

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADO TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Kísérletek a műszer-fertőtlenítés egyszerűsítésére, különösen fogászati műszereknél.¹

Árkövy József egyet. tnr.-tól.

Műszereink helyes és az ismert kívánalmaknak megfelelő fertőtlenítése hosszabb idő óta gondot adott. Ily fertőtlenítésnek szükségessége úgy a magángyakorlatban, különösen pedig a klinikán — a hol nem mindig a legtisztább paciensek hosszú sora váltakozik a műtőszéken — már régebben mint megoldandó kérdés lépett előtérbe.

Bármennyire is méltányoljuk *Miller*² ide vágó vizsgálatait, mégse lehet úgy az általa vizsgált, mint általában a műszerek fertőtlenítésére használatban lévő eljárások árnyoldalait elhallgatni; az eljárások vagy az agens, majd szaga által, majd a maró hatás, különösen az alkalmazás hosszantartása által és last not least körülményessége folytán többé-kevésbé impraktikusak. Bizonyos nehézségek álltak tehát elő egy helyes, a követelményeknek megfelelő fertőtlenítési eljárás kieszelésében, mely egyúttal czélszerű és könnyű kivitelű lett legyen. Az eddig ismert fertőtlenítő szerek és készülékek (maró folyadékok, forró víz, forró levegő, sterilizátor stb.) a fogorvosi gyakorlatban alkalmatlanoknak bizonyulnak, a mennyiben a nagyszámú műszerek folytonos változása és egymásutáni bevitele a készülékbe, vagy a fertőtlenítő oldatba és utólagos gondos megszáritásuk vagy direct egy desinfecteur-t igényel, vagy annyi idővesztést, a mennyit csak egy kezdő praxisa engedhet meg. *Miller* műszerek helyett fertőzött üvegdarabokat és serétet használt; ezzel ellentétben én a műszereket tettem ki fertőzésnek olyképp, a mint az tényleg a gyakorlati alkalmazás mellett a patiens szájüregében történik.

Egy oly eljárást volt czélem találni, melylyel a sterilizálás két követelményét, a mechanikait és chemiait, együttesen lehessen végezni.

A kísérletek tendenciája tehát volt: 1-ször a különös, időt rabló mechanikai *tisztítást megtakarítani*; 2-szor lehetőleg erősen ható agensek alkalmazása mellett a *reáhatás időtartamát a lehetőségig reducálni*.

Ha már most az alkalmatlan készülékeket stb. mellőzzük, úgy egy oly fertőtlenítő eljárást kellett megállapítani, mely a

¹ A vizsgálatok a fogászati klinikán és laboratóriumban végeztek, a melyeknél *Hattyasy L.* dr. tanársegéd és *Hollósy Ede* gyakornok urak elismerésre méltó buzgalommal működtek közre.

² *Mikroorganismen der Mundhöhle.* 1892. Leipzig, Georg Thieme. — Továbbá: *C. Jung*: „Zur Asepsis zahnärztl. Instr.“, Verhandl. d. deut. odont. Ges. Bd. III. H. 4. — *Warnekros*: hasonló cím alatt, ugyanott. Bd. IV. Heft 3.

gyakorlati kivihetőség előnyével bir vala. Ezen czélra egy üvegedényt szereztem be¹ (hossza 16, szélessége 10, magassága 11 cm.), benne durva homok, a mely forró levegő-sterilizátorban 6 óra hozsant sötétbarna színültésig sterilizált. Ezen homokfürdőre a teljes átnedvesítésig a megfelelő fertőtlenítő folyadék lett öntve. A különben nyitott üvegedény fedelét, ha használva nem lesz, egy sterilizált (sublimat) lemezpapír vagy üvegfedő képezi. Az üvegedény szélétől lefelé 2 cm.-nyire üresen marad. A műszerek akár fogó, olló, makfogó, scalpell, excavator vagy tűkőr, sonda, pincette, fűrök, a mely mélyen csak szükséges, a homokba nyomtatnak és 2—3-szor benne ide-oda vonogattatnak (éles műszerek, scalpell stb. csak hátoldalukon). A homok eltávolítja mechanice a műszerekre tapadó részecskéket, és ha azok félig szárazak lennének, a homok nedvessége által megpuhulnak. Szükség esetén hosszabb ideig hagyjuk a műszert a homokban; ha kiveszszük, úgy a reá tapadó homoktól lemosás által szabadítjuk meg és pedig vagy ugyanazon agens oldatával, vagy egy más oldattal, a mely egy közép nagyságú praeparatumos üvegben áll (beköszörült dugóval) a homokfürdő mellett. Ez utóbbi helyett nagyszőrű flanelldarabot is lehet venni, a melynek szálain a homok visszamarad; ha a műszernek charnierje van, úgy erről a homokot fogkefe segítségével kell eltávolítani, ha esetleg a lemosás után még visszamaradtak nyomok.

Ezen eljárást 1892. augusztus végétől kezdve alkalmazom, és oly kielégítőnek találtam, hogy az egyetem fogászati klinikáján is bevezettem, még pedig úgy, hogy minden műtőszék egy ily kis fertőtlenítő készülékkel bir. Megjegyzendő, hogy az öblítő oldat egyúttal a műtevé ujjainak fertőtlenítésére is szolgál.

Azt hiszem, hogy ezen homokfürdő legalább 1 hónapig nyugodt lélekkel használható mint sterilizáló készülék; ez idő után a homok újlag a forró lég-sterilizátorba vihető. Magánhelyen, hol ily készülék nincs, a czélnak megfelelően használható egy konyhaedény, a mely a homokkal együtt ennek megbarnulásáig vagy kemenczetűz, vagy erős láng fölé vitetik.

Ezen fertőtlenítési eljárás sikere indított arra, hogy azt a szaktársakkal közöljem; talán megfelel egyik vagy másik kívánalmainak.

A homokfürdőnek, mint mechanikai tisztító eszköznek alkalmazásához, a hatóanyagoknak egy kis sora, mint chemiai fertőtlenítők párosítottak. Ez kiindulási pontját képezte ama vizsgálati sorozatnak, melyet bakteriologiai irányban végezni szükséges volt, és a melyet itt röviden előadni szerencsém van.

¹ Ezen üvegedények kívánatra — Weiss und Schwartz czégnél Bécs — vagy Garai műszerésznél Budapest megszerezhetők.

Vizsgálati módszerek.

- I. Vizsgálati sorozat. Hatóanyagok.* 1. 4% sublimat-oldat a homokfürdőben, chloroformban való előzetes kimosás mellett,
2. 4% sublimat-oldat, chloroform nélkül,
3. tömény lysol (100%),
4. 50% lysol-oldat,
5. 50% phenosalyl-oldat,¹
6. 20% phenosalyl-oldat,
7. 2% forró soda-oldat,
8. villamosság.

A megejtett eljárás a következő volt. Minden kísérletnél 4 szájtükör és 24 excavator vétetett, a melyek a klinikai patjenseken lehetőleg erősen inficiáltattak; különösen cariosus és gangraenosus fogak használtattak fel.

A fertőzött műszerek azonnal a homokfürdőn lettek átvongálva, majd az öblögető folyadékban lerázva; innen az összes eszközök steril, destillált vízbe vitettek; utóbbiba a vizsgálat céljából. Különös megfigyelés alá vétettek a műszerek által fertőzött homok- és a többi öblögető folyadékok; minden elkülönítve. Az erre vonatkozó észlelés a következő volt: A homok közvetlenül a fertőzés után abszolút steril volt (bouillon-kultúra, gelatin- és agar-lemezek); épen így volt az öblögetőknél.

A homok beszáradása után — a 6-dik napon — a fedő alatt álló homok felületéről anyag lett véve és ezzel lettek a fenti tenyészkísérletek eszközölve.

Itt már azonban nem lett abszolút sterilitás elérve, a mennyiben a homok-kulturáknál a 4—22. napon 3—3 lemezen (gelatin) átlag 40 kolóniát találtunk; ugyanez az eredmény az öblögetők után is. *Azonban az összes kolóniák levegő-bakteriumoknak bizonyultak és nem voltak pathogének (állatkísérletek).* Így tehát egész nyugodtan vehetjük fel, hogy a steril homokfürdő ennek némi beszáradása mellett is, a mi különben naponkénti feltöltés mellett elkerülhető, legalább is egy hónapra, esetleg huzamosabb időre is elégséges, mielőtt új homoksterilizációhoz fogni kellene. Összesen 21 kísérletet végeztünk (I. kísérlet sorozat), melyekből azonban 13 különböző kisebb hiba folytán félben hagyatott. Így tehát 8 teljesen kontrollrozott, kifogásolhatatlan kísérlet maradt hátra. Természetesen az itt következő tételek az itt említett 8 kísérletre támaszkodnak.

A behatás időtartama. Minden műszer 3-szor a homokfürdőn át lett túrva, majd mint fennebb leöblítve, az egész eljárás alig 20—30 másodpercet vett igénybe (kísérlet 1—6).

Az 1. kísérletnél chloroform, majd steril destillált víz lett mint öblítő használva, a többi kísérletnél (2, 3, 4, 5, 6) csak destillált víz. Ha a műszerek — mint feltételezhető — sterilizálva vagy desinficiálva lettek volna, úgy a dest. víznek sterilnek kell vala maradnia, vagy legfeljebb egészen jelentéktelen infectiót szenvednie, esetleg ellentállóbb spórák által. A 7. kísérlet összehasonlítás céljából eszközöltetett és az ú. m. fentebb inficiált műszerek 2 percre forró telített soda-oldatba lettek vite. A 8. kísérletnél 15 Leclanché-elem lett alkalmazva (ugyanazon electro-erő, a mely a fűró gép, kalapács, tükör működtetésére szolgál), és pedig az electrodeok homokfürdőbe lettek vezetve és a műszerek ebből a fent vázolt módon az öblögető folyadékba vitettek. A behatás időtartama (electromosság a homokfürdőben) 2 percet tett.

Bacteriologiai vizsgálat. Minden egyes esetben úgy a homokból, valamint a chloroform és a dest. vízből 3—3 cseppel lett bouillonba vite, függő cseppben élő mikroorganizmusokra vizsgálva, továbbá lege artis gelatin és agar-agar

¹ Meggyőződést szerzendők, hogy a phenosalyl csakugyan megfelel-e a követelményeknek, legalább *Christmas J.* dr. állítása szerint czél szerűnek tartottuk ellenőrző kísérleteket megejtetni, melyek meggyőzték bennünket, hogy hasznavehető fertőtlenítő szerrel állunk szemközt. Bouillon (tisztá) kulturákat vettünk és pedig (24 óras és 2 hetes) pneumonia és staphylococ. pyog. aureus-ból. Az eljárás ugyanaz volt, melyet legelőször *Jersin* követett, t. i. néhány csepp 10 km. fertőtlenítő folyadékba lett öntve és rázás által azzal összekeverve. 1 perc mulva ismét egy csepp 10 km. bouillonba lett vite és a thermostata helyezve. Eredmény ugyanaz mint *Christmas*-nál, t. i. abszolút sterilitás.

lemezek öntve. A 7-dik és 8-dik kísérletnél úgy főzés előtt, mint után, illetőleg az electromos áram behatása előtt és után lettek lemezek öntve. Könnyebb áttekinthetés végett következő táblázat tünteti fel a bacteriologiai vizsgálat eredményét:

Az I. kísérleti sorozat táblázatja.

	A colóniák száma a különböző tápanyagokon				Állatkísérletek	
	Bouillon	Gelatin	Agar-agar	Hasonló colóniák N. path.		
1.	4% sublimat-oldat homokfürdőben, utána következő öblítésel chloroformban, majd 4% sublimat-oldatban.	Kicsiny, finom, fehér pelyhek, zavarodás.	48 óra mulva számtalan apró fehér colónia.	7	7	—
2.	4% sublimat-oldat chloroform nélkül.	Erős zavarodás.	Az egész felületet bevonó redős hártácska.	6	6	—
3.	Tömény lysol 100%.	Az edény fenéken kis hártácska.	Szakadékonyszín- és fénytelen hártácska.	6	6	—
4.	50% lysol-oldat.	A felszínen vékony hártácska.	Gyorsan kifejlődött széles fényes sáv.	13	12	Subcutan injectio után elhullás 4 nap mulva. A mikroorganizmusok kizárólag a vérben.
5.	50% phenosalyl-oldat. ¹	Igen finom pelyhecskék.	Tíz nap mulva steril.			
6.	20% phenosalyl-oldat.	Teljesen steril maradt.	Steril maradt.			
7.	20% forró soda-oldat.	A tápanyagok sterilek maradtak.				
8.	Villamosság.	Igen zavaros.	24 óra mulva megszámlálhatatlan colónia.			

Az elektromossággal (erős állandó áram) újabb időben *d'Arsonval* és *Charrin* (Bull. Med. Nr. 53. 1893. 5 juillet) által bízott kísérletek lettek eszközölve. A közleményből a következő idézetet veszszük át: „korábban demonstráltuk, miszerint az elektromosság a „bacill. pyocyaneus“ secretióját befolyásolja és annak chromogen tulajdonságát csökkenti. Ma egy új eljárás alapján azon helyzetben vagyunk, hogy megállapíthatjuk, miszerint az elektromos áram még a spórák kifejlődésére is befolyást gyakorol, a mennyiben a belőlük származó culturák száma fogy. 30 perc helyett 5 perc alatt érni el ezen hatást. Ily módon lassanként a sejt (spóra?) előléseig jutunk, feltéve, hogy a bacillusokat nagyon erős („très puissants“) áramoknak teszszük ki, huzamosabb időn át.“

A mi vizsgálataink egyetlen egy ide vágó kísérletre szorítottak és ámbátor az electrodeok — eltekintve a megjelölt módtól — tiszta culturákkal telt epprouvette-kbe vezetettek, tehát aránylag túlerős áram hatott kicsiny köbtartalomra, a 15 Leclanché-elem mégis gyengébbnek bizonyult, semhogy bacteriocid hatást tudott volna kifejteni. A kísérleteket ezen irányban folytatjuk. Ha mindjárt erős áramok nem is gyakorolnak a mikroorganizmusokra directe befolyást, mégis felvehető, miszerint az ionok kiválasztása folytán úgy azoknak tápanyagát, valamint secretumjaikat (toxinokat) elpusztítják és így maguktól a mikroorganizmusoktól megvonják a lét feltételt. Ily felvételek mellett úgy látszik hogy indokolva lehet a villamossággal különféle körülmények között behatóbb kísérleteket kezdeni.

II. *Kísérleti sorozat.* A mennyiben az I. kísérleti sorozatnál a fertőző anyag talán túlnagy dilutiót szenvedett az öblítő (80° kem.) nagy mennyisége által, czélszerűnek találtuk következő ellenőrző kísérleteket megejteni: az inficiált műszerek a megfelelő homokfürdőn lettek keresztülhúzva, majd (steril) destillált vízzel leöblítve, összerázva és így ferde agar és gelatin-síkokra vive (epprouvette), illetőleg nyomva. Az eredményt a következő táblázat tünteti fel.

Táblázat a II. kísérleti sorozathoz.

	Időtartam percekben	A kísérletek eredménye	Steril	Nem steril	Non-pathogen	Pathogen
1% sublimat homokfürdő	0 40	5	2	3	5	—
100% lysol	0 30—0 40	5	3	2	5	—
20% phenosalyl	0 30—0 40	5	1	4	4	—
2% forró soda-oldat	3 0	5	A mikroorganizmusok rövid ideig tartó tályogot idéztek elő.			

III. *Kísérleti sorozat.* Meggyőződést szerzendők, hogy a desinficiálásnak mily foka éretik el — más intézeteknél — a sebészi műszerek desinficiálásánál, közvetlen azok használata előtt, kémcsövekbe bevihető sterilizált műszereket szereztünk be kísérlet céljából, illetve saját eredményeinkkel való összehasonlítás végett; névleg az egyik szülészeti klinikáról és a kórháznak egyik sebészeti osztályáról. Az erre vonatkozó eredményt következőkben közöljük:

A szülészeti klinikán az eszközöket 1/2 órán át 2%-os soda-oldatban szokták forralni, innen dest. vízbe jutnak, a hol egész a használatig maradnak. Innen desinficiált kézzel vagy eszközzel lesznek kivéve. Ily módon sterilizált műszereket szájával lefelé fordított kémcsöbe vezettünk, illetőleg a tápanyagokba (szőlőcukros agar-agar, gelatin) nyomtuk.

Eredmény. Tápanyagok 8 nap múlva sterilek.

A fent említett sebészeti osztályon az eszközök fél órán át 2%-os soda-oldatban forraltatnak, majd 1/2 órára 2%-os carbol-oldatba jutnak, innen közvetlenül használatba. Itt is ugyanazon eljárás lett követve (mint fentebb).

Eredmény. 47 óra után gyér számú levegő-bacteriumok fejlődtek, utóbbi anyagból (l. III. táblázat) 2 egér lett beoltva. (Tasak készítés.) Az egyik egérnél még ugyanazon nap lobosodási tünetek mutatkoztak, mi (erythema, duzzanat) azonban már a következő napon teljesen elmúlt. A másik egérnél az oltás teljesen hatástalan maradt.

Táblázat a III. kísérleti sorozathoz.

	Egyed-kísérletek száma	Steril	Nem steril	Non-pathogen	Pathogen	Megjegyzés
Szülészeti klinika	5	5	—	5	—	—
Sebészeti oszt. ...	5	3	2	3	2 (?)	geny nincs.

Resumé.

A bevezetésben hangsúlyozott gyakorlati kivihetőség szempontjából tekintve a felsorolt kísérleteket, azok a következő eredmények levezetésére nyújtanak alapot.

1. A homokfürdő gyors mechanikai tisztítónak bizonyult és a különben divó tisztítást kefével és szapanonnal pótolja.

2. A desinficiálás időtartamának rövidítése a hatóanyagok említett koncentrációja mellett keresztülvihetőnek tekinthető, mert:

a) a sublimat még 4%-os oldat mellett sem támadja meg az acélműszereket rövid — mint említett — időtartam mellett;

b) lysol és phenosalyl épséggel nem.

3. A lysol 50% kaliszappan-tartalomnál fogva a célnak megfelelő tulajdonsággal bír, a mennyiben az infectiós anyagnak — a mely az eszközökhöz tapad — zsíros részét elszappanosítani képes, míg másik része, a carbolsav, hatásra jut.

4. A chloroform sublimat előtt alkalmazva, hogy annak hatását zsírtalanítás által gyorsítsa és intenzívebbé tegye, úgy

látszik nem gyakorol a mikroorganizmusokra észrevehető hatást.

5. Úgy a higanychlorid, mint a lysol és a phenosalyl a fent vázolt módon és a homok-tisztogatás alkalmazása mellett az eszközök desinficiálására elégségesnek bizonyul, ámbar a bacteriol. vizsgálatok nem mindig mutattak absolut sterilitást, de a kifejlődött culturák nem bizonyultak pathogeneknek.

6. A Miller által ajánlott (loc. cit. pag. 276—277) forró soda-oldatot illetőleg ama két kísérlet után, melyet megejtettünk, következtethető, miszerint egy oly eljárással állunk szemben, a mely absolut sterilitást képes előidézni; a lemezek teljesen csiramentesek maradtak.

7. Az erős elektromos áram segélyével eszközölt kísérletek nem vezettek positiv eredményhez és újabb kísérletek hivatvák ezen kérdést jobban megvilágítani.

8. A II-dik kísérleti sorozat az I-ső kísérleti sorozattal megegyező eredményt szolgáltatott; noha itt a phenosalyl kevésbé kedvező eredményt mutatott, a minek okozója talán az itt mellőzött dilutio volt.

9. A III-dik kísérleti sorozatból kiviláglik, miszerint a sebészi műszereknek fentemlített fertőtlenítése teljesen elégséges, és csupán csak levegő-bacteriumoknak hozzájárulhatása akadályozandó meg.

Ha az eredményeket bíráltnak vetjük alá, kiviláglik, miszerint:

I. A mindenkor elérendő czélul kitűzött absolut sterilitás elérhető ugyan készülékek (sterilizátorok) és forró soda-oldat segélyével, azonban latba esik az is, hogy

II. minden ilyenmű eljárás sok időt, az alternáló műszerek nagy számát, esetleg egy külön személyt, mint desinfecteur stb. vesz igénybe; de ettől még eltekintve, kellemetlen (nyári) fűtést és a műtőszobának gőzzel való telítését okozza.

III. A sterilizálás fokát tekintve, a következő sort állít-hatjuk össze:

1. 2% forró soda-oldat.
2. 4% sublimat-oldat előzetes chloroform-leöblítéssel.
3. Tömény lysol.
4. 4% sublimat-oldat (chloroform nélkül).
5. 50% lysol-oldat.
6. 50% phenosalyl-oldat.
7. 20% phenosalyl-oldat.
8. (Electromosság).

IV. Hogy az itt specialisan fogászati műszerekre vonatkozólag javasolt fertőtlenítő eljárás az egyéb sebészi műszereknél használatban álló eljárásokkal jóformán egyenértékű és semmi tekintetbe eső ok (pathogenitás) nem forog fenn annak kiesnylésére, mert, esetlegesen, légbacteriumok úgy itt mint amott fordulhatnak elő.

V. Hogy az eddig ismert műszerfertőtlenítési eljárások közül egy sem felel meg mind a négy főkövetelménynek, milyenek absolut sterilitás, egyszerűség, ártalmatlanság a műszerre és a gyorsaság egyarányban; és csak a jövőnek, talán az electromosságának titka egy oly eljárást kitalálni, mely az összes követelményeknek egy csapásra tenne eleget.

Közlemény Schwimmer tanár bőrbeteg-osztályáról.

A korai bujakórellenes kezelés befolyása az idegrendszerre.

Irta Deutsch Arthur dr., kórházi gyakornok.

(Folytatás.)

Az általunk vizsgált esetekben a sensibilitas és motilitasban zavarok nem voltak constatálhatók. Az észlelt betegeknek egész idegrendszere át lett vizsgálva s említett irányban eltérések nem voltak kórismézhetőek. Ezen elváltozások spinalis eredete mellett szól ama körülmény, hogy az észlelt esetekben a reflexgátlás dacára, melyre felszólítottak a betegek, a reflexek fokozódtak maradtak. Kaposi gerinczagi eredetűeknek tartja

ezen tüneteket. Seeligmüller¹ szintén megemlíti Finger vizsgálatait, csak hogy ő agyi eredetűeknek tartja őket, a mennyiben szerinte a fokozódottság az agykéregbeli gátló központok depressiója folytán jönne létre, míg a reflexek csökkenése a subcorticalis központok elfáradásában lelné magyarázatát.

Rumpf² ezen elváltozásokat peripherikus eredetűeknek tartja, a mennyiben a bőrben végződő érző idegek lennének érintve a virus által, de viszont központi vérkeringési zavarok által is lehetnek feltételezve.

Ezen adatok a mellett szólnak, hogy a bujakór mérge már igen korán befolyásolja az idegrendszert, bár csak functionalis irányban és ha mi ezen tapasztalati tényt szem előtt tartjuk, már magától kínálkozik azon kérdés, vajjon nem lehetünk-e képesek ezen tünetmények fellépését megakadályozni, ha mi a virus syphiliticumot már a szervezetben való elterjedésében gyengítjük.

Igazuk van azoknak, kik azt állítják, hogy a reflexingerlékenység fokozódik, de tipikus csökkenését nem minden esetben észleltük; tehát megmaradt a vérbőség a gerinczagyban állandósult. Ilyen prodromákat, ilyen idegrendszerbeli vérbőség által előidézett elváltozásokat korailag kezelt esetekben nem láttunk.

Az osztályon megejtett vizsgálatok részben erősítik meg Finger észleleteit: a mennyiben a tipikus lefokozódás helyett, a reflexingerlékenység jó idővel a másodlagos tünetek kitörése után még fokozódott volt, a vérbőség tehát állandósult. A számadatok a következők: 50 secundaer syphilis lett észlelve, melyek jellegükre nézve következőképp oszlottak meg:

Észleltetett

- 14 Roseola syphilitica
- 24 Lues papulosa
- 8 Lues maculoso-squamosa
- 4 Lues pustulosa

Ezen 50 eset közül 18 esetben a reflexingerlékenység fokozódott maradt a kütég kitörése után a következő időszakokig:

1 esetben 8 hónappal a kütég kitörése után (3-szor észleltetett)

- 1 esetben 6 hónappal a kütég kitörése után
- 2 esetben 4 hónappal a kütég kitörése után

14 esetben 2¹/₂—3 hónappal a kütég kitörése után, bár a kütég már elhalványodott, sőt helyenként el is tűnt.

Látjuk tehát, hogy az észlelt esetek 36%-ában a vérbőség az idegrendszerben állandósult. Bizonyára az ily vérbő idegrendszer ellenállási képessége csökkent, s így könnyebben esik áldozatul a bujakór súlyosabb tünetmények.

Ezzel szembe állíthatjuk azon vizsgálatokat, melyeket korailag kezelt egyének idegrendszerén végeztünk. Megvizsgáltattuk a kórodán való tartózkodás alkalmával 121 elsődleges keményedéssel bíró egyén. Ezen betegek az infectio idejére nézve következőképpen oszlottak meg:

42 esetben a 3-dik héten a fekély fellépése után lettek először megfigyelve

- 19 esetben a 4-dik héten
- 18 esetben az 5-dik héten
- 16 esetben a 6-dik héten
- 5 esetben a 7-dik héten
- 14 esetben a 8—9-dik héten
- 7 esetben a 10—11-dik héten

Oly időszakban kerültek tehát e betegek megfigyelés alá, midőn még a prodromák nem állhattak be. A eredmények a következők voltak: Minden beteg idegrendszere naponta meg lett vizsgálva a kórodán való tartózkodás időtartama alatt. Az észlelési idő minimuma, a mennyiben az észlelés a kezeléssel egy időben történt, 4—6 hét volt. Valamint a kezelés előtt még nem mutatkozott náluk semmi idegtünetmény, ép úgy a kezelés alatt és után sem lehetett constatalni azon tünetmény-csoportot, melyet mi előbb jeleztünk és mely az esetek túlnyomó

számában a betegség 9 usque 12-dik hete közt szokott jelentkezni. A korai kezelés káros hatását tehát ezen esetekben észlelni nem lehetett. Minden esetre eléretett az, hogy az esetleg bekövetkező recidivák kitörésekor az idegrendszer részéről körjelző tünetek nem fognak mutatkozni. Erről később lesz említés téve.

A késői kezelés mellett lehetségesek oly esetek, melyeket itt felsorolunk, s melyek részben ama kórképre emlékeztetnek, melyet Lang mint „meningeal irritatiót“ állított fel. 3 esetben volt alkalmunk oly kórtüneteket észlelni, melyek az agygerinczagy vérbőségére engednek következtetni.

Ezen 3 eset a következő:

1. D. J., 30 éves, napszámos, 3¹/₂ hó óta beteg. Diagnosis: Ulcus indurat. Bubo indolens. Beteg állítása szerint 4 hét óta homlok és occiputtáji fájdalmai vannak; egész testében szakító fájdalmak; gyengének érzi magát, hamar fárad, szédül, álmatlan. Idegrendszer vizsgálata: felső háti és felső ágyéki csigolyák tája fájdalmas. Sensibilitás és motilitásban semmi eltérés. Térd, talp-reflexek fokozottak. Pupillák egyenlőek, jól reagálnak. Ezen tünetek kenőgyógymód alkalmazása folytán megszűntek.

2. M. F., 23 éves, iparos. Nyolcz hó előtt ulcus induratum, bubo indolens, majd toroktünetek: placques a szájürben és torokban. Késői kezelésben részesült. A secundaer tünetek kitörésével, valamint minden újabb kitörésnél (2-szer) kínzó fejfájásokban szenvedett, melyek a fejtető s homlokra szorítottak; továbbá szédül, álmatlan s rendkívül lehangolt. Idegrendszer vizsgálata alkalmával semmi objectiv eltérés kimutatható nem volt.

3. P. J., 27 éves, földműves. Négy hó előtt fekély, jelenleg lues papulosa 2 hó óta, kezelésben felvételig nem részesült. Beteg előadta, hogy rendkívül bágyadt, rosszul alszik, lefogyott, egész teste reszket, alsó végtagjaiban szakító fájdalmak, melyek a kütég kitörése óta, tehát 2 hó óta állanak fenn. Idegrendszerét átvizsgálva, nem találtunk más eltérést, mint hogy a cremaster és térdreflexek fokozottak voltak, a talp-reflexek hiányosak; pupillák egyenlőek és jól reagáltak.

Mind a 3 esetben tehát az idegrendszer functionalis zavarai constatalhatók, mind a 3 esetben a kezelés késői volt. S ezen kínzó, gyötrő tünetekkel szemben álljon az orvos tétlenül. Ezt, azt hiszem, a korai kezelés legmakacsabb ellenségei sem követelik. Ime látunk oly eseteket, a hol korán lépnek fel súlyos idegrendszerbeli tünetek, de nem a korai kezelés által előidézve, sőt egy esetben korai kezelés megindításával az idegrendszer részéről fellépett tünetek enyhültek, megszűntek. Az agygerinczagy vérbősége, sőt talán lobos beszűremkedése itt jelen volt s ezen betegek idegrendszerét praedisponáltta tette. Ezen praedispositio előidézését a korai kezelés lehetlenné teszi, mert a korai kezelés megakadályozza a prodromákban mutatkozó tüneteket. A korai kezelés után fellépő recidivák ritkán járnak vérbőséggel, mert a syphilis vírusa gyengítve lett a korai kezelés által, s így erejében megtörve, nem okozhat oly tüneteket, mint a késői kezelés folytán sokáig a szervezetben megtört virus, mely kapcsolatosan a szövetnek az ellenállási képességét is csökkenti; természetesen egész másképpen hat az oly mérge, melynek nem adatik meg idején az ellenmérge, mint az olyan, mely idején lesz ellensúlyozva.

Seeligmüller¹ szintén oly functionalis elváltozását az idegrendszernek észlelte, mely korán szokott fellépni bujakóros egyéneknél. Ezen neuralgiák, melyeket tipikus fellépési helyükknél fogva a syphilisre jellegzetesnek tart, Rumpf állítása szerint, bár ritkábban, bujakórban nem szenvedőknél is előfordulnak. Ezen neuralgiák egyik fültől a fejtetőn át a másik fülig húzódnak. Mi két esetben észleltük ezen neuralgiákat oly egyéneknél, kik nem rég szenvedtek bujakórban és még megfelelő specifikus kezelésben nem részesültek.

Ezen két eset a következő:

1. H. J., 28 éves, 4 hó előtt ulc. indur., most kütég toroktünetekkel. Bejövételkor a halántéktájáról a fejtetőre s innét a másik halántéktájára húzódó kínzó fejfájásokról panasz-

¹ Seeligmüller „Krankheiten des Gehirns etc.“.

¹ Seeligmüller „Lehrbuch der Krankheiten des Gehirns und Rückenmarkes“ pag. 743.

² Rumpf „Die syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems“ pag. 478.

kodik. Más eltérés idegrendszerében nem constatálható. Higanykezelésre fejfájásai megszűntek.

2. G. L., 24 éves, 4 hó előtt Ulc. indur. most Angina luetica. Bejövetelekor hasonló fejfájásról panaszkodik, mint előbbi beteg. Higanykezelésre fájdalmak megszűntek.

Fournier¹ a syphilis első hónapjaiban fellépő functionalis zavarokat említi az idegrendszer köréből. Szerinte t. i. néha a sensibilitás a kütég kitörésével s azok tartama, respective fennállása alatt csökken. Ezen csökkenés mint analgesia, vagy mint tápérezésihiány, vagy mint hőérzésbeli zavar nyilvánul. Ezen elváltozások szerinte a kézhatáron, vagy az első ujjperczen szottak fellépi ép úgy a fél, mint mindkét kézen. Fournier ezen észleleteit Duncan² és Bulkley is megerősítik, bár Kaposi ezen tüneteket, mintán az esetek túlnyomó számában észleltettek, hysteriasoknak tartja. *Vizsgálataink arra az eredményre vezettek, hogy ezen elváltozásokat egy esetben sem sikerült észlelnünk.* Ennek oka abban lehet, hogy egyrészt Kaposival tartva, csak férfiakat vizsgáltunk, hogy a hysteria esetleges tünetei kizárhatók legyenek, másrészt hogy férfiaknál ritkábbak e tünetmények, de viszont meglehet az is, hogy ezen tünetmények nálunk nem oly könnyen találhatók mint Franciaországban, a hol tudvalevőleg az idegrendszer megbetegedései gyakoriabbak.

(Folytatása következik.)

Az endocarditisek aetiologiája és tünetana.

Pollák Károly szigorló orvostól.

(Folytatás.)

A polyarthriti rheumatica acutával combinált endocarditisek aránylag igen gyakoriak. Francia és angol szerzők 40—50%-ra becsülik a megbetegedések számát, a mi kétségtelenül túlzott és abból magyarázható, hogy e szerzők egy systolikus zörejéből, avagy kissé gyorsult, irregularis szív működésből, melyet ilyen csúzóknál észleltek, mindjárt endocarditisre következtettek. A legtöbben azonban Bamberger adatait fogadják el, a ki szerint az acut rheumatismusoknak körülbelül 20%-ában fordul elő endocarditis.

Főleg a súlyosabb, egyszerre több ízületet megtámadó, s kezdettől fogva elhanyagolt (*Kélli*) alakok tartoznak ide, bár *Rosenstein* azt állítja, hogy sem a megtámadott ízületek száma, sem az esetek súlyossága nem bir különös fontossággal. *MacLagan* is azt ajánlja,³ hogy polyarthriti rheumatica eseteiben korán adagoljuk a salicylkészítményeket (ő a salicint tartja legcélszerűbbnek) és pedig nem annyira a rheuma, mint inkább a szív érdekében.

A klinikusok szerint a polyarthriti rheumatica acuta endocarditis verrucosával szokott combinálva lenni, bár tagadhatalan, hogy az irodalom számos oly kórtörténettel rendelkezik, melyek ízületi czúz kapcsán fellépett igen heves, sőt lethalis kimenetelű endocarditistről tanuskodnak. Több szerző szerint pedig az igen súlyos arthritisek mindig endocarditis ulcerosával járnak.

Az ezen betegségénél oly gyakran található endocarditist — mint már említve volt — a legtöbb szerző másodlagos betegségnek tartja. Ezekkel szemben *Kélli* tnr. úr szerint az endocarditis hozzá tartozik az alapinfectióhoz; *Liebermeister* is azt hiszi, hogy az endocarditis egyszerű localisatiója a polyarthritisnek. Nagyon merész, de egyszersmind határozottan téves v. *Pfeuffer* azon nézete, mely szerint az endocarditis a primaer bántalom és az ízületi megbetegedés csak másodlagos következmény. Ha ez így volna, akkor rheumatismus nem is volna képzelhető endocarditis nélkül (*Eichhorst*), a mi azonban az említett statistikai adatok tekintetbe vételével absurdum; annyit azonban tényleg el kell fogadnunk, hogy egyes esetekben csakugyan az endocarditis előzi meg az ízületi lobot, mely ilyenkor az előbbi megbetegedésnek a következménye.

Tekintve e két betegség gyakori combinatióját, önkéntelenül is felmerül az ember előtt ama kérdés, vajjon azon betegségek, melyekkel az endocarditis egyáltalában előfordul, ugyanazon kórnak köszönik-e létüket, mint adott esetben maga az endocarditis?

A *Richardson*-féle theoria szerint a régiek materia peccansa, mely a polyarthriti rheumaticát okozza, a tejsav volt. Az újabb bacteriologikus vizsgálatok azonban egészen más irányba terelték az ízületi lob aetiologiájára vonatkozó nézeteket. Ma már tudjuk, hogy fertőzési bántalommal van dolgunk, melynek materia peccansa *Buday Kálmán* beható vizsgálatai után¹ a legnagyobb valószínűség szerint a staphylococcus pyogenes aureus. Megerősíti *Buday* állítását *Sahli*,² a ki az ízületi lobos exsudatumban a staphylococcus pyogenes citreust találta. *Klebs*, mint hallottuk, a rheumatoid endocarditistnél monasokat ír ugyan le, de vele ellentétben *Litten*³ nem tudott a sebfertőzés coccusai és *Klebs* monasai között különbséget felderíteni.

Hogy tehát a polyarthriti rheumatica acuta és az endocarditis közt oki összefüggés van, az következik szerintünk abból, hogy mint *Baumgarten* és mások állítják, a polyarthriti valószínű okozója: a staphylococcus pyogenes aureus jóval gyakoribb az endocarditis verrucosánál, mint a streptococcus pyogenes, már pedig láttuk, hogy a polyarthriti kapcsán leginkább endocarditis verrucosa észlelhető; de *Liebermeister* szerint még abból is, hogy a betegség a rheumatikus bántalom alatt nyilvánul. *Liebermeister* ezen állítását azonban nem fogadhatjuk el egészen, mert nagyon is elég azon esetek száma, melyekben az endocarditis csak néhány évvel a lefolyt és gyógyult ízületi bántalom után lép fel.

Koester másképp magyarázza a polyarthriti és endocarditis közti viszonyt. Szerinte a synovialis hárták és ízületi szalagok nagyon vérszegények, bár edényhálózatuk elég gazdag. Mivel ezen anatómiai viszonyok megegyeznek a billentyű apparatusával, de mivel továbbá azok is folytonos vöngálásnak és feszülésnek vannak kitéve, mint ez utóbbi, több mint valószínűnek tartja, hogy a polyarthriti is embolisatio eredménye, épúgy mint az endocarditis (a miről még bővebben lesz szó), úgy hogy az acut endocarditis és heveny ízületi lob egy közös irritans coeffectusai gyanánt tekinthetők.

Mielőtt felvetett kérdésünknek a többi betegségekre vonatkozó fejtegetésében tovább haladnánk, lássuk előbb e betegségeket.

Pneumonia és endocarditis együttesen is észlelhető, de az utóbbi leginkább már gyógyult vagy gyógyuló tüdőlob után lép fel mint secundaer bántalom. Már *Bouilland* és *Legroux* is megemlíti e két betegség combinatiójának gyakoriságát. *Vetter* fentemlített vizsgálatai eredményei alapján felvesz egy „endocardite pneumonique“-ot. Nem bizonyította ugyan be az általa 7 esetben látott hosszúkás diplococcusok identitását a pneumococcusokkal, de hogy azok csakugyan diplococcus pneumoniae voltak, az következik az általa leírt morphologikus jelekből és állatkísérleteiből (*Weichselbaum*). Az utóbbi szerző 7 esete közül hatban culturát is készített, e culturákkal állatoknál endocarditist is idézett elő és azért megdönthetetlennek tartja, hogy endocarditis pneumonica létezik és pedig határozottan oly értelemben, mely szerint az endocarditis a diplococcus pneumoniae, mint a pneumonia fertőző csirája által idéztetik elő. De ugyanitt nem hallgathatjuk el *Weichselbaum* azon állítását, hogy a tüdőlobot okozó microbák közé a staphylococcus pyogenes aureus és streptococcus pyogenes is sorolandó.

Cornil és *Babes* tokkal ellátott diplococcusokat találtak, míg *Bramwell* tokot nem volt képes felismerni a coccusok körül. *Senger*, *Roustan* és *Meyer* szintén diplococcusokat láttak a billentyű-felrakódásokból készített praeparatumban. *Klebs* monasainál a leírt kocsonyaudvar valószínűleg a diplococcus pneumoniae tokja volt (*Weichselbaum*). *Traube*, *Eichhorst*, *Stern* és *Hirschler* szintén tesznek említést a pneumoniának endocarditissel való együttes vagy egymásutáni fellépéséről. *Wyssokowitsch* negatív lelete ellenben nem a pneumococcusra, hanem a *Fridländer*-féle bacillusra vonatkozik.

Netter amaz állítása, hogy ezen „endocardite pneumonique“ gyakoribb a jobb szíven, mint a többi endocarditis ulcerosa, s a bal szíven is előnyben részesíti az aortabillentyűket, továbbá, hogy embolisatio relative ritkán történik, csak részben fogadható el. *Weichselbaum* 7 esete közül ugyanis egyszer sem volt a jobb szív a bántalom helye, infarctusok pedig 5 esetben voltak jelen; viszont megerősíti *Netter*nek az aortabillentyűkre vonatkozó állítását, a mennyiben esetei közül 5-ször volt az endocarditikus folyamat az aortabillentyűkön és csak 2-szer a mitralison.

¹ Rumpf „Die syphil. Erkrank. des Nervensystems“ pag. 478.

² Kaposi „Pathologie und Therapie der Syphilis“ pag. 339.

³ Virchow-Hirsch: Jahresberichte, 1882.

¹ Orvosi Hetilap, 1890.

² Schmidt's Jahrbücher, 1893. márcz. füz.

³ Zeitschrift für klin. Medizin, 1881. II.

Fraentzel a pyaemikus folyamatok közül különösen a középső fil gyuladást, az osteomyelitist és a phlebitist említi, mint olyan betegségeket, melyek endocarditis okozói lehetnek. Ezekon kívül azonban a lehető legkülönbözőbb genyedési processusok is okot szolgáltathatnak endocarditisre. Így *Birch-Hirschfeld* és *Gerber* egy esetükben az endocarditis a jobb kézháton levő furunculusból származott. *Winge* esetében¹ egy tyúkszem kiszakítása után keletkezett genyedés volt az endocarditis kiinduló pontja. *Charon* endopericarditis egy esetét közli², mely egy 5 éves leányka halálát okozta és melynek ő nem tud más keletkezési okot adni, mint azt, hogy a leányka törzse leforráztatott, mely után genyedés következett. *Dusch* hasonló esetet ír le³, melyben egy kiterjedt bőregés után látott endocarditis ulcerosát fellépni. Érdekes *Czerny* esete is⁴, melynek ritualis circumcisio lett volna a kiinduló pontja.

Míndezzen és hasonló pyaemiás folyamatoknál a sebfeltületeken infectiosus thrombosisok képződnek és innen jutnak el a circulatio útján a genyédést okozó microbák az endocardiumra.

Maga a puerperalis láz is ez idő szerint a pyaemikus processusokhoz soroltatik és okozójának a streptococcusokat tartják. A genitáliákon található diphtheritikus tömegek teljesen megegyezők ilyenkor az endocardiumon találhatóakkal (*Rosenstein*). *Lancereaux* első helyre állítja a puerperalis lázat az endocarditist okozó betegségek közt. Tapasztalat szerint endocarditis verrucosát szokott előidézni, mely rendszeren néhány nappal, esetleg 1—2 héttel jelenik meg a szülés után és csak kivételképp észlelhető a szülés alatt, a milyen esetet *Olshausen* látott.⁵ Maga a betegség tartama is rendkívül hosszú intesitásához képest.

Virchow szerint⁶ az endocarditis rendszeren csak complicatiója a puerperalis folyamatnak, mely az uterus kisebb-nagyobb mérvű bántalmával társult. De ő látott már endocarditis puerperalist az uterus minden betegsége nélkül olyan nőknél, a kik közvetlenül a szülés után erősen meghűltek és azért rheumatikus eredetre viszi a bántalmat vissza. Egyébként aetiologiai fontos momentumként említi ezen betegek edényrendszerének hiányos voltát, melynek következményei a szervezet kisebb-nagyobb táplálkozási zavarai. Tekintve, hogy az uterus phlebitisei, a lig. latum phlegmone-je és más roncsoló folyamatok is szokatlan malignus endocarditiseket okoznak, *Virchow* ezeket embolikus természetűeknek tartja. *Decornière*⁷ 22 endocarditis puerperalis esetéből azt a következtetést vonja, hogy a puerperium disponál az endocarditisre és pedig főleg a vérnek fibrin-gazdagsága által, bár szerepe lehet a rheumatikus diathesisnek is. *Ollivier*⁸ ugyancsak a vérben keresi az okot és valószínű szerint, hogy annak hyperinotikus minősége az oka az egész folyamatnak.

A puerperium kapcsán észlelhető endocarditisek a billentyűkön localizálódnak és pedig leginkább a kéthegyű billentyűkön, de az aortán is.

Az acut exanthemák közt a leggyakoribb complicatio a scarlatina, mely az összes esetek 10⁰/₁₀₀-ában szokott endocarditissel járnai. Rendszeren jóindulatú, ritkán élesen jellegzett, s akkor is fel-lepethet, ha a beteg már reconvalescens. Gyakoriságra nézve utánna következik a variola. Az endocarditis a variola eruptio végén vagy a genyedés kezdetén észlelhető (*Moulinier*)⁹ és lappangva fejlődik; azonban ritkán marad utánna állandó szívbjaj vissza. Az erysipelas is elég gyakori complicatio endocarditissel; okozójául a streptococcus pyogenest tartja a bacteriologia, a scarlatina és variola kórokozóját ellenben mindeddig nem ismerjük.

A betegségek ezen említett fajával kombinált endocarditisekre vonatkozólag *Liebermeister* kétségesnek tartja az oki összefüggés oly magyarázatát, mint azt a polyarthritist mondta. Sokkal valószínűbb szerinte, hogy a megbetegedés ilyenkor az alapbántalomtól teljesen függetlenül és véletlenül, egy külön invasio által okoztatik, melyhez az előbb már jelenlevő betegség csak disponál. E mellett szól szerinte az a körülmény, hogy a legtöbb endocarditis csak az alapbetegség vége felé vagy utánna észlelhető és hogy az endo-

carditis lefolyása a különböző bajoknál nem mutat semmiféle, a specifikus betegségre vonatkoztatható sajátást. Ez okok közül az előbbivel szintén csak részben egyezhetünk meg, mert az ide vonatkozó irodalom és a rendelkezésünkre álló kórtörténeti anyag számos oly esetről tanuskodik, melyekben pl. a pneumoniának vagy puerperalis láznak endocarditissel való együttes fellépéséről van szó.

Purjesz szerint valószínű, hogy ez esetekben új fertőzésről van szó, illetve vegyes fertőzésről, a mihez az előző betegség okozta elváltozások (fekélyek, vérhiány, elgyengülés) jó alkalmat szolgáltatnak. *Stern* és *Hirschler* „kedvező körülmények“-et említenek, melyek mellett lehetségesnek vélik a combinált megbetegedések közti összefüggést.

A pneumoniás endocarditisről elmondottak nem hagynak fenn kétséget az iránt, hogy ilyen létezik. De a többi betegségekről is, melyeket felemlítettünk, körülbelül ugyanezt mondhatjuk. E betegségek kórokozói ugyanis megegyeznek azokkal, melyek az endocarditisek létrehozásánál leginkább szerepelnek.

Igaz, hogy fentebb felsorolt bacteriumok nagyon sokfélék, melyek közül egyeseket csak az a szerző talált, a ki őket leírta, s e leletek más oldalról nem lettek megerősítve. De ha figyelembe vesszük, hogy a *Weichselbaum* által talált microbák, t. i. a bacillus endocarditidis griseus, micrococcus endocarditidis rugatus és capsulatus culturái kutyáknál és mókusoknál szabályszerű endocarditist okoztak és a büralatti kötőszövetbe fecskendezve, körülírt lobot idéztek elő genyedéssel, tehát közel állnak a genyococcusokhoz, s ha továbbá tekintetbe vesszük, hogy a szerzők közül többen (*Purjesz*, *Rosenbach*) az endocarditis ulcerosát az általános pyaemia részjelenségének tekintik, lehetetlen más következtetésre jutnunk, mint arra, hogy e betegségek egy és ugyanazon ok által vannak feltételezve; mely következtetés helyes voltát még nagyobb valószínűségre emeli *Weichselbaum* azon állítása, hogy a pneumonia kórokozói közé a staphylococcus pyogenes aureus és streptococcus pyogenes is tartozik. Végre bizonyít felfogásunk mellett azon gyakori connexus is, mely az egyes betegségek és az endocarditis közt észlelhető.

Az a kérdés most, hogy létezik-e „endocarditis tuberculotica“ és „endocarditis blennorrhagica“?

Láttuk *Kundrat*, *Heller*, *Cornil* és *Babes* vizsgálataiból, hogy azok tuberculosisban elhalt egyének endocarditikus felrakódásain a Koch-féle gümöbacillust találták, a miből azt a következtetést vélik levonhatni, hogy ez esetekben ama bacillus okozta az endocarditist is, mely különben endocarditis verrucosa volt. De tekintve, hogy nincsenek biztos adataink arról, vajjon e bacillusok csak a vegetatiók felületén voltak-e találhatóak, avagy magukban a vegetatiókban és a billentyű-állományában is, tekintve továbbá azt, hogy nem tudjuk, vajjon a megbetegedett billentyűk structurája megegyezt-e egy tuberculotikus szövetével vagy sem (*Weichselbaum*), kénytelenek vagyunk azt hinni, hogy azon bacillusok csak véletlenül kerültek a billentyűkre a már folyamatban levő endocarditis után, s talán nem is voltak tuberculosis, hanem egyszerű rothadási bacteriumok, avagy pedig, a mit *Weichselbaum* sokkal valószínűbbnek tart, rövid cocculánezok.

Beszélnék ezenkívül még egy endocarditis blennorrhagicáról, oly értelemben természetesen, hogy az endocarditist ilyenkor a gonococcus idézné elő. E nézet főleg az újabb időben talál védőkre.

Az első ide vonatkozó dolgozat *Morel*től származik, a ki 13 esetet gyűjtött össze az irodalomból.¹ Szerinte az endocarditis a gonorrhoea utáni 4—5. héten szokott jelentkezni az izületek lobos bántalmával, de ez nem elengedhetlen kellék. Kedvező helye az ostium arteriosum. v. del Velden megerősíti² *Morel* állításait. Két esetében 3—4 héttel a tripper után endocarditis lépett fel betegienél, de minden előzetes és utólagos izületi lob nélkül. *Glucinski*³ is hasonló értelemben nyilatkozik, bár elfogadja, hogy az izületi lobbal combinált esetek gyakoribbak.

His szerint⁴ a blennorrhoeával combinált endocarditisek leginkább az aorta semilunaris billentyűin folynak le. Kezdetben latens, később embolikus tünetények elárulják az endocarditis ulcerosát. Az

¹ Virchow-Hirsch: Jahresberichte. 1873. II.

² Ugyanott 1878. II.

³ Gerhardt: Handbuch der Kinderkrankheiten.

⁴ Prager Wochenschrift 39. sz.

⁵ Virchow-Hirsch: Jahresberichte. 1874. II.

⁶ Beiträge für Geburtsh. u. Gynaek. Bd. I.

⁷ Virchow-Hirsch: Jahresberichte. 1869. III.

⁸ U. a. 1870. II.

⁹ Virchow-Hirsch: Jahreshb. 1879. II.

¹ Thèse. Paris, 1878.

² Münch. med. Wochenschrift. 1887. Nr. 11.

³ Virchow-Hirsch: Jahresberichte. 1889. II.

⁴ Berliner klin. Wochenschrift. Nr. 40. 1892.

általános infectio a prostata venáinak és a plexus pubicusnak septikus thrombosisából indul ki.

A bántalom nem nagyon gyakori és Rimenetelét illetőleg megkülönböztethetők egymástól a jóindulatú és a súlyos, halállal végződő esetek. A gyógyulás rendszeren nem teljes, hanem csak részleges, a mennyiben billentyűbántalom szokott utána fenmaradni.

Horteloup gonococcusokat talált az ízületek genyében. *Bochhardt* staphylococcus pyogenes aureust mutatott ki periurethralis abscessus két esetében, *Lovén* pedig streptococust a peritonealis exsudatumban. *His* is tett erre vonatkozó vizsgálatokat, de ezek eredményei negatívak maradtak. Az előbbi szerzők véleményeiből, illetve vizsgálati eredményeiből azt következteti, hogy az endocarditis blennorrhagicának septikus alakját nem a gonococcus, hanem a pyaemiát okozó coccusok idézik elő és csak a könnyebb eseteket hozza létre a gonococcus.

*Weichselbaum*nak vizsgált esetei közül csak egy volt gonorrhoeával kombinálva. *Stern* és *Hirschler* is közölnek egy esetet, melyben az endocarditis ulcerosa keletkezését *Korányi* tnr. úr az előre lefolyt húgycsótakárból magyarázta és ugyanakkor megemlítette, hogy ilyen eseteket már több ízben volt alkalma észlelni. Ezen esetről *Babes* bakteriologikus vizsgálatai a következőket mondják: „A billentyűk bunkós, dudoros részein a peripheriát legnagyobb részben bacteriumok halmazai képezik. Ezek behatolnak a billentyűk rostjai közé a billentyűk eredetéig és a mély szövettől sárgászöld szövet által választatnak el. Igen különböző nagyságúak és alakúak, nagyrészt apró pálczikák tompa csúcsokkal, közéjükben néha lefűződnek és gömbölyű vagy bunkós és szabálytalan coccusokra esnek szét.“

Blennorrhoeával kapcsolatos endocarditisről francia szerzők többben és újabban *Leyden* is tesz említést.

Egyesek a *Weichselbaum* által leírt ama tényből, mely szerint esetében a sejteken belül igen sok coccust talált, gonococcusok jelenlétére akarnak következtetést vonni. Figyelembe véve azonban, hogy más bacteriumfajok is találtak intra cellulás, főleg ha a folyamat visszafejlődésben volt, továbbá, hogy az ő coccusai Gram szerint festődtek, ha az alkohol nem hatott rájuk sokáig, maga sem hajlandó e coccusokat gonococcusoknak tartani.

Ha még hozzá tesszük azt, hogy a gonorrhoeával fellépni szokott ízületi fájdalmak, melyek kétségkívül metastatikus eredetűek, mint újabban kiderült, nem gono-, hanem streptococcusoknak köszönik létüket, ha tekintjük a genyococcusokra vonatkozó már felemlített pozitív leleteket, valószínűnek tarthatjuk, hogy az endocarditist ezen esetekben nem a gonococcus okozta, s legfeljebb csak azt mondhatjuk, hogy a lobos urethra disponáló momentum lehet a kórokozó microorganismuskok behatolására.

Kérdésünkre tehát ezek szerint azt kell feleltünk, hogy sem az egyik, sem a másik fertőzési eredetű bántalomról elmondottak nem nyújtanak elég alapot arra, hogy az endocarditis tuberculotica és blennorrhagica létezését, úgy a mint azt némelyek értik, elismerjük.

Fel kell végtére említünk *Lecorché* azon érdekes észleletét, mely szerint ő az endocarditis verrucosát gyakori complicatióként látta diabetes mellitussal. Az endocarditis fellépte — a mint mondja — nem nagy befolyással volt a kiválasztott cukor mennyiségére, de úgy látszik, befolyásolta a polyuriát. Ezen ú. n. endocarditis diabetica symptomák tekintetében nem különbözik a többiektől, csak hogy siettetni a katastróphát. Diabetes mellett az endocarditis keletkezését úgy magyarázza, hogy a cukortartalmú vér nagyon izgatja és így lobosodásra gerjeszti az endocardiumot.

Lecorché ezen észleletével egyedül áll az egész irodalomban. Hogy a vér, mint olyan okozná cukortartalmának izgatása által az endocarditist, azt nem fogadhatjuk el, mert mint később látni fogjuk, bizonyítékok alapján a mycotikus eredetnek vagyunk hívei. De a diabetes jelenlétének fontosságát mi is elismerjük, mint olyan tényezőt, mely a szervezetet napról-napra gyengíti és így kétségtelenül disponál a megbetegedésre.

Gyermekeknél feltűnő gyakori az endocarditis choreával kapcsolatban. *Guillery*¹ ír le ilyen esetet. *Dusch* 3 choreával kapcsolatos endocarditisről tesz említést, melyeket 45 endocarditis közt talált. *Roger* sokkal gyakoribbnak észlelte a két baj közti össze-

függést, nevezetesen 17 eset közül 10-ben. Utóbbi azt mondja, hogy a rheumatismus, acut szívhajók és chorea egy és ugyanazon oknak köszönik létüket és kétségtelennek tartja, hogy a chorea secundaer bántalom bizonyos agyrészletek capillaris embolisatiója következtében. *Roger* véleményét mi minden tekintetben osztjuk és csak azért említettük itt fel a choreát, mely tulajdonkép a tünettanba tartozik, mert kórokára vonatkozólag többben nem fogadják el az embolisatiót.

(Folytatása következik.)

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Biharmegyei orvosgyógyyszerészi és természettudományi egylet.

1893. május hó 15-dikén tartott (XXV-dik) évi közgyűlés.

Elnök: **Konrád Márk** dr.; titkár: **Berkovits Miklós** dr.

Elnök *Konrád Márk* az ülés határozatképességének constatálása után nagyszabású beszéddel nyitja meg az egylet 25 éves fennállását jelző emez ünnepélyes köztlést. Beszédében mindenekelőtt az alapítók emlékezetének szentel néhány kegyeletes szót, s magasztalja az elhunyt elnököknek, *Lukács János* és *Fuchs József* dr.-oknak az egylet megszilárdítása körül szerzett érdemeiket. A lefolyt 25 év haladását mindenekelőtt az orvosi téren részletezi. Kimutatja, hogy a czéltudatos, serény munkásság hinni is alig merészelt nagyszerű vívmányokra vezetett. Ez időre esik a magyar orvosi tudományok újjászülése is, melyet oly nagynevű, fejedhetlen emléktű ferfiaink, mint *Balassa*, *Balogh*, *Wagner*, *Markusovszky* stb. vittek előre. Ez időpontra esik a magyar közegészségügy codifikálása is, mely törvényhozási művelet, ha ma már a fejlettebb viszonyok mellett sok pótlásra is szorul, örökké emlékeztetéssé teendő megalkotója, *Tisza Kálmán* nevét. Egyletünk működése a lefolyt 25 év alatt különösen a helyi közegészségügy terén nyomokat hagy hátra. Csak a vízvezeték, a fertőző kórház létesítését említi, melyeknek kezdeményezése ez egylet köréből indult ki. De az általános közegészségügy terén, valamint a rendi kérdések körül is buzgólkodott egyletünk s szavának súlyát a serény, mindig objectív munkálkodás szerte elismertette. Elnök így végzi lendületes beszédjét:

„A tudomány tömkelegében hivatásunk sok és fontos megfejtendő problémájával szemben elenyésző kicsinynek látszik tevékenységünk sikere, de ez nem esőkkenti munkánk értékét s munkakedvünket. Miként az emberiségben, a társadalomban egy ember sem értéktelen, ép oly kevéssé az egyetlenség egyén működése sem a tudomány művelésében. Az egyének csekély eredményeinek összege képezi az évszázadok és évezredek sikereit. Azért is folytassuk, mint eddig, ezután is odaadó, kitartó munkássággal szép hivatásunkat, melynek értékes tárgya az ember mint fizikai és erkölcsi lény.

Legyen egyletünk ezután is szellemi életünk központja, kellemes otthonunk, a hol kölcsönös tiszteltet, barátság és jó akarat egyesít beuntunket, legyen egyletünk segélyben kifogyhatlan tárháza a szenvedőknek, és a város s a megye közegészségügyének éber őrállomása. Így haladjunk, így éljünk, t. közgyűlés, t. barátaim! Így lesz életünk becses önmagunknak, hasznos a hazának. A Mindenható virágoztassa továbbra is a Biharmegyei orvos-gyógyyszerészi és természettudományi egyletet!“

Az éljenzéssel s tapssal fogadott elnöki beszéd befejeztével elnök titkár *Berkovits Miklós* dr.-nak adja át a szót, ki nek jelentése így hangzik:

Tisztelt közgyűlés!

Egyletünk a mai nappal első negyedszázados cyclusát fejezi be. 1868. május hó 15-dikén egy kicsiny, de bátor csapat, az alkotmányos élet hajnalán, a szabad egyesülés, az erők tömörítésének nagy jelentőségét felismerve és méltányolva, veté meg alapját egyesületünknek, s illő, mert méltó az elődök emlékét nemzedékről nemzedékre átszállítani, ha ez ünnepélyes

¹ Deutsche mil. ärztl. Zeitschrift. 1884.

pillanatban első sorban feléjük száll az emlékezés meghatott szava. A hosszú téli álmom, a tespedés véget ért: felnyitlak a szellem börtönei, tédén áramlott a 67-diki világtörténelmi jelentőségű actus nyomán a csak elhallgattatni tudott szabad szellem megnyilvánulása. Eljött az idő, midőn a haza nehéz sorsát szívén viselő honfiak kebelén engedett a lidércnyomás, s megindulhatott a nagy munka: pótolni az alkotmányos küzdelmek mindent absorbeáló túlsúlya mellett az általános cultura terén létrejött hiányainkat. Míg más, szerencsésebb nemzetek a lassú, de annál biztosabb történelmi fejlődés kapcsán már e század elején az anyagi és erkölcsi tökély jelen-téken vívmányait tudták felmutatni: addig — sajnos — nálunk a nemzeti létért rövid megszakításokkal majdnem szakadatlanul folytatott küzdelmeink kevés időt hagytak fenn a culturalis institutiók megalkotására. De a mint azokra időnk jutott: lázas tevékenységgel igyekeztünk minden téren utólni a művelt külföld színvonalát, egy perczre sem felejtkezvén meg arról, hogy intézményeinknek nemzeties jellegét megadjuk, fenntartsuk, fejleszszük. Évszázados forrongásoknak, megrázkódtatásokkal járó válságos időszakoknak békés, áldásos sorsfordulatát jelzé az a nagy actus! Alkotmányunk, nemzeti önrendelkezésünk birtokában hozzáfoghattunk a cultura alapjainak lerakásához, s ha ma a teljesítettek végigtekintünk, nemzetünk s fajunk erejével, fejlődésképeségével bizvást van jogunk megelégedve lenni. Egy nemzet, mely a megpróbáltatások eme tengerárja közepett ily rövid idő alatt az európai cultur-családok közé egy csapással tudja magát felküzdeni, büszkén, önértettel indulhat millenniáris ünnepe felé s bizvást hirdetheti, hogy az alkotmányos jogok iránt való érzet s a hazaszeretet a honalkotás két legfőbb tényezője.

Így domborult ki, m. t. közgyűlés, szerény egyesületünk keletkezésének vezéreszméje, mely annak megalapításánál főszerepet játszik. Elődeink elérkezettnek látták az időt, hogy most már, mikor a haza érdekei kielégítést találtak, előtérbe állítsák a rendet is, melynek szolgálatában állottak, s hogy tömörülvén, a természettudományok művelése, ápolása, népszerűsítése által a cultura előrehaladását, meghonosulását eszközölhessék. Nagy czélok, melyekhez talán kezdetben kicsiny volt az erő, de annál önzetlenebb a szándék. S a kicsiny mag ime lombos fává alakult: egyletünk jelentősége ki- s befelé egyaránt nőtt, s ma, midőn 25-dik évi működésünkről beszámolni nekem jutott a feladat, hadd helyezzem a hála, az elismerés koszorúját azoknak az alapítóknak fejfájára, kiknek emez ünnepélyünket megérni, a kivívott sikerben gyönyörködni nem adá meg a végezet. De egy olyan ethikai értelemben vett egész férfinak, a minő néhai *Lukács János* dr., Biharvármegye főorvosa, egyletünk megalapítója s első elnöke volt, kellett a mozgalom élére állni, hogy a megalakulás nehézségei lektízdhetők legyenek. Az erők szétforgácsolása, a kartársi szellem teljes fejletlensége, magyar orvosi tudomány hiánya nehezíték meg a munkát. Sokan voltak kishitűek, a kik a vidék tudományos egyleteinek missióját fel nem fogták, vagy abban nem bíztak. Az érdeklődés hiányának zsibbasztó hatását kellett paralyzálni itt; személyes motívumokat kiegyenlíteni amott. *Lukács* törhetetlen erélyének, magyaros őszinteségének, ügybuzgóságának, feddhetlen jellemének s mindezek alapján kivívott erkölcsi tekintélye nagyságának mindez sikerült. Az egylet megalakult s a kifejtett munka nyomán egyletünk azzá fejlődhetett, a mi: az ország egyik legizmosabb, legtevékenyebb egyesületévé. Nem volt az az orvosi köztgy, orvos-természettudományi kérdés, a hazát vagy városunkat s megyénket illető közegészségügyi eszme, mely egyletünk foruma előtt meg nem jelent s szenvedély nélküli, higgadt megítélésben nem részesült volna. Sokszor indult ki egyesületünk kebeléből a kezdeményezés, melynek során életre való újítások, a közegészségügy terén jelentékeny hatású intézmények keltek ki. Egyletünk életében is voltak válságok: hisz egy egyesület sem egyéb mint emberi intézmény, az emberek előnyeivel, de fogyatékos-ságaival is. Keresztül kell élnie a csecsemőkor betegségeit, majd jön a serdülő kor az ő kritikus átmeneteivel, a midőn az ábrándos eszmék túlszárnyalják a való, a lehetőség határait; az illúsiókat csalódások követik, beáll az elernyedés, hogy

azután a régi ruganyosság energiájával még magasabbra törjön s a férfi edzettségével vegye fel újra a harcrot régi eszményei, régi ideáljaiért. Csak egy a különbség, m. t. közgyűlés, s hála Isten, hogy így van. Az egyes életének a természet szabta vége elközeledvén, a microcosmos megsztűnik, s habár meg is jelenik megint „— mélyen, kőben, fűben, fában!“, mégis mint egyes, mint egyed befejezi létezését. De egyletünk nemzedékről nemzedékre szállván, nem kell hogy számoljon ezzel a természeti kényszerűséggel: mindaddig, míg a napi érdekek prózáját a magasabb ideálok utáni vágy túl tudja haladni, egyletünk létjogosultsága, fennállása biztosítva van. Így fogták fel egyletünk tagjai mindenha a helyzetet s így történt, hogy a megpróbáltatások nehéz napjai addig szunnyadó új erőket hoztak nyilvánulásra, actióra. Egyletünk erősebben, ifjabbán kertült ki a krisis alól s egy pillanatra sem felejtkezvén meg feladatainak nagyságáról, újult erővel feküdt neki azok megvalósításának.

A Lukács János halála által elárvult elnöki székbe egyletünk az immár szintén néhai *Fuchs József* dr.-t, alapítóink egyikét tlteté. És a Lukács-traditiók hűbb, buzgóbb ápolót az egylet körében nem nyerhetek volna. Van-e közlünk valaki, a ki, ha ismerte őt, ne fájlalná szíve legmélyéből a rokonszenvesége megtestesülésének ránk nézve oly korán, oly hirtelen bekövetkezett elhunytát! Elöttem, ki hosszú időközön át teljesítettem mellette a titkári teendőket, s ki előtt szíve, a nagy, e jó szív, mely romlását okozta, nyitott könyv volt, e perczben is feltáru egész valójában a nagy veszteség, melyet egyletünk az ő kidőlésével szenvedett. És még sok, annyi kedves barát és kartárs, a kik ott álltak egyletünk bőleseinél, s kiknek képmásait a családi kegyelet egyletünk emlékezetének ébrentartására, egyleti szentélyünkben, Pantheonunkban e falakra feltűzé!!

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Rieder: Atlas der klinischen Mikroskopie des Blutes. Leipzig, 1893. Verlag von F. C. W. Vogel.

A vér mikroskopi vizsgálata szerfelett fontos egyes betegségek felismerésénél és így nem csoda, hogy ezen klinikai vizsgálat módszer oly nagy elterjedtségnek örvend. Örömmel kell tehát üdvözlőnk az előttünk fekvő munkát, mely a vér mikroskopi vizsgálatánál található rendes és kóros viszonyokat 12 táblán elhelyezett, természet után rajzolt, pompás színes képekben — szám szerint 48 — mutatja be és ez által a vérvizsgálattal foglalkozó orvos számára a dolgot tetemesen megkönnyíti. Szerző a munkához még rövid utasítást is mellékel a vérkészítmények előállítására vonatkozólag; a festést illetőleg nagyjából az Ehrlich-féle módszereket ajánlja. Az első táblákon a normalis vér mikroskopi képe látható festve és festetlenül; a további rajzok a chlorosisnál, különböző alakú anaemiánál, leucocytosisnál, leucaemiánál, anaemia progressiva perniciosánál található mikroskopi képet tüntetik fel; az utolsó táblákon végül a malaria-plasmodiumok, a haematoidin és haemin-kristályok találhatóak. A munka minden orvosnak a legmelegebben ajánlható. Ára 8 márka (4 forint 80 krajczár).

II. Lapszemle.

G y ó g y s z e r t a n.

A lysol használatát a szülészetben nagyon melegen ajánlják *Pelzer* és *Schwarzwaeller*. Előnyei e szernek, hogy még nagyon híg oldatban is tetemes antimykotikus ereje van; hogy még erős koncentrációkban is a többi desinfiáló szerhez viszonyítva úgy szólván nem mérgező; végül hogy csúszós és a bőrt nem támadja meg. Minthogy a lysol-oldatban fertőtlenített eszközök csúszósakká lesznek, célszerű használat előtt azokat és a kezeket is sterilizált vízzel leöblíteni. A szernek szagtalanító képessége is előnyös, főleg eves, nem operálható carcinomák eseteiben. A húgyhólyag heveny megbetegedéseivel nagyon kielégítő eredménnyel alkalmazható hólyag-

öblítésre az 5:1000-re oldat. Hüvely- és méhurut eseteiben szintén jó eredménnyel jár a lysol használata nyákdoldó tulajdonsága miatt.

Landau a sebészetben használja nagyon jó eredménnyel az 1—2%-os lysol-oldatot; mérgezési jelenségeket, a melyek hasonló töménységű carbol-oldat használata után elég gyakran jelentkeznek, sohasem észlelt.

Arnold szerint a lysol legalább két annyi hatékony alkotórészt tartalmaz, mint a kreolin; a lysol desinficiáló ereje tehát legalább kétszer akkora, mint a kreoliné. (Fortschritte der Medicin, 1893. 15. sz.)

Az alkohol befolyása a vérkeringésre. *Gutnikow* kurarizált kutyáknál nagyobb mennyiségű alkoholnak a szervezetbe juttatása után meghatározta a carotis-nyomást és két esetben a bal pitvarban levő nyomást is. Kísérleti eredményeiből a következő tétel felállítására véli magát feljogosítottak: az alkohol a vasomotorikus központok ingerlékenységének megváltozása útján csökkenti az ütőeres vérnyomást, ezenkívül előmozdítja a szív munkáját, a vagust pedig teljesen sértetlenül hagyja. (Zeitschrift für klin. Medicin, 21. kötet, 1. és 2. füzet.)

Dermatol-dermatitisről ír *Matheus*. Alszárfelekében szenvedő három betegénél, kiknél a dermatol behintés alakjában reggel és este alkalmazta — a betegek az egész idő alatt ágyban fektettek —, az első hét végén vagy a másodiknak elején dermatitis lépett fel: a bőr erősen vörös és forró volt, nagy mennyiségű vizszerű folyadékot választott ki; egy esetben az általános állapot tetemes zavara is észleltetett. Daczára ezen dermatitisnek szerző mindhárom esetben folytatta a dermatol alkalmazását és pedig jó eredménnyel, a mennyiben 3—4 hét múlva teljes gyógyulás következett be. (Therapeutische Monatshefte, 1893. August.)

Sebészet.

Phimosis-műtét, halál. Egy katonánál, kinél igen súlyos tünetek léptek fel fitymaszornál, mint vizeletrekedés, erős láz, hányás, fejfájás, fehérjevizelés: a phimosis operatív úton lett megoldva. A műtetre 40° láz, convulsio s halál állott be. Bonczolatnál kitént, hogy a csüngő részben *szűkület*, e mögött erős kitágulása a húgycsőnek s nephritis van jelen. *Verneuil* ez alkalommal erősen hangsúlyozza, hogy vesebajoknál a genital-műtétek veszélyesek szoktak lenni. (La Médecine moderne 1893.) *Novotny dr.*

A prostata kiirtása. Egy 52 éves egyénnél súlyos vizeleti nehézségek léptek fel, mert a mirigy *középső karélya* hatalmasan *túlfelüdött*. Gyógyeljárás: cystotomia subpubica után a mirigy e részletének exstirpációja. *Tuffier catgut* öltéseket ajánl az incrustatio megakadályozására, a vérzés megakadályozására pedig azt mondja, hogy az öltéseket harántul rakjuk le. (Société de chir. Paris 1892.) *Novotny dr.*

Katheterismus és antisepsisről ír *Kraus* s a művelet részletes és pontos leírásával kapcsolatban azon meggyőződésének ad kifejezést, hogy az antisepsis szemmel tartásával eltűnne a kór-ágy mellől a szerencsétlen szövődmények, melyek *húgycső-láz* elnevezése alatt ismeretesek. A rendkívül könnyen beálló infectio elkerülése végett a következőkben foglalja össze a *Guyon* és *Albarran*-tól alapított urológikus antisepsist. 1. Az orvos kezét szappan, körömkefe, alkohol, 1%-os subl.-tal megmossa. 2. A beteg: vizelet, a húgycső 3%-os bórral öblítetik ki egy fecskendővel (használhatni még: gyenge subl. vagy lapis-oldatot), úgyszintén bórral öblítetik Nélaton-pöcsappal a hólyag is. 3. Az *eszközök* tisztítása: a *fém-műszer* 150° C. erős gőznek tétetik ki, vagy 5%-os carbolban fekszik *több órán át*. A puha műszer pl. a Nélaton-pöcsap magas hőt is kiáll s 1%-os subl. oldatot. A ruganyos katheter és bougie adja itt e műveleteknél a legnagyobb gondot, mert könnyen romlik. Sz. még megemlíti, hogy teljesen tiszta műszerre tehetünk szert akkor is, ha azokat erősen kifőzzük. (Allgem. Wien. Med. Zeitung. 1893.) *Novotny dr.*

Bőr- és bujakórtan.

A lichen-csoportba a bécsi iskola csak a lichen ruber-t és acuminatus-t sorozza, az úgynevezett lichen simplex-et pedig az idült eczemák közé tartozónak véli. *Broeg* és *Jaquet* (Annal. de

dermat. et de syphil. 1891) szerint a lichen simplex egészen különálló megbetegedés és a neurodermatitisek egy alakjának tekintendő. E bajnál ugyanis a viszketés az elsődleges, a csomócska-képződés pedig másodlagos, a vakarás által feltételezett. Ennek bizonyítására felhozzák, hogy occlusiv kötésekkel a csomócska-képződés meggyógyítható ugyan, a viszketés azonban megmarad. A lichen ezen alakjában szenvedő betegek mind idegesek, hysterikusok. A csomócskák elrendeződése korongok és körök alakjában szintén a baj ideges természete mellett szól. (Ref. Fortschritte der Medicin, 1893. 16. sz.)

A női ivarvadásokat gonococcusokra vizsgálta *Büttner* 54 kéjnénel; a vizsgálat 48%-ban pozitív eredményt adott. Az 54 kéjné közül 32 ellenőrzés czéljából vétetett vizsgálat alá; ezeknek 28%-ában találtak gonococcus. A többi 22 kéjné egyéb betegség miatt átpoltatott a kórházban; ezeknek 68%-ában találtak gonorrhoeát. Szerző azt hiszi, hogy a pozitív eredményt adott esetek százaléka még nagyobb lett volna, ha 13 esetben egyszerűen többször végezhetett volna vizsgálatot. (St. Petersburger medic. Wochenschrift, 1892. 47. sz.)

Albuminuria gonorrhoeánál. *Balzer* és *Souplet* egyszerű gonorrhoea 50 esete közül 6-nál, egyoldalú epididymitis 94 esete közül 10-nél és kétoldali epididymitis 19 esete közül 4-nél albuminuriát találtak. Ezen albuminuria latens, intensitását és lefolyását illetőleg változó, nem ritkán intermittáló, recidivára hajlandó és átlag 4—5 napig tart. Balzsamos szereket az illető betegek nem szedtek. Szerzők szerint ezen albuminuriát részben felhágó urethritis és pyelitis, részben — főleg epididymitisnél — toxinok felszívódása okozza. Nyugalom és tejdiéta gyorsan megszünteti az albuminuriát. (Annales de dermat. et de syphil. 1891. 324. l. — Ref. Fortschritte der Medicin, 1893. 15. sz.)

Gonorrhoea abortiv kezelésére *Diday* 6—7 köbcentimeter 5%-os pokolköldat befecskendezését ajánlja. Az oldatot maga az orvos fecskendezi be és addig tartja ben, míg a húgycsőben fájdalom jelentkezik. Ajánlatos a fecskendőt előbb óvatosan eltávolítani, a folyadékot jól székenegetni kívülről gyakorolt nyomogatások által, hogy a pokolköldat mindenütt érintkezésbe jöjjön a nyákhártyával és csak azután kiereszteni a folyadékot. Néhány óra múlva barna kifolyás mutatkozik, a vizeletnél fájdalmak jelentkeznek stb. Ha a kúra sikerül: a kifolyás már 24 óra múlva megszűnik. A vizeletnél jelentkező fájdalmak ellen meleg ülőfürdők alkalmazandók. Ha 2—3 nap alatt nem tökéletes az eredmény, a közönséges orvoslás indítandó meg. (Le bulletin médical, 1891. 13. sz. Ref. Fortschritte der Medicin, 1893. 15. sz.)

Apróbb jegyzetek az orvogyakorlatra.

1. **Arczorbáncz** gyógyításánál jó eredményeket látott *Tison* az aconitinum crystallisatum belső használatától. Laborde és Duquesnel dolgozata alapján vette igénybe a szert, a kik szerint az aconitumnak és aconitinnek az a különös tulajdonsága van, hogy az arcz hyperaemiáját és hyperalgiját csökkenti. Naponként egy milligrammot adott e szerből és e mellett borogatásokat végeztetett kámforos aetherrel. (Le bulletin médical, 1883. 69. sz.)

2. **Angina gangraenosa** három esetében nagyon jó és gyors hatást látott bekövetkezni *Faber* carbolos és kreosotos forró gőznek belehelése után. (Rp. Acidi carbolicum crystallisati 0.5—1.0; Kreosoti 5.0.) (Le bulletin médical, 1893. 69. sz.)

3. **Gyomorrák** eseteiben többször látott jó eredményeket *Brissaud* a natriumchlorat használatától; 8—10 grammot ad naponként és ezt 100 gramm vízben feloldva kávéskanalként fogyasztatja el. Egyedüli ellenjavallatot az albuminuria képez. (Le bulletin médical, 1893. 68. sz.)

4. **Izületi csúz gyógyítása.** *Winternitz* olyan esetekben, hol az ízület erős fájdalommassága az érintést sem engedi meg, előbb a faradikus áramot használja, mely ilyenkor fájdalomcsillapító hatást gyakorol. Azután hideg vízbe mártott finom vászonnál készült pólyával betakarja a beteg ízületet és e fölé vattapólyát alkalmaz. Erős fájdalommasság esetén a kötés napokig maradhat, különben pedig több óránként változtatandó, hogy eczemák elkerültesse, a melyek különben egyik-másik esetben talán hasznosak. Kötésváltoztatáskor csak a vattapólyát kell eltávolítani és a vászonnálra szivacsos friss vizet fecskendezni. (Therapeutische Monatshefte, 1893. August.)

TÁR C Z A.

III. congressus a gümőkór tanulmányozására.

(Vége.)

Bernheim immunissá tett állatok vérsavójával végzett gyógyító kísérleteket 105 betegnél és pedig igen jó eredménnyel. 2 naponként fecskendez be 5—10 cm-t az interscapularis tájon. Kedvező eredmény elérésére átlagosan 40 befecskendés szükséges.

Jodoformos guajacol bőr alá fecskendése gyermekkori tüdővész eseteiben czimmel Leroux 50 esetben tett tapasztalatairól számol be. 35%-ban úgy az általános, mint a helybeli állapot javult, 40%-ban csupán a helybeli állapot mutatott javulást, a többiben pedig nem mutatkozott jótékony befolyás. A befecskendések nem fájdalmasak, ha gondot fordítunk arra, hogy az emulsió édes mandola-olajjal készíttessék. Legfeljebb 1 gramm guajacol és 10 centigramm jodoformot szabad használni. A guajacol jó hatását főleg annak tulajdonítja, hogy a gümöbacillus képezte toxinokat közömbösíti.

Cadiot, Gilbert és Roger lónál a gümőkórnak egy sajátságos esetét észlelték; a bőrön, májban, lépben és peritoneumon talált gümőkóros elváltozásokon kívül ugyanis az izomzat egy nagy része is kórosnak mutatkozott; a mikroskopi vizsgálat kimutatta, hogy cirrhosis muscularis tuberculosa van jelen.

Courmont két esetet közölt, melyekben a gümőkórt nem a Koch-féle gümöbacillus okozta. Az egyik eset egy férfire vonatkozik, a ki tüdővésztes feleségét ápolta; négy gyermekük meningitis tuberculosa-ban pusztult el. Kórházba jutása után egy hónappal halt meg az illető tüdővész kifejezett tünetei között. A boncolás a kórismét megerősítette, gümöbacillus azonban nem volt található. Házi nyulakba és tengeri malaczkokba oltott kóros tüdőrészeket gyors lefolyású, általános confluáló gümőkórt okoztak, gümöbacillusok azonban ezen kísérleti állatokban sem voltak kimutathatók. A második esetben — tüdő- és agygümőkórban szenvedett 10 éves gyermek — hasonló volt az eredmény. Előadó azt hiszi, hogy systematikus vizsgálatok elég számos a leirtakhoz hasonló esetet derítenének fel.

Ugyancsak Courmont a gümőkóros tüdőben esetleg levő mérgező anyagokra vonatkozó vizsgálatairól is beszámolt. Szétvagdalt, vízben áztatott és kiszájtolt gümőkóros tüdőkből nyert nedvet Chamberland-szűrőn megszürt és a szüredéket nagy mennyiségben fecskendezte kutyák vérébe. Mérgező hatás nem igen mutatkozott; az állatok egészségesek maradtak.

A lupus különböző virulentiáját illetőleg tettek vizsgálatokat Arloing és Courmont. Szerintük a lupust gyengült erejű gümöbacillusok okozzák, a gyengültség foka azonban nagyon változó. Nagyobb számú lupust oltottak be tengeri malaczkok hasüregébe és a míg némelyik lupus-eset nem okozott az állatnál gümőkórt, addig egy másik eset gyorsan lefolyó általános gümőkórt eredményezett.

Lebenyezett máj gümőkórosoknál cím alatt Hanot tartott előadást. Eddig hat esetben találta ezen ritka alakját a májnak — a melyet nagy helyközökben jelentkező cirrhosis okoz — és pedig valamennyi esetben gümőkórosoknál. Véleménye szerint a gümőkórosak vérében keringő toxinok izgató hatása folytán áll elő a májban a kötőszövet megszapordása. Ezzel kapcsolatban Morau felemlíti állatokon végzett kísérletes vizsgálatait, a melyek szerint gümőkór-toxinok befecskendése után a máj kötőszövetének nagy helyközökben fellépő irritációja észlelhető.

Intratrachealis befecskendéseket tüdővésznél már több mint két év óta végez de la Jarrige igen jó eredménnyel. A következő oldatot használja: Rp. Olei oliv. steril. 100°0; Kreosoti 10°0; Mentholi 5°0. Az ezen oldattal megtöltött nagy fecskendőnek hosszú, kellőleg görbült canule-jét gégetükör ellenőrzése mellett — kellő gyakorlat esetén e nélkül is lehet — beviszi a hangrésen át és azután egyszerre befecskendezi az oldatot, melynek mennyisége 30 köbcentimétert is tehet. A befecskendések naponként végeztenek, a betegek jól türik, kellemetlenségről nem panaszkodnak. A folyadék felszívódása a gégeben és lécsőben rendkívül gyorsan következik be.

Chaumier a kreosot-carbonat használatát ajánlja, mint a mely igen nagy adagokban — 1—4 kávékanálnyi — vehető be a nélkül, hogy a gyomrot izgatná; hatása különben a kreosotéval megegyezik.

Lejart egy esetében az izmok elsődleges gümőkórja áterjedt az ujfeszítők inhuvelyére, synovitis fungosa-t okozván.

Guajacol bőr alá fecskendését tüdővész eseteiben Weill és Diamantberger már 1889. óta használják. A 120°-nál sterilizált édes mandola-olaj és guajacol egyenlő mennyiségéből készült folyadékot eleinte 1/4 köbcentiméternyi mennyiségben fecskendezik a bőr alá és lassan 1—2 köbcentiméterig felemelkednek. Cavernák és túlságosan bő köpet jelenléte esetén azonban naponként 4—8 köbcentiméterig is fel lehet menni minden veszély nélkül.

Marzi egy esetet ismert, melyben a ráknak kórismézett coecalis daganat a mikroskopi vizsgálat alapján gümőkóros eredetű daganatnak bizonyult.

Előadásokat tartottak még: Hartmann az anus környékén fellépő gümőkóros megbetegedésekről és azok gyógyításáról; Legroux a gümőkór lefolyásában észlelhető szünetekről; Hallopeau ugyanazon tárgyról, különös tekintettel a gümőkóros eredetű bőrbajokra; D'Hôtel a gümőkór aetiológiájáról, 50 éves orvosi gyakorlata alatt tett tapasztalatai alapján; Ricochon a gümőkóros családokból származó egyénekben észlelhető veleszületett malformatiókról; Armaingaud a gümőkór elleni liga első évi működéséről; Chiaïs a gümőkórosak vizeletének elemzéséről, melynek a pontos kórisme felállításánál szerepet tulajdonít.

A congressus tagjai július 27-dikén Martin vezetése mellett meglátogatták a városi gőzdesinficiáló telepet és a Saint-Louis-kórház muzeumát, a hol Feulard gümőkóros bőrbajokról készült számos érdekes viaszmintát mutatott be. Július 30-dikán a Trousseau-kórházban tettek látogatást Lannelongue osztályán, a hol több érdekes sebészi gümőkór-esetet volt alkalmunk láthatni, melyekben a Lannelongue által több mint két évvel ezelőtt megkezdett úgynevezett sclerogen módszer (zinkchlorür befecskendezése) igénybevétele által igen szép eredményeket értek el. Július 31-dikén a Villette vágóhidra mentek, a hol Nocard egy látszólag nagyon jó egészségi állapotban levő tehenet mutatott be, a mely tuberculinra erősen reagált. A congressus tagjainak szemeláltára leölt állat előrehaladt gümőkóros elváltozásokat mutatott a tüdőcsücsökben, a pleurán, a peritoneum rekeszi részén, a bronchialis és mediastinalis mirigyekben, a májban. Végül augusztus hó 1-én a Père-Lachaise temetőben levő halottégetőt szemlélték meg.

A következő, negyedik congressus 1896. évi július hóban tartatik meg ugyancsak Párisban Nocard tanár elnöklése alatt.

Székely Ágoston dr.

Heti szemle.

Budapest, 1893. szeptember 29-dikén.

A cholera állása. Hazánkban a vidéken a járvány fokozatos csökkenése még tart, a mint azt az alábbi számok mutatják:

IX/21—22.	13 helység	16 megbetegedés	6 haláleset
IX/22—23.	12 "	18 "	12 "
IX/24—25.	13 "	15 "	8 "
IX/25—26.	11 "	8 "	6 "
IX/26—27.	12 "	15 "	11 "
IX/27—28.	17 "	22 "	18 "

Szeptember 21-dikének déli 12 órájától másnap délig a következő cholera-megbetegedések (zárlatban halálesetek) fordultak elő: Bács-Bodrogmege, 2 helység, 1 (3); Beregmege, 1 helység, 1; Brassómege, 1 helység, 1; Fehérmege, 2 helység, 2; Szabolcsmege, 1 helység, (1); Jász-Nagy-Kún-Szolnokmege, 1 helység, (1); Kolozsmege, 1 helység, 3 (1); Kis-Küküllőmege, 1 helység, 1; Máramarosmege, 3 helység, 6 (1).

Szeptember 22-dikének déli 12 órájától másnap délig a következő számú eseteket jelentették be: Bács-Bodrogmege, 3 helység, 13 (6); Brassómege, 1 helység, (1); Csongrádmege, 1 helység, 2 (1); Hajdúmege, 1 helység, 1; Fehérmege, 1 helység, (1); Jász-Nagy-Kún-Szolnokmege, 2 helység, 1 (1); Kolozsmege, 1 helység, (1); Szabolcsmege, 1 helység, (1); Ungmege, 1 helység, 1.

Szeptember 24-dikének déli 12 órájától másnap délig a járvány állása a következő volt: Biharmege, 1 helység, 1; Csongrádmege, 1 helység, (1); Jász-Nagy-Kún-Szolnokmege, 2 helység, 6 (4); Máramarosmege, 6 helység, 6 (1); Pestmege, 3 helység, 2 (2).

Szeptember 25-dikének déli 12 órájától másnap délig következő számú esetek történtek: Alsó-Fehérmege, 1 helység, 1; Bács-Bodrogmege, 1 helység, 3 (2); Fehérmege, 1 helység, (1); Kis-Küküllőmege,

1 helység, (1); Kolozs megye, 1 helység, 1; Pest megye, 1 helység, (1); Szolnok-Dobokamegye, 2 helység, 1 (1); Torontál megye, 2 helység, 2.

Szeptember 26-dikének déli 12 órájától másnap délig következő számú esetek fordultak elő: Bács-Bodrog megye, 2 helység, 1 (3); Bereg megye, 3 helység, 4 (2); Jász-Nagy-Kún-Szolnok megye, 1 helység, 1; Kolozs megye, 1 helység, 2; Máramaros megye, 2 helység, 5 (4); Szabolcs megye, 3 helység, 2 (2).

Szeptember 27-dikének déli 12 órájától másnap délig a járvány állása a következő: Bács-Bodrog megye, 4 helység, 3 (4); Békés megye, 1 helység, 2 (1); Hajdú megye, 1 helység, 1 (1); Jász-Nagy-Kún-Szolnok megye, 2 helység, 4 (2); Kolozs megye, 1 helység, (1); Máramaros megye, 2 helység, 4 (4); Szatmár megye, 1 helység, 2 (1); Szolnok-Dobokamegye, 1 helység, (1); Torontál megye, 1 helység, 1; Temes megye, 1 helység, 1; Ugocsa megye, 2 helység, 4 (3).

Budapestben komolyabbá vált a helyzet, a mennyiben újabban nagyobb számú megbetegedések történnek. Így e hó 25-dikén 4 megbetegedés és 6 haláleset; 26-dikán 7 megbetegedés; 27-dikén 6 megbetegedés és 4 haláleset; 28-dikán pedig 3 megbetegedés fordult elő. Feltűnő, hogy míg a múlt évi járvány alatt csaknem kizárólag az alsóbb néposztály körében történtek a megbetegedések, addig most aránylag több eset fordul elő a vagyonos osztály körében is.

A külföldről érkezett hírek röviden a következők: Oroszországban a járvány nem hogy csökkenést mutatna, hanem még inkább terjed. Különösen Szent-Pétervárott vált komolylyá a helyzet, a hol a szeptember hó 14-dikétől 17-dikéig terjedő 5 nap alatt 206 (81) eset fordult elő. A szeptember 3-dikától kezdve számított héten a következő kormányzóságokban következő számú esetek fordultak elő: Volhynia, 303 (115); Voronezh, 461 (254); Kiew, 1022 (398); Kursk, 474 (157); Moszkva, 392 (162); Orel, 411 (157); Radom, 27 (17); Tula, 331 (120); Tschernigoff, 216 (67). Podoliában augusztus 22-dikétől e hó 9-dikéig 2262 (777) eset volt. Moszkva városban erősen csökken a járvány, szeptember 11-dikétől 15-dikéig csak 33 (17) eset fordult elő. Németországban szeptember 9-dikétől 15-dikéig 22 choleraesetet jelentettek be; ezek közül egy a Visztula melletti Kurzebrack községben, a többi pedig mind a Rajna mellékén fordult elő és pedig egy-egy eset St.-Gvarban, Duisburgban és Kölnben, a többi pedig Solingen mellett. Berlinben 11-dike óta, a mikor az utolsó cholera-beteget gyógyultan elbocsátották, nem volt cholera-eset. Hamburgban szeptember 21-dikén 17 (2), 22-dikén 14 (4), 24-dikén 8 (4), 25-dikén 5 (1), 26-dikán 6, 27-dikén pedig 4 (1) eset fordult elő; Altonában szintén voltak újabb esetek és legújában Kielben is történt egy cholera-ügyes megbetegedés. Franciaországban Barrême-ben, egy 800 lakóval bíró faluban erősen pusztít a cholera; nehány nap alatt (szeptember 13-dikéig) 30 megbetegedés és 13 haláleset fordult elő. Brestben is erősen pusztít újabban a járvány; szeptember elejétől kezdve 188 halálos kimenetelű eset történt, a szomszédos helységeken pedig 68. Olaszországban Palermóban és Nápolyban még tart a járvány, habár némileg csökkent mértékben; Livornóban meglehetősen hevességgel ütötte fel fejét a baj; 27-dikén 33 megbetegedés és 16 haláleset fordult elő. Németalföldön változatlan az állapot. Angolországban Hullban, Grimsbyben és Clethorpesben, a mely helyeken a legtöbb megbetegedés fordult elő, e hó 20-dika óta újabb halálos kimenetelű eset nem történt. Liverpoolban egy haláleset, Manchesterben pedig több gyanús megbetegedés fordult elő. Spanyolországban Biscaya tartomány több helységében, főleg Bilbaóban erősen pusztít a cholera; Arragoniában is történtek nagyobb számú megbetegedések. Konstantinápolyban a baj erősen csökkent; a scutari-i tébolydába a cholera mekkai zarándokok hozták, a kiket napszúrás okozta elmezavar miatt helyeztek ott el. Smyrnában csaknem teljesen megszűnt a cholera. Romániában szülőföldben van a járvány. Galicziában némi csökkenés mutatkozik az esetek számában.

A m. kir. belügyminister 80,833/93. számú rendelete a cholera által fertőzött törvényhatóságok járványbizottságai t. elnökeinek, illetve alispánjainak vagy polgármestereinek. (A cholera-járvány alatt szerzett tapasztalatok és észleletek bejelentése tárgyában.) Az ország több vármegyéjében uralkodott cholera-járvány állásáról ide naponként beérkező tudósítások azon örvendetes tényről tanuskodnak,

¹ Hogy mindazon községek, kik a fenti rendelet értelmében be kívánt jelentést összeállítani hivatva vannak, munkájukat megkönnyíttessék és a jelentések egyformák lehessenek, a m. kir. belügyminister kellő számú nyomtatott kérdőíveket fog e napokban, küldeni a törvényhatóságoknak kitöltés végett.

hogy a járvány alábbhagyóban van és remélni engedik, hogy az rövid idő lefolyása alatt meg is szűnik.

Miután súlyt fektetnek arra, hogy úgy a járvány kitörésének és lefolyásának minden phasisa, valamint az annak leküzdésére foganatosított intézkedések és azok eredménye, szóval minden oly tapasztalat, mely a jövőben esetleg értékesíthető leszen, feljegyeztessék és közismeretűvé tétessék, ezennel felhívom *Czímelt* a következőkre:

Rendelje el a vármegyében a járvány által meglepett járási főszolgabiráinak, a rendezett tanácsú városok polgármestereinek, illetőleg a törvényhatóságok főorvosnak, a járási, városi, községi, kör- és az alkalmazásban volt és levő járványorvosoknak külön-külön jelen rendeletem egy példányának kézbesítése mellett, hogy ezen lefolyt cholera-járványról tapasztalataikat kimerítő jelentésbe foglalva felettes hatóságainak terjesztésük fel.

Ohajtandó, hogy a betérjesztendő jelentések általában a következő kérdésekre adjanak szabatos feleletet:

1. Minő óvintézkedések foganatosítottak a járvány kitörése előtt. (Köztisztaságot, ivóvízzel való ellátást, betegápolást, közlekedést, élelmi szerek kereskedelmét stb. illetőleg.)

2. Ügykörük területén mikor és hol mutatkozott az első cholera-ügyes eset? Körütnetileg vagy bacteriológikus úton diagnosztizáltatott-e cholera? Mikor jelentetett be, ki által, kinek és mikor jelent meg a helyszínén először orvos és mikor hatósági közeg?

3. Mely községbe, honnan huzeltatott be a betegség? Ha ez ki nem puhatolható, mily körülménynek tudható be az első megbetegedés? (Fertőzött folyó- vagy kút- vagy ivóvíz ivása, mértéktelen, rossz életmód általi hajlamosság stb.)

4. Minő lefolyású volt a járvány? Hányan betegedtek meg és hányan haltak el? A megbetegülések és halálozások községenként és naponként kimutatandók. Hány ház van a községben és azokból hány volt fertőzve? Házanként hány megbetegülés és halálozás fordult elő? Minő lefolyású volt a betegség, vagyis az első tünetek után mennyi idő múlva, jellegzetes vagy kevésbé jellegzetes tünetek között következett be a gyógyulás vagy a halál? Mely néposztályt támadott meg a betegség? A foglalkozás minő befolyással volt a járvány terjedésére? Hol, hány és minő hatósági, községi közeg, orvos, betegápoló és fertőtlenítő betegült, esetleg halt meg? Észleltetett-e egyes községekben bizonyos szabályszerűség a baj terjedésében? Például a községnek mily fekvésű (vízmenti) részei szenvedtek-e jobban mint mások? vagy egyes kutak vizét élvezők betegedtek-e sűrűbben, mint a község többi lakói? stb.

5. Mily intézkedések foganatosítottak az első eset felléptekor és a járvány folyamán az elkülönítés, fertőtlenítés, lakások kiürítése, betegek elszállítása, gyógykezelése, hullák elszállítása és eltemetése tekintetében? Mindez községenként részletezendő.

6. Mily magatartást tanúsított a lakosság az óvó-, valamint a járvány folyamán foganatosított intézkedésekkel szemben? Hol és mennyiben mutatott ellenállást, különösen a lakások kiürítése, illetve az egészséges családtagoknak azokból való eltávolítása alkalmával és a kórházba szállítást illetőleg? Volt-e karhatalom igénybe véve, hol, mennyi ideig, s hány legényből állott (katonaság vagy csendőrség volt)? Mily előítéletek vagy babonák tapasztaltak? Használt-e a nép valami házi szert a baj megelőzésére és a betegség lefolyása alatt?

7. Volt-e járványkórház? (Mely községben?) Bércelt ház vagy újonnan épített (fából, kőből stb.)? Hány ágyra volt berendezve? Hány beteg kezeltetett a kórházban és ezek közül hányan haltak el és hányan vitettek bele haldokolva? Hány napig volt a kórház elfoglalva?

8. Volt-e járványorvos alkalmazva (a kör, járás, vármegye területén)? Hány járványorvos volt a vármegye által felfogadva, kik voltak azok névszerint és hány küldetett a kormány által (orvostudor, szigorló orvos)? Ezek (mely községekben), mely időtől, meddig voltak alkalmazva?

9. Mely községekben és hány fertőtlenítő gép (gőzfertőtlenítő) volt üzemben? Hány személy (fertőtlenítő gépész) volt ezek mellett alkalmazva, mely naptól meddig és mily eredménnyel, mely községben működtek? Hány lakást fertőtlenítettek.

Volt-e a kormány részéről kiküldött gőzfertőtlenítő gépeken kívül más fertőtlenítő gép vagy eszköz alkalmazásban, milyen és hol?

10. Hol és minő gátló intézkedések alkalmazottak a járvány leküzdésére, melyek a kereskedelmet, közlekedést és gyülekezést (vásárok, bucsúk, iskoláztatás, gyűlések, mulatságok) akadályozták és a lakosság körülbélül mennyiben szenvedett anyagi károkat ez intézkedések által?

