

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

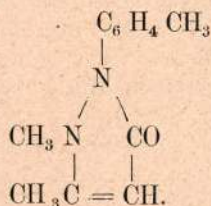
Közlemény a budapesti k. m. t. egyetem (Kétli Károly ny. r. tanár) II. belkórodájából.

Kísérletek a tolypyrinnel és tolysallal.

Irta *Aujeszky Aladár* dr., klinikai gyakornok.

J. D. Riedel, egy berlini vegyészeti gyár tulajdonosa, az általa előállított „tolypyrin” és „tolysal” nevű antipyretikus és antirheumatikus gyógyszereket főnököm, Kétli tanár úr részére kipróbálás végett megküldte. A tolypyrinnel és tolysallal eddigéig igen ellentétes nyilatkozatok jelentek meg az irodalomban. Míg *Guttman Pál*¹ és *Hennig*² nagyon dicsérőleg nyilatkoznak róluk, addig *Liebreich*³ és *Lohman*⁴ igen kicsinylőleg írnak az új gyógyszerekről. Épen ez oknál fogva Kétli tanár úr a tolypyrinnel és tolysallal az egyet. II. belkórodán nyert tapasztalataink rövid közlését ezélszerűnek vélte, hogy így a gyakorló orvosok némi tájékozással bírjanak e szerek használatáról és gyógyhatásukról.

I. *Tolypyrin* (C₁₂H₁₄N₂O, p-Tolyldimethylpyrazolon). *Knorr* 1883-ban fedezte fel a vegyületek azon osztályát, melyek 3 parány C-ből és 2 parány N-ből álló gyűrűalakú magot tartalmaznak, s melyeknek ő a „pyrazol” nevet adta. Ezen vegyületek legfontosabbja az *antipyrin* (dimethylphenil-isopyrazolon). A *Riedel* által előállított *tolypyrin* is ezen vegyületek sorába tartozik. Vegyi összetétele:



A mint látható, vegyi összetételre nézve az antipyrinhez igen közel áll.

A tolypyrin apró, színtelen jegeceket képez, ize keserű, 10 rész vízben oldódik, aether alig oldja. Vegyi reakciói: vizes oldata vasechloriddal ibolyavörös színt ad, légenysavval zöldet, mint az antipyrin. A vizeletben kimutatható, még pedig a gyógyszer bevétele után 1½ óra mulva, legerősebben 3—4 óra mulva, de még 16 óra mulva is találtam a vizeletben tolypyrin-nyomokat.

Guttman Pál 3 irányban ajánlja a tolypyrin alkalmazását, t. i. mint antipyreticumot, antirheumaticumot és analgeticumot.

A mi a tolypyrin *hőscökentő* hatását illeti, azt tapasztaltam, hogy láztalan egyéneknél 3—4 gm. tolypyrin (2 órai időközökben adva be 1—1 gm.-ot) csupán 5—8 tizedfokkal szállította alább a hőmérséketet.

Lázas betegeknél megfelelő (1 gm.-os) adagok mellett a hatás erélyes és biztos. Betegeink lázuk foka és minősége

szerint 1 gm.-os adagokban óránként kaptak 1—4 tolypyrin-porot; hőmérsékük az első por után ½ óra mulva, azontúl óránként méretett. Mérsékelt láznál az első gramm után már ½ óra mulva mutatkozott néhány tizedfoknyi hőleesés, mely 1 óra mulva 1, sőt 1½ fokot is elért. A hatás kezdetét többnyire kisebb fokú izzadás jelezte. Mérsékelt láznál 1—2 gm. tolypyrinnel 7—8 órai láztalan állapotot sikerült elérnünk és midőn a hő újra emelkedni kezdett, ez emelkedést rázóhideg nem vezette be, sem rohamos hőemelkedést nem észleltünk. Magas láznakál 3—4 gm.-ra volt szükség, hogy ezélt érjünk, de a láztalan idő ilyenkor 10—16 óráig eltartott. Még a typhus abdominalis stadium aemesében is képes volt 3 gm. tolypyrin a hőmérsékét 40°-ról 36°8'-ra lenyomni, s a beteg 14 órán át láztalan volt! Ezután pedig 6 óra alatt emelkedett fel újlag a hőmérsék 40°-ra.

Subnormalis hőmérsékét egyetlen egy esetben okozott a tolypyrin, egy kétoldali tüdőcsúcs infiltrációban szenvedő betegnél. A betegnek reggeli 9 órakor 39°-os láza volt s ekkor 1 gm. tolypyrint kapott. 9½ órakor a hőmérsék 38°4', 10 órakor 38°. Ekkor kapta a második port. A hőmérsék ezután lassan, de folyton sülyedt délutáni 4-ig, a mikor minimumát elérte: 34°8'-ot. Ez időtől kezdve ismét lassan emelkedett a temperatura és este ½9 órakor, vagyis a második por bevétele után 10½ óra mulva érte el a 38°-ot.

Megjegyzendő, hogy az érverések száma és minősége, valamint a légvételek lényegesebb változást nem mutattak; a beteg azonban bágyadt, álmos lett és erősen izzadt.

A mi a tolypyrin *mellékhatásait* illeti, először is az *izzadást* kell emlitenem, mely lázas betegeknél szokott a hatás bekövetkezésének jeléül fellépni. Az izzadás rendesen nem nagy fokú, csupán phthisikusoknál észleltünk rendkívül erős izzadást. Az izzadás tartama különböző, de az elért láztalan időszakon túl nem terjed. *Gastrikus tünetek* közül émelygést és hányást csupán két izben láttunk, étvágytalanságot pedig egy betegnek okozott a tolypyrin. Többi betegeink mind igen jól tűrték. A *szív működést*, *pulsust*, *légzést* a gyógyszer nem befolyásolta; a pulsus és légzések száma a hőmérséknek megfelelő volt. *Fülzúgást* egyetlenegy esetben sem észleltünk, *szédülést* és *fejfájást* is csak a fentebb említett esetekben, midőn gastrikus tünetek is mutatkoztak. Egy izben a *bőrre* vonatkozó, ártatlan mellékhatását láttam a tolypyrimnek: az *urticariát*, mely meglehetősen nagy kiterjedésű volt. Egyéb exanthemák: mint erythema, purpura, miliaria, kanyarószerű kiütések, melyek az antipyrinnél gyakran előfordulnak, nem léptek fel a tolypyrin alkalmazása közben.

Ezekből látható, hogy a tolypyrimnek, ha vannak is mellékhatásai, ezek nagyobb kellemetlenségeket nem okoznak. *Guttman* egy betege néhány nap alatt 150 gm. tolypyrint vett be (6—8 gm.-ot pro die), minden kellemetlen hatás nélkül.

Mint *antirheumaticum* nem vált be a tolypyrin. Így polyarthriti acuta eseteiben 4—6 gm.-ot alkalmazva pro die, a lázat ugyan csökentette, sőt meg is szüntette, de a megbetegedett ízületekre nem volt befolyással. S midőn később ezen betegeknél salicylt adtunk, egy makacs eset kivételével, gyorsan bekövetkezett a gyógyulás.

Egyéb rheumatikus eredetű bántalmaknál sem mutatkozott a tolypyrin alkalmazása folytán javulás.

¹ „Berlin. klin. Wochenschr.” 1893. Nr. 11.

² „Deutsche med. Wochenschr.” 1893. Nr. 8.

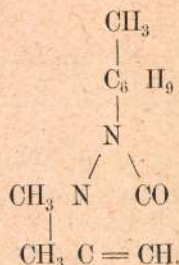
³ „Therap. Monatshefte.” 1893. Nr. 4.

⁴ „Pharm. Ztg.” 1893. Nr. 35.

A mi a tolypyrin *fájdalomcsillapító* hatását illeti, e téren sem kaptunk kielégítő eredményeket. Így subacut ischias két eseténél próbáltuk, a fájdalmakat azonban nem enyhítette. Hemieraniánál néhány esetben észleltük némi hatását.

Ezek alapján, szemben Guttmann véleményével, azt mondhatjuk, hogy a tolypyrin antirheumatikus és analgetikus hatása nem megbízható, de mint antipyreticum hathatósan és biztosan működik.

II. A *tolysal* (C₁₂H₁₄N₂O. C₇H₆O₃) nem egyéb, mint a tolypyrinnek salicylsavas sója. Vegyi összetétele:



Apró fehéres kristályokból álló port képez. Ize keserű. Olvadáspontja 102°. Alkoholban jól oldódik, aetherben nehezebben, vízben alig. A vizeletben a salicyl 1 gm. tolysalnak bevételétől már 25—30 perc múlva kimutatható; kiürülése lassan történik, mert a vizeletben 20 óra múlva is sikerült salicyl-reactiót nyernem.

Hennig, a ki az első klinikai kísérleteket eszközölte a tolysallal, ezen új gyógyszert jó antipyreticumnak, kitűnő antirheumatikumnak és analgetikumnak nyilvánítja.

A tolysal *hőcsökkentő hatását* illetőleg észleleteink a következők: A tolysalnak (melyet mindig por alakjában, ostyában kaptak betegeink) 5—6 gm.-ja (óránként 1 gm.-ot adva) láztalan egyének temperaturáját csak néhány tizedfokkal szállítja le. Így például egy subacut ischiasban szenvedő betegnél a hőmérsék így változott:

| Délután 1 órakor 1 gm. tolysal; | hőmérsék |
|---------------------------------|----------|
| 2 | 37.3° |
| 3 | 37.2° |
| 4 | 37.2° |
| 5 | 37.1° |
| 6 | 36.9° |
| 7 | 36.7° |
| 8 | 36.7° |

Mérsékelt lázban szenvedő egyéneknél a hőmérséklet 1 gm. tolysal nem befolyásolja. Hogy lázesökkentő hatását észlelhessük, 2—3 gm.-ot kellett belőle alkalmaznunk 1 órai időközökben, míg ugyanennyi 2 órai időközökben adva, alig mutatott hatást. A hőmérséklet csökkenése rendszeren a második gramm után 1/2—1 óra múlva következett be, de néhány tizedfoknál többet nem tett ki; valamivel erősebb hatás mutatkozott a harmadik por után, azonban a hőszűnyedés ekkor sem haladta meg sokkal az egy fokot. 4—5 gm. ugyancsak egy órai időközökben nyújtva, 1 1/2—2 foknyi hőlesést eredményez. Igen magas lázknál pedig nagy (6—8 gm.) adagokra van szükség, ha a tolysallal célt akarunk érni. Így typhus abdominalis egy esetében 5 gm. is csak 1.1°-kal volt képes a temperaturát lejjebb szállítani (40.5°-ról 39.4°-ra), míg a tolypyrinrel ugyanazon esetben igen szép eredményt értünk el.

A tolysal lázellenes hatásának időtartamát illetőleg észleleteink azt mutatták, hogy állandó lázknál az utolsó adag bevételétől 3—4 óra múlva mutatkozik új hőemelkedés.

Betegeink a tolysallal általában jól tűrték, a szer kellemtelen *mellékhatásokat* nem okozott. A hőcsökkentés kezdetekor többnyire nagyobb mérvű *izzadás* köszöntött be, mely azonban, úgy mint a tolypyrinél, csak phthisikusoknál öltött oly arányokat, hogy a betegekre kellemtelen lett. Hányás, szédülés, fejfájás is csak néhány esetben lépett fel, oly egyéneknél, a kiknek különben is voltak emésztési zavarai. A szív működést, pulzust, légzést a tolysal nem befolyásolja. Bőrkiütést egy esetben sem okozott.

Midőn a tolysallal mint *antirheumaticumot* alkalmaztuk, e téren kitűnő eredményeket értünk el vele. Különösen a poly-

arthritis acuta eseteiben vált be a tolysal. A betegek pro die 6 gm.-ot kaptak és a hatás már a 2—3. napon feltűnő volt; a fájdalmak enyhültek, a megtámadott ízületekben a lobos tünetek visszafejlődtek, a közérzet javult, a láz megszűnt.

Mellőzve az egyes esetek felsorolását, mégis egynek rövid ismertetését nem lesz érdektelen közölni.

M. A.-né, 32 éves, vendéglős neje, október 14-dikén lett beteg. Ekkor bal ugyanis bokaizülete megdagadt, fájdalmas lett; a hideg kirázta a beteget, a ki azt híven, hogy állapota meleg fürdőre javulni fog, az artézi fürdőbe ment. Fürdés után azonban hirtelen annyira fokozódtak fájdalmai, hogy gyalog hazamenni képtelen volt. Másnapra jobb boka és mindkét kéz-izülete, valamint mindkét térde megduzzadtak és oly fájdalmasak voltak, hogy mozdulni sem tudott; az ágytátra felülni képes nem volt, vizeletét katheterrel kellett kibocsátani; láza pedig magas volt. Állapota egyre súlyosbodván, október 18-dikán a mentők által beszállította magát kórodánkra.

Október 19-dikén reggel megkezdtek a tolysal adagolását; a beteg pro die 6 gm.-ot kapott (óránként 1 gm.-ot). Az első napon a negyedik port kihányta a beteg, a többi azonban jól tűrte. Este felé már könnyebben érezte magát; már képes volt az ágytátra felülni. A hőmérsék e napon reggel 8-kor 38.1° volt, este 8-kor 37.8°.

Október 20-dikán ismét 6 gm. tolysallal kapott a beteg; közérzete feltűnően javult, fájdalmai enyhültek, az ízületek duzzanata felényire esökkent, végtagjait mozgatni képes. Hőmérséke egész nap nem érte el a 38°-ot.

Október 21-dikétől fogva láztalan. Csupán a jobb térd- és vállizület fájdalmas, de ezek duzzadtsága is jelentékenyen esökkent.

Október 23-dikán már csak a jobb térdizületben érez fájdalmakat. Étvágya megjött. Közérzete jó.

Október 24-dikén sehol sem érez fájdalmakat, az ízületek nem duzzadtak. 5 gm. tolysal.

Október 25-dikén teljesen jól érzi magát, elővigyázatból még 4 gm. tolysallal kap.

Október 26-dikán 3 gm. tolysallal adtuk a patientsnek s azután még 3 napon át 2—2 gm.-ot.

November 1-én már nem vett be gyógyszert, felkelt.

November 5-dikén pedig teljesen gyógyultan hagyta el a kórodát.

Ezen s a többi észlelt eseteink kapesán a tolysal antirheumatikus hatását el kell ismernünk s a gyógyszert a natrium salicylicum pótszerének tartanunk. Hogy a tolysalnak a polyarthritis idült eseteiben van-e hatása, erre nézve még további észleletek szükségesek.

Még mint *fájdalomcsillapító* kell a tolysallal megemlítenem. E tekintetben kísérleteink eredménye az, hogy rheumatikus bántalmak által feltételezett fájdalmakat a tolysal csökkenteni és megszüntetni képes, míg nem rheumatikus eredetű fájdalmaknál hatástalan. Így polyarthritisnél, ischiasnál, myorheumánál jó eredményeket értünk el vele, míg a tabes és a gerincezvelő egyéb megbetegedései által okozott fájdalmakat enyhíteni képes nem volt.

Röviden összefoglalva a mondottakat, a kísérleti eredmények a következők:

1. A tolypyrin megbízható antipyreticum.
2. A tolypyrin kisebb adagai (1—2 gm.) 7—8 óráig, nagyobb adagai (3—4 gm.) pedig 10—16 óráig tartó apyrexiaát eredményeznek.
3. A tolypyrinnek káros mellékhatásai nincsenek.
4. Mint antirheumaticum és analgetikum nem megbízható.
5. A tolysal gyenge antipyreticum, csak nagy adagokban hatásos.
6. A tolysal lázesökkentő hatása 4 óránál hosszabb időre nem terjed.
7. A tolysal jó antirheumaticum s oly esetben, midőn a natr. salicyl.-ot a betegek nem tűrik, ezt igen jól helyettesíthetjük tolysallal, mely tulajdonképen szintén salicylpraeparatum.
8. A tolysal rheumatikus eredetű fájdalmaknál analgetikus hatású.

Adatok a trachoma kérdéséhez.

Mergl Ödön dr., városi kerületi orvostól.

Ha valaki az utolsó évtizedek trachoma-literaturáját elveszi, kell hogy megjedjen az óriási halmazon és azon óriási munkán, mely ennek megírására szánatott. Tán nincs azon szaka az orvosi tudománynak, melyben aránylag oly sokan dolgoztak, mint ép a trachoma kérdésében, melyet oly számtalan hivatott és nem hivatott toll a megoldás küszöbére vélt hozni, még a tuberculosis kérdését sem tárgyalta a belgyógyászok arányos része, összehasonlítva a szemészek azon seregével, kik a trachoma gyógyításának scyhalláját biztosan ható gyógy- vagy módszerrel felismertnek hirdettek.

Nincs azon szorosabb szaklap száma, melyben nem olvassunk egy biztos szert a trachoma ellen, s ime az eredmény mégis csak *majdnem* olyan, mint volt évekkel ezelőtt, mert a lapis és cuprum korszakában is kimutattak gyógyulásokat pár hét, hónap alatt; habár akadtak oly esetekre is, melyek úgy szólván gyógyíthatatlanok voltak; — s ma? — ha valaki által éjig dicsért új szert megpróbálunk, sok esetben feltűnő gyógyulást vagy legalább is javulást, de akárhányszor — rosszbabulást is észlelhetünk.

Így tehát, ha komolyan foglalkozunk a trachoma kérdésével, ha elfogultság nélkül vizsgáljuk az új meg új módszerek egy részét (mind tanulmányozni lehetetlen), azon meggyőződéshez kell jutnunk, hogy egy kaptafára verni minden esetet nem lehet, de nem is szabad; mert — legyünk őszinték — a trachoma diagnosisa ma még sánta ló, úgy látszik nem is *egy* betegség, hanem többféle betegség tünete, mint a vízkórság a belgyógyászatban.

Akárhány esete a vízkórságnak diuretin, calomel, digitalis vagy juniperus használata után elmúlik, míg más esetekben hiába tractáljuk a beteget ezen szerekkel, ha szív-, máj- vagy vesebaján nem javíthatunk; hasonló baj a trachoma is, tán rosszabb még, mert kórisméjén is vitatkozunk, mi még a nekünk szóló ministeri rendeletből is kitűnik, hol kisebb fokú trachomáról beszélnek, mely alá a follicularis hurut, phlyetenás kötőhártyalob, a görvélyes pannus, szemhéjmirigylob s akárhány más szembaj is sorozható.

Ottava utolsó tanulmányában olvashatjuk, hogy voltak esetei, melyekben a trachoma eredetét biztosan gonorrhoeából származónak kimutatta, olvashatjuk azt is, hogy antiluetikus kezelésre szintén multak a trachoma tünetei; tudjuk azonban végre azt is, hogy előfordultak már oly esetek, melyek huzamos kezelés után javulva bár, de még nem gyógyulva eltűntek a rendelő órákból, s később véletlenül az orvos kezei alá kerülve, ez meglepetésére észrevehette, hogy a volt trachomás szem teljesen ép és tiszta kötőhártyával birt, ámbátor ezen idő alatt nem orvosoltatott! vagy tán ép ezért?!

Ezekből kitűnik, hogy a trachoma név alatt ma egy bizonyos betegséget nem érthetünk, hanem hogy a trachoma esakis tünetei szerint neveztetik el, melynek azonban különféle oka lehet.

Tagadhatatlan, hogy van egy különös fertőző baja a kötőhártyának, mely ezen lokalizálva a trachoma tüneteit mutatja, de szent meggyőződés az is, hogy ehez hasonló, jelenlegi tudományunk által azonban el nem különíthető oly betegséget is nevezünk el trachomának, mely vagy bujakór, vagy gonorrhoea, de görvélykór s tán más bajnak is következménye, vagy tünete s sokszor a beteg életmódjában leli eredetét.

Ha most ezekből kiindulva a számtalan gyógy- és módszereket vizsgáljuk, fogjuk érteni, hogy lehet az, hogy míg az egyik a régi cuprum és lapisban látja a trachoma specialis szerét, másik sublimat, creolin vagy bórsavra esküszik, s a harmadik sem ebben, sem abban, hanem csak a sebészi módszerekben véli biztos ellenszerét a trachomának birni, pedig téved mind a három, ép úgy mint tévedne az, ki juniperussal vagy calomellel és diuretinmal, s végre punctio abdominissal véli biztosan gyógyíthatni az általános vízkórságot!

Magam részint a pozsonyi országos kórház szemézi osztályán, részint a trachoma-vizsgálatok alkalmával össze-

gyűjtött eseteken végigpróbáltam sok mindenféle szert, s mondhatom mindegyikkel jó, de rossz eredményt is értem el.

Az osztályon mint másod orvos lapis és cuprummal kezeltem a trachomás betegeket, később 1888-ban antipyrin és antifebrint dörzsöltem a betegek kötőhártyájába, miről a pozsonyi orvos-természettudományi egyesület egyik ülésén bereferáltam; megpróbáltam Purtscher ajánlatára a creolint is, Reining testvérek ajánlatára kísérleteztem sublimattal; számos esetet zincum sozodolicummal oldatban és kenőcsben gyógyítottam, egybekötve massageval és e nélkül, használtam továbbá sublimat-injectiókat; jó eredményeket mutathatók fel bórsav, jodopyrin és euophennel is; scarificáltam a conjunctívát, megmassáltam rollpincettával, körmeimmel, spatulával, s végre galvanocauterrel számos esetben kiégettem a szeméséket. Egy esetben syphilis papulosában szenvedő egyénnél inunctiók alatt láttam a trachomát visszafejlődni, csak hogy később betegem eltűnt, s így véglefolyását nem ismerem.

Ezen gyógykezelt eseteken kívül azonban volt alkalmam egy Prukács családnál észlelhetni, hogy mult el a trachoma a nélkül, hogy gyógykezeltetett volna; miután több helyen éveken át a mindenféle therapeutikus kísérlet tárgyát képezték, megunva a gyógykezelést (?) minden beavatkozás elől megszöktek; ép az utolsó szemvizsgálat alkalmával megint csak rájuk akadva, meglepett a kötőhártya épsége, s a hozzájuk intézett kérdésekre azt felelték: „Igen ám, meggyógyultak szemünk, mert nem lettek égetve.“ Hasonló esetet észleltem a Kühmayer gyárban és egy szőlőműves családnál is.

Kérdem, minnek következtében gyógyultak ezen esetek?

Ezen és hasonló tapasztalatok következtében más irányba kell terelnünk a trachoma therapiájának tanulmányozását; ne próbáljunk mindenféle új meg új gyógy- és módszert, igen ám, kutassuk a trachoma okait, és ezekből kiindulva, meg fogjuk állapíthatni a mainapig még zavart kórismét, ennek alapján pedig tán fog sikerülni a trachoma elterjedését minél szűkebb korlátok közé szoríthatni, s végre a betegséget hamarabb mint ma gyógyíthatni.

Igen ám, de míg ezen czélt elérjük, mit tegyünk a trachoma ellen s hogyan gyógykezeljük?

Minerutána a trachoma aetiologiáját még nem ismerjük, gyógyítását gyökerénél nem kezelhetjük, s így csak tünetei ellen kell küzdenünk; s erre magam is a már a papyrus Rainerben említett mechanikus gyógymodot tartom leghelyesebbnek: Távolítsuk el mechanice a szeméséket és kezeljük fertelemvesztő szerekkel az így megsebesült conjunctívát, complicatiók alkalmával azonban engedjük át a beteget specialistának vagy pedig kórháznak, kik kellő felszereléssel vannak ellátva; mert teljes szemézi instrumentariumot, a pannus gyógyítására okvetlenül szükséges galvanocauterrel és kötőszerekkel, s a nélkülözhetetlen segédszemélyzetet nem tarthatja a gyakorló tisztí orvos.

Ezeknek eljárása a trachoma gyógykezelését illetőleg a következő lehetne:

A szemhéjak kifordítása után a kötőhártyát bórsavpor vagy 1:2000 sublimat vagy 2% zincum-sozodolicum oldatba mártott watta-tamponnal jól ledörzsöljük, különös figyelemmel az átmeneti redő és a szemzúgok közelében lévő sarjadásokra, ezen beavatkozás két naponként, de legalább is hetenként kétszer ismétlendő, a közbe eső időben a beteg naponta kétszer szemvizet a fenti szerekből csepegtessen szemébe. Ki többet kíván tenni, használjon rollpincettát vagy scarificatiókat, de különösen Ottava spatuláját ajánlhatom, melyek után azonban a fenti szerek egyikét, vagy pedig antipyrin vagy jodopyrin¹ hintsen, illetve csepegtessen a beteg szemébe.

Fősúly azonban fektetendő a beteg táplálására, egészséges lakás és tiszta levegőre, a netán jelenlévő buja-, görvély- vagy sápkór orvoslására, vagy egy tán jelenlévő kankó kezelésére!

Végre a betegség elterjedésének megakadályozása tárgyában legyen szabad e helyt egy pár szót elmondanom.

¹ Jodopyrin enyhébb hatású mint az antipyrin.

A mai trachoma-rendeleteink, ha pontosan keresztül vitetnének, tényleg beszüntethetnék a trachoma járványos fel-leptét, csak hogy gyakorlatba átvive, nem tartathatnak be oly annyira, hogy ideális céljukat elérjék.

Mint tisztí orvos van alkalmam erről akárhányszor meggyőződhetni, mint ezt már egyszer az 1890. évi „Szemészet“ 6. számában közzé tettem.

Az ott kifejtett kívánságaim egyike, a hatósági orvosok specialis képzettsége, immár a tisztí orvosi vizsgák által teljesült, adja az ég, hogy az ugyanott kívánt és minden hatósági orvos által okvetlenül szükségesnek felismert nyilvános segélyezése a trachomás betegnek, a közegészségügy iránt meleg érzékkel bíró belügyminiszerünk alatt még életbe léphessen; mert tény, nehéz a beteg szemét gyógyítani, ha ezen idő alatt neki és családjának nincs betevő falatja! (mi akárhányszor megtörtént), és ily alkalomkor a törvény teljes szigorát alkalmazni — embertelenség! Egyelőre a *betegsegélyző pénztárak utasítandók, hogy a trachomásnak azon időre, míg a hatósági orvos kitiltása folytán munkába nem járhat — ámbátor baja teljes munkaképtelenséggel járónak nem nevezhető — a rendes betegsegélyt kifizessék!!*

Mai cikkemben azonban még egy kívánságom volna, melynek keresztülvitele nehéz bár, de tán megközelíthető.

Értem a kankós betegek ellenőrzését, mert manap mégis csak kell, hogy gyanakodjunk ezekre is mint egyes, vagy tán sok trachoma okozóra; én nem tartom lehetetlennek, hogy a trachomás beteget és hozzátartozóit kankóra meg ne vizsgáljuk, hisz az orvos akárhány más betegségnél is szükségesnek tartja az ivarszervek megvizsgálását.

Pedig de jó volna, mert ha teszem nincs is összefüggésben a trachomával, már csak a kankó felismerése és így gyógykezelése is eléggé nagy veszélytől mentene meg sok embert és utódjait.

Ha pedig ezen vizsgálatnak kiterjesztése által a bujakóron, és egészséges lakások, munkahelyek által a görvélykóron segítve, az általános közegészségügyön javíthatnánk: nem volna-e ez is akadály a trachoma elterjedésének?

Látom, nagy fához vertem a fejszemet, mert ezen ideális indítványaim csak akkor fognak a trachoma elleni védekezés keretjében komoly követelményeknek bizonyulni, ha a kankó, buja- és görvélykór közt egyrészt és a trachoma közt másrészt causalis összefüggést fogunk kimutathatni, ma még csak gyaníthatjuk!

Ezen gyanunk alaposágát vagy alaptalanságát kutatni és bizonyítani első sorban a trachoma-kórházak vezetői volnának hivatva, s nagyon is kívánatos volna, ha az új gyógymódok kipróbálása mellett a trachoma aetiologiájának, közelebbi okainak tanulmányozását tűznék zászlójukra, mint alapkövet minden theraphiának; ez úton, de csakis ezen érhetjük el azon célt, mely minden magyar szemész, minden emberbarát kívánsága: hazánk megmentése a trachoma ostorától.

Pozsony, 1894. január hó 12-dikén.

Közlemény a Pertik Ottó dr. ny. rk. tanár vezetése alatt álló székes fővárosi bacteriologiai intézetből.

Bacteriologiai vízvizsgálatok.

Közli: Beck Soma, gyakornok.

(Folytatás.)

Szeptember 25-dikétől december 1-ig összesen 176-szor vizsgáltam meg bacteriumtartalmára nézve a budapesti ivóvizet és a nyers dunavizet. E vizsgálatok közül 95 esik a homokszűrők vizére, 18 a természetes szűrőre, 14 a nyers dunavizre és 19 az ú. n. ülepedő vízre. Ez utóbbi nem egyéb, mint a homokszűrők felett álló és szűrés alatt levő vízréteg, mely éppen a szűrés fennforgása miatt teljes nyugalomban nincs és így csak részben ülepedhetik. A többi vizsgálat a város különböző pontjainak vízvezetési csapjaiból vett vízre és a népligetű kút vizére esik.

A homokszűrők által szolgáltatott víz bacteriumtartalmának quantitativ viszonyairól alanti táblázat nyújt áttekintést.

I. Táblázat.

A számok 1 kem. víz bacteriumtartalmára vonatkoznak.

| Október | I. szűrő | II. sz. | III. sz. | IV. sz. | V. sz. | VI. sz. | VII. sz. | VIII. szűrő |
|------------|----------|-----------------|----------|-----------------|--------|---------|----------|-----------------|
| 24. | — | — | 180 | — | 370 | — | 420 | 560 |
| 25. | — | 290 | 460 | — | 440 | 170 | — | — |
| 26. | 660 | 260 | 230 | — | 280 | — | — | — |
| 27. | — | — | — | — | 130 | 200 | 1360 | 270 |
| 28. | 570 | a lemez elfolyt | 1760 | — | — | 220 | — | — |
| 29. | — | — | — | — | 1840 | 880 | 520 | 990 |
| 30. | 260 | 180 | 240 | — | 830 | — | — | — |
| Október 1. | — | — | — | — | 260 | 130 | 180 | a lemez elfolyt |
| 2. | 220 | — | 200 | — | 250 | — | — | — |
| 3. | — | 260 | — | — | — | 280 | 300 | — |
| 4. | 1100 | — | 500 | — | — | — | — | 370 |
| 5. | 220 | 220 | — | a lemez elfolyt | — | — | — | — |
| 6. | — | — | — | 350 | — | — | 220 | 330 |
| 7. | 260 | 550 | 310 | — | — | — | — | — |
| 8. | — | — | 480 | 240 | 170 | — | — | — |
| 9. | 220 | 600 | — | — | — | — | 600 | — |
| 10. | — | — | 300 | 500 | — | — | — | 290 |
| 11. | — | — | 1450 | 520 | — | — | — | 490 |
| 12. | — | — | 580 | 260 | — | — | — | 520 |
| 13. | — | — | 720 | 420 | — | 470 | — | — |
| 14. | — | — | — | — | 570 | 550 | — | 600 |
| 15. | — | — | 570 | 660 | — | 360 | — | 230 |
| 16. | — | — | — | — | 200 | 220 | — | — |
| 17. | 440 | 630 | 460 | — | — | — | — | — |
| 18. | 540 | 500 | 560 | — | — | — | — | — |
| 19. | 610 | — | 880 | — | — | — | — | — |
| 20. | 550 | 760 | — | — | — | — | — | — |
| 21. | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 22. | — | 960 | 1760 | — | — | — | — | — |
| 23. | — | 410 | 410 | — | — | — | — | — |
| 24. | — | 900 | 580 | — | — | — | — | — |

Ezen összeállításból mindenekelőtt az tűnik ki, hogy a napi ingadozások igen tág határokkal bírnak.

Így látjuk, hogy a III. szűrő vizének egy kem.-e október 10-én 300 csirt tartalmazott, október 11-én a csirtartalom 1450-re emelkedett, az I. szűrő vizének csirtartalma pedig október 5-én 220-ra süllyedt az előző nap 1100-nyi mennyiségéről. Ezen ingadozások okának megfejtésénél a következő négy körülmény jöhet számba:

1. a nyers dunavíz csirtartalmának naponkinti széles határú ingadozása;

2. a szűrő állapotának megváltozása;

3. a szűrés gyorsaságának változása;

4. oly külső körülmények, melyek talán utólag a kimért vízpróba vagy a gelatinalemeznek fertőzését okozták.

Ad 1. A nyers dunavíz bacteriumtartalmát bizonyára igen sok körülmény befolyásolja s annak ingadozásait okozhatja. Esőzések, a folyam fenekén levő iszap felkavarása, a Dunába ömlő csatornák és mellékfolyók vizének változó tisztasága mind oly körülmények, melyek mindennap módosulva a bacteriumok számának nagy ingadozásait idézik elő. Könnyen érthető az is, hogy a Duna vizének localis fertőzésétől, nevezetesen a Dunába ömlő városi csatornák beömlési helyétől függően a Duna különböző helyéről vett vízpróbák csirtartalma is igen eltérő lesz. A homokszűrőkre aránylag tiszta víz vezetetik, mert a homokszűrők felett egészen Újpestig csak két

nagyobb piszkos vizet vivó csatorna (az újpesti s a Linzer-féle gyár csatornája) ömlik a Dunába; az ezen tájékról vett viz-próbák csirtartalma a mi 14 vizsgálatunkban 5600 és 19,600 között ingadozott. Csak egy esetben (november 23-án) vizsgáltam a homokszűrő-telep alatti dunavizet: a vámbáz környékéről vett próba 1 kem.-ben 28,290 bacteriumot tartalmazott. A folyóvizben a beömlő csatornák okozta szennyezett-ségnek megfelelő ezen magas csirtartalom azonban már kis távolságra a csatornáktól ismét fogy, s bizonyos messzeségben ismét eredeti nagyságára csökken. A folyóvizeknek ezen ú. n. öntisztítása (Selbstreinigung des Wassers) több részben még ismeretlen körülménytől függ. Magam erre vonatkozó vizsgálatokat nem végeztem, de e tény illusztrálásául ide iktatjuk *Prausnitznak* (3) Münchenben az Isar folyóra vonatkozó egy vizsgálati sorát.

| A vizpróba vétel helye | csirtartalom 1 kem.-ben |
|---------------------------------------|----------------------------|
| 10 m.-rel a csatorna befolyása felett | 1,171 |
| 5 m.-rel " " alatt | 227,368 |
| 100 m.-rel " " " | 38,169 |
| 150 m.-rel " " " | 33,589 |
| 800 m.-rel " " " | 17,196 |

A víz ezen öntisztításának részint mechanikus, részint biologikus okai vannak. A mechanikus ok az, hogy a csatornák beömlése által felkavart iszappal együtt a benne levő mikroorganizmusok bizonyos távolságra ismét leülepednek, a biologikus pedig, hogy a táplálkozási feltételek a nagyobb számú bacteriumok számára oly kedvezőtlenek lesznek, hogy egy részük tönkremegy.

Ha a dunavíz változó csirtartalmát összehasonlítjuk az ugyanazon napi szűrt víz csirtartalmával, a kettő közötti viszonyban nem találunk semmi törvényszerűséget.

Elméletben valószínűnek látszik, hogy minél kisebb a nyers víz csirtartalma, annál kisebb a szűrt vízé is és viszont, vagyis hogy a bacteriumoknak körülbelül állandó százaléka megy át a filteren.

A tapasztalat ellenkezőleg azt mutatja, hogy gyakran a nyers dunavíznek aránylag csekély csirtartalma mellett a szűrt vízben sok bacterium van, s megfordítva a dunavíz igen bacteriumdús lehet s a szűrt víz mégis kevés csirt tartalmaz. Jól feltűnteti e viszonyt az alábbi tábla:

II. Táblázat.

| | Dunavíz csirtartalma 1 kem.-ben | Szűrt víz csirtartalma 1 kem.-ben | |
|----------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|-------|
| Október 14. | 5,600 | 570 (V. szűrő) | 10 2% |
| " 18. | 19,600 | 560 (III. szűrő) | 2 8% |
| " 19. | 11,000 | 880 (III. szűrő) | 8 0% |
| November 3. | 14,200 | 260 (II. szűrő) | 1 8% |
| " 25. | 12,000 | 520 (II. szűrő) | 4 3% |
| Összes 19 vizsgálat átlaga | | | 4 4% |

Ad 2. A szűrés ezen látszólagos szabálytalanságait főképpen a *filterek állapota* okozza. A filter homokrétegének és a homok feletti szennyrétegnek porusai egy frissen feltöltött filternél a legtágabbak, s azért aránylag könnyű áthatolási kaput képeznek különösen a mikroszkopikus szerves anyagokra nézve; csak későbbi működése közben, a vízben suspendált részecskék visszatartása által válnak a filtráló rétegek mindinkább tömöttebbé és minősülnek jobb szűrő közeggé. Könnyen érthető ebből, hogy már hosszabb idő óta működő valamely filter a föléje eresztett igen nagy csirtartalmú dunavizet tökéletesebben szűri meg, mint egy másik új filter a csekélyebb bacteriumtartalmú vizet. De még ezen körülmény számbavétele mellett is találkozunk ellenmondó vizsgálati eredményekkel, oly értelemben, hogy pl. két filter közül, melyek mindegyike egyforma idő óta működik, az egyik kevés bacteriumot tartalmazó jó vizet szolgáltat, a másik pedig bacteriumdús, kevésbé jó vizet ad (egyenlő szűrési gyorsaság mellett). Látszik ebből, hogy a bacteriumok átszűrődése, illetőleg a filter jósága sok, talán jelentéktelennek látszó faktortól függ, melyeknek kikutatása a hydrotechnika feladata.¹

¹ Legkitűnőbb ide vágó értekezések és monographiák a már idézett *Piefke* berlini vizimérnökötől erednek.

Ad 3. A szűrt víz bacteriumtartalma függ a *szűrés gyorsaságától* is. Már fennebb említettük, mit értünk szűrési gyorsaság alatt, s hogy ennek növekedésével az átszűrt víz csirtartalma is nő. Ennek illusztrálására álljon itt egy kísérleti sorozat eredménye, melyet az intézetben múlt év telén végeztek (l. cholerajelentés):

| Szűrési gyorsasága | Szűrt víz csirtartalma % -ban |
|--------------------|-------------------------------|
| 3 m ³ | 27 8% |
| 2 5 " | 2 5% |
| 1 5 " | 2 0% |
| 0 75 " | 0 9% |

Látjuk ebből, hogy a szűrés akkor legjobb, ha a szűrő úgy működik, hogy egy négyszög méternyi filtráló terület 24 óra alatt 0 75 m³ vizet szűr meg; ez esetben a szűrtelen víz bacteriumtartalmának csak 0 9%-a megy át a filteren. Még lassúbb szűrés azért nem felel meg a célnak, mert a víz-productiot igen lefokozná. A mi vizsgálataink tartama alatt, vagyis október hónapban a szűrés gyorsasága 1—1 5 m³ közt ingadozott. E csekély határok között való ingadozásnak azonban úgy látszik semmi befolyása sincs a szűrt víz csirtartalmára.

Ad 4. A 4. pont, a melyre a szűrt víz csirtartalmából nagy ingadozásainak okai közt tekintettel lehetünk, a gelatinalemez vagy a vízpróba esetleges külső fertőzése.

A vízpróba utólagos fertőzése olyan cautelák mellett, a mint mi merítettük a vizet, ki volt zárható, a gelatinalemez fertőzését pedig a kettős lemezöntés által körülbelül ellenőrizhettük.

Ezen utóbbi hibaforrás minden vizsgálatnál meglehetősen állandó volt; egy köbcentiméter víz csirtartalmát az öt-esepes lemezből kiszámítva, s azután az egy köbcentiméteres lemez coloniáinak számát megszámlálva, a különbség rendszeresen 10—60 volt, s a 100-at csak akkor lépte túl, ha a víz igen dús csirtartalmú volt.

Ez tehát nem okozta a számadatok közötti nagy ingadozásokat, hanem ezek tényleg a víz bacteriumtartalmának változó nagyságát jelentik.

(Folytatása következik.)

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(VII. rendes ülés, 1894. február 24-dikén.)

Elnök: **Verebélyi László**; jegyző: **Terray Pál**.

Elnök. Szomorú kötelességet teljesít, midőn gyászba borult szívvel jelenti az orvosegyesületnek, hogy *Pollák Henrik* dr., ki az egyesületnek legrégebb tagjai közé tartozott, a mennyiben 1856-ban választott meg rendes taggá, tegnap 72 éves korban elhalálozott. Az elhunyt tagtárs, míg betegeskedése ebben nem kezdte megakadályozni, élénk részt vett az egyesület munkálkodásában és hosszabb időn át az igazgató-tanács tagja is volt. *Elnök* meg van róla győződve, hogy az orvosegyesület összes tagjainak érzelmeit tolmácsolja, midőn indítványozza, hogy a *Pollák Henrik* dr. elhalálozása felett érzett fájdalmas részvétét a mai ülés jegyzőkönyvében örökítse meg.

Jelenti továbbá, hogy özv. *Billroth Tivadarné* az egyesület részéről hozzá intézett részvétlívra a következő választ intézte az egyesület elnökéhez: „Sehr geehrter Herr Präsident! Die verehrte Gesellschaft der Aerzte in Budapest bitte ich für die anlässlich des Hinscheidens meines verewigten Mannes ausgesprochene Theilnahme meinen herzlichsten, wärmsten Dank entgegenzunehmen. Hochachtungsvoll *Ch. Billroth.*“

Jelenti továbbá, hogy az orsz. balneologiai társulat az orvosegyesület tagjait meghívja a márczius hóban tartandó IV. magyar balneologiai congressusra.

Végre bejelenti, hogy a római nemzetközi orvosi congressus programja beérkezett és betekintés végett az olvasóteremben tétetik ki.

A) Bemutatók.

Húgyesőtakar és primaer sclerosis egy éves fiúnál.

Epstein Manó dr. A bemutatott egy éves fiút f. év január 24-dikén azzal a panaszszal hozták a poliklinikára, hogy vizeletkor a gyermek felette sír, nyugtalan és nagyon kapálódzik. A gyermek megvizsgálásakor kiderült, hogy a húgyeső külső nyílása

*

vékony, sárgás pörkkel van fedve és ennek eltávolítása után sárgás-zöldes, genyes váladék volt a húgycsőből kinyomható, szóval blenorrhoea urethrae volt jelen. A gyermek azóta gyógykezelés alatt van és a kankó tünetei javulnak. Február 14-dikén a praeputium hátsó szelvényének belső felületén, közel a fékhez, 2 mm² terjedelemben hámfoszott területet vett észre, mely két nap múlva 4 mm. átmérőjű volt. E hámtól fosztott, szemcsés felületű, kevés genyes váladékkal fedett terület felhánt, meglehetősen körülírt szélekkel bírt; a fekély alapja tömött tapintatú, a jobb inguinalis tájon babnyi nyirkmirigy, a baloldali valamivel kisebb tapintható. A kezelés tartama alatt a primaer kemény fekély gyógyulásnak indult.

Valószínű, hogy a gyermeknél mindkét bántalom egy időben és ugyanazon egyéntől eredt.

Cysticercus subretinalis.

Béla Pál dr. A 35 éves, erőteljes férfit beteg körülbelül két hét előtt bal szemén káprázást vett észre, erre mintegy harmadnap reggel azt vette észre, hogy bal szemén rosszul lát. Folyó hó 18-dikén látta bemutató először; a lelet körülbelül megegyezik a maival, mely a következő: A bal szemteke fehér, a cornea átlátszó, felülete csillogó, síma. A mellső esernök középmély, iris rendes színű és szálazatú; a pupilla akkor középtág volt, jól reagált (ma atropintól tág). A töröközegek tiszták. A pupilla jól határolt. A szemfenék, a leirandó rendellenesség helyeit kivéve, ép. A papilla n. opticitól kifelé, körülbelül 2 papilla átmérőnyire az üvegtest felé domborodó, mintegy 4—5 papillányi, fehéres, élesen határolt, szélei felé kékesbe játszó terület látható, melyre a retinalis erek rendes színben és caliberben szelíd hajlással felkapaszkodnak. Ezen terület szélein időnként körös-körül hullámzatosan terjedő, kigyószerű mozgások, összehúzódnak észlelhetők. E képlet legnagyobb domborulatán kissé excentrice mintegy papillányi, ovalis, tündöklőbb, fehér, festenykoszorúval körülvett terület észlelhető. Ezen terület külső felső szélétől halad ki és felfelé két papilla átmérőnyire egy homorulatával a papilla felé néző, festenyos, ívalakú vonal, mely eléri majdnem azon területen levő, körülbelül 1½ papillányi, szabálytalan háromszögű, festenyos szélekkel határolt, fehér területet, melynek közepén ugyancsak festenyos koszorú által körüvezett kis, élénken fénylő terület van. Ezen két terület között a retina kissé borús, fehéres, de az edények nem változtak, és itt-ott elszórt több nagyobb kisebb festenyörög van. A szem tensiója normalis. Visus = 6 cm. olvas ujjakat; látótér szabad. A beteg egyéb szerveiben a megejtett vizsgálat szerint sem cysticercus tömlő, sem taenia nincs.

A nagy tömlőszerűen hullámzó, illetve összehúzódnó képlet kétségen kívül *cysticercus* tömlő, mely a retina és a chorioidea közt foglal helyet. A felső kisebb terület a régi helye, a festenyos ív mutatja a befelé vándorlásának útját. Igen figyelemre méltó, hogy a retina a tömlő elvándorlása után visszafeküdt helyére.

Cysticercus a szemben hazánkban igen ritka; eddig csak 8 esetet irtak le. Észak-Németországban gyakoribb, ott körülbelül 1000 szembetegre esik egy *cysticercusos*.

A prognózis — ha a bántalom magára hagyatik — nagyon rossz. A tömlő mozgása által retinaleválást okoz és azután, vagy ha átfúrta a retinát, az üvegtestbe jut, ennek hártás elzáródását okozza, továbbá folytonos izgatás által chronikus irido-chorioiditis plastikát hoz létre, mi által a szem atrophias lesz. De okozhat genyes chorioiditis útján phthisis bulbit. Tehát be kell operative avatkozni, mert ezt az állatot a szemben megölő szereket nem ismerünk, és mert az operatio sok esetben jó eredményt adott még látás tekintetében is. Ennélfogva a betegnek a *cysticercus*-hólyagnak operatio által való eltávolítását ajánlja, dacára annak, hogy ez igen nehéz és complicált operatio, mely a sérülések mélysége és a baj localisatiójának nehézsége folytán könnyen eredménytelen lehet.

Szili Adolf. A betegnél, kit néhány napig észlelhetett, a *cysticercus subretinalis* ritka szép, tipikus képe látható. A *cysticercus* és mozgásait nagyon jól lehet észlelni; a *cysticercus* azóta is, a mióta szólt láta, helyzetét változtatta. Az operatio kivitele ez esetben igen nehéz; a m. rectus externus átvágása és az átvágás után támadt végeknek fonállal való rögzítése, és a Tenon-tok átmetszése után lehetne csak a scleralis metszést a *cysticercus* kipukkantása céljából megejteni. Nézete szerint a műtétet mennél előbb kellene végrehajtani.

Goldzieher Vilmos. A *cysticercus* műtét sikere akkor is kétséges, ha a *cysticercus* a peripherián székelt. A Graefe-féle erre vonatkozó statistika corrigálására szorul, mert több esetben később a műtétet a szem zsugorodása követte. Másfél év előtt egy fiatal embert látott, ki Németországból subretinalis *cysticercus*-t hozott haza; e fiatal ember Bécsben Fuchs tanár által operáltatta magát, és nála is később phthisis bulbi fejlődött.

A műtét prognosisa tehát mindig kétes.

Két, hasmetszés útján eltávolított méhrostdag.

Elischer Gyula tanár. Az első kis gyermekfejnyi egy 47 éves, kétszer szült nőtől származik, ki igen legyengült állapotban kereste fel az Erzsébet-kórházat, s előadta, hogy mintegy két év óta vette észre hasában a daganatot, s hogy neki ez vérzéseket s fájdalmakat okoz. A hasban egy gyermekfejnyi jobboldali és egy kis narancsmekkoraságú baloldali, elég mozgatható daganat volt tapintható.

Belső vizsgálatnál a portio vaginalis duzzadt, mögötte a Douglas-írt kitöltő jobbra húzódnó, hullámzó daganat a méhtől barázda által elkülönítve, rajta inkább baloldalt egy másik könnyen eltolható dudor.

Kórisme: fibromata uteri multip.

A f. hó 21-dikén végzett műtét (laparotomia) igen nagy erőmegfeszítéssel járt a dag kigördítésére nézve, mert a jobb kürt és széles méhszálag a dag körül rögzítő álhártyákkal volt a Douglas-írben rögzítve, és felszabadítható csak úgy lett, hogy a hasonlóan álhártyák által összetapadt baloldali majd a jobboldali ligament. latum a méhtől le lett kötve s levágva. Így lehetett látni, hogy e dag fő része a lig. latum két lapja között fejlődött, honnét a lapok felhasítása után tompán ki lett izelve. A másik dudor pedig a bal méhfenék volt, úgy hogy a daganatnak a jobb méhszaryból való eredetét könnyen lehetett kimutatni. Erre a méhesonkítást, a méhür kiégetését Paquelinnel s a csonknak Chrobak szerinti peritoneummal való befedését eszközölte.

A daganat síma felületén, erősebb, sorban elhelyezett, hézag, rostos szövetből áll. A reczétet hennéke sárgás-savós folyadék, mely a levegővel érintkezve megalszik: cystofibroma uteri.

Bár a műtét majdnem két órát vett igénybe, a beteg a narcosisból hamar felébredt, s másnap délutánig jól érezte magát; fájdalomról nem nagyon panaszkodott, önként vizelt, szelek is mentek el, tökéletesen láztalanság mellett, úterlökése rendes, elég erős és nem szapora; mindazonáltal délutáni 4 óra tájban rövid nyugtalanság mellett hirtelen collabált s meghalt.

Miután csak a részleges bonczolást vihettük ki, a hasürben alig 2 kis kanálnyi tiszta savó, a sebfelületeket mindenütt jól összeállva, a peritoneumot teljesen épnek, a beleket egészen szabadoknak találták. Feltűnt utóbbiaknak viaszszárga, sápadt anaemikus volta.

Mivel ez esetben jodofortot nem is használtak s septikus folyamatnak nyoma sem volt, a hirtelen összeesést s bekövetkezett halált csakis a szív elgyengülésével hozhattuk összefüggésbe, mely (férjének bmondása szerint) az előrement nagyfokú *vérzésekre* vonatkozhatott.

A másik készítmény, ugyanilyenmü 5700 gm. súlyú daganat, diagnostikai tekintetben érdekesebb volt.

A 60 éves mindig egészséges, kétszer szült nő 6—7 év előtt vette észre hasában a daganatot, mely azonban csak fél év előtt okozott fájdalmakat, rohamosan nőtt s a székletételt igen megakadályozta. Külső vizsgálatnál a köldök felett jobb- és balfelé, behúzódnó által elválasztott, puha tapintatú, mozgatható, hullámzó daganatott lehetett látni, mely a hüvelyen át való vizsgálatnál úgy tűnt elő, mintha a méhtől mindkét oldalt széles barázda által lett volna határolva, de felső részében összetapadt, mivel együttesen volt mozgatható. A kórismét ennélfogva *cystoma ovarii duplexre* állították.

A f. hó 24-dikén délelőtt kivitt hasmetszésnél a hasür megnyitásánál kiderült, hogy a síma felületű szolidabb tumor, mely nyulánk álhártya által az ileocecalis tájhoz s felső részében a csepleszhez volt rögzítve, nem petefészek-daganat. A hasbeinek a köldök felett való meghosszabítása után a dag könnyen volt kiemelhető s egy tömegeből áll, melynek legalsóbb része a Douglas-ír valódi lenyomatát küllöli és közepén egy két ujjnyi széles, 1 ujjnyi vastag kocsányon ül, mely kocsány nem egyéb mint a 20 cm.-nyire megnyújtott cervix uteri.

A hasüret provisorice elzárva, a kocsányt több nyalábban leköttették, a méhet csonkították s felületén két vérző edényt alóltva, felületét Pacquelinel elégyesen leégetve, a csonkkal elsüllyesztették.

A műtét gyorsan végződött, a beteg — ki mint előadónál szokásos — a hasseb reconstruatiójánál már bódító szert nem kapott, hamar magához tért, s mindaddig (e soroknak a sajtó alá bocsátása alkalmával) láztalan s jól van.

A daganaton a méhfenék részlete még látható, melynek hátsó falából indult ki, a mint említők, majdnem 6 kg. súlyú új képlet. A megejtendő górcsövi vizsgálatról várható azon felelet, vajjon a nyirokfolyadék által kitöltött üregek nyirokutak-e vagy hámbélissel ellátott tömlők.

Diagnostikai tekintetben figyelemre méltó a körülmény, hogy a daganat érmetszes és puha volta mellett a méhből el volt különíthető, úgy hogy inkább petefészek-daganatra kellett gondolni, mint méhdaganatra.

Ezen daganatok *Virchow* szerint a sarcomákhoz sorozva, prognostikai tekintetben jóindulatúknak bizonyultak, mint azt előadónak két előbbi, s *Herzel* dr.-nak két év előtt az orvos-egyesületnek bemutatott esetei igazolják.

B) Napirend.

A chlor anyagcsere-megváltozásáról heveny lázas bántalmaknál.

Terray Pál dr. A chloridok láz alatti viselkedését 1850 óta kezdték vizsgálni, ezen évben fedezte fel *Redtenbacher*, hogy genuin pneumoniánál a chloridok csökkennek a vizeletben. A vizsgálatok száma feltűnő kevés, a chlor anyagcsere-viszonyait pedig csak az egy *Röhm*ann vizsgálta csupán pneumonikus betegeken, a többi lázas bántalomnál anyagcsere-vizsgálat nem történt, sőt ellentmondók a nézetek, hogy pl. typhus abdom.-nál csökkent-e a chlor mennyisége a vizeletben láz alatt vagy nem; a malariáról kétes volt, vajjon a lázroham alatt csökkent vagy növekedett-e a chlor-kiválasztás. Szerző 5 pneumoniás, 4 typhusos és 3 malariás klinikai beteget vizsgált oly feltételek alatt, melyek a chloranyagcsere vizsgálatára alkalmasak, megfelelve mindazon követelményeknek, a melyek minden anyagcsere-vizsgálat lényeges kellékei, ú. i. meghatározta a pontosan lemért tápanyagok konyhasótartalmát naponta, valamint a pontosan lemért vizelet és bélsár konyhasótartalmát is a legmegbízhatóbb eredményt nyújtó *Volhard*-féle módszer szerint. Minden betegségénél külön táblázatban tünteti fel a lázas és láztalan időszak alatti anyagcserét, a vizsgálatokat minden betegnél heteken át végezte. Ezenkívül minden ciklus végén pontos számítással mutatja ki a visszatartott víz és só viszonyát egymáshoz; 3 ép és 2 croupos tüdő, továbbá pneumonikus betegek köpeteinek és veritékének chlortartalmát is meghatározta. Malariánál az anyagcserén kívül vérszámzárásokat, kalium meghatározást, a vizelet és bélsár urobilin tartalmának mennyileges meghatározását is végezte, kimutatva ez által a *chloranyagcsere jellegét malariánál, s ez utóbbinak magyarázatát adva.*

Vizsgálatainak eredményei a következőkben foglalhatók röviden össze:

1. Tüdőlobnál — legyen az bár tipikus vagy atypikus — a szervezet fokoként növekedő mértékben tartja vissza a ClNa-t a betegség tetőfokáig. Az epikritikus növekedett elválasztás nem a krízis után rögtön, hanem csak napok múlva áll be s a 2–3-dik napon fellépő bő diuresissal egyetemben hosszabb ideig tart.

2. A croupos tüdő több ClNa-t tartalmaz, mint az ép tüdő, a nélkül azonban, hogy az általa lekötött ClNa mennyisége fedezné a tüdőlob folyama alatt visszatartott ClNa mennyiségét. Pneumonikus betegek köpeteinek és veritékének ClNa tartalma oly csekély, hogy semmiképen sem lehet oka a chlor-retentióknak.

3. Az eddigi teoriák nem képesek megfejtetni a láz alatti chlor-retentiót. Fell kell venni, hogy a láz alatt visszatartott víz az oka a konyhasó-retentióknak, hogy a láz alatt a szövetek vérdúsabbak, és ezzel arányosan növekedett ClNa felvevő képességük.

4. Ezen felvételt támogatja az összes folyadék és só bevitel és kiadás egybevetése, miből kitűnik, hogy pneumoniánál szabályszerűen annyi víz tartatik vissza, a mennyi a visszatartott ClNa-nak megfelel egy physiol. konyhasó-oldat értelmében.

5. Typhus abdom.-nál a láz megszűnéséig állandóan észlelhető a konyhasó-visszatartás. A visszatartott víz és só úgy viszonylik egymáshoz mint pneumoniánál.

6. Malariánál a chloranyagcsere éppen az ellenkező értelemben változik meg mint pneumonia és typhusnál.

7. A ClNa kiválasztás fokozott volta malariánál feltételezve van a vörös vérszámzárások fokozott szétesésétől. Erre utal egyéb körülményeken kívül az, hogy a lázroham ideje alatt elválasztott vizelet, de főleg a hozzá tartozó bélsár több urobilint tartalmaz, mint rendes viszonyok közt.

8. Úgy pneumonia mint typhus és malariánál a ClNa felszívódása az épéleti viszonyoktól eltérést mutat, a bélsár mindig kevés ClNa-t tartalmaz.

A vizsgált betegeknél veselő és oedema jelei hiányoztak.

Közkórházi orvostársulat.

(IV. bemutató szakülés 1894. február 21-dikén.)

Elnök: **Koller Gyula**; jegyző: **Mohr Mihály**.

Belső bélelzáródás (strangulatio) operált és gyógyult esetei.

Navratil Imre tanár. Tekintettel arra, hogy a belső bélelzáródások életveszélyes megbetegedést okoznak, és hogy azoknak pontos kórismézése a legtöbb esetben igen nehéz és az operatív beavatkozás javalata ennél fogva sok akadályba ütközik, közli a következő eseteket, melyek az utolsó időben osztályán előfordultak és melyek úgy a bélelzáródás genesisére, mint a kórismézés és operálás szempontjából értékes adatokul szolgálhatnak.

E 28 éves napszámos felvételt 1894. január 9-dikén.

A beteg január hó 6-dikán bőven evett-ivott, daczára annak, hogy aznap többször volt híg széke és hascsikarása. Másnap d. e. ismét bőven étkezett, ezután mintegy 2 órával hányás fogta el. Ez időtől fogva bármit evett vagy ivott, azonnal kihányta. Széke teljesen megrekedt. Előadásából kivehető továbbá, hogy gyermekora óta jobboldali lágyéksérve volt, mely 6 év előtt kiszorult és akkor Pozsonyban megoperáltatott. Tényleg a jobb lágyékhajlásban egy meglehetősen széles, 8 cm.-nyi hosszú, fénylő fehér heg látható, mely a lágyékesatorna külső nyílása felett vonul el. A lágyékesatorna szabadon átjárható, tág, úgy hogy rajta keresztül két ujjal a beleket ki lehet tapintani. A has egész kiterjedésében sehol sérvnek semmi nyoma sincs, a has mérsékeltten puffadt, egész kiterjedésében érzékeny, kopogtatásra az egész has felett egyenletes dobos hangot nyerünk, valamivel erősebb tapintásra csak a jobb epigastrium tája mutat fokozott érzékenységet. A hőmérsék 37,3°, a pulsus száma 72.

Az arcz beesett, kissé cyanotikus, a végtagok hűvösek, a szomj igen nagy. Az alkalmazott meleg fürdő és a *Hegar*-féle magas beöntésre semmi javulás sem állott be, a hányás rövid időközökben ismétlődött. A hányadék epés-barnás, sőt bélsárszagú is lett. Kétségtelennek látszott tehát, hogy a bél lefutásában akadály áll fenn, melynek megszüntetésére műtét végrehajtásával tovább késni nem lehetett, annál kevésbbé, mert a betegnél peritonitis volt kifejlőben.

Daczára annak, hogy a beteg jobboldali lágyéksérveben szenvedett, és hogy jobb oldala fájdalmasabb és puffadtabb volt a balnál, a hasmetszés mindazonáltal nem itt, hanem a közép-vonalban végeztetett, mert ezen tünetek a baj helyére nézve csak nagyjából engedtek következtetni; és a közép-vonalból (*linea alba*) a hasüreget jobban tekinthetjük és kutathatjuk át. A műtét narcosisban történt, 10 cm. hosszú metszéssel a *linea alba*-ban a peritonealis üreg megnyitott. Mindenekelőtt a peritoneum parietale lett gondosan kitapintva, és itt a jobb fovea inguinalis interna lateralis felett egy hashártyaredőbe nyuló vékony bélkacsot talált a kutató ujj, a jobb sebszélét erősen oldalvást vonva. A kitapintott rendellenességet meg is lehetett látni, mely abból állott, hogy a fovea inguinalis interna lateralis felett egy vékony bélkacs egy mérsékeltten feszes gyűrű által képezett nyílásba hatol, de azután ismét csakhamar kilép belőle; tehát egy hasfali sérv volt jelen. A bezáródás felletti proximalis bélrészlet puffadt, bélsárral telt, a distalis rész összeesett volt. A bélkacsot a bél kissé erősebb meghúzása mellett sikerült helyéből kiszabadítani, a nélkül, hogy tágitani kellett volna a sérvkaput.

Egyúttal a strangulációs gyűrűtől okozott olyszerű elváltozás volt észlelhető a bélfalon, mint azt a *Litré*-féle bélfali sérvnél láthatni.

Itt azonban oly kiterjedésben, hogy a bélfalzat csaknem a mesenterialis szélíig volt bezárva és így ez a lumen teljes elzáródását hozta létre. A bélfal kiszabadítása után hátramaradt üreg, jókora diónagyságnak felelt meg, belső szélét az arteria epigastricának megfelelő peritonealis redő képezte. A szélek feszesek, élesen határoltak, a sérvgyűrű a sérvtasak terjedelméhez képest meglehetősen szűk. Miután ezen peritonealis tömlőbe bármikor ismét juthatott volna újabbán bélkaes, ennek kikerülése végett a nyílás varratokkal bezáratott a kellő vigyázattal arra, hogy a sérvgyűrű belső szélében a peritoneum felett futó art. epicastrica bele ne öltessék a varratba. A has fala a peritoneummal együttesen elzárattott, az operatio $\frac{3}{4}$ óráig tartott a narcosisal együtt.

Az operatio után a hányás megszűnt. Ugyanaznap éjjel flatusok és bő székürülés mutatkozott. Másnap reggel hő 37.5° , az érverések száma 78, d. u. 37.8 , az érverések száma 72. Harmadnapra tüdőhurut mutatkozott, mely azonban csekély lázzal csak néhány napig tartott. A peritonitis tünetei visszafejlődtek. A műtét után nyolczadnapra kötészváltoztatás történt, per primam gyógyulás állott be, az étvágy jó, a székürülés rendes. A beteg 14 nappal az operatio után elhagyta az ágyat és holnap eltávozik a kórházból. E betegnél a műtétet *Fuchs József* dr. orvos úr végezte.

II. E 22 éves férfi e baját megelőzőleg mindig egészséges volt. November havában állítólag egy pohár kávé ivása közben hirtelen erős hasesikarást és hányási ingert kapott. Különböző orvosi szerekre nem szülvén baja, hetednapra a szt. Rókus-kórházba vétette fel magát. Ekkor a beteg már teljesen kimerült állapotban volt, fájdalmi folytonosak, igen hevesek, a has puffadt, egész terjedelmében érzékeny, resistentiát sehol kitapintani nem lehetett. A kopogtatási hang egyaránt dobos, érverése szapora, könnyen elnyomható, szemei beesettek, a végtagok hűvösek, a hányadék zöldessárga, bélsárszagú volt. Tekintve a bántalomnak hirtelen keletkezését, vagy bélesavárlatra vagy belső incarcerationra tétetett a diagnosis. A laparotomia azonnal foganatosított.

A műtét a szokott módon a linea alában hajtatott végre. A hashártyaúr feltárása után elég könnyen lehetett az incarceration helyére akadni. A köldöktől kissé jobb felé egy vékony bélkaesnak két pontja között egy szalagszerű képlet volt jelen, mely közé s az alapját képező bélkaes közé egy másik vékonybélkaes volt beszorulva, akként, hogy a szalag képezte a bezáró gyűrűnek mellső és a bélkaes a bezáró gyűrű hátsó falát. A szalag nem volt vastagabb 4 mm.-nél és egy tisztán rostonyás exsudatio maradványa gyanánt tekintethetett. A szalagot könnyű szerrel el lehetett szakítani, mi által a strangulált kaes azonnal felszabadult. A leszorítás helyén a bél erősen belövelt, a strangulatio felett a bél telve volt bélsárral, míg az alanti rész egészen össze volt esve. A hasfal a fentebb említett módon egyesítettett.

Még mielőtt a beteg a narcosisból felébredt, bő széke volt, és másnapra a fájdalom és hányás teljesen megszűntek. 14 nap mulva a beteg gyógyultan hagyta el a kórházat. Ezen második beteg már régebben távozott a kórházból, de bemutatónak tudomása van arról, hogy vegetatív működései most teljesen normálisak. Osztályán újabbán még öt bélzáródási esetet észlelt és operált. Így egy 45 éves férfibetegnél az elzáródást neoplasma okozta. A rákos képlet a lehágó remesében volt és bélresectióval exstirpáltattott, de ezen beteg nyolczadnapra peritonitis septicában meghalt. Egy esetben, 36 éves férfínál, csakis koprostasis volt jelen. A beteg semmi áron sem egyezett bele a műtétbe, és a bonczolás a colon transversumban találta a bélzárulat okát, felhalmozódott bélsárrögök alakjában. Két más esetben strictura recti, egyik esetben heges zsugor, blennorrhoe után okozta a bélsárhányást egy 30 és egy 32 éves férfínál. A kórisme illeten megállapítása után bemutató ezéknél a szükítő hely fokozatos tágítása által ért el gyógyulást. Végre egy jobboldali *Littre*-féle sérv miatt végzett laparotomiát egy 35 éves egyénnél. A beékelt vékonybélkaes kiszabadítása után a hasüreget a szokott módon zárta. A beteg, ki a kizáródás 10-dik napján vétette fel magát a kórházba, igen kimerült állapotban volt már és ennek lehetett tulajdonítani azt, hogy a bélkaes felszabadítása után, bár bő székürülés állott be és a beteg belsőleg és külsőleg is élesztetett, erejét visszanyerni nem tudta és a műtétől számított harmadnapra kimerülés következtében meghalt. A bonczolatot boldogult *Scheuthauer* tanár végezte, ki szintén nem talált egyéb halál-okot.

Garat- és gégetuberculosis gyógyult esete.

Irsai Arthur m.-tanár. A beteg egy 13 éves gyengébb testalkatú, feltűnően halvány leánygyermek, mult év márczius havában jelentkezett bemutató kórházi osztályán. Az akkor felvett kórtörténetből kiviláglik, hogy az illető hónapok óta köhög, időnként lázas és lefogy. Családjában tüdővész előfordult, nővére bemutató osztályán tüdővész következtében meghalt, anyja pedig vérképös és folyton köhög. A megejtett vizsgálat kimutatta, hogy a gyermeknél a jobb tüdőcsücsnek infiltratioja van jelen, a köpetben gümöbacillusok találtattak.

A garat rendkívül halvány volt, a hátsó garatfalán, valamint a lágy szájpadon számos kis kölesnyi, szürkés-sárgás göböcskék és apró felületes, több helyen összefolyó lencsényi fekélyek voltak. Hasonló elváltozások voltak láthatók a mellső és hátsó garatíveken, néhány fekélyke pedig a tonsillákon. Helyenként piszkos, szalonnás alapon halvány-piros gombostüfejnnyi granulatiókkal kimaródott szélű fekélyek voltak. Az epiglottis rendkívül megvastagodott és szélén kifekélyesedett volt, úgy hogy a gége bemeneit majdnem elfedte. A mennyre be lehetett a gégebe tekinteni, az szükültnek mutatkozott a kannaporcok duzzanata folytán. A bal áhangszálag pedig nagymérvű infiltratiót mutatott. A jellegzetes garatlelet, hozzávéve a gégebéli és tüdőbéli elváltozást, melyet mikroskopikus lelet támogatott, kétségtelenné tették, hogy tuberculosis forog fenn.

A beteget érdekességénél fogva *Szontagh Félix* dr.-hoz utasította, ki a kórházi ambulatoriumában megjelent beteget megvizsgálván, a nélkül, hogy bemutató vele véleményét közölte volna, szintén tuberculosisist kórismézett.

Daczára a különféle szerelésnek, a garat- és gégefolyamat tovább haladt, a beteg folyton lázas volt, és a gége stenosis már nagy mérvben észlelhetővé vált. Jodoform, jodol, dermatol mitssem használtak, míg néhány hónappal ezelőtt tejsav ecsetelésekkel kezdte kezelni a beteget és erre rohamosan kezdett javulás mutatkozni, míg a most elért eredmény beállott.

Jelenleg a garatban, a lágy szájpadon, a tonsillákon és hátsó garatfalán csak hegeket lehet találni, az epiglottison pedig egy ékalakú hiányt. A kannaporcok duzzadsága megszűnt, csakis a bal áhangszálagnak és a regio interarytaenoideának megvastagodása látható. A leányka jól nyel, jól lélegzik. Láza megszűntek, keveset köhög. A tüdők felett mindkét csücsnek megfelelőleg tom-pult kopogtatási hang található, baloldalt pedig hörgi kilégzés hallható.

Elteltekintve attól, hogy az anamnestikus adatok és a betegnél talált állapot teljes biztossággal tuberculosisra engedték a kórismét tehetni, bemutató szükségesnek tartja felemlíteni, hogy a syphilisnek semmi tünete sem volt a betegnél észlelhető. Sem higanyt, sem jodot nem kapott. Bár a betegnek garat- és gégebántalmát gyógyulnak kell elismernie, nem ringatja magát azon reményben, hogy a gyógyulás állandó is marad. Hiszen ismeretes, hogy rövidebb, hosszabb idő mulva a tuberculosis recidiválni szokott. Ezen esettel egyedül azt akarja demonstrálni, hogy az igen súlyos és rossz prognosizisú garat-tuberculosis is gyógyulhat, a mint ily esetek gyér számban közöltettek.

Moskovitz Ignéc. A jelen esetben a garat- és gégegümőkór gyógyulását nagyban elősegítette a beteg ifjú kora. Saját tapasztalatai alapján is mondhatja szölvő, hogy a gégegümőkór ellen souverain szer a tejsav, de e mellett igen jó eredményeket ért el a *jodol*-nak poralakban való használatával is.

Szontagh Félix. Midőn szölvő a beteget először látta, a prognosist nem tartotta jónak. Mielőtt a beteg a kórházba vétetett fel, kreosotot rendelt neki, de azt csak igen rövid ideig használta. Augusztus óta a mult hétig szölvő nem látta a beteget és ekkor a lokális kezeléssel elért fényes eredmény valóban meglepte. A tüdőgümőkór ezen idő alatt nem haladt, hanem stationær maradt.

Ónodi Adolf. A bemutatott eset azon ritkábban előfordulók közé tartozik, melyekben a garat és gége kiterjedt gümös fekélyesedése lokális kezeléssel a gyógyulásig vezethető; néha e gyógyulás magától is bekövetkezik. Azonban eltekintve a gégeben létrejövő kiújulásoktól, a rendszeren fennálló tüdőgümőkór továbbhaladását nem lehet meggátolni.

Id. Glass Izor. A gyakorló orvosokat első sorban minden esetre az elért gyógyeredmény érdekli és így örömmel hallják annak constatacióját, hogy a gégetuberculosis egy esete helybeli kezelésre meggyógyult. Mindazonáltal a bemutatótól azt kérdezi, hogy vajjon a most szokásos acidum lacticum-kezelés ugyanaz-e mint az akkori volt, a midőn ezen kezelés a therapiába fel lett véve, vagy pedig lényegesen más-e? Mert különben szölvő nem értené, hogy ezen fényes gyógyeredménnyel

szemben, hogy mondhatta volna a berlini congressus alkalmával *Fränkel* tanár: „Die Milchsäurebehandlung ist eigentlich keine Behandlung, sondern eine Misshandlung!“ Ugyanily értelemben nyilatkozik különben *Massei* nápolyi tanár is, ki azt mondta, hogy: „betegjeimet nem nyagga-tom acidum lacticummal hiába!“

Irsai Arthur. A garat- és gégetuberculosis ily fiatal egyéneknél ritkán lép fel, többnyire a 20. és 50. életév közti lévő egyéneket támadja meg. A jodollal épen úgy lehet jó eredményeket elérni, mint a jodoformmal; szóló még akkor, midőn *Korányi* assistense volt, közölte gégetuberculosisnak jodoform-kezelés folytán gyógyult két esetét. A tejsav-kezelés mindig egyféléképen, esetelések alakjában történt. Ez esetben a gyógyulást határozottan a tejsavkezelésnek lehet tulajdonítani, és e tényssel szemben egyesek individualis nézetei nem lehetnek döntők.

Sclerosis polyinsularis három esete.

Takács Endre m. tanár. (Ez eseteket más rovat alatt egész terjedelemben közöljük.)

(Folytatása következik.)

Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

(II. rendes ülés 1894. február 8-dikán.)

Elnök: **Navratil Imre**. Titkár: **Polyák Lajos**.

Bemutatók:

1. **Polyák Lajos Tonsillitis praeepiglottica follicularis** egy esetét mutatta be. A beteg egy 26 éves timár, ki előadónál február 5-dikén jelentkezett. Előtte való éjjel rázóhídeg és láz mellett a szakcsontájou szűrő nyelési fájdalmak léptek fel nála, nyelési képtelenség és nehézlégzés kíséretében. A tonsilla praeepiglottica e napon (hétfőn) duzzadt, bordeauxvörös, genyes nyákkal fedett és rendkívül érzékeny volt. A gégefedő hátrahajlott, erősen vizenyős, a hang tiszta. Másnap kedden nyelési fájdalom és nehézlégzés változatlan, a tonsilla praeepiglottica follicularis pedig oly fehér csapok, mint a közönséges tonsillitis follicularisnál. Ma csütörtökön a beteg már javult, a fehér csapok már eltűntek, de fájdalom a nyelésnél még van, a tonsilla praeepiglottica még kissé duzzadt és duzzadt még a gégefedő is. Hasonló eset az irodalomban csak néhány ismeretes, *Hagen*, *Fleischmann*, *Michelson* és *Guzovitsch* közléseiből. A betegség nyilván gyakoribb, de a gyakorló orvosok a nyelési fájdalmakról panaszkodó betegek-nél csak a tonsilla palatinákat vizsgálják és így a tonsilla praeepiglottica megbetegedései elkerülnek figyelmüket. Gégefedő vizenyőről ezen bajnál más szerző még nem tett említést. Előadó sajnálja, hogy a beteget csak ma mutathatja be, midőn a follicularis lob már lefolyt, a mai kép mellett nem lehetetlen azonban, hogy utólag még phlegmonosus lob is fog hozzá társulni.

Baumgarten Egmont sajnálja, hogy az esetet előbb nem láthatta. Valószínű, hogy egy nagyobb lob volt jelen, mely most igen mérsékelt; e lobok sokszor recidiválnak és hypertrophiákra vezetnek, úgy hogy utólag galvanocauterrel kell égetni. A heveny lobnál legszebb sikert a jégdarabok nyelésétől látott.

Ónodi Adolf szintén azt tapasztalta, hogy a gyakