedett volna, a mennyiben a szervezet fehérnyé-anyagának elhasználását — mint a melynek kifejezését a súlyfogyás képezi — más úton is bizonyítani igyekszik. Miután pedig a fehérnyé elhasználásának, tehát oxydatiójának végső terméke a húgany, azért részletes megfigyelés alá veszi az icterikus újszülöttek húganyproductióját szemben a nem icterikusak húganyproductiójával. Az eredmény, melyhez így jut, a következő. Normalis körülmények között a húganyproductio az első naptól a negyedikig folyton

növekszik, ettől kezdve pedig fokozatosan csökken, úgy hogy a 9. napon már csak körülbelül a fele a 4-dik napi húganytermelésnek található. Icterikusaknál az első életnapon a húganytermelés körülbelül annyi mint normalis körülmények között, a második napon már több, a 3. és 4. napon már majdnem kétszer annyi, és ettől kezdve állandóan jelentékeny különbség mutatkozik. Hofmeier a vázolt körülményekben két oldalról lát összefüggést a testsúly magatartásával. Először összefüggést lát abban, hogy már normalis körülmények között is a 3—4-dik napon termeltetik a legtöbb húgany, mert ekkor szokott a maximalis súlyvesztés jelentkezni; összefüggést lát továbbá abban, hogy az icterikusok még nagyobb mértékben mutatják a húganytermelésnek a 3—4-dik napig való fokozódását, mert ezeknél az initialis súlyból kiinduló súlyvesztés szintén jóval nagyobb, mint a nem icterikusoknál.

A mily meggyőzőnek látszik ezen látszólag kifogástalan tényekre alapított következtetés, annyira tévesnek bizonyul az, ha exact alapra helyezkedünk. A mi magát a normalis viszonyok közötti húganytermelést illeti, arra nézve már ide vágó részletes urológiai tanulmányomban kimutattam, hogy az a szabály, melyet Hofmeier ide vonatkozólag felállít, téves. Téves pedig azért, mert ő a húgany napi mennyiségét nem az egyes esetekben írt 24 órás vizeletmennyiség alapján számította ki, hanem az általa és Martin-Ruge által talált ide vonatkozó átlagos értékek alapján, a melyek pedig annyira minimalisak, hogy a tényleges viszonyoknak semmi esetre sem felelhetnek meg, mert jóval kisebbek, mint az általam talált értékek minimalis határai. Miután pedig a napi vizeletmennyiségre vonatkozó értékek fokozódása, nála és Martin-Rugenál oly lassú arányokban halad, hogy a 4-dik napi vizeletmennyiség körülbelül csak fele a 8-dik napi értéknek, ellenben a húgany százalékos aránya majdnem háromszor annyi, természetes, hogy a 3—4 napi húganykiürítésnek nagyobbak kell lenni, mint a 8. napinak. Nálam, a hol a húgany napi mennyiségének kiszámítása minden egyes esetben a kiürített 24 órás vizeletmennyiség alapján történt, nem is látható a Hofmeier által említett menet, hanem látható az, hogy a húgany napi mennyisége az első naptól kiindulólág fokozatosan növekszik, és pedig dacára annak, hogy a húgany százalékos arányára vonatkozólag adataink között valami feltűnő eltérés nem mutatkozik.

Már az elmondottakból látható, hogy a normalis viszonyok közötti húganytermelésből ez és a testsúly fogyása között állítólag fennálló összefüggés nem demonstrálható. De nem lehetséges ez akkor sem, ha ugyancsak a norm. viszonyokat tekintve, a részletekbe hatolunk is. Az összes esetek között, melyeknél mintegy 400 analysis alapján a norm. viszonyok közötti húganytermelést tanulmányoztam, mindössze 2 volt olyan, a hol tényleg a 4. napi húganytermelés majdnem kétszerese volt a 8. napinak, és csak 6 olyan, a hol a 3—4. napi húganytermelés után egy-két napi visszaesés mutatkozott. De én belevonom a számításba még azon másik 3 esetet is, a hol a 2—3. napi húganyproductio után csak némi muló jele is volt a visszaesésnek, s így mind a 11 esetet a Hofmeier-féle tétel kifejezője gyanánt tekintem. Már mostan, ha a Hofmeier következtetése helyes, hogy t. i. a húganykiürítés fokozott volta, a szervezet saját fehérnyé-állományának elhasználása és a testsúly csökkenése egymással oki viszonyban állanak, úgy a húganykiürítés ama magatartását, melyet Hofmeier vázol, főleg ott kellett volna találnom, a hol a testsúly fogyása jelentékenyebb volt, avagy viszont. Ha eseteimet ezen szempontból veszem szemügyre, úgy kitűnik, hogy azon 11 esetben, melyben nagyjában a Hofmeier-féle menetet nyert kifejezést, a testsúly minimuma 2·2 nap mulva állott be, a maximalis súlyvesztés átlag 184·5 gm.-ot tett ki és az initialis súly 6·8 nap mulva éretett el; más 11 esetben ellenben, a hol a húganytermelés az első 14 életnap folyamán kifejezetten progressiv menetet követett, ottan a maximalis súlyvesztés csak 3·1 nap mulva állott be, átlag 227·3 gm.-ot tett ki, s az initialis súly csak a 8. napon éretett el. Vagyis épen azon esetekben, a hol a húganytermelés fokozatosan progressiv menetet követett, a súlyviszonyok sokkal kedvezőtlenebbek voltak, mint ott, a hol a húganytermelés többé-kevésbé a

Hofmeier-féle menetet követte. A súlyviszonyok magatartása és a huyanytermelés mérve között tehát nem állhat fenn egy oly szoros összefüggés, mint a hogyan azt Hofmeier aránytalanul csekélyebb számú s egyáltalában nem körültekintő vizsgálatai alapján állítja.

(Folytatása következik.)

A piperazidinum gyógyító hatásához.

Közli: Bernard József dr., kör- és pályaorvos Zichyfalván.

A piperazidinum vagy piperazinum, $C_4H_{10}N_2$, a mint azt a berlini *Chemische Fabrik auf Actien* (azelőtt *E. Schering*) előállítja, azonos ugyan a diaethylendiaminnal, de nem azonos a sperminnel, mint azt kezdetben hitték. Szintelen jegeceket képez, melyek vízben rendkívül könnyen oldódnak; a levegőn víz és szén-sav felvétele mellett könnyen szétfolyik; vizes oldata majdnem íztelen, erős alji vegyhatású, de nem étető; $104-107^{\circ}C$ -nál olvad.

Az előállítók állítása szerint (mely Ebstein V. és Sprague Károly¹ által megerősítést nyert): a piperazidinum hideg vizes oldatban húgysavval összehozva tizenkétszer annyi húgysavat felold, mint a szénsavas lithium; a képződő húgysavas piperazidinum $17^{\circ}C$ -nál vízben kétszerre könnyebben oldódik, mint a húgysavas lithium; még túlmennyiségű húgysav jelenlétének sem képződik savanyú, hanem mindig a könnyen oldódó közömbös só; a piperazidinum a szervezetben semmi vagy legalább említésre méltó bomlásnak nincs alávetve; már néhány óra múlva a vizeletben vegyileg kimutatható; 1—3 grammnyi mennyiségben az emberi szervezetre káros hatást nem gyakorol.

Ezek ellenében Van der Klip² kísérleti kutatásai alapján a piperazidinum említett tulajdonságait túlzottnak tartja. Ő azt találta, hogy feloldja ugyan a húgysavat, csak hogy nem sokkal nagyobb mértékben mint a szénsavas lithium. Tengeri nyulaknál $0.5-1$ gm. piperazidinum-oldat a bőr alá fecskendezve nem idézett elő mérgezési tüneteket; 4 órával később a piperazidinum a vizeletben kimutatható volt. A békákat $25-50$ mgm. befecskendezése megölte (hányás, rendetlen lélegzés, általános bágyadság). A piperazidinum még $1:5000$ viszonyban is meggátolja az oxyhaemoglobinnak élenyétől való megfosztását és $\frac{1}{2}$ százalékos oldatban a fehérnye peptonizálását megszünteti.

Fenti kísérletek által nyert adatok után kétségesse válhatott, vajjon a piperazidinummal többet érhetünk-e el, mint addig a szénsavas lithiummal. Hiszen úgys nagy hibája korszakunknak, hogy a bakteriologiai és állatkísérletek mellett a klinikai tapasztalatok egészen háttérbe szorulnak. Két beteg-esetnél a piperazidinumot feltűnő sikerrel alkalmazván, nyert eredményeim közlésére indítva éreztem magamat.

I. Az 1891-dik évi július hó 31-dikén este egy D. M. nevű, 40 éves földmiveshez hittak, ki reggel óta jobboldali vesetájékából kiinduló, és innen le- és befelé sugározó, kínzó fájdalmáról, párosulva szűnni nem akaró vizeleti ingerrel, panaszkodik. A húgy állítólag véres volt. Sok állati táplálékot és alkoholt élvez; életmódja ülő. Azelőtt mindig egészséges volt.

Jelen állapot: A beteg erős testalkatú, jól táplált. Hőmérsék rendes; érverés szaporább. Arcza sápadt. A légzési és vérkeringési szervek épek. Emésztése jó; icterusa nincs; széke rendes; hasfelpuffadás nem található. A jobb vesetáj érintésre érzékeny. A húgy, mely csak másnap vizsgálathatott meg, tiszta, nagyon savanyú, cukrot és fehérnyét nem tartalmaz.

Kórisme: A kórelőzmény és betegvizsgálat alapján húgysavas kő okozta vesekőlikát kellett felvennem.

Gyógyítás: Chloralum hydratum, morphiium-injectio. Salvator-forrás 6 héten át megszüntetett étrend mellett.

Az 1891-dik évi december hó 30-dikán vasúti menet alkalmából hasonló roham ismétlődött. Egy elhítt kartárs vesekő okozta hasrágást kórismézett és morphiium-injectiót alkalmazott.

¹ Berliner klin. Wochenschrift, 1891. 14. sz.

² Therapeut. Mon. 1892. 8. sz.

Ezen második roham megszüntével a beteg ajánlatomra a piperazidinumot kísérlette meg. 1892-dik évi januáris hóban 20 napon át Biesenthal és Schmidt Albert¹ szerint naponta $1-1$ gm. piperazidinum purum-ot palack szikvizben feloldva vett.

Ez idő óta mostanáig újabb roham nem mutatkozott.

Szembevetlőbb az eredmény a következő esetről.

II. B. A., 54 éves, férfiszabó. 1884. óta minden 2—3 hétben egyszer szenved rohamokban fellépő kiállhatatlan fájdalmakban, melyek a jobb ágyéki tájékból kiindulva a fándomb felé tartanak és 24—36 órai tartam után megszűnnek. E mellett nagy vizeleti ingert érez. A húgy állítólag mindig tiszta volt; véres vizelete nem volt soha. Leginkább állati eledelekkel táplálkozott; szeszes italokkal való visszaélés nem állapítható meg.

Középtermetű, erősebb testalkatú, jól táplált. Érverés és hőmérsék rendes. Arcza sápadt, hideg verejtekkel fedett. Sárgasága nincs. Légzési és vérkeringési szervei rendesek. Emésztése jó; székrekedésben nem szenved; hasfelfuvódása nincsen. A jobb vesetáj tapintásra fájdalmas. A vizelet tiszta, nagyon savanyú, fehérnyét és szőlőcukrot nem tartalmaz.

Kórisme (egy karlsbadi fürdőorvos által is megerősítve): Húgysavas diathesis (Ebstein-féle eredeti vesekőszvény).

Gyógyítás: Eleinte szénsavas lithium (0.5 pro die); 1891. és 1892. évben 4—5 héten át ivógyógymód Karlsbadban, majd azután Salvator-forrás. Miután a második karlsbadi gyógymód sem vezetett említésre méltó eredményhez, ajánlásomra elhatározta magát a beteg a piperazidinumhoz fordulni. 1892-dik évi június hóban 20 napon át egy-egy gramm piperazidinum purum-ot vett, mint az előbbi esetben, szikvizben feloldva.

Ez idő óta a nagy fájdalmak teljesen megszűntek; csak néha vél a beteg jobb veséjében nyomást érezni, miért is a gyógymódot ismételni szándékozik.

Távol állok attól, hogy tapasztalataimnak abszolút bizonyító erőt tulajdonítsak; de azt tartom, hogy különösen II. esetben a siker oly eclatáns, hogy érdemes lesz a piperazidinum-mal húgysavas kórhajlamnál és húgysavas kövek-nél szélesebb körben klinikai kísérleteket tenni.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Élettani értekezéslet.

(1893. április 12-dikén.)

1. Ónodi Adolf gégekísérleteit mutatta be. A m. cricothyreoidus beidegzésére vonatkozólag előadja, hogy nyúlnál és kutyánál egy idegfonal, melyet Ezner mint középső gégeideget irt le, a bolygó ideg garatágától eredve a gyűrűpaizsizmom beidegzésében, a felső gégeideg külső ágával egyetemben ténylegesen részt vesz. Ez ellen nyilatkoztak Simanovsky és Katzenstein. Ónodi vizsgálatai bonczani és kísérleti alapon megerősítették ezen kérdéses idegköteg létezését, melyet úgy a holt, mint az élő állatban mindenkor meg lehet találni és kikészíteni. A mi ezen izom működését illeti, úgy az eddig mint a hangszalagok feszítője szerepelt, hogy azonban ezen izom képes a hangszalagok egymáshoz való közelítésére, azt előadó kísérletileg mutatta be. Egy kutyánál az alsó gégeideget átmetszve, s a légcsövet betekintethes céljából meglekélve kitént, hogy a mint az izom idege izgatva lett, az izom erősen összehúzódott és a megfelelő bémult hangszalag egyidejűleg a középvonalba tért és ezen helyzetben az izgatás ideje alatt meg is maradt. E kísérlet legalább tízszer ismételve, mindig ugyanazon eredményt adta. Ugyanezen magatartást kikészített gégen is bemutatta. A magyarázat abban áll, hogy a gyűrűpaizsizmom a gyűrűporozot emeli fel a paizsporoz alsó széléhez, a mi által a hangszalag megfeszül és ez által is már közelebb jön a középvonalhoz, másrészt pedig a hangszalag és paizsporoz között levő lágyrészek fel- és befelé nyomtatván, még kifejezettebb lesz a hangszalagok passiv mozgása a középvonalhoz.

¹ Berlin. klin. Wochenschrift 1891. 52., 53. sz. 1892. 2. sz.

2. Szontagh Ábrahám bemutatja azon képességét, melynél fogva saját pupilláit bármikor tágitani tudja a nélkül, hogy szeme alkalmazkodását, vagy nézési irányát megváltoztatnia kellene, s előadja, hogy ez utóbbi körülményt már 1856-ban Brücke és Ludwig tanárok Bécsben constataáltak nála, s Kugel dr. a „Wiener mediz. Wochenschrift“ 1860-diki folyamában — bár hibásan — le is irta. Ő maga, miután a tünetényt a budapesti kir. orvosegyesület egyik ülésén bemutatta, csak utolsó télen látott ismét hozzá, ezen a szakirodalomban ritkának jelzett képesség mechanizmusának kipuhatólásához, miben Goldzieher Vilmos dr. nagy segítségére volt. Számos kísérleteiből és méréseiből eddig az derült ki, hogy a tágulás legnagyobb mértékben akkor jön létre, ha valamely közel vagy távol pontot rögzítve, mely belélegzés alkalmával nyakizmait erősen összehúzza, ekkor a pupillák átmérője 3 mm.-ről 5 mm.-re, vagy 4-ről 7-re, vagy 5.5-ről 8.2-re növekedik. Ha kilélegzés alkalmával feszíti meg nyakizmait, a tágulás szintén létrejön majdnem oly mértékben mint belélegzésnél; mely belélegzésnél magában, a nyakizmok akaratlagos beidegzése nélkül pedig csak kis mértékben. Hosszabban tartó lélegzési szünet alkalmával, akár ki-, akár belélegzés után a pupilla átmérője nem változik. A carotis és jugularisra gyakorolt ujjnyomás csak a bal oldalon okoz csekély tágulást, a jobb oldalon nem. A fej mély lefüggesztése által előidézett passiv vérbőség; továbbá más, például a czombizmoknak erős összehúzása; rágás és nyelés; vagy sötét térnek élénk képzelete a pupillákat nem tágitják. A szemtükörrel történt egy vizsgálat azt mutatta, hogy az activ tágitás alatt a szemfenék vívőerei (a retina vénái) megvastagodnak. Végre igéri előadó, hogy kísérleteit és vizsgálatait még folytatni fogja különösen azon irányban is, hogy vajjon csakugyan olyan ritka-e ezen képesség, s ha igen, hogy vajjon nála csak a nagy gyakorlat, vagy az anatómiai viszonyok valamely rendellenessége szolgál-e ennek alapul. Az élénk eszmecsere alatt, a melyben résztvettek: *Thanhoffer, Szili A., Jendrassik, Laufenauer, Csapodi, Rákossy, Klug és Donáth*, több kísérlet tétetett, s még több vélemény nyilvánított a tünetény mechanizmusának magyarázata és alapos kipuhatólása iránt.

3. Schaffer Károly előadást tart „A gerincevelő másodlagos elfajulásairól“, készítmények bemutatásával. Egy golyó embernek gerinceveleit a X-dik hátesigolya magasságában és egész harántmetszetében elroncsolta, öt hó leforgása után a következő pályákban volt másodlagos elfajulás kimutatható.

1. Mindkét pyramis pálya a roncsolt helytől lefelé terjedőleg.
2. Mindkét hátulsó kötél szintén lefelé.
3. Mindkét Goll-féle kötél és a direct kisagyi pálya, nemkülönben a Gowers-féle tractus felfelé terjedőleg.
4. Mindkét oldali Burdach-kötél felhágó irányban, a mely csupán a gyökérzónának megfelelő helyet hagyott szabadon.

A Goll-féle nyaláb az elfajulás előbbre haladott fokán volt, mint valamennyi többi pálya, mert benne már gliahyperplasia és csaknem teljes rostkiesés mutatkozott, míg a többi kötelek még csak a velőszétesés szakában voltak. Mindeme viszonyok *Marchi* osmium-bichromát eljárásával voltak igen tanulságosan kimutathatók.

4. Gara Géza házi nyulakat mutat be, melyeknek pajzsmirigyeit *Fodor Gézával* együtt irtották ki. A mirigy kifejtését a környező szövetből mindig tompa eszközzel végzik; a szorosabb összeköttetéseket (ereket, idegeket) thermocauterrel égetik át. Így sohasem sértették a szomszédos szerveket s ennek tulajdonítják kedvező eredményeiket is. Az operált állatok élnek, rajtuk eddigelő feltehető rendellenesség nem mutatkozik.

Valószínűnek tartják ama felfogást, hogy a mirigynek anti-toxikus hatása van, s ez által képes a szervezetben magában képződő kártékony anyagot ártalmatlanná tenni. Folytatólagos kísérleteikkel arra törekcszenek, hogy a pajzsmirigy ezen vegyi képességét közelebbről meghatározzák.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Prof. Gerhardt: *Die Pleura-Erkrankungen*. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1892.

A munka egyik füzetét képezi a Billroth és Luecke által kiadott nagy sebészeti gyűjtőmunkának. Mindenesetre szerencsés

választásnak mondható, hogy a pleura-megbetegedések feldolgozását egy ily kitűnő belgyógyászra bízták; a pleura-megbetegedések ugyanis inkább a belgyógyászat körébe tartoznak, sőt az egyszerűbb műtéteket maga a belgyógyász is végzi, a nagyobb műtėti beavatkozás szükségességét pedig a belgyógyász állapítja meg. A mint előre várható volt, szerző feladatát minden tekintetben kitűnő módon oldotta meg; a 90 nagy lapra terjedő füzetben átnézetes, világos képét adja a pleura-megbetegedések kör- és gyógytana jelen állásának. A legnagyobb súly természetesen a therapiára van fektetve, mely a könyvnek körülbelül felét foglalja el. A legnagyobb részletességgel tárgyalja úgy a belső orvoslást, mint a sebészi eljárásokat: a thoracocentesist és a thoracotomiát. A nagyon vonzó modorban megírt könyvet kórtörténetek is élénkítik. Nagyon értékes részét képezi a munkának a nagy gondnal összeállított terjedelmes irodalomismertetés. A könyvet, mint az utóbbi időben megjelent egyik legjobb szakirodalmi terméket a legmelegebben ajánlhatni a kartársak figyelmébe. Ára 1 forint 80 krajczár.

A magyar szent korona országai balneologiai egyesületének 1893-diki évkönyve. Összeállította Löw Sámuel dr. egyesületi főtktár. Budapest, Mezey Antal könyvnyomdája.

A nagy tevékenységet kifejtő egyesületnek legutóbbi évkönyve fekszik előttünk 272 lapra terjedő, a múlt évit tehát jóval túlszárnyaló kötet alakjában. A nagy gondnal szerkesztett évkönyv egész terjedelmében közli az 1893. évi közgyűlést, valamint a folyó évi márczius hó 20-dikától 22-dikéig tartott harmadik balneologiai congressuson tartott előterjesztéseket és előadásokat, melyeknek nagy részét részint egész terjedelemben, részint pedig kivonatosan annak idején lapunkban is közöltük volt. A hazai fürdők felvirágoztatására oly áldásosan működő egyesület tagjainak száma az évkönyv kimutatása szerint tetemesen gyarapodott. Az 1892-diki évkönyvben kimutatott tagok száma ugyanis 233-at tett, jelenleg pedig 275 tagja van az egyesületnek, kik közül 66 a gazdasági, a többi pedig az orvostudományi szakosztályba tartozik.

II. Lapszemle.

Kórtan.

Mesterséges fertőző endocarditist támasztottak *Josserand* és *G. Roux*. Egy asszony 4 havi betegség után fertőző endocarditisben hal meg. A betegség 5-dik hetében az ujj véreéből sárga staphylococcus-fajt tenyésztettek, mely a gelatinát csak lassan folyósítja és egyébként is különbözik a pyogen staphylococcusoktól. Ezen mikroba intravenosus injectiójával nyúlál hasonlóképpen lassú lefolyású fertőző endocarditist sikerült előidézni, persze csak egy esetben! (Arch. de méd. expér. 1892. 4.) W—dt.

A chloroform befolyása a pepsin-emésztésre. Már *Salkowski* állította, hogy a chloroform nemcsak szervezett, hanem oldott erjesztők hatását is gátolja. Ez utóbbiakra vonatkozólag *Bartels* tett újabb vizsgálatokat és azt tapasztalta, hogy a chloroform a pepsin és sósavval való emésztést tényleg akadályozza. De nem azért, mint eleinte sejtették, mert a pepsin károsíttatik, hanem a chloroform az emésztést egyszerűen késlelteti. Sósav és friss gyomornyalvákahártya kivonataiból készült emésztőfolyadékokra a chloroform hatástalan volt. A pepsin és a friss gyomornyalvákahártya közötti különbséget B. nem tudja megmagyarázni. (Virchow's Archiv Bd. CXXX. Heft. 3.) W—dt.

Belgyógyászat.

A diatáról Bright-kórnál tartott előadást *Hale White* a londoni „Royal Medical and Chirurgical Society“ egyik utóbbi ülésén. Idült Bright-kórnál szenvedő 10 betegnél végzett összehasonlító vizsgálatokat különféle diatával, megfigyelve a hatást a vizeletre és a beteg általános állapotára. A következő diatákat hasznalta: tejdiaeta (1.7 liter tej naponként, 70 gramm proteidtartalommal), tésztadiaeta (kenyér és tej, 74 gramm proteidtartalommal), teljes diaeta (kenyér, vaj, tej, hús, rizspudding, 99 gramm proteidtartalommal). A vizelet mennyiségét illetőleg az volt az eredmény, hogy tej- és tésztadiaeta mellett rendszeren több a vizelet, mint teljes diaeta mellett. A kiválasztott fehérnye mennyisége tejdiaeta mellett mindig nagyobb

volt, mint téztadiaeta mellett, legkisebb volt pedig a teljes diaeta mellett. A mi a betegnek általános állapotára való hatást illeti, kitűnt, hogy a teljes diaeta mellett épenséggel nem nagyobb az uraemia veszélye. Teljes diaeta mellett a betegek mindig sokkal jobban és erősebbnek érezték magukat, mint tej- vagy téztadiaeta mellett. A különböző diatáknak hatása a vizelet fajsúlyára és a kiválasztott huyany mennyiségére nagyon változó volt. A fentiek alapján szerző idült Bright-kórnál a teljes diatát ajánlja leginkább, a melynek az az előnye is van, hogy a betegek a legjobban tűrik. (The Practitioner, May, 1893.)

Natrium salicylicum rendelése csőre alakjában. Ziemssen tanár klinikáján Erlanger izületi csúzbán szenvedő 25 betegnél tett kísérletet a natrium salicylicum rendelésével csőre alakjában. Előbb közönséges kiürítő csőrért adott, azután pedig a salicylos csőrért, melynek összetétele a következő volt: Rp. Natrii salicylici 6·0—8·0; Laudani 1·5; Aquae destillatae 100·0. A megmelegített oldatot olyan fecskendővel juttatta a végbélbe, a melynek végére egy kaucsukcső volt illesztve, melyet körülbelül 20 cm. mélyen vitt be. A nagymennyiségű laudanumot csak azért adta az oldathoz, hogy a beteg a csőrért jobban visszatarthassa; laudanum nélkül ugyanis a bél nagyfokú izgalma jelentkezik. A mi az eredményeket illeti, a natrium salicylicumnak úgy antithermikus, mint fájdalomcsillapító, antirheumatikus hatása épen oly módon jelentkezett, mint a szájon keresztül bevétel után. A módszer használata természetesen csak azon esetben van javálva, a mikor a natrium salicylicumot a szájon keresztül csak nehezen vagy épen nem lehetne adni, például gyomorhurutban, kerek gyomorfekélyben, pylorus stenosisban stb. szenvedő betegeknek. (Deutsch. Archiv. f. klin. Med. 51. kötet.)

A jambul használata glycosuria esetében. Vix diabetes 12 esetében tett kísérletet a jambullal és azt tapasztalta, hogy a cukor a vizeletből rövid idő alatt eltűnt és az általános állapot is tetemesen javult, ha a beteg a diatetikus szabályokat is megtartotta. Zavaró mellékhatás egy esetben sem mutatkozott. A kéregből készült folyékony kivonatot használta, a melyből naponként néhány-szor adott 15—30 grammot $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ liter vízben, melybe egy kevés saccharint tett. A szert legjobb tele gyomorra bevenni, mert érzékeny embereknek éhomyra bevéve rosszullet következhetik be. Egy esetben a vizelet jambul bevétele után vörös színűvé vált; néha pedig 40 gramm extractum bevétele után rövid ideig tartó erős diuresis következett be. Hosszabb ideig meleg helyen tartott jambul-kivonat elveszti szép barnavörös színét és megzavarosodik. (Therap. Monatshefte, 1893. 4. füzet.)

Bright-kór gyógyítása methylenkével. Netschajeff azon felftevésből indulva ki, hogy a Bright-kór előidézésében bacteriumok játszanak szerepet: a methylenkéket, mint bacteriumölő szert kísérlete meg e betegség 15 esetében. Ostyában adta a szert és pedig 10 centigrammot háromszor naponként minden második napon. A vizelet már egy óra múlva kék színű volt; mennyisége 24 óra múlva tetemesen megsaporodott és belőle a fehérsye és hengerek lassanként eltűntek. Kellemetlen melléktünetek nem voltak észlelhetők. Hogy a methylenkék kedvező hatása nem a diuresis következménye volt, azt szerző abból is következteti, mert szív- vagy májbaj okozta vizenyő esetében semmiféle diuretikus hatást nem látott a methylenkéktől. (Deutsche medicinische Wochenschrift, 1893. 20. sz.)

Sebészet.

Nem kizárt (szabad) sérvek radical operatiójáról értekezik Leuw-Glarus. Kocher sebészi klinikáján 123 esetben végeztek e különleges módszer szerint úgy műtétet, mint utókezelést: Haránt-metszés a Poupart-szalag felett, ezzel párhuzamosan; a hernia zsákjának szabadba tétele után a tartalmát visszahelyezik s a zsákot lehető magasan lekötik. Most a canalis inguinalist oly módon zárja, hogy bal mutatóujját abba bevezeti — a canalis mellső falának felemelésére — s a tűt az ujj alatt a funiculus spermaticus felett — ennek megsértését kerülve — vezeti át. Ily módon varrja végig az egész canalis inguinalist. *Hernia cruralis*-nál a kaput oly módon zárja, hogy összevarrja a lig. Poupartit a fascia pectinea-val. A műtét utáni első napon az esetleg alkalmazott *draint* és a *feszülő varratokat* eltávolítja; a második napon már a bőrvarratokat is kiveszi s a sebfelületet steril gázecsigokkal fedi, melyeket collo-

diummal erősít meg s az egész felületet *bismuth* és steril víz keverékével hinti be. A *nyolczadik* napon a beteg elhagyja az ágyat (!) és 8—14 nap múlva elbocsáttatik. Az utolsó 4 év alatt 65 esetben jártak így el és 51-szer teljes és sima gyógyulás következett be, 14 ízben complicatio lépett fel, ezek közül 8-szor helyi genyedés folytán. Az *átlagos gyógytartam* szerző mindenféle hernia operatiója után 7·5 nap (!). A *recidivákra* vonatkozólag szerző e tekintetben 94 radicaloperatio eredményét képes volt figyelemmel kísérni. Ezek közül 76 *teljesen gyógyult*, ezek nagy része túl van a 2 éven; 18-nál (19·2%) *recidiva* állott be. E *recidivák* okát legnagyobbbrészt a mélyebb, különösen fonálegenyedés s a rossz nyíláselzárás képezte. (Münch. medic. Woch. Nr. 28.) r. l. dr.

Trochanter trepanatiót végzett Shermann a fungosus részek eltávolítása céljából. Szerző eseteket ír le, melyekben kezdődő *coxitis*-nél trepanálta a *trochanter*t és egyszersmind a czombcsont fejét és nyakát s az így támadt üreget éles kanál segítségével kikaparván, gyulladás következett be. S. a czombcsont fejecését és nyakát tartja a fungosus izületlobok kiindulási pontjának s ezen nézetét azon számos tapasztalatából meríti, melyekben ő ily műtétek alkalmával a műtévesi helyen primaer csontképződést észlelt. A kikapart üreget 20%-os *jodoformgázzal* tölti ki, s ha szükségét látja, a granulatiókat újlag eltávolítja, s ha mindezek nem vezetnének teljesen a kívánt sikerhez, úgy az üregbe *jodoform* és *aether*-oldatot önt bele. (Cbl. f. Chirurgie Nr. 26.) R. L. dr.

Carcinoma mammae véres kifolyással. Caheu egy 57 éves szakácsnő egyik csecsmirigyében egy nagy *terimenagyobbodást* észlelt, melyből feketés vér folydogált elő. Nyomásra a daganat kisebbedett és ezen nyomásra egyszersmind a rendes kinézésű papillából vékony sugárban világos színű folyékony vér lövelt ki. Ezen tünetek mellett fennállott az *axillaris mirigyek* duzzanata. A próba-incisio *carcinoma* diagnosist enged felvenni. A csecsmirigy amputatiója és az axillaris mirigyek eltávolítása után a microscopiai vizsgálat *carcinomatossusan elfajult cystadenomát* derített ki, vérzésekkel a tejutakba áttörve. (Th. Mon. 1893. maj.) r. l. dr.

Gyermekegyógyászat.

A tej bacteriumtartalmáról a különböző sterilizáló eljárásoknál értekezik Langermann. Vizsgálatai kiderítették, hogy a Soxhlet-féle eljárás alig nyújt jobb eredményeket a csíraszámot illetőleg, mint a tej egyszerű felforraltatása, ha ez az utóbbi esetben ugyanazon edényben tartatik, melyben főzetett, mire szerző különös súlyt fektet. A gyomortartalom csíraszámát illetőleg a különböző sterilizáló eljárásoknál feltűnő eltérés nem mutatkozott. Szerző további vizsgálatai kimutatták, hogy emésztési zavaroknál a gyomortartalom csíraszám sokkal jelentékenyebb, s hogy normalis gyomornál a gyomor-nedv szabad HCl tartalmánál fogva a csíraszám sokkal csekélyebb. A mesterségesen a gyomorba hozott sósav szinte antifermentatív hatású. Vizsgálataiból azt a következtetést vonja le végül szerző, hogy normalis körülmények között közömbös, ha a tejet bármily módszer szerint teszszük is csírátlanná. Beteg csecsemőknél és a meleg időszakban ellenben a Soxhlet-féle eljárás alkalmazása mégis némileg előnyösebb, mert az ily módon eltett tej 24 óra után valamivel kevesebb csírárt tartalmazott. (Jahrb. f. Kinderh. XXXV. k. 1. és 2. f. 1893.) Politzer A.

Apróbb jegyzetek az orvostudományról.

1. **Lupus erythematodes** Duncan-Bulkley phosphorral gyógyít. Rp. Phosphori 0·3; solve in Aqua fervida, Spiritus rectific. aa 150·0. Ezen oldathoz a következő, előbb felmelegített keverék kell önteni: Rp. Glycerini 350·0; Spiritus rectific. 100·0; Aquae menth. pip. 20·0. A keverékből eleinte naponként háromszor 15 csepp veendő be közvetlenül az étkezések után, azután pedig naponként 1—2 cseppel növelendő az adag, egészen 40—50 cseppig. Ezen orvoslás addig folytatandó, míg a lupus-foltok eltűntek. (Sémaine médicale, 1893. 34. sz.)

2. **Peritonitis tuberculosa** eseteiben a következő linimentum alkalmazását a hasra ajánlják: Rp. Extracti belladonnae, Ungu. hydrargyri aa 4·0; Glycerini 16·0; Ol. olivarum 40·0. Naponként kétszer használandó. (The Practitioner, 1893. June.)

TÁRCZA.

A drezdai nemzetközi cholera-conferentia határozatai.

Az alábbiakban szözszerinti fordításban közöljük azon egyezményt és határozatokat, melyeket Németország, Ausztria-Magyarország, Belgium, Franciaország, Olaszország, Luxemburg, Montenegro, Németalföld, Oroszország és Schweiz meghatalmazottjai a Drezdában tartott nemzetközi értekezlet alkalmával ez év április 15-dikén aláírtak.

Egyezmény.

Ő Felsége a német császár, Poroszország királya, a német birodalom nevében; ő Felsége az osztrák császár, Csehország királya stb. és Magyarország apostoli királya; ő Felsége a belgák királya; a francia köztársaság elnöke; ő Felsége Olaszország királya; Luxemburg nagyhercege; Montenegro fejedelme; ő Felsége Németalföld királynője és az ő nevében ő Felsége a királyné-regens; ő Felsége Oroszország császára; a schweizi szövetségi tanács

azon szándékkal, hogy a cholera járványszerű fellépése esetén a közegészség védelmére olyan közös óvintézkedésekre nézve történjék megegyezés, a melyek a kereskedelmet és közlekedést szükségtelen módon ne akadályozzák, meghatalmazottjainul kinevezte:

I. A mi az utazást és áruforgalmat illetőleg igénybeveendő internationalis óvintézkedéseket illeti: a jövőben a jelen egyezmény I. mellékletében felsorolt és bővebben kifejtett intézkedések vétesenek igénybe.

II. A mi a Duna-torkolat (Sulina-torkolat) egészségügyét illeti: a II. mellékletben foglalt határozatok fogadtattak el.

III. A mellékletek épen olyan érvénnyel bírnak, mint ha a jelen egyezménybe felvételtek volna.

IV. A jelen egyezmény a ratificatio napjától számítva öt éven át maradjon érvényben. Hallgatolagos megújítás által öt-öt évre meghosszabbíttatik az egyezmény, ha a magas egyezkedő felek valamelyike részéről hat hónappal ezen időtartam lefolyása előtt felmondás nem érkezik.

A felmondás csupán azon ország vagy országokra nézve bír hatálylyal, a melyek azt benyújtották. A többi államra nézve az egyezmény kötelező marad. A magas egyezkedő felek azon jogot is fentartják maguknak, hogy az egyezményben vagy a mellékletekben szükségesnek mutatkozó változtatásokat eszközöljenek diplomatai tárgyalások útján.

Jelen egyezmény ratifikáltassék és az eredeti ratificatio-okmányok mennél előbb, legkésőbb pedig 1893. évi április hó 15-dikétől számított hat hónapos időtartamon belül Berlinben elhelyezendők.

Ennek bizonyosságára az illető meghatalmazottak megkötötték az egyezséget és pecsétjükkel is ellátták.

Történt tíz példányban Drezdában, 1893. évi április hó 15-dikén.

Az egyezmény mellékletei.*I. melléklet.*

1. Rendszabályok az egyezményhez hozzájárult kormányok tudósításáról a cholera-járvány állását, továbbá a járvány továbbterjedése ellen fogantatosított eljárást illetőleg. Első tudósítás és további közlések.

Mihelyt valahol cholera-fészkek képződött, ezt az illető állam kormánya azonnal tudtul adni a többi kormánynak. Ezen rendszabály nagy jelentőségű, de valódi értéke csak akkor van, ha az illető kormány cholera, vagy choleragyanus megbetegedések felléptéről mindig megbízható értesítést nyer. Nem ajánlható tehát eléggé a kormányoknak a cholera-esetek kötelező bejelentésének behozatala.

A kormányok kölesönös tudósításának tárgyát képezik: a cholera-fészkek jelenléte, a hely, a hol képződött, a keletkezés ideje, a klinice megállapított betegedések, úgyszintén halálesetek száma. Az egyedül álló esetek bejelentése nem szükséges.

A tudósítás a járványlepte ország fővárosában székelő diplomatai vagy konzularis megbízottakhoz küldendő be. A konzulatusok által nem képviselt országok kormányai sürgöny útján közvetlenül tudósítandók.

Az első tudósítást rendszeres további közléseknek kell követniök, a melyekből a kormányok a járvány fejlődését illetőleg folyton tájékozódhassanak. Hetenként legalább egy ilyen közlésnek kell történnie.

A betegség felléptére és fejlődésére vonatkozó adatok a lehető legtökéletesebbek legyenek. Tartalmazniok kell a járvány terjedésének megakadályozása céljából fogantatosított rendszabályokat, úgyszintén külön azon rendeleteket is, melyek kiadattak az egészségügyi inspectio vagy orvosi vizsgálat, az elkülönítés és a fertőtlenítés tárgyában, továbbá a hajók indulását és a fertőző anyagot tartalmazható tárgyak kivitelét illetőleg.

Az egymással határos országok külön megegyezés alapján határszéli közigazgatási hatóságaik főnökei útján közvetlen tudósításra is berendezhetik magukat.

Minden állam kormánya köteles tüstént nyilvánosságra hozni azon óvintézkedéseket, a melyeknek életbeléptetését valamely járványlepte országból vagy kerületből érkezett dolgokra vonatkozólag szükségesnek tartja.

A nyilvánosságra hozást köteles azonnal tudtul adni a járványlepte ország diplomatai vagy konzularis megbízottjának, ilyennek hiányában pedig közvetlenül az illető ország kormánynak.

A rendszabályok megszüntetését vagy esetleges módosítását ugyanezen az úton kell tudtul adni.

2. Mely kerületek tekintendők járványlepeteknek és melyek tisztáknak.

Járványlepte mindazon kerület, melyben cholera-fészkek jelenléte hivatalosan megállapított.

Járványtól már mentesnek pedig azon kerület tekintendő, a hol hivatalos megállapítás szerint öt nap óta sem haláleset, sem újabb megbetegedés cholera következtében nem fordult elő, feltéve, hogy a szükséges fertőtlenítés végrehajtott.

A járványlepte helylyel szemben akkor léptessenek életbe az óvintézkedések, a mikor a járvány kitörése hivatalosan megállapított.

Hatályon kívül pedig akkor helyeztessenek ezen intézkedések, a mikor az illető hely hivatalosan járványmentesnek jelentetik ki.

Ha egy kerületben egyedül álló esetek fordulnak elő, cholera-fészkek azonban nem képződik, úgy ez nem szolgálhat okul az intézkedések életbeléptetésére.

3. Szükségessége annak, hogy a járvány terjedésének megakadályozását célzó intézkedések csupán a járványlepte kerületekre szorítkozzanak.

Hogy az igénybe vett óvintézkedések hatályossága kizárólag a choleralepte területre szorítkozzék: a kormányok azokat csupán a járványos kerületekből érkező dolgokra alkalmazzák.

Az óvintézkedéseknek a járványlepte kerületre korlátozása azonban csak azon határozott feltevés mellett tartandó be, ha a járványlepte országok kormánya a szükséges intézkedéseket megteszi, hogy olyan tárgyak, a melyek a fertőző anyag hordozói lehetnek, a járványos kerületből ki ne vitessenek.

Ha egy kerületet meglepett a járvány, az onnan érkezett olyan dolgokkal szemben, a melyek a járvány kitörése előtt legalább öt nappal vitettek ki, óvintézkedések ne fogantossittassanak.

(Folytatása következik.)

Heti szemle.

Budapest, 1893. augusztus 11-dikén.

A cholera állása. Oroszországban a járvány terjedőben van; Podoliában július 16-dikától 22-dikéig 666 megbetegedés és 228 haláleset fordult elő, az esetek száma tehát az előző héthez képest (499 megbetegedés és 122 haláleset) tetemesen megsaporodott. Orelben szintén nőtt az esetek száma (234 megbetegedés, 91 haláleset). Moszkvában a fentemlített idő alatt 21 haláleset történt. Sz.-Pétervárott a viszonyok kedvezők; az esetek még mindig csak elszórtan fordulnak elő.

Brailában július 21-dikétől augusztus 4-dikéig 12 betegség és 7 halálest fordult elő, kizárólag a kikötő-munkások között; azóta azonban az esetek száma erősen megszorodott; így e hó 7-dikén már 15 eset történt. *Szulindában* szintén kedvezőtlenek a viszonyok; eddig körülbelül 60 cholera-megbetegedés fordult elő.

Keleti Galicziában Mikuliczynben és Tartarowban néhány cholera-eset fordult elő.

Olaszországban javultak a viszonyok; Alessandriában (Piemont) újabb esetek már nem fordulnak elő és Nápolyban is úgy látszik csökkenni az esetek száma, a mennyiben augusztus 7-dikén állítólag már csak 5 ember pusztult el cholera-ban.

Franciaországban július hónapban körülbelül 800 cholera-halálest fordult elő. Legerősebben pusztít a járvány Hérault departementban és Marseilleben, a hol május közepe óta, a mikor az első esetek mutatkoztak, 601 halálest történt. Más nagyobb francia városban cholera-fészkek eddig még nem képződtek; Toulonban is még mindig csak elszórt esetek fordulnak elő.

Spanyolországban Corunnában 40 cholera-nyús megbetegedés fordult elő, El Pindoban pedig 12 halálest. A bajt francia halálszok hozták be.

Németalföldön is történt újabb néhány gyanús megbetegedés. *Németországból* e héten nem érkeztek hírek.

Mekikában már alig fordul elő egy-két halálest naponként. *Smyrnában* azonban növekedett az esetek száma.

Magyarországon Bereg, Szolnok-Doboka és Szatmár megyében nem fordultak elő újabb megbetegedések. Máramarosban azonban a vasúti munkások között meglehetősen számú gyanús megbetegedés történt. Hevesmegyében Tiszafüreden 4 tutajos cholera-nyús tünetek között meghalt. Kolozsvárt is nagyobb számú gyanús megbetegedés fordult elő. Különben a külföldi szaklapok is meglehetősen megnyugtatólag írnak a nálunk előfordult choleraszerű megbetegedésekről.

A m. kir. belügyminister 60.992. számú körrendelete a cholera elleni óvintézkedések túlszigorú foganatosítása ellen. Valamennyi törvényhatóságnak. Az ország némely vidékén fellépett heveny gyomor- és bélhurut, valamint gyanús jellegű cholera-megbetegedések esetei több törvényhatóság részéről oly szigorú személy- és áruforgalmi korlátozások elrendeléséhez vették alapul, melyek a kereskedelem és közlekedés jövedelét fennakasztásáért és az által alig felképzelt anyagi károsodás és egyéb elkerülhető bonyodalmak okozására alkalmasak.

Mivel pedig az meg nem engedhető, hogy a tudomány mai állásának alapján a kormány a tényleges viszonyokhoz mérten jól megfontolva kiadott világos utasításai és rendszabályai a törvényhatóságok által indokolatlanul és a sikerre való kilátás nélkül szigorítottassanak, a közegészségügyi, szabad forgalom és kereskedelem jól felfogott érdekét szem előtt tartva, ezennel elrendelem, hogy a hatóságok a védekezés iránt kiadott kormányrendeletek szigorú betartását kötelességüknek ismervén, egyszersmind azoknak túllépésétől személyes és vagyoni felelősség terhe mellett óvakodjanak.

Ezen célból értesítem a törvényhatóságot, hogy ott, a hol cholera-nyús esetek előfordulnának s a hatóság ez óvintézkedéseket a baj további terjedésének megakadályozására kötelességszerűleg megteendő, a forgalmi korlátozások csupán arra szorítkozhatnak, hogy azon helységekből, melyekben cholera-nyús eset előfordult, a kifelé indulókat csendőrként által megvizsgálta, hogy podgyászukban, illetve batyukban szennyes fehérneműt vagy eladásra szánt élelmi szereket magukkal további rendelkezésig ki ne vigyenek.

Ennélfogva ezen községekbe azonnal a gyanús eset felmerülte után megfelelő számú csendőrség kirendelendő, s utasítandó, hogy a fent jelzett szolgálatot a legnagyobb szigorral teljesítse s a tiltott tárgyak kivételét megakadályozza.

Az áruforgalom korlátozásánál a f. év 48.571. sz. rendeletben¹ lefektetett elvek irányadók.

Egyéb korlátozása a személy- és áruforgalomnak, valamint áru-megsemmisítések elrendelése, mint célra nem vezető, tilos.

Az egészséges emberek szabad forgalmának korlátozása legfeljebb annyiban engedhető meg, hogy oly házak, hol a község első gyanús megbetegülései fordulnak elő, a falu többi lakossága elől örrel elzárassanak; továbbá, hogy az ilyen házból a beteg ápolására nem szükséges családtagok kiürítessenek, a mi, tekintettel a nyári idősakra, csaknem mindenütt kivihető és foganatosítandó.

Midőn erről a törvényhatóságot szoros alkalmazkodás végett értesítem, egyszersmind elvárom, hogy úgy a hatóság, mint annak minden egyes közege általánosan a cholera elleni védekezés folytán kiadott és kiadandó rendeleteimet és azok határozmányait pontosan és legjobb tudása szerint betartván, azoknak túllépésétől óvakodni fog: kijelentvén már ez alkalommal, hogy azon községeket, kik rendeleteimet akár lanyhán teljesítik, akár önjogúlag túllépik, felelősségre fogom vonni.

Budapest, 1893. évi július 19-dikén.

Hieronymi s. k.

¹ Lásd Egészségügyi Értesítő 2. szám 13. lapon.

A m. kir. belügyminister 63.862/93. sz. körrendelete a posta-küldemények fertőtlenítése tárgyában. Valamennyi hatóságnak. A folyó év tavaszán Drezdában tartott nemzetközi értekezlet megállapítván azon elveket, melyek a cholera kitörése esetén a közforgalom szempontjából követendők, a kereskedelemügyi m. kir. minister velem egyetértőleg folyó évi július 22-dikén 53.375. sz. a. kelt rendeletével azon esetre, ha valamely vidéken cholera-nyús esetek merülnek fel és az illetékes közeg vagy hatóság a postahivatalt arról hivatalosan írásban értesíti, a posta- és távirtdahivatalokat a következőkre utasította:

1. A levélpostai küldemények, ú. m. levelek, levelező-lapok, árú-minták, nyomtatványok, beleértve a hírlapokat is, nem lévén cholera-fogó s terjesztő tárgyak, semmiféle szállítási korlátozás vagy fertőtlenítés stb. alá nem esnek. Azok tehát akadály nélkül felveendők, továbbítandók, illetve kézbesítendők.

2. A postajáratok, rovatolási összeköttetések, rovatolási módok stb. stb. teljesen érintetlenül maradnak.

3. A postai csomagok felvétele csak oly helyen esik korlátozás alá, hol a cholera kitörése hatóságilag constatatott s a posta (távirda) hivattal hivatalosan közöltetett. Ily helyről mindaddig, míg az illetékes hatóság a cholera-t megszüntetnek nem nyilvánítja, a következő tárgyakat nem szabad postán küldeni:

a) viselt, mosatlan fehérneműt, ágyneműt, viselt ruhát;

b) rongyokat. Új hulladékok azonban, melyek közvetlenül fonóból, takácsműhelyből, fehérítőkből stb. erednek, valamint új papírhulladékok ily helyekről is küldhetők.

Az a) b) alatti tárgyakat tartalmazó postai csomagokat tehát a kir. posta (távirda) hivatalok utasítsák vissza, vagy ha azt a tárgynak hiányos vagy téves megjelölése folytán felvették, de azt még az elküldés előtt észrevették, a feladóknak adják vissza; ha pedig ez lehetetlen, a helybeli közegészségügyi közegnek (főszolgabíró) vagy a község előljáróságának adják át.

4. Ha téves vagy hamis tartalomnyilvánítás következtében ezen tilalom ellenére cholera-fertőzött helyről valamely kitiltott tárgy a postával mégis elküldetik, a legelső postahivatal, mely e körülményt észreveszi, a csomagot további eljárás végett adja át a helybeli közegészségügyi közegnek, vagy községi előljáróságnak, s csak akkor fogadja azt vissza, ha a mondott közeg a továbbszállítást vagy kézbesítést a szállítólevél hátára irt s aláírt megjegyzéssel megengedte.

5. Hasonlóképpen kell eljárni oly csomaggal is, melynek gúngyölete gyanúsban be van piszkítva, azaz emberi ürüléktől vagy hányástól beszennyezettnek látszik. Gyanúsban bepiszkított levelesomagok és zsákok ellenben a f. évi P. és T. R. T. 2. számában közzétett 86.046. sz. rendelet 5-dik b) c) d) és 6-dik pontjai szerint kezelendők (papírgúngyölet elégetendő, zsákok fertőtlenítendőek vagy kifőzendők).

6. A mi a személyes óvintézkedéseket, tisztaságot, mértékletes életet, továbbá a posta (távirda) hivatali helyiség tisztántartását illeti, ezekre nézve a P. és T. R. T. múlt évi 64. számában közzétett 69.391. sz. rendeletet továbbra is fentartom oly figyelmeztetéssel, hogy az, ki gyanúsban bepiszkított tárgyat fogott kezébe, kezét carbolsavas vízzel azonnal mossa meg. A testnek és lakásnak folytonos és legnagyobb mérvű tisztántartása, valamint a mértékletes életmód képezik a leghatásosabb óvrendszabályokat, miért is az összes posta- és távirtdahivatalok ezekre kiváló gondot fordítsanak.

Különös figyelmet kell fordítani az árnyékszékek tisztántartására is és e tekintetben legfontosabban követni a fenti rendelet 3. a) és b) pontjainak utasításait.

Miről a törvényhatóságot tudomás és mihez tartás végett azzal értesítem, hogy cholera fellépte esetén valamely községben az illetékes postahivatal haladéktalan értesítése iránt intézkedjék.

Budapest, 1893. évi július hó 27-dikén.

Hieronymi s. k.

A m. kir. belügyminister 52.370/93. számú rendelete Szabolcs vármegye közönségéhez a trachomás mezei munkásokra nézve. Folyó évi június hó 17-dikén 6614. sz. a. kelt felterjesztésében a című azt jelenti, hogy a Nyitra vármegyéből Szabolcs vármegyébe érkezett trachomás mezei munkások elkülönítése és gyógykezelése iránt intézkedett, de egyszersmind azt kéri, hogy trachomabetegek munkásoknak más vármegye területére való vonulása eltiltassék.

Erre nézve megjegyzem, hogy az enyhébb trachomásban szenvedő, de különben teljesen munkaképes egyéneket, kiknek száma a felvidéken igen nagy, otthon visszatartani és azon keresettől, melyből az egész éven át családotól élniük kell, megfosztani nem lehet.

Miért is az illető törvényhatóságoknak megengedtetett, hogy az enyhébb trachomásban szenvedő munkásokat mezei munkára elbocsáthassák, de kötelesek azoknak névjegyzékét azon törvényhatóságoknak megküldeni, melyek területére a trachomás munkások rendszerint már előzetesen elszegődtek. Az utóbb említett hatóságok azután kötelesek ezen trachomás munkások elkülönítése (esetleg külön majorokban való elhelyezése) és gyógykezelése iránt közzé tenni intézkedni, valamint haza-térésükről az illető községi hatóságokat értesíteni.

Hogy pedig ez annak idején megtérthessék, a munkaadók utasítandók, hogy az ilyen munkások távozását a hatóságnak azonnal bejelentessék.

Ha e mellett a lakosság, mely ezen idegen munkásokkal különben is csak nagyon ritkán érintkezik, elővigyázatra intetik, akkor ez, az eddigi tapasztalatok szerint, nincs veszélyeztetve.

Ez alkalommal címet még arra felhívom, hogy intézkedjék az iránt, miszerint azon pajtáknak, csűröknek, akloknak s efféléknek, a hol ezen munkások a nyáron át tartózkodni szoktak, általuk fekhelyül

használt szalmáját elmenetelük alkalmával hatósági ellenőrzés mellett égettesse el és az általuk lakott helyiségeket és különösen azok kilincseit fertőtlenítsse.

Miről a címet alkalmazkodás és végrehajtás végett ezennel értesítem.

Budapest, 1893. évi július hó 16-dikán.

A minister helyett: *Andrássy* s. k., államtitkár.

Markusovszky-gyász. A kolozsvári k. m. tudom. egyetem orvosi karától érkezett lapunk elhunyt megalapítójának özvegyéhez újabban a következő átirat:

Méltóságos Asszonyom! A kolozsvári m. kir. Ferencz-József tud. egyetem orvosi kara, híven azon nagy tisztelethez és hű ragaszkodáshoz, melylyel mindenkor Méltóságodnak szeretett férje néhai Markusovszky Lajos dr. úr iránt viselkedett, osztozkodik Méltóságodnak sajnó fájdalmában is.

A midőn karunk e mélyen átértett részvétét szavakban óhajtja tolmácsolni, engedje meg Méltóságod, hogy tudatában azon lelkesült támogatásnak, melyben a boldogult karunkat mindenkor részesítette és ismeretében egyetemünk ama fokozódó fejlődésének, a melynek az elhunyt egyik legkitartóbb s legkiválóbb motora volt; örök hálánknak az által adhasunk kifejezést, hogy a megdicsőültnek szánt volt üdvözlő iratunkat, az ő arcképének többszörösítését, valamint az ő nevére tett 2000 koronás alapítványunknak alapító levelét, jelen soraink kíséretében, Méltóságodhoz mély tisztelettel áttesszük.

Vajha enyhítenék Méltóságod gyászanak terhét ezen emlékek, mint csekély kifejezői azon határtalan kegyeletnek, melylyel a boldogult maradandó műveinek és felejthetetlen alakjának — tisztelőinek nagy sorában — a mi karunk is adózik. Kolozsvárt, az orvosi karunk 1893. évi június 12-dikén tartott X-dik rendes üléséből.

Lechner Károly dr. m. p., e. i. dékán.

Az üdvözlő irat, mit a kar a megboldogultnak annak idején album alakjában óhajtott átadni, a következő:

Elvekért harezolni, eszméknek állani szolgálatában: az emberi élet legmagasabb feladatai közé tartozik, és bizonyára keveseknek enged a sors ilyen magasan szárnyaló életet. Az ifjúkorban ugyan mindenki alkot magának eszményi célokat, de végig megmaradni azon az úton, mely a célhoz vezet, az már igénybe veszi a férfinak összes jellemerejét. Mily sok a könnyű siker, mely olcsó dicsőséggel elvonja az elvet követő göröngyös útról; mily nehezek az élet gondjai, melyek lenyűgözik az akarat-erő magas röplését! egymásra tornyosuló akadályok egyenként leküzdésének lelket kimerítő munkája, a bátorság által nem eléggé páncélozott lelket visszarettenése... mindezek előfordulnak az elvet követő nehéz úton.

Azon nyilvános életpályát szemlélve, melyen Méltóságod évek hosszú során működött ellankadás nélkül, az egész úton, mint annak kiindulásánál egy és ugyanazon vezéreszmét találjuk. A tudományos művelődés egyik ágát minálunk önálló életrejűvé tenni, hogy ezen a ponton helyet foglalhassunk a művelődésre törekvő államok első sorában: ez volt a cél, mely felé tevékenységét eltántoríthatlan kitartással irányozta.

Sok év előtt már, midőn a műveltebb nyugaton is csak néhány tudományos orvosi lap birt gyökeret verni, midőn a tudománynak ingadozó természetű, hírlapszerű fejlesztése még ott is bizalmatlansággal találkozott: már látjuk Önt, miképpen tesz lépéseket az irodalom ezen ágának átültetésére. Azon időben sejtetni alig lehetett az óriási lendületet, melyet elérendő volt az időszaki tudományos irodalom, külföldön is ritkák voltak a laboratorumok, kevés volt a munka, nálunk csak egyetlen egyetem, és az is nagyon mostoha körülmények között: és Méltóságodnak azon időben már volt bizalma a magyar orvosok lelkesedéséhez, volt bátorsága orvosi szakhírlapot indítani meg, mikor még a nyelvezetet is előbb készíteni kellett, midőn rózsásan látó idealizmusnak tűnt fel a lelkesült számítás, a mélyhittű előrelátás.

Es nem hibázott éleslátása, nem csalódott bátor reménysége: míg a nagy orvosi közönséget megnyerte a kitartó, jó sikerű szorgalom, a tudomány jelesebbjei mint munkatársak csatlakoztak. Majd megindult a fiatalság kifogyhatlan forrása: munkára készülődő erejét, alakító gondolkodását, nagyfáradságú művelődését a lap hasábjain mutatta be azon különös költészet művelésében, melynek neve tudomány.

Évek multak el, eseményekkel súlyosan terhelt évek, és látjuk az ország népet a művelődés harcában; látjuk, mint tesz óriási erőfeszítést, hogy a száz és száz évek alatt drágán megfizetett hátramaradást ki bírja egyenlíteni, hogy létezésének veszélybehozásával miképp éri el azon fokot, a hová az ő vére árán védett szerencsésebb nyugat népei kényelmes lassú haladással jutottak. Feltett eszméjének megközelítésében fáradozva, ott látjuk Méltóságodat a titáni munka törekvései közepett, mert a régi hosszú küzdés jutalma új munka, új fáradozás alakjában lett megadva: éppen a fő vezetésnél, a ministeriumban jelölték ki kellő helyét.

Nagy idő, szép körülmények a tevékenységhez... minden nap meghozta a maga nehéz munkáját, de eredményét is; minden perc sarkalt az előhaladásra, veszélyes volt csak a kételkedés is, de az eredmény szemmel látható volt: megalakítva lett az új, fiatal egyetem, őszintén törekvő munkásaival, egymásután támadtak azután a kor tudományos igényeinek megfelelő intézetek, laboratorumok, addig

alig sejtett munkaerő forr fel mintegy varázsiütesre, és jelentkezik — nálunk ismeretlen dolog — a tudományos élet lüktetése. Ilyen munkában csak részt vehetni is jutalom.

Midőn ezen nagy és fontos előhaladásban Méltóságod működését láttuk, midőn önzetlensége, sőt önmagának feláldozása szeretetünket és tiszteletünket minden nap magasabbra fokozta, letelt az évek hosszú sora, melynek végén dicsőséggel lép vissza a magánéletbe, kísérve a jutalmazó öntudat és tevékenységét ismerő tisztelőinek bucsuzó szavaitól. Engedje Méltóságod, hogy szerény módon mi is kifejezhessük nagyrabecsülésünket és tiszteletünket, oly szerény módon, mely alig áll arányban érzelmeink bensősége- és mélységével, — és kívánjuk, engedje a Mindenható, hogy ámbár visszavonult dicsőséggel a nyilvános küzdőtérrel, atyai tanácsait és jóindulatát még sokáig élvezhessük.

Kelt Kolozsvárt, 1892. november 18-dikán, a m. kir. Ferencz-József tudomány egyetem orvostan tanári testületének III-dik rendes üléséből. Aláírva az összes tanári kar által.

Adakozások a Semmelweis-emlékre:

Balassa Péter dr., Szeged 1 frt
Sauer Károly dr., Uj-Verbász 1 „
Hönig Márton dr. (Vittencz) gyűjtése . . 3 frt 80 kr.

Vegyesek.

Budapest, 1893. augusztus 11-dikén. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1893. július 23-tól július 29-ig terjedő heti kimutatása szerint e héten élve született 361 gyermek, elhalt 281 személy, a születések tehát 80 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 1, roncóló toroklob 9, hökhurut 1, kanyaró 1, vörheny 1, typhus abdominalis 1, gyermekági láz 1, egyéb ragályos betegségek 7, agykéreg 9, agyvérömleny 6, rángások 13, szervi szív-baj 10, tüdő-, mellhártya- s hörglob és höghurut 38, tüdőgümő és sorvadás 29, bélhurut és béllob 80, carcinomata et neoplasmata alia 7, méhrák 1, Brigh-kór és veselob 2, angolkór 1, veleszületett gyengeség és alkathiba 15, aszkór, aszály és sorvadás 3, aggkór 19, erőszakos haláleset 12. A fővárosi közkegyházakban ápolatott e hét elején 1948, beteg, szaporodás 685, csökkenés 657, maradt e hét végén ápolás alatt 1976. — A fővárosi tisztí főorvosi hivatalnak 1893. július 30-tól augusztus 6-ig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 9 (meghalt 1), bárányhimlőben 10, vörhenyben 21 (meghalt 3), kanyaróban 72, roncóló toroklobban 21 (meghalt 9), torokgyíkban 8 (meghalt 2), trachomában 10, vérhasban 1 (meghalt 1), hökhurutban 65 (meghalt 2), orbáncban 11 (meghalt 1).

— A bécsi egyetem II. belgyógyászati tanszékére, mely Kahler tanár halálával megüresedett, Neusser Edmund, a „Rudolfstiftung“ főorvosa, neveztetett ki.

— A kaszai alapítványi közkegyházban — a mint azt az igazgatóság által kiadott évi jelentésben olvassuk — az 1892. évben 1149 férfit és 938 nőt, összesen tehát 2087 egyént ápoltak; egy betegre átlag 18 nap esett. Sebészeti műtétet összesen 174 esetben végeztek. Ezeket kivül bejárólág még mintegy 3000 beteg részesült orvosi segélyben.

— A budapesti Császárfürdőben 1893. január 1-jétől július hó 31-dikéig 762 személy lakott és 241,452 személy fürdött.

△ Hazai fürdők személyforgalma. *Bártfa* (aug. 1.): 1760; *Buziás* (aug. 2.): 1340; *Hársfalva* (jul. 25.): 625; *Herkulesfürdő* (aug. 6.): 4751; *Korytnicza* (aug. 5.): 1121; *Lipik* (jul. 19.): 2146; *Parád* (jul. 18.): 770; *Siófok* (jul. 31.): 907; *Szilács* (jul. 31.): 1218; *Tátrafüred* (aug. 6.): 2655; *Alsó-Tátrafüred* (aug. 4.): 1413; *Uj-Tátrafüred* (jul. 26.): 883; *Vihnye* (jul. 30.): 813.

△ „Szülésznek Lapja“ czímen *Dírnér Gusztáv* dr. egyet. m.-tanár szerkesztése alatt havonta kétszer vagy háromszor megjelenő új szaklap indul meg. Előfizetési ára 1 frt lesz negyedévenként.

— A gümőkór tanulmányozására összegyűlni szokott congressus harmadikát július hó 27-dikén nyitották meg Párisban. Az augusztus hó 2-dikéig tartott üléseken számos érdekes tárgy került megvitatásra. A fontosabb előadások ismertetését legközelebbi számaink egyikében már megkezdjük.

— Megjelent: Közegészségi lapok. Az országos közegészség egyesület Kolozsvár-vidéki osztályának 1891—92-diki évkönyve. Szerkesztette Rózsahegy Aladár. Ismertetni fogjuk. — *Ottava* I. dr. Tanulmány a szem-kötőhártya trachomás betegségének sebészeti orvoslásáról. Budapest, 1893.

† Elhunyt: *Neupauer Gusztáv* dr., a budapesti egyetem szemészeti klinikájának első segédje, e hó 9-dikén 30 éves korában hosszas szenvedés után elhunyt. Úgy egyetemünk, mint lapunk, melynek az elhunyt szorgalmas munkatársa volt, szép reményekre jogosító erőt vesztett benne. Áldás emlékének!

—r. (Sápkór, idegesség stb. ellen.) Régóta tudjuk, hogy a vas elkerülhetetlen gyógyszer a vér- és idegbetegségeknek; utolsó időben előszeretettel főleg a vastartalmú ásványvizeket rendelik az orvosok, s különösen a *Levieoi arsen-vasas vizet*, mivel annak arsen-tartalma, tisztasága, könnyű áthasonlítása és hatása a többi hasonló vizekéhez képest. A levieoi víz mindig tisztá és színtelen, soha sem oxydálódik s nem változik. Adagolása és hatása megbízható s orvosilag könnyen megállapítható.

Szt.-Lukácsfürdő Budapest (Buda). Meleg és langyos kén-szulfurforrások. Téli és nyári gyógyhely. Az iszapfürdő, egy 840 □-méterre terjedő meleg forrástól. 45—60° C. Rheumatikus bajok, ízületi csúsz, izom-csúsz, csonthártyalob, 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 kitűnő 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.

Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és illóí-úti kórházban 1893. augusztus 3-tól egész augusztus 9-ig ápolott betegekről.

1893.		Felvett			Elbocsátott			Meghalt			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 illóí- úti kórházban	
Aug.	3	49	33	82	63	42	105	3	2	5	925	900	1825	828	70	37	890	
"	4	32	36	68	23	16	39	2	2	4	932	918	1850	835	69	39	907	
"	5	53	46	99	58	57	115	4	6	10	923	901	1824	806	68	41	909	
"	6	28	31	59	32	46	78	2	2	4	917	884	1801	808	70	44	879	
"	7	69	68	137	54	47	101	1	2	3	931	903	1834	829	72	47	886	
"	8	51	58	109	32	48	80	7	7	14	943	906	1849	849	71	47	882	
"	9	49	42	91	50	33	83	4	2	6	938	913	1851	850	69	48	884	

Dr. Dollinger Gyula TESTEGYENÉSZETI ÉS SEBÉSZETI INTÉZETE

Budapest, VII., kerepesi-út 52.

31

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

Sebészeti és nőgyógyászati magánintézet.

29

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

Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon.
Mértékelt árak. — Rendelő órák: 9—10 és 1/2 3—4-ig; szegényeknek
d. e. 8—9-ig. — Kívánatra prospectus.

KÖNIGSWART

vasas fürdő

Marienbad mellett, Csehországban.

723 méternyi magasságban 1000 méternél magasabb, fenyőerdőkkel fedett hegy déli lejtőjén. Ujjonnan berendezett fürdőház nagy olvasó-teremmel, 26 kabinettel lap-, fenyőár- és aczélfürdők számára, hydrotherapeutikus gyógyintézettel összekötve. Elektromos kabinét Gärtner-féle kettős fürdővel. Pneumatikus és belégzési készülékek. Tej-, savó- és kefirfürdők. Viktor-forrás vasas savanyúvíz 0'08 vascarbonattal, 1163 szénsavval 1000 súlyrész vízben. Richard-forrás teljesen vasmentes savanyúvíz 1093'6 szénsavval és csak 0'108 tömény alkatrészzel. Mindkettő Frankfurtban és Tepliczben díjat nyert; élénk szétküldés. — 6 villa és 2 szálloda a fürdőház közvetlen szomszédságában. Bővebb felvilágosítást nyerhetni a gyógykomitétól.

5

Dr. H. ZIEGLER, fürdőorvos és bérlo.

A magas ministerium által engedélyezett

leánynevelő és tanintézetemet,

mely négy polgári és négy elemi osztályt foglal magába, valamint internátussal össze van kötve, áthelyeztem tavaly Szepes-Gölniczbányáról Pozsonyba, hol egy-szersmind az első leánynevelőintézetet is átvettem.

Nagy gond fordítottam a nyelvek biztos elsajátítására, zene, ének, kézimunka, rajz és festésre is. A növendékek legjobb felügyeletben és kitűnő ellátásban részesülnek, 10 hónapi ellátásért 300 frtot fizetnek. Orvosok leányai engedélyben részesülnek.

Növendékek naponta vétetnek fel. Részletes programot kívánatra azonnal küldök. Pozsony, Hosszú-utca (dom-tér) 33.

Özv. dr. Czölder Lajosné,
a tan- és nevelőintézet igazgató-tulajdonosa.

2

Vízgyógyintézet

VÖSLAU-GAINFARN

a déli vasúttal egy órányira Bécestől.

Egész évben nyitva.

Előrajzokat küld a tulajdonos és orvosi vezető

10

Dr. FRIEDMANN T.,
Bécs, I. ker., Operngasse 16 és Vöslau-Gainfarn.

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 árendemény.

Gyógyjavallatok: A gyomor és bélesatorna mindennemű
hurutos bántalmainál, csúszos és köszvényes kóralakoknál,

görvélykóros és különféle vérbajoknál.

3

Kiváló gyógyberendezések, kiterjedt árnyékos park.

Közlekedés: Pakratz-Lipik (déli vasút) 33% ár-
engedéllyel; Okucsán. (Magyar államvasutak. Zónatarifa.)

Sanatorium idegbetegeknek!

Dr. Batizfalvy, egyet. m. tanár

VIZGYÓGYINTÉZETE

Budapesten, 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 program bérmentve.

15

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANAR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A fő- és székvárosi szt. János-kórház sebészeti osztályáról.

Adalék a hernia properitonealis ismeretéhez.

Ostermayer Miklós dr., segédorvostól.

Tudvalevőleg *Krönlein*,¹ a ki az általa properitonealis herniának nevezett sérvalak klinikus fogalmának megállapítása körül elvitázhatatlan érdemeket szerzett, a kétrekeszű, a properitonealis sérznek két alakját különbözteti meg: a hernia inguino- és cruro-properitonealist; ugyanis az elsőnél egy-két rekeszből álló sérvtömlő van jelen, a melyek közül az egyik a lágyékesatornán keresztül kifelé terjed, az általános köz-takaró alatt van elrejtve, és a közönséges lágyéksérvek mód-jára hozzá járul a sérvdaganat alakításához (*saccus inguinalis*); míg a másik a sérvkapu mögött, de azért a parietalis has-hártya előtt, azzal összenőve a belső sérvdaganat leplét képezi (*saccus properitonealis*). A lágyéksérveknek ezen boncztanilag könnyen jellemezhető alakjával analog a mostanig ámbár csak egyszer észlelt és leírt azon alosztálya a czombsérveknek, a mely szintén egy bilocularisan alakított sérvtömlő által tűnik ki, még pedig úgy, hogy ennek egyik rekesze a czombesatornán keresztül a fovea ovalison át terjed ki (*saccus cruralis*), míg a másik rekesz ép úgy, mint azt a hernia inguino-properitonealisnál láttuk, a hasfalak mögött, azonban a peritoneum előtt nagyobb vagy kisebb tasakot alkot (*saccus properitonealis*).² Ezen második sérvalakot *Krönlein* hernia cruro-properitonealis-nak nevezi.

Ezen sérvalakok keletkezési módja kétféle. Először az által keletkezhetik a properitonealis kiöblösödés, hogy mechanikusan beható erők, mint gyakori, durva visszahelyezési kísérletek már meglevő lágyék- vagy czombsérvek hegesen meg-szűkült ostium abdominale-jánál (mely körülmény a sérvtartalom benyomulását a hasürbe megnehezíti), és ezelszerűtlen sérvkötők hordása, a sérvtömlő nyakának leválását a belső lágyék- vagy czombgyűrűről és a sérvtömlő falának egy oldalsó kiöblösödését a hasfalak és a parietalis hashártyalemez közé (tehát praeperitoneal) idézik elő (*Streubel-Krönlein*). Itt tehát a properitonealis tömlő keletkezése másodlagos. *Krönlein* nézete szerint ezen keletkezési mód a properitonealis herniák legnagyobb részére nézve irányadó. Ezen sérvek egy második, mindenesetre kisebb részénél egész másként áll a dolog. Ugyanis azt állítják, hogy vagy a lágyék, illetőleg czombesatorna közelében fekvő properitonealis tasak az elsődleges s ez utóbbi egy kiöblösödő nyulványának a lágyék, illetőleg czombesatornába való benyomulása által keletkezik a kettős sérvtömlőnek második rekesze (*Linhardt-Bär*), tehát ép megfordítva, mint az első esetben; vagy pedig mint a *Bär*-féle esetben egy inguinalis illetőleg cruralis és egy properitonealis sérvtömlő már előzetesen elsődlegesen (*primaer*), egymástól függetlenül fennáll s későbbi egybefolyás által egy kettős sérvtömlővé egyesül, a mi által egy hernia diverticuli parieto-

inguinalis, illetőleg cruralis származik, ellentétben az első képződés szerinti sérvalakokkal, melyek *Krönlein* után hernia inguino- resp. cruro-properitonealis-nak neveztetnek. Ezen feltevés a kórbonczatani leletekben biztos alapot talál, a mennyiben azok bebizonyítják, hogy praeformált peritonealis tasakok mindkét lágyéki tájon a csípőcsontgödörben és különösen a hólyag boltozata mellett (*Rokitansky* után),¹ kiválóan öreg egyének bonczolása alkalmával, elég gyakran fordulnak elő. Gyakran többszörösek s különféle nagyságúak. Sectio alkalmával tireseknek találjuk, azonban észlelték már oly eseteket is, a melyeknél ezen kiöblösödések béllel voltak kitöltve, tehát tipikus sérveket (belső, retroperitonealis hernia) képeztek, a mint azt *Linhardt* és *Bär* észleleteiből tudjuk. Itt egyedül magukban állottak fenn külső (lágyék vagy czomb) sérv nélkül. Egy *Bär* által észlelt eset bizonyítja, hogy mindkettő egymás mellett is fennállhat s csak azután vezethet egy properitonealis hernia keletkezésére. *Krönlein* leírása szerint „ezen esetben egy nagy jobboldali lágyéksérven kívül, a mely ki-záródása által halált idézett elő, bonczolás alkalmával még egy második, almanál nagyobb, tágas bemeneti nyílással ellátott hashártyatömlőt találtak a fossa subcoecalis dextrában, a mely egészen a kis medence jobb felében feküdt. Mindkét zsák szabadon nyílt a hasürbe s ennyiben még elválasztott, különálló képződmény volt; azonban a belső tömlő bemeneti nyílásának szélétől 1½ hüvelyk hosszú hashártya-kettőzetek vonultak a belső lágyékgyűrű felé s ez által egy barázdát alkottak, a mely a két tömlőt összekötötte.”

„A belső tömlőnek hashártyája a lágyéksérvnek peritonealis kitüremkedésével oly szoros összefüggésben áll, úgy hogy ha a medenceürben levő tömlőt kisimítjuk, a lágysérv tömlője kisebbedik, a mennyiben a peritoneum befelé húzatik s ellenkezőleg amaz kisebbedik, hogy ha a külső sérvtömlőt tágitani igyekszünk, a mennyiben a hashártya-kettőzetek egyenessé feszítettnek ki s a tömlő mélysége sekélyebb lesz. A medencében levő tömlő kitágításakor képesek vagyunk a lágyéksérv kitüremkedett hashártyájának majdnem egész részét, a mely igen könnyen mozgatható, a hasürbe behúzni” (*Bär*).

Ezek szerint tehát ezen sérv még nem mutatta a properitonealis sérvnek teljesen kifejtett alakját, mert mindkét sérvtömlő elkülönült nyílással közlekedett a hasürrel s az első legalább alakilag izolálva feküdtek. De nem tagadhatjuk *Bär*nek leírása után, hogy mindannak dacára mindkét sérvtömlő pathologikus szempontból egy egészet képezett s tulajdonképen a hernia properitonealis átmeneti alakját, kifejlődési mozzanatát tüntette fel.

Jelen esetünk kellő megítélhetése és felhasználhatása céljából — mely analog a *Bär*-félével — szükségesnek tartottam *Krönlein*nek ezen a properitonealis hernia lényegéről és keletkezéséről szóló, a mai időben már minden oldalról elfogadott nézeteit talán ezen, casuistikus közlemény szűk keretét túlhaladó módon behatóbb alakban vázolni; most az eset leírására térek át.

Az azelőtt mindig egészséges 24 éves beteg több év óta kőbántalomban szenvedett, mely baját a majdnem tyúktójás nagyságú oxalat-urattól alkotott kőnek eltávolítása (*sectio*

¹ v. Langenbeck's Archiv f. Chirurgie Bd. XIX. p. 408 és Bd. 25. p. 548.

² Handbuch d. speciellen path. Anatomie II. Bd. Wien 1842.

mediana által) tökéletesen megszüntette. (Műtét a Szt. János-kórházban 1892. március 9-dikén.) Kóbetegsége alatt a vizelésnél túlságosan megerőltetett hasprés két oldali lágyéksérvtől keletkezését vonja maga után. A sérvek szabadok s minden időben mérsékelt nyomással visszahelyezhetők voltak. 1892. március 25-dikén a beteg a kórházat, a lithotomia után, egészségesen hagyta el. Az első héten minden munkától és megerőltető mozgulattól tartózkodott, a második hét elején, április 5-dikén a földekre ment, hogy a kiszántott kövek felszedésében segítsen. Délután felé a bal lágyéktájban lassanként növekedő fájdalmat érzett, a mely oly erőssé vált, hogy haza ment és ágyba fektült. Éjjel után alhasában nagy fájdalom és korgás állott be; bal lágyéktáján a beteg egy, két ökölnagyságú, igen fájdalmas daganatot vett észre, a mely visszahelyezési kísérleteire nem tűnt el. A nap folyamán a beteg 6 szor nyálkás epés folyadékot hányt. A megjelent orvos megkísérlette a sérvtől visszahelyezni, de nem sikerült; erre állítólag egy kenőcsöt írt elő, a mely a sérv környékre bekenve azt eredményezte, hogy a daganat egy kevéssel megkisebbedett. A hányás folyton fennállott. Utolsó székletébe bélselek kísérétében április 6-dikán volt csekély mennyiségben. Ezen idő óta kórházba való felvételéig, a mely április 8-dikán délelőtt, a kizáródás harmadik napján történt, sem bélsár, sem szél nem távozott.

Jelen állapot. A közép termetű, csontos legény, ki apja kísérétében gyalog jött a járóbeteg-rendelésre, erőteljes testalkatú és jól kifejtett izomzatú. A műtőterem előcsarnokában ült, fájdalomtól eltorzított, siralmas arccal, kezeivel hasát átfogva, lábait felhúzza, összekuporodva, mint a ki erős hasgörcsökben szenved és nyákos epés folyadékot hányt. Megszólításra csak suttogó feleletet ad. Érlökés 110, kissé alacsony hullámú, elég feszességű. Légvétel felületes, gyors; hőmérsék 36,4° C. a végbélben. A hasnak vizsgálata a következő leletre vezet. Gyenge felfúvódása az alhasnak a hasfalak erős feszülésével, a mely annak igen nagy fájdalmat okozó érintésekor még inkább fokozódik. A bal lágyéktájban az inguinalis gyűrűtől lateralisan, közvetlenül a Poupart-szalag felett, egy körülírt, körülbelül tyúktölcsér nagyságú elődomborodás a hasfalaknak, két különálló, diónyi, egymás mellett fekvő kidűrdorodással. Felette a kopogtatási hang tympanitikus. Consistentiája feszesen rugalmas. Legfeltűnőbb mindenestre a lágyékgyűrűtől a herezacskóba folytatódó, két férfikölnél nagyobb, feszesen rugalmas, erősen feszült tumor, a mely mint egy nyélen a bal lágyéksatornából kiindulólág határozottan felfelé irányítva, kiemelkedik. A tumor feletti bőr rendes színezetű, nem vízenyősen beszűrődött. A daganat alsó két harmadában a kopogtatási hang tompult, a felső harmadban a lágyékgyűrű közelében tympanitikus. Tapintás alkalmával fájdalomról panaszkodik. Visszahelyezési kísérleteket nem tettünk, mert a beteg a kizáródás utáni 4. napon volt s a bélnek necrotikus elváltozása valószínű volt. Ezért elaltattam a beteget s rögtön a sérvmetszéshez fogtam. A tumor hossztenegelyében egy 10 cm. hosszú metszés. Rétegzetesen haladunk a sérvtömlőig, a mely fibrosusan volt megvastagodva. Annak felnyitásaakor abból nagy mennyiségű, tiszta borsárga színű sérvfolyadék ömlött ki. A sérvtömlőn belül nagy feszülés volt jelen, mivel a sérvfolyadék a gombostűfej nagyságú nyíláson merőlegesen, magas sugárban, mint egy szökőkútból lövelt a magasba. A mint a sérvtömlő falában ejtett nyílást tágitottam és a folyadékknak fenmaradt része is kifolyt, egy egészen normalis kinézésű, fénylő bélkaesot vettem észre, de csak egy pillanatra a sérvtömlőben, a mely abban a pillanatban, midőn a hátra maradt sérvfolyadék lefolyt s a belet megfogni akartam, hirtelen mozgulattal a hasürbe csúszott vissza úgy, hogy újaim között csak egy igen hosszúra nőtt, hypertrophykus appendix epiploicus maradt vissza, a mely végével a sérvtömlőhöz volt oda növe. Ezt útmutatóul használva egész kényelmesen két ujjal hatoltam a szabad hasürbe, a hol a visszacsúszott kaesot megfogtam, de erőlyes húzásom dacára többé a sérvkapu elé kihozni nem sikerült. Hogy a spontán reducált bél a flexura sigmoidea volt, minden kétséget kizár s hogy nem volt incarceration, bizonyítja annak spontán visszacsúszása az egészen tág és

sehol sem lezorító sérvkapun át és a bélnek normalis kiné-
zése. Az incarceration székelyének tehát a megnyitott lágyéksérven kívül kellett lennie, de az volt most a kérdés, hogy hol. Mivel a Poupart-szalag feletti kettős kiemelkedés nekem már a műtét előtt feltűnt, ezen abnormalis viszonyoknál fogva annál inkább érdekelt és ezért újabb megfigyelés alá vettem. Változatlanul régi helyén maradt. Ujjammal azonnal a lágyéksatornába hatoltam, megvizsgáltam a sérvkaput s annak legközelebbi környékét, de nem találtam semmit. Erre még középujjamat is segítségül véve még egyszer behatoltam a tágas sérvkapun át a hasürbe, hogy a sérvgyűrű távolabbi szomszédságát is kitapinthatassam s különösen, hogy a Poupart-szalag felett levő külső kiemelkedéseknek megfelelő helyet is megvizsgálhassam; itt a remélt felvilágosítást meg is találtam; t. i. mikor a sérvgyűrűtől erősen lateralisan előrenyújtott ujjakkal az elülső hasfalnak belső felületét megtapogattam, egy bélkaesra akadtam, mely az elülső hasfalhoz volt rögzítve és a melynek szárai lefelé lógva, a flexura sigmoideának a lágyéksérvtől prolabálva volt, jelenleg már a hasüregben levő részleteig vezettek; megismérlését lehetővé tette a már említett a külső sérvtömlőben adhaerens appendix epiploicus. Kitapintottam ezen belső sérv kapuját s azt találtam, hogy az incarceration mérsékelt volt, a mennyiben mutatoujjam végső perczét a lezorító gyűrűn keresztül betolhattam. Most mindkét erősen meghajlított ujjammal megfogtam a bél szárait s felfelé párhuzamosan a hasfalakkal a beteg feje felé húzást gyakoroltam. Mérsékelt ellentállást tanúsítva engedett a bélkaes a húzásnak s meg volt szabadítva. A hasürből kihúzni nem sikerült azt. A mint a belet kezeimből kieresztettem s ujjaimat a hasürből kihúztam, hatalmas hanggal, erősen büzlő gázok tódultak ki a végbél-nyíláson, a bél lumenében ismét helyre állított közlekedés jeléül, egyszersmind annak bizonyosságát is tanúsítva, hogy az akadály tulajdonképen a properitonealis recessusban fektült s a bélnek ezen tőregből való megszabadítása által a bélezáródást megszüntettük. A sérvtömlőnek folytatólagos varrása és drainezése s a bőrmetszésnek szűcsvarattal való egyesítése képezték a műtét befejezését. Láztalan seblefolyás. A 6. napon kötés-változtatás és a drains és varratok eltávolítása. A beteg 9. napon gyógyulva boesáttatott el.

Vizsgáljuk meg most közelebbről az eset klinikus oldalát. Jelen esetben egy baloldali közép nagyságú, egész a herezacskóba terjedő lágyéksérvtől kizáródását látjuk heveny tünetek közepette beállani; rajta megtaláljuk a kizáródásnak minden tipikus körjelét: vissza nem helyezhető, feszült, fájdalmas, a teljes bélezáródás többi általános tüneteivel. A sérvdaganat physikalis vizsgálata a felső részleten tympanitikus, az alsón tompult kopogtatási hangot ad; tehát a bélnek a sérvtömlőben való jelenléte meg van állapítva. De a bal alhasi tájék vizsgálata a Poupart-szalag felett a fossa iliacában egy tyúktölcsér nagyságú, laposan domború, egy behúzódnál által két részre oszlott, tympanitikus kopogtatási hangot adó, tapintásra szintén fájdalmas daganatra vezet; ezt azonban, habár feltűnt is, a lágyéksérven kifejezett kizáródási lelet miatt, további figyelembe nem vettük. A sérvmetszést is azon szándékkal végeztük, hogy az incarcerationt a lágyéksérvtől fogjuk feltalálni. De a midőn a sérvtömlő megnyitása után annak tartalma magától visszahelyeződött és sem a lágyék és abdominalis gyűrűben, sem pedig a lágyéksatornában semmi akadály nem állott fenn, sőt ellenkezőleg két ujjal könnyen átjárható volt és én ezen feltűnő jelenségek által mintegy fel lettem szólítva az incarcerationt más valahol keresni, csak akkor fordítottam figyelmemet a vizsgálat alkalmával észrevett, a fennálló incarcerationra ismeretlen befolyású daganatra, a mely a felvilágosítást meg is adta, a mennyiben a műteti lelet lágyéksérven kívül egy belső, intraabdominalis sérvre vezetett. A bal spina ilei sup. ant.-tól median-felé, a Poupart-szalag felett, a belső lágyékgyűrűtől körülbelül 10 cm.-nyire kifelé-felfelé (kénytelen voltam középhosszúságú mutató és középujjamat ugyancsak kinyújtani, hogy a belső sérvkaput elérhessem), a hasfal és a peritoneum parietale között, tehát egy praeperto-realis ürben egy tyúktölcsér nagyságú tasakot találtam, a mely egy ujjal kényelmesen átjárható nyílással direct a hasüreggel

közlekedett. Ezen properitonealis sérvtömlő a flexura sigmoidea egy részét tartalmazta, míg másik része a lágyék-sérvtömlőben feküdt. A bélkaes kiszabadítása a properitonealis tasakból débridement nélkül, mérsékelt húzásra sikerült.

Ezen viszonyok meglátolásánál következő kérdés merül fel: Állott-e a két sérvtömlő, az inguinalis és a properitonealis, egymással valamelyes alakú vagy pedig, a mi a kizáródás mechanizmusát illeti, ha szabad úgy mondanom, functionalis összefüggésben? Első tekintetben a viszonyok nem voltak úgy alkotva, a mint azt Krönlein és más szerzők a properitonealis sérv feltételeitől szabják — egy kettős sérvtömlő (két rekeszű sérvtömlő) egy inguinalis és egy properitonealis tasakkal, s a mellett mindkét rekesz közös nyílással közlekedik a hasúrral — a mennyiben itt két külön sérvtömlő volt jelen, a melyek mindegyike saját külön nyílásával vezetett a hasűrbe. Hogy, a mi az elzáródási mechanizmust illeti, volt-e egymástól való függés a sérvtömlők között: a bonczatani viszonyok pontosabb ismerete nélkül meg nem határozható. Azon körülmény, hogy mind a két tömlő tartalmul a flexura sigmoidea egy részletét birta és hogy a külső sérv a kizáródásban legalább klinikailag, bonczatánilag azonban nem vett részt, a kettő közötti összefüggést valószínűvé tette. Hogy ha hernio-laparotomiára szükség lett volna, vagy hogy ha a peritonealis sérvnek gyökeres műtétét végeztük volna, igen könnyen szerezhettünk volna felvilágosítást a sérvtömlők egymáshoz való viszonyáról.

Esetünk mindazonáltal igen fontos viszonyokat és adatokat tüntet fel a properitonealis sérv keletkezési módjáról s legalább is mint előlépcső szerepelhet annak kifejlődési menetében. Ezen értelemben Bär esete mellé állíthatjuk azon megjegyzéssel, hogy az utóbbi, az elkülönített sérvtömlőknek még fennáll, szintén elkülönített hasi nyílásainak daczára, a properitonealis sérvnek egy már előre haladottabb fejlődési fokát mutatta, még pedig annak azon alakját, a melyet Krönlein mint *hernia diverticuli (sc. peritonei) parieto-inguinalis* jelez.

Diagnostikai szempontból kiemelem, hogy peritonealis sérv a mi esetünkben is egy körülírt, határozottan kiemelkedő daganat alakjában tünt fel a hasfalakon a bal fossa iliaca táján ép úgy, mint Krönlein és Birkett észleleteiben. És, hogy ha Krönlein az ily sérv alakok felismerésénél főszólyt fektet egy properitonealis sérvdaganat kimutatható jelenlétére, ezt esetem csak megerősítheti.

Egyedül talányszerű marad előttem a lágyéksérv spontan reductiója és a symptomák ellenmondása, a mennyiben klinikailag, külsőleg kizáródásnak jelei, bensőleg, a sérvtömlő felhasítása után pedig ennek semmi nyoma sem volt jelen.

Közlemény a budapesti kir. magy. tud. egyetem általános kór- és gyógytani intézetéből.

Kórtani észleletek a házi nyúl két hátulsó végtagjának 6—24 órai lekötését követő halál okát illetőleg.

Irta: ifj. Kuthy Dezső, egyet. gyakornok.

(Vége.)

Visszatérünk a hőcsökkenés szerepének a taglalására. Megkísérlettük az állat lehetőleg tökéletes bepólyázását vattába, csupán a fej előrésze maradt kinn, meg az anus-szal szemben hagyunk akkora nyílást, hogy a hőmérő bevezethető legyen. A kísérletek nem adtak támasztékot arra, hogy a hőcsökkenést haláloklul tekintsük, de ellenkező irányban sem jogosítottak fel ítéletmondásra, a mennyiben ily úton igaz, hogy sem a halált megakadályozni, sem a nyúl életét meghosszabbítani nem bírtuk, de a hőcsökkenést sem sikerült megakadályoznunk.

10. nyúl. 1075 gm., két hátulsó végtag lekötsé 24 órára, bepólyázás. Eredeti hőmérsék: 39.0°. A lekötsé 24 órája alatt a hőcsökkenés 4.4°, az exit. let. bekövetkezéseig: 12.5°, a végtagok felszabadítását az állat 11 órával élte túl.

11. nyúl. 850 gm., ugyanoly elbánás. Eredeti hőmérsék: 37.4°. A két rendbeli hőveszteség: 4.4° és 9.2°. Feloldás után 29 órát élt. Súlyveszteség csekély (50 óra alatt 30 gm.).

Hogy a bepólyázás a hőleesést meggátolni nem bírta, annak tudható be, hogy az állattól egyszersmind azt a módot is megvonta a mozgásra, a melylyel ez a két hátulsó végtag lekötsé után vattába göngyölés nélkül bírt. Így a nyúl a teste előrésszel sem mozoghatott s ekép a mennyire útját állta a vatta boríték a hővezetésnek és sugárzásnak a bőrön át, annyi gátat vetett másrésről a hőtermelésnek, mely az izomactióhoz egyenes arányban viszonylik.

Kézzelfoghatólag bizonyítja ezt az az eset, a melyben a bepólyázást strangulálás nélkül alkalmaztuk.

12. nyúl. 900 gm., bepólyázás lekötsé nélkül. Eredeti hőmérsék: 39.0°. Hőveszteség 24 óra alatt 2.1°; az utolsó mérés (a halál előtt 2 órával) 5.8° hőleesést mutat. Az állat 36 órát élt a bevattázás után.

A vattába becsavart nyúl tehát végtagjai strangulálása nélkül is, tisztán mozdulatlansága miatt csaknem 6°-ot veszít 96 óra folyamán a teste melegéből.

Melegítő szekrényben próbáltuk továbbá a nyúl hőmérséke alászállását megakadályozni. Ez sikerült is. Az állatok életben tartása azonban nem sikerült. Ebből — nyilvánvaló — egyenesen az világlanék ki, hogy nem a hőleesés a halál oka, ha a kísérletet ily fokban bizonyító erejétől a tüdő részéről előállott complicatiók meg nem fosztanak. A tüdőben ugyanis mindkét esetünk sectiója erős hyperaemiát, subpleuralis vérzéseket derített ki, mihez az egyik esetben a szív parenchymás és a máj zsíros degeneratiója is járult. Ez pedig oly lelet, a mely a rendes pinczehőmérséken tartott nyulak mindig épnek talált tüdejében elő nem fordult. A tüdőbeli hyperaemia az egyik esetben indokolható volt, mert nem lévén még tájékozva az iránt, mily hőfokkal kell a szekrény levegőjének bírnia, hogy a nyúl hőveszteségét ellensúlyozza s hőemelkedést se okozzon, a kellőnél magasabb temperaturának tettük ki az állatot egynehány órára. A második esetben azonban az épen megfelelő 25—26°-ot a szekrény hőmérséke nem haladta meg, úgy hogy a nyúl temperaturája állandóan normalis maradt, mégis még a feloldozás előtt elpusztult. A tüdőben, szívben, májban a jelzett kóros elváltozásokat találtuk.

Ez úton tehát nem sikerült ugyan positiv bizonyítékát nyerni, hogy a hőcsökkenés nem oka a lekötsé végtagú nyulak halálának, az előbbieken kifejtett körülmények azonban e felvételnek már magukban véve ellentmondanak s így más hypothesis vált szükségessé.

Feltettük, hogy valami mérgező vegyi anyag, toxin képződik a strangulálás folyamán a végtag izmaiban s mikor a kötsé leoldjuk, a vérpályába a végtag ereit ismét beiktatván, a vér útján az anyagok az egész szervezetre kifejthetik káros hatásukat. A 24 órára lekötsé lábak musculaturájából törekedtünk tehát izomnedvet nyerni, hogy ép állat bőre alá fecskendezzük. Kezdetben diluált nedvet állítottunk elő. 10 gm. izmot felaprítva porcellánesésében physiol. konyhasó oldat hozzáadásával addig dörzsöltünk szét, a míg sterilizált tüllön átszűrve egy 2 gm.-os fecskendőbe felszívható volt. Controlul le nem kötsé végtag izmából is készítettünk ilyen módon nedvet és ezt, valamint egy esetben ugyanoly quantum (2 gm.) physiol. konyhasó-oldatot szintén ép nyúlba injiciáltunk subcutan. Az eredmény, többször ismételvén a kísérletet, mindig meglepő egyöntetűséggel ugyanaz volt és pedig a lekötsé láb izomnedvének a toxicitását tagadó. 4—7 órával a befecskendezés után úgy a kísérleti, mint a control nyulak 0.8—1.5°-nyi hőemelkedést mutattak, mely mindössze egynehány óráig tartott. Másnapra már valamennyi állat temperaturája rendes. Még a súlyveszteségük is egyforma a megfigyelés 3 napja folyamán.

Teljesen meggyőző a 2-dik hypothesis tarthatatlanságára vonatkozólag az a kísérletünk, a melyben nagy mennyiségű concentrált izomnedvet fecskendeztünk ép nyúl bőre alá minden számbavehető tünet nélkül a hőmenetben az injectio után. Két erős nyúl mindkét hátulsó végtagját jó magasan kötvén le a czombon, az állatokat 24 óra múltán a kötelék felbontása előtt leöltük s rögtön lefejtettük a lehető aseptikus cautelák mellett a strangulált végtagok izomzatát a vinculumtól distál felé eső részekről. Ily módon 78 gm. izmot nyertünk,

melyből teljesen tiszta, erős présben 14 cm³ nedvet sajtoltunk ki. Ezt a vérrel vegyes succus carnis-t mind egy nyúlba fecskendeztük subcutan s az injiciált állaton egynehány óráig tartó, 0.5° vagyis számba se jövő hőemelkedésnél egyéb tünet nem volt észlelhető.

A 24 óráig lekötve tartott végtag vérén (a feloldás előtt véve belőle), valamint izomállományán a mikroszkopos vizsgálat semmi rendellenességet felfedezni nem bírt. Amott teljesen ép vörsejtek, itt-ott pénztekeresszerű csoportokban, itt szépen kifejezett normális harántcsíkosság voltak láthatók. Degeneratio az izomzatban nincs.

Harmadik főtörekvésünk az volt, hogy talán a strangulált állat vére tartalmaz valami mérgező anyagot, melynek jelenléte legalább az állat halálakor közvetlenül vett vérben ép nyúl bőre alá fecskendezés útján volna beigazolható. 1.7—2 gm. vért vettünk tehát rögtön a lekötött nyúl kimulása után sterile a szívből s ezt vittük subcutan injectio alakjában ép állatba 3 esetben. Számba vehető tünet egyszer sem mutatkozott. A strangulált nyulak vérére 12 órai lekötés után és közvetlenül post mortem, vagyis a befecskendezés előtt is vizsgáltuk mikroszkoppal. Eltérés a normálistól nem volt.

Negyedik hypothesis, hogy thrombosis, illetve embolia okozza a halált. Ennek eldöntésére a lehetőleg pontos sectio szolgált. A figyelem főképp a tüdőre és az agyvelőre irányult. Ott infarctust, itt haemorrhagiákat kerestünk. Az eredmény negatív, a mennyiben a melegítőbe tett 2 nyulat leszámítva, a melyekben az ismertett tüdőbeli hyperaemiát, stb. találtuk, csak egy kóros tüdejű nyúl akadt. 6. nyúl: a jobb tüdő alsó lebenyének elülső részében egy krajczárnyi catarrhalis pneumoniás gócz, a bal tüdőben több régebbi keletű mérsékelt tömött, valószínűleg tuberculosus eredetű sajtos beszűrődés. A többi nyulak tüdejében semmi kóros elváltozás nem volt. Nyilvánvaló pedig, hogy sem a melegítőben képződött tüdőbeli vérbőség, sem az izoláltan álló és különben is részben régebbi keletű folyamat nem hozható vonatkozásba a lekötött nyulak halálával. Az agyvelő egy ízben sem mutatott haemorrhagiákat, de még hyperaemiát sem. A nagyobb erekben thrombus nyomára akadnunk nem sikerült, mindenütt, a lekötés helyén is, higan folyó vér.

Ötödik feltevés, hogy degeneratio musculorum cordis a halál-ok. A szívizom makro-mikroszkopos vizsgálata azonban ezt is tagadja. Összesen 3 esetben találtunk a szíven elváltozást. Ezek is mind másra vezethetők vissza. A melegítő-szekrénybe tett egyik nyúl szívizma volt parenchymás degenerációban, ugyanazé, a melynek a mája is kifejezett (zsíros) elfajulást mutatott. Ez érthető. Azonkívül parenchymás degeneratio volt az imént említett 6. sz. nyúl szívében, a melynek tüdejében régebbi eredetű lobos folyamatok voltak jelen és annál a 6 órára strangulált nyúlnál (9.), a mely valamennyi kísérleti állatunk között a legtovább élt (21 nap), a melynél tehát az egész kórlefordulás a leghronikusabb volt. Ez utolsó az egyedüli, a mely szívbeli elváltozást mutatott más közbejött oki mozzanat nélkül, ha a hosszú lefordulást ilyenek nem tekintjük. Ez tehát csak 1, vele szemben áll a többi kísérleti állatok összesége, a melyek szívizom-elfajulás nélkül mentek tönkre.

A hatodik hypothesis, a melyet tisztáztunk, az volt, hogy bacteriumok okozzák a lekötött végtagú nyúl halálát. Négy ízben történt oltás. Három 24 órára lekötött nyúlból (1., 2., 3.) és egy 12 órára stranguláltból (7.). Az oltások eredménye röviden összegezve a következő: 10 oltást eszközöltünk ferde agarra, 1 szűrást gellatinába. Ez utóbbi és az előbbieket közül 9 steril maradt. A lemezek mutattak itt-ott coloniákat, ezek azonban szorgos vizsgálatra fertőzésnek, kísérleti hibának, bizonyultak. Staphylococcus-szerű cocci voltak, egy esetben sarcina lutea. Az oltásokhoz a szív vérére használtuk. A bőr a lekötés helyén még ca. 60 órai strangulálás után (alább ismertendő 15. eset) sem mutat erosiót, a mi talán mikroorganizmusok bejutását a nyúl szervezetébe lehetővé tette volna. Ezek után kimondhatjuk, hogy semmiképp sem valószínű, hogy bacteriumok működneek közre a lekötött végtagú házi nyúl ismertett halálos kórfolyamatában.

Egy nyúlra (3.) megkísértettük a feloldozás után a hátulsó végtagok villanyozását bevezetett árammal (7 × á 10 perczig; számkagép, 5 1/2 cm. tekerestávolság). Az állat különösen direct ingerlésre meg-megmozgatta valamicskét a végtagját, a melyre elég jól rá is ült már, de az életét meghosszabbítani ez elbánsálsal nem állott módunkban.

Végül megemlítjük, hogy egy nyulat (15. eset) lekötve tartottunk usque ad exit. let. Körülbelül 60 órát élt. 24 órai lekötés után a hő csökkenése 2.6°, 36 ó. u. 3°, 48 ó. u. 3°, 53 ó. u. 4.4°. A légzési szám csökkenését itt is észlelhetjük. Sectio: tüdők épek, szívdegeneratio nincs, a fülvénából az 55. órában vett vérrel eszközölt oltások sterilek maradtak.

Vizsgálataink eredményeit tehát röviden a következőkben foglalhatjuk össze:

1. A csökkent mozgás és a nyugvó izomzat jó részének alászállított anyagcseréje a testhőmérsék jelentékeny csökkenését okozhatja. Ha tehát mindig bekövetkezett volna a temperatura jelentős esése, már némi joggal kihülésből eredőnek lett volna tekinthető a halál. Eseteink e jelenséget csak részben mutatták, a halál oka tehát nem a lehülés.

2. Roger Brown Séquard és Arsonval közlésére normalis szövetek sós vizes extractumainak a mérgeességét vizsgálván,¹ ép izomkivonat 90—95 gm.-ját a nyúl egy kilójára halálosnak találta. Annyival inkább tételeztünk mi fel mérgező sajátosságokat a lekötött végtag izmaiban. Kísérleteink tagadó választ adtak.

3. A vérben supponáltunk mérgező anyagot. Negatív eredmény.

4. Thrombus, embolia nem volt található.

5. Szívdegeneratio nincs.

6. Bacteriumok a halál előidézésében döntőleg nem szerepelhetnek.

7. Nem marad tehát egyéb, mint hogy a halált idegrendszerbeli elváltozásokra vezessük vissza. Ez irányban igényel a kérdés további tanulmányozást.

Igaz köszönetet kell mondanunk e helyen is *Högyes Endre* professor úrnak mindig lekötőlező, hathatós vezetéséért, valamint *Székely Ágoston* dr. és *Reich Lajos* dr. assistens uraknak szíves támogatásukért.

Adatok az újszülöttek sárgaságának tanárhoz.

Schiff Ernő dr. gyermekorvostól Nagyváradon.

(Vége.)

Azzal, hogy a *Hofmeier*-féle tétel ingtag voltát már physiologiai kutatásaim alapján is oly részletességgel törekedtem kimutatni, már eleve jelezni kívántam azt, hogy az icterikusoknál talált viszonyokra vonatkozólag nem is igénylem, hogy adataimnak bárki is különösebb positiv értéket tulajdonítson. Ha ezen adatokat e helyen mégis felhozom, úgy ezt csak azért teszem, hogy kimutassam, miszerint a viszonyok magánál az icterusnál sem alakulnak oly simán, a mint azt *Hofmeier* adatai után várni lehetne. Természetesnek fog ez feltűnni az előrebocsátottak után, mert ha már a norm. hugyanyproductióra vonatkozó adatai is hibásak, természetes, hogy az icterikusokra vonatkozó adatai annál kevésbé lehetnek mérvadók, miután ő a napi hugyanytermelés kiszámításánál az icterikusoknál is ugyanolyan vizeletmennyiséget vett fel, mint a nem icterikusoknál, már pedig a mint azt fentebb kimutattam, a kifejezetten icterikusok a norm. esetekhez viszonyítva határozott olyguriát mutatnak. Hogy az általa icterikusoknál talált aránytalanul nagyobb hugyanytermelés csakugyan eme hibás eljárásának folyománya, az már abból is következik, hogy a kifejezetten icterikus újszülötteknél magam is magasabb százalékos hugyanytartalmat találtam épen úgy, mint *Hofmeier*, ámde a vizelet napi mennyisége ezeknél jóval kisebb levén,

¹ Semain méd. 1891. Nr. 54.

természetes, hogy a 24 órai huyanytermelésnek el kell maradni a normalis huyanyproductio mögött. Kiténik ez a következő rövid összeállításból:

a) A huyany $\frac{0}{100}$ tartalmára nézve a viszonyok nála következőleg alakulnak:

Kifejezetten icterikusak:

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
11:19	10:01	12:03	10:05	8:97	4:73	3:5	3:63	3:63	6:75 gm.

Kis fokban icterikusak:

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
5:74	7:78	5:41	4:36	3:07	2:7	2:61	3:01	3:04	2:92 gm.

Nem icterikusak:

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
8:15	9:98	10:71	7:18	4:48	3:18	3:15	2:9	3:08	2:84 gm.

b) A huyany napi mennyiségére vonatkozólag:

Kifejezetten icterikusak:

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
131:6	263:04	279:5	242:64	356:4	397:29	300:6	533:9	397:2	395:0 mgm.

Kis fokban icterikusak:

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
60:7	544:2	346:1	650:6	688:8	824:2	789:9	1040:1	1089:3	1018:8 mgm.

Nem icterikusak:

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
114:6	420:2	458:2	590:8	596:0	638:6	664:6	715:6	872:5	783:4 mgm.

A mint ezen számadatokból látható, a $\frac{0}{100}$ huyany-tartalomra vonatkozólag a kifejezetten icterikus újszülöttek állnak elől, de már a napi huyanyproductióra nézve a legutolsó helyet foglalják el, nyilván az olyguria következtében. Hogy pedig a kis fokban icterikusak, dacára annak, hogy a százalékos huyanytartalom tekintetében legutolsó helyen állanak, mégis a legnagyobb huyanyproductiót mutatják, nyilván csak onnan eredhet, hogy ezek valamivel nagyobb átlagos vizelet-mennyiséget ürítettek, mint a többiek. Szóval ezen számadatokból ép oly kevéssé tűnik ki az icterikusoknak állítólagos nagyobb mérvű huyanyproductiója, mint általában a huyanytermelésnek a súlyvesztéssel való összefüggése, mert épen a legnagyobb súlyvesztést mutatott kifejezetten icterikusak ürítettek legkevesebb, s a legcsekélyebb súlyvesztést mutató kis fokban icterikusak legtöbb huyanyt.

Azon haematologiai adatokra, melyeket Hofmeier abbéli nézetének támogatására hoz fel, hogy a szervezet fehérvérsejtek állományának fogyasztása tényleg vörös vérsejtek elhasználásával jár, ő maga is sokkal kevesebb súlyt helyez, semhogy azzal bővebben kellene foglalkoznom. De nem mulaszthatom el, hogy egy ilyen adatára ki ne terjeszkedjem, már csak azért is, hogy újból kimutassam, mily tévútra jut a vizsgáló, ha nem követ szigorúan exact utat. Hofmeier különös figyelemben részesíti a vérnek tekerescsképződésre való hajlamát s azt találja, hogy újszülötteknél ez nem oly kifejezett mint a felnőtteknél, s még kevésbé kifejezett az icterikusoknál. Ő e jelenségnek okát kutatván, arra az eredményre jut, hogy a tekerescsképződésre való hiányos hajlam a fehér vérsejtek nagyobb számával áll összefüggésben úgy az újszülötteknél általában, mint különösen az icterikusoknál. A számlálást pedig csak úgy végezte, hogy egy közönséges vérpraeparatumban egyszerűen megnézte, hogy a fehér vérsejtek mily arányban láthatók a látterben. Eme módszer alapján azon eredményhez jut, hogy újszülötteknél a fehér vérsejtek száma a 3—4. napig fokozatosan növekszik, ettől kezdve pedig fogy; hogy továbbá icterikusoknál a fehér vérsejtek jelentékenyen meg vannak szaporodva. Mindkét állítás teljesen téves. Az első illetőleg százakra menő direkt számláláson alapuló adat alapján kimutattam, hogy újszülötteknél a fehér vérsejtek száma az első napon — rendszeren az első tápfelvétel után — a legnagyobb, hogy ettől kezdve fokozatosan csökken, úgy hogy a 3—4. napon túl már egy állandó minimális határ körül ingadozik, tehát épen ellenkezőleg mint a hogyan azt Hofmeier állítja. Hogy pedig az icterusnál rendes körülmények között a fehér

vérsejtek nincsenek megsaporodva, sőt néha inkább megkevesbbedve, azt már fentebb hangsúlyoztam s a táblázatokból elég világosan látható.

Végül még csak egyet. Hofmeier munkájának bevezetésében úgy nyilatkozik, hogy Hayem és Hélot vérsejtszámlálási adatai tartózkodással veendőek. Mindannak dacára, mint már tudjuk, ő is felveszi a vörös vérsejtek szétesését és pedig részint a saját morphologiai vizsgálatai, részben Schücking, Porak és Violet azon állításai alapján, hogy a későn lekött újszülöttek sokkal nagyobb arányban lesznek icterikusokká. Ennek közvetlen kapesán Hofmeier azt mondja: „Mag man nun den speciellen Zusammenhang dieser Erscheinungen auffassen, wie man will, so beweist diese Thatsache, dass ein gewisser Ueberschuss von Blut die den Ikterus bewirkenden Vorgänge begünstigt.“ (L. c. pag. 335.) Ez a nyilatkozat véleményem szerint nem igen egyezik meg az ő theoriájával. Schücking, Zweifel, Mayring és Ribemont mérései arra mutatnak, hogy a későn lekött újszülöttek kevesebbet veszítenek súlyukból és initialis súlyukat hamarabb érik el mint a korán leköttöttek. Egyik erre vonatkozólag megjelent közleményében¹ maga Hofmeier is azon eredményhez jut, hogy: „auch scheint der Zeitpunkt des Beginnes der Körpergewichtszunahme bei den spät abgenabelten etwas ($\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ Tag) früher zu liegen, als bei den früh abgenabelten“. Már mostan, ha a testsúly fogyása és az icterus keletkezése között csakugyan oly szoros a kapes, akkor a későn lekött újszülötteknek, mint a melyek általában jobb súlyviszonyokat mutatnak, kevésbé kellene hajlamosítva lenni icterusra, mint a korán leköttötteknek, a minek pedig maga Hofmeier is az ellenkezőjét hiszi.

Az elmondottak, azt hiszem, elég világosan bizonyítják, hogy bármily meggyőzőnek lássék is első pillanatra a Hofmeier érvelése, alapiában véve nagyon is ingatag. Kétségtelenül lehetnek aprólékosabb érvei között olyanok is, melyek indokoltak, ezekre azonban ő maga is csak mellékes súlyt helyez a bizonyításban. Az a mire épen a főszínt helyezi, t. i. theoriája haematogen részének a bizonyítása, épen nem sikerül neki, a hepatogen része pedig egészen hypothetikus. Mert, hogy a vörös vérsejtek szétesése által bővebben termelt, festenydús epe miképen jut a vérkeringésbe, annak magyarázatát még csak meg sem kíséri, a mint azt zárkövetkeztetésének következő része bizonyítja: „in Folge deren wiederum — t. i. egy pigmentdúsabb epe elválasztása következtében — vielleicht begünstigt durch gewisse anatomische Verhältnisse der Abflusscanäle ein Uebertritt von Galle ins Blut mit icterischer Hautfärbung folgen würde.“ (L. c. pag. 345.) Mik legyenek azonban ama kedvező boneztani viszonyok, talán azok, melyeket a hepatogenisták hangoztatnak, azokat Hofmeier munkájának bevezetésében maga is kétségbe vonja. S épen azért, mert erre nézve ő maga sem adhat felvilágosítást, nagyon messze megy, a midőn azt hiszi, hogy ő a hepatogen és haematogen theoriát egyesítő kapesot megtalálta.

Ezzel visszaérkeztem tulajdonképeni kiindulási pontomhoz, hogy t. i. a Hofmeier-féle hypothesis bár az eszmemenet logikus voltát illetőleg kiváló figyelmet érdemel, azonban a támogatásul szolgáló érvek s adatok nélkülöznek az exact alapot.

A mi végül a Silbermann által kifejtett haemohepatogen theoriát illeti, erre nézve kevés megjegyezni valóm van. Az egész a Hayem, Helot — s szerinte Epstein által is — „biztosan“ kimutatott tömeges szétesésén a vörös vérsejteknek alapszik, mely hasonlón az ő experimentalis kísérleteihez fermentaemiát és ennek következtében — különösen a májban — visszeres pangást eredményezne, a mely a maga részéről ismét a nagymennyiségű vérsejttörmeléknek alaposabb kihasználását, tehát az epének bővebb és festenydúsabb képzését eredményezné.

Ámde, ha a vörös vérsejtek tömeges szétesése az első életnapok folyamán már az általa megnevezett szerzők alapján

¹ Hofmeier. Zeitpunkt d. Abnabelung. Centralbl. f. Gynaecol. 1878. Pag. 410. és: Der Zeitpunkt d. Abnab. in seinem Einfluss auf die ersten Lebenstage d. Kindes. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaec. Bd. IV. 1879. Pag. 114.

is — a kik azonban, mint már ráutaltam, egyáltalában nem állítottak s nem is állíthattak ilyesmit — annyira „biztos“, akkor felmerül a kérdés: mért nem lesz minden újszülött icterikussá, hiszen így a fermentaemia keletkezésére mindegyiknél megvan az ok? Ha pedig az mondanék, hogy az icterus csak akkor keletkezik, ha a szétesés bizonyos körülmények következtében excessiv, akkor ismét az lesz a kérdés, mi annak az oka, hogy az egyik újszülöttnél a szétesés kisebb, a másiknál nagyobb? Vagyis ismét oda jutunk, a mit már annyiszor kiemelttem, hogy a vörös vörsejtek szétesése magában véve sem képezheti a primaer okot.

Az icterikusok vörös vörsejtjeinek morphológiájára vonatkozó adatai semmi különös bizonyító erővel nem bírnak. Azon állítása pedig, hogy icterikusoknál a fehér vörsejtek száma meg van szaporodva, ép oly kevésbé felel meg a valóságnak, mint a mily kevésbé indokolt zárkövetkeztetések az azon pontja, hogy gyengén fejlett újszülötteknél azért lép fel a sárgaság intensívebben, mert ezeknél a vörös vörsejtek szétesése s az annak kapcsán fellépő fermentaemia nagyobb mérvű. Az elsőt illetőleg egyszerűen számlálási adataimra kell utalnunk; a másodikra nézve pedig az a megjegyzésem, hogy én százakra menő vérvizsgálataimból egyáltalában nem nyertem azt a benyomást, mintha a gyengén fejlett újszülötteknél a vörös vörsejteknek az első életnapok folyamán jelentkező fogyása a rendesnél nagyobb volna, és tudtommal ilyen adat az egész ide vonatkozó litteratúrában sem található fel.

Ezzel elmondottam mind azt, a mit saját vizsgálataim alapján objective elmondhattam. Igyekeztem a bevezetésben tett nyilatkozatomhoz hű maradni, hogy t. i. nem szándékom a hypothesisek számát szaporítani, hanem exact kutatásaim alapján részint néhány positiv adatot nyújtani, részint épen eme positiv adatok alapján a meglevő nézeteket tisztázni. Positiv adatot nyújtottam annyiban, a mennyiben kimutattam, hogy az icterus tartama alatt sem absolute, sem az icterus előtti vörsejtszámhoz viszonyítva nem lehet a relativ vörsejtszámban változást találni, kimutattam, hogy változás csak az ict. teljes eltűnése után áll be számcsökkenés alakjában, és reámutattam három késői leköttési esetben fellépett icterusra, a hol a normalis viszonyok között észlelt haematologiai változás, — t. i. a vörsejtek számának 3–4-dik napig való fokozatos megszorodása és utána következő fokozatos csökkenése — kimaradt. Kifejtettem, hogy eme jelenségből nem lehet másra következtetni, mint hogy a tartalékvérben foglalt vörsejttömeg bizonyos célra — a mely cél kétségkívül az icterussal állott összefüggésben — fel lett használva. Hogy mért nyilatkozik ez az elhasználás csak a későn leköttött icterikusoknál és miért nem ott is, a hol a leköttetés esetleg nem történik a szó szoros értelmében későn, hogy továbbá utóbbiaknál miért jelentkezik a vörös vörsejtek fogyása csak az icterus teljes eltűnése után, ezek mind oly kérdések, melyekre positiv választ nem vagyok képes adni. Az egyedüli, a mit vizsgálati adataimból levontam, az, hogy a vérnek az icterus neonat. keletkezésénél szereppel kell bírni, s hogy ez a szerep nem lehet primaer momentum, hanem csak következmény, következménye pedig egy oly alapoknak, melyben épen az icterus keletkezésének lényege fekszik. Mi legyen az az alapok, azt eddigi vizsgálataim alapján nem is gyaníthatom. Említettem, hogy theoretice magam sem tartom valószínűtlennek, hogy bizonyos anyagforgalmi viszonyokkal álljon összefüggésben, s a midőn vizsgálataimat a Hofmeier által kiszabott úton megkezdtem, magam is azt reméltem, hogy a Hofmeier nézetét nem kifogásolni, hanem megerősíteni lesz alkalmam. A mint azonban részletes fejtegetéseimből látható, nemesak exact physiologiai kutatásaim alapján kellett a Hofmeier-féle érvelést kifogásolnom, de magánál az icterusnál talált viszonyok sem igazolták a Hofmeier állításait. Bár akkor, a midőn az ő érveit kifogásolom, inkább helyezem a fősúlyt physiologiai kutatásaimra, — mert hiszen icterus eseteim épen nem nagy számúak — mégis icterus eseteimnél is látnom kellett volna a Hofmeier által jelzett viszonyoknak legalább halvány kinnyomatát. Már pedig én sem hagyany, sem ClNa analysiseimből — a mely utóbbiakra épen azért nem is terjeszkedtem ki — nem voltam képes a Hofmeier értelmében vett következtetése-

ket levonni. Az icterus keletkezésének tulajdonképeni alapokát tehát továbbra is homály borítja.

A tanulság mindezekből az, hogy az icterus kérdésének tanulmányozásánál nem lehet eléggé széles alapra helyezkedni. Nem elég a viszonyokat csak egy szempontból tekinteni, de nem is szabad feltételezni, hogy az, a mit mi általában icterus neonatorumnak nevezünk, csak egy okból eredhet. Természetes, hogy a mindennapi, jóindulatú, bár különböző fokú sárgasági esetek valószínűleg egy okból erednek, de vannak minden esetre kivételes esetek is, melyek specialis viszonyokban lelik magyarázatukat. Így például senki sem fogja tagadhatni, hogy valamely bonczatani anomalia, pl. a kivétező epeutak obliterációja, vagy veleszületett hiánya — mint a minő esetet már Henoch¹ s újabban Cnopf² is közölték — is okozhat az újszülöttnél sárgaságot. De az ilyen kivételes esetben talált valamely lelet nem képezheti alapját egy az újszülöttek mindennapi, jóindulatú sárgaságára vonatkozó magyarázatnak. Így, hogy concret példával éljek: említettem, hogy az icterus fennállása alatt a rendszeresen vizsgált esetekben sohasem találtam oligocythaemiát, s mégis volt alkalmam egy sárgasági esetet vizsgálni, a hol feltűnő oligocythaemia volt jelen, a nélkül, hogy erről fent említést tettem volna, mert bár bonczolást nem végezhettem, meg vagyok róla győződve, hogy ez esetben nem a mindennapi okból fellépett icterussal volt dolgom. Ide iktatom az esetet az érdekesség szempontjából.

Oniskof Jenő. Másodszülött. Született 1891. július 17-dikén délután. Anyjánál a terhessége alatt — a mint arról közvetlen tudomásom volt — semminemű betegség nem fordult elő. Első gyermekének nem volt icterusa. Szórványos szülfájdalmak állítólag már egy héttel előbb előfordultak, a tulajdonképeni vajúdás is teljes 3 napig tartott. Mindennek dacára a szülés orvosi beavatkozás nélkül ment végbe, azonban a mint a szülésznő állította, és mint leírásából ki is vehettem, az újszülött nagyfokú asphyxiával jött világra, s a mi fő, kifejezett icterussal. Én július 18-dikán d. n., tehát egy napos korában, kaptam kézhez mint ambulans, a midőn röviden a következő leletet vehettem fel. Testsúly 3050 gm. Az egész köztakaró, sclerák, ajkak, fogíny, sőt a nyelv is intensív sárga. Vizelete, melyet véletlenül láthattam, sötétsárga. A vér híg, teljesen átlátszó, világos vörös. Vörös vörsejtek száma = 2.056000; a vörsejtek fragmentáltak, aránylag sok maggal bíró vörös vörsejt. A gyermeket sajnálatomra többé nem láthattam, mert rövid két nap alatt elhalt. Bonczolás természetesen nem volt végezhető.

Ime 22 haematologiai szempontból vizsgált ict. eset közül ez volt az egyetlen, a hol már az ict. fennállása alatt oly feltűnő oligocythaemia volt jelen, természetes tehát, hogy nem fogom felhasználni bizonyíték gyanánt, mert miért ne lehetett volna ennél is valamely bonczatani anomalia egy hepatogen icterusnak az oka, mely tényleg epesavaknak a circulatióba való jutását s ez a vörös vörsejtek dissolutióját okozta. Semmi esetre sem fogom tehát ezt az egy adatot mértékül venni, hanem azt a 21 más esetet, a hol rendszeres, folytatódólagos vizsgálatok dacára sem találtam soha az ict. fennállása alatt oligocythaemiát.

A feladat tehát az, hogy minél nagyobb számú és lehetőleg egyöntetű esetet minél több szempontból vegyünk vizsgálat alá; csakis így remélhetünk olyan adatesort birtokába jutni, mely bennünket a kérdés lényegéhez mégis közelebb viend. Addig pedig valljuk be őszintén, hogy az icterus neonatorum tulajdonképeni primaer alapokára nézve még ma sem vagyunk tisztában.

Végül legyen szabad úgy Epstein tanár úrnak, a prágai országos lelencház igazgatójának, valamint Konrád M. dr. bábaképezdei igazgató tanár úrnak, azon lekötelező szívességükért, melylyel nekem a vizsgálati anyagot rendelkezésemre bocsátották, e helyen is legőszintébb köszönetemet kifejezni.

¹ Henoch. Vorles. über Kinderkrankheiten. Berlin, 1883. Pag. 24.

² L. c.

Apróbb klinikai, kórházi és magánygyakorlati tapasztalatok.

Nyálsipoly (fistula ductus Stenoniani) egy esete. Gyógyulás.

Közli: Liszt Nándor dr., községi orvos Tetétlenén.

Márton Imre, 11 éves, földesi (Hajdúmegye) fiú f. év márczius havának 16-dik napján a bal arczfélén lőrügást szenvedett. Midőn öt márczius 21-dikén első alkalommal láttam, a nevezett arczfél jelentékenyen duzzadt és fájdalmas, de rendes színezetű volt, a musculus masseter mellső szélén a felső fogsor magasságában egy négy milliméter hosszú, harántirányú, alig két milliméterre tátongó sarjadzó s néhol kissé behúzódott szélekkel bíró nyílás látható. A duzzadt táj nyomogatásakor a kis nyíláson ív alakban lövel a tiszta átlátszó nyál. Az infiltratio a pofa egész vastagságára kiterjed s belül a száj nyákhártyája több kis vérömlenyvel borított.

Miután hasonló esettel ez ideig sem klinikákon, sem mint kórházi secundárius a sebészi osztályon, sem a magánygyakorlatban nem találkoztam, megvalloam a therapiát illetőleg kissé zavarban voltam. A rendelkezésemre álló sebészi tankönyvekben leírt műtévi eljárásokat (ólombuzal behúzás, a parotis mesterséges elpusztítása stb.) világosan megérteni s így utána csinálni nem tudtam; mindazonáltal, hogy aliquid facere videatur, illetve valamit megkísérlejek, a Stenon-vezeték száji nyílását igyekeztem megtalálni, a mi hosszadalmas — sondával való — keresgélés után sikerült is. Az egyes számú Bowman-féle könyecsatornasonda az infiltrált terület egész vastagságán könnyen csúszott keresztül, akadályra csak a leírt külső nyílás közelében talált, gyöngéd nyomásra azonban itt is áthatolt és a ductus Stenonianusban hátra felé simulván vége a fül lobulusa előtt mintegy fél centiméterre a bőrön keresztül érezhetővé vált.

A kutaszt első alkalommal tíz perczig hagytam benne; másnap az eljárás ismétlése elég könnyen volt kivihető, sőt a duzzanat nyomogatására nemcsak a fistulán, de a rendes belső nyíláson is szívárgott már a nyál. Egy harmadik kutaszolás megejtése alkalmával a sipoly nyílás széleit felfrissítve két selyemvarrattal egyesítettem. A fiút ezután csak három nap multával láttam, még pedig sajnálatomra az előbbinél jóval duzzadtabb arczeccsal. A dagadt arczfélre nyomást gyakorolván a varratok közt kevés nyál, de annál több geny szívárgott a felszínre; a varratokat felbontottam, az arczebet kitisztítottam s azt találtam, hogy a sebbe vezetett gombos kutató a Stenon-vezetékkel párhuzamos bőr alatti ürmenetbe hatol csaknem a fül tragusaig. Azért mondom, hogy „a Stenon-féle vezetékkel párhuzamos ürmenetbe hatol“, miután a belső rendes nyíláson bevitt Bowman-sonda a kívül bevezetett kutaszszal nem találkozik, hanem a nyálmirigy vezetékében, úgy mint eddig, most is a lobulus felé halad.

A ductus Stenonianus kutaszolását ezek után még három napon át folytattam vagyis mindaddig, míg a sipoly nyíláson képes voltam nyáleceppet kiszorítani, ezt elérve a kutaszolást abba hagytam s további kezelésem csakis a külső arczebet tisztántartására, kifeccskendésére s az ürjáratnak naponként kétszer jodoform gáz-zali kitöltésére szorítkozott.

A gyógyulást, mely április 15-dikén teljesnek volt mondható, két ízben fellépett kis fokú orbáncz hátráltatta, mely jeges borogtatásra mindkét esetben 2—3 nap alatt eltűnt.

A Stenon-vezeték belső nyílása jelenleg is jól functionál s rajta a fül tövétől mellfelé gyakorlott nyomásra, úgy mint a sértetlen ellenoldalin, cseppenként szívárog a szájba a nyál. A begyógyult sipoly nyílásának helye kissé behúzódott s környékén körülbelül egy négyszög centiméter terjedelmű hegyszövet érezhető, mely a száj erősebb nyításánál még érzékeny.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Biharmegyei orvosgyógyszerészi és természettudományi egylet.

1892. Szeptemberi szakülés.

1. Schiff Ernő dr. „Adatok az újszülöttek sárgaságának tanához“ cím alatt tartott előadásában újabb ide

vonatkozó vizsgálatairól referál. Előző vizsgálatai alapján kimutatta, hogy az ict. neonatorum keletkezése alkalmával a vörös vérsejtek számában semminemű oly változás nem mutatkozik az icterus keletkezése előtti vérsejtszámhoz képest, a melyből vörös vérsejtek nagyobb mérvű szétesésére, mint ezt a haematogen nézetet vallók általában felveszik, következtetni lehetne. Ép oly kevésbé mutat változást a vér haemoglobintartalma is. Csakis az icterus teljes eltűnése után keletkezik változás oligocythaemia alakjában, a midőn a haemoglobintartalom is megfelelőleg csökken.

Újabb vizsgálataiban nemcsak a vérre, hanem egyúttal az ictericus újszülöttek anyagforgalmi viszonyaira is tekintettel volt. Nevezetesen az első illetőleg azt találta, hogy a vörös vérsejteknek az első 3—4 életnap alatt beálló fokozatos megszorodása az ő vizsgálatai szerint minden egyes késői lekövetési esetekben teljesen kimaradt. A miből előadót az ict. következteti, hogy az a vérsejttömeg, mely a tartalékvérben foglaltatott, azért nem juthatott a relativ vérsejtszám megszorodása alakjában kifejezésre, mert ez a vérsejttömeg bizonyos célra elhasználtatott, a mely célnak kétségkívül az icterusra kellett összefüggésben állani. Ezen körülmény s azon már előző vizsgálatai által constatatált tény, hogy az ict. teljes eltűnése után mindig kisebb-nagyobb mérvű oligocythaemia lép fel, előadót azon felvételre készteti, hogy a vérnek az ict. keletkezésénél határozott szereppel kell birni, de — a mi vizsgálataiból levont következtetéseinek fő substratuma — semmi esetre sem képezheti a vörös vérsejtek szétesése magában véve az ict. neonatorumnak primaer aetiologikus momentumát, a mit előadó pozitív vizsgálati adatai alapján többszörösen bizonyít, hanem hogy az csak következménye egy más tulajdonképeni primaer momentumnak, mely épen a vörös vérsejtek tömeges elhasználását is maga után vonja, s a mely eddig ismeretlen momentumban fekszik az ict. keletkezésének tulajdonképeni oka.

Az ictericusok anyagforgalmi viszonyainak tanulmányozását főleg a Hofmeier-féle haemohepatogen theoriának alapját képező adatok ellenőrzése szempontjából fogantatosította, s pedig főleg azért, mert eddigi különböző irányú physiologiai kutatásai alapján is a Hofmeier féle bizonyítékokat nem tartja a tényleges viszonyoknak valóban megfelelőeknek. Eme vizsgálatai alapján részletesen kimutatja, hogy nem jogosult — legalább a csekély számú vizsgálatok alapján nem — Hofmeiernek azon felvétele, mintha az ict. keletkezése s az újszülöttek súlyviszonyai között feltétlenül szorosabb összefüggés állana fenn; nem jogosult Hofmeiernek azon állítása, hogy az ictericusok több hugyanyt ürítenek, mert ezt egyedül onnan nyerte Hofmeier, hogy a normalis és ictericus újszülöttekre nézve ugyanazon napi vizeletmennyiséget vette fel, szemben az ictericusok vizeletének magasabb százalékos hugyanyagtartalmával, a mi pedig előadó vizsgálatai szerint téves eljárás, mert mint részletes és pontos vizsgálatai mutatják, a kifejezetten ictericusok határozott oliguriát mutatnak, úgy hogy bár ezeknél előadó is magasabb százalékos hugyanyagtartalmat talált, mégis a napi hugyanyproductio náluk jóval kisebb, mint a nem ict. újszülötteknél. Előadó Hofmeier érveinek tarthatatlanságát más pontokban is kimutatva, végeredményben ismét csak azon conclusióhoz jut, hogy bár a vér az ict. neonatorumnál kétségtelen szereppel bir, mégsem fekszik benne az icterusnak tulajdonképeni primaer aetiologikus momentuma. Hogy mi legyen ez a tényleges primaer momentum, arra nézve előadó egyelőre nem adhat felvilágosítást, miután eddigi vizsgálatai nem jogosíthatják fel egy újabb hypothesis felállítására.

1892. Októberi szakülés.

1. Fráter Imre dr., a biharmegyei közkórház igazgató-főorvosa, két operált betegét mutatja be. I. Első beteget az annak idején sokat emlegetett tamási-i vérengzés egyik áldozata, Porteleki László. Felvételt 1892. július hó 20-dikán. Egy esendő által 40 lépésnyi távolból jobb félkarján hátulról meglövetett, mit azontul többé mozgatni nem volt képes s majd egy másik lövés által jobb lábfejen sérült meg, mikor is összerogyott. A felvételkor felvett jelen állapot szerint: a

jobb felső végtag egész terjedelmében duzzadt, vörös, vize-nyős, tétlenül csüng le, activ mozgásra nem képes, passiv mozgása nagy fájdalmat okoz, a mikor is a felkar alsó harmadában rendellenes mozgékonyság s kifejezett recsegés érezhető. A felkar hátsó felületén a könyökesücs felett 5—6 cm.-nyire gyermektenyérszerű területen folytonossághiány, melynek szélei szakgatottak, alapja feketés, helyenként genyesen széteső pörkkel fedett. Hasonló jellegű, de csak négykrajcárnyi mekkoraságú folytonossághiány látható az alkar felső harmadának mellső felületén. A két nyílás, mint a kutaszolás mutatja, egymással közlekedik. A csatorna hossza körülbelül 10 cm. Utjában a kutasz több esontörmelékre akad. Jelen van tehát lövési sebzés, mely a felkarcsont egy részének széttűződésére vezetett, s melynél a löveg hátulról hatolt be s mellfelé távozott. A sérülés nagy foka, a hozzá szegődött súlyos infectionalis tünetek egy amputáció esetleges szükségére mutattak; azonban előadó a conservativ sebészet szabályát követve, másfelől kényszerítve is lévén beteg határozott ellenkezése által, a következőleg járt el. Tágitotta a bemeneteli nyílást, azután eltávolította a nagyszámú csonttörmelékeket, lefűrészelte a centralis és peripherikus csontvégeket s minden oldalra drainirozta a körülbelül férfi-ökölnyi nagyságú türeget. Műtét közben tünt ki, hogy a könyökizület a sérüléstől teljesen meg volt kímélve, s hogy a széttűzés által a felkarcsontból közel 6 cm.nyi darab távolodott el. A lefolyás egy hétig lázas, azontúl teljesen láztalan. Hat hét múlva a drain nyílások is begyógyultak, de a sérülés helyén alízület maradt vissza, mely azonban az anchylosizált könyökizület mellett passive és active is jól használható. A beteg kisebb munkákra már is képes, a gyakorlatról várható, hogy végtagja teljesen használható lesz. II. Második esete egy fiatal gyermektelen nő, kinél egy év óta egy fájdalomtalan, de bővebb vérzést okozó daganat fejlődik a hasban. F. évi augusztus 4-dikén vétetett fel a közkórház sebészeti osztályára. A jól fejlett, de gyengén táplált nőbeteg mellüri szervei épek. Az alhas kissé előredomborodó, a bőrön elváltozások nincsenek. A hasfal nagy redőbe emelhető, nyomásra nem fájdalmas. Két kézzel tapintva, az alhasban egy emberfejnnyi, felfelé majd a köldökgig, jobbfelé a csipőtarajig, balfelé két ujjal a linea alba-n túlterjedő, lefelé a kis medenczébe süllyedő, hullámozást alig mutató, sima felületű, nem mozgatható daganat volt érezhető. Per vaginam vizsgálva: a portio közepén kissé magasabban a symphysis megett, uterus-test jobboldalt homályosan tapintható s egybefolyó látszik a fentebb leírt s itt a hüvelyboltozat mellső, jobb s különösen erősen a hátsó falát lenyomó daganattal. Ettől el nem különíthető s külön nem mozgatható. A kórisme tömlős ovarialis dagra tétetett extra peritonealis kifejlődéssel. A műtét, laparatomia, a kórisme helyességét teljesen igazolta; miután a daganat fala egész mélyen a Douglas-ürbe volt letapadva, annak kiválasztása nem foganatosított, hanem a falzat kivarratott a hasfalhoz, az üreg kitisztított s jodoform-gaze-vel kitömetett. A lefolyás idealis, teljesen láztalan, két hó lefolyása után fistula nélkül, teljesen gyógyulva bocsáttatott el.

2. Grósz Menyhért dr. „Bélsárhányás hysteriánál” ezímen a következő esetet közli: 17 éves anaemikus leánynál éjjel minden előrement ok nélkül bélsárhányás és *profus hasmenés* lépett fel. Amaz kétszer ismétlődött. A has semmi rendellenességet nem tüntet fel, nem feszes, tömöttebb, ellentálló rész sehol sem tapintható, a belek partialis kiemelkedése nincs jelen, nyomásra sehol sem fájdalmas; sérv nincs, oly tünetek tehát, melyek a bél elzáródása mellett szólnának, nincsenek jelen. Különben ezen feivétel ellen a fennálló hasmenés is szól. Jéglabdacok, potus Riveri laudanum-mal rendeltetett. A beteg másnap egészen jobban volt, a bélsárhányás nem ismétlődött, csupán néhányszor volt híg széke. Mi okozta jelen esetben a bélsárhányást? Miután semminemű organikus okát az előrement tüneteknek felfedezni nem sikerült, azt a belek functionalis zavarában kell keresni. Előadó a múlt év folyamán az egyetben ismertetett egyik casuistikus esete alkalmából utalt arra az eshetőségre, hogy a belek nagymérvű peristaltikus nyugtalan-ságánál, a midőn antiperistaltikus mozgások is kiválthatók, bélsárhányás állhat be. A belek mozgató idegeinek ilyen ered-

ményt előidéző functionalis zavarait veszi fel előadó a jelen eset magyarázatára. Támogatja őt ezen felvételében a bélelzáródást illető negatív lelet, az eset lefolyása, az idegműködések később kimutatott egyéb zavarai, melyek hysteria jelenlétét igazolják.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Közegészségi lapok. Az országos közegészségi egyesület kolozsvárvidéki osztályának 1891/92-diki évkönyve. Az osztály választmányának megbízásából szerkesztette Rózsahegy Aladár dr.

Fenti cím alatt körülbelül 200 lapra terjedő, csinos kiállítású kötet hagyta el a sajtót, melynek keletkezését illetőleg az előszóban foglaltak egy részét szószerint közöljük. „Midőn az országos közegészségi egyesület kolozsvárvidéki osztálya az 1891/92-diki egyesületi évben a tudományos működés egy vidéktünkön eddig nélkülözött új iránynak tért nyitandó, szaküléseket rendezett, az ezeken tartott előadások és megvitatások sok oly új adatot és oly eszmét hoztak felszínre, melyek értéke a közvetlen alkalmat túléli. Ennek megfontolása vezette osztályunk választmányát arra az elhatározásra, hogy szaküléseink tárgyalásait, melyek a napi sajtóban annak idején, de csak kivonatosan és töredékesen már nyilvánosságra kerültek, a maguk teljességében és egész tejedelmükben egyesítse és tagjaink s a közegészség iránt érdeklődő művelt közönség, valamint általában a felvetett kérdésekben érdekelték számára hozzáférhetővé tegye.”

A kötet első része nagyjából helyi érdekű, sok tekintetben érdekes és érdemes eredeti közleményeket tartalmaz Rózsahegy Aladár, Salamon Antal, Pisztory Mór, Török Imre, Bartha János, Ehn Lajos, Spányik József, Nagy Lajos és Engel Gábor tollából. A második rész az 1891/92-ben tartott hat szakülés tárgyalásait tartalmazza, a harmadik rész pedig az osztály ügyeiről szól.

Nagy köszönet illeti Rózsahegy Aladár tanárt, hogy ezen évkönyv kiadását — úgy az anyagi költségeket, mint a szerkesztés munkáját magára vállalván — lehetővé tette és így egyrészt amúgy is szegény közegészségi irodalmunk szaporításához hozzájárult, másrészt pedig mintegy mintaképet teremtett a közegészségi egyesület vidéki osztályai számára. A könyv ára 4 korona.

II. Lapszemle.

Kórtan.

A cholera asiatica-t a cholera bacillusok által létrehozott nitritmérgezésnek tartja Emmerich és Tsuboi. Abból indulnak ki, hogy a cholera bacillusok tenyésztésben tetemes mennyiségű nitritet produkálnak, és hogy a képesség nitrátokból, sőt szénsavas ammoniakból is salétromsavat képezni, sokkal nagyobb mértékben található a cholera bacillusoknál, mint más mikrobáknál. A felvételük indoklására felhozott kísérletes bizonyítékok a következők: 1. A cholera-nál és nitritmérgezésnél észlelhető betegségi tünetek és kórbonezi elváltozások megegyeznek. 2. Cholera-ban elpusztult tengeri malaczkok vérében spektroszkoppal methaemoglobin mutatható ki. 3. A nitrátokat nitritekké redukáló bacteriumok sokkal kisebb mennyiségben és lassabban képeznek nitriteket, mint a cholera bacillusok, a mi mellett tekintetbe veendő még az is, hogy legnagyobb részük az ember belében nem képes oly mértékben elszaporodni, mint a cholera bacillus, a mely a salétromossav-mérgezés létrejöttéhez szükséges azon tulajdonsággal is rendelkezik, hogy szénhidrátokból savakat képez. 4. Az ivóvízben és az ember által használt vegetabilis tápszerekben sok a nitrát, minek következtében a mérgezéshez szükséges nitrit a bélben képződhetik. 5. Minthogy a cholera bacillusok képesek szénhidrátokból savat produkálni, hasmenés jelentkezik még akkor is, ha nincsenek a bélben nitrátok. Ily módon áll elő a cholerin, mely cholerává akkor lesz, ha nitrátok jelenléte folytán a bélben nitritek képződhetnek. 6. Cholera bacillusok 10 km. bouillonban 36° C. mellett már 4 óra alatt redukálják nitrité a belétt összes (1 centigramm) nitrátot. 7. Az ember a nitritmérgezéssel szemben sokkal érzékenyebb, mint a többi élő lény. Két kiló súlyú házi nyúl meg-

öléséhez szükséges 2 centigramm nitrit 70 kiló súlyú embernél a legsúlyosabb mérgezési tüneteket képes előidézni. Az állatoknak cholera elleni immunitása részben ebben leli magyarázatát, részben pedig abban is, hogy belükben olyan bacteriumok is tartózkodnak, melyek gyorsan redukálják a nitrítet ammoniakká. 8. Nitrátdús táplálék (répa) tengeri malaczkónál a mesterséges infectio létrejöttét elősegíti és a lefolyást gyorsítja. 9. Erősebb redukálóképességgel bíró cholera bacillusok tengeri malaczkónál erősebb infectiót okoznak, mint az olyan cholera bacillusok, melyek csekélyebb nitrít-képző tulajdonsággal rendelkeznek.

Szerzők fenti szempontból kiindulólág therapeutikus kísérleteket is végeztek. A cholera bacillusok képezte nitrit ártalmatlanná tévése céljából mindenekelőtt olyan anyagokra kell gondolni, melyek salétromossavval gyorsan reagálnak szabad légenysav képzése mellett (például a huyany), vagy a melyek a salétromossavat gyorsan redukálják ammoniakká. Minthogy azonban a bélben rendszerint nem szabad salétromsavval van dolgunk, hanem ennek sóival, a melyek csak az élő sejtek bomlásuk után fejtik ki mérgező hatásukat, csak nagyon erőlyes szerek jöhetnek tekintetbe. Kísérletek sulfidekkel nem vezettek kedvező eredményre. Szerzők azt hiszik, hogy talán a redukálólag ható kénhydrogennel lehetne valamire jutni, mint a mely a bacillusok szaporodására is hátráltató befolyással van. (Münchener medic. Wochenschrift, 1893. 25. és 26. sz.)

Nitritmérgezés-e az ázsiai cholera? Néhány hete tudvalevőleg Emmerich-nek a „Münch. med. Wochenschrift“-ben (1893. Nr. 25. u. 26.) egy közlése jelent meg, a mely az ő és Tsuboi vizsgálatai alapján azt a kijelentést foglalja magában, hogy az ázsiai cholera lényege salétromsavmérgezés volna. Ezt a kérdést Klemperer tanulmányozás alá vévén, az Emmerichével teljesen ellenkező eredményre jutott. Klemperer szerint abból, hogy egy chemiai mérge a choleraéval megegyező klinikus képet, tünetcsoportot idéz elő, még korántsem következik, hogy az illető mérge a bacillus cholerae-vel összefüggésbe hozható. Hogy azonban biztos talajt nyerjen, megvizsgálta, vajjon a cholera bacillusok virulentiája az ő nitrittermelő tehetségükkel együtt növekszik és csökken-e vagy nem? És kiderült, hogy nem. Olyan bacillusok útján, a melyeknek nitrittermelő képességük melegítésre elpusztult, a cholera-mérgezés típusos tünetei voltak előidézhetők és viszont a bacillus virulentiája jelentékenyen csökkenhetik a nitrittermelés csökkenése nélkül. (Berliner klin. Wochenschr. 1893. Nr. 31.) *Kuthy dr.*

Belgyógyászat.

Epilepsia gyógyítása veszettség elleni oltásokkal. *Giovanni* hasonló esetet kezelt az ismert oltásokkal, mint annak idején Pasteur és az eredmény, a mit elért, kitűnő volt. Betege 5 év óta kapott rohamokat, a therapia megkezdése előtt már 5—6-szor napjában. Hozzájuk utóbb maniakalis rohamok is csatlakoztak, tehetetlenséggel a beszédre, csökkent intelligenciával, stuporral, stb. Ugyanoly kezelést kezdett meg a beteg Giovanni, mint a minő ma hydrophobia esetén használatos. A gyógyítás 2. napján máris javulás állott elő, később ez mind határozottabb lön, elvégre annyira jobbra fordult a beteg állapota, hogy állandó gyógyulást lehetett személni. (Ref. med. 12. Juli 1892. — Brit. med. Journ. 24. Sept. 1892. — Wien. med. Wschr. 1893. Nr. 31.) *K—y dr.*

Atropin használata cholera-nál. *Lauder Brunton* már 1873-ban felhívta a figyelmet azon hasonlatosságra, mely a cholera és a muscarin-mérgezés tünetei között fennáll. A muscarin hatását pedig csaknem teljesen ellensúlyozza az atropin, úgy hogy az előbbi által előidézett mérgezési tünetek atropin bőr alá feekendése útján megszüntethetők. Ennek alapján arra a gondolatra jött, hogy talán cholera-nál is jó eredményű lehetne az atropin használata. Fel is használta az első kínálkozó alkalmat és egy Hamburgból érkezett, cholera-ban szenvedő gyermeknél kísérletet tett atropin bőr alá feekendésével, mire a collabált, látszólag haldokló gyermek feléledt, de rövid idő múlva ismét az előbbi állapotba esett vissza. Atropin ismételt befeekendése újból jó hatással volt és a gyermek meggyógyult. Szerző azt hiszi, hogy az atropin használata valószínűleg azokban az esetekben fog a legjobb eredménnyel jární, a melyekben a cholera a vérkeringésre gyakorol befolyást; kevésbé

lesz eredményes azonban azokban, a melyekben főleg a bélhuzam van megtámadva, mert ő és Pye-Smith kísérleteik alkalmával nem találták, hogy a bélsecretiót az atropin megszüntette volna. (Practitioner, 1893. June.)

A herpes labialis jelentőségéről meningitis cerebrospinalis eseteiben ír *Klemperer Felix* a „Berliner klinische Wochenschrift“ 29. számában. Általában az a nézet van elfogadva, hogy meningitis epidemica eseteiben a herpes labialis gyakori, az eseteknek körülbelül fele számában előfordul, gümőkóros meningitis eseteiben ellenben nagyon ritka. Szerző három esetet ír le részletesen, a melyekben a tünetek nagyobb része a meningitis gümös eredete mellett szólt; két esetben azonban a betegség kedvező lefolyása tette a legnagyobb mértékben valószínűvé, hogy nem gümőkóros, hanem epidemikus meningitis volt jelen, a harmadikban pedig bonczolás útján lett ez biztosan megállapítva. Mindhárom esetben a betegség lefolyásában herpes jelentkezett. Szerző ezután áttér herpes eseteiben végzett bacteriologikus vizsgálatainak ismertetésére és az ezekből vonható következtetések alapján is arra az eredményre jut, hogy a herpes labialis jelenléte meningitis esetében a baj nem specifikus, epidemikus jellegére enged következtetni, annyival is inkább, mert meningitis tuberculosa tiszta esetét herpes labialissal eddig még nem találta leírva.

A vérbesűrűsödés cholera-nál. *Grawitz* a „Verein für innere Medic.“ f. é. február 20-iki ülésében klinikai kísérletes vérvizsgálatairól szólván, azokról is referált, a melyeket lymphagog anyagoknak a gyomorba vitével végzett. Konyhasó, glaubersó és keserűs a gyomorba jutván, a vér megsűrűsödését okozák; ez a körülmény magyarázza a konyhasó jó hatását haemoptoë szüntetésére. Úgy mint ezek a sók, hatnak egyes bacteriumok, illetőleg az ő anyageseréjük produktumai, valamint bizonyos mesterséges bacterium-kivonatok, pl. főképen a tuberculin. Idősebb cholera bacillus-kultúrákkal házi nyulakon és kutyákon szintén jelentékeny vérbesűrűsödést lehetett előidézni, akár éltek a bacteriumok, akár nem. Ennélfogva az emberi cholera-nál előálló nagyfokú vérsűrűsödést részben a bélben keletkezett jócska mennyiségű bacillus-anyageseretermék resorptiójából kell származtatnunk. (Berlin. klin. Wschr. 1893. Nr. 31.)

K—y dr.

Apróbb jegyzetek az orvostgyakorlatra.

1. **Szamárhurut gyógyítása.** *Gamba* és *Galvagno* a resorcin-t ajánlják. Előbbi 1%-os resorcin-oldattal naponként 2—4-szer becseteli a torkot és choanákat, utóbbi pedig belsőleg adja antipyrinnel együtt: Rp. Resorcini, antipyrini aa 15·0; Acidi hydrochlorici guttas 10; Aquae destill. 80·0; Syrupi simpl. 120·0 M. D. S. Naponként 3—5-ször egy-egy kávéskanálnyi. — *Baltray* a következő orvosságot rendeli: Rp. Moschi 0·4; Natrii bicarbonici 0·5; Magnesia carbon. 2·0. Div. in dos. Nr. VI. D. S. 2—3 óránként egy port. — *De Almeida* kreosotot ad sulfonallal: Rp. Kreosoti 0·25; Sulfonal. 0·2; Syr. tolut. 150·0. M. D. S. 2 óránként egy gyermekkanálnyi. *Tripold* a phenocollum hydrochloricumot nem találta hatástalanabbnak, mint a többi eddig ajánlott szert. — *Chibret* a vánkost jodoform-porral hinteti be, *Hellet* pedig ozonbelégzéseket végeztet. (Therap. Monatshefte, 1893. 6. füzet.)

2. **Végbél-fissurák eseteiben** *van der Willigen* jó eredménnyel használja az ichtyolt. Tiszta ichtyolba mártott esetet visz a végbélbe; a sphincter összehúzódása következtében az ichtyol ki-nyomatik az ecsetből és érintkezésbe jut a nyákhártyával. Az eljárás naponként egyszer végezendő. A táplálék folyékony legyen; híg széketétről ricinus-olaj adása által kell gondoskodni. Ezen orvoslás-mód fájdalomtalan, kellemetlen következményekkel nem jár; csupán egy esetben jelentkezett gyorsan múló eczema. (Wiener med. Presse, 1893. 28. sz.)

3. **Gégegümőkór gyógyítására** nagy tapasztalatai alapján *Semon* leginkább a kreosot belső használatát és ezzel egyidejűleg a helyi kezelést tejsavval ajánja. A tejsavat 20—50%-os oldatban használja becsetelés alakjában; megelőzőleg 20%-os cocain-oldattal érzéketleníti. A becsetelést hetenként 2—4-szer végzi. Erősebb granulatiókat előbb curette-tel távolít el. A kreosotot kis adaggal kezdi meg és lassanként az eredeti adag ötszöröséig is felemelkedik. (Wiener med. Presse, 1893. 28. sz.)

TÁRCZA.

III. congressus a gümőkór tanulmányozására.

Julius hó 27-dikén nyílt meg a párisi „Faculté” nagy amphitheatrumban a gümőkór tanulmányozására összegyűlni szokott congressusok harmadika, mely úgy az előadások számát, mint azok becsét illetőleg semmivel sem maradt mögötte az előzőleg 1888-ban és 1891-ben tartott congressusoknak.

Verneuil nagy tetszéssel fogadott megnyitó beszéde után, melyben a congressus történetét és a gümőkór terjedésének megakadályozására Armaingaud által szervezett ligát ismertette: a tisztikar megalakításához fogtak; Magyarország részéről tiszteletbeli elnökké Müller Kálmán tanár lett.

Ezután Petit főtitkár terjesztette elő az 1891-ben tartott második congressus által kifejezett óhajtsókra vonatkozólag eddig elért gyakorlati eredményeket. Ezek főleg a gümőkóros állatok húsa és teje által létrejöhető veszélyek orvoslására, valamint a gümőkórosak által lakott helyiségek fertőtlenítésére vonatkoznak. Ez utóbbira nézve nem érdektelen, hogy ez év első felében már 4400 ilyen lakást fertőtlenítettek Párisban.

A titkári előterjesztések után az előadásokra került a sor; a nagy számmal tartott előadások közül a következőket említjük.

A gümőkór és lepra gyógyításáról gümőkór ellen immunná tett állatok vérével Babes beszélt. Az állatokat immunokká oly módon tette, hogy először madárgümöbacillus-tenyészetből készült tuberculint fecskendezett bőrük alá, azután madárgümöbacillus egy esztendő tenyészetét, továbbá egy hónapos ilyen tenyészetet növekedő adagban, azután emberi gümöbacillus tenyészetből készült tuberculint, végül régi, majd friss emberi gümöbacillus-tenyészetet növekedő adagban. Az ily módon immunokká tett állatok véréből készült savóból 3—6 grammot $\frac{1}{100}$ carbolsavval keverve fecskendezett be napoként gümőkórban és leprában szenvedő emberek bőre alá. A betegek még csak három hónap óta állanak ezen kezelés alatt és azért végleges ítélet a módszer értékét illetőleg még nem mondható; az eddigi eredmények azonban mindenesetre biztatók.

A marhagümőkór nagy elterjedtségére utal Nocard és fel- említi a tuberculin nagy értékét e baj korai felismerését illetőleg. Indítványozza, hogy mindazon állatok, melyeknél tuberculin befecskendezésre reactio következik be, szigorúan elkülöníttessenek az egészséges állatoktól, a melyek azután fertőztelenített istállóban helyezendők el. A betegeknek talált állatok azért még nem vesznek kárba, mert rövid idő alatt meghízálhatók a mészárszék számára.

A fertőzés és öröklés szerepéről a gümőkór terjedésére Hérard tartott referáló előadást, melynek végén arra az eredményre jut, hogy a tüdőgümőkór leggyakrabban fertőzés útján keletkezik, de azért az öröklés is szerepet játszik és pedig nem csupán a gümőkórra hajlamosságot öröklök gümőkóros szüleitől a gyermekek, hanem elég gyakran magát a gümöbacillust is. A sebészi gümőkór esetekben ellenben az öröklés játszsza a főszerepet.

Az előadáshoz fűződött élénk eszmecserében Nocard a marhagümőkór tanulmányozása közben tett észleletei alapján az öröklésnek csak másodrendű szerepet tulajdonít. Empis épenséggel nem hisz a fertőzésben; állításának támogatására felhossa, hogy eddig még nem látott olyan öröklésséleg nem terhelt egyént, a kit gümőkóros házastele fertőzött volna. Petit eseteket hoz fel, a melyek szerint előzőleg gümőkórosak által lakott helyiségekben gümőkóros megbetegedések történtek. Ezen esetek egyrészt a fertőzés lehetősége mellett szólnak, másrészt pedig mutatják, hogy mily fontos a gümőkórosak által lakott helyiségek alapos fertőtlenítése. Ducor megjegyzi, hogy sebészi gümőkór eseteiben nem lehet mindig az öröklést felvenni és ennek bizonyítására két esetet említ, melyekben csupán a fertőzés vehető fel a sebészi gümőkór kifejlődésének oka gyanánt. Verneuil eseteket hoz fel, melyek azt a következtetést engedik meg, hogy a szülőtől a gyermekre öröklésséleg átszármazott gümöbacillusok latens állapotban maradhatnak. Arthaud 5000 betegre vonatkozó statistikája alapján arra az eredményre jut, hogy az esetek 40%-ában öröklésre, 6%-ában pedig fertőzésre vezetendő vissza a gümőkór. Coudray 75 sebészi gümőkórban szenvedő 8 hónapos — 15 éves gyermeknél tanulmányozta az öröklés kérdését,

de csak 15%-ban volt képes öröklést kimutatni. Szerinte tehát a sebészi gümőkór létrejötténél is a fertőzés játszsza a főszerepet.

A fertőző betegségek befolyásáról a gümőkór kifejlődésére Verneuil két esetet hoz fel. Az első egy jelenleg 7 éves, öröklésséleg terhelt leánykára vonatkozik, a ki 4 éves korában a nyakon székelt kiterjedt mirigygümőkórban szenvedett. E bajból a beteg mirigyek erőlyes kikaparása után meggyógyult, de nemsokára malum Potti-ba esett; 2 évi orvoslás után e baj is megszűnt. Hat hónap múlva egyébként jóindulatú kanyaróban betegedett meg a gyermek, mely után nemsokára úgy a nyaki mirigyek mint a malum Potti súlyos alakban ismét megjelent. A másik esetben az erőteljes szülőtől származott gyermek súlyos malaria után csekély traumát szenvedett a vállon, a mely után több arcesont és a clavicula gümőkóros necrosisát következett be.

Legroux szintén felhoz két hasonló esetet; az egyikben számárhurut után coxalgia fejlődött, a másikban pedig a kanyaró halálos kimeneteli meningitis tuberculosa követte. Cannellis utal arra, hogy az influenza szerfelett nagy mértékben praedisponál a tüdőgümőkórra és kiemelendőnek tartja azt, hogy olyanok, kik influenza után tüdővészesekké lettek, nem szűntek meg köhögni az influenza lezajlása után: a tüdővész félbeszakítás nélkül követte az influenzát.

Gastropathiák és tüdővész cím alatt Hayem tartott érdekes előadást. Vizsgálatai és tapasztalatai eredményeképpen állítja, hogy a tüdővészre hajlamossítottaknál a baj megjelenését legjobban úgy lehet megakadályozni, ha a gastropathiát, mely sokszor évekké előzi meg a tüdővést, meggyógyítjuk. Ezen eljárással egyes esetekben már a kezdeti szakban levő tüdővést is meg lehet állítani. A klímaváltoztatás, a tengeri utazás és egyes thermalis kúrák nézete szerint oly módon gyakorolnak jótékony hatást a tüdővészre, hogy a dyspepsiát kedvezőleg befolyásolják és ezen úton a szervezet erejét, ellenálló képességét növelik. Tüdővészeseknél mindig nagy gondot kell fordítani a gyomorra és azért nagyon örül azon újabb áramlatnak, mely a gyógyszereknek a szájon keresztül adását mellőzve, azokat más utakon-módokon kívánja a szervezetbe juttatni; ily módon ugyanis nem lépnek fel gastrikus zavarok a gyógyszereknek a gyomorra gyakorolt izgató hatása folyományaként, másrészt pedig sokkal nagyobb adagok is adhatók.

A tüdővész gyógyításáról sanatoriumokban Brunon szólt, kifejtve az okokat, a melyek véleménye szerint a sanatoriumokban elért jó eredmények létrehozásánál szerepelnek és a melyek között nem utolsó helyen áll a psychikus befolyás, melyet a régibb, javuló betegek látása gyakorol. Sajnálatát fejezi ki, hogy Franciaországban eddig még csak egy ilyen sanatorium van.

Petit a Földközi-tenger partjain levő klimatikus gyógyhelyek ellenében felhozott kifogásokat — a melyek szerint ott nagyon sok a beteg, a fertőzés folytonos veszedelme forog fenn és a betegek rendszeren rosszabb állapotban térnek vissza — czáfolja meg. Szükségesnek tartaná azonban, hogy a klimatikus gyógyhelyeken sanatoriumok létesüljenek, mert a tüdővészeselek könnyelműsége miatt folytonos felügyelésük nagyon szükséges; ilyen sanatorium létesítése Mentone-ban különben már tervben van.

A marhagümőkór felismerésére Degive (Brüsszel) tökéletesen megbízható szernek tartja a tuberculint. A mi a gümőkórosoknak talált marhák felhasználását illeti, annak a véleménynek ad kifejezést, hogy húsukat sterilizálni kell és azután olcsó áron eladni, a mint ezt Berlinben teszik is. Thomassen (Utrecht) szintén megbízható diagnostikai szernek mondja a tuberculint, noha vannak esetek — habár elenyésző csekély számmal —, a hol a gümőkóros állatok nem reagálnak a szerre. Siegen (Luxenburg) szerint szintén megbízható szer a tuberculin; kiemelendő, hogy ő több elvetélt marha-fötusban gümöbacillusokat volt képes kimutatni.

Gümőkór kutyáknál cím alatt Richet és Héricourt kétszázat meghaladó kísérleteikről számolnak be. A gümöbacillusokat mindig intravenosus úton juttatták a szervezetbe. Ha csak kis mennyiséget használtak a fertőzésre, a kutyák életben maradtak; nagy adagok befecskendezése után azonban átlag 30 nap alatt elpusztultak; az első 10 napban az állat egy keveset veszít súlyából, különben azonban teljesen jól érzi magát, sokat eszik, sőt még talán falánkabb is, mint más kutya; a második időszakban az állat erősen

soványszik, étvágya azonban még van; a harmadik időszakban a kép megváltozik: az állat szomorú, köhög, bélvérzése van, étvágyát veszti és szerfelett soványszik és végül görcsök vagy általános gyengeség között megdöglik. Az olyan kutyák, melyek nem nagy mennyiségű gümöbacillus befecskendése után életben maradtak, halálos mennyiségű gümöbacillus fertőzés után sokkal tovább maradtak életben, mint a kontrol-állatok. Papiron megszárt gümöbacillus-tenyészetek befecskendése után, a mikor tehát a gümöbacillusokkal együtt azoknak oldékony terményei is a szervezetbe vitetnek, a lefolyás változik, a mennyiben egyrészt később döglének meg az állatok, másrészt pedig úgyszólván semmi súlyfogyás sem mutatkozik; a bacillusok termékei tehát egyrészt késleltetik a betegség menetét, másrészt pedig csökkentik a denutritiót. Ha ezen oldékony termékeket már gümökórossá tett kutyába fecskendezi az ember, rohamosan jelentkeznek súlyos tünetek, sőt néha már néhány óra alatt megdöglik az állat valami vegyi anyaggal történt mérgezés tüneteinek között. Madárgümökór-tenyészetekkel kutyákat immunissá lehet tenni az emberi gümökórral fertőzés ellen. Az ily módon vaccinált állatok vérével gümökóros kutyáknál a betegség menete megakasztható.

Cadiot szerint a gümökór kutyáknál nem oly ritka, mint azt a gümöbacillus felfedezése előtt gondolták. Az utolsó esztendőben 40 kutyánál talált gümökórt; leggyakrabban a tüdők voltak megbetegedve, a 40 eset közül 35-ben. Számos tapasztalata alapján oda nyilatkozik, hogy a kutyák a legtöbb esetben az emberek útján fertőztek; másrészt azonban a gümökóros kutya veszélyessé lehet az emberre nézve is.

Székelly Ágoston dr.

(Folytatása következik.)

A drezdai nemzetközi cholera-conferentia határozatai.

(Folytatás.)

4. Árúk vagy tárgyak, melyek a fertőző anyag hordozói lehetnek és mint ilyenek a be- vagy átviteli tilalom, úgyszintén a fertőtlenítés elrendelése szempontjából tekintetbe jönnek.

a) Be- és átvitel.

Az egyedüli árúk vagy tárgyak, melyek a fertőző anyag hordozói lehetnek és mint ilyenek a beviteltől eltilthatók, a következők:

1. Fehérnemű, régi és használt ruhanemű (mindennapos használatban levő ruházatkodási cikkek), használt ágynemű. Ha ezen tárgyak úti podgyász gyanánt, vagy lakóhelyváltoztatás következtében küldetnek, különös határozatok alá esnek.

2. Rongyok.

El nem tilthatók: a) hidraulikusan összepréselt rongyok, melyek megvasalt csomagokban nagykereskedéssel küldetnek és olyan származási jelekkel és számokkal vannak ellátva, a melyeket a rendeltetési hely hatóságai elismernek; b) fonó-, szövőgyárakból, úgyszintén divatárú és fehérítő intézetekből közvetlenül jövő új hulladékok; mügyapot (Shoddy) és új papírszeletek.

Az olyan árúk vagy tárgyak átvitele, melyek a fertőző anyag hordozói lehetnek, nem tiltható el, ha úgy vannak becsomagolva, hogy velük az érintkezés útközben lehetetlen.

Hasonlóképpen nem szolgálhat a rendeltetési országba bevitel akadályául azon körülmény, hogy árúk vagy tárgyak, melyek a fertőző anyag hordozói lehetnek, járványlepte kerületen keresztül vitettek, ha a szállítás úgy történt, hogy azok cholera-ürülékkel szennyezett tárgyakkal nem érintkezhetek.

Ha a rendeltetési ország hatóságának kimutatatik, hogy azon árúk vagy tárgyak, melyek a fertőző anyag hordozói lehetnek, legalább öt nappal a járvány kitörése előtt küldettek el: a kiadott beviteli tilalom nem nyerhet alkalmazást.

Nem engedhető meg, hogy árúk a határszéleken quarantánban visszatartassanak. Bevitelüknek egyszerű megtiltása vagy a fertőtlenítés képezik az egyedüli megengedhető intézkedéseket.

b) Fertőtlenítés.

Úti podgyász. Minden esetben fertőtleníthetők a régi és használt ruhadarabok, a szennyes fehérnemű és egyéb tárgyak, melyek

az utazó podgyászához vagy a költözködő berendezéséhez tartoznak és járványosnak kijelentett kerületből származnak, a mennyiben azokat a helybeli egészségügyi hatóság cholera-ürülékkel szennyezettnek tartja.

Árúk. Csak olyan árúkat és tárgyakat szabad fertőtleníteni, a melyek a helybeli egészségügyi hatóság véleménye szerint cholera-ürülékkel szennyezetteknek tekintendők, vagy a melyeknek bevitelét eltiltható.

Annak eldöntése, hogy a fertőtlenítés hol és mily módon történjék, a rendeltetési ország hatóságainak van fentartva.

A fertőtlenítés úgy végzendő, hogy a tárgyak lehetőleg keveset sérüljenek.

Azon kérdésnek szabályozása, hogy a fertőtlenítés okozta kár kártérítés követelésére feljogosít-e, az egyes államokra bízatik.

Levelek és levelezőlapok, nyomtatványok, könyvek, újságok, üzleti iratok stb. (a postacsomagok kivételével) sem beviteli korlátozásnak, sem fertőtlenítésnek nem vetendők alá.

5. Óvintézkedések a határszéleken. Vasúti szolgálat. Utasok.

Az utasok, a posta és az úti podgyász szállítására szolgáló kocsik a határszálen nem tarthatók vissza.

Ha egy ilyen kocsik cholera-ürülékkel szennyezett, a határszálen vagy a legközebbi állomáson, mielőtt az lehetséges, fertőtlenítés céljából a vonatról lekapcsolandó. Hasonló módon kell elbánni a teherszállító kocsikkal is.

Szárazföldi quarantán a jövőben többé ne állíttassék fel.

Csupán a cholera- vagy choleraszerű tünetek között megbetegedett személyek tarthatók vissza.

Fontossággal bír, hogy az utasok a vasúti személyzet által egészségi állapotukat illetőleg felügyelet alá vettessenek.

Az orvosi beavatkozás csupán az utasok megtekintésére és a betegekéről gondoskodásra szorítkozzék.

Az orvosi vizsgálat lehetőleg a vámvizsgálattal egyidejűleg történjék, hogy az utasok csak lehető rövid ideig tartassanak fel. Nagyon fontos volna a járványlepte helyről érkező utasokat rendeltetési helyükön megérkezésükkor az elutazás napjától számított 5 napon keresztül egészségi felügyelet alá vetni.

A határátlépést illetőleg a vasúti és posta-személyzet számára hozandó óvintézkedések az illető igazgatóságok dolgát képezik és lehetőleg olyanok legyenek, hogy a rendes szolgálatot ne zavarják.

A kormányok fentartják maguknak a jogot, hogy bizonyos fajta egyénekkel, főleg a) cigányokkal és kóborlókkal, b) kivándorlókkal és olyanokkal szemben, a kik csoportosan utaznak vagy a határt átlépik, külön óvintézkedéseket léptethessenek életbe.

6. Külön határozatok a határszéli kerületekre nézve.

A határszéli forgalom szabályozása és az ezzel összefüggő kérdések, úgyszintén külön felügyeleti intézkedések elrendelése az egymással határos államok kölcsönös megegyezésének engedtetik át.

7. Folyók, csatornák és tavak.

A folyók egészségrendészeti szabályozása a parti államok külön megegyezésének engedtetik át. E tekintetben az 1892-ben kiadott német szabályzat ajánlatik, melynek használata kedvező eredménnyel járt.

(Folytatása következik.)

Heti szemle.

Budapest, 1893. augusztus 18-dikán.

A cholera állása. Az idej cholera azon sajátossága, hogy nagyon sok helyen felütötte fejét, de járványossá nem igen lett: még mindig fennáll.

Oroszországban valamit javultak az állapotok az esetek számát illetőleg; így Podoliában, a hol az előző héten 666 megbetegedés és 228 haláleset fordult elő, a mostani héten a betegedési, illetve halálesetek száma 390-re, illetve 136-ra apadt. Nisni-Novgorod kormányzóságban ellenben, úgyszintén Moszkvában szaporodtak az esetek, 102 illetve 43 haláleset fordulván elő. Szent-Pétervárott most is csak elszórt esetek fordulnak elő, a melyeneket különben újabban Varsóban is észleltek.

Brailában és Szulinában az esetek száma napról napra nő; e helyek mindegyikében most már körülbelül 30 eset fordul elő naponként. Románia más helyeiről is érkeznek most már hírek cholera-esetekről.

Galicziában két hét óta több helyen fordulnak elő szörványos cholera-megbetegedések.

Olaszországban elég kedvezőknek mondhatók a viszonyok; Nápolyban az esetek száma tetemesen csökkent; a Nápoly környékén levő falvakban, a hol néhány elszórt eset mutatkozott, járványossá nem lett a baj. A Rómában előfordult néhány esetről még kétséges, vajjon csakugyan cholera volt-e.

Franciaországban újabb hírek nem érkeztek; az állapot valószínűleg változatlan. Hasonló mondható *Spanyolországról* is.

A német császári egészségügyi hivatal kimutatása szerint *Mekkában* az idei járvány alatt 6666 ember pusztult el, Djeddában pedig 2316. *Kis-Ázsiában* megnyugtatók az állapotok; Smyrnában naponként csak egy-két eset fordul elő. *Egyiptom* eddig még mentes a cholera-tól, a mely *Perzsiában* újra felütötte fejét.

Magyarországon újabban Szabolcsmegyéből érkeznek hírek, melyek szerint ott több községben gyanus megbetegedések fordultak elő.

A m. kir. belügyminister 50.104/93. számú körrendelete a magánrendelő-intézetek tárgyában. Valamennyi törvényhatósághoz. Az úgynevezett magánrendelő-intézeteket úgy tulajdonosaik, mint a törvényhatóságok idáig, úgy látszik, oly gyógyintézeteknek tekintették, a melyeknek engedélyezése az 1876. évi XIV. t. cz. 56. §-a, valamint a kórházakra és gyógyintézetekre nézve kiadott 1876. d. 51.671. számú szabályrendelet 1. §-a szerint a belügyminister jogköréhez tartozik s ezért azok felállításiáért mindig ide folyamodtak. Ugyanezen szabályrendelet 2. és 3. §-ának tartalma azonban, mely a gyógyintézet fogalmát és felszerelését megszabja, már kizárja azt, hogy az úgynevezett rendelő-intézetek gyógyintézeteknek legyenek tekinthetők s ennél fogva belügyministeri előleges engedélyezés alá essenek.

A szóban levő rendelő-intézetek tényleg nem egyebek, mint intézeti című ellátott oly helyiségek, hol valamely orvos, ki e cím használatára az eddigi szokás szerint jogosítványt nyert, minden különös további kötelezettség nélkül ugyanúgy működik és gyógyít, mint azon orvos, ki a fenti cím használatára engedéllyel nem bír s a szegényeket magánlakásán díjlanul látja el orvosi tanácsal.

Ezért tekintettel arra, hogy a magánorvos által nyitott rendelő-intézet sem formailag, sem lényegében semmiben sem különbözik az orvosi gyakorlatra képesített és jogosított orvos magánhelyiségeitől, továbbá tekintettel arra, hogy orvosi gyakorlatra képesített orvos joggal rendelhet bárhol s bármilyen mű betegség ellen, s végül tekintettel arra, hogy a szegények számára való ingyenes rendelésben soha senkit nem akadályoztak, a magánrendelő-intézetek ezentúl belügyministeri engedélyezését nem tartom szükségesnek, annál kevésbé, mert az orsz. közegészségügyi tanács ezen ügyben bekívánt szakvéleménye szerint is a magánorvosok által nyitott rendelő-intézetek az 1876. évi XIV. t. cz. és 1876. évi 51.671. számú szabályrendeletben értett „gyógyintézetek” rovatába határozottan nem sorolhatók s mert másfelől az ily intézetek engedélyezése azok tulajdonosainak a szegényeket szintén ingyen gyógyító más orvosok felett kiváló helyzetet biztosítana a nagy közönség szemében, a mely az engedélyt az ilyen rendelő-intézet tulajdonosa által nyert különfokú képesítésnek magyarázhatná.

Más elbírálás alá esnek az úgynevezett poliklinikumok, melyeket emberbaráti egyesületek azon célból alakítanak, hogy a szegények gyógyítását az e célra rendelt helyiségek felszerelésével, kellő szakorók megnyerésével s a szegényeknek ingyen gyógyszerrel való ellátásával elősegítsék, vagy a hol az intézetnek személyi szervezete külön igazgatóság alatt áll, vagy az ott rendelő orvosok az intézetet fentartó testület vagy egyesület részéről rendes évi javadalmazást húznak, a mennyiben az ily intézetek már inkább az 1876. évi XIV. t. cz. 56. §-ának intézkedése alá esnek és így ezentúl is csak belügyministeri engedéllyel állíthatók fel.

Budapesten, 1893. évi július hó 10-dikén.

Hieronymi s. k.

Vegyesek.

Budapest, 1893. augusztus 18-dikán. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1893. július 30-tól augusztus 5-ig terjedő heti kimutatása szerint e héten élve született 352 gyermek, elhalt 267 személy, a születések tehát 85 esettel múltak felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 2, ronsoló toroklob 11, hökhurut 1, kanyaró —, vörheny 2, typhus abdominalis 2, gyermekági láz —, egyéb ragályos betegségek 4, agykéreg 12, agyvérömleny 3, rángások 8, szervi szív-baj 10, tüdő-, mellhártya- s hörgő- és höghurut 41, tüdőgümő és sorvadás 43, bélhurut és béllob 63, carcinomata et neoplasmata alia 9, méhrák 3, Brigh-kór és veselob 8, görvéllykór 1, veleszületett gyengeség és alkathiba 12, aszkór, aszály és sorvadás 8, aggkór 5, erőszakos haláleset 9. A fővárosi közokórházakban ápolatott e hét elején 1976, beteg, szaporodás 706, csökkenés 703, maradt e hét végén ápolás alatt 1979. — A fővárosi tisztii főorvosi hivatalnak 1893. augusztus 6-tól augusztus 12-ig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult meg-

betegedés: hagymázban 9, báranyhimlőben 1, vörhenyben 11, kanyaróban 58 (meghalt 1), ronsoló toroklobban 25 (meghalt 10), torokgyikban 3, trachomában 14, hökhurutban 67 (meghalt 1), orbánczban 11.

— Charcot Jean Martin, a világhírű ideggyógyász e hó 16-dikán 68 éves korában hirtelen elhunyt.

— A római nemzetközi orvosi congressust a fenyegető cholera-veszélyre való tekintettel jövő évi április hóra halasztották.

— Az I. nemzetközi samaritanus-congressust, mely Bécsben ez évi szeptember hóban lett volna megtartandó, 1894-re halasztották.

△ Hazai fürdők személyforgalma. Bártfa (aug. 1.): 1760; Buziás (aug. 7.): 1423; Herkulesfürdő (aug. 12.): 5184; Korytnicza (aug. 5.): 1121; Lipik (aug. 6.): 2371; Parád (aug. 5.): 1014; Siófok (aug. 9.): 1022; Szilács (jul. 31.): 1218; Tátrafüred (aug. 10.): 2913; Alsó-Tátrafüred (aug. 7.): 1517; Új-Tátrafüred (aug. 7.): 1455; Vihnye (aug. 7.): 903.

— Typhus elleni immunitást sikerült előidéznie házi nyulaknál Bruschettiniinek a bolognai egyetem kórtani intézetében. A typhus-bacillus vérsavó, gelatina vagy húsleves tenyésztését egy órán keresztül 60° C. hőmérsék mellett tartotta és azt találta, hogy az ily módon kezelt tenyészetek befecskendezése által házi nyulakat nagy mértékben immunná lehet tenni typhussal szemben. Az immunizált állatok vére élő hatást gyakorolt a typhus-bacillusokra.

— A nyitramegyei Ágoston-kórházban — a mint azt Fridrich Alajos dr. igazgató jelentésében olvassuk — az 1892. évben 402 férfit és 242 nőt, összesen 644 beteget ápoltak. Egy betegre átlag 26 ápolási nap esett. A halálozási százalék 10 volt. Műtétet összesen 26 esetben végeztek.

— Beregvármegyei közokórházban — Székely Kálmán dr. igazgató-főorvos jelentése szerint — az 1892. évben összesen 725 beteg nyert ápolást (374 férfi és 351 nő); egy betegre átlag 29 ápolási nap esett. Sebészi műtét 126 esetben lett végrehajtva. A halálozási százalék 7.72-öt tett ki.

— Megjelent. Drasche: Bibliothek der gesamten medicinischen Wissenschaften, I. Abtheilung: Interne Medicin und Kinderkrankheiten, Heft 4 (Balneotherapie interner Krankheiten — Brechdurchfall der Säuglinge). Max Merlin, Bécs és Lipse. Egy füzet ára 60 krajczár.

Szt.-Lukácsfürdő Budapest (Buda). Meleg és langyos kén-szulfurális. Téli és nyári gyógyhely. Az iszapfürdő, egy 840 m-éterre terjedő meleg forrástól. 45—60° C. Rheumatikus bajok, ízületi csúsz, izom-csúsz, 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 kitűnő ellátás. Fekvés keletnek, személyvonó (Lift), massige 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. augusztus 10-től egész augusztus 16-ig ápolott betegekről.

1893.	Feltett			Elbocsátott			Meghalt			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 üllői-úti kórházban
Aug. 10	42	33	75	38	48	86	1	2	3	941	896	1837	839	68	48	882
" 11	33	39	72	33	40	73	2	5	7	939	890	1829	837	66	45	881
" 12	43	40	83	73	35	108	4	2	6	905	893	1798	835	63	43	857
" 13	29	24	53	48	53	101	6	3	9	880	861	1741	827	53	38	823
" 14	63	57	120	63	31	94	2	4	6	878	883	1761	839	53	37	832
" 15	54	62	116	29	44	73	4	2	6	899	899	1798	847	54	36	851
" 16	60	46	106	29	35	64	4	4	8	926	906	1832	885	54	38	855

Dr. Dollinger Gyula TESTEGYENÉSZETI ÉS SEBÉSZETI INTÉZETE

Budapest, VII., kerepesi-út 52.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADO TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÓGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A cholera kezelése allylsulphiddal.

Ángyán Béla dr., egyet. m.-tanár s közkórházi főorvostól.

A mult évi cholera-járvány alatt végzett gyógykísérleteim és azok eredményei a „Rókus-kórházi évkönyvben“ néhány hét múlva jelennek meg. Minthogy azonban jelenleg hazánk keleti részén a cholera ismét felütötte fejét, szükségesnek tartom, hogy kísérleteim közül az allylsulphiddal elért eredményeket röviden ismertessem. Teszem pedig ezt azon célból, hogy t. ügyfeleim figyelmét e szerre felhívjam, mint a melyet minden egyéb antimikotikus szerek között a legjobbnak találtam.

A cholera kezelése, nevezetesen a cholera asphyktikum stadiumában, nem szorítkozott tisztán ezen szer belső és csőrében való használatára, hanem a tüneti kezelésnek megfelelőleg egyidejűleg alkalmaztattak a boralatti sóinfúziók is.

Megjegyzem, hogy allylsulphid nagyobb adagjai, mint a minőben én használtam, bátran alkalmazhatók, minden hátrány nélkül s talán több eredménnyel.

Együttal felkérem a t. ügyfeleket, hogy az esetleg használt allylsulphiddal elért eredményeket vagy a szaklapokban, vagy velem közölni sziveskedjenek.

1892-dik év október hó 11-dikén *Pertik Ottó* tnr. *Gebhardt* főorvos által azzal biztatott meg, hogy a hagyma és a torma hatását az ázsiai cholera vibrióra vizsgálja meg. P. tnr. kísérletei azt mutatták, hogy az édes hagyma és a vöröshagyma leggyorsabban ölik el a cholera vibrioit, középen áll a fokhagyma és az édes torma, leglassabb hatású az erős torma.

Pertik tnr. kísérleteinél a hagymafajokat illetőleg a következőkép járt el. Kivonatokat készített az édes hagyma, vöröshagyma és a fokhagymából s ezen kivonatokat a Kitasató-féle porcellánszűrőn átszűrve sterilizálta. A steril kivonatból azután 5—5 köbcm.-nyi mennyiséget a cholera vibriok bouillon tenyésztéséhez kevert s belőlük lemezeket öntött és pedig: A) rögtön, B) 5 perc múlva, C) 1 óra múlva és D) 7 óra múlva. A lemezkultúrák eredménye az, hogy az édes és vöröshagyma rögtön sterilizálta a kulturát, míg a fokhagyma csak 7 óra múlva.

Ezen bakteriologikus kísérletek alapján feljogosítva éreztem magamat, hogy a hagyma ható anyagát a choleránál, mint antimikotikus szert használjam.

A hagyma a cholera ellenében új szernek szintén nem nevezhető. *Michel* a hagyma belső és külső használatától a cholera asphyktikus stadiumában a legjobb hatást látta. (Bull. de Thér. Mai. 1849.)

A hagyma (allium), mint ismeretes, a mai gyógyszer-tanban egyáltalán nem hivatalos; *Balogh* commentárja fel sem említi. És ha egyes külföldi gyógyszerkönyvekben találkozunk is vele, ezekben is úgy szólván csak megemlítetik. A régebbi gyógytudományban azonban az allium nagy szerepet játszott. Használták azt belsőleg mint excitant, stimulant, majd febrifugum,

diureticum és vermifugum gyanánt; külsőleg pedig gyakran alkalmaztattott mint rubefaciens és vesicans. Még régebben, nevezetesen a fokhagyma (*A. sativum*) mint anti-septicum és a pestis ellenében, mint praemuniens alkalmaztattott. A pestis ellenében a fokhagyma 1—2 gerezdje tartatott a szájból s állítólag az ilyen elővigyázattal élők a pestistől megkímélve lettek.

Az alliumfajok közül különösen a fokhagyma (*A. sativum*), az édes- és a vöröshagyma (*cepa alba et rubra*) voltak használatban. Az allium victorialis, mint gyógyszer nem alkalmaztattott, de a babonás köznép még ma is nagyra becsüli, mint oly szert, mely a vágás és lövés ellen mentesít és a mely megóv embert és állatot a varázslástól.

Az allium nyákon kívül tartalmaz ezukrot és mannitot, csekély mennyiségű gyantanemű anyagot, quercetint, rutint (*Schlösser*) és egy illékony kéntartalmú aetherikus olajat (*Fourcroy és Vaquelin*). Ezen olaj, mely a fokhagymában 0.25%-ban tartalmaztatik, összetételére nézve semmiben sem különbözik azon hagyma-olajtól, mely az allium cepa-ból nyeretik. A hagymaolaj a hagymából destillatio útján kiválasztható, illékony, sötét barnás-sárga, vízben alámertülő, jellegzetes hagymaszagú olaj, melynek forrási pontja 150° (*Wertheim*). Főalkotó része ezen olajnak az allylsulphid ($C_6H_{10}S$).

Midőn *Pertik* tnr. kísérleteiről október hó 24-dikén tudomást szereztem s a hagymát a cholera ellen alkalmazni elhatároztam, óhajtottam volna azonnal a hagyma főható anyagát az allylsulphidot használni. Ez azonban csak november hó 5-dikén volt kapható *Molnár* dr. gyógyszerész által.

Addig is, míg a ható anyagot megkaptam a *Cepa alba*-ból készíttettem syrupot, hogy előlegesen is kipróbáljam: miképen tűrik azt a betegek. Ezen syrupot *Kiss Károly* gyógyszerész volt szives elkészíteni s ingyen rendelkezésemre bocsátani, kinek önzetlen fáradozásért nem mulaszthatom el e helyen köszönetemet kifejezni.

A *syrupus Cepae* a következő formula szerint készült. Rp. *Cepae albae raspatae* gramt. 400.0, Alcohol, rectificati gramt. 300.0, Aqu. dest. simpl. gramt. 300.0 Digiretur p. 48 h. dein cola et filtra. Adde: Tinet. aurant. cort. gramt. 200.0, ol. menthae piperitae gramt. 5.0 Sacchari albi qu. s. ut fiat syrup.

Ezen syrupot a betegekkel 1/2 órai időközökben egy evőkanállal vétettem. A betegek általában szívesen vették; undort nemcsak hogy nem okozott, sőt legtöbb esetben a hányási ingerek és a hányások gyorsan kevesbedtek és gyorsan meg is szűntek.

Midőn a tisztán előállított allylsulphid november hó 5-dikén kapható volt, további kísérleteimet ezen szerrel végeztem.

Az allylsulphidot egyidejűleg a gyomron és a végbélen át alkalmaztam a következő formulák szerint: Rp. Allylsulphid 0.25, Mucilago gummi arabici 30.0, Aqu. dest. 100.0, Ol. menthae pip. 0.10, Syrup. simpl. 20.0. Fiat emulsio. Rp. Allylsulphid 1.0, Aqu. dest. 1000.00 Dt. Csőrére.

Az allylsulphid hatására nézve nem rendelkezvén tapasztalatokkal, kis adagban alkalmaztam azt belsőleg és pedig eleinte 2 órai időközökben s miután láttam, hogy különösebb

zavarokat nem okoz, óránként s majd $\frac{1}{2}$ óránként vétettem egy evőkanállal.

Tömeges bélbeöntés céljából a 36° C.-ra felmelegített allylsulphid 1 pro mille oldatából egy beöntésre $1\frac{1}{2}$ liter folyadékot használtam fel és naponta 2—3-szor ismételt.

Az allylsulphidot így a betegek, dacára kellemetlen szagának, szívesen vették.

Ekkép október hó 27-dikétől november hó 22-dikéig 57 cholera-eset kezeltetett, és pedig:

Cholera-hasmenés volt	5;	gyógyult	5 = 100%	
Cholerin	6;	"	6 = 100%	
Cholera-roham	46;	"	29 = 63%	meghalt 17 = 37%
Összesen:	57;	gyógyult	40 = 70.17%	meghalt 17 = 29.83%

Ha ezen eredményeket összehasonlítjuk egyéb anti-mykotikus szerek által elért eredményekkel, úgy az allylsulphid jótékony hatása a cholera mindegyik alakjánál igen feltűnik. Távol áll azonban tőlem, hogy ezen kísérletből az allylsulphid hatására a cholera általános érvényű következtetést vonjak. Erre az esetek száma kevés. Hozzájárul még azon körülmény is, hogy vele a kísérletek a járvány egy oly időszakában végezthettek (t. i. a járvány csökkenése idején), midőn — mint általában felveszik — az enyhébb lefolyású esetek különben is nagyobb számúak szoktak lenni.

Mindazonáltal a feltűnő gyógyulási arány annak kijelentésére felbátorít, hogy cholera-nál az allylsulphiddal, mint anti-mykotikus és a szervezetre károsan nem ható szerrel érdemes további beható kísérleteket végezni.

Gingivitis nudata.

Árkövy József dr., ny. rk. tanártól.

A vezetésem alatt álló fogászati klinikán a közel multban észlelt eset alapján fentnevezett gingivitist kívánom általános vonásokban leírni. A jó észlelők figyelmét aligha kerülte el különös karaktere, mindazonáltal az irodalomban¹ hiányzanak a gingivitis eme féleségére vonatkozó feljegyzések. Így tehát nem szorítkozhattam annak leírására, hanem nevet is kellett találnom megjelölésére, a mi külleme szerint és egyébként is indokolva a következő terminus technicust adta: *gingivitis nudata*. A mi előfordulását illeti, az meglehetősen ritka, úgy hogy 10 év alatt úgy a hajdani nyilvános foggyógyintézetben s utóbb az egyetemi fogászati klinikán, valamint magángyakorlatomban nem több mint mindössze 8—10 genuin esetet észlelhettem. Lehetséges, hogy az észlelések egész sora fog felmerülni, mihelyt létezéséről tudomást szereztünk, a mint ez több újonnan leírt betegségnél történt. A legutóbb észlelt esetet mint példát körülményesen írjuk le.

„Klinikai közl. XVI. szám. S. Victoria, 19 éves, gyengén fejlődött halavány nő, ki néhány hét óta az I. belgyógyászati kór-dán chlorosis miatt gyógykezeltetik. Jelentkezése előtt 3 nap óta fájdalmi vannak az inyben a felső incisivusoknál, valamint a kemény szájpád nyákhártyáján. Tanács és kezelés végett 1893. május 2-dikán a fogászati klinikára küldetett át Status praesens. A chlorotikus beteg szájnnyákhártyája is feltűnően halavány, valamint az iny is. A nyákhártya ezen helyeken nem síma, hanem szabad szemmel alig láthaó igen apró göböcskéket mutat. Az interdental papillák, valamint a palatinális redők duzzadtak, fénytelenek, teljesen szárazak, ujj-hegygyel tapintva, tapadósak. Ugyanez a tapadás kimutatható, hogy ha vékony, könnyű műszerrel, pl. gyökösdával gyengéden érintjük.

Árkövy tur. már mintegy 10 év óta részletes fogászati kór- és gyógytani előadásaiiban megemlékezett ezen meglepő

és a többi ismert gingivitesektől úgy lényegében, mint symptomáiban is eltérő megbetegedésről, és akkor, valamint azóta is észlelt és mutatott be néhány hasonló beteget. (Közlő *Hattysy L. dr.*)“

Aetiologia. Ezen megbetegedés kórokat részint leforrázásban kell keresni, másrészt pedig fordultak elő oly esetek, melyekben a tulajdonképeni kórokat kimutatni nem lehetett. A leforrázás kizárólag nem lehet a bántalom okozója, mert ily felvételnek ellenmond annak ritkasága, holott az emberek szájukat számtalanszor forrázzák le; továbbá a bántalom hosszú, 1—2 évre is kiterjedő [2 asszony, az egyiknél (intézeti beteg), 50 éves, 2 év óta, a másiknál — 38—40 éves — közel 1 év óta] tartama, a míg a közönséges leforrázások rendszeren néhány nap alatt behamosodnak. Továbbá nagyobb frequentiával fordulnak elő esetek, midőn csakis az iny labialis (többnyire felső állcsont) felületén fordul elő a bántalom, evidensen a fogkefe (új, vagy nagyon kemény) mértéktelen használata által előidézve. E helyen azonban a bántalom rövid idő alatt gyógyul. Valószínű, hogy mechanikai dörzsölés szintén képes e bántalmat előidézni. Így észlelve lett néhány műfoggal bíró (felső lemez) egyén esetében, a kiknél a piéce nem illett pontosan.

Localisatio. A bántalom leginkább a kemény szájpádon székel; néha azonban áttérjed vagy kizárólag szorítkozik a tulajdonképeni inyre is, involválva az interdental papillákat. A bántalom terjedési határát szabad szemmel nem lehet észrevenni, mert szélei egyáltalában nincsenek kifejezve, valamint a normalis szájnnyákhártya színétől el nem térő szín miatt sem, hanem csakis tapintás által, a mikor is a bántalmazott területen — mely a kemény szájpádláson egész földabroszszerű — a fénytelen, továbbá a tapadóságot mutató részek jelzik azokat. A labialis és buccalis redőkre sohasem terjed ki a bántalom.

Kór lényege. Az elváltozást szorgosan megtekintve — esetleg lupe-nagyítással — észrevehető, hogy az epithelréteg a bántalom területén hiányzik és a *Malpighi*-réteg csupaszon áll. Bullosus stadium eddig nem észleltetett.

A mi a *symptomákat* illeti, azok a folytonos forróság, sütés érzetében nyilvánulnak főként; azonkívül az érintésre fájdalomig menő érzékenységekben evés alatt, különösen evés után. Azon esetben, midőn műfogaknál észleltetett ezen bántalom, mindig súlyosbodásról panaszkodtak a betegek, ha a piéce huzamosabb ideig volt a szájban, miért is azt gyakran kivesszik. Itt a nem pontos illeszkedésen és a kaucuk forróságán. hőtartó képességén kívül talán szerep jut az egyéni hajlamosságnak is, mert igen sokszor fordul elő, hogy a piécek nem illenek pontosan és a gingivitis ezen félesége — a gingivitis nudata — még sem keletkezik.

Diagnosis. A kórisme az aetiologia, localisatio és symptomák alapján ejthető meg. A főtámpontokat képezik: a *nyákhártya papillaris rétegének látható csupaszága, tapadása és a sütés érzete*.

Lefolyás. Az észlelt esetek jobbra több heti, néha 2—3 hónapi fennállás után jelentkeztek, de észleltetett 1—2 évi fennállás is, jelétül annak, hogy a bántalom hosszú ideig is fennforoghat, a nélkül, hogy spontan gyógyulna. Néha rövid időre (néhány hétre) a tünetek csökkenése (anamnesis) állott be, mire ismét kiújulás következett a régi fennállású esetekben. Mennél nagyobb volt a hámosított területnek kiterjedése, annál régebbi fennállású a bántalom és annál hosszabbá vált a lefolyás kezelés mellett is: a mi természetesnek is látszik. Lefolyás tekintetében a kor nem sok különbséget mutat, mert észleltetett pl. 12 éves fiúnál 1885-ben a fél szájpádlásra és az interdental papillákra (labial felületen) kiterjedőleg és azután a következő évben pl. 2 betegnél az egész szájpádlásra kiterjedőleg. Ezen esetben a betegek egyike 38—40, a másik 50 éves volt (asszonyok), a lefolyás pedig egyformán makacs és hosszadalmas vala.

Therapia. Ez leginkább az izgató szerek, tápanyagok eltiltásából és nyákos gyógyszerek és tápanyagok rendelkezéséből áll. Szükséges még azonkívül a betegeket figyelmeztetni arra

¹ *Clinique des Maladies de la Bouche. M. E. Magitot* (Leçons et observations recueillies par M. Th. David) „Gazette des Hôpitaux“ 1876. Nr. 75 etc. Ép úgy nincsen említés a dermatológiában.

is, hogy mechanikusan ható, illetőleg surló eledleket sem szabad enniök; így tehát az étrend a következő:

Reggel: Sago leves, tej vagy kávé langyosan.

Délben: Rizsleves vagy húsleves tojássárgájával, tejjel lazán készített tojásos rántotta kevés vagy semmi sóval, tejben rizs, kása vagy dara teljesen szétfőve. Hús legfeljebb mint reszelék van megengedve.

Vacsora: a reggeli vagy déli eledlek valamelyike.

Rendelhetünk azonkívül bevonó szájbölgetőket, milyen decoct. tub. Salep, vagy decoct. rad. Althaeae, melyekhez célszerű kevés cocaint, vagy formanilidet, továbbá extr. liquiritiae adni. Az említett klinikai betegnél a régebbi észleléseket alapul véve, már a vázolt gyógymódot kísérletlét meg. És így beteg napról napra jobban lett; negyednapra már a fájdalmak teljesen elmaradtak és a nyákhártya vékony hámréteg által lett fedve.

Ezen gyógyeljárás, illetőleg diaetetica, a bántalom természetéből folyólag lett megállapítva és valószínű, hogy akár sebészi, edzéssel járó beavatkozás, akár pedig egyéb medicatio, kivált adstringensek alkalmazása, nem hogy célhoz vezetne, hanem még súlyosbítaná a beteg állapotát.

Nem volna érdektelen, ha más oldalról is közöltetnénk ide vágó észlelések; kivált ha valakinek sikerült volna gyorsabban és mégis pozitívan ható gyógyeljárást találnia; a mire valóban szükség van ezen bántalommal szemközt, minthogy a betegek általa nagyon is sokáig molestáltak.

A polydaktylia egy érdekes esete.

Wettengl Károly dr., egyetemi tanársegéd.

Az első hulla, mely jelen tanévünk kezdetén boncztermünkbe került és erős munkás emberé volt, jobb kezén számfeletti ujjal rendelkezett, jól kifejlett, de kevés mozgatható ujjal a hüvelyk orsói oldalán. Az összehasonlító boncztanban az ilyen ujj praepollex név alatt ismeretes. Noha a számfeletti ujjak nem tartoznak a kiváló ritkaságok közé és az irodalom elég gyakran hoz idevágó adatokat, mégis elhatároztam, hogy az esetet pontosan megvizsgálom, s ha e közben az izmok vagy idegek és véredények részéről valami szokatlan berendezéssel találkozom, azt közlöm.

A kezét bonczolás után áztatva kiderült, hogy a csontok, nevezetesen a sajkcson és nagy sokszögletű csont miben sem különböznek más kéz csontjaitól, az eltérés csak a hüvelyk kézközép csontjának distalis végén kezdődik. Míg t. i. nagysága, méretei a többi közép csontéhoz viszonyítva megfelelők és a felső izületlap rendes küllemében jelentkezik, alsó végén a négyszögletes csak kevés domború izületlap helyett két, egymásba ugyan áthajló, de porcos él által elkülönített izlap található. A singoldali mint meglehetősen domború izületi fej illeszkedik a hüvelyk első perczének vájtabb felső izületi árokjába, az orsóoldali kerek síklapnak látszik és csak a praepollex első perczének szemben fekvő alig homorú lapjából következtethetni, hogy voltaképp szintén domború. Mind a két izületi lap ferdén áll a közép csont hossz tengelyére és proximal felé széjjel tart. Ezen berendezés következtében a perczektől kezdve kettős hüvelyk a rák ollójához hasonló. (Lásd 1. ábrát A).

A hüvelykujj perczei különben a rendes alakúak, de gyengébben fejlődtek, mintha a járulékos ujj megerősödését akadályozta volna. A praepollex két perczé valamennyi társától eltér. Hengeres száruk vastagabb alapjával szabálytalan kúpnak tetszik, csúcs helyett fejecszerű gombbal. A perczközi izesülés lapjai nem görge jellegűek, mint a többi ujjon, hanem gyengén domború izfej van az első perczen s az is az állandó hajlítás következtében a singi oldalon a tenyér felé húzódtott; a második percz részsüt lemetezett alapján az izületlap ovalis és kissé ovális.

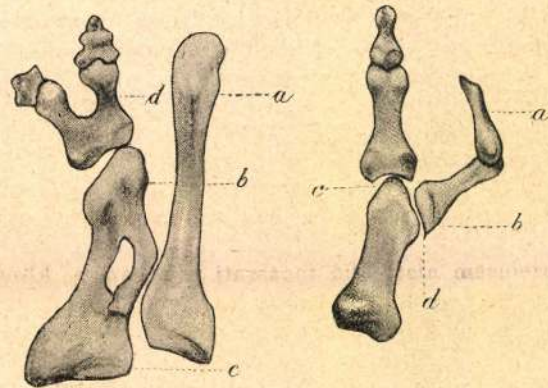
A járulékos hüvelyk csontjainak ezen tökéletes fejlődése mellett joggal várhattuk, hogy mozgathatósága szolgáló sajátlagos izmokat fogunk találni úgy az orsóoldali kézpárnában, mint a háti oldalon is. Ezen feltevést a bonczolás nem igazolta, mert

kiderült, hogy ezen kézen egyetlen egy izommal sincs több mint máskor és a számfeletti ujj csupán úgy jutott izmokhoz, hogy a hüvelykujj izomzatának egy részét, nevezetesen a rövid távolító és rövid hajlító izmokat egészen átengedte, a visszatartott izmok pedig inaiknak oszlásával járultak a praepollex mozgathatósához, így a hüvelyk hosszú hajlítója, rövid feszítője és közelítő izma. A részleteket a következőkben adom.

A hüvelykujj kurta távolítója (M. abductor pollicis brevis) két hasú, a medialis fekvésű gyengébb a harántkíztőszalagon és a hosszú tenyérizom inán ered, oldalsó has a sajkcson gumójától indul ki, gyöngébb társával vékony pólyalemez közbeiktatásával érintkezik. A két has együttvéve háromoldali, nem erősebb, mint az egyébkor találatni szokott kurta távolító izom, vékony és gyenge inakba átmenvén tapadnak a praepollex első perczéhez annak orsói és singi szélén. (M. abductor praepollicis brevis et M. flexor praepollicis brevis.)

Rendes viszonyokat mutat az előbbi alatt fekvő hüvelykujj ellenkező izma (M. opponens pollicis); a szokott módon két fejjel eredő kurta hüvelykhajlító izom (M. flexor pollicis brevis) azonban a praepollex singi oldalán tapad az I. perczhez.

A hüvelykujj közelítő izma (M. adductor pollicis) szabályos eredéssel bír, de a mint az első kézközépcsont fejéhez ér, széles háromszögletű inas lemezbe megy át, ebből két in válik ki, az egyiket a praepollex számára az első percz fejecskejéhez küldi, a hol az előbbi izomtól befelé tapad a fejecskejéhez és a második percz alapjához (innét a percz állandóan hajlított



A) A hat ujjú kéz első közép csontja a hüvelyk és a számfeletti ujj perczjeivel a + b; c) igen domború izfej a hüvelykujj első perczének számára; d) lapos izületi lap a praepollex első perczének számára.

B) A hat ujjú láb három singoldali ujj a talp felől tekintve; a) negyedik közép csont; b) ötödik csenevész közép csont, * annak gumója (tuberculum metatarsi quinti); c) a számfeletti hatodik közép csont; d) az összenőtt első perczek. * nál jól látható az ötödik közép csont gumója, a mint a talp felé kiemelkedik és a hatodik közép csont alapjával izesül.

állása); a másik in a hüvelykhez járul, a hol az első perczen olyformán végződik, hogy rostjainak egy része a singi oldal megkerülésével a kézháti bonyét szélesíti, másik része elül tapad, miközben az alatta elhaladó hosszú hüvelykfeszítő izom inának rostos csatornájává lesz.

A hosszú hüvelykhajlító izom (M. flexor pollicis longus) ina a hüvelyk közép csontja fejénél villásan oszlik, az erősebb in tipikus módon végződött, a gyengébb a járulékos ujjat hajlította.

A feszítő oldali izmok közül az itt érdekeltek elseje a hüvelyk hosszú távolítója (M. abductor pollicis longus) mint mindenkor úgy most is dupla innal bír. (M. bicornis.) Tudvalevőleg ezen kettős inat a kiesett hetedik sugárral hozták összefüggésbe (Bardleben), s ha esetünkben mégis mind a két in a kézközépcsont alapján végződik: valószínű, hogy az ő praepollex szemben sem viselkedett különben, azaz ott is a közép csontokhoz tartozott.

A hüvelyk rövid feszítője (M. extensor pollicis brevis) két inra hasadt és a hosszú feszítővel együtt (M. extensor pollicis longus) az első kézközépcsont distalis végén és azon túl az I. percznek alapjáig mind a két hüvelyk számára közös

kézhati bonyvé lesz. Előre bocsátottam, hogy utóbbinak képezésében a singi oldalon a hüvelyk közelítő izmának is van része. A helyenként egyöntetű hártában az alkotó inak rostos kötegeinek lefutásából jól felismerhetők s így kiderül, hogy a rövid feszítő erősebb in a praepollex második perczéig jutott, mintha annak hosszú feszítője volna, a gyengébb in a hüvelyk első perczét feszítette. A hosszú feszítő izom inának nem volt alkalmá rendellenesnek lenni.

A praepollexnek idegekkel való ellátása már sokkal önállóbb volt, négy idege közül hármat az orsóideg, egyet a középideg szolgáltatott. Az orsóidegnek részvétele az ujjak kézhati oldalának beidegzésében egyébkor úgy történik, hogy a felületes orsóideg az alkar háti oldalán a kézizület felett két végágra oszlik *a*) az orsóoldali (*ramus marginalis*) kizárólag a hüvelyk külső oldala számára való, *b*) a kézhati ág (*ramus dorsalis manus*) kétszeres villás oszlás után az I—II—III. ujj egymásfelé fordított oldalait látja el. Esetünkben a *ramus marginalis* a hüvelyken kívül még a praepollex számára is ad két ágat, annak belső és külső széléhez, sőt egy tőle már a kéztől elváló ága a hüvelykujj izompárnája felett vonul el és a járulékos ujj tenyérolali saját ujjidegére lesz. (N. *digitalis volaris proprius radialis indicis*.) Ezen ág bizonynyal kiválóan érdekes nemcsak azért, mert létezése az orsóidegnek a tenyér felé való terjeszkedését jelenti, a hová rendes körülmények között nem jut, hanem úgyis, mint egyik példája az idegek alkalmazkodásának. A hatodik sugárnak beidegzése a középidegből csakis az orsói izompárnán harántul áthatoló vagy felette elvonuló ág útján történhetett volna, ez pedig az izmok működése közben valószínűleg szenved, míg így az izompárna szélén való haladásában mi bántódása sincs s a lehető leg-egyenesebb úton éri el célját. A praepollex tenyérolali belső széle már a középidég elágazási területéhez tartozik.

Sajátságos az orsói verőér viselkedése. A kéztő háti felszínén való haladása közben két ágat ad, azután az első csontközötti hézagban a külső csontközötti izom két feje közt a tenyérbe hajlik a mély tenyérív zárására; végéből származik a mutatóujj tenyérolali saját verőere. A kézhaton adott ágak közül a distalisabb közvetlenül a tenyérbe való áthajlása előtt hagyja el a törzsöt, az első külsőcsont közötti izom orsóoldali fején való rövid lefutás után azt átfúrja és szorosan a közepesont-hoz simulva a hüvelyk közelítő izom felső szélénél jut a tenyérpólya alá, a hol a felületes tenyérív képezésében nagy része van. A magas fekvésű ív zárása előtt ezen ág a hüvelykhez bocsátja annak singoldali saját ujjverőerét (*arteria digitalis volaris propria ulnaris pollicis*), orsóoldali nem létezik; ugyan-csak a felületes ívből származik a praepollex orsói széléhez tartó saját ujjverőer is, mintegy a singi verőér folytatásában. Az orsói verőér magasabban, a kéztől eredő ága (*arteria princeps praepollicis, pollicis indicisque*) a mutatóujj orsói szélén kívül a hüvelyk mindkét széléhez járul s az utóbbi orsóoldali verőerétől válik el egy újból oszló ág a praepollex számára.

Ha a fentebbiekben leírt anomaliát, a mennyiben az a csontokra vonatkozik, az összehasonlító boncztan és fejlődéstan világításában szemléljük, kitűnik, hogy az nem egyéb, mint az emlősök és általában magasabb gerincesek kezének osz alakjához, a hétsugarú typushoz való visszaesés. Hogy az os ember is hétsugarú volt, azt a leírt atavismus-hoz hasonló példákon kívül (találkoztak különben hétujjú emberek is) a fejlődéstan is támogatja. Az emlős és különösen az emberi kéz fejlődése közben a kéztő porczok száma nagyobb, mint a későbbben ott lelhető csontoké; feltűnő egy Bardeleben-től *cartilago marginalis*nak nevezett porcz az orsói oldalon (vagyis a praepollex), mely később a sajka, nagy sokszögű és az első kézközépcsontokhoz esatlakozik. Azon nézetet, hogy itt csakugyan kiveszett orsóoldali ujjal van dolgunk, nagyon támogatja az izomzat berendezése, így a hüvelyk hosszú távolítójának iná mindig kettős. A singi oldalon kiesett sugár nyomait Bardeleben az os pisiforme-ben véli feltalálhatni. Ezen csont az

emlősöknél általánosan elterjedt, hüllőknél és kétélűtűknél ezen csont vagy porcz a kéztőcsontok második sorába húzódott, mint önálló hatodik *carpale*.

Midőn rovarrevőknél (*Insectivora*) is található az ötödik közepesont mögött különálló hatodik kéztőcsont, a kiveszett singi ujjban való hit annyiival inkább jogos, a mennyiben Bardeleben vizsgálatai szerint valószínű, hogy a singesont karcnyújtványa külön csontosodó ponttal bír s nem lehetetlen, hogy a singesontot a kéztő izülettől kirekesztő háromszögletű porcz (*cartilago triangularis*) is szerepel ezen kérdésben. A kiesett sugarak perczei nyomtalanul eltűntek, valószínűleg distalproximal felé haladva, a mint ezt az összehasonlító boncztan a gerincesek más osztályainál már bebizonyította. Így az óriási őshüllők kezén igen sok perczet találtak (Mosasaurusok Amerikában 5—6 perczzel bírtak), míg a mostan élők kezén csak 3—4 percz van. Annál inkább csodálandó, hogy leírt esetemben a járulékos ujj csak perczeiben van meg, míg a közepesont és az annak megfelelő kéztőcsontnak nyoma sincsen. A *cartilago marginalis* tehát itt sem bírt nagyobb önállóságra jutni, dacára annak, hogy a hetedik sugárban arra igen meg volt a hajlam. A *cartilago marginalis* után keresgélve a kérdéses csontokat (*naviculare, multangulum majus*) összehasonlítottam erős férfikezekből vett megfelelő csontokkal, de a legkisebb eltérést sem találtam. Ha a szélső sugarak vagy azok egyes tagjai megmaradásának vagy kiveszésének okait fűrkészszük, a legközelebbit nem találhatjuk meg, bizonyára több működik közre.

Azt hiszem, hogy nem nagyon esalódom, ha az izomzatnak bizonyos szerepet tulajdonítok, mely abban áll, hogy az erős izmok befolyása alatt álló csontok megmaradnak, jól fejlődnek, a többi pedig elcsenevész vagy egészen visszafejlődik. Megerősít ezen nézetemben egy az I. boncztani intézet museumában levő jobboldali láb, mely tiszteletre méltó sötét színével bizonyítja, hogy a gyűjtemény legrégibb példányai közül való s a régi leltár sem tud róla egyebet, mint hogy 1815 előtt került a museumba. (Lásd ábra B). Ezen lábon is hat ujj látható, a számfelatti azonban nem szélről áll, hanem a biztosan negyedik és látszólag ötödik ujj között. A beiktatott ujj láb-közepesontja, mely a sorban az ötödik, csak olyan vastag, mint a többi, de sokkal rövidebb; ferdén lemetezett alapja részben a negyedik láb-közepesont szárának külső felszínével izestül, részben mint jól kifejlett gumó szabadon áll a talp felé. Ezen gumó (*tuberculum metatarsi quinti*) azonkívül a hatodik láb-közepesont alapjával is izületi összeköttetésbe lépett. A csenevő közepesont alapjától ki és előre hajlik s csakhamar össze-forrad a szélén álló hatodik közepesonttal. Az összeforradásban a közepesontok fejcskéi jól megismerhetők, különösen kiválik a csenevő csont fejcskéje s egyedül ez izestül az ikerjellegű I. perczekkel. Ezek distalis végükön szétválnak, hogy az ötödik ujjnak megfelelő rész a második és harmadik perczet viselje, a hatodik pedig egy kis sokszögletű csontocskával izestüljön. A hatodik ujj alapján levő gumó sokkal nagyobb, mint a rendes ötödiké lenni szokott. Hogy melyik itt a járulékos ujj: az 5-dik-e vagy a hatodik? erre nem lesz nehéz a felelet, tudván azt, hogy a hétsugarú kéz vagy láb szélein volt sugarak veszték ki és így az eredeti typos reconstructiója is egyedül a szélek felől történhetik. Ezen lábon tehát az utolsó ujj nem az ötödik, dacára az alapján viselt gumónak, hanem a hatodik járulékos, mely átvette a törvényes ötödik ujj láb-közepesontjának izomzatát és helyzetét, míg az izmaitól megfosztott ötödik közepesont visszamaradt növekedésében, kiszorult a köbesont és negyedik láb-közepesonttal képezett izülettől, de megtartotta a hosszú izmokat a perczek számára. Ezek rendszeren továbbfejlődtek és fejlődésük maga után vont a közepesont fejének tökéletesebb kiképezését, míg e csökevényes fejű hatodik közepesont a külső talpi izompárna és különösen a kurta szárcapcsi izom működése következtében inkább az alapján gyarapodott. Az izmok befolyásának vázolására ezen példát elegendőnek tartom, hogy milyen más tényezők működnek közre az előre képezett szélső sugarak visszafejlődésénél, az csak az ébrényi kéz- és lábtő újabb erre irányult áttanulmányozásból fog kiderülni.

Eclampsia nő vizeletében talált microorganismusról.

Hecht Adolf dr. volt gyakornok Pertik tanár fővárosi bacteriol. intézetében.¹

Nines megállapítva, hogy azok száma nagyobb-e, kik az eclampsia okaként egy microorganismust fogadnak el, vagy azoké, kik a felkutatott microorganismusokat megtámadják és az eclampsia okául más tényezőket vesznek fel. Jelen dolgozatom feladatául nem tűztem ki ezen kérdés megfejtését abban, hogy az eclampsia irodalmát összeállítsam, mi külső körülmények miatt reám nézve lehetetlen, csupán azon tényről óhajtanám constátálni, hogy Kézmárszky tanár klinikáján 1892. december 29. dikhén előfordult eclampsia eseténél a vizeletben egy bacteriologiai szempontból igen érdekes microorganismus volt található. Az érdeket azonban azon körülmény kölcsönzi, hogy a microorganismus, mely többnyire mint diplococcus jelentkezik, bizonyos körülmények közt bacillus alakot látszik felvenni, továbbá, hogy a gelatina-lemezen a szűrésben nem adja állandóan ugyanazon colonia, illetve cultura alakot, míg agaron állandó. Jelen microorganismushoz sok tekintetben hasonló az, melyet Blanc írt le (Archiv de toxicologie des maladies des femmes et des enfants nouveau-nés 1889. Nr. 3. 4.), s mely szerinte: 2 μ hosszú gyakran párosával álló bacillus, lekerített végekkel; némelyik biscuit alakú, kevés görbült. Majd mindnek közepén vagy végén jól festődő gömbölyű test van, mely néha tagolt s így diplococcus alakot adott. Sőt a bacillus egészben véve is gyakran mutatott tagoltságot. Friss bouillon-culturában csak vékony bacillusokat látott minden tagoltság nélkül. Savón vagy régi bouillon-culturában hosszabb, vastagabb volt némely bacillus. Bouillon culturát befeeszkendve subcután a vér és vizeletben újra megtalálta. Az injectio helye nála gyakran elgennyedt. Sterilizált bouillon-culturák albuminuriát okoztak. Tehát Blanc sem találta állandó alakúnak ezen microorganismusokat. Sajnos nem írja le közelebről a lemez és szűrési culturákat.

Vizsgálatom következő módon történt: Steril katheterrel nagy elővigyázat mellett steril bouillonba (mely Pertik tanár úr intézetéből került ki) néhány csepp vizeletet bocsátottam (december 29.) és ezen bouillont, mivel még nem tudtam, hogy rögtöni vizsgálata fontos lehet, s mivel más teendőm is akadt, következő napig thermostatba helyeztem.

30-dikhán ebből készült függőcseppben coccusokat láttam, melyek mindig párosával állottak vagy a kettős szám többszöröse szerint lánczokat alkottak, így 12 tagból álló lánczot jól észlelhettem. A diplococcusok valamint a lánczok oscillatorius, rotatorius és futó mozgást végeztek.

31-dikhén este 5 órakor a megzavarodott bouillon 2 1/2 cm-jét egy fehér egér bőre alá fecskendeztem. 10 perc múlva többször egymásután kemény széket ürít az egér, majd egy fél órára heves öklöndöző mozgásokat végez, igen renyhén mozog nyugtalanításra, bő hig széket ürít, törzsén clonikus görcsök jelentkeznek, légzése dyspnoetikus, hátsó lábain ül folyton. Január 1-én reggel döglötten találtam. Bonczolatnál a bél puffadt, bő hig székekkel telt, hasüri vénák erősen teltek, tüdőben több apró ömleny. Külső okok miatt maradt el a parenchymás szervek vizsgálata. Venákból vett vérrel függőcsepp és lemez készült. A vér-függőcseppben a várt diplococcusok helyett vékony, 1/2—1—2 μ hosszú, mozgó lekerített végű bacillusokat találtam, mi annyira meglepő, vagy helyesebben ijesztő volt, (mivel tartottam attól, hogy a csepp készítése alkalmával fertőzés történt), hogy január első felét függőcseppek készítésével töltöttem e talány felderítésére, s e célból a vizsgálatot következőképen osztottam be.

Vizsgálatott 1. a vizelettel fertőzött bouillon, 2. ezzel injiciált állat vére, de csak a benne található microorganismusokra nézve, 3. bouillonnal és 4. injiciált állat vérével öntött lemezekben talált coloniák, 5. a 3. alatt említett lemezek-

ből készült szűrési culturák, 6. a 4. alatt említett lemezekből készült szűrési-culturák.

Ad 1. A december 29-dikhén fertőzött bouillon 2 nap múlva zavaros-szürke, 5 nap múlva a bouillon felszínén 1/4 mm. vastag, szürkés-fehér összeálló hártya van, egy másikban gombostűfejnyi szürkés-fehér rögök úszkálnak, a fenéken ily rögökből több millimeter vastag csapadék. Egy hó múlva a bouillon sötét rum színű.

Négy napos bouillonból készült függőcseppben a fenn említett diplococcusok élénk mozgásban találhatók, s 2—3 nap múlva elvéve, 7 nap múlva pedig nagy számmal jelentkeznek benne a leírt 1/2—2 μ -nyi vékony, mozgó bacillusok, melyek gyakran párosával, néha egész nyolcszorosával lánczokat alkotnak.

Tíz napos bouillonból készült függőcseppben oly rövid és széles bacillusok láthatók, mint a diplococcusok, ugyanoly mozgással bíróak, néha lánczokat alkotnak és festve megtartják a bacillus alakot, de mindig 1/3 μ -nyi tagokból összetetteknek mutatkoznak, mely tagoltságot ez utóbb említett függőcseppben is 3—5 napra feltaláltam. Ugyanazon képet kaptam, ha az eredeti bouillonból átoltást végeztem bouillonba s a vizsgálatot csak néhány nap eltelte után eszközöltem. Az itt említett bacillusok, ha a vizsgálat napról napra történik, úgy tűnnek fel, mintha eleinte kissé megnyúlt ovalis coccusok volnának s csak később vennék fel a bacillus-alakot, ha pedig két hetes már a cultura vagy csepp, úgy csak diplococcusokat lehet találni.

Ad 2. Az injiciált állat vérében 1/2—1—2 μ -nyi, vékony, lekerített végű, mozgó, gyakran párosával álló bacillusokat látni, e függőcseppben harmadnapra feltűnnek a diplococcusok, melyek a 12. napon már határozott túlsúlyban vannak.

Ad 3. Az eredeti bouillonnal több lemezt öntöttem.

Minden lemezen egyenlő szerkezetű coloniákat nyertem 3 napon, melyek kisebbek és nagyobbak; előbbieket sötétszürkék, éles határuak, finoman szemcsézettek, némelyek közülök egyik oldalukon világosabb szürke, finoman szemcsézett udvarral bírnak s így átmenetet adnak a kis (circa 1/2 mm.) coloniáktól a nagy (circa 1 1/2 mm.) coloniákhoz, melyek szintén nem folyósítók, kerek, éles határuak, finoman egyenletesen szemcsézettek, szürkék, egy sötétebb szabályos kerek, szemcsés, excentrikus maggal ellátva. Az egész nagy coloniák némelyikében a mag éles határa egyik másik oldalán eltűnik. Ugyanazon bouillonnal agar lemezt öntve, a 2. napon 1 1/2 mm. nagyságú, éles határu, nem folyósító, félgömböszzerűen kiemelkedő, finoman szemcsés szürkés-fehér coloniákat találtam. Mindkét rendbeli lemezről vett függőcseppek a diplococcus alakokat és coccus lánczokat mutatták, hasonlóan a festett készítmények is.

Ad 5. A gelatina, valamint az agar lemezen talált coloniákból gelatina szűrés és agar kenési-culturák készültek, melyek egymással s a későbbi átoltásokkal megegyeztek. Nevezetesen a gelatina szűrés-cultura 4—6 napra a beszűrési helyén, több millimeter széles és mély elfolyósítási tölecsért mutatott, melynek fenekén világos szürkés-fehér igen ránczos összeálló hártya van; a szűrőcsatorna pedig finom, szürkés-fehér szemcsékből áll. 2—3 hét múlva az elfolyósítás nagyobb fokú s a folyósított réteg fenekén fekszik a szürkés fehér hártya. Két hónap múlva az egész gelatina elfolyósodott. Ezen coloniákból a függőcsepp s festett készítményeken ismét a diplococcus alakok vannak, a bacillusokat nem kaptam, valószínűleg nagyon későn vizsgáltam meg.

A lemez-coloniákról agar-ra kent coloniák a 2. napon már határozott jeleget öltöttek, ugyanis egyenes (i. e. nem hullámos) határu, túlemlkedő, sima felületű, tejfehér, vastag lepedéket adtak, melyben a diplococcus alakok mellett ovalisan megnyúlt coccusokból álló diplococcusok voltak láthatók az első nyolcz napon át, több nap múlva csak a megszokott diplococcusok.

Egy különös jelenséggént tűnt fel előttem az, hogy az agar-culturáról történt gelatina-szűrésök sokkal gyorsabban folyósítottak, mint a gelatináról történtek.

¹ Ezen vizsgálatokat — a szakbeli munkák mellett — a budapesti egyetemi fogászati klinika laboratóriumában végeztem. Szerző.

Ad 4. Az eredeti bouillonon beoltott s 12 órán belül megdöglött 2 egér vérével készült gelatina-lemezeken számos colonia fejlődött, melyek nem folyósítottak s 8-féle alakulást mutattak, s pedig annyira eltérő, hogy ugyanazon microorganismus által képzetteknek nem tarthattam volna, ha a gelatina-szűrások nem mutatnak bizonyos tekintetben hasonlóságot s az agar elkenési culturák nem adnak teljesen egyenlő tenyészetet. A lemezen a coloniáknak többé-kevésbé közös tulajdonságuk, hogy szürkés fehér, nem folyósító, koncentrikus rétegzettségű, egyenletesen szemcsés képet nyújtanak s egymástól annyiban térnek el, hogy a határok majd simák, majd hullámosak, a telep majd egészen szemcsés, majd némely helyen opák, egyik másik egy kis sárga árnyalatot mutat, vagy hogy középen egy vastagabb helylyel, mintegy maggal bír. Róluk vett függőcseppekben mozgó, $\frac{1}{3}$ μ nagy coccusok által képezett diplococcusok vannak, 6—8 nap múlva a csepp szélén $\frac{1}{3}$ —1—2 μ hosszú, vékony, tekeredett végű bacillusok láthatók.

Ad. 6. Az előbb említett 8. részben eltérő coloniából készült szűrás-culturák azon phasisokat mutatják, melyeket ad 5. pont alatt leírtam, t. i. a feljegyzésnél IV., VII., VIII. czal jelzett coloniák töleseres elfolyósítást képeztek, a tölesér fenekén levő ránczos, fehér, vastag lepedékkel, míg a többi colonia szűrás-culturája tovább haladt s egészen elfolyósította a gelatinát. Agar on elkenési cultura teljesen olyan, mint az az 5. pont alatt felemlített az első gelatina lemezről vett agar culturára, t. i. hogy már a 2—3. napon egyenes szélű, tej-fehér, sima felületű, vastag lepedék fektűt az agaron. A festett készítményeken $\frac{1}{3}$ μ -nyi coccusoktól képzett diplococcusok és coccuslánczok vannak. Jól festődnek anilin festékekkel és Gram szerint. Függőcseppekben, melyek nagy számmal (circa 40) készültek, a készítés napján csupán az említett mozgó diplococcusok voltak; 3 napra a csepp szélén számos $\frac{1}{2}$ —2 μ hosszú, vékony, lekerekített végű, gyakran kettőnként álló bacillusok voltak. A 4. napon a széleken csupán ezen mozgó bacillusok láthatók, míg a csepp közepén a diplococcusok vannak, a 10—12. napon a bacillusok fogynak, a 16. nap körül a csepp többnyire kiszáradt, de ekkor a megmaradt cseppekben úgy, mint a kiszáradtakban látható volt, hogy e bacillusok 2 végén $\frac{1}{3}$ μ nagyságú, gömbölyű fénylő, illetve sötétebb képlet található, úgy hogy a függőcsepp ismét csupa diplococcusokból állónak látszott.

Ezen kísérletezés így kinyúlt márczius közepéig s mielőtt abba hagytam volna, megkísértettem különféle eredetű diplococust (festés és függőcsepp által győződtem meg róluk) új tápanyagra átvinni, hogy nem e vesznek fel az új tápanyagon bacillus alakot, és azt találtam: hogy 1—2 hónapos culturákban a diplococcusok közt ovalisan megnyúlt coccusok voltak ($\frac{1}{2}$ μ hosszúak), ugyanazon képet nyertem, melyet a hosszabb ideig állott függőcseppekben lehetett látni.

Az utóbb leírt 8 colonia közül kettővel, melyek mindegyike diplococust mutatott, egeret injiciáltam, de ezen egér székelésen kívül más eltérést nem mutatott. Három napra leöletvén, vérében ismét a bacillusokat lehetett feltalálni, mely bacillusok helyét 9. napra a coccus alakok foglalták el.

Ezzel a kísérleti sorozatokat kimerítettem; eredménytől nem óhajtom biztosként odaállítani, hogy az eclampsiás nő vizeletében talált diplococcus okozta volna mint olyan az eclampsiát, bár a vele beoltott 2 egér 12 órán belül elpusztult, s nem óhajtom azt mondani, hogy a többszörös átoltás által gyengítettett a virulentiája ezen microorganismusnak és csak ezért nem döglöttek el a későbbi egerek, ez csak egyelőre további vizsgálatig valószínű. Én csupán ezen tényeket óhajtom constataálni, a melyekhez még azt sorozom, hogy a vizeletből vagy valamely régibb coloniáról vett anyagban mindig csak diplococust láttam, mely alig valamivel hosszabb mint $\frac{2}{3}$ μ , az egyes coccusok $\frac{1}{3}$ μ -t tesznek ki; valamely frissebb culturáról (így 2—5 napos gelatina vagy agar oltásról) vett anyagban a $\frac{2}{3}$ μ nagy diplococcusok közt találtam többnyire párosával álló bacillusokat vagy ovalis coccusokat, melyek $\frac{1}{2}$ μ hosszúak. Ugyanezek megvannak bármely 2—4 napos függőcsepp szélén is s ott 10 napig növekednek számban, a

4. napon túl $\frac{1}{2}$ —1—2 μ hosszúaknak mutatkoztak, eldönteni azonban biztosan nem tudtam, hogy a 2 μ hosszú vajjon csak egy egyén-e?; festve az ily bacillus-alak tagoltságot mutatott, majd a 10—12. naptól újra fogynak s a diplococcusoknak adják át a helyet. Az egész — ha úgy szabad mondani — alakváltozás tehát: diplococcusból új tápanyagon megnyúlt ovalis coccus vagy bacillus lesz, mely azonban már mint ilyen is kettős tagoltságot mutat festve, később újra csak diplococcus.

Az injiciált egér véreből gelatina-lemezen kapott 8 valamennyire eltérő coloniát, melyek ferde agaron egyenlően viselkednek, azonosaknak, azaz egyazon microorganismus által képzettek venni már nem is bacteriologiai absurdum, mióta a cholera coloniák annyi variációjára ismeretes, sőt inkább támogatni látszik azon véleményt, hogy nem mindig bir azon alakulással valamely microorganismus coloniája minden tápanyagon. S ha jelen dolgozatommal többet nem értem el, mint azt, hogy utóbbi véleményre s így távolabbra, pl. a cholera-coloniák állandóságának kérdésességére újabb adatot szolgáltatam, úgy fáradozásom meg van jutalmazva.

Kedves kötelességem köszönetet mondani Kézmárszky tanár úrnak az anyagért és Árkövy tanár úrnak azon áldozatkész szíveségeért, hogy helyet, alkalmat és eszközöket nyújtott jelen dolgozat elkészítésére.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Biharmegyei orvosgyógyszerészi és természettudományi egyesület.

1892. Novemberi szakülés.

1. Goldstein Sándor dr. 1. „Asthma nervosum esetéről referál:

Egy esetet akarok röviden felemlíteni, a mely esetben az asthmikus rohamokat a lakás hygienikus viszonyok javításával sikerült elmulasztani. Az eset egy tüdőmegbetegedés és pedig a tüdőmegbetegedés azon csoportjából való, mely göresös légerekedés (asthma nervosum) czímen eléggé ismeretes.

A kórelőzményi adatokra nézve megtudtuk, hogy a családban tüdőgümös megbetegedés nem fordult elő. Jelen bajára vonatkozólag előadja, hogy 3 év előtt kezdődött, a mikor egy éjjel nyugodt álmából fulladási érzettől kintoztatva felébred, az ágyból kénytelen volt kiugrani, és az ablakhoz futva levegő után kapkod. Ezen állapot alig tartott néhány perczig, a fulladási roham elmúlt, úgy hogy minden fennakadás nélkül végezhette másnap teendőit. Három hónap múlva a leírt tünetesorozat ismétlődött hosszabb tartammal rövidebb időközökben, úgy hogy ezek után orvosi kezelésre szorult. A kezelés alatt legkülönbözőbb köptetők, bódítók lettek alkalmazva, a mi rövidebb-hosszabb időre könnyített is a beteg állapotán.

A betegnél nagyfokú göresös légerekedés van jelen, az orrezimpák erősen mozognak, a homlok verejtékgyöngyökkel borított. A sternocleidomastoideus izmok kötegszerűleg mereven kiemelkednek.

Úgy az első alkalommal, valamint az ismételtlen meg ejtett vizsgálat után arra a biztos eredményre jutottam, hogy a betegnél tüdő- vagy szívbeli szervi elváltozás nincsen jelen, s így a szív vagy tüdő szervi elváltozásának következményeként nem tekinthető az oly gyakran fellépő és hosszú tartamú gyötrő asthmikus roham, hanem légzészor a tüdőbe jutott szennyes levegő okozza a különben is nagymérvű neorasthenikus egyénél a tüdő légzőhólyagcsáinak és legvékonyabb hörgők izomsejtjeinek göresös összehúzódását. Ezen nézetemben megerősítenek a következő körülmények: A beteg lakása egy ósdi alacsony épület, a mely egy igen szennyes vízű (pecze) patak mentén épült. Az épületben egy colossalis nagy lakatosműhely van, melyben 5 segéd dolgozik és egy fuvó van vasolvasztásra. A műhelyből nyílik az egyszobájú lakás, mely 2 méternél alig magasabb és $1\frac{1}{2}$ méter széles, butorral túlszűfolt. A beteg a rohamot rendszeren éjjel 1—2 óra között kapta meg, mikor már a szellőzés által javított szobalevegő, a kilégzett CO₂ és

a műhelyből ajtóréseken beszivárgott szennyos levegő által annyira megromlott, hogy képes a roham kiváltására.

A betegnél, a kinél a therapiát illetőleg nemcsak hogy klimatikus helyre való elköltés, hanem a lakásváltoztatás vagy nagyobbítás épen az anyagi körülményeknél fogva nem jöhetett szóba, a következőleg gondoltam a szoba hygienikus viszonyának javításával a beteg állapotán segíteni. A szoba menyezeten közel a beteg ágyával szemben egy csaknem $1\frac{1}{2}$ arasznyi átmérőjű nyílást készíttettem, melynek lumene egy retesz segítségével szűkíthető vagy tágítható, ezen nyílás egy kúrtó segítségével (3,5 méter) a szabadban (a tető felett) communicált, mely kúrtónak szabad vége T alakú csőbe ment át, hogy eső stb., a szobába be ne csapódjék. Ezen kúrtó segítségével a szoba levegője folyton tisztán tartatván, ezen kúrtó megszerkesztésének idejétől teljesen megszűntek a rohamok. Nem akarom a beteg állapotának ezen javulását teljesen a kúrtónak betudni, de elég érdemesnek tartom felemlíteni ezen véletlent, hogy a kúrtó felállításával a beteg állapota javult.

2. Ugyanaz „Veszesületett myxoma a farkcsiktáján” műtét esetét közli.

Az eset egy $2\frac{1}{2}$ hónapos csecsemőre vonatkozik, kinél az anyja már születési napján a farkcsiktáján egy diónyi mekkoaságú kiemelkedést vett észre. Ezen kiemelkedés rohamosan nőni kezdett, úgy hogy bibarmegyei közkórházba való behozatala alkalmával már gyermekfejnyi volt. Ezen terime-nagyobbodás élesen határolt, felette a bőr redőbe emelhető, nyomásra alig fájdalmas. A daganat könnyen mozgatható, nyomásra nem kisebbedik, helyenként tömöttebb, majd más helyen puha tapintatú.

Műtét előtt, melyet az igazgató-főorvos, Fráter Imre dr. úr végzett, több helyen próba-punctiót eszközöltünk s csak 5-dik kísérlet után sikerült kevés colloidszerű tapadós nedvet nyerni. A műtétnél igen vigyázva jártunk el, gondolva arra, hogy esetleg a gerinczsatornával communicál. Miután ez utóbbit nem észleltük, a műtétet a csecsemőre káros — bár kevés — vérvesztés miatt gyorsan, a daganat kifejtésével szerencsésen befejeztük. A vizsgálat kiderítette, hogy az alképlet myxosarcoma volt.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Lehrbuch der Pathologie des Stoffwechsels für Aerzte und Studierende von Dr. Carl von Noorden, Privatdozent in Berlin. Verlag v. A. Hirschwald. 1893. 429 oldal. Ára 13 márka.

Szerző, kinek neve az anyagcsere-re vonatkozó élet- és kórtani buvárlatok terén eléggé ismeretes, ezen munka megírása által az anyagcsere kórtana körül nagy érdemeket szerzett. Munkája valóban hűzágpótló még a német irodalomban is, mely eddig az anyagcsere kóros változásainak ily összefüggő rendszeres tárgyalását nélkülözte. A könyv Gerhardt, Jürgensen és Riegel-nek mint tanárainak van ajánlva, megírására ez idő szerinti főnöke Gerhardt tanár ösztönözte s az utolsó négy év alatt a kitűzött célt sohasem tévesztette szem elől, bizonyosság erre a vizsgálatok nagy száma, miket részint maga végzett és közölt, részint törekvő orvoshallgatókkal felügyelete alatt végeztetett és dissertatiók alakjában közöltetett.

A munka két főfejezetből áll. Az első, az élettani rész, 4 fejezetben tárgyalja az anyagcsere élettanát, összeállítva e téren ismereteinket. Itt kizárólag tényeket vett tekintetbe, a melyek az ember anyagcserejéből ismeretesek, még pedig válogatva és mindig előnyben részesítve a klinika részére fontosakat, csak szükség esetén vonva körébe az állatphysiologia tapasztalatait. Úgy itt, mint a második főfejezetben mindenütt meggyőződhetik az olvasó arról, hogy a szerző az előszavában hangsúlyozott klinikai álláspontot mindenütt betartja, a mennyiben ezen a gyakorló orvosra nézve is nagyon fontos kérdések mindig a klinikai álláspont hangsúlyozásával tárgyaltnak, a mi a könyvnek főelőnyét képezi, s miután ki-merítő irodalmi adatokat is nyújt, úgy a gyakorló orvos, mint az önálló buvár nagy haszonnal forgathatja. A második főfejezet az

anyagcsere kórtanát foglalja magában s a következő 12 alfejezetből áll, ú. m.: az éhezés és a hosszú időn át fennálló hiányos táplálkozás, a láz és fertőzés, a gyomorbélesatorna, a máj, a lélegző és vérkeringési szervek, a vér, a vese betegségeinek befolyása az anyagcsere-re, továbbá a diabetes, a köszvény, az elhízás, a rák, alkaptónia, diaminuria és cystinuria.

A könyv célja első sorban tényeket gyűjteni s a meglevő vizsgálatokat bírálva megvilágítani. Tudományunk ezen ágában mutatkozó hézagokat sok helyen saját, új és még nem közölt vizsgálataival tudta kitölteni. A theoriák majdnem teljesen elhagyattak. Nem kevésbé tanulságos klinikai szempontból szerző azon törekvése, melylyel több ponton vázolni igyekszik, hogy a pathologikus biologia biztosan felderített tényei miként szolgálnak a therapia útmutatóiként. Ime néhány példa az egyes fejezetek tartalmából:

Az 1. fejezetben többi közt a szervezet fehérje és zsír anyagforgalma heveny és soká tartó éhezés alatt, a fehérje anyagcsere sajátos módosulása (légeny visszatartás), a tápfelvétel javulása iratnak le.

A 2. fejezetben oda nyilatkozik, hogy a febrilis consumptio oka nem az élenyülési folyamatok növekedésében, hanem a láz sajátos befolyásában a szervezet fehérjéire (protoplasmamérgek keletkezése) és a lázzal többnyire együttjáró inanitióban keresendő. A láz ezen káros hatását a fehérjékre bő táplálék nyújtása által megszüntetni nem lehet, ez úton csupán az inanitio káros befolyását kerüljük el, a megmérgezett protoplasma szétesése tovább tart. A gyógykezelés szempontjából fontos tudni, hogy ha láznál a fertőzés mérgező hatását a fehérjékre nem is szüntethetjük meg, oda kell mégis törekednünk, hogy a fehérjekészletet az inanitio támadása ellen védjük, mert ha ez sikerül, egyidejűleg óvjuk a zsírállományt is. Ezért ajánlja, hogy csakis rövid ideig tartó súlyos fertőző láznál engedjünk sovány étrendet, a rövid hiányos táplálkozás nem árt; ha azonban a láz 8 napnál tovább tart, pl. typhusnál, akkor a tápfelvételt hathatósan kell sürgetni, a táplálék melegfejlesztő értéke legfeljebb $\frac{1}{3}$ -dal lehet kevesebb mind a mennyi kilogramm caloriára a szervezetnek ép voltában szüksége van. Idült lázas bántalmak, főleg gümőkórnál czélszerű, ha csak kivihető, hogy a bevitel a szükségletet meghaladja, úgy hogy zsírlerakódás álljon be, mert az izomgyurma gyarapodása alig érhető el addig, a míg a láz tart. A modern phthisiotherapia története eléggé bizonyítja, hogy mily eredmények érhetők el, ha idült fertőző bántalmaknál a teljes vagy túlbő táplálás az orvos főgondját képezi. Számokban kifejezve arra törekedjünk, hogy heveny láz alatt sovány ember egy napra és egy kilo testsúlyra körülbelül 25, kövér ember pedig 20 kilogramm caloriát bekebelezzen be. Idült láznál, a hol a táplálkozási állapot már különben is szenvedett, nagyobb értékek rendelendők, körülbelül 30—35 kilogramm caloria és még több. Az ételek csekély térfogat mellett magas melegfejlesztő értékkel birjanak, ezért a zsír sem kerülhető el, a lázas betegek ugyan ezt zsíros étel alakjában nem szeretik, de tej és tojásban szívesen veszik; nem kell félni a jó vaj adagolásától, a mely láz alatt jól kihasználhatik. Az alkohol képes bizonyos fokig óvni a zárkészletet, míg fehérjemegtakarító hatása kétes. A diazoreactio értékét Ehrlichel egyetértőleg nagyon becsüli. Gerhardt klinikáján 5 év óta csak egy kétségtelen typhus-eset fordult elő, a hol ezen reactio kimaradt, oly szabályszerű ez, hogy gondolkozba esnek typhust diagnosztizálni, ha ezen reactio hiányzik (!). Főleg typhus könnyebb eseteinél tűnik ki ezen reactio kórisme fontossága, megtörtént ugyanis, hogy 1891-ben láztalanul lefolyó halmazotton fellépő typhus-esetekben ezen reactio positiv volta vezette Gerhardtot a helyes útra. Miután tudjuk, hogy Kühne értelmében valódi pepton a vizeletben sohasem található, ellenben albumose gyakran: peptonuria helyett albumosuria kifejezés használatát ajánlja. Az utóbbi két pontra nézve a szerző sok más klinikussal és buvárral helyezkedik ellentétes álláspontra.

A 3. fejezetben saját kísérleteire hivatkozik, ugyanis kimutatta, hogy a bélemésztés egész lefolyása a szervezetre nézve kedvezően alakul, akár van fölös sósav a gyomornedvben, akár rendes vagy a rendesnél kisebb mennyiségben, de csak azon feltétel alatt, ha a gyomor teljesen kiürül a bél felé s nincs bélbántalom jelen. Azon feltűnő eredményre jutott, hogy épen oly esetekben, a hol igen sok sósav választatik el (ulc. ventr., hypersecr. és dilatatio) az aromatikuss anyagok a vizeletben megvannak

szaporodva. Ezen Boas-éval megegyező letete szemben áll *Kast* és *Wasbutzky* eredményeivel. Felveti azon fontos kérdést, mily alakban adjunk gyomorbetegnek zsírt a nélkül, hogy ártanánk? a zsír szükséges voltát igazolja az, hogy sok gyomorbeteg, a ki fehérjével él és a mellett a szénhidrátoknak alárendelt szerepet juttat, előrehaladó marasmusát tápláléka zsírhiányának tulajdoníthatja. A zsír-szükség a tej táplálék előtérbe helyezésével kerülhető el, általában félnek más zsír élvezésétől, pedig alaptalanul, mert kivéve a heveny emésztési zavarokat, majdnem minden beteg eltűri legalább a jó vaját, a gyomorbetegnek tehát naponta 60 gm. vaját (körülbelül 45–50 gm. zsír = 420–460 kilogramm caloria tápérték) kellene adni, ez egy liter tejjel együtt 80 gm. naponkénti zsír-felvételnek felel meg. Más zsír a tej és vajban lévön kívül nem ajánlatos.

(Vége következik.)

Terray.

II. Lapszemle.

Belgyógyászat.

A mellhártyalob aetiológiájához szolgáltat adatokat *Jakowski*. Mellhártya-izzadmány 52 esetében végzett bacteriologiai vizsgálatot és ezek, valamint az irodalomból összegyűjtött körülbelül 250 eset alapján a következő eredményekre jut: Minden pleuritist bacteriumok okoznak, noha nem mindig sikerül az exsudatumban bacteriumokat kimutatni; az úgynevezett meghülés és egyéb momentumok csupán disponáló befolyást gyakorolnak. Az olyan savós és genyes exsudatumok, a melyekben a legszorgosabb vizsgálat sem derít ki mikrobákat, gümőkóros eredetűeknek tekintendők. Vannak septikus pleuritisek, melyeknél a genyes vagy éves exsudatumban nincsenek bacteriumok; ezen esetekben vagy tönkrementek az eredeti kórokozók, vagy pedig az exsudatumot bizonyos vegyi bacteriumtermékek okozták. Az eredeti baj jellege és az exsudatum természete döntik el ilyenkor a diagnosist. A primaer, nem gümőkóros pleuritisek legnagyobb részét a Fränkel-féle diplococcus okozza; másodszorban szerepelnek oki mozzanatként a genyesztő coccusok, főleg a streptococcus pyogenes. Azok a savós exsudatumok, a melyekben pyogen bacteriumok találhatók, hajlamosabbak az elgenyedésre, mint azok, a melyekben Fränkel-féle diplococcusok vannak. A pneumonia mellett vagy után fellépő pleuritiseket többnyire a Fränkel-féle diplococcusok okozzák, a melyek ezen esetekben gyakran tiszta tenyészetben találhatók. Genyes exsudatumok, a melyek genyesztő bacteriumokat tartalmaznak és typhus, tuberculosis stb. eseteiben találhatók, vegyes fertőzésen alapulóknak tekintendők. A Fränkel-féle coccusok okozta pleuritisek általában sokkal enyhébb lefolyásúak, mint a pyogen bacteriumok által előidézettek. (Zeitschr. für klin. Medicin, XXII. köt. 1. 2. füzet.)

A Basedow-kórrol leírt ismereteinket gyarapítja Prof. *Fr. Müller* (Marburg) négy eset közlésével. A négy beteg közül 3 meghalt (a betegség $1\frac{1}{2}$ – $3\frac{1}{2}$ havi folyása után), a negyedik is, mikor szem elől eltűnt, igen rossz prognosist volt. Világos tehát, hogy vannak esetek, a melyekben a rendes chronikus menettől eltérőleg acutan és pedig rosszindulatúlag pereg le a kórfolyamat. A szívdobogás, a szívcsücslökés erőssége, szapora érelkés, struma, exophthalmus mellett két esetben az arcz abnormis barna színeződése volt jelen, főképp a szemek és a száj körül; rendellenes hőségérzet, gyakori profus izzadás, valamint csekély, könnyen muló hőmérsékemelkedések mind a négy egyénen észlelhetők voltak. Feltűnt még a rapid lesaványodás és a vele járó nagy gyengesége a betegeknek. Egyikük másfél hónap folyamán $16\frac{1}{2}$ kilót veszített a súlyából. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. 51. B., 4–5. H.) *K-y dr.*

A napszúrás kezeléséről írván le tapasztalatait *Hirschfeld*, a hideg fürdők helyett a langyos fürdő alkalmazását ajánlja. E mellett nem látott halálesetet. Munkaképtelenség is csak egy ízben volt 24 órát meghaladó ideig. Kellemetlen utókövetkezményeket is csak egy egyénen észlelt. Körülbelül 30° C. hőmérsékű fürdők hosszabb alkalmazásával az abnormis magas temperatura a rendszerre szállítható le és ez a normalis hőbeállítás állandó maradt. Az okok, a miért a hideg fürdővel szemben előnyösebb a langyos, a következők: a hideg vízben a bőrerek összehúzódván, a belső szervek hyperaemiája még fokozódik és vele az e hyperaemiával járó tünetek is súlyosbodnak. Továbbá a hideg fürdő érszűkítő hatása

miatt a börcirculatio eszkenven, a hőkiadás is — a mely különben a bőr útján fennáll — kisebb. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. Nr. 30.)

K-y dr.

Albuminuria cyclica egy esetét (10 éves fiú) közli *Tewet*; a mely annyiból volt érdekes, hogy igen tiszta képet adott (reggel sohasem volt fehérje a vizeletben, cylinder, vérsajt, stb. egyáltalán nem volt található), továbbá a beteg megerőltető mozgásai — akár az ágyban, akár ágyon kívül tettek — a fehérjekiválasztást fokozták, 7 nap volt olyan, a melyen a fehérjemennyiség emelkedése és alászállása kétszer napjában volt észlelhető, végre a betegség összes napjain a felkelés utáni 4 órán belül indult meg a fehérjevizelés és a lefekvést követő 4 órán belül szűnt meg. Ha ennyi idő elteltével a felkelés után nem jelent meg a fehérje, akkor aznap már nem is mutatkozott, ha csak tornagyakorlatok után nem. (Jahrb. für Kinderheilk. XXXVI. B. 1. u. 2. H.) *Kuthy dr.*

Szülészet és nőgyógyászat.

Castratióval gyógyult osteomalacia esetét ismerteti *Kummer*. Egy 39 éves nőbetegnél két oldali oophorectomiát végzett. A nő 7-szer szült, az 5-dik terhessége óta folytonosan erősbülő fájdalmakban szenved, úgy hogy végre teljesen képtelen volt járásra s folyton ágyban kellett fektünie. A műtét eredménye feltűnő jó eredménynek járt. Szerző eseteinek leírása után ismerteti az 1892. évig között 38 esetben végzett kétoldali oophorectomiát s azon következtetésre jut, hogy hasonló esetekben a legnagyobb reménnyel foghatunk mindig a műtéthez. (Cbl. f. Gynaek Nr. 25.) *r. l.*

Urethrocele vaginalis esetét írja le *Piasecki*. A kóródására felvett 65 éves nőbeteg minden órában nagy fájdalmak között felépő vizelési ingerben szenved. A beteg bántalmának kezdetét a legutolsó szülési idejére vezeti vissza, mely ezelőtt 25 évvel történt. Vizsgálatnál a hátsó urethralalon egy diónyi nagyságú daganat tapintható, melynek tartalma kő. A műtét abban állott, hogy a hüvelyből egy bemetszést végzett a terimenagyobbodásba s extrahálta a követ. A nyílást bevarrta és a hüvelyt jodoformgazeval tömté ki. A gyógyulás simán folyt le. A kő phosphatkőnek bizonyult. (Cbl. f. Gynaekologie Nr. 26.) *R-ch dr.*

Prolapsus uteri inversi czímen írja le egy esetét *Jakub* (Moskva) Egy II. para nőnél a szülés után — a nélkül, hogy a bába valami manipulációt végzett volna — az uterus invertálódott és mintegy gyermekfej-nagyságú véres daganat fektűt a vaginában. A fundusra gyakorolt nyomás, valamint az egész méhre gyakorolt behatás a repositiót nem létesíthette. Ekkor szerző az orificium és corpus uteri közötti tért 3 ujjával kitágította és jobb kezének 4 ujjával jobbról és hátulról, hüvelykujjával balról és mellülről hatolván be, mellülről és felülről folytonosan tartó erős nyomást fejtven ki, a bal kéz kívülről segített, nagy fáradtság után a repositio megtörtént. Erős massage, 2%-os carbololdattal kifecskendezés, sec. corn. mellett minden complicatio nélkül gyógyulás állott be. A 9-dik napon a nő felkelt. (Th. Mon. 1893. máj.) *r. l. dr.*

Apróbb jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. Lábizzadás ellen *Kaposi* a következő orvoslást ajánlja: a lábakat reggel és este meg kell mosni a következő oldattal: Rp. Naphthol. 5'0; Glycerini 10'0; Spiritus vini 100'0. Utána következő hintőpor alkalmazandó: Rp. Naphthol. pulv. 2'0; Amyli pulv. 180'0. Reggel következő összetételű port is lehet a lábbelihez szórni: Rp. Talcis 40'0; Bismuthi subnitrici 45'0; Kalii hypermangan. 3'0; Natrii salicylici 2'0. (Deutsche medic. Wochenschrift, 1893. 26. sz.)

2. Húgyszervi megbetegedéseknél kísérleteket tett *Friedländer* a Délamerikában elterjedt használatnak örvendő pichi nevű szerrel (fabiana imbricata). A Merck gyárában előállított extractum fluidum pichi-pichi sötétbarna, kellemes szagú és ízű, erősen keserű folyadék, mely kávéskanálnyi mennyiségben háromszor naponként vétetik be. Főleg heveny kankónál és cystitisnél mutatkozott a szer jó hatása. A helyi kezelést természetesen nem teszi feleslegessé e szer, mely még azon nagyon jó tulajdonsággal is bír, hogy az emésztő szerveket nem rontja, sőt azokra mint amarum még jótékony hatással is van. Bőrkiütések vagy zavarok a vesék részéről a szer használatát után nem jelentkeztek. (Therap. Monatshefte, 1893. július.)

TÁRCZA.

A drezdai nemzetközi cholera-conferentia határozatai.

(Vége.)

8. Tengeri közlekedés. Intézkedések a kikötőkben.

Fertőzöttnek tekintetik azon hajó, melynek fedélzetén cholera-beteg van, vagy a melyen az utolsó hét nap alatt újabb cholera-esetek fordultak elő.

Gyanus az a hajó, a melyen elinduláskor vagy útközben cholera-esetek fordultak elő, az utolsó hét nap alatt azonban újabb megbetegedés nem történt.

Tiszta pedig azon hajó — még ha fertőzött kikötőből érkezik is —, a melyen sem az elindulás előtt, sem útközben, sem a megérkezéskor cholera következtében megbetegedés vagy haláleset nem fordult elő.

Fertőzött hajók a következő határozatok alá esnek:

1. A betegek azonnal kiviendők a hajóból és elkülönítendők.

2. A többi személy lehetőleg szintén kiviendő a hajóból és megfigyelés alá vetendő, a mely megfigyelés tartama függ a hajó egészségi állapotától és az utolsó megbetegedési eset időpontjától, öt napnál hosszabb ideig azonban nem tarthat.

3. A szentes fehérnemű, a mindennapos használatban levő ruházati tárgyak és a legénység, valamint az utasok egyéb dolgai fertőtlenítésnek vetendők alá, ha a kikötő egészségügyi hatósága azokat cholera-ürülékkel szennyezetteknek tartja; hasonlóképen fertőtlenítendő a hajó is, vagy annak cholera-ürülékkel szennyezett része.

Gyanus hajók a következő határozatoknak vannak alávetve.

1. Orvosi revisio.

2. Fertőtlenítés; szentes fehérnemű, a mindennapos használatban levő ruházati tárgyak, továbbá a legénység és utasok egyéb dolgai, ha azok a kikötő egészségügyi hatósága véleménye szerint cholera-ürülékkel szennyezetteknek tartandók, fertőtlenítendők.

3. A hajónym (Kielwasser) előzetes fertőtlenítése és kiszivattyúzása; a hajón levő vízkészlet helyettesítése jó ivóvízzel.

Ajánlatos a legénységet és az utasokat egészségi állapotukat illetőleg a hajó megérkezésétől számított öt napon keresztül egészségügyi felügyelet alá vetni.

Hasonlóképen ajánlatos a legénységnek partraszállását megakadályozni, ha csak szolgálati okok a partraszállást szükségessé nem teszik.

Tiszta hajóknak azonnal megengedendő a szabad közlekedés, bármilyen legyen is egészségi bárcájuk (Gesundheitspass).

Az egyedüli intézkedések, a melyeket az érkezési kikötő hatósága rájuk alkalmazhat, azok, a melyek a gyanus hajókkal szemben veendő igénybe (orvosi revisio, fertőtlenítés, a hajónym kiszivattyúzása és a hajón levő vízkészlet helyettesítése jó ivóvízzel).

Ajánlatos az utasokat és a legénységet egészségi állapotukra nézve a fertőzött kikötőből elindulástól számított ötödik nap végeig egészségügyi felügyelet alá vetni.

Hasonlóképen ajánlatos a legénység partraszállását megakadályozni, ha csak szolgálati okok nem teszik szükségessé a partraszállást.

Az érkezési kikötő illetékes hatósága minden körülmény között feljogosult bizonyítványt követelni arról, hogy a hajón az indulási kikötőben cholera-esetek nem fordultak elő.

Ezen intézkedések alkalmazásakor az illetékes kikötő-hatóság által tekintetbe veendő azon körülmény, hogy az említett három kategóriájú hajón van-e orvos és fertőtlenítő készülék.

Nagyon sok személyt vivő hajókkal, névszerint kívándorló, úgyszintén más olyan hajókkal szemben, a melyeken kedvezőtlenek az egészségi állapotok, külön intézkedések léptethetők életbe.

A tengeren érkező árúk fertőtlenítés, beviteli és átviteli tilalom, továbbá quarantán tekintetében nem kezelhetők másképen, mint a szárazföldön továbbított árúk.

Az a hajó, mely a kikötő-hatóság által rászabott intézkedéseknek nem akarja magát alávetni, ismét visszamehet a tengerre.

A hajó azonban megkaphatja az engedélyt az árú kirakására, ha a szükséges óvintézkedések megtörténnek, névszerint:

1. A hajó, legénység és az utasok elkülönítése.

2. A hajónym kiszivattyúzása előzetes fertőtlenítés után.

3. A hajó vízkészletének helyettesítése jó ivóvízzel.

Az is megengedhető, hogy azon utasok, kik azt kívánják, partraszálljanak, azzal a feltétellel, hogy az illető utasok a helybeli hatóság által előírt intézkedéseknek magukat alávéssék.

Minden állam köteles tengerei mindegyikén legalább egy kikötőt kielégítő berendezéssel és intézményekkel ellátni, hogy hajókat tekintet nélkül egészségi állapotukra felvehessen.

A parti hajók az érdekelt országok által kölcsönösen megállapítandó külön határozatoknak vannak alávetve.

II. melléklet.

Intézkedések fertőzött kikötőből jövő, a Dunán felfelé menő hajókra nézve.

Mindaddig, míg Sulina város jó ivóvízzel el nem látatik, a felfelé menő hajók szigorú egészségügyi kezelés alá vetendők.

Túlsok utas felvétele a hajókra szigorúan tiltatik.

I. Sulinában eszközleendő intézkedések.

Azon járművek, melyek a Dunán Romániába akarnak menni, az orvosi revisio bevégeztéig és a fertőtlenítési intézkedések teljes végrehajtásáig visszatartandók.

A Sulinába érkező hajók, mielőtt a Dunán felfelé mennének, kötelesek magukat egy vagy több szigorú orvosi revisiónak alávetni, a melyek nappal végeztetnek. Az orvos kötelessége mindennap reggel egy bizonyos időben tudomást szerezni az egész hajószemélyzet egészségi állapota felől és a behajózást csak akkor szabad megengednie, ha az egész hajószemélyzetet teljesen egészségesnek tartja. A kapitánynak vagy hajóvezetőnek egészségi bárczát, patenst vagy bizonyítványt kézbesít, mely a hajónak minden későbbi kikötésekor előmutatandó.

Az orvosi revisio naponként ejtetik meg.

Nem fertőzött hajók Sulinában három napnál tovább nem tartózkodhatnak. Cholera-ürülékkel szennyezett fehérnemű fertőtlenítése a megérkezés után azonnal végzendő.

A hajón levő kétes minőségű víz jó ivóvízzel helyettesítendő.

A hajónym fertőtlenítettik.

A említett intézkedések csak az olyan kikötőből érkezett hajókra vonatkoznak, a hol cholerafészkek képződtek.

Az a hajó, a mely nem fertőzött vagyis olyan kikötőből érkezik, a hol cholerafészkek nincs, fertőzött kikötőből jövő utasokat nem vehet fel, ha nem akarja magát az előzetesen említett megszorításoknak alávetni.

Javaltnak látszik a sulinai egészségügyi intézményeket tökéletesíteni, azokat a jelenlegi nézeteknek megfelelő berendezésekkel, névszerint a fertőtlenítés tekintetében is, ellátni és az ottani állapotot úgy megjavítani, hogy fertőzött hajó betegek, úgyszintén más utazói is partra szállíthatók és elkülöníthetők legyenek.

II. Intézkedések a folyam partjain.

A folyam partjain alacsonyabb rendű egészségi állomások rendezendők be oly módon, hogy a hajón esetleg levő betegek ott kiszállíthatók legyenek. Ezen állomások jó ivóvízzel és a szükséges fertőtlenítő szerekkel látandók el. E tekintetben az orosz és román kormányok között egyezménynek kell létrejönnie.

Minden egészségi állomáson, úgyszintén jelentékenyebb megálló helyen orvos állandósíttatik.

Minden állomáson egy kellőleg elkülönített helyiségnek kell készen állania.

Minden jármű köteles magát ezen állomások mellett elhaladásakor orvosi revisiónak alávetni.

A hajón levő cholera vagy cholera gyanus betegek partra szállítandók és elkülönítendők.

A többi személy szintén partra szállítandó és öt napig elkülönítendő.

A kabinok, alvó és más helyiségek, melyek cholera-ürülékkel érintkezésbe jöttek, továbbá a cholera-ürülékkel szennyezett fehérnemű, használt ruha és egyéb tárgyak fertőtleníttetnek; hasonlóképen a hajónym is fertőtleníttetik; a hajón levő kétes minőségű víz jó ivóvízzel helyettesíttetik.

Azon járműveken, melyeken nincsenek betegek vagy gyanus személyek, az árnyékszékek és a hajónyom fertőtlenítendő, a hajón levő, esetleg már megromlott víz pedig jó ivóvízzel helyettesítendő.

Az orvosi revisio megtörténte után a kapitánynak vagy hajóvezetőnek bizonyítványt kézbesítetik az eszközölt óvintézkedésekről és fertőtlenítésről; e bizonyítványnak különben az utasok és hajószemélyzet számát is tartalmaznia kell.

E bizonyítvány a különböző állomásokon előmutatandó.

Ha a jármű új kerületbe érkezik, új orvosi revisiónak vetendő alá.

A hajónyom újból fertőtlenítettik, ha már nem tartalmaz kétséget kizáró módon sublimatot vagy alkalikus kémhatású meszet.

Heti szemle.

Budapest, 1893. augusztus 25-dikén.

A cholera állása. A külföldről érkező cholera hírek teljesen háttérbe szorulnak már a Magyarország különböző vidékeiről érkező hírekkel szemben, melyek cholera gyanus eseteknek felléptéről tudósítanak. De nem csupán a cholera gyanus megbetegedések számának szaporodása teszi aggasztóvá a helyzetet, hanem inkább az, hogy már biztosan megállapított cholera esetek is fordultak elő, így Szabolcs megyében, melynek *Kis-Várda* és *Dombrád* nevű községeiben cholera fészkek létezése állapítottatván meg, a m. kir. belügyminis- ter Szabolcs megyét cholera tól fertőzöttnek mondta ki és erről a drezdai nemzetközi egyezmény értelmében a cs. és kir. külügyminis- ter és a külhatalmaknak Budapesten székelő képviselőit hivatalosan értesítette. A *Szolnokon*, *Tisza-Burán* és *Tisza-Szalkán* előfordult esetek a bakteriologiai vizsgálatok alapján állítólag szintén cholera- nak bizonyultak. *Kolozsvárott* még mindig fordulnak elő gyanus megbetegedések. *Máramaros megyében* javultak az állapotok; már csak nagyon kevés eset fordul elő. *Biharmegyében* több Szolnokról érkezett munkás cholera gyanus tünetek között megbetegedett. *Zentán* állítólag kitört a cholera. Gyanus megbetegedéseket jelentettek még e héten *Ugocsa* megyéből, *Szolnok-Doboka* megyéből és *Orosházá- ról* is.

Augusztus 23-dikának déli 12 órájától másnap déli 12 óráig a következő megyékben fordultak elő következő számú esetek: Máramaros megye: 6 helységben 42 eset 21 halálozással; Jász-Nagykún-Szolnok megye: 3 helyen 3 eset 1 halálozással; Zemplén- megye: 4 helységben 14 eset 3 halálozással; Szatmár megye: 4 helységben 10 eset 5 halálozással; Bereg megye: 1 helységben 3 megbetegedés 1 halállal; Ugocsa megye: 3 helyen 4 megbetegedés, 1 haláleset; Szolnok-Doboka megye: 2 helységben 5 megbetegedés; Kolozsmegyében 2 helyen 7 megbetegedés 2 halálozással.

A külföldről érkezett hírek röviden a következőkben foglal- hatók össze. *Oroszországban* az állapot változatlan; az augusztus hó 13-dikával végződött héten a következő számú esetek fordultak elő: *Podolia* 484 eset, 175 halál; *Orel* 327 eset, 110 halál; *Don* 354 eset, 147 halál; *Kieff* 290 eset, 91 halál; *Grodno* 110 eset, 27 halál; *Nijni Novgorod* 258 eset, 102 halál; ezeken kívül 100-nál kevesebb esettel szerepelnek még *Kherson*, *Jaroslav*, *Samara*, *Vladimir*, *Kazan*; *Moszkvában* augusztus 8-dikától 12-dikéig 166 megbetegedés és 67 haláleset fordult elő.

Berlin nyugati részében a lengyel munkások között több gyanus megbetegedés történt; három esetben a bakteriologiai vizs- gálat állítólag ázsiai cholera jelenlétét derítette ki.

Németalföldön több gyanus cholera nostrasnak jelzett eset fordult elő, főleg *Utrecht* és *Guelderland* kerületekben.

Franciaországból újabb hírek nem érkeztek, úgyszintén *Spanyolországból* sem.

Olaszországban *Barraban* és *Fossatóban* (*Campobasso* tarto- mány) nagyobb számú esetek fordultak elő. A nagyobb városok közül *Florenzben* és *Romában* mutatkozott egy-két gyanus eset. *Nápolyban* mult heti tudósításunk óta változatlan az állapot.

Romániában növekedett a baj; *Brailán* és *Szulínán* kívül egyéb helyeken is fordultak elő nagyobb számú megbetegedések.

Galiciában szintén megszorodott az esetek száma; eddig már 100-nál többen estek a betegségbe.

Bécsben az utóbbi napokban három gyanus megbetegedés történt; közelebbit azonban még nem tudni felőlük.

Kivonat a hivatalos „Egészségügyi Értesítő“-ből. 1893. 4. sz.

I. Körrendeletek:

1. A belügyminis- ter 69,631. sz. körrendelete a Romániából érkező utasok egészségügyi megfigyelése tárgyában. A Romániában felmerült cholera-esetek alkalmából ajánlatosnak mutatkozván az onnan érkező utasok egészségügyi megfigyelése, felhivom a törvényhatóságot, hogy az érkező utasoknak szigorú bejelentési kötelezettségét újból a szállodá- sok, vendéglősök stb., valamint a magánfelek emlékeztetőbe hozva, intézkedjék, hogy a Románia felől érkezett utasok személyes szabadságuk legesekélyebb megsejtsége nélkül 5 napi egészségügyi megfigyelés alá vetessenek. Az utasok egészségi állapotáról naponként legalább is egy- szer a helyi hatóság valamely megbízottja fog magának meggyőződést szerezni, kötelességévé tétetvén a szállástadónak is az utason netalán észlelt cholera gyanus tüneteket (hasmenést, hányást) a felügyelő közeg- nek vagy a helyhatóságnak a szükséges intézkedések megtehetése végett azonnal tudomására hozni.

Ha az utas első megtelepedési helyéről az 5 napi megfigyelési idő előtt távozni kívánna, ebben nem gátolható s neki a kiállott egészség- ügyi megfigyelésről és annak időtartamáról hatósági bizonyítvány szolgál- tatandó ki.

2. A belügyminis- ter 70,038/93. sz. körrendelete a cholera gyanus meg- betegedések kimutatása tárgyában. Az ország északkeleti és tiszamenti megyéiben fellépett cholera gyanus megbetegedések számáról és elterje- déséről biztos adatokat nyerni óhajtván, miután az eddig beérkezett különbözőképpen szerkesztett távirati jelentések és különböző időről kel- tetett részben ötnaponként, részben hetenként beküldött kimutatások az általános áttekintést mód felett megnehezítik, a kimutatások egyöntetű- sége végett felhivom a törvényhatóságot, hogy a bekívánt napi távirati jelentéseken kívül az 1893. évi 78,771. számú rendelettel kiadott „Utasi- tás“ és 1893. évi 17,415. számú itteni rendelet értelmében ötnaponként felküldendő kimutatásokat ezentúl nem ötnaponként, hanem hetenként és pedig oly formán küldje meg, hogy a kimutatást minden vasárnapon — a vasárnapot beleszámítva — zárja le s az így elkészített kimutatást lehetőleg már hétfőn postára tegye.

A mennyiben járvány esetén a vármegyei tisztii főorvosok az intézkedések ellenőrzésével és saját tisztii orvosi teendőikkel túl vannak halmozva és rovatos kimutatások összeállítására kevés idővel rendelke- znek, hogy a kimutatások pontos felterjesztése késedelmet ne szenvedjen, felhivom a vármegyei törvényhatóságokat, hogy e célra a tisztii főorvos- nak irnokot bocsássanak rendelkezésre.

A legközelebb felterjesztendő kimutatás az első cholera gyanus megbetegedés felléptétől f. hó 13-ig bezárólag lesz összeállítandó és haladéktól nélkül felterjesztendő.

3. A belügyminis- ter 47,193. számú körrendelete *Szilágyi Gyula dr.* és *Neumann Zsigmond dr.* vegyészeti laboratóriumai ajánlása tárgyában. A belügyminis- ter nevezett két egyént első folyamodású kémiai vizsgá- latok végzésére a törvényhatóságoknak figyelmébe ajánlja, meggyez- vén, hogy oly esetekben, ahol a kémiai tényálláson kívül orvosi véleményre is szükség van, az illetékes orvos véleménye nem mellőzhető. Egyszersmind tudatja nevezett két vegyész díjtételeit is.

4. A belügyminis- ter 65,516/93. sz. körrendelete a kórházak építési tervei tárgyában. Közölni fogjuk.

5. A belügyminis- ter 66,811/93. sz. körrendelete a *Budapestről* *Gleichenbergbe* utazó betegek szállítása tárgyában. Értesít a kereskedelem- ügyi minis- ter elhatározásáról, mely szerint a fűrdőidény alatt *Budapest- ről* *Gleichenbergbe* utazó betegek és kísérőik számára a Budapest, Győr és Fehringi vonalon közlekedő gyors-, illetve személyvonatokhoz „Budapest-Gleichenberg“ felirattal ellátott közvetlen kocsik adassanak. Ezen intézkedések célja az, hogy egyfelől az utazó betegek részére a kívánatos kényelem biztosíttassék, másfelől, hogy az együtt utazó egész- ségesek számára megadassék a lehetősége annak, hogy a betegektől el- különítve utazhassanak.

6. A belügyminis- ter 58,460/93. sz. körrendelete a szabadkai kórház tárgyában. A szabadkai magánkórház és szemkórház közkórházi jelleg- gel ruháztatván fel: 1893. évi július hó 1-től kezdve további intézke- désig 60 kr. napi ápolási díj szedésére jogosított fel.

7. A belügyminis- ter 47,522/93. sz. körrendelete a nagyikikindai kórházra nézve. A nagyikikindai kórház közkórházi jelleggel ruháztat- ván fel: 1893. évi augusztus 1-től kezdve további intézkedésig 58 kr. napi ápolási díj szedésére jogosított fel.

8. A belügyminis- ter 62,134/93. sz. körrendelete a dr. Schindler- Barnay-féle kövérség elleni labdacso- kitiltása tárgyában. Az orsz. köz- egészségi tanács f. évi július hó 17-dikén kelt véleménye szerint dr. Schindler-Barnay marienbadi fürdőorvos által összeállított kövérség elleni labdacso- (Marienbader Reductions-Pillen gegen Fettleibigkeit und Fettsucht von kaiserl. Rath Dr. Schindler-Barnay stb.) a legkülönbözőbb, részben erőyes hatású hashajtók egyvelege, melyek egyrészt magának a lesóványításnak szempontjából igen kétes értékűek, de másrészt igen alkalmasak arra, hogy első sorban idült bélhurutot s ezzel kapcsolato- san esetleg állandó emésztési zavart okozzanak.

E vélemény alapján a fentjelzett gyógyszerkészítménynek úgy a gyógyszerárakban, mint a gyógyszer-kereskedésekben való elárúsítását és forgalomba hozatalát ezennel eltiltom és felhivom a törvényhatóságot, hogy a gyógyszeráraknak előírt vizsgálata alkalmával a készítményt illetőleg az 1876. évi július 4-dikén 31,026. sz. a kelt belügyminis- teri szabályrendelet 10. §-ának 2. kikezdése értelmében járjon el.

9. A belügyminister 2923/93. sz. rendelete mesterséges ásványvizek gyártása tárgyában. Telbisz János dr. vegyésznek, a fő- és székvárosi tanács m. é. 10.247. eln. sz. a kelt jelentésével felterjesztett beadványának egy darab mellékletét ide csatolva, címet a nevezettnek értesítése végett, az ez ügyben meghallgatott országos közegészségügyi tanács szakvéleménye alapján, a következőkről értesitem:

A tudomány mostani állása mellett nem állítható biztosan, hogy a leghelyesebb analízisek alapján, lelkiismeretesen utánzott mesterséges ásványvizek teljesen azonosak lennének a természetes ásványvizekkel. Továbbá kétségtelen, hogy az olcsóbb külföldi mesterséges ásványvizek hazai természetes ásványvizeinknek nem egy tekintetben veszélyes concurrenciát képeznek.

Ezeknél fogva mesterséges ásványvizek gyártásának szükségességét kiválóan közegészségügyi szempontból nem látom fenforogni.

Miután azonban a mesterséges ásványvizek az 1876: XIV. t. cz. 108. §-a értelmében hatósági engedély mellett, vizsgázott vegyész vagy gyógyszerésznek felügyelete és vezetése alatt készíthetők, ki kell jelenítenem, hogy azon esetre, ha a nevezett mesterséges ásványvizeket gyártani szándékoznék s arra az 1876: XIV. t. cz. 157. § a) pontjának értelmében a törvényhatóság első tisztviselőjétől engedélyt nyerne, az általa gyártott vizek „mesterséges” felirattal lesznek ellátandók és az illető természetes ásványvizek elnevezését egyáltalában nem viselhetik, hanem kémiai tulajdonságukkal, mint pl. vasas, jódos stb. lesznek jelölendők.

10. A belügyminister 64.937/93. sz. rendelete Nyitra vármegye közönségének a gyógyfürdő elnevezés feltételeire nézve. K. J. Búdoskő fürdő tulajdonosának kérvénye, melyben fürdője számára a gyógyfürdő elnevezés engedélyezését kéri, érdemileg el nem intézhető mindaddig, míg a törvényhatósági bizottság közgyűlése által nem tárgyalattat. Ezenkívül hiteles okmányokkal kimutatandó, hogy az ásványvízforrás kérelmező tulajdona, melynek vize fölött szabadon rendelkezhet; benyújtandó az épületek tervezete, továbbá a források foglalásának és befedésének tervrajza.

II. Hatósági orvosok bonczeszközeinek beszerzése. A m. kir. belügyminister Kolozs vármegye abbéli kérelmét, hogy a járásorvosok számára szükséges bonczeszközök a belügyi tárca terhére szereztesse be, elutasította, miután minden hatósági orvosnak kell bírnia mindazon boncz- és műteti eszközökkel, melyek hivatása teljesítéséhez szükségesek. (66.220. sz.)

III. Gyógyszertári ügyek. A belügyminister az ország különböző helyein 4 új gyógyszertár és 2 fiókgyógyszertár felállítására adta meg az engedélyt. Átruházás történt két esetben.

Vegyesek.

Budapest, 1893. augusztus 25-dikén. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1893. augusztus 6-tól augusztus 12-ig terjedő heti kimutatása szerint e héten élve született 363 gyermek, elhalt 264 személy, a születések tehát 99 esettel múltak felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 2, ronesoló toroklob 8, hökhurut 3, kanyaró 2, vörheny 1, typhus abdominalis —, gyermekágyi láz —, egyéb ragályos betegségek 3, agykéreg 12, agyvérömleny 4, rángások 12, szervi szív-baj 6, tüdő-, mellhártya- s hörgőlob és höghurut 28, tüdőgümő és sorvadás 46, bélhurut és béllob 62, carcinomata et neoplasmata alia 11, méhrák 1, Brigh-kór és veselőb 8, angolkór 2, görvélykór 2, veleszületett gyengeség és alkathiba 15, aszkór, aszály és sorvadás 4, aggkór 9, erőszakos haláloset 13. A fővárosi közpórházakban ápolattott e hét elején 1979, beteg, szaporodás 707, csökkenés 740, maradt e hét végén ápolás alatt 1946. — A fővárosi tisztí főorvosi hivatalnak 1893. augusztus 13-tól augusztus 20-ig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 12 (meghalt 1), álhimlőben 1, bárányhimlőben 6, vörhenyben 23 (meghalt 2), kanyaróban 41 (meghalt 2), ronesoló toroklobban 32 (meghalt 6), torokgyikban 6 (meghalt 5), trachomában 17, vérhasban 1, hökhurutban 51 (meghalt 3), orbánczban 11.

— Jendrassik Ernő dr. egyetemi magántanár nyilvános rendkívüli tanárrá nevezetett ki.

— A bécsi egyetemen a kórboncztan tanárává Weichselbaum Antal neveztek ki.

— Sommerbrodt boroszlói tanár, ki számos tudományos dolgozata mellett főleg a tüdővész kreosot-terápiájával tette nevét ismeretessé, e hó 14-dikén elhunyt.

— Ártalmas titkos szerek. Ausztriában a következő hajszerek elárúsítását tiltották meg: 1. Hair Lotion, melyet Robert és társa Párisban és Londonban gyárt, s mely az egészségre ártalmas alkatrészeket, különösen ólomsókat tartalmaz. 2. S. A. Allen World Hair Restorer nevű szere. 3. Eau Trémolières. A Mixture venetienne nevű kosmetikus szernek behozatala Ausztriába nem engedtetett meg, mert az egészségre ártalmas chromsót tartalmaz.

— Járványorvosok. A belügyminister orvoshiány pótlására és az elrendelt óvintézkedések ellenőrzésére a következő orvosokat a következő helyekre küldötte ki: Barok József dr.-t, Raisz Aladár dr.-t, Roth Samu dr.-t, Kiss Gyula dr.-t, Haiman József dr.-t, Klein Mihály dr.-t, Stever Lajos dr.-t, Kranovitz Dezső dr.-t Máramarosmegyébe; Neuman Armin dr.-t és Schwarz Izák dr.-t Szolnok-Doboka megyébe; Somossy Lajos dr.-t Bereg megyébe; Körmöczy Emil dr.-t, Lakner Bertalan dr.-t és Sági Lajos dr.-t Szabolcs megyébe.

— Horváth Mihály dr.-t, a budapesti „Stefánia” szegény-gyermek-kórház segédorvosát a belügyminister Balatonfüredre küldötte ki az ottani szeretházban kiüti diphtheritis-járvány leküzdésére.

— Pólya József dr., lévai járási és tiszteletbeli megyei főorvosnak Bars megye törvényhatósági bizottsága őszinte elismerését fejezte ki azon önfeláldozó kitartásért és buzgóságért, melylyel a járásnak közegészségügyi körbe nem osztott községeiben a körorvos teendőit minden javadalom és jutalom nélkül éveken keresztül végezte.

— A nyitramegyei orvos-gyógyszerészi és természettudományi egyesület, mely öt évvel ezelőtt alakult meg, dícséretes jelét adja áldásos működésének. Tudományos buzgálkodása mellett a közegészségügyi viszonyok fellendítését is tüzte ki céljául. Ezen dícséretre méltó feladata birta rá az egyesületet, hogy az e hó 10-dikén Gálgócon megtartott közgyűlésén a közegészségügy terén buzgálkodó községi előjárók számára jutalmakat tűzzön ki. Ez alkalommal öt 20 koronás jutalommal türekszik a községek előjárót a közegészségügyi eszmék áldásos voltának megnyerni. Említendő egyúttal, hogy a fiatal egyesület 300 koronát szavazott meg az emelendő Semmelweis-szoborra, mely tényével a nyitrai egyet bizonyára megelőzte a vidéki hasonló egyesületeket.

△ Hazai fürdők személyforgalma. Bártfa (aug. 11.): 1999; Buziás (aug. 12.): 1506; Herkulesfürdő (aug. 16.): 5466; Korytnicza (aug. 16.): 1997; Lipik (aug. 6.): 2371; Parád (aug. 5.): 1014; Siófok (aug. 13.): 1114; Szilács (aug. 15.): 1436; Tátrafüred (aug. 16.): 3245; Alsó-Tátrafüred (aug. 18.): 1734; Új-Tátrafüred (aug. 15.): 2022; Vihnye (aug. 10.): 1002.

— Megjelent. Szilágyi Ete dr. kolozsvári egyetemi tanártól „Micrometer ophthalmoscop” című munka hagyta el a sajtót. Ismerettni fogjuk.

—r. Trencsén-Teplitz. Az évad tetőpontján a fürdővendégek száma csaknem 5000-re emelkedett, a lakáshiány végét érte s most megrendelés nélkül is kaphatók lakások kivált az uradalmi házakban. Úgy mint mult évben, ez idén is a fürdővendégek teljes pensióban 3 frtért teljes ellátást: reggelit, ebédet, vacsorát, jó szobát és fürdőt kapnak.

Diuretin. Herriek J. B. tanár Chicagóban a Diuretinről tett gyógytani tapasztalatait következőkben foglalja össze (Journal of the American Medical Association).

1. A diuretin minden terjedtebb vízenyőnél javulva van.
2. Legjobb szer minden vízenyős dagnál, mely szívbillentyű-bajokból ered, akkor is, ha a digitalis s egyéb szívzsongítók nem hatottak.
3. Használatát jól lehet összekapcsolni digitalissal s egyéb szívzsongítókkal.
4. A diuretin valamint a vesékre, úgy a szívre is egyenes hatással van, a mennyiben a szív működést lassítja és erősíti.
5. A diuretin gyakran hasznosan hat a vérkeringési zavarokkal s bőrvízenyővel kapcsolatos következő bajoknál, ú. m. myo- és pericarditis, aneurysmák és arteriosclerosis; azonban hatása itt nem oly biztos mint a szívbillentyű-bajoknál.
6. Veselőlóból folyó anasarcánál a diuretin adagolni lehet, a nélkül, hogy a vesét izgatná, ha azonban a vesehám már elváltozott, a szer mitsem hat többé.
7. A vena porta bántalmaiból és májcirrhosisból folyó anasarcánál a szer mitsem hat.
8. Néha észlelhetni használata közben hányást, fejfájást és hasmenést, ritkán bőrkütiéseket.
9. A diuretin maximal adagja 10 gramm pro die, közép adagja 5—8 gm. és pedig 1 grammos egyes adagokban. Más szerekekkel kapcsolatban kisebb adagokat adunk.
10. Rendeljük a diuretin vizben vagy tejben, labdacokban vagy capsulákban, kerülve a savakat és étkezés közben vétessük azt.

Szt.-Lukácsfürdő Budapest (Buda). Meleg és langyos kén-szulfur források. Téli és nyári gyógyhely. Az iszapfürdő, egy 840 □-méterre terjedő meleg forrástól. 45—60° C. Rheumatikus bajok, ízületi csúsz, izom-csúsz, csonthártyalob, 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 kintinő 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.

Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és üllői-úti kórházban 1893. augusztus 17-től egész augusztus 23-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	az üllői-úti kórházban
Aug. 17	47	42	89	52	44	96	1	3	4	920	901	1821	871	52	35	863
" 18	36	30	66	38	32	70	3	1	4	915	898	1813	860	51	32	870
" 19	32	41	73	79	56	135	2	3	5	866	880	1746	832	49	33	832
" 20	32	31	63	48	44	92	3	3	6	847	864	1711	823	42	31	815
" 21	69	51	120	53	50	103	5	2	7	858	863	1721	844	44	33	800
" 22	52	43	95	38	39	77	1	4	5	871	863	1734	851	43	34	806
" 23	70	46	116	38	48	86	6	3	9	897	858	1755	856	43	32	824

TISZTA AETHYLENCHLORID

helyi anaesthesiára.

Biztos hatás. — Teljesen ártalmatlan.

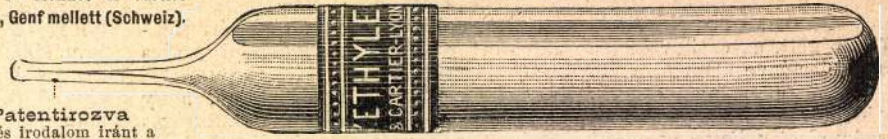
Gyógyítja az idegzsábkát, ischiast. Bizonyítványok híres orvosok, sebészek és fogorvosoktól.

FÖRAKTÁRAK:

Budapesten: Dr. Fischer Samu gyógyszer. „Hunniához“ Erzsébet-körút 56. Városi gyógyszerár (Harris bazar).

Gilliard P. Monnet & Cartier
La Plaine, Genf mellett (Schweiz).Patentirozva
Ar és irodalom iránt a
prospektus kérendő.

Alkalmazás helyi anaesthesiára Prof. Dr. Redardtól.



10 és 30 grammos csövek kaucsuk-gyűrűvel és fémelzárással.

9

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.; kitiűnő ventiláció; árnyas park. Gyógykezelés bármely professor vagy szakorvos által. Állandó orvosi felügyelet. Kitiűnő ellátás. Telefon. Kivánatra prospectus.

7

Lápfürdők a háznál

könnyen és kényelmesen készíthetők a

MATTONI
LÁP-KIVONATAI
LÁP-SÓ
LÁP-LÚG

segítségével.

Az ásvány-lápfürdők egyetlen természetes pótszere, kiki saját lakásán használhatja, az év minden szakában.

MATTONI LÁPSÓJA

(száraz kivonat)

egy kilo sőt tartalmazó dobozokban.

MATTONI LÁPLUGJA

(folyékony kivonat)

két kilo kivonatot tartalmazó dobozokban.

Évek hosszú során át kitiűnő eredménnyel alkalmaztatnak a következő bajok ellen: méhlob és méhthurut, petefészeklob, para- és perimetritis, hashártyalob, sápkór, vérszegénység, görvélkór, angolkór, lobos izzadmányok, fehérfolyás, 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.

33

Vízgyógyintézet
VÖSLAU-GAINFARN

a déli vasúttal egy órányira Bécsből.

Egész évben nyitva.

Előrajzokat küld a tulajdonos és orvosi vezető

Dr. FRIEDMANN T.

Bécs, I. ker., Operngasse 16 és Vöslau-Gainfarn.

12

Leghatásosabb és legolcsóbb antisepticum!
Dr. Angerer tanár sublimat-pastillái

1 Carton à 5 Cyl. à 10 drb. franco. vám frt	2.—
1 Ered. üveg à 100 drb. nyitva	2.—
1 " " à 500 " "	8.—
1 " " à 1000 " "	14.50
1 0.5 subl. has. csomag. Árak frt 1.80, frt 1.80	frt 7 —, frt 13.—



Kitiűn. a párisi és londoni hyg. kiáll. 1892. és 1893. nagy ar. éremmel.

Az Angerer-féle pastillákat egyedül az alúllt ezég van jogosítva készíteni. Utánzásoktól vényesen megbüntettetnek. Minden csomag a mellékelt védjeggyel van ellátva. Egyedüli gyárosok: **ADLER-APOTHEKE**, München, Sendlingerstrasse 13.**Dr. KNORR'S****ANTIPIYRIN****LÖWENMARKE**
bestes schnellstes "sicherstes" **ANTIPIYRETICUM**

Ohne nachtheilige Nebenwirkungen.

BESTES MITTEL GEGEN KOPFWEH.**DERMATOL**
Geruchloses Wundheilmitel
in den meisten Fällen
JODOFORM ersetzend**TUBERCULINUM KOCHII**
TUBERCULOCIDIN 100%
E 100%**AGATHIN**
(Salicyl methyl phtienyl hydrazon)
neues Antineuralgicum
(Patent angemeldet)**EINZIGE FABRIKANTEN**
SIND**ALUMNOL**
leicht lösliches
Adstringo-Antisepticum
(Patent angemeldet)**FARBWERKE vorm. MEISTER LUCIUS & BRÜNING**
HÖCHST a/MAIN
(DEUTSCHLAND)**BENZOSOL**
fast geschmackloses
Buchenholz-Kreosot-Präparat (Patent.)

S Z E M É S Z E T.

Szerkeszti SCHULEK VILMOS egyet. tanár.

Tartalom: Csapodi István dr.: A Paquelin-égető a szemészetben. — Imre József dr.: Ophthalmoplegia, mint a gümős agyburok-gyulladás előjele. — Grósz Emil dr.: A Wecker-féle iridotomia duplexről. — Hoor Károly dr.: Megjegyzések a látótér megvizsgálásához. — Lippay Sándor dr.: Heges cornea befestése új módon. — Grósz Emil dr.: Lövesi sérülés. — Könyvismertetés. — Tudományos társulatok. — Szemelvénnyek. — † Neupauer Gusztáv. — Vegyések.

A Paquelin-égető a szemészetben.

Irta Csapodi István dr., egyetemi docens.¹

Szinte anakronizmus, ha mai világban, a mikor minden téren az elektromosság kezd érvényesülni, olyan eljárásokhoz, olyan eszközökhöz is ragaszkodik az ember, a melyek az egyedül domináló irányul versengeni mernek. Csakhogy, azt hiszem, eléggé megmagyarázza ezt az emberi természet, melynélfogva akárki is tapasztalhatja önmagán, mások is láthatják ő benne, hogy az ember bizonyos veleszületett konzervatív makacssággal ragaszkodik ahhoz, a mit jónak, célszerűnek látott s a minek használatában kivétőt nem talált. Ez a konzervatív hajlandóság őrzött meg némely régi gyógyító módokat, melyek manapság is csakúgy beválnak, mint abban az időben, a mikor hasznos voltukat először megállapították volt. Példaképpen elég az argentum nitricum-mal való ecsetelésre hivatkozom, mely a trachoma gyógyításának újabb és legújabb módszerei mellett is megállja helyét. Kétségtelen, hogy az okszerű therapiában az újabb módszerek is jogukhoz jutnak, a mennyire t. i. beválnak; de a már bevált eljárásoknak egyszerűen az újabb szerek és eszközök kedvéért való félrelökése sehogy sincs megokolva.

Igaz, az emberben ama konzervatív hajlandósággal még egy másik természet is küzd, az újítás vágya, mely vérmes reménnyel fogad minden új szert, minden új eszközt, minden új elbánást; de vajmi gyakran fölmerül csakhamar a jogos skepsis, vajmi gyakran kénytelen az ember a mellőzött régi módhoz visszatérni.

E gondolatok indítottak engem arra, hogy tudományos társalgásunk egyik estjén az egyetemi szemklinikának azt a célszerűnek bizonyult szerszámát mutassam be, a melynek megszerkesztésében nekem is volt részem.

Ismertettem ugyan már évekkkel ezelőtt a *Királyi Orvos-egyesületben*; de annival kevésbé lesz fölösleges vele megint egy kicsit foglalkoznunk, mert ez a szemészeti célokra formált *Paquelin-féle thermokauter*, minden lehetőséggel számot vető felszerelésében, talán az egyetlen, mely a szemészetben alkalmazásban van. Az egyetemi szemklinikára szerzett ugyan azóta igen célszerű galvanokautert is, hogy eszköztárában ez is meglegyen, használja is helylyel-közzel, de egyszer sem jutott abba a kényszerült helyzetbe, hogy a thermokauterjára felre kellett volna tennie. Csak olyan rendes használatban levő szerszáma a thermokauter, a hogy mások éppen úgy érthető konzervatív ragaszkodással csüngenek az ő célszerűnek látott galvanokauterjükon.

Az egyetemi szemklinikára Paquelin-égetőjének ismertetését továbbá azért is szükségesnek véltem, mert a szemészeti irodalomban általán nagyon kevés közleményre akadunk, a mely a thermokauter alkalmazásáról szól; ezekben a közleményekben is olyan kifogásokat olvashatni, hogy azért kellett a thermokauterról lemondani, mert nem lehetett elég finomat kapni a szemészeti operálás céljaira.

Különben az is eléggé megokolja tárgyamat, hogy maga a tüzes égetés is mindössze huszadik esztendejét töltötte be a szemészetben, a mióta 1873-ban egyrészt *Martinache* az izzó vas-szondát, másrészt *Samelsohn* a galvanokautert ajánlották; de miként *Nieden* még 1885-ben az *Archiv für Augenheilkunde*-ben megjelent értekezésében is kénytelen megjegyezni, a nélkül,

hogy a tüzes égetés tágabb körben elismerést szerezhetett volna, akár, mert a *régi* gyógyító szerszámától idegenkedtek, akár azért, mert az alkalmazott tüzes kötőtűk és kancsalsági horgok jóval durvább eszközök, hogy sem minutiosus operáló mód céljára beváltak volna.

Nieden közleménye annyiban is érdekel bennünket, hogy pálcát tör a thermokauter szemészeti alkalmazása fölött. Kifogásolja benne, hogy komplikált készülék, hogy nem elég finom az égető csúcsa, mely még hozzá sugárzó fehér izzásba is jut s a milliméternyi pontosságot követelő munkára alkalmatlan. Ő tehát a galvanokautert ajánlja.

Sattler az 1879-diki heidelbergi gyűlésen röviden csak azt jegyzi meg, hogy a thermokauterra is gondolt, de nem kapott elég finomat. Ő tehát inkább tüzes vasat használ, de nem kötőtűt, a mely hamar kihűl, hanem olyan vasat, melynek vége kissé vaskosabb, a meleget jobban megtartja. Tehát *Sattler* önmagával keveredik ellenmondásba, mikor azt kifogásolja a thermokauteron, hogy nem eléggé finom, a mit pedig a tüzes vastól megkövetel. Majd az 1883-diki heidelbergi ülésen azt jelenti, hogy próbálta ugyan a thermokautert, de egy év óta galvanokauterral cserélte föl.

Eversbusch az első, a ki 1886-ban a *Klinische Monatsblätter*-ben megjelent közleményében tüzetesen foglalkozik a thermokauterral. Ő előbb egyenes végű Paquelin égetőt használ, de ugyanolyan okokból, mint *Nieden*, galvanokauterral cserélte föl. Mikor azonban ismételve megessett vele, hogy a galvanokauter minden gondosságuk mellett is, éppen az alkalmazás pillanatában tagadta meg a szolgálatot, megint csak a thermokauterra tért vissza, kivált mióta kokainozza a szemet. Szerkesztett azonban olyan égető véget, mely a tehető kifogások számbavételével készült. Az égető véget ívesen meghajtotta és olyan finomra készítette, hogy finomsága fölér a galvanokauterével. A sugárzó fehér izzás elhárítására tömören hagyta az égető vég hegyét, úgy hogy az égető vég ürege nem terjedvén a csúcsig, ez nem is melegszik vörös izzáson túl, sőt a fújtatás mérséklésével az izzást még jobban is csökkentheti avagy ismét fokozhatja. Az égető vég nyaka is olyan vékony, hogy nincs meg az a kellemetlen erős fénye, mint a régi konikus égető végnek. A készülékről továbbá azt jegyzi meg, hogy éppen nem komplikáltabb, mint a villámos égető, sőt megbízhatóságánál fogva a galvanokauternak fölötte áll. Hogy segéd nélkül is alkalmazhassa, a fújtató készülékbe nagy Wulff-palaczkot iktat be s az égető nyelére záró készüléket csináltatott, úgy hogy operálás előtt végzi el a fújtatást, s az operálás alatt nincs segédre szüksége.

Azóta még *Katzaurov* orosz közleménye ajánlja a thermokautert (kivonatolva a Michel-féle *Jahresberichte* 1887. évfolyamában), trichiasis, könnytömlő blennorrhoeája ellen, de kivált totális staphylokok lapos elhegesztésére. Nem szól az eszköze formájáról, de jobbnak tartja, mint a galvanokautert, mert megbízhatóbb és vastagfalú staphylokok égetése közben sem görbül úgy el, mint az izzó platina-kaes.

Az egyetemi szemklinikára thermokauterjára a szemklinikára újjáépítése alkotta meg. Mikor 1884-ben az új klinikai épület megnyílt, eszköztárát méltóan föl akartuk szerelni. A felszerelésből a tüzes égetőt sem lehetett kihagyni. A régi intézetben megütésített nagyobb gombostűfejet, kötőtűt, kancsalsági horgot, a *Sattler*éhoz hasonló sütővasat avagy féloldalt hajló finomabb fogorvosi vésőt használtunk. Az új égető készülékre nézve *Schulek* professzorral abban állapodtunk meg, hogy miért ne lehetne valami célszerűen szerkesztett Paquelin-féle thermo-

¹ Előadta az 1893. évi május 29-diki szemészeti értekezeten.

kautert készíttetni. Természetesen úgy, a hogy a thermokauter a sebészek céljaira készül, bizony nagyon durva szerszám lenne a szemre s legfőlebb a szem környékének bajai ellen válna be. Másrészt azonban, ha csak a galvanokauter vékonyságával mérköző égető véget készíttetnénk, kockáztatnánk vagy legalább megnehezítenénk a műszernek a nagyobb kiterjedésű égetésekre, pl. a szemhéjakon történőkre való kellő alkalmazhatóságát.

Mivel különben is klinikai felszerelésekben a költség nem jó annyira számba, mint hogyha a magánorvosi működésben akar az ember valamit beszerezni, nem törekedtünk egyetlen olyan égető véget kidolgozni, a melyik mindenben a galvanokauter formájához igazodjék, hanem úgy iparkodtunk a kérdést megoldani, hogy több költséggel ugyan, de lehetőleg mindenféle eshetőségre külön égető végünk legyen. Így összesen hét égető véget készíttetünk. Schulek professzorral megállapítottuk az egyes égetők formáját és méreteit, s aztán az én rajzaim szerint készítette el az égető végeket. Collin a nála megrendelt thermokauterhoz 1886-ban, még Eversbusch közleményének megjelenése előtt.

Az egyes égető végeket a mellékelt képek szemléltetik.

1. A fölhasított blennorrhoeás könnytömlő falainak kisütésére való az az égető vég, melyet az 1. kép ábrázol. Az égető vég gömb formájú, 6 mm. vastag, a nyaka 100°-nyira meg van hajtva. (Collin ezt az égető véget 6551. gyári számmal jelölte, e bejegyzés szerint rendelhető meg.)



1. kép.

2. A szemhéj fekélyei, epitheliomája kisütésére, vagy akár nagyobb terjedelmű felszínes szaruhártyai fekély egyszerű érintésére alkalmas az az égető vég, mely a 2. képen látható. Egyenes nyakú, a végén sík lappal csonkított gomb, melynek átmérője 5 mm. Éppen mivel egyenes nyakú, tehát függőleges irányban illeszkedik az égetés helyére, el van kerülve az az eshetőség, hogy a



2. kép.

nagyobb tömördekségű izzó testnek a nyaka is ne sugározzon bántó meleget a szemre. (Collin száma 6552.)

3. Idegen testek kikaparása után maradt fertőzött sebek vagy mélyre ható nem nagy kiterjedésű fekélyek érintésére való az az egyenes, kissé konikus vég, melyet a 3. kép mutat. A csúcsán 2 mm., a tövén 3 mm. vastagságú. Az egyenes szabás célja kiviláglik abból, a mit az előbbeni pontban mondtunk. (Collin száma 6555.)



3. kép.

4. Áttöréssel fenyegető fekély alapjának átegetésére, igen kis fekélyek érintésére, egyes hibás állású pillák kisütésére alkalmas a tű hegyű égető vég, mely a 4. képen szemléltethető. A tövéig konikusan 2 mm.-nyire vastagszik meg, szintén egészen egyenes, úgy hogy pontoszerűen a csúcsa süit csupán. (Collin száma 6553.)



4. kép.

5. Vonalas égetésre, pl. a pannusz limbusi határának körülsütésére, ulcus serpens haladó szélének kisütésére igen alkalmas a hajlott nyakú, ellapított, a hegyén éles égető vég, mely tehát nem szúr, hanem úgy szólván vág. Az 5. képen látható égető vég lapja 2 mm. széles, a végén kissé elkerekedő, az összenyomott lap vastagsága 1 mm., az éle vastagsága 0.5 mm. Ugyanezt az égető véget trichiasis és distichiasis egész sorának kisütésére is lehet használni. Másrészt, ha pl. a pannuszt nemcsak vonalasan akarjuk a limbuson elvágni, hanem szélesebb övben kisütni, az égető vég lapját megfordítván a domborúságával húzzuk végig a limbuson. (Collin száma 6550.)



5. kép.

6. Felsőszínes vagy sarló fekélyek lapszerint való kisütésére avagy szélüknek a továbbterjedés irányában való elhatárolására alkalmas az a féldalt csapott, a végén ellapított égető vég, melyet a 6. kép ábrázol. A szélessége 3 mm., a

végének éle el van kerekítve. A hajlása szerint igen könnyen vezethető, visszafelé az éle irányában pedig mintegy alája lehet vele vágni a fekély duzzadt szélének. (Collin száma 6556.)

7. Igen felszínes, de nagy terjedelmű fekélyek (herpes catarrhalis corneae, ulcus serpens) égetésére, mintegy végig surolására alkalmas az az égető vég, mely a kancsalsági horog formájára készült s a 7. képen látható. Alakjánál fogva a



6. kép.

fekély lapján egész felszínesen gyorsan végig lehet húzni, annyival inkább, mert ez az égető vég oly vékony nyakú, hogy vörös izzásnál jobban nem tüzesedik meg. (Collin száma 6554.)

Ennyi égető vég készíttetése természetesen tetemesen drágítja a készüléket; azonban tulajdonképpen csak kényelmi szempontból van hétféle, a magán praxisban kevesebb is be lehet érni, pl. a 4., 5. és 6. képen



7. kép.

levőkkel. Klinikán azonban, a hol az egyes esetek a legkülönbözőbb változatban fordulnak

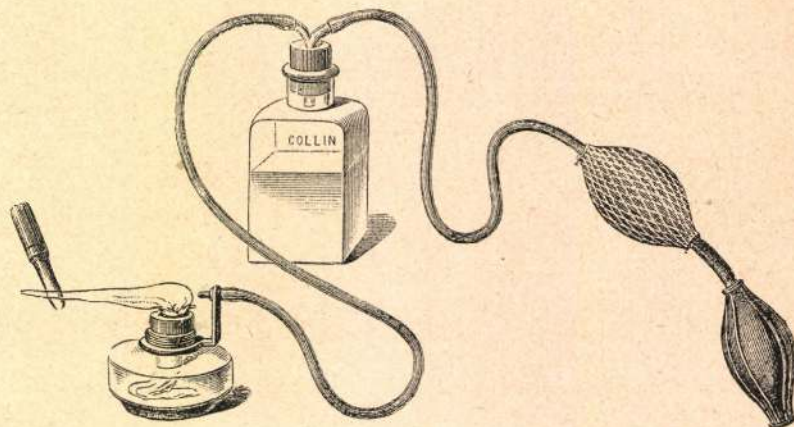
elő, igen megkönnyíti az elbárást, ha választhatunk a leírt formák között; mindegyiknek van olyan kiválósága, a mi egyre vagy másra alkalmasabbá teszi. A drágaságát pedig eltünteti az a körülmény, hogy a beszerzés úgyszólván örök időkre való műszert ad a klinika szertárának.

Az a többi ellenvetés, a mit a galvanokauter védői tehetnek, semmis, a thermokauternak a mellett a kiváló tulajdonsága mellett, hogy a Paquelin-égető mindig megbízható, soha nem hagy cserben az alkalmazás pillanatában.

De méltassuk még egy kissé ezeket az ellenvetéseket is.

Csupán a nagy sugárzó hő lehetne komoly kifogás; ámde ha nem fújtatjuk az égetőt fehér izzásig, ez a kifogás is eloszlik. Különben meg a galvanokauterról sem hisszük el ma már Middendorff-nak azt a kijelentésszerű okoskodását, hogy a galvanokauter nem áraszt sugárzó meleget, mert hőjének forrását önmagában bírja.

Annak az állításnak, hogy a thermokauterral nehezebb a velebárást, éppen az ellenkezője igaz; alig képzelhető egyszerűbb elbárási készülék, mint a Paquelin-égető. Hogy kell valaki, a ki fújtat, klinikán nem lehet kifogás, még a privát praxisban is csak akad, a kire rá lehet bízni, néha magára a betegre is. Kényesebb esetekben meg úgy sem operálunk segéd nélkül. Meg aztán a privát praxisra nézve Eversbusch fogásával élhetünk, a ki nagy Wulff-palaczkot tesz a benzines üveg helyébe.



8. kép.

Aztán nem szabad a Paquelin-égetőnek a könnyedségéről megfeledkezni. Nem terheli a kezünket, nem akadékoskodik neki semmi, holott a galvanokauter vezetékéről ezt nem lehet annyira elmondani.

Nem akarok ezúttal a thermokauter alkalmazásának ismertetésébe ereszkedni, nem akarom az egyetemi szemklinikán történt alkalmazásának eseteit tárgyalni; hiszen erre nézve közte és a galvanokauter között semmi különbség sincsen. A ki hasznát veheti a tüzes égetésnek, hasznát látja a thermokauternak mindazokban az esetekben, melyekben elhalt vagy fertőzött részek elpusztításával akarja az ép, a pótlásra kész

szöveteket megoltalmazni, az újjátermődést biztosítani. Másrészt a szervezethez alképzódmenyekből való megvédésében is a tüzes vassal való kiirtás régi módjának egyik újkori tökéletesedése *Faqualin* elmés találmánya, mely azt az érdekes fizikai jelenséget értékesíti, hogy a platina-tapló a reá fújtatott benzingőzöket megsűrösíti s a megsűrösödésük közben kifejtett melegtől maga is megtüzesedik.

Végül csak a *Paquelin*-égető gondozására nézve jegyzem meg még azt, hogy a mint *Paquelin* eredeti utasítása is szól, ne hagyjuk, hogy az égető vég platina-taplója hideg benzingőzökkel teljék el, hanem még izzó állapotában rántsuk le a nyeléről a kaucsuk-csővet; időről időre pedig — hosszabb időközökben — izzítsuk ki az égető végeket a benzines fújtatóval hatalmas hőségűvé fokozott láng tüzeiben.

Erre a célra a *Collin* készíttette műszer borszeszes lámpáján egy kis fújtatócső van, melyre a benzines üveg csövet ráhúzzuk s a kaucsukgömb segítségével a benzint a lángba fújtatjuk, a mikor olyanféle lángot kapunk, a milyen a forrasztó-cső heves lángja. Ezt az összeállítást látni a 8. képen.

Ophthalmoplegia, mint a gümös agyburokgyulladás előjele.

Imre József dr.-tól.

A látó szerv bénulatos zavarainak szerepe a már kitört meningitis kórképében általánosan ismeretes; tudjuk azt is, hogy ezek megjelenése vagy elmaradása az agyburok megbetegedésének helyétől, kiterjedésétől s lefolyása módjától függ. A látó agyburok gümös megbetegedése nem mindig általános; vannak esetek, hogy csak egyes ütérek, vagy csak egyes ágak területére szorítkozik s ilyenkor a megjelent bénulatok útbaigazítóul szolgálhatnak a baj helyének meghatározásában. Ennek azonban a baj természeténél fogva csak tudományos értéke van, gyakorlati haszna nincsen. De vannak olyan esetek is leírva, melyekben a meningitis tuberculosa sok idővel, hetekkel előre jelezve volt egyes bénulások, monoplegiák vagy hemi-plegiák által, a mely tünetmények gondos mérlegelése a pontosan észlelő orvost ideje korán képessé teszi helyes diagnózis, ezzel együtt alapos prognózis tételére, a mi — ha most még nem is — valaha az igazi célnak, a gyógyításnak is szolgálatára lehet.

Jaccoud, ki a felnőttek gümös agyhártyagyulladásának kezdődés-módját előadásai egész sorozatában tárgyalta és gondosan tanulmányozta, mint előtte is nagy ritkaságot és irodalmilag is új dolgot közli egy betegének esetét, kinél egy hónappal az acut gyulladás kitörése előtt egy agyvelőbeli fészkes megbetegedés jelei (hemiplegia) voltak jelen.¹⁾ Teljesen bénult volt a bal facialis alsó része, meg a bal felső végtag; tökéletlenül volt bénulva az alsó. A bénulás fokozatosan fejlődött ki, öntudat-zavar nélkül, minden rohamszerű jelenségek nélkül; kórházba menésekor a beteg már egy hónapig volt ilyen állapotban. Heves fájdalmat is panasztolt a koponya jobb oldalán, a mi tehát megfelelt az agykéregbeli mozgatózónának, melynek bajára a baloldali hemiplegia mutatott. Az alsó végtagon nem volt teljes a bénulat, e mellett ott némi contractura állott fenn; a tag félig be volt hajtva s ha ki akarták egyenesíteni, nagyon élénk fájdalmat okoztak. Másfelől a vizsgálat gümőkórosnak bizonyította a beteget; mind a két csücsban előre haladt volt a baj, melynek kezdete egy év előtt történhetett.

A meningitis tuberculosa jelenlétét nem minden habozás nélkül mondta ki *Jaccoud*, bár jól tudta, hogy a gyermekek gümös agyhártyagyulladásának szokott jelenségeit felnőttél nem várhatja. De gondolkozta ejtette az a körülmény, hogy egy egész hónapig semmi más agyi tünet sem járt a hemiplegiához, mely egészen izolált jelenség volt, nem egy-két napig, a mi a felnőttek agyburokgyulladásánál szokásos dolog, hanem egy egész hónapig. Nemsokára azonban megjelent a jobb kar bénulata is magas lázzal, melyet pár nap múlva a

halál követett. Ez esetben nem az a különös, hogy meningitis miatt féloldali bénulat állott elő, hanem az, hogy ez így sokáig tartott.

Azt hiszem, nem lesz érdektelen, sem általános orvosi és klinikai, sem különösen szemorvosi tekintetből, ha közlök egy esetet, mely a *Jaccoud* által oly igen ritkának mondott lefolyásmódot mutatja s melynek némely sajátosságai a szemorvosi diagnostikára nézve is tanulságosak. Ezen esetben is megvolt a meningitis tuberculosa két időszaka: hosszabb ideig fennálló bénulatok és fejfájás az elsőben és a heves lázzal kitört, gyors lefolyású agyhártyagyulladás képe a másodikban.

T. Mihályné, 35 éves, férjes, tanyás béres neje. Középtermetű, sovány, fakósárga arczszínű asszony, kinek mindkét tüdőcsücsa hurutos és kinél a tüdő felső határai alászállottak. 1891. máj. 31-ikén volt nálam először, igen heves fejfájást és bal szeme lecsukódását panaszolva. A fájdalom május 20-ika körül kezdődött a bal halántékban, majd a fél fejre terült el s pár nap múlva vette észre, hogy szemét kinyitni nem tudja. A fájdalom éjjel inkább kínozza, fő fészke most a szemszögben van, honnan rendszeren az orrba is kisugárzik; néha órákig szünetel. Baja határozott állítása szerint erős átfázás után kezdődött s első nap több ízben hányt. Megjelenésekor a legkevésbé sem duzzadt felső szempilla teljesen béna, csak a szemöldök emelésével együtt nyílik a szemrés pár mm.-nyire; a szemgolyó kifelé tért, semmi más irányban mint kifelé és ferdén aláfelé nem mozdul, láta majdnem ad maximum tág, nem reagál; a conj. halvány, érzékenysége (s a környező bőr) rendes. A szem kissé előre áll, mint ilyen bénulásoknál szokott. A szemgolyó megnyomása, még inkább hátratólása, valamint a kis ujjnak benyomása a szemszögbe, kiváltképpen a szemszög felső széle alatt rendkívül fájdalmas.

A betegnek jodkálit rendeltem s azután nyolcz napig nem láttam. *Junius 9-dikén* jött hozzám újra; állapota annyiban változott, hogy a felső szempilla némileg vízenyősen puffadt volt, a szem csak kifelé téhetett mozdulatot s a szemszög körül fájdalmas volt, érintésre. Az exophthalmus ekkor is csak minimalis volt az, orbitában nem lehetett tapintani semmi kórosat. A szem $\frac{5}{30}$ -ot látva s szemtükörrel pangásos jelenségek csekély foka (tág vénák, elmosódó szélű, zavaros látóidegfő) volt látható. A beteg fennjárt, keveset aludt, enni tudott, többet köhögött, láza nem volt. Jodkálit szedett és fájdalmai ellen morfiumot kapott.

Állapota változatlan volt *junius 14-dikéig*; e nap reggelén hirtelen nagy láz tört ki rajta, majd epileptikus forma görcsök előbb jobb arca s azután jobb végtagjai izmaiban, melyek pár óráig tartottak. E jelenetet mély coma váltotta fel s az idő közben övéhez elszállított beteg 36 óra múlva meghalt.

Ez a rövid kórtörténet igen tanulságos volt rám nézve. Az első alkalommal, míg sorsát nem tudhattam, úgy fogtam fel a dolgot, hogy a betegnek bal szemszögbe hátsó csücsében esonthártya-gyulladása van s az okozza az oculomotorius bénulatot és fájdalmakat. De a lefolyás másnemű, közvetlenebb (és nemcsak okbeli) közösséget és összeköttetést derített ki a gümőkóros agyhártya-gyulladás meg a szembénulás között. Ma kétségtelennek tartom, hogy ezen esetben is előbb egy partialis, alapi meningitis állott fenn 25 (vagy több) napig, ez okozta a bénulatot, úgy viselvé magát az agyburokon levő gyulladásos lerakódás mint valamely tumor s azután később hirtelen általánossá lett és megölte a beteget.

A kép, melyet ez esetben a beteg első megjelenésekor láttam, csak ismétlődése volt olyan esetnek, melyek a *Mauthner* szerint is nem eléggé méltányolt *orbitalis szembénulás* természetével megismertettek; meg voltak benne mindazok az elemek, melyekből e bajnak képeit megalkothatjuk: szem körüli fejfájás, a szem hátranyomásának fájdalmassága, a bénaság, a baj hirtelen, meghülés után kezdődése; és jóllehet ismerem ama okokat, melyek miatt *Mauthner*¹ azt mondja, hogy „épen az oculomotoriusnak magában álló, tökéletes bénulata már a priori ellene szól az orbitalis oknak“, mégis azt kellett gondolnom, mivel semmiféle agyi tünet nem jelen nem volt s az

¹ *Semaine médicale*, 1891. 465. l. (Meningite tuberculeuse chez l'adulte.)

¹ Die ursächlichen Momente der Augenmuskellähmungen, 463. lap.

illető beteget periostitisre hajlandónak vélhettem, hogy az ok az orbitában van. Mert ezek a fissura orbit. superior területén vagy általában az orbita csúcsában fellépő s ott rendszeren jóindulatúnak mutakozó gyulladások igen változatos és szeszélyes természetűek. Láttam olyan eseteket, melyek egymás mellé téve, az egyszerű neuritis retrobulbaris képétől a totalis ophthalmoplegia és látóideg-sorvadás állapotáig a körképek fokozatos sorát alkotják s azt mutatják, hogy meghülés vagy más ok miatt kisebb fokú gyulladás támadván a nevezett helyen, e miatt a szemgödörbe jutó idegszálak olyan sorban és olyan módon betegedhetnek (bénulhatnak) meg, melyet az elhelyeződés ismerete alapján alig magyarázhatunk meg. Úgy látszik, hogy az orbita-csúcs csonthártyájának rheumás megbetegedései az által tűnnek ki, hogy hol itt, hol ott igen apró fészkekben lépnek fel s így állanak elő részint a látó ideg fent említett bajai, magokban, hol egyik, hol mindkét oldalon, vagy összeköttetésben pl. izolált abducens bénulattal, a milyen esetet én kettőt észleltem s *Deutschmann* is közöl egyet,¹ így keletkeznek bonyolultabb orbitalis bénulatok, a nélkül, hogy a periostitisnek más jelei is szoktak volna kifejlődni a nyomásra való érzékenységen kívül. A fájdalom foka igen különböző; de van olyan eset, mikor igen csekély terjedelmével a periostitisnek a legnagyobb fokú fejfájás jár együtt; e mellett pedig rendszeren 2—3 hét alatt elmúlik a baj minden feltűnő tünetény jodkészítmények használatára.

A fentebb közölt esetben a fájdalom semmi olyan jellemvonást nem mutatott, mely agyhártyai eredetét igazolta volna; sem az orra való lesugárzás (a mely a szem minden heves izgatottságánál előfordulhat, ismert anatómiai okokból), sem a fejtetőre való felterjedés, mely az orbita gyulladásos bajai mellett egészen szokott jelenség, sem a rohamokban való súlyosbodás nem szolgáltatott útbaigazítást. Azt pedig, hogy a szemgödörbe benyúló ujj nyomása, meg a szemgolyó hátra-nyomása heves fájdalmakat okozott; eddig jóforman biztos jelül kellett tekintenem a fájdalom és így az egész baj szemgödörben fészkelésre nézve. És — kivált addig, míg pár hét el nem telt — azt is kelle mondanom, hogy ha az orbitalis periostitis tökéletes ophthalmoplegiát okozhat; miért ne okozhatná ezt úgy, hogy legelőbb az oculomotorius bénul meg s úgy tovább, a többi ideg is?

Minél több idő telt el, annál határozottabban kellett azt gondolnom, hogy véleményem helyes, mert annál kevésbé volt okom — nem ismerve még akkor Jaccoud idézett közlését — koponyabeli, más jelenségek által el nem árult okra gyanakodni. Egyetlen egy járt eszemben egy ideig: a *sinus cavernosus* thrombosisa, mert ez bénulatot is okoz, a szemgolyó benyomásának fájdalmasságát is megmagyarázta volna; de igen természetesen bizonyosnak kellett tartanom, hogy erről szó sincsen; ez a baj oly hamar okoz óriási szemkidülledést, utána oly hamar lép fel a meningitis, hogy reá gondolni sem lehetett.

Nem szolgált tájékozássul a szem belsejének állapota sem. A látás tompultsága, a csekély visszeres pangás az ideghártyában és látóidegben s az ebből eredő elmosódottság szélein és zavarosság szövetében, ilyen fokban a periostitis által okozott neuritisnél is jelen vannak, a koponyabeli folyamatok által okozott neuritisek képéhez is hozzáillenek. A látóideg állapota különben az egész idő alatt nem változott.

Nem kevésbé megmagyarázható volt szemgödörbeli baj által a további észlelet két adata: a trochlearis megbénulása és a felső szempilla megduzzadása is. De e tekintetben már feltűnő volt s a rheumás periostitis képétől eltérő, hogy a három hétnél (a beteg bevallása szerint is) már tovább tartott gyulladás, ha egyáltalában fokozódik s a visszerekbeli vérkeringést megnehezíti, ezt csak ily későn s ily lassan teszi. Mert vagy olyan periostitis lett volna ez, mint a milyen szokott rheumás alapon az orbita csúcsában fejlődni, s akkor nagy duzzadással vagy éppen a mélyben fellépő genyeddéssel nem jár; vagy esetleg gümös periostitis lehetett volna, s ez esetben, hogy nem volt

semmi jele a genyedésnek, a szemgödörbeli gyulladásos dagadtságnak? Sőt ilyen esetben, ha éppen a szemgödör csúcsában volna gümös gyulladás, nagyobb kidülledésnek s bizonyára abducens bénulatnak is kellett volna jelen lenni.

Nem kevésbé zavarta a baj fészkenek és mivoltának felismerését az is, hogy mint legtöbb esetében az orbitalis eredetű szemizom-bénulatoknak, a beteg elbeszélése szerint, határozottan meghülés történt. E mozzanatot s a beteg (sőt általában a betegek) erre vonatkozó állítását nem becsülöm kellettén túl; de a meghülés ténye, vagyis az a körülmény, hogy a beteg testének hideg levegővel érintkezését érezte, e behatás után fázott s hogy ettől kiinduló rossz érzéseit az előállott baj tetőzte be és hogy így a beteg, legalább érzései szerint, a hideg behatása és a betegség megjelenése között meg tudja állapítani az összeköttetést, ezt ignorálni nem szabad. Ez esetben sem lehetett.

A bizonytalanság fátyolát esetemről a legutolsó jelenet: a gyors lefolyású agyhártyagyulladás nyilvánvaló megjelenése rántotta le. Hogy a szemgödör csúcsában nem, hanem mögötte volt azon ok, mely a szemben látható összes jelenségek okául szolgált, utólag bebizonyosodott. És ha így tudva a dolgot, keressük azt a helyet, hol egy kis terjedelmű, agyhártyagyulladás által okozott lerakódás a koponya alapján mindezeket előidézhesse, azt hiszem nem igen lehet más magyarázat, mint az, hogy a *sinus cavernosus felületén volt ez a kőfészék*, mely részint nyomás, részint talán a gyulladás áttérjedése által megbénította a III. és IV. agyi ideget, melyek a sinus falában, illetőleg az alatt, de közvetlen közelében fekszenek és szabadon hagyta a VI. ideget, mely mélyebben az öbölgerendázata és vérrel telt üregei által védve, az agyhártyától távolabb esik.

Szemorvosi tekintetben tanulságossá teszi ezt az esetet az, hogy az orbitalis periostitis képének csalókaságát tünteti fel minden olyan esetben, mikor a koponya-üregben jelen levő, a szemgödörhöz közel eső gyulladásos bajra is van okunk gyanakodni; a csonthártya-gyulladás legelső (s rheumás bajnál egyedül való) jelei: a szemgödör oldalainak, főleg felső oldalának érzékenysége, a szem körüli fejfájás, kopogtatásra való fájdalmasság, a szemgolyó benyomásának fájóssága, a vele járó bénulások stb. mind megvannak akkor is, ha a szemgödör háta mögött, a sinus cavernosus felett van a baj. Ennek pedig legalább is prognostikus fontossága van. Tehát gümőkórságban szenvedő vagy erre nézve gyanus egyéneknek makacs fejfájás és agyi idegek bénulása mindig arra a gondolatra indítson bennünket, hogy vajjon nincs-e körülírt agyburokgyulladás az illetőnek, mely a halálos elterjedést megelőzőleg heteken át csak e két jelenséget okozza. A szemorvos pedig, ha ily esetben periostitis orbitae jelei mutatkoznak, gondoljon arra is, hogy a szemgödör mögött fekvő része az agyhártyának, ha gyulladásba esik, még a nyomásra való érzékenységet is előidézhetheti.

Az ilyen esetekben nincsen döntő fontossága a szemtükörrel látott változásoknak; de valamint ezek igen fontos, sőt néha egyedüli eszközei a diagnózisnak a hosszas lefolyású meningitisekben¹ úgy a fentebb leírt, orbitalis eredetűnek látszó tünetények is kisegíthetik az orvost a baj helyét és mivoltát illető zavarából.

A Wecker-féle iridotomia duplexről.

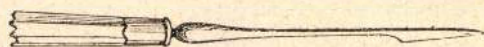
Grósz Emil dr. tanársegédttől.

Épen húsz éve, hogy Wecker a már feledésbe ment iridotomiának elmésen szerkesztett csipő-ollója segítségével új alakot adott és ez által a szemoperálások sorában ismét kiváló helyet biztosított számára. Wecker maga az iridotomia történetét röviden a következőkép mondja el. Az eszme, hogy az irisben a pupilla elzáródása esetén nyílást lehet készíteni, a Thomas Woolhous-é. Első ízben azonban csak tanítványa Cheselden végezte 1728-ban egy sarló alakú discissio tűhöz sokban hasonló eszközzel (1. ábra), melyet a sclerán át veze-

¹ Akute retrobulbäre Neuritis rheumatischen Ursprungs. Beiträge zur Augenheilk. VI. 1892.

¹ Gowers. Medical ophthalmoscopy. Third. Edition. 177. l.

tett be a szembe. *Heuermann* lándzsát használ, melyet a corneán át szűrt s így ejtett nyílást az irisben (1756). *Guérin* felismerve a lencse sebzésének veszélyét, külön eszközzel ejtett sebet a corneában s egy másikkal végezte az iridotomiát (1769). Végül *Janin* nagy nyílást készített a corneában s ezen át ollót vezetett be az elülső csarnokba s ennek segítségével nyitott utat az elzárt hártýában (1772). Már ő hangsúlyozta, hogy eljárása csakis aphakiás szemre alkalmas. A Wenzel által ajánlott iridectomia (1780) azonban teljesen háttérbe szorította az iridotomiát. Mint annyszor, úgy ezúttal is *Graefe Albrecht* volt az, ki felismerte, hogy milyen nehézségekbe ütközik az iridectomiának aphakiás szemeken való végrehajtása. Az sem kerülte el figyelmét, hogy ha nagy nehezen sikerül is egy darabot kihúzni a kötőszövétté alakult izzadmány hártýából, ez csak olyan vongálás árán sikerül, mely a már meg-



1. ábra.

szűnt gyuladást új életre kelti. Ezért olyan esetekre, a midőn hályogoperálások után súlyos iridocyclitis következtében a pupilla elzárult, egy a heidelbergi gyűléshez betegágyából intézett sürgönyében azt ajánlotta, hogy discissio vagy myrtus alakú hályogtűt a corneán átszúrva, ezt az elülső csarnokot függőként határoló hártýába döfjük s így képezzünk új pupillát. A nyílás azonban sok esetben nem tántogott s a corpus ciliare vizsgálása sem volt elkerülve. *Bowmann* 1872-ben azt ajánlotta, hogy a corneában ejtett sebet át tompa végű eszközzel behatolva, a cornea felé fordított éllel messzük át az irist. Mint látható ez *Guérin* eljárásának megújítása s tisztán csak optikai célra szolgálhat.

Ilyen előzmények után *Wecker* oly eszköz szerkesztését kísérlette meg, melynek segítségével sikerüljön az irisben kellő nagyságú nyílást készíteni, a nélkül, hogy a corpus ciliare vongálást szenvedjen. S ez a csipő-olló által teljesen sikerült. Az iridotomia valódi terét a cataracta extractiók után keletkező oclusio pupillae esetei képezik. Az optikai célból luxált lencse, központi corneális homályok stb. eseteiben ajánlott iridotomia simplex nem nyerhetett nagyobb elterjedést, mert nincsenek lényeges előnyei az iridectomia felett, de az iridotomia duplex oly eljárás, melyet *Mooren* nem hiába sorozott a glaucomaellenes iridectomia mellé. Ennél pedig nagyobb bókot egy új szemoperálásról ez idő szerint nem lehet mondani.

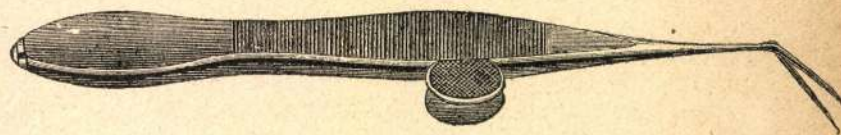
Az eljárás technikája röviden a következő: A szemrés feltárása s a szemteke fixálása után lapjára hajlított lándzsával a cornea limbusától 2 mm.-nyire a központ felé, sebet készítenk, ezután a lándzsát félig visszahúzza, a csarnokvíz elfolyását megvárjuk s az előre nyomuló irisbe 1—1½ mm.-nyi nyílást ejtünk az újra előre tolt eszköz hegyével. A csarnokba zárva bevezetett csipő-olló felső szárát a nyílásba betolva egy vagy két divergáló metszést ejtünk. Mennél sorvadtabb az iris, mennél jobban elveszítette rugalmasságát, annál nagyobb metszés szükséges, hogy kellő nagyságú rés készüljön. A corneális sebzés helyének megválasztását az adott eset határozza meg. Legelőnyösebb úgy elhelyezni, hogy az irisben készülő nyílás keresztezze az iris-rostok legnagyobb feszülését. *Green* a haránt átmérőt hozta javaslatba s *Wecker* maga is pártolja e helyet. Különösen alkalmas e hely azon esetekben, a midőn a pupilla centralis maradt elzáródása után is, míg ha az felfelé húzódtott (s ez a leggyakoribb a combinált extractiók után), akkor ajánlatosabb a sebnél felül való elhelyezése. Fontos a szemhéjtartó gyors eltávolítása, mert ez által az üvegtest vesztesége elkerülhető vagy lényegesen csökkenthető.

Eleinte a csipő-olló mindkét szárát tompára készítette, később az egyiket hegyesre s a másikat gombosra. A legutolsó mintákon a második szár csak egyszerűen tompa (2. ábra).

Ez azért vált szükségessé, mert olyan esetekben, midőn a corpus ciliarenak a lándzsa bedöfése alkalmával történő vizs-

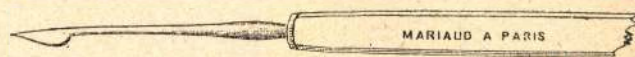
gálását is el akarta kerülni, az első nyílást is az olló hegyes szárával készítette. Így lehetővé vált, hogy az iridotomiát az első operálás után már 6 héttel hajtsa végre, míg kezdetben több havi időközöt tartott szükségesnek.

Egyes esetekben azonban olyan merev volt a vaskos izzadmánytömegekből alakult hártýa, hogy a rés nem tántogott eléggé. Ilyenkor az egyenes vagy fordított V alakban körülmetszett részletet csipőkkel kihúzza s ez eljárást iridectomia illetve iritodyalisisnek nevezte el. Természetesen ez utóbbi csak az esetben eszközölhető, ha az iris ciliaris része igen sorvadott. Épen a leszakításból eredő izgalom elkerülését szándékolja *Abadie* akkor, a midőn azt ajánlja, hogy ilyen esetekben két lándzsával egyszerre készítsünk a corneában sebet: alul s felül. Az alsó nyíláson át bevezetett csipő-ollóval két divergáló metszést ejt. Az így körülírt háromszöget felülről csipővel kihúzza s levágja. Az eljárást ugyancsak iridectomiának nevezte el.



2. ábra.

Az iridotomia ez alakjaival szemben, mely tulajdonképen a *Janin*-féle methodus tökéletesítése, *Sichel fils* a *Graefe* által 1869-ben ajánlott eljárást módosította s akarta általánosítani. Szerinte a *Wecker*-féle iridotomia hátránya, hogy meglehetősen nagy seb szükséges, hogy üvegtest-vesztéssel jár, hogy az olló rázza a sebjakakat, s végül, a mit legjobban hangsúlyoz, az olló által ejtett seb nem vetekezhetik a kés által készített sebzés simaságával. *Graefe* eljárása azonban, bár gyakran kitűnő eredményeket adott, sokszor cserben is hagyta. Az eszköz vékonynak, gyengének bizonyult. Új eszközt készített tehát, az úgynevezett iridotomot, melynek domború élű pengéje igen éles s igen hegyes, a nyaka merev s elzárja a corneán ejtett nyílást, szóval a *Zehender*-féle hályogkés kis kiadása (2-ik ábra).



3. ábra.

Ezen eszköz segítségével tetszés szerinti rést lehet nyitni a pupillát elzáró hártýában. Azon ritka esetben, a midőn az iris kitér a kés előtt, 2 iridotom használható egyszerre, úgy mint azt *Bowmann* az ő two needles operálásánál teszi. *Wecker* *Sichellel* szemben igyekezett ollóit megvédeni s főleg az iris-zúg vongálásának elkerülése miatt sokkalta jobb s veszélytelenebb eljárásnak tartja ezek használatát, mint bármilyen iridotomét. Azóta többen is ajánlottak késeket (*Loring*), de ezek mind csak vékonyabb hártýák átszúrására alkalmasak, úgy hogy a *Wecker* csipő-ollói maradtak az iridotomia valódi eszközei.

Bár a szemészeti irodalom az utolsó évtizedekben igen nagy lendületet nyert, s a nagy számú folyóiratokban a legjelentéktelenebb operálások ismételve bő megbeszélést nyernek, sajátságos, hogy az iridotomia duplexről aránylag igen kevés közlés jelenik meg. Készségesen elismerem, hogy mennél több cataracta extractio sikerül s mennél inkább csökken az iritisek százaléka, annál kevesebb szükség van az iridotomiára, de meg kell vallanunk, hogy még ugyancsak messze vagyunk attól az időtől, a midőn az operálást nélkülözhetnők. Ha a panophtalmitiseket sikerül is az aseptisnek a ritkaságok közé szorítani, az iritisek s az ezek következtében keletkező pupilla-elzárások, még mindig tisztos százalékot képeznek. Már pedig ezek az iridotomia duplex nélkül, bátran a veszteségek sorába juthatnának. Lehetséges, hogy épen az ilyen sikertelen cataracta-operálások titkolása s a vágy, hogy az utólagos mű-

tétek szükségét mennél ritkábbnak tüntessék fel, vezeti a szemorvosok egy részét arra, hogy az iridotomiáról hallgassanak.

Nem lesz tehát talán felesleges e műtetre újlag felhívni az orvosi közönség figyelmét, mint olyan eljárásra, mely a legkétségtelenebb és legkedvezőtlenebb viszonyok között is, kitűnő eredményeket ad.

Közlésem anyagát Schulek Vilmos tnr. egyetemi szemklinikájának betegei szolgáltatják. Az első operálást: a cataracta extractiót több ízben nem a klinikán hajtották végre, hanem vidéken, magát az iridotomiát a közlendő esetekben vagy maga Schulek tanár, vagy segédeknek egyike végezte.

Az utolsó 10 év alatt, tehát 1882—1892 összesen 67 iridotomiát végeztünk. Ez idő alatt a klinikán 8476 nagyobb műtét történt, tehát a szemoperálásoknak körülbelül 0.8%-át képezi. Hogy az így operáltak későbbi sorsáról is tudomást szerezzek s ne csak a klinikáról való eltávozáskor feljegyzett lelet szolgáljon következtetéseink alapjául, 50 esetben (ezekhez megbízhatónak látszó cím állott rendelkezésemre), kérdést tettem, hogyan lát ez idő szerint a beteg. 9 esetben a levelezőlap visszaszájolt, mert nem volt kézbesíthető, 3 esetben meghalt már az illető, 19 válaszolt, 3 személyesen jelentkezett. A látás egyetlen esetben sem veszett el utólag, sőt legtöbbször tetemesen javult az eltávozás után is. Erről legmegbízhatóbb tanúságot éppen a személyesen jelentkezett esetek tesznek.

(Folytatása következik.)

Megjegyzések a látótér megvizsgálásához.

Irtó Hoor Károly dr., cs. és kir. ezredorvos, egyetemi magántanár, a 17. sz. helyőrségi kórház szemészeti osztályának főorvosa.

A látótér fehér színnel és színes pigmentekkel történő megvizsgálásának diagnostikai és prognostikai értéke, a melyre Graefe Albrecht figyelmeztetett először, kétségtelen, azzal mind-egyik szemorvos tisztában van, mert hiszen némelyik megbetegedésnél majdnem állandóan olyan alakú látótér található, hogy abból, ha nem is lehet biztosan megállapítani a diagnoszt, de a baj mivoltára és székhelyére mindig valószínűséggel lehet következtetni. Így tudjuk, hogy a degeneratio pigmentosa retinaenél a látótérnek állandóan nagyobb fokú és pedig minden oldalról egyenletesen történő (concentrikus) megszükülésével találkozunk, amotio retinaenél rendszeren a látótér felső része egészen, vagy részben hiányzik (miután a leválás rendszeren alul székel), kezdődő atrophia nervi optici mellett a látótér megszükülése többnyire a temporalis oldal felől kezdődik, vagy pedig sector alakú látótéri hiányok mutatkoznak, glaukománál a megszükülés a nasalis oldal felől szokott a centrum, a fixatiós pont felé terjedni, disseminált chorioiditisnél pedig számos apróbb, nagyobb skotomák találhatók a látótérben stb.

Vannak azután olyan látótérek, a melyekből nemesak egyedül a baj mivoltát, hanem annak székhelyét is meg lehet határozni. Ezeknél a bajoknál éppen csak a látótér megvizsgálására vagyunk utalva, mert másféle vizsgálat, nevezetesen a szemtükörrel való vizsgálat, a baj lényege felől nem világosít fel. Ide számítom a látótérnek színes pigmentekkel való vizsgálás alkalmával mutatózó centralis defectusait, retrolubaris neuritiseknél, intoxikációs amblyopiáknál és ide számítom a hemiopiás látótéreket. Tudjuk pl. hogy a homonym hemiopia, vagyis a fél látótérnek mind a két szemben ugyan azon oldal felé való hiánya, kiesése, mindig oly megbetegedés, laesióra vagy insultusra mutat, mely a chiasmától az agy felé, tehát a chiasmától centralisan székel, és pedig mindig ugyan azon az oldalon, a melyen a reczehártai fél perceptióját elvesztette. A baj rendszeren a látóideg tractusaiban foglal helyet, de az agy kérgében is székelhet. A temporalis hemiopia, vagyis a jobb és bal szem látótéreké felé eső felének hiánya a mellett bizonyít, hogy az insultus, legyen az akár sérülés, akár vérömleny vagy daganat, a látóidegre a chiasma mellső, vagy hátsó szögletében hat, a hol éppen csak kereszteződött látóidegrostok fekszenek, melyek mind a két szemben, a reczehártai belső, azaz nasalis részeit látják el stb.

De azonkívül, a mint azt az alább tárgyalandó eset bizonyítja, megtörténhetik az is, hogy a látótér megvizsgálása az érhártya gyulladását deríti ki és teszi kétségtelenné, a melynek jelenlétéről pedig a látótér megvizsgálása nélkül sejtelnünk sem volna; mert hiszen a szemtükörrel való megvizsgálás, — a melynek segítségével különben majdnem kivétel nélkül diagnostizálható ez a megbetegedés, — teljesen változatlan szemfeneket mutathat a látási élesség, alkalmazkodási szélesség stb. pedig szintén egészen rendes lehet.

Az épen mondottakból, azt hiszem, eléggé kitetszik a látótér megvizsgálásának diagnostikai értéke.

Prognostikai tekintetből főleg a színes festenyekkel történő látótérvizsgálásnak van értéke.

A színekkel való vizsgálat sokkal finomabb, sokkal érzékenyebb vizsgálati mód, mint a fehér színnel való vizsgálat, mert míg igen gyakran a fehér színű objectummal való vizsgálat még semmiféle elváltozást, semmiféle rendellenességet nem tüntet ki, addig a színek már a látótér tetemes csökkenését, tehát látási zavarokat mutathatnak ki. A fehér jeggyel vizsgálva, a látótér még egészen normális határokkal bírhat, míg színekkel vizsgálva, már megszükültnak mutatkozik, és a prognostis tekintetéből aránytalanul kedvezőtlenebbül ítélendő meg az az eset, melyben a színek határai már összebb szorultak, mint az olyan eset, melyben fehérrel vizsgált rendszer kiterjedésű látótérnél a színek külhatárai is rendesek. Mert az előbbi esetben biztosra vehetjük azt, hogy a színek határainak csökkenését általános látótéri megszükülés fogja követni.

A látótér vizsgálásánál követendő eljárás és az ezen vizsgálásra szolgáló készülék — a perimeter — eléggé ismert, úgy hogy annak leírását mellőzhetőnek vélem és így csak néhány megjegyzésre kívánok szorítkozni, összefoglalván észlelteim, a melyeket systematikusan reczehártai érhártya látóideg-betegségeknél, továbbá hemeralopiás és elmebeteg egyéneknél végzett látótéri vizsgálásaimnál tettem.

A látótérnek színes festenyekkel, pigmentekkel való vizsgálásához, főleg ha centralis, vagy akár excentrikus skotomákat akarunk kideríteni, mindig spektral tiszta színű pigmenteket (vörös, zöld és kék) kell használni. Az ezen vizsgálatra igen gyakran használt és papirkereskedésben vásárolt színes papirokból vágott jegyek absolute nem megbízhatók. Sokszor az ilyen vöröses-sárga, zöldes-sárga, szürkés-kék, — egyszóval kevert, — tisztátalan színű jegyekkel való vizsgálatnál nem találunk skotomát, de mihelyt spektral tiszta pigmentekkel eszközöljük a vizsgálatot, akkor emminens módon azonnal kimutatható már a skotoma.

Én a látótér megvizsgálásához már évek óta a Wolffberg-féle kis készülékben foglalt színes jegyeket használok. Ezek körülbelül 10 cm. hosszú, 3 cm. széles, fekete bársony tábláskák, a melyeknek közepükön van a színes jegy. A készülékben 4 ilyen tábla van. Az első tábla közepén egy 7 mm. átmérőjű kék színű korong látható; a második táblán egy ugyanily átmérőjű vörös színű, a harmadikon egy zöld színű és végre a negyediken egy ugyancsak ilyen átmérőjű és alakú fehér korong foglal helyet. Az első tábla másik oldalán egy 2 mm. átmérőjű vörös korong, a második tábla másik oldalán egy 18 mm. átmérőjű kék korong, a harmadik táblán egy 2 mm. átmérőjű sárga korong és végül a negyedik tábla másik oldalán egy 18 mm. átmérőjű zöld korong van. Valamennyi színes korong spektral tiszta színű Marx-féle posztóból készült.

Wolffberg ezt a kis készüléket nem látótéri vizsgálatok céljából szerkesztette, hanem a látási élességet kívánta velük meghatározni, a mennyiben ő azt a tételt állította fel, rendes látási élességgel bíró szem a 2 mm. átmérőjű vörös korongot és a 7 mm. átmérőjű kék korongot $5\frac{1}{2}$ —6 m. távolságból helyes színében ismeri fel. E szerint Wolffberg a quantitativ színérzésből pozitív következtetést akart vonni a centralis látási élességre. Szerintem azonban, a mint azt annak idején számos kísérleteim alapján be is bizonyítottam,¹ a melyek azóta körülbelül általánosan el lettek fogadva,² és más hely-

¹ Zur quantitativem Farbensinnprüfung des Dr. Louis Wolffberg. Mediz. Wochenschrift „Militärarzt“ Nr. 7 und 8. 1887.

² L. pl. Vossius: Grundriss der Augenheilkunde. 1888. pag. 404.

ről megerősítést nyertek, ennek az eljárásnak gyakorlati értéke nincsen, mert igaz ugyan, hogy az a szem, mely a 2 mm. átmérőjű vörös színű korongot és a 7 mm. átmérőjű kék színű korongot $5\frac{1}{2}$ —6 m. távolságból correctül látja, rendes látási élességgel bír, de viszont nem mindegyik rendes látási élességgel rendelkező szem látja meg a színes korongot $5\frac{1}{3}$ —6 m. távolságból. Van olyan, a mely csak 4, sőt $3\frac{1}{2}$ m.-nyire látja csak és épen ebből az okból absolute nem szabad a quantitativ színérzésből a látási élességre következtetni. Hogy mely körülmények azok, melyek még azonkívül lehetlenné teszik ezt, azt a fent említett cikkemben kifejtettem.

Ha tehát a készülék tábláskáit nem is használhattam arra a célra, a melyre azokat Wolffberg szerkesztette, azoknak a látótér megvizsgálásánál igen jó hasznát vehetem és mindenkinek, a ki a látótérnek színekkel való megvizsgálásánál megbízható adatokat kíván nyerni, a mi mindig spektrál tiszta színekkel való vizsgálatát tételez fel, ezeket a jegyeket ajánlhatom.

A látótérnek vizsgálásánál tekintettel kell továbbá lenni a vizsgálatra szolgáló színes objectum nagyságára, a mennyiben kezdődő megbetegedéseknél a skotoma gyakran csak akkor mutatható ki, ha apróbb jegyeket használunk. Később azután nagyobb jegyekkel is ki lehet mutatni a skotomát. A Wolffberg-féle kis készülék ezen okból is igen czélszerű, mert abban különböző nagyságú színes korongok találhatók, 2 mm.-tól, 18 mm.-ig.

A látótérnek színekkel való vizsgálásánál tekintettel kell lenni továbbá a megvilágítás fokára is, mert sok esetben, főleg a bántalom kezdeti stadiumában, sem a látótér megszűkülése, sem annak megszűkülése nem lesz megállapítható, ha jó nappali világítás mellett végezzük a vizsgálatot, de kitűnik a rendellenesség azonnal, mihielyt a világítást csökkentjük. Természetes, hogy a megvilágítás ezen csökkenésének csak csekély fokúnak kell lenni. Rendes szem azt alig érzi meg és annak látótérét egyáltalában nem is befolyásolja. Sohasem szabad tehát beérni azzal, ha rendes nappali világítás mellett nem találunk látótéri rendellenességet, hanem csökkenteni kell a megvilágítást és ily módon is megjelteni a vizsgálatot.

Igen kíváncsi azonban, hogy a megvilágítás ezen csökkentését fokozatosan eszközölhessük. Ilyenkor azután sokszor érdekes módon fogjuk constatalhatni azt, hogy mily aránytalanul gyarapodnak a látótér rendellenességei csökkenő világítás mellett. Így retinitisnél, melynek látótérre rendes nappali világítás mellett csak igen csekély mérvű megszűkülést mutatott, annyira csökkentett világítás mellett, a melynél úgy a saját látótér, valamint más egészséges szem látótér a legcsekélyebb változást nem mutatta, egyenlőtlen megszűkülését észleltem a látótérnek.

Fel kell említenem továbbá azt is, hogy észlelésem szerint hemeralopiás egyénknél a látótér megszűkülése és pedig annak egyenletes, concentrikus megszűkülése, főleg színekre nézve, korlátolt megvilágításnál, lépést tart a középponti látási élesség apadásával, azaz mind a kettő arányosan csökken, míg egészséges szemnél a színérzés a korlátolt világításnál aránytalanul gyorsabban apad, mint a középponti látási élesség. Így pl. azt találtam, hogy egy hemeralopiás egyén látási élessége $\frac{6}{18}$ -ra szállott alá, bizonyos csökkent megvilágítás mellett (melynél azonban az egészséges szem látási élessége még majdnem rendes volt) és a látótérnek minden oldal felől való egyenletes megszűkülése $8-10^\circ$ -ot tett ki (egészséges szem látótérre még ilyenkor alig szenvedett változást); mikor azután később a megvilágítást annyira csökkentettem, hogy az egészséges szem látási élessége $\frac{6}{18}$ -ra redukálódott, akkor ugyancsak a szem látótérének megszűkülése a színekkel való vizsgálatnál sokkal nagyobbban bizonyult, mint a hemeralopiás szem látótérének megszűkülése volt, ugyancsak $\frac{6}{18}$ középponti látási élesség mellett. Ugyanily eredményre jutottam — mutató mutandis — valamennyi hemeralopiás egyén látótérének megvizsgálása alkalmával.

A hemeralopia keletkezését illetőleg nem hagyhatom említés nélkül a következőket: Nem lehet tagadni, hogy a hemeralopiát a szemet kápráztató erős reflex, talán a recze-

hártya izgatása folytán, sokszor előidézi, a mint ezt Arlt is említi, ki ezen bántalmat epidemice látta fellépni egy század katonái között, a kik egy népzendülés alkalmából, egész nap készenlétben állottak és velük szemben egy élénken reflektáló sárga színű fal volt. Ehhez hasonlót magam is észleltem három évvel ezelőtt négy műszaki katonánál, kik a Dunán át hidat vertek és ez alatt a reflektáló vízfelület szemeiket folyton bántotta. De a mint a hemeralopiának ily módon való keletkezését nem lehet tagadni, épen úgy nem szabad állítani, hogy az csak az erős reflex folytán keletkezhetik. Én láttam három vagy négy olyan egyént is hemeralopiában megbetegedni, kik heteken keresztül vagy teljesen sötét, vagy csak igen kevéssé megvilágított cellákba voltak zárva. Így tehát a túlerős megvilágításra, a reflexre és kápráztatásra nem lehet minden esetben a hemeralopiát visszavezetni, és azt hiszem, hogy helyesebben ítéljük meg a baj geneziséjét, ha az mondjuk, hogy az a szokatlan világítás — túlságos erős, vagy túlságos alacsony fokú megvilágítás — tartós behatása folytán állhat elő. Hogy hemeralopiát miért nem észlelünk betegeknek, kiket heteken keresztül sötét szobában tartunk, azt onnét magyaráznám meg, hogy mi a beteget nem bocsátjuk direct a nappali világításba, hanem a szemet fokozatosan szoktatjuk hozzá az erősebb megvilágításhoz, szürke védőüveget viseltetünk, vagyis épen oly módon járunk el, mint azt hemeralopiás egyének gyógykezelésénél tesszük.

Ezek után visszatérhetünk a fentebb mondottakra, vagyis arra, hogy mennyire kíváncsi, ha a szemorvos épen finomabb, érzékenyebb és megbízhatóbb színvizsgálatok megejtetése céljából, vizsgáló szobáját fokozatosan tudja elsötétíteni.

A világosság tetszés szerinti korlátozását vizsgáló szobámban oly módon érem el, hogy az ablak felső felét ablaktábla (spaleta) segítségével elzárhatom. Ez csak kevéssé csökkenti a világítást. Az ablak alsó fele elé egy fakeret erősíthető (és eltávolítható), a melybe cartonkeretre feszített, finom, rózsaszínű selyempapíros lapok helyezhetők. Ilyen tíz—tizenkét selyempapír-lapra van szükség. A szerint azután, a mint két, három vagy több selyempapír-lapot helyezünk a fakeretbe, a szoba megvilágítását tetszés szerint csökkenthetjük és a világítás csökkenésének fokát a fakeretbe helyezett selyempapírtáblák száma szerint jelölhetjük.

Hasonló készüléket, ugyanezre a célra, úgy tudom, Wolffberg is ajánlott. Készülékének tüzetesebb leírásával azonban nem szolgálhatok, de különben is azt hiszem, hogy a fentebb leírt s a vizsgáló szoba fokozatos elsötétítésére szolgáló készülékem egyszerű volta mellett is egészen megfelel a célnak.

A látótér diagnostikai értékét jellemzően illusztrálhatja a következő eset, melyre már a bevezető szavakban reflektáltam.

O. Sch., 42 éves férfiú jobb szemén, ezelőtt körülbelül 12 esztendővel, retino-chorioiditis lépett fel. Ennek lezajlása után a látási élesség $\frac{6}{18}$ -ra maradt reducálva és azonkívül gyakrabban jelentkező, majd megint eltűnő, formált ívgestesi homályok zavarják a beteget. A szemtükörrel való vizsgálatnál a látóidegfő és a sárga folt között 2—3 kisebb, rendetlen alakú ónszerűen fehér plaque, részben fekete pigmenttel szegélyezve látható s e mellett több apróbb-nagyobb fekete festenyfolt található ugyancsak ezen a helyen. A szemfenék többi része nem mutat elváltozást. 1890. évi december havában a beteg az öt zavaró mouches volantes-jai miatt fordult hozzám. Az akkor végzett látótéri vizsgálat alkalmával, a plaquesoknak megfelelőleg, egy rendetlen alakú, excentrikus skotomát találtam.

A bal szemén, melyben még a legcsekélyebb alanyi bajok is hiányoztak és melynek látási élessége $\frac{6}{6}$ — $\frac{6}{5}$ (tehát a normálisnál még több) volt s e mellett az alkalmazkodási szélesség is kifogástalannak mutatkozott, a szemtükörrel való vizsgálat csak csekély fokú hypermetropiát derített ki (hyp.-tot. = 0.5—1D) és a szemfenék teljesen rendesnek találtott. A periméterrel való vizsgálat alkalmával azonban, legnagyobb meglepetésemre ezen szemben is, ugyanazon a helyen mint a jobb szemén, körülbelül ugyanazt az alakú skotomát találtam.

1891. június havában, 1892. október és 1893. február havában újból megvizsgáltam a beteg bal szemét és a látási élességet megint csak $\frac{6}{6}$ — $\frac{6}{5}$ -nek, az alkalmazkodást kifogástalannak és a szemfeneket egészen elváltozatlanak, teljesen rendesnek találtam, a skotoma pedig ugyanoly kiterjedésű és ugyanoly alakú maradt, mint a milyen több mint két évvel előbb volt.

Ebből az a következtetés vonható le, hogy a bal szemem is, épen úgy mint a jobb szemem, chorioiditis állott fenn; ezt azonban épen csak a periméterrel történő vizsgálás segítségével lehet diagnosztizálni; a szemtükörrel való vizsgálás egészen rendes szemfeneket mutat és a chorioiditisnek nyoma sem látható, mert a chorioideális elváltozásokat a reczehártya festényrétege borítja és azokat a vizsgáló szem előtt eltakarja.

Heges cornea befestése új módon.

Lippay Sándor dr.-tól.

Wecker kezdeményezése óta oly általánossá vált a szemészek között a cornea festése, annak előnyei oly annyira beszédesek, s erről a szemészek legnagyobb része már saját tapasztalataik által annyira meggyőződött, hogy azt ismételni felesleges dolog volna. Csinálják ezt már manapság mindenütt, és pedig a Wecker által leirt s ajánlott módon, a mi azt bizonyítja, hogy a mód helyes, kielégítő a legtöbb esetben.

Egyszerű cicatrix vagy leucoma corneae eseteiben minden baj nélkül végezhető, s úgy látszik azon esetekben is, midőn a cornealis hegesezés irishéjával complicált, sőt még az ép cornea is jól tűri a tiszta chinai tuszt, a mint azt Hirschberg bizonyítja. Cicatrix adhaerens esetében, habár tetek elvétele egy-egy kellemetlen tapasztalatot az uvealis tractus részéről, ezeknek száma oly csekély, a támadt reactio intensitása oly mérsékelt a szépen sikerült esetek tömegéhez képest, hogy az ily cicatrix adhaerens festése ellen tett kifogások alig vétetnek már számításba.

A budapesti egyetemi szemklinikában számos esetben alkalmazták Wecker festésmódját, mindig kielégítő sikerrel. Ha hagyott fenn e módszer valami kívánni valót, az csak az volt, hogy a műtét hosszadalmas, számos napot, néha heteket vesz igénybe. Hiszen csak egy lencsényi hegesezés befestéséhez is többször kellett a betegnek ülni 50—100 szűrést számítva egy ülésre. Nagyobb hegesezés, leucomák befestésére, úgy olvassuk, 30-szori ülést is kellett áldozni, mi a legjobb esetben másodnaponként ismételve is a festést, két hónapot vesz igénybe.

Ez meglehetősen visszariadó körülmény, ha csak kényelmi szempontból vagy akár költség tekintetéből nézzük is — szegényebb ember kosmetikai szempontból alig is hajlandó egy pár heti költséget áldozni, vagy nem is képes —, de még tekintetbe veendő ama habár jelentéktelen, de minden operatio után kifejlődő izgalom a szemem, a mely gyakran ismétlődve, nem egészen közömbös, vagy legalább semmi esetre sem kellemes a betegnek.

Eme körülmények kikerülése tehát, a betegnek s orvosnak idő és fáradság megtakarítása céljából klinikánk a Wecker-féle methodussal felhagyott és Schulek tanár úr utasítása szerint egy újabb, egyszerűbb, kényelmesebb s a célnak tökéletesen megfelelő módon csinálja a heges s esetleg ép cornea festést.

Az eljárás lényege a következő:

A befestendő hegesezés felett epithelbe, valamint a cornea szövetébe is felületesen, a domború élű kis késsel bemetszéseket teszünk sűrűn egymás mellett egymással párhuzamosan, a hegesezés egész hosszán keresztül olyanformán, mint a hogy a rajzoló árnyékolni szoktak. A bemetszések hasonlóan a W. szűrásaihoz nem merőlegesen, de ferdén hatolnak be a cornea heges szövetébe, a mi által mellülről tekintve nem vonalnak, hanem hosszú keskeny fekete lapocskának látszanak. Ennek az az előnye, hogy nem kell a bemetszéseket oly sűrűn csinálni egymás mellett, hogy azok csaknem érintkezzenek, még

ha tér marad is közöttük, mellülről tekintve, nem fog az nagyon meglátszani, mert a két bemetszés közötti tér alapját az egyik ferde fekete lap képezi.

Egy mm. szélességben elég 3—4 bemetszést csinálni. Könnyen belátható a metszés előnye a szűrással szemben. Egy metszés megfelel egy vonalban tett szűrások egész sorának, a melyeket azonban oly sűrűn kellene egymás mellett tenni, hogy érintkezzenek egymással a szűrési csatornák.

Midőn a hegesezés felületét így felszántottuk egy irányban, azt még egyszer megcselekszük, de az előbbire keresztezett irányban. A legkényelmesebbnek találtam a jobbról és felülről balra lefelé, és az erre keresztben álló metszéseket.

Az így felbarázdált helyre, egy kis lapáttal, jó sűrűre dörzsölt tuszt kengetünk, a mi jó ha oly sűrű, hogy összeálló tömeget képez, a lapátról le nem cseppen. A festéket jól benyomkodjuk a barázdákba, függélyes, vízszintes irányban majd körkörös.

Műtét után a szemet nem mossuk ki, száraz kötést teszünk rá. Egy fél nap múlva kibontjuk a kötést. A jó bőven rámozott tusznak feleslegét a kötés felszívta, alig találunk belőle valamit az első átmeneti redőben.

A felszántás közben ügyelni kell, hogy az egyes bemetszések síkja párhuzamosan feküdjék egymással, nehogy két szomszédos metszés síkja keresztezze egymást, mi által a két metszés közé eső csikalakú része a corneának kivágódna, kiesne.

Ez kellemetlen complicatio volna, mert egyrészt helyén nem tapad a festék, illetőleg 1—2 nap alatt leválik s később finom csikászzerű hegesezés marad helyén.

A szemtekét nem rögzítjük műtét közben, csak ha gyermekekkel vagy félgymeztetlen egyénekkel van dolgunk. Ily esetben felül fogjuk meg a conjunctivát, hová festék nem igen jut, s hogy még abban az esetben is, ha érintkezésbe jutna a festékkel, nyoma ne maradjon, a Schulek tanár által s hályog kivonásához használt fixatort használjuk, a mely nem fogas, hanem rovátkolt, a conjunctivát nem sérti, de erősen tartja. Eme rögzítővel bárhol megfoghatjuk a conjunctivát.

Az operatio gyorsan végezhető, a folt nagysága szerint $\frac{1}{2}$ —1—2 percet vesz igénybe. Műtét közben a szem kissé kivörösödik, de nem nagyobb mértékben mint a Wecker-féle eljárás után, csak hogy akkor már készen is vagyunk az operatióval. Az izgalom csak csekély fokú s kötés alatt daczára a szemrésbe zárt nagyobb mennyiségű tusznak, lejjebb szokott szállni, úgy hogy egy fél óra múlva, mikor kibontjuk a kötést, alig észrevehető conjunctivalis injectio van még jelen, mely másnapra teljesen elmúlik. Első kibontáskor a befestett terület egynemű, fekete, még egész közélről nézve s lupával megvilágítva is alig vehető észre, hogy a feketeség vonalakból van összetéve, legfeljebb a hegesezés szélén látható ez s itt a leggyengébb a festés s a vonalak ritkábbak, széjelebb állanak egymástól. Ez onnan származik, hogy a barázdálás közben úgy nézetjük a beteget, hogy a hegesezésnek a szemrés közepébe, ennek közepe, a leginkább kiálló része a corneának s most erre csináljuk a tangentialis metszéseket, a legmélyebben fog behatolni a szövetbe a kés tehát a hegesezés közepén, széle felé mindinkább sekélyebb lesz tehát a metszés, talán csak az epithel éri s itt nem hatolhat be a heges szövetbe. Azért czélszerű különösen nagyobb foltoknak széleit a kés hegyével külön felbarázdálni, a széltől a hegesezés közepe felé húzva a bemetszéseket.

A cornea felszíne az első napon erősen rücskös, a nélkül, hogy izgatott volna a szem. 24 óra múlva kötés nélkül hagyhatjuk a szemet. A cornea felszíne nagyon gyorsan simává lesz, 5—6 nap múlva teljesen tükröző.

A még átlátszó cornea is teljesen jól tűri a festést. Ezt oly esetben tapasztaltuk, a hol a corneának egy sectorszerű része még ép volt, a többi heges, az iris belenőtt s itt kerek pupilla utánzása céljából az ép cornealis rész is beleesett a festendő pupilla területébe.

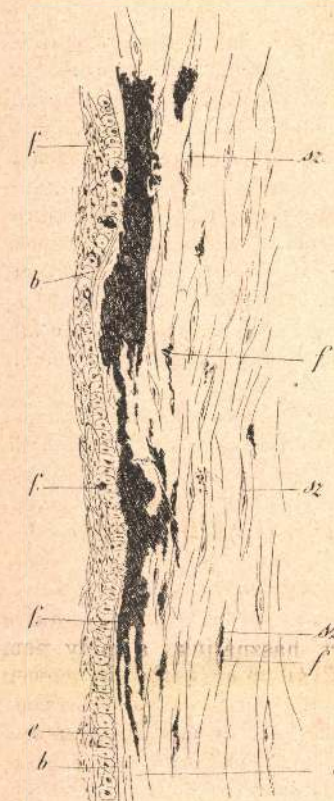
Irishéjás esetében sem láttunk izgalmat fellépni. Esetlegesen támadható izgalom kikerülése céljából cicatrix adhaerensnél klinikánkon előbb kiszabadítjuk az irist a

hegedésből a Schulek tnr. methodusa szerint, t. i. sphincterolysist veszünk, ha arra alkalmas az eset. Ilyenkor tanácsos a festéssel legalább 2—3 hétig várni, hogy a seb erősen elhegedjen.

Az eljárás gyors, kényelmes, semmi tekintetben sem jár veszéllyel, s az eredmény meglepően tökéletes, a régít jóval felülmulja.

* * *

Nyúlunk ép corneáját hasonló módon befestettem, a szem kötés nélkül maradt. Operatio után meglehetősen rücskös volt a cornea felszíne. 6—8 nap múlva azonban minden izgalom nélkül visszanyerte sima felszínét, s a minő mértékben a



második napon megtartotta a festéket, olyannak megmaradt is. Ezen corneából a 12. napon elkészült metszeteken a következőket láthatni (l. az ábrát). Az epithelréteg csaknem egészen visszanyerte sima felszínét. Ezen sejtek között, de nem bennök, valamint a Bowmann-hártya és az epithel réteg között igen számos kisebb festékrög található. A Bowmann-hártyán nem látszik már nyoma a metszéseknek.

A festék főtömegével közvetlenül a Bowmann-hártya alatt és a legfelületesebb cornealis rétegekben foglal helyet, a hol nagyobb fészkekben csoportosul, melyek a felszínnel párhuzamos vaskos nyulványaikkal összeolvadnak s így egy összefüggő, helyenként vékonyabb, máshol vastagabb festékes réteget képeznek.

A cornea mélyébe körülbelül vastagsága $\frac{1}{3}$ részeig hatolnak be a festékszemcsék s itt az álló sejtek réseiben foglalnak helyet. A szövet mé-

lyebb részeiben mindinkább finomabbak s ritkábbakká válnak.

Hogy az epithel kiküszöböli magából a festéket, illetőleg avval együtt maga is lekopik, jól látható ama helyeken, a hol az epithel megvastagodott. Ez ugyanis alulról képződve, a felette levő réteget a festékekkel együtt növekedés közben fölfelé tolja, ezen helyeken tehát az epithel legmélyebb rétegében, valamint a Bowmann-hártya felületén nem találunk festéket, csak a felületesben — később az elérvén a felszínt, lekopik. Maradandó tehát csak azon rész, a mely a Bowmann-hártya alatt s a szövet közti ürökben foglal helyet, ez sem teljes mértékben, mert mint Archer kísérletei bizonyítják, a vándorsejtek egy kis részét elhordják.

Browicznak alkalma volt egyszépen megfestett heges corneát 2 évvel a festés után mikroszkop alatt vizsgálni. Ez esetben a festék szintén csak a legfelső rétegekben találhatott fészkesedést, a melyek hat nyulványból indultak ugyan ki, de egy összefüggő réteget nem képezett a festék, s a mellékelt rajzon sokkal ekvesebb a bekebelezett festék mennyisége, mint a jelen esetben.

Megemlítem még, hogy az iris színe utánzása céljából tus és terra di Siena keverékét is készítettem s a nyúl corneáját vele hasonló módon megfestettem. Másodnapra a szem kívülrösödött. Harmadnapon a cornea borús lett, majd a 4-iken az epithel egyenletesen feltáskásodott a megfestett terület felett s később kikoptott.

Az alapján még 4—5 napig megmaradt a sárgás-barna festék, azután lassanként ez is levált, mire a szem gyorsan megbékült.

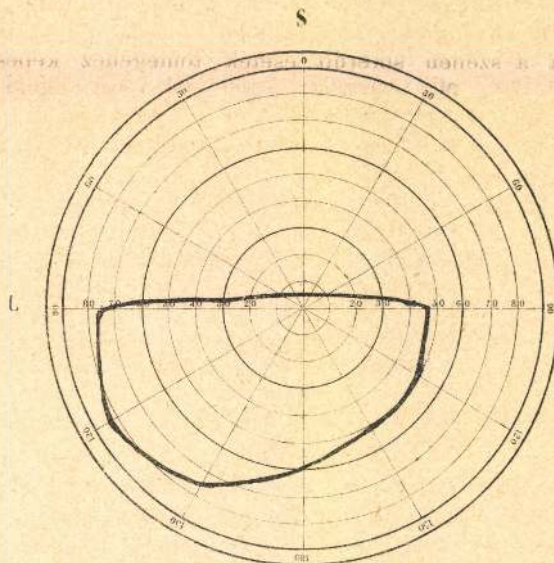
Tehát ámbár Archer nem látott utána gyuladást támadni s így ajánlja a szert festésre, ez esetben nem vált be, míg ugyanazon nyúl másik szemén a tiszta tusfestés semmiféle izgatottságot sem okozott.

Klinikai közlések.

Lövési sérülés.

Közli Grósz Emil dr., tanársegéd.

Sz. L., 26 éves férfi folyó évi április első napjaiban öngyilkossági szándékból revolverével jobb halántékon lőtte magát. A lövés után eszméletét nem veszítette el, de jobb szeme látása azonnal megromlott s e szem ki is dagadt. Másnapra bal szeme is kidagadt s a látás fokozatosan hanyatlott, utolsó időben némileg újra javult. Az egyetemi szemklinikán 1893. június 9-dikén jelentkezett a következő állapotban: A jobb halántékon festékes heg jelzi a golyó behatolása helyét. A jobb szem védőkészüléke a rendestől nem mutat eltérést. A szemteke, mialatt a bal szem fixál, a rendesnél alább áll s kifelé tekint. Befelé nézésnél nem éri el a cornea a belső zúgot, hanem a forgási körív ez irányban kisebbedett, erőltetésnél a szem alá és befelé mozdulva a cornea függélyes tengelye felső végével befelé rotálódik. Felfelé tekintésnél a jobb szem mozgása kevésbé korlátolt s ilyenkor a cornea függélyes átmérőjének felső része kissé kifelé fordul. Magán a szemtekén, kivéve azt, hogy a pupilla közepesen tágabb s fényre nem reagál, kívülről más eltérés nem található. Szemtükörrel a közegek teljesen átlátszóknak bizonyulnak. A látóidegfő egészen fehér, a lamina cribrosa likacsai nem láthatók, úgy a verő- mint a vivő-erek a rendesnél szűkebbek, utóbbiak egyenlőtlen ürterűek, a mennyiben a vena temporalis superior a papillától $\frac{1}{2}$ papillányira megtágul, azután újra megszűkül, a többi erek is helyenkint feltűnő kanyarodottságot, másutt meg nagyon is egyenes lefutást mutatnak. A vékonyabb verőerek csak mint fehér, vértelen kötegek láthatók. A papilla körül 1—2 papillányi sugarú udvarban szemcsés s rögzös helyenkint az ereket is fedő barnás-fekete festék. A papillától kifelé 2 papillányira vízszintesen ovalis világos barnavörös folt. E szemén fényérzés nincs.



A bal szem védő s mozgató készüléke semmi eltérést sem mutat, maga a szemteke is külsőleg teljesen rendesnek látszik. A pupilla középtág, fényre jól reagál.

A tükrí vizsgálat azonban nagy elváltozásokat derít fel. Aó üvegtest hátsó alsó részében a szem mozgásainál élénkebben üsz szürkés tömeg foglal helyet. A látóidegfő szürkés-fehér, elmosódott határu, erei rendellenes elrendezést mutatnak, a mennyiben az arteria és vena temporalis superior szokottnál jobban kifelé indul, míg az alsó erek szög alatt megtörve, nagyon is befelé haladnak. Az egész a torsio képét mutatja. A venák tágak, kanyargósak, szabálytalanul egyenlőtlen ürterűek, az arteriák szűkebbek. A környező retina különösen befelé borús. A papillától ki- és aláfelé egészen a periphaeriáig húzódó fénylő fehér az üvegtest felé 5 Dioptria értékig (körülbelül 2 mm.) beemelkedő plaque van, melyen élénk piros, szakadozott szélű $\frac{1}{4}$ —1 papillányi foltok foglalnak helyet. Az egész területen a retinalis erek hiányoznak. A papillától befelé körülbelül 2 papillányira azt ívalakban környező feh-

res sáv vonul végig, mely felett a retinalis erek áthaladnak. A szemfenék hátsó részében, kivéve az említett plaque-ot, feketés festékszemsék vannak. $v = 2$ méterről olvas ujjakat. A látótér felső fele teljesen hiányzik. A határvonal vízszintesen fekszik s éles (l. az ábrát): A szaglása lényegesen csökkent.

A szemklinikán 3 hétig állott észlelés s kezelés alatt. Hígyan kenőcs bedörzsölésére a látás valamivel emelkedett: 3 méterről olvasott ujjakat. A szemfenékek képe alig változott, csak a bal szem üveg testi homálya fogyott meg lényegesen. A golyó útja, mint a leirtakból biztosan tudhatjuk, a jobb orbitán át a balba vezetett, hol beékelve maradhatott. A jobb oldalon, leszámítva a kisebb izomsérüléseket, a látóideg teljes elroncsolását, míg a bal oldalon minden valószínűség szerint csak annak sérülését eszközölte.

Hasonló eseteket, bár nem gyakoriak, többen irtak le (Pagenstecher, Meyer, Goldzieher, Issekutz) s magam is csak nem régiben közöltem egyet. (Szemészet 1893. 1. sz.) A látóideg sérüléseivel behatóbban Berlin foglalkozott, ki kísérleti úton állatokon tanulmányozta a kérdést s a szemfenékben keletkező elváltozásokat vérkeringési zavarból magyarázta. Ezzel szemben Waldeyer egy Cohn által észlelt s enucleált szemben chorioretinitist talált. Goldzieher a Wiener Medizinische Wochenschriftben (1881. 16. és 17. sz.) megjelent cikkében két esetről számol be. Az egyik egy öngyilkossági kísérletet elkövetett egyén, ki mindkét szemén teljesen megvakult. A szemfenékben nagy fehér fénylő az üvegtestbe bényuló tömegek székeltek ujdontépződött erekkel s festék felhalmozódással. A látóidegfők sorvadás képét mutatták. A másik esetben az ugyancsak lövés által sérült s enucleált szem mikroszkopikus vizsgálatra került, melynek alapján G. a szemfenékben más ilyen alkalommal is keletkező elváltozásokat legtöbbször chorioiditis plastica termékeinek nyilvánította. Ez a felfogás a szemorvosok heidelbergi gyűlésén még ugyanezen 1881. évben vita tárgyát képezte, a mennyiben Berlin az elváltozásokat organizált véralvadékoknak fogta fel. A kérdés természetesen szemtükörrel nem dönthető el, hanem csakis histológus vizsgálatra kerülő több esetnek gondos feldolgozása által. A Goldzieher által első sorban leirt szemfenék, melyet nekem is volt alkalmam látni, valóban egy lefolyt gyulladás képét nyújtotta, a most leirt eset a fehér plaque-ok eredetének vérzéses volta mellett szól. Sőt a chorioidealis repedés jelenléte, a vérzéseknél még mindig jól felismehető friss foltok s végül az üvegtesti rög azt nagyon is valószínűvé teszik.

KÖNYVISMERTETÉS.

Prophylaxe und Beseitigung des Trachoms in der k. u. k. österreichisch-ungarischen Armee von Dr. Karl Hoor, k. u. k. Regimentsarzt, Docent an der Universität und Chefarzt der Abtheilung für Augenranke im Garnisons-Spital Nr. 17 in Budapest. Wien, Josef Safar, 1893.

A trachoma-irodalom egy újabb kis füzettel szaporodott, mely irányánál fogva különös figyelmet érdemel. A trachoma történetének, aetiológiájának, kórképének s orvoslásának rövid, de higgadt bírálatról s helyes megfigyelésről tanuskodó tárgyalása után bővebben foglalkozik, hogy mi módon lehetne a hadsereget a trachomától megszabadítani. Ajánlatait a következőkben foglalja össze: Minden trachomást, kinek szeme még gyógyulást ígér, be kell sorozni s minden trachomás katonát azonnal katonai gyógyintézetbe kell küldeni, hol tökéletes gyógyulásáig kell maradnia! Itt szigorú izolálás s a használt fehérneműk külön jelzése s sürgős desinfectiálás szükséges. A felülvizsgáló s bizottságok elé csak a teljesen s véglegesen szolgálatképtelenné váltakat kell küldeni. S ez is csak akkor történjék, ha a baj elveszítette ragályozó jellegét. A trachoma miatt való időleges szabadságolásokat teljesen be kell szüntetni. Évenként pedig trachoma-kursusok tartását ajánlja katonai orvosok számára. Különös figyelmet érdemel szerzőnek ama álláspontja, hogy a midőn egyrészt arra törekszik, hogy a trachoma be ne hurezoltassék a hadseregbe, másrészt a leggondosabban igyekezik arra is, hogy a bajt a katonák ne terjesszék el a lakosságban. Valóban a polgári s katonai hatóságoknak karöltve kell eljárniuk s nem pedig egymásra tolni a teendőket. Végül a rendkívüli kedvező gyógyulási százalékot kell kiemelni, a mennyiben

betegai 98%-ban visszamehettek mint gyógyultak ezredeikhez. Mi sem bizonyít jobban a kórházi kezelés mellett! Szóval az egész flüzetet katonai s polgári orvos egyaránt haszonnal forgathatja, sőt a specialista is nem egy becses adatot s jó tanácsot találhat benne.

G. E.

Tudományos társulatok.

I.

A francia szemorvosok 1893. május 1—4-dikén tartott congressusának tárgyalásából.

Nuel a szemoperálások alkalmával követendő asepsisről tartott előadást. Az antisepticumok hatását lényegesen csökkentheti a szövetek alkalikus hatása s zsirtartalma. E mellett a szem csak olyan gyenge oldatban tűri e szereket, a milyen elégtelen a pathogen mikroorganizmusok elpusztítására. Nem is érhető el chemiai szerekek által tökéletes asepsis. Szerencsére az infectiót leggyakrabban okozó staphylococcus igen kevésbé ellenálló. Nagy segítségünkre van maguknak a szöveteknek bakteriumölő tulajdonsága. A mi mindenekelőtt az eljárást illeti, melyet az asepsis érdekében az operálandó egyénnel szemben követnünk kell: általános fürdőt s ürülésről való gondoskodást kíván, de főfigyelmünket mégis csak az operálás területére kell fordítanunk. Fontos, hogy szappannal s meleg vízzel megtisztítsuk a szemhéjak bőrét s lehetőleg eltávolítsuk a zsirt. Csak ezután mossuk meg antiseptikus folyadékkal, melylyel a kötőhártyát is le kell öblíteni. Nuel a sublimatnak adja a megérdemelt elsőséget, melyet 1:2000 concentrációban használ. 2—3 napig többször kell evvel a szemet kimosni, mielőtt az operáláshoz hozzáfognánk. A jodhigany (Panas 1:20,000), a hydrargyrium cyanatum (Chibret 1:5000), a jod trichlorid (1:500 egész 1:200 Pflüger) helyettesíthetik a sublimatot.

Kíváncos volna egy olyan szert használni, mely erős antiseptikus hatás mellett nem izgatja a szöveteket. Az acidum boricum hátránya csekély antiseptikus hatása, de Bourgeois szerint lényegesen emelhető, ha a borax vizes oldatában oldjuk. Ekkor ereje 16%-ig emelhető a szokásos 3—4%- helyett. A mint azonban az operálást megkezdjük, többé sublimatnak nem szabad a szemmel érintkeznie, az öblítésekre physiologikus konyhasó-oldatot (0.6%) használunk, melyet forralás által sterilizáltunk. Leszártásra ugyan csak steril gaze-t használjunk s semmi esetre sem szivacsot. A szabályos sebkezelés elősegíti a gyors hegedést.

A szemhéjakkal való surolgatás sem ajánlatos, minthogy a szemhéjszél könnyen szerepelhet mint az infectio forrása. Az elülső csarnok kiöblítése antiseptikus célból nem eszközölhető, mert az endothél nem tűri, a kéregrészek eltávolítására sem szükséges. A szemre steril gaze-t helyez, mely erősebben szívja fel a váladékot, mint a gyapot, de nem szabad antisepticumokkal e tulajdonságát csökkenteni. Jodoform- vagy aristolbehintés is rendes körülmények közt felesleges. Az így bekötött szemről 48 óra múlva veszi le a kötést. Ha az száraz s a szemhéjak nem vizenyősek, nyitás nélkül megújítja.

Ha kevés váladék van, azt lemoszuk meleg sublimat-oldattal s úgy kötjük be a szemet. Csak a 3-dik vagy 4-dik napon tártjuk fel a szemrést. Ha azonban az első kötés változtatásakor vizenyős szemhéjat s bővebb váladékot talál, felnyitja a szemrést, hogy szükség esetén jodoformot hintsen be, vagy tüzes vassal állja útját az infectiónak. Különösen gondos asepsist igényelnek az albuminriában vagy diabetesben szenvedő betegek, kik az infectio ellenében nagyon kevésbé ellenállóak. Nagy figyelmet érdemel még a könnytömlő állapota, melynek genyes gyulladását meg kell szüntetnünk az operálás előtt, s ez azon eset, a midőn a jodoform behintése jogosult. Annak eldöntésére, hogy elérkezett-e már azon idő, a mikor nyugodtan meg lehet operálni a szemet, azt ajánlja, hogy előzetesen 48 órával kössük be a szemet, melyet meg akarunk operálni. Ha a szem halvány marad, s a kötés száraz, hozzáfoghatunk, ellenkező esetben meg nem.

A mi a műszerek sterilizálását illeti, erre az antiseptikus szerekek közül első helyen áll a hydrargyrium cyanatum, mert nem támadja meg az eszközök életét. De ez nem pótolja a szódás vízben

való forralást (1% Schimmelbusch). Az éles eszközöknek elég pár pillanatnyi bemártás, a többinek $\frac{1}{2}$ perc szükséges. Sokan fémből készítetik az eszközök nyelét, hogy hosszabb ideig főzhessék, de kár feláldozni a legalkalmasabb csontnyelet.

Végül a kötszerek desinficiálásáról szól. Az impregnálás antisepticumokba nem célszerű, hanem legajánlatosabb a gőzben való sterilizálás. Forralás által lehet a szemcseppeket is aseptikussá tenni. A vitában Chibret a hydrargyrum cyanatum fölényét emeli ki a sublimat felett. Panas és Gayet az elülső csarnok kiöblítése mellett szólnak fel. Abadie ellenkezőleg feleslegesnek tartja. (Annales d'Oculistique. Juin, 1893.)

II.

A párisi szemorvosok 1893. április 11-dikén tartott üléséből.

Parinaud a prolapsus iridisnek cataracta extractio alkalmával való keletkezésének megakadályozásáról szól. Az iris prolapsusát 2 csoportra osztja: elsőleges és másodlagosra. Az elsőlegesek keletkezését a sebnek a corneába való helyezés által s főleg az által, hogy az esetben, ha nem sikerül az extractio befejezte után teljesen kerek pupillát létrehozni, azonnal iridectomiát végezzünk: sikerül teljesen megakadályozni. A másodlagos prolapsus keletkezése mindenkor sebrepedéssel áll összefüggésben s a kiáramló csarnokvíz sodorja ki az irist. Ennek megakadályozására azt ajánlja P., hogy akadályozzuk meg 3 napig a csarnok helyreállítását. Olyan sebet akar készíteni, mely egy ponton filtrál s így a csarnok korai helyreállítását meggátolja. E célból a beszűrés és kiszűrés helyéül az átlátszó cornea határán a haránt átmérőt választja, fűrészszelők mozgásokkal felfelé halad, de mielőtt befejezné a leányt, 90°-ra előrefordítja a kés élét s így végzi be a metszést. Az egyik szemet nyitva hagyja s csak az operáltat köti be s a betegnek nem szükséges feküdnie.

A vitában mindenekelőtt Vignes vett részt, ki nem hiszi, hogy előnyös volna az elülső csarnok helyreállítását szándékosan gátolni. A földolog szerinte az, hogy elég nagy sebet készítsünk a hályog könnyű eltávolíthatására, továbbá hogy a szemhéjterpesztőt ne távolítsuk el korán, nehogy a szemhéj reányomjon a tekére s végül, hogy gondos kötést készítsünk. A testi mozdulatlanság nem fontos. Despagne szerint a prolapsus oka gyakran a hályogmaradékok eltávolítására követett hosszas surolás. A Parinaud sebe nem alkalmas, mert ha talán prolapsus el is kerülhet, de annál gyakoribb lesz a synechia anterior. De magát az eszmét sem pártolja, hiszen 3—4 nap múlva is csak ott vagyunk, a hol voltunk s az időt kár elveszíteni. Nem is említve az infectio nagyobb lehetőségét, így keletkeznek a synechiák s a chronicus iridochorioiditisek. A kötésben rejlik az eljárás titka. Ő 8 napig nem nyitja a szemet s nincs prolapsusa! Trousseau tapasztalata szerint a seb alakjának nincs befolyása az iris prolapsus keletkezésére. Sőt a testmozgásoknak sincs. De annál inkább a köhögésnek s ezért a potatorokat, ideges embereket, combinált methodussal operálja. Parent P.-dal együtt azt tapasztalta, hogy a később egyesülő seb mellett nem keletkezik prolapsus, de azért a csarnok késői helyreállítását mégis csak complicationnak tartja. Gillet de Grandmont annak tulajdonítja, hogy most több a prolapsus mint Daviel korában, hogy akkor csak túlrett hályogot operáltak, míg ma éretleneket is. Ez utóbbiak eltávolítására nem való az egyszerű extractio, hanem inkább a combinált methodus. A jól megérett hályogexpulsiónál is azonban óvakodni kell kéregrészek visszamaradásától. E célból jó, ha ezeket akkor suroljuk a seb felé, mikor még a mag a nyílást elzárja!

Koenig P. nézetében osztozik. Masselon teljes ellentétben az előadóval a gyors egyesülést óhajtja s ezért ellenzi a kés élének előrefordítását. Chevallereau szerint még nagyon homályos az iris prolapsus aetiologiája. Tény, hogy ott, hol a betegek nem maradnak az operatio után nyugton, gyakoribb a prolapsus iridis. Az éretlen hályogok operálása után is többször fordul elő. Goreckinek kevés a prolapsusa azért, mert ő is, mint Mayer az esetek $\frac{3}{4}$ részében iridectomiát is csinál. Hogy a csarnok késői helyreállása akadályozza a prolapsus képződését, azt úgy magyarázza, hogy ez

idő alatt némi izgalom keletkezik, mely synechia posteriorhoz vezet. Ilyen izgalmat provokálni is lehetne az által, hogy az irist a kés sel megsértjük! (Recueil d'ophthalmologie, 1893. avril.)

Grósz Emil dr.

SZEMELVÉNYEK.

— Glaucoma fiatalabb korban. Közli John B. Story. A szerző 5 esetet ír le; a betegek legfiatalabbika 13 éves, a legidősbike 35 éves.

Az első esetben 13 éves leánynál cocainnak subconjunctivális befecskendezésére támadt glaucoma acutum. Strabismus convergens miatt először a jobb, később a bal rectus internuson végeztek tenotomiát. Érzéstelenítés céljából a rectus internusok tapadási helye felett kevés cocaint fecskendeztek a conjunctiva alá. A műtét után mindkét szemem, ámbár óvatosságból a bal szembe a műtétet megelőzőleg eserint cseppentettek, heveny glaucoma támadt. Mindkét izben a roham eserin becseppentésére rövid idő alatt megszűnt. Érdekes a cocain subconjunctivális és helybeli hatása, a mennyiben a bal szemem a glaucomás roham alatt a pupilla csak belső felén tágult ad maximum, vagyis azon oldalnak megfelelőleg, a melyen a cocaint a conjunctiva alá fecskendezték.

A második esetben 18 éves asszonynak mindkét szemén primär glaucoma inflammatorium chronicum támadt. Primär glaucoma ily korban ritkaság. Priestley Smith szerint 1000 glaucomában megbetegedett egyén között csak 5 volt 20 éven aluli. A harmadik esetben 35 éves asszonnyal van szó, a kinek bal szemén támadt glaucoma acutum. A negyedik esetben 30 éves férfi bal szemén észlelt glaucoma inflammatorium chronicumot a szerző. Az eset annyiban figyelemre méltó, hogy mindkét szemem microphthalmus volt látható, a corneák átmérője 11 mm. Egy későbbi glaucomás rohamhoz keratitis punctata társult. Figyelmet érdemel azon körülmény is, hogy a beteg anyja egyik szemére glaucoma folytán megvakult, másik szemén glaucoma inflammatorium chronicumban szenved. Az ötödik esetben 34 éves férfinak jobb szemén fejlődött glaucoma inflammatorium chronicum. Iridectomia után iritis serosa és keratitis punctata támadt; ezen complicatiók atropin becseppentésére tensio-emelkedés nélkül hamar megszűntek.

A szerző egy táblázatot mellékel 31 glaucomás szem corneális átmérőiről. A legnagyobb átmérő 13 mm., a mi egyszer fordult elő; a legkisebb átmérő 11 mm., a mit a szerző 8 esetben észlelt. (The Ophthalmic Review. Vol. XII.)

Dr. Pauze Márk.

— Rumschewitsch K. dr. A corneális új képletek causticájához. R. 2 év előtt írt le egy sarcomát, mely a cornea szövetében fejlődött, e mellett a conjunctivális edények tágultak voltak, az epithel nagyfokú szaporodást mutatott, az egész képlet kocsányos jelleget mutatott. Ez esetet Simonnak egy primär corneális myxomájával hasonlítja össze, azután áttér egy újabb eset közlésére: N. A., 14 éves leány jobb oldali átmeneti redőjén granulatiók, friss csomók és felszínes hegek. Bal felső átmeneti redőn csekély csomók, az alsón jelentéktelen infiltratio. A bal cornea vastag sarcomatosus pannussal fedett, mely — míg kezelés alatt a conjunctiva trachomája fokozatosan csökkent — feltűnő rózsaszínét megtartotta. Izgalmi tünetek hiánya mellett a cornea convexitása erősen növekedett, a szemtekére szorítózkodó fájdalmak léptek fel, a szem mozgása és a tensio normálisak voltak. A diagnosis primär sarcomára tetetett és enucleatio végeztetett.

Az enucleált szemtekén az összes elváltozások a corneára szorítózkodóknak mutatkoztak, mely egyenletesen megvastagodott, közepén 4 mm.-nyi volt. Görcs alatt a conjunctivális erek tágaknak találtattak. A daganatra áthajló epithel fokozatosan vastagodó, néhol majdnem a Descemet-hártyáig terjedő benyuló csapokkal. A hámsejtek e mellett megtartották hengeralakjukat, sőt néhol hosszúsági irányban meg voltak nyulva. A corneának csak felső rétegei szenvedtek elváltozást, a mélyebbek csak lazán összefüggők, felettük a sclera és conjunctivából származó, vékony edényhálózat. Corneális és subconjunctivális rostok a daganatba térve elágazódnak a nélkül, hogy alveoláris szerkezetet mutatnának. A daganat maga

igen kevésbé edényezett, szövete igen ritka közti állományba ágyazott, kerek, nem túlkicsiny sejtekből állott. A daganat tehát sarcoma rotundocellulare volt. (Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. XXXI. évf. Február.)

— Birnbacher A. Két corneális atypikus mészlerakódás kémiai úton gyógyított esete. Mindkét esetet öreg egyénen észlelte. A bántalom kezdetben erős fájdalmakkal és gyulladásos tünetekkel járt, 8 nappal azután az egyik esetben fellazult, a másikban ép epithel alatt síma, vékony rétegű, finoman szemcsézett anyag volt látható. Ez anyagnak hályogkéssel eltávolított részletét gőrcsői és mikrochemiai vizsgálat alá vette s kitűnt, hogy a membrana Bowmanni, a legfelsőbb corneális lemezek, valamint a nyirkűrök finom fénytörő pontocskákkal behintettek, melynek 10%-os HCl behatására gázfejlődés nélkül eltűntek; haematoxilinnal festve a pontoknak megfelelő helyek erősebben festődtek. E vizsgálat igen valószínűvé teszi, hogy a pontocskák phosphorsavas mészből állottak, s a decalcinált részeket erősebb festődése arra mutat, hogy a szövetek vegyi összetétele is megváltozott oly értelemben, mint az a normális csontosodásnál észlelhető. A lerakódás létrejöttét, a senilis csontresorptiótól eltekintve, localis vérkeringési zavarokban kell keresni; erre mutat az is, hogy mindkét esetben a limbus edényei tágultak voltak. A gyógyítás úgy történt, hogy cocaine-anaesthesia mellett az epithel finom ecset segítségével eltávolított és utána 5%-os sósav vitétt a corneára, mely 5%-os szénsavas nátron segítségével közönbösített. 2—3 nap múlva az epithel regenerálódott, további kezelés mellett az izgalmi tünetek is elmúltak. A homályok, melyek a sósav behatására azonnal eltűntek, többé vissza nem tértek, a cornea fénylő és teljesen átlátszó lett. Hogy mások által leírt hasonló esetek teljes gyógyulással nem jártak, ennek oka abban keresendő, hogy ezeknél a cornea szövete már mélyebbre hatóan volt megtámadva. (Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. XXXI. évf. Junius.)

— Dr. Elschmig A. A szemhéjbőr gangraenájáról. Két eset kapcsán, melyeknél lépénis infectió okozta fájdalmas pustula, ökölnyi, deszkakemény duzzanat, később fekete pörk, alatta bűzös genynyel infiltrált szövet volt található a szemhéjakon, mely mellett magas láz, hányás, fejfájás is volt jelen, Elschmig a hasonló megbetegedések homályos nomenclaturájára utal. Szerinte leghelyesebb a sebészet elnevezéseit a szemészetben is alkalmazni, s így franczia mintára ajánlja az oedema malignum (s. anthracosum s. carbunculosum) kifejezést tisztán lépénis megbetegedésre alkalmazni, s a hasonló fertőzésű csomós alaknál a pustula maligna elnevezést. Ezekon kívül orbáncz is okozhat gangraenát a szemhéjbőrön, melynek 3 alakját ismeri a sebészet: 1. az ú. n. gangraenás erisypelas, mely pangás által vezet a bőr kisebb részleteinek elhalásához, 2. a subcutan kötőszövetbe terjedő s phlegmoneval kombinálódva elhaláshoz vezető erisypelas, 3. multiplex abscessusok, melyek hosszasan fennálló orbáncz után lépnek fel. Ezek képét utánozhatja egy gangraenához vezető phlegmone is, melynek igen ritka alakja az acut ophthalmoblenorrhoeából származó phlegmone. Az eddig említett gangraenák primáereknek tekintendők szemben a secundár ill. metastaticusokkal, melyek mykotikus emboliákból keletkeznek. Továbbterjedőleg is jöhet létre szemhéjbőr-gangraena és pedig vagy a gennyedés direct áttérjedése vagy thromboplebitis útján. A szemhéjbőr egészen önálló gangraenája, milyen pl. az öregeknél fellépő marantikus thrombosis következtében fellépő gangraena az alsó végtagokon, még nem észlelt. (Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. XXXI. évf. Junius.)

— Blessnig E. dr. A praeretinális kötőszövet-képződés casuistikája és aetiologiájához. (Retinitis proliferans.) Utóbbi években több retinitis proliferans észleltetett s a legtöbb észlelt retinális és üvegtesti vérzésekből származtatja létrejöttét. Következő eset annyiban érdekes, hogy az egyik szemén praeretinális kötőszövetképződés, a másikon számos friss vérzés volt észlelhető. A 40 éves férfibeteg jobb szeme fokozatosan veszítette el látását; bal szeme egy hét óta ködöt s néha szikrákat lát; vizelet normális, syphilis tagadva. Külsőleg semmi elváltozás. A jobb papilla egy része és a retina jó része egy fehér, fénylő, egyes részleteiben át nem tetsző, nem libegő, zezgúgos határú, az üvegtestbe mélyen benyúló, hegyes-völgyes felszínű hártával fedett, melyen

az edények sehol át nem tűnnek. E hártya periphericus részén pigmentfoltok láthatók; a papilla atrophikus, kis conussszal bir, szemfenék normális színű. A bal papilla és retina gyengén borús, előbbi elmosódott határú és vöröses színű; az összes erek vastagok, kanyargósak. Egy nagy vonalszerű s több kisebb pontszerű vérzések a szemfenéken, melyek egy része a kezelés alatt felszívódik, de ismét újak keletkeznek. A jobb szem elváltozásai befejezett folyamatra vallanak, a bal szem vérzései közellé teszik a felvételt, hogy ilyenek a jobb szemén is léteztek s az ott található elváltozást okozták. (Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. XXXI. évf. Junius.)

Blaskovits Fridolin dr.

† Neupauer Gusztáv.

Az egyetemi szemklinikát súlyos csapás érte. Dr. Neupauer Gusztáv tanársegéd folyó hó 9-én hosszas szenvedés után 30 éves korában elhunyt. Az 1886-ik év őszétől szolgált a szemklinikán és pedig előbb mint gyakornok, 1889-től pedig mint tanársegéd. Súlyos betegsége 1892. évi február havában jelentkezett nagyobb mértékben, azóta a télen Olaszországban, nyáron pedig a Szepességben keresett enyhülést, de hiába, anguszus hó 8-dikán visszaérkezett a fővárosba, hogy másnap már örökre bucsút mondjon szeretteinek. A szó szoros s nemes értelemben vett self made man volt s mégis megőrizte a mai korban olyan ritka tulajdonságot, a szerénységet, mely egyik legszebb jellemvonása. Tárgyát, a szemészetet, igaz lelkesültséggel s igazi hivatottsággal művelte. Alapos előképzettsége lehetővé tette, hogy ne csak a practikus részével foglalkozzék, hanem a tudomány előbbre vitelében is részt vegyen. S e mellett igazi született operateur volt. Nyugodt kézzel, higgadt megfontolással s ritka ügyességgel végezte az operálásokat. Irodalmi munkásságának letéteményese a „Szemészet”. Első önálló dolgozata 1887-ben jelent meg: „A szemteke felszínes daganatainak differential diagnosisáról két eset kapcsán”. Azóta majdnem minden szám tartalmazott tőle cikket. Legutóbb megjelent két munkáját: „Új könyvszámok a dacryo cystitis chronica orvoslása” s „Néhány antiseptikus szer értékéről” már betegségében írta, sőt még pár nappal halála előtt betegágyán suttogó, már alig érthető hangján mondta tollba nővérének olaszországi tapasztalatait, mert ott is, hová gyógyulni ment, tanulni vágyott s felkereste az egyetemeket. Legközelebbi számunkban fog megjelenni ez utolsó dolgozata, hogy azután örökre nélkülözzük tartalmas munkásságát. Nővérei a legszeretőbb, a legfigyelmesebb testvért veszítették el, mi a legönzetlenebb, a leglívebb barátot, Schulek tanár iskolája egyik legtehetségesebb tagját. *Áldás emlékére!*

G. E.

Irodalmi munkássága. A szemteke felszínes daganatainak differential diagnosisáról két eset kapcsán. 1887. — Az erythrophleia a szemészetben. 1888. — Abscessus ex phlyctaena. 1888. — Klinikai közlések. 1889. — Látható canalis Cloqueti egy újabb esete. 1888. — Néhány szó az ophthalmoblenorrhoea gyógykezeléséhez. 1889. — A kötőhártya tuberculosisáról. 1890. — Adatok a kötőhártya alatti cysticercus tokjának szöveti szerkezetéhez két eset kapcsán. 1890. — Klinikai közlések. 1890. — A Koch-féle oltásokról szembajokban. 1891. — Szemészeti therapia. (A gyógyászat kézikönyvéből.) 1891. — A papilla nervi optici egy fejlődési rendellenessége. 1892. — Új könyvszámok és a dacryocystitis chronica orvoslásáról. 1892. — Néhány újabb antiseptikus szer értékéről. 1893.

VEGYESEK.

— A budapesti egyetemi szemklinikai betegforgalma az 1893. év első felében. 3468 új járó beteg jelentkezett, kik közül 420 a klinikára nyert felvételt s kiken 482 nagyobb operálás vált szükségessé. A múlt év ez időszakához képest emelkedés mutatkozik.

— Új könyvek. Dr. Szilágyi Ete. Micrometer — Ophthalmoscop. — Dr. Ottava J. Tanulmány a szemkötőhártya trachomás betegségének orvoslásáról. — Schweinitz. Diseases of the eye. — Lagrange. Études sur les tumeurs de l'oeil. — Dimmer. Der Augenspiegel. II. Auflage. — Schweigger. Handbuch der Augenheilkunde. VI. Auflage. — Fuchs. Lehrbuch der Augenheilkunde. III. Auflage. — Vossius. Lehrbuch der Augenheilkunde. II. Auflage. — Gayet. Eléments d'ophtalmologie.

— Ange Guépin szemorvosnak szobrot állítottak Nantesban. — Antonelli-t a nápolyi egyetemen a szemészet tanárává nevezték ki.