11. Mily gyógyeljárást követett az illető orvos, s mily eredményt tapasztalt?

12. Mire fordítottat a kormány által küldött pénzségély? ez községenként és tételeként kimutatandó.

A főszolgabírák és polgármesterek, illetőleg a járási, városi, községi, kör- és járványorvosok által beszolgáltatott jelentéseknek, valamint a tisztí főorvosnak ezek alapján az egész vármegyére vonatkozó összefoglaló, a fenti kérdésekre kiterjedő hasontartalmú jelentését, melyhez a járási, városi, községi, kör- és járványorvosok jelentései eredetiben is melléklendők, *Czímelt* saját tapasztalataival kiegészítve, mielőbb terjesztse fel és egyúttal nevezze meg mindazon hatósági és községi személyeket, kik a járvány leküzdésében különös buzgalmat és tevékenységet fejtettek ki. Budapest, 1893. évi szeptember hó 15-dikén.

Hieronymi s. k.

A m. kir. belügyminister 49,392/93. számú rendelete Bács-Bodrog vármegye közönségéhez. (A járványbizottság által az orvosnak ígért jutalomdíj a közönség által kiutalványozandó.) Folyó évi május

15-dikén 12,891. sz. a kelt felterjesztése kapcsán az összes iratok visszaesatolása mellett tudatom a vármegye közönségével, hogy Ada község képviselőtestületének 1892. évi december 30-dikán hozott határozatát, úgymint címnek 1893. évi február 20-dikán hozott határozatát feloldva, felhívom a címet, hogy Ada községet oda utasítsa, miszerint *Balogh Pál és társainak a járványok esetén rendelkezési joggal bíró járványbizottság által annak idején tett ígéretnek megfelelőleg a cholera-járvány alatt kifejtett buzgó működésükért, melyről a községi képviselőtestület is elismerőleg nyilatkozik, jutalomdíj adassék annyival inkább, mert nevezett orvosok a járványbizottság kívánsága értelmében működésükért díjazást senkitől nem kértek.*

Egyúttal felhívom a címet, hogy az újonnan hozandó határozatról ide haladéktalanul jelentést tegyen. Budapesten, 1893. évi július hó 29-dikén. A minster helyett: *Andrássy s. k. államtitkár.*

A m. kir. belügyminister 73,376/93. sz. rendelete Budapest fő- és székvaros közönségéhez a járványkórházak számára beszerzendő szükségletek tárgyában. Buchwald Sándor vasbutor-gyáros közvetlenül hozzám intézett beadványát, melyben az általa összeállított „járványvaságy“-nak a törvényhatóságoknak való ajánlását kéri, oly felhívással küldöm meg a címet, hogy annak kézbesítésével értesítse nevezett kérelmezőt, miszerint e *ministeriumnak nem feladata tisztán üzleti érdekek támogatása és ennél fogva kérését teljesíthetőnek nem tartottam.*

Miután ezen és előző hasonlószerű járványokból azon tapasztalást merítettem, hogy a hatóságok, tekintettel a járványkórházak ideiglenes felszerelési szükségleteire, vagy talán azon balhítból, hogy a cholera betegek által használt kórházi felszerelések később más betegek által nem használhatók, hajlandók a jóformán csak a pillanatnyi szükséglet kielégítő és ennél fogva a rendes kórházi felszerelésekhez viszonyítva igen csekély árú cikkeket vásárolni a járványkórházak számára, szükségesnek véletem itt megjegyezni, hogy ez eljárást sem czélszerűnek, sem gazdaságosnak nem tartom. *A járványkórházak akár cholera, akár másnemű ragályos betegségben szenvedők által használt felszerelése — így az ágyak, ágyhuzatok, sőt a párnák, matraczok értékesebb töltő anyagai is — alapos fertőtlenítés által teljesen ragálymentessé tehetők, a nélkül, hogy azok további használhatósága valamit szenvedne. Kívánatosnak tartom tehát, hogy a járványkórházak felszerelési cikkei, tekintettel arra, hogy azoknak járványmentes időben is készenlében kell állniok, bár lehető egyszerűek, de tartósak és jó minőségűek legyenek s a mennyire óhajtható azok megrendelésénél a helyén való takarékoság, ép úgy kerülendő a jövőre való minden tekintet nélkül az olcsó, gyenge minőségű cikkek beszerzése. Budapesten, 1893. évi augusztus hó 25-dikén. A minster meghagyásából: *Chyzer Kornél s. k., miu. oszt. tanácsos.**

Vegyések.

Budapest, 1893. szeptember 29-dikén. *A fővárosi statisztikai hivatalnak 1893. szeptember 10 től szeptember 16-ig terjedő heti kimutatása szerint e héten élve született 356 gyermek, elhalt 201 személy, a születések tehát 155 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 3, ronesoló toroklob 4, hökhurut 4, kanyaró 3, vörheny 2, typhus abdominalis 1, gyermekági láz 1, egyéb ragályos betegségek —, agykérlob 7, agyvérmény 1, rángások 9, szervi szív-baj 14, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörgurut 14, tüdőgümő és sorvadás 28, bélhurut és bélob 34, gastro-enteritis 1, carcinomata et neoplasmata alia 9, méhrák 6, Brigh-kór és veselob 6, angolkór 1, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 11, aszkór, aszály és sorvadás 3, aggkór 8, erőszakos haláleset 14. — A fővárosi közkórházakban ápolgatott e hét elején 1867 beteg, szaporodás 593, csökkenés 606, maradt e hét végén ápolás alatt 1854. — A fővárosi tisztii főorvosi hivatalnak 1893. szeptember 17-től szeptember 23-ig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 15, bárányhimlőben 12, vörhenyben 31 (meghalt 4), kanyaróban 27 (meghalt 3), ronesoló toroklobban 25 (meghalt 6), torokgyikban 6 (meghalt 1), trachomában 13, hökhurutban 26 (meghalt 1), orbánczban 16, cholera 14 (meghalt 7).*

— **Egytetemes orvosdoktorokká felavattattak 1893. szeptember 23-dikán:** *Boross Ernő*, Budapest (Pestm.), f. a. Kovács tanár; *Taufer Emil*, Budapest (Pestm.), f. a. Scheuthauer tanár; *Kovács József*, Szobráncz (Ungm.), f. a. Fodor tanár; *Glück Gyula*, Pápa (Veszprém.), f. a. Mihalkovics tanár; *Pécsvárady József*, Szilas-Balhá (Veszprém.), f. a. Kézmárszky tanár; *Szántó Dávid*, Alsó-Liszko (Trencsénm.), f. a. Taufer tanár; *Ferdinber Ignác*, Makrancz (Abaujm.), f. a. Plósz tanár.

○ **A beiratkozások az egytetemen október 1-étől 12-dikéig tartanak;** szintén ez idő alatt történik a *bábatanfolyamra* való felvétel az orvoskari dékani hivatalban.

— **Klasz Pál dr.**, címzetes belügyministeri fogalmazónak 6 Felsője a ministeri segéd-titkári címet és jelleget adományozta.

— **Lányi Benedek dr.-t** az igazságügyi minster az aranyosmaróthi kir. törvényszék területén előforduló törvényszéki orvosi, valamint az aranyosmaróthi fogházi orvosi teendők rendes ellátásával bizta meg.

— **Bölcs házy Béla dr.-t** a kincstári vasművek központi igazgatója a kobola-polyani m. kir. vasgyári műorvossá nevezte ki.

— **Megjelent: Hieronymi Károly m. kir. belügyminister** jelentése az Ország közegészségi viszonyairól az 1892-dik évben. Egy térképpel. Budapest, Pesti könyvnyomda-részvénytársaság, 1893. — **Tanul Ferencz** tanártól: *Útmutató a bakteriologiában.* — **Ónodi dr.-tól:** *Untersuchungen zur Lehre von den Kehlkopflähmungen* (kny.). — **A nyitrávármegye-orvos gyógyyszerési és természetudományi egyesület 1891-92-diki évi könyve;** összeállította *Biringer Ferencz dr., titkár.*

„Szt. Lukács-fürdő“ részvény-társaság.

Téli és nyári gyógyhely.

Helyi zuhanykezelés meleg ásványvízzel, iszapborogatás, téli iszapfürdők és lakásokról küld prospectust díjmentesen az igazgatóság.

Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és illői-úti kórházban 1893. szeptember 21-től egész szeptember 27-ig ápolat betegekről.

1893.	Felvett			Elbocsátott			Megtelt			Maradt			Az ápolat kőrül			
	beteg		összesen	gyógy.		összesen	beteg		összesen	beteg		összesen	a Rókusban			
	férfi	nő		férfi	nő		férfi	nő		férfi	nő		összesen	beteg	szülőb	heveny fertőz
Szept. 21	47	31	78	25	54	79	4	3	7	917	825	1742	980	37	36	689
" 22	52	37	89	31	16	47	3	3	6	935	843	1778	1001	36	37	704
" 23	38	49	87	48	19	67	2	1	3	923	872	1795	1016	37	37	705
" 24	33	32	65	44	30	74	6	2	8	906	872	1778	1018	36	36	698
" 25	61	39	100	39	32	71	4	2	6	924	877	1801	1032	37	38	694
" 26	65	31	96	22	30	52	4	2	6	963	876	1839	1057	36	38	708
" 27	48	39	87	52	50	102	1	1	2	958	864	1822	1049	29	40	704

Dr. Dollinger Gyula
TESTEGYENÉSZETI ÉS SEBÉSZETI
INTÉZETE
 Budapest, VII., kerepesi-út 52.
 38

Cholera-
hőmérő jenai normalüvegéből,
 egyszermind **zseb-(fürdő)-hőmérő** börtokban; ára darabonként **3 márka.**
EWALD HILDEBRAND, Halle a. S.
 Egyedüli gyáros. 3

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi-, górcsói- és bacteriologiai
orvosi labororiumban
 mindennemű ép és kóros váladéknak (ú. m.: vizelet-, köpet-, vér-, dajkatej-, hányadék-, ex- és transsudatum stb.), továbbá szöveteknek, daganatoknak úgy vegyi, mint górcsói és bacteriologiai vizsgálatára vállalkoznak
dr. VAS BERNÁT és dr. GARA GÉZA a labororium vezetői.
 5 Poliklinika: VII., Dohány-utca 31. sz.

Leghatásosabb és legolcsóbb antisepticum!
Dr. Angerer tanár sublimat-pastillái
 a 10 subli. egy liter víz számára:
 1 Carton à 5 Cyl. à 10 drb. free. vám frt 2.—
 1 Ered. üveg à 100 drb. nyitva " " 2.—
 1 " " à 500 " " " " 8.—
 1 " " à 1000 " " " " 14.50
 à 0.5 subli. has. csomag. Árak frt 1.80, frt 1.80
 frt 7 —, frt 13.—
 Kitünt. a párisi és londoni hyg. kiáll. 1892. és 1893. nagy ar. éremmel.
 Az Angerer-féle pastillákat egyedül az alúlrít czég van jogosítva készíteni. Utánzások törvényesen megbüntetnek. Minden csomag a mellékelt védjeggyel van ellátva.
Egyedüli gyárosok:
ADLER-APOTHEKE,
 München, Sendlingerstrasse 13.
 18

Dr. LENGYEL SÁNDOR
 testegyenészeti, gyógygymnastikai és massage intézete
 Budapest, Teréz-körút 20. sz. földszint.
 Gyógykezelés alá kerülnek: gerincoszlop és mellkas görbülései, végtagok görbülései: dongaláb, lúdtalp, kampóláb, lólab, gacsos térd és kezek elgörbülései. Az izületek lobjai és merevségei; gyógygymnastika és massage körébe tartozó bántalmak.
 12

KÖZEGÉSZSÉGÜGY ÉS TÖRVÉNYSZÉKI ORVOSTAN.

Szerkeszti FODOR JÓZSEF tanár.

Tartalom: *Pertik Ottó* tnr.: Cholera-vibriók a vízben. — *Moravcsik E. Emil* tnr.: Törvényszéki elmekörtani casuistika. VII. *Rigler Gusztáv* dr.: Az 1892–93-diki cholerajárvány Németországban. — *Közegészségügy.* — *Helyreigazítás.*

Cholera-vibriók a vízben.

(Előleges közlés.)

Pertik Ottó tnr.-tól.

Kommabacillusoknak a vízben való kimutatása újabban tudvalevőleg több ízben sikerült; így *C. Fraenkel* a duisburgi öböl, *Lubarsch* egy gőzös pangó vizében és *Koch R.* tél idején a nielebeni járvány alatt a Saale folyó vizében mutatta ki, a mi által a folyók s általában véve a vizek járványtani adatok által amúgy is ismételtén támogatott fertőzöttségének kérdése a bakteriologia napirendjére annál inkább került, mert *Koch* a *Schottelius* által már hangoztatott (1885) elvek alapján ez irányban újabb módszert ajánlott.

I. A lezajlott járványban s pedig f. évi január 28-dikán a VI. kerület orvosától *Boleman dr.* úrtól a nyugati pályaudvar érkezési oldalán levő egyik vízvezetéki csap vizében sikerült a kommabacillust kimutatni, de ezen leletnek mindjárt említendő okokból nem tulajdoníthatam oly fontosságot, mint az óbudai téglagyár ivókútjában két ízben s pedig f. évi szeptember 12-dikén és 21-dikén tett pozitív leletnek.

A pályaudvarbeli csap vize az állomás külön reservoirjából volt való, melyet a margithídi szűrőtelepen levő természetesen szűrő mély kút táplál. Ezen kút vize, mint azt a f. évi február 8-dikától márczius 8-dikáig folytatott naponkinti vizsgálatok igazolták, jó minőségűnek bizonyodott (a fajok száma 4–6, bakteriumoké 1 kem.-ben 33, 38, 50, 84, 122, 218, 370, nehányszor 500 és csak egyszer volt 969) s benne kommabacillus 28 vizsgálat között egyszer sem volt kimutatható. A vízcsp azonban részben a munkások és pénzügyőrök által igénybe vett, el nem zárt és szennyos clostettek előtti szűk és piszkos kis előtér falában elhelyezve direkt szennyezés lehetőségének volt kitéve; a belőle nyert víz 1 kem.-ben 1893. január 28-dikán 167,958 csirt (8 faj), január 31-én 29,774 csirt (7 faj), február 2-dikán 24,485 csirt (7 faj) tartalmazott. A január 28-diki és 31-diki lemezeken egyéb gyorsabban folyósító fajok mellett a gelatinát lassan folyósító, tölesérszerű, mélyen kivágott, szürkés, dispergált, szemcsés, üvegporhoz hasonló magvú, a fejlődés bizonyos stadiumában kitűnő optikai reakciót adó coloniacoport tünt fel, mely jól mozgó, a choleraénak megfelelő nagyságú és alakú, szóval az ázsiai cholera vibriójának minden lényeges alakitani és biológiai tulajdonságát feltüntető mikroorganizmusból állott.

Január 31-dikén túl a csapból nyert vízben ilyen fajta coloniák nem voltak többé tenyésztetők s mert, mint említettem, a tápláló kút vize 28 napon át cholera nemleges, egészben pedig kedvező eredménnyel vizsgáltatott: a csap helybeli fertőzését kellett felvennem s így megfelelő control vizsgálatok után a mintegy egy hónapon át lezárt csap alaposan tisztítva, márczius közepe táján ismét használatba vétetett.

II. Az óbudai téglagyárban tudvalevőleg augusztus végső és szeptember első napjaiban fordult elő több gyanus eset, melyeknek ázsiai cholera jellegét bakteriologiai vizsgálataim is beigazolták. A gyár üzemét a hatóság beszüntette, a telepet kiüríttette, rendőri felügyelet alá helyeztette és az ivókutat beszőgeztette.

A telepnek mintegy 10–11 nyitott munkáskútja, helyesebben teljesen nyitott agyaggödre van, melyek vize téglagyártásra szolgált; ivásra egy nyitott szivattyús kút, de

főleg az ú. n. ivókút szolgált, mely kávéval bír, hengeralakban kikövezett, de nem fedett.

Ezen leszögeztet ivókút f. é. szeptember 12-én jelenlétemben nyitattott meg, a mikor *Beck Soma* intézeti gyakornok úrral a helyszínén öntöttem négy lemezt s mintegy 40 kem.-nyi mennyiséget a helyszínén peptonoldattá alakítottam.

Magukon a lemezeken, mint azt az 1000-et meghaladó cholera vizsgálatokon alapuló tapasztalásból mondhatom, ázsiai cholera tipikusan jellemző coloniák is fejlődtek s pedig minden lemezen 20–40. Ezen coloniák szűrésben a legjellemzőbb fejlődésnek indultak; pepton-oldatban tenyésztve vegytiszta kénsavval szép nitroso-indol-reactiót (cholera-pir Brieger) adtak s jellemző kommabacillusokból állottak.

Kilencz napra reá, azaz f. é. szeptember 21-én ugyanazon kútból, mely az első vizsgálat megejtése után ismét leszögeztetett s újból bizottság jelenlétemben nyitattott meg, másodízben öntöttem a helyszínén lemezeket s ezeken újból jellemző cholera coloniák fejlődtek, az említett kriteriumokkal (cholera-pir stb.).

Elszigetelt telepen, minő a félreeső óbudai téglagyár, halmozottabban fellépő ázsiai choleraesetek mellett leszögeztet telepbeli kúton kilencz napi időközben kétszer constatált ily pozitív lelet jelentőségét alig szükséges hangsúlyoznom, még ha az alternatívák közül: vajjon a hulladékok, gyümölcs stb. által elsődlegesen fertőzött kút fertőzte-e a munkásokat, avagy ezek a kútat, az utóbbi forogna is fenn.

Állatkísérletek (tengerimalaczokon) most vannak folyamatban, de a cholera bakteriologiája közül szerzett bő tapasztalataim alapján ezek nélkül is fenn merném tartani az ázsiai cholera vibriójának kórisméjét, ha *Rubner*-nek berlini és *Dunbar*-nak hamburgi recens leletei a legvégsőbb óvatosságra nem kényszerítenének.

*Rubner*¹ a berlini higienikus intézet igazgatója tudvalevőleg a berlini vízvezetékben (stralauer vízmű) ezen a nyáron, a mikor Berlin cholera mentes volt, az ázsiai cholera vibriójától alakitanilag meg nem különböztethető, a nitroso-indol-reactiót adó, galambokra és tengerimalaczra pathogén (halál a hófok nagy sülyedése mellett) vibriót talált, mely az ázsiai cholera vibriójától csupán a gelatina-lemezeken való magatartása, nevezetesen felette lassú növekedése (48 óra multán a coloniák makroszkopice még nem láthatók) által különbözött.

*Dunbar*² a hamburgi higienikus intézet igazgatója pedig az Elba vizében (77 próba közül 20-szor) talált egy vibriót, melynek leírása a fennebbi „vibrio berolinensis“-ével azonos hangzású, nevezetesen szintén adja a cholera-pirt és állatokra ugyanazon dosisban halálos mint a Koch-féle vibrio, de gelatina-lemezeken emennél gyorsabban növekszik. *Dunbar* azt a Koch-félével nem is azonosítja.

Az óbudai téglagyár ivókútjában talált vibrio, eddig úgy látom, gelatina-lemezeken nem viselkedik másként, mint a bélürülékből tenyésztett alak. Nem fogom elmulasztani az ez irányú pontos összehasonlítást úgy a bélbennékből nyert mint a *Rubner* és *Dunbar*-féle tiszta tenyészetekkel, melyeket e buvárok szivességéből megkaphatni alapos a reményem.

¹ Hygienische Rundschau 1893. augusztus 15.

² Deutsche med. Woch. schr. 1893., 33.

Törvényszéki elme-kórtani casuistika.

Közli Moravcsik Ernő Emil dr. egyetemi ny. rk. tanár.

Hüdékes elmezavar. — Lopás.

VII.

Hogy az elmebetegek elég gyakran követnek el büntendő cselekményeket, a törvényszéki elmeorvosi gyakorlat számos esettel bizonyítja.

Az egyes elme-kórtani formák alapvonását képező szellemi rendellenességek sokszor bizonyos jellemző bélyeget ütnek a tiltott cselekedetek természetére, végrehajtásának módjára, ámbár tisztán magából a cselekményből nem mindig következtethetünk a kóros elmebeli eredetre. Az elmebetegeknél nyilvánuló kóros hangulatbeli zavarok, a felfogás-, itéletbeli fogyatkozás, az érzékesalódások, illúziók, téveszmék stb. más-más módon válhatnak a társadalmi, az erkölcsi renddel, a meggyökerezett közfelfogással összeütköző tettek indító okaivá. Sőt egy és ugyanazon kórforma egyes alakjai, szakai már bizonyos — úgy szólván — előre sejtethető cselekményeket eredményezhetnek.

A hüdékes elmezavar (paralysis progressiva) a finomabb szellemi műveletek lassanként történő fogyatkozásával, szórakozottsággal, kedélybeli ingerlékenységgel, bizonyos erkölcsi, jellembeli lazassággal járó kezdeti szakában egynemű komplikáltabb bűncselekmény (csalás, sikkasztás, okirat-, pénzhamisítás stb.) elkövetésére is hajlamosíthat, a nélkül, hogy a végrehajtási mód azonnal szembeötlővé tenné a beteges állapotot. Míg ellenben a további stadiumban, midőn az elme-egyensúly tünetei nagyon is világosak s a körülményeket és viszonyokat kellő módon mérlegelni alig, vagy éppen nem tudó ítélő-képesség lépten-nyomon kéri, a cselekedetek már a badarság, czélszerűtlenség, a gyermekesség bélyegét hordják magukon. Ez utóbbi esetre kívánok ez úttal két általam észlelt példát felhozni.

1. R. L. 46 éves, bányász munkás. Szülei magas korban haltak el, egy testvére él. Fordult-e elő családjában elme- vagy idegbaj? — nem tudja megmondani. Váltólázt, himlőt állott ki, 9 éves korában kezdett tanulni, 4 elemi osztályt végzett. Már korán kezdett foglalkozni a bányamunkálatokkal s több helyen megfordult. Több év előtt P.-en kő esett homlokára, azonban csak jelentéktelenebb sérülést szenvedett el. Utóbbi időben Budapest vidékére került. A szeszes italokat, állítása szerint, mértékletesen élvezte. 1890. december 14-dikén délután az Erzsébetfalván levő téglagyárba ment, honnan gyanus magaviselete miatt el akarták utasítani, ő azonban nem engedelmessé, tovább barangolt ott, mi alatt az éjjeli őr lámpáját ellopta. Midőn W. éjjeli őr fellépésével szemben is ellenállást tanusított, letartóztatták s ez alkalommal zsebében egy hat lövetű töltött revolvért találtak. A község házában eszközölt megmotozás még többféle tárgyat (nikkel órát, kávéscsupt, kefést stb.) derített ki. A község börtönébe zárva, ott a halottas kosárról lelopta a zöld terítőt. A járásbírósnál eszközölt kihallgatása alkalmával zavart feleleteket adott, mi alatt a vizsgáló bíró asztaláról egy tört lopott el. Elvezetve, az előszobában talált két rézgyertyatartót harisnyájába dugta s az őt számon kérő őrrel megveréssel fenyegette.

R. L. elmebeli állapotának megfigyelése rendeltetvén el, a vizsgálat a következőket derítette fel: R. L. elég jól fejlett és hiányosan táplált, 173.5 magas. Koponyája ferde, a jobb homlok és bal nyakszirtefél jobban előredomborodik. A bal szemöldökiv belső szélétől ferdén fel- és kifelé egy 4 cm. hosszú, fehér, a köztakaróval jól mozgatható heg látható, mely alatt koponyacsont sima, egyenletes. Koponyaméretei: hossz-átmérő: 177.5, harántátmérő: 155, magasság: 119, körzet: 536 mm. Irise kék, bal látája tágabb, hiányosabban reagál. Fogazata szabálytalan növéssé, nyelve reszket. Jobb arczfelét hiányosabban idegzi be. Kezeinek szorító ereje gyenge. Térd-reflexe fokozott. A szív és nagy véregek hangjai tiszták, a tüdőben semmi különös eltérés. Behúnyt szemmel ingadozik. Testmozgásai lassúk, nehézkesek. Magaviselete gyermekes, folyton és minden ok nélkül nevetgél. Beszédében szótagbotlás

észlelhető. Hangulata emelkedett, nagyási és eroticus hajlamokat árul el. Dicsekszik, hogy meg fog házasodni, gazdag nőt vesz feleségül, az asszonyok nagyon szeretik, de ő a leg-gazdagabbikat veszi el; szép háza, sok szántóföldje és márhája lesz. Magát 33 évesnek, igen szépnek, okosnak, mindenhez értőnek mondja. Erőérzete fokozott, teljesen egészségesnek érzi magát, fitogtatja karjai erejét. Időre elég jól, de helyre nem tájékozódik. Nem tudja hol van s miért került a törvényszék fogházába. Különbben nem törődik sorsával, minden nap búcsút vesz környezetétől, mert — mint mondja — Salgótarjánba kell utaznia. Nem tudja, mennyi ideje van letartóztatva, hány éves, melyik évben született. Felfogása nehézkes, itélő-következtető műveletei hézagosságok, nagy mértékben korlátoltak. Emlékezete gyengült. Hiszékeny, könnyen befolyásolható. Nap-hosszat elbotorkál, keresgél, az útjába kerülő apróbb tárgyakat (papirost, rongyot, fadarabokat) összeszededegeti. Önmagát teljesen elhanyagolja, piszkos, rendetlen, ürülékét gyakran maga alá bocsátja.

Az észlelték alapján a törvényszéknek adott vélemény a következő volt: a vizsgálatból kiderül, hogy lopással terhelt R. L. terjedő hüdékes butaságban szenved, s ezen elmebetegségénél fogva akaratának szabad elhatározási képességével nem bír. Bűnvádi cselekményét is ezen elmebetegségének befolyása alatt követte el. Indokolás. A vádlottnál észlelhető szellemi és szervezeti tünetek, mint: a látakülönbözet, hiányos reakcióval, nyelvreszketés, a kezek szorító erejének csökkent volta, a térdreflex fokozottsága, nehézkes testmozgás, szótagbotlás, itéletbeli és emlékezetbeli gyengeség, gyermekes magaviselet, kórosan fokozott önérzet és hangulat, a nagyási és eroticus hajlam, saját körülményeit és viszonyait illető tájékozatlansága, az útjába kerülő, nagy részt hasznavehetetlen tárgyak oktalan keresgélése, gyűjtögetésére való hajlam, a saját személyének teljes elhanyagolása, a rendetlenség, tisztátlanság, az ürülékeknek önként való eltávolítása — a terjedő hüdékes butaság igen kifejezett s előre haladott kórképét tárják elő. Ilyen egyéneknél a csökkent ítélőképességnél fogva gyakran található a szertelen gyűjtögetésre, lopásra való hajlam, önérzetük fokozódása és a jogérzet hiányában a látott idegen tulajdont képező tárgyakat is a legnagyobb közönnyel veszik birtokukba s számon kéretve, még ők hiszik magukat jogaikban sértve, miért is igen könnyen erőszakos magatartást tanusíthatnak. Ily módon követte el a vádlott is cselekményét. Hogy ezen előre haladó jelleggel bíró s gyógyíthatlan betegsége már a tett elkövetésének idejében is fennállott, bizonyítja egy részt vádlottnak az előzményben felsorolt adatokból kitünő viselkedése, másrészt a régibb eredetre utaló szervezeti és szellemi kóros tünetek.

2. O. A. 58 éves, nős, földműves. Apja cholera-ban, anyja szivbajban, egy testvére gutaütésben halt meg. Családjában állítólag elmebaj nem fordult elő. Bemondása szerint nagyobb betegséget nem állott ki. Iskolába csak 1—2 télen át járt, írni, olvasni nem tanult meg. A szülei háznál gazdasággal foglalkozott. A szeszes italokat szerette. 20 éves korában meg-nősült. Utóbbi időben ingerlékeny, indulatos természetet tanusított, nevével rosszul bánt, mindenét elpredálta, különféle lopásokat követett el. Így 1891. év folyamán több darab levágott ákáczfát, kereket, zsopot, szalmát, deszkát, kaszát, vasabroncot, ócska vasdarabokat, tejes kücsögöt, burgonyát, kacsát tulajdonított el s azokat háza körül elrejtette. Ezen cselekedeteiből bűnvádi eljárás tétetett ellene folyamatba, a midőn elmebeli állapotának megfigyelése is elrendeltetett. Ez úttal a következők észleltettek nála:

Mérsékeltlen fejlett és táplált, 164 cm. magas. Homloka közepén az orrgyöktől kiindulólág egy körülbelül gyermek-ökölnyi, széles alapú, a köztakaróval egyforma színű s azzal mozgatható, nem fájdalmas, zsirtapintatú terime-megnagyobbodás látható. Koponyaméretei: hossz-átmérő: 187, haránt-átmérő: 148, magasság: 108, körzet: 540 mm. Irise kék, mindkét látája, főleg a bal, rendesenél szűkebb, renyhébben reagál, a bal szabálytalan körzetű. Bal arczfelét hiányosan idegzi be. Nyelvében erős fibrillaris reszketés észlelhető. A kezek szorító ereje kicsiny. Térdreflexe fokozott. Halántékütere kanyarula-

tosak. Behúnyt szemmel állás- és járáskor ingadozik. A szív és nagy vérekek hangjai tiszták, a tüdőben szétszórtan hurutos zörejek hallhatók. A májtompulat a rendesnél kissé nagyobb. Járása ügyetlen. Beszéde akadozó. Hangulata emelkedett, erőérzete fokozott. Igen erősnek, egészségesnek mondja magát s ennek bizonyítgatása közben mellét és a homlokán levő daganatot ütögeti öklével. Dicsekszik képességével, azt mondja, hogy V.-en nincs nálánál okosabb és erősebb ember, minden dologhoz ért, szeret és nagyon szépen tud muzsikálni, szépen írni. Papiros tétetvén elébe, a megfelelő felszólításra teljesen összefüggéstelen, jelentőség nélküli vonásokat firkál össze. Nagyon bőbeszédű, gondolatmenete csapongó, minden összefüggés nélkül ugrik át egyik tárgyról a másikra. Itélő-következtető miveletei igen korlátoltak. Bűnvádi cselekményeiben nem bír kellő belátással, csodálkozik a felett, hogy miért tartják bezárva. Helyzetének erkölcsi súlyát nem képes mérlegelni. Helyzetével különben meg van elégedve, azt mondja, a fogházban marad mint szolga mindaddig, míg lábai elbirják. Folyton jó kedvű. A fogház udvarán tett sétái alkalmával dalogat, tánczol, kalapját felbokrétázza, apró papiros- és fadarabokat szedeget össze s azokkal zsebeit tele rakja. Egy alkalommal engedélyt kér, hogy egy-két napra haza mehessen, mivel a szüretet kell rendeznie, igéri, hogy aztán ismét visszajön. Magát csinos embernek mondja s hogy még szebb legyen, szeretné levétetni a homlokán levő daganatot. Ismeretei hiányosak, az egyszerűbb számmiveletet sem képes megfejteni, azt mondja pl. hogy $3 \times 3 = 30$, $8 + 7 = 21$. A hónapok neveit nem tudja elsorolni; emlékezete gyarló.

Azon kellő indokolással ellátott vélemény alapján, hogy O. A. hűdéses elmezavarban szenved s ezen elmebajánál fogva akaratának szabad elhatározási képességével nem bír s a tett idejében sem birt — a kir. törvényszék a további eljárást megszüntette.

Az 1892—1893-diki cholera-járvány Németországban.

1892. októberének második felében megszűnni látszott az a nagy cholera-járvány, mely ugyanez év augusztus 16-dikától Hamburgban dühöngött. Minthogy ekkor már a Hamburgból egyéb helyekre széthurezott betegség mindenütt megszűnt, remélni lehetett, hogy Németország egyelőre mentve van a cholera-veszedelemtől. E remény azonban tévesnek bizonyult, a mennyiben nemsokára ismét kitört Hamburgban egy utójárvány, a mely sokkal gyöngébb volt ugyan az elsőnél, mégis alkalmat adott a széthurezolásra, minek azután Altonában és a Nietlebeni örültek házában kitört cholera lett a következménye.

A porosz közoktatásügyi ministerium megbízásából az „Institut für Infectionskrankheiten“ tanulmányokat végzett a járványtól meglátogatott helyeken, melyeknek eredménye olyan fontos és érdekes, hogy a vizsgálat eredményét *Koch Róbert* cikke nyomán¹ közlendőnek tartom.

A hamburgi utójárványban az első megbetegedés 1892. december 6-dikán történt — az utolsó pedig ez év márczius 4-dikén constatáltatott — tehát ezen járvány is majdnem olyan hosszú ideig tartott, mint a megelőző. Azonban rögtön feltűnik a kettő intenzitásának különbsége, ha tudjuk, hogy az elsőben 18,000 megbetegedés és 8200 haláleset, az utóbbiban pedig 64 betegedés és 18 haláleset fordult csak elő. Első pillanatra azt lehetne gondolni, hogy e különbség oka az időjárásban keresendő; azonban *Koch* szerint ez téves volna, mert hisz ugyanekkor Nietlebenben a lakosság arányához mérten sokkal hevesebb cholera dühöngött, tehát a levegő hőmérsékének ez esetben absolute nem volt semmi befolyása a járvány minőségére. Azt is lehetne még gondolni, hogy Hamburg lakosai közül a cholera-ra hajlamosak az első járvány alatt áttestek azon, s így a második már kevés alkalmas egyént talált. Behatóbb vizsgálatnál ezen érv sem tartható fenn, mert

hiszen Hamburg lakossága igen fluctuál. Szóval más magyarázatot kell keresnünk.

A tapasztalat szerint a cholera-járvány két főtypust mutat. Az első explosive kezdődik és hamarosan szűnik meg, a második lassan és kis mértékben terjed, s lassan is mulik el. Az előbbi typust a hamburgi nyári, az utóbbit pedig a téli utójárvány mutatja feltűnően.

Az explosive lefolyó járvány az által jön létre, hogy a fertőző anyag egyszerre lepi meg az egész várost. Itt természetesen csak olyan valami szerepelhet a fertőző anyag közvetítőjeként, a mi a város minden lakójára egy időben fejti ki hatását, s ez a levegő, víz, talaj és élelmi szerek, s esetleg még a legyek. Az utóbbiak működése télen ki van zárva. Fertőzött élelmi szerek okozhatnak ugyan csoportos megbetegedést, de explosiószerű járványt nem. A levegőről tudjuk, hogy az sohasem terjesztett még cholérát. Nem marad tehát más hátra mint a víz, a mely egy vízvezetékkel ellátott városban csakugyan egyedüli vívjóje lehet a járványnak ily esetben. Fel lehetne ugyan hozni, hogy ha a víz volna az egyedüli ok, akkor kivétel nélkül mindenkinek meg kellene kapni a cholérát, a ki csak abból ivott. Erre az a felelet, hogy igen is, — így állana a dolog, ha a betegséget okozó anyag *oldott* állapotban volna a vízben, mert akkor teljesen egyformán is volna abban elosztva, — szükséges volna továbbá, hogy mindenki egyforma mennyiséget fogyasszon el belőle, hogy továbbá mindenki egyformán hajlamos is legyen a cholera iránt. Azonban ezek egyike sem áll így, mert hiszen tudjuk, hogy egyik ember testi szervezete, életmódja, foglalkozása miatt hajlandó valamely betegségre, a másik nem; egyik absolute nem iszik vizet, a másik csakis ezen folyadékot használja ivásra; egyik csak evés közben, másik üres gyomorral szereti azt fogyasztani. De az is világos, hogy a fertőző anyag szerezeti azt fogyasztani. De az is világos, hogy a fertőző anyag szerezeti azt fogyasztani. De az is világos, hogy a fertőző anyag szerezeti azt fogyasztani. De az is világos, hogy a fertőző anyag szerezeti azt fogyasztani.

Hogy a víz csakugyan terjesztheti a cholérát, azt már akkor is tudták, mikor a bakteriologia még nem létezett. Így az 1866-diki londoni járványban ezt *Farr* az által mutatta ki, hogy a megtámadott városrész kapott csak rosszul szűrt vizet, míg a járványmentes vize kellően szűrve volt.

A cholera-járvány második fajtát ellenkezőleg az jellemzi, hogy az esetek nincsenek egyenletesen elosztva az egész városban, hanem góczok lépnek fel, melyekben egymásután sokan betegszenek meg. Járványos helyről jött valaki; ez megbetegszik; nemsokára utána fellép a bántalom azon család valamely tagjánál, a hol a beteg ápolgatott, majd a többi családtag, ugyanazon ház lakói, szomszédok és olyanok, a kik a járványos házban ez idő alatt tartózkodtak. Utóbbiak máshová hurezolják a cholérát, s itt újabb góczok képződésére adhatnak alkalmat. A megbetegedések e láncolata természetesen minden ízében csak gyér lakósu helyen követhető, a mennyiben csak itt lehet ellenőrizni az egyszerű hasmenésben álló cholera-eseteket is. Pedig hogy egy járvány alatt számos ilyen előfordul, s hogy épen ezek terjeszthetik alattomban a cholérát, azt tudjuk azóta, mióta a cholera-bacillust számos ilyenek ürülékében is kimutatni sikerült.

Természetes, hogy a cholera leirt két főtypusa nem mindenkor mutatkozik ily tisztán, s hogy azok egymásba át is mennek, s így a cholera-járvány megítélésénél sohasem szabad schemát követni. Így a nyári járvány Hamburgban először tisztán az első typust mutatta, vége felé azonban átment a másodikba is. A téli utójárvány ellenkezőleg csupán a második typus szerint folyt le. Ez utóbbira igen jellemző, hogy a megbetegedettek kivétel nélkül a nép legalsó rétegeiből kerültek ki, és hogy alig pár eset kivételével sikerült kimutatni azt, hogy a megbetegedettek csakugyan érintkeztek cholerasokkal. A szigorú vizsgálat valóban becsületére válik az egészségügyi szakközvegeknek, mert e nélkül a hajdani talányos cholera-járványok száma csak ismét szaporodott volna. Az utójárvány általános oka tehát nem a víz volt, hanem a fertőzés átvitele egyik emberről a másikra. Azonban fel kell említeni itt két hajó legénysége között kitört cholérát, a mennyiben itt csak

¹ L. Zeitschrift für Hygiene, 1893. Augusztusi füzet.

ugyan a víz volt a betegség szállítója. Az első hajó, a spanyol „Murciano“ ugyanis az „Ázsia“-rakpart azon részében horgonyzott, a hol olyan closet volt, a mit egy choleras hamburgi munkás használt. A hajóról január 8-dikán két cholerasat szállítottak a kórházba, a legénységet aztán kiszállásolták s bővebb vizsgálatnál kiderült, hogy ezek között még négy choleras volt. A hajót most más helyre vitték, itt desinfiálták és a befagyott closetet ismét működésbe helyezték. A „Murciano“ mellé állott a „Gretchen Bohlen“ gőzös, melynek addig egészséges legénysége között három nap mulva szintén kitört a cholera. Ez utóbbiak fertőzése — mint a vizsgálatból kiderült — úgy ment végbe, hogy a legénység a kikötő vizét itta, a melybe a „Murciano“ desinfiálásánál kiürített closet tartalma belefolyt. Itt tehát világosan be van bizonyítva az, hogy a járványt a víz okozta.

A hamburgi utójárványban feltűnő még a halálozás rendkívüli csekélyisége (28%). Ennek az az oka, hogy most minden legkevésbé gyanus ürülék is meg lett bakteriologice vizsgálva, tehát az olyan könnyebb esetek sem kerültek el a figyelmet, melyeket a nyári nagy cholera-epidémia egyszerűen cholera-nak minősítettek. És épen ezért oly fontos a hamburgi utójárvány, mert itt történt először alapos vizsgálat, mely még olyan, különben egészséges egyénekre is kiterjedt, a kikről kiderült, hogy cholerasokkal érintkeztek, s mert itt bizonyult be az, hogy a cholera által fertőzöttek között számosan vannak olyanok is, a kikről ezt csakis a bakteriologiai vizsgálat bírja bebizonyítani. Koch indítványára természetesen ezek is elkülönítettek, mert világos, hogy ezek is, sőt főleg épen ezek terjeszthették volna legjobban a járványt. Hogy pedig a fertőzöttek között a megbetegedés ily különféle fokozatai előjönnek, azt kétségen kívül csakis a személyi dispositionnak lehet bebizonyítani, melynek mibenlétét kideríteni a jövő vizsgálatok számára van fenntartva.

Mindezekből a praxis számára az a legfontosabb, hogy a cholera épen az olyan egyének hurokhatják más helyre, a kiknek a klinikai vizsgálat mitsem vesz észre, s csupán csak a bakteriologia adhat a fertőzés megtörténtéről felvilágosítást; a theoria számára pedig az, hogy cholera-járvány alatt a lakosság túlnyomó száma olyan kicsiny fokú cholera-ban szenved, hogy bakteriologiai vizsgálat nélkül ezeket egészségeseknek lehetne tartani, és hogy a közlekedés akkor is terjeszti a járványt, ha csupán csak egészségeseknek látszó egyének vesznek abban részt. Épen ezért eszik azon érv is, a mit a laboratorumokban magukat cholera-tenyésztéssel önként fertőzöttek felhoznak (Pettenkofer), hogy mivel nem haltak meg, hát nem is voltak cholera-ban, mert hiszen ıme tudjuk, hogy épen a legtöbbször heves tünetek nélkül folyik le a cholera-fertőzöttség.

A hamburgi utó-cholera-járványban tett eme feltűnő és fontos tapasztalatokhoz teljesen hasonló megfigyeléseket jegyeztek fel az ugyanezen időben Altonában dühöngő cholera-járvány alkalmával is, különösen a másodlagos fertőzést illetőleg. Három családban kapta meg a cholera-t fokozatosan minden tag, a ki a családjában levő ilyen beteg ápolásával foglalkozott. De kétségen kívül legérdekesebb azon csoportos megbetegedés, melyet Altona egyik házcomplexusában figyeltek meg, melyet a város az 1842-diki tűzvészkor a hajléktalanok számára építtetett, s a melyben az altonai utójárvány alkalmával 270 ember lakott. E házcsoporthoz vízvezeték nem volt, mert lakói a társulat kezében levő vízművek által kivetett költséget fedezni nem bírták, hanem valamennyien egy vascsöves szívókútból látták el vízszükségletüket. Az árnyékszék tonnarendszerrel voltak ellátva, de a szennyvíz levezetéséről külön csatornák gondoskodtak, melyek közül az egyiknek syphonja a használt közös kút előtt volt elhelyezve. Régi idő óta történtek a városban mérések a talajvíz magasságát illetőleg a különböző helyeken alkalmazott mérőlyukakban, melyek közül az egyik igen közel van a jelzett kúthoz, s avval azonos mélységű is, s így feltehető, hogy az ebben tapasztalt talajvíz-ingadozás azonos az egész telep talajjával. Már a nyári járványban is voltak e telepen egyes cholera-esetek, de sem akkor, sem az utójárvány alatt nem lehetett Pettenkofer theoriáját, t. i. a talajvíz ingadozását összefüggésbe hozni az ezen ház-

csoporthoz megfigyelt nagyszámú megbetegedéssel, mert az egész idő alatt, sőt a megelőző években is egész Altona területén alig változott a talajvíz magassága pár centiméternyit. Behatóbb vizsgálatnál azonban igen fontos és érdekes dolgok derültek ki. A telepet vízzel ellátó kút ugyanis az egész házcsoporthoz legmélyebb részén feküdt, minek következtében minden folyékony anyag természetesen errefelé vette útját lefolyása közben. Maga a kút falazat téglából volt építve, nyílását pedig alul fagerendák, ezek fölött vékony földréteg, végre legfelül kövezet zárta el. A járvány előtt a város összes kutainak vizét megvizsgálták és a rosszakat elzárták; de ez utóbbiak között e telepé nem fordul elő.

Minthogy ezen utójárvány alkalmával a telep közvetlen közelében épült házcsoporthoz lakosai között, — kik a városi vízvezetékét használták, — egyetlen cholera-eset sem fordult elő, ez azon gyanura adott alkalmat, hogy e telepen kitört járványnak csakis a közös kút vizében kell az okát keresni. A vizsgálatnál csakugyan ki is tűnt, hogy a kút fala azon részének hosszában, mely a syphonhoz legközelebb állott, — egész a víz felszínéig, — szennyes víz lecsorgásának nyomai mutatkoztak a kútfelel kibontásakor, azaz más szóval a kút téglafalában lyuk volt, melyen át az udvar szennyvize a kútba folyhatott, még pedig az a szennyvíz, mely egy Hamburgból ide jött s csak kisfokú cholera-ban szenvedő egyén ruháinak mosásával előtett. Minthogy pedig a kút az egész telep legmélyebb részén feküdt, az odacsorgás lehetősége annyival is inkább valószínű, mert a szigorú télen a kút előtt levő syphon be volt fagyva, tehát az udvarra öntött szennyvíz csakis a kút felé talált magának utat lefolyásra. Hogy ez csakugyan így volt, kitűnik abból, hogy midőn az első esetek a telepen felléptek, s az udvar carbol-oldattal felöntötték, a carbolsav szaga csakhamar érezhető lett a kút vizén is. A kút vizének ily módon való fertőzése annál is inkább bizonyos, mert kevéssel a járvány kitörése előtt enyhe napok jártak, s így bőséges alkalom nyílt arra, hogy a befagyott syphonon át el nem távozó szennyvíz a kútba csuroghasson. Meggyőzően bizonyítja ezt az is, hogy a járvány kitörésekor e kút vizével megejtett bakteriologikus vizsgálatnál abban csakugyan nagyszámú cholera-bacillus találtatott, és midőn ezután a kút január 26-ikán lezáratták, a telepen a járvány is pár nap alatt megszűnt.

Feltűnő azonban ezen altonai utójárványban a halálozás nagy százaléka, t. i. 57%, szemben a hamburgi 28%-kal, annyival is inkább, mert Hamburgban e kisfokú halálozás a legelső és legrosszabb viszonyok között élő néposztályban tapasztaltatott, míg Altona e házcsoporthoz igen rendes életű egyének is laktak. Azt kell tehát mondanunk, hogy az ivóvíz által terjesztett cholera sokkal vehemensebb, mint a másképpen támadott, bár itt megint ellentétként lép fel a hamburgi két hajóról elmondott tapasztalat.

Bármiként is álljon azonban e tekintetben a dolog, annyi bizonyos, hogy Altonában az arra hivatott közeg hivatásához mérten gyorsan felismerte a járvány okát, s a mint fentebb említve volt, annak eltávolítása, vagyis a kút lezárása meg is hozta a kívánt üdvös eredményt. Sokkal kevésbé hízelgők a nietlebeni elmeegógyintézet orvos-szakértőjére az ott kitört járvány alkalmával tett tapasztalatok.

A nietlebeni elmeegógyintézetben ez év januárjának közepén tört ki a cholera, tehát akkor, midőn egész Németországban csakis Hamburg és Altona volt attól fertőzve. Az intézet Halle városához igen közel, az itt erős kanyarulatot képező Saale folyótól pár kilométernyire egy csupasz porphyrsziklatömbön épült, mely az egész vidék fölött erősen kiemelkezik. A szikla négyszöget képez, melynek 4 csupasz szikla-csücskére a betegpavillonok vannak építve, az ezek között fekvő bemélyedett és elmállott kőzettel kitöltött helyen pedig a hivatalnokok lakásai fekszenek. Koch és tanítványai itt is első sorban a talajviszonyokat vették szemügyre, hogy kideríthessék az esetleges összefüggést a talajvíz-ingadozás és a járvány között. A vizsgálatnak az lett az eredménye, hogy úgy a talaj, mint az épületek száraznak bizonyultak. Talajvízről a sziklatalajon szó sem volt, az eső- és hóvizet pedig az egész területről a négy sziklatömb közé eső mélyedett, s a Saale folyó felé erős

eséssel bíró részlet vezette le. Bebizonyult tehát, hogy *Pettenkofer* theoriája itt sem vált bc.

Az intézet 10 év óta vízvezetékekkel van ellátva, mely a Saale folyó említett görbületéből táplálják, úgy hogy a folyó víz előbb homokszűrőn megy át, majd reservoirre-be hajtatik, honnan csövek vezetik szét az egész telepre. A closetek és konyhák vizét a telep háta mögött elterülő földekre vezetik, a hol mezőöntözésre lesz felhasználva. Az öntözött terület kellőképen alagesővezve van, s a róla leszivárgó s megtisztult szennyvíz közös csatornán át a Saale folyó vizébe vezetetik és pedig azon hely fölött, a hol a vízvezeték a vizét nyeri.

A járvány ez intézetben most egészen más lefolyást mutatott, mint az előző 1850. és 1866. években. Míg ugyanis akkor egy teremben lépett fel, s innen terjedt tovább lassan a többi terem és épületre, addig most minden épületben egyszerre betegedett meg több ápoló egyéniség.

Itt első pillanatra a fertőző anyag közös vívjére kellett gondolni. A talaj a fönebbiek értelmében nem lehetett. Az élelmi szerek szintén nem, mert ugyanazon szállító látta el a hallei klinikát is, pedig itt nyoma sem volt az egész idő alatt a cholera-nak. Maradt tehát gyanusnak egyedül a vízvezetési víz.

És csakugyan ki is derült a vizsgálat nyomán, hogy a Saale vizét szűrő vízmű teljesen rossz volt, s hogy a víz azon szüretlenül haladott át. Ugyancsak hiba találtatott az öntözött mezőknél is, a hol nem gondoltak a szennyvizeknek felfogására akkor, midőn a föld meg van fagyva, midőn tehát az, szűrésre képtelen. Azt tapasztalták ugyanis, hogy az intézet szennyvize a befagyott földön az azt borító hóréteg alatt mintegy külön patakot képezve folyott egyenesen a Saaleba és pedig a vízvezeték merítő csöve fölött, úgy hogy ebbe a szennyvíz egyenesen belekerült. A szűrő e mellett rosszul működött, s így történt már most meg az, hogy az egyszer elboesátott closet-tartalom és moslékvíz újra visszajött az intézetbe ivóvíz alakjában.

Hogy ez csakugyan így történt, bizonyítja az, hogy úgy a mezőről vett vízben, valamint a vízvezetési vízben is nagyszámú cholera-bacillust találtak a bakteriologikus vizsgálatnál, a mivel természetes magyarázat is meg van adva azon kérdésre, hogy miért tört ki a cholera a nietlebeni elmegyógyintézetben explosíószerűleg.

Érdekléssel birt már most annak kiderítése, hogy miképen, honnan került a vízbe az első cholera-bacillus. Ez a kérdés is megfejtetett, mert kitűnt, hogy Hamburgból jött ez időben egy új ápoló, a ki pár napig erős hasmenése miatt nem is végezhetette kötelességét. Ennek ürülréke került a chlosetből a mezőre, innen a Saaleba, innen a vízvezetékbe s végre a betegekbe.

Az intézetben egyébként gondot fordítottak a cholera elhárítására. Már 1892. év nyaratól nem volt szabad a betegeknek mást mint csakis forralt vizet adni ivásra. Ezt a rendszabályt megszigorították az első cholera-eset megfigyelésekor is, azonban természetesen nem sok eredménnyel, mert a mosdás, fürdés stb.-re még ekkor is a fertőzött vízvezeték vizét használták. E mellett az ápoló személyzet a kényelmetlen víz-hordás miatt természetesen a könnyebb módot használta a víz beszerzésénél, mert hiszen az ő kezükben voltak a csapok kulcsai. A járvány terjedésekor ezeket is elkobozták, s a betegeknek tisztán forralt vizet adtak, a csapokat pedig beforrasztották. Erre azután a járvány is megszűnt. Egyéb óvószabályok közül felemlítendő: a látogatások betiltása, továbbá az, hogy az ápolókat csakis éjjeli edényekbe végezheték szükségüket, midőn a legkevésbé gyanus egyén is rögtön el lett különítve a többitől. Ez utóbbinak persze az lett a következménye, hogy csakhamar meg telt a megfigyelő pavilon, míg nem a bakteriologikus vizsgálatot megejtő kiküldött szakértő meg nem érkezett. Az összes ürülrék desinficiálva lett a ruhákkal együtt.

Azon helyiségek, melyekben betegség fordult elő, lehető gyorsan kiürítettek, s falaik, padozataik fertőtlenítő folyadékkal mosattak le. Különös gond fordított a vízvezetési csövek és a mező fertőtlenítésére is. Az előbbi úgy végeztek,

hogy a szivattyú-telep felől az egész csőhálózatot 3%-os carbolsav-oldattal töltötték meg, mit 24 óra után kibocsátottak, majd a csöveket a Halle-ből szállított vízzel mosták ki. A mezőknek kezdetben óriási nehézségekbe ütköző desinficiálása is sikerült, mert szerencsére csak a lefolyás útját kellett fertőtleníteni, a mit mézstejjel végeztek a closetekből kiindulólág mindaddig, míg a Saale-be ömlés helyén lecsurgó víz erős alkalikus vegyhatást nem mutatott.

Az óvórendszabályok a Saale folyó mentén is különös figyelmébe ajánlottak a lakosságnak. Természetesen mindenütt a csendőrségnek kellett felügyelni arra, hogy azok tényleg be is tartassanak. Csakis a minden téren kifejtett fáradhatlan munkássággal és a kerület orvosfőnökének tevékenységével lehetett megakadályozni azt, hogy a cholera ezen notorius fészkekből nagyobb mértékű elhúrozolás a Saale mentén nem történt.

A nietlebeni járvány vizsgálatánál azon kérdés merül fel az emberben, vajjon nem lehetett volna-e megakadályozni ily sok emberélet elpusztulását. A kérdésre csakis „Igen“ lehet a felelet, s maga Koch is sajnálattal kijelenti, hogy itt csupán csak az intézet technikai és orvos-szakértőjére hárul a felelősség. Az utóbbtól azonban el kell tekinteni, mert hiszen a ki örültek gyógykezelésével foglalkozik, attól nem lehet kívánni azt, hogy egyúttal jó hygienikus is legyen. Ezért ily körülmények között az államnak kellene a gondozást a kezébe venni.

„De megteszi-e ezt az állam!?” — kérde ezikke végén Koch. — „Bajosán, mert hiszen irányadó körökben még most is azon nézettel találkozunk, hogy a tudósok maguk sincsenek egy véleményen a cholera okaira nézve, s így a határozott állásfoglalással is várakozni kell.“ És kérdezzük már most, kik azok a tudósok, a kik a cholera-bacillusok jelentőségéről nincsenek tisztában? Azok bizonyára nem, a kik valaha csak egy kevéssé is foglalkoztak a bakteriológiával, mert hiszen ezek unós-untig épen a cholera-bacillus fertőző, kórokozó voltát hangoztatják. Tehát azoknak kell lenni, a kik ma sem akarnak tudni a cholera-bacillusokról, a kiknek tudományossága tehát más tárgyra vonatkozik. És ez utóbbiaknak nagy előnyük van csakugyan a cholera-kérdés vitatásánál. Nem tesznek ugyanis ezek egyebet, mint hogy kételkednek, hanem azért olyan határozottsággal beszélnek e kérdéstről, hogy okvetlenül imponálniok kell a még kevesebbet tudó laikusok előtt.

Arra pedig, hogy eme nagy tudósok valaha meg fognak szünni indokolatlan kételkedésükkel megzavarni a közönséget és a hatóságokat, — mondja Koch, — ez idő szerint nincsen kilátás. És mig az, a kire ezek büles véleményükkel látszólag támaszkodnak, — *Pettenkofer*, — a maga őszinteségével mindenkor bevallotta, hogy ő sohasem foglalkozott a bakteriológiával, s a ki — mint épen őszinteségétől várható — előbb utóbb be fogja látni, hogy nem volt igaza, addig látszólagos követőitől ezt várni nem lehet.

Sőt ha *Pettenkofer* tagadó álláspontján ezután is megmaradna, ez is magyarázható volna emberi szempontból. Mert bizony neki, a ki oly sok éven át nagy tehetségét, összes munkaerejét a saját s vele mintegy összeforrott theoria fejlesztésére fordította, nagyon nehezére eshetik abból csak részleteket is elengedni.

„De megfoghatatlan előttem, — mondja Koch, — hogy olyan ember, mint *Liebreich*, a ki soha életében bakteriológiával nem foglalkozott, a kinek a berlini orvosegyesületben tartott nagyhangú előadásának minden szava elárulja azt, hogy a bakteriológiához mit sem ért, — a ki e szerint soha meg nem vizsgálta egyetlen cholera beteg ürülrékét sem, miként törhet pálczát a bakteriologiai diagnostika, a bakteriologia és ennek összes eddigi sikerei és érdemei felett. Mi lesz abból, ha egyrészt a bakteriologusok azon iparkodnak, hogy még a szűrt víz is megvizsgáltassék tisztaságára, midőn másrészt egy *Liebreich* ezt mondja, hogy a bakteriologia nem hozott új dolgot a vízkérdésbe, hogy jó vizet már régóta kívánunk, hogy már rég tudjuk, miszerint a rothadt víz beteggé tesz. Nem-e annyi ez, mint minden áron csak zavart hozni a már világos kérdésekbe is?”

„Félek — fejezi be *Koch* cikkét, — hogy mindaddig, míg ilyféle beszédek hallatszanak, az irányadó körök is csak azt mondják majd, hogy: a tudósok nincsenek még egy véleményen, — azért előzetesen csak maradjon minden a régiben. Hanem ha ezen böles beszédeknek kifolyásaképpen a jövőben is olyan katastróphák állanak be, mint kevéssel ezelőtt Hamburg és Nietlebenben észleltettek, akkor is ezen tudósokhoz forduljon ám a világ, a kik még ma is vindicálják maguknak azt a felelősséggel terhes jogot, hogy olyan dolgokról beszéljenek, a mikhez absolute nem értenek.“

Rigler Gusztáv dr.

KÖZEGÉSZSÉGÜGY.

Védhímlőtásban részesült Németországban az 1890. évben összesen 1.300,136 először oltott és 1.163,132 újraoltott. E szám az előbbi évhez képest 22,221 csökkenésnek felel meg. Beoltás nélkül maradt 173,356 először és 38,983 újraoltásra kötelezett. Szabályellenesen kivonták magukat az oltás alól az először oltandók közül 33,286-an, az újraoltandók közül pedig 9,704-en. Emberi lymphával 80,765; állattal pedig 1.206,874 először oltott lett kezelve. Az emberi lymphával való oltás száma az előbbi évhez képest az összességben 4%-kal csökkent, sőt voltak államok, melyekben egyáltalán nem is oltottak emberi nyirkkal.

Az először oltottak 97%-ában, az újraoltottaknak pedig 91%-ában volt az oltás sikeres. Kivételes oltás csak Bajorországban vált szükségessé, a honnan a legtöbb hímlőbetegedés lett jelentve.

Zavarólag az oltásra némely helyen uralkodó diphtheritis, scarlatina és morbilli járvány hatott. Ellenállást az oltás iránt csak elenyésző csekély számban tapasztaltak. Halálos orbáncz 3, pyaemia pedig csak 1 volt az egészben. Württembergben sok gyermek kapott herpes tonsurans-t az azzal inficiált oltóanyag-tól. (Wutzdorf. kais. Ges. Bd. 1. H. 3.)

A napfény desinficiáló képessége eddigéig is ismerve volt, azonban azon körülményt, hogy e hatását vízben suspendált bacteriumokra is képes-e kifejteni — nem tanulmányozták. Buchner és Minck előzetes közleményükkel (Centrbl. f. B. u. P. XI. B. Nr. 25) hívják fel figyelmünket azon sokszoros kísérletükkel igazolt tényre, hogy a napfény bacteriumölő tulajdonságát igen erősen érvényesíti a vízben suspendált bacteriumokra is. Vizsgálataikat typhus, coli communis, pyocyaneus és cholera-bacillusokkal végezték, melyeket részint sterilizált, részint nem sterilizált vízbe oltottak. A vizpróbákat különféle alakú és nagyságú edényekben, ú. m. kémcső, lombik, üveghenger, lapos bádogcsészékben egyrészt direct napfénynek tették ki, másrészt pedig a fény tökéletes elzárása czéljából fekete papírból készült dobozokban tartották; — a víz hőmérsékét pontosan mérték, s bizonyos idő múlva a vizek erélyes felrázása után azokból gelatina-lemezeket készítettek.

Kísérleteik feltűnő eredményt mutattak. Míg ugyanis oly vízben, melynek 1 köbcentiméterjében 100,000 bacillus coli communis volt kezdetben, egy órai napfényen való állás után egyetlen bacillust sem voltak képesek kimutatni. A sötét dobozban tartott vízben ellenkezőleg szaporodást constatáltak. Ugyanez volt az eredmény akkor is, ha az inficiált vízhez tetemes mennyiségű bacterium-tenyésztő anyagot (bouillon?) adtak. Diffus világosság is ép így hatott, csak hogy gyengébb mértékben.

Buchner kísérleteiből a következő conclusiót vonja le: 1. A bacteriumok a vízben való magatartásának kiderítéséről eddig megjelent közlemények nem tekinthetők többé irányadóknak, mert a fény behatását tekinteten kívül hagyják. 2. A folyók és tengerek azon eddig sokat vitatott tulajdonsága, hogy a beléjük jutott mikroorganizmusokat megölik, — valószínűleg a napfénynek eddig kellőleg nem méltányolt hatásában keresendő. Végre ajánlja Buchner, hogy ott, hol jelenleg a város szennyvize direct a folyókba lesz vezetve, azt előbb fehéren ezementezett ülepítő medenczéken bocsássák keresztül, hogy a csatornavíz számtalan ártalmas mikroorganizmusa előbb

a napfény behatása által megölessék, avagy legalább is gyengítettessék.

R. dr.

Pettenkofer 50 éves doktori jubileumát tartották meg ez év június 30-ikán Münchenben. Uralkodója, városa, a külföldi és honabeli tudományos intézetek, pályatársai, de a művelt német laikus közönség is a legnagyobb kitüntetéssel halmazták el az agg tudóst. *Pettenkofer* 1818-ban december 3-ikán Lichtenheim, alsó-bajorországi városban született, hol atyja földbirtokos volt. Már 8 éves korában gyermektelen nagybátyjához, *Pettenkofer Xaverhoz* került, a ki udvari gyógyszerész volt Münchenben. Ez természettudóssá és gyógyszerészsé akarta őt kiképezni. 1843-ban egymásután megszerelte magának a gyógyszerészi és orvosdoktori oklevelet. A fiatal doktor azonban nem érzett kedvet a gyakorlathoz, s így atyai jó barátja, *Fuchs N. János* tanácsára az akadémiai pályára lépett s fél évig *Scherernél*, fél évig pedig *Liebignél* dolgozott. Itt ismerkedett meg *Will, Kopp, Fresenius, Bardelebennel*. Itt végezte a vizelet kreatininjáról és a róla nevezett epekémletről szóló munkáját. Tudományos sikereit jutalmazandó, a bajor kormány az orvosi chemia rendkívüli tanári állását ígérte meg neki, addig is pedig az állami pénzverdében működött. A bajor aranykoronák beolvasztásánál azokból az arany különválasztását megnehezítő platina-tartalmat ő fedezte fel, s ő adta a módot meg e nehézségek eltávolítására. Ugyancsak ő fedezte fel azt is, miképen lehet a régi olajfestményeket regenerálni. 1852-ben már rendes tanár volt az orvosi chemiából, de e mellett az udvari gyógyszerész főnökének is megmaradt. Munkálkodása közben mindjobban az egészségtan felé fordult figyelme, 1865-ben ezen, tulajdonképpen általa alapított új tárgy tanára lett. Már 1846-ban rendkívüli, 1856-ban pedig rendes tagja volt a bajor királyi tudományos akademiának, mely őt 1890-ben elnökévé választotta. Így érte el *Pettenkofer* azon legmagasabb állást, a mit egy ország tudós fiának csak adhat. Ezenkívül számos társulatban is tiszteletbeli tag lett, királya pedig 1865-ben az ország nemesei közé emelte, 1882-től fogva pedig e czímet utódaira is átruházta.

Pettenkofer tudományos működése olyan terjedelmes, hogy azt e helyen bőven ismertetni lehetetlen. Felfedezéseinek sorozatát a levegő szén-savtartalmának egyszerű és mégis pontos meghatározásával kezdte meg. Majd evvel és a légsúlymérő segítségével megejtett vizsgálataival megállapította a szellőzés szabályait. Új alapokra fektette a ruházat működését illető ismereteinket. Igen terjedelmesek a talajról, a talajvíz és talajlégről tett vizsgálatai, melyekkel kapcsolatban a gázmérgezésekkel is foglalkozott. Majd a városoknak ivóvízzel és csatornázással való ellátását és ezek hasznát ismertette meg. Klasszikusak a *Voit* társaságában végzett s az emberi táplálkozás élettanát megalapító kísérletei is, melyek minden orvos előtt ismeretesek. Leghírneveesebbek azonban a járványtana tanulmányai, a melyek egyrésztől sok követőt, de másrésztől sok ellenséget is szereztek neki. Tudjuk, hogy *Pettenkofer* kapcsolatba hozta a talajt a járványos betegségek terjedésével. Nézetait bámulatos kitarással és a logikus ész minden fegyverével védte mind e mai napig. Nagy érdeme az, hogy az ő munkásságának köszönik a bajor egyetemnek a közegészségtani tanszékeket és intézeteket. Az egyetemi előadásokon kívül számos felolvasást tartott és népies cikket írt a laikus közönség számára. Tanítványait nemcsak csodálat és tisztelet, hanem őszinte, igaz szeretet is tölti el iránta, a ki elnéző az emberi gyarlóságok iránt, a ki elismeri mások érdemeit, a ki mindig barátságos, elismerő, buzdító, igazi barátja és atyai főnöke összes tanítványainak München csupán neki köszöni, hogy a hajdani hírhedt typhus-fészekből Németország legegészségesebb városává lett. Boldog, nyugodt életet kívánunk a nagy férfúnak, a kinek életpályája a szakadatlan munka volt.

R.

A Löffler-féle diphtheritis-bacillusok diagnostikus, sőt pathologikus értékét több vizsgáló újabb időben leszállítani törekedett azon tapasztalatukból merített következtetéssel, hogy ezen mikroorganizmusok nemcsak a diphtheriás torokban, hanem a test más helyein is előjönnek, kimutatásuk tehát

nem teszi absolut bizonyossá a diphtheritis jelenlétét. Fraenkel a marburgi orvosegyesületben tartott előadásában szépen megvilágítja e vitásnak látszó kérdést. Kiemeli első sorban azt, hogy a nevezett bacillusok csakugyan előjönnek egészséges egyének torkában, szájában, sőt Uhthoff vizsgálatai szerint a conjunctiva és cornea számos betegségénél is. Az ezen helyekről mesterségesen tisztára tenyésztett bacillusok alakra teljesen megegyeznek, sőt a tenyésztő anyagokon is teljesen egyezően viselkednek a diphtheriás betegek torkából kitenyésztett bacillusokkal, úgy hogy csupán ezen vizsgálattal egymástól őket megkülönböztetni nem lehetséges. Van azonban egy igen egyszerű s mindenkor beváló jele a differentianak, és ez az, hogy a diphtheriás torokból kitenyésztett Löffler-bacillus tengeri malacz, házi nyúl és galamb hasbőre alá fecskendezve, bár igen kis mennyiségben ($\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ kem.) is — az állatokat 1—2×24 óra alatt jellegzetes tünetek: véres-savós izzadmány az oltás helyén, a pleura és hasürben, a vesék és mellékvesék gyuladása stb. kíséretében megöli. Az egyéb helyről kapott bacillusokkal pedig nemcsak halált, de még megbetegedést sem vagyunk képesek elérni a kísérleti állatoknál. Ezen, a kísérleti állatokkal szemben tanúsított eltérő viselkedésből kiindulva, nevezte el az utóbbiakat Hofmann *pseudo-diphtheritis bacillusoknak*, s az ő nyomán más vizsgálok e néven külön bakteriumfajnak minősítették ezen mikroorganizmusokat. Roux és Yersin, a két francia vizsgálok, alapos munkájukban azonban meggyőzően kimutatták, hogy a diphtheritis és pseudodiphtheritis-bacillusok nem két különféle bacteriumfajt képeznek, hanem egymással azonosak és pedig azért, mert az utóbbiak alkalmas kezeléssel virulensekké, állatokat megölökké tehetők, s viszont más eljárással a diphtheriás torokból kitenyésztett bacillusokat is állatokra ártalmatlanná tehetjük, azaz a kettőt mesterségesen egymással azonosá alakíthatjuk át. Ezen tény eléggé magyarázza már most azt, hogy egyesek egészséges torokban is megtalálták az eddig „pseudo“-nak jelzett, de tulajdonképpen csak csökkent virulentiájú valódi diphtheritis-bacillust. Nem elég azonban annak felderítésére, hogy diphtheriás torokkal állatokra ártalmatlan, s viszont egészségesből virulens Löffler-bacillust sikerült többeknek kitenyészteni. Az ellenmondás azonban itt is csak látszólagos, mert hiszen ismerjük az emberi szervezetnek azt az eddig közelebből meg nem határozott tulajdonságát, hogy ugyanazon kórhatóanyag egyiknél betegséget idéz elő, míg a másokra nem gyakorol káros behatást, azaz az utóbbi egyén azon betegséggel szemben immun. Épen ezért nemcsak hogy nem gyengíti, hanem egyenest mindez csak megerősíti azt, hogy a Löffler-féle bacillus jelenléte kóros torokban határozott és biztos diagnosist enged állítani diphtheritis jelenlétére. Az pedig, hogy a virulentiáját elvesztett, tehát magában véve ártatlan bacillus bizonyos kedvező körülmények között kórokozóvá lehet, rendkívüli járványtani fontossággal is bír, mert megmagyarázza számos, eddig teljesen homályba burkolt diphtheritis-epidemia keletkezését és tovaterjedését. R.

100 álhártyás toroklobot vizsgált meg Jansen diphtheritis-bacillusra, ezek közül 63 esetben talált diphtheritis-bacillust, míg a többi 37-ben azt kimutatni nem bírta. Az utóbbiak közül volt 17 angina scarlatiosa és 20 egyéb álhártyás toroklob. E 20 közül 10-nél streptococust, 9-nél staphylococust és 1-nél diplococust talált. Tiszta scarlatinás diphtheritisnél csak coccusok voltak.

Jansen kiemeli, hogy bakteriologikus vizsgálat nélkül lehetetlen biztossággal felállítani a kórismét, mert az ő 63 esete közül volt 19 olyan, hogy a hártya kicsisége és kinézése könnyen tévedésre adhatott volna e nélkül alkalmat. A hártya eltünése után csak pár esetben folytatta Jansen az oltást a torokból, s ekkor már nem is találta meg a diphtheritis-bacillust, míg több vizsgálok 14, sőt több nap mulva is kimutatta azt a reconvalescensek torkából; ezért ő is az anti-septikus toroköblítés folytatását szükségesnek tartja, azonban különösen arra figyel, hogy azon tárgyak desinfiáltassanak minél előbb, a melyekkel a beteg orr vagy száj váladéka érintkezésbe jött. A prognosis igen rossz, ha a Löffler-ba-

cillus streptococussal együtt találtatik, valamivel kedvezőbb, ha a diphtheritis-bacillus tiszta tenyészeté van a torokban. Utóbbiak közül legvirulensebbek azok, melyek hosszúak és csomókban állanak, míg kevésbé virulensek a rövid, párhuzamosan elhelyeződött bacillusok. (Hygiea 1893.) R.

A diphtheritis-bacillusról eddigelé az volt általában a nézet, hogy az csak azon helyen jön elő, hol a hártya létezik, csak Babes, Kolisko, Paltauf és Spronck bírták azt a test egyéb részeiből is kimutatni. Frosch 15 esetet vizsgált meg, s ezek közül 10 hulla vérében és szerveiben találta meg a diphtheritis bacillust. Vizsgálatainak úgy járt el, hogy a lehetőleg friss hulla szivéből vért, esetlegesen jelenlevő izzadmányokból szintén pár kem.-nyi mennyiséget vett, a lép, vese, tüdőből pedig lehetőleg nagy darabokat vágott ki. A előbbieket directe dörzsölte szét agar-lemezeken, utóbbiakból pedig a frissen készített metszfelületről vett kaparékkal járt el hasonlóképen. Kiderült, hogy főleg a vér és izzadmányokból készített lemezeken volt bőséges diphtheritis-tenyészet, melyeket azután állatkísérletekre is felhasználta. A szervek közül főleg a lép és vesét találta Frosch legdúsabb bacillustartalmúnak, legszegényebbnek pedig a májat. A szív vérében csak egy esetben nem voltak kimutathatók. (Z. f. H. u. J. XIII. 93.) R.

Laboratoriumban szerzett cholerat észlelt Freymuth és Lickfett ez év április havában azon szolgán, a ki nekik a nietlebeni járványból kapott cholera-bacillus tiszta tenyészeteivel megejtett vizsgálatoknál segédkezett. A szolga ugyanis április 8-dikán reggel cholera-tenyészetekkel dolgozott, közvetlenül utána pedig megreggelizett a nélkül, hogy kezeit előzőleg megtisztogatta volna. Április 10-dikén hasfájás, bőfőgés, a következő napon pedig elesettség, szédülés és gyakori hasmenés lépett fel nála, mely utóbbi négy napig tartott. Ikragöres, anuria, albuminuria a betegség alatt hiányoztak. Ürülékét Freymuth és Lickfett április 12-dikén vizsgálták meg először, s abban számtalan kommbacillust találtak. A belőle készített agarlemez-tenyészetekből és az ezekből kihalászott coloniákból ázsiai cholera-ra tették a kórismét, melyet Koch intézetében végzett vizsgálatok szintén megerősítettek. (D. med. Wochenschr. 93. Nr. 19.) R.

A hamburgi (1892/93.) utó-cholera-járványban Rumpel által megejtett klinikai és bacteriologiai vizsgálatokból a következő érdekes adatokat kapjuk. A járvány 1892. év december 8-án kezdődött és 1893. január 23-ig tartott. Megbetegedett összesen 60 egyén, kik közül 29 klinikailag súlyos cholera-ban szenvedett s közülök 11 elhalt. A 29 esetből 26-ban sikerült egyszerű lemez-tenyésztéssel 24 óra alatt kimutatni a cholera-bacillust, 3-nál azonban, dacára annak, hogy ezek klinikailag a többitől nem voltak megkülönböztethetők, a komma-bacillusok kimutatása nem sikerült. Ezen három egyén azelőtt teljesen egészséges, erős testalkatú, középkorú volt, a kik cholera-betegekkel nem érintkeztek, s a súlyos tünetek dacára meggyógyultak. Épen ezért biztosan nem lehet megdönteni azon véleményt, hogy ezek cholera nostrasban szenvedtek. Rumpel ezenkívül többször nem talált a betegség első két napján az ürülékben cholera-bacillust, melyek azonban később mindenkor megjelentek. Épen azért sohasem szabad melegegedni a cholera-gyanus beteg ürülékének egyszeri vizsgálatával. Végre említésre érdemes az is, hogy több oly egyén ürülékéből ki lehetett mutatni a cholera-bacillust, a kiknél a tünetek csak igen kismértékűek voltak. Utóbbiak közül háromnál hasmenés sem volt. A komma-bacillusok átlag 2—3 napig találhatóak meg R. szerint a beteg ürülékében. (D. med. Wehschr. 1893. Nr. 7.) R.

A cholera aetiologiájáról folyó vitában Dornblüth szerint igen kis fontosságot tulajdonítanak a személyes dispositionnak. A lokalisták által a contagionisták ellenében felhozott azon tapasztalatot, hogy cholera-járvány alatt az orvosok és ápolók közül csak kevesen betegszenek meg és halnak el, nem lehet csupán az ezek által helyesen véghezvitt óvórendszabályoknak betudni, mert a mikor a prophylaxist még nem is ismerték, akkor is így állott a dolog. Ellenkezőleg azonban nem lehet tagadni azt sem, hogy oly helyeken sem betegszik

meg mindenki, a hol különben megvan a helyi és időbeli dispositio. Minthogy pedig ahhoz nem fér kétség, hogy járvány alatt sokan egészségesek maradnak, dacára annak, hogy számtalan cholera-bacillust kebeleznek magukba, fel kell venni, hogy ezek időlegesen vagy állandóan immunok a cholera ellen. D. hangsúlyozza, hogy ezen immunitást mértéktelen étellel, meghűléssel stb. el lehet veszteni, valamint hogy a helyi viszonyok folytán különben cholera mentes helyen való tartózkodás sem zárja ki a megbetegedés eshetőségét, ha a fertőzésre mód van, a mit bizonyít az is, hogy 1859-ben a járványtól megtizedelt Rostock lakóiból sokan a cholera-tól mentesnek tartott Warnemündebe menekültek, de épen itt utóbb mégis megbetegedtek. (D. med. Wehschr. 1893.) R.

Az 1892/93-diki cholera-járvány alkalmával a különböző helyeken tisztára tenyésztett cholera-bacillusok morfológikus és biológikus tulajdonságaiban eltérést talált Sclavo, a ki Massanah, Ghinda, Berlin, Páris, Chochinchinából származó anyagot vizsgált. Így a massanahi és ghindai spirillumok kisebb görbülettel bírtak és hosszú fonalakat képeztek; bouillonban gyorsabban növekedtek, de az indolreactiót nem mindig adták, gelatina-tenyésztetik azonban eltérést nem mutatott. Burgonyán sötét-sárga lepedéket adtak, oly bouillonban pedig, melyhez sacharost, glykostat vagy laktostat adott, jobban tenyészték mint a többiek, mert kevesebb savat produkáltak. Tejet meg-alvasztották. Állatkísérletnél az derült ki, hogy ezen afrikai cholera-bacillusok sokkal virulensebbek, mint az eurpai járványból származottak és pedig nemcsak tengeri malacra, hanem galambokra is. Sclavo ezekből kiindulva, az afrikai anyagot a cholera-bacillus külön fajtájának tartja. (Riv. Hyg. 1892. Nr. 19.) R.

A prostitutio Szent-Pétervárott. Fedorow terjedelmes dolgozatában kimerítően foglalkozik e kérdéssel. Első sorban azon okokat keresi, mely a nőket a prostitúcióra kényszeríti, s szerinte ez Pétervárott főleg a dologkerülés. Rendőri felügyelet alatt él ott 3000 prostituált nő, kik közül 600 bordélyházakban tartózkodik, a többinek saját lakása van. A bordélyházaknak minden tekintetben meg kell felelni a hygienikus feltételeknek, miről külön bizottságok által gyakran megejtett vizsgálatok gondoskodnak. 100 nőnek meg van engedve, hogy e foglalkozásukat titokban űzhessék titkos bordélyházakban, de ezek azután maguk járnak az orvoshoz. A vizsgálat valamennyinél hetenként egyszer történik. Külön kasztot képeznek az ú. n. „Kommissionsfrauenzimmer“, t. i. olyan nők, a kikre sok a gyanu, hogy pénzszerzésből titkon prostituálnak. Különösen megdicséri Fedorow a Németországból származó nőket, a kik úgy illedelmes viselet, mint tisztaság és orvosi vizsgálatok észszerűségéről való meggyőződésükkel tűnnek ki a többiek között. Az orvosi vizsgálat három helyen ejtetik meg egy felügyelő, 8 orvos és 3 bába által. Hiba azonban, hogy a vizsgálat igen rövid idő alatt ejtetik meg, s hogy a nők ruhástól szállnak fel a vizsgáló székbe. — 1891-ben 69 nyilvános és 4 titkos bordélyház volt Pétervárott, melyek közül 5-ben 5 rubel, 12-ben 2—3 rubel, 52-ben 1 rubel, — a titkosokban pedig 15 rubelt fizettek a látogatók. A nők kora 16—50 év volt, s az összes közül 380 volt syphilitikus; ezeken kívül 1082-nél volt ez év alatt egyéb nemi bántalom, 31-nél pedig terhesség fordult elő. (A. f. D. u. S. 1893. Nr. 3.) R.

Miképen lehet megállapítani a tehének tuberculosist, a piaczi tejből, illetve mily mértékben van a piacz-tej tuberculosissal fertőzve? Két igen fontos kérdés, melynek practikus megoldása eddig rendkívüli nehézségbe ütközött. Friis igyekezett ezt kísérleti úton megfejteni úgy hogy a piaczon tejpróbákat vett, s azokból 10 kem.-t fecskendett 2—2 házinylul hasúrébe. A kísérlet eredménye az lett, hogy a 28 megvizsgált tej közül 4 volt tuberculosissal fertőzve, mert az ezekkel beoltott állatoknál jellegző hashártya tuberculosissal lépett fel. — Friis most a rendszeres segélyével megvizsgálta azon istállókat, a honnan ezen 4 tejpróba származott. Kitént, hogy a 4 próba közül kettő olyantól, a kinél 20 tehén teje lesz összekeverve, melyek

közül csak egynél lehetett gyöngye gyanu kistökü tüdőtuberculosisra. A másik termelőnek szintén 20 tehene volt, ezek között azonban már volt két olyan tehén, mely igen kifejezett emlő-tuberculosissal szenvedett, és több olyan, melyek szintén gyanusaknak látszottak. Érdekes, hogy az első két próbával beoltott nyulaknál a kórfolyamat sokkal kisebb fokú és chronikus lefolyású volt, míg az utóbbiaknál igen kifejezett és akut volt, a mi a fertőzés fokával szintén megegyező eredmény. A kísérletekből kiviláglik ezenkívül még az is, hogy sok egészséges tejhez kevert aránylag kevés fertőzött tej is igen nagy fertőző képességgel bír. Az eljárás egyszerű voltánál fogva igen alkalmas arra, hogy az egészségügyi közegek bármely városban ellenőrizhessék a tej jóságát, mi által természetesen számos fertőzés is megakadályoztatnék. (H. Rundschau. 1893. Nr. 14.) R.

A francia iskolákban eddig elég gyakran előjött fertőző betegségek leküzdése, illetve megelőzése czéljából a közoktatási minister a következő rendeletet adta ki: 1. Minden iskolában legyen jó ivóvíz és jó árnyékszék. Különös gondoskodás tárgyát képezze a szellőzés órák közben és azok után. A tisztogatás ne söprés, hanem nedves ruhával való letörölésben álljon. A padló hetenként egyszer, a falak évenként kétszer desinfiáló oldattal lemosandók. A gyermek tisztaságára a tanító tartozik szigorúan felügyelni. 2. Lázasnak bizonyult gyermeket azonnal haza kell küldeni, s ha fertőző betegség lépne fel nála, akkor orvosi utasítás szerint a gyermek testvérei is eltiltandók az iskola látogatásától, s a tanterem fertőtlenítendő, a tanuló könyveit, író- és játékszereit pedig el kell égetni. A beteg felgyógyulása után csak orvosi bizonyítvány, illetve engedélyvel s az alább kiszabott idő után jöhet az iskolába. Ezen idő az egyes betegségeknek a következő: himlőnél 40 nap, vörhenynél 40 nap, kanyarónál 16 nap, diphtheritisnél 40 nap, hökhurutnál 20 nap, hajbetegségeknek pedig csak a teljes gyógyulást igazoló orvosi bizonyítvány mellett vehető fel ismét az iskolába a gyermek. (Zeitschr. f. N. u. H. 1893. H. 17.) R.

Az antiquariusok iskolakönyveinek egészségi ártalmasságaira hívják fel a lapok a szülőknek figyelmét. És ebben teljesen igazuk van. Azok a régi, kézzel-kézre adott iskolakönyvek sokszor lehetnek a legveszedelmesebb betegségek okozói. A gyermek, kivált iskolás korában, igen gyakran betegszik meg ragadós betegségekben. A mikor lábadozóban van, örömet játszik könyveivel, lapozgatja, forgatja ilyen módon befertőzi. Az orvos elrendeli ugyan, hogy az egész lakást desinfiálják, hogy a fertőzött könyveket elégessék: de az utóbbi ritkán teszik meg; a nagyon is gondos szülő legfőleggel eladja mielőbb a könyveket az antiquariusnak, a ki azt elviszi raktárába s a többi régi könyv közé rakja. De az is gyakori dolog — sajnos —, hogy a beteg gyermek meghal. Ekkor is elrendeli az orvos a desinfiálást, a könyvek elégetését, de ekkor is a szülők, eselések elég gyakran megmentik a könyveket a pusztulástól . . . s eladják az antiquariusnak. Azok az ócska, büdös, szennyes iskolakönyvek tehát nemcsak kedvét rontják, szemét bántják a tanulóknak, hanem folytonos veszedelemmel is fenyegetik. Ki tudja, melyik lapra köhögött a beteg reá és azután becsapták a könyvet, eladták, s most a megvevő tanuló a könyvet kinyitva, fertőzést szív magába.

A tapasztalás sok esetet említ fel, melyekben a ragály efféle módon, könyvvel, levéllel, emléktárgyakkal terjedt el egyik gyermekről a másikra.

Alapos tehát az a felszólalás, a mely a szülőket óva inti, hogy öreg és elhasznált iskolakönyveket ne vásároljanak gyermekeiknek. Ha pedig annyira szegény a szülő, hogy nem bírja az új könyv költségét, avagy ajándékba kapja a régi könyvet, akkor legalább annyit tegyen gyermeke védelmére, hogy ama könyvet zárja a takaréktűzhely sütőcsövébe s hagyja ott 1—2 órán át a forró levegőben. — Ha megpörkölődik — annál jobb. (F.)

Helyreigazítás. A Közegészségügy és törvényszéki orvostan f. é. 4-ik számában Novák Endre dr. munkájának ismertetése be van fejezve és így téves az az aláírás, hogy „folytatása következik“. Szerk.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÓGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény Laufenauer Károly dr. ny. r. tanár elme- és idegkórtani klinikájáról.

A hyoscine hatása a hysterolepilepsia roham ellen.

(Adatok a hyoscine hatásának tanárhoz.)

Irta Nagy Béla dr., klinikai gyakornok.

A hysterolepilepsia igen nagy contingensét teszi ki az idegbetegségeknek. Épen ezen gyakorisága a nevezett bántalomnak, de meg az is, hogy az ilyen görcsös rohamok alatt a betegek a legnagyobb erőmegfeszítéssel, mondhatjuk az egész ápoló személyzet segítségével sem, vagy csak alig fékezhető meg, a leggondosabb elővigyázati szabályok mellett sem óvhatók meg, hogy kisebb-nagyobb esetleg életveszélyes testi sértéseket ne szenvedjenek el; de meg physikaliss ellenálló képességüket, idegrendszerüket is rendkívül megviseli az említett nagyfokú izgalom; ezen tapasztalati tény mindinkább felhívja a szakkörök figyelmét oly gyógyszer keresésére, megismertetésére és a helyes használati utasítás megadására, mely ily szorongatott helyzetben segítségünkre lehet.

Igaz ugyan, hogy az ilyen sedativ szerek is károsan hatnak az idegrendszerre, nem tagadható, hogy használatuk által nem ritkán egész acut intoxicatiót hívunk elő és így tulajdonképp művilleg idéztünk elő velük kóros tüneteket, kóros állapotot; de ha a két rossz között kell választanunk, úgy mégis azon irányban kell hogy tegyünk valamit, mely a szervezetre kevésbé kártékony, mely a betegek testi és lelki épségét kevesebb következményekkel terheli.

Épen ezen körülmény és Schaffer tanársegéd úrnak az elme- és idegkórtani klinikán a hyoscine görcscoupirozó hatásáról tett tapasztalatai folytán fogtam azon kérdés tanulmányozásához, hogy ezen szer miként hat az idegrendszerre és hogy sikerül-e mindig vele a görcsös rohamot megszüntetni?

A hyoscine hatását illetőleg az egyes szerzők nagyon röviden szólnak. Husemann (Handbuch der Arznei-Mittellehre) szerint a hyoscine erős mydriaticum, nélkülözi az atropin izgató hatását, hatékony sedativum. Hűditi a peripherikus vagus végeket, tágítja a véredényeket, de a vasomotorikus centrumra nem hat hűdítőleg. Fájdalomcsillapító. Újabb időben lelki izgalmaknál mint sedativum vétetik igénybe. Kobert (Gyakorlati méregtan) állítja, miszerint nagy adagban izgatja az agyat, kis adagban hűditi a szív gátló készülékét és a vagust. Így azután előállnak bizonyos vérkeringési zavarok: a vérnyomás emelkedik, pulsus szaporább. A pupillák kitágulnak az oculomotorikus végződés hűdése miatt, előáll chromopsia, fejfájás, szédülés, szárazsági érzés a torokban, mozgási zavarok, esetleg deliriumok.

Az elme- és idegkórtani klinikán már évek óta használjuk a hyoscint, mely mint sedativum mindenkor igen fontos szolgálatokat tett és tesz.

E gyógyszer hatásának tüzetes tanulmányozására szolgált 5 hysterolepilepsiaiban szenvedő beteg, kiknek, miként az alább leírt kórtörténetekből ki fog tűnni, elég gyakori és nagy intenzi-

tású görcsös rohamai voltak. Injectio-anyagul mindig hyoscine muriaticumot használtam oldatban, bőr alá fecskendezés alakjában; az egyszeri adag mindenkor $\frac{1}{2}$ —1 milligramm volt. Hogy a hatás milyen volt, hogy mennyi idő kellett ennek bekövetkezéséhez, szóval a szer által előhívott összes tünetek bővebb taglalását a kórrajzok felsorolása utáni időre hagyom, minthogy e kórtörténetek már maguk is betekintést fognak engedni az általam teendő következtetések helyes vagy helytelen voltára.

N. T., 25 éves, ref. vallású, hajadon, takarítónő, felvételt 1890. október hó 8-dikán az üllői-úti idegosztályra. Diagnózis: *Hysterolepilepsia*. Előzményi adataiból megtudjuk, hogy apja felakasztotta magát, anyja heves fejfájásokban szenvedett és szélütésben halt el. Koponyájának assymetriáját intrauterin sérülésnek tartja, ugyanis anyja, midőn vele teherben volt, egy nehéz zsákot emelt. Jelen baját már nyolcz éves korában kapta meg, mikor anyja temetése alkalmával a sírba ugrott. Havi baját 12 éves korában kapta meg először, mely azóta rendetlenül és profus vérzésekkel jelentkezik. Az átvizsgálásnál kitűnik, hogy az alacsony termetű mérsékeltén táplált és fejlett nőbeteg hajzata világosbarna, koponyája feltűnően assymetrikus. A jobb homlokfél besüppedt. Irisei sárgásbarnák, erősen tarkázottak; pupillák középtágak, fényre úgymint alkalmazkodásra elég jól reagálnak. Szentengelyek divergálnak. Fülel kicsik, füljáratok nem jól fejlődtek. Arcza ferde, orrsúcs balra devial. Facialisok rosszul innerválnak. Fogazata hiányos. Nyelvében fibrillaris rángás észlelhető, kezeiben finom hullámú tremor. A reflexingerlékenység fokozott. Csukott szemmel kissé inog.

Látási képessége különösen a bal szemén erősen csökkent, úgy hogy evvel csak 26 cm. távolságból képes ujjakat olvasni, míg a jobb szemével 3 méternyi távolságból.

A színérvés is igen csökkent. Bal szemén a vörös színt 1 méterről, a kéket csak $\frac{1}{3}$ méternyiről ismeri fel.

Hallása főleg a bal fülön csökkent. Hangvillát nem szívesen tűri. *Érzése* csak jobboldalt van meg. *Szaglás* baloldalt fogyatékos. Baloldali testfel egész felületén teljes érzéstelenség van jelen, ugyanitt hiányzik az izomérzés is. Active és passive teljesen jól mozgathatók a végtagok, de csukott szemmel elveszti baloldali végtagjával a tájékozódást. A perimetrikus vizsgálat mindkét oldali concentrikus látótérszűkítletet mutatott ki, mégis baloldalt ez sokkal nagyobb fokú volt, mint a jobbon. Ovariuma tájéka különösen jobboldalt nyomásra fájdalmas. Hangulata élénk. Beszéde elég gyors, folyékony. Emlékező képessége elég jól megtartott. Tájékozottsága úgy helyről, mint időről megvan. Könnyen hypnotizálható, mialatt kataleptikus állapotba jutnak végtagjai.

A beteg időnként, rendszerint minden másod-harmadnapon a lapoczká hegye mellett egy pontra szorítókozó igen heves fájdalmat érez, mely mindinkább fokozódik. Ekkor a beteg elveszti eszméletét és kifejődik nála a göres. Ez először csak kisebb klonikus rángásokkal kezdődik egyes testrészekben, utóbb azonban az egész testen mutatkoznak a tonicus és clonikus összehúzódások. Kifejődik a betegségnél az ivhajlatú helyzet is. A göres, mely különböző ideig tart, eltűnően, kifejődik a delirans szak, mikor a beteg víg vagy szomorú dolgokról delirálva, tagjainak valamint arczkifejezéseinek

ennek megfelelő positiót ad. Utóbb a beteg megnyugodva bár fáradtan, kimertílen eszmél fel. Az egyes rohamnak tartama $\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$ óra.

November hó 3-dikén a betegnél egy igen erős roham mutatkozott, mely ellen 0.5 mgm. hyoscin applicáltatott subcutan. 3 perczre reá a beteg magához tért; a hyoscin bénító hatása körülbelül 5 percz múlva már jelentkezett; beteg megállni nem volt képes, lefeküdt, aludt.

November hó 5-dikén reggel a betegnek egy heves rohama volt, mely ellen 1 mgm. hyoscin alkalmaztatott. A roham 8 percz múlva befejeződött, utána borzongás mutatkozott és rövid idei álom.

November hó 7-dikén egy nagy rohama volt, mely $\frac{3}{4}$ óráig tartott, kapott 1 mgm. hyoscin subcutan Erre a roham 10 percz múlva megszűnt, nemkülönben a singultus is, mely a roham után mindjárt mutatkozott. Visszamaradt nagyfokú paresis az akaratlagos izmokban, beszélni csak érthetetlenül és nehezen volt képes. Ezután csakhamar elszunnyadt és szakadatlanul aludt reggeli 3 óráig. Felébredése után továbbra is nagyon bágyadt-nak érezte magát és új jelenségekben gyakran ismétlődő clonico-tonikus rángások a felső végtagokban és a törzsben — az eszmélet megtartása mellett — mutatkoztak. Hő normalis.

November hó 8-dikén egy újabb roham jelentkezett, mely 1.5 mgm. hyoscin subcutan alkalmazására 20 percz múlva megszűnt és utána álom következett be.

Mint a leirtakból kitünik, betegünkénél $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ mgm. hyoscinra a görcsös roham mindenkör megszűnt és utána álom következett be. A görcsös állapot megszüntetésére kellett 3—20 perczig terjedő idő; az álom majd hosszabb, majd pedig rövidebb ideig tartott. Megjegyezzük, miszerint a betegnél azóta is rendszeresen és prompt hatással alkalmazzuk mint görcscoupirozó szert a hyoscin.

(Folytatása következik.)

Közlemény Schwimmer tanár bőrbeteg- osztályáról.

A korai bujakórellenes kezelés befolyása az idegrend- szerre.

Irta Deutsch Arthur dr., kórházi gyakornok.

(Folytatás.)

Az eddigiekben oly elváltozásokról szoltunk, melyek már igen korán lépnek fel speciell azon bujakóros egyének idegrendszerében, kiknél a kezelés későn, azaz a secundaer tünetek kitörése után indult meg. Már előzőleg említettük, hogy a korán kezelt egyénekénél a recidivák az idegrendszer elváltozásai által nem szoktak kisérvé lenni, mert ezen elváltozások lehetősége ép a korai kezelés által meg lesz akadályozva. Recidivák természetesen makacs esetekben előfordulnak a korai kezelés mellett is, de ezek az észlelt esetekben mindig enyhék voltak. Az észlelt esetek száma csekély, de sajátságos, hogy egyik sem panaszkodott oly tünetekről, melyeket különben a secundaer tünetek kitörése előtt, vagy alatt szoktunk észlelni. Ezen esetekben a recidivák a 4—6. hónapban állottak be újra s jellegükre nézve következők:

7 esetben toroktünetek voltak jelen (Angina specifica, Plaques muceuses).

5 esetben pedig széles függölyök (Condylomata lata).

Ezen egyének idegrendszerét átvizsgálva, sem objectiv, sem subjectiv elváltozás kimutatható nem volt.

Hogy ezen kedvező körülmények a korai kezelés mellett szólnak, az kétséget nem szenved.

Most pedig áttérünk vizsgálataink egy másik sorozatára, t. i. azon betegészlelésekre, melyek a bujakór későbbi időszakában lettek eszközölve. Nehéz ezen adatokat beszerezni, de annival érdekesebbek ezen vizsgálati eredmények, mert

igen kedvezőtlen világot vetnek a korai kezelés elleni illogikus támadásokra. Ime az eredmény:

Megvizsgáltatott 77 bujakóros egyének az idegrendszere, kik közül

38 korai kezelésben részesült,

39 pedig a secundaer tünetek kitörése után lett kezelve.

A mi ezen bujakóros egyénekén észlelhető tüneteket illeti, ezek a következő jellegűek voltak:

A korán kezeltéknél a megbetegedés következő jellegű volt:

12 esetben száj-, toroktünetek (Angina luetica, Plaques muceuses),

9 esetben széles függölyök (condylomata lata),

6 esetben Lues papulosa,

2 esetben Lues ulcerosa,

1 esetben Lues papulosa squamosa,

1 esetben Lues maculosa,

7 esetben a vizsgálat alkalmával még recidiva (egy évvel legkevesebb a korai kezelés után) nem következett be.

Az időre, respective a bántalom tartamára nézve ezen esetek következőkép oszlanak meg:

14 esetben egy év telt el a fertőzés óta,

11 esetben egy és fél év,

6 esetben 2 év,

7 esetben 3—11 év telt el az infectio, respective a

korai kezelés óta.

Átvizsgálva ezen bujakóros egyének idegrendszerét, azoknál sem subjectiv, sem objectiv elváltozások nem voltak megállapíthatók; pedig elég hosszú idő telt el a kezelés óta s dacára annak nem léptek fel korán súlyos idegrendszerbeli elváltozások. Ezen bujakóros egyénekénél a recidivák sohasem jártak oly prodromál tünetekkel, melyek az idegrendszer functionalis zavarai által lettek volna feltételezve, tehát az agy-gerinczagy vérbősége sem a vizsgálatból, sem az anamnesisből kórismézhető nem volt. Hogy ezen körülmény a korai kezelés mellett szól, az kétségtelen. Látjuk tehát, hogy a korai kezelés káros hatása itt nem nyilvánul. Megemlítendő még egy körülmény, mely általában a korai bujakórellenes kezelés mellett szól, t. i. az észlelt esetekben azt látjuk, hogy a recidivák enyhék s még enyhébb lefolyásúak, hisz az észlelt esetekben csak kétszer mutatkoztak fekélyesedési folyamatok a köztakarón.

Az észlelt esetek közül különösen egy rendkívül érdekes és pedig a következő:

M. K., 30 éves, gyógyszerész. Anyja él, egészséges, apja tuberculosisban halt meg. Testvérek egészségesek, egy fiútestvér agyonlőtte magát. 1884-ben szembántalom miatt, mely orvosi tanulmányában akadályozta, leugrott lakása második emeletéről. Két hétig eszméletlen fektüdt, a kórisme commotio cerebri volt. Az ezután következő 1885 dik évben elmeógyógyintézetbe került melancholia miatt, honnan 15 hónapi benntartózkodás után mint gyógyultat kibocsátották. Az 1890 dik év szeptember havában elsődleges keményedést acquirál, felkeresi kórodánkat, hol korailag kezeltetik. $2\frac{1}{2}$ év után semmi elváltozás sem volt észlelhető idegrendszerében, kivéve, hogy a térdreflexek fokozottak voltak.

Ezen beteg tehát a fertőzés előtt elmeógyógyintézetben volt mint elmebeteg, meggyógyul, elsődleges keményedést szerz s korailag kezeltetik a már úgyis praedisponált beteg, s ime $2\frac{1}{2}$ évvel ezen kezelés után az illető idegrendszerében semmi elváltozás sem észlelhető, a térdreflexek fokozódottságát kivéve, mely már előbb is meglehetően s a közérzet a különben értelmes beteg bemondása szerint jó.

Ezen beteg tehát két irányban érdekes, mert idegrendszere bántalmazottsága dacára a bujakóros infectio nem idézett elő semmi lappangó bántalmat, másrészt a beteg mint bujakóros egyén nem mutatott semmi a syphilis által előidézett elváltozást az idegrendszerben.

Nem bizonyít ez az eset is a korai kezelés jogosultsága mellett? Bizonyára! *Hisz a praedisponált idegrendszerben ezen*

kezelés káros hatása következtében korán súlyos idegbántalomnak kellett volna fellépnie!

Áttérünk most azon már említett esetekre, hol az oly bujakóros egyének idegrendszere lett megvizsgálva, kiknél a kezelés a másodlagos tünetek kitörése után lett megkezdve, a kik tehát semmi kezelésben nem részesültek a secundaer tünetek kitörése előtt.

Meg lett vizsgálva tehát 39 oly bujakóros egyén, kik már régebbi idő óta szenvedtek e bántalomban. A tünetek jellegük szerint a következők voltak:

- 9 esetben száj- és toroktűnetek (Angina luetica Plaques muceuses),
- 6 esetben széles függőlyök (condylomata lata circumanalia),
- 8 esetben Lues ulcerosa,
- 3 esetben Rupia syphilitica,
- 3 esetben Gumma syphilit. cutaneum,
- 1 esetben Lues serpigiosa,
- 5 esetben Lues papulosa,
- 4 esetben Lues papuloso-squammosa.

Látjuk, hogy összehasonlítva a korán kezeltéknél fellépett tünetekkel, mennyivel súlyosabb jelenségek lépnek fel a későn kezelt bujakóros betegeknél.

A korán kezeltéknél 38 eset közül két esetben lépett fel súlyosabb bujakóros elváltozás, míg a későn kezeltéknél 14 esetben.

A mi az időbeli befolyást illeti, az esetek következőképpen oszlanak meg:

- 8 esetben 1 évvel a késői kezelés után,
- 7 esetben 1½—2 évvel a késői kezelés után,
- 6 esetben 3 évvel a késői kezelés után,
- 3 esetben 4 évvel,
- 4 esetben 5 évvel a késői kezelés után,
- 1 esetben 6 évvel,
- 5 esetben 7—8 évvel,
- 5 esetben 10—16—25—30 évvel a késői kezelés után.

A vizsgálati eredmények kedvezőtlenek a késői kezelés szempontjából, mert oly elváltozásai az idegrendszernek voltak constatalhatók, melyek ha nem is szöveti, de legalább az idegrendszernek functionalis zavarára mutattak.

Mielőtt az észlelt esetekben fellépett elváltozásokat elősorolnók, a következőket bocsátjuk előre:

Az eddigi vizsgálataink során említett s észlelt idegrendszerbeli elváltozások, mint többször megjegyeztük, functionalis eredetűek, azaz nincsenek az agygerinczagy szöveti elváltozása által feltételezve. Ép úgy a most felsorolandó későn kezelt bujakóros betegeknél fellépett tünetek sincsenek az idegrendszer szöveti elváltozása által előidézte. A sokféle tünetek, melyek itt mutatkoznak, mind olyanok, melyek azon kórképet alkotják, melyet az ideggyógyászok, mint neurasthenia cerebralist, ha az agyi tünetek, mint neurasthenia spinalist, ha a gerinczagi tünetek, mint neurasthenia ceribrosppinalist említnek és írnak le, ha mindkettő részéről lépnek fel az elváltozást jelző tünetek. Hogy ezen kórkép, melyet mi eseteinkben észleltünk, specifikus eredetű-e, arra nézve megjegyezzük, hogy Seeligmüller és Rumpf említenek ilyen a bujakór által előidéztet elváltozásokat, továbbá hogy eseteink 18%-ában léptek fel ezen elváltozások, s ezenkívül a specifikus eredet mellett szól azon körülmény, hogy azelőtt, azaz az infectio előtt ezen tünetek nem voltak jelen.

Seeligmüller¹ a neurasthenia cerebrosppinalis tüneteit következőképpen írja le: A zavarok között először a motilitasbeli elváltozást említi és pedig: a gyengeséget és korai elfáradást, a beteg hamar elbágyadnak, remegnek, egész testükben fibrillaris izomrángások, gyakran göresös izomösszehúzódások (spasmus) lépnek fel, ép úgy hűdések is fordulnak elő, bár ezek ritkák.

A sensibilitás zavaraiaként majd hyperaesthesiák, majd anaesthesiák mutatkoznak. Fejfájások és hátfájások, fájdalmak

különösen az alsó végtagban, legkínzóbb tünetei e bántalomban; reflexek fokozódottsága, hangyamászás, zsibbadás, övérzet, impotentia szintén szoktak mutatkozni; ritkán pupillaris eltérések, anidrosis, hyperidrosis is észlelhetők. Az agy részéről mutatkoznak: lehangoltság, álmatlanság, szédülés, emlékezőtehetség csekély zavarai.

Ezeket előrebocsátva áttérünk az egyes észlelt esetek felsorolására:

1. S. F., 51 éves, üstkovács, nőtlen. Szülők élnek, egészségesek, 1 testvére él, egészséges. Öröklékenység kizárható. 5 év előtt ulcus induratum. Secundaer tünetek kitörése után kezeltetik kenőgyógyomóddal. Rövidesen reá a tibián fekélyesedési folyamat, mely kezelésre begyógyul. Két hó óta újból lues ulcerosa a tibián. Idegrendszer vizsgálata következőket eredményezi: Hely- és tapintóérzés az alsó végtagokon, czombok belfelületén s a háton hiányos; reflexek fokozottak; a functionalis zavarok ez esetben egyrészt mint sensibilis depressio, másrészt mint sensorikus irritatio mutatkoztak.

2. F. H., 26 éves, kereskedő. Apja él, egészséges, anyja szülés folytán halt meg. Testvérei egészségesek. Családi terhelése nincs, 3½ év előtt egy elsődleges keményedést acquirál, utána száj-toroktűnetek jelentkeznek. Erre kenőgyógyomódnak veti alá magát. A secundaer tünetek kitörésekor fejfájások jelentkeztek, melyek jó ideig tartottak és a homloktájra szorítottak. Kedélye lehangolt. Hamar fárad, különösen mióta secundaer tünetek felléptek. Egész testében remegés, csukott szemmel állás nehéz, szédül. Idegrendszer vizsgálatánál úgy a hór mint az inreflexek rendkívüli fokozódottsága mutatható ki. Jelenleg fejfájásai nincsenek. Látjuk, hogy ebben az esetben a functionalis eltérések a motorikus sphaerára szorítottak, nagyobb részt (bár motorikus depressio is van jelen, mint gyors elfáradás) irritationalis jellegűek, míg a reflexek fokozódottsága sensorikus irritatióban leli magyarázatát.

A most leírandó eset már azért is érdekes, mert itt valószínűleg már a gerinczagyból származó és a lobos állapotra mutató infiltratív folyamatok is voltak jelen, melyek azonban specifikus kezelésre visszafeljődtek.

3. Cs. F., 27 éves, napszámos. Anyja él, egészséges, atyja gutaütés folytán halt meg. Egy testvére egészséges. Családi terhelést illetőleg előadja, hogy nagyanyja elmebetegségben halt meg. Beteg előadása szerint 8 év előtt fekélye volt s után a mindkét oldali lágymirigy-nagyobbodás, ezután rövidesen kütég jelentkezett, mely eleinte alsó végtagjaira szorított, később egész testét ellepte. Kütégkitöréskor s ennek bekövetkezése után hetekig tartó occiputtáji fejfájások kínozták, melyek azonban higanyhasználatra megszűntek. Azontúl évente léptek fel alsó végtagjain fekélyesedési folyamatok, melyek specifikus kezelésre begyógyultak. Áttérve idegrendszerének vizsgálatára, következőket tudtuk meg: 2 év előtt beteg kezei, lábai remegtek, szakító, szűrő fájdalmak léptek fel alsó végtagjaiban. Ugyancsak néhány év óta potenciája csökkent; 2 év előtt erős fejfájásai is voltak és nehezen tudott beszélni, valamint rosszul aludt is. Állítólag a 2 év előtti idegvizsgálatok alkalmával anaesthesiák mutatkoztak nála, reflexei fokozottak voltak s járását kezelő orvosai spastikusnak mondták. Mindezen tünetek bujakórellenes kezelésre megszűntek és ő gyógyultan távozott a kórházból. Jelenleg idegrendszerében a reflexek fokozódottságát kivéve, más objectiv elváltozást constatalni nem lehet, bár rendkívül sok a panasza felvételtkor is, melyek között a korai elfáradás még mindig szerepel. Jelenleg is lues ulcerosa crurium miatt kereste fel a kórodát. Az itt felsorolt elváltozások tehát arra engednek következtetni, hogy ezen későn kezelt betegeknél a központi (gerinczagy) idegrendszerben már oly folyamatok léptek fel, melyek a lob initial stadiumát jellemzik, szóval infiltratiók; hogy más szöveti elváltozás mint csekély fokú izzadmányképződés nem lépett fel, annak bizonyossága azon körülmény, hogy az észlelt tünetek eltűntek a bujakórellenes kezelésre, azaz az izzadmány felszívódott. A felsorolt elváltozások tehát úgy a sensorikus, mint a motorikus sphaerában is felléptek s úgy irritativ mint depressionalis tünetek is mutatkoztak.

(Folytatása következik.)

¹ Seeligmüller „Krankheiten des Gehirns und Rückenmarkes.“ pag. 552.

Az endocarditisek aetiologiája és tünetana.

Közli: Pollák Károly oth.

(Folytatás.)

A megemlített betegségekkel connexusban észlelhető endocarditisek tehát legnagyobb valószínűség szerint másodlagos megbetegedések, melyeknek okait az alabántalomban kell keresnünk.

Vannak azonban az endocarditisnek oly esetei is, melyeknél ily alabántalom fel nem deríthető és melyeket primaer megbetegedéseknek kell tartanunk. A régiebb aetiologia meghűlésnek tulajdonította az ily eseteket, de ma már tudjuk, hogy közvetlen okul itt is a microbák garázdálkodása tekintendő; csak az kérdéses még, hogy mily úton jutnak ezek be a szervezetbe?

Bejuthatnak a kórhátányok sokszor a bőrnek szabad szemmel észre sem vehető, pl. karczolás által keletkezett nyílásain; *Eberth* és mások lehetségesnek tartják, hogy a pathogen gombák a respiratio útján jutnak be a szervezetbe és a tüdőt elkerülve rakódnak le a billentyűkön.

Leggyakrabban azonban a szívtájéat érő erősebb traumák a kapui a microbák bevándorlásának, mert az ilyenkor használt eszközök tisztátlanok a rajtuk olykor nagy számban tapadó bacteriumoktól, melyek száma vagy tömege nem is kell, hogy nagy legyen. Ezt bizonyítják *Weichselbaum* kísérletei, melyeknél a sondának streptococcussal való egyszerű tisztátlanítása elegendő volt endocarditis létrehozására, a diplococcus pneumoniae-ből pedig relative csekély tömeg is eredménynyel járt. De bizonyítják ezt még *Rosenbach* kísérletei is, melyeket nem sterilizált műszerekkel végzett.

De hogy maguk a traumák is szerepelnek az endocarditisek létrehozásában, azt bizonyítják mindenekelőtt az állatkísérletek, melyeknél körülbelül hasonló viszonyokat teremtünk, mint a milyenekre traumák után akadni lehet. Észlelték endocarditiseket tünek, késnek s más efféle dolgoknak a szívbe szúrása, nagyobb tárgyakkal (pl. fejszével) ejtett penetrans, egész az endocardiumig hatoló sebek, a mellkasra gyakorolt ütés, rúgás, magasról való leesés stb. stb. után keletkezni.

Kreysig ide vonatkozólag többek közt ezeket mondja: „A traumatikus okokhoz sorozandó mindenféle megerőltetés, mert az által a szív saját vérkeringése akadályozva van. Ide sorozandók továbbá ama foglalkozások, melyek a lélegzet visszatartásával járnak, mint énekesek, zenészek, teherhordók stb. Valószínű, hogy azon gyors halálesetek, melyeket tánczóknál szoktak tapasztalni, nem egyedül a tüdő, hanem a szív megtámadtatásán is alapulnak. Helytelenül alkalmazott izgató szerek is okoznak szívbelhártyalobot.” E felsorolt dolgok azonban nem közvetlenül, hanem közvetve szerepelnek mint disponáló momentumok.

Érdekesek a primaer megbetegedéseket illetőleg *Trecourts* esetei, a ki epidemice látta fellépni az endocarditist, a miből az következnék, hogy a levegőnek is van e tekintetben némi befolyása, a mi szintén bizonyít az infectio lehetősége mellett; továbbá több szerzőnek azon állítása is, hogy ugyanazon család több tagjánál észlelhető subacut endocarditis, úgy hogy lehetetlen öröklött hajlamra nem gondolni (*Purjesz*).

Az endocarditis azon primaer eseteit, melyeknél a kórokozó behatolási kapuja ismeretlen, *Leube* „spontan septicopyaemiának”, *Wagner P.* pedig „kryptogenetikusan pyaemiának” nevezi.

Klebs vizsgálataiból tudjuk, hogy a coccusok a vérnyomás által az endothelsejtek közé vagy azokba préseltetvén, onnan a thrombusokba jutnak és pedig az által, hogy vándorsejtek viszik őket tovább, formalis utakat készítve maguknak. *Baumgarten* szerint pedig e vándorsejtekkel továbbított microorganismusok behatolnak a szövetsejtek belsejébe és ott tovább végzik életfeladataikat. Természetes, hogy táplálkozásukra tápanyagot szükségelnek, melyet a szövetsejtektől vonnak el.

Brieger vizsgálataiból azt is tudjuk, hogy az endocarditisek főokozói, a strepto- és staphylococcusok, nem választanak el semmiféle toxikus anyagot, pl. ptomaineket, hanem anyagcsereproductumaik főleg a trimethylamin és *Baumgarten* tapasztalatai szerint egy másik fermentum, mely az albumint tartalmazó anyagokat peptonizálja. Valószínű tehát ezek szerint, hogy az endocarditiseknél

észlelhető destructiók ama chemikus anyagoknak köszönik létüket. Megegyezik e felvétellel *Stern* és *Hirschler* azon kísérleti eredménye, melyet a streptococcus pyogenesnek, staphylococcus pyogenes aureus és albusnak az állatokba való együttes befeeszkendésével értek el, t. i. hogy ilyenkor sokkal erősebb volt a microbák pathogen hatása, a mennyiben a billentyűszövet destructiói mélyebbek voltak; *Weichselbaum* szerint ilyenkor az áttéti góczok száma nagyobb, mint tisztán a streptococcussal tett kísérleteknél.

De azon általuk tapasztalt tény is bizonyító erővel bír, mely szerint a befeeszkendett microbák pathogen hatása sokkal gyorsabban érvényesült, ha az állatok erőbeli állapota nagy vérvesztések következtében alaposan alább szállott. Ha ugyanis a teljesen ép szövetet is megtámadják az említett chemiai processusok, akkor az elgyengült szövetsejtek annál kevesebb energiával bírnak az ellenállásra és így hamarabb esnek áldozatul. E kísérleti adatokat a betegágy-nál tehető tapasztalatok is igazolják.

Az egyes bacteriumok hatását illetőleg tudjuk, hogy a streptococcusé abban különbözik a staphylococcusétól, hogy az előbbi gyorsabban szaporodik és a metastatikus góczokban anaemikus necrosist idéz elő, míg az utóbbi lassabban nő és genyedést okoz (*Wyssokowitsch*). *Weichselbaum* is ugyanezt tapasztalta, a mennyiben azon esetekben, hol a kísérletet a staphylococcus pyogenes aureussal, micrococcus endocarditidis rugatussal és capsulatussal végezte, még az experimentalis úton kapott endocarditiseknél is határozottan a genyedésre való hajlam lépett előtérbe, míg a streptococcus pyogenesrel vagy a bacillus endocarditidis griseussal és a nem tenyészhető bacillussal végzett kísérleteinél az infarctusoknak inkább necrotikus haemorrhagikus karaktere volt. A diplococcus pneumoniae pedig középen áll e két irány közt, a mennyiben infarctusaiban genyedés nem volt ugyan szabad szemmel észlelhető, de a felrakódások belsejében határozottan genyesen elpuhult részek voltak jelen.

A hatás identitása tekintetében *Stern* és *Hirschler* bizonyos fokozatos sorrendet tudtak megállapítani. Leggyorsabban ölt a 3 bacteriumfaj közül a staphylococcus pyogenes aureus, már lassabban a streptococcus pyogenes, ennél is lassabban a staphylococcus pyogenes albus, mely különben csak relative ritkán található az endocarditikus felrakódásokban és akkor is leginkább az aureus társaságában.

Weichselbaum a micrococcus endocarditidis rugatusnak már említett hatásán kívül még erős toxikus hatást is tulajdonít, a mennyiben valamennyi kísérleti állatnál, melyek vérebe a microbát befeeszkendte, haemorrhagikus enteritist volt alkalma észlelni, sőt más szervekben is talált haemorrhagiákat.

Lehman és *van Deventer* egy pneumoniával és emphysemával combinált endocarditis felrakódásait rendkívül nagyoknak találták, azon különös tünetmennyel, hogy a billentyűk felülete zöldes volt. Ugyanezt látta *Weichselbaum* is egy esetben, mely pneumoniával volt complicálva, a billentyűk vegetatiói t. i. zöld színt vettek fel.

Klebs a bacteriumok hatásának tulajdonítja a billentyűvegetatiók különböző nagyságát, sőt formáját is. Szerinte a streptococcus pyogenes által okozott vegetatiók felülete sima, a staphylococcuséi széthánytak, míg a pneumococcus hatásának az eredménye igen nagy, rétegzetes, polypszerű vegetatio. De mivel más bacteriumfajták által létrehozott felrakódások is igen nagyok lehetnek és különböző változatokat mutathatnak, nem fektethetünk súlyt *Klebs*-nek fentebbi állításaira.

A mi pedig a zöld színt illeti, *Weichselbaum* azt csak akkor látta, midőn a billentyűk egy ideig a szabad levegő hatásának voltak kitéve és így valószínűnek tartjuk, hogy a zöldes színeződést penészgombák okozták, bár az sines kizárva, hogy chromogen bacteriumok ütötték fel a billentyűkön tanyájukat.

Azon körülmény, hogy a vizsgálók egy része endocarditis verrucosánál nem talált bacteriumokat, míg a másik része igenis talált, szükségessé teszi azon kérdés behatóságos fejtegetését, vajjon különválasztandó-e az endocarditis ulcerosa és verrucosa egymástól kóroktani tekintetben, vagyis más szóval, lehet-e e kettőt egy kalap alá fogva egyszerűen „endocarditis mycotica“-nak nevezni, a mint azt *Weichselbaum* ajánlja?

Orth határozottan ellenzi ezen elnevezést, mert oly lényeges anatómiai különbségek, mint a melyek e két alaknál találhatók, kizárják szerinte az egységes aetiológiai eredetet. Tagadhatatlan, hogy olyan átmenetek is léteznek a két forma közt, melyeknél nagyon nehéz egyik vagy másik alak mellett dönteni, de másrészt nem szabad szemet hunynunk ama gyakoribb tény előtt sem, hogy az esetek egymástól teljesen elütő képet tüntetnek fel. Így, ha az állományvesztéseket tekintjük, azt találjuk, hogy nemcsak az endocarditis ulcerosánál, de a verrucosa heveny eseteinél is jelen vannak ezek, sőt *Birch-Hirschfeld* szerint ez utóbbi alaknál is néha kiterjedt necrosis mutatható ki. Nem heveny esetek pedig mindkét formánál organizáló folyamatot mutatnak (*Weichselbaum*).

Mások, mint pl. *Fraentzel*, azt állítják, hogy az ulcerosus alaknál sincs mindig ulceratio és azért említett szerző jónak látja a folyamatot egyszerűen endocarditis malignának nevezni.

Említve volt már továbbá az is, hogy a felrakódások sem egyformák, hanem hol kisebbek, hol meg nagyobbak; de a vegetatiók is igen különböző nagyságúak és alakúak, a mi azonban, tekintetbe véve, hogy a vegetatio nagyságából nem következik egyszersmind a lobbolyamat különböző természete (*Weichselbaum*), szintén nem szolgálhat az aetiológikus megkülönböztetésnél specifikus jelül. Ehhez járul még az is, hogy a histológiai vizsgálat eredményei sem egyezők. Míg ugyanis *Orth* egy tipikus granulatiós szövetről szól endocarditis verrucosánál, addig *Ziegler* az egész folyamatot exsudatív lobnak tartja. Ha még hozzá vesszük, hogy az endocarditis ulcerosa gyakran ugyanoly elváltozásokkal veszi kezdetét, mint a verrucosa, azt kell mondanunk, hogy az anatómikus elváltozások nem nyújtanak kellő támpontokat a két alak különválasztására.

Némelyek, mint *Weichselbaum* is, azt hiszik, hogy azon körülmény, mely szerint az endocarditis verrucosa egy bizonyos idő múlva átmehet az ulcerosus alakba, szintén a két alak identitása mellett bizonyít. Ez azonban csak azt mutatja, hogy a vegetatiók, a billentyűk minden más sértéséhez hasonlóan, rendelkezhetnek egy új megbetegedésre.

A bakteriologikus vizsgálatok eredményei szintén nem egyeznek. *Weichselbaum* 29 culturával vizsgált esete közül 8-ban negatív volt a vizsgálat eredménye bacteriumokra; e nyolc eset endocarditis verrucosa volt. A többi 21 (és pedig 15 ulc., 5 verr. és 1 fali e.) esetben talált bacteriumokat. *Fränkel* és *Sänger* 13 esete közül 11 volt e. verrucosa, 2 pedig ulcerosa, de mindegyiknél találtak, bár egymástól különböző bacteriumfajtákat. *Wyssokowitsch* 12 esete közül csak egy volt e. ulcerosa, a többi pedig verrucosa; bacteriumokat minden esetben talált. Láttuk továbbá *Klebs* vizsgálatainál, hogy a betegségnek mindkét alakjánál talált bacteriumokat, sőt a verrucosus alak számára egy specifikus kórhatányt igyekezett megszerezni. *Babes* ugyancsak bacteriumokat ír le a vegetatiókon, ép így még sok más szerző is.

Ezen autorok által megejtett vizsgálatokból kiténik, hogy az e. ulcerosát bacteriumok által okozottnak kell tekintenünk, mely nézet ma már nem is talál ellenzőre, ha csak *Hillert* meg nem említjük, a ki egyáltalában tagadja, hogy a billentyűfelületen található finom szemesék parasiták. Szerinte nincs oly biztos microchemikus vagy physicalis jel, mely a monasokat megkülönböztetné a finom albumen vagy zsírszemeséktől. Ezzel szemben azonban felhozható, hogy ha nem lehet megkülönböztetni, akkor ugyanez áll az ő állításáról is. Egyébként ez csak az izolált micrococusra vonatkozhatnék, mert a rózsafüzszerű zoogloéákat senki sem fogja összetéveszteni valami detritussal.¹

Nem mondhatjuk azonban ugyanazt, a mit az e. ulcerosáról mondottunk, az e. verrucosáról is. *Prudden* 20 esetében 7-szer negatív volt a vizsgálat, e hét eset pedig mind szemölcsös alakú endocarditis volt. *Weichselbaum* fentemlített 8 esetében szintén nem voltak bacteriumok. *Köster* szerint a valódi verrucák nem állanak micrococusokból. *Ziegler* e. verrucosánál többnyire nem talált bacteriumokat, de voltak egyes esetek, melyeknél „causalis vonatkozás” volt gondolható a betegség és az exsudatumban talált cocusok közt. Ezen negatív leletekkel azonban szemben állanak a már említett és egyéb szerzők pozitív eredményei.

¹ *Birch-Hirschfeld* és *Gerben*: Archiv. der Heilkunde. 17. köt.

Kérdés tehát, hogy mi az oka ezen egymással homlokegyenest ellenkező vizsgálati eredményeknek? Vajjon csak véletlenül találtak-e a vegetatiókon a bacteriumok, avagy okozói voltak a betegségnek?

Kifejtettük fentebb, hogy az ott felhozottak alapján az utóbbit tartjuk valószínűnek már csak azért is, mert a véletlen hozhatja ugyan magával úgy, hogy egy vagy két esetben a lehető legkülönbözőbb, a vérben tartalmazott anyagok, köztük bacteriumok is lerakódhatnak a billentyű felületére, de nem képzelhetjük el, hogy azon elég számos esetben, melyről az irodalom megemlékszik, mindig vagy legalább is az esetek túlnyomó részében egy és ugyanazon microorganismus rakassék le. Ha tehát nyilvánvaló, hogy a növedékeken talált microbák causalis nexusban állanak a betegséggel, miként van az, hogy oly esetekről is létezik említés és nem kevésbé tekintélyes számban, mely eseteknél nem voltak kórokozó bacteriumok kimutathatók?

Némelyek úgy magyarázzák e dolgot, hogy ha a vizsgálat nem történik kellő módon, nevezetesen ha a boncolás és a praeparatum készítése nem folyik elég vigyázattal, akkor a bacteriumok lesuroltathatnak, a mi annál is inkább történhetik, mert az acut esetek vegetatiói és felrakódásai különben is nagyon lazán vannak a billentyűkön és rendszeren nagyon lágy, nyálkás tapintatúak. (*Köster*). A felrakódások ilyen lesurolása megmagyarázná azon eseteket, midőn endocarditis ulcerosánál sem találtak bacteriumokat. Mások szerint olyankor, midőn nem találtak microorganismusok, ezek valószínűleg már elhaltak és azért nem festhetők. Hogy ily visszafejlődés létezik, azt legjobban bizonyítják azon kevés (tehát még) festhető cocusok, melyeket hosszabb ideig fennálló endocarditisek (ulc. és verr.) productumaiból lehet kapni.

Ha e magyarázatok mindegyikét elfogadjuk — s nincs okunk, miért ne fogadnók el, hisz mindkettő természetes dolog, — akkor azt kell mondanunk, hogy minden endocarditis verrucosa bacterium által okozott és ennél fogva legalább egyelőre nincs okunk az endocarditis két alakját különválasztani.

Ezen egységes aetológiával azonban csak azt akartuk kifejezni, hogy az endocarditis mindkét alakja mycotikus eredetű, a mint azt a vizsgálok legnagyobb része el is fogadja. Az aetologia teljes identitása azért nem ismerhető el, mert a vizsgálatok — a többi bacteriumfajoktól eltekintve — a streptococust és staphylococust derítették ki, mint a megbetegedések leggyakoribb okozóit és pedig általában azt mondhatjuk, hogy endocarditis ulcerosánál a streptococcus pyogenes, endocarditis verrucosánál pedig a staphylococcus pyogenes aureus volt legtöbbször jelen. Csak *Klebs* állítja ide vonatkozólag, hogy a streptococcus gyakoribb az utóbbinál. Az aetologia továbbá azért sem teljesen egységes, mert az anatómiai elváltozások a két alak kifejezett eseteinél lényegesen eltérnek egymástól és mivel végre a klinikai tapasztalás azt bizonyítja, hogy a betegség tünetei, de főleg lefolyása nem azonos, hanem az endocarditis verrucosa leginkább (mert kivételek itt is vannak) enyhébb lefolyású.

A mi ezen eltéréseket illeti, okuk *Fränkel* és *Sänger* szerint a bacteriumok mennyiségében keresendő, nevezetesen pedig endocarditis ulcerosánál nagyobb tömege található a microbáknak. *Weichselbaum* is azt hiszi, hogy endocarditis verrucosánál azért kisebb a necrosis és általában a pusztítás, mert kevesebb a pathogen parazita és ezek nem szaporodnak oly élénken, vagy gyengébb virulentiával bírnak, miért is a folyamat gyorsan visszafejlődhetik.

Tény az, hogy minél több a bacterium, annál gyorsabban pusztíthatnak, de hogy egyedül ez volna az észlelhető különbségek oka, az legalább is kétséges. Egyrészt azért, mert endocarditis verrucosánál is találhatók kiterjedt necrosisok és nagyobb pusztítások, másrészt, mivel éppen *Weichselbaum* azt tapasztalta kísérleteinél, hogy aránylag nagyon csekély számú és mennyiségű bacterium volt szükséges a legkifejezettebb endocarditis ulcerosa előidézésére. Mi azt hisszük, hogy itt a bacteriumok productumainak minősége és az egész organismus erőbeli állapota bírnak döntő szereppel.

Említettük már, hogy a lobbolyamat és pusztulás főleg a billentyűkre és azoknak is különösen „záródási vonalaira” localizálódik. E mindenesetre feltűnő dolog magyarázatára két egymástól

elítő teoriánk van, melyek közül az egyiket *Virchow* állította fel, a másikat pedig *Köster*.

Virchow *theoriája*: a szív mechanikája az oka e sajátságos elrendeződésnek. Szerinte a vérnyomás okozza a bal szív gyakoribb megbetegedését, mert abban a vérnyomás nagyobb. *Klebs* szerint a patogen gombák a vérnyomás által bepréseltetnek a billentyűk endocardiumának endothel-sejtjei közé, az egész véráramban a billentyűk lévén azon helyek, hol a falak folytonos egymásra csapódása következtében legkönnyebben nyílik alkalom arra, hogy a vérben tartalmazott chemikus vagy más abnormalis anyagok erővel a szövethöz szorítottassanak, illetve abba bepréseltessenek (*Orth*).

Megegyezik *Virchow* magyarázatával az intrauterin endocarditisekre vonatkozólag már említett tapasztalat is. Itt megemlítenünk tartjuk *Fränkel* és *Sünger*, továbbá *Wedel* és *Rosenbach* azon nézetét, mely szerint nemcsak a vérnyomás, hanem a vér oxigéntartalma is befolyással van a lobos folyamat elhelyezkedésére. Intrauterine ugyanis a jobb szív vére oxigendúsabb mint a baloldalié, míg a méhen kívüli életben a viszony épen megfordított. Meg kell azonban evvel szemben jegyeznünk, hogy *Baumgarten* szerint a betegséget okozó mikrobák nem obligat, hanem facultativ aërobok.

De nemcsak a vérnyomás, hanem a billentyűk folytonos vongálása és a vérárammal való surlódása is lényeges szerepet kell hogy játszszanak, mert másképp nem volna érthető, hogy miért támadtatnak meg a billentyűknek éppen ama részei, melyek leginkább állanak traumatikus befolyás alatt. Így tudjuk, hogy a leg súlyosabb elváltozások a billentyűk ama részein mutatkoznak, melyek a vérárammal szembe néznek, mert éppen e felülettel csapódnak a billentyűk egymáshoz (*Orth*).

Ezzel szemben felhozták egyesek, hogy az organismusok éppen a folytonos vongálás és mozgás folytán nehezebben telepednek le és tapadhatnak a billentyűkhöz. Ez ellenvetés jogos. *Orth* kiemeli, hogy nem szabad szem elől téveszteni, miszerint e billentyűk egyenetlen felületeik, esetleg előrement betegségek által disponáltak a megbetegedésre. *Fraentzel* ezt a bal gyomrocsonnál különösen lehetségesnek véli, mert „ennek az endocardiuma szokott előrement és bizonyos tekintetben praeformált elváltozásai következtében a hasadó gombák letelepedésére és sarjadzására alkalmas helyet szolgáltatni“.

Constatálnunk kell azonban, hogy egyedül e magyarázatot nem tartjuk elengedőnek, mert vannak az endocarditisnek oly esetei, melyeknél minden előzetes megbetegedést határozottan kizártnak kell tekinteni; továbbá mert *Weichselbaum* észlelt oly eseteket, melyeknél a jelenlevő billentyűvastagodások és zsugorodások dacára nem lépett fel endocarditis, bár a másik feltétel, bacteriumok a vérben, jelen volt. Viszont *Klebs* fentebbi magyarázatát teljesen kielégítőnek tartjuk a primaer megbetegedések értelmezésére is, melyeknél *Weichselbaum* a billentyűk, illetve azok endotheljének „egy közelebről nem definiálható táplálkozási zavarát“ tételezi fel. Evvel ellentétben *Baumgarten* minden oly magyarázatot, mely a billentyűszövet vitalis energiájának megcsökkenésétől teszi függővé a bacteriumoknak az élő szövetbe való hatolását, elvet, azon egyszerű okból, mert a tapasztalat tanúsága szerint a teljesen normalis alkatú szövet is a képzelhető legbujabb életre szolgáltat talajt.

Stern és *Hirschler* arra a meggyőződésre jutottak kísérleteik közben, hogy az endocarditis előbb következett be, ha az állat annyira sértetett, hogy sok vért vesztvén, nagy fokban elgyengült. *Ribbert* kísérletei ellenben *Baumgarten* felfogása mellett szólnak. Ő ugyanis endocarditist idézett elő állatoknál az endocardium előzetes megsértése nélkül, ha nem csupán a burgonyán tenyésztett coccosokat fecskendte be a véráramba, hanem apró burgonyadarabokat is, melyek megkönnyítették a bacteriumok tapadását. *Passet* és *Lübbert* kísérletei, melyeknél gelatinán vagy agar-agon tenyésztett staphylococcus pyogenes aureus finom emulsióit fecskendték a vérbe és igen kifejezett endocarditis mycoticát idéztek elő, még tovább mennek, s azt bizonyítják, hogy maguk az izolált bacteriumok is letelepednek az ép, sértetlen billentyűre.

Éppenséggel nem akarjuk azonban tagadásba venni a localis dispositio némi fontosságát. A billentyűk felületének egyenetlenségei, az esetleg rajta levő thrombusok elősegíthetik a bacteriumoknak odatapadását, mint ezt ama kísérletek bizonyítják, melyeknél a disponáló momentumokat mesterségesen idézték elő. Ilyen kísérletek

végzésére először *Rosenbach* figyelmeztette a vizsgálókat; ő maga is végzett ily állatkísérleteket. A billentyűk szétszakítása vagy átlukasztása után, ha az operatiót sterilizált eszközökkel végezte, csupán fibrinfelrakódásokat, nem tiszta műszerek használata esetén, vagy ha az operatio hosszabb ideig tartott, a fibrinnövekedésekben microorganismusokat is talált.

(Folytatása következik.)

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Biharmegyei orvosgyógyszerészi és természettudományi egylet.

1893. május hó 15-dikén tartott (XXV-dik) évi közgyűlés.

(Folytatás.)

M. t. közgyűlés! A mult dicsőítése, annak ismerete, a kegyelet: mindmegannyi biztosítékai a jövő sikereinek. Amazokból merítjük a buzdítást, sokszor a vigaszt s az utóbbi, a kegyelet emberies érzete, az összekötő láncszem, mely a generációk folytonosságát létrehozza. Hálás emlékezésünk azokra, kiket immár a föld röge porlaszt, megtisztelő rájuk, de kötelesség ránk nézve s én nem állhattam ellen, hogy elődeinknek, kiket már nem számíthatunk magunk közé, s kiket csak az emlékezés gyengéd, de azért tartós fonala kapcsol velünk együvé, akkor, midőn fennállásunk 25-dik évfordulóját zárjuk le, a kegyelet hálaszavait ne szenteljem.

Mi pedig, uraim, azok, a kiket mint alapítókat is, hála Isten! köztünk tisztelhetünk, azok is, a kik az egylet tagjai közé azóta sorakoztunk, induljunk az elődök példáin! Dolgozva, kint az életben, bent az egyletünkben, egyébképen a humanismus vezérlő fáklyalángja nyomán: amazokhoz, önmagunkhoz hívek, méltók leszünk!!

M. t. közgyűlés!

A lefolyt 25 év alatt a természettudományok keretében az orvosi tudomány is oly változásokon ment keresztül, hogy azok képét megrajzolni, hatásukat elemezni jelentésem szűkre szabott tere nem engedí meg. A természettudományokban egy új világnézet jutott érvényesülésre, lassan hódítván meg a tért, melyet ma, visszavethetlentül, elfoglal s az új felfogás, miként a levegő-ür aether-tömecei, behatolnak az emberi szellemvilág legrejtettebb ismeretkörébe is. Ez a nézet annyira a való tényeken épült, a természeti jelenségeknek annyira érthető, céltudatos magyarázatát nyújtja, hogy alóla ki nem vonhatja magát egyetlen tudomány sem s így alakult át a modern felfogás természettudományivá, a semmibe dobván vissza a megelőző időszakok böleselmi ábrándjait, metaphysikai visióit, álomképeit. Így veszté el az orvosi tudomány is az addig mesterségesen felfújt, csak dialektikán épült alapját, hogy szakítva a tradíciókkal, az inductio nyomán keressen magának új, szilárd támaszt, melyről biztatóbb a tekintet a jövőbe, nyereségesebb a jelen a szenvedőkre nézve. A természeti erők belterjesebb megismerése azok célirányosabb felhasználására vezetett, s a természetes gyógyhatások észszerű, a csodálatosig kifinomított módszerek segítségével ellenőrzött alkalmazása végre utat tört magának s remélni is alig mert sikereket mutat fel. Elismerem, hosszú harcz, nagy közdelem árán; ha az alap már le is van rakva, de a nézetek még divergáló, az épület még befejezetlen s meglepetések elől biztosítva nem vagyunk. Csak a tuberculin történeti jelentőségű phasisára utalok. A laboratoriumi vizsgálódások eredményeinek túlhajtásai, a betegen eszközözlendő megészlelés figyelmen kívül hagyásával, már is megszülték a visszahatást, melynek mindannyian tanui voltak. De az irány mégis helyes, a vezérlő delejtű csekély elhajlásai dacára útunk magas cél felé vezet s örvendő látjuk, hogy -- minden idők nagy orvosainak eszményképe szerint! -- a gyógytan lassanként *socialis* tudományyá s művészetté alakul át, mely az emberi társadalom összes viszonyainak szabályozására oly nyomós utasításokat ad. Valókká válnak a hippokratesi szavak: „Quae ad sapientiam

requiruntur, in medicina insunt omnia“, s az orvosi törekvések legszebb diadalaként tapasztaljuk, miként hódít tért a közfelfogásban a betegségek megelőzésének tana!

Az emberi szervezetnek bámulatra méltó mechanismusa mellett is feltűnő gyarlóságai a curativ medicának csak közelbe eső határt szabnak. Amott a tér, melyen a medicának hálás működési köre nyílik, melyen nemzetek boldogulására vezethet.

E pontnál állunk ma, m. t. közgyűlés, 25 év után, s a ki egyletünk megalakításakor divott orvostudományi nézeteket a maiakkal összehasonlítva: a haladás óriási mérvé felett lehetetlen nem csodálkozni. A modern kor gyorsan dolgozik, az eszmék fejlődése, haladása villámsebességgel történik s egy negyedszázados cyculus évszázadok mulasztásait képes pótolni. Soha nem vontuk ki magunkat a korszellem hatása alól: tudományos felfogásunk irányát ettől nyeré, s a mit a nagy vizsgálók lángesze kiderített, a mit az orvosgyakorlat igazoknak, üdvöseknek bizonyított: a szenvedő emberiség szolgálatára állítottuk. Lapozzuk végig a mi 25 évünk jegyzékeit s merítsünk azokból a jövőre nézve kitartást, buzgóságot. Feladatunk megvalósításában a komoly törekvés vezérelt bennünket, s ha igaz a német költő mondása:

„Nur dem Ernst, den keine Mühe bleichet, rauscht der Wahrheit tief versteckter Born“, akkor az *Igazság* szolgálatában állottunk mindenkoron.

Egyletünk a jubilaris év megünneplésére nem óhajtott zajosabb, fényes ünnepet rendezni; szűk körben elevenítjük csak fel a soha nem szűnő emléket; innen az, m. t. közgyűlés, hogy csak rövid vonásokban reflectáltam e negyedszázadra, s hogy csak a tanulságokat, melyek ebből levonhatók, emeltem ki. Nincs is szükség arra, hogy a 25 év nevezetesebb eseményeinek, pedig elég bőven vannak, különös hangsúlyozásával igyekezzem igazolni egyletünk létjogát: bizvást, reményekkel tele nézhetünk a jövőbe, mely bizonyára egyletünket még szilárdabbá, erkölesi erőben teljesebbé teendi.

Ebben a hitben, e meggyőződésben indulunk tovább, m. t. közgyűlés, s ezzel zárom jelentésem általános részét, hogy a közvetlenül lefolyt egyleti év adatait részletesen összeállítva, új bizonyosságát adjam annak, miként legutóbbi egyleti évünk is hozzájárult kicsiny testületünk erősebbé tételéhez.

M. t. közgyűlés!

Az imént lezárult 1891/92-dik évi működésünkről számot adandó, két körülményt kell első sorban constálalnom: az egyik, hogy egyleti tevékenységünk egyáltalában nem maradt el a múlt évi mögött, a mennyiben üléseink az orvosi casuistika egész tárházát mutathatják fel, a miben öröndetes jelét látom tagjaink ügybuzgóságának, az egyleti élet iránt érzett érdeklődésének; a másik pedig, hogy kifelé való humanus feladatainkról sem feledkeztünk meg, a mit különösen az által documentáltunk, hogy egy Nagyvárad városában régen érezhető, de különösen a múlt évben fenyegetőleg közeledő cholera-veszélylyel szemben actualissá vált hiányra hívtuk fel a városi hatóság figyelmét. A fertőző betegek felvételére szolgáló városi kórház felállítását értem, mely actiókra *Grósz Albert* dr. érdemes kartársunk indítványa adta meg az impulst. Emlékiratunkat a hatóság szíves figyelmére méltatta s ma már városunk e célra egy olyan teleppel rendelkezik, mely Nagyvárad város culturalis és humanistikus intézményei közt bizonyára számot tevő helyet foglal el.

Mindkét tényről önérettel emelem ki: az elsőben a folytonos fejlődés, haladás garantiáját látjuk; a másodikban pedig, hogy egyletünk az általános horderejű kérdésekben semmi mellékkörülmények által sem hagyja magát fészélyezni és egyenesen, őszintén rámutat a hiányokra, melyek felfogása szerint a közegészségügy menetét, fellendülését akadályozzák. Csak kötelességem e helyen is hangsúlyozni, hogy városi illetékes köreink felszólamlásainkat készséggel, előzékenységgel fogadták s hogy azoknak, a mennyiben a város pénzügyi helyzete megengedi, megvalósítását is munkába veszik. Ime, a fertőző kórház már készen áll, ma-holnap a Nagyvárad város életében határfaként szereplő vízvezetéki munkálatok is inauguráltak: amabban is, emebben is egyletünk emelte fel

elsőnek szavát, s fejezi ki most, ez ünnepélyes alkalommal, meleg elismerését a város nagy értelmiségű törvényhatósága előtt, mely az egészségügyi kérdésekben is feladata magaslatára emelkedett.

Általában a lefolyt egyleti év uralkodó planétája, ha szabad e kifejezéssel élnem, a hazai közegészségügy volt. A politikai élet, a nagy reformtörekvések széles medrébe vonta e kérdést is, s a mi annyira öröndetes, épen ez initiálta a reformokat a közegészségügy terén. Mi, a szakemberek, szakörök már régen tudjuk, hirdetjük, hogy közegészségügyi állapotaink nagy átalakításokra érettek meg. Kezdtük észrevenni, hogy nemzetünk statistikája, a születések és elhalálozásokét értem, oly számokat mutat fel, melyek fajunk lassú elenyésztését, kivesztét engedik előrelátni. Közegészségügyi adminisztratióink, daczára a jó intenciójú törvénynek, semmiképen sem volt alkalmas arra, hogy attól a nemzet életgyökerén rágódó eme nagyon is komoly baj sajnálását remélhettük volna. De a mit a szakvilág már régtől óta óhajt, a minek a nyilvánosság minden terén kifejezést is adott: annak a köztudatba való átmenetelét a politikai küzdelmek megakadályozták, s csak akkor, midőn a baj szertelen nagyságúvá lett, midőn a hazai politikai sajtó tette magáévá az ügyet, vált általánossá a mozgalom, mely a közegészségügy gyökeres átalakítását intendálja. Az ügy mérhetlen szerencséjére az egészségügyi kormányzat élére oly férfiú lépett, a kinek idejegondja, érdeklődése teljes mérvben irányult az égető kérdések felé s ma már ott állunk, hogy az egészségügy organikus átalakítása, modern szellemben, nemcsak pusztá remény többé! E kérdésben módja volt egyletünknek is nyilatkozni: az országos közegészségügyi tanács által a reform módozatainak megállapítására kiküldött ú. n. reform-bizottság egyletünket is megtisztelte azzal, hogy kérdőpontjaira nézve egyletünk véleményét bekerete. Beható bizottsági tárgyalások után rendkívüli szakülésben vettük megvitatás alá a kérdőpontokat, melyek az 1876: XIV. t. cz nevezetesebb, principialis határozmányaira vonatkoznak. Az emlékirat, melyet a közegészségügyi tanácshoz felterjesztettünk, egyletünket a közegészségügy feltétlen államosítása hívének vallja: jelen állapotaink mellett csak e módon képzeletünk a helyes közegészségügyi administratio problémájának sikeres megfejtését. Reméljük, hiszszük, hogy a korszakalkotó munka sem elodázva, sem félrendsabályokkal megoldva nem leend, az autonómiával megkísérlett experimentatio a lefolyt 17 év alatt oly tapasztalati adatokat halmozott egybe, hogy e rendszerre többé nem bizhatjuk nemzetünk jövőjét. Nem akarunk mi „rendőr-államot“ csinálni hazánkban, de igenis az összeség érdekét az egyeseké felé helyezzük. Ezért óhajtuk, hogy az egészségügy államosítsassék, önállóvá legyen, saját végrehajtó közegekkel, kellő ellenőrzéssel. Az egész mozgalom keretében egy jobb jövő képét látjuk felderengeni, s azok a férfiak, kik a nehéz, kényes kérdés megoldása elől ki nem tértek, hanem hazafias kötelességüknek tartották a közegészségügy reformját végre napirendre hozni, a haza hálijára tették magukat érdemessé. Egyesületünk éber figyelemmel kíséri a további fejleményeket, s a maga szerény erejével fog küzdeni meggyőződése, eszméi mellett.

Az orvosoknak büntető ügyekben való tanuzásának kérdése is élenken foglalkoztatja egyletünket. A kérdést *Edelmann Menyhért* dr. úr veté fel egy szabatosan megokolt indítványban s eszméi az egylet által élenk érdeklődéssel fogadtattak. A felterjesztés, mely ez ügyben ugyancsak az ő tollából került ki, még jogi véleményezés céljából egyleti ügyészünknel, *Berkovits Ferencz* dr. úrnál van, s így a végleges döntést a következő évtől várhatjuk.

(Folytatás és vége következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Tangl Ferencz: Útmutató a bakteriológiában. Budapest. Dobrowsky és Franke. 1894.

Hazai orvosi irodalmunk rohamos fejlődése lassanként azon kellemes helyzetbe hozza orvosainkat és az orvosi pályára lépő

ifjainkat, hogy nem kényszerülnek minduntalan idegen nyelvű könyvek beszerzéséhez folyamodni, hanem szükségletüket magyar munkákban is beszerezhetik. Annál örvedetesebb pedig az, hogy egy oly ügyesen, nagy szakismerettel összeállított új magyar könyv kerül ki a sajtó alul, mint az előttünk fekvő. A 148 lapra terjedő munka célja a bakteriológiával, ezen manapság már annyira szükséges orvosi segédtudománnyal megismertetni az olvasót. Általános és különös részre oszlik. Az elsőben szerző lehetőleg részletesen, könnyen érthető módon, az orvos és állatorvos szükségleteire tekintettel írja le a fontosabb bakteriologiai eljárásokat. A különös részben a jobban ismert pathogen és saprophyta mikrobák főbb tulajdonságai vannak leírva oly részletességgel, mely elegendő az egyes bacteriumfajok felismerésére és megkülönböztetésére. Nagyon czél-szerű, a bakteriologiai kézikönyvekben nem található újítás is van a munkában, a mennyiben a szövettani vizsgálati módszereket is — a bacteriumok okozta szöveti elváltozások ismerete nagy fontossággal bírván — külön fejezetben ismerteti. Az elmondottak megértését számos, részben a szöveg közé nyomott, részben pedig két táblán elhelyezett rajz könnyíti. A Baumgarten tübingi egyetemi tanárnak — kinek oldala mellett szerző több éven át működött mint segéd — ajánlott, szép kiállítású munkára felhívjuk olvasóink figyelmét. Ára két forint.

II. Lapszemle.

Belgyógyászat.

Vesztségellenes hatásúaknak tartott bogarak. Chatin a párisi Académie de Médecine f. é. július 4-dikén tartott ülésében mutatott be egynehány bogárfajt, a melyeket egy erzerumi gyógyszerész mint Armeniában vesztség ellen használt szert küldött volt neki. A Mylabris-ok közé tartozik mind a három faj, vagyis a Vesicantiák családjába, és mint ilyen belsőleg használva veszedelmes anyag a szárított bogarak porában foglalt cantharidin miatt, a melyből az armeniai mylabrisok 1 kgm.-jában legkevesebb 12 gm. van. Érdekes szerző összeállítása, hogy minő különféle bogárfajokat tartottak és részben tartanak még manapság is különböző helyeken a vesztség gyógyszerének, sőt preventivumának. A XVIII. században Poroszországban a Meloë maialis volt felkapott antirabikus szer, a Cetonía aurata meg Oroszországban jelenleg is nagy divatban van mint ilyen a nép között. (Bullet. de l'acad. de Médec. 1893. Nr. 27.)

Kuthy dr.

Az ember kérődzése kérdését taglalván G. Singer (Nothnagel-klinika), megfigyelési alapján a következő eredményre jut. Ruminatio és regurgitatio identikus két jelenség, mindkettő ideges constitutio folyamánya. A kérődzés legközelebbi oka a cardia relativ elégtelensége, mely időnként bizonyos gyomortartalommal szemben előáll. Mechanikája abban áll, hogy a cardia ellazulván, a gyomorbennéket a mellkasban belélekezés és vele egyidejű hangrés-zárás útján létrehozott légritkulás aspirálja. Akaratlagos exspiráló mellkasmozgások ezért elnyomhatják. A kérődzés a hányástól lényegében különböző dolog. A gyomor funkciójának minősége kérődzés esetén változó, de nem is bír fontossággal, mert a ruminatióval nem áll oki összefüggésben, hanem ugyanazon neurosis következése, a melyen a kérődzés alapszik. A therapia az oki mozzanatra, főképp az ideges hajlandóságra tekintettel választandó meg. Nem szabad a betegnek mohón énnie, sokat innia és akaratának is kell hogy érvényt szerezzen a kóros jelenség elnyomásában. A mellett a cardia tonusát emelő orvoslás javallott. (Deutsch. Arch. f. klin. Medic. 51. Bd. 4. és 5. f.)

K—y dr.

Sebészet.

A bubóknak abortív orvoslása. Az expectatív kezelés — írja L. Letnik —, a nem operatív orvoslás régente ocsmány hegeket, sipolyos meneteket s rít forradási területeket hagyott vissza. Ehhez még az is hozzájárult, hogy a gyógyulás hónapokat vett igénybe. De ha tekintetbe vesszük azt, hogy a munkás embernek az elveszett idő, melyet a kórházban tölt, súlyos csapás, mert munkát és pénzt veszít; nem csodálkozhatunk rajta, ha bajával már jó későn, midőn ad maximum fejlődött az abscessus, fordul szakértő orvoshoz. Ezt méltányolva Sz. azon volt, hogy Odessában, hol évente mintegy 1000 beteget kezel kórházilag, gyors és biztos

eljárással érhesen czélt. Végig próbálta tehát az összes abortív módszereket, de egyik sem vezetett eredményre. Sz. azért meg volt lepelve Welandér közleményétől, midőn az 1—2 injectióra (Hg. benzoicummal) 91% gyógyulást mutatott ki. Ő tehát megragadta az alkalmat s Hg. benz.-ből (1%) egy Pravaz-fecskendővel lövelt a megduzzadt, a megnagyobbodott mirigybe. Hetenként 1—2 injectiót végzett, mely után nyugalom és nyomókötés alkalmaztatott. A gyógyulás átlag 10 napot vett igénybe. Teljes resorptiót ért el ez idő alatt 122 egyénnél (89%); míg 18-nál, hol már a mirigy-állomány genyet produkált, incissióhoz kellett nyulnia. Az alkalmazott belövelések, melyek a Pravaz-fecskendővel 1 centigramm Hg. benz.-t tettek ki, erős égető fájdalmakat okoztak, melyek 8—12 órán át tartottak, de melyet a betegek a gyógyulás reményében örömetest türttek. A táblázatos kimutatásból látva e magas gyógyulási százalékot, a bubó orvoslásánál érdemes ezek szerint e methodust figyelemre méltatni.

Novotny dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

Idegen test a vaginában czímen ír Patra egy 70 éves öreg aszonnyról, ki 30 év óta egy síma szövettel bevont szörkari-kát (gyűrűt) viselt vaginájában, melyről ő teljesen megfeledkezett. Ezelőtt két évvel bűzös folyás lépett fel e nőnél, kachectikussá lett s folytonosan soványodott. Háziorsósa „carcinoma“ kórismével kórházba küldte a nélkül, hogy megvizsgálta volna. Itt felfedezték s el is távolították a gyűrűt, mely inkrustálva volt s csak nagy nehezen lehetett helyéből kimozdítani. Teljes gyógyulás következett be. (Cbl. für Gynaekologie. Nr. 34.)

R. L. dr.

Fogó (forceps) segélyével eltávolított idegen test a vaginában. Bazzanella (Insbruck) a Wien. klin. Woch. 9-dik számában egy nőről tesz említést, kitől egy ivópoharat távolított el fogó segélyével. A pohár 150 gm. súlyú, 8 cm. magas, alapja 17¹/₂, felső részének körfogata 20¹/₂ cm. volt. E pohárnak a vaginába jutását illetőleg szerző leírja, hogy a férj 10 év előtt, midőn nejétől eltávozott, helyezte azt bele, megakadályozandó a nőnek esetleges kihágását. 10 év alatt e nagy idegen test csak igen csekély helyen okozott necrotikus folyamatot. (Centralblatt für Gynaekologie. Nr. 34.)

R—s dr.

Dysmenorrhoea 8 esetének gyógyulását állandó áram segélyével írja le Smith (Montreal). Dysmenorrhoea legtöbb esetében kisebb-nagyobb mértékben endometritis van jelen, s igen gyakran mint kórokozó szerepel. Smith tapasztalata szerint a negativ galvanikus áram a leghathatósabb eszköz ezen bántalom gyógyítására. Alkalmazásában úgy jár el, hogy a negativ polust intrauterin helyezi el, és pedig csak gyenge áramot applicál, mely alig érezhető, és mely mintegy 25 milliampère vagy kevesebb erősségű. Nyolcz — ily módon orvosolt — betegéről tesz említést, hol a legjobb eredményt érte el. (Cbl. f. Gynaek. Nr. 35.)

R. L. dr.

Apróbb jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. Ozaena gyógyítására a következő eljárást ajánlják: az orrtüreg előbb kifecskendezendő phenyloidattal és azután a következő por fuvandó be: Rp. Saloli 10'0; Acidi borici 5'0; Acidi salicylici 1'0; Calc. pulv. 20'0. Még hatásosabb a következő összetételű por felszippantása többször naponként: Rp. Cocaini muriatici 0'1; Mentholi 0'3; Acidi borici 2'0; Coff. tost. subt. pulver. 1'0. (Deutsche medic. Wochenschrift, 1893. 36. sz.)

2. Vérköpés orvoslása. Eklund elveti a jéglabdacok és hideg italok használatát, mert a vagusra hatásuk következtében könnyen köhögési rohamokat váltanak ki és a gyomor véredényeinek a hidegség következtében összehúzódása miatt a tüdő véredényei kitágulhatnak. A konyhasó használata sem jó, mert a véredényfalak szakadékonyságát növeli. Szerző a jégtömlő alkalmazását ajánlja, továbbá chinint ergotinnal vagy hamamelissal. (Ther. Monatshefte, 1893. August.)

3. Higanykúrák tabes dorsualis eseteiben. Dinkler tabes 70 esetét gyűjtötte össze, melyekben higanykezelés alkalmaztatott. 58 betegnél a tünetek javultak, 10 esetben nem mutatkozott eredmény, 2-nél pedig rosszabbodás következett be. (Berlin. klin. Wochenschrift, 1893. 15. sz.)

TÁR C Z A.

Az orvosi díjszabály új tervezete.

A belügyminister ez év folyamán felhívta az Országos közegészségi tanácsot, hogy az orvosi díjszabásra tervezetet készítsen. A tanács a kért tervezetet elkészítette, mit a minister el is fogadott és mielőtt ez ügyben végleg döntene, az orvosok minél nagyobb számának véleményéről akarván magának tudomást szerezni, leküldötte azt véleményes jelentéssel a budapesti kir. orvosegyesülethez.

A szabálytervezet — melyhez kívánatos, hogy minél többen hozzászóljanak — a következő:

Szabálytervezet.

Habár az orvosi és sebészi magánygyakorlatból származó kötelezettségek meghatározása, főleg a kölcsönös megegyezéstől és az egyes orvosnak beteget irányában követett s ezek által szabad akaratból elfogadott eljárásától függ: vannak mégis bizonyos esetek, melyekben az orvosi vagy sebészi díjak megszabása birói ítélet folytán történik, ilyenek: a hagyatéki tárgyalások és azon perek, melyek az említett díjak megadásából vagy elégtelenségéből származnak.

Azon czélból tehát, hogy a bíró oly díjszabásnak legyen birtokában, melynek használata mellett az egyes felmerülő esetben ítéletét megállapíthassa: ez ideig a volt m. kir. helytartó-tanácsnak 1826. év február 26-dikán 6283. sz. a. kelt rendelete volt érvényben. Tekintettel a megváltozott viszonyokra, az országos közegészségi tanács meghallgatásával, a volt m. kir. helytartó-tanácsnak fentemlített intézményét hatályon kívül helyezem és a következőket rendelem:

1. A díjszabás tételei a közönséges magánygyakorlatra nem vonatkoznak és a kölcsönös megegyezést a beteg és orvosa között ki nem zárják. A kölcsönös megegyezés a szóbeli szerződés jogerejével bir.

2. Ellenben mivel azon esetekben, midőn az ilyenmő követelés bírósági tárgyalás vagy per útján hajtatik be, a díjszabás tételei zsinórmértékül szolgáljak.

3. A magánygyakorlatból eredő követelések bizonyítása az orvosnak vagy sebésznek jegyzeteiből szerkesztett és a tartozó félnek bemutatott számlája által eszközöltetik.

4. Az ily számlák szakértői megbirálása első sorban a hatósági főorvost, a felelbezésnél pedig az országos közegészségi tanácsot illeti.

5. Elismert vagyonos betegeknek a díjszabás tételei kétszeresen és a birtokhoz képest többszörösen is felszámíthatók.

6. Érvényes orvostudori oklevéllel fel nem ruházott sebész-mesterek az A) alatti tételeknek $\frac{2}{3}$ -ad részére tarthatnak igényt.

7. Midőn a beteg az orvos lakhelyétől 2 kilométernél távolabb lakik, az utóbbi jogosítva van a fuvarbér megtérítését követelni.

8. Midőn az orvos két kilométernél nagyobb távolságra lakó beteghez hivatik, akkor a beteg és az orvos között kötött kölcsönös megegyezés, mint szóbeli szerződés útján megállapított díjakat követelheti; kölcsönös megegyezés hiányában azon időt, melyet az utazáson és a betegnél kellett eltöltenie, a díjszabás 7—15. számai alatt foglalt tételek szerint számíthatja fel.

9. Az orvos lakásán fennjáról — ambulatorice — adott tanácsért, rendelésért vagy kezelésért az alább megszabott díjak felerésze követelhetők.

10. Több egy házban lakó és egy családhoz tartozó betegnél egyidejűleg tett orvosi látogatásnál csak az egyiknek számítható fel a teljes díjtétel, a többieknek a díjtételnek fele számítható.

11. Éjjel véghez vitt műtétek 50%-kal magasabban díjaztatnak.

12. Műtéteknél segédkezésért annak időtartama szerint 5—50 frt díj számítható.

13. Ha az orvosnak jelenléte szülésnél megkívántatik, jelenléti idejeért az orvosi díjszabás 7—14. tételei számíthatók.

14. A legsúlyosabb betegségeknek is 24 órában csak két látogatás számítható fel, kivéve ha annak többször ismétlése a beteg vagy családja részéről különösen megkívántatik.

15. A beteg által kívánt orvosi tanácsot tartalmazó levélért 5 forint számítható.

A) Orvosi díjszabás.

1. Egy látogatás nappal (reggel 7 órától este 10 óráig) a fővárosban	2 frt — kr.
2. 10,000 lakosnál többet számító helyeken	1 „ 50 „
3. 10,000 lakosnál kevesebbet számító helyeken	1 „ — „
4. Egy látogatás éjjel — este 10 órától reggel 7 óráig — a fővárosban	4 „ — „
5. 10,000 lakosnál többet számító helyeken	2 „ — „
6. 10,000 lakosnál kevesebbet számító helyeken	1 „ 50 „
7. A betegnél eltöltött félnapért — reggel 7 órától délután 1 óráig, vagy délután 1 órától este 7 óráig — a fővárosban	10 „ — „
8. 10,000 lakosnál többet számító helyeken	7 „ — „

9. 10,000 lakosnál kevesebbet számító helyeken	5 frt — kr.
10. A betegnél töltött egész napért — reggel 7 órától este 7 óráig — a megelőző 7. 8. 9. tételek kétszeres mennyisége 20, 14 és 10 frt.	
11. A betegnél eltöltött féléjjelért — este 7 órától éjjel után 1 óráig — a fővárosban	15 „ — „
12. 10,000 lakosnál többet számító helyeken	10 „ — „
13. 10,000 lakosnál kevesebbet számító helyeken	7 „ — „
14. A betegnél töltött egész éjjelért — este 7 órától reggel 7 óráig — a megelőző 11., 12. és 13. tételek kétszeres mennyisége 30, 20 és 14 forint.	
15. Orvosi tanácskozmányért nappal a fővárosban	10 „ — „
2 kilométernél nagyobb távolságban	15 „ — „
16. Más helyeken, 2 kilométer távolság	5 „ — „
17. Orvosi tanácskozmányért éjjel a fővárosban	15 „ — „
2 kilométernél nagyobb távolságban	20 „ — „
18. Más helyeken	8 „ — „
19. Magánkívánatra véghezvitt boncolásért és véleményért	30 „ — „
20. Magánkívánatra kiállított látletért vagy orvosi bizonyítványért	2—5 forint
21. Kórszövettani vizsgálatért	5—10 „
22. Górcsövi vagy vegyész vizsgálatért	2—5 „
23. Azon látogatás díja, mely műtéttel vagy valamely seb első kötözésével van egybekötve, az ezen műtet vagy kötés díjtételében bennfoglaltatik, ugyanazért az ily látogatásért a díj külön fel nem számítható.	

I. Sebészi műtétek díjszabása.

	forint
1. Kutatás sondával	2
2. Szálacsbevezetés	2
3. Egyszerű seb kötözése	3
4. Bonyolódott vagy fertőzött seb első kötözése	10
5. „ „ „ „ további kötözése	5
6. Sebek edzése	2
7. Thermokauter alkalmazása	3—5
8. Galvanokausiikus készülék alkalmazása	10—20
9. Sebészi varrat	2—10
10. Idegen test (lővegek) eltávolítása a lágyrészekből	3—10
11. Tályognyitás	2
12. Scarificatio phlegmone eseteiben	5—10
13. Carbunculus, anthrax műtéte	15—25
14. Kásadaganat kiirtása	10
15. Kisebb álképletek kiirtása	10—20
16. Nagyobb „ „	50—100
17. Tenotomia	10—20
18. Inuvarrat	25—50
19. Kisebb heveny fízamodás helyretétele	10
20. Heveny állkapocs-, váll-, könyök-, kéz- és bokafizam helyretétele	25
21. Idült állkapocs-, váll-, könyök-, kéz- és bokafizam helyretétele	50
22. Heveny czomb- és térdfízamodás helyretétele	30
23. Idült „ „	50
24. Kisebb csonttörésnek bekötése	15
25. Nagyobb „ „	25
26. Brisement forcé	20—30
27. Arthrotomia	20—30
28. Gipsz- vagy egyéb rögzítő kötés izületbántalmaknál	10—25
29. Massage	3—5
30. Csontkapatás	5—25
31. Osteotomia, Osteotomia	50—100
32. Necrotomia, Sequestrotomia	25—50
33. Ütőér lekötése a sebben	10—30
34. Lekötés az ütőér folyamában	50—100
35. Aneurysma műtétele	50—100
36. Érvágás	3
37. Idegvarrat	25—50
38. Idegnyújtás vagy idegresectio	50—150
39. Nagyobb végtagok amputatioja, enucleatioja vagy resectioja	50—150
40. Ujjak	15—25
41. Segédkezés műtételek alkalmazásával	5—50
42. Altatás (narcosis)	15
43. Agytályog megnyitása	100
44. Agydaganat kiirtása	100—200
45. Meningocele műtétele	25—50
46. Encephalocele	50
47. Trepanatio	50
48. Nyílajk műtétele	30—40
49. Szemgödörbeli daganatok kiirtása	50
50. Blepharoplastika	50—100
51. Ajkrák egyszerű kiirtása	15—30
52. Cheiloplastika	50—100
53. Stomatoplastika	50—100
54. Meloplastika	50—100
55. Rhinoplastika	50—100
56. Vizsgálat orrtükörrel	3—5
57. Idegen test eltávolítása az orrtüregből	5—25

	forint
58. Belloq-féle cső alkalmazása	10
59. Orrpolypusok eltávolítása	5-10
60. Orrürbeli daganatok kiirtása	50-100
61. A felső állcsont partialis resectiója	50-100
62. " " totalis	100-150
63. Empyema antri Highmori műtétele	25
64. Az állkapocs resectiója vagy kiirtása	50-100
65. Ranula műtétele	10
66. Nyelvfékmetszés	2
67. Nyelvrák műtétele	50-150
68. Uranoplastika	50-100
69. Staphylophagia	50-100
70. Nyelvsapsonkítás	5
71. Idegen test eltávolítása a garatból	5-20
72. Tonsillotomia	10
73. Torokedzés	2
74. Orr- és garatürbeli daganatok kiirtása	100-150
75. Pharyngotomia subhyoidea	150
76. Resectio et extirpatio pharyngis	150
77. Otoplastika	50-100
78. A fül kifecskendezése	2
79. Az Eustach-féle cső catheterismusa	3
80. Dobhártya átfurása	10
81. Idegen test vagy polypus eltávolítása a fülből	5-20
82. A processus mastoideus trepanatiója	50
83. Retropharyngealis tályog megnyitása	25-50
84. Retrooesophagealis " "	25-50
85. Mélyen fekvő nyaki tályog megnyitása	25-50
86. Golyva kiirtása	100-150
87. Vizsgálat gégetükrrel	3-5
88. Gége- vagy légszomszomszág	50
89. Intubatio	25
90. Gége- és légszomszomszág műtétele	50-100
91. Gégepolypus műtétele	30
92. Szálacsolás strictura oesophagi esetében az első látogatáskor	5-10
93. " " " " a további " "	2
94. Idegen test eltávolítása a bázisból	10-20
95. Oesophagotomia, oesophagostomia és resectio oesophagi	100-150
96. Resectio sterni	50
97. " " costarum	50
98. Thoracocentesis	25
99. Thoracotomia bordaresectióval	50
100. Tüdőtályogok, tüdőechinococcus műtétele	100
101. Emlőkiirtás	50-100
102. Hydrorrhachis műtétele	50
103. Hascapólas	25
104. Próba-laparotomia	50
105. Májtaályog műtétele	25-50-100
106. Májechinococcus műtétele	100
107. Májdaganatok műtétele	100-150
108. Epehólyag műtételek	100-150
109. Hasnyálmirigy műtételek	100-150
110. Lépműtételek (intraabdominalis úton)	100-150
111. Hasseben át előesett lép műtétele	50
112. Gyomormosás	3-5
113. Gastrotomia és gastraphia	100
114. Gastrotomia	100
115. Gyomorsipoly műtétele	100
116. Gyomorresectio, pylorus-resectio	200

(Folytatása következik.)

Heti szemle.

Budapest, 1893. október 5-dikén.

A cholera állása. Hazánkban a járvány múlt heti tudósításunk óta változást alig mutat, a mint az a következő számadatokból is kitűnik:

	7 helység	12 megbetegedés	4 haláleset
IX/28-29.	16	12	15
IX/29-30.	10	11	9
IX/30-X/1.	11	19	9
X/1-2.	12	10	13
X/2-3.	13	15	10
X/3-4.	16	17	15
X/4-5.			

Szeptember 28-dikének déli 12 órájától másnap délig a következő számú megbetegedések (zárjében halálesetek) fordultak elő: Máramarosmegye, 2 helység, 5; Szabolcsmegye, 2 helység, 2 (2); Pestmegye, 1 helység, 1 (1); Jász-Nagy-Kún-Szolnokmegye, 1 helység, 3 (1); Kolozsmegye, 1 helység, 1.

Szeptember 29-dikének déli 12 órájától másnap délig a járvány állása a következő volt: Bács-Bodrogmegye, 2 helység, (2); Békésmegye, 1 helység, 2 (2); Hajdúmegye, 1 helység, 1 (1); Beregmegye, 2 helység, 1 (2); Csongrád megye, 1 helység, 1; Jász-Nagy-Kún-Szolnokmegye, 1 helység, 1 (1); Kolozsmegye, 1 helység, (1); Máramarosmegye, 2 helység, 1 (2); Pestmegye, 1 helység, (2); Torontálmegye, 2 helység, (2); Torda-Aranyosmegye, 1 helység, 4 (1); Zalamegye, 1 helység, 1.

Szeptember 30-dikének déli 12 órájától másnap délig következő eseteket jelentettek be: Bács-Bodrogmegye, 2 helység, 5 (4); Beregmegye, 1 helység, (1); Jász-Nagy-Kún-Szolnokmegye, 1 helység, 1; Máramarosmegye, 4 helység, 3 (3); Maros-Tordamegye, 1 helység, 1 (1); Kolozsmegye, 1 helység, 1.

Október 1-sejének déli 12 órájától másnap délig következő számú esetek fordultak elő: Csongrád megye, 1 helység, (1); Jász-Nagy-Kún-Szolnokmegye, 2 helység, 2; Máramarosmegye, 3 helység, 14 (4); Pestmegye, 1 helység, 2; Torda-Aranyosmegye, 2 helység, 1 (2); Torontálmegye, 1 helység, (1); Zemplénmegye, 1 helység, (1).

Október 2-dikének déli 12 órájától másnap délig a járvány állása a következő volt: Bács-Bodrogmegye, 3 helység, 1 (4); Máramarosmegye, 1 helység, 2; Jász-Nagy-Kún-Szolnokmegye, 2 helység, 3; Liptó megye, 1 helység, 1 (1); Szabolcsmegye, 1 helység, (1); Szatmármegye, 1 helység, (2); Torda-Aranyosmegye, 2 helység, 2 (5); Torontálmegye, 1 helység, 1.

Szeptember 3-dikének déli 12 órájától másnap délig következő számú esetek fordultak elő: Alsó-Fehérmegye, 2 helység, 4 (1); Esztergom megye, 1 helység, 1; Jász-Nagy-Kún-Szolnokmegye, 4 helység, 3 (4); Kolozsmegye, 1 helység, 2; Máramarosmegye, 1 helység, 1 (1); Sárosmegye, 1 helység, 1; Torda-Aranyosmegye, 1 helység, 1 (2); Torontálmegye, 1 helység, 1 (2); Zemplénmegye, 1 helység, 1.

Október 4-dikének déli 12 órájától másnap délig következő számú eseteket jelentettek be: Bács-Bodrogmegye, 1 helység, 2 (1); Jász-Nagy-Kún-Szolnokmegye, 2 helység, 1 (2); Kolozsmegye, 1 helység, (1); Máramarosmegye, 6 helység, 8 (6); Szabolcsmegye, 1 helység, 1; Torda-Aranyosmegye, 3 helység, 3 (4); Zemplénmegye, 2 helység, (1).

Budapesten az állapot nagyon megnyugtató; némelyik napon nem volt megbetegedés; máskor meg a bejelentett csekély számú elszórt eset egy része nem bizonyult cholera-nak. Szeptember 29-dikén 3 megbetegedés történt; szeptember 30-dikán és október 1-én nem volt megbetegedés; október 2-dikán ismét 3 megbetegedés, azután két napig szünet; 5-dikén egy megbetegedés.

A külföldi cholera-ra vonatkozó hírek röviden a következőkben foglalhatók össze: Oroszországban most valahára már csökken a járvány; Moszkvában szeptember 16-dikától 18-dikáig csak 13 (10) eset fordult elő; a szeptember 16-dikával végződött héten a következő kormányzóságokban következő számú esetek történtek: Volhynia, 390 (140); Ekaterinoslav, 414 (175); Kalisz, 10 (5); Kiew, 548 (223); Kursk, 248 (117); Mohileff, 229 (76); Radom, 15 (11); Samara, 115 (50); Smolensk, 7 (5); Tchernigoff, 177 (55). Podoliában szeptember 2-dikától 16-dikáig 1704 megbetegedés és 652 haláleset fordult elő. Németországban szeptember 16-dikától 22-dikéig a Rajna mellékén 5 eset történt: 1 Wanheimben és 2-2 Mannheimben és Duisburgban. Berlinben, a hol már 10 nap óta nem történt megbetegedés, szeptember 21-dikén ismét három eset fordult elő. Hamburgban csökkent az esetek száma; szeptember 28-dikán 5 (1), 29-dikén 2 (3), október 1-sején 3 (3), 2-dikán 0 (3) eset fordult elő. Altonában szintén észlelnek naponként 1-2 szórványos esetet; a Hamburg környékén fekvő Gestemunde, Bodenwerder és Itzehoe helységeiben is voltak egyes megbetegedések. Franciaországban Brestben már szünőfélben van a baj; szeptember 26-dikán már csak 3 haláleset volt cholera következtében; a város környékén fekvő helységeiben szintén tetemesen csökkent az esetek száma. Olaszországban Palermóban augusztus 16-dikától, a mikor az első esetet észlelték, szeptember 22-dikéig 245 megbetegedés és 134 haláleset fordult elő. Livornóban még mindig nagy a megbetegedések száma. Romában július 1-sejétől szeptember 19-dikéig összesen 21 (11) eset történt. Újabbban Messina tartományban (Sicilia) is kiütött a járvány. Antwerpenben a járvány kitörésétől szeptember 23-dikáig összesen 78 megbetegedés fordult elő, melyek közül 65% végződött halálosan; szeptember 18-dika óta újabb megbetegedés nem történt. Németalföldön erősen csökken a járvány. Angolországban Grimsbyben szeptember 23-dika és 28-dika között nem történt újabb megbetegedés, Manchesterben pedig 18-dika óta nem volt újabb eset; Cleethorpes-ben is megszűntnek mondható a járvány. Újabb esetek csak Tividale kerületben fordultak elő, Londonban pedig 26-dikán egy gyanus megbetegedés történt. Spanyolországban Bilbaóban némi javulás mutatkozik ugyan, de azért aránylag még elég sok megbetegedés történni; Aragoniában újabb esetek állítólag már nem fordulnak elő. Romániában az állapot változatlan. Galiciában a járvány megjelenésétől szeptember 19-dikéig 649 megbetegedés és 400 haláleset történt; a múlt számunkba jelzett kismérvű csökkenés nem mutatkozott tartósan, mert az e héten érkezett hírek ismét nagyobb számokat tüntetnek elő. Legújabb hírek szerint a cholera Kairóban is kitört.

Ungvármegye a közegészségügyi reformok érdekében. Ungvármegye szeptember hó 16-dikán tartott közgyűlésén elhatározta, hogy a közegészségügy és vele kapcsolatban a szegényügynek országos egyöntetű rendezése és reformálása érdekében a képviselőházhoz feliratot intéz.

E felirat szövege Kende Péter alispán által aláírva — lapunk egy ungvári barátja szívességéből — előttünk fekszik. Közöljük abból a következőket. A felirat részletesen kifejti a közegészségügy állami és közgazdasági nagy fontosságát, és azon következtetésre jut, hogy ezt kapcsolatban a töle elválaszthatatlan szegényügygel mihamarább egyetemes rendezés alá venni elodázhatatlan országos szükség. E rendezést azonban országos egyöntetű keretben csakis közadózás alapján létrehozott országos alap létesítése által lehet elérni: ennek létesítésére pedig kedvező közvéleményt kell teremteni a közegészségügy érdekében úgy fel- mint lefelé. Szükségesnek tartja azért a felirat, hogy ezen cél elérésére az ország közegészsége és szegényügyével egy országos congressus foglalkozék. Ennek szervezetét a felirat következőleg képzei: képviselve legyenek abban az orvosokon kívül a társadalom minden rétegének, különösen a közigazgatás, tanügy és törvényhozás tagjai; minden egyes törvényhatóság meghatározott számú megbizzottal; legyen a congressusnak egy végrehajtó bizottsága; tartson a congressus évről évre úszszel egy ülést előre megállapított tárgysorozattal a közegészség és szegényügyet érdeklő kérdéseket illetőleg; a congressus egyetemesen oldja meg az összes hazai közegészségügy minden részletét; költségeit a belügyministeri tárcza fedezze. Felkéri a felirat a képviselőházat, hogy e congressus létrejövését előmozdítsa és erkölcsi támogatásával azt megkönnyítse; a belügyi kormányt pedig a közegészség és az attól különösen szegény vidéken elválaszthatatlan szegényügynek egyöntetű országos, a közadózás alapelveire helyezett és a községi autonómikus jogkörből kivont módon reformálását célzó és az egész ügyet teljesen felölelő törvényjavaslat benyújtására utasítsa.

Ungvármegye szintén e közgyűlése elhatározta továbbá azt is, hogy a feliratában contemplant országos congressus létesítésére és kezdeményezésére felhívja az országos közegészségi egyesületet és e tekintetben csakugyan átiratot is intézett az egyesület igazgatóságához; köziratilag felszólította továbbá az összes törvényhatóságokat, hogy hasonló szellemben tegyenek felterjesztést az országgyűléshez és hasonló irányban kérjék fel az országos közegészségi egyesületet a mozgalom megindítására és vezetésére.

Ungvármegye törvényhatóságának e kezdeményezése kétségen kívül figyelemreméltó esemény. Kiindulás pontjúl szolgálhat egy nagyszabású társadalmi mozgalomnak a közegészségügy érdekében, melynek jelenleg talán még nem egészen határozott és némileg ködben burkolt körvonalai hovatovább tisztulni fognak és belőlük egy határozott és megérett közvélemény bontakozhat ki, hazai közegészségügyünk erőteljes és gyökeres javításának elodázhatatlan szükségessége iránt. Rokonszenvvel fogjuk kísérni a mozgalom fejlődését.

A tisztviselői vizsgálatok életbeléptetése. A belügyminister 1893. szeptember 30-dikán 80,099 sz. a. a közoktatóügyi ministerrel egyetértőleg közzé tette szabályrendeletét a tisztviselői vizsgálatok tárgyában. A szabályrendelet egészben véve ugyanaz, mint az a tervezet, melyet ez évfolyamunk 17-dik számában közöltünk. Csak annyiban történt változtatás, hogy nemcsak Budapesten, hanem Kolozsvárt is lesz vizsgáló bizottság, továbbá a vizsgatárgyak közül elmarad a himlőoltás vizsgálata és a vizsgálatokat februárius és augusztus hónapokban tartják. Az új szabályrendelet 1893. november 1-sejével lép életbe. E tisztviselői vizsgálatokat a tényleg alkalmazásban levő és az 1883. I. t.-cz. 9. §-a szerint vizsgaköteles azon törvényhatósági és rendőrségi orvosok, kik jelen állásukban két évet még be nem töltöttek, november 1-sejétől számított két év alatt kötelesek letenni. 1894. január 1-sejétől kezdve törvényhatósági és rendőrségi orvosul csakis tisztviselői vizsgát tett egyén alkalmazható.

A m. kir. belügyminister 57,264/93. számú rendelete Somogy vármegye főispánjához. (A pályatorvosi és körorvosi állás összeférhetetlen.) Hivatkozással a cím f. évi június hó 27-dikén 358. sz. a. kelt felterjesztésére, melyben jelenti, hogy a *böhönvei körorvosi állás a járadalom csekélyisége miatt pályázók hiányában be nem tölthető* s egyúttal

azt kéri, hogy a balaton-szentgyörgy-szobbi vasútnál szervezendő pályatorvosi állomás és a böhönvei körorvosi állás egyesítését a m. kir. kereskedelemügyi minister úrral egyetértőleg eszközöljem, mely esetben az *egyesített állás könnyen betölthető* leend, azt válaszolom, hogy tekintettel arra, miszerint a pályatorvos hivatalos elfoglaltsága rendszerint hosszabb pályarészre terjed ki, mely néha az orvosnak székhelyéről esetleg napokig terjedő távolmaradását követeli meg s ennélfogva körorvosi teendőinek végzésében lényegesen hátrálthatja: a pályatorvosi és körorvosi állást *összeférhetőnek nem tartom* és ennélfogva felkérem a címet, hogy a böhönvei körorvosi állás betölthetőségét gátló körülmények megszüntetésére vezető valamely alkalmasabb módokról gondoskodjék. Budapesten, 1893. augusztus hó 15-dikén. A minister helyett: *Báró Jósika s. k.*, államtitkár.

Budapest fő- és székváros közegészségi állapota 1893. évi július hóban. A tisztviselői főorvos jelentéséből közöljük a következőket: A fő- és székváros közegészségi állapota a múlt havihoz viszonyítva számba vehető változást az általános halálozás tekintetében nem mutat, a heveny ragályos megbetegedési s halálozási esetek száma sem mutat lényeges eltérést, a kanyaró kivételével, melynél a betegedési esetek száma tetemesen apadt, múlt hóban volt 937, e hóban 472, a heveny gyomorbélhurut, mely a nyári hónapokban mindig sűrűbben mutatkozik, hasonlóan a múlt havihoz, tetemes emelkedést mutat (múlt hó betegedés 386, halálozás 90; ezen hóban betegedés 481, halálozás 260). Élve született e hóban 1651, meghalt katonák nélkül s az útról jött s itt elhalt 73 egyén levonásával 1167; így a születési esetek 484-gyel múlták felül a halálozásokat. Julius hóban a fő- és székváros összes nyilvános és magánkórházaiban gyógykezelettet 6995 fekvő és 7442 járó beteg; a kerületekben a ker. orvosok által 2134 részint fekvő, nagyjából járó beteg, összesen 16,571, azaz 385-tel több mint a múlt hóban. Ezek közül a lipótmezei orsz. tébolyházban 832, az angyalfüldi elmebeteg-ápolóban 318, az irgalmasoknál 205, a megfigyelő osztályon 124, Schwartz dr. ideggyógyintézetében 120 elmebeteg ápolatott. A rendőrség részéről a megfigyelési osztályra küldetett 3 fővárosi és 1 vidéki elmebeteg. Ebmarás 8 esetben történt. Orvosrendőri boncsolás végeztetett 48, orvostörvényszéki 19 esetben. Öngyilkosság 15 esetben fordult elő és pedig: lővés 16, akasztás 6, mérgezés 3. A Dunából 13 hulla fogatott ki. A fővárosi szegényházban 1019 egyén közül 445 volt beteg (ezek közül elme- és eskóros 155). A fővárosi „Josephinum” fiárvaházban 98 növendék közül nem volt beteg, az „Elisabethinum” leányárvaházban 108 növendék közül szintén nem volt beteg, a „Klotild” szeretetházban 59, a Mayer-féle árvaházban 75 növendék közül 6 volt beteg. A lelenz és dajkaságba adott gyermekekre nézve: 1. A budapesti első gyermekmenhelyben július hóban felvételre összesen 24 gyermek. 2. A fővárosi összes kerületeiben volt 828 csecsemő lelenz és árva. 3. Szaporodás e hóban volt összesen 52. 4. Csökkenés volt e hóban összesen 60. A csökkenés okai: Elköltözés 21, szülők általi visszavétel 27, elhalálozás 12 esetben. Beteg volt e hóban összesen 53, meggyógyult 32, gyógykezelittek 9, meghalt 12. Halál-okok voltak: rángóros 1, aszkór 1, tüdőlob 2, hörglob, gyomorbélhurut 6, rögtöni halál 1, torokgyík 1. A ker. szülésznök 76 szegény szülönőnél segédkeztek, 476 esetben ellenőrizték a városi árva, lelenzek s dajkaságba adott gyermekek ápolását. A köztisztaság a csatornázatlan és közvetlen utcákat kivéve kielégítő volt. A vízvezetési víz, valamint a közutak víze általában véve élvezhető volt. A főv. vegyszár által 257 esetben tételt vizsgálat. Az állategészségügy nem volt kedvező. Megsemmisített 13 takonykóros ló, 1 lépfenés ló, 282 kóbor eb. Okleveleiket e hóban bemutatták: *Hegedüs I. Sándor, Berend Miklós, Goldberger Miksa, Nagy Géza, Herschler Sándor, Szölke Bertalan, Fleischer Elemér, Schwartz Ede, Varga Emil, Hoffman Károly egyetemes orvosdoktorok és 11 okleveles szülésznök.*

Semmelweis-emlékre adakozott:

Süsz Sándor dr., kör- és uradalmi orvos, *Léka* 1 frt 50 kr.

Kivonat a hivatalos „Egészségügyi Értesítő”-ből. 1893. 7. sz. Bmkr. 80,099/93. sz. a tisztviselői vizsgálat életbeléptetése tárgyában. L. fentebb.

Bmkr. 84,851. sz. Az 1892-diki közegészségi jelentés szétküldéséről. Gyógyszertárak: egy új személyes jogú gyógyszerár felállítására és egy átruházása engedélyeztetett; 4 kérvény visszautasított.

Vegyesek.

Budapest, 1893. október 6-dikán. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1893. szeptember 17-től szeptember 23-ig terjedő heti kimutatása szerint e héten élve született 353 gyermek, elhalt 208 személy, a születések tehát 145 esettel múlták felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházban ápolatott e hét elején 1854 beteg, szaporodás 688, csökkenés 594, maradt e hét végén ápolás alatt 1948. — A fővárosi tisztviselői főorvosi hivatalnak 1893. szeptember 24-től szeptember 30-ig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymában 10 (meghalt 1), báránymimlőben 9, vörhenyben 25 (meghalt 3), kanyaróban 25, ronesoló toroklobban 44 (meghalt 7), torokgyíkban 7 (meghalt 3), trachomában 13, hökhurutban 10 (meghalt 1), orbánczban 15 (meghalt 1), cholera 21 (meghalt 12).

— Egyetemes orvosdoktorokká felavattattak 1893. szeptember 30-dikán: *Schmidt Antal*, Vasas (Baranyam.), f. a. Ajtai tanár; *Szell Gyula*, Igló (Szepesm.), f. a. Högyes tanár; *Fisch Aron*, Homonna (Zemplénm.), f. a. Kéti tanár.

— Szigeti Márton dr. nyáron Gleichenbergben fürdőorvos, téli fürdőorvosi működését Abbaziában újból megkezdte.

△ *Tangl Ferencz* dr. a budapesti állatorvosi akadémia segéd-tanárát, ezen akademiánál ő Felsője az élet- és szövetten nyilvános rendes tanárává nevezte ki.

— A tisztí orvosi vizsgáló bizottságok tagjai. A m. kir. belügyminister az 1883:1.-czikk 9. §-a alapján rendszeresített tisztí orvosi vizsgálat vizsgáló bizottságainak tagjait a folyó évi november hó 1-től számítandó három évre kinovezte a budapesti vizsgáló bizottságba elnökül és a közegészségügyre vonatkozó törvények és rendeletekből vizsgálól: *Chyzer Kornél* dr. belügyministeri osztálytanácsost; alelnökül és a közegészségtanból vizsgálól: *Müller Kálmán* dr. egyet. ny. rk. tanárt és az orsz. közegészségi tanács alelnökét; a gyógyszerisméből és méregtanból vizsgálól: *Tóth Lajos* dr. egyet. ny. r. tanárt; az elmekórtanból vizsgálól: *babarcsi Schwartzner Ottó* dr. egyet. m.-tanárt, az orsz. közegészségi tanács tagját; a trachomaügyből vizsgálól: *Feuer Náthán* dr. egyet. m.-tanárt, közegészségi felügyelőt s jegyzőtül *Klasz Pál* dr. belügyministeri cizmetes segédtitkárt rendelte ki; a kolozsvári vizsgáló bizottságba elnökül és a közegészségügyre vonatkozó törvények és rendeletekből vizsgálól: *Chyzer Kornél* dr. belügyministeri osztálytanácsost; alelnökül és a közegészségtanból vizsgálól: *Purjesz Zsigmond* dr. egyet. ny. rk. tanárt; a gyógyszerisméből és méregtanból: *Udránszky László* dr. egyet. ny. rk. tanárt; az elmekórtanból vizsgálól: *Konrád Jenő* dr.-t a nagyszabeni orsz. tébolyda igazgatóját; a trachomaügyből vizsgálól: *Feuer Náthán* dr. egyet. m.-tanárt, közegészségi felügyelőt s jegyzőtül *Engel Gábor* dr.-t a kolozsvári „Karolina“ orsz. kórház igazgatóját rendelte ki.

○ *Korányi Frigyes* dr. budapesti m. kir. tud. egyetemi tanár a budapesti tud. egyetemi orvoskari tanárségédektől nyomatásban magyar nyelven megjelent munkák legjelesebbikének megjutalmazására 2000 frtos alapítványt tett. A vallás- és közoktatásügyi m. kir. minister nevezett alapítónak jelen alapítványáért őszinte elismerését s köszönetét fejezte ki. Az alapítvány 3 éves összegyűjtött kamatát 1894-ben fogja először odaitélni az orvostanártestület az 1891—94. között megjelent legjobb műnek.

— Cholera-biztosok. A belügyminister *Miskolczy Imre* min. biztost *Sárosm.*, *Raisz Gedeon* m. biztost *Bács-Bodrogm.*, *Téry Ödön* dr. közegészségi felügyelőt *Torda-Aranyosmegyébe* küldte ki a cholera-ellenes intézkedések ellenőrzésére.

△ A belügyministerium bakteriologiai intézetében szeptember 11—28-ig 39 cholera gyanus ürüléket vizsgáltak 24 esetben positiv eredménnyel.

— Budapesti betegsegélyző és temetkező egyletek száma 1892-ben 75 volt; ezeken kívül volt csupán temetkező egylet 3.

○ Az egészségügyi törvények és rendeletek teljes gyűjteménye, melyet a belügyministerium fog kiadni, legközelebb sajtó alá kerül.

— A gyöngyösi alapítványi nyilvános közkórházban az 1892-dik év folyamán — mint azt *Koller János* dr. igazgató-főorvos jelentéséből olvassuk — 1104 (644 férfi és 460 nő) beteg nyert ápolást. Ezek közül belső beteg volt 652 (59.05%), sebészi 233 (21.25%), bujakóros 168 (15.21%), szülész 22 (1.17%), szemészi 29 (2.71%). Ápolásnap volt 23,940, tehát egy betegre esett 21.7 nap. Az ápolásdíj naponként 64 kr. Műtét 17 esetben történt. A jelentéshez a kórház története és egyes részeinek phototypikus rajzai vannak mellékelve. Az igazgató-főorvoson kívül *Kusz Máté* és *Keller Dávid* dr. tettek orvosi szolgálatot.

△ A nyitrai vármegyei közkórházban — mint azt *Biringier Ferencz* dr. kórházi igazgató jelentéséből olvassuk — az 1892-dik év folyamán 1308 (856 férfi és 527 nő) egyént orvosoltak. Az ápolásnapok száma 40,263 volt. Nagyobb sebészi műtétet 182 esetben, foghúzást 271 esetben hajtottak végre. A főorvos mellett *Stein Emil* dr. működött mint alorvos.

† *Elhunyt: Reiner József* dr. nyug. törvényszéki orvos és negyvennyolczas honvédfőorvos 82 éves korában Temesvárt. — *Heinrich Lajos* dr. Bécsben.

— Megjelent. *Drasche: Bibliothek der gesammten medizinischen Wissenschaften. 1. Abtheilung: Interne Medicin und Kinderkrankheiten (Heft 5. u. 6.)* Max Merlin. Wien, 1893. (Brechdurchfall—Croup.)

— Hibaigazítás. A 38-dik szám 457. oldal első hasábján alul 5 dik sorban *me* helyett *nie*, ugyanezen hasábon az utolsó sorban *atrophies* helyett *amyotrophies*; ugyanezen oldal második hasábján a 36-dik sorban *atrophies* helyett *amyotrophies*, a 43-dik sorban *térdizület* helyett *térdtűnet* olvasandó.

„Szt. Lukács-fürdő“ részvény-társaság.

Téli és nyári gyógyhely.

Helyi zuhanykezelés meleg ásványvízzel, iszapborogatás, téli iszapfürdők és lakásokról küld prospectust díjmentesen az igazgatóság.

Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és illői-úti kórházban 1893. szeptember 28-tól egész október 4-ig ápolott betegekről.

1893.	Felvett			Elbocsátott			Meghalt			Maradt			Az ápoltak körül			
	beteg			gyógy.			beteg			beteg			a Rókusban			
	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	beteg	szülő	heveny fertőző	sz. illői-úti kórházban
Szept. 28	39	36	75	42	29	71	6	2	8	949	869	1818	1038	32	41	707
" 29	31	35	66	41	30	71	6	2	8	933	872	1805	1041	31	39	694
" 30	34	33	67	62	32	94	3	2	5	902	870	1772	1036	30	39	667
Okt. 1	39	23	62	38	31	69	3	2	5	900	860	1760	1025	30	41	664
" 2	66	39	105	46	46	92	2	7	9	918	846	1764	1003	38	42	681
" 3	49	48	97	25	32	57	5	4	9	937	858	1795	1039	28	46	682
" 4	41	32	73	31	53	84	1	1	2	946	836	1782	1025	30	46	681

Dr. Dollinger Gyula TESTEGYENÉSZETI ÉS SEBÉSZETI INTÉZETE

Budapest, VII., kerepesi-út 52.

39

ABBAZIA fürdőorvosa **SEMERE ALBERT** dr.,
a mell- és torokbajok speciális orvosa. 1
Lakása: Villa Szemere, a kikötővel szemben.

Dr. Bácskay Béla

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

nyilvános tehénhímlo-termelő intézete Aradon.

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

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

Tömeges oltáshoz oltóanyagot

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

Bérmentes bekiudással 30 krral több.

Saját találmányú oltóeszköz tömeges oltáshoz, melylyel egy óra alatt 100 egyén sikeresen oltható 1 frt 25 krért. 29



Orvosi perex maximum hőmérő, legfinomabb minőségű nickel- vagy börtokban, vizsgálati okmánynyal, minden tekintetben megbízható. Egy drb. ára 2.50 márka franco. **Wilhelm Uebe, Zerbst-Anhalt.**

Dr. Kadner Sanatoriuma, Niederlössnitz, Drezda mellett.

Különlegessége: **Étrendi gyógy mód** gyomorhajoknál, 16 anyagcsere-betegségek, elsődleges és másodlagos táplálkozási rendellenességek és mindennemű belbajoknál. Kényelmes ház, gyönyörű fekvés, olcsó árak, 2 orvos.

KEFIR Első magyar kefir intézet
valódi steril
tejből! Bpest, teréz körút 31.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADO TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény Pertik rk. tnr. egyetemi kórszövet-tani intézetéből.

Adatok a neurofibroma multiplex kórszövet-tanához.¹

Irta Nékám Lajos dr., v. tanársegéd.

A bőrbetegségek számos alakjai közül bizonyára a legérdekesebbek egyike az, melyet molluscumnak, multiplex fibromának vagy újabban neurofibromának neveznek. A bibliai Jóbra emlékeztető képet nyújt egy ilyen beteg, testén néha ezer kisebb nagyobb daganattal, melyek kiemelkednek vagy polyposusan lecsüngnek, évek hosszú során át fejlődnek, néha uráltatnak, kifehélyesedhetnek, s a beteg mégis — subjectív tünetek híján — nyugodtan, panasz nélkül tűri baját.

Már a régi orvosoknak is feltűnt e betegség.²

Plenck a mult század közepén könyvének „*verruca carnea, mollusca, et tuberculum molle*“ című IV. fejezetében egy névtelen betegséget így ír le: „*sensile, cuti concolor vel rubens; saepe pilosum. In naso et facie ut plurimum invenitur. Videtur admodum magna glandula cutanea quasi esse.*“

Tilesius, Acrell, Dotzauer hasonlólag még a mult században foglalkoztak e bántalommal.

Craigie (1819.) a daganatokat a faggyumirigyek hypertrophiájából származtatja; ezt a nézetet azonban már Sangalli (1860.) megtámadta, mert egy bonczolásra került eseténél a gyomorban is talált fibromákat.

Beale (1855.) eredésüket a hajtüszökhöz fűzte. Szerinte a kiindulási pont a hagyma legmélyebb részében, a bajat képező sejtekben fekszik. Ehhez csatlakozik a subcután areolaris kötőszövet hypertrophiája. Felvételét arra alapította, hogy a tumorokban a haj zsákját néha megvastagodva, a tüszöket és a beléjük nyíló faggyumirigyeket elváltozva, elzárva, néha csomósan, betokolva találta. Feltűnt azonban már neki is, hogy a tumor jóval a hajtüszök alá érhet, mintegy gyökerekkel (rounded extremity) bír, melyek a bőr alatti kötőszövetig érhetnek le.

Hilton Fagge (1870.) a hajtüsző kötőszöveti burokjába localizálja a tumorok kiindulását, mely nézet nyilván kevésbé eredeti s nem jelent haladást a régibb felfogásokhoz képest.

Az eddig említett szerzők a tumorok histologiai magatartására nem figyeltek.

Odier volt az első, a ki az idegek szerepét észre vette és a neuroma szót először használta. Cruveilhier (1828.) már elkülönítette a fibromáktól a traumatikus eredésű, főleg az amputációs neuromákat. A mi a molluscumokat illeti, ezek

¹ Előadatott a magyar orvosok és természetvizsgálók 1892. évi, Brassóban tartott vándorgyűlésén.

² E betegség történetére és irodalmára vonatkozó adatokat a legteljesebben Recklinghausen munkájában lehet megtalálni. Nem lehet czélom ez alkalommal ezeket újra felsorolni, annál kevésbé, mert néhány legutóbb megjelent munka megemlézésének kivételével az egész csak egyszerű ismétlése lenne R. gyűjteményének. Jelenleg csupán azokra a dolgozatokra reflectálok, melyek az eszme fejlődésére befolyással bírtak, a kérdés megvilágításához hozzájárultak s így nem pusztán casuistikus értékűek.

spontán fellépését lehetségesnek tartja még az élet későbbi szakaszaiban is.

Passavant-nak feltűnt a fibromáknak álneuromákkal való combinatiója. Ő a fibromák kiindulásában már az idegeknek is részt tulajdonít. Exsudatumot vesz fel az ideghüvelyen belül, mely a centrumtól a periphéria felé haladna, később organizálódnék és okozná az idegnyalábok orsó alakú megvastagodását.

Virchow-nak több dolgozata foglalkozik e tárggyal.

A fogalmak tisztázása czéljából először is kizárta azt a daganatot a molluscumok, sőt az önálló alképletek sorából, melyet Förster „*Faserkerngeschwulst*“ -nak (Fibronucleated growths Bennet) azért nevezett, mert azt hitte, hogy azok csak sejtmagvából és rostból állnak sejt és protoplazma nélkül.

Részben a myomák, részben a fibromák közé osztotta be a Joh. Müller féle „*Markschwamm mit geschwänzten Körperchen*“ és a Schuh „*Bündelkrebs*“ -ét, melyeket ma nagyrészt álneuromák sarcomatosus elfajulásának tekint. A multiplex fibromáknak Virchow *elephantiasis mollusca* nevet adott, mert szerinte a folyamat analogonja az elephantiasisnak. A molluscumokban is oly lágy, nedves, sejtgazdag, sárgás rózsaszínű szövetet talált ugyanis, mint a milyen jellemzi pl. a nagy ajkakon fellépő elephantiasitikus növedékeket.

Szerinte a molluscumok a bőrnek bármely részéből származhatnak — tehát a cutis felső rétegéből is —, a leggyakoribb kiindulásuk azonban a zsírlebenszövet kötőszövetéből történik.

Eles különbséget tett továbbá a valódi neuromák és a kevert és álneuromák között. A különbség csak quantitativ: az elsőknél a daganat főtömege idegszövet, rostos vagy dúcszejtes, a második csoportnál szintén van idegűjképződés, de a massát myxomatosus, fibromatosus vagy gliaszövet képezi, végre az álneuromáknál csak a kötőszövet szaporodik, az idegrostok stationaerek vagy elpusztulnak.

Később Hesselbach, Sibley, Gerhardt, Soyka arra az eredményre jutottak, hogy a molluscumok eredése centralis is lehet. Az agykérgeken és hártályokon is észleltek ugyanis tumorokat, melyek szerintük esetleg okai lehetnek a bántalom keletkezésének. Nem derítették ki azonban azt, hogy az észlelt újképletek nem másodlagosak-e szintén s nem egyenlő rangúak-e a bőrben talált elváltozásokkal?

Rindfleisch és Rokitsansky kiemelik, hogy e fibromák sohasem lesznek oly kemények, mint pl. a méhbeliek. Szerintük ez a circulációs zavarok miatt létrejött oedemák miatt van így, mely a daganatot lemezessé, lebenyessé teszi.

Hebra abból kiindulva, hogy ezek a betegek majdnem mind tuberculososban, syphillisben vagy más constitutionalis megbetegedésben is szenvedtek, hogy feltűnő sok volt közöttük stupid: újra visszatért a centralis eredés vitatásához és a neurofibromatosist általános megbetegedésnek tartja, melynek a trophoneurotikus zavarok miatt jelentkező egyik tünete a göbök fellépte.

Daczára a hetvenes években már sürűn végzett ez irányú görösövi kutatásoknak, öntudatosabb mederbe e kérdés tanulmányozása csak akkor lépett, midőn a vizsgálok Virchow nyomán a Bichat-féle analitikai irányt kezdték követni, törekedve a betegségek specifikus localizálására. Virchow az egynemű és mindig egyenlő jelentőségűnek tartott szöveteket individualizálni

kezdte; rámutatott arra, hogy a másodrendű fontosságának tartott kötőszövet önálló actióra is képes és folyamatoknak kiinduláspontul is szolgálhat.

Nem elégedett meg azzal, hogy egy betegség helyéül pl. a bőr kötőszöveti részét jelölje meg. Felvette, hogy ez a látszólag egyenlő kötőszövet a bőr különböző részében és különböző szerveinek szomszédságában physiologicce különböző tulajdonságokkal bír, s más és nem mindig egyforma pathologiai folyamatokat idézhet elő.

A tárgy nehézsége, az anyag ritkasága okozta-e, dacára a kijelölt öntudatos iránynak, melyre a természettudományokban oly kevés példa van, mégis 19 év telt el Virchow munkájának megjelenése óta, míg e téren újabb s az előbbihez méltó lépés történt. Ekkor jelent ugyanis meg *Recklinghausen*-nek classikus monographiája, mely a fáradhatatlanul gyűjtött adatokból lépésről lépésre vonja le mindig realis következtetéseit, s a mely mint a kórboneztani vizsgálódás mintája, mindig olvasásra méltó mű fog maradni.

Recklinghausen fejtegetései a következőkben foglalhatók össze:

A bőrnek multiplex lágy fibromái multiplex kevert és álneuromákkal együttesen lépnek fel, s ezekkel sokban megegyező szerkezettel bírnak. Kiindulnak a cutisnak azon mélyebb részéből, melyben még endoneuriummal bíró idegtörzsek vannak. A daganatok innen a felszín és a bőr alatti kötőszövet felé nőnek, magukkal tolvá az ott levő szerveket, így néha a bőr alatti kötőszövetig levongálva az ilyenkor rendkívül megnyult kivezető csővel bíró verejték-mirigyeket.

A fibromák többnyire gyökerekkel bírnak, melyekben néha ki lehet mutatni az idegek belépését. Innen a rostok erős széttolatása mellett, a daganatnak néha lemezes szerkezetét követve, tekervényesen halad az ideg, miközben endoneuriuma lágy, sejtgazdag, az ébrényi agykérgekre emlékeztető szövetté alakulhat át. Néha a daganat lágy, sejtű, plexiform marad, máskor fibrosus, tömött lesz, s ez esetben az idegrostok gyorsan elpusztulnak. Ez a valószínű oka annak, hogy a bőr fibromáiban oly nehéz a megbetegedett ideg feltalálása.

A lemezes ideghüvelyek a folyamat szétterjedésének hosszú ideig gátat szabhatnak. Ilyenkor az újképződés az idegre szorítkozik s többé-kevésbé orsó alakú marad. Később azonban átterjedhet az összes bőrbeli szervek burokjára, mintegy impulzust ad ezeknek vagy belevonja őket tumorok képezésébe, a midőn nemcsak széttolatnak pl. a verejték-mirigyek kacsái, de a rostos burok eltűnésével közvetlenül a tumorszövettel kerülnek érintkezésbe a hámsejtek.

Localis oedemák keletkezése, a szövetnek induratioja, sarcomatosus elfajulás stb. tehát mind későbbi folyamat s már nem tartozik a tiszta kórképhez, melyet *Recklinghausen* az idegekkel való genetical összefüggés miatt neurofibromatosisnak, az egyes daganatokat neurofibromáknak nevezett.

A folyamatnak legelső kiindulására nézve positiv eredményt ugyan *Recklinghausen* sem bír nyújtani, azonban arra támaszkodva, hogy P. Meyer diphtheritikus hűdéseknel a beteg idegekben körülírt duzzadásokat, a rostok sajátos körülrít széttolatását észlelte, valószínűleg exsudatum által, másfelől, hogy a neurofibromatosisban szenvedő betegek igen gyakran egy kiállott heveny infectiosus betegségre vezetik a tumorok fejlődését vissza, nem mint valószínűséget, de mint lehetőséget említi *Recklinghausen*, hogy az egész folyamatra a legelső impulzust talán egy heveny fertőző betegség szolgáltathatja.

Hogy *Recklinghausen*-nek kimerítő munkája után, melyet épen jelességénél fogva ismertnek szeretnék feltételezni, még mindig szükségesnek tartom e tárggyal foglalkozni, annak több oka van.

A technikai módszerek épen az idegrostok kutatásai körül a legutóbbi időben — *Recklinghausen* munkájának megjelenése óta — jelentékenyen haladtak s kívánatosnak mutatkozott újabb vizsgálatokkal kiegészíteni az eddigi adatokat, abban a feltevésben, hogy positiv eredmény érhető el ezekkel talán olyan esetekben is, a midőn pl. osmium kezeléssel nem sikerült idegrostokat találni. Annál is inkább szükséges ez, mert újabb időben nagy számmal jelentek meg külföldön,

főleg Németországban értekezések, különösen doktori disszertációk, melyek szerzői az újabb módszerek némelyikét, főleg a *Weigert*-féle eljárást is alkalmazták állítólag vizsgálataikban, s ennek dacára a legtöbben közülük nem erősítik meg — minden várakozás ellenére — *Recklinghausen*-nek egyszerűbb eljárásokkal nyert eredményeit.

A kedvező véletlen folytán rendelkezésemre álló esetek vizsgálata azonban meggyőzött arról, hogy e disszertások között negativ eredményei nem lehetnek teljes értékűek, s talán a készítmények kicsiny száma, talán a módszerekben való járatlanság, talán egyéb külső és a vizsgálóktól függő körülmények okozták azt, hogy az eredmények s azok megítélései nem úgy ütöttek ki, mint a hogyan azt várni lehetett volna.

Az észlelők általában többnyire *Batemann*-t követik, ki e betegséget ritkaságnak, dermatologiai curiositásnak tekintette, mely practikus szempontból érdektelen, pathologiai szempontból nem tanulságos. Úgy látszik, hogy az orvosi közönségben még nem tört magának utat az a gondolatmenet, melyet az ilyen esetek tanulmányozásánál kell hogy a vizsgáló kövessen.

Az utóbbi időben főleg szigorlók tollából megjelent ide vágó, nagyobbára csak casuistikus jellegű munkák nagy száma ennél fogva alkalmasnak látszik lenni arra, hogy *Recklinghausen* felvételeit az újabb módszerek által desavualtáknak tüntesse fel. Így *Heydweiller*, *Grühn*, *Teichert*, *Hahn*, *Königsdorf*, *Podlewsky*, *Müller*, *Lahmann* stb. disszertációikban nem csatlakoznak *Recklinghausen* tételeihez, a nélkül, hogy csak meg is kísérenék egyéb nézeteket felállítani. Mások, pl. *Loewenstein* pedig egyenesen visszatérnek *Virchow* és *Rindfleisch* nézeteihez, mondván: „es ist zweifelhaft, ob das Fibroma multiplex molluscum zu den neurovegetalen Geschwülsten gehört“, nem indokolhatják azonban ezt az egyszerű „non vidi“ eredményen kívül alapos vizsgálatokkal és oly minden érvert mérlegelő körültekintéssel, mint a milyenre *Recklinghausen* teoriáit építette.

Másrészt azonban bizonyos függő kérdések maradtak e tárgyban nyitva, melyek úgy látszik csak a casuistikus közlemények egész sora s az azokból levont statistika által dönthetők el.

Maga *Recklinghausen* is az idegtörzsek álneuromáinak és a bőr fibromái együttes fellépésének esetlegességét vagy törvényszerűségét kutatva, így végzi: „ob letzteres Gesetz ist, oder nur Regel, mag die weitere genauere Untersuchung der mit Hautfibromen behafteten Menschen entscheiden, zu welcher auch schon am Lebenden anzuregen, mit ein Zweck dieser Abhandlung ist“.

Vitás továbbá itt az idegrostok tönkremenetele és regeneratiojának kérdése; hogy kizárólag az endoneurium vagy talán egyéb gliaszövet, sőt talán más kötőszöveti fajok is kiinduláspontul szolgálhatnak-e? Milyen a hajtűszók és a fagyúmirigyek szerepe? Még homályosabb a tumorok fejlődése, eredete; az örökölhetőség kérdése; az elfajulás sarcomatosus irányban; az átmenet az elephantiasisba; az összefüggés a központi idegrendszer és egyéb szervek bajaival stb.

Ha mindezekhez tekintetbe vesszük, hogy a magyar irodalom e tárgyban teljesen meddő volt, mert *Herczelnek* egy rokon tárgyú jeles közleményén kívül (a környi idegek sarcomáiról) tudomásom szerint semmi közlemény sem jelent meg e téren, indokoltnak tartottam a rendelkezésemre álló esetek közlését, melyekkel, ha csak kevésvel is, talán csak numerikus adatként hozzájárulhatok a kérdés tisztázásához és a tárgynak a magyar orvosi közönség előtt való ismertetéséhez.

A neurofibromatosisnak négy esete állott rendelkezésemre. Ezek közül az egyiket (I. sz.) *Pertik* tanár észlelte Strassburgban s ezt az esetet csupán pontos feljegyzésekből s a készült nagy számú praeparatumokból és a rendelkezésemre bocsátott számos rajzból ismerem. Az esetet, mely annak idején teljesen átvizsgáltatott és közlésre érett anyagot képezett, t. főnököm engedelmével vettem fel casuistikámba. A II. sz. eset egy az üllői úti kórházban bonczolt esetet illet; a III. sz. egyén veszett macska harapása ellen kezeltetett a budapesti Pasteur-intézetben, melynek segédje, *Reich* dr. úr a beteg beleegyezésével kivágott s nekem átengedett egy kis tumort a vizsgálat cél-

jaira. Végre a IV. eset egy az üllői-úti kórházban fektűttd tüdőveszes eselédre vonatkozik, a kit teljesen átvizsgálhattam és kikérdezhettem, s a kinek beleegyezésével Réczey tanár úr 24. általam kijelölt tumort volt szives kiirtani a szövettani vizsgálat számára. Ez utóbbi egyén (l. az I. számú táblát) fél évvel később meghalt, és dr. Lovrich barátom által boncoltatott, ki a jegyzőkönyvet legközelebb közölni fogja, mert szives értesítése szerint a gégében és belekben is igen érdekes elváltozások voltak constatalhatók.

Az esetek közül legnagyobb súlyt az I. és IV. sz.-ra helyezek, mert míg a II. sz. nem volt tipikus neurofibroma a tumorok kicsiny számánál és főleg az extremitásokra localizálódó elhelyeztettségénél fogva, a III. sz.-ból kiirtott egyetlen göb újabb momentumokat nem nyújtott; am azok ellenben bő és jól hozzáférhető anyagot szolgáltatott a vizsgálatra.

Mielőtt az esetekre áttérnék, örömmel mondok ez alkalommal is köszönetet a fent nevezett uraknak, különösen Pertik tnr. úrnak támogatásukért és közbenjárásukért.

Szükségesnek tartom egyúttal félreértések kikértilésére előre bocsátani, hogy az idegrészek megjelölésénél a Key-Retzius féle terminológiát használom (epi, peri és endoneurium, fibrillaris rostfal), ezenkívül még Ranvier gaine lamelleuse elnevezését tartottam meg a lemezés perineurium megjelölésére.

A mi az alkalmazásba vett módszereket illeti, élőkbl kivevett anyagom abba a szerencsés helyzetbe hozott, hogy subtilisebb eljárásokat is megki-érelhettem. Az osmium reductiót, melyet főleg a Marchi és Märzthal-féle eljárások szerint alkalmaztam, s a Weigert-féle festését a velős hüvelyeknek, használtam leginkább. Ez utóbbinál czéljaimnak főleg a Pal-féle modificatio felelt meg.

Ki kell azonban emelnem a Golgi illetőleg S. Ramón y Cajal-féle eljárásnak fontosságát és előnyét, melyet tudomásom szerint emberi bőrön s főleg neoplasmák vizsgálatánál előttem még nem alkalmaztak. Igaz, hogy ez az eljárás valamivel szeszélyesebbnek látszik itt, mint a központi idegrendszerben. A metszetek még egyenetlenebb inpraegnatiót mutatnak, a csapadékot alig lehet elkerülni, s mindezekon kívül úgy látszik még kevésbé tartják magukat el a metszetek, mint pl. a nyúltagyból készülték, a sikerült praeparatumok azonban oly praecisitéssal adják ki a velős hüvelylyel nem bíró idegrostokat, a kép oly tájékoztató, a rostoknak a szövetrészekbe penetrálása oly tanulságos, e mellett több idegrostot lehet találni mint egyéb módszerekkel, hogy nézetem szerint ez eljárásnak „pièce de resistance“-ot kell képezni minden, még a peripherikus idegrostokra vonatkozó kutatásnál is.

Felette sajnálom, hogy Kallius-nak ügyes módosítása a metszetek stabilitásának fokozására akkor közöltetett, midőn friss anyagom a neurofibromák köréből már nem volt. Az eljárás oly ügyes és mint egyéb anyagon meggyőződtem, oly használható, de a mellett, a mint szintén meggyőződtem, oly kevésbé ismert, hogy úgy vélem, nem lesz felesleges pár szóval kitérni reá.

A Golgi szerint kezelt anyagból erős alkohollal készült metszeteket előhívjuk hydrochinon, eikonogén vagy rodinal előhívóval.

Törzsoldatul Kallius a következőt ajánlja: Rp. Hydrochinonis gm. 0.5, natrii sulfurosi grt. 4.0, kal. carbonini grt. 7.5, aqu. dest. grt. 25.0.

Használatkor ebből 8%-os oldatot készítettünk, s ehhez még félannyi erős alkoholt adunk. A most készült keverékben reducáljuk a metszeteket, melyek sötétszürkék lesznek. A folyamat több percet vesz igénybe s czélszerűen controlálandó időről időre kivett metszetek megvizsgálása által.

Ezután 10—15 percze 70—80% alkoholban majd vízben kimossuk a metszeteket, és 20%-os natr. hyposulphurosum oldatban fixáljuk őket. A metszetek erre 24 órára többször megújítandó vízbe kerülnek, majd víztelenítés után fedőlemez alatt balzsamban elzárhatók.

A metszetek csaknem teljesen színtelenek, úgy hogy ellenfestés kényelmesen végezhető; a fedőlemez reáhelyezésével képződő diffúziós áramok (Samassa) s a cohaesio (Fick) nem ártanak s még a direct napfény behatása sem okoz változást.

Kivánatosnak mutatkozott némely esetben, főleg a degeneratiók tanulmányozásánál egyéb eljárásokat is segélyül hívni. Azt vettem ugyanis észre, hogy a Marchi-féle, különben kiténő eljárás a degeneratio kezdeti szakára nem elég érzékeny, az erősen elfajult ideghüvelyekre pedig már nem lat. A Nikiforoff által módosított Adamkiewicz-féle saffranin-festés ugyan már igen kisfokú megbetegedésnél is reagál, de az eljárás igen szeszélyes, az ember többnyire csak egy közepes magfestést kap, mely következtetések levonására nem alkalmas, különösen, ha mint a bőrben is, az idegrostok kicsiny számmal vannak jelen s hiányzanak az elfajulásnak különböző stadiumai, melyek összehasonlítást engednének.

Ugyanezért a velős hüvelyek festésére alkalmazásba vettem a Kulschitzky és Exner, a tengelyfonalak feltüntetésére az egyszerű festések (borax és ammon. carmin, nigrosin, van Gieson, timsós cochenille stb.) mellett a Freud-féle aranykezelést, a Wolters és Malbory-féle haematoxylin festést, végre a Mays féle arsen arany osmium eljárást. Be kell azonban ismernem, hogy főleg a Freud, Malbory, Wolters és Mays-féle eljárások, a mily fáradságosak, eredményeikben oly kevésbé elégitettek ki. Különösen az utolsó, mely pedig épen a peripherikus idegek előtűntetésére volna hivatva, bizonyult használhatatlannak és szorítottatott háttérbe a többi, különösen a van Gieson-féle eljárás által. Örizedem azonban attól, hogy ezen eljárások felett végleges ítéletet mondjak; mert lehetséges, hogy e negatív eredmények az említett eljárások technikájában való járatlanságomnak következményei, vagy talán a bőr specifikus viszonyai azok, melyek az eredményeket kétségessé tették.

(Folytatása következik.)

Közlemény Laufenauer Károly dr. ny. r. tanár elme- és idegkórtani klinikájáról.

A hyoscin hatása a hysteroepilepsiás roham ellen.

(Adatok a hyoscin hatásának tanához)

Irta Nagy Béla dr., klinikai gyakornok.

(Folytatás.)

K. Sz., 22 éves, izr., hajadon, tanítónő, felvétetett 1893. április hó 30-dikán a Szt. János-kórház megfigyelő osztályára. Diagnózis: *Hysteroepilepsia*. Az előzményi adatokból kiderül, hogy atyja tébolydában halt el, anya és 5 testvére egészségesek ugyan, de kis mértékben mégis idegeseknek tartja őket. Jelen baja akkor kezdődött, mikor arról értesült, hogy atyja tébolydába vitetett, akkor nagyon könnyen ingerlékeny és izgatott lett, de mikor atyja haláláról értesült, kitört első görcse. Ezek először napjában kétszer, háromszor is ismétlődtek, utóbb majdnem éjjel-nappal gyötörték, míg végre a hypnosis segélyével ezeket ritkábbá tenni sikerült. A bővebb átvizsgálásnál kiténik, hogy a mérsékeltlen fejlett, de elég jól táplált nőbeteg hajzata barna, termete alacsony. Homloka keskeny, occipitalis tájék lépesőzetes. Irise barna pettyezett. Láták tágak, egyenlők, alkalmazkodásra, valamint fényre elég jól reagálnak. Szemmozgások szabadok. Füleczimpák odanőttek. Orr vastag, pisze. Fogazata hiányos, rossz. Facialisok jól innerválnak. Nyelvében finom remegés. Kinyújtott kezeiben élénk tremor. Triceps, has és térdreflexek fokozódtak. Csukott szemmel állva inog.

Látási képessége csökkent, a bal szemem inkább mint a jobbon.

Színérzés mindkét szemén jól megtartott, az egyes színeket jól képes megkülönböztetni.

Hallása főleg a bal fülön gyengült.

Ízérzés baloldalt kis mértékben alászállott.

Szaglás szintén bal felől csökkent.

Baloldali testfelén teljes érzéstelenség áll fenn. Egyes helyei pedig a jobb testfélnek hyperaesthesiások.

Izomérzés mindkét oldalt hézagos.

Active és passive teljesen jól mozgathatók a végtagok.

A perimetrikus vizsgálatnál mindkét szem concentrikus látótérszűkületet mutat.

Ovarialis tájéka különösen jobboldalt nagyon érzékeny.

Hangulata nyomott. Tájékozottsága, emlékező tehetsége teljesen rendben van. Beszéde gyors, folyékony. Gondolkozása nem ritkán téveszméi által befolyásoltatik. Látja meghalt atyját, körülötte majd fehér, majd fekete ruhába öltözött alakok vannak, kik folyton azt beszélék neki, hogy élne nem szabad.

Könnyen hypnotisálható, a bulbusokra gyakorolt egyszerű nyomás által már elalszik, ilyenkor végtagjai kataleptikus állapotba jutnak.

A beteg majd mindennap heves fájdalmak által lepetik meg, melyeket a szív tájára localizál. A fájdalom fokozódása folytán a beteg elveszti eszméletét és végtagjai göresösen rángatódzanak. Utóbb már nemcsak a végtagokban, hanem a törzsben is fellépnek clonico-tonikus izomösszehúzóások. A beteg a legnagyobb hánykolódásokat végzi, miközben kifejlődik nála az ivalakú helyzet. Ezen göresös állapot nála rendkívül sokáig szokott eltartani, 2—8—10 óra hosszáig, mely idő alatt a beteg minden képzelhető helyzetet felveszen. Utóbb megjelennek a deliriumok is. A beteg ismert személyekkel vél beszélni, majd szavalásba kezd, kísérve a tartalomnak megfelelő arc- és test mozgásokkal, utóbb pedig majd víg, majd szomorú éneket dudol és ezek szerint arcvonásai majd kiderülnek, majd elborulnak.

Betegünkön ezen állapot megszüntetése végett hyosciint alkalmaztunk és pedig folyton 1 mgm.-os dosisban heteken át a nélkül, hogy e szer valaha is cserben hagyott volna bennünket. A beteg rendszeren már előre jelezvén a roham kitörését, azt mindig coupirozhattuk, de a kitört göresöt is mindig megszüntethettük. A hyoscin adagolás után legtöbbször az álom is bekövetkezett, különböző ideig tartott s utána nyugodtan ébredt fel betegünk.

Fentnevezett betegünkön a hyoscin alkalmaztatását, annak eredményét a következő táblázatban foglaltam össze:

Idő	Napszak	Dosis	Kitörő félben levő roham	Kitört roham	A hatás beállta percekben	A hatás tartama órákban	Bekövetkezett-e álom?
Junius 30-dikán	este	0 001	—	igen	5	12	igen
Julius 2-dikán	délelőtt	0 001	igen	—	5	10	igen
" 5-dikén	délelőtt	0 001	igen	—	6	14	igen
" 7-dikén	este	0 001	—	igen	5	8	igen
" 10-dikén	este	0 001	igen	—	6	15	igen
" 14-dikén	éjjel	0 001	—	igen	8	8	igen
" 20-dikán	délután	0 001	igen	—	7	6	igen
" 22-dikén	délután	0 001	igen	—	10	8	igen
" 26-dikán	délelőtt	0 001	igen	—	7	7	igen
" 28-dikán	délután	0 001	igen	—	10	6	igen
Aug. 1-sején	este	0 001	igen	—	6	9	igen
" 3-dikán	este	0 001	igen	—	5	8	igen
" 5-dikén	délelőtt	0 001	igen	—	8	6	igen
" 7-dikén	délelőtt	0 001	igen	—	8	6	igen
" 9-dikén	délelőtt	0 001	—	igen	10	10	igen
" 11-dikén	este	0 001	igen	—	10	8	igen
" 12-dikén	délután	0 001	igen	—	8	5	igen
" 13-dikán	este	0 001	igen	—	10	5	nem
" 15-dikén	este	0 001	igen	—	12	6	igen
" 17-dikén	este	0 001	igen	—	10	8	igen
" 19-dikén	éjjel	0 001	—	igen	10	5	igen
" 22-dikén	délután	0 001	igen	—	12	4	igen
" 23-dikán	este	0 001	igen	—	8	10	nem
" 26-dikán	reggel	0 001	—	igen	10	10	igen
" 27-dikén	este	0 001	igen	—	8	10	nem

K. I., 17 éves, r.-k. vallású, hajadon, cseléd, felvétetett 1893 május 2-dikán a szt. János-kórház megfigyelő osztályára. Diagnosis: *Hysteroepilepsia*. Az előzményi adatokból kiderül, hogy atyja tüdővésztben, anyja „vizibetegségben“ halt el. Két testvére egészséges. Rokonai körében elme- vagy idegbaj állítólag nem fordult elő. Gyermekkorában egészséges volt; fogzás alkalmával göresök nem jelentkeztek nála. Jelen baját 3 hó előtt kapta meg, először szülei halála feletti bánatában és pedig eleinte csak ideges szivdobogás állott be nála, szédülései

voltak, melyek után valóságos göresök törtek ki a betegen. Kezdetben 16 rohama is volt naponként.

Az átvizsgálásnál kitént, hogy a magasabb termetű, jól fejlett és táplált nőbeteg hajzata barna; homloka kissé felfelé szűkült, homlokdombok elsimultak. Irise barna, látái közep-tágak, egyenlők, fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak. Szemmozgások szabadok; facialisok jól innerválnak. Fogai rovátkoltak, rendellenes elhelyeződésűek. Nyelve tiszta, nem remeg. Gyomortáján nyomási fájdalom. Gyakran szenved meteorismában. Kezeiben élénk tremor. Behunyt szemekkel inog. Térdtűnet élénk.

Látási képessége a bal szemén jobb mint jobboldalt. Színérzés teljesen megtartott; az egyes színeket jól meg tudja egymástól különböztetni.

Hallása jobboldalt gyengült.

Izérése baloldalt kissé hiányos.

Szaglás szintén baloldalt csökkent.

Baloldali testfelén teljes érzékeltség észlelhető.

A hát egyes helyeken érzéstelen. A 9. hátsigolyánál egy érzékeny pontja van.

Izomérzés mindkét oldalt fogyatékos.

Perimetrikus vizsgálatnál mindkét oldali látótér-szűkület észleltetett.

Hangulata normalis. Tájékozódik úgy helyről, mint időről. Gondolkozási és emlékező tehetsége megtartott. Beszéde elég gyors és folyékony.

Fényes tárgy fixiroztatása által hypnotizálható, de tagjai kataleptikus állapotba nem jutnak.

A beteg rendszerint harmad-negyednaponként heves fájdalmat érez a már említett 9. hátsigolya táján. A fájdalom fokozódásával elveszti eszméletét. Ekkor a test egyes részein kisebb mérvű klonikus rángások mutatkoznak, majd az összes izmokban clonico-tonikus összehúzóások jelentkeznek. A beteg igen kiterjedt mozgásokat végez, kifejlődik nála az ivhajlat. Roham közben időnként megnyugszik és értelem nélküli szavakat mond, arc-grimasseokkal kísérve.

A hyoscin hatását a következő táblázatos kimutatás jelzi:

Idő	Napszak	Dosis	Kitörő félben volt-e a roham?	Kitört-e a roham?	A hatás beállta percekben	A hatás tartama órákban	Bekövetkezett-e álom?
Junius 30-dikán	délután	0 001	—	igen	4	8	igen
Julius 3-dikán	délután	0 001	igen	—	5	12	igen
" 7-dikén	délelőtt	0 001	igen	—	5	10	igen
" 12-dikén	reggel	0 001	—	igen	8	9	igen
" 15-dikén	este	0 001	igen	—	5	8	igen
" 17-dikén	délután	0 001	igen	—	6	8	igen
" 21-dikén	este	0 001	igen	—	5	9	igen
" 23-dikán	délután	0 001	—	igen	10	6	igen
" 27-dikén	délelőtt	0 001	—	igen	8	9	igen
" 31-dikén	reggel	0 001	igen	—	10	7	igen
Aug. 1-sején	délelőtt	0 001	igen	—	8	8	igen
" 5-dikén	este	0 001	igen	—	9	10	igen
" 11-dikén	reggel	0 001	igen	—	10	6	igen
" 14-dikén	este	0 001	igen	—	5	9	igen
" 16-dikán	este	0 001	igen	—	7	8	igen
" 22-dikén	délután	0 001	igen	—	12	6	igen
" 24-dikén	este	0 001	igen	—	8	8	igen
" 26-dikán	reggel	0 001	—	igen	10	10	igen
" 27-dikén	este	0 001	igen	—	7	9	igen

P. T., 29 éves, r.-k. vallású, hajadon, cseléd, felvétetett 1893. április 13-dikán a szt. János-kórház megfigyelő osztályára. Diagnosis: *Hysteroepilepsia*. A beteg eladja, hogy anyja előtte ismeretlen bajban halt el, atyja pedig elmebetegségben mult ki. Havi baját 16 éves korában kapta meg először, mely azóta is mindig nagy csikarásokkal fájdalmakkal rendentlenül jelentkezett. Hat év előtt nagyon megijedt, mire megkapta az első göresös rohamot. A rohamok szerinte úgy jelentkeznek, hogy hirtelen rosszul lesz, feje kavarodik és eszméletét rögtön elveszti.

Az átvizsgálásnál a következők találtattak: az alacsony termetű gyengén táplált nőbeteg hajzata fekete; homlokdombok

közelállók. Irise barna, látái középtágak, egyenlőtlenek, a hal kissé tágabb, fényre úgymint alkalmazkodásra elég jól reagálnak. Facialisok jól innerválnak. Nyelve remeg. Kezeiben élénk tremor. Úgy a triceps, valamint a térdreflex élénkek. Behunyt szemmel állva inog. Látóképessége megtartott; színlátása hiányos; hallás, szaglás, izlés rendben van nála. Izomérzés bizonytalan. Testének egyes helyein érzéltelenség mutatható ki.

Hangulata nyomott; tájékozódása megtartott. Apperceptiója valamint associációja kóros eltérést nem mutat. Gondolkodásában ép úgy mint emlékező tehetségében hiányok ki nem mutathatók.

Könnyen haragra lobban, igen ingerlékeny természetű. Ha akarátát nem teljesítik, azonnal a földre dobja magát; izmaiban igen heves clonico-tonicus összehúzódások állanak be, testét majd jobbra, majd balra, majd felfelé dobálja; kezeivel élénken hadonáz, harap, majd éktelen lármába tör ki. Rohama 1—2 óráig is eltart. Utánna fáradtan, szédüléssel és fejfájással ébred fel.

Április 18-dikán este igen erős rohama volt. Kapott 1 mgm. hyoscint, erre rögtön megszűnnek kiterjedt mozgásai, nem kiabál, már 5 percz múlva teljesen nyugodttá válik, elalszik.

Április 20-dikán délután rosszul érzi magát, ide-oda hányja-veti végtagjait, kap 1 mgm. hyoscint, erre megszűnnek a jelzett mozgások. Beteg jótékony álomba merül, melyből csak 8 óra elmultával ébred fel.

Május 15-dikén igen kifejezett görcsös rohama lép fel; 1 mgm. hyoscint megnyugszik. Az injectio után 5 percz múlva már mélyen alszik. Az álomból nyugodtan ébred fel.

M. Á., 16 éves, r.-k. vallású, hajadon, cseléd, felvétetett 1893. július 7-dikén a szt. János-kórház megfigyelő osztályára. *Diagnosis: Hysteroepilepsia.* A beteg bемondása szerint atyja tüdőbajban halt el, anyja valamint 4 testvére élnek s egészségesek, az ötödik azonban süketnéma. Egyik nagynénje hysteriás volt. Egy év óta ideges gyomorban és szívdobogásban szenved. Négy hónappal ezelőtt kapta meg először görcsét, mely azóta naponként többször ismétlődik.

A bővebb vizsgálatnál kitént, hogy a közepertmetű jól fejlett és táplált nőbeteg hajzata barna, homloka keskeny, a homlokdombok kiálló. Irise barna, láták középtágak, egyenlők, fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak. Facialisok jól innerválnak. Nyelvében finom fibrillaris remegés. Kezei nem reszketnek. Térdtünet élénk. Havi baja nagy fájdalmakkal, hascsikarással jár; gyakran szenved fejfájásban.

Látási képessége, színérzése normalis. Hallása baloldalt kis fokban csökkent, úgyszintén ízérzése is. Szaglás rendes. Foltos anaesthesia található fel nála. Izomérzése megtartott. Testrészei active valamint passive jól mozgathatók. A perimetrikus vizsgálat csak kisfokú szűkületet mutatott ki. Ovarialis tájéka fájdalmas.

Hangulata esékény. Tájékozódik úgy helyről, mint időről. Gondolkodása és emlékező tehetsége megtartott.

Apperceptiója és associációja kóros eltérést nem mutat. Időnként rendkívül nyugtalan lesz, környezetével gorombáskodik, majd egyszerre sirva fakad, elveszti eszméletét és görcsbe esik. Ilyenkor a legnagyobb mozgásokat végezi. A mi ilyenkor keze ügyébe kerülhet, azt széttépi. A roham eltart 1—2 óráig, utánna a beteg kimerültnék, fáradtnak mutatkozik.

Július 7-dikén. A beteg egyszerre egész váratlanul földre csapja magát, végtagjait majd pedig egész testét hányja-veti, kifejlődik nála az ivhajlat. 1 mgm. hyoscint a mozgások azonnal megszűnnek és mély álomba merül, melyből csak 10 óra múlva esudik fel.

Július 15-dikén. Elhagyja magát, már egyes izmaiban kezdenek mutatkozni tonico-clonikus összehúzódások. 1 mgm. hyoscint a említett mozgások megszűnnek. A beteg jótékony álomba merül.

Július 20-dikán. A beteg egyszerre egész testében remegni kezd, majd a legerősebb mozgásokat végzi; rögtön hyoscint alkalmaztatik (1 mgm.). A görcsös roham eltűnik, utánna 8 óráig tartó álom áll be.

Ezek után áttérhetek már a használt gyógyszer hatásának megismertetésére.

A hyoscint hatását illetőleg betegek subjectiv érzéseikről következőképen nyilatkoztak: Midőn ezen gyógyszert subcután bármely testrésztükön felvették, úgy ezen a helyen rögtön az erőművi behatás után szúró, szaggató, égető fájdalmat éreznek, mely mindinkább fokozódik intenzitásában egész 3—4 percz tartamig, mikor is ezen kínos érzetet sajátos bizsergő, zibbadó érzés váltja fel. Ekkor egész testük összerázkódik, hideg borzongás futja át tagjaikat. Fejükben nyomást éreznek, mintha valamely súlyos test nehezednék föléje, utánna pedig szédülés jelentkezik. Majd fülesengés, utóbb fülzúgást tapasztalnak. *A hallási képességben* először jelentkeznek bizonyos zavarok. Ugyanis a hallási képesség tompul, mind jobban és jobban, alig képesek megérteni közvetlen környezetük hangját, majd pedig úgy tűnik fel, mintha nagy távolságból hatolna feléjük egy gyenge hang, majd pedig mintha nagy mélységből jelentkeznék, utóbb pedig 4—5 percz múlva a hangokat egyáltalában nem percipiálják. De ezen állapot alig tart pár másodperczig. Újból visszanyerik hallási képességüket, sőt mi több, hyperakusist tapasztalnak, a mennyiben a leggyengédebb hang is mint kiabálás, éktelen zaj, a legkisebb zöreje is mint iszonyú dörömbölés, csörömpölés hallatszik. Ezen állapot tart folyton egész az alvás beálltáig.

A látási képességben is elég gyorsan lépnek fel a különböző rendellenességek. Mihelyt a fejben a nyomás és szédülés érzete megjelenik, úgy rögtön vele egyidejűleg érzik, mintha szempilláikat kevésbé tudnák akaratlagosan mozgatni, mintha egy láthatlan erő nyomná le őket. Egyideig ugyan képesek ezen érzést leküzdeni, de utóbb végre is tehetetlenül állanak ezen erővel szemben. Látóerejük is fogy egyre. Először úgy érzik, mintha egy ritka szövésű fátyolon néznének keresztül, utóbb a fátyol egyre sűrűbbé válik, a látótér sötétlni kezd. Az alakokat nem képesek most már bizonyos távolságból (3—4 méternyiról sem) megkülönböztetni. Betegtársaik hosszúság alakúaknak tűnnek fel előttük, a tárgyak pedig megnyultaknak látszanak. Rövid idő múlva már erre sem képesíti őket látóerejük. Az alakok mind határozatlanabban jelentkeznek előttük, körvonalaik elmosódnak, majd pedig teljesen összefolynak. Az utolsó stadiumban pedig az egész látókör sötétetni kezd. Mielőtt még szeméit lecsukná, fekete karikát lát ezüstös alapon, majd pedig zöld karikákat aranyos alapon. A karikák kezdetben egészet alkotnak, utóbb azonban két külön álló fél darabra oszlanak. A felek újból egyesülnek, majd eltűnnek egymástól. E játék többszörös ismétlődése után teljes sötétség nehezedik rájuk. Szempilláik lecsukódnak s így maradnak mindaddig, míg álmaikból feleszmélnek.

A szaglási képességben sem maradnak el az elváltozások. A legintenzívebb szagot érzik csak meg, finomabb különbségeket tenni képtelenek. Utóbb azonban még megmaradt szaglási képességük is fogy, mind kevésbé képesek szervüket használni, utóbb pedig teljesen szünetel ennek működése, úgy hogy képtelenek bármely még oly feltűnő szag felismerésére is.

Az izlésben is jelentkeznek eltérések. Kezdetben a szájban fanyar, utóbb pedig kesernyés, végre teljesen kifejezett keserű ízt éreznek. Szájuk megtelik pár perczel (2—4) az injectio után nyállal, és ha vele együtt köpködési ingerük nem lépne fel, úgy általános bемondásuk szerint úgy folynék ki a szájukból a felgyülemlt nyál.

A tapintási érzésben azonnal változásokat hív elő a hyoscint. Először az ujjakban lépven fel bizsergő érzés, a tapintó képesség mindjárt csökken; utóbb pedig midőn a bizsergés zibbadással párosul, mindinkább fogy, míg a teljes érzés eltűntével ezen képesség is megszűnik.

A mozgási körben igen nagyfokú zavarok mutatkoznak. Először a test különböző részeiben és pedig a végtagokban, később pedig az egész test ináiban és izmaiban hosszabb rövidebb időközökben rángatózások állanak be. Az akaratlagos mozgások mind szűkebb és szűkebb térre szoríttatnak. Alig képesek tagjaikat emelni, utóbb pedig már megmozdítani is. Végre pedig a mozgási képesség teljesen szünetel.

Az izomérzés is változáson megy keresztül. Alig pár percz múlva a hyoscint alkalmazása után a betegek nem képesek megmondani, hogy ez vagy amaz végtagjuk milyen tartás-

ban van. Maguk plane nem képesek egyes testrészeiket a kívánt posztóba helyezni.

Az érzés a nevezett szer adagolása után rögtön csökken; de egyes helyeken különleges színezetet mutat. Így a torokban először fájdalmas érzés jelentkezik, mely még inkább fokozódik, ha a garat izmai időnként clonikus összehúzódásba jönnek, úgy érzik ekkor a betegek, mintha torkukban egy csomó lenne, mintha bémult volna. Utóbb a fájdalmi érzetet a szárazsági érzet váltja fel, mely mindaddig megmarad, míg a test teljes érzéstelensége áll be és a jótékony álmok bekövetkeznek.

A beszélő képesség annyiban mutat elváltozást, hogy mind vontatottabb és nehézkesebbé válik; a nyelvükben és a hangszalagokban fellépő clonikus összehúzódásokkal, utóbb pedig a paresis felléptével a betegek képtelenek e funkcióra.

(Folytatása következik)

Közlemény Schwimmer tanár bőrbetegosztályáról.

A korai bujakórellenes kezelés befolyása az idegrendszerre.

Irta Deutsch Arthur dr., kórházi gyakornok.

(Vége.)

4. D. L., 31 éves, kereskedősegéd, nőtlen. Szülői meghaltak, 1 testvére egészséges; családi terheltetés kizárva. Két év előtt fekélyt szerez, ezt 3 hónap múlva kütég követi, erre kórházba megy és higanykezelésben részesül. A kütég kitöréskor vehemens occiputáji fejfájások léptek fel, melyek hónapokig tartottak el. Jelenleg lues ulcerosa crurium miatt keresi fel a kórodát. Felvételkor a következőket találtuk az idegrendszer vizsgálatánál: Beteg kedvetlen, lehangolt, álmatlan, hamar elfárad, alsó végtagjaiban szakító fájdalmakról panaszkodik. Reflexek fokozottak. Ez esetben tehát agygerinczagi hyperaemia, neurasthenia cerebrospinalis van jelen, bár a gerinczagi tünetek inkább előtérbe lépnek.

5. L. L., 38 éves, nőtlen, napszámos. Nyolcz év előtt fekélye volt, melyet rövid időre kütég követett az egész testen. A kütég kitörésekor fejfájás és láz lépett fel. Ekkor bujakórellenes kezelésben részesült. Jelenleg lues ulcerosa miatt keresi fel a kórodát. Felvételkor panaszkodik, hogy kedvetlen, álmatlan, gyenge, hamar elfárad; hangyamászásról is panaszkodik; csukott szemekkel szédül kissé. Idegrendszer vizsgálatok az említett subjectív tüneteken kívül mint objectív tünetet a térdreflexek fokozódottságát találtuk. Hogy ez esetben is cerebrospinalis neurasthenia van jelen, az kétségtelen.

6. N. I., 32 éves, cipész. Atyja meghalt aggkorában. Anyja és 3 testvére egészségesek. 2 nagybátyja atyai részről elmebeteg volt. Ő is ez előtt egészséges volt, míg 6 év előtt fekélyt nem szerzett; ezt követték rövidesen száj-toroktünetek. Ezen tünetek felléptekor higanykezelésnek vetette alá magát. A secundaer tünetek fellépte előtt s azokat követőleg hosszas homloktáji fejfájásai voltak, szédült és lehangolt volt. Jelenleg is toroktünetei vannak. Idegrendszer-vizsgálata következő eredményre vezet: beteg eladja, hogy gyakori fejfájásai vanuak, szédül, lehangolt, emlékező tehetsége csökkent, könnyen sír; továbbá hátfájásról, hangyamászásról panaszkodik, azonkívül rángásokról panaszkodik, melyek végtagjaiban lépnek fel. Reflexei fokozottak. Pupillák egyenlőtlenek, renyhén reagálnak. Ime ismét egy oly eset, a hol idegrendszerbeli zavarok lépnek fel kétségtelenül az agygerinczagi hyperaemiája által előidézve. A agy részéről mutatkozó tünetek neurasthenia cerebralis képét nyújtják, bár Rumpf ily tüneteket organikus elváltozások kapcsán is észlelt. Sajnos, e beteget nem észlelhettem hosszabb ideig, mert bejáró beteg lévén, a rendelésről elmaradt. Ezen eset még azért is érdekes, mert a korai kezelés káros hatását említve, ép ily esetet hoz fel Rumpf ezen kezelés ellen, míg mi mint látjuk oly betegnél észleljük e tüneteket, ki késői kezelésben részesült.

A most leirandó eset érdekességét növeli azon körülmény, hogy oly tünetek voltak észlelhetők nála, melyek a tabes első

stadiumában szoktak fellépni és hogy beteg állítása szerint a nála észlelt tünetek az előtt az infectio előtt nem voltak jelen.

Tudjuk, hogy Virchow¹ volt az első, a ki a tabes luetikus természetére figyelmeztette az orvostudományt még egy általa észlelt eset kapcsán. Virchow ezen állítása feledésbe ment és így volt lehetséges, hogy 1876-ban Fournier állott elő ama új állítással, hogy a tabes aetiologiájában nagy szerepet játszik a bujakór. Ezen állítását később nemcsak a Fournier szakmáját tüzök, hanem belgyógyászok, köztük első sorban Erb, Gowers, Reumont, Seeligmüller, Rumpf² s mások is megerősítették. Hogy ezen tan ellen előkelő tudósok is felémelték szavukat, arra nézve megemlítjük Leyden és Westphal nevét, kik az aetiologikus összefüggést a tabes és syphilis között tagadják.

A nézetek illetően eltérése folytán annyival érdekesebb az itt elmondandó észlelés, melyet sajnos nem fejezhettünk be, mert az észlelt beteg rövidesen elhagyta kórodánkat. Az eset a következő:

Sz. F., 30 éves, esendőörsvezető. Szülei meghaltak. 2 testvére egészséges, valamint ő is az volt egész a fertőzésig. Családi terheltetés kizárva. 1³/₄ év előtt fekélyt szerez, melyet rövidesen kütég követ egész testen. Ekkor kenőgyógymódon megy keresztül. Jelenleg plaques muqueuses oris. Beteg előadása szerint a secundaer tünetek kitörése óta feje igen gyakran fáj, álmatlan, étvágytalan, hamar elfárad, gyakran elszibbadnak a lábai. Gerincoszlopa fájdalmas. Általában gyenge. Idegrendszerének vizsgálata következőket eredményezi: Tapintási érzés a czombok belső felületén és a bal mellkasfél alsó részén hiányos; helyézés alszáraikon hiányos; talpreflex fokozott, térdreflex csökkent, alig kiváltható. Övérzetről panaszkodik, Romberg tünet. *Ime látjuk, hogy oly tünetek léptek fel, melyek eléggé emlékeztetnek ama kórképre, melyet mint tabes incipienst ismerünk s hogy bujakóros eredetű, az ez esetben kétségtelen.*

Ezt talán még jobban illusztrálhatjuk egy oly eset előadásával, melyet főnököm nemrég magánygyakorlatában észlelt s melyet Schwimmer tanár úr szívessege folytán itt röviden előadni szerencsém van:

X. Y., 61 éves, nyugalomba vonult orvos, egyes ideges tünetekről kezdett panaszkodni, melyet őt arra indították, hogy egy időben 2 jónevű ideggyógyász véleményét kikérje. A beteg, ki mindig jó egészségnek örvendett, soha komolyabb bajban vagy syphilisben nem szenvedett. Néhány hét óta azt vette észre, hogy jobb szeme accomodativ képessége gyengül s így látóképessége rosszabbodott. Együttal kínzó fájdalmakat érez az alsó végtagokban, övszerű érzés áll be lélegzési nehézségekkel; álmatlanság, étvágyhiány, zavart kedélyállapot súlyosbítja az említett tünetenyeket és midőn említett két szakember a házi orvossal egyetemben megvizsgálták s főképp a térdreflexeket az említett állapotok mellett csökkentnek találták, azon nézetnek adtak kifejezést, hogy kezdődő tabessel van dolguk. A kezelést annak megfelelőleg villamozással, bromkáli adagolásával stb. megindították, de alig hogy ezen kúrához hozzá fogtak, beteg házi orvosának egy kütég tünt fel, mely az egész köztakarót ellepte s melynek lényege felett nem birt magával tisztába jönni. Schwimmer tanár úr véleményadásra felkérve, constatálta, hogy a beteg egy heveny bujakóros kütégben szenved, és bár a beteg maga orvos lévén, határozottan és erélyesen tiltakozott ezen feltevés ellen, miután sem ő, sem mások primaer alakot kimutatni képesek nem voltak, a beteg maga állítása szerint soha életében bujakóros nem is volt, mégis a tanár úr nézete a többi orvosok által magukévé tétetett.

A körül forgott a kérdés, vajjon a tényleg fennálló kezdődő tabes vagy a létező bujakór ellen indíttassék meg a gyógykezelés. S. tanár az utóbbi keresztülvitelét annál inkább hangsúlyozta, mert ő a gerinczagi bántalmat bujakóros eredetűnek tartotta, sőt annak teljes eltűnését a kúra helyes keresztülvitele által elérhetőnek nyilvánította. A dolog tényleg így folyt le s a beteg előrehaladott kora dacára alkalmazott erélyes

¹ Rumpf „Die syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems“ pag. 368.

² Ibidem pag. 368—465.

kenő gyógymód által úgy a bujakóros küteget, mint a kezdődő tabest elveszítette.

Ezen eset annál tanulságosabb, mert azt bizonyítja, hogy egy korosabb ember, kinél egy valódi tabes oly gyorsan és teljesen alig fejlődnek vissza, és a ki továbbá bujakórellenes kezelésben soha életében nem részesült: egy korán végzett antiluetikus kúra folytán egy oly idegbántalomból gyógyult, mely tényleg a syphiliből származott és mely ha a beteg nem kezelte magát, nagyobb mérveket öltött volna.

Az elősorolt esetekből tehát azt látjuk, hogy éppen a secundaer tünetek kitörése után késői kezelés alá jutó bujakóros betegeknél lépnek fel elváltozások az idegrendszer körében; természetesen, hisz a bujakór mérgeinek volt annyi ideje ezen szervnek is az ellenállási képességét csökkenteni; míg a korán kezelt bujakóros betegek idegrendszerében elváltozás kimutatható nem volt s így a korai kezelésnek káros hatása az idegrendszerre az észlelt esetek kapcsán éppen nem bizonyult be.

Mielőtt tanulmányunk végére jutnánk, legyen szabad még egy visszapillantást vetni vizsgálatunkra, respective legyen szabad az észleleteinkből kivilágító tapasztalatokat recapitulálni.

Tény az, hogy a secundaer tünetek kitörésekor már az idegrendszert is megtámadja sok esetben a bujakór mérge, s hogy az idegrendszer megtámadtatása folytán fellépett tünetek egy része állandósul. A késői kezelés híveivel szemben a koránkezelők ezen tüneteket megakadályozzák, hisz a recidivák az idegrendszer részéről nem mutatnak semmiféle elváltozást, hogyné, hisz éppen a higany korai használata gyengíti a bujakór mérget, a higany akadályozza meg, hogy egyes szervek, így az idegrendszer resistenciája csökkenjen. A mit a syphilis stadiumában tapasztaltunk az idegrendszer részéről, ugyanazt láttuk a késői időszakban is. *Valamint általában a későn kezelt bujabántalmak súlyosabb visszaeséseket mutattak, mint a korán kezelték, úgy speciell az idegrendszer részéről éppen későn kezelt bujabántalmaknál léptek fel elváltozások.*

Az általunk észlelt elváltozások természetére nézve oda nyilatkoztunk, hogy azok nem az idegrendszer szöveti zavarai-ban lelik magyarázatukat, hanem functionális természetűek s többnyire az agy-gerinczagy hyperaemiája által vannak okozva.

Ime a rideg vizsgálati eredmények! Ezek azt mutatják, hogy nincs egy mozzanat sem, mely minden kétséget kizárólag azt mutatná, hogy a korai kezelés káros volna az idegrendszerre nézve, sőt ellenkezőleg inkább azt lehet gondolni s következtetni, hogy minél tovább lappang a mérge a szervezetben, annál nagyobb fokban rontja azt és míg az idegrendszer eleinte csak functionális zavarokban szenved, addig a megfelelő kezelés elhanyagolásával és elodázásával már szöveti elváltozások fejlődhetnek a központban. *A tabesnél, melyről még nincs teljesen bebizonyítva, hogy tényleg a syphiliből egyik szomorú következménye, csak a késői és meg nem felelő kezelést okolhatjuk, soha pedig a korait.*

Midőn e sorokat befejezném, legyen szabad tisztelt főnökömnek Schwimmer tanár úrnak hálás köszönetemet kifejezni szives támogatásáért, melyben munkálataim közben részesített, és jóakarataért, melylyel a kórházi anyagot vizsgálatokra átengedé.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Biharmegyei orvosgyógyszerészi és természettudományi egyesület.

1893. május hó 15-dikén tartott (XXV-dik) évi közgyűlés.

(Vége.)

Egyletünk a lefolyt év folyamán 17 ülést tartott (11 szakülés, 1 rendkívüli szakülés, 5 választmányi ülés). Üléseinknek főbb tárgyát 15 előadó 33 előadása képezte, melyek gyakran nagy érdeklődéssel folytatott discussiót indítottak meg.

Az előadók s előadásaik jegyzéke a következő:

1. *Berkovits Miklós dr.:* a) vesekőképződés.
- b) Bélkőképződés ritkább esete. (Bemutatással.)

2. *Edelmann Menyhért dr.:* a) Tachycardia paroxysmalis esete. (Kórrajz.)

b) Thoracotomia genyes mellhártyaizzadmány miatt. (Kórrajz.)

c) Peritonitis rheumatica esete.

d) Phlegmone a hasfalban.

e) Ritka nagyságú malariás léptumor esete.

3. *Fráter Imre dr.:* a) Lösebb a felkaron, resectio, pseudarthrosis.

b) Laparotomia ovarialis cysta miatt, extraperitonealis kezelés gyógyult esete.

c) Bőráttületes Thiersch szerint.

d) Orrplastika. Mind a 4 eset betegbemutatással.

4. *Gubica Tádé dr.:* Az irgalmas rend nagyváradi kórházának betegforgalmi viszonyai az 1892. évben.

5. *Grósz Albert dr.:* A lyssa therapiájához.

6. *Grósz Menyhért dr.:* a) Pharyngitis fibrinosa esete.

b) Bélsárhányás a belek akadályozatlan átjárhatósága mellett.

7. *Goldstein Sándor dr.:* a) Asthma bronchiale.

b) Sarcoma myxomatodes congenitale. Kórrajzok.

8. *Hoványi Ferencz dr.:* a) Nagyvárad város egészségügyi viszonyai az 1891. évben.

b) Havi jelentések Nagyvárad város egészségügyéről.

9. *Kiss Ferencz dr.:* a) Podhráczky Ferencz emlékezete.

b) Biharmegye egészségügye az 1891-dik évben.

c) Biharmegye egészségügye az 1892-dik évben.

d) Havi jelentések Biharmegye egészségügyéről.

10. *Konrád Márk dr.:* a) Hasfalból kiirtott fibromyoma. (Készítménnyel.)

b) A nagyváradi bábaképezde mint tan- és gyógyintézet az 1892-dik évben.

c) Méhkiirtás esete. (Kórrajz készítménnyel.)

11. *Kornstein Lajos dr.:* Retroperitonealis tályog 2 esete. (Betegbemutatással.)

12. *Kutiák Ágost dr.:* Sarcoma cutis esete. (Betegbemutatással.)

13. *Nemes Áron dr.:* Teratoma sacrale.

14. *Schiff Ernő dr.:* a) Ujabb adatok az icterus neonatorum tanához.

b) A diphtheria kór- és gyógytanának mai állása.

c) Intussusceptio esete.

15. *Ullmann Béla dr. (K.-Tarján):* Thoraxon áthatolt lösebb gyógyult esete.

Tagsági viszonyaink az év folyamán elég kedvezőleg alakultak: kilépés folytán veszítettünk 3 tagot, de viszont nyertünk 5 új tagot, minélfogva tagjainak száma jelenleg 78, s pedig orvos 49 (helybeli 31, vidéki 18), gyógyszerész 9 (helybeli 5, vidéki 4), természettudományi 20 (mind helybeli).

Könyvtárunk s a pénztár állapotáról tisztviselő-társaim fognak beszámolni.

Tisztelt közgyűlés!

A feltárt jelentés szerint ismét egy munkás, tevékeny évet zárunk le. Ha tekintetbe vesszük, hogy vidéki szakegylet vagyunk, melynek tagjai az orvosi gyakorlat ezer meg ezer küzdelmei között élnek, senki sem várhatja tőlünk, hogy a tudomány terén valami újat, nagyot, önállót produkáljunk. A ki egy vidéki orvos-természettudományi egylettel szemben ilyen igényekkel lép fel: annak a csalódásra kell kész lennie. De nem is vagyunk erre hivatva! Mi, a gyakorlat terén működő szakemberek, az egyleti életet arra használjuk fel, hogy benne s általa megtaláljuk az összekötő fonalat a gyakorlat s a tudomány között, s amannak tapasztalatait a tudomány világa mellett kellőképp részletezve, megint csak a gyakorlat érdekében érvényesítsük. Nekünk főleg az lehet feladatunk, hogy a tudomány legújabb vívmányait közkinccsé tegyük, általánosítsuk, népszerűsítsük. Ha ezek mellett a hazai s ebben egyenrangúan a helyi közegészségi viszonyokat figyelemmel kísérjük, ha az észlelt hiányokon képességeinkhez mérten segíteni igyekszünk, akkor jó részben kimerítettük azt, a mit magunk elé, a viszonyok helyes mérlegelésével, ezéül

kittűzünk. De fennmarad még egy megmivelésre váró mező: a rendi érdekeknek hatályos megvédése ki- s befelé egyaránt, valamint azoknak kellő összhangzásba hozatala a közegészségügy szervezetével, melynek organikus elemeit képezzük. A kari szellem ápolása, az orvosi köztisztesség emelése, fenntartása, s ez által e tiszteletre méltó rend tekintélyének öregbítése programunk ez irányban.

Mindezek oly feladatok, melyek igenis igazolják egy vidéki szakegyesület fennállását, nemcsak, hanem annak létjogát, szükségességét állapítják meg.

Egyletünk intensiv munkássága a jeleztem irányokban, az a munkásság, melynek becsületben eltöltött 25 dik évét rekesztjük ime be, nem hagy fenn előttem kételyt arra nézve, hogy egyletünk házagpótló intézmény, s hogy különösen városunk culturalis célú egyletei között elismerésre méltó helyet sikerült kivívnia.

Igyekezünk, m. t. közgyűlés, a most kezdődő cyclusban hívek maradni azokhoz a hagyományokhoz, melyek a lefolyt 25 év vívmányait képezik. E helyen lobogjon továbbra is szép, magasztos hivatásunk tiszta oltártüze, őrizzük meg ideáljainkat, a tudomány önzetlen szeretetét, s hangozzék ajkainkról e mindnyájunk által dédelgetett intézményünk felé az erőteljes:

„Vivat! Crescat! Florescat!!!“

A titkári jelentés örvendetes tudomásul szolgál, s elnök indítványára titkárnak kifejtett működéseért a közgyűlés jegyzőkönyvileg fejezi ki elismerését.

Ezután elnök, *Konrád Márk*, úgy a maga, mint tisztársai nevében megköszöni az irántuk eddig tanúsított bizalmat s tisztjeiket a közgyűlés kezébe teszi le, egyúttal felhíván az új tisztválasztás vezetésére *Grósz Albert* dr. urat, mint korelnököt, *Buder Ferencz* dr. urat, mint korjegyzőt.

Korelnök elfoglalván az elnöki széket, ajánlatára elnöknek egyhangúlag *Konrád Márk* dr., alelnöknek *Hoványi Ferencz* dr., titkárnak *Berkovits Miklós* dr., pénztárnoknak *Nyíry György* gyógyszerész megválasztatnak. Könyvtárnokul, *Berkovits Miklós* dr. ajánlatára, *Grósz Albert* és *Rosinger Vilmos* dr.-ok, jegyzőül *Edelmann Menyhért* dr. választatnak meg. A megválasztottak meleg szavakban adnak kifejezést köszönetüknek az őket ért megtiszteltetés felett.

A választmány Kutiák Á. dr. elnöklete alatt *Bodor Károly* és *Nemes Áron* tagokból álló bizottság előtt történt titkos szavazás útján a következő tagokból alakítottat meg: *Kornstein Lajos* dr., *Kutiák Ágost* dr., *Kiss Ferencz* dr., *Dóri Ferencz* dr., *Bodor Károly* dr.

Ezután titkár olvassa *Grósz Albert* dr. úrnak az ülés programjába felvett, „*A vakok száma és állapota Magyarországon*“ című értekezését, melyben a társadalom, állam vállvetett közremunkálását az elhanyagolt kérdésnek sikeres megoldása céljából tartja szükségesnek.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Die chronische Anaemie im Kindesalter von Prof. A. Monti und Dr. E. Berggrün. Leipzig, F. C. W. Vogel. 1892.

A klinikai vérvizsgálat hatalmas lendületet és kibővítést nyert az utolsó évtizedben *Ehrlich*, *Hayem*, *Müller* és mások alapvető vizsgálatai által. E körülmény nem maradhatott természetesen befolyás nélkül a gyermekgyógyászatra sem, s tényleg az utolsó években több értékes dolgozat jelent meg a gyermekeknél eszközölt vérvizsgálatokról ép és kóros állapotokban (*Hock-Schlesinger*, *Jaksch*, *Somma*, *Loos*, *Schiff E.* és másoktól).

A gyermekkorban fellépő anaemiákat egybefoglaló munka eddig csakis a francia irodalomban jelent meg (*Luzet: Études sur l'anémie de la première enfance.* Paris, Steinheil. 1891). E munka azonban a klinikai viszonyokat kevésbé veszi tekintetbe, s így szerzők érdemes munkát végeztek, midőn a klinikai symptomák folytonos figyelembevétele mellett eszközölt vérvizsgálataik eredményét közzéteszik. Ezen vizsgálatok tárgyát csakis a secundaer

anaemiák képezték, a melyek különböző kórok, mint lues, rachitis, scrophulosis következményeikép a gyermekkorban igen gyakran lépnek fel. A vérvizsgálat mai állása szerint ezen anaemiákra jellegzetes: a fajsúly csökkenése, oligochromaemia és cythaemia rubra, mely a fehér véresejtek szaporodásával vagy a nélkül járhat. Ezen alapon szerzők az anaemiákat következő csoportokba osztják: I. *Anaemia chron. levis* α) simplex, β) cum leucocytosi. II. *Anaemia chr. gravis* α) simplex, β) chlorosis, γ) cum leucocytosi. III. *Anaemia pseudoleucaemica*. IV. *Leucaemia*. V. *Anaemia perniciosa*. Az anaemia ezen különböző fajait külön fejezetekben tárgyalják szerzők, mindegyikben saját és idegen észleletű számos eset felsorolása mellett.

A híres kiadócéz négy művészi kivitelű színnyomatú táblával látta el a munkát, melyek a szöveg könnyebb megérthetését lényegesen elősegítik és különösen azok számára bírnak nagy értékkel, kiknek nincs alkalmuk góresői vérvizsgálatokkal gyakorlatilag foglalkozni. Az ide vágó irodalmat szerzők a munka végén nagy szorgalommal állították össze. *Politzer Alfréd* dr.

II. Lapszemle.

Kórtan.

A *bacillus coli commune* okozta strumitis purulenta-t ismertet *Brunner*. 52 éves, erőteljes vasúti szolgálta struma cysticája rázóhideg és magas láz kíséretében rövid idő alatt elgenyedt. A 9-dik napon próbapunctióval és a 16-dik napon a tályog megnyitása útján nyert chokoladeszinű genyből a *b. coli com.* tiszta tenyészetét kapta, ellenben közvetlenül az operatio után az újból vett vérrel bekent tenyésztő talajok sterilek maradtak. A következő 4 héten a sublimattal és jodoformmal kezelt tályog genyében a *b. coli com.* mindig ki volt mutatható, de virulentiája folyton csökkent, t. i. tengeri malaczkoknak hashártyaürébe fecskendezve, ezek nem hullottak el oly prompt, mint annakelőtte. A kezelés vége felé a genyben *staphylococcus pyog. aur.* és *albus* is találtatott. Elsődleges genygőz nem volt fellelhető. Mivel azonban a beteg gyakran székrekedésben szenvedett, a bél nyálkahártyája valószínűleg kóros volt és ez tettenye lehetővé, hogy a *b. coli com.* a vérbe jutott. (Korresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte. XXII. Nr. 10. — Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk. XIV. Nr. 10.) *W—dt.*

Posttyphosus genyedés 3 esetét vizsgálta meg mikrobiologice *Fasching*. Az első esetenél a láz megszűnése után a 4-dik napon a fartájón két tályog képződött, a melyeket csakhamar mások követtek a test minden részén úgy a bőr alatti kötőszövetben, mint az izomzatban. Élőnek intramuscularis tályogjából vett geny lényegesen különbözött a *coccus-geny*től, a mennyiben savós, sárgás-barnás, vérrel kevert volt. Ezen genyből egy eddig még közelebről le nem irt bacillust és a *bacillus typhi*-t sikerült tenyészteni. Mivel a másik 2 eset *posttyphosus* tályogjaiban csakis *staphylococcusok* voltak és az első esetenél a *b. typhi* mellett még más, közelebről nem ismert *bacillus-faj* is találtatott, azért szerző a *b. typhinek* genyesztést nem tulajdonít. A genyből tenyésztett *b. typhi* gelatinán és burgonyán lassabban nőtt és kevesebb savat termelt, mint a bél-sárból elkülönített *b. typhi*, a mi talán a szervezetben való hosszabb időzésnek a következménye. (Wien. klin. Woch. 1892. Nr. 18. — Centralbl. für Bakteriol. u. Parasitenk. 1893. Bd. XIV. Nr. 10.) *W—dt.*

Apróbb jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. *Tüdővészések hasmenése ellen* a következő orvosságot ajánlják: Rp. Calcii phosphorici 10'0; Tannini 1'0—2'0. Div. in dos. Nr. XX. Naponként 4—6 por veendő be. (Centralbl. für die ges. Therapie, 1893. 7. sz.)

2. *Tüdővészések éjjeli izzadása ellen* salicylsav bőr alá fecskendezése ajánlatik a „Semaine médicale“ ez évi 39. számában: Rp. Acidi salicylici 2'0; Aquae destill. 10'0; Alcoh. 6'0; Glycerini 4'0. Este 2 köbcentiméter fecskendezendő a bőr alá.

3. *Fagydagatok ellen* *Edmund Stern* a következő kenőcs alkalmazását ajánlja minden este: Rp. Zinci oxydati crudi 15'0; Glycerini 45'0; Lanolini 40'0. Nappal is be lehet kenni minden mosás után e kenőccsel vékony rétegben a kóros helyeket. (Therap. Monatshefte, 1893. August.)

T A R C Z A.

Országos közegészségi tanács.

Az országos közegészségi tanácsnak szeptember 28-dikán és október 12-dikén tartott üléseiben a következők tárgyalattak:

1. Bodnár Sándor dr. „Diphtheritis elleni védekezés“ című munkája, miután annak második kiadásában a tanács által kijelölt javítások eszközöltettek, a hivatalos ajánlásra érdemesnek találtatott.

2. Zih Károly egészségügyi munkája a kitűzött czélnak megfelelőnek nem véletelt.

3. Szukics Jánosné kenőcsének elárúsítási engedélyvel el-látását a tanács nem vélte eszközrendőnek.

4. Felterjesztettek a csont-, rongy- és tollkereskedést illető és a lakosság egészségének megóvására szolgáló rendszabályok.

5. Pillart János serfőző eljárására a szabadalom megadható-nak véletelt.

6. König Henrik dr. „pezsgő porait“ mint összetett gyógy-szert a tanács nem vélte szabadalommal elláthatóknak.

7. Klein Adolf dr.-nak magán svéd torna-intézet, és Heisler Jakab dr.-nak vízgyógyintézet felállítására Szabadkán, a tanács az engedélyt megadhatónak vélte.

8. König Vilmos dr.-nak zsebhen hordható fecskendőjére a szabadalom megadhatónak véletelt, úgyszintén Günther Ferencnek egy fertőtlenítő készülékre.

9. Az október 12-dikén tartott ülésben kérdés intéztetett a tanács elnökéhez, az iránt, vajjon a nmélt. belügyminister úr ki-kérte-e az ő vagy a tanács véleményét a „tisztvi vizsgák“ meg-ejtésére kinevezett személyeket illetőleg? Az elnök tagadólag vála-szolván, a kérdést intéző Kéti Károly úgy mint Fodor József tanárok a tanács iránt való bizalmatlanság és annak állását sértő eljárásnak jelzették azt, hogy ily fontos ügyben a tanács véleménye ki nem kéretik, és pedig annyival inkább, minthogy a „tisztvi vizsga“ épen a tanács által hozott javaslatba és annak szervezete is a tanács által dolgoztatott ki. Chyzer Kornél azon előadása után, hogy a minister nincs az 1876: XIV. törvényzikk értelmében kötelezve ily esetekben a tanács véleményének meghallgatására, s hogy azt sem az ő, sem pedig az egészségügyi felügyelők ki-nevezése alkalmával nem vette igénybe, a tanács e választ sajná-lattal vette tudomásul.

10. Korányi Frigyes elnök indítványt tett arra nézve, hogy a tanács rendkívüli tagjainak kinevezése alkalmával a testület véle-ménye meghallgattassék. Az indítvány elfogadtatván, az illető felterjesz-tés megállapítására Csatóry Lajos, Högyes Endre és Tóth Lajos bizottságilag kiküldettek.

Magyarország közegészségügye 1892-ben.¹

(Hieronymi Károly belügyminister jelentése a képviselőházhoz.)

Az ország közegészségügyi viszonyairól szóló, az 1876. évi XIV. t. cz. 165. §-ának rendelkezése szerint évenként bemutatandó jelentést van szerencsém az alábbiakban a t. képviselőház elé terjeszteni.

Minthogy az utolsó közegészségügyi jelentés az 1887-dik évi viszonyokról szól, az eddigi gyakorlat szerint a most bemutatott jelentésnek a következő 1888-dik évet kellett volna felelelni. Miután azonban nagyobb eredmény várható ezen évi jelentésektől, ha a legközelebbi multat ismertetik meg, mintha több év előtti állapotokat tüntetne fel, ezen mostani jelentésemmel az 1892-dik évi adatokat kívánom bemutatni.

Sajnos, hogy közigazgatási viszonyainknál fogva épen a nép-mozgalmi adatok, melyek a közegészségügy kezelésének eredményét vannak hivatva kimutatni, jelentésembe nem voltak felvehető; mert a születések statistikája, melyet a lelkészek által szolgáltatott adatokból az országos statistikai hivatal szokott összeállítani, az év ezen időszakáig még sohasem voltak elkészíthető.

Jelentésem tehát csak azon adatok felhasználásával készült, melyeket közigazgatásunk egészségügyi közegei szolgáltatottak. Azon-

¹ Azt hisszük olvasóinknak szolgálatot teszünk, ha a belügy-minister e nagyérdékű jelentésének átnézetét, bevezetését közöljük, miután az egész munka csak nehezen juthat egyes olvasó kezébe. Szerk.

ban ezen adatok is hézagosak. Közigazgatási és társadalmi viszonyaink olyanok, hogy épen oly vidékeken nem rendelkezünk a kellő egészségügyi közegekkel, a hol azokra leginkább szükség volna s ezért az onnan kapott közegészségügyi adatok nagyon tökéletlenek. Oly körülmények között, hol 30, 40, sőt több községre is egy kör-orvos esik, hol a népet az orvosi segély igénybe vételére még csak szoktatni kell, a hol a halottkémi vizsgálatot csak kivételesen teljesítik orvosok, számos a közegészségügyre vonatkozó és ezen jelentésbe felveendő adat a kívánt szabatoságra igényt nem tarthat.

A mondottak, míg egyrészt a jelentésben foglalt adatok tökéletlenségét magyarázzák, másrészt közegészségügyi szervezetünknek sürgős javítást igénylő hiányait tüntetik fel.

Ezek előre boesátása után áttérek a főbb eredmények rövid esetelesére, azon megjegyzéssel, hogy minden egyes czimről, a melyet itt érintek, ezen jelentés második részében részletes kimuta-tás foglaltatik.

A közegészségi állapot általán véve kedvezőtlen volt, a mennyi-ben 51 törvényhatóság jelzi ilyennek, míg kedvezőnek csak 38 mondja¹; kedvezőtlen volt általában a nagy alföldön, bár sok határszéli magas fekvésű vármegyében sem volt kielégítő.

Örömmel constatálhatom azonban, hogy nagy sikságunk vizes részeinek hajdani endemikus baja, a váltóláz, mely egyes vidékeket állandóan egészségtelenekké tett, a vízszabályozások folytán elvesztette tájköri jellegét és az alföld legtöbb vidékéről majdnem egészen el-tűnt. Ha tehát ezek a törvényhatóságok a kedvezőtlen közegészségi állapotnak rovatába foglaltatnak, az inkább az ott sürűbben fel-lépett hevenyfertőző kóroknak róvható fel.

A járványok elterjesztéséről e jelentés nem nyújt hü képet; ezt a róluk szóló részletes kimutatásoknak a halálok rovatos ki-mutatásával való összehasonlítása első pillanatra elárulja. A számok e két kimutatásban néha feltűnően elűtnek egymástól. Ennek magyarázata többféle körülményben keresendő. Egyik főoka ezen eltérésnek az, hogy az országnak nagy részében nincs orvos, tehát nincs közeg, ki a járványos megbetegedéseket figyelemmel kísérje és nyilvántartsa; másrészt a nép több enyhe lefolyású és szerinte kevésbé veszélyes fertőző betegségnél, mint például a vöröshimlő, szamárhurut stb. nem fordul orvoshoz, még ha áll is rendelkezésére, s így ezekről a bajokról, melyek utókövetkezvényeikben gyakran halálhozók, többnyire csak az év végén az anyakönyvi másolatok-ból szerzünk tudomást, melyekben mint halálokok vannak bejegyezve. Rendszeres halottkémlésnél, minőt közegészségügyi törvényünk előír, ennek nem volna ugyan szabad történnie, csak hogy azon vidékeken, a hol orvosok nincsenek, a halottkémlés is megbizhatatlan.

Egyes tájkóroknak, például a váltólásznak, közvetlen és másod-lagos pusztításairól ritkán van tudomása a hatóságnak, miután ezt nem ragályos voltánál fogva nem szokás nyilvántartani.

Vannak oly hevesen s oly nagy számban fellépő betegségek, mint például az 1892-ben uralkodott influenza volt, hogy azokról pontos adatokat szerezni valóban a legnehezebb feladatok egyike lett volna.

Mindezen okoknál fogva a járványos kórokról még jó ideig, míg az orvosok az országban egyenletesebben elosztva nem lesznek és az egészségügyi szolgálat jobban nem lesz szervezve, pontos ada-tokkal alig fogunk rendelkezni.

A beérkezett jelentések szerint az egyes járványok törvény-hatóságok szerint a következőképen voltak elterjedve:

¹ Kedvező volt: Abauj-Torna, Árva, Bars, Beszterce-Naszód, Bihar, Brassó, Csongrád, Fogaras, Heves, Kis-Küküllő, Kolozs, Komárom, Krassó-Szörény, Maramaros, Moson, Nyitra, Szeben, Szepes, Szilágy, Szolnok-Doboka, Torda-Aranyos, Trencsén, Udvarhely, Veszprém, Zala és Zólyom vármegyékben, továbbá Debreczen, Fiume, Győr, Kassa, Kolozsvár, Komárom, Maros-Vásárhely, Nagyvárad, Pancsova, Pozsony, Sopron és Temesvár városokban.

Kedvezőtlen volt: Alsó-Fehér, Arad, Bács-Bodrog, Baranya, Békés, Bereg, Borsod, Csanád, Csik, Esztergom, Fejér, Gömör-Kishont, Győr, Hajdu, Háromszék, Hont, Hunyad, Jász-Nagy-Kun-Szolnok, Liptó, Maros-Torda, Nagy-Küküllő, Nógrád, Pest-Pilis-Solt-Kiskun, Pozsony, Sáros, Somogy, Sopron, Szabolcs, Szatmár, Temes, Tolna, Torontál, Turóc, Ugocea, Ung, Vas, Zemplén vármegyékben és Arad, Baja, Budapest, Hód-Mező-Vásárhely, Kecskemét, Pécs, Selmeczbánya, Szabadka, Szatmár-Németi, Szeged, Székes-Fehérvár, Ujvidék, Versecz és Zombor városokban.

A hólyagos himlő 21 törvényhatóságban mutatkozott, azonban hevesebb és elterjedt járványt csak Bereg, Csik, Kolozs, Krassó-Szörény, Máramaros, Temes, Ugocsa és Ung vármegyékben képezett.

A vöröshimlő (kanyaró) országsszerte uralkodott; alig van törvényhatóság, hol nem észleltetett volna. Leghevesebb volt járványa Alsó-Fehér, Arad, Bars, Bereg, Csanád, Csik, Fehér, Liptó, Nyitra, Pest-Pilis-Solt-Kiskún, Pozsony, Somogy, Temes, Tolna, Ung és Vas vármegyékben és Budapesten.

A számarhurut (hőkhurut) makacs járványt képezett Arad, Nyitra és Ugocsa vármegyékben.

A vörheny leghevesebben uralkodott Somogy megyében, azután Arad vármegyében, továbbá Hód-Mező-Vásárhelyen.

A roncsoló toroklob ijesztő mérvben szaporodott. Különösen el volt terjedve és sok áldozatot követelt Arad, Bács-Bodrog, Baranya, Bars, Békés, Csanád, Csongrád, Hajdu, Jász-Nagykun-Szolnok, Temes, Torontál, Pest-Pilis-Solt-Kiskún, Somogy és Tolna vármegyékben, továbbá Aradon, Hód-Mező-Vásárhelyen, Szabadkán, Zomborban, Nagyváradon, Szegeden és Temesvárt.

A hasi hagymáz járványt alig képezett, de sürűbben fordult elő Sáros, Szilágy és Torontál vármegyékben.

A vérhas Ung, Vas, Háromszék és Szeben vármegyékben uralkodott leghevesebben.

Az influenza hevesen lépett fel Bars megyében; nagyon el volt terjedve s nagyfokú halálozással járt Hajdúmegyében. Hasonló rosszindulatú volt Maros-Torda, Udvarhely, Szeben, Szatmár, Nyitra és Vas megyékben, továbbá Kecskeméten, Sopronban, Szabadkán, és Szegeden.

E járványról a részletes kimutatás egészen hiányzik; hasonlóan nem fordul elő a halálokok kimutatásában sem; mert akkor, a mikor a halálokok kimutatására szolgáló mintát szerkesztették, az Európát évek hosszú során át megkímélt járványos bajt kihagyták. Az influenza okozta halálozások többnyire a légzőszervi bántalmak okozta halálokok közt foglaltatnak.

A mocsárgyerji láz (malaria) nagyon gyakori és rosszindulatú volt Szilágy megyében — oly heves, mint az 1873-diki cholera után —; feltűnő számban fordult elő továbbá Zemplén, Abauj, Nógrád megyékben és Somogyban a Dráva mentén. Részletes kimutatás erről is hiányzik.

Az ázsiai cholera az év közegészségügyének egyik nevezetes mozzanata. Nemcsak közegészségi, hanem nemzetgazdasági szempontból is felette kártékonyvá vált.

Szeptember havában különösen Budapesten mind gyakrabban mutatkoztak felette gyanus betegedési esetek, melyekben azonban a bakteriologiai vizsgálat, melyet a múlt évben a tudomány az ázsiai cholera diagnostizálásánál elkerülhetetlennek tartott, az ázsiai cholera kitüntetni képes nem volt; míg egy Budapesten szeptember 26 dikán meghalt nőnél az ázsiai cholera jellezőnek tartott Koch-féle bacillus megállapított.

Néhány napi lappangás után gyors növekedésben a baj október 5 dikén érte el maximumát (45 betegedéssel); ettől kezdve lassanként engedve, november második felében szórványos jelleget vett fel, azonban daczára annak, hogy december havában 13 napon nem észleltetett új megbetegedési eset, az év végéig teljesen meg nem szűnt.

Budapesten ezen idő alatt a katonákkal, a hajókon és útról érkezettekkel együtt összesen megbetegedett 889 egyén, meghalt 399 és pedig szeptemberben 12 beteg közül meghalt 6, októberben 664 beteg közül 372, novemberben 187 közül 110 és decemberben 26 beteg közül meghalt 11.

(Folytatása következik.)

Az orvosi díjszabály új tervezete.

I. Sebészi műtétek díjszabása. (Folytatólag.)

(Vége.)	forint
117. Pyloroplastika	150—200
118. Gastro-enterostomia	200
119. Kizárt sérv visszahelyezése (taxis)	10—25
120. Herniotomia	50
121. Gyökeres sérvműtét	100
122. Enterotomia-Enteroraphia	150
123. Bélresectio	200
124. Enteroanastomosis	150—200

	forint
125. Enterostomia (anus praeternaturalis készítése)	100
126. Colostomia	100
127. Bólvarrat a hasseben előesett beleken	50
128. Belső bélezáródás műtétele	100—200
129. Hasúri tályog megnyitása	50—100
130. Végbélvizsgálat	5—10
131. Bélbeöntés	2
132. Atresia ani műtétele	25—50
133. Idegen test eltávolítása a végbélből	15—25
134. Fissura ani műtétele	10
135. Fistula ani	2—30
136. Végbéltagító alkalmazása	5
137. Előesett végbél visszahelyezése	5
138. " (prolapsus recti) műtétele	25
139. Aranyéresomók műtétele	20—50
140. Végbélpolypus	20
141. Végbélresectio	100
142. Végbélexstirpatio	100
143. Magasan ülő végbélrák műtétele a keresztcsont részleges eltávolításával	150
144. Nephroraphia	100
145. Nephrotomia	25—50
146. Nephrectomia	100
147. Hydronephrosis műtétele	25—50
148. Vesedagok műtétele	100—200
149. Urethroscop alkalmazása	5
150. Cystoscop	25
151. Ectopia vesicae műtétele	100
152. Hólyagsipoly műtétele férfnál	50—100
153. Egyszerű katheterismus	2—3
154. Hólyagmosás	3—5
155. Punctio vesicae	25
156. Kőmorzsolás egyszeri ülése	25
157. Litholapaxia	100
158. Lithotomia	50—100
159. Epispadia műtétele	50—100
160. Hypospasia	50—100
161. Idegen test eltávolítása a húgycsőből	25
162. " " a hólyagból	50—100
163. Húgycsapolás húgycsőszűkületnél	10—25
164. Urethrotomia interna	25
165. " externa	100
166. Húgycsősipoly műtétele	50
167. Phimosis és paraphimosis műtétele	15
168. Amputatio penis	30
169. Hydrocele műtétele (punctio)	10
170. Hydrocele és haematocele gyökeres műtétele	40
171. Castratio férfnál	30
172. Női genitáliák vizsgálata	3—5
173. Hüvelyirrigatio	2
174. Hüvely-, húgycső- vagy méhnyak tágítása	3—5
175. Ovariectomia	100—200
176. Castratio nőknél	50—100
177. Salpingotomia	100
178. Méhdaganat vagy méh kiirtása (Hysterectomia)	100—200
179. Amputatio colli uteri supravaginalis	25—50
180. " infravaginalis	15—25
181. Méhdagok enucleatioja a hüvelyen át	25—50
182. Méhpolypus kiirtása	25
183. Méhür kikaparása (curettagé)	15—20
184. Invertált méh visszahelyezése	20
185. " eltávolítása	25—50
186. Pessarium alkalmazása	3—5
187. Műtételek uterus versio- és flexiónál a méh állandó visszahelyezésével	15
188. A méhnyak véres tágítása	5—15
189. Emnet-féle műtét	25—50
190. Medenceüregbeli tályogok megnyitása	25—50
191. Hólyag-hüvelysipoly műtétele	50—100
192. Hólyag-végbél-sipoly műtétele	100—150
193. Műtételek hüvely- és méhprolapsusnál	25—100
194. Gátrepedés műtétele	30—100
195. Benőtt köröm műtétele	15

II. Szülészeti műtétek díjszabása.

	forint
1. Terhes vagy szülőnek vizsgálata	2—10
2. Hólyagcsapolás terhesség, szülés vagy gyermekágy alatt	2—10
3. Gyermekágyas szüléscatornájának kitakarítása (hüvely-, méhölblítés, fekély kezelése stb.)	2—10
4. Rendes szülés vezetése	10—20
5. Gátvarrás szülés után	10—20
6. Lepény vagy részleteinek, vagy burkoknak mesterséges kihozatala a szüléscatornából	10—20
7. Tökéletesen abortus befejezése	10—20
8. Medencefokvívó szülés vezetése (extractio, expressio)	10—20
9. Puerperalis vérzés kezelése	10—20
10. Álhalott újszülött kezelése	10—20
11. Fogó műtét	25—50

12. Fordítás műtete	25-50
13. Fej kibébitése (Craniotomia)	25-50
14. Magzat eldarabolása (Decapitatio, evisceratio)	25-50
15. Placenta praevia kezelése	25-50
16. Eclampsia kezelése	25-50
17. Mesterséges koraszülés	25-50
18. Előesett köldökzsinór kezelése	25-50
19. Császármetszés	100-200
20. Hasmetszés szülés alatt vagy utána (méhrepedés, méhen kívüli terhesség)	100-200
21. Symphyseotomia	100-200

III. Szemorvosi műttek díjszabása.

az orvos a beteg lakásán lakásán forint

1. A szem külső részeinek megvizsgálásáért és a rendelésért (beleértve a szem bekötözését, behintését, bekenését, massage-t, idegen test eltávolítását a kötőhártyáról, egyszerű árpa kinyomását vagy felszúrását, valamint trachoma-csomóknak az ujjakkal vagy csipővel való kinyomását, edzést)	1	2
2. Szemvizsgálat szemüvegekkel, esetleg szemtükörrel	3	5
3. Astigmatismus megvizsgálása és szemüvegrendelés	3	5
4. Jégárpa (chalazion) kiirtása, szemhéjtályog megnyitása, kőnyesövecske felhasítása, idegen test eltávolítása a szaruhártya felületéről	3	5
5. Kőnyesatorna sondálása vagy kifecskendezése, vagy mindkét művelet	3	—
6. Szemhéjkásdag vagy más kisebb újképlet kiirtása, a szemhéjszörtelep (Flarer szerinti) eltávolítása, kanthoplas ica és tarsoraphia	5	10
7. A szemhéjszörtelep áthelyezése, görbült felső szemhéjporoz kiegyenlítése	—	20
8. Be- vagy kiszegély elleni fonalbevezetés	10	—
9. Be- vagy kiszegélyműtét	10	20
10. Szemhéjképlés	—	30-50
11. A könnytömlő megnyitása	—	5
12. " sorvasztása	—	30
13. Röphártya (pterygium) műtete	10	20
14. Symblepharon műtete, ha több műtétet is igényelne	—	30
15. Újképlet kimetszése a kötőhártyából	10	20
16. Egyszerű szaruhártyacsapolás vagy Sämisch-féle metszés	—	10
17. A szaruhártya égetése	—	10
18. Idegen test kimetszése a szaruhártya lemezeiből	—	10
19. A szaruhártya levakarása (abrasio), ha több ülést is igényelne	15	30
20. A szaruhártya tátovirózása, esetleg több ülésben	15	30
21. Szívárványhártya-előesés csapolása	5	10
22. " " lemettszése	5	10
23. Szarucsap lemettszése (Beer szerint)	—	15
24. Szarucsapműtét varrással	—	30
25. Sclerotomia (tülőkhártyametszés)	—	20
26. Szívárványhártya-csonkítás vagy bemetszés (iridectomia vagy iridotomia), idegen test eltávolítása a szívárványhártyáról	—	25
27. Lencsetok felhasítása, hártás utóhályog behasítása (discissio vagy depressio)	—	25
28. Hályogkivonás	—	50
29. A szemtekének panophthalmitis miatti felhasítása	—	10
30. A szemteke sorvasztása (fonalbevezetés)	—	20
31. A szemteke kiizelése vagy kiürítése (enucleatio vagy evisceratio)	—	30
32. Inmettszés (tenotomia) egy szemén	10	20
" mindkét szemén egy ülésben	15	30
33. Izomelővárrás	—	30
34. Szemgödörbeli tályog megnyitása	10	20
35. Idegen test eltávolítása a szemgödör elülső részéből	10	20
36. Idegen test eltávolítása a szemgödörnek szemteke mögötti részéből	—	30
37. Újképlet kiirtása vagy a szemgödör kiürítése (exenteratio)	—	30
38. Segédkezelés szemműttek alkalmával	3-10	frt.

IV. Fogorvosi díjszabás.

forint

1. Egy fog kihúzása (vagy gyökér) az orvos lakásán	2
2. " " " " a beteg lakásán	5
3. Ha egyszerre több fog vagy gyökér huzatik ki, úgy minden következőért	1
4. Egy fog vagy gyökér kihúzásáért a fogmeder-oldalak resectiójával	5-15
5. A fogpulpá eltávolítása vagy kiüléseért	2-5
6. Az érzékeny fogból első kezeléseért minden következőért	2
7. Egy fog kifurásáért a pulpáig	2-5
8. Egy gyökér kifurásáért műfog megerősítésére	2-5
9. Fogkő eltávolításáért az összes fogakról	2-10
10. Egy érdes fog lecsiszolásáért	2
11. Két fog szétreszeléséért	2

12. Foghúsmetszéséért	2
13. Könnyebb műttekért a foghúson	2-5
14. Minden látogatásért fogbántalmaknál	2
15. Minden vizsgálat vagy tanácskozásért az orvos lakásán	1
16. Egy fog töméséért cementtel vagy amalgammal teljes kezeléssel	3-10
17. Egy arany tömésért nagyság szerint kezeléssel	6-30
18. Fogszabályozás véget tett látogatásért az orvos lakásán	2-6
19. Egy elferdített fog szabályos beillesztéséért	15
20. Egész fogsornak	50
21. Egy műfog készítéseért kaucsuk alapon	5-10
22. " " " " arany alapon	10-50
" " " " Minden következő fogért kaucsukban	2-5
" " " " aranyban	5-10
23. Egész felső " vagy alsó " fogsor készítéseért kaucsukban	50
24. Teljes műfogazat	100
25. Egy Stift-fog készítéseért	5-10
26. Mozgó vagy műfognak megerősítéséért	2
27. Implantatióért	50
28. Egy obturator készítéseért	25-50
29. Az obturatoron szükséges fogak külön számíttatnak.	

Heti szemle.

Budapest, 1893. október 12-dikén.

A cholera állása. Hazánkban a járvány az elmúlt hét első felében változást nem igen mutatott, 9-dikétől kezdve azonban a megbetegedések száma ismét némi nagyobbodást mutat. Az előbb fertőzött vármegyékhez legújabbán még Nyitra megye és Tolna megye csatlakoztak. Veszedelmes mérveket kezd ölteni a cholera Brassóban, a hol e hó 11-dikén 11 megbetegedés és 3 haláleset fordult elő, továbbá a torontálmegyei Farkasd községben, a honnan e hó 8-dikától 12-dikéig 39 megbetegedést és 11 halálesetet jelentettek be. A belügyminister az előbbi helyre Téry Ödön dr. közegészségi felügyelőt, az utóbbira pedig Raisz Gedeon dr. m.-biztost küldte ki a cholera-ellenes intézkedések ellenőrzésére. A járvány állása különben legjobban a következő számadatokból világlik ki:

X/5-6.	14 helység	11 megbetegedés	8 haláleset
X/6-7.	15 "	14 "	6 "
X/7-8.	13 "	9 "	8 "
X/8-9.	5 "	4 "	4 "
X/9-10.	13 "	26 "	8 "
X/10-11.	16 "	27 "	9 "
X/11-12.	22 "	35 "	16 "

Október 5-dikének déli 12 órájától másnap délig a következő számú megbetegedések (zárjelben halálesetek) fordultak elő: Békés megye, 1 helység, 1 (1); Bács-Bodrog megye, 4 helység, 3 (3); Jász-Nagy-Kún-Szolnok megye, 2 helység 2, (1); Máramaros megye, 6 helység, 5 (2); Torontálmegye, 1 helység, 1.

Október 6-dikának déli 12 órájától másnap délig következő számú eseteket jelentettek be: Csongrád megye, 1 helység, 1; Bács-Bodrog megye, 1 helység, (1); Liptó megye, 1 helység, 2; Máramaros megye, 5 helység, 5 (1); Pest megye, 2 helység, 1 (1); Sáros megye, 1 helység, 1; Torda-Aranyos megye, 2 helység, 1 (1); Torontálmegye, 1 helység, 2 (1); Zemplén megye, 1 helység, (1).

Október 7-dikének déli 12 órájától másnap délig a járvány állása a következő volt: Alsó-Fehér megye, 1 helység, (1); Csanád megye, 1 helység, 1; Csongrád megye, 1 helység, (1); Máramaros megye, 6 helység, 5 (3); Pest megye, 1 helység, (1); Torda-Aranyos megye, 2 helység, 2 (2); Zemplén megye, 1 helység, 1.

Október 8-dikának déli 12 órájától másnap délig következő esetek fordultak elő: Liptó megye, 1 helység, 1 (1); Moson megye, 1 helység, (1); Szepes megye, 1 helység, 1; Torontálmegye, 1 helység, 2; Zemplén megye, 1 helység, (2).

Október 9-dikének déli 12 órájától másnap délig a következő eseteket jelentettek be: Csongrád megye, 2 helység, 2 (1); Jász-Nagy-Kún-Szolnok megye, 1 helység, 1; Máramaros megye, 4 helység, 10 (5); Moson megye, 1 helység, (1); Torontálmegye, 1 helység, 10; Jász-Nagy-Kún-Szolnok megye, 1 helység, 1; Zemplén megye, 3 helység, 2 (1).

Október 10-dikének déli 12 órájától másnap délig a járvány állása a következő volt: Brassó megye, 1 helység, 3; Bács-Bodrog megye, 2 helység, 3 (2); Jász-Nagy-Kún-Szolnok megye, 1 helység, 1; Kolozs megye, 2 helység 2 (1); Liptó megye, 1 helység, 3; Nyitra megye, 1 helység, 2 (1); Máramaros megye, 3 helység, 4 (2); Tolna megye, 1 helység, 1 (1); Torontálmegye, 3 helység, 7 (1); Ung megye, 1 helység, 1 (1).

Október 11-dikének déli 12 órájától másnap délig következő esetek fordultak elő: Brassó megye, 1 helység, 11 (3); Jász-Nagy-Kún-Szolnok megye, 1 helység, 1; Kolozs megye, 1 helység, 2 (2); Moson megye, 1 helység, 2; Máramaros megye, 4 helység, 6 (4); Pest megye, 3 helység 4; Sáros megye, 1 helység, 1; Torda-Aranyos megye, 2 helység, 3 (2); Torontálmegye, 5 helység, 4 (2) [a farkasdi esetek nincsenek beszámítva]; Ugocsa megye, 1 helység, 1 (1); Zemplén megye, 2 helység, 1 (2).

Budapesten e hó 6-dikán, 7-dikén és 10-dikén nem fordult elő megbetegedés; október 8-dikán azonban 3 megbetegedés, 9-dikén szintén 3 megbetegedés és 2 halálet, 11-dikén 1 megbetegedés és 1 halálet, 12-dikén pedig 2 megbetegedés és 1 halálet történt.

A külföldi cholera vonatkozó hírek röviden a következőkben foglalhatók össze: *Oroszországban* a járvány állítólag erősen csökken, részletesebb tudósítások azonban nem érkeztek. Csupán Szt.-Pétervárott van még növekvőben a baj, a hol a szeptember 16-dikával végződő két hét alatt 841 megbetegedés és 329 halálet fordult elő. *Németországban* a cholera terjedése állapítható meg. Hamburgban szeptember 30-dikáig összesen 105 (37) eset történt. Újabb esetek fordultak elő Kielben, Bodenwerderben, Rissenben, Kirchborgumban és Cuxhavenben. A Lübeckbe Szt.-Pétervárról érkezett „Helix” nevű gőzhajón több cholera-megbetegedés történt. A Rajna vidékén Heerdtben és Emmerichben fordult elő egy-egy megbetegedés. Nem érdektelen, hogy Wanheimben két látszólag egészséges egyén ürülékében cholera-bacillusok voltak kimutathatók. Újabb az Odera mentén is több eset fordult elő, így Schmedtben, Sydowsaneben és Alt-Drewitzben; Stettinben szintén történtek esetek. A mult számunkban említett 3 berlini eset közül 2 gyógyulással, egy pedig halálosan végződött; azóta újabb esetet nem észleltek. *Franciaországban* újabb tudósítások nem érkeztek. *Olaszországban* Palermóban szeptember 27-dikéig 363 (194) eset fordult elő; a megbetegedések száma még mindig nagy, így október 5-dikén 30 (21) eset történt. Livornóban már csökken a járvány; szeptember 27-dikén még 33 megbetegedés és 16 halálet fordult elő, október 5-dikén már csak 5 (3) esetet jelentettek be. Pattiban (Messina tartomány) erősen pusztít a cholera. Cassinóban, a hol augusztus 3-dikától szeptember 15-dikéig 168 (106) eset fordult elő, a járvány most már szűnőben van. A Genuából 1433 kivándorlóval Braziliába indult „Carlo” nevű gőzhajón útközben kiütött a cholera; az utasok közül eddig 144 halt meg. *Angolországban* újabb a Coton Mill Asylumban, Newcastle-on-Tyne-ben, Dentonban, Gloucesterben, North Bierleyben és Low Moorban fordultak elő elsőtört esetek. *Németalföldön* már csak nagyon csekély az esetek száma; október 3-dikán összesen 8 megbetegedés és 2 halálet történt. *Spanyolországban* Bilbaóban és környékén szeptember 30-dikán 58 megbetegedés és 19 halálet fordult elő; szeptember első két hetében a megbetegedések, illetve haláletetek száma 163-at, illetve 41-et tett. *Galiciában* az állapot változatlan. *Romániában* már nagyon kevés megbetegedés fordul elő; az október 1-sejéről kelt hivatalos jelentés szerint az elmúlt 14 nap alatt 15 helyen összesen 54 halálet történt cholera következtében.

A tisztviselői vizsgálatok életbeléptetése, mint mult számunkban közöltük, a szeptember 30-diki belügyministeri szabályrendelet kiadásával megtörtént. Minthogy a szabályrendelet értelmében 1894. évi január 1-sejétől kezdve az üresedésben levő vagy ezen határidőn túl megüresedő tisztviselői állásokra olyanok, kik a szabályrendeletben meghatározott tisztviselői minősítéssel nem bírnak, ki nem nevezhetők; másfelől mostantól 1894. január 1-sejéig elegendő számú orvos ezen minősítést megszerezni esetleg nem fogja, az átmenet könnyítése végett a belügyminister a szabályrendeletet kísérő körrendeletében megengedi, hogy az 1894. évi június hó végéig az orvosi tisztviselői állásokra a tisztviselői vizsgálat még le nem tett egyének is ideiglenes minőségben kineveztet-hessenek, kötelesek azonban a szóban levő vizsgálatot 1894. év végéig kielégítő sikerrel letenni és csak azután lesznek véglegesen kinevezhetők; ellen esetben pedig 1894. év végével szolgálatuk alul felmentendők.

A mennyiben pedig a szabályrendelet 21. §-a azt rendeli, hogy azon törvényhatósági orvosok, kik jelen állásukban két évet még be nem töltöttek, az előírt vizsgát egy év alatt, tehát 1894. évi november hó 1-ig letenni kötelesek; a minister felszólítja a törvényhatóságokat, hogy ezen orvosok neveit kineveztetési okmányok keltésére és számának feltüntetése mellett neki mielőbb mutassák be. Ugyancsak e körrendeletben felszólítatnak az egyes törvényhatóságok területén lakó orvosok, hogy a vizsgára jelentkezni akarók folyamodványaikat annak megjelölésével, vajjon Budapesten vagy Kolozsvárt szándékoznak-e a vizsgát letenni, a bizott-

ságok ez időszert elnökökhez, Chyzer Kornél dr. belügyministeri osztálytanácsoshoz küldjék be.

E szabályrendelettel és a vizsgáló bizottságok megalakításával tehát tényleg életbe lép 10 év mulva a törvény meghozása után a régen várt és sokszor sürgetett szervezet. Meg fog-e felelni feladatának? a jövő fogja eldönteni. Jelenleg csak annyit constatálhatunk, hogy az lényegében és szellemében eltérni látszik azon tervezettől, a melyet annak idején az intézmény behozatalának indítványozói alkottak. És pedig különösen két irányban. A tisztviselői vizsgákat az első tervezők úgy képzelték, hogy azok az ország közegészségügyi szolgálatára a hygiene időszert állásához mérve elméletileg és gyakorlatilag külön kiképzett úgy szólva specialista tisztviselőket fognak teremteni; e miatt úgy a hygieneben való nagyobb kiképzést, valamint a képességnek megvizsgálását kapcsolatban kívánták hagyni az egyetem orvosai karának megfelelő intézeteivel és szakembereivel; továbbá miután a vizsgák főleg s kizárólag a közegészségügyet illetik, szükségesnek vélték, hogy azoknak rendezésébe az országos közegészségügyi tanács az öt megillető befolyást gyakorolja, s hogy a vizsgálók kinevezését illetőleg a tanács meghallgattassék, mint a mely eljárás adhatja meg leginkább a közegészségügyi szolgálat érdekében a biztosítékot arra, hogy a vizsgák időről időre a közegészségügyi tudomány fejlődésének magaslatán megmaradjanak és a vizsgálatra jelentkezők tudományos képessége a legilletékesebb szakférfiak által vizsgáltassék.

Ezen felfogással szemben az érvénybe lépett szabályrendelet szelleme az intézménynek más keretet látszik adni. Az által, hogy a vizsgáló bizottságot a belügyministerium egészségügyi főnököknek elnökök alá helyezi és nem intézkedik — legalább egyelőre — a hygieneben való specialis kiképzésről: az egész intézményt inkább bürokratikus ellenőrző közegé változtatja, mely lényegében arra fog szolgálni, hogy a belügyministerium saját hivatalos közegével újra megvizsgálja az egyetemes orvosdoktor nagy részt ugyanazon tárgyakból, melyekből az illető tudásáról már az orvosdoktori vizsgálatok alkalmával elegendő tanúságot tett. Az a körülmény, hogy a vizsgáló bizottság tagjainak kinevezését a belügyminister az országos közegészségügyi tanács véleményének meghallgatása nélkül és pedig mint jelen esetben a specialis szaktanárok mellőzésével eszközli, szintén hozzájárul ahhoz, hogy az intézménynek merev bürokratikus színeze legyen és kevesbitse a garantált arra nézve, hogy a vizsgálat megejtése idők folyamán — a mit pedig azt hisszük úgy az állam, mint a közérdek egyaránt megkíván — mindig minden tárgyból a legilletékesebb szakférfiak által történjék.

Sajnos, hogy az országos közegészségügyi tanácsnak mint a belügyminister törvényszerinti tudományos szakközegének nem nyílt alkalma arra, hogy az általa 10 év előtt benyújtott javaslat alapján készült, de mostan szellemében lényegileg megváltoztatott tisztviselői vizsga-tervezetre ez új alakjában meg nem tehette a maga szakszerű és így érdemleges észrevételeit!

Vegyesek.

Budapest, 1893. október 13-dikán. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1893. szeptember 24-től szeptember 30-ig terjedő heti kimutatása szerint e héten élve született 409 gyermek, elhalt 225 személy, a születések tehát 184 esettel múlták felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 1, ronsoló toroklob 15, hökhurut 2, vörheny 7, cholera asiát 16, typhus abdominalis 1, egyéb ragályos betegségek 2, agykéreglob 10, agyvérömleny 1, rángások 12, szervi szívbaj 13, tüdő-, mellhártya- s hörglob és höghurut 24, tüdőgümő és sorvadás 17, bélhurut és béllob 39, carcinomata et neoplasmata alia 8, méhrák 1, Brigthkór és veselob 3, angolkór 1, veleszületett gyengeség és alkathiba 12, aszkór, aszály és sorvadás 1, aggkór 11, erőszakos halálet 7. — A fővárosi közkórházakban ápolgatott e hét elején 1948 beteg, szaporodás 633, csökkenés 645, maradt e hét végén ápolás alatt 1936. — A fővárosi tisztviselői hivatalnak 1893. október 1-től október 7-ig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymában 11 (meghalt 3), bányahimlőben 13, vörhenyben 36 (meghalt 5), kanyaróban 43, ronsoló toroklobban 29 (meghalt 8), torokgyikban 7 (meghalt 4), trachomában 12, hökhurutban 12, orbáncban 6 (meghalt 1), cholera 10 (meghalt 6).

○ Vidor Zsigmond dr. a „Stefánia” gyermekkórházban az orvosnövendékek számára minden csütörtökön 10 órakor előadást tart a gyermekek szembetegségeiről.

— A budapesti Császárfürdőben 1893. január 1-től szeptember 30-ig 1116 személy lakott, és 327,536 személy fürdött.

— Jármay László dr. téli fürdői orvosi gyakorlatát Meránban e hét folyamán megkezdi.

— Egyetemes orvosdoktorokká felavattattak 1893. október 6-dikán: Berger Mátyás, O-Moravicza (Bácsm.), f. a. Bókai tanár; Fränkel

Lipót, Geese (Abaujm.), f. a. Laufenauer tanár; Rosenberg Izidor, Friedek (Szilézia), f. a. Réczey tanár.

○ Új-Tátrafüreden a beküldött névsor és kimutatás szerint megfordult az idén 2632 vendég. Ebből volt belföldi 2184, külföldi 448; fűrdővendég 1106, átutazó 1526, a mult évi forgalomhoz viszonyítva 281 személylyel több. Új-Tátrafüredre a szép őszi napokat felhasználva, még mindig érkeznek vendégek; de október végével ez is lezáródik s tulajdonosa Szontagh Miklós dr. Abbaziába költözködik télire s ott orvosi gyakorlatot fog folytatni.

— Utazó ösztöndíjak. A Schordán-féle utazó ösztöndíjat a budapesti orvos-tanártestület az 1893/94 tanév folyamára Nékám Sándor dr.-nak adományozta, ki a kórszövettenből fogja magát tekintettel különösen a bőr kórszövettenára külföldön tovább képezni; a Bene-féle utazó ösztöndíj élvezetében pedig Szigeti Henrik dr.-t egy újabb évre meghagyta, ki Párisban, Lyonban és Romában szándékozik magát a törvényszéki orvostanból tovább képezni.

△ Tanárségi évek beszámítása a nyugdíjba. A közoktatásiügyi minister előterjesztésére a ministertanács elhatározta, hogy az egyetemi tanárségi évek a nyugdíjba beszámíttatnak, ha ez alkalmazást közvetlenül állami alkalmazás követi, továbbá elrendelte, hogy tanárségeidül csakis doktori oklevéllel bírót lehet alkalmazni; nem okleveles alkalmazottak csak megbízhatók a tanárségi teendők ellátásával, de az ily alkalmazás nem számít be a nyugdíjba.

○ Schulek Vilmos tanár, kinek egészségi állapota — mint örömmel értesülünk — tetemesen javult, a f. téli félre szabadságért adta be kérését a közoktatásiügyi ministerhez. A tanártestület pártolólággal terjesztette fel a kérését és úgy intézkedett, hogy távolléte alatt a szemklinikát az I. tanárségéd Grósz Emil dr. vezesse és az előadásokat szintén ő tartsa, a vizsgálatokat pedig úgy mint a mult félév végén Csapodi István dr. egyetemi magántanár tartsa meg.

— Egyetemi alkalmazások. Az orvoskari tanártestület legközelebbi ülésén alkalmazást nyertek: az I. boncztoni intézetben mint I. tanárségéd Tellyesniczky Kálmán dr., mint díjazatlan gyakornokok Hámondy Oszkár és Born Emil dr., mint díjazott demonstrátorok Sipos Géza, Gansary Béla, Balogh József és Zimmermann Károly, mint díjazatlan demonstrátorok Bálint Rezső, Asztalos Kálmán, Bernolák Károly, Rudan Ruffó és Csiky János orvostanhallgatók; a II. boncztoni intézetben mint II. tanárségéd György Gábor, mint díjazott gyakornok Forgách Aladár szigorló orvos, mint díjazatlan gyakornok Czigler Henrik orvos-hallgató, mint díjazott demonstrátorok Scholtz János, Schenk Arthur, Lévy Lajos és Kmetykó János, mint díjazatlan demonstrátorok Horváth Gyula, Verebelyi Tibor, Rohrer László, Rác Ódon, Floris Áron, Németh Ódon és Wrchowszky Károly orvostanhallgatók; az élettani intézetben mint II. tanárségéd Tibált Miklós dr., mint díjazott gyakornok Ajtai K. Sándor dr., mint díjazott demonstrátorok Trebitsch Gyula és Rajnai Béla orvoshallgatók; a kórboncztoni intézetben mint díjazatlan gyakornok Kovács József szigorló orvos és Aldor Lajos orvoshallgató; a kórszövettenai intézetben mint tanárségéd Tauffer Emil dr., mint díjazott gyakornok Pauer Károly, mint díjazatlan gyakornok Krompecher Ódon; a gyógyszerintézetben mint II. tanárségéd Antal János dr., mint demonstrátor Hofbauer Imre; a törvényszéki orvostani intézetben mint I. tanárségéd Kenyeres Balázs dr., mint díjazott gyakornok Uthy István szigorló orvos, mint díjazatlan gyakornokok Róza Imre, Szabó Károly, Halász Árpád és Matavovszky Zsigmond szigorló orvosok; az I. sebészeti klinikán mint I. tanárségéd Makara Lajos dr., mint II. tanárségéd Buday Kálmán dr.; a II. belgyógyászati klinikán mint I. tanárségéd Imrédy Béla dr., mint díjazott gyakornok Donogány Zakariás dr., mint díjazatlan gyakornokok Pándi Kálmán dr., Fleischer Elemér dr., Aujeszky Aladár dr.; az élet- és kórszövettenai tanszékhez mint díjazott gyakornok Szentkirályi József dr.; az elme- és idegkórtani intézetben mint tanárségéd Schaffer Károly dr., végre a II. sebészeti klinika mellett mint I. tanárségéd Martiny Kálmán dr., mint ösztöndíjas műtővendék Rapcsák Lajos dr., mint rendkívüli műtővendék pedig Szűllői Mór dr.

— A budapesti általános poliklinikai egyesület betegforgalma július—szeptemberben 5492 volt 23,732 rendeléssel.

○ A budapesti önkéntes mentő-egyesületet szeptemberben 840 esetben vették igénybe.

— „Vasuti Lapok“ czímmel f. évi október hó 15-dikével egy hetenként megjelenő új szaklap indult meg Balogh Arthur dr. és Follinus Emil szerkesztésében. A lap az összes vasuti szolgálatnak is kiterjeszkedik s állandó rovata lesz a vasuti egészségügyi szolgálatnak is. E rovatot Simonyi Elek m. kir. államvasuti fogalmazó, a lap egyik főmunkatársa vezeti; az első szám hosszabb közleményt hoz Csatóry Lajos dr.-tól „A vasuti egészségügy“ czímmel. A lap előfizetési ára egy évre 5 frt, mely legcélszerűbben postautalvánnyal a szerkesztőséghez Ferencz-körút 13. sz. a. küldendő.

„Szt. Lukács-fürdő“ részvény-társaság.

Téli és nyári gyógyhely.

Helyi zuhanykezelés meleg ásványvízzel, iszapborogatás, téli iszapfürdők és lakásokról küld prospectust díjmentesen az igazgatóság.

Heti kimutatás

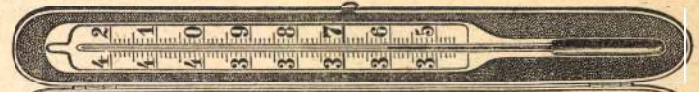
a budapesti szt. Rókus- és üllői-úti kórházban 1893. október 5-től egész október 11-ig ápolott betegekéről.

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	szülő	heveny fertőz	az üllői-úti kórházban
Okt. 5	54	29	83	49	31	80	2	3	5	949	831	1780	1028	29	47	676
" 6	43	28	71	39	26	65	7	1	8	946	832	1778	1028	29	49	672
" 7	33	40	73	53	45	98	5	—	5	921	827	1748	1012	29	49	658
" 8	38	32	70	41	39	80	5	3	8	913	817	1730	1000	29	47	654
" 9	76	49	125	44	40	84	1	4	5	944	822	1766	1025	27	47	667
" 10	42	55	97	45	50	95	2	1	3	939	826	1765	1002	27	47	689
" 11	38	47	85	22	29	51	—	2	2	955	842	1797	1024	27	47	699

Dr. Dollinger Gyula TESTEGYENÉSZETI ÉS SEBÉSZETI INTÉZETE

Budapest, VII., kerepesi-út 52.

40



Orvosi percz maximum hőmérő, legfinomabb minőségű nickel- vagy börtökben, vizsgálati okmányokkal, minden tekintetben megbízható. Egy drb. ára 2,50|márka franco. Wilhelm Uebe, Zerst-Anhalt.

Dr. Bácskay Béla

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

nyilvános tehénhímlő-termelő intézete Aradon.

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

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

Tömeges oltáshoz oltóanyagot

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

Bérmentes beküldéssel 30 krral több.

Saját találmányú oltószelész tömeges oltáshoz, melylyel egy óra alatt 100 egyén sikeresen oltható 1 frt 25 krért. 30

Saxlehner András, cs. és kir. udvari szállító.

Hunyadi János

A leghatásosabb és legkellemesebb hashajtószer.

Legjelesebb orvosok véleményei szerint kiváló előnye:

Gyors, biztos, enyhe hatás.

Hatása rájadalom nélküli. — Utánszorulás nem áll be.

Tartós egyenletes hatás. — Használata nem kellemetlen.

Rendszeresen használva nem hat fárasztóan a gyomorra.

— Kis adagban is elégséges. —

Bevásárlásnál a palaczk czimképén olvasható

„Saxlehner András“

név figyelembe ajánlatik.

Dr. KNORR Tolylantipyrinje (oroszlán védjegy)

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

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

Benzosol csaknem íz nélküli bükkfa-kreosot-készítmény. Dr. Bongartz találmánya (patentirozva). Ajánlják: dr. Walzer, dr. Hughes (Deutsche med. Wochenschrift, 1891. 53. sz.), Klebs tnr. (füzet a tuberculocidinról „Die Behandlung der Tuberculose mit Tuberculocidin“, Leopold Voss, Hamburg és Lipsee). 3–5% oldva csukamájolajban, vascsukamájolajban, Lipaninban és más zsíros olajokban, kitűnő szer görvélykóros és rokon bántalmaknál.

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

Hypnal (Chloral-antipyrin) altató-szer.

Tumenolum venale (Tumenol) } paten-tirozva.

Tumenolsulfon (Tumenolaj)

Acidum sulfotumenolicum

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

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

A fentebbi készítmények egyedüli gyártói:

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

Azonkívül szállítanak következőket:

Benzoésav Toluolból	Resorcin chem. tiszta
Chinolin pur.	puriss. resubl. albiss.
Chinolin puriss.	Urethan
Naphthol chem. tiszta crist.	Phenylurethan
„ resublim. „ „	Methylenkék medicinale.

8

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 használat mellett valódi gyógyszerre válik számos még makacs betegségekben is, mint p. o.

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

Ez az egyetlen és gyökeres szer a megrögzött köszvény és mellbajban (tuberculose). Ásványvíz-gyógyásznál úgy ez előtt, 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 Budapesten

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 (Zwettlhof). 25

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 „ „ „ 8.—
1 „ „ „ „ „ „ „ „ „ 8.—
1 „ „ „ „ „ „ „ „ „ 14.50
à 0.5 sublim. has. csomag. Árak frt 1.80, frt 1.80
frt 7.—, frt 13.—



Kitűnt. a párisi és londoni hyg. kiáll. 1892. és 1893. nagy ar. éremmel.

Kapható a legtöbb gyógyszerertárban
1 liter antisep. folyadék néhány krajczért.

Az Angerer-féle pastillákat egyedül az alulírt cég az alulírt céggel van jogosítva készíteni. Utánzásoktól vényesen megbüntetettek. Minden csomag a mel-lékelt védjeggyel van ellátva.
Egyedüli gyárosok:
ADLER-APOTHEKE,
München, Sendlingerstrasse 13.

Glycerin creme carbol szappan zinttubusokban — rendkívül kényelmes, kellemes, könnyen magával hozható szappan. Bakteriologikus vizsgálatok alapján felette megbízható desiniciens. 1 tubus ára orvosoknak 25 kr.

Aqua Piperazini sodat 1:500 erre alkalmas palaczkokban, kitűnő húgsavoldó.

Capsul. extr. hydrast. cannad. Budai. — Minden gyöngy 20 csepp extr. fluidumot tartalmaz, besűritett állapotban a Berberin s Hydrastin teljes tartalmával. — Méhvérvéseknél s méhgyengeségnél positív hatású.

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

Kapható

30

Budapesten a „Városi gyógyszerertárban“, Városház-tér.

MATTONI-FÉLE GIESSHÜBLER legtisztább égvényes SÁVANYUKUT

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 bántalmainál, köhögésnél, rekedtségnél (utóbbi esetben tejjel vegyítve), gyomorhurutnál, gyomorégésnél, 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 üdítő 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-szőrpökkel.

A Mattoni-féle Giesshübler kapható minden ásványvíz-kereskedésben és gyógyszerertárban, 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 bustéhradi vasút Welcham-Witkovitzki állomása.

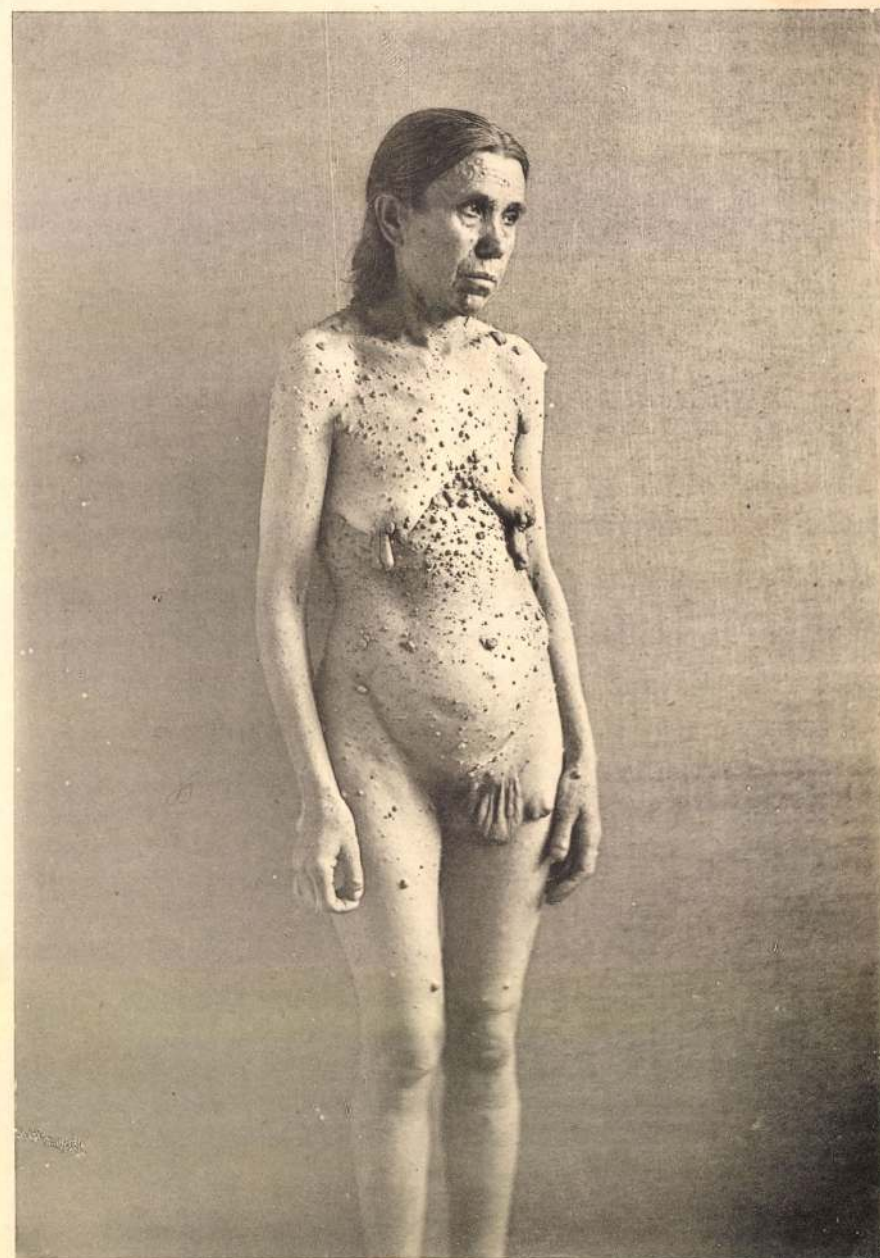
Pneumatikus és lélegzési gyógyimód.

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

Leírások ingyen és bérmentve. 42



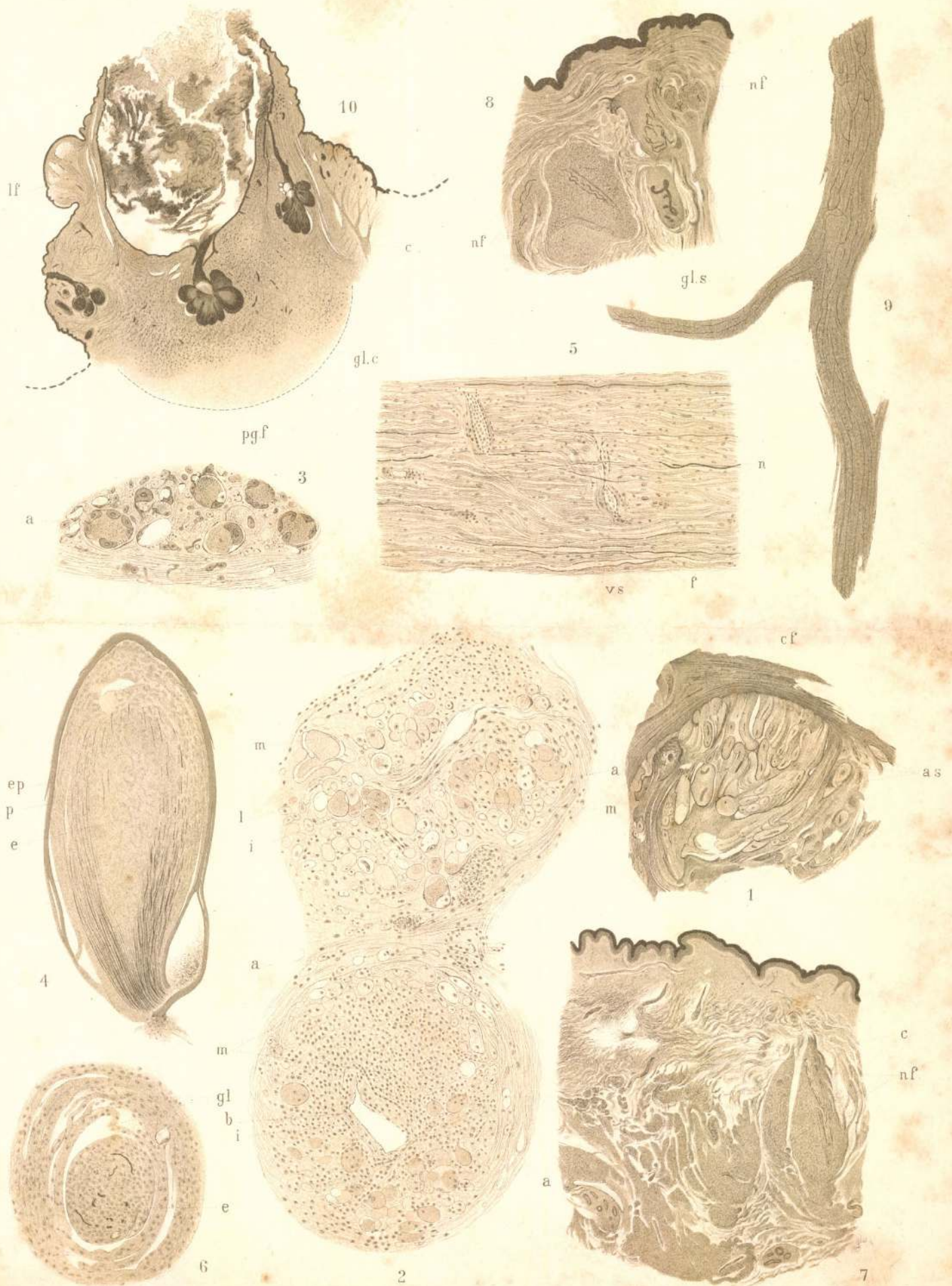
Photogr. D^r Nékám.



Grund V. utódaj Budapest.

Melléklet az Orvosi Hetilap 1893 évf. 42^{ik} számához.





ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Adatok az alsó végtagok töréseinek ambulans gyógyításához.

Dollinger Gyula egyetemi tanártól.

Seutin belga sebészé az érdem, hogy szakítva a régi szokással, a mely megkívánta, hogy a törött alsó végtag vízszintesen vagy felemelt helyzetben nyugalomban tartassék, 1835-től az alsó végtagok csonttöréseit fenjárólág gyógykezelték. A végtagra rögzítő csirizkötést alkalmazott, a melylyel a törvégeket extensio és contraextensióval helyükben megtartotta s a midőn ezen kötés megszáradt, megengedte, hogy betegek két mankó segítségével fenjárhassanak. A kötéssel rögzített végtagot a beteg egy kötelék segítségével felemelve tartotta, tehát reá nem lépett. Seutin ezen gyógykezelésmód terjesztése érdekében nagy agitációt fejtett ki, számos értekezést írt,¹ bemutatkozó utazásokat tett és azt 1862-ben bekövetkezett haláláig tökéletesítette. Daczára ezen nagy buzgóságának a gipszkötés terjedt el általánosan és a csirizkötéssel együtt lassanként feledésbe ment Seutin módszerének azon fontos elve is, hogy az alsó végtag csonttöréseinél a beteg fenjárhat.

Seutin ezen elvét Hessing elevenítette fel, a midőn 1878-ban a német orvosok és természetvizsgálók Kasselben tartott vándorgyűlésén egy beteget mutatott be, a ki 14 nap előtt czombját a felső harmadban eltörte s a ki az általa szerkesztett géppel két bot segítségével járni tudott. A csontvégeket a Seutin-féle csirizkötés helyett enyvkötés rögzítette, e felett a beteg egy gépet viselt, a mely nagyrészt az ülőgumóra támaszkodva, a járásnál a végtagot a test súlya alól teljesen felmentette.

Ugyanezen cél felé haladtak azután Dombrowszky, Reyher, Selenkow, Harbordt és Heusner a nélkül, hogy sikerült volna a kérdés gyakorlati megoldását lényegesen előbbre vinni. Az ajánlott eljárások vagy nem feleltek meg a czélnak, vagy pedig a készülékek elkészítése oly költséges volt, hogy már e szempontból sem terjedhettek el általánosan. Újabban Hessing különösen a hadsereg igényeire gondolva az alsó végtag csonttöréseinél alkalmazandó extenseáló készüléket pateníáltatott, a mely drótnadrághoz hasonlít, alul lábállvánnyal, felül egy ülő gyűrűvel van ellátva és megfelelőleg a térdnek és a bokának extensio céljából meghosszabbítható. P. Bruns,² a ki ezen készülékkel kísérleteket tett, azt mondja: „már magában az is baj, hogy a sínek csak az enyvkötéssel kombinálva használ-

hatók, mert az enyvkötés technikája nagyon időrabló, fáradtságos és körülményes és csak hosszas gyakorlás által sajátítható el; de megcsik, hogy a kötés a lágyrészeket még akkor is feltöri, ha nagy gonddal és gyakorlattal tétetett fel. Hogy ez megtörténjék, ehhez már elegendő az, hogy valamelyik pólyacsik erősebben meg legyen húzva, vagy hogy a száradás és a megkeményedés közben egy redő képződjék a kötésben. Azonkívül igen sok sint kell készletben tartani, mert külön sín kell a jobb és a bal végtag számára és azonkívül felnőttek különböző nagyságának megfelelőleg, háromféle sín szükséges. Egy eset számára tehát 6 sinnek kell készletben lennie, két hasonló eset számára pedig 12-nek. Ez már a költség szempontjából is lehetetlen.“

Ezen hiányokat pótlendő P. Bruns egy igen egyszerű sint szerkesztett, a mely két aczélesből álló oldalsínből, ezek felső végében egy ülő gyűrűből, alsó végükben pedig egy kengyelből áll. Ez utóbbinak felfelé hajlított végei a csövekbe illenek, azokban ki-betolható és tetszésszerű távolságban rögzíthetők, a mi által az egész készülék egyszerűen különböző hosszúságú végtagokhoz alkalmazható, másrészt vele tetszés szerint lehet distrahálni. Azonkívül a sinkészülék fekvő betegnél súlynyújtásra is használható. Egyszerű alszártöréseknél a végtagot először azon időre, a míg a daganat ki nem fejlődött, tehát 2—8 napra a sínbe teszi és a beteget fekvőre hagyja. Ha rövidülés van, distractiót alkalmaz. Ezen idő elteltével Korsch utasításaihoz képest (lásd alant) közvetlenül a bőrre könnyű gipszkötést alkalmaz és e fölé teszi a sint, a mely az egész végtagot tehermentesíti, és melylyel a betegek járnak, a nélkül, hogy a végtag meg lenne terhelve.

A czomb alsó felében levő haránt töréseknél az eljárás ugyanaz, ellenben ferde töréseknél, különösen a czomb felső felében, mintegy 2 hétig erős súlynyújtást alkalmaz és csak azután alkalmazza a járókötést a sínrel.

Az alsó végtagokon végzett csont- és izületi műtétek után ugyanez a járó sint alkalmazza.

F. Krause¹ már 1891-ben tett kísérletet, hogy az alsó végtagok csonttöréseit nem gépezetekkel, hanem egyszerű kötésekkel kezelje fenjárólág. A kötést egy héttel a sérülés után alkalmazza. Hogy a felülethez jól oda simuljon, bélésnek csupán két mullréteget használ. A kötést a legnagyobb gonddal kell feltenni, mert különben decubitust okoz. Alszártöréseknél a kötés a lábközépcsontok fejecseitől a czomb felső harmadáig ér. A térd gyengén behajlított állásban rögzítetik. Csupán a szárcapoc-töréseknél, továbbá a bokatörések legenyhébb fajainál ér a kötés térdig. A beteget csak 48 órával a kötés feltevése után engedi járni. Súlyosabb esetekben a csontvégek állásának revisiója végett a kötést megújítja és ekkor a térdet már nem foglalja bele a kötésbe.

A czomb alsó széles részeiben levő töréseknél a czomb felső végéig érő kötésekkel hasonlólag alkalmaz, a melyekből azonban a láb kimarad.

Ugyanezen elvek szerint alkalmazza gipszkötéseit Korsch,²

¹ „Beiträge zur Behandlung der Knochenbrüche der unteren Gliedmassen im Umhergehen“. Deutsche Wochenschr. Nr. 13. — Jahresbericht über die Leistungen der gesammten Medicin. 1891. 2. Bd. Berlin, 1892.

² „Ueber den ambulatorischen Verband bei Knochenbrüchen des Unter- und Oberschenkels, sowie bei complicirten Brüchen“. Berliner klinische Wochenschr. 1893. Nr. 2.

¹ „Du traitement des fractures par l'appareil inamovible“. (1835.) — „Mém. sur le bandage inamovible lu au Congrès méd. de Belgique“. (1836.) — „Mém. sur le traitement des fractures en général par le bandage amidonné“. (1837.) — „Lettre en réponse à un article de M. Velpeau intitulé: Explications sur l'appareil inamovible“. (1841.) — „Lettre adressée à l'Acad. roy de méd. de Belg. à propos de la discussion de la méthode amovo-inamovible appliquée au traitement des fractures des membres“. (1847.) — „Traité de la méthode amovo-inamovible“. (1849; 2. éd. 1851.)

² Ueber den Gehverband bei Frakturen und Operationen an den unteren Extremitäten, nebst Beschreibung einer neuen Geh- und Lagerungsschiene. — Beiträge zur klinischen Chirurgie. Zehnter Band, 2-tes Heft. Tübingen, 1893.

a ki azonban a főspolyákat közvetlenül a bőrre alkalmazza, a melyet megberetvél és Lanoliummal beken.

Bokatöréseknél a láb 8 napig Watson-sinen nyugszik és masszálva lesz.

Ezen eljárásoknak az orvosi gyakorlat szempontjából többféle hátrányaik vannak. Az ambuláns gyógykezeléshez szükséges gépek nem valók a gyakorló orvos számára, mert legnagyobb részét csupán ügyes műszerész képes elkészíteni és ezért a gépek drágák és a vidéken alig szerezhetők be.

Továbbá azon gépek, a melyek az alszártöréseknél az egész végtagot felfüggesztik, a térdizületet merevre állítják. Ennek az a következménye, hogy a quadriceps cruris igen meggyengül, úgy hogy ez némely esetben csak hosszas gyakorlat után jön helyre.

A Krause és Korsch által alkalmazott főszkötéseknek, a mennyiben a térdre is kiterjednek, ugyanaz a hátrányuk.

Mindezen kötéseknél egy további hátránya, hogy le nem vehetők és így a törés rendes kezelése massage-al áldozatul esik az ambuláns kezelésnek.

Korsch azon eljárását, hogy a főszkötést közvetlenül a bőrre alkalmazza, a gyakorlat számára nem tartom alkalmasnak, mert minden esetre igen nagy gyakorlat kell hozzá, hogy a kötés úgy tétessék fel, hogy decubitust ne okozzon, miután Korsch esetei közül a kötés két betegnek feltörte a bőrét.

A feladat tehát az volt, alszártörések számára oly kötést szerkeszteni, a melynek elkészítését minden gyakorló orvos könnyen megtanulhatja, a mely olcsó, a mely azonnal megkeményedik, a térdet szabadon hagyja, a csontvégeket a megkívánt helyzetben jól rögzítse, az alszárt a test súlya alól felmentse, az ellenőrzés és a massage céljából naponként le legyen vehető, és járásra alkalmas legyen. Az első beteg, a kinél megkísértettem a feladatot megoldani egy 20 éves napszámos volt, a ki szeptember hó 6-dikán reggel 7 órakor az által szenvedett alszártörést, hogy egy emelő gép vaskosára az alszárára esett. A beteget azonnal behozták az Irgalmas rend budai kórházába. A jobb alszár mindkét csontja körülbelül az alsó és a középső harmad között el volt törve. A bőr sértetlen volt. A kötést reggel 9 órakor tettem fel. A csontvégek redressálása és a végtag tartása ugyanaz, mint rendszeren. Az alszárt egy pamutrétéggel fedtem be, azonban a beteg talpa alá egy 3—4 cm. vastag pamutrétéget helyeztem. A gipszkötést most úgy mint rendszeren alkalmaztam, azon különbséggel, hogy azt a bokák felett, továbbá a sípesont felső vége alatt igen szorosan oda simítottam a csonthoz. A talp alá e közben a körülfutó pólyatourokkal mintegy 12 gipszpólyarétégből álló, jól összetapasztott és még puha gipsztalpat erősítettem és miután a felesleges gipszet a kötésről még jól lesimítottam és eltávolítottam, egyik kezemmel a sípesont felső széle alatt, a másikkal a bokák felett a kötést körülfogtam, és tartottam, a míg megszáradt. A sípesont felső végénél és a bokák felett úgy fogom körül a kötést, hogy azt a sípesont és az alszárnak boka feletti része mögött kissé benyomom. Ennek célja az, hogy a kötés mellfelé ne csúszszék. A kötés hátulsó része ennélfogva valamivel lazább is lehet, hogy a vér és a nyirkáram keringése gátolva ne legyen. A talp alá tett vastag pamutrétéget célja, hogy a lábtól távol tartsa a kötés gipsz-talpat.

A láb tehát a sípesont alatt szorosan hozzásimuló kötés által fel van függesztve és a test súlya át van víve a kötés talpára. A csontvégek nyújtását és ellennyújtását fentartja a kötés, a mely egyrészt a sípesontbütyökre, másrészt a bokák felső részeire támaszkodik. Azonkívül a láb talpa mintegy fel van függesztve, mert a talpnak puha vattabélése szilárd támpontot nem nyújt és így a kötés talpat erő zökkenések a törés helyét nem érzik.

A midőn a kötés megkeményedett, a beteg várakozásomnak megfelelőleg azonnal leszállt a műtőasztalról és a kezébe adott bot segítségével igen gyorsan, de a nélkül is, csak hogy így lassan és biczegve járt. Járásközben térdét szabadon hajlította és nyújtotta.

Hogy a főszkötés tartósságáról meggyőződjem, ezen első betegnél lemondtam a massage-ról és a kötést október hó 18-dikáig állandóan rajta hagytam. A beteg az egész idő alatt utóbb igen sokat járt a kötésben, a nélkül, hogy azt meg kellett volna újítani.

Ugyanazon időben 12 nap előtt történt belső bokatörés miatt massage-kezelés alatt állt az osztálynak egy 46 éves betege. Szeptember 6-dikán ezen betegre is hasonló kötést alkalmaztam ugyanazon eredménnyel. A beteg a kötés feltevése után azonnal járt.

Szeptember hó 26-dikán egy 45 éves kocsis vétetett fel az osztályra, a kit előtte való nap a lova úgy rúgott meg, hogy bal alszárnak mindkét csontja az alsó harmadban eltört. Ezen betegnél ugyanilyen kötést alkalmaztam azon különbséggel, hogy párhuzamosan hosszúságával a kötés pólyamenetei közé 2 milliméteres aczélsodronyokat kötöttem. A betegnek jobb végtagján gyermekhüdes folytán erős lólába van. Daczára ennek a kötés megkeményedése után térdét hajlítva és nyújtva két bot segítségével meglehetősen gyorsan fel-alá járt, sőt később diésekedve, a törött lábával többször nagyokat toppantott. Ennél a betegnél a kötést jóval a középvonal mögött két oldalt felvágtam, és naponként levéve az alszárt masszáltattam. A sodronyokat azért kötöttem bele a kötésbe, hogy kettévágott állapotában is elég szilárd és tartós legyen. A masszálás után az alszár ismét belehelyeztettem a kötés két fele közé, ezek 4 erős szíjjal egymáshoz csatoltattak és a beteg ismét felkelt és a saját lábán ment az ágyába.

A kötés feltételekor Tóth Lajos tanár is jelen volt és másnap a kötésnek massage céljából való levételénél Jendrassik Ernő tanár látta a beteget. Ma, október 18-dikán, a csontvégek callussal egyesítve vannak.

Ezen levehető főszkötéssel tehát elértem a célt, a melyet magam elé tűztem. Előnye az említettek kivül még az, hogy bokatöréseknél, a melyeknél F. Krause és Korsch csak 8—10 nap mulva alkalmazhatták a járó kötések, ilyen levehető kötést azonnal lehet alkalmazni s a beteg nem kénytelen 8 napot fekve tölteni, hogy komplikáltabb töréseknél tetszés szerinti időközökben meggyőződhetünk a csontvégek állásáról és hogy nyílt töréseknél a sebet rendes antiseptikus kezelésben részesíthetjük, a mi a Korsch kötésénél csak hiányosan történhet meg. Ezen utóbbi körülmény a kötést alkalmassá teszi arra is, hogy az alszáron vagy a lábon véghezvitt csontműtétek után is alkalmaztassék.

Az alsó végtagok csonttöréseinek ambuláns kezelése sok tekintetben előnyös. Eltekintve azon ismeretes előnyöktől, a melyek belőle a beteg általános egészségére háramlanak, egy nagy előnye, hogy a beteg ápolását rendkívüli módon egyszerűsíti, hadjárat esetén pedig ezen egyszerű főszkötések — a melyek alkalmazásába minden katonarvos könnyen begyakorolhatja magát — meg fogja könnyíteni és egyszerűsíteni a sebesülteknek többnyire igen hiányos ápolását és szállítását, az által, hogy a sebesült képes legalább az egyik szállítási eszköztől a másikra a maga lábán elmenni és hogy a kórházban az ily beteg nem annyira tehetetlen, mint a ki állandóan az ágyhoz van kötve.

Közlemény Pertik rk. tnr. egyetemi kórszövet-tani intézetéből.

Adatok a neurofibroma multiplex kórszövet-tanához.

Irta Nékám Lajos dr., v. tanársegéd.

(Folytatás.)

I. eset (Pertik tnr. esete). Ferling Ede, 32 éves, massevaux-i cipész (Elszászban). Testén igen sok fibrosus tumor van elszórva. Ezek nagy része congenital, vagy legalább egészen kora gyermekségében fejlődött; egy másik része 15 éves korában egy újabb eruptio alatt keletkezett minden kimutatható ok nélkül. Előrement fertőző betegségekről nem tud felvilágosítást adni. Rokonai közül senki sem szenvedett hasonló bajban.

A daganatok sem spontán, sem nyomásra nem fájdalmasak. A beteg panasztát a bal czomb belső felszínén levő gyermekfejnyi daganat képezi.

Felvételkor talált állapot. Középmagas, kissé lesóványodott, részarányos ép csontrendszerű testtel bíró férfi. Bőre laza, bőr

alatti kötőszövet igen zsírszegény. Az arczon, nyakon, törzsön, végtagokon sok, egészen diónagyságú daganat. Ezek többnyire a bőrrel együtt mozgathatók; kisebb részük nincs a bőrhöz rögzítve. Nyomásra nem fájdalmasak, kivéve egy a jobb lábon lévő diónagyságú tumort. Valamennyien igen lágyak, a női emlőmirigyre emlékeztető, lebenyes (plexiformis) tapintatúak, nagyobbára a bőr ideg ágainak táján találhatóak.

A bal czombon, a Poupart szálagtól 4 újjnyira egy 15 cm. hosszú, egészen a középső harmad alsó részéig leterjedő, 6–8 cm. széles, alul a sartorius-szal és abductor magnus szal összekapaszkodott, a bőrtől azonban független, nyomásra fájdalmas daganat ül, mely gyermekkorra óta fejlődik s jelenlegi nagyságát már 10 év előtt érte el.

A daganat kórisméje Boeckel tanár által sarcomára tétetvén, exstirpáltatott. A műtét egyszerű volt. Esmarch-kötés mellett hátrafelé convexmetszéssel a bőr megnyitvatván, az izmok átmetszetve, a tumor számos edénynek alakötése után kiszabadítottatott.

Az említett számos kis bőrbeli daganat az esetnek különös érdeket nyújtván, az ezen utóbbi szempontból bővebb vizsgálat alá került.

A topographia a következő:

Fej. Baloldalt az állon cseresznyemagnyi, lágy, homogen tapintatú, vékony, ép rózsaszínű bőrral fedett szemölcs van. Mindkét tuber frontalen egy-egy kisebb fibroma (j. o. 11, b. o. 8 mm. átm.), kissé kékes-vörös színű, ép bőrral, melynek niveaujából azok csak kevésbé emelkednek ki.

Tapintásra a lágy szövetben tömöttebb gerendákat engednek kiérezni, melyek hol megvastagodó, hol vékonyabb kötegekből látszanak állni s egészben plexiform-szerkezetet tüntetnek fel.

Bal halántékon egy cseresznye nagyságú, jól mozgatható fibroma. A bal linea semicircularis táján háromborsónyi csomó és egy orsóalakú, a szemöldök külső végét érintő, mélyen fekvő és tapintás elöl csaknem elrejtett tumor van.

A bal tuber parietale felett egy cseresznye nagyságú, szembettinően lemezes szerkezetű daganat van, mely felett a hajzat kissé ritkult, a bőr pigmentált. A jobboldali t. pariet. szabad. (Ez utóbbi annyiban kevésbé volt ingereknek kitéve, hogy beteg alvás közben mindig bal oldalára fekszik.)

Jobboldali halántéktáján egy 14–16 mm. nagyságú, jól eltolható, egyenetlen összeállású göb van.

A bal felső pilla belzugán egy 30–15 mm. ovalis tumor van, mely homogen consistentiájú, ép, feszült, sárgás-vörös bőrral fedett.

Pofákon és ajkakon a tumorok hiányoznak, noha beteg állandóan borotválkozni szokott.

Nyak a kulcsontárcokkal és tarkóval együtt szabad;

Törzs. A sternum teste felett 7 alig kiemelkedő, részben a coriumban, részben a bőr alatti kötőszövetben fekvő, lágy, egyenetlen összeállású göb van. Itt is kivehető a lebenyes szerkezet az ujjak között való morzsolásnál. A bőr nagy fekete comedo csapokat tartalmaz.

A pectoralis majort fedő bőrben, főleg baloldalt, igen sok gombostüfejnyi göbücske, melyek különösen ferde világitásnál tűnnek jól elő.

A bordaivek, főleg baloldalt, rendkívül sok fibroma mellett igen sok, a bőralatti kötőszövetben fekvő tömöttebb, orsóalakú, a bordaközi idegeknek megfelelő tumoral, valószínűleg neuromákkal birnak.

A fibromák legnagyobbika, mintegy tyúktojásnyi, a proc. xiphoidestól balra ül. Határozottan lebenyes szerkezetű, mintegy kötegeknek összegomolyítása, egy laza, ellenállás nélküli közti állománnyal. E daganat felett a bőr alig pigmentált, áttünő, kékes, egészen elütő a többi helyektől.

Ehhez a tumorhoz az alapszövetnek minősége, és jól kivehető plexiform structurájuk miatt hasonlítanak a következő daganatok.

Baloldalt a plica inguinalisban, 5 cm.-re be és le a spina anterior sup.-tól egy babnagyságú, comedo csapot tartalmazó göb. A jobb sulcus bicipit. int. közepén proemináló, ibolyás színű bőrral fedett tumor.

Hasonló a jobb kar condylus int.-a felett. A trochanter maj. alatt jobboldalt 14 cm.-rel, a lig. messiatit tapadásához közel egy tyúktojásnyi, kékes tumor, mely felett a bőr fényes, pigmentált, szőrtelen.

Az anus körül jobb oldalt egy szilvanagyságú, lágy, kevésbé lebenyes, kis decubitus-szal bíró göb.

A háton és nateseken több száz gombostüfejnyi egész kölesnyi, sőt borsónyi tumor, többnyire a coriumban, néha a subcutan szövetben ülnek, néha egész felülettel, máskor ellenben csak egy ponton függve össze a dermával.

Ezeknél valamivel nagyobbak a scapulán észlelhető tumrok, melyek cseresznye nagyságot is elérnek.

A tenyerek, talp, ajkak, fülcimpák, scrotum szabadok.

Bőrszín. Ez általában véve piszkos barnás-szürke; figyelmesebb megtekintésnél nagy mennyiségű, igen finom, különböző intenzitású pigmentált folt vehető ki, melyek a bőr színének különböző nuanceokat adnak. Ezeknek fontosságát már Recklinghausen is kiemelte, s ezért mint gyakori complicatiókra, reájuk is ki kell terjesztünk figyelmünket.

Az ajkakon sűrűn állnak gombostüfejnyi, vöröses-barna foltok; a nyakon hasonlóak, de míg a világosságnak kitett helyeken apróbbak és sötétebbek, addig a ruhák által fedett részeken diffusabbak s lencse nagyságúak.

A törzsön mellül csaknem egészen hiányoznak. Oldalt s a hónaljárkokban azonban újra, gazdagon feltalálhatók s 1–1.5 cm. távolságban elszórt lencsenyi foltokat kepeznek.

Még több ilyen van a köldök alatt. A végtagok közül főleg a karok feszítő oldalán mutatkoznak a pigment foltok. Ezenkívül a jobb ulna közepe táján kívül felülről le és előre halad egy nagyobb 4 × 1.5 cm. nagyságú, zsemlyeszínű folt. Ugyanilyen van a bal crista ilei táján 13 × 6 cm. nagyságban; ebben gombostüfejnyi, sőt lencsenyi, még sötétebb helyek vannak szétszórtva.

A jobb trochanter major felett két mappaszerű folt (1.4 × 5 és 1.5 × 3 cm.), ugyancsak a trochanter előtt és mögött egy-egy hasonló nagyságú.

Az ágyéki gerincez jobb oldalán két világosabb rész (3.5 × 2.5 cm. és 3.0 × 1.0 cm.). A jobb sartorius felett egy 5 cm. hosszú, pontozott, egyenetlen színű barnás terület. A bal czombon, 12 cm.-re a trochanter maj. alatt egy 3 cm. nagyságú, zsemlyeszínű folt. A jobb crista tibiaen, a talus felett mintegy 6 cm.-re, egy 1.5 cm. hosszú, világos-barna elszínesedés.

Idegek. A mint a tumorok elhelyezéséből kivehető volt, ezek nem követik mindig a bőridegek lefutását. Mégis azt lehetett észlelni, hogy főképen azokon a helyeken van összefüggés az idegekkel, melyek mechanikai insultusoknak aránylag gyakrabban voltak kitéve.

Így a bal arcus superciliaris belső végén egy bunkó alakú; a bal halántéktáján három kisebb, és a fentebb már említett orsóalakú tumor a szemöldök külső végén.

A jobb nervus supraorbitalis v. frontalis egyik ágának megfelelőleg a szemöldök belső végén egy 1.5 cm. hosszú és 1 cm. széles, egy barázda által kettéosztott proemináló tömeg van, mely tapintásra sok kis neuroma conglomerátumának imponál. Az intercostalis tájon levő neuromákat már említettem.

A czombtájról kiirtott gyermekfejnyi daganat metszlapja igen változatos volt.

Egy sejtiszegény, fibrosus tokba burkolva, hasonló kötőszöveti léczek által ketté és azután kisebb részekre is osztva, a metszlap szigetszerűnek, helyesebben lebenyetesnek mondható.

A felső, az egész felületnek mintegy $\frac{1}{3}$ -át kitevő terület secundär gerendák által, bár tökéletlenül újra felosztott. Az így képezett, részben élesen határolt területek egymástól felette különböző képet nyújtanak. Egy helyütt a szövet tömött, áttetsző, csaknem concentrikusan rétegzett, azonban lumennel nem bíró; a göröcsői kép felette emlékeztet egy álneuromára, daczára annak, hogy idegrostok jelenlétét nem sikerült kimutatni.

E területek szomszédságában több helyütt képződtek rések és hézagok, a fibrosus gerendák lefutása által okoztatván. Ezekon kívül azonban egyrészt valódi lágyulási cysták is találhatóak colloidszerű bennékel, másrészt sima behártyával kibélelt híg folyadékkal telt kis barlangok.

A *transparens* részekkel váltakozva, élénk különbséget mutatnak az elzsírosodott, átlátszatlan helyek, melyek lágyulással néha necrobiotikus jelleget öltöttek. Ezekhez hasonló volt egy ovalis, a tumorban magában egészen elkülönített, betokolt, a metszlapon kiemelkedő, encephaloid, szemcsés sziget, mely egy $1\frac{1}{2}$ cm. hosszú öblözött barlangot és több gombostüfejni vacuolát tartalmazott.

A mi azonban az egész metszlapon a legjobban lekötötte a figyelmet, a tumor egyes részeinek csaknem cavernosus jellege volt. Éles megtekintésnél, még inkább loupe-nagyításnál ugyanis 20—30 lument lehetett egyes helyeken $1-1\frac{1}{2}$ cm. területen megkülönböztetni, melyek a metszés iránya szerint pontszerűek vagy vonalkásak, bestüpedők, alvadt vérrel teltek voltak, melyeket kettősen éles határu, a sárgás szövetből áttünősége és fehéres-szürke színe által elütő edényfal képezett. Ez utóbbi azonban néha szintén kénsárga, elzsírosodott volt.

A daganat alsó 2 harmada nagyjában hasonló viszonyokat tüntet fel. Fő tömege szívós, tömött, *transparens*, fibromyomára emlékeztető szövetből állt, sima, fénylő metszlapal, melyet igen sok helyütt félbeszakítanak üregek és hézagok.

A rostos burok, mely sok subcutan zsírszövetet tartalmaz, pallisadszerű nyulványokat bocsát a tumor mélyébe, elősegítve ezzel annak szétagolását. Az egyes ilyen közök néha erősen elzsírosodottak, aranyásárgák, ritkábban cavernosus jellegűek a nagyszámú átmetszett véredény miatt.

Magában a daganatban két különálló, betokolt tumor van, melyek egyike $4\frac{1}{2}$, a másik $3\frac{1}{2}$ cm. hosszú és $1\frac{1}{2}$ cm. széles. Mindkettő erősen vascularizált, velős, sárgás-vörös, átlátszatlan, kiemelkedő, melyekben recézetes lefutású, kissé behúzódt, fényes, ezérnavékonyaságú stroma található.

A daganat *microscopikus átvizsgálásánál* a kemény, fénylő részek, mint várható volt, sejtszegény, rostos kötőszövetből állóknak bizonyultak. Valamivel sejtűsőbbek, lágyabbak, de gyors elzsírosodásra hajlók voltak a nedvdús, sárgás-rózsaszínű területek, melyek egyes helyeken myxomatous jelleget öltöttek.

Az idegrostok után való kutatás negatív eredménnyel járt. Nemcsak a neuromaszerű tömött részlet vizsgálatot át, melyben, miként azt már Recklinghausen is kiemeli, az idegrostok igen gyorsan eltűnhetnek, de egyéb lágyabb, sejtűsőbb peripherikus és centralis fekvésű helyek is; azonban mindössze a kötőszöveti gerendezésben lehetett néha egyes idegrostokat találni, a nélkül azonban, hogy ezek bárminő tekintetben is abnormitásokat mutattak volna.

Igen érdekes volt azonban a *cavernosus helyek magatartása*. A Müller-féle oldatban conservált darabokból készült metszeteken már kis nagyítással (I. II. tábla 1. ábra) ki lehetett venni kolbászszzerű, kerek vagy ovalis, különböző vastagságú tömegeket, melyeket egymástól éles fal határol s egy durva, sejtszegény, vagy nyákosan elfajult, kötőszövet alveolaris udvarokba szorít.

Erősebb nagyítással nézve (II. tábla 2. ábra) kitűnik, hogy ezek sarcomatosusan elfajult véredények átmetszetei. Már az intima is erős burjánzást mutat, néhol 7—8 rétegű, azonban főleg a media helyének megfelelően óriási a sejt-proliferáció. A képezett sejtek epithelszerűek; 1—2 nagy maggal s sok nucleolus-szal birnak, néhol nyulványosak; polygonalisak és sejtközöti állományt alig engednek felismerni. A képződött új szövet nincs rendszer szerint felépítve; a sejtek nagy halmaza össze van zsufolva a tömött, csupán apró sejtű infiltrációt és csak kivételesen egynehány, a mediából kijutott lapos sejtet tartalmazó adventitia által.

Feltűnő jelenség a media burjánzó sejtjeiben azok tendenciája a hyalin és colloid elfajulásra. Ilyenkor a sejt 10—20-szoros nagyságot kaphat, a protoplasma néha félhold alakú lesz, oldalra nyomatik, a mag ellapul s az egész fénytörő, áttünő, világos lesz. Még erősebb nagyításnál azonban (II. tábla,

3. ábra) az a feltűnő jelenség észlelhető, hogy ez a colloid elfajulás néha bizonyos definiált üregekben, talán a perithelnek¹ közeiben levő és nem magával a tumorszövetével összefüggő, hanem a résekbe bejutott sejtekben folyik le, míg a perithel erős burjánzást mutat és szemcsés, lapos sejtek nagy mennyiségét képezi (a). Máskor a rés üres, vagy csak kevés detritusszerű szemcsét tartalmaz.

Az elfajulás a stromában pedig a rostokat néha csőalakú hyalintömegekké alakította. Ilyenkor az egész metszet feltűnően áttünő lesz és egész mirigyek kületem nyerhet. Az ilyen elfajult helyeken igen kevés sejt van, köztük azonban a hyalin olyan reticularis szerkezettel birhat, mint a Langhauzféle canalisált fibrin. A mutatkozó hyalintömegek valószínűleg nem a sejtközöti állományból, de a sejtekből és rostokból származnak. Ezek a cseppek és golyók, melyek nem egyebek, mint a hyalintömeggel telt cysták kezdeti stadiumai, sokszor vérpigmentet tartalmaznak. Erre nézve kétséges, hogy a vér utólag járult-e a már máshonnan származó hyalinhoz, vagy hogy tulajdonképpen szülője-e ennek.

A kiirtott daganat tehát ez esetben egy idealis angiosarcoma, mely a media primaer és az intima secundaer burjánzása által keletkezett, a hol pedig hajszálakból indult volna ki, ott a perithel burjánzása termékének tekintendő. Teljesen a tipikus képet nyújtja: betokolt, lebenyzetes, a mi már kívülről is elárultatik a felület tuberositása által. Sűrűn váltakoznak a porckemény és majdnem fluctuáló helyek; átmetszetén alveolaris elrendeződésű, markans különbséggel a stroma és tartalma között; e mellett igen változatos küllemmel, melyet a tágult véredények, cysták, lágyulások, extravasatumok stb. fokoznak.

Még a göröcsövi kép is teljesen kifejezi ezt a változatos-ságot. Sejtszegény, érett rostok mellett oly epitheloid-sejtek, melyek alig birnak közti állományval s egész velős jellegű szövetet váltakoznak. A stroma ellenben a kötőszövet különböző fejlődési fokait mutatja, néha merev, vastag rostú, néha myxomatous, sejtűs, szemcsés vagy homogen.

Mint hogy az angiosarcoma rendkívüli változatoságánál fogva a legérdekesebb álképletek egyike, mely klinikai lefolyásában és néha a szövettani leletben is annyira hasonlít a rákhoz, hogy azzal könnyen összetéveszthető, így pl. Robin tumours hétadeniques néven rákként írt le angiosarcomákat, s miután a szerzők között ide vonatkozó nézeteltérést épen a legelterjedtebb kórboneztani tankönyvek (pl. Ziegleré) nem tüntetik ki, pár szóval legyen szabad még ezt is kiemelnem.

Az angiosarcoma Waldeyer szerint oly álképlet, mely a véredényfal kötőszöveti részének burjánzásából származik és melyben az edények hengeres alakjukat plexiform szerkezete által mindvégig megőrzik.

Ennek ellenében Kolaczek minden a vér- vagy nyirk-edények bármely részéből kiinduló daganatot ide tartozónak vesz. Mint hogy pedig nyilván az endotheliomák egészen más histologiai és klinikai képet nyújtanak, ezek itt hagyása pedig az angiosarcomák és a hámújképletek közötti, néha úgyszólván, különbséget csökkentené célszerűbbnek gondolom ragaszkodni Waldeyer régibb definitiójához, mint a mely sokkal praecisebben megfelel az angiosarcoma fogalmának.

A *neurofibromák sarcomatosus elfajulása* már többször észleltetett, azonban nem angiosarcomatosus alakban.

Igy Westphalen, Czerny, Winiwarter, Recklinghausen (I. eset), Herczel, Sorger irtak le egyszerű sarcomákat, Gluge, Genersich myxosarcomát, Virchow-Blazius 5-ször recidivált malignus neuromát. Courvoisier statistikájában pedig 45 neuroma közül 10 sarcomatosus, 17 fibromatosus, 18 myxomatous elfajulást szenvedett.

A betegből kiirtott egyéb tumorok vizsgálata igazolta a már macroscopice a külső vizsgálatnál felállított diagnosist, hogy azok neurofibromák.

¹ Mint hogy a perithelnek fogalma nem kikristályosodott, s különböző szerzők e szóval egészen eltérő fogalmakat jelölnek, szükségesnek tartom kijelenteni, hogy Arnold nyomán perithel az endothel és kötőszövet között levő, talán a nyirkedényekkel összefüggő nedvesatorna-rendszert jelzem, mely az adventitia felé különösen tág és sejt infiltrációra alkalmas lesz.

Sokszorosan lehetett az összefüggést az idegtörzsekkel kimutatni; a tumorok legnagyobb része lebenyes, helyesebben gomolyagos volt, s az ilyenből készült fosztott (zupf) készítményeken gyakran láthatók voltak a széttolt idegrostok (L. II. tábla, 9. ábra), melyek között egy vascularizált, lágy, sejtgazdag, néha myxomatosus jellegű szövet ült, többnyire épen hagyva a perineuriumot. (II. tábla, 4. ábra.) Előfordult azonban, hogy nemcsak az endoneurium burjánzott, s a gaine lamelleuse lemezei nemcsak széttolattak egy híg folyadék által, épen úgy, mint pl. velős rákoknál néha megtelnek ezek a finom üregek sejtes anyaggal, daczára annak, hogy a perineurium üregei Key és Retzius szerint nem közlekednek a nyirkedényekkel, de a széttolattáson kívül a daganat nagyobbításán activ burjánzás által is részt vehettek. (I. II. tábla, 6. ábra.)

Az idegrostok ilyenkor tönkre mehetnek, s helyüket zsírcseppek, üres Schwann-féle burkok, megszorodott sejtmagvak árulják el, előfordul azonban, hogy minden valószínűség szerint újraképződés is lehetséges lesz. Így egy lemezes szerkezetű, lágy, sejtdús, tágult nyirkreczékkel bíró alapszövetben, melyben a széttolt, paralel lefutó idegrostok között igen tetemes vastagsági különbségek mutatkoztak, néha a hirtelen megszakadt Schwann-féle burokból egyenletes, ép tengelyfonál nőtt ki. (II. tábla, 5. ábra n.)

Igen instructiv és tankönyvekbe illő képet nyújtó volt számos subcutan tumor vizsgálata. Látható, hogy a tapintásra is már lebenyes tumor a metszeten is sejtgazdag szövetből felépített, a rajzban sötétebb szemcsés külemű kötegekből, bunkókból áll, melyek egymástól a laza, oedemás sejtsejtgazdag kötőszövetből vannak elválasztva (II. tábla, 7. ábra); a fibromás sejtkötegek vagy bunkók állományában keresztülfutó idegrostokkal, hajszálakkal, melyek nem szenvedtek benne eltérést, vagy verejték-mirigyekkel (II. tábla, 8. ábra gl. s.), melyek kacsait a burjánzó szövet centrifugalisan széttolta, az egészet a subcutan szövetig levongálta és lemezes burokjukat elenyésztette. Az egész eset általában teljesen, s valamennyi eset közül leginkább felel meg a tipikus neurofibromának, a sarcomatosusan elfajult tumor kivételével minden esetben demonstrálni engedvén a tumoroknak az idegekkel való összefüggését. A következő esetek közül a negyediknél ez kevésbé evidens; ez az eset úgyszólván érettebb, elváltozottabb lett; a másik kettőnél a viszonyok még kevésbé tipikusok.

Az I. tábla magyarázata. (L. 42. sz. mellékletét.) A IV. számú budapesti eset fénykép-felvétele hátról és mellről (leírását lásd a szövegben.)

A II. tábla magyarázata. (L. 42. sz. mellékletét.)

1—9. ábráig az I. számú Pertik-féle strassburgi eset készítményeiről való (Wittmaack) rajzai.

A 10. számú ábra a IV. számú esetre vonatkozik (Nékám dr. rajza).

1. Részlet az angiosarcomából *c f* rostos tok, melyben a hurkászerű sarcomatosusan elfajult falzatú, de mindenütt vérrel telt lumenel bíró edények (*as*) tömege van. A stroma felül háttérbe szorul, alul gazdagabb, s mindenütt sejtsejtgazdag, nyákos elfajulásban lévő kötőszövetből áll.

2. Az előbbi kép egy kis része erősebb nagyítással. *a* az alveolárisan dissociált adventitia, mely nem vonatott be a sarcoma képezésbe; *m* a mediának megfelelő öv, melynek sejtjei roppant proliferálódásukkal a daganat tulajdonképeni okozói. *l* az edény lumene, *i* az intima, mely némely helyütt, különösen alul szintén erősen burjánzott, s ilyenkor át-metszetben sokrétegű laphámhoz hasonlít.

3. Az előbbi kép egy része erős nagyítással. A media proliferáló, epithelhez hasonló, nagy magvú sejtjei, melyek részben a rostos kötőszövetbe is bevándoroltak. Ugyanilyenek töltik ki a nyirküröket és a perithel üregeit (*a*), hol gyors oszlásuknál fogva solid csapokat képezhetnek. A sejtek igen hamar homályos duzzadást, hyalin és zsíros elfajulást szenvednek.

4. Egy kanyarulatós lefutású idegrost hosszmetsete. A rostok az endoneurium burjánzása miatt tölcészerűen széttolattak. A perineurium (*p*) kevésbé burjánzott, az epineurium (*ep*) pedig kissé megvastagodott és ép.

5. Egy mérsékelt sejttartalmú, sok érett rostos sejtközötti állományt tartalmazó neurofibroma hosszmetsete, mely a n. peroneus superficialis dext. lefutásában feküdt. A nyirkürök erősen tágultak; a véredények (*es*) belöveltek; a fibroma szövet kötegek alakjában rendezett, hosszanti gerendákat képez, melyek között az egymástól széttolt idegrostok futnak. Ez utóbbiak számos gyűrűs behúzódat (étranglements annulaires) és Lanterman-féle tölcésért mutatnak. A rostok velős hüvelye mindenütt jól megtartott s néhol vastag velős hüvelylel bíró rost épen az étrangement helyén folytatódik olyan, igen vékony ép velős hüvelylel rostba, minőt ideggenerációknál láthatni. (L. n.)

6. Egy orsóalakú megvastagodást szenvedett ideg keresztmetsete. Az erősen proliferáló endoneuriumban fekszenek a részben degenerált idegrostok, melyek helyén néha zsírcseppek és burjánzó kötőszövet található. Részlet vesz azonban a burjánzásban, s így a neurofibroma felépítésében, a perineurium is, melynek egyes lemezei (gl. = gaine lamelleuse) fibroma szövetté alakultak és egymástól egyszersmind messzire széttolattak egy izzadmány által. A képződött üregekben csak igen kevés nyirksejtet lehet találni.

7. Subcután szövetben és a corium (*c*) mélyebb részeiben fekvő neurofibroma (*nf*), mely lebenyes alakú, kötegekből és bunkókból összetett és egymástól igen laza, néha nyákosan elfajult kötőszövet által különválasztott reczékkel képez. A kötegek némelyikében még kivehető az osmiummal megfestett paralel futó idegrostok. Jobbra alul egy verejték-mirigy kacs, letolatva a daganat által a subcutan kötőszövetig.

8. A corium mélyebb rétegében fekvő nagy gombostűnyi neurofibroma (*nf*). Igen sok, s egymástól messze széttolt idegrost még jól kivehető. Az egyik kötegben (balra) egy mirigykivezető cső (*gl. s*) = verejték-mirigy, mely erősen letolatott; a cső kötőszöveti buroka túltengett s burjánzása által a mirigy egyes részeit egymástól széjjel tölta. A tumorok között sejtsejtgazdag, rostos kötőszövet képez válaszfalat, lebenyetes jellegű tágult üregei által a daganatoknak.

9. Egy kötőszöveti gerendácska szétfosztott készítménye egy lebenyetes neurofibromából. Az osmium által megfestett idegrostok egymástól széttolattak, nagyobbára párhuzamosan s a gerenda irányában futnak, de dissociálva és helyzetükből kimozdítva, itt-ott meg is szakasztva tág közeli reczére emlékeztető rajzot utánoznak. A kötőszövet erősen vascularizált és sejtekben épen olyan gazdag, mint a 7. és 8. ábra neurofibromás daganatai.

10. Egy comedo csap, melynek elvékonyodó, kraterszerű szélén négy fibromácska ült. Az egészet egy erősen vascularizált, lágy, homogen, sejtdús, periglandularis tumor (*pg. f*) kiemelte, melynek azonban a kiirtásnál legnagyobb része visszamaradt. A fagyúmirigyek hámsajtjei seholsem érintkeznek a tumorszövettel, hanem részben rostos burokjuk, részben még egy nyirkür által elválasztottak. A tumor kiirtott részében igen sok véredény van, melyek egészen beleolvadtak annak szövetébe: idegrost ellenben nem található. A comedo csap mellett balra egy lymphangiectaticus fibroma (*lf*), mely igen sejtdús, lebenyes, s idegrostokat hasonlóképen nem tartalmaz.

(Folytatása következik.)

Közlemény Laufenauer Károly dr. ny. r. tanár elme- és idegkörtani klinikájáról.

A hyoscine hatása a hysteropilepsziás roham ellen.

(Adatok a hyoscine hatásának tanárhoz.)

Irtó Nagy Béla dr., klinikai gyakornok.

(Folytatás.)

A hyoscine utóhatását a betegek a következőképen írják le: Az idegrendszerüket megnyugtató álomból vagy ennek híján az izgalmakat elkerülve, kezdenek lassan felébredni. Testüket sajátságos kellemes melegségi érzés árasztja el, vagy hűvös, fázékony hatás mutatkozik rajtuk, mely azonban rájuk nézve kellemetlenül nem hat. Fejükön bizonyos nyomást és sajátságos érzést jeleznek, egyik azt állítja, hogy úgy érzi mintha feje teteje meggyűlve volna, mintha koponyája belülről sebes lenne, utóbb fejük szédülési kezd, majd hideg és forró-sági érzet jelentkezik benne. A szédülés következtében úgy érzik, mintha velük együtt forogna az egész helyiség, a melyben tartózkodnak és velük együtt a körülöttük levő tárgyak. Ilyenkor környezetüket nemcsak hogy fel nem ismerik, de helybeli tájékozottságuk is megszűnik, mindaddig míg gondolkodási képességük kezd kibontakozni ama sűrű homályból, melyet feléje a hyoscine hatása borított.

Hallási képességükben a zavarok abban jelentkeznek, hogy még a közvetlen közelből jövő hangokat is úgy fogják fel, mint nagyon gyenge, vagy nagy távolságból feljűk hatoló acusmákat. Utóbb pedig úgy tűnik fel előttük, mintha nemcsak elég, de túlerős hanghullámok közelednének hallási szervükhöz, de nem úgy tűnnek fel előttük, mint articulált assonantiában nyivánuló hangok, hanem minden szabályszerűség nélkülöző, dissonans, articulálatlan zörejek. E tünet azonban 2—3 óra múlva eltűnő, a szabályos hallásnak enged helyet.

A látási képesség zavarait illetőleg a következőket emelik ki a betegek:

A szempillák még nehezen mozognak, még mindig úgy érzik, mintha bizonyos nyomó erő nehezednék föléjük; de ha

megfeszítik minden erejüket, mégis fel képesek azokat nyitni. Ilyenkor a látótér megszűkülve látszik előttük, az egyes tárgyakat egymástól megkülönböztetni nem képesek, a mennyiben azok összefolynak előttük, különösen pedig akkor, ha közeli tárgyakat igyekeznek megkülönböztetni. Jobban sikerül már a távol levőket megkülönböztetni, de természetesen csak akkor, ha megerőltetik szemüket, mi azonban csak újból azt eredményezi, hogy összefolynak előttük a tárgyak, alakok s betűk.

A látóképesség ezen szabálytalanságai feltűnően jelentkeznek erős megvilágítás avagy napfény mellett. Szűrületben vagy sötétben plane sokkal jobban képesek az egyes tárgyakat egymástól megkülönböztetni.

Színlátásuk ilyenkor teljesen eltűnt, az egyes színeket megkülönböztetni egyáltalában képtelenek, a mennyiben bármily színes dolog előttük homályos feketés-barnás színűnek imponál.

A szaglási képesség nagy fokban tompult, úgy annyira, hogy nemcsak a finomabb variációk megkülönböztetésére képteleneknek érzik magukat, hanem eleinte még a legintenzívebb szagokat sem percipiálják. Utóbb 3—10 óra múlva a hyoscin adagolása után már kezd visszatérni ezen képességük, de teljes funkcióképességüket ezen szervük csak $\frac{1}{2}$, néha egy teljes nap után nyeri vissza.

Izlési szervük nagy fokban bántalmazott. Kezdetben szájjuk rendkívül savanyú, utóbb fanyarrá változik, majd ez is enged intenzitásából, míg lassan a normalisra áttér. Kezdetben az említett savanyúsági érzeten kívül szárazsági érzet is jelentkezik, mely azonban csakhamar megszűnik és helyébe bő nyálfelhalmozódás áll be, majd köpködési inger járul hozzá.

A tapintási érzés teljesen hiányzik. Épességgel nem érzik az egyes tárgyakat a mit kezükben tartanak. Simaságot vagy göröngyösséget absolute megkülönböztetni nem tudnak. Egyik beteg azt állítja, hogy nem érzi a tüt kezében, pedig vele dolgozik; a másik azt mondja, hogy nem érzi kezét, melylyel arcát megmossa, később azonban a zsidadság, bizsergés érzete megszűnik és vele együtt tapintási érzést is visszatér.

A mozgási kör zavarai főképen abban nyilvánulnak, hogy először tagjaikat megmozdítani, vagy plane használni képtelenek, úgy érzik, mintha tagjaik ki volnának cserélve, mintha nem is az övék volna. E közben testüknek különböző izmaiban, főleg a fej, láb és kéz, de még ritkán a törzsében is clonikus összehúzóások lépnek fel. Később már képesek tagjaikat „vonszolni“, majd végre mindinkább engedelmessé válnak izmaik, de clonikus összehúzóások még akkor sem maradnak teljesen el, ha már járni, dolgozni képesek. Ehhez 12—16 órának kell elmúlni a hyoscin alkalmazásától fogva, de a reszketés a kezekben és lábokban még ekkor sem tűnt el teljesen.

Izomérszük teljesen felfüggesztett. Bármely testrészüket vizsgáljuk is, mindenütt a legnagyobb fokú zavarokat találjuk. Egyes tagjaik állásáról felvilágosítást adni nem tudnak, arra plane képtelenek, hogy általunk kijelölt positióba helyezték el azokat.

Az érzési zavarokról már egyes érző körök méltatásánál tettem említést, még csak azt akarom megjegyezni, hogy az általános nyomási, fájdalommassági érzeten kívül felűnik nekik, mintha torkukra sajátságos nyomasztó érzés nehezednék; fejfájás sohasem hiányzik; mellük is mintha nyomás alatt állana; torkukban esomót éreznek, mely időnként — valószínűleg az itt levő izmok clonikus összehúzóásának megfelelőleg — nagyobbodik és majdnem megfulladásukat idézi elő, különösen növekedik ezen kellemetlen érzetük, ha vizet akarnak inni. Ép ezért víz ivásra, ha hyoscin használtak — úgy mondják a betegek — teljesen képtelenek.

Feltűnő és érdekes a betegeknek azon kijelentése, hogy csak vizet nem képesek inni, csak ez fokozza fájdalmaikat, míg másnemű folyadékok: limonádé, tej stb. ezen érzést absolute nem hogy fokozzák, de egyáltalában fel sem keltik bennük. Bizonyos tekintetben a lyssa „viziszony“ tünetére emlékeztethet bennünket e jelenség.

A betegek panaszkodnak hányingerről is, mely az injectio után pár órával jelentkezik és 10—12 óráig is eltart, sőt

vannak esetek, hogy még tovább is. Gyomornyomás érzete sem ritka, míg — a betegek bemondása szerint — szájjuk megjön.

A beszélő képesség zavarai 1—2 napig is eltartanak, de természetesen nem egy és ugyanazon intenzitásban. Nyelvük nagyon nehezen mozog; ha pedig erőltetik magukat, még lassabban megy a beszéd, a mennyiben nyelvük izmaiban szintén előállanak a clonikus összehúzóások és így nem ritkán össze-vissza harapdálják. Hangjuk suttogó, orrhangon beszélnek s nem ritkán selypítenek is.

A hyoscin hatását illetőleg az *objectiv vizsgálat* a következőket deríti ki:

Rögtön az injectio adása után a betegek fájdalmas érzést küldölnek, mely különösen az arczkifejezés által árulja el magát; a betegek alig képesek 2—3 perczig állva maradni, rögtön lefeküdnék és ha esetleg felöltözve voltak, már maguk nem képesek levetkőzni. Azonnal a lefekvés után megindulnak az egyes izmokban a clonikus összehúzóások és pedig először az arcz izmaiban, majd a kezekben, lábokban és legutoljára a törzs izmaiban.

Az álm ezen tünetek között 10—15 percz múlva bekövetkezik. Ilyenkor a pupillák igen tágak, reactiójuk nagyon renyhe. A reflexek nagyon élénkek és pedig úgy a has, mint a triceps és térdreflex, sőt a csontreflex is fokozódott. Az egész testen anaesthesia és pedig nemcsak a felületes érintést nem jelzik a betegek, de mélyebb szúrásra sem reagálnak. Pulsus szapora, könnyen elnyomható.

Míg injectio előtt egy percz alatt csak 86 volt egyik betegünkénél, a másikon pedig 90, addig hyoscin-injectio után 120 és 118 volt egy percz alatt.

A légzés ezeknél injectio előtt perczenként 18 volt, injectio után 24-et számolhattam meg.

A szív működés injectio előtt gyenge, lassú volt, injectio után gyors és sokkal erősebbnek mutatkozott. Hőmérsék lényeges változásokat nem mutat, bár megjegyzem, hogy egy-két tizedfok-különbséget találtam a mérés alkalmával, minek azonban lényegét nem tulajdonítok.

Hogy a beteg arcza akár elsápadt volna az injectio alatt, akár elvörösödött volna, vagy plane hogy collapsus fordult volna elő, azt egyáltalában nem tapasztaltam. Izzadást, bőrelszinesedést nem észleltem.

A tápláltság avagy a kor épen nem befolyásolja a hyoscin hatását, sem nem fokozza a batást, sem nem gátolja azt, mit bizonyít különösen az, hogy kísérleti betegek között voltak különböző korúak, különböző fokban tápláltak, de úgy a szer hatása, valamint mellékhatása a hyoscin közvetlen alkalmazása után egy és ugyanaz maradt.

Miként a betegek kórrajzainak összeállításánál kitűnik, részemről állandóan és pedig huzamos időn át alkalmaztam a hyoscin és pedig mindig ugyanazon mennyiségben és folyton a legpontosabb sikerrel. Minden alkalommal nemcsak hogy coupuroznom sikerült a görcsöt, akár annak kitörése előtt adtam az injectiót, akár pedig göres közben, de betegeimnél e szer álmhozó hatása sem maradt el; csakis egynél tapasztaltam, hogy többszöri alkalmazás után háromszor nem hatott mint hypnoticum a hyoscin.

Hysteroepilepsiás betegeken tétetvén eme észleletek, nem térhetünk ki ama kérdés elől sem, vajjon az említett szer tán nem is mint antispasmodicum hat, hanem tán suggestive jön létre ezen hatás? Magam is gondoltam erre és ténylegesen sikerült is meggyőződnöm arról, hogy a hyoscin nem suggestive hat, hanem mint tényleges antispasmodicum és hypnoticum idézi elő az említett hatást. A tényről a következőképp győződtem meg: a beteget hypnotizáltam és megkérdeztem tőle, hogy tudná-e leírni a szer hatását? Mondhatom a legpontosabban, a legapróbb részletekig mondotta el a tüneteket, miként azokat már részben le is írtam, és egyszersmind megtudtam tőle azt is, a mit tulajdonképen czéloztam is, t. i. hogy ha ő hyoscin-injectiót kap, a jelzett bevezető tünetek után mély álomba merül, a melyben már azután nem tudja, hogy mit csinál. De más irányban is még meggyőzőbb kísérletet tettem. Egy alkalommal rosszul érezte magát betegem, előre érezvén a göres bekövetkeztét, injectiót kért tőlem. Én

a legnagyobb komolysággal mondám neki, hogy adok neki hyoscint, rögtön megszűnik utánna görcse és aludni fog rája. Így praeparálva a beteget, vizet fecskendeztem bőre alá; de a hatás be nem következett; a beteg görcsöt kapott.

Úgy hiszem ezen tény is határozottan a mellett szól, hogy a hyoscin nem suggestive hat.

(Folytatása következik.)

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(LVI. évforduló nagygyűlés 1893. évi október 14-dikén.)

Elnök: Kélti Károly; jegyző: Terray Pál.

Elnök a nagygyűlést a következő beszéddel nyitotta meg:

Tisztelt Nagygyűlés!

Ötvenhat év telt el, mióta egyesületünk megalapított, és ezen napot, mint a főváros orvosai tudományos egyesületének emlékét, kegyeletesen szoktuk megülni, megemlékezve elhunyt kiválóbb tagjainak érdemeiről.

Ezen emlékbeszédek megtartásával nemcsak kötelességet teljesítünk, hanem bepillantást nyerünk orvosi tudományunk fejlődésébe és kritikát gyakorlunk munkálkodásunk felett. Az orvosegyesület kebelében eddig felolvasott emlékbeszédek egész sora világos tanujelét adja azon kimagasló működésnek, melyet elhalt jeleseink e társulat kebelében és kebelén kívül véghez vittek és buzdító példaként serkentenek bennünket azokat követni s a kijelölt úton előbbre törni.

Egy ily jelesünk felett lesz ma hivatta *Janny Gyula* tagtársunk megemlékezni, ki nemrég dőlt ki sorainkból s kinek egyesületünk sokat köszönhet, nevezetesen ő volt az első megindítója azon mozgalomnak, melynek eredménye volt az, hogy ma egyesületünk saját házában gyűlhet össze és munkálkodhatik.

Mielőtt azonban ezt meghallgatnók, bátor vagyok felkérni a titkár urat, hogy olvassa fel jelentését a *Balassa-díj* és a *Mészáros Károly-féle* alapítvány felett, mely jutalmak kiosztása szintén a mai nap feladatai közé tartozik.

Székács Béla titkár felolvassa a választmány jelentését a *Balassa-féle* jutalomdíj odaitélése tárgyában. E jelentés szerint a választmány az 1891. évi évforduló nagygyűlésén kifizető 540 frtnyi *Balassa-jutalomdíjat* *Krepuska Géza* dr.-nak ítélte oda a „Magyar Orvosi Archivum” 1893. évi 4. füzetében megjelent „*A hallóideg gliofibromájának egy esete*” című értekezéseért. E munkát olyan alapos bonczani és szövettani ismeretekről tanuskozik, szerzője oly szorgalmat fejtett ki és oly eredeti irányban műveli a fülorvosi tudományt, a hogyan eddig fülorvos még nem igen tette; ezenkívül figyelembe vette a választmány azt, hogy a szerző semmiféle egyetemi intézetnél nincs alkalmazva és a mellett, hogy a magánpraxis gondjával és terheivel van elhalmozva, tisztán a belső hivatás ösztönzésére áldoz a tudománynak.

Székács Béla titkár felolvassa ezután a választmány jelentését a *dr. Mészáros-féle jutalomdíj* odaitélése tárgyában. Az orvosegyesület múlt évi nagygyűlésén a *dr. Mészáros-féle* díjalapból első ízben 1000, azaz ezer forintnyi jutalomdíjat tűzött ki a boncz-, szövet- és fejlődéstan, élettan, kórboncztan vagy kísérleti kórtan keretébe vágó önálló dolgozatok alapján szerkesztett, tudományos becsű, oly legjobb értekezésre vagy általános érdekű hézagpótló monographiára vagy kézi könyvre, mely 1892. február 1-étől 1893. május 31-dikéig magyar nyomtatásban megjelent. A választmány *Mihálkovic Géza* „*A leiró emberboncztan és tájboncztan tankönyve. A központi idegrendszer és érzékszervek morphológiája. Budapest, Franklin-társulat, 1892.*” és *Klug Nándor* „*Az emberélettan tankönyve. 2. kötet. Budapest. Franklin-társulat, 1892.*” című munkáit a jutalomra egyenlően érdemeseknek találta és ennél fogva miután a jutalomdíj megosztására az engedélyt az alapítónál kieszközölte, a *dr. Mészáros-féle* 1000 frtnyi jutalomdíjat két részre osztva *Mihálkovic Géza-nak* és *Klug Nándornak* ítélte oda.

Elnök felolvassa a következő levelet, melyet *Mihálkovic Géza* intézett hozzá: „Nagyságos *Kélti Károly* dr. úrnak mint a budapesti kir. orvosegyesület elnökének. Budapesten, 1893. október 14-dikén. Nagyságos elnök úr! Úgy értesültem, hogy a *Mészáros Károly-féle* jutalomdíj felerészét az orvosegyesület t. választmánya a központi idegrendszerrel írt munkámnak ítélte oda. Ha ez közgyűlésileg is határozatba megy, kérem nagyságodat intézkedni, hogy a reám eső jutalomrész az alább felsorolt orvosegyesületi és egyéb közzelelőknek rendelkezésére bocsáttassék, magamat a t. orvosegyesület erkölcsi elismerése által eléggé kitiüntetve érezve, a melyért ezennel hálás köszönetemet nyilvánítom.

1. Az orvosegyesületnek nevemre szóló alapítványi tagságra	200	frtot
2. Az orvosegyesület házépítő alapjának	100	„
3. A közegészségi egyesületnek nevemre szóló alapító tagságra	50	„
4. Egyetemi kórházegyletnek	50	„
5. Szamaritanus egyesületnek (alapító tagságra nőm nevére)	60	„
6. A Trefort-alapnak	25	„
7. A Semmelweis-emlékre	15	„
	összesen	500 frt.

Maradok kitünő tisztelettel nagyságodnak kész szolgálja *Mihálkovic Géza* dr. (Élénk éljenzés).

Elnök bejelenti továbbá, hogy *Klug Nándor* 200 frt lefizetésével ugyancsak az egyesület alapító tagjainak sorába lépett, (Éljenzés.)

Első titkár azután felolvassa az új pályázati hirdetéseket:

a) A budapesti kir. orvosegyesület az általa kezelt *Balassa-díjalapból* a következő pályakérdést tűzi ki: „Téteszenek állatkísérletek a vér hatásáról fertőző anyagokra.” A pályadíj-összeg 360 forint osztr. értékben, mely a nyertes műnek az 1895. évi október hó 14-dikén tartandó nagygyűlésen adatik ki. A pályamunkák 1895. évi május hó 31-dikéig bezárólag küldendők be az egyesület titkárához; az ezen időn túl beadott művek tekintetbe nem vétetnek. Ha a munka postával érkezik, a postára adás ideje az irányadó. A beküldött pályamunkák idegen kéz által leírva, lapszámozva és kötve legyenek, ezenkívül homlokzatukra jelige tétessek. Minden pályaműhöz egy a szerző nevét és lakhelyét tartalmazó lepecsételt levélke melléklendő, melyen a pályamű homlokzatán olvasható jelige álljon. Álnevű vagy névtelen pályamunkák jutalmat nem kaphatnak. A beadott pályaművek a pályázat eldöntése előtt vissza nem adatnak. A pályadíj a viszonylag legjobb műnek csak azon esetben adatik ki, ha az magában véve is a díjra érdemes. Fordítások, kivonatok, compilatiók a pályázatból kizárva. A nyertes művet az egyesület, ha jónak látja, évkönyvében vagy esetleg önállóan is kinyomathatja, ívenként 25 frtnyi külön díjazás mellett. Ha az egyesület e jogával élni nem akar, úgy a mű a szerző tulajdona marad. Ebbeli szándékát az egyesület a díj odaitélésekor tudatja a szerzővel. A pályázatból beadott kéziratok az egyesület levéltárába tétetnek.

b) A budapesti kir. orvosegyesület szintén a *Balassa-díjalapból* 600 osztr. ért. frt jutalomdíjat tűz ki a magyar nyelven írt és önálló dolgozatok alapján készült legjobb orvosi értekezésnek vagy könyvnek, mely 1893. évi június hó 1-től 1895. évi május hó 31-dikéig nyomtatásban megjelent. A jutalomdíj az 1895. évi október hó 14-dikén tartandó nagygyűlésen hirdettetik ki. Az összeg a nyertes mű szerzőjének jelentkezésekor azonnal lefizettetik.

c) A budapesti kir. orvosegyesület a kezelése alatt álló „*Mészáros Károly* dr. alapítvány” kamataiból 1000, azaz ezer forintnyi *Mészáros Károly* dr. jutalomdíjat tűz ki a közegészségtan, bakteriologia és törvényszéki orvostan keretébe tartozó, önálló dolgozatok alapján szerkesztett, tudományos becsű oly legjobb értekezésre vagy általános érdekű hézagpótló monographiára vagy kézi könyvre, mely 1893. évi június hó 1-sejétől a pályázat határnapjáig, vagyis 1895. évi május hó 31-dikéig magyar nyelven nyomtatásban megjelent.

A jutalomdíjra pályázni kívánó munkák a mondott határnapig a budapesti kir. orvosegyesület titkári hivatalához küldendők be; tekintetbe veendő azonban e téren nyomtatásban megjelent minden egyéb munka is.

A jutalmazott munka kihirdetése az 1895. évi október hó 14-dikén tartandó évforduló nagygyűlésen történik és a jutalomdíj a szerzőnek azonnal kiadatik.

Kelt a budapesti kir. orvosegyesületnek 1893. évi október hó 14-dikén tartott nagygyűléséből.

Kélti, elnök.

Székács, titkár.

Végül *Janny Gyula* dr. tartott élénk tetszéssel fogadott, emelkedett szellemű emlékbeszédet *Lammicz Sándor* felett.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Budapest fő- és székvárosi közkórházainak évkönyve. 1892. A fő- és székvárosi törvényhatóság megbízásából közrebocsátja a szt. Rókus-kórház igazgatósága. A szöveg közé nyomott négy láztáblával és 12 képpel. Budapest. Pesti könyvnyomda részvénytársaság. 1893.

Ez évkönyv a fővárosi közkórházak 1892-dik évi történetét adja elő. Mint elődjei, úgy ez is megismerteti a múlt évben történetekkel, feltünteteti az összes kórházi személyzetet, a kórházak betegfelvételi képességét; táblázatos kimutatásokban a napi, havi és évi betegforgalmat, a gyógyulási és halálzási viszonyokat, a felvett betegek származási statistikáját, a végzett műtéteket, kimutatást a boncolásokról, az igazgatóság ügyforgalmáról, közli a kórházak költségvetését, élelmezését; végül egyes fő- és rendelő-orvosok tudományos közleményeit hozza.

Közöljük belőle a következő adatokat. A Rókus-kórházban és üllői-úti új kórházban 28 osztály- és 2 boncznok főorvos, 50 orvos és segédorvos és 66 orvosgyakornok tett szolgálatot. A szt. Rókus-kórházban 22,922, az üllői-úti új kórházban 11,027 beteget orvosoltak, amott 392,144, emitt 273,060 napon (átlag 17 és 24 nap). A szent János-kórházban 4 rendelő főorvos, 1 rendelő orvos, 4 másodorvos, egy egyetemi tanársegéd és gyakornok tettek szolgálatot. Orvosoltak összesen 4397 beteget.

A szt. Rókus-kórház rendes kiadásai 448,561 frt 37 $\frac{1}{2}$ krt, az üllői-úti új kórházé 287,630 frt 21 $\frac{1}{2}$ krt, a szt. János-kórházé 109,470 frt tettek ki.

Az évkönyv tetemes részét teszi ki az idén a tudományos rész, melyben a szt. Rókus-kórházból *Ángyán Béla* dr., *Gerlóczy Zsigmond* dr., *Scheuthauer Gusztáv* dr., *Jordán Ferencz* dr. részéről egy-egy, összesen 4 közlemény; az üllői-úti új kórházból *Schwimmer Ernő* dr., *Pertik Ottó* dr., *Takács Endre* dr., *Herczel Manó* dr. részéről egy-egy, összesen 4 közlemény; a szt. János-kórházból *Laczkovich Elemértől* 1, *Ostermayer Miklós* dr.-tól 3, *Gyurmán Emil* dr.-tól 1, *Groszmann L.* dr.-tól 1, *Schaffer Károly* dr.-tól 1, *Nagy Béla* dr.-tól 1, *Mayer Géza* dr.-tól 1, összesen 8 közlemény foglaltatik. Egyes dolgozatok láztáblákkal és illusztrációkkal vannak ellátva.

Az évkönyv díszes kiállítású és 47 nagy oktáv ivre rúg; összeállításában az igazgatón *Müller Kálmán* dr.-on kívül a főérdem *Purjesz Ignác* dr. igazgatósági szaksegédét illeti. Az egész évkönyv méltó utódja elődjeinek.

II. Lapszemle.

Gyógyszer-tan.

A mesterséges és természetes ásványvizekről tartott előadást *Liebreich* tanár a berlini „Balneologische Gesellschaft“ 15. nyilvános összejövetelén. Tagadja, hogy manapság már képesek volnánk a természetes ásványvizekkel egyenértékű mesterséges vizeket vegyi úton előállítani. Mindenekelőtt a természetes ásványvizek analízise még nagyon tökéletlen; még mindig marad vissza egy bizonyos mennyiségű nem anyalsált anyag és lehetséges, hogy ez az anyag a gyógyhatás előidézésében szerepet játszik. A hidrat és anhidrit szénsava különböző nemeinek mennyisége sem határozható meg analitikai úton. Vannak továbbá a vízben összekötetések, melyeket a vegyész mint ilyeneket nem tud kimutatni, hanem csak felbontva alkotórészeit határozza meg. Így a szén-oxysulphidot a vegyész mint szénsavat és kénhydrogent analízálja ($\text{COS} + \text{H}_2\text{O} = \text{CO}_2 + \text{H}_2\text{S}$). A természetes és mesterséges ásványvíz íze sohasem egyező; a mesterséges Selters-víz íze nagyon könnyen megkülönböztethető a természetesétől. Ezen különbség okát valószínűleg sohasem fogják kideríteni. Mindazonáltal a mesterséges ásványvizek nem vetendőek el teljesen; sokszor tesznek jó szolgálatokat az orvosnak. (Therapeutische Monatshefte, 1893. August.)

Az oxysparteïn hatását a szívre vizsgálta *Hürthle*. Kuttyákon végzett kísérletekkel mindenekelőtt meggyőződött arról, hogy a készítmény jelentékeny befolyást gyakorol a vérkeringésre. 50 milligramm oxysparteïn 1%-os oldatban a visszerbe feckendezve, az

erősen csökkent vérnyomást tetemesen növeli és az érlökések számát megkevesbíti. Ezután még azt a kérdést tette tanulmány tárgyává, vajjon az oxysparteïn közvetlenül a szívre hat-e, vagy pedig a véredények tonusának befolyásolása útján közvetve idézi elő a szív fokozott működését. E kérdés megfajtására ismételt békaszíven tett kísérleteket egy általa szerkesztett új készülék segítségével, mely lehetővé teszi, hogy a szív a vért a normalist nagyon megközelítő mechanikus viszonyok között hajtsa. E készülékkel egyszersmind az aortabeli nyomásingadozások az egyes szívösszehúzódások alatt is mérhetők és feljegyezhetők. A kísérletek a következő eredményekre vezettek: 1. Az oxysparteïn befolyása következtében úgy a systole, mint a diastole meghosszabbodnak. 2. A pulsus volumene és a pulsatorius ingadozás növekszik. 3. Az egyes pulsus munkája, úgyszintén a szív összmunkája a pulusszám csökkenésének dacára növekszik. 4. Az abszolút szíverő nem befolyásoltatik. Végül szerző még azon tételt is felállítja, hogy az oxysparteïn a véredényrendszer nem befolyásolja, a vérnyomás növekedése kizárólagosan a megváltozott szív működés következménye. (Archiv für exper. Pathol. u. Pharmakologie, XXX. kötet, 141. lap.)

Belgyógyászat.

Gyomorbajosok anyageseréjét tárgyalja *Noorden*, ez irányú vizsgálatait összefoglalván. Közülök a legfontosabb eredményü az, a mely megmutatja, hogy a gyomor peptikus erejének kiesése egy főtápláló anyag resorptióját sem akadályozza meg, csupán az szűk-sége, hogy az anyagok a bélbe juthassanak. A béltractus tehát vicariáló szerepet visel. Ha a belekbe nem jut elég tápláló anyag, akkor a beteg lesoványodik, nem mintha nem birnának tápláló anyagok felszívódásra jutni, hanem a beteg nem eszik eleget. Ez a gondolat szab irányt szerző egész okoskodása menetének és hatással van a therapiát illető álláspontjára is. (Berliner Klinik, H. 55. — Fortsch. d. Med. 1893. Nr. 14.) K—y dr.

A chlormethyl ischias esetén *Halbeis* (Salzburg) szerint jó hatású. Neki magának volt egy esete, kétoldali ülőidegzsába, a mely minden gondját igénybe vette és végre is chlormethyl-kezelésre gyógyult meg. Sajnálattal constalálja, hogy főképp Németországban nem részestül a szer kellő figyelemben az orvosközönség részéről. (Therapeut. Monatshefte, H. 7.) K—y dr.

Az ólom kiküszöbölése a szervezetből chronikus ólom-mérgezés esetén *Mann* pontos megfigyelései és chemiai vizsgálatai alapján többnyire folytonos, de lassú. Változó mennyiségben takarodik ki a mérgező fém a testből a bél útján, sokkal kisebb részben a veséken át. Ha az ólom már lerakódott a szövetekbe, akkor gyógy-szerek kevés hatással vannak reá. Fürdő, massage, friss levegő, jó táplálék még a legtöbb hasznot hajtják. Utána következik csak a IK, a mely ugyan nem növeli az ólom kiküszöbölését, hanem valami más eddigelé ismeretlen módon birhat jó befolyással. (Brit. med. Journ. 1893. febr. 25. — Ref. Bernhardt, Centralbl. d. med. Wissensch. 1893. Nr. 30.) K—y dr.

Az exalgin gyógyító hatásáról szerzett tapasztalatait teszi közzé legújabbán *E. Younger*; szerinte kis dosisokban is hatalmas szere a neuralgiás, functionalis jellegű fejfájásnak olyan esetekben is, mikor már minden egyéb cserben hagy. Egy epilepsziás betegén is alkalmazta az exalgint, a kinek rohamai után heves fejfájása szokott volt támadni. Ezt megszüntette a szer, sőt a mi igen feltűnő volt, a rohamok számát is jelentékenyen leszállította. Ez utóbbi irányban szerző tovább is alkalmazni fogja és eredményeiről annak idején számot is fog adni. (The Lancet, 8. april. 1893. Bullet. Génér. de Thérapeutique, 15. juill. 1893.) Kúthy dr.

A szív zsirtartalmát chemiai úton határozta meg *Hoffmann* utasítására *Krehl* és zsírnak a szívből nyerhető aetheres kivonatot értvén, minus lecithin, a különböző betegségekre vonatkozólag azt találta, hogy egyedül a phosphormérgezés az, a melynél az összes vizsgált szívek zsirtartalma egyértelműleg emelkedett, és pedig a rendesnek többszöröseire növekedett volt. Hogy minő arányú ez a zsirtartalom növekedése, mutatják Bauer számadatai. Egészséges kutya izmának 100 gm.-nyi száraz anyagában 16.7 gm. az aether-kivonat, phosphorral mérgezett kutyaéban 42.4 gm. Ugyanily mennyiségű száraz anyag a szívből egyiknél 0.2 gm., másikkál 20.4 gm. aetheres kivonanyagot tartalmaz; a máj 100 gm. száraz

anyagában egészséges ebnél 10'4 gm., phosphormérgezettnél 30'0 gm. aetheres extractum foglaltatik. Phosphormérgezés esetén, mint ebből is látszik, az egész szervezetben több zsír termelődik. Nem biztos, vajjon a lecithin rovására-e, de minden esetre nemcsak a lecithin rovására. Más anyagokból is kell zsírnak képződnie, minden valószínűség szerint bizonyos szervek parenchymsejtjei fehérjéből. (Deutsch. Arch. f. klin. Medic. 51. Bd. 4. u. 5. H.) K—y dr.

Sebészet.

Balano-urethritis diabetes következtében. Rosenthal a berlini orvosegyletben egy 70 éves aggot mutatott be, kinél nagyfokú *genyes húgycsőfolyás* volt jelen s e mellett a *glans* és a *praeputium* erősen megvastagodott, telve a nyálkahártya mély kievődésekkel. E bajt a cukros húgy izgatása okozta. A beteg dermatol és később bőr-zinc-vaselin-kenőccsel gyógyítottatott. (Deutsch. Med. 1892.)

Novotny dr.

Endoskopiai közleményeket tesz közzé Grünfeld Bécsből. Elmondja bennük, hogy mily nagy a téren a haladás, s hogy a cél elérésére a modern technika mily sokat tett. E reflexiók után azonban csakhamar oda jut, hogy az ő általa gyakran felemlített tükrözési módszer még mindig bir értékkel és nyomatékkal. Szerinte a *vetített fénynyel* igen jól lehet szemlélhetővé tenni a húgycsövet, míg a többi módszernél a nagyon intensív fény akadályozza az exact kórismét s a tükrökép jelentőségét. Ez okoskodás alapján aztán azt állítja, hogy a direct világítás csak a hólyagvizsgálatokra alkalmas, míg az indirect (a reflex) a húgycsőre és a húgyhólyagra. Sz. többek között a heveny gyuladással állapotot is tanulmányozta s azt találta, hogy az ú. n. hólyagnyak-hurutnál az esetek nagy számában pusztán vérkeringési rendetlenséggel van dolgunk s csak ritkábban az e. részre szorító kankós folyamattal. (Int. Kl. Rundsch. 1892.)

Novotny dr.

A prostata-mirigynek gyuladásáról ír I. Scharff dr. Stettinből. A prostata gyuladásánál ágybanfekvés, vérelvonás játszsza a főszerepet a therapiában, ő mindezeknél sokkal többre becsüli az *ichthyolt*. Az ichthyolt 10%-os vizes oldatban akként alkalmazza, hogy naponta 3—4-szer fecskendez be belőle a *végébe Oitmann-féle fecskendőcskével*. Így használva az ichthyolt per anum, azt tapasztalta, hogy 2—3 nap alatt eltűnt a fájdalom, a nagymérvű duzzanat s rendes defaecatio állott be. Scharff 40 esete közül egy-nél sem támadt prostata-tályog, mit ő a *streptococcus*-ra gyakorolt gyengítő hatásból igyekszik megfejteni. Elévült prostatistól is ajánlja, ha per anum a jodkaliumot a beteg már nem tűri. (D. ärztl. Prakt. 1892.)

Novotny dr.

A húgyhólyaglob kezelése sublimattal. Guyon azt mondja, hogy e szerrel igen jó eredményeket ért el. A dilutio 1:5000 vagy 1:1000, melyből igen keveset, 20 cseppet, vagy 8 gm.-ot applikál az üres hólyagba. Jobbnak tartja ily módon kezelni a beteg hólyagot, mint a szokásos mosásokkal, mert akkor szerinte higabb oldatot kell alkalmaznunk. (A sublimattal való kezelés már többek által lett megkísérítve, de a betegnél fellépő igen heves fájdalmak rendszeren elriasztották a kísérletezőt. Néhai Antal Géza tr. következetesen vitt ki egy kísérlet sozátot 1888-ban, de az erős tenesmus s a haematuria abba hagyatták a sublimat további alkalmazását. Rf.) Guyon egy *cyetis membranaceat* sublimat-mosással gyógyított meg. Felemlíti továbbá, hogy 10 *gümös hólyaglobnál* 2 a sublimat cseppetgetésre lásszólag gyógyult, 3 pedig feltűnő javulásnak indult. Prostatikusoknál pedig csakis a cseppetgetéssel ért el eredményt, a mosással nem. (Bull. med. 6.)

Novotny dr.

Bőr- és bujakórtan.

A prurigo klinikai képét Edward Ehlers nagyszámú pentos észlelet alapján Hebrától többé-kevésbé eltérőleg következőkép tünneti elő: 1. Igaz ugyan, hogy a betegség többnyire az 1. és 7. életé között kezdődik; vannak azonban tipikus esetek, a hol a baj a 15., sőt a 30. életévben jelentkezik. 2. Hebra és Kaposi szerint a prurigo-ban szenvedők állapota télen rosszabbodik, Ehlers szerint ellenzőleg nyáron szenvednek a betegek legtöbbet és keresik is fel leg-

nagyobb számban a kórházat. 3. A bécsi iskola a prurigot az alacsonyabb néposztályok betegségének mondja; Kopenhagában a betegség épen olyan gyakori a jobbmódúaknál. 4. Noha a betegséget nem tartják öröklés útján átszarmazhatónak, Ehlers 16 esetben volt képes családi terheltséget kimutatni. 5. A prognosis nem oly rossz, mint azt Hebra állította; szerző szerint az eseteknek legalább felében következik be gyógyulás és pedig leggyakrabban a pubertás idejében. 6. Hebra a csomócska-képződést elsődlegesnek, a viszketést pedig másodlagosnak tartja; szerző ellenben a prurigót a „neurodermiák” közé sorolja, a melyeknél az ideges jelenségek az elsődlegesek, a bőrkiütések pedig csak másodlagosak. Ezen kérdés eldöntése azonban a legszorgosabb klinikai észlelés alapján sem igen fog sikerülni. A mi az orvoslást illeti, szerző legfontosabbnak tartja a fürdők rendszeres vételét; gyógyszerek közül a 10%-os naphthol-kenőcs adott jó eredményeket. (Fortschritte der Medicin, 1893. 15. sz.)

A veleszületett syphilis tanához szolgáltat adatokat Erlener néhany érdekes klinikai észlelet alapján. Mindenekelőtt két esetet említ, melyek az újabban másrésztől is hangoztatott azon nézet mellett szólnak, hogy a syphilis hereditaria nem csak a 6-dik hónapig, hanem egészen a pubertás idejéig latens maradhat. Egy másik esete alapján tagadja a Colles-féle törvény helyességét, mely szerint az apai résztől syphilitikus gyermek anyja is okvetlenül syphilitikus kell hogy legyen. Néhány további eset pedig arra nyújt alkalmat szerzőnek, hogy a Kassovitz-féle törvényt a syphilitikus öröklés intenzitásának spontan fokozatos gyengülését illetőleg megtámadja; arra az eredményre jut, hogy még akkor is születethetik syphilitikus gyermek, ha az utolsó gyermek már nem volt syphilitikus. (Zeitschrift für klin. Medicin, XXI. kötet 3. és 4. füzet.)

Apróbb jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **A hydrargyrum glutino-peptonatum**-ot nagyon jó eredménnyel használta syphilis esetében Einhorn. Naponként egy köbcentimétert fecskendezett be intramusculariter. A befecskendés fájdalomtalan, a szer nagyon gyorsan szívódik fel, mellékünetek csaknem teljesen hiányzanak. 25 befecskendésnél kevesebbet sohasem végzett. (Internat. Centralbl. f. d. Phys. und Path. der Harn- und Sex-Organen, 1893. 4. füzet).

2. **Csecsemők székszorulása.** Holt szerint csecsemők bélsara rendes körülmények között 20—40% zsírt tartalmaz, míg a mesterségen, zsírban szegény tejjel táplált gyermekeknél a zsírtartalom sokkal kisebb. Épen ezen utóbbi csecsemőknél gyakori a székszorulás és azért tapasztalatai alapján ajánlja, hogy a tej egy részét tejfellel pótolják, emlőn táplált csecsemők székszorulása esetén pedig a szoptatás előtt 1—2 kávéskanálnyi jó tejfelt adjanak. (New-York Med. Journ. 1893. July 1.)

3. **Phosphormérgezés kezelése.** Kísérletes vizsgálatai alapján Thomson arra az eredményre jut, hogy a phosphor legjobb ellenszere a kalium hypermanganicum, a melyet azonban a méreg felszívódása előtt kell adni erősen hígítva 1/2—1%-os oldatban, mert különben még a vegyi reactio bekövetkezése előtt hányás jelentkezik. Rézsulfát nem adható a kellő mennyiségben, mert súlyos gastro-enteritishez vezetne és azért nem használható. A hydrogen-superoxyd használata sem czélszerű, mert a phosphorra hatása csak lassan következik be és a tápcsatornát is izgatja. A közönséges terpentin olaj sem egyesül mindig a phosphorral és azért nem is használható. (Therap. Monatshefte, 1893. August.)

4. **Pulpitis** eseteiben Hartmann arsen helyet a thymol ajánlja. Az odvas fogat a cariosus helyek megtisztítása után thymolporral beszórt vattával tamponáljuk; a fájdalom csakhamar megszűnik, a nélkül hogy előbb fokozódnék. A hatás gyorsítása czéljából a tamponálás után többször kiöblítetteti a száját meleg vízzel, hogy a thymol a fogban gyorsabban oldódjék. (Deutsche medic. Wochenschrift, 1893. 38. sz.)

5. **Osteomalacia** ellen Sternberg a phosphoros csukamáj-olaj használatát ajánlja: Rp. Phosphori 0'05; Ol. jecoris aselli 50'0. D. S. Naponként egy kávéskanálnyt. (Zeitschrift für klin. Medicin, XXII. kötet, 3. füzet).

TÁR C Z A.

Magyarország közegészségügye 1892-ben.

(Hieronymi Károly belügyminister jelentése a képviselőházhoz.)

(Folytatás.)

Budapest után Fejér vármegye dunamenti községeiben, majd Pest-Pilis-Solt-Kiskún és Tolna vármegyében lépett fel a járvány és hetekig majdnem kizárólag a Duna mentén haladt, Mohácson és Titelen kisebb cholerafészket alkotván. Mohácson 38 betegedés és 19 halálozás; Titelen 35 megbetegedés és 22 halálozás fordult elő. Budapesttől felfelé lassabban haladt és sehol sem nyert nagyobb fokú kiterjedést. Esztergom, Komárom vármegye, később Sopron vármegye a Rába mentén (Kapuvár) voltak leginkább érintve, azonban ezen vármegyékben is 36, 10 illetőleg 19 halálozás után a járvány teljesen megszűnt.

Időközben a betegség a Tiszán felfelé vette útját, és ezen folyó, valamint a Béga mentén, különösen Bács-Bodrog és Torontál vármegyékben, okozta Budapest után a legtöbb halálozást, az előbbi vármegyében 205, az utóbbiban 252 esettel.

Nevezetes a cholera a Szerb-Aradácson való hirtelen és nagyfokú fellépése, a mennyiben ezen 1896 lakossal bíró községben rövid idő alatt 179 megbetegedés és 114 halálozás fordult elő.

A járvány főként a folyók mentén haladt, a mint azt egy pillantás a mellékelt térképre, mely a cholera ezen járványának elterjedését ábrázolja, világosan mutatja, s ha más úton huzcoltatott el, nagyobb kiterjedést sehol sem nyert. Kivétel némileg Liptó vármegye, hová Budapestről hazatérő munkások vitték el a cholera; itt 11 községben összesen 44 betegedés mutatkozott, melyből 24 végződött halállal.

Cholera-eset összesen 24 vármegye területén fekvő 188 városból és községből, továbbá 10 törvényhatósági joggal felruházott városból, és pedig 2463 betegedés 1344 halálozással jelentetett. Meghalt tehát a megbetegülteknek 54·9%-a, mely halálozási arány a cholera általánosan tapasztalt halálozási százalékkal megegyezik.

Midőn a szomszéd országokban cholera mutatkozott, az északi és keleti vármegyék védelmére a galicziai, bukovinai és román határ mentén 48 orvosi vizsgáló állomás működött; mikor pedig a járvány Budapesten fellépett, az innen elinduló utasok az összes vasúti és hajó-állomásokon orvosi vizsgálatnak lettek alávetve, és szennyes fehér- és ruhaneműjük fertőtlenítették. Az elinduló vonatok egy részét utazó orvosok kísérték, kiknek ismételve volt alkalmuk a vonaton megbetegült utasoknak az első segélyt megadni és kellő elhelyezésükről gondoskodni.

A cholera-védekezésnek ezen évben elfogadott elvei szerint igen nagy számú tárgy és árú volt mint ragályfogó a forgalomból kitiltva s ezen tilalmak a hatóságok által nem egyszer túlbuzgóságból még fokozva, a kereskedelemnek jelentékeny anyagi károkat és bonyodalmakat okoztak. Ehhez járult még az is, hogy egynemely külföldi állam, tilalmi által, lehetetlenné tett majdnem minden forgalmat.

A trachoma (szemcsés köthártyalob) ügyében az 1892-dik évben új mozzanatok nem merültek fel; igen kevés kivétellel csak azon területekre szorítkozott, melyek már az 1887-dik évi jelentésben említve vannak. Új fészkekül a Szolnok-Doboka vármegyei Aranymező község fedezett fel, hol az 1892-dik év elején járványosan észleltetett. Az oda kiküldött szakértő közegészségi felügyelő constatálta, hogy a szomszédos Kismező községben is, hol 1886-ban a trachoma uralgott, e kór — legtöbbszörre a volt betegek — újra mutatkozik. A részletes kimutatások során látható táblázatba felvették továbbá Békés, Csik és Komárom vármegyék, valamint Baja város is, melyekben a trachoma tájköri jellegét még nem öltött ugyan, de sűrűbben fordult elő.

A betegek legtöbbszörre tartózkodási helyükön járólagon kezeltettek. Helybeli orvosok hiányában vagy elégtelen száma miatt Trencsén vármegyében a zsolnai járásban 2, az illavai járásban 1, Nyitra vármegyében a privigyei járásban 2, Kolozs vármegyében a bánffy-hunyadi és almási járásban 1—1 járványorvos volt alkalmazva. A trencsén- és kolozsvármegyei járványorvosokat közvetlenül az államkincstár fizette, Nyitra vármegye pedig a trachoma

elfojtására az államkincstárból 10,000 forintnyi segélyt nyert azon 7000 forinton felül, melyet mult évben igénybe vett.

A legnagyobb sikert érték el a kolozsvármegyei bánffy-hunyadi járásban, hol 1887 óta járványorvosok működtek és a valódi trachoma-betegek száma az utolsó 5 év alatt 426-ról 48-ra szállott le.

Legtöbb helyen fogy ugyan a trachoma-betegek száma, csak-hogy nagyon lassan. Ennek oka részint ezen szembetegség idült jellegében rejlik, melynél az eddigi gyógykezelési módok csak nagyon hosszadalmas és kitartó kezelés után képesek sikert felmutatni, részint pedig abban, hogy miután e szembaj kivált kezdetben sem fájdalmat, sem látási zavart nem okoz, a majdnem kizárólag a munkásosztályhoz tartozó betegek a baj iránt nagyon közönyösek s a kezeléstől idegenkednek; de kenyérkeresetük is akadályozza őket abban, hogy az ezen célra kijelölt helyeken bajuk gyógykezelését végezt pontosan megjelenhessenek.

Kórházban való gyógykezelés útján teljes eredmény szintén csak több hónap mulva vagy éppenséggel nem érhető el. E miatt a kórházi gyógykezelésnek általános igénybe vételét, miután az a népet más irányban is nagyon sújtaná, addig, míg a kórházban biztosabb és gyorsabb eredmény nem lesz elérhető, czélszerűnek mondani nem lehet.

Egyes törvényhatóságokban a betegek száma látszólag emelkedett. Ez onnan ered, hogy ismételt rendeleteim folytán a szemvizsgálatok oly vidékeken is erélyesebben hajtottak végre, a hol ez annakelőtte vagy éppen nem, vagy csak felületesen történt. Az egyik vagy másik törvényhatóság területén mutatkozó szaporulat tehát nem új megbetegedéseket, illetőleg a baj továbbterjedését, hanem régi betegek felfedezését és nyilvántartásba vételét jelenti.

Csakis a tájkör felvidéki területén, mely a Nyitra vármegyei privigyei és zsámbokréti, a szomszéd Trencsén vármegyei zsolnai és illavai járásokból, és a Bars vármegyei b.-keresztúri járás János-Gyarmat és Uj-Gyarmat községekből áll, fordulnak elő évente nagyobb számú új megbetegedések, dacára annak, hogy ezen tájra különös figyelem fordítottatik. Ennek az oka abban rejlik, hogy e vidék lakosságának tetemes része tavaszkor csoportokban vonul ki mezei munkára az ország különböző részeibe és csak késő ősszel tér vissza. Erre az útra az egészségesekkel együtt mennek az enyhébb trachomában szenvedők is, kiket mint különben teljesen munkaképes egyéneket otthon visszatartani és azon keresettől, melyből az egész éven át családotól élniök kell, megfosztani nem lehet. Ez által nemcsak a betegek kerülnek el nyáron át a rendes gyógykezelést és a szemekre hátrányos foglalkozás — mint az aratás a forró napon, cséplőgépeknél és szérűkőn való munka — közben elviszítik a télen át folytatott gyógykezelés eredményét, hanem a hosszú együttélés alatt a csoportban levő egészségeseket is ragályozzák, úgy hogy az illető csoport rendszeren több trachomabeteggel tér vissza, mint a mennyivel hazulról elindult. A fennálló rendszabályok értelmében az illetőségi hatóság átküldi ugyan a trachomabetegek névjegyzékét annak a hatóságnak, melynek területére ezen munkások elszegődtek és az utóbbi hatóságnak kötelessége volna gondoskodni arról, hogy ezek a trachomás munkások külön helyen legyenek elszállásolva és lehetőleg külön foglalkoztassanak; de ezt az eljárást nem mindentűt követik a kellő szigorral, vagy pedig a csoportban levő egészséges munkások közönyén szenved hajtórést.

A trachoma elhuzrolása ellen való védekezés szempontjából az 1886-dik évi 63,668. számú belügyministeri körrendelet értelmében az ország valamennyi iskolájának ifjúsága, a gyárak és ipartelepek személyzete, a hazatérő katonák, az iparos tanoncok, az új helyekre érkező iparos segédek, munkások, cselédek stb. megvizsgáltatnak; ezen szemvizsgálatok eredménye a községek által nyilvántartatik, félvényként a belügyministeriumhoz felterjesztetik s a trachomáról szóló részletes jelentésbe felvételük.

Az országos közegészségi tanácsot az év folyamán tartott 35 ülésén leginkább a cholera és diphtheritis elleni védekezés foglalkoztatta. Igen sok idejét vette igénybe a különféle szabadalmak és engedélyek kinyerése végett a kormányhoz benyújtott kérvények feletti véleményadás a tekintetben, vajjon azok a közegészségre ártalmasak-e vagy nem?

A tanács kebeléből két bizottságot küldött ki; az egyiket állandósítván a járványügy tanulmányozására és szakadatlan

figyelemmel kísérésére, a másikat az egészségügyi reformnak tervezésére.

A tanácsnak 1892-dik évi működéséről szóló jelentése a II-dik részben (73. lapon) egész terjedelmében olvasható.

(Folytatása következik)

Heti szemle.

Budapest, 1893. október 19-dikén.

A cholera állása. Hazánkban a járvány az elmúlt héten változást nem igen mutatott. Az előbb már fertőzve volt vármegyékhez újabban Komárom, Nagy-Küküllő és Szeben megyék csatlakoztak. Brassóban az esetek száma már leapadt, a torontálmegyei Farkasd községben azonban még mindig aránylag nagyszámú megbetegedések fordulnak elő cholera következtében. Nagy-Szebenben, mely az alábbi kimutatásban nem fordul elő, e hó 5-dikétől 15-dikéig 10 megbetegedés történt. A járvány állását különben legjobban a következő számadatok tüntetik fel:

X/12—13.	14 helység	10 megbetegedés	10 haláletet
X/13—14.	16 "	22 "	15 "
X/14—15.	18 "	22 "	12 "
X/15—16.	19 "	37 "	20 "
X/16—17.	23 "	37 "	19 "
X/17—18.	16 "	22 "	9 "
X/18—19.	26 "	42 "	17 "

Október 12-dikének déli 12 órájától másnap délig a következő számú megbetegedések (zárjelben haláletetek) fordultak elő az országban: Brassó megye, 2 helység, 2 (2); Bács-Bodrog megye, 1 helység, 1 (1); Jász-Nagykún-Szolnok megye, 1 helység, (1); Máramaros megye, 4 helység, 5 (2); Moson megye, 1 helység, (1); Torontálmegye, 1 helység, 1; Torda-Aranyos megye, 2 helység, 1 (1); Zemplén megye, 2 helység, (2).

Október 13-dikének déli 12 órájától másnap délig a következő számú eseteket jelentették be: Bács-Bodrog megye, 4 helység, (5); Brassó megye, 1 helység, 1 (2); Kolozs megye, 1 helység, 3; Máramaros megye, 2 helység, 3; Pest megye, 2 helység, 2; Szatmár megye, 1 helység, 1; Torontálmegye, 5 helység, 12 (8).

Október 14-dikének déli 12 órájától másnap délig a járvány állása a következő volt: Brassó megye, 1 helység, 2; Bács-Bodrog megye, 2 helység, 3; Jász-Nagykún-Szolnok megye, 1 helység, 3 (2); Kolozs megye, 1 helység, (1); Liptó megye, 1 helység, 3; Nagy-Küküllő megye, 1 helység, 1; Nyitra megye, 1 helység, 1; Máramaros megye, 4 helység, 6 (2); Moson megye, 1 helység, (1); Pest megye, 2 helység, (2); Torda-Aranyos megye, 1 helység, (1); Torontálmegye, 2 helység, 3 (3).

Október 15-dikének déli 12 órájától másnap délig következő esetekről érkeztek hírek: Brassó megye, 1 helység, 1 (1); Bács-Bodrog megye, 2 helység, 2 (1); Kolozs megye, 1 helység, 1; Komárom megye, 2 helység, 3 (4); Máramaros megye, 5 helység, 10 (5); Nyitra megye, 1 helység, (1); Pest megye, 4 helység, 2 (4); Torontálmegye, 3 helység, 18 (4).

Október 16-dikének déli 12 órájától másnap délig következő számú eseteket jelentettek be: Bács-Bodrog megye, 4 helység, 1 (5); Brassó megye, 1 helység, (1); Fehér megye, 1 helység, 1; Győr megye, 1 helység, 1 (2); Komárom megye, 1 helység, 3; Máramaros megye, 2 helység, 7 (1); Moson megye, 1 helység, 2; Pest megye, 2 helység, 2; Szabolcs megye, 1 helység, 5 (1); Tolna megye, 1 helység, 1; Torontálmegye, 4 helység, 10 (7); Torda-Aranyos megye, 1 helység, 2; Ung megye, 1 helység, 1; Zemplén megye, 2 helység, 1 (2).

Október 17-dikének déli 12 órájától másnap délig a járvány állása a következő volt: Bács-Bodrog megye, 1 helység, (1); Fehér megye, 1 helység, 1; Kolozs megye, 1 helység, 1; Liptó megye, 1 helység, 2; Moson megye, 1 helység, 1; Pest megye, 4 helység, 3 (1); Szabolcs megye, 1 helység, 1 (1); Torontálmegye, 3 helység, 10 (4); Torda-Aranyos megye, 1 helység, 1 (1); Zemplén megye, 2 helység, 2 (1).

Október 18-dikének déli 12 órájától másnap délig következő számú esetek fordultak elő: Bács-Bodrog megye, 1 helység, 1; Csongrád megye, 1 helység, 1 (1); Jász-Nagykún-Szolnok megye, 2 helység, 2 (2); Komárom megye, 1 helység, 2; Kolozs megye, 1 helység, (1); Pest megye, 4 helység, 10 (1); Máramaros megye, 7 helység, 12 (7); Szabolcs megye, 1 helység, 3 (1); Szeben megye, 1 helység, 1; Tolna megye, 1 helység, 1; Torontálmegye, 5 helység, 7 (4); Ung megye, 1 helység, 2.

Budapesten a következő számú megbetegedések (zárjelben haláletetek) fordultak elő: 13-dikán 3 (4); 14-dikén 3 (2); 15-dikén 2 (2); 16-dikán 1 (3); 17-dikén 4 (3); 18-dikán 2 (2); 19-dikén 4 (1). Az eseteknek körülbelül fele a Ferencz-József lovassági lak-tanyában történik, a hová a cholera valószínűleg a Galicziából oda áthelyezett huszárezred hurcolta be.

A külföldi cholera vonatkozó hírek röviden a következőkben foglalhatók össze. Oroszországban a járvány meglehetősen mértékben csökkent, a mint az alábbi számadatokból is kiviláglik; csupán

Podoliában és Volhyniában dühöng még változatlan erővel a cholera, úgyszintén Szent-Pétervárott, a hol e hó 3-dikától 5-dikéig 106 eset fordult elő 38 halálozással. A szeptember 24-dikétől 30-dikéig terjedő héten a következő számú esetek fordultak elő a következő kormányzóságokban: Grodno 99 (30); Lomsha 445 (211); Minsk 69 (26); Moszkva 52 (34); Simbirsk 104 (43); Smolensk 25 (12); Tula 163 (41); Kharkoff 21 (16); Nisni-Novgorod 33 (16). Orel kormányzóságban szeptember 17-dikétől 30-dikéig 127 megbetegedés és 56 haláletet történt, Kazanban pedig 17-dikétől 23-dikéig 113 (68) eset. Németországban Hamburgban október 3-dikától 12-dikéig nem fordult elő cholera-eset; az összesen 20 napig tartott járvány alatt 112 megbetegedés és 50 haláletet történt. Az Odera mellékén újabban Altdammban, Nieder- és Hohenkränigben fordultak elő elszórt esetek; Stettinben október 12-dikén 7 (2), 13-dikán 8 (5), 15-dikén 4 (5) esetet jelentettek be. Franciaországban Brestben ismét történnék megbetegedések; 5-dikén 6, 8-dikán szintén 6 halálozás volt cholera következtében. Németalföldön a járvány úgyszólván megszüntnek mondható; október 12-dikén csak egy új megbetegedés fordult elő az egész országban.

Olaszországban Livornóban és Palermóban még mindig tetemes a megbetegedések száma, habár némi csökkenés mégis mutatkozik. A nocera-i tébolydában (Salerno tartomány) erős mértékben pusztít a cholera; szeptember 20-dikától október 5-dikéig 78 megbetegedés és 38 haláletet fordult elő. Pattiban még mindig történnek újabb megbetegedések. Nápolyban szeptember 19-dikétől 25-dikéig összesen 6 cholera-gyanus haláletet jelentettek be. Spanyolországban Biscaya tartományban változatlan az állapot, a napi megbetegedések száma 30 és 50, a haláleteteké pedig 10 és 20 között ingadozik. Angolországban Grimsbyben még mindig nem szűnt meg teljesen a cholera; e hó 6-dikától 9-dikéig 5 megbetegedés történt, melyek közül 2 halálosan végződött; 10-dikén és 11-dikén szintén volt 1—1 megbetegedés. Elszórt esetek előfordultak még Ormskiriban, Balbyban, Newcastle-on-Tyneben és Londonban. Greenwichben a napilapok szerint e hó 15-dikén 11 cholera-gyanus megbetegedés történt. Konstantinápolyban a skutari-i tébolydában újabb esetek úgy látszik már nem fordulnak elő; magában a városban történő elszórt esetekről azonban még mindig érkeznek hírek. Galicziában némi javulás észlelhető; október 3-dikéig összesen 912 megbetegedést és 551 haláletet jelentettek be. Boszniában Brckában szeptember 22-dikétől 29-dikéig 7 cholera-eset fordult elő.

Az iskolaorvosok látogatása a 17. sz. katonai kórházban.

Az iskolaorvosi tanfolyam hallgatói megtekintették mult szombaton a 17. sz. katonai kórházat a Krisztinavárosban. Az épülecsoport számos zegzugával nincs ugyan szerencsésen tervezve, mindazáltal annál inkább dicsekedhetik a Svábhegy felől első kézből kapott friss levegőjével. A kórtermek világosak, szellősek és példásan tiszták. Az udvar egyik sarkában teljesen izolált cholera-barak van tisztak számára. Szerencsére eddig nem akadt beteget. Közéleben van egy egyszerű, de azért czélszerűnek tapasztalt Thursfield-féle gözdesinficiáló. E kórházban vannak elszállásolva az ország minden részéből egybegyűjtött trachomás katonák, mintegy 210-en, a kiket a gyógyítás mellett katonailag is gyakorolnak és kiképeznek. Nyílt, csupán deszkatetővel fedett barakban vannak elhelyezve. Eme szabad levegőn való tartózkodást úgy a trachomásokra, mint más betegekre nézve is igen előnyösnek tapasztalják.

A kórház legkiválóbb tulajdona azonban az, hogy minden osztály vezető orvosának jól berendezett dolgozó szobája van, a mely úgy önálló buvárkodásra, valamint szakoktatásra is igen jól felhasználható. Hoor ezredorvos úr, a szemészeti osztály vezetője, valóban itt tartja egyetemi magántanári előadásait.

A tanulságos intézetben Paikert főorvos és egészségügyi főnök, továbbá Stangl és Herczog főorvosok, Novák és Urbanek törzsorvosok és Hoor egyetemi magántanár és Kunze ezredorvos urak fogadták és kalauzolták a látogatókat, s a mikor Fodor tanár a szíves fogadást és a tanulságos felvilágosításokat megköszönte, Paikert egészségügyi főnök kijelentette, hogy készséggel mutatták be a kórházat annál inkább, mert a katonaeorvosok is az egyetemi intézetek látogatásánál hasonlóképen mindenkor szíves fogadatra és készséges támogatásra találtak.

Kivonat a hivatalos „Egészségügyi Értesítő”-ből. 1893. 8. sz. Közzététel.

1. B. ü. m. k. r. X/14. 86,753. sz. Ragályfogó árúk forgalmának korlátozása tárgyában. Rongyok, használt testi fehéreműek, viselt ruhafélék és használt ágyneműek azon törvényhatóságokban, hol choleraesetek sűrűbben mutatkoznak, egyik helyről a másikba át nem vihetők; ugyane tárgyak ugyane helyekre azonban járványmentes helyekről ólmozott kocskiba rakva bevihetők. Ilyen helyek ez idő szerint: Bereg, Szolnok-Doboka, Szatmár, Maramaros, Ung, Zemplén, Szabolcs, Kolozs, Ugocsa, Jász-Nagykún-Szolnok, Torontál és Bács-Bodrogmegyék, Szatmár-Németi, Kolozsvár és Szeged városok.

2. B. ü. m. k. r. X/5. 1893. A Román határ részbeni megnyitásáról. A mihaileni határállomás a forgalom számára megnyitották.

3. B. ü. m. k. r. X/14. 1893. A Romániába beérkező gyógyszerek tárgyában. A gyógyszerek és gyógyszer különlegességeket a gyógyszerárusok (droguisták) is bevihetik Romániába.

4. B. ü. m. k. r. X/15. 1893. A cholera-gyanus esetek bejelentése tárgyában. Baranya vármegye közönségének. F. é. október hó 14-dikén 15,720. az. a. kelt. a Marázán előfordult gyanus halálzásokról küldött távirati felterjesztéséből azt veszem ki, hogy a cím Marázán f. hó 9-dikén előfordult második cholera-gyanus halálesetét azért nem jelentette ide be, mert az első gyanus halálesetben, melyhez a másik kórtünetileg hasonló volt, a bacteriologiai vizsgálat nem constátálta az ázsiai cholera és ennél fogva a második halálos kimenetelű esetet sem tekintette cholera-nak. A cím ezen eljárására nézve megjegyzem, hogy az utóbbi időben, kiváltképen a tavalyi és ez idei hamburgi cholera-járványok alkalmából szerzett tudományos tapasztalatok kétségtelenné tették azt, hogy sok klinikailag súlyos és halálos kimenetelű ázsiai cholera-esetnél a bacteriologiai vizsgálat nem volt képes a beteg ürülékében a bántalomra jellemző cholera-vibriót kimutatni, míg viszont több, könnyű hasmenésben a bacteriologiai vizsgálat ázsiai cholera-t constátált. Ezen és ehhez hasonló számos tapasztalat alapján ma már az ázsiai cholera diagnózisának megállapításánál első sorban a klinikai kórkép szolgál alapul és a bacteriologiai vizsgálatot csupán a kétséges esetek elbírálásának segéd-eszközül tekintik. Mindebből kifolyólag cholera-járvány idején minden súlyosabb hányás és hasmenés, esetleg csak hevesebb ideg hasmenéssel járó megbetegedés is az intézkedések szempontjából ázsiai cholera-nak tekintendő, különösen oly helyen, hol már choleraeset előfordult, vagy mint a szóban forgó esetben, hol a megbetegedés bár csak a heveny gyomorbelhurut klinikai képét mutatta, de halálal végződött. Felhívom tehát a címet, hogy ide minden súlyosabb és cholera-gyanus bélhurut esetet táviratilag jelentsen be és az óvintézkedéseket az ázsiai cholera-ra vonatkozó rendeleteim értelmében a legnagyobb erélyvel foganatosítsa. Budapest, 1893. október hó 15-dikén. A miniszter meghagyásából: Chyzer Kornél s. k. min. oszt. tanácsos.

Gyógyszertárak. 2 új személyes jogú gyógyszertár felállítására engedélyeztetett Salgó-Tarjánban és Zágonyon; 2 átruházás történt; több folyamodvány elutasított.

Budapest fő- és székvaros közegészségi állapota 1893. évi augusztus hónapban. A tisztii főorvos jelentéséből közöljük a következőket: A fő- és székvaros közegészségi állapota a múlt havihoz viszonyítva úgy az általános halálozás mint betegség tekintetében javult (múlt hónapban halálozás 1167, betegség 16,571, e hónapban halálozás 1029, betegség 15,201). A heveny ragályos kórok sem mutatnak lényeges eltérést, kivéve a hökhurutot, mely emelkedett, s a kanyarot, mely úgy halálozás mint betegedést illetőleg több mint felére csökkent. A gyomorbelhurut megbetegedési esetek csekély emelkedést, a halálozások azonban csökkenést mutatnak. A hó végén előfordult cholera-megbetegedésekről jelentésem alább következik. Elve született e hónapban 1619, meghalt katonák nélkül s az útról jött s itt elhalt 88 egyén levonásával 1029; így a születési esetek 590-nel multák felül a halálozásokat. Augusztus hónapban a fő- és székvaros összes nyilvános és magánkórházaiban gyógykezelte 6486 fekvő és 6659 járó beteg; a kerületekben a ker. orvosok által 2056 részint fekvő, nagyjából járó beteg, összesen 15,201, azaz 1370-nel kevesebb mint a múlt hónapban. Ebmarás 8 esetben történt. Orvosrendőri boncolás végeztetett 54, orvostörvényszéki 22 esetben. Öngyilkosság 18 esetben fordult elő és pedig: lövés 5, akasztás 5, mérgezés 1, egyéb módon 7. A Dunából 4 hullá fogatott ki. A fővárosi szegényházban 1033 egyén közül 444 volt beteg (ezek közül elme- és eskóros 151). A fővárosi „Josephinum” fiárvaházban 91 növendék közül 2 volt beteg, az „Elisabethinum” leányárvaházban 102 növendék közül 2 volt beteg, a „Klotild” szeretetházban 59, a Mayer-féle árvaházban 75 növendék közül 6 volt beteg. A lelenez és dajkaságba adott gyermekekre nézve: Szaporodás e hónapban volt összesen 45, csökkenés 81. Beteg volt e hónapban összesen 56, meggyógyult 39, gyógykezelte 10, meghalt 7. Halál-okok voltak: rángórcs 1, aszkór 1, bélob 1, gyomorbelhurut 2, agylob 1, veleszületett gyengeség 1 esetben. A köztisztaság a VI, VII. és VIII-dik külkerületekben a hiányos seprés miatt gyarló volt. A vízvezetési víz a VII-dik ker. Aréna-úton túl szüretlen, élvezhetetlen volt. A közutak mindig jó vizet szolgáltatottak. Az állategészségügy nem volt kedvezőtlen. Okleveleiket e hónapban bemutaták: László László, Rácz Jenő, Glass Rezső egyetemes orvosdoktorok és 10 szülész. Felemlítendő még, hogy f. hó 26-dikán d. u. 5¹/₄ órakor a III ker. előjáróság jelentette, miszerint a ker. orvos a bécsi-úti téglagyárból egy gyanus tünetek közt megbetegedett egyén kórházba szállítása iránt intézkedett, a mely beteg folyó hó 27-dikén meghalt, f. hó 28-dikén megejtett boncolás, valamint a bacteriologiai vizsgálat nála az ázsiai cholera-t állapította meg. A gyanus megbetegedés bejelentésének vétel-

vel azonnal felhívta a tisztii főorvos hivatal a ker. orvost azon baraknak, melyben a betegedés előfordult, haladéktalan kiürítése, valamint a beteggel együtt lakó egyéneknek a szükségglásokba leendő kiszállásolása s a fertőtlenítés megejtése iránti intézkedések megejtésére.

Augusztus hó 28-dikán a bécsi-úti téglagyárból ismét beszállított egy beteg gyanus tünetek közt.

Augusztus hó 29-dikén kettő s augusztus 31-dikén egy, összesen tehát 5 cholera-megbetegedés fordult elő az inficiált telepen, ide nem számítva a gyanus, de cholera-nak nem bizonyult eseteket; ezek közül augusztus 31-ig 4 el is halt.

Vegyesek.

Budapest, 1893. október 20-dikán. A fővárosi statistikai hivatalnak 1893. október 1-től október 7-ig terjedő heti kimutatása szerint e héten élve született 389 gyermek, elhalt 224 személy, a születések tehát 165 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup 2, ronesoló toroklob 11, hökhurut —, vörheny 3, cholera asiat 8, typhus abdominalis 3, egyéb ragályos betegségek —, agykérlob 14, agyvérömleny 4, rángások 8, szervi szívbjaj 5, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörgurhut 20, tüdőgümő és sorvadás 31, bélhurut és bélob 24, carcinomata et neoplasmata alia 8, méhrák 4, Brigthkór és veselob 5, angolkór 2, veleszületett gyengeség és alkathiba 15, aszkór, aszály és sorvadás 7, aggkór 8, erőszakos haláleset 18. — A fővárosi közkórházakban ápolatott e hét elején 1936 beteg, szaporodás 655, csökkenés 679, maradt e hét végén ápolás alatt 1912. — A fővárosi tisztii főorvos hivatalnak 1893. október 8-tól október 14-ig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 8 (meghalt 2), bányahimlőben 17, vörhenyben 33 (meghalt 3), kanyaróban 54 (meghalt 1), ronesoló toroklobban 42 (meghalt 9), torokgyikban 1, trachomában 17, hökhurutban 11 (meghalt 2), orbáncban 17, gyermekágyi lázban 1 (meghalt 1), cholera 19 (meghalt 9).

△ Egyetemes orvosdoktorokká felavattak 1893. október 14-dikén: Verubek Gusztáv, Losoncz (Nógrádm.), f. a. Korányi tnr.; Grün János, Perjámos (Torontálm.), f. a. Kovács tnr.; Brunner Lajos, Egyek (Hajdum.), f. a. Scheuthauer tnr.; Lengyel Bertalan, Izsák (Pestm.), f. a. Fodor tnr.

— A belügyminiszterium bacteriologiai intézetében szeptember 29-dikétől október 11-dikéig 26 cholera-gyanus ürülékét vizsgáltak meg 6 esetben pozitív, a többiben negatív lelettel.

△ A budapesti Pasteur-intézetbe vesztegellenes védőoltások végett beküldött honvédek a honvédelmi m. kir. miniszter 44.426. sz. korrrendelete értelmében, úgy mint a közös hadseregbeli vesztegmarott katonák, a cs. és kir. budapesti 16. sz. helyőrségi kórházban nyernek elhelyezést.

○ Valovits Gyula dr. n.-kikindai járásorvost Torontálmegye főispánja a n.-kikindai közkórház igazgató főorvosává nevezte ki.

— Sigmund József dr. gyulai járásorvost Kolozsmegye főispánja mőcsi járásorvossá nevezte ki.

— Liszt Nándor dr. tetétleni községi orvost Hajdúmegye főispánja tiszt. járásorvossá nevezte ki.

△ Hoffmann Adolf dr. lipót-szt.-miklósi körorvost Liptómegye főispánja tb. járásorvossá nevezte ki.

— Bókai János dr. egyet. tanár és a budapesti Stefánia-gyermek-kórház igazgató főorvosa a nemzetközi közegészségi és demographiai congressuson „a gyermekkori hügykőbetegség magyarországi elterjedéséről” szándékozván referálni, felkérte az összes hazai kartársakat, hogy az erre vonatkozó adatokat az elküldött kérdező-íveken hozzá juttatni sziveskedjenek.

— Bacteriologiai cursus. Az állami bacteriologiai intézetben Preisz Hugó dr. f. évi november 6-dikán a pathogen bakteriumokról és a bacteriologiai technikáról 5—6 hétre terjedő cursust fog megkezdni. A cursus közös megegyezés szerint vagy a délutáni vagy az esti órákban fog tartatni, díja személyenként 25 frt. A résztvenni óhajtok kéretnek a nevezett intézetben (Rottenbiller-utca 23) szóval vagy levélben jelentkezni.

○ Az orvostanhallgatók segélyző és önképző egylete folyó hó 16-dikán tartotta tisztújító ülését. A választás eredménye a következő volt: elnök: Pékár Mihály, alelnök: ifj. Gebhardt Ferencz, I. titkár: ifj. Klug Nándor, II. titkár: Scholtz János, pénztáros: Uhl Gyula, ellenőr: Faludy Géza, főjegyző: Csiky János, főkönyvtáros: Zimmermann Károly, háznagy: ifj. Holenia Gyula, jegyzők: Elischer Gyula, Türk Szilárd, könyvtárosok: Borsos Károly, Horváth Ferencz. Az önképző bizottság tagjai: ifj. Gebhardt Ferencz elnök, ifj. Holenia Gyula, Kélli László, Pékár Mihály, Rácz Ödön. A pénztárvizsgáló bizottság tagjai: ifj. Gebhardt Ferencz elnök, Benedikt Henrik, Kövessi Géza. A könyvtár-vizsgáló bizottság tagjai: ifj. Gebhardt Ferencz elnök, Fenyvesi Béla, Verebélyi Tibor.

— Országos orvosi segélyegylet. Felhívom azokat a tagtárs urakat, vagy olyan elhalt tagtársak özvegyeit és árváit, kik az egyeletünkkel évenként egyszer kiosztásra kerülő segélyalapra igényt tartanak, sziveskedjenek szegénységi bizonyítvánnyal és esetleg egy hatóság orvosi ajánlatával felszerelt bélyegmentes folyamodványaikat f. é. november

hó végéig bérmentesen hozzám beküldeni. A folyamodók közül a három legérdemesebb a dr. Mészáros Károly-féle külön kezelt alpnak kamataiból egyenkint 160 frt évi segélyben részesül, melyet ajánlatunk alapján az alapító adományoz. Pap Samu dr., ország. képvis., elnök, Kerepesi-út 8. sz.

—r. Mint lapunk hirdetési rovatából kivehető, Budapesten e hó elején megnyitott az első magyar kefir-intézet, melyet ezennel t. olvasóink figyelmébe ajánlunk.

† Elhunytak: Koharics János dr. városi főorvos Szigetvárt; Reiner József dr. nyug. törvényszéki orvos Temesvárt; Zoltán Armin dr. kórházi községi orvos és az ottani nyirktermelő intézet tulajdonosa.

„Szt. Lukács-fürdő“ részvény-társaság.

Téli és nyári gyógyhely.

Helyi zuhanykezelés meleg ásványvízzel, iszaphorogató, téli iszapfürdők és lakásokról küld prospectust díjmentesen az igazgatóság.

Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és üllői-úti kórházban 1893. október 12-től egész október 18-ig ápolt betegekről.

1893.	Felvett beteg			Elbocsátott gyógy.			Megmentett beteg			Maradt beteg			Az ápoltak közül			
	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	a Rókusban			
													beteg	szülönő	heveny fertőző	az üllői-úti kórházban
Okt. 12	60	31	91	34	40	74	2	2	4	979	831	1810	1018	28	45	719
" 13	39	31	70	52	15	67	2	4	6	964	843	1807	1010	29	47	721
" 14	47	36	83	55	65	120	3	7	10	953	807	1760	984	28	46	700
" 15	26	17	43	33	23	56	6	2	8	940	799	1739	987	25	48	679
" 16	59	53	112	44	42	86	9	2	11	946	808	1754	1002	25	52	675
" 17	56	50	106	40	30	70	2	2	4	960	826	1786	1025	25	51	685
" 18	58	47	105	42	22	64	5	6	11	971	845	1816	1028	25	57	706

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi-, górsői- és bacteriologiai **orvosi labororiumban** mindennemű ép és kóros váladéknak (ú. m.: vizelet, köpet, vér-, dajkatej-, hányadék-, ex- és transsudatum stb.), továbbá szöveteknek, daganatoknak úgy vegyi, mint górsői és bacteriologiai vizsgálatára vállalkoznak **dr. VAS BERNÁT** és **dr. GARA GÉZA** a labororium vezetői. 8 Poliklinika: VII., Dohány-utca 31. sz.



Orvosi perc maximum hőmérő, legfinomabb minőségű nickel- vagy börtökben, vizsgálati okmányokkal, minden tekintetben megbízható. Egy db. ára 2.50 márká franco. Wilhelm Uebe, Zerbst-Anhalt.

Városligeti sanatorium!
Szülő és nőgyógyászati magán-intézet.
21 Budapest, VI., Herminaút 57.
Terhes, szülő, gyermekágyas és beteg nők felvétele egész éven át. Mérsékelt árak. Kívánatra prospectus.
Dr. Szalárdi Mór, Dr. Temesváry Rezső, igazgató orvosok.

Dr. Dollinger Gyula
TESTEGYENÉSZETI ÉS SEBÉSZETI INTÉZETE
Budapest, VII., kerepesi-út 52. 41

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

Salvator

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

Borral használva igen kellemes üdítő italt szolgáltat. Kapható ásványvíz-kereskedésekben a legtöbb gyógyszerárban **A Salvator-forrás igazgatósága Eperjesen.**
Budapesten főraktár **Édeskuty L. úrnál.**

ABBAZIA fürdőorvosa **SZEMERE ALBERT dr.**, a mell- és torokbajok speciális orvosa. 2 Lakása: Villa Szemere, a kikötővel szemben.

Vinum sagraadae genuinum „Liebe“.

A Casarea sagraadanak boros folyékony kivonata 1-15 fajsúlylyal 42% extractív anyagokkal (1 kbm. = 1 gramm friss kéreg) minden nehézség és káros hatás nélkül fokozza a peristaltikus mozgást, úgy hogy rendes pépes, ritkábban folyékony székürülések bekövetkeznek, hosszabb időre szabályozza az emésztést, hosszú ideig eltartható, gyermekeknél is alkalmazható, „Liebe Sagraada-bora“ 603°, 210°, grammos üvegekben a gyógytárakban kapható. A rendelésnél a „Liebe“ név mellékelteni kéri, miután utánzások léteznek. 7

14 érem és oklevél. **J. Paul Liebe, Dresden.**
Magyarországi főraktár: Török József gyógytára, Király-utca 12.

Dr. KNORR'S

ANTIPIYRIN

LÖWENMARKE
bestes schnellstes „sicherstes“
ANTIPYRETICUM
Ohne nachtheilige Nebenwirkungen.

BESTES MITTEL GEGEN KOPFWEH.

DERMATOL Geruchloses Wundheilmittel in den meisten Fällen JODOFORM ersetzend

TUBERCULINUM KOCHII TUBERCULOCIDIN 100% E 100%

AGATHIN (Salicyl methyl phenyl 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.)

Leghatásosabb és legolcsóbb antisepticum!
Dr. Angerer tanár sublimat-pastillái
 à 1.0 subl. egy liter víz számára:
 1 Carton à 5 Cyl. à 10 drb. franco. vám frt 2.—
 1 Ered. üveg à 100 drb. nyitva " " 2.—
 1 " " " " " " " " 8.—
 1 " " " " " " " " 14.50
 à 0.5 subl. has. csomag. Árak frt 1.80, frt 1.80
 frt 7.—, frt 13.—

Kitünt. a párisi és londoni hyg. kiáll. 1893. és 1893. nagy ar. éremmel.

Kapható a legtöbb gyógyszerertárban
 1 liter antisept. folyadék néhány krajczárért.

Az Angerer-féle pastillákat egyedül az alulírt cég van jogosítva készíteni. Utánzóoktól vényesen megbüntetettek. Minden csomag a mellékelt védjeggyel van ellátva.
Egyedüli gyárosok:
ADLER-APOTHEKE,
 21 München, Sendlingerstrasse 13.

Glycerin ereme carbol szappan zinttubusokban — rendkívül kényelmes, kellemes, könnyen magával hozható szappan. Bakteriologikus vizsgálatok alapján felette megbízható desinfectans. 1 tubus ára orvosoknak 25 kr.

Aqua Piperazini sodat 1:500 erre alkalmas palaczkokban, kitűnő húgsavoldó.

Capsul. extr. hydrast. canad. Budai. — Minden gyöngy 20 csepp extr. fluidumot tartalmaz, besűritett állapotban a Berberin s Hydrastin teljes tartalmával. — Méhvezésknél s méhgyengeségnél positiv hatású.

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

Kapható 31
Budapesten a „Városi gyógyszerertárban“, Városház-tér.

TISZTA AETHYLENCHLORID helyi anaesthesiára.
 Biztos hatás. — Teljesen ártalmatlan.
 Gyógyítja az idegszabakat, ischiast. Bizonyítványok híres orvosok, sebészek és fogorvosoktól.

FÓRAKTÁRAK:
 Budapesten: Dr. Fischer Samu gyógyszerert. „Hunniához“
 Erzsébet-körút 56. Városi gyógyszerertár (Haris bazár).

Gilliard P. Monnet & Cartier
 La Plaine, Genf mellett (Schweiz).

Alkalmazás helyi anaesthesiára Prof. Dr. Redardtól.



Patentirozva
 Ár és irodalom iránt a prospektus kéréndő.

10 és 30 grammos csövek kaucsuk-gyűrűvel és fémelzárással. 13

Benno Jaffé & Darmstaedter Martinikenfelde Berlin mellett.
LANOLINUM PURISS. LIEBREICH
 teljesen szagtalan, savmentes és csaknem fehér.
Kapható Ausztria-Magyarország minden gyógyszerárúsánál. 20

A párisi orvosi akadémia által approbált gyógyszerek
 L. Frère intézetéből, Páris. Rue Jacob 19.
Frère-féle nyomtatott és pontosan adagolt GRANULÁK.

Egyedüli arany-érem (gyógyszerkészítményekért) az 1878-diki párisi világiállításon.
 Minden gyógyszer neve és adagja egész olvashatóan reá van nyomtatva minden szemre. — A Frère-féle granulák pilula alakban és matematikai pontossággal készítve; különbözőkép színezve a különféle tartalmú szemcsék összetévesztése lehetetlen! Bevételük igen kényelmes. Az orvosság zsebben hordozható, s minden időben a beteg rendelkezésére áll. 1 üveg 100 szemet tartalmaz. 10

Kivonat az árjegyzékből:
 1 üveg ára:

Aconitin ... 1/20 mgm. frt —.80	Extr. belladonn. ... 1 ctgm. frt —.80	Natr. salicyl. ... 10 ctgm. frt —.80
Atropin ... 1/2 " " —.80	Ferrum arsen. ... 1 mgm. " —.80	Natr. arsenic. ... 1 mgm. " —.70
Acid. arsen. ... 1 " " —.80	Ferrum lact. ... 5 " " —.80	Podophyllin. ... 1 ctgm. " —.80
Acid. salicyl. ... 10 ctgm. " —.80	Ferrum lact. ... 10 " " —.80	Podophyllin. ... 5 " " —.80
Aloes ... 5 " " —.80	Hyosciamin ... 1/2 " " 1.50	Quassin ... 2 " " —.80
Chinin. arsen. ... 1 mgm. " —.80	Hydrarg. bichlor. corr. ... 1 " " —.70	Santonin ... 5 ctgm. " —.80
Coffein ... 1 " " —.80	Hydrarg. bijod. ... 1 " " —.80	Strychnin ... 1 mgm. " —.80
Codein ... 25 " " 1.80	Morphin acet. ... 1 " " —.80	Tannin ... 10 ctgm. " —.80
Digitalin. ... 1 " " —.80	Morphin acet. ... 5 ctgm. " 1.—	
Ergotin ... 1 ctgm. " —.80	Morphin-hydrochlor. ... 1 mgm. " —.80	

Dr. Clertan-féle gyöngycapsulák (Perles)
 a párisi orvosi akadémia által helybenhagyva.

Minden szem egy vékony és átlátszó boríték alatt 10 ctgm. szilárd, vagy 5 csepp folyékony gyógyszert tartalmaz. 1 üvegben 30 darab gyöngycapsula van.

1 üveg ára:

1 Perles. Aether sulf. Clertan (30 db) ... frt 1.20	5 Perles. Guajacol Clertan (30 db) ... frt 1.—
2 " Aether c. ol. terebinth Durand (30 db) ... 1.50	6 " Ol Santal Clertan (30 db) ... " 1.60
3 " Chinin. sulf. Clertan (30 db) ... " 1.80	7 " Ol. Terenbinth Clertan (30 db) ... " 1.20
4 " Creosot Clertan (30 db) ... " 1.—	8 " Terpinol Clertan (30 db) ... " 1.—

A gyöngycapsulákban foglalt gyógyszerek absolute tiszták. Adagok pontosak. A gelatinboríték a gyomorban gyorsan és könnyen oldatik fel.

Előnyei. A gyöngycapsulákat könnyű bevenni, íz és szag el van takarva. A gyógyszer hosszan eláll bomlás, illanás nélkül, erejüket tehát nem veszítik idővel.
Perles Creosot Clertan. Sommerbrodt, Buchardat, Fraentzel, Guttmann és Sahli számos kísérletei alapján a tuberculosis ellen kiváltképen annak első stádiumában mindeddig felül nem mulatott. Adagolás eleinte 3 db., lassanként fel lehet menni 12 dbig.
Perles Guajacol Clertan. Számos előkelő klinikus a Guajacolnak a Creosot felett előnyt ad, s kivált előrehaladt tuberculosisnál, a hol a Creosot már eredményre nem vezetett, még a Guajacollal meg-

lepeő hatás éretett el. Adagolás eleinte 3 db., lassanként fel lehet menni 12 darabig.
Perles Santal Clertan. Húgycső- és hólyagbántalmaknál lehetővé teszi a belsőlegi kezelést minden befeeszkendezés kizárásával; Copaivát s Cubebát jóval felülmulja, a gyomrot meg nem terheli, előbbieket teljesen háttérbe szorította. Eleinte 3 drb., fokozatosan fel lehet menni 10 darabra naponként.
Perles Terpinol Clertan. Csillapítja a köhögést, különösen idült tüdő- és hörghurutnál javulva; adagolás 4 drb., fokozatosan fel lehet menni.

Orvosoknak nyomtatványok, minták, s kísérletezésre szóló anyag ingyen és bérmentve.
Magyarországi főraktár: TÖRÖK JÓZSEF gyógyszerertára Budapest, Király-utca 12. szám.
 Budapest, 1893. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető: Müller Ágoston.) Dorottya-utca 14. sz.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KOZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

*Epehólyagmütét 54 kő eltávolításával.*¹

Közli Herzel Manó dr., közkórházi rendelő sebész, heidelbergi egyetemi m. tanár.

Alig néhány éve, hogy az epehólyagbántalmak operatív kezelésének kérdése *Langenbuch* által felszínre került, s máris számos közlemény áll rendelkezésünkre, melyek e kérdést operált esetek kapcsán behatóan tárgyalják. Nevezetesen *Riedel*, *Courvoisier*, *Körte* és *Czerny* szolgáltatott értékes adatokat az epeutak sebészi kezelésére vonatkozólag, melyekből kiderült, hogy az operatív beavatkozások korántsem járnak oly veszélylyel, mint azt eleve képzelnék.

Igaz ugyan, hogy *Riedel* ama várakozása, miszerint minden az epeutakra vonatkozó beavatkozás veszély nélkül leend, egyelőre pium desiderium, mégis kétségtelen, hogy ma már számos oly beteget vagyunk képesek aránylag veszélytelen műtéti beavatkozással radikálisan gyógyítani, kik hosszan tartó belső kezeléstől és huzamos karlsbadi kuráktól hiába vártak gyógyulást.

Az epeutak megbetegedéseinek *symptomái* azonban gyakran oly *elmosódottak*, hogy a *praecis diagnosis* annyira nehéz, miszerint magának a műtétnak kivitele, annak ideje és módja felett a sebészek egymás közt, másrészt a belgyógyászokkal megállapodásra sokszor nehezen juthatnak. Ezért, mint *Riedel* maga is hangsúlyozza az epehólyagbántalmakról irt munkájában, kívánatos minden egyes operatív kezelt esetnek alapos közlése, mert ha csekély mértékben is, de mégis hozzájárul az *indikatiók* helyes megállapításához, és annak eldöntéséhez, hogy adott hason esetben *melyik műtéti eljárás a legcélszerűbb*. Szükséges ez annál is inkább, mert az epehólyagbántalmaknál az *idejekorán végzett műtét* már maga is fél sikert jelent.

Eddig négy esetben volt alkalmam epekövek miatt hasmetszést végezni, melyek *utolsójának* kórtörténetét a következőkben bátorkodom ismertetni.

Varga T., 26 éves, budapesti illetőségű varrónő atyjánál, ki jelenleg 51 éves, már 15 év óta jelentkeznek időnként göresös fájdalomrohamok a máj tájékán. Anyjának két ízben volt huzamos ideig gyomorgöreses elgyengülést sárgasága. Gyermekbetegségeiben tudtával nem szenvedett. 14 éves korában menstruált, 15 éves korában férjhez ment és négy egészséges gyermeket szült, az utolsót 3 év előtt.

Három hónappal férjhezmenetele után léptek fel először hirtelen minden külső ok nélkül göresös szúrós, 4—8 sőt 12 óráig is tartó heves fájdalomrohamok a máj és köldök táján, melyek öt éven át kevés megszakítással tartottak, és öt rendkívül elgyengítették, annál is inkább, mert a „göresök“ alkalmával mindig epés folyadékot hányt, rendkívül sok morphint fogyasztott és állandóan étvágytalanságban szenvedett.

Husz éves korától 24. éveig a rohamok évente csak 2—3-szor jelentkeztek, de akkor 1—2 napig is tartottak.

Közben-közben azonban gyakran kinozták tompa hát- és keresztcsonti fájdalmak.

Az utolsó 1½ évben azonban a görcsrohamok mindig erősebben, gyakrabban, huzamos tartammal és rendkívüli intenzitással léptek fel. Egy-egy roham eltartott már 8—10 napig is, miközben maga a beteg mája táján tapintásra fájdalmas duzzanatot észlelt, mely a „görcs“ multával lelohadt. Sárgaságban sohasem szenvedett, székkel kövek tudtával sohasem távoztak. Havi bajai most rendetlenül jelentkeztek, a mennyiben minden nagyobb roham után beállott a profus menstruatio, mely azután fájdalom nélkül 5—8 napig tartott el. Ekként az utóbbi 17 hó alatt a vérzés kisebb-nagyobb mértékben jóformán folyton tartott. Ezenkívül majd mindig hányt, lesoványodott, elgyengült, állandóan székrekedésben szenvedett, úgy hogy kinteljes állapotában majdnem öngyilkossá vált.

Mivel úgy a különféle szerekkeli belső, mint a huzamos lokális nőgyógyászati kezelés sikertelen maradt, bajától szabadulandó, az illóí-úti közkórházban osztályunkra vétette fel magát.

Stat. praes.: A rendkívül lesoványodott halvány beteg mellkasi szervei épek.

Has kevéssé puffadt. A jobb hypochondrium nyomásra fájdalmas. A májtompulat kissé nagyobb a rendesnél. A máj szélén a parasternalis vonalban, a bordaívától 3—4 cm. nyire, egy kis tojásnagyságú ruganyos (derb) daganat tapintható, mely a légzési mozgásokat követi, és oldalnyomásra helyzetét kissé változtatja.

A daganat különösen a rohamok alkalmával jut teljes kifejezésre, mikor is egyszerű érintésre is rendkívüli fájdalmas, és erősebb nyomásnál a tapintó ujjban batározottan oly érzést kelt, mintha kövek dörzsöltetnének egymáshoz.

Mindezen tipikus jelenségek után a diagnosist *epekö-kölikában* állapíthattam meg, s nagy valószínűséggel gyanítottam, hogy az epehólyagkövek közül egy vagy egyesek a ductus cystikusba vannak ékelve, míg a ductus choledochus maga szabad, mert hisz icterus az egész betegség lefolyása alatt sohasem mutatkozott.

Mindeme körülmény, de maga a beteg is sürgős műtéti beavatkozást kívánt, melyet *chloroform narkosisban* 1893. augusztus 7-dikén hajtottam végre.

14 cm. hosszú a jobboldali m. rectus abdominis külső szélén áthatoló hasmetszéssel megnyitottam a peritonealis ürt.

Kiderült, hogy a környékkel összenőtt epehólyag rendkívül medialiter fekszik, úgy hogy a hozzá való férközés és teljes áttekintés nagy akadályokba ütközött volna, miért is az első *Langenbuch* féle metszéshez derékszög alatt 2 ujjal a köldök felett egy 8 cm. hosszú, a középvonalig haladó vízszintes metszés lett (— alakúlag) illetve, mely a jobboldali musc. rect. abdominist kettészelte.

Most már szabadon feküdt előttünk az epehólyag tája. A kétszeresig nagyobbodott, feszes hólyag kúpján vérdús vastag alszálágokkal volt a májhoz odanőve, míg alul lazán a colon transversummal volt összetapadva. Ez utóbbi leválasztása után kitűnt, hogy az epehólyag alsó felülete, nevezetesen a duct. cystikus körüli részek fehéres savós 2 mm.-nyi vastag álhártyával vannak borítva (*Pericholecystitis*).

¹ Betegbemutatással előadatott a budapesti kir. orvosegyesület 1893. október 21-diki ülésén.

Közel, a hólyagnak a duct. cystikusba való átmeneténél — tehát hátsó külső részében — egy körülbelül földiónyi dudorodás látható, hol az ujj mintegy közvetlen a peritoneum alatt több ellenálló kemény testecskét tapint. E dudorodás később 4 követ tartalmazó diverticulumnak bizonyult, mely nyákhártyával bizonyára nem volt kibélelve, s melynek rendkívül vékony fala, tekintve a körülötte lobos folyamatot, talán közel állott az átfürödáshoz.

Miután a normális ductus choledochust biztonság okáért végig tapintottam, az epehólyag tartalmát szivattyúztam ki. Világos áttetsző colloidszerű (circa 40—50 gramm) folyadékot nyertem, melybe alig volt néhány genyes czafatka elegyedve. Kövek érezhetők. Ezért rögtön egy ülésben szorgos gazezali körülpárnázás után 3 cm.-nyire megnyitottam kúpján az epehólyagot, s lassan-lassan epekőfogóval részben kanállal 54 lenese egész babnyi nagyságú epekövet távolítottam el. Legnagyobb nehézséget okozott a diverticulum köveinek eltávolítása és legutoljára egy nagyobb a ductus cysticusba ékelt kő. Míg a hólyagban fekvő kövek facettirozottak, ezen kő lapos kerekded fehéres, mi bizton arra utal, hogy soká feketett egy helyen és valószínűleg a betegség főoka. E kő kivétele után rögtön vérrel vegyült epe szivárgott a hólyagba, mi a duct. cyst. átjárható-ága mellett szólt.

Az epehólyagúr szorgos bőrvizsel való kiöblítése és jodoformgazezsel való kitörése után, a hólyag sebet háromszoros finom selyem etagevarrattal zártam el. Az első sor 4 varrattal tisztán a $\frac{1}{2}$ cm.-nyire vastagodott falzatot foglalta magába, míg a második sor 7, a harmadik 2 erősítő varrattal a seroserosát egyesítette.

Az epehólyag elstülyesztése után a hasürt teljesen elzártam, az izmok külön egyesítését biztonság kedvéért elstülyesztett silkworm-varratokkal végeztem, míg az egész hasfalat selyemvarratokkal foglaltam egybe.

A lefolyás a műtétet követő első négy nap zavartalan és láztalan volt. Eltekintve, hogy műtét után vagy 24 órán át beteg vagy 6—7 szer hányt és meglehetősen apathikusan feküdt, perceként 92—100 érelkessel és 20—27 légzéssel, meteorismus vagy peritonitis más jelei egyáltalán nem mutatkoztak és már harmadnap kitünő közérzet állott be.

Ötödnap hirtelen magas lázzal 39° C.-ig erős fájdalmak léptek fel a sebben, s kötésváltoztatásnál kitént, hogy azon szögletben, a hol a sebszélek érintkeznek, szűcsatornagenyedés kezdődik. Három varrat eltávolítása után félgyűszünyi mennyiségű geny ürült ki, mire a láz harmadnapra megszűnt és a végleges gyógyulási folyamatot ezentúl már misem akadályozta.

Nyolcz napra a műtét után a selyemvarratok $\frac{3}{4}$ része el lett távolítva; 14 napra az utolsó fonalak.

Három héttel műtét után beteg felkelt; 10 nappal később a granuláló borseb teljesen begyógyult. Azóta a közérzet kitünő, étvágya oly jó, mint már évek óta nem volt, ennek megfelelőleg műtét óta 11 kilogrammal gyarapodott. Nemesak hogy fájdalomrohamaik nincsenek, de a kisebb tompa nyomások a háton is teljesen megszűntek, sőt a műtét óta havi bajai is rendes időben és kis mértékben jelentkeznek.

Az elstülyesztett silkworm-varratok a hassérv keletkezését, úgy látszik, kitünő módon megakadályozzák.

Az előadottakból kiviláglik, hogy a felállított kórisme a műtét közben talált *lelettel teljesen megegyezett*. 54 középnagyságú epekő feküdt a hólyagban és a ductus cystikus beszájadásánál, melyeknek *spontan eltávolodása* a legkisebb valószínűséggel sem birt.

A huzamosan beékelt kövek által előidézett fájdalom-rohamok alatt lobos folyamatok léptek fel az epehólyag falában, mely lobfolyamatba a peritoneum bevonatván, adhaesiv processusok jöttek létre, sőt egy helyen, a hol *diverticulum* állott fenn, melynek fala áttetsző volt, és jóformán csak serosából állott, az áttörés veszélye is fenyegetett. Ezen a jelen esetben specifikus viszonyoknál fogva szükséges volt az egész tájéknak *bő feltárása*, mert bizonyos vagyok benne, hogy eltekintve a colon leválasztásától, a diverticulumban fekvő köveket *ellennyomás* nélkül a hólyagból fistulán át az átfürödés minimens veszélye nélkül eltávolítani lehetetlen lett volna.

A *bő feltárást* különben a *topographikus viszonyok is szükségessé tették*, a mennyiben a *hólyag* várakozás ellenére annyira *median feküdt*, hogy a Langenbuch-féle hosszmetzésből ahhoz férközni nem lehetett, a mennyiben bal felé adhaesiók által meglehetősen erősen volt a májszélekhez rögzítve. Így kénytelen voltam az első metzést egy vízszintes metzéssel megtoldani, mely a jobboldali musc. rectus ketté szelte. Ekkor lehetővé vált baloldalt egy derékszögű lebenyt felemelni, a mi által az egész regio, nevezetesen a ductus cystikus és duct. choledochus teljes lefolyásukban könnyen áttekinthetőkké váltak.

De még ha ily complicatiók jelen nem lennének is, ajánlatosnak tartom a *bő feltárást*, hogy a *kövek helyzetéről teljes áttekintést nyerhessünk*, mert hiszen lehetnek elrejtett kövek a ductus choledochusban akkor is, mikor ezek jelenlétére a fenn nem álló icterus épen nem utal. Jól tudom, hogy *Riedelnek eljárása*, ki 5 cm. hosszú kis sebet ejtve, a hólyagot elővarrja, de csak 10—12 nap mulva másodlagosan nyitja meg, veszélytelenebb; mindazonáltal a fent vázolt körülményeknél fogva határozott fölényt adok a *bő feltárásnak*, melynek segítségével *teljes biztosságot* szerezhetünk az epehólyag és epeutak tartalma felől. *Riedel eljárása* csak akkor ajánlatos, *hogyha az epehólyag* genyet tartalmaz, mit Pravaz féle fecskendővel mindig könnyen constatálhatunk.

Minden más esetben az *egyidejű megnyitás inkább ajánlatos*, mert epés, colloid vagy serosus hólyagtartalomnak egy izbeni hasürbe ömlése nem igen veszélyes, s mi eme kis veszélyt is elkerüljük, ha a hólyag bennéket szívós fecskendővel kiszivattyúzván, a hólyagot megnyitjuk, és annak környékét steril gazecsicokkal megvédjük. *Epehólyagsipoly alkalmazása a primaer megnyitásnál* sem ütközik akadályba, magokat a mélyben fekvő köveket pedig minden esetre sokkal könnyebb ellennyomással eltávolítani, a mi csak a műtétnek egy időben való kivitelénél lehetséges.

A jelen esetben a hólyagon ejtett seb bevarrására és elstülyesztésére, és így *ideális cholecystotomiára* határoztam el magamat.

Tettem ezt részben azért, mert ha sipolyt akarok létesíteni egy *újabb* a linea albába eső *metzéssel*, új sebést kellett volna ejtenem, mi által a hasfalból egy nagy négyszögletű lebenyt vágok, melynek gyógyulási viszonyai korántsem lettek volna kedvezők. De tettem annál is inkább, mert az epehólyag *falzata* csak kevéssé volt megvastagodva, az epehólyag *nyákhártyája* pedig meglehetősen épnek mutatkozott, a hólyag bennéke *áttetsző folyadékból* állott, és végül, mivel szorgos kutatás után meggyőződtem, hogy *valamennyi kő már el lett távolítva*, nevezetesen, hogy a ductus cystikus is *könnyen átjárható*, a mire különösen ama körülmény utalt, hogy a belé ékelt kő eltávolítása után epe szivárgott vissza a hólyagba.

E mellett még tartanom kellett attól, hogy egy esetleg huzamos ideig fennálló kellemetlen *epehólyagsipoly* a hólyag falait és indirect a ductus choledochust is *vongálja*, és ez által az epe szabad lefolyása elé akadályokat gördíthet.

Az *epehólyag bevarrását etageszerűleg végeztem*, a mennyiben első sorban a falzatot varrtam finom bélselyemmel, gondosan kerülve a hólyag ürébe való bejutást, nehogy az oda jutott selyemszálakon esetleg concrementumok képződjenek. Másod-sorban seroserosa-varratokat alkalmaztam és ezeket még felületesen 2 harmadsoros selyemvarrattal erősítettem. *A varratok jól tartottak, a gyógyulás teljes.*

Előleges jelentés a száj- és garatür egy újabb fertőtlenítő módszeréről.

Szana Sándor dr., volt általános kórtani intézeti gyakornok, temesvári gyakorló orvostól.

A mily kevés eredmény háramlott eddig a bakteriologia hatalmas haladásából a therapiára, ép oly óriási befolyást gyakorolt viszont a prophylaxisra. Mindaz, mi ma mint prophylaktikus rendszabály el van fogadva, bakteriologiai alapon nyug-

szik. De a prophylaxis két főelve: *kerülni a fertőzést, s hol megtörtént, fertőtlenítéssel gátolni a csira tovafejlődését*, egész consequentiájukban áttanulmányozva s gyakorlatilag alkalmazva még nincs, úgy hogy e két elv keretén belül még sok munkálkodás szükséges.

Így a száj- és garatür fertőtlenítésének szükségessége mint prophylaktikus rendszabály minden kétségen felül áll, de hogy mily módon végezhető sikerrel e fertőtlenítés, az ez ideig még nyílt kérdés. Használták a száj- és garatür fertőtlenítésére az ú. n. szájöblítést, a torok kifecskendezését, sprayelését s ecsetelését, sőt edzését. Ha ezen módszereket azon szempontból nézzük, hogy mennyire alkalmazhatók prophylaktikus célra, kétséget nem szenved, hogy az öblítést kivéve, a többi számba sem jöhet.

A legradikálisabb módszerek az edzés és ecsetelés, sokkal behatóbb módszerek, majdnem műtétek, semmint naponta többször tisztán óvatosságból őket alkalmazni ajánlhatnók. A fecskendezés és a legújabb ajánlott sprayelés, ámbátor kevésbé behatók, mint az előbbi módszerek, még sem örvendezhetnek általános elterjedésnek, mert a lenyelés eshetősége miatt csak igen híg oldatokat lehet használni, hogy pedig híg oldat fertőtlenítsen, arra igen hosszú időn át kell a nyákhártyával érintkezésbe jönnie. Ez által a fecskendezés oly körülményes és fárasztó eljárás, hogy az óvó szabályok közé való felvétele mellett alig fog pártoló hang felszólalni.

Mint legkényelmesebb és így legelterjedtebb helyi fertőtlenítő módszer marad még az öblítés. Eltekintve azonban attól, hogy a legtöbb gyermek épen fiatal koránál fogva nem is tud öblögetni, az öblítő folyadék a legtöbb esetben nem jut a garatba, hanem a nyelvgyöknek a kemény szájpadláshoz való illeszkedése által csak a szűkebb értelemben vett szájürt fertőtleníti. Hogy az tényleg így van, azt minden alaposan megfigyelő orvos tapasztalhatta már s az irodalomban ennek egész nyílt kifejezést adtak is már legelső autoraink. De a körülményesebb ecsetelés, sprayelés, fecskendezés ajánlása maga is bizonyíték a mellett, hogy az öblítés nem elégítette ki a szerzőket. Engem teljesen meggyőzött egy eset gyakorlatomban arról, hogy az öblítésnél a folyadék a mandolákat nem érinti. Egy felnőtt fiúnál a mandoláról leváló diphtheritis álhártyának még csak egy szegélye csüngött a mandolán, a többi része mint zászló szabadon mozgatható volt. A felszólításomra a legerélyesebben s bő folyadékkal gargarizáló fiú nem tudta ily módon az álhártyát eltávolítani, és csak midőn végre utasításom szerint erőyes kilégzéseket tett, a kitóduló levegő áram távolította el az álhártyát. Én különben mielőtt az öblítő módszer tökéletlenségének nézetét egészen a magamévá tettem volna, kísérleti úton is vizsgáltam e kérdést.

Nevezetesen 14 egyént syrupus kermerinussal öblítettem jelenlétemben. A syrupus kermerinus, különösen a friss és tömény készítmény, a nyákhártyát és a nyálát intenzív vörösré festi és így öblítő folyadékkul használtatva, jelzi mindazon helyeket, a hová elhatolt. Kísérleti egyéneimet most már öblítettem hosszabb-rövidebb ideig e syrappal s ekkor reflektorral megvilágítva a szájürt, alkalmam volt kényelmesen tanulmányozni a szájüreg és garat mily helyeire hatolt az öblítő folyadék, sőt a festés intenzitásából az érintkezés tartamára is vonhattam következtetéseket. A kísérlethez használt egyének között a legfiatalabb egy 3¹/₂ éves intelligens leánygyermek volt, ki be volt tanítva az öblítésre ép prophylaktikus szempontból és azt elég ügyesen végezte, azonkívül voltak az általam ily czéloból vizsgáltak között felnőttek, kik pharingitisekben gyakran szenvednek s így valóságos virtuositással értettek az öblítéshez. Mindezeknél azt tapasztaltam, hogy a festanyag legintenzívebben festette a nyelvnek a gyöke előtti részét s a kemény szájpadlást, míg a mellő garatíven túl nem hatolt sohasem egyetlen egy csepp sem az öblítő festékből. Mennél jobban hátrahajtotta az öblítő a fejét, annál intenzívebben volt megfestve a nyelvnek említett része, de azon túl azért nem hatolt egy csepp sem az öblítő folyadékból. Csak néhány esetben történt ez, s ép olyanoknál, kik egyetlen öblítők voltak. Ezeknél ugyanis némelykor öklöndözés állt be s ilyenkor hatolt a festő folyadék a mellő garatíven túl, sőt ilyenkor némelykor még az

orron át is ürült ki az öblítő folyadék. Minthogy azonban ezen épenséggel nem kellemes procedura nem tekinthető rendes öblítésnek, ez eseteket számba nem vettem s így vizsgálataim alapján kísérletileg bebizonyítottan mondhatom azon nézetet, hogy az öblítésnél a fertőtlenítő folyadék nem hatol a garatba.

A módszer, melylyel én kartársaimnak az öblítést helyettesíteni ajánlom, mindenütt ott, hol az egész száj- és garatür fertőtlenítése czéloztatik, a következő. A desinficiens, melylyel a nyákhártyát érintkezésbe öhajtjuk hozni, egy szilárd, de nyálban oldódó vivőszerbe, nevezetesen czukorba suspendáljuk s azt a fertőtlenítendő szájürbe teszszük, itt azután a vivőszer minden rétegébe egyenletesen eloszlott desinficiens egyes partikulái csak successive kerülnek a nyákhártyára s a lenyeletés alkalmával a garat egész nyákhártyáját desinficiálják. Az által, hogy csak részletekben szabadulnak fel a czukormassából a desinficiens partikulái, elérjük azt, hogy hosszú időn át érinti a fertőtlenítő szer a nyákhártyát. Ily módon elértnek vélem mindazon követelményeket, melyeket egy garat fertőtlenítésére alkalmas módszerhez fűzünk. Az antiseptikum az alatt, hogy lenyeletik, a garat egész nyákhártyájával jön érintkezésbe, az által, hogy egyszerre csak kis partikulái az antiseptikumnak, de mindig újabbak és újabbak lépnek actióba, a desinficiáló szer hosszabb időn át hat a fertőtlenítendő nyákhártyára.¹

Hogy e módszer tényleg úgy hat, mint ezt így elméleti úton feltételeztem, újból kísérleti úton döntöttem el. Czukorporból és besűrített kermerinszörpből készítettem czukorkákat s ezeket néhány egyénnek mint bonbonst nyújtottam, majd a czukor elszopogatása után a szájürt újból megvizsgáltam. A kermerinszörp már említettem tulajdonságainál fogva jól láthattam a czukorka részecskéinek sorsát, a részecskék által előidézett festés útján. Azt tapasztaltam, hogy a garat egész terjedelmében (legintenzívebben az ívek és a mandolák, legkevésbé a hátsó fal) vörösré festett nyállal volt bevonva, hogy tehát a czukorka elszopogatásánál az ismételt nyelési actusok alkalmából a garat egész nyákhártyája érintkezésbe lépett a festanyaggal, illetve annak nyálba oldódott vagy suspensált részecskéivel.

A garat- és szájür desinficiálására alkalmas módszer így meglévén találva, a második ép oly fontos kérdés merült fel. Egy oly desinficiens találni, mely 1. kellő mennyiségben belsőleg véve nem ártalmas; 2. aránylag kis mennyiségben is hathatós desinficiens legyen; 3. ne legyen kellemetlen ízű, vagy szagú, különben mint prophylaktikum nem alkalmazható. A közkezen forgó antiseptikumok között e követelményeknek megfelelőt nem igen találni. Alkalmasnak mutatkozott azonban erre a *saccharin*. A saccharin, mint főleg *Constantin Paul*² ismételt hangsúlyozta, hatalmas antibakteriosus szer, melyet már ő is mindenképen alkalmasnak tart száj-desinficiensül. Én magam desinficiáló hatását a *Jersin*³ módszere szerint vizsgáltam. Egy bacillus prodigiosus, majd egy bacillus anthracis 48 órai bouillon-tenyészetéből 3 oesével viszek saccharinnak 0.5% bouillon keverékébe. (A saccharin bouillonban nem oldódik, csak igen csekély mértékben, úgy hogy inkább suspendálódik benne.) Öt perc múlva ezen fertőzött saccharinbouillonból viszek néhány oesével tiszta bouillonba. E bouillon egész tiszta maradt más napra, jelétül annak, hogy a saccharin öt perc alatt mind a két bacillus-nem bevitt mennyiségét megölte. Ezen kísérleti berendezéssel több ízben vizsgáltam a saccharin antibakteriosus képességét és azt mindannyiszor igen tetemesnek találtam, úgy hogy bizonyos, miszerint a *Constantin Paul* által a száj desinficiálására ajánlott saccharin e czélra tényleg alkalmas. A mi azon kérdést illeti, vajjon a saccharin napi 1/2—1 gm., sőt mondjuk túlzás esetén napi két gramm-

¹ Hogy minden prioritási vitának elejét vegyem, ezennel kijelentem, hogy e módszert illetőleg minden prioritásról eleve lemondok. Ámbátor azt hiszem, hogy czukorkamassába vitt desinficiens — tehát nem comprimált gyógyszert — még senki sem ajánlott a száj desinfectiójára, mégsem fektetek semmi súlyt a módszer felfedezőjeként szerepelni, megelőlegszem, ha sikerülend egy hasznos módszer terjesztésének kezdeményezője lenni.

² Bull. de l'acad. LII. Nr. 28. 1888., majd újabban ref. Centralblatt für Therapie. 1893. jul. füzet.

³ Annales de l'Institut Pasteur. 1889.

nyi mennyiségben fogyasztható-e felnőtt és gyermekek által egyaránt kár nélkül, erre nézve a *Fodor* laboratóriumában *Nékám* által végzett kísérletek¹ azt hiszem megnyugtatók. Megnyugtató ez iránt továbbá azon tény is, hogy külföldön eléggé terjed már a saccharin köznapi használata, hogy diabetikusok, kik saccharinnal édesítik ételleiket, ennek a gyomoremésztést rontó hatását nem igen említik, megnyugtatót végre önmagamnak akként, hogy három hét óta saccharin-tabletták alakjában körülbelül 4 gm.-ot fogyasztok naponta, egy ismerősöm 5 éves fiának ugyanaz óta körülbelül 2 gm.-ot adok naponta. Mindkettőnkél semmiféle kellemetlen mellékhatást nem észleltem.

Ezen desinfienciához én azonkívül ajánlatosnak tartottam a resina guajacit is adni, melyet francia szerzők ismételtelen ajánlanak pharíngitisek ellen trochisci alakjában, s melynek úgy látszik a nyákhártyára általános tonisáló hatása van. Én különben csak azért vettem fel a desinfiáló czukorkába, mert teljesen ártalmatlan, s hogy pharíngitiseknél, még azok subacut alakjainál is jó hasznot hoz, el nem tagadható.

A saccharinnak tíz centigrammját a resina guajaci ugyanoly mennyiségével együtt a szokásos salonzukorka-masszába öntve, képezték azon czukorkákat, melyeket jó és kellemes ízűknél, valamint a következő vizsgálatok alapján kipróbált tulajdonságaiknál fogva kényelmes, alapos, hathatós és még kis gyermekeknek is könnyen alkalmazható száj-desinfienciának gondolok.

A czukorkák jó ízéről könnyen meggyőződhettem azon kedveltség által, melynek e czukorkák csakhamar ismerőseim gyermekselegében örvendeztek.

Meg kellett azonban még határoznom kísérletileg: 1. birnak-e e czukorkák csirafejlődésgátló és csiraölő hatással; 2. desinfiálják-e tényleg a szájüreget; 3. meddig tart a szájür sterilitása e czukorkával történt desinfectio után; 4. a czukorka egyes rétegeiben egyenletesen van-e elosztva a mikrobicid erő.

Az első kérdés? vajjon a *czukorkák birnak-e csirafejlődésgátló hatással*, akként vizsgáltam, hogy Erlenmayer-palaczkban, mely steril bouillon volt telve, egy czukorkát feloldottam s ezt nyitva hagytam állni két hétig szobahőmérséklet mellett. Két hét után a control Erlenmayer palaczk telve van a legszebb penész coloniákkal, a czukorkával telített bouillon tiszta.

Ezután négy steril bouillonba telt eprouvettába egy, majd két, három s négy oesét egy bacillus pyocyaneus kulturából, egy másik sorozatban bacillus anthracis tenyészetből tettem. Az egy oesével iníciált bouillont controlnak hagytam, a másik háromba egy fél czukorkát tettem. Egy fél óra múlva mind a négy eprouvettából egy-egy oesével tiszta bouillonba viszek. A control eprouvettából vett oese elzavarosította a bouillont, a többi czukorral vegyített oesek sterilek, mit a bouillon tisztsága jelzett.

E két kísérleti berendezéssel nyert eredményekből következtethető, hogy e czukorkák nemesak fejlődésgátló hatással birnak a csirákra, de pathogen mikrobákra direct mikrobicid hatásuk is van.

El kellett most döntenem, desinfiálják-e e czukorkák tényleg a száj- és garatürt. Ezt következőkép vizsgáltam. Saját nyálamból egy oesével vettem s azt tiszta bouillonba tettem. Másnapra ez elzavarosodott, jelétül, hogy buja mikrobafejlődés indult meg benne. Most elszopogattam egy czukorkát s direct beleköptem egy bouillonba telt Erlenmayer-palaczkba. A bouillon másnap egészen tiszta volt, biztos jelétül, hogy a czukorka elszopogatása után szájüregem steril volt. E kísérletet több ízben ismételtam a nap különböző időszakában, mi t. i. esetleg a szájüreg bakteriumtartalmára befolyással birhatott volna s mindannyiszor positiv eredménnyel.

Azon kérdést kellett már most eldöntennem, meddig tart a szájür sterilitása egy czukorkával történt desinfectio után? E czélból több bouillonba telt Erlenmayer-palaczkot vettem. Az egyikbe közvetlenül a czukorka lenyelése után köptem, a másodikba egy fél, a harmadikba egy óra, a negyedikbe 1 $\frac{1}{2}$, az ötödikbe két óra után, a hatodikba három óra után.

Az időt ez alatt az íróasztalom mellett töltöttem. Másnap azon palaczk, melyben $\frac{1}{2}$ s egy óra múlva köptem, tiszta volt, az melyikbe 1 $\frac{1}{2}$ s 2 óra múlva köptem, gyenge homályosodást mutat, az melyikbe három óra múlva köptem, teljesen zavaros volt. Harmadnap a $\frac{1}{2}$ s 1 órai palaczk még tiszta, a többi teljesen zavaros volt.

E kísérletekből következtetnem kell, hogy az általam követett életviszonyok mellett a szájüreg sterilitása egy óráig maradhat meg, míg azután a mikrobák szaporodása megint megindul.

Természetesnek találok azonban, hogy a hely és egyén szerint e kísérlet eredménye más lesz. De különben is e tény, hogy meddig marad a szájür steril, csak alárendelt fontossággal bír. Mert nem szükséges, hogy a szájür mindig steril legyen, hanem igenis *szükséges, hogy tudjuk desinfiálni akkor, mikor a pathogen mikrobákkal fertőzés lehetősége fennáll.*

Vége vizsgálnom kellett még, vajjon a czukorka különböző rétegeiben egyenletesen van-e elosztva a mikrobicid erő. E czélból lekapartam különböző vastagságban a czukorkából részleteket és ezeknek mikrobicid erejét a már leírt módon vizsgáltam, természetesen kevesebb bouillonban. Vizsgálataim eredménye az, hogy a czukorka különböző rétegeiben egyenlően van elosztva a mikrobicid erő.

Összefoglalva vizsgálataim eredményét, kísérletileg bebizonyítottam mondható, hogy

1. a szájöblítés nem képes a szájürnek az első garatíven túl eső részét, illetve a garatot desinfiálni;
2. a szájban oldódó cukor lenyelésekor az egész szájür nyákhártyájával jön érintkezésbe;
3. a czukormassa s desinfiáló anyagból készült czukorkáknak van antiseptikus és desinfiáló hatásuk;
4. a szájüreget e czukorkák ott történő feloldásuk alkalmából desinfiálják;
5. a desinfiáló anyagot lehet a czukormasszába egyenletesen elosztani.

Én ezen vagy ily desinfiáló hatással bíró czukorkák használatát akként képzelem, hogy mindazon esetekben, melyekben eddig a toroköblítés ajánlatott desinfiálás végett, ezen túl az ily czukorkák használtassanak. Főleg pedig használtassanak a diphtheritis elleni prophylaxisban. Itt főleg kis gyermekekről lévén szó, tudjuk, mily nehéz, legtöbbször lehetetlen feladattal állunk szemben, midőn a szájüreget fertőtleníteni akarjuk. Azt hiszem tehát, hogy haladás lenne a diphtheritis elleni védekezésben, ha a legszigorúbb izolálás és általános, jobban mondva külső fertőtlenítés mellett a szájüregnek az általam jelzett módon való fertőtlenítését vennők igénybe.

Közlemény Laufenauer Károly dr. ny. r. tanár elme- és idegkórtani klinikájáról.

A hyoscin hatása a hysterolepilepsiás roham ellen.

(Adatok a hyoscin hatásának tanához.)

Irta Nagy Béla dr., klinikai gyakornok.

(Vége.)

A hyoscin hatása alatt észlelhetünk zavartsági állapotot, hallucinációkat, melyek részben teljesen újak, részben a meglevőkhöz társultak.

Ezen tényt ugyan már több szerző kiemelte: *Klincke* (Centralblatt für Nervenheilkunde von Erlenmeyer 1889. Nr. 7), *Umpffenbach* (Therapeut. Monatshefte, 1889. Juni), *Konrad* (Orvosi Hetilap 1888. 46. szám), mégis kell, hogy tapasztalatomat ez irányban kifejtssem. Részemről öt betegem közül csak egynél találtam, hogy a hyoscin hatására a már meglevő hallucinációk száma szaporodott, *de újak épen nem léptek fel. A többi négyen pedig sem zavartságról, sem hallucinációról, bármennyire is igyekeztem kimutatni, szó sem volt.*

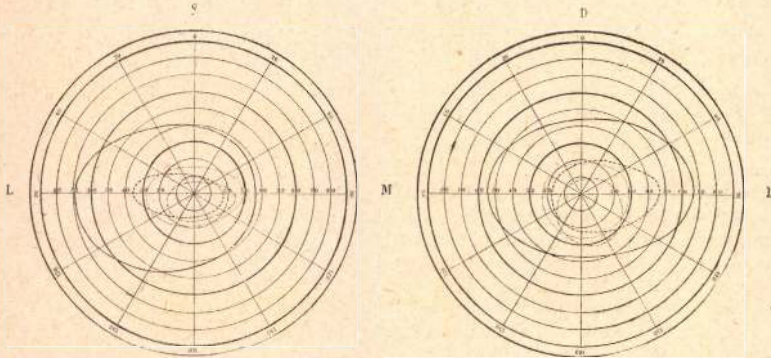
Úgy látszik ebből, hogy a hallucinációk, zavartsági állapotok fellépte hyoscin hatására csakis bizonyos praedisponált

¹ Orvosi Hetilap 1890. 21. sz.

egyéneknél észlelhető, míg másoknál ezek teljesen kimaradnak. Részemről csak így értelmezhetem *Kowrad* azon tapasztalatát, hogy ő négy egészséges embert hyoscinnal injiciálva, háromnál kimutathatót érzékesalódásokat.

A hyoscin adagolása után 6—10 óra múlva átvizsgálva a betegeket, a következőket találjuk:

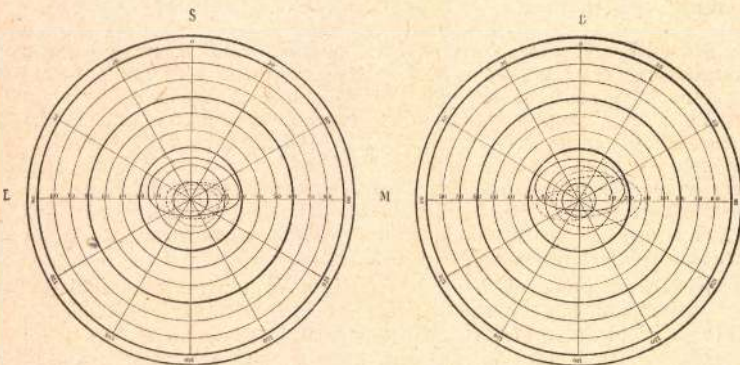
Pupillák tágak, úgy fényre mint alkalmazkodásra még igen renyhén reagálnak. Úgy a has, mint a triceps és térd-reflex még fokozódott. Pulsus bár nem oly szapora mint közvetlen az injectio után, de a rendesnél mégis gyorsabb. Légzések száma nagyobb. Szív működés még erélyesebb a normálnál. Hőmérsék semmiféle változást nem mutat. Arz kissé elvörösödött. De izzadás avagy bőrelszinesedés nem mutatkozik a testen.



1. ábra. K. Sz. látótere a hyoscin-injectio előtt.

A hallásban bizonyos zavarok mutatkoznak. Egyik betegem például azt állítja, hogy a jobb fülén tisztábban hall mint a balon. Ugyanez, kinél különben is kimutathatók voltak a hallucinatiók, azt mondja, hogy a bal fülén hangosabban hall, sőt az is előfordul, hogy csakis ezen fülén hall hangokat. De általában véve ilyenkor a hallási képesség csökkentnek mutatkozik.

A látásban igen érdekes elváltozások mutathatók ki. A színlátásban ugyanis semmiféle zavar nem mutatkozik, az egyes színeket — ha ugyan előbb is képesek voltak erre — pontosan jelzik. De a látóképesség csökkentnek mutatkozik. Ezt legszembeötlőbben mutatják ki az ide mellékelt ábrák, melyek feltárják előttünk, hogy hyoscin injectióra mennyiben szűkül a látótér.



2. ábra. K. Sz. látótere a hyoscin-injectio után.

Többszörös perimetriás felvételeim alapján mondhatom, hogy az egyének látótere a hyoscin behatására 15—20, esetleg több fokkal is egyenletesen szűkül. (L. 1. és 2. ábrát.)

Nem tartom feleslegesnek felemlíteni, hogy egyik betegem a bal szemén jobban lát hyoscin után mint a jobbon.

A szaglási képesség zavarai abban nyilvánulnak, hogy a finomabb szagbeli differentiak megkülönböztetése nehezen sikerül, sőt egyik oldalon jobban szagolnak mint a másikon.

Az ízlési képesség is lehet egy oldalra korlátozva, így a már többször említett betegem jobb oldalt keserű és savanyú ízt érez, míg bal oldalt semmit.

Az izmokban még mindig észlelhetünk clonikus rángásokat; az izomérzés csökkent voltát constatálhatjuk. Fejfájásról, szédülésről panaszok, hányingerük is jelentkeznek, de tulajdonképeni hányást sohasem észleltem. A nyáleválasztás fokozódott, a betegek folyton köpködnek.

Beszédük suttogó, orrhangú, nem ritkán selypítő, minek oka valószínűleg a nyelv izmainak és a hangszalagok clonikus összehúzódásai. Erdemesnek tartom azonban felemlíteni, hogy úgy beszédzavaruk, mint látási hiányaik, hypnotizálván őket, egyszerű suggestióra rögtön megszüntethetők. Már ezen tény is mutatja, hogy itt csak egyszerű functionalis zavarral van dolgunk.

Igen érdekes elváltozást hív elő a hyoscin a betegek hangulatában. Ezek folyton mosolyognak, nevetgélnek, általános jólérzés fogja el őket. Sokat fecsegnek, környezetükkel bizalmaskodók. Ide-oda járnak, mozognak folyvást, nyugodtan megállni vagy végtagjaikat egy és ugyanazon helyzetben megtartani képtelenek. Egyik kezével állandóan gesticulál, másik sajtáságos tánczó mozgásokat végez lábaival, vagy plane testével bókoló helyzetet vesz fel. Élcelődnek, szellemeskednek, nem ritkán énekelnek. Gondolkodásuk élénk, apperceptiójuk és associációjuk gyorsított. Ezek szerint tehát tisztán maniakalis emelkedettség mutatkozik; további kísérleteknek kellene eldönteni, vajjon eme manias állapot mint a hyoscin utóhatása csakis hysteriás basison lép-e fel?

Mielőtt eredményeimet összefoglalnám, még csak arra akarok kitérni, hogy részemről legtöbbször egy és ugyanazon dosisát a szernek alkalmaztam, de folyton frissen elkészített oldatban, és hogy az injectio helyén sem infiltratumok, sem pedig abscessusok elő nem fordultak. Daczára, hogy miként a kórrajzokból kitérünk, egyesek huzamosabb időn át lettek e szerrel gyógykezelve, le nem soványodtak, sem gyengék, sem apathicusak nem lettek, természetesen collapsusról soha még csak szó sem volt.

Röviden a következőkben foglalhatom össze eredményeimet:

1. A hyoscin akár a kitörő félben levő, akár a már kitört görcsös rohamot megszünteti.
2. A legtöbb esetben álmat hív elő.
3. Hatása 5—20 percz múlva bekövetkezik.
4. 1 mgm. átlagosan elegendő a jelzett hatás előidézésére.
5. Nagyobb mérvű mérgezési tünetek ily adagolásra fel nem lépnek.
6. Huzamosabb időn át ugyanazon dosisban alkalmazva e szert, a hatás nem marad el.

Ezek azon eredmények, melyeket oly 5 betegem tapasztaltam, kik hysterio-epilepsiában, tehát functionalis neurosisban szenvedtek.

Mindenesetre oly csekély volt kísérleti anyagom, hogy ebből végleges itéletet a hyoscin hatása felől épen nem mondhatok, de még csak szándékomban sem lehet.

Lehetséges, sőt valószínű, hogy a subjectiv tünetek egyike avagy másika, melyeket csak a betegek bemondásából ismerek, melyeket részemről a hyoscin hatásának tudok be, több más hysterio-epilepsiában szenvedőnél vagy egészen más-kép, vagy tán nem úgy fognak jelentkezni.

Mindezek daczára azon körülmény, hogy az említett 5 betegemnél a hyoscin főbb objectív hatásai (görcscoupirozó és megnyugtató hatása) mindenkor oly biztossággal és határozottsággal léptek fel, megérdemli, hogy a szakkörök e szerrel bővebben foglalkozzanak és hogy nagyobb beteganyagot végezzenek vele kísérleteket.

Végül kellemes kötelességet teljesítek akkor, mikor hálás köszönetemet fejezem ki *Laufenauer Károly* dr. ny. r. tanár urnak, igen tisztelt főnökömnek, ki nemcsak hogy az esetek közlését megengedte, de több helyütt tanácsával is ellátott s *Schaffer Károly* dr. tanársegéd urnak, ki dolgozatom elkészítésekor nem egy ízben volt segítségemre.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XX-dik rendes ülés 1893. október 21-dikén.)

Elnök: Réczey Imre; jegyző: Brück Miksa.

Elnök örömmel üdvözlö az egyesületi tagokat az új évad kezdetén, és épen abban, hogy a tagtársak oly nagy számban jelentek meg az első rendes ülésen, örvendetes garantiát lát arra nézve, hogy az egyesület tudományos működése terén mindig észlelt buzgóság és lelkesedés ezentúl sem fog lankadni. (Eljenzés.)

Elnök jelenti, hogy Lukács m. k. kereskedelmi ministertől, mint az ezredéves országos kiállítás bizottságának elnökétől átirat érkezett az egyesülethez, melyben a kiállítás tartama alatt rendezendő nemzetközi és országos congressusokat és vándorgyűléseket előkészítő bizottságban való képviseltetésre szólítja fel az orvosegyesületet. Az egyesület a választmányt bízza meg azzal, hogy ezen előkészítő bizottságba három tagot küldjön ki.

Elnök jelenti továbbá, hogy az egyesületi könyvtár számára a következő művek küldettek be: 1. Az orsz. közegészségi egyesület kolozsvári osztályának 1891/92-diki évkönyve, melyet Rózsahegy Aladár tnr. szerkesztett; 2. a nyitramegyei orvostudományi egyesületnek Biringer Ferencz dr. által szerkesztett 1891/92-diki évkönyve; 3. „Mindennapi bakteriologia”, írta Kontur Béla dr. és 4. „Az általános táplálkozás zavarok lényegéről”, írta Mutschenbacher Béla dr.

A) Betegbemutatók.

1. Herczel Manó dr. „Epehólyagműtét 54 kő eltávolításával”. Ez előadást mai számunk közli.

Kétféle érdeklődéssel hallgatá a bemutató érdekes esetének ismertetését, melyben műtői beavatkozásával oly kitűnő eredményt ért el, a mennyiben a műtét nem sipolyképződést, hanem végleges gyógyulást eredményezett. Tény, hogy újabban az epekő diagnózis sokkal gyakrabban állapítatik meg, mint azelőtt; ennek oka abban rejlik, hogy kiderült ama régebbi nézet helytelensége, mely szerint az epekőkőlika lényeges tünete a sárgaság lenne. Riedel és azután mások vizsgálatai kiderítették, hogy az epekőkőlikák 70%-ánál hiányzik az icterus. Tudjuk, hogy az epekőkővek leggyakrabban az epehólyagban képződnek és azután a ductus cystikusba beékelődve, meggátolják az epekőkővek tovább vándorlása; ekként az epekőkőnek a májtól való lefolyása a ductus hepaticus és ductus caledochuson át továbbra is szabadon történhetik s így icterus nem áll be. Ha tehát valakinél hosszabb időn át kimutatható egyéb ok nélkül gyakrabban lépnek fel fájdalmak a jobb hypocondriumban és a gyomortájon, úgy a sárgaság hiánya mellett is epekőkőre kell gondolni és ha, mint a bemutatót esetben volt, az epehólyag kimutatható, sőt az epehólyagban dörzszőrej észlelhető, úgy a cholelithiasis kórisméje nagy valószínűséggel megállapítható és a műtői beavatkozás indokoltá válik.

Mivel az epepangás, a melynek eredménye szokott lenni az epekő képződése, gyakran a ductus cystikusnak szögletben való megtörése által idéztetik elő, kérdezem a bemutatót, hogy mint intézkedett az epehólyag elcsillapításánál arról, hogy a ductus cystikusnak az epehólyagba való beszűkülésénél szögletben való megtörés és ez által epepangás esetleg újból ne jöjjön létre.

Dollinger Gyula. Miként a bemutató, úgy ő sem tartja Riedel eljárását, ki a ductus choledochust csupán végig tapintja, minden esetben kielégítőnek. Erről ő is meggyőződött egy betegnél, kit az orvosegyesületnek az első műtét után már bemutatót és ezen eset további lefolyását most bátorodik közölni. Midőn a Kétféle tanár kórodáján észlelt betegnekél a cholelithiasis kórisméje után kis metszéssel a hasüreget megnyitotta, az epehólyag helyén összenövéseket talált, eközben az epehólyagon kis sérület jött létre és ezen át genyes epe folyt ki. Mivel azonban az epehólyag igen össze volt töpörödve, nyákhártyája igen duzzadt volt, azt kellett felvennie, hogy blennorrhoeikus epehólyaghurut van jelen, ezért az epehólyagot kiirtotta és a nagyon kitágult ductus choledochus a hasfalhoz kiszegte azon célból, hogy az epe szabad lefolyása biztosíttassék és az epeutak hurutja meg a beteg nagyfokú icterusa megszűnjék.

Ebben az állapotban mutatta volt be a beteget az orvosegyesületnek. De nosokára a betegnél ismét kólikák léptek fel, mindinkább rövidebb időközökben és minden roham után erős icterus mutatkozott. E tünetek arra mutattak, hogy a ductus choledochus szájadéka körül lényeges elváltozások vannak és a betegre nézve életkérdésé vált az erőlyes műtői beavatkozás. Laparotomiát végeztet tehát azon elhatározással, hogy a ductus choledochust ezúttal kiproeparálja a duodenumig. A ductus choledochus körülbelül karvastagságnyra volt kitágulva és egy pillanatra tömény epekőszőrző testet érzett benne, de ez azután hirtelen eltűnt. Ekkor azon gondolatra jutott, hogy a kő a talán szintén nagyon kitágult ductus hepaticus egyik ágába esett és midőn ezen részeket megmozdította, az epekő a máj felől tényleg előesett. A követ most megfogta és a kivarrt ductus cystikusba tolt, de mivel a körülbelül galambtojásnyi követ nem tudta a ductus cystikuson át kitolni, egy csipővel a hasfalhoz kivarrt ductus cystikusba nyult és a cholestearinból álló követ könnyen összezúzván, apránként eltávolította. A műtét után a gyógyulás jól folyt le; a hasfalban volt ugyan egy ideig genyedés, de ez a selyemfonal eltávolítása után, mely a genyedést fenntartotta, megszűnt.

Herczel Manó: Köszöni Kétféle tanár szives megjegyzéseit, mert meg van győződve arról, hogy az epeutak sebészete, miként általában a hassebészet csak úgy fog kollőn fejlődhetni, ha a belgyógyászok a sebészekkel karöltve haladnak. Kétféle tanár kérdésére azt válaszolhatja, hogy sondával constaltá a ductus cystikus teljes átjárhatóságát és azt, hogy az epehólyagba való beszűkülésénél megtörése nem forog fenn, ugyanerre mutatott az is, hogy a ductus cystikusba beékel kő eltávolítása után azonnal epevizvárgás mutatkozott: és mivel az epehólyag a májhoz erős álszalagokkal fixálva lévén, deviatiója meg van akadályozva, a ductus cystikusnak szögletben való megtörése a jövőben nem fog bekövetkezni.

Az, a mit Dollinger tanár most említett esetében észlelt, az csak megerősítheti azt a nézetet, hogy epehólyag-műtétknél nem elég kis nyílást ejteni, hanem célszerűbb az egész régiót bőven feltárni.

2. Kuzmik dr. „Thiersch-féle transplantatiók bemutatása.”

Folyó évi május hó 6-dikán már bemutatott két beteget, kik az egyetemi II-dik sebészeti kórodán Thiersch eljárása szerint lettek műtve és kezelve, mely alkalommal meg is emlékezett röviden az eredeti Thiersch-féle eljárásról, mint azon kisebb módosításokról is, melyekkel a II-dik sebészeti kórodán ezen műtét végre lett hajta.

Ma tekintettel az idő rövidségére is, csupán a beteg bemutatására szorítkozik, s csakis a szükséges adatokat sorolja fel.

Legérdekesebb beteg Csink Frigyes, 40 éves, napszámos, ki f. évi május 27-dikén kereste fel a kórodát egy rendkívül elhanyagolt ulcus cruris. Felvételtkor a beteg bal alszára, lábfeje s a czomb alsó harmada terimében erősen meg volt nagyobbodva, az alszár körfogata 46 cm-t mutatott. Az alszár egész alsó harmadán a középső harmad feléig körkörös elhalt ezafatokkal s bűzös váladékokkal fedett, felhányt szélű fekély volt látható, mely körül a bőr kemény ellenállású, feszes. Beteg végtagja csonkítása végett kereste fel a kórodát, mely műtétbe azonban, ismerve a Thiersch-féle eljárással való sikert, nem egyeztek bele. Betegnél a therapia absolut nyugalom s eleinte 2%-os nedves szorb, majd 3% nedves bórkötésből állott. Ezen kezelésre a fekély sebszékletét tisztulni kezdett, s helyenkint kis hámszigetek képződtek, melyekből kiindulva egy mellő, a sípcsont felett 3 cm. széles, s egy hátsó 4 cm. széles bőrhúd képződött, elválasztva ez által az előbb körkörös fekélyt két, egy külső és egy belső sebfelületre. Ez időben a sebszéklet felől is megindult a hámképződés. Julius hó 10-dikétől kezdve a végtag enyhe masszálása mellett a sebfelület gyenge pokolkó-etesés és 10% bórkencsös kötőssel lett kezelve.

Julius hó 24-dikén végeztetett a műtét narcosisban. A beültetendő sebfelületek közül a külső 18 cm. hosszú és 9 cm. széles, a belső 11 cm. hosszú és 10 cm. széles volt. A szükségeselt lebenyek a czombok külső felületéről lettek véve. Szokásos kötős, a végtag Volkmann-féle sínbe helyeztetett. A lebenyek mind letapadtak. Augusztus 20-dikán a beteg tilalom daczára ágyát elhagyta, mire az alszár erősen megduzzadt s a friss hám helyenkint vérrel belővelődött, 25-dikén a belővelt helyek felett az átültetett hám levált. Szeptember 1-én beteg ágyát ismét elhagyta, mire csekély vérzés is jelentkezett a kis sarjadó sebfelületen. A nyugalom biztosíthatása végett a végtag ismét Volkmann-sínbe helyeztetett s az alszár egész beültetett területére 2% lapis-kenőccsel lett fedve, mire a behámosodás nagyon gyorsan létre is jött. Szeptember 15-dikétől a végtag flanel-pólyával lett bepólyázva. Október 3-dika óta a beteg ágyát elhagyta s fennjár, a duzzanat elkerülése végett felkelés előtt gummi-harisnyát húz. Az átültetett bőr ma alig különbözik a környi bőrtől.

Második eset Ujh János, 34 éves, bodnár, kinél a transplantatio szükségessége egy az egész jobb felső végtagra kiterjedő súlyos phlegmone következtében létrejött bőr és bőralatti kötőszövet elhalás miatt állott fenn. Szeptember 15-dikén végeztetett a műtét, midőn is a behámosítandó terület 27 cm. hosszú, 3-4 cm. széles volt. A fedésre szükségeselt lebenyek a czombok külfelületéről lettek véve. Valamennyi lebeny letapadt s már szeptember 25-dikén is az egyes lebenyek határai alig voltak kivehetők. Szeptember 29-dike óta lesz a végtag masszálva s a karral úgy az activ mint a passiv mozgások végrehajta. A kar hasznavehetősége teljesen helyre van állítva.

Következő betegnél, Kivágó Péterné, 66 éves napszámosnénál egy a bal halántékon egy év óta fejlődő 3-4 cm. terjedelmű epitheliomát irtottak ki szeptember 11-dikén, mely műtéttel egyidejűleg végeztetett a bőráttöltés is. A daganat kiirtása után a sebfelület 4-6 cm.-nyi terjedelmű volt s a felkar külső felületéről vett 5 hámlibennyel lett fedve. Vérzés az edények torquálása s compressióval lett csillapítva. Négy lebenyke letapadt, az ötödik azonban elhalt s az akként származott sebfelület csak másodlagosan hámosodott be. Jelen esetben az azonnali behámosodásnak annyiban is nagy jelentősége van, a mennyiben elkerülhető volt ez által a heg zsugorodása következtében beállható szemzűg kihuzatása, vagy egy ectropium képződése.

Végre a negyedik most meggyógyult eset Korcsu Flóra, 52 éves földművesné, kinél f. évi augusztus 20-dikán irtatott ki a kórodán egy 20 év óta fejlődő nagy diinnyemekkoraságú szétesésnek indult zsirdag, mely a jobb felkar külső és hátsó területét foglalta el. A daganat eltávolítása után a viszonyok a triceps izmának részleges resectiója daczára oly kedvezőtlenek voltak, miszerint a gyógyulás prima intentióval nem jöhetett létre. Október 7-dikén lehetett csak oly kedvező sarjadó felületet elérni, hogy a transplantatiót nyugodtan lehetett végezni. A beültetendő sebfelület ekkor 25 cm. hosszú, s 4-5 cm. széles volt. Az egész sebfelület 6 lebennyel lett fedve, s ma műtét

utáni 14-dik napon a lebenyek mind szorosan le vannak tapadva, sehol hámfoszlott felület nem található.

3. Meisels Vilmos dr. „A női húgycsőszűkület két esetét” mutatja be. 1. Neumann Lajosné, 42 éves, férjzett, hivatalnok neje, 12 év óta beteg. Főpanaszát rendkívüli vizelési inger képezi. Vizeletét visszatartani nem képes, 10 percenként, $\frac{1}{4}$ óránként keveset vizelet, göresös fájdalmak kíséretében. Betegsége óta lefogyott, étvágytalan, aludni nem képes, mert vizeleti ingere minduntalan felébreszti és annyira kínozza, hogy ebéd ideje alatt, mint mondja, minden kanál leves után futnia kell. A beteg előadja, hogy baja oly nyomasztó, hogy öngyilkosságra gondol, s valóban külseje, de még inkább beszéde elárulja a nagyfokú neurastheniát.

Az intézetben augusztus 19-dikén jelentkezett először, miután előzőleg már más orvosokkal is kezeltette baját és egyik nőgyógyászati intézetben lithium forrásvizet traktáltatott. Az augusztus 23-diki vizsgálat strikturát állapított meg, melyen a 9-es Hegar nem hatolt keresztül; az endoscop tubusa $1\frac{1}{2}$ cm.-re behatol és a következő leletet adja: az urethrális nyílás szűkült, félholdszerű, szürkés, a mellső húgycső duzzadt, vastag redőzött, benne számos gombostü nagyságú göbökkel, melyek nyomásra vagy tágitásra vérzenek, a vizelet makroszopice téglaszínű üledéket mutat, göreső alatt a legtisztább húgysavas jegezeket tüntette fel, azonkívül concentrikusan rétegzett concrementumokat, melyek a murexid próbát adják.

25-dikén a 7—8—9-es, 28-dikán a 10—11 és 31-dikén a 12-sel tágitattott. Az állandó tágitások alatt a beteg erősebbnek érzi magát, a vizelési ingere, mely ezelőtt 10 percenként ismétlődött, 2—3 órára redukálódott. Augusztus 31-dikén a húgysavas diathesist is megszüntettük, kapott először piperazint 1 gm. pro die és szolvai vizet fogyaszt.

Ezen kezelés mellett a bal kéz 4.—5. ujj II. izületében levő $\frac{1}{2}$ cm. széles tophusi puhultak, fájdalmi csökkentek, ujjai mozgásukat visszanyerték.

2. *Feldpauer Anna*, 34 éves, özvegy. Luest tagad. 3 év óta hasa baloldalán fájdalmak vannak, azóta gyakori vizelésingere van még éjjel is, a melyekre fájdalmak kíséretében csak néhány cseppet ürít, vagy ha már megindult, hirtelen megakad.

Az intézetbe 9-dikén jött először; a midőn a bal labia majora alsó részén egy galambtojás nagyságú daganat volt, mely fájdalmas, piros, 2 napra rá fluctuált, megnyitására bő geny ürült ki, és sonda bevezetésére kiderült, hogy az a rectummal kommunikált.

Erre a rectum ujjal, majd tükrrel vizsgáltatván, azt találta, hogy a végbél faláról esomós göbök állanak ki, melyek élénk pirosak, duzzadtak, helyenként vérzők, a bélsár bűzös, genynyel kevert, a csomók végbél-strikturát hoztak létre.

Az urethra szintén strikturát mutat, a mennyiben 5 mm. átmérőjű, *Hegar* alig hatolt át, endoscopice vizsgálva, a nyákhártya duzzadt, livid, jobb oldalán excentrikusan egy kis nyílás látható, mely csillagszerű, egyenetlen, a többi nyákhártya szürkés-fehér, finoman redőzött, concentrikusan elhelyezett urethra-nyílással.

A mi mindkét esetben a therapiát illeti, a successiv tágitást tartja a legjobbnak, és eredményéről majd beszámol az orvosegyesület előtt.

4. Reich Lajos dr. „Traumatikus neurosis esete kutya-harapás következtében.” Lapunk más rovatában fogjuk közölni.

B) Napirend.

Bókai János tnr. Mily arányban fordul elő az álhártya letolása és a tubusnak álhártyával való eldugaszolása az O'Dwyer-féle eljárásnál és mily jelentősége van ezen szövődeményeknek? Eddig észlelt 491 intubált esetére támaszkodva, előadó a fennforgó kérdéseket illetőleg következőleg nyilatkozik:

1. Álhártyaletolás intubatio közben aránylag ritkán észlelhető, és csak a legkritikább esetben válik végzetessé. A bekövetkezett asphyxia rögtöni extubatioval a legtöbbször megszüntethető, a mennyiben a mobilissá tett vaskos álhártya a tubus kivétele után úgyszólván azonnal expectoráltatik. Ha ez azonnal be nem következne, mesterséges légzés, illetőleg secundaer légesömetszés végzendő.

2. Intubált egyénnél a tubusnak álhártyával való eldugaszolása nem gyakori jelenség, és ha elő is fordul, legtöbbször kedvező megoldást nyer az által, hogy az obturált tubus az eldugaszoló álhártyával együtt erős köhögéssel a légesőből kiküszöbölhető. Hogy az esetleges obturatio végzetessé a betegre nézve ne válhas-

sék, continuus felügyelet, vagyis kellőleg instruált ápoló folytonos figyelése elengedhetetlenül szükséges. A tubust rögzítő fonálnak meghagyása és rögzítése a nyakon intubatio után lehetővé teszi, hogy rögtöni extubatio obturatio esetén, esetleg nem orvos által is végezhető legyen.

Az álhártyaletolás és a tubusnak álhártyával való eldugaszolása kétségtelenül árnyoldala az O'Dwyer-féle eljárásnak, de ezen aránylag ritka következmények, az intubatioval elért brillans eredményekkel szembe állítva, a műtét megbirálásánál kell hogy eltörpüljenek. Hisz a legegyszerűbb sebészi eljárások is lehetnek következményeikben életveszélyesek a betegre nézve, s ha az intubatiót a légesömetszéssel szembe állítjuk, szem előtt tartva a két műtét mód által elért eredményeket, mindnyájan kell hogy beismerjük, miszerint a légesömetszés mint operatív eljárás sokkal több veszélyt rejt magában mint az intubatio.

Nézete szerint az álhártyaletolás lehetősége intubatióval kétségtelen bizonyítéka annak, hogy az O'Dwyer-féle műtét, noha vértelen eljárás, nem nélkülözi a veszélyt, ezen árnyoldal azonban nem szabad, hogy vissza tartsa az orvost a genialis és áldásos műtétnek mennél szélesebb körben való gyakorlásától.

Ez előadást egész terjedelmében közöljük.

Dollinger egy esetét említi fel, a melyben stírgösen kellett az intubatio és tracheotomia közt választani. Az Irgalmas-rend budai kórházában egy 10—12 éves gyermek giümös kézesontjain műtétet kellett végezni. A narcosis chloroformmal történt cseppenként való adagolással, a beteg már nem reagált és D. épen a műtét akart fogni, a mikor a beteg egyszerre csuklott, utána öklöndözött, nyelt és megszűnt lélegezni. A szájüreg kitörülése, a nyelv előhúzása mitsem használt, újjal a torok mélyében mitsem lehetett érezni, a megindított mesterséges légzéssel fel kellett hagyni, mert levegő nem járta át a hangrést, a cyanosis e közben mindinkább kifejlődött és határozni kellett, vajjon a beteg intubáltassék, vagy nála tracheotomia végeztessek. Miután a légzés ki-maradását öklöndözés előzte meg, nem lehetett azon gondolat elől el-zárkózni, hogy az öklöndözésnél egy ételdarab jutott belégzés által a a narcotizált beteg gégejébe. Ily esetben az intubatorral ez okvetlenül a légesőbe tolatnék, a mi az intubatiót eredménytelenné tenné. Ezért D—r tracheotomiát végzett, s az ezt követő mesterséges légzést nem-sokára természetes légzés követte.

Bókai János. Az illető eset természetétől függ mindig, hogy melyik eljárás helyesebb; igaz, hogy a masseter-görcs az intubatiót nagyon megnehezíti, de ő már agoniában lévő gyermeknél is ért el jó eredményt intubatióval. A *Dollinger* tur. által említett esethez hasonló esete volt legutóbb a magánygyógyászatban, a melyet legközelebb az orvosegyesületnek be is fog mutatni. Egy hat hónapos gyermekhez hívták consiliumba, kinél néhány nap óta légzési nehézségek mutatkoztak. A gyermeknél jelentékeny stenosis talált, a torokképletek tiszták és halványak voltak. A stenosis minősége felől nem lehetett tisztában és mialatt a gyermeket alaposan megvizsgálta, az egyszerre megszűnt légezni. A gyermek szíleit kiküldte a szobából, megmondva nekik, hogy a gyermek úgy látszik meghalt, a kezelő orvos, ki azelőtt kórházi segéde volt, a mesterséges légzést megindította, és a gyermeket a gyorsan ki-tört ablakhoz vitték. A gyermek olykor-olykor felületesen inspirált, azért gyorsan intubatiót végzett, mi nehezen ment, mert a masseter-görcsöt alig tudta legyőzni, de tíz perc múlva a gyermek már szaba-don légett. A gyermek már körülbelül egy hétig volt intubálva és a végleges extubatio sehogysem sikerült, mert a tubus eltávolítása után mindig csakhamar újra az intubatio vált szükségessé. Körülbelül a 8-dik napon a gégetáján duzzanat mutatkozott, és mivel ez egyik jelét szokta képezni a kezdődő perichondritisnek, secundaer tracheotomiát végzett a gyermeknél. De a trachealis canule eltávolítása épen oly nehézségekbe ütközött, mint az extubatio és ezért másodlagos intubatiót végzett és ezzel a gyermek felgyógyult.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

A. Korotneff: *Sporozoön als Krankheitserreger.* I. Heft. Untersuchungen über den Parasitismus des Carcinoms. Berlin, Friedländer, 1893. 4 színes táblával. 5 frt 40 kr.

Alig van kórboneztani kérdés, mely az orvosi tudományok oly sok ágát egyidejűleg annyira érdekelte volna, mint a carcinoma aetiologiája. Az eddig még gyógyíthatatlan betegség okszerű kezelésére irányt, útmutatást vár a practikus orvos, és még nem lehet előre tudni, hogy a therapia mikéntje, a rák felett való győzedelmeskedés dicsősége a sebészetnek, a belgyógyászatnak vagy az experimentalis pathológiának jut-e? Hogy operatióval, belső kezeléssel vagy élő organismusok biológiai tulajdonságainak felhasználásával lesz-e lehetséges kedvező eredményt elérni?

Még többet vár azonban a kórboncztan e kérdés eldöntőjétől, mert oly teoriák felett kell ítéletet mondani, melyeket a legkittinőbb észlelők az utolsó 50 év összes vívmányai alapján állítottak fel s a melyek mégis alig emelkedtek a pusztá gyanitgatás fölé, a tények látszatával sem bírtak, szóval az emberi kutatás korlátosságának folyton előttünk tespedő bizonyítékai voltak.

Hogy a rákbetegség nem tisztán kórszövettanilag itélendő meg, mint egy fibroma, vagy egy degeneratio, azt már régen hangoztatták. Eleinte azonban a parasitaer elméletek csak extravagantiák és a feltűnési vágy következtében születtek, és hogy teljesen téves irányban haladtak, azt a conservativ nézetek vitatóinak kevés fáradsággal mindig sikerült kimutatni. A ráknál leírt bacillusok (Scheurlen, Kubasoff) aetiologiai fontossága mindig ilyen rövid életű volt, s ma ezeket a körülményeket nem a kérdés fejlődésében tett lépéseknek tekintjük, hanem az illető szerzők objectivitasának és technikai ismereteinek hiányosságáról kiállított bizonyítványoknak.

Másként állott a dolog, mikor a zoologiai térre vitték át a kérdést. Alig három éve, hogy Nils Sjörbing, Siegenbeck van Heukelom, Kossinsky és Borrel közleményei megjelentek. Az a hirtelen lendület, melyet e kérdés tanulmányozása ez óta nyert, bizonyítja, mily realis irányt vett, mennyire elevenére tapintott a kérdésnek az új elmélet. Harmincznál több buvár foglalkozott azóta e kérdéssel s eredményeikben részint megerősítik s újabb adatokkal támogatják azt a nézetet, hogy a rákbetegség oka egy alsóbb rendű parasita — coccidium vagy amoeba —, részint meggyengíteni törekedtek ezt az állítást.

A kérdésben főleg francziák dominálnak. A míg azonban *Fabre-Domergue* teljességgel tagadja itt a parasiták létezését, és a látottakat a sejtek degenerációjából magyarázza, *Borrel* pedig valódi parasiták jelenlétét kivételes ritkaságnak tartja, addig *Darier*, *Malassez*, *Wickham* szerint a parasiták a rákban mindig megtalálhatók.

Épen úgy azonban, mint a hogy a bacteriologia csak azóta tudomány, midóta egy botanikus, *De Bary*, kritikailag kezdett vele foglalkozni és rendszert hozott a vizsgálatba, úgy ebben a kérdésben a zoologiailag kevésbé képezett orvosok döntő eredményt nem értek el. Maga *Pfeiffer*¹ is bevallja ezt: „Diese Parasiten sind nur deshalb polymorph, weil wir heute noch schlechte Zoologen sind, weiter weil die Zoologen mit ganz anderen Gesichtspunkten an das ihnen schwer zugängliche pathologische Material herantreten.“

A kérdés végre zoologusok kezébe került, s az eredmény meglepő. A kórtani kérdésekben *Podwisockytól* támogatott *Korotneff* szerint a vizsgálat sikerének Columbus tojása, hogy ne használjunk a fixálásnál zsugorító anyagokat, főleg ne Flemming-féle oldatot. *Korotneff* szerint legjobb $7\frac{0}{10}$ sublimat $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ óráig; melyből az anyag kicsiny darabkái több órára jodtincturába kerülnek. Metszés kézzel, beágyazás nélkül. Gentián violában fest, picinnal kimos; vagy a Biondi-féle keveréket használja.

Ily eljárás mellett *Korotneff* a következő eredményt kapta: A rák parasitája, melyet bunkó alakja miatt *rhopalocephalus carcinomatosus*nak nevez, egy a sporozoákhoz tartozó állat, mely két fejlődési szakban — amoeba és coccidium — található.

A coccidium ovalis, 15—20 μ átmérőjű, burokkal, szemeses protoplasmával és maggal bíró képlet, melyben egyetlen lárva szokott fejlődni. Ez vagy meztelen (zooit), vagy burokkal bíró (sporo-zooit), mindkét esetben 5—10 μ átmérőjű, chromatin szemesékben gazdag maggal bíró s picin-savval jellemzően festődik.

Az előbbi fejlődésében nyulik, egyik végén bunkót kap, ebben maggal, egy gregarinához lesz hasonló, farkszerű vékony része összekunkorodik. Az egész 50 μ hosszúságra nő, később a zooit betokoldódik s ekkor coccidiummá lesz.

A másik lárva faj, a sporo-zooit ellenben fejlődése közben lassankint elveszti jellemző festődési képességét, burokja elvékonyodik, sugaras nyulványokat bocsát protoplasmája s átalakul amoebává. Ez egy igen vékony, alig kivehető s főleg pedig igen könnyen zsugorodó, szemeses maggal bíró, active mozgó alak, melyben egyszerre több lárva szokott fejlődni. A lárvák zooitok és sporo-zooitok lehetnek s így egy amoebából egyszerre új amoebák és

coccidiumok fejlődhetnek. E közben az anyasejt magja elveszti fejlődési képességét, elhalványodik, a sejt a lárvák érésével egyidejűleg tönkre megy.

A fejlődésben tehát *Korotneff* szerint nincs szigorú egymásután s a rhopalopolus nem jut egymásután valamennyi stadiumon át, sőt nem fejlődik mindegyik egyénből a legfejlettebb alak, a gregarinaszerű bunkó sem ki.

A mi a parasita jelentőségét illeti, erre nézve *K.* nyilvánít ugyan véleményt, mely azonban kissé homályos. Elismeri különben *Korotneff* maga is, hogy e téren tájékozatlan s csak subjectiv nézeteket mond. Szerinte carcinoma képzelhető rhopalocephalus nélkül is; ez azonban nem rosszindulatú, mert ez utóbbi kizárólag a rhopalocephalus jelenlétéhez van kötve. A cancrinoid-gyöngy szerinte mindig egy rhop. lárva körül fejlődik. Az álképlet keletkezésére nézve azt hiszi, hogy sebzések által vízzel vagy levegővel inficiálódik a kötőszövet, s az ebben hosszú ideig való megtelepülés és lassú fejlődés után terjed át a folyamat a hámra, melynek burjánzása csak secundaer. A kiindulás lényege tehát a kötőszövet s ez az operatíván figyelembe veendő.

Hogy miért keletkezik főleg 50—60 év körüli embereknél a carcinoma, arra *C. Thiersch*¹ teoriáját fogadjuk el, mely szerint öregeknél a histogenetikus egyensúly epithel és stroma között az utóbbi rovására megzavartatik a táplálkozás módosulása miatt. Az így elgyengült stromában ennél fogva könnyebben megtelepülnek a parasiták, mint a még ellenállóban. Még öregebb embereknél azonban a kötőszövet már oly rosszul táplált, hogy a parasita megtelepülésére már nem képez alkalmas talajt.

A mint a vázoltakból látható, *Korotneff* munkájának kórtani részéhez már igen sok szó fér s a parasitának az emberhez s speciell a tumorhoz való viszonyára és jelentőségére nézve szerző tulajdonképen még nem nyújt positív adatokat. Ez azonban már túl is esik a zoologus körén s újabb kutatások tárgyát kell hogy képezze. Még a parasitának biologiáját, sőt morfológiáját is csak megkezdettnek tekinthetjük e munka által, melynek kétségtelenül igen nagy érdeme azonban, hogy először foglalkozik s először constatalja meggyőző alakban jelenlétét, észleli fejlődését, szaporodását egy állati parasitának, s ezzel causalis nexusban a szövet reactiv elváltozásait észleli.

A munka remélhetőleg nagy feltűnést fog kelteni, s a szakörökben hosszú és élénk vita tárgyát fogja képezni.

Nékám (Bécs).

II. Lapszemle. Kórtan.

A streptococcus erysipelatis-sal végzett kísérleteket *Roger*. Intravenosus úton fertőzött házinyulak majd acut septicaemiában pusztulnak el, majd tovaterjedő cachexia által jellegzett idült betegségbe, vagy a hátsó végtagok sorvadásával járó poliomyelitisbe esnek. Bőr alatt fertőzés után a virulencia foka szerint vagy halálos septicaemia fejlődik ki helyi megbetegedés nélkül, vagy gangraenescáló erysipelas, vagy egyszerű tályog. A nyaki sympathikus átmetszése sietteteti a fejlődött erysipelas gyógyulását és megakadályozza az illető ful elhalását. Ezzel ellentétes értelemben hat az érző idegek átvágása. A streptococcusokkal fertőzés ellenében immunitás érhető el gyengített tenyészetek intravenosus befeccskendése által, továbbá 110° C.-ra hevített tenyészetek szüredékének befeccskendésével, végül nagyon gyenge virulentiájú tenyészeteknek bőr alá feccskendése útján is. A levegő elzárása mellett a streptococcus toxinokat produkál, melyek halálosan hatnak, alkohollal kicaphatók és meleg által tönkretételnek. Előzőleg fel nem melegített tenyészetek szüredéke csökkenti az ellentálló képességet a streptococcusal fertőzés ellen. Immunis állatok vérsavójában tenyésztett streptococcusok nem virulensek. Azon streptococcusok virulentiája ellenben, melyek előzetes felhevítés nélkül megszürt tenyészetekkel fogékonyakká tett állatok vérsavójában nőttek, tetemesen fokozódott. (Rev. de méd. 1892. 10. déc. 929. lap.)

Életképes cholera-bacillusok a levegőben. *Uffelmann* tanár azon kérdés megfejtésére végzett kísérletes vizsgálatokat, vajjon

¹ Die Zell-Erkrankungen und die Geschwulstbildung dureh Sporo-zoen. Jena, 1893.

¹ Der Epithelialkrebs. Leipzig, 1865.

juthatnak-e a porral életképes cholera-bacillusok a levegőbe. Kerti föld, finom fehér homok és szemétpor finom rétegeit cholera-bacillusokkal fertőzte és azután levegőn megszáritotta. Azt találta, hogy a bacillusok túlnyomó része tönkrement, voltak azonban olyanok is, melyek a kiszáradást több órával, néha 1 nappal, sőt 3 nappal is túléltek. Ezek alapján tehát meg kell engedni a lehetőségét annak, hogy a szél által vagy más úton a levegőbe jutott homok, por, szemét stb. a cholera fertőzés forrását képezheti. (Berliner klin. Wochenschrift, 1893. 26. sz.)

Belgyógyászat.

Gyomor-soor orvoslása. Gyermekneknél a soor többnyire a szájüregre marad korlátozva és könnyen megszüntethető. Felnőtteknél ellenben, főleg nagyon elgyengült öreg embereknél, a soor sokszor leterjed a bázrsingon át a gyomorba, néha nagyfokú nehézségeket okozva, főleg a nyelésnél, a minek következtében a táplépvétel nehezítetik. *Aufrecht* typhusban szenvedő két betegénél már a betegség első napjaiban jelentkezett a soor és terjedt le a gyomorba. Veszedelmesnek tartván ezen complicatiót, natrium biboracium 3%-os oldatával tett kísérletet, 2 óránként egy evőkanálnyit vétetvén be. Az eredmény az volt, hogy néhány nap múlva a soor már teljesen eltűnt. Azóta sok embernél alkalmazta e szert, a kikenél a nyelési nehézségek vagy a gyomorégés arra utaltak, hogy a soor leterjedt a gyomorba. Az említett oldatból néha óránként is adott egy-egy evőkanálnyit a tünetek megszűnéseig, a mi rendszerint 1—2 nap alatt következik be. Zavaró melléktüneteket 4—5 napi használat után sem észlelt. (Therapeutische Monatshefte, 1893. August.)

Bénulások orvoslása strychninbefecskendezéssel. *Bottenstern* egy esetet közöl, melynél túlságos alkoholélvezet következtében az alsó végtagok teljesen, a felső végtagok pedig csaknem teljesen megbénultak. Meleg fürdőkön, hideg leöntéseken és faradisation kívül még strychnint is fecskendezett a bőr alá igen jó eredménnyel, a mennyiben teljes munkaképesség következett be. Első nap 1 milligrammot használt és azután naponként ugyanennyivel növelte az adagot 10 milligrammig; ekkor 6 napos szünetet tartott és azután még 9 napon keresztül fecskendezett be naponként 10 milligrammot. Megjegyzendő, hogy a bénulás már két hónapja állott fenn. (Therapeutische Monatshefte, 1893. August.)

Gyomorgyengeség elnevezés alatt *Fürbringer* egy körülbelül 50 egyénnél észlelt kórképet ír le, melyet az jellemez, hogy a kitűnő étvágyú betegek bizonyos ételek vagy italok élvezete után kellemetlen, rágó gyomorfájdalomról panaszkodnak. E fájdalom addig tart, míg az illető anyagok a gyomorban vannak; a baj az illető ártalmas tápszerek túlságos élvezete esetén tipikus gastritissé fokozódhatik. Az ártalmas tápszerek között első helyen állanak a cukor és a cukros ételek; azután következik a zsír és csak harmadsorban az amylaceák. Az italok közül a sört csaknem mindig jól tűrik, míg a kávé, sokszor a tej is gyomorfájdalmat idéz elő. Szerző e bajt a dyspepsia nervosa egy nemének tartja. Neurastheniának nem kell okvetetlenül jelen lenni; sokszor a betegek teljesen mentesek minden ideges tünettől; az influenzát nagyon gyakran követte e betegség. A therapiát illetően fődolog a mértékletesség; a rohamot kiváltó tápszerek kerülendők; sokszor jó eredménnyel jár az utazás hegységekben vagy vizen. Gyógyszerek semmi befolyással nincsenek, sőt használatuk után sokszor rosszabbodik az állapot; a betegek állítása szerint az egyszerű kútvíz a legjobb fájdalomcsillapító. Meleg víz vagy híg leves sokszor megszünteti a rohamot. Fürdön tartózkodás sokszor jó hatással volt, de nem annyira az illető ásványvíz ivása, mint a diaeta megtartása miatt, valamint azért, mert a beteg ott gondoktól mentesen élhet. A prognosis annyiban kedvező, hogy egy kis elővigyázat mellett a beteg részéről a rohamok elkerülhetők; maga a betegség valószínűleg nagyon gyakran idült. (Therapeutische Monatshefte, 1893. August.)

Sebészet. Szülészet és nőgyógyászat.

Symphyseotomia férfinál húgyhólyag carcinoma eltávolítása céljából. Az esetnek érdekességét kölcsönöz az, hogy *Guyon* a húgyhólyag recidiv carcinomájának műtéve céljából — hogy az operatio helyét szabaddá tegye — symphyseotomiát eszközölt. A megtörtént bemetszés után 42 mm. distancziát nyert, melyen keresztül egy 6 cm. hosszú, 4 cm. széles hólyagfalat volt képes

resecálni. A gyógyulás, minden zavaró körülmény nélkül, simán folyt le. Az eljárást melegen ajánlja természetesen a női hólyagban székelő tumorok kiirtásához is. (Cbl. für Gyn. Nr. 24.) *r. l. dr.*

100 hernia inguinalis Bassini methodusa szerint végzett radikal operatiójáról számol be *Nicoladoni*. Előrebocsátja, hogy Bassini operatiójának főkéllékei, a *sérnyagnak lehető magasan való lekötése, a canalis inguinalis mellső és hátsó falának újbóli helyreállítás.* 100 radical operatiója közül 5 per secundam, 94 per primam gyógyult; 1 beteg meghalt az operatio utáni 16-dik napon pyaemiában. A legfiatalabb műtett volt 2 éves, a legöregebb 65. Hat esetben ily operatióval *atrophikus heréket* is kellett eltávolítani. *Bassini* rendelete szerint a methodusa szerint operáltak műtét után sérvkötőt nem viselnek. (Cbl. f. Chirurgie Nr. 35.) *R. L. dr.*

Borotvakés lenyelése, gastrotomia, halál czímen írja le *Cant W. I.* egy 68 éves öreg asszony esetét, ki egy borotvát lenyelt. A tényállás kiderítése céljából — miután *magnessal* a kísérletek meghiúsultak — 20 csepp *sósavat* nyújtott a betegnek s egy óra lefolyása után gyomormosást végzett s az így kibocsátott folyadékban *ferrocyan kalium* segélyével a vasat ki tudta mutatni, nemsokára már azonban tapintani is lehetett a borotvát. *Gastrotomiát végzett, a borotvát eltávolította*, de 5 nappal az operatio után a nő kimerülésként meghalt. (Cbl. für Chirurgie Nr. 36.) *R. L. dr.*

Fogakat tartalmazó dermoidecystát távolított el az ovariumból *Kammerer*. Szerző a new-yorki orvosegyületben egy az ovariumból eltávolított dermoidecystát mutatott be, melyben 8 fog volt látható, ezek egy része metsző, más része praemolaris és molaris fog volt. A 28 éves beteg nőnél minden kimutatható ok nélkül *parametritis* lépett fel, mely abscedált s megnyitotta a hüvelyboltozatot. Ezen üreg *drainirozva* lett s *antiseptice* jól kimosva. Midőn egy alkalommal a vizsgálatnál *szőröcsomók* ürültek ki s a cystának genyedésbe való átmenetét diagnosztizálhatta, laparotomia segélyével az egész dolgot eltávolította. Hosszú ideig *hüvelysipoly* maradt vissza, melynek elzárása csak a legnagyobb nehézségek után sikerült. (Cbl. für Gynaekologie Nr. 36.) *R. L. dr.*

Késői szülés esetét írja le *Harris John B.* Az illető nő VI. para, utolsó menstruációja 1891. július hó 17-dikén. Férje augusztus hóban több hónapra elutazott hazulról. A nő lebetegését 1892. április végére várta s az mégis június 7-dikén történt meg. A magzat feje minden nehézség nélkül született meg, a vállak kifejtése azonban nagy nehézségekbe ütközött, úgy hogy a gyermek az *extractio alatt meghalt*. A magzat súlya 14 angol font (6355 gm.) volt, hossza 67.6 cm., mellkőrfogat 42.5 cm., czombkőrfogat 23.7, karkőrfogat 15 cm. A terhességi tartam fenti nőnél 325 nap volt. Előbbi két gyermekének születés utáni súlya 5350 gm. volt. (Lancet, Cbl. für Gynaekologie 24.) *r. l.*

Az ovarium conservativ operatiójáról értekezik *Pozzi* (Páris). A méh függelékeinek kezelésénél nem fordítottak elegendő gondot arra, hogy a *conceptioképesség* továbbra is fennmaradjon. Ez különösen fontos Franciaországra, hol a nélkül is rendkívül csökkentek az utolsó időkben a születési esetek. *Pozzi* ezért ajánlja, hogy oly esetekben, hol az ovariumnak csak kis része van meg-támadva, ezt *rescáljuk* s a sebszéleket catguttal egyesítsük. Ha a processus nagyobb kiterjedésű vagy talán az ovarium nagy része már *cystikusan degenerálódva van, akkor thermocauterrel ignipuncturát eszközöljünk*. Ezek után *sclerosis* lép fel, mely mellett a *menstruatio* fennáll s *graviditas* is beállhat. (Cbl. für Gynaekol. Nr. 36.) *R. L. dr.*

Apróbb jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Orrvérzés ellen** *Guénos* 5%-os antipyrin-oldat felszívását az orrba ajánlja. (Lyon méd. 1893. 5. sz.)
2. **Rovarcsípés** esetében *Peukow* azt ajánlja, hogy a sértett helyet naphthalin tömény oldatával folyékony vaselinben kenjük be és ezt minden 3—4 órában ismételtjük. (Sem. méd. 1893. 26. sz.)
3. **Dysenteria** eseteiben *Graeser* szintén nagyon jó eredménnyel használta a Gelpke által ajánlott granátgyökérhéjat. Minden 2 órában vétet be egy-egy evőkanálnyit a maceratumból, mely 10—15 gramm cort. rad. granat. és ugyanannyi cortex simarubaenek 750 gramm francia vörös borban 24 órán át áztatása útján készült. A szer használatát addig kell folytatni, míg a betegség utolsó jele is eltűnt. (Deutsche med. Wochenschrift, 1893. 40. sz.)

TÁR C Z A.

Magyarország közegészségügye 1892-ben.

(Hieronymi Károly belügyminister jelentése a képviselőházhoz.)

(Folytatás.)

A közegészségügyi személyzet viszonyait több oldalról óhajtom bemutatni.

Az orvostudorok száma az 1887-diki jelentésben kimutatott állapothoz képest jelentékenyen szaporodott ugyan, de ha az orvostudorokat a napról napra fogyó sebészekkel együtt vesszük számba, kik csak úgy üzik az orvosgyakorlatot, mint az orvostudorok, de az egyetemen most már nem képeztetvén, kiháló félben vannak, úgy az orvosok szaporodása aránylag nem nagy és évenként a százat sem éri el egészen.

A 83-dik lapon részletezve kimutatott főösszegek a következők: 1892-ben volt 3556 orvostudor, 491 sebész, orvos összesen 4047, 1887-ben volt 2886 orvostudor, 686 sebész, orvos összesen 3572, tehát az orvostudorok száma szaporodott 720-szal, a sebészek száma fogyott 195-tel, együttvéve az orvosok száma szaporodott 495-tel.

Az orvosok száma az ország lakosainak számához viszonyítva elégtelen.

Ugyanis 4047 orvosunkat elosztva az ország 15 milliónyi lakóira, 10,000 lakosra 2,66 orvos jut, míg Ausztriában ugyanennyi lélekre 3,16 és a Német birodalomban 4,15, tehát majdnem kétszerannyi esik, mint nálunk.

Ez a viszony azonban az ország legnagyobb részében még kedvezőtlenebb; ha külön vesszük például a törvényhatósági joggal felruházott 26 várost, arra a feltűnő eredményre jutunk, hogy ennek a 26 városnak 1347 orvosból lakosságának csaknem minden ezerére jut egy orvos (10,000-re 9,90), míg a vármegyékben csak minden ötezer lakosra esik egy.

Az arányokat törvényhatóságokként kiszámítva, jelentésem második részében mutatom be. Itt csak azt emelem ki, hogy orvosokban aránylag leggazdagabb a városok közül Kolozsvár (Budapestnél is gazdagabb) s legrosszabbul áll Hódmezővásárhely, Szabadka és Kecskemét. A vármegyék közül orvosokban leggazdagabb Brassó és Moson s legszegényebb Csongrád és Kis-Küküllő.

Az ország 4047 orvosának számában befoglaltatnak a törvényhatósági és községi egészségügyi szolgálatban levők is.

Törvényhatósági orvosi hivatalban volt: 1. Tiszti megyei főorvos (miután Bars és Szatmár vármegyékben két-két főorvos van) 65. 2. A 26 törvényhatósági joggal felruházott városban Budapest fő- és székvárossal együtt 134. 3. Járásorvos volt 370. 4. A 166 rendezett tanácsú városban volt a járásorvosoknak megfelelő városi főorvos, illetve orvos 106: tehát törvényhatósági tiszti orvos összesen 675.

Községi orvosi hivatalban volt: 1. A 106 rendezett tanácsú városnak községi orvosi szolgálatot teljesítő orvosa a már fentebb említett 106-on kívül 58. 2. Községi orvos 381. 3. Körorvos 883: tehát összesen 1322.

Törvényhatósági és községi hivatalban összesen 1997, tehát az ország összes 4047 orvosának majdnem fele.

Nem lesz érdektelen itt azt is kimutatni, hogy az ennyi személyzettel rendszeresített egészségügyi szolgálat mennyibe kerül.

A vármegyei tiszti főorvosok fizetése 55,920 frt, fuvarátalánya 14,600 frt, összesen 70,520 frt.

A törvényhatósági joggal felruházott 26 városnak, a fő- és székvárossal együtt, orvosi kiadása, beleértve a szegények gyógykezelését és a halottkémlést, 95,221 frt. A 370 járásorvos fizetése 142,094 frt, útiátalánya 47,570 frt, összesen 189,664 frt. A 106 rendezett tanácsú város főorvosainak, illetve — a hol csak egy van — orvosainak összes fizetése 49,770 frt. Tehát a törvényhatósági szolgálatot teljesítő orvosok összes fizetése 405,175 frt.

A községi orvosi szolgálat sokkal többbe kerül, csakhogy ezzel az összeggel nemcsak a hivatalos működés van megfizetve, de nagy részben a betegek ápolása is, a mennyiben a községi és körorvosok rendes évi fizetésük fejében részben valóban alacsony 20—40 krnyi, sőt ennél is csekélyebb beteglátogatási díjakkal kénytelenek beérni.

Községi orvosokul tekintem a rendezett tanácsú városok alorvosait; sőt a rendezett tanácsú városok azon orvosait is, kik egyedül szolgálják a várost, félig ide kellene számítani; a mennyiben az 1876: XIV. t.-cz. 155. § a kimondja, hogy ők a törvényhatósági közegészségügyi szolgálaton kívül a községit is teljesítik.

A községi egészségügyi szolgálat költségei a következők:

A községi orvosok során kimutatott 545 községi orvosból a r. t. városok fentemlített 106 orvosát levonva, marad: 1. községi orvosul 439, kiknek fizetése 215,086 frt, 2. az ez idő szerint rendszeresített 1112 orvosi körnek javadalmazása 607,797 frt,¹ összesen 822,883 frt. Egybefoglalva a törvényhatósági és községi egészségügyi szolgálat költségeit, az összes kiadás 1.228,058 frt.

Ha ezen összegnek a jelentésem II-dik felében olvasható részletezésén végigpillantunk, annak elosztása úgy törvényhatóságok, mint községek szerint nagyon egyenlőtlen s több helyütt valóban annyira elégtelen, hogy sem a megfelelő szellemi munka méltóságának, de a testi fáradság mértékének sem felel meg.

Ilyennek kell például felhoznom Abauj-Torna vármegyét, mely a törvény ellenére a járásorvosi állásokat nem rendszeresítette, hanem az egyes körorvosoknak 100 frtnyi tiszteletdíjat fizet a járásorvosi teendőért és Békés vármegyét, melynek egyáltalában nincsenek járásorvosai. Hasonlók a viszonyok Szatmár vármegyében, hol még sok körorvosi állás üres volta mellett a járásorvosi állások 200 frt-jával vannak javadalmazva és semmi úti általánnyal nem bírnak.

Vajjon a cholera-járványnak most ott tapasztalt terjedését nem lehet-e bizonyos fokig ezen körülménynek felróni? Avagy mit várjunk az olyan egészségügyi közigazgatástól, melynek szakközege oly városban, mint Szombathely, egyszáz forinttal és Kőrmenten 50 frttal van fizetve. Vas megyében a rendszeresített, de nagy részben mindig betöltetlen 34 körorvosi állásnak fizetését egyenkint 250 forintban állapították meg. Ily fizetések mellett rendszeres egészségügyi közigazgatás nem képzelhető.

A községi orvosi állásokat illetőleg a viszonyok a következők voltak: az 1876: XIV. t.-cz. 142. §-a szerint a rendezett tanácsú városok és a 6000 lakosnál többet számláló községek orvost tartani kötelesek. Ezeket együttvéve saját orvost tartani köteles községünk volt: 1892-ben 241, 1887-ben csak 224.

Ezekből birt saját orvossal: 1892-ben 211, 1887-ben 218.

Ezt a visszaesést abból magyarázhatni, hogy 6000 lakoson felüli 32 község a viszonyok kényszerűsége folytán más községekkel orvosi körbe csoportosított, részint pedig abból, hogy még az 1890-diki népszámlálást megelőzőleg, a mikor még 6000 lakossal nem bírt, lett orvosi körbe beosztva. Ilyen község a következő harminczkettő: Kurties, Petrovácz, Kernyája, Ó-Szivácz, Berettyó-Újfalu, Derecske, Diósgyőr, Hosszúfalu, Kis-Telek, Bicske, Hatvan, Heves, Gúta, Körösmező, Borsa, Felső Vissó, Galgóc, Ó-Tura, Új-Kécske, Csorna, Szent-Mihály, Kis-Várda, Paks, Bátaszék, Tolna, Bonyhád, Ó-Bessenyő, Szerb-Nagy-Szent-Miklós, Turzovka, Sárospatak, Gyertya, Herenesvölgy.

Hatezer lakosnál kevesebbet számláló és önként orvost tartó község volt 1892-ben 276, holott 1887-ben csak 236. Ezen 276 községből 80 község 4000 lakosnál többet, de 6000-nél kevesebbet számlál, a többi 197 községnek lakosa pedig a 4000-en alól van.

1834 nagyközségünk közül csak 381-nek van községi orvosa.

A körorvosi intézmény a multhoz képest nem mutat javulást; nem fejlődik épen ott, a hol az orvosok abszolút hiányánál fogva leginkább szükséges volna. Az 1887-diki adatok szerint 1270 orvosi kör volt (943 betöltve s 327 üres); 1892-ben csak 1112 kör létezett, a mennyiben a csak papiron létező, még soha betöltve nem volt s a vármegyék által ideiglenesen egybekapcsolt köröket egynek vettem. 1887-ben 943 körorvos volt kimutatva, míg ma a névszerinti kimutatás szerint csak 883 körorvos van. A különbség részben onnan ered, hogy azon köröket, melyeket a vármegyék a járásorvos által betöltötteknek mutattak ki, s melyeknek orvosait a körorvosok számába is felvették, én üreseknek tekintem s olyanoknak mutatom ki.

Az orvosi körök elosztását jelentésem II-dik részének 4 f)

¹ Jelenleg azonban csak 883 kör volt betöltve, 506,575 frt javadalmazással.

táblás kimutatása tünteti fel (124. lap); ezen táblázatból azt látjuk, hogy a körorvosi állások ott vannak betölve, a hol a körorvos székhelyén orvosi segélyt különben is könnyen hozzáférhető, míg ott, a hol orvosok különben is hiányzanak, a körorvosi állások üresek. (Folytatása következik.)

Heti szemle.

Budapest, 1893. október 19-dikén.

A cholera állása. Hazánkban a járvány a héten változást nem mutatott. Az előbb már fertőzve volt vármegyékhez újabb Szepes megye csatlakozott. A torontálmegyei Farkasd községben most már csak szórványos esetek fordulnak elő; nagyszámú eseteket jelentenek azonban a baranyamegyei Pécsváradról, a hol például e hó 20-án 7 megbetegedés történt, továbbá a torontálmegyei Lajosmajorról és Basahídról. Eszéken, a hová a bajt állítólag Boszniából hurczolták be, szintén sok eset fordul elő. A járvány állása különben legjobban a következő számokból tűnik ki:

X/19—20.	12 helység	19 megbetegedés	11 haláleset
X/20—21.	19 "	17 "	17 "
X/22—23.	18 "	9 "	21 "
X/23—24.	11 "	13 "	8 "
X/24—25.	13 "	30 "	25 "
X/25—26.	22 "	34 "	19 "

Október 19-dikének déli 12 órájától másnap délig a következő számú megbetegedések (zárjelben halálesetek) fordultak elő az országban: Baranyamegye, 1 helység, 7 (1); Komárommegye, 1 helység, 1 (2); Pestmegye, 1 helység, (3); Sárosmegye, 2 helység, 2; Tolnamegye, 1 helység, 1; Torontálmegye, 4 helység, 6 (5); Zemplénmegye, 2 helység, 2.

Október 20-dikének déli 12 órájától másnap délig a következő számú megbetegedéseket jelentették be: Baranyamegye, 1 helység, (2); Bács-Bodrogmegye, 3 helység, 3 (2); Csongrádmegye, 1 helység, 1 (1); Fehérmegye, 2 helység, (2); Kolozsmegye, 1 helység, (1); Máramarosmegye, 3 helység, 3 (1); Pestmegye, 1 helység, (1); Szabolcsmegye, 1 helység, 1; Szepesmegye, 1 helység, 3 (2); Torontálmegye, 3 helység, 3 (2); Torda-Aranyosmegye, 1 helység, 1; Ungmegye, 1 helység, (1); Zemplénmegye, 1 helység, 2 (1).

Október 22-dikének déli 12 órájától másnap délig a járvány állása a következő volt: Alsó-Fehérmegye, 1 helység, 1; Kolozsmegye, 1 helység, (1); Mosonmegye, 1 helység, 1; Máramarosmegye, 3 helység, (4); Pestmegye, 1 helység, (1); Torontálmegye, 7 helység, 4 (3); Sárosmegye, 4 helység, 3 (2).

Október 23-dikének déli 12 órájától másnap délig következő esetekről érkeztek hírek: Bács-Bodrogmegye, 2 helység, 2 (1); Brassómegye, 1 helység, (1); Baranyamegye, 1 helység, 3 (2); Csongrádmegye, 1 helység, 1; Esztergommegye, 1 helység, (1); Máramarosmegye, 1 helység, 2 (1); Mosonmegye, 1 helység, 1; Pestmegye, 2 helység, 1 (2); Sárosmegye, 1 helység, 3.

Október 24-dikének déli 12 órájától másnap délig következő számú esetek fordultak elő: Bács-Bodrogmegye, 1 helység, 1; Jász-Nagykun-Szolnokmegye, 1 helység, 1 (1); Mosonmegye, 1 helység, 1 (1); Máramarosmegye, 3 helység, 4 (4); Torontálmegye, 4 helység, 17 (16); Szepesmegye, 2 helység, 1 (1); Zemplénmegye, 1 helység, 5 (2).

Október 25-dikének déli 12 órájától másnap délig következő eseteket jelentettek: Bács-Bodrogmegye, 2 helység, 2; Baranyamegye, 1 helység, 2 (1); Csongrádmegye, 1 helység, (1); Fehérmegye, 1 helység, 1; Kolozsmegye, 1 helység, 1 (1); Máramarosmegye, 1 helység, (1); Pestmegye, 2 helység, 2 (2); Torontálmegye, 6 helység, 17 (9); Sárosmegye, 2 helység, 4; Ungmegye, 1 helység, 2 (2); Zemplénmegye, 3 helység, 2 (2); Zalamegye, 1 helység, 1.

Budapesten a héten következő számú megbetegedések (zárjelben halálesetek) fordultak elő: 20-dikén 2 (2); 21-dikén 2 (0); 22-dikén 3 (0); 23-dikén 1 (1); 24-dikén 0 (2); 25-dikén 2 (1); 26-dikén 0 (0).

A külföldi cholera vonatkozó hírek röviden a következőkben foglalhatók össze. Oroszországban újabb Dorpatban és Kowno ban jelentkezett a baj; az előbbi helyen október 1-től 7-dikéig 11 megbetegedés és 5 haláleset fordult elő. Különben azonban a járvány erősen csökken, csak Podoliában, Volhyniában és Lomsha kormányzóságban tetemes még az esetek száma, noha némi csökkenés már itt is mutatkozik. Németországban Hamburgban több napi szünet után ismét mutatkoztak szórványos megbetegedések; Altonából is 3 esetet jelentettek be az elmúlt héten. Elszórt esetek fordultak elő még Magdeburgban és Wittenbergben. Komoly a helyzet Stettinben, a hol október 16-dikéig 37 megbetegedés és 16 haláleset történt cholera következtében; továbbá Havelbergben, a hol szintén tetemes a megbetegedések száma. Több eset fordult

elő továbbá Grabowban (Stettin mellett), egyes esetek pedig még Kratznick, Bredow, Bollinken, Stepenitz, Neu-Schaumburg, Kustin és Niederkränig nevű helységeken. A Rajna vidékén már huzamosabb idő óta nem volt megbetegedés, a miért is az ellenőrző állomások egy részét már be is szüntették. Franciaországban Brestben, a hol az ideai cholera-járvány alatt körülbelül 500-an haltak meg, ismét javultak a viszonyok. Olaszországban Palermóban és Livornóban most már tetemesen javult az állapot, főleg ez utóbbi helyen, a hol e hó 23-dikén már nem is történt újabb megbetegedés. Különben Olaszország egyéb helyein is már erősen csökkent a járvány. Rómában október 9-dike óta, a mikor az utolsó halálos kiemelési cholera-megbetegedés történt, újabb esetet nem észleltek. Spanyolországban Bilbaóban és Biscaya tartományban a járvány szintén mutat már némi csökkenést. Angolországból e héten nem érkeztek hírek. Konstantinápolyban, a hol a járvány kitörése óta 349 megbetegedés és 208 haláleset fordult elő, még mindig történnek mérsékelt számú megbetegedések. Galicziában a javulás most már tetemes. Romániában kedvezők a viszonyok, a mennyiben csak szórványos esetek fordulnak már elő, a Duna melletti Tutra kan város kivételével, a hol egy kis járványgócz képződött. Boszniában Breka és Gradacac kerületek több helységében is észleltek néhány cholera-esetet.

Az orvosi díjszabás új tervezetének módosítása a budapesti kir. orvosegyesület választmánya szerint.

A budapesti kir. orvosegyesület igazgató-választmánya f. hó 23-dikén tartott ülésében tárgyalta az országos közegészségi tanácsnak az orvosi díjszabásra vonatkozó új tervezetét, az e czélra kiküldött bizottság jelentése alapján; mivel pedig a tervezet egy rendkívüli közgyűlés tárgyát is fogja képezni, azt határozta az igazgató-választmány, hogy úgy mint az eredeti szöveget, az általa czélszerűnek vélt módosításokat is tudomására hozza az egyesület tagjainak, hogy ezen rendünket legközelebről érdeklő kérdés felől mindenki — még a közgyűlés napja előtt — a legalaposabban tájékozhasa magát.

Az igazgató-választmány módosításai a következők:

I. A „Szabálytervezet” című fejezetben a 7. pontban a „lakhelyétől” szó helyébe „lakásától” teendő.

A 9. ponthoz: „Az orvos lakásán fennjáromlag — ambulatorice — adott tanácsért, rendelésért vagy kezelésért az alább megszabott díjak felerésze követelhető”, kiemelendő volna, hogy a műtétek ez alól kivételnek.

A 10. pontban: „Az egy házban lakó” kifejezés helyére: „az egy lakásban lakó” alkalmazandó.

A 12. pont így volna módosítandó: „Műtéteknél segédkezésért, a műtét jelentőségéhez képest 5—50 frt díj számítható. A műtétnél jelenlevő kezelő orvos segédkezésének tekintendő.”

Végül visszaélések elkerülése czéljából ezen fejezethez csatolandó mint 16. pont: „A műtétek egyes mozzanatai (pl. a kutatás sondával, a varrás, ütök alákötése, a seb bekötése stb.) külön műtét gyanánt fel nem számíthatók.”

II. Az „A) Orvosi díjszabás” címet viselő fejezeteknek 7—15. terjedő pontjait nem találta az igazgató-választmány olyanoknak, mint a melyek a gyakorlat igényeit kielégítenék; úgy véli e pontokat megváltoztathatóknak, hogy a betegnél eltöltött idő órák szerint számítások és pedig az 1—6. pontok értelmében, minden eltöltött óráért egy látogatás díja számítható. E szerint a nappal eltöltött órákért — a hely nagysága szerint — 2, 1,50, illetőleg 1 forint, az éjjeliekért 4, 2, 1,50. Megjegyzendő, hogy a nappal reggel 7 órától este 7 óráig, az éjjel este 7 órától reggel 7 óráig terjed.

A 15. pontban „2 kilométernél nagyobb távolságban” helyébe „a vámvonalon kívül” teendő.

A 18. pont után mint külön kikezdés beveendő, hogy „orvosi tanácskozmányért a kezelő, illetőleg a házi orvos is külön díjazásban részesül, és pedig az 1—6. pontokban jelzett látogatási díjak kétszeresét kapja.”

A 16. pont, melynek eredeti szövege nem érthető, így változtandó meg: Vidéken 5 frt, 2 kilométeren túl 10 forint.

Épúgy a 18. pont: Vidéken 8 frt, 2 kilométeren túl 15 forint.

A 19. pontban a díj 50—100 forintra emelendő.

A 20. pontban a látletelek és az orvosi bizonyítványok különválasztandók; és pedig orvosi bizonyítványok díja 2—5 forint, látletelek 5—10 forint.

A 23. pontban kiemelendő, hogy azon műtételeknél nem számítható külön látogatási díj, melyek 10 forintra magasabban vannak díjazva, holott a 10 forint alattiaknál külön látogatási díj számítható.

Végül ezen fejezetbe tartoznék a villamosítás is, mit az igazgató-választmány 2—5 forintra tart díjazandónak.

III. Sebészi műtétek díjszabása.

2. „Szálacsbevezetés“ hozzáteendő: „húgycsöbe“.
10. pontban „(lővegek)“ kihagyandó.
11. Tályognyitás díja 2 forint helyett 2—15 frt.
14. pont teljesen elhagyandó, mert belefoglaltatik a 15. pontban. Az orrműtétek közé beveendő: orruhanoyozás 3 frt.
65. pont módosítandó: egyszerű ranula műtete.
73. pontban a torokedzés mellé teendő: „és torok kifecskendezése“.
94. pontban: a bázsingból „vagy gégből“.
121. pont: „gyökeres sérvműtétel“ helyett: Egyszerű (bélresectiót nem igénylő) gyökeres sérvműtét.
163. pontban kiteendő, hogy „az első“ húgycsapolás.
- A 176., 177. és 185. műtétek díjául 100—200 frt, a 187.-ért 50—100 frt számítandó.

Ezen fejezetbe beveendőek volnának: Subcutan injectio 3 forint, Transplantatio 10—25 forint, Arthropunctio 10—25 forint, Transfusio 50—100 forint, Infusio (hypodermoklysis) 10—30 frt.

IV. Szülészeti műtétek díjszabása.

5. Gátvarrás díja 10—50 forintra emelendő.
16. Eclampsia kezelése kihagyandó, mert a szükségessé váló műtéti beavatkozások ügyis külön díjaztatnak, a beteg mellett való tartózkodás pedig órák szerint számítható fel.
17. Mesterséges koraszülés díja 50—100 forintra emelendő.

V. Szemorvosi műtétek díjszabása.

Az 1. pontból, mely az egyszerű szemorvosi ténykedések díját szabja meg, az igazgató-választmány kiveendőnek véleményezi a massage-t, valamint a trachoma-csomók kinyomását, tekintve ezen eljárások fáradságos és időtrábló voltát s számukra egy külön tételben 2 illetőleg 3 forintnyi díjat állapított meg.

A 4. pontból a jégárpa (chalazion) kiveendő, és a 6. pont díjtételéhez számítandó.

Kihagyhatók ezen fejezetből a 10. és 37. pontok, mint a melyek a sebészeti műtétek közt is szerepelnek.

A 23. pont díja 20 forintra emelhető, a 31.-é pedig 50-re.

Épügy emelendők a következők:

32. Inmetzés egy szemem 20 illetőleg 30, inmetzés két szemem 30 illetőleg 40.
33. Izomelővarrás 40 frt.
38. Segédkezelés szemműtéteknél 5—10 frt.

VI. Fogorvosi díjszabás.

Ezen fejezetnek revideálására egy fogorvosokból álló szűkebb bizottság lett felkérve, mely az eredeti tervezet helyébe egy újat készített, mit az igazgató-választmány is elfogadott változtatlanul. E tervezet a következő pontokba foglalja a fogorvosi beavatkozásokat:

1. A felsorolandó tételek a székes fővárosra vonatkoznak; vidéki városokban a díjtételekből 25% levonandó.
2. Vizsgálat fogtűkörrel, sondával és tanács a fogorvos lakásán 2—5 frt.
3. Fog vagy gyökér kihúzása az orvos lakásán 2—5 frt.
4. Fog vagy gyökér kihúzása helybeli érzéstelenítéssel 4—10 frt.
5. A 2. 3. 4. alatti tételekért a beteg lakásán a díjtételeknek kétszerese számítandó.
6. Ha egyszerre több fog vagy gyökér húzatik ki, minden következőért 1—2 frt.
7. Fogkorona-tömés plastikus tömő-anyaggal 3—10 frt.
8. Alaptöméssel, vagy pulposapkázással combinált fogkorona-tömés 4—10 frt.
9. Fogtömés pulpitiséknél plastikus korona tömő-anyaggal 8—20 frt.
10. Fogtömés gangraena pulpaenél plastikus korona tömő-anyaggal 10—25 frt.
11. Fogtömés periodontitis, periostitis alveolaris vagy abscessus alveolaris chronikus eseteiben plastikus korona tömő-anyaggal 15—35 frt.
12. Ha a 7—11. tételeknél, mint korona tömő-anyag arany használtatik, akkor a díjtételekhez hozzászámítandó 5—20 frt.
13. Fogreszelés, fog- vagy gyökér-köszörülés (ha külön műtét) 2—5 frt.
14. Fogkö-eltávolítás 3—10 frt.
15. Gingivitis és caries alveolaris specifica (Pyorrhoea alveolaris) kezeléseért látogatásonként 1—3 frt.
16. Tamponálás vérzéseknél (ha önálló beavatkozás) 3—5 frt.
17. Egy műfog készítéseért kaucuk-alapon 5—10 frt.
18. Egy műfog készítéseért arany alapon 10—50 frt, minden következő fogért kaucukban 2—5 frt, minden következő fogért aranyban 5—10 frt.
20. Egész felső vagy alsó fogsor készítéseért kaucukban 50—80 frt.
20. Teljes műfogazat készítéseért kaucukban 100—200 frt.
21. Egy csapos fog készítéseért 10—15 frt.
22. Egy csapos fog készítéseért előző gyökkezeléssel 15—30 frt.
23. Kaucukfogsor javítása 3—5 frt.
24. Arany-fogsor javítása 5—10 frt.
25. Foghelyzeti rendellenességek kezelése látogatásonként 1—3 frt.
27. Fogak helyzetét szabályozó készülékek egyenként 25—80 frt.
27. Allesontok sebészi bántalmainak kezelését támogató vagy allesontbeli anyaghiányokat pótló mechanikai készülékek 50—200 frt.
28. Korona- és hídmunkák (crown and bridge works) koronánként 30—50 frt.

A cholera állása a fő- és székvárosban szeptember hó folyamán. Gebhardt Lajos tiszti főorvosnak a főváros október 9-diki közgazgatási bizottsági ülésén tett előterjesztéséből e tárgyra vonatkozólag közöljük a következőket:

Cholera-betegedés szeptember 3-dikától egész 15-dikéig nem fordult elő, ekkor azonban ismét mutatkozott, és pedig hivatalosan bejelentett 58 eset közül 45 cholera-nak bizonyult. Eme 45 esetből 15 gyógyult, 26 elhalt, és 4 gyógykezelés alatt maradt. A 45 cholera között 43 felnőtt és 2 gyermek volt. Nem szert 32 fi és 13 nő volt.

A megelőző egészségi állapot szerint 31 egészséges és 12 gyengélkedő volt. Rendesen élt 25, rendetlenül 18. Iszákos volt 9, nem volt 34. Lakás szerint hajóközön 1, fabódében 3, pinczében 4, mély földszint 2, földszint 19, felemeleten 1, I. emeleten 8, II. emeleten 3 és III. emeleten 1 lakott. Lakástalan három volt.

A megbetegedés összesen 45 volt, a halálozás 26, tehát 57.7%.

A lakás zsfolt volt 6 esetben, nem volt 36 esetben. A beteg lakásán 18 esetben természetesen szűrt vizet, 14 esetben mesterségesen szűrt vizet, 1 esetben dunavizet, 5 esetben kútvizet, 1 esetben közküti természetesen szűrt vizet ivott.

Foglalkozása, illetőleg ideiglenes tartózkodása helyén 9 esetben természetesen szűrt vizet, 19 esetben mesterségesen szűrt vizet, 1 esetben szűretlen vizet, 4 esetben dunavizet, 2 esetben kútvizet használt.

A 45 esetenél 17-szer kút találtatott; a kút közelében azonban csatorna vagy árnyékszék négyszer fordult elő, a kút pedig 3-szor rosszul fedett volt.

A kútív ivásra öt esetben, edény mosogatására 10 esetben, kocsimosásra 1 esetben és géphajtásra 1 esetben lett felhasználva.

Ugyanazon lakásban cholera-megbetegedés volt az 1892/3. évben két esetben s ugyanazon házban hét esetben.

Foglalkozás szerint legtöbbje napszámos, közműves és cseléd volt. A cholera 17 esetben bacteriologiailag, 15 esetben klinikailag, 13 esetben kórboneztanilag lett megállapítva.

Az itt felsorolt adatok alapján módunkban van ismételtlen a cholera terjedésének okára reámutathatni, mielőtt azonban ezt tenném, szükségesnek tartom még a következő igen fontos jelenségeket is fel-említenem.

Ugyanis a lefolyt 1892/3. évi cholera alatt a külső váci-úton, a löportár-dűlön, a külső városligetben, a külső soroksári-utczában és úton, úgy a tisztviselő-telepen igen sok cholera-eset lépett fel s jelenleg egy sincs.

Ennek okát keresve, azt látjuk, hogy ezen helyeken részint az ivóvíz minősége változott meg, a mennyiben a külső váci-úton s a löportár-dűlön természetesen szűrt és káposztás-megyeri víz van, a tisztviselő-telep pedig a népligetben fúrt kútból kapja jó minőségű talaj-illetőleg kútvizet, holott azelőtt mindezen helyeken csakis szűretlen vezetéki víz állott rendelkezésre, részint hogy, mint a külső városligetben, a külső soroksári-utczában és úton, a hol még most is szűretlen vezetéki víz van bevezetve, a csapok még mindig le vannak szerelve s így a közönség a szűretlen vezetéki vízhez csakis a hatósági elővigyázati intézkedések kijátszása mellett a legnagyobb nehézséggel férhet, bár ezen helyeken közküti természetes víznek kiszolgáltatásáról is lett gondoskodva.

Kitűnik ennél fogva, hogy az ivóvíz javításával sikerült a cholera-nak ezen helyeken való újabb fellépését megakadályozni.

S ha most tekintetbe vesszük azt, hogy a III. ker. bécsi-úti új téglagyárban előfordult tömeges megbetegedések okát nemcsak a tapasztalati tények, de főleg a bacteriologiai leletek alapján az egyik kút vizének lehetett tulajdonítani, a mennyiben ugyanis a cholera-bacillust ezen kútvizben két ízben is sikerült megtalálni, nincs kétség benne, hogy a székes fővárosunk különböző kerületeiben szórványosan fellépett cholera okát csakis a mi vízvezetékünkkel kell ismételtlen összefüggésbe hoznunk.

A dunavíz ivását négy esetben lehet megállapítani. Ugyanis kotróhajón tartózkodó napszámos szülők gyermeke csakis ezzel a vízzel élt, más három dunaparti gabona, köszénhajó s épületfakirakó munkás szintén dunavizet ivott. Szűretlen vezetéki vízzel való éléstől a cholera-t egy esetben lehetett származtatni. Hogy nem több esetben lépett fel a cholera, dacára annak, hogy sokan itták a duna-s a szűretlen vezetéki vizet, oka részben az is lehet, hogy a dunavízben jelenleg a cholera-csírák kevesebb mennyiségben vannak jelen.

Továbbá még azt is tapasztaltuk, hogy a beteg vagy a lakásán, vagy az elfoglaltsága illetőleg ideiglenes tartózkodása helyén mesterségesen szűrt (helyesebben a káposztás-megyeri vízzel kévert mesterségesen szűrt) vizet ivott s így oly vizet ivott, a melyről a közelmúlt járvány alkalmából, nyomtatásban megjelent jelentésben kimutattam, hogy a cholera terjesztője volt. De ismét constatálnom kell, hogy a mesterségesen szűrt vezetéki vízmű még mindig nélkülözi azt a kiváló fontos higiéniai követelményt, hogy benne a lehetőleg igen kevés (30—100) bacterium foglaltassék, a mennyiben még mindig 400—600 bacterium foglaltatik egy köbcentiméterben.

Így pedig érthető, hogy a dunavízből a többi csírákkal együtt ezek — tehát a cholera-t okozó csírák — is átmehtettek s így első sorban a mesterségesen szűrt vízvezeték csövein át a főváros nagy részébe szétosztattak s másodsorban a kőbányai víztartón, úgy a nádor-utcai főösszekötő-csővön át a másik — a természetesen szűrt — vízvezetéki rendszerbe is átjuthatnak ellenőrizhetetlen arányban.

Hogy a mesterségesen szűrt vízbe juthattak, a mellett bizonyít az, hogy 33 esetben lehetett az ezen vízzel való ivást kimutatni, s hogy a természetesen szűrt vízbe is jutottak, mutatják ezt a belvárosi esetek, a melyeknél akár a más vízzel való élést, akár más okot, mint holmi

élelmiszerekkel való fertőzés lehetőségét, vagy érintést (közös árnyékszék, fertőzött fehér- vagy ágynemű útján), akár talán fertőzött kútvízben mosott edény használatát pontosan ki lehetett zárni.

A vizsgált kutak legtöbbször bár higiéniai szempontból kifogás alá esnek, a mennyiben sok szerves anyagot, salétromsavat stb.-it tartalmaznak, mégis csak azon esetben bírhatnak fertőzési jelentőséggel, ha tényleg a cholera-csírakkal lettek volna fertőzve, a mi egyelőre csakis a III. ker. bécsi-úti új téglaár kútvizénél tünt ki.

Szükségnek tartom még megemlíteni, hogy az egyéni dispositiót növelni látszott az, ha valaki csakis gyümölcsössel s kenyérrrel élt, s e mellett sok vezetéki vizet ivott, mint ezt a napszámosok s kőművesek legtöbbjénél tapasztalni lehetett.

A nem egészségesek (iszákosok s gyomorhurutosok) = 46%-ban is bírtak különös fogékonysággal ezen betegség iránt.

Felemlítendőnek tartom továbbá még azon jelenséget, hogy a 45 cholera-közül 20-nál ki lehetett mutatni, hogy az illetők azelőtt oly helyen tartózkodtak, a hol cholera még nem lépett fel s így mentességgel még nem bírtak, vagyis a mérsékelt fokú cholerafertőzésen még nem estek át.

Mindezeknél fogva — eltekintve a nyert dunavíz és szűretlen vezetéki víztől, a melynek használása feltétlenül kerülendő — kívánatos volna a mesterségesen szűrt víz szolgáltatást teljesen megszüntetni.

Vegyesek.

Budapest, 1893. október 27-dikén. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1893. október 8-tól október 14-ig terjedő heti kimutatása szerint e héten élve született 411 gyermek, elhalt 234 személy, a születések tehát 177 esettel múlták felül a halálozásokat. — A fővárosi közokrházakban ápolatott e hét elején 1912 beteg, szaporodás 717, csökkenés 699, maradt e hét végén ápolás alatt 1930. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1893. október 15-től október 21-ig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 8, bányahimlőben 23, vörhenyben 36 (meghalt 5), kanyaróban 51 (meghalt 2), ronesoló toroklobban 36 (meghalt 12), torokgyíkban 11 (meghalt 5), trachomában 20, hökhurutban 14 (meghalt 1), orbáncban 9, cholera-ban 20 (meghalt 11).

— Kerekes Gyula dr. fogházorvost az igazságügyminister a kolozsvári kir. törvényszék területén felmerülő törvényszéki orvosi teendők kisegítőképeni ellátásával megbizta.

△ Egyetemi alkalmazások. Az I. belgyógyászati klinikán laboratoriumi tanársegéddé választott: Korányi Sándor dr., I. tanársegéd lett: Fodor Géza dr., II. tanársegéd: Tauszk Ferenc dr., díjazott gyakoronokok lettek: Móricz Ernő dr., Preisach Izidor dr., díjazatlan gyakoronokok: Maszák Elemér dr., Fisch Aron dr.; az I. bonczatani tanszék mellett II. tanársegéd lett Farkas Jenő dr.; az általános körtani tanszék mellett díjazott gyakoronkok: Wenhárdt János; a II. bonczatani tanszék mellett díjazott gyakoronkok: Schenk József V. éves oth.

— Pályázat utazó ösztöndíjra. A budapesti orvostanártestületnél a Wagner-féle 1000 frtos belgyógyászati utazó ösztöndíj 1893/94. tanévre megürrült. A folyamodványok november 3-dikáig nyújthatók be az orvoskari dékáni hivatalhoz.

○ Magyar sebészi díjszabály 1745-ből. Az orvosi segélynyújtás és kezelés után járó díjazás megállapítása egészen a 18. századig nem képezte nálunk a hatóságok gondviselése tárgyát. Csak 1745-ben akadunk első nyomára az ily intézkedésnek, melyet — tekintettel az újabban tervezetbe hozott orvosi díjszabályra — itt közölni akarunk.

A szóban forgó sebészi díjszabály a Torkos Justus János pozsonyi főorvos szerkesztette és a m. kir. helytartótanács által jóváhagyott „Taxa pharmaceutica Posoniensis“-ben (Pozsony 1745) foglaltatik s következőleg szól:

Taxa Chirurgica.

	fl.	grs.
1. Pro curatione vulneris capitis sine laesione cranii et pericranii	a 3. 4. ad	6 —
2. — — — — cum laesione cranii	ab 8. 10. ad	12 —
3. — — — — cum fissura cranii	a 14. 17. ad	20 —
4. — — — — fracturae ossis cum vulnere	a 10. 15. ad	20 —
5. — — — — cum vulnere et conuassatione	a 20. 25. ad	30 —
6. Pro repositione articuli eluxati	a 2. ad	3 —
7. — — — — cum vulnere et contusione	a 3. ad	5 —
8. Pro prima deligatione vulneris majoris carnem laedentis		1 —
9. — — — — vulneris cum laesione arteriae, venae majoris, tendinis, nervi, ossis		3 —
10. Pro exemptione foetus mortui vel secundinarum, amputatione membri alicujus, trepanatione, paracenthesi, apertione cadaueris, aliisque heroicis operationibus	a 3. ad	5 —
11. Pro catheteris applicatione		10 —
12. Pro fonticulo in brachio, vel crure adaptando		1 10
13. Pro applicatione vesicatoriorum in morbis malignis		1 10
14. — — — — benignis		1 —
15. Cum praeter primam deligationem in vulneribus et operationes praenotatas, in curationibus quoque contusionum, abscessuum, ulcerum, defluxionum in guttur et aliorum casuum, frequentiores requirantur visitationes, hinc Chirurgis licet bit petere pro qualibet necessaria visitatione	a 3. 4. ad	5 —
16. Pro applicatione hirudinis unius ad vasa haemorrhoidaliam	a 5. ad	6 —
17. Pro venae sectione in brachio	a 3. 4. ad	6 —
18. — — — — in pede	a 6. 8. ad	10 —

Közli Schwarz Ignác szig. orvos (Bécs).

„Szt. Lukács-fürdő“ részvény-társaság.

Téli és nyári gyógyhely.

Helyi zuhanykezelés meleg ásványvízzel, iszapborogatás, téli iszapfürdők és lakásokról küld prospectust díjmentesen az igazgatóság.

Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és illői-úti kórházban 1893. október 19-től egész október 25-ig ápolat betegekről.

1893.	Felvett			Elbocsátott			Meghalt			Maradt			Az ápolat között			
	beteg		összesen	gyógy.		összesen	beteg		összesen	beteg		összesen	a Rókusban			
	férfi	nő		férfi	nő		férfi	nő		férfi	nő		beteg	szállónő	heveny fertőző	az illői-úti kórházban
Okt. 19	32	27	59	42	37	79	4	2	6	957	833	1790	1008	25	55	702
" 20	43	34	77	56	43	99	2	1	3	942	823	1765	1010	24	55	676
" 21	37	42	79	42	36	78	5	2	7	932	827	1759	1008	23	52	676
" 22	28	23	51	49	18	67	2	2	4	909	830	1739	997	21	49	672
" 23	72	31	103	44	54	98	6	2	8	931	805	1736	987	22	49	678
" 24	55	62	117	39	53	92	1	—	1	946	814	1760	998	22	48	692
" 25	60	36	96	51	45	96	2	1	3	953	804	1757	987	21	49	700

Dr. Dollinger Gyula
TESTEGYENÉSZETI ÉS SEBÉSZETI
INTÉZETE

Budapest, VII., kerepesi-út 52.

41

Glycerin creme carbol szappan — zinttubusokban — rendkívül kényelmes, kellemes, kézi szappan. Kítűnő desinfectans.
Aqua Piperazini sodat 1:500. 1 üveg ára 1 frt.
Capsul. hydrast. cannad. Budai. — Méhvérezésknél fellete hatásos.
Vin. condurango Vin. Pepsini
" Coca " Chinae ferrat
" " condurango " Cascar. sagradal
tokaji aszúval, vagy malaga borral.

Ol. jeerr. asel. arom. — Tinctur. ferri formici Budai.
Túlzsírosított gyógyszappanok.

Kapható Budapesten a „Városi gyógyszertárban“, Városház-tér.

San Remo

a Riviera legkeresettebb és legelőkelőbb téli klimatikus gyógyhelye.

Kítűnő ellátás; minden kényelemmel berendezett lakások. Teljes napi ellátás (pensio) 6 franktól 16 frankig.

Magyar orvos Dr. Czirfusz Dezső, lakik Via Franca 15, a ki minden e gyógyhelyet illető felvilágosítást szívesen ad.

Az orvos urak szíves figyelmébe ajánlatik a teljesen szagtalan és iztelen

Atlanti csukamáj-olaj

készítmény, mely a legkítűnőbb valamennyi hasonló készítmény között.

Gyermekek úgy mint felnőttek szívesen veszik

a görvélykór erethikus alakjainál,
a gümös mirigybántalmaknál,
az angolkóros esontbajoknál,
a tüdőbántalmak sok neménél

és gyenge gyermekeknel mint erősítő szer több fővárosi intézetben alkalmazva lett és kítűnőnek találtatott. Kapható a készítő ZOLTÁN BÉLA gyógyszerésznél Tisza-Alpáron, Török József és Kochmeister Frigyes utódainál Budapesten, továbbá minden nagyobb gyógyszertárban. Egy üveg ára 1 frt.

Csakis ZOLTÁN-félét fogadjunk el.

Tamar Indien Grillon

frissítő és hajtó gyümölcs pastillák.

A dugulás és annak következményei ellen, ú. m.: aranyérbántalmak, vértudulás, fejfájás, étvágyhiány, epe, gyomor és bélbajok. Nélkülözhetetlen az asszonyoknál, kivált a szülést megelőző, s azt követő időszakban, előnyvel alkalmazható előrehaladó korúaknál, s gyermekeknél. — Semminemű drasztikus alkatrészeket mint Aloës, jalappa, Podophyllin stb. nem tartalmaz, s csakis a tropikus Tamar gyümölcséből van készítve. Igen alkalmas a mindennapi használatra azoknál, kik rendes szorulásban szenvednek.

A Tamar Indien Grillon Franciaország első tekintélyei által javallatik, s a budapesti egyetemi tanárok, s előkelő orvosok is előszeretettel rendelik.

Magyarországi főraktár:

Török József gyógyszerháza Budapest, király-uteza 12.

Egy doboz ára 1 frt 50 kr. 21



Orvosi percz maximum hőmérő, legfinomabb minőségű nickel-vagy birtokban, vizsgálati okmányokkal, minden tekintetben megbízható. Egy db. ára 2.50|marca-franco. Wilhelm Uebe, Zerbst-Anhalt.

MATTONI-FÉLE GIESSHÜBLER legtisztább égvényes SÁVANYUKUT

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

A Giesshübler kiválik első sorban az által, hogy benne az ásványos alkatrészek felülmulhatatlanul 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 üdítő 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-szőrpökkel.

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

MATTONI HENRIK,
Giesshübl-Puchstein, Karlsbad mellett.

MATTONI ÉS WILLE, BUDAPEST.

Mattoni gyógyhelye és vizgyógyintézete:

Giesshübl-Puchstein Karlsbad mellett, Csehországban
vasuti állomás: a bustehradi vasút Welcham-
Witkovitzi állomása.

Pneumatikus és lélegzési gyógymód.

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

Leírások ingyen és bérmentve. 44

Dr. KNORR Tolylantipyrinje (oroszlán védjegy)

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

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

Benzosol csaknem iznökküli bükkfa-kreosot-készítmény. Dr. Bongartz találmánya (patentirozva). Ajánlják: dr. Walzer, dr. Hughes (Deutsche med. Wochenschrift, 1891. 53. sz.), Klebs tnr. (füzet a tuberculocidinról „Die Behandlung der Tuberculose mit Tuberculocidin“, Leopold Voss, Hamburg és Lipese). 3–5% oldva csukamájolajban, vascukamájolajban, Lipaninban és más zsíros olajokban, kitűnő szer görvélykóros és rokon bántalmaknál.

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

Hypnal (Chloral-antipyrin) altató-szer.

Tumenolum venale (Tumenol) } paten-tirozva.

Tumenolsulfon (Tumenolaj)

Acidum sulfotumenolicum

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

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

A fentebbi készítmények egyedüli gyártói:

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

Azonkívül szállítanak következőket:

Benzoesev Toluolból	Resorcin chem. tiszta
Chinolin pur.	„ puriss. resubl. albiss.
Chinolin puriss.	Urethan
Naphthol chem. tiszta crist.	Phenylurethan
„ resublim. „ „	Methylenkék medicinale.

9

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 petyhüdsége, ideggyengeség, mindennemű aranyeres bajok, görvély, guga, sápadtság, sárgaság, valamennyi idült bõrbaj, rák, időszakos fejfájások, ferges és köves betegségek, túlnyálkásodás stb.

Ez az egyetlen és gyökeres szer a megrögzött kőszvény és mellbajban (tuberculose). Ásványvíz-gyógymódnál úgy ez előtt, 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 Budapesten

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

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

Főszállítóhely: Bécsben, Stefansplatz 6 (Zwettlhof). 26

S Z E M É S Z E T.

Szerkeszti SCHULEK VILMOS egyet. tanár.

Tartalom: Grósz Emil dr.: A szemorvoslás viszonya az orvosi tudomány többi ágaihoz. — Imre József dr.: A szem-visszerek thrombosisa. — Blaskovics Fridolin dr.: A scopolamin hatása a pupillára és az accommodatióra. — Grósz Emil dr.: A Wecker-féle iridotomia duplexről. — Neupauer Gusztáv dr.: Az olasz szemklinikákról. — Könyvismertetés. — Szemelvények. — Vegyesek.

A szemorvoslás viszonya az orvosi tudomány többi ágaihoz.

Grósz Emil dr., tanársegédétől.¹

Tisztelt urak! Schulek Vilmos tanár úr szabadságon létele alatt nekem jutott osztályrészül a megtisztelő feladat, hogy e félévben önöket a szemorvoslás tudományára oktassam.

Arra, hogy érdeklődésüket e tárgy iránt kellőleg megnyerjem, úgy hiszem, a legalkalmasabb mód az lesz, ha ez első órában arra utalok, milyen szoros viszonyban van a szemészet az orvosi tudomány többi ágaihoz. S ha sikerül ez összefüggésbe önöknek bepillantást nyújtanom, úgy reményelem, be fogják látni, hogy tárgyunk nem többé mellékes szak, hanem egyenrangú társa a belgyógyászatnak s sebészetnek, s az alapismeretek tudása minden orvosnak elengedhetlenül szükséges.

Pedig nem régen mult el az az idő, a mikor a szemészet még az orvosi tudományok mostoha gyermeke volt. A középkorban úgy látszik elfeledték az ókor nagy orvosainak a szemorvoslás terén kifejtett bámulatos működését, úgy hogy valóságos söpredék volt az, a mint Bartisch a XVI. század genialis szemésze mondja, a mely nemes tudományunkat bitortolta. Csak a XVIII. században mutatkozik Franciaországban új élet, a midőn Maitrejean, Petit és Daviel a régi francia szemészi iskolát alkották. Csakhamar Közép-Európában is nagyobb lendületet nyert a szemorvoslás, a midőn Richter Göttingában, Beer pedig Bécsben alkotott iskolát. Különösen Beer az, kinek működése kiinduló pontját képezi azon virágzásnak, melyet tudományunk a XIX. század közepén elért. Mert valóban megérdemli a virágzás nevét azon idő, a midőn Helmholtz, Brücke, Kölliker, Donders, Müller, Arlt s különösen Graefe a legbámulatosabb gyorsasággal az orvosi tudományok legexactabbjává emelték a csak nemrég kicsinyelt szakot! A szem fénytörése matematikai alapot nyert, a gyógyszerelés nemes egyszerűséget, az operálások pedig biztos technikát s páratlanul kedvező gyógyulási százalékot.

De még mindig kísértett az a felfogás, hogy a szemészet olyan különálló szak, melyet csak úgynevezett specialisták gyakorolhatnak, s melyre nincs is szüksége minden, általános gyakorlatot tűző, orvosnak.

Hogy mennyire téves ez a hit, mi sem bizonyítja jobban, mint az a szoros kapocs, mely a szem betegségeit a test többi részeinek bántalmaihoz köti.

Hányszor nyilatkozik a legsúlyosabb alkati bántalom először a szemén, hányszor nyújt a baj székhelyére s milyenségre felvilágosítást éppen a szem, s hány alkalommal képezi kiinduló pontját az egész szervezetet fenyegető betegségnek? Végül azt sem szabad felednünk, hogy a szemben a legbecesebb érzékszervünket birjuk, s hogy a látás elvesztése reánk nézve a legsúlyosabb csapás.

Minthogy pedig a példa legjobban meggyőzheti önöket az imént mondottak igazságáról, engedjék meg, hogy mindenekelőtt néhány esettel illusztráljam az összefüggést, mely a szem s a szervezet többi részének betegségei közt van.

Ha visszaemlékeznek, hogy az ideghártya s látóideg közvetlenül az agyhólyagból fejlődnek, de még inkább, ha egy

pillantást vetnek e vázlatos rajzra,¹ mely a szemnek az agygyal való anatomikus összefüggését akarja ábrázolni, nem fognak csodálkozni azon, hogy a szem olyan gyakran vesz részt az idegrendszer betegségeiben. Hiszen szemtükörrel nem csak az erek véroszlopát, hanem a látóideg végződését is megtekinthetjük.

Ezért van az, hogy a látóidegfő pangásos gyuladásából (papillitis) már akkor következtethetünk valamely agydaganat jelenlétére, a midőn a beteg csak fejfájásokról panaszkodik. Máskor meg a szemtükri képnek a látás milyenségével való egybevetéséből sikerül a daganat legpontosabb localizálása.

A meningitis basilaris első jelei közé tartoznak a szemidegek bénulásai. Paralysis progressivára jellemző a pupilla reakciójának hiánya (Argyl Robertson), azok egyenlőtlensége s szabálytalan alakja (Salgó); sclerosis multiplexre pedig a szemek rezgése (nystagmus). — Tabes dorsalis legállandóbb tünetei közé tartoznak a látóideg szürke sorvadása (atrophia grisea), a szem mozgásának rendellenességei (abducens, oculomotorius bénulás) s a pupilla nagy fokban szűk volta (miosis). A hysteria kényes diagnózisát a feloldali amblyopia, ingadozó, concentrikus látótérszűkülettel biztosítja.

De nemcsak a központi idegrendszer betegségeivel ily szoros az összefüggés, hanem a szervezet minden egyes részének bántalma is okozhat a szemén elváltozást. A nephritis interstitialis jelenvoltára nem egyszer az ideghártya jellegző gyuladása (retinitis albuminurica) figyelmeztet. A női ivarszervek betegségei súlyos üvegtesti vérzésekkel járhatnak; a dohány és szesz mértékletlen élvezése a látóideg szem mögött fekvő részletének gyuladására (neuritis retrobulbaris) vezet. A diabetes a lencse elszűrűklését (cataracta) s az ideghártya jellegző vérzések gyuladását okozza, s ugyancsak a retinán észlelhető legjobban a leukämia; a rachitis nem egyszer a lencse részleges elszűrűklésének (cataracta perinuclearis) a közvetett oka, a Basedow-kórt meg már messziről felismerhetővé teszi az exophthalmus. — A fertőző betegségek a szemén észlelhető elváltozások egész seregével járnak. A hanyaró (morbilli) legelső tünetei közé tartozik a kötőhártya hurutja; a szamárköhögést (tussis convulsiva) nem egyszer árulják el a kötőhártya vérzései; a diphtheria jelenvoltára pedig még hetek multán is biztosan következtethetünk az alkalmazkodás bénulásából; chole-rában a szemek szokatlanul mélyen beesetteknek látszanak; a miliar tuberculosis diagnózisát szemben a typhuséval néha az érhártyában (chorioidea) felismerhető tuberculomok döntik el, máskor meg a szivárványhártyában székelnek a gümök.

A scrophulosis rendes kísérője a szemhéjszélek gyuladása s a szemteke phlyetaenái.

De talán valamennyi betegség közül a syphilis okoz leggyakrabban elváltozást a szemén. Még maga az ulcus durum is előfordulhat a szemhéjszélen, plaqueokat is lehet néha a kötőhártyán találni, a szivárványhártya-gyuladásnak pedig legnagyobb százaléka (néhány szerint 75%) luetikus eredetű s egy részében (20%) papulák is láthatók. Minden önként keletkező szemizom-bénulás gyanus luesre, de leginkább a pupilla szűkítő s alkalmazkodási izom bénulása (ophthalmo-plegia interna). A keratitis interstitialis diffusa leggyakrabban mint a lues hereditaria tarda tünete szerepel.

De talán már sok is a példából, pedig csak a legszembe-tünőbbeket említettem! A viszony tehát, mint látjuk, elég

¹ Az egyetemi tanévet megnyitó előadás, melyet mint Schulek Vilmos tanár helyettese tartott.

¹ Magnus. Augenärztliche Unterrichtstafeln. Kern's Verlag. 1892. Breslau.

szoros, hogy minden gyakorló orvos figyelmét a szemre is fordítsa. Már ez is eléggé megokolná a szemészet beható tanítását. De talán még inkább szükségessé teszi azon körülmény, hogy számos szembaj van, melynek felismerése a látásnak egyszerű eszközökkel való megmentésére képesít, míg annak félreismerése gyógyíthatatlan vakságra vezet. (Blennorrhoea neonatorum, keratitis suppurativa, iritis plastica, *Glaucoma*.)

Ha már most elismerve a szemészet tanulásának szükségét, azt kérdezzük, lehetséges-e azt a rendelkezésre álló idő alatt elsajátítani, erre határozott igennel kell válaszolnunk. A mi tudományunk megtanulása bizonyára nem ütközik nagyobb nehézségbe, mint bármely más klinikus tárgyé. Sőt mivel az elváltozások egy szorosan körülírt kis területen, legmegbízhatóbb érzékszervünk: szemünk ellenőrzése alatt folynak le, a betegség megértése lényegesen könnyebb. A jelenségek egy részének felismerésére elég a szabad szemmel való megtekintés, míg a többiek könnyen kezelhetők, matematikai pontosságot biztosító optikai eszközök által válnak láthatóvá. Hiszen önkök, kiknek meg kellett érteniök bonyolult idegbetegségek mysteriumait, könnyű szerrel felfoghatják azt, a mit szemekkel jól láthatnak! Sőt még az operálások között is van olyan, melynek végrehajtására minden orvos vállalkozhat, ha a manualis ügyesség elsajátítására az egyetemen kínáló alkalmat felhasználta, bár készségesen elismerem, hogy nagyobb szemoperálások sikeres gyakorlására külön kiképzés szükséges.

Az tehát kétségtelen, hogy meg lehet s meg is kell tanulniok a szemorvoslás tudományát, csak most az a kérdés, hogy mi szükséges a cél elérésére? A két elengedhetetlen feltétel: *bőséges beteganyag s rendszeres oktatás.*

Beteganyagot bőségesen fognak találni a klinikán. Évente 6000—7000 új beteg jelentkezik s még sokkalta több régi, kik már ismételve voltak nálunk, s 700—800 operálást láthatnak. Ebben tehát nincs hiány. A mi pedig a rendszert illeti, mindenben *Schulek Vilmos* tanár methodusát fogom követni. E rendszernek köszönhetjük, hogy *Schulek* tanár rövid 20 év alatt egy erőteljes magyar szemészi iskolát alkotott s az ő érdeme, ha ez évet jól fogják felhasználni. De hogy önkök már most belássák, mennyi alkalmat nyújt e rendszer a tanulásra, néhány szóban meg akarom ismertetni a klinikai beosztást. Hetenkint háromszor, és pedig hétfőn, szerdán és pénteken 10— $\frac{1}{2}$ 12 óráig rendszeres elméleti előadások lesznek, melyekben a szem betegségeit anatomikus sorrendben fogom tárgyalni, kedden és szombaton ugyanezen időben szemoperálásokat fogunk bemutatni a klinika I. emeleti kórtermében, $\frac{1}{2}$ 12—12 óráig pedig mind az öt napon át részben kórházi, részben ambulans betegek bemutatása itt e teremben. Hogy azonban önkök maguk is részt vehessenek a betegek vizsgálásában s kezelésében, arra a betegbevezetés rendszere szolgál. Hetenkint 4 hallgató úr a kezelő s vizsgáló teremben alkalmat fog találni, hogy betegeket kellő felügyelet mellett vizsgálhassanak s könnyebb kezelési módokba, mint például ecsetelés, orvosságok behintése, becsöppentése stb. begyakorolhassák magukat. Feladatuk lesz egyszerűs mind, hogy a tanterembe bevezetett betegek előzetes vizsgálásáról nekem referáljanak. Végül még egyet. A szem maga olyan kicsiny, hiszen a szervezet $\frac{1}{2000}$ része, az elváltozások olyan finomak, hogy csak közvetlen közelből láthatók. Bár igyekezni fogok, hogy a mennyire lehetséges, az urak mindegyike a bemutatott betegek mindegyikét láthassa, mégis vannak olyan esetek, a melyek egy napon nagyon sokáig a beteg ártalma nélkül nem nézhetők. Ezért a legjobb helyek megválasztására minden héten más-más csoport lesz jogositva. A csoportok betükként összeállítva már is ki vannak írva.

Ime ez *Schulek* tanár rendszere s ez a mi munkatervünk is. Én a magam részéről, a mennyire erőm s képességem engedi, mindent el fogok követni, hogy alkalmat nyerjenek a tanulásra, s ugyanezen igyekezetet kérem az önkök részéről is.

A közös munkára adjon erőt s kitartást a tudomány iránt való lelkesedés s a hazaszeretet.

A szem-visszerek thrombosisa.

Imre József dr.-tól, H.-M.-Vásárhelyen.

Az alább közlendő eset egy ritkább megbetegedésnek is szokatlan képét mutatja be és ezért a közlésre méltónak gondoltam, jóllehet a beteg, a mi patienteink rendes szokása szerint, nem tartotta méltónak a szemkórházat s annak orvosát arra, hogy érdeklődésemet későbbi megjelenésével kielégítse.

K. Jánosné, 31 éves, erőteljes, jól táplált és jó színű, magát tökéletesen ép szervezetűnek tartó asszony, 1892. december 27-dikén jött hozzám; előadása szerint azelőtt 4 nappal még teljesen egészséges volt, s minden fájdalom vagy rosszérzet nélkül fektüdt le 22-dikén este. Éjjel nagy fájdalomra ébredt fel, mely bal halántékában, szemeüregében és a bal fejtetőn dühöngött; attól kezdve nem aludt s reggel már bal szemével, mely addig egészen jó volt, nem látott semmit. Minthogy tanyán, a várostól nagy távolságra lakott, nem is ment mindjárt orvoshoz; másnap egy hozzá közelebb eső község orvosa rendelt neki fájdalma ellen belső szert és valami szemvizet. De a fájdalom ettől kezdve folyvást gyötörte, a látás bal szemén állandóan hiányzott s így 27-dikén reggel engem kerestett meg, én pedig őt felvettem a szemkórházba, következő állapotban.

A beteg bal homlokának és halántékának, főleg pedig arcának bőre vizenyős; a vizenyő leterjed a bal szájjúg magasságáig. A szempillák bőre lazán vizenyős; a szemrés akartal nem nyitható, csak egészen keveset, a szemeüreg mérsékeltén előre van tolva, a conj. bulbi vörös, nagy fokban chemotikus, feszes, a szemeüreg activ mozgásai igen csekélyek minden irányban, de a passiv mozgásnak semmi akadálya nincsen, a bulbus egész környezete puha, ruganyos, a szemeüreg széléi rendesek, az orbitában ellenálló részlet vagy fájdalommasabb hely nincsen; egyedül a *szemeüreg fájdalmas* nyomásra. A feszülés = T + 1. A szaruhártya egy kissé megemélyesedett s fényét veszítette; az első csarnok tökéletesen ki van töltve vérrrel.

A szervezet egyébként is megvizsgáltván, kiderült, hogy a láztalan és csak a fájdalmak által gyötört nőnek egészen jól compenzált billentyű-elégtelensége van a bal visszeres nyíláson. Másként (máj, vese, belek, méh stb.), minden rendben találtatott s azt sem lehetett kideríteni, hogy a szív baja mikor kezdődött; csak annyit tud a beteg, hogy néhány hónap óta súlyosabb testi munkák közben rövid lélegzete volt, hogy izületi csúza vagy más súlyos betegsége lett volna, nem emlékezik.

A beteg állapota már első tekintetre is igen súlyosnak, de egyszerűs mind bonyolultnak tűnt fel. A fájdalom, vizenyős kötőhártya, szembe vérvzés (mely ekkor csupán csarnokbelinek volt gondolható) valamely igen heves irido-chorioiditisnek felvételére kényszerített s ezért a halántékra tett négy nadálylyal, sürűn adott natrium salicylicummal és nyomó kötéssel küzdöttem a baj ellen két napig. Ez idő multával kissé alább hagyott a fájdalom és a chemosis, de változatlan maradt a szemeüreg keménysége, a csarnokbeli vér s a bőr vizenyőssége a szempillákon és a szem körül. További három napig — mindig kevésbé találván igazoltnak valamely rheumás szemeüregbeli baj jelenlétét — salicylos natr. helyett napjában 2—3 antifebrinporral küzdöttem a fájdalmak ellen s megkísértettem száraz meleg borogatásokat, melyeket a beteg határozottan rosszul fogadott; ez idő alatt kinyitható lett a szemrés, eltűnt a chemosis, apadt a bőrvizenyősség, de majdnem egyenlő fokon megmaradt a szem keménysége s változatlanul telve volt vérral a csarnok. A szem mozgása napról napra javult s a kórházba jövetel után mintegy egy héttel elég jól ment, sőt ekkorra elenyészett a szem előretolatása is.

A felvétel utáni 6-dik napon a teljesen változatlan mennyiségű vér kibocsátására *punctiót* végeztem. A szem ekkor is fájdalmas és a már lelohadt kötőhártya még sötétvörös volt. A szűrés eredménye az lett, hogy a híg, sötétbarna vér balmatos mennyiségben ürült ki, kétszer, majd háromszor annyi, mint a mennyi a csarnokban megférhet, s a vér nem fogyott

ki belőle. A csarnok szélein már keskeny csikban a szaruhoz ért a szivárványhártya, de a pupilla síkjában folyvást vér volt, mert hiszen, a mint ebből kiderült, nemcsak az első csarnokban, hanem a szem többi részében is mindenütt vérömlés foglalt helyet. A szem a vérbocsátás után meglágyult s ettől fogva lágy is maradt, a fájdalom is végleg elenyészett. Kéthárom napig még vörös volt a szemgolyó, azután elhalványodott, mozgása szabad, a szempillák szétnyílása tökéletes lett, de a csarnokban ott volt a vörösbarna vértartalom s a szem puha volt. (Fényérzete már felvételtkor sem volt.)

Ilyen állapotban távozott a kórházból január 9-dikén a beteg. Két héttel később egyszer bemutatta magát. A szem környéke s a szemgödör rendes volt, fájdalma nem tért vissza, a szemgolyó majdnem egészen fehér, a szaru tiszta, a szűk csarnokban azonban ekkor is ott volt a vékony vérréteg, főleg a pupillát fedve s a csarnok szélét szabadon hagyva, a szemgolyó lágy volt s határozottan mutatta a *sorvadás jeleit*: kisebb s laposabb volt mint azelőtt.

Úgy gondolom, hogy az elmondott kis történet egyes részei, ilyen kombinációban, elég ritkán fordulnak elő s megérdemelnek egy kis megbeszélést.

A betegség képe első tekintetre egy kezdődő genyes irido-chorioiditiséhez hasonlított, a melynél különösen erősen fejeződtek ki a szemgolyót környező sejtszövet gyuladással viszonyos jelei; de semmi sem támogatta ezt a felvételt. A genyes érhártya-gyuladásra nem mutatkozott semmi ok és a baj olyan nagy hirtelenséggel fejlődött ki, hogy még metastatikus érhártya-gyuladásnak is sok lett volna, a mire azonban semmi ok nem volt. Ezért, egyelőre mellőzve a vérrel telt csarnokot, mely az egész kép lényegét eleinte a szemgolyóban kerestette, a szemgolyó környezetében, a szemgödör némely hirtelen fellépő bajai közt kellett válogatnom. Az orbita sejtszövetének általános heves gyuladása, vagy ennek kisebb területre szorító s rendszeren egészen jóindulatu alakja, a Tenon-tok gyuladása, a periostitis orbitae, továbbá a sinus cavernosus eldugulása juthatnak eszünkbe.

Az orbita kötőszövetének gyuladása, ha sem sérülés, sem a környezetben fekélyes baj, sem oda folytatódó gyuladás (orbáncz) nincsen, ritka eset és ekkor is, ha magában áll elő, legtöbbször genyedséggel jár; a szemgödör tartalma fájdalmas, benne valahol kitapintható s legalább fájdalmasságáról felismerhető a gyuladás, később a genyedés körülírt fészke. Itt a fájdalmasság a szemgolyóra szorítózkodott. A Tenonitis képe — a mint azt *Schiess-Gemuseus, Linhart, Wecker, Mooren* és mások leírják s magam is nem egyszer láttam — összes jelenségeiben ártatlanabb vonásokból áll (halvány, áttűnő chemosis, szemhéjvizenyő csekélyebb foka, a bulbus érintelensége, a lefolyás szelid menete) és nem magyarázta volna meg az arezra leterjedő vizenyős bőrdaganatot. A szemgödör csonthártya-gyuladása, nem is említve a lefolyás tanuskodását, kizárható volt a szemgödör csontfalának fájdalomatlansága miatt; de különben is a nagyon hirtelen való fellépés már maga ellene szólt. A sinus cavernosus thrombosisa hasonló jelenségeket mutat; de ebben az esetben csak a baj gyors kifejlődése miatt lehetett rá gondolni; e majdnem mindig halálos eset (még ha elgondoljuk is a sinus thrombusának azon csatornázódását, melynél fogva gyógyulással végződhetik a baj) nem foroghatott fen az én betegemnél, mert semmi legkisebb agyi tünetem nem mutatkozott s a protrusio, a szemhéjvizenyő, a chemosis meg sem közelítette a thrombosisnál előforduló és szomorúan ismeretes nagy fokot.

Tulajdonképen ezen összehasonlítások alapján azt kell ki-mondanunk, hogy elbeszéltem esetemben *gyuladással baj* nem is volt a szemgödörben, melynek tartalma fájdalmas és ellenállóbba tapintatú nem volt, csak vizenyősen dagadt, környékével együtt.

Vajon volt-e hát gyuladással baj *magában a szemgolyóban*? A leírt jelenségeknek a bulbusra vonatkozó része (fájdalmasság önként és nyomásra, vérrel telt csarnok, fokozódott feszülés) nem illeszthető össze könnyen érthető kórképpé, s ha hozzá vesszük, hogy e jelenségek önként, nagy hirtelenséggel állottak elő, hogy a vér nemcsak a csarnokban volt,

hanem a szemgolyó hátsó részeiben is, hogy tehát vagy a sugártestből, vagy a szőlőhártyának talán mind a három részletéből származott: több, kérdéses körülmény merül fel előttünk. Kétségtelen, hogy pusztán vérzéssel van dolgunk s hogy ezt nem előzte meg a beteg által érezhető szemgolyóbeli változás, tehát: vagy gyuladással eredetű a nagy vérzés, s akkor rögtön a gyuladás kezdetén állott elő, vagy nem is gyuladással természetű, hanem más valamely okból *önállóan* keletkezett, a szervezet egyetlen egy, kimutatható kór változásának, a két-hegyű billentyű elégtelenségének (tehát a szív betegségének) hatása alatt.

A szembebeli spontán (nem sérülésből származó) vérzések követhetik az érhártya, sugártest és szivárványhártya bajait, a mikor a legtöbb esetben nem nagy fokúak, és a betegség *első* tünetényeit tudtommal sohasem alkotják; ide sorolhatjuk a vérzéses glaukomát is, melynél a baj legelső szakában is jelenhetnek meg a szemfenékben vérzések, de a leírt esethez éppen nem hasonló jelenségek között. Mindazon tüvegtestbeli vérzések, melyek szemfenéki bajokat kísérnek, látásbeli zavarok által tűnnek fel s nem járnak együtt külső izgalmaikkal; lehetnek lassanként tömegesek is, de nem töltik meg a szemgolyó belsejét egy csapásra. És mindazon gyuladással bajok a szemben, melyek a leírtakhoz hasonló *külső* jelenségeket okozhatnak, *képtelenek* arra, hogy estétől reggelig már egy panophthalmitis-szerű képet hozzanak létre, *genyedés* nélkül mulva el 17 nap alatt. Hogy gyuladással baj akkor a vérzést, megkeményedést és fájdalmakat okozzon s azután a csarnok megcsapolása után *azonnal* megszűnjék a fájás és keménység és soha többé vissza ne térjen — ezt nem tartom lehetőségre.

A *nem gyuladással* természetű szembebeli vérzések éppen nem nagyon ritkák s én ezek okai közt keresem az én kóresetem okát is. Egy olyan eset, minő az tüvegtestnek vérrel megtelése a *vena centralis retinae* eldugulása miatt (egy ilyen s éppen szívbajjal egybe kapcsolt esetet magam is közöltem e lapokon nem régen) s a most közölt történet, egymástól milyen lényeges mozzanatokban különböznek? Felfogásom szerint a különbség csak fokozatbeli. Ha az ideghártya központi vénájának thrombosisa megtöltheti vérrel az egész tüvegtestet, akkor *több* vagy *nagyobb* vena-törzsöknek eldugulása vérzést okozhat az érhártyából, sugártestből sőt szivárványhártyából is, egyszerűen mechanikai módon minden gyuladás közbejötté nélkül. Betegemnél a szervi szívbaj maga mutatja, hogy ily thrombosisra hajlandóság van jelen; ha feltesszük, hogy ama nevezetes éjjelen, (erős hidegben, mikor véreloszlásbeli zavarokra úgyis sokszor van ok), a *vena ophthalmica egyik vagy mindkét ága eldugult*, az összes tünetényeket könnyen megtudjuk magyarázni, éppen úgy a hogy sinus-thrombosis alkalmával mindezen tünetényeket kifejlődni látjuk és megértjük. Természetesen egészen más lefolyásának kell lenni az olyan thrombophlebitisnek, melyet septikus anyag felvétele okoz, mikor a genyedés kimaradhatatlan (orbáncz, orrbeli fekélyek stb. esetében), mint olyankor, ha a vena eldugulását az erek elváltozása okozza, *infectio* nélkül.

Be kell vallanom, hogy a mennyire saját folyóirataimban az utolsó másfél évtized kasuistikáját s a legfőbb kézikönyvekben az e tárgyra vonatkozó nézeteket vizsgálhattam, egyetlen olyan esetet sem találtam, hol a vena ophthalmica eldugulását ily nagy szembebeli vérzés követte volna. De azért úgy gondolom, hogy az is megmagyarázható, még pedig az által, hogy ez esetben szokatlanul nagyfokú volt a keringés szakadozotttsága. Ha *Adamüch* vizsgálatai szerint¹ a vena varicosa-*k* lekötése a szemgolyót megkeményíti, s ha *Ulrich* vizsgálatai szerint² csak két ily vena lekötése már fokozza a szem feszülését és igen vérmessé teszi az irist: akkor a két szemvisszér közül annak eldugulása, a melyikbe az uvea venái nyílnak, okvetlenül okoz keményedést, s ha az ütőerekbe szabadon mehet a véráram, vérzést is.

Mindezek alapján azt kell gondolnom, hogy a most közölt

¹ Annales d'Oculistique, tome 58-e.

² Archiv für Augenheilk. XX. 290. l.

esetben vagy a felső szemvísszér, vagy esetleg az alsóval való egyesülésének helyén túl a közös törzsök (a sinus cavernosus előtt) eldugultak s ebből származott a szemgolyó keménysége, belső vérzése, a fájdalom, az orbita sejtiszövetének vizenyős dagadtsága, a szemgolyó utólagos kisebbedése, a mely jelenségeket a hirtelen való fellépéssel s aránylag gyors lefolyással együtt, egy ily tiszta és spontan thrombosis jellemző tümenyének kell tekinteni.

Egy eshetőségre kell még röviden kiterjeszkednem; ez a szembe vértések *malariás* eredete. Ismeretes, hogy e betegségben szenvedőknél ideghártyai vérzések szoktak előfordulni; ezenkívül *Stedman Bull*¹ 17 esetet közöl, melyekben malariás betegeknek ívegtestbeli és néha első csarnokbeli vérzés mutatkozott a baj congestiv szakában. A mi vidékünkön régebben igen gyakori volt, ma már nagy ritkaság a váltóláz s bár a nevezett szerző eseteinek egy része az enyémhez hasonlít, nem gondolhatok a baj ilyes magyarázatára, mert a beteg sem előbb, sem utóbb váltólázban nem szenvedett.

A scopolamin hatása a pupillára és az accommodatióra.

Blaskovics Fridolin dr., szemklinikai gyakornoktól.

A scopolamint² egy új mydriaticumot *E. Schmidt* Marburgban állította elő először a scopolia atropoides gyökeréből. A scopolamin az alcaloidák közé tartozik, s *Ladenburg* szerint a hyosciamus nigerben is feltalálható a hyoscinallal együtt, a nélkül azonban, hogy utóbbihoz chemiailag hasonló lenne. A scopolamin inkább isomer a cocainnal, bár ettől elütő hasadási termékei vannak. Kétféle sója ismeretes: a sósavas és bromsavas scopolamin. Hatásra nézve a kettő identikus, s minthogy előbbi tisztán igen nehezen állítható elő, kísérletezés kizárólag a scopolaminum hydrobromicummal történt. Ennek vizes oldata jut alkalmazásba, még pedig 1:1000 — 1:120 töménységben használták eddigéig.

Bármelyikét ezen oldatoknak a szemrésbe esepentve, a pupilla kitérülése és az accommodatio bénulása következik be. Így tehát a scopolamin gyógyszerként a tropeinek csoportjába tartozik. Általános hatására nézve *Kobert* tett kísérleteket állatokon, melyek szerint a scopolamint belsőleg adagolva, az az agyra benítólag, a pulsusra gyérítőleg hat.

Első, ki a scopolaminnak a szemészeti praxisban való alkalmazását ajánlja, *Rählmann* volt, ki a *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, 1893. februári füzetében közli klinikáján tett tapasztalatait. Ezek alapján a scopolamint az összes mydriaticumok fölé helyezi. Szerinte a scopolamin ötszörte erősebb az atropinnál, s így hol azelőtt 1%-os atropint alkalmazott, 2%-os scopolamint használ, mely oldatból 6—7 csepp adható pro die, akár az egész napra elosztva, akár 1½ órán belül. *Rählmann* szerint a scopolamin ép oly kitűnően hat antiphlogistice, mint az atropin, sőt egyes esetekben emezt jóval felülmúlja. Így a pericornealis belöveltséget hamarabb szünteti meg, mint az atropin; különösen jól hat minden, a bulbus mellső részében lefolyó gyuladós folyamatnál. Elősegíti a hypopion felszívódását; keratitis pannosánál és a különböző iritiseknél legalább is oly jól hat, mint az atropin. Fölötte áll azonban utóbbinak oly gyuladós folyamatoknál, melyek glaukoma secundariummal fenyegetnek, vagy azt elő is idézték már, minthogy a

scopolamin a tensiót állítólag nem emeli. Atropin-mérgezésnél e szert a scopolamin kitűnően pótolja, s e mellett még az általános tüneteket is csökkenti. A scopolamin még hosszú ideig használva sem jár kellemetlen mellékhatásokkal, milyen például az étvágytalanság.

Belljarminow szintén kísérletezett scopolaminnal,¹ közleményét *Mitvalskij* kivonatossan közli a *Centralblatt für praktische Augenheilkunde* XVII. évfolyam, 1893. júniusi füzetében. *Belljarminow* szerint a scopolamin 1:120 töménységű oldatban alkalmazva a pupillát erősebben tágitja, mint az atropin, az alkalmazkodást is megszünteti, de hatása — bár előbb áll be — nem tart annyi ideig, mint az atropiné, mert míg emez a becsöppentés után 10—12 napon át képes hatását fenntartani, addig a scopolamin csak 4—7 napig. Therapeutikus értékét a scopolaminnak *Belljarminow* rendkívül dicsérőleg emeli ki. Alkalmazta e szert (1:500 — 1:300 töménységben, 3—4-szer naponként) keratitiszeknél, scleritiszeknél és hályog-extractiók után, de különösen iritiseknél a scopolamin hatása jóval felülmúlja az atropinét. Szerinte főleg cocainnal összekapcsolva hat kitűnően, s e tekintetben szebb hatást látott, mint az atropin-cocaintól.

Végül *L. Illig* is tett klinikai kísérleteket scopolaminnal,² melyeket a freiburgi szemklinikán végeztet ép és kóros szemeken. 28 észlelt eset kapcsán a következő eredményre jutott: hogy a scopolamin hatása gyorsabb, erősebb oldatokban, talán nagyobb mint az atropiné, de a hatás időtartama rövidebb; therapeutice nem állítható minden esetben biztosan egyenértékűnek az atropinnal; atropin idiosinkrasiánál szerinte a scopolamin a legkitűnőbb helyettes, ép úgy tensio-emelkedéstől félt esetekben jól használható; diagnostikus czélból a cocain jobb, mivelhogy erre a scopolamin hatása mégis túlhosszú.

Ennyiből állanak az eddigi közlések a scopolamin-therapeutikus értékére vonatkozólag. *Rählmann* és *Belljarminow* nem fogynak ki a dicséretekből, egyedül *Illig* ad helyt skepticizmusának e szerrel szemben, de ő is elismeri egyes figyelemre méltó sajátságait, melyek egymagukban is elégségesek arra, hogy a scopolaminnal bővebben foglalkozzunk. Ezért a budapesti szemklinikán *Grósz Emil* dr., tanársegéd kezdeményezésére kísérleteket végeztem, melyek kivitelét és eredményét közlendő vagyok.

Kísérleteimet *E. Merk* darmstadti gyárában készült scopolaminum hydrobromicum vizes oldatával vittem véghez, még pedig: 1:1000, 2:1000 és 5:1000 töménységű oldatokkal. Célom volt, meghatározni, mily hatással van a különböző töménységű scopolamin a pupilla átmérőjére, az alkalmazkodásra és a tensióra. E végből ép szemekbe cseppentettem ezen oldatokból 1—1 cseppet, s a hatást kellő időközökben megfigyeltem. Kísérleteimet $\frac{5}{6}$ visussal bíró szemeken végeztem s fiatal egyéneket választottam, kik még sok accommodatio felett rendelkeznek. Figyelemmel voltam továbbá arra, hogy a becseppentés után semmire folyják újból ki a becseppentett folyadékból, mit úgy igyekeztem elérni, hogy a becseppentés után az alsó szemhéjat kevésbé lehúzza néhány percig rögzítve tartottam. Minden egyes vizsgálat közeiben az egyéneket szűrke íveg és szemvédővel ellátva besötétített szobában tartottam, nehogy a fény behatása a mydriasis beálltát és kifejlődését hátráltassa. A pupilla átmérőjének lemérésére a Wecker-féle kerato et pupillometert használtam, figyelve arra, hogy minden egyes lemérésnél a beható fény körülbelül egyenlő erejű legyen. Az egyes értékek alábbi táblázatokban a még reagáló pupillánál annak középtágasságát fejezik ki. Az accommodatio meghatározásánál a közelpontot — pusztá szemmel vagy convex 5.0 D. íveggel nézetve az egyéneket — úgy mértem le, hogy *Csapodi I.*-et olvastatva, közvetlenül alkalmaztam a mérő-rúdat.

¹ A scopolamin (egy új mydriaticum) hatásáról a szemre Dr. Belljarminow. *Wratsch*, 1893, 17. sz.

² Beitrag zur Kenntniss der Wirkungen des Scopolaminum hydrobromicum. Von Dr. L. Illig. *Münchener Medicinische Wochenschrift*. 40. évfolyam; 1893. augusztus 15-dikén.

¹ A consideration of sure unusual forms of intraocular hemorrhage. *Centralbl. f. Aug.* 10. köt. 409. l.

² E. Schmidt. *Archiv der Pharmazie*. 230. kötet, 217. oldal. *Kobert*. *Lehrbuch der Intoxicationen*. 613. oldal. *Therapeutische Monatshefte*. 1893, 5. füzet.

Ladenburg. *Bericht der chemischen Gesellschaft*. 1892, 2388. oldal. *Rählmann*. *Scopolaminum hydrochloricum, ein neues Mydriaticum und seine Anwendung in der ophthalmologischen Praxis*. *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*. XXXI. kötet, február. (Egy későbbi számban figyelmeztetve leszünk, hogy „Scopolaminum hydrochloricum“ tévesen lett szedve „Scopolaminum hydrobromicum“ helyett.)

I. a) *Kísérlet. 1:1000 scopolamin hatása a pupillára.*V. J., 18 éves. Jobb szem: $v = \frac{5}{5}$; E. Pupilla átmérője: $3\frac{1}{4}$ $\frac{m}{m}$.

A mérések ideje	Pupilla-átmérő	Rea c t i o
Szeptember 26. Becseppentés:		
10 óra 40 perc	$3\frac{1}{4}$ $\frac{m}{m}$	élénken reagál
10 " 45 "	$3\frac{1}{4}$ "	" "
10 " 50 "	$3\frac{3}{4}$ "	" "
10 " 55 "	$4\frac{1}{2}$ "	jól reagál
11 " — "	6 "	kevésbé reagál
11 " 05 "	7 "	alig reagál
11 " 10 "	$7\frac{3}{4}$ "	nem reagál
11 " 20 "	$7\frac{3}{4}$ "	" "
11 " 30 "	$7\frac{3}{4}$ "	" "
11 " 40 "	$7\frac{3}{4}$ "	" "
12 " — "	$7\frac{3}{4}$ "	" "
1 " — "	$7\frac{3}{4}$ "	" "
2 " — "	$7\frac{3}{4}$ "	" "
3 " — "	$7\frac{3}{4}$ "	" "
4 " — "	$7\frac{3}{4}$ "	" "
5 " 30 "	$7\frac{3}{4}$ "	" "
Szeptember 27.		
8 óra 30 perc	$6\frac{1}{2}$ "	kevésbé reagál
12 " — "	6 "	" "
5 " 30 "	6 "	" "
Szeptember 28.		
8 óra 35 perc	5 "	elég jól reagál
12 " — "	5 "	" " "
5 " 25 "	$4\frac{1}{2}$ "	" " "
Szeptember 29.		
9 óra 05 perc	4 "	jól reagál
5 " 05 "	$3\frac{3}{4}$ "	" "
Szeptember 30.		
8 óra 50 perc	$3\frac{1}{4}$ "	élénken reagál

II. a) *Kísérlet. 2:1000 scopolamin hatása a pupillára.*G. A., 20 éves. Jobb szem: $v = \frac{5}{5}$; E. Pupilla átmérője: $2\frac{1}{2}$ $\frac{m}{m}$.

A mérések ideje	Pupilla-átmérő	Rea c t i o
Augusztus 24. Becseppentés:		
8 óra 35 perc	$2\frac{1}{2}$ $\frac{m}{m}$	élénken reagál
8 " 40 "	$2\frac{1}{2}$ "	" "
8 " 45 "	$3\frac{1}{4}$ "	" "
8 " 50 "	$4\frac{1}{2}$ "	jól reagál
8 " 55 "	$5\frac{1}{2}$ "	elég jól reagál
9 " — "	$6\frac{1}{4}$ "	kevésbé reagál
9 " 05 "	$7\frac{1}{4}$ "	nem reagál
9 " 10 "	$7\frac{1}{4}$ "	" "
9 " 20 "	$7\frac{1}{4}$ "	" "
9 " 30 "	$7\frac{1}{4}$ "	" "
9 " 40 "	$7\frac{1}{4}$ "	" "
10 " — "	$7\frac{1}{4}$ "	" "
11 " — "	$7\frac{1}{4}$ "	" "
12 " — "	$7\frac{1}{4}$ "	" "
1 " — "	$7\frac{1}{4}$ "	" "
2 " — "	$7\frac{1}{4}$ "	" "
3 " — "	$7\frac{1}{4}$ "	" "
4 " — "	$7\frac{1}{4}$ "	" "
5 " 20 "	$7\frac{1}{4}$ "	" "
Augusztus 25.		
8 óra 20 perc	$6\frac{1}{2}$ "	alig reagál
12 " 05 "	$6\frac{1}{2}$ "	" "
5 " 15 "	$6\frac{1}{4}$ "	kevésbé reagál

A mérték ideje	Pupilla-átmérő	Rea c t i o
Augusztus 26. 8 óra 50 perc	$5\frac{1}{2}$ $\frac{m}{m}$	elég jól reagál
5 " 10 "	5 "	" " "
Augusztus 27. 9 óra — perc	4 "	jól reagál
5 " 05 "	$3\frac{1}{4}$ "	élénken reagál
Augusztus 28. 9 óra 10 perc	$2\frac{1}{2}$ "	" "

III. a) *Kísérlet. 5:1000 scopolamin hatása a pupillára.*L. Gy., 14 éves. Bal szem: $v = \frac{5}{5}$; II. 0.5 D. Pupilla átmérője: $2\frac{3}{4}$ $\frac{m}{m}$.

A mérések ideje	Pupilla-átmérő	Rea c t i o
Szeptember 2. Becseppentés:		
9 óra 22 perc	$2\frac{3}{4}$ $\frac{m}{m}$	élénken reagál
9 " 25 "	$2\frac{3}{4}$ "	" "
9 " 30 "	$3\frac{1}{2}$ "	jól reagál
9 " 35 "	4 "	" "
9 " 40 "	$5\frac{3}{4}$ "	kissé reagál
9 " 45 "	7 "	alig reagál
9 " 50 "	8 "	nem reagál
10 " — "	8 "	" "
11 " — "	8 "	" "
12 " — "	8 "	" "
1 " — "	8 "	" "
2 " — "	8 "	" "
3 " — "	8 "	" "
4 " — "	8 "	" "
5 " 15 "	8 "	" "
Szeptember 3.		
8 óra 15 perc	$7\frac{1}{2}$ "	fokális világitásnál
12 " — "	7 "	kissé már reagál
6 " — "	$6\frac{1}{2}$ "	alig reagál
Szeptember 4.		
9 óra 05 perc	$5\frac{3}{4}$ "	kevésbé reagál
5 " 10 "	$5\frac{1}{2}$ "	" "
Szeptember 5.		
9 óra — perc	$4\frac{1}{2}$ "	elég jól reagál
5 " 25 "	4 "	jól reagál
Szeptember 6.		
9 óra 10 perc	$3\frac{1}{2}$ "	" "
5 " 20 "	$3\frac{1}{4}$ "	élénken reagál
Szeptember 7.		
8 óra 55 perc	$2\frac{3}{4}$ "	" "

A scopolamin-pupilla tágító hatásának összegezése: $1\frac{0}{00}$ scopolamin a pupillát, átlag 8 perccel a becseppentés után kezdi tágítani; 30 perc alatt ad maximum tágítja ki. A teljes mydriasis 8—14 óráig áll fenn, ezután egyenletesen visszafejlődik, hogy a 4-dik napon a normálisra térjen vissza. A $2\frac{0}{00}$ oldat előbbinél csak kevésbé intenzívebb hatású: 8 perc alatt kezd a pupilla tágulni, 29 perc alatt éri el maximumát, ezután változatlan marad 12—18 óra hosszat s ugyancsak 4 nap alatt fejlődik vissza. Erélyesebb hatású az $5\frac{0}{00}$ scopolamin, bár itt sem áll a nagyobb töménység a hatás tartósságával arányban. Ily oldat a pupillát már 6 perccel a becseppentés után kezdi tágítani s 25 perc alatt már maximális mydriasis okoz, mely 20—22 óráig maradvan tetőpontján átlag 5 nap múlva tér vissza a normális állapotra.

Áttérünk most azon kísérletsorozatra, melyek a scopolamin alkalmazkodás bénító hatását illusztrálják. Könnyebb áttekinthetőség végett a közelpontból az egyes méréseknél kiszámítottam az alkalmazkodás approximativ értékét dioptriákban.

I. b) *Kísérlet. 1:1000 scopolamin hatása az accomodatióra.*V. J., 18 éves. Jobb szem: $v = \frac{5}{5}$; E. Központ: $91 \frac{m}{m}$. Accomodatio: 11·0 D.

Datum	Olvás	Közelpont	Az accomodatio értéke
Szeptember 26. Becseppentés:			
10 óra 40 perc	üveg nélkül	$91 \frac{m}{m}$	11·0 D.
10 " 45 "	" "	91 "	11·0 "
10 " 50 "	" "	102 "	10·0 "
10 " 55 "	" "	144 "	7·0 "
11 " — "	+ 5·0 D.-val	95 "	5·5 "
11 " 05 "	" "	99 "	5·0 "
11 " 10 "	" "	105 "	4·5 "
11 " 20 "	" "	112 "	4·0 "
11 " 30 "	" "	125 "	3·0 "
11 " 40 "	" "	137 "	2·5 "
12 " — "	" "	153 "	1·5 "
1 " — "	" "	170 "	0·75 "
2 " — "	" "	181 "	0·5 "
3 " — "	" "	181 "	0·5 "
4 " — "	" "	181 "	0·5 "
5 " 30 "	" "	156 "	1·5 "
Szeptember 27.			
8 óra 30 perc	" "	117 "	3·5 "
12 " — "	" "	113 "	4·0 "
5 " 30 "	" "	109 "	4·5 "
Szeptember 28.			
8 óra 35 perc	üveg nélkül	132 "	7·5 "
12 " — "	" "	126 "	8·0 "
5 " 25 "	" "	118 "	8·5 "
Szeptember 29.			
9 óra 35 perc	" "	93 "	11·0 "
5 " 05 "	" "	91 "	11·0 "
Szeptember 30.			
8 " 50 "	" "	91 "	11·0 "

II. b) *Kísérlet. 2:1000 scopolamin hatása az accomodatióra.*G. A., 20 éves. Jobb szem: $v = \frac{5}{5}$. E. Központ: $103 \frac{m}{m}$. Accomodatio: 10·0 D.

Datum	Olvás	Közelpont	Az accomodatio értéke
Augusztus 24. Becseppentés:			
8 óra 35 perc	üveg nélkül	$103 \frac{m}{m}$	10·0 D.
8 " 40 "	" "	103 "	10·0 "
8 " 45 "	" "	136 "	7·5 "
8 " 50 "	" "	153 "	6·5 "
8 " 55 "	+ 5·0 D.-val	91 "	6·0 "
9 " — "	" "	107 "	4·0 "
9 " 05 "	" "	119 "	3·5 "
9 " 10 "	" "	132 "	2·5 "
9 " 20 "	" "	146 "	2·0 "
9 " 30 "	" "	150 "	1·5 "
9 " 40 "	" "	166 "	1·0 "
10 " — "	" "	170 "	0·75 "
11 " — "	" "	178 "	0·5 "
12 " — "	" "	185 "	0·5 "
1 " — "	" "	200 "	0·0 "
2 " — "	" "	200 "	0·0 "
3 " — "	" "	200 "	0·0 "
4 " — "	" "	200 "	0·0 "
5 " 20 "	" "	183 "	0·5 "
Augusztus 25.			
8 óra 20 perc	" "	123 "	3·0 "
12 " 05 "	" "	112 "	4·0 "
5 " 15 "	" "	101 "	5·0 "

Datum	Olvás	Közelpont	Az accomodatio értéke
Augusztus 26.			
8 óra 50 perc	üveg nélkül	$142 \frac{m}{m}$	7·0 D.
5 " 10 "	" "	127 "	8·0 "
Augusztus 27.			
9 óra — perc	" "	106 "	9·5 "
5 " 05 "	" "	103 "	10·0 "
Augusztus 28.			
9 óra 10 perc	" "	103 "	10·0 "

III. b) *Kísérlet. 5:1000 scopolamin hatása az accomodatióra.*L. Gy., 14 éves. Bal szem: $v = \frac{5}{5}$; H. 0·5 D. Központ: $87 \frac{m}{m}$. Accomodatio: 12·0 D.

Datum	Olvás	Közelpont	Az accomodatio értéke
Szeptember 2. Becseppentés:			
9 óra 22 perc	üveg nélkül	$87 \frac{m}{m}$	12·0 D.
9 " 25 "	" "	87 "	12·0 "
9 " 30 "	" "	167 "	6·5 "
9 " 35 "	+ 5·0 D.-val	106 "	5·0 "
9 " 40 "	" "	119 "	4·0 "
9 " 45 "	" "	123 "	3·5 "
9 " 50 "	" "	147 "	2·0 "
10 " — "	" "	189 "	0·75 "
11 " — "	" "	202 "	0·5 "
12 " — "	" "	217 "	0·0 "
1 " — "	" "	217 "	0·0 "
2 " — "	" "	217 "	0·0 "
3 " — "	" "	217 "	0·0 "
4 " — "	" "	217 "	0·0 "
5 " 15 "	" "	217 "	0·0 "
Szeptember 3.			
8 óra 15 perc	" "	163 "	1·5 "
12 " — "	" "	152 "	2·0 "
6 " — "	" "	145 "	2·5 "
Szeptember 4.			
9 óra 05 perc	" "	107 "	5·0 "
5 " 10 "	üveg nélkül	162 "	6·5 "
Szeptember 5.			
9 óra — perc	" "	144 "	7·5 "
5 " 25 "	" "	127 "	8·5 "
Szeptember 6.			
9 óra 10 perc	" "	89 "	12·0 "
5 " 20 "	" "	87 "	12·0 "
Szeptember 7.			
8 óra 50 perc	" "	87 "	12·0 "

A scopolaminnak az alkalmazkodásra való hatása összegezve: az accomodatiót bénító hatás nem oly erélyes, mint a mydriatikus hatás. Az 1% oldat hatása 9 percczel a becseppentés után veszi kezdetét, tetőfokát 3 óra múlva éri el, mely állapot csak 3 óra hosszáig áll fenn; 3 napra van azonban szükség, míg az accomodatio ismét előbbi értékére tér vissza.

A fent közölt táblázatból (Ib. Kísérlet) kitűnik, hogy az 1% scopolamin az alkalmazkodást nem bénította teljesen, bár a fennmaradó (0·5 D. értékű) accomodatio oly esékély, hogy mérési hiba is lehet, s így attól el is tekinthetünk. A 2% scopolamin nem sokkal erélyesebben hat: a közelpont 9 percczel a becseppentés után kezd távolodni; 3 óra alatt maximumát éri el, mely állapot 4 óra hosszáig áll fenn változatlanul, hogy 3 napi visszafejlődés után újból visszaálljon a teljes alkalmazkodás. Még erélyesebb az 5% töménységű oldat, 7 perc alatt már hatni kezd s $2\frac{1}{2}$ óra alatt az accomodatiót teljesen

felfüggeszti. A maximalis hatás 8 óráig, az egész hatás 4 napon át tart. A visszafejlődés mindhárom oldatnál egyenletes.

Ha összehasonlítást teszünk egy és ugyanazon oldat hatásai között a pupillára és az accomodatióra, kiténik, hogy a mydriaticus hatás az erősebb és tartósabb. Ugyanis mindegyik oldatnál feltűnő, hogy előbb kezd a pupilla tágulni, semmint a közelpont távolodni s többszörte hamarabb éri el a mydriasis maximumát, melyen jóval tovább marad meg. A visszafejlődésnél is egy nappal a mydriasis teljes megszűnte előtt a közelpont már normális távolságát érte el.

Hogy a scopolamin hatását jobban megítélhessük, alábbi táblázatot állítottam össze, melyben a hatás kezdete, növekedése, tetőpontja és visszafejlődése párhuzamba van állítva az atropin, duboisin és homatropin hatásának időbeli lefolyásával. E három utóbbi személ a táblázatban feltüntetett értékeket Schäfer Hermann dr.-nak kísérleteiből¹ merítettem. Ezen kísérleteket összehasonlító módon eszközölte s a felsorolt mydriaticumok mindegyikénél $\frac{1}{2}\%$ -os oldatot alkalmazott.

Ezek mellé a $\frac{1}{2}\%$ -os scopolaminon kívül az 1% és 2% oldatokkal elért eredményeket is sorolom, hogy ezeket egymás között összehasonlítva jobb áttekintést nyerhessünk.

Mydiaticumok	Mydriasis kezdete	A mydriasis ad maximum való kifejlődése	A maximalis hatás időtartama	Az egész hatás lefolyásának időtartama
$\frac{1}{2}\%$ atropin	14 perc	36 perc	26 óra	3—7 nap
$\frac{1}{2}\%$ duboisin	8 "	19 "	24 "	2—6 "
$\frac{1}{2}\%$ homatropin	9 "	33 "	3 "	1 "
$\frac{1}{2}\%$ scopolamin	6 "	25 "	22 "	5 "
2% scopolamin	8 "	29 "	12—18 "	4 "
1% scopolamin	8 "	30 "	8—14 "	4 "
Mydriaticumok	A közelpont távolodásának kezdete	Az alkalmazkodás bénulásának kifejlődése	Az alkalmazkodás bénulásának időtartama	Az egész hatás lefolyásának időtartama
$\frac{1}{2}\%$ atropin	23 perc	$2\frac{1}{4}$ — $2\frac{1}{2}$ óra	18 óra	2—4 $\frac{1}{2}$ nap
$\frac{1}{2}\%$ duboisin	10 "	$1\frac{1}{3}$ "	12 "	2—4 "
$\frac{1}{2}\%$ homatropin	9 "	$1\frac{1}{2}$ —2 "	3 "	1 "
$\frac{1}{2}\%$ scopolamin	7 "	$2\frac{1}{2}$ "	8 "	4 "
2% scopolamin	9 "	3 "	4 "	3 "
1% scopolamin	9 "	3 "	3 "	3 "

Ezen táblázatból a $\frac{1}{2}\%$ -os scopolamin-oldatot véve alapul, kiténik, hogy a mydriaticus hatás beállta leggyorsabb a scopolaminnál, de a hatás maximumát a duboisin hamarabb éri el. A tetőpont időtartamára nézve a scopolamin a duboisint majdnem eléri, az egész hatás időbeli lefolyása csak az atropinnál talán valamivel hosszabb. A scopolamin tehát gyorsabban tágitja a pupillát, mint a felsorolt szerek legfontosbika: az atropin, de a hatás tartamára nézve annak valamivel mögötte áll.

A mi az accomodatio felfüggesztését illeti: a hatás első nyoma a scopolaminnál áll be legelőbb, de körülbelül ép oly hosszú időt igényel, mint az atropin, hogy az alkalmazkodás izmát teljesen bénítsa. A hatás a maximumon csak a homatropinnál marad rövidebb ideig meg, a visszafejlődés ideje a duboisin hatása idejével körülbelül azonos. Az atropinnal hasonlítva össze a scopolamint, látható, hogy utóbbi többszörte gyorsabban hat, mint az atropin, de viszont az alkalmazkodás teljes felfüggesztését az atropin sokkal hosszabb ideig eszközli, mint a scopolamin.

Tekintetbe véve, hogy Rahlmann szerint a 2% scopolamin a legalkalmasabb a terapiában, s ez a feltüntetett oldatnál csak rövidebb ideig képes hatni, továbbá tekintve, hogy ennek megfelelően az atropinnál az 1% -os oldat a használatos, mely viszont a feltüntetett értékeknél nagyobbakat ad

¹ Vergleichende Untersuchungen über die Wirksamkeit des Atropin, Duboisin und Homatropin auf das Auge. Von Dr. Hermann Schäfer. Archiv für Augenheilkunde. X. kötet; 186. oldal.

— végeredményben a használatban az atropin mégis csak tartósabb mydriaticum, mint a scopolamin. — A scopolaminnak ezen hatásain kívül, a róla állított egyik legkiválóbb sajátoság, t. i. hogy a tensiót nem emelné, szintén megfigyelésem tárgyává tettem. Nehány esetben ugyanis cataractas, de különben ép szembe 10 percenként 5% scopolamint csepegtettem hatszor egymás után, s a tensiót tapintás által a másik szemmel összehasonlítottam. Sikertült egy esetben, bár igen kis fokú, de biztosan észrevehető tensió-emelkedést létesítenem. Ezen észlelet ugyan még nem zárja ki, hogy a scopolamin tensio-emelkedéssel járó esetekben jól nem lesz használható, mivelhogy oly töménységű oldatban és oly gyorsan egymásután alkalmazva e szer klinice használva nem lesz, de minden esetre elég ezen észlelés arra, hogy a scopolamin alkalmazásánál a legnagyobb elővigyázat vétessék ily esetekben igénybe.

Ilyen eredmények után felmerül a kérdés, hogy oly kitűnő szerrel szemben, mint az atropin, van-e okunk a scopolamintól valamit várhatni? Mindenesetre van. Egy részt mert az atropinnak vannak egyes hátrányai, melyek jogosulttá teszik a kutatást egy jobb szer után, másrészt mert az a körülmény, hogy az ajánlott dosisban a scopolamin hatása rövidebb ideig tart mint az atropiné, nem zárja ki, hogy a scopolamin ép oly jól vagy jobban hat egyes gyuladósos vagy másnemű szembetegségnél, és pedig annál kevésbé, minthogy hatása elég hosszú ideig tartó, hogy többszörvegezve napjában beceppentést a pupillát ad maximum kitégítve tetszés szerinti időig fenn lehet tartani.

E részben hiányoznak még a kellő számú tapasztalatok, de célom nemis volt az, hogy végleges eredményre jussak a scopolamin használhatóságára vonatkozólag. Az én feladatom csak abban állott, hogy a scopolamin hatását ép szemre tanulmányozzam, hogy ennek alapján a therapeutikus hatás vizsgálatánál némi directívát nyerhessünk.

A scopolamin therapeutikus értékére vonatkozólag klinikánkon a megfigyelések most folynak, melyek eredményét Grósz Emil dr., tanársegéd úr szándékozik legközelebb közleni.

A mi végre a scopolamin általános hatását illeti, Belljarminow említi, hogy 1:120 töménységű oldat alkalmazásánál gyakran kellemetlen mellékhatások állottak elő, néha már egyszeri beceppentés után is. Ezek szárazság érzete a szájban, szomjúság, étvágyhiány, szédülés és az arc halvány-sága, sőt a járás is zavarva lett. Belljarminow is elismeri azonban, mit Rahlmann annyira kiemel, hogy 2:1000 töménységben a scopolamint igen jól tűrik a betegek. Megjegyzem itten, hogy a tensio-emelkedés vizsgálatánál, hol pedig nagyfokú adagolás történt, egy esetben sem észleltem agyi vagy más általános tüneteket. Ily irányú vizsgálatokat állatokon Rottenbiller Ödön dr. végez a budapesti gyógyszerintézetben, s azok eredményét közelebb szándékozik közzé tenni.

Ha a tensio-emelkedéses esetekben a scopolamin nem válnék be, hátra van még azon kiemelt sajátosága, hogy atropin-conjunctivitissnél jól használható, s hogy atropinismussnál az atropint nemesak antiphlogistikus tulajdonságainál fogva pótolja, hanem — ellentétes hatással bírván a szervezetre — a mérgezési tüneteket is csökkenti. Ha csak ez az egy tulajdonsága is válnék be a scopolaminnak, elégséges lenne, hogy állandó becsét nyerjen. Hiszen tudjuk, hogy a duboisin is okoz elvétve az atropin conjunctivitishez hasonló tüneteket, talán mert azzal isomer, a hyosein pedig oly mérges, hogy ezért lesz mellőzve, végre a cocain mint mydriaticum klinikai használatra alig jöhet számba. Ily körülmények között nem volna megvetendő, ha a scopolamin e részben beválnék.

Összegezve a scopolaminnak physiologikus hatásait, tekintettel annak therapeutikus használhatóságára, a kimutatott sajátosságok a következők: 1. A scopolamin a pupillát erőlesen képes tágitani, s bár a használatos töménységű oldat hatása a maximumon nem sokáig áll fenn, mégis elég hosszú ideig arra, hogy többszörös beceppentés mellett állandó és teljes mydriasis-t tartson fenn. 2. Az accomodatio teljes megszüntetését csak rövid időre kiterjedően eszközli, bár hatása e mellett elég hosszú ideig tartja fenn magát. 3. A scopolamin igen nagy mennyiségben alkalmazva, az intraocularis nyomást igen kis fokban, de mégis emelni képes, bár ily quantitásban therapeutice alkalmazásba nem jut.

A Wecker-féle iridotomia duplexről.

Grósz Emil dr. tanársegédttől.

(Folytatás és vége.)

A következőkben kivonatossan néhány körleirást közlök, melyek legjobban igazolhatják, hogy milyen becses eljárásunk van az iridotómiában.

1. F. L. 72 éves férfi bal szemének hályogját 1870-ben operálták (Graefe methodusa szerint), az iridotómiát klinikánkon 1884. december 15-dikén végezték, tehát az első operálás után 14 évvel. A vaskos utóhályogot üvegtestvesztés nélkül vágta át. Eltávolozáskor (a 3-dik hét végén) még izgatott volt a szem, de a $v = +11.0$ D-val $\frac{5}{15}$ -t. Ujlag 1893. júliusban jelentkezett, a midőn $+13.0$ D-val ugyancsak $\frac{5}{15}$ -t látott. Annál becsesebb volt reá nézve e jó eredmény, mert jobb szeme amblyopiás volt.

2. S. J. 14 éves férfi jobb szemének hályogját 1882. márciusban operálták (linearis extractio), másodizben ugyanezen év április 16-dikán jelentkezett, a midőn a levált irisdarabot s utóhályogot Wecker-féle ollóval metszették át (csekély üvegtestvesztés). Eltávolozáskor $\frac{5}{50}$ visusa volt, ez azonban utóbb emelkedett, mert 3-dik jelentkezésekor (1893. július 30-dikán) már $\frac{5}{20}$ ($+11.0$ D-val).

3. Sz. F. 49 éves férfi hályogját 1883-ban operálták (Graefe methodusa szerint), a vaskos utóhályog eltávolítását még ugyanazon évben linearis seben kísérelték meg, de minthogy az eredmény nem volt kielégítő ($v = \frac{5}{60}$) 1884. februáriusban iridotómiát végeztek (kevés üvegtestvesztés), mire mérsékelt izgalom keletkezett. Eltávolozáskor (2-dik hét végén) az ejtett rés koromfekete s 1893. július 29-dikén az orvosi vizsgálat megfelelő üveggel $\frac{5}{30}$ visust derített ki, mely réssel $\frac{5}{15}$ -re emelhető.

4. L. S.-né 53 éves nő jobb szemének komplikált hályogját 1880-ban operálták (Graefe methodusa szerint). Sebpedés s ismételt utóvérzés hátráltatta a gyógyulást. 1882. szeptember 25-dikén csak $\frac{1}{2}$ méterről olvasott ujjakat, minek oka részben cornealis hegben, de főleg a pupilla s coloboma elzárulásában rejlett. Iridotómiára a látás már 2 hét múlva $\frac{5}{20}$ -ra emelkedett (üvegtestvesztés nem volt). A másik szem phthisikus volta még becsesebbé teszi az így elért eredményt.

5. D. D. 77 éves férfi jobb szemét 1881. augusztusban operálták, a midőn a Graefe-féle extractio alkalmával üvegtest buggyant ki. 1881. október 25-dikén a vaskos utóhályog eltávolítását kísérelték meg linearis seben át, de eltávolozáskor csak $\frac{1}{2}$ méterről olvasható ujjakat. Az 1882. október 21-dikén végrehajtott iridotomia (minimális üvegtest vesztés) már 7-ed napra $\frac{5}{50}$ -re emelte a látást.

6. K. J. 60 éves férfi jobb szemének hályogját 1882. szeptember havában operálták, a keletkezett iritis elzárta a pupillát, úgy hogy csak 1 méterről olvasott ujjakat. 1882. november 10-én másodizben jelentkezett; az iridotomia úgy történt, hogy a hártában az első rés nem lándzsával készült, hanem a csipő olló hegyes szárával (üvegtestvesztés nincs). A 2 nap múlva bekövetkezett sebpedés daczára 2 hét múlva $\frac{5}{15}$ látással távozott. 1893. július 26-dikán azt válaszolta kérdésünkre, hogy szemével jól lát, ír és olvas (nyugalmazott tanító).

7. S. J. 21 éves férfi jobb szemét 1883. január 15-dikén sérülés érte. A keletkezett szürke hályogot 1883. március 17-dikén linearis seben át távolították el, 2 hét múlva a vaskos secundaria csak $\frac{5}{50}$ visust engedett meg. Az ekkor végrehajtott iridotomia (üvegtestvesztés nélkül) 10 nappal később már $\frac{5}{20}$ -ra emelte a látást. Ezúttal a csipőollóval körülvágott utóhályogdarabot csipővel el is távolították (iridotomia).

8. P. J. 38 éves férfi jobb szemét 1880. február havában operálták. Másodizben 1883. február 13-dikán jelentkezett, a midőn csak kézmozgást vett észre, mert a cornea laposabb s borúsabb voltán kívül a pupilla teljes elzárulása megakadályozta a látást. A csipőollóval körülvágott hártát kihúzták csipővel (iridotomia). Üvegtestvesztés nem volt.

A jelentékeny beavatkozást csak mérsékelt izgalom követte, de a látás eltávolozáskor csak 2 méterről való ujjak olvasásából állott. Harmadizben 1884. április 21-dikén jelentkezett. Ekkor a háromszög alakú pupillán át már $\frac{5}{30}$ -t látott. A vékony secunda-

riát csipőollóval újlag átmetszték (üvegtestvesztés nélkül) s a visus eltávolozáskor (a műtét után 5 nappal) már $\frac{5}{30}$ volt. Ez esetben is az a körülmény emeli a látás értékét, hogy a másik szem teljesen hiányzott.

9. W. F. 65 éves férfi szeméin 1869-ben iridectomiát végeztek, 1881-ben pedig a keletkezett szürke hályogokat távolították el. Ujlag 1885. február havában jelentkezett, a midőn a jobb szemén a hegbe nőtt s felhúzódott iris teljesen elzárja a pupillát. Az iridotomia (üvegtestvesztés nincs) a látást már a 3-dik hét elején $\frac{5}{30}$ javította. A másik szemén fényérzés nincs.

10. M. G. 61 éves férfi jobb szemének hályogját 1885-ben operálták. A klinikán 1887. május 9-én jelentkezett s ekkor 1 méterről olvasott ujjakat. Iridotomia által (üvegtestvesztés nélkül) sikerült a leszakadt irisben s vaskos secundáriában rést nyitni s a műtét után 12-dik napon $\frac{5}{70}$ visussal távozott.

11. Sch. F. 55 éves férfi bal szemét 1887-ben sérülés érte, 1888. szeptember 17-dikén jelentkezett a klinikán. Az iris bele-nőtt volt a cornealis hegbe s a lenese hiányzott volt. 2 méterről olvasott ujjakat. Előbb iridectomiát végeztünk, de midőn ez elégtelennek bizonyult, iridotómiát (üvegtestvesztés nincs) s $\frac{5}{30}$ visussal távozott. 1893. július 29-dikén írt levelében tudatja, hogy üveggel e szemén most is jól lát.

12. K. J.-né 54 éves nő jobb szemének hályogját 1887. május 6-dikán operáltuk, a keletkezett iritis elzárta a pupillát s colobomát, úgy hogy 1888. áprilisában a látás csak szem előtt való ujjak olvasásából állott. Az iridotomia (kevés üvegtest vesztés el) a látást a műtét után 18-ad napra $\frac{5}{70}$ -re emelte.

13. Sz. A. 45 éves nő szeméin a pupillaszél hátsó lenővései miatt 1881-ben iridectomiát végeztek. 1887-ben a keletkezett szürke hályogot a bal szemén megoperálták. Ujlag való jelentkezésekor (1889. november 20-dikán) a bal pupilla egészen a felső skleralis heghez felhúzódott, az atrophias iris legyezőszerűen szétterülve csak 1 méterről való ujjak olvasását engedi meg. Az iridotomia (igen kevés üvegtestvesztés) $\frac{5}{70}$ -re emelte a látást.

14. M. J. 66 éves férfi bal szemének hályogját 1887-ben operálták, látása 1889-dik óta újlag romlott, úgy hogy 1890. április 18-án más csak 4 méterről tudott ujjakat olvasni. A pupillát elzáró secundáriát csipőollóval szétvágva a műtét után 11-ed napra a látás $\frac{5}{50}$ -re emelkedett.

15. K. M. 53 éves férfi jobb szemének hályogját 1890-ben operálták, a keletkezett iritis hónapokig tartott s a pupillát teljesen elzárta. Az iridotomia (üvegtestvesztés nélkül) a látást $\frac{5}{10}$ -re emelte.

16. B. L.-né bal szemét 1892. májusban operálták, a pupillát utóhályog zárja el, az iris a sebbe nőtt. Az iridotomia (üvegtestvesztés nélkül) a látást $\frac{5}{50}$ -ról $\frac{5}{20}$ -ra emelte.

17. U. J.-né 45 éves nő jobb szemén 1875-ben, a balon 1887-ben iridectomiát végeztek chronikus iritis s hátsó letapadások miatt. 1891. szeptember havában újabb iridectomia vált szükségessé. 1891. november hóban pedig bal szemének szürke hályogját operáltuk, míg az atrophianak induló jobb szemén újabb iridectomiát végeztünk. A kiújuló iritis azonban újlag elzárta a pupilla ter-ü letét, úgy hogy 1892. február havában a még jó fényérzésű bal szemén iridotomia vált szükségessé s bár e szem feszülése is lényegesen csökkent volt (T—2) a látás két hét múlva már $\frac{5}{30}$ volt. Kérdésünkre 1893. szeptember 9-diki kelettel azt a választ kaptuk, hogy ez úttal a látás megmaradt.

A közölt esetek több irányban tanulságosak. Mindenekelőtt feltűnő, hogy üvegtestvesztés az esetek túlnyomó számában nem következett be, mint azt a helyzetből várni lehetne. Ebben tagadhatatlanul része van a technikának is, mert mennél szabályosabb a lándzsavezetés, mennél kevésbé nyomjuk annak lapját az elülső vagy hátsó sebakhoz, annál kisebb az üvegtest elösesésének valószínűsége. Az is figyelemre méltó, hogy milyen csekély izgalom követte a beavatkozást, pedig az operálások nagy része olyan időre esik, a mikor még nem volt annyira hatalmunkban mint ma a műtéteknek aseptikus végrehajtása; végül nem szabad azt sem felednünk az eredmények megítélésében, hogy a vizsgálat a legtöbb esetben a műtét követő 2. vagy 3-dik héten történt, a mikor az esetleges vérzés a végleges látási eredményt lényegesen kisebbnek tüntette fel. Természetesen vannak olyan esetek is, a

midőn az iridotomia is cserben hagy. Ilyenek a sympathikus gyuladás által okozott pupillaelzárulások. Az utolsó évben is volt egy ilyen szerencsétlen betegünk, a midőn a sympathikus utón megvakult szemén az ismételt iridectomiák s hályog-extractiók után még az iridotomiától vártunk némi eredményt, de az atrophíát ez sem volt képes meggátolni. De nem is az ilyen esetek képezik az iridotomia valódi indicatióit, ott pedig, hol a pupilla elzárulását a hályog extractióját követő iritis okozta, ha a szem még jó fényérzéssel rendelkezik, az iridotomia nem hagy cserben, úgy hogy a műtét méltán foglalhat helyet a legbecsesebb szemoperálások sorában.

Irodalom. Wecker, De l'iridomie Annales d'oculistique 70. 123. 1873. Wecker, Beitrag zur Iritomie. Klin. Monatsbl. XIV. 282. 1876. Sichel jun. Zur Iridomie. Klin. Monatsblätter XV. 273. 1877. Wecker, Iritomie mit Messer oder Scheere. Klin. Monatsbl. XV. 392. 1877. Abadie, Irido-ectomia Annales d'oculistique 99. 265. Noyes Iridotomy Diseases of the eye. Wecker et Landolt, Traité Complet d'ophtalmologie.

Az olasz szemklinikákról.

† Neupauer Gusztáv dr.-tól.¹

Egyetemünk fiatal orvosai, ha orvosi tanulmányok czéljából a külföldre utaznak, mindig nyugot felé veszik útjukat. A német és a franczia, esetleg az angol egyetemek azok, melyeket nagy kedvvel látogatnak. A szomszédos Olaszország 22 egyeteméről azonban már évtizedek óta nem hallunk semmit. Pedig hogy mily fontos szerepet játszottak az olasz egyetemek az orvosi tudomány fejlődésében, azt minden orvosnak már az orvosi tudomány történetének felületes ismeretéből is tudnia kell. Az orvosi tudomány bölcsője ép ezen egyetemeken állott (Palermo, Padua, Bologna). Régi 700—800 éves fennállásuknak köszönik, hogy bennük korán kezdődött az önálló kutatás. Igaz ugyan, hogy sokáig csak Galen téves tanait hirdették auláikban, de csakhamar kezdődött az önálló kutatás, melynek eredményei különösen az anatómiára vonatkozólag alapvetőknek mondhatók. Olaszországban már 1308-ban megengedték (Velence) emberi hullák boncolását.

Határozottan alapvető munka volt Mondino de Luzzi bolognai anatómiai professor (tanár) anatómiája, mely első gyanánt 1314-ben jelent meg ily czímmel: „Az emberi test egyes részeinek anatómiája“. Ily viszonyok között az olasz egyetemek jó híre annyira terjedt, hogy az európai fejedelmek, valamint a pápa épen ezen egyetemekről hozatták udvari orvosukat. Dicsőségük tetőpontját azonban csak a XVI. században érték el, mikor Vesalius Paduában, majd Pisában az anatómiát, Santorio a belgyógyászatot stb. tanította. Később az egyes egyetemek működései mindinkább ellankadtak, az egyes tartományok harczi és vizsályai úgy a tudomány mint a művészet fejlődését akadályozták.

Most pedig az egyetemek működnek ugyan, működésük azonban többnyire szerény, mert fentartásuk érdekében az anyagi viszonyokkal is kell küzdeniök.

A történetből ismervé már az olasz egyetemek egykori hírét és dicsőségét, azonkívül mert már évtizedek óta nem jelent meg újabb ismertetésük, de meg Olaszország történeti kincseire és művészi remekeire gondolva erős vágy fogott el, hogy a „szép“ Olaszországot saját szememmel lássam. Reám nézve, mint szemorvosra, főleg a szemklinikák voltak nagy fontosságúak, miért is főleg azokat látogattam. Az alábbiakban is csak szemklinikákról fogok szólni.

Az olasz egyetemeken a tanév október 1-jétől június végéig tart. Ez időt azonban sohasem tartják be, rendszeren november, sőt decemberben kezdik az előadásokat is május felé már előadás nincs.

Előadás oly értelemben, mint nálunk, csak némely klinikán van, pl. Nápoly, Florenz stb., rendszeren azonban abból áll az egész előadás, hogy a tanár az új ambulans betegeket bemutatja hallgatóinak.

Hogy különben némely szemklinikán nincsen rendszeres előadás, annak drasztikus magyarázatát adta az egyik szem-

klinika segédje, mondván: „Előadás nem szokott lenni, mert egyszer itt van a tanár, de a hallgatók hiányzanak, máskor ismét itt vannak a hallgatók, de nincs itt a tanár“.

A tanítás minden klinikán úgy van beosztva, hogy hetenként van három előadási nap és ezekkel felváltva három operációs nap.

A mi a klinikák személyzetét illeti, az rendszeren két tanársegéd és egy gyakornok, a mi a nagy beteganyaghoz (az ambulancia 120—150 beteg) határozottan kevés.

Az assistensek nem operálnak sehol, csak a tanár. Az ambulansok kezelése közép- és alsó-olaszországi klinikákon többnyire felületes, különösen vonatkozik ez azon lelkiismeretlen eljárásra, hogy a trachomás és a tiszta betegeket egy segéd végzi el, a nélkül azonban, hogy eszébe is jutna, közbe a kezét megmosni. Ezen káros eljárásra többször figyelmeztettem a segédet, mire az egyik azt felelte, hogy: „hiszen a beteg nem azért jön a klinikára, hogy gyógyuljon (?!), hanem hogy tananyagul szolgáljon; a segédek nem bírják más-kép ezt a sok dolgot“. Én ellenkező véleményét nyilvánítottam és hangsúlyoztam, hogy a beteg bizony azért jár a kórházba, hogy őt gyógyítsák, annál is inkább, mert tananyagul is szolgál. A phlyctenás azonban semmi szín alatt nem jön a klinikára azért, hogy trachomát kapjon. Végül azon egyszerű módot említettem, melylyel a trachomásokat könnyen el lehetne különíteni a tisztáktól. Minden ambulansnak van tudniillik egy száma, melyet a terembe való belépéskor a szolgának ad; legyen tehát a trachomásoknak vörös czédulájuk, a tisztáknak fehér. A tiszták menjenek az egyik, a trachomások a másik segédhez. Vajjon alkalmazzák-e ez egyszerű módszert, nem tudom.¹

Hogy különben mily felületes a felügyelet a betegek fellett, azt szintén egy klinikán láttam. Egy férfibeteg jobb szemén heves gyuladás (iritis?) volt, míg a bal szem ép volt; minthogy a kórterem világos volt, azért ezen beteg egy dróthálóval ellátott védőüvegfélét kötött a jobb szeme elé, míg a bal előtt egy madzag húzódott a bal füle mögé. Ez pedig egy a klinikán tartózkodó beteg volt.

A mi a klinikák berendezését illeti, ez 14—24 ágyból és többnyire a legszükségesebb laboratóriumból áll. Jól van berendezve a pizai és nápolyi. A genuai, florenzi és pizai klinikák a városi kórházakban vannak elhelyezve olyformán, hogy a klinikai orvosok gyógyítják a városi betegeket is, mi által azon nagy előnyben részesülnek a klinikák, hogy a betegeket a klinikai osztályról könnyen áttehetik a kórházba, illetőleg az orvos válogathat a tananyagban.

A kórszobák berendezése a lehető legegyszerűbb, talán még egyszerűbb, mint a mi régi szt. Rókus-kórházunké.

A beteganyag minden klinikán elegendőn túl van; különösen áll ez a közép- és alsó-olaszországi egyetemekre, a hol gyakran 140—150 gyuladásos szembeteg is látható (Nápoly). A felső olaszországi egyetemeken kevesebb a beteg, de kevesebb a látogató. Fent sokkal több a cataracta mint lent.

Igen jellemző az olasz beteg-ambulantiára 1. hogy ott csupán szegény ember jár, jómódú ember nem is látható; 2. hogy refractionalis hibával bíró beteg a ritkaságok közé tartozik. Én az egyetemeken járkálva egyet sem láttam.

A szemészeti hallgatók száma 25—50 közt változik, csupán Nápolyban van 60—80; Pisában láttam a hallgatók között egy fiatal hölgyet, ki szintén buzgón figyelt Manfredi érdekes fejtegetésére.

A hallgatókra vonatkozólag csak melleleg emlitem azon népszokást, hogy közép és alsó olasz egyetemeken minden teremben a kalapot a fejükön tartják. Kissé szokatlan volt nekem a tanárt és segédeit kalap nélkül látni és a hallgatókat kalaposan. Felső-Olaszországban ezt már nem láttam. Én a nápolyi, római, firenzei, pisai, genuai, paduai és pavai egyetemeket látogattam meg, s így ezeknek szemklinikáiról akarok elmondani egyet-mást. Az egyes klinikákról elmondandókat a nápolyival, mint legnagyobb klinikával, kezdem meg.

Nápoly. Nápolynak egyik ereditiségét képezi saját szerű

¹ E sorok képezik az oly korán elhunyt kollegánk utolsó dolgozatát, mely újabb bizonyossága annak, hogy élete utolsó percéig a tudomány szolgálatában állott.

utezarendszere. Keskeny, piszkos utcák magas házsorok által körülvéve zig-zugos irányban hol fel-, hol lehaladnak, s így gyakran egy olyan utcátömkelegbe jut az ember, a honnan a kijutás nem épen könnyű. Ezek után érthető lesz, hogy én csak hosszú keresés után találtam a szemklinikát a 7-ik menyország kis utcájában (Vico septimo coelo). Egy épülfélben lévő ház földszinti kimeszelt termében van a szemészeti ambulancia. A teremnek udvar felől két ablaka van, ezek előtt kis asztal, oldalán ül egy egy assistens és kezeli a tolongó ambulansokat. A terem felszerelése vajmi szegényes. Egy bádóg-lavoir, bádóg-vízartó, hozzá egy törülköző, nagyon kevés ott, hol az ambulansok 80—90%-a trachomás. A terem egy negyedrésze el van választva az új betegek beírása és vizsgálására s egy szögletben van egy petroleumos lámpa, végül az egyik falon 1—2 Snellen-tábla. Az új betegek egy részét az első assistens végzi el, míg a többiek a tanár elé kerülnek. Ugyane szögletben van az ambulanskönyv is.

Az épület túlsó oldalán van egy egyemeletes terjedelmes épület; ebben van az egyetemi szemkórház. Terjedelmes szobák 24 ágygyal, de a képzelhető legegyszerűbb berendezéssel. Elég terjedelmes a laboratórium is. A tanár *de Vincentiis* igen törekvő és praktikusan tanít. Előadásain kívül az érdekesebb ambulansokat behatóan magyarázza, szintúgy az operálandó beteget. Hetenként háromszor operál és háromszor előad. Operatióknál bőven használja a sublimatot; cataractát többnyire iridectomiával, a tokot csipővel kirántva operálja. Az operált három napig fekszik, szemét negyedik nap nézik. Az iridectomiát furesán végzi: ő csinálja a sebet és kihúzza az irist, de ez utóbbit az assistens vágja le; tekintve, hogy egyszerre kell az irist húzni és az ollót lenyomva vágni, eljárását nem tartom helyesnek.

Enucleatiót igen tökéletlen altatás mellett végzett; a bulbus kivétele után a conjunctivát összevarrja. A kötéshez pólyakötést alkalmaz. A trachoma gyógykezelése áll cuprum sulfuricum és argentum nitricum alkalmazásában, utóbbit olyformán használja, hogy a vízbe mártott ecsettel jól ledörzsöli a lapis-pálczikát és úgy ecseteli a conjunctivát, utána sós és tiszta vízzel lemossa. Az operatív eljárásokat, mint állítólag eredményteleneket (?), nem használják. Feltűnő, hogy trachomás, illetőleg elkülönítő szoba nincs, szürke tüveget nem használnak.

Ottlétemkor láttam egy érdekes esetet. Egy férfinak orrfúvaskor baloldali pulzáló exophthalmus állott elő, mely a fúvás szüntével szintén eltűnt. Valószínű *Vincentiis* tanár azon magyarázata, hogy fúvaskor a sinus cavernosus annyira tágul, hogy ez a carotis internát nyomja, s ez okozza a pulzálást.

(Vége következik.)

KÖNYVISMERTETÉS.

Dr. Szilágyi Ete. *Micrometer-Ophthalmoscop.* Kolozsvár, Ajtai K. Albert Magyar Polgár könyvnyomdája. 1893.

A 164 lapra terjedő könyv, melynek megjelenését már a *Szemészet* utolsó számában jeleztük, egy szemtükör leírását és a szemtükör által adott képnek ez eszköz segítségével való mérésének leírását tartalmazza. Minthogy a szemfenéken látható elváltozások növekedte vagy csökkenése, de talán még inkább a vérerek tágulásának ingadozása igen nagy fontosságú a bántalom diagnózis, prognosisa s terapiája tekintetében; a szemtükör használhatóságának ilyen kiterjesztésében igen becses segédeszköz nyerhetünk.

A bevezetésben a régiebb módszereket és műszereket ismerteti meg, melyekkel eddig mérési kísérletek történtek, s már e leírásokból is látható, hogy klinikai feladatok megoldására ezek egyike sem alkalmas, mert a mellett, hogy túlságosan nagy követelésekkel járnak a vizsgált egyénnel szemben s kezelést is igen nehézkes, még sem nyújtják a kívánatos biztosságot. E hiányok elkerülésére olyan szemtükört állított össze, mely az alkalmasabb egyenes képet használva a mérő készüléket tartalmazza s melynek használata nem kívánja meg a szem abszolút mozdulatlanságát s mégis kellő finomságot enged meg a lemerésekben.

A mérő készülék két darab egymással teljesen egyenlő achromatikus Rochon-rendszerű hasábból áll. Megismerteti a fény-

sugarak útjait e hasábokon át. Felemlíti, hogy az Arago által használt mikrometer, mely egy ilyen Rochon-féle hasábból áll, a szemtükörhöz egyenes képen való mérésre nem alkalmazható, mert a látásvonal irányában igen nagy eltérések volnának szükségesek, mire hely nincs s ha egyenkénti hasábokat kellene alkalmazni, legalább 15 darabból álló sorozatra volna szükség. Lehetséges azonban két teljesen egyenlő kettősen törő hasábból oly mikrometert készíteni, mely alkalmas szemtükri használatra, mely állandó működésű, finom különbséget feltüntet, könnyű használatu, s csak a látásszöglet tangensének megállapítására kell a szemtükri kép felvétele után az úgynevezett mérő vonalzót használni.

A két hasáb egy folytatódagos egészet képező két csőrészletbe van befoglalva.

Ha a két hasáb állása *párhuzamosan ellentétes* a kép megfelel az egyszerű szemtükri képnek, de ha az egyik hasábot az állásából elfordítjuk, az egyszerű kép megnégyszereződik. A 4 képből kettőnek fényereje 45°-nyi elfordulásban nagyon túlnyomó, ezek a *főképek*, melyeket mérésre használnak, mivel távolukat a forgatás szerint változtatják. Azon vonal, mely a két főképet összeköti, képezi a micrometer *működési vonalát*.

A működési vonal nem változik, ha a két hasábot kölcsönös helyzetüket megtartva együltt forgatjuk, ezen együttes forgatás által csak a különböző meridianokba igazíthatjuk; ellenben változik a két főkép távolsága, ha az egyik hasáb mozdulatlan marad s csak a másikat forgatjuk. A forgatást emeltyük végzik vagy fogaskerekek teljesíthetik.

A szemtükri kép mérésekor először is pontosan meg kell határozni azon átmérőt, melyben mérni akarunk. Jó, hogy ha vázlatrajzot készítünk s ezen a mérés tárgyával együtt megjelöljük, hogy egy későbbi összehasonlító méréskor megtaláljuk. A meghatározandó átmérő irányának egybe kell esnie a micrometer működési vonalával, ezért ezt irányítani kell. Ha ez megtörtént, az egyik hasábot csavar által mozdulatlanra tesszük, míg a másikat addig forgatjuk, míg a kettőzött képek szélei épen csak érintik egymást, épen úgy, mint a Helmholtz ophthalmometerénél. A megközelítőleg kiesiny vagy túlnagy méretek szintén fontosak.

A műszer által azon látás-szögletet határozzuk meg, melyet a tárgy betölt. Ez szögletértékben is kiszámítható, de hogy eléggé pontos értéket kaphassunk, meglehetősen bonyolult szerkezet lenne szükséges, a mi meglehetősen nehézkes s kényes kezelésvé tenné a műszert, ezért a látás-szöglet tangensének *empirikus* úton való meghatározását ajánlja.

Erre szolgál a mérő vonalzó.

A vonalzó forgatható korong áll, melyen elefántcsontlemez s ezen két fél darabból összeillesztett finom próbavonal van, melyek eltolása noniuson leolvasható. A próbavonal épen úgy megkettőzhető, mint a szemfeneki tárgy képe s a próbavonal két fél darabjának eltolása után a noniuson a tangensérték 0.1 sőt 0.05 mm. pontosságig leolvasható. A nonius mérési irányának egyeznie kell a működési vonallal.

Mindezen szükséges beállítások beosztott körök használata által egy későbbi ellenőrző mérés alkalmával egészen reprodukálhatók, mi által az irányításból származható hibákat kizárhatjuk s így a mérések összehasonlítása sokkal biztossabb.

A szögletértéknek hosszmeretté való illeten áttevése egy felvett rendes távolságot tételez fel, ellenben a szemtükri kép mérésekor — hacsak nagyfokú ametropia nincs jelen — közömbös a távol, melyben a szemtükör a szemtől van, minthogy a szokott különbségek távolról sem okoznak még 0.1'-nyi különbséget sem.

A kérdés fizikai részét tehát teljes sikerrel és elmésen oldotta meg, úgy, hogy e mikrometer nem csak orvosi, hanem fizikai méréseknél is jó szolgálatot tehet.

A következő szakasz a véghezvitt méréseket, melyek főképen ereken történtek, tárgyalja. A mérésekből kitűnt, hogy a verő és vivő erek között általános értékű viszonyt megállapítani nem lehetséges, akár a megfelelő ágakat, akár azok összegét vegyük alapul, minthogy az individualis különbségek igen nagyok. Rendesen a vénák átmérőinek összege nagyobb, mint az arteriáké, de olyan teljesen ép szemfenék is került vizsgálat alá, a melyben az ellenkező viszony mutatkozott. Nem lehetetlen azonban, hogy sikerülhet típusokat felállítani s ezeknél állandó arányszámot nyerni.

Egy ízben való mérés által még azt sem lehet megállapítani, hogy valamely ér szűkebb vagy tágabb-e a rendesnél — ha csak

igen nagy s szokatlan különbség nincs, — de annál inkább lehetséges ezt ellenőrző mérések által eszközölni, midőn sikerül biztosan meghatározni az 1 vagy 2 szögletpercnek megfelelő változást is. Egyszerű szemtükörrel erről szó sem lehet. Sőt ez által lehetséges oly jelenségeket megállapítani, melyek csak az erek szűkülése avagy tágulásakor fordulnak elő, s utóbb majd még a mérés is feleslegessé válik. Ilyen jelekre addig gondolni sem lehetett, míg az alap nem volt biztosan meghatározható. A retina véreirei tágsága rendes körülmények között nem ingadozik, de ha pl. a jugularisokban emelkedik a vérnyomás a légzés visszatartása által, a retinalis vénák is kitégnek.

A következő fejezet néhány szernek a retinalis erekre való hatásával foglalkozik.

A *mydriaticumok* (atropin, homatropin) beceppentése által a retina erein változást nem lehet előidézni. Ez igen fontos, mert a mérésekhez tág pupilla szükséges. Cocain hatás alatt azonban az erek nem mutatták a szokott változásokat a légzés visszatartásakor, e szer mydriaticus hatása tehát nem alkalmas vizsgálat megejtésére.

Az *amylnitrit* belégzése tágítja az arteriákat, a *pilocarpin* injectio után pedig — az izzadás s nyálfolyás ideje alatt — ellenkezőleg szűkülnek. A *iodin* inkább tágító hatása van, bár nem mindig. *Natrium santonicumnak* és *strychninnek* az erekre nincs hatásuk, de mint idegserkentők jó eredményt adhatnak. *Natrium nitrosum* közepes adagja tágítja az ereket.

A megmért esetek kivonatos körleírásai következnek ezután. Azon esetekben, a melyekben nagy számú méréseket eszközölt, táblázatokat mellékel a könnyebb áttekinthetés kedvéért.

Az esetek egy része ép szemekre vonatkozik, a többiek a következők: *Scotoma centralis monocularis chloroticus* egyénnél, tumor cavernosus, *scotoma scintillans*, diabetes insipidus mellett fennálló amblyopia, hemianopia temporalis, paralysis n. trochlearis, chorioretinitis chronica; a többi amblyopia s ezek között három scotoma paracentrale.

Szerző helyesre emeli ki, hogy a méréseknek — legalább egyelőre — a legfontosabb terét az amblyopiák képezik. A scotoma paracentrale eseteiben tényleg azt az eredményt adták a mérések, hogy a látás élessége emelkedésével lépést tartva, az arteriák megtágultak. A betegség tetőpontján ellenben az arteriák szűkek s a vénák a tágak.

Ezt a viszonyt nagyfokú izzadmányképződéssel járó neuroretinitiseknél már fel is ismerték s azt nyomási tünetnek tekintették, de chronicus neuritis retrobulbaris eseteiben e magyarázatot nem fogadja el s azon nézetének ad kifejezést, hogy a véredényeknek *activ összehúzódása* van jelen.

Ezt pedig okozhatja vagy a betegség indító oka maga, vagy pedig a véredények által ellátott szövet funkciójának pangása. Erre más szervekben is megvan az analogia. A szerek kedvező hatása is úgy magyarázható, hogy a vérforgás emelése által emelik a retina működését is, vagy a functio serkentése által (nervinák) élénkítik a vérforgást.

Igen érdekeselek fejtegetései az amblyopiák aetiologiáját illetőleg. Nem hajlandó az alkoholnak az eddig elfogadott fontosságot tulajdonítani. Joggal figyelmeztet arra a körülményre, hogy ugyanakkor midőn már nagyfokú az amblyopia, a chronicus alkoholizmusnak semmi más jele sincs. Azt sem lehet állítani, hogy talán különös praedispositioja van a nervus opticusnak, hiszen a valódi chronicus alkoholizmus eseteinek csak *igen kis* részében lehet scotoma paracentralet találni.

Végül számos scotoma centrale fordul elő olyan egyéneknek is, kik nem dohányoznak s nem isznak szeszes italt. Ez amblyopiák aetiologiája tehát szerinte még nagyon homályos.

Az erek pontos megmérhetősége igen fontos jelt adott kezünkbe a prognosis megállapítására s a gyógykezelésnek helyes irányba való vezetésére. Azt, hogy az arteriák szűk volta, kedvezőtlen jel, ismeretes volt, de a felismerése e megsűkülésnek csak a szélső határokon volt lehetséges, ez Szilágyi eszköze által már kis változásokban is sikerül.

A sajtóhibákat a könyv végén corrigálja s e helyreigazítások számbavétele a könyv megértésére okvetlenül szükséges. Sőt egy hiba még így is maradt, melynek javítása illetékes részről így hangzik: a VIII-ik képletnél az α (forgatási szöglet) szöglet helyett u (kettőzési szöglet) nak kell lennie és így a képlet helyesen így

szól: $\varepsilon_0 = 2 \text{ tang. } \frac{u}{2} \cdot D = \text{tang. } u \cdot D$.

Az eszköz még nem kapható, de bírjuk a szerző ígérését, hogy a mint a gyári előállítás megtörtént, azonnal tudatni fogja s ekkor a mérések eszközését haladéktalanul meg fogjuk kísértetni, akkor még visszatérünk reá, addig is azonban meg akartuk ismereteni olvasóinkkal Szilágyi tnr. ezen évekre terjedő és nagy fáradtsággal összegyűjtött exact tudományos czél után törekvő, de e mellett remélhetőleg praktikus is értékesíthető buvárlatait.

Fel kell említenünk végre a mű nyomdai külső kiállítását is mely izléses voltánál fogva dicséretére válik a kolozsvári könyvpiacznak. G. E.

SZEMELVÉNYEK.

— **Raehlmann E. Scopolaminum hydrobromicum új mydriaticumról és alkalmazásáról a szemészeti gyakorlatban.** A scopolamin a *Scopolia atropoides* gyökeréből nyert alkaloid, melynek vizes oldata pupillatágító hatással bír. Kobertnek állatokon végzett kísérletei szerint belsőleg véve a scopolamin, ellentétben az atropinnal, az agyra hűdítőleg, a pulsusra lassítólag hat. Az 1%-os atropin-oldatnak megfelelő scopolamin-oldat mydriasiszt okoz és antiphlogistic hat, de hosszas használat után sem okoz kellemetlen mellékhatásokat; a maximalis adagon túl alkalmazva, előállhat ugyan szárazság érzete a torokban, de ideges nyugtalanság, kipirult arc stb. sohasem. Kezdődő atropin-mérgezésnél a scopolamin nemcsak helyileg pótolja jól az atropint, hanem a mérgezési tüneteket is megszünteti; jól hat pericorneális belőveltségnél, keratitis pannosánál s különösen a bulbus mellső részén lefolyó gennyos gyuladásoknál. Minthogy tensiót a scopolamin nem befolyásolja, glaukoma szemeken keletkező iritis ellen nélkülözhetlen szer. $\frac{1}{5}$ %-os oldata ép úgy hat, mint az 1%-os atropin, csakohgy valamivel rövidebb időre terjedőleg. Ily oldatból pro die 6—7 csepp adható. (Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. XXXI. évf. Február.)

— **A kötőhártya follicularis betegségeinek kezeléséről.** (Dr. Schnellertől. Danzig.)

Szerző 1875-től 1892. augusztus végéig 1751 trachomae esetet és 1284 catarrhus follicularist kezelt; tehát összesen 3035 follicularis megbetegedést. Ezek közt 313 régi trachoma volt. Tapasztalta, hogy a trachoma és a catarrhus follicularis közt jóformán csak quantitativ a különbség; még az egyes eseteknél fellelhető mikroorganizmusokról sem bizonyos, hogy melyik a pathogen. A két bántalomnak egymástól való practikus megkülönböztetésére a kriteriumokat a következőkben foglalja össze: a hol mindkét átmeneti redőn, vagy a kötőhártya nagy részén három sornál több sűrűn egymás mellett álló olyan folliculusokat találunk, melyek vagy mindnyájan, vagy nagy részben $1\frac{1}{2}$ mm. átmérőjűek és a kötőhártya ezek közt elég feltűnően infiltrált — trachomat vegyünk fel; a hol kisebbek a folliculusok és csekélyebb az infiltratio — catarrhus follicularist. A cat. follic. könnyebb eseteinél elegendőnek tartja a szemnek külső ártalmaktól való megóvását és a tiszta, szabad levegőn való tartózkodást. Jelentősebb hurutnál borogatást alkalmaz napjában többször. Erre legjobb a sublimat-oldat 0.1%-os vagy a jodtrichlorid 0.2%-os-ban. Erősebb catarrhusnál ezen szereket kettőzött koncentrációban beceppogteti; később plumbum aceticumot használ $\frac{1}{4}$ —1% oldatban; ez utóbbit valamennyi adstringens elé helyezi, mert kevésbé izgat és a folliculusokat kisebbíti. Kerül minden behatóbb, főleg operatív eljárást, így a Keining-félet is. Ha az átmeneti redők és limbus kidagadnak, minden izgató szerelés ellenjavalt; ilyenkor a borogatásokat hosszabb ideig végeztessük, a beteget tartsuk szobában, adstringest csak az említett képletek lelohadása után alkalmazzunk. Ez az eljárás alkalmazandó acut trachománál is, akár az első kitörés, akár visszaesés alkalmával. Jeges borogatások elvéve elég jól hatnak, de csak 2—3 napig; legjobb a gyorsan változtatott állott vagy langyos borogatás. Itt is a sublimat és jodtrichlorid oldatot ajánlja. Acut trachomat, ha az az első három nap alatt kerül kezelés alá, igen gyakran sikeresen lehet megszüntetni, ha a borogatások mellett naponként többször 0.2%-os subl. vagy 0.4%-os jodtrichlorid kimosásokat végeztünk; ha ez nem is válik be ennyire, még akkor is desinfiáltuk a kötőhártya-zsákokat és az infectio tovaterjedését elodáztuk. Mélyebb scarificálás sokszor jó hatású; de kefével, dörzsöléssel való felvérezés izgalmat

okoz. A Keinig-féle és más chemicus, causticus eljárás kerülendő, míg nem a limbus halvány lett. Csak az átmeneti redő excisiója ajánlható mint olyan, mely után gyors a gyógyulás. Erre legtöbb beteg 3 hét alatt gyógyul; kivéve a helytelenül kezelt trach. eseteket és scrophulotikus egyéneket.

A mi az idült trach. kezelését illeti, ha az csak az átmeneti redőre korlátozódott, használjuk a lapist oldatban, vagy mint pálezát; ez erősen izgat és a szemölcsökre való hatása csekély; hasonlóan hat a cupr. sulf. is, mely még a zsugorodást is sietteti; cupr. alum. gyenge; jequirity-mellőzendő. Kefélés erősebb subl. oldattal, a sárga- vagy naphthol-kenőcs szintén alig hatnak a szemölcsökre. A Keining-féle eljárásnak csak igazalom nélkül folyó esetekben van helye; mérsékelt hatású és nem óv meg a visszaeséstől. Az egyes folliculusok kisütése izgalommal jár; gyuladásánál nem is alkalmazható. A kinyomkodás kínos és nem elégséges. A Sattler-féle kikaparás kiméletesebb, de csak ott járja meg, hol már kezelés után felpuhult folliculus maradt vissza. Az átmeneti redő kimetszése nem izgat. A keletkező síma heg akadályt képez a bántalom tovaterjedésére nézve. A műtét gyorsan hat és felülmúl minden más módszert. A szem mozgékonyasága nem szenved, mert operatio után a szemhéj emelésénél a kötőhártyának a fornix körül lévő része fog tágulni. A kóros kötőhártya úgyis sokszor négyszer oly széles, mint a norm.; épen ezért akár 16 mm.-nyit is kivághatunk belőle. Ha a porcából is eltávolítottunk valamit, de a levator nem sérült, annál könnyebb lesz a szemhéj emelése. E műtét hasznát nagyon dicséri; 7—10 nap alatt gyógyulnak az esetek. Ezt ajánlja az átmeneti redőt elfoglaló cornea betegeknél nélküli trachománál. A cornea megbetegedése két alakban társulhat az átmeneti redő trachomájához. Az első alak tisztán mechanikus úton képződik; a másik a pannusos betegség, a valódi cornea trachoma. Mindkettő legtöbbször felülről kezdődik. Cornea-bántalomnál is van helye a kimetszésnek. A mechanikus úton képződött cornea-bántalom egyedül a kimetszésre is gyógyul; néha még borogatás, kimosás szükséges; ritkán atropin. Két hét alatt gyógyul. A második alakot kedvezően befolyásolja a langyos borogatás; ha kis infiltratumok képződnek, ezek galvanocaustikus kezelése sietteti a gyógyulást, s főleg megvéd a kiújulástól. A hol a trach. az átmeneti redőről az egész kötőhártyára elterjedt, ne vesztegessük az időt, hanem fogjunk kést és ollót. Ezen esetekben is kivágja az átmeneti redőt, és ha nagyon infiltrált, még a tarsus conjunctivájából is kivág 1—2 mm. széles csíkot, vagy magát a tarsust is. Hurtnál a subl. borogatást mondja jónak; a hol a cornea bántalmazva nincs plumbum cseppeket. Legjobb a csomókat, főleg ha sclerotisáltak, ollóval kivagdálni, vagy ha felpuhultak, éles kanállal kikaparni. A megvastagodott tarsust is legjobb kiirtani. Egyidejű cornea-bántalomnál czélszerű a circumcisio. (Graefe's Arch. f. Ophth. XXXVIII. 4.) Vándor Ö. dr.

— A szem topographiai hőviszonyairól és a hideg és meleg borogatásokról. P. Silextől. E téren legelső Michel volt, ki thermo-elemek segítségével kísérleteket tett házi nyulakon s azt találta, hogy az elülső csarnok hőmérséke középértékben 31.9° , az üvegtest közepének és a lencsének hőmérséke 36.1° . A csarnok hőmérséke a cornea felé kisebb, az iris felé nagyobb; az üvegtest a szemteke falai felé emelkedik, utóbbiakban a test hőmérsékével egyenlő. Csukott szemhéjak mellett a csarnok hőmérséke $2-3^{\circ}$ -val nagyobb; jég-hólyag alkalmazásánál $13-15^{\circ}$ -val kisebb.

Emberen Dohnberg határozta meg a conjunctiva-zsák hőmérsékét lapos végű hőmérőkkel, s azt 0.5° -val kisebbnek találta a test hőmérsékénél. Egészséges és gyuladt szemek között a hőkülönbözet $0.46^{\circ}-0.77^{\circ}$, csak a chorioidea és retina gyuladásánál nincs különbség. Silix vizsgálatai alkalmával vas és rézből álló kemény hegyes thermo-elemeket használt, melyekkel a szemhéjakat is átszúrhatta. Az összeforrasztott drótok egyik vége tompa volt, hogy a szájba vagy a végébe beilleszthesse. A rézdrótokat egy tikörgalvanométerhez vezette; az áram zárásánál a delejti elhajlott, ha az összeforrasztási hely között hőkülönbözet volt; az e mellett keletkező thermo-villanyos erő a hőkülönbözettel egyenes viszonyban áll. Az ennek megfelelő hőfokozatot tapasztalati úton meghatározta. Vizsgálatait házi nyulakon, kutyákon és embereken is végezte, úgy pathologikus, mint normalis viszonyok között érzéstelenítéssel és a nélkül. Középértékben a conjunctiva-zsáknak 2° -val, a cornea-lemezeknek 10° -val, az elülső csarnoknak 6° -val, a lencsének 3° -val, az irisnek és az üvegtest közepének 4° -val kisebb hőmérséke van,

mint a végbélnek. Az emberi conjunctiva-zsák hőmérséke 2° -val kisebb, mint a végbélé; cocain-beceppesztatásnál a hőmérsék még 0.81° -val csökken, gyuladásoknál csak $0.1-0.2^{\circ}$ -val.

Gyuladásos bántalmaknál a hőmérsék, viszonyítva az egészséges szem hőjéhez, emelkedett: Conjunctivitis cat. acut.-nál 0.93° -val, episcleritisnél 0.49° -val, a cornea-mésszel való étetésénél 1.29° -val, heges keratitisnél hypopionnal 1.45° -val, gonorrhoeikus blennorrhéánál ulcus corneae jelenlétében 0.8° -val, iritis acutánál 1.56° -val, blennorrhoea sacci lacrymalisnál 0.58° -val, irido-chorioiditis acutánál 1.18° -val. A legmagasabb hőemelkedés e szerint iritisnél van. A test hőmérséke helybeli gyuladásos megbetegedéseknél nem szenved változást. A hideg és meleg borogatások alkalmazását illetőleg eddig igen eltérő nézetek uralkodtak; ezért nagyobb számú kísérletet tett. Végeredményben a következő áll: Borogatások, melyeknek hőmérséke nagyobb a levegő hőmérsékénél, a conjunctiva-tömlőben a hőmérsékét leszállítják és megfordítva. Ezt a véredényeknek a hő behatása következtében létrejött tágulása, illetőleg szűkülése okozza, valamint a vérnek a bőr felé, illetőleg a centrum felé történt következményes elvezetése. Eltekintve ezen centrifugalis és centripetalis fluxiótól, hideg borogatások alkalmazásánál még a reflectorikus úton keletkező nagyobb hőképzés csökkent hőkiadás mellett jön számba; meleg behatásánál pedig a melegképződés akadályozva van, a melegek vezetés pedig a bőr edényeinek tágulása és a bőr megnyulása által fokozva van. Ezt a kísérletek is igazolták. Órák hosszán át folytatott borogatásoknál a bőr edényeinek hűdése áll be, s akkor a viszonyok természetesen megváltoznak. Innen magyarázható, hogy a betegek a szemteke lobos bántalmainál kedvelik a meleg borogatásokat, mert ez által a vérből szervből távozik a vér. Heveny köthártyaloboknál a hideg borogatásoknál a kellemes érzés onnan ered, hogy a köthártyazsákba víz jut, mely hűsít. Úgy a meleg, mint a hideg borogatások a létrejött fluxio következtében az anyagforgalom emelését vonják maga után és ez által a normalis viszonyokhoz való kiegyenlítődéssel elő lesz mozdítva. (Archiv für Augenheilkunde. XXVI. Bd. II. Heft. 1893.)

Kiray Arisztid dr.

VEGYESEK.

— Jacques Daviel mellsobrát augusztus 11-dikén leplezték le Marseilleben a Hôtel-Dieu-ben. A meghívottak közül megjelentek: Peytral pénzügyminiszter, a prefet, több képviselő s az egészségügyi hatóságok fejei. Általános figyelem tárgya volt M. Daviel (Rouenből), a híres szemorvos dedunokaöccse. Az ünnepi beszédet Vidal, a kórházak orvosesületének élnöke tartotta. Élénk érdeklődéssel hallgatták Daviel változatos életfolyását. 1693-ban született, tanulmányait Rouenben kezdte s Párisban végezte. 1720-ban Marseillebe sietett, hogy szolgálatait a pestis elleni küzdelemben felajánlja. Kötelességét olyan rendkívüli önfeláldozással s szorgalommal teljesítette, hogy a király „Pro fugata peste“ felirású medallion-t küldött. 1723-tól mint a marseillei Hôtel Dieu sebészé működött. E közben különösen a szemorvoslásra fordította figyelmét s 1745. április 8-dikán, abból az alkalomból, hogy a hályog akkoriban szokásos reclinatioja nem sikerült, első ízben távolított el cornealis sebet. Tehát a szemészet történetében korszakot alkotó methodust 52 éves korában találta fel s midőn azt 1752-ben a párisi orvosi akadémia elé terjesztette, 59 éves volt! 1746 óta már Párisban működött s 1749-ben királyi szemorvossá nevezték ki (chirurgien-oculiste du roi). VI. Ferdinánd spanyol király meghívását, hogy Madridban telepedjék meg, hazaszorotból visszautasította. 1762. szeptember 30-dikán 69 éves korában Genéveben, hová magát gyógyíttatni utazott, meghalt. Davielt majdnem egészen elfeledték, de az utolsó években egyre-másra emelik az emlékeket. 1885-ben Genéveben, 1891-ben Bernayben, la Barreban állítottak fel szobrot. Az ünnepséget a szokásos lunch fejezte be.

— Dr. Webster Fox-ot a szemészet tanárává nevezték ki Philadelphióban.

— Angelucci szerkesztésében júliusban egy új szemészeti folyóirat, az „Archivio die ottalmologia“ indult meg.

— Auguste Libbrecht, a gand-i szemgyógyintézet alapítója és igazgatója, meghalt.

— 1894-ben nem lesz Heidelbergben gyűlés, minthogy a szemorvosok nemzetközi congressusa ez évben tartja összejövetelét Edinburghban.

— *Uj könyvek.* De Lapersonne Maladies des paupiers et des membranes externes de l'oeil. — Dr. Emil Bock. Die angeborenen Kalome des Augapfels. — Czernak. Die augenärztlichen Operationen. Heft 2, 3, 4. Wien, Carl Grol's Sohn. (Az első füzet megjelenésekor már méltányoltuk e nagyszabású mű kiváló tulajdonait. A további füzetek teljesen igazolják a jó véleményt. A mű teljes megjelenése után még részletesen megemlékezünk róla.) G. E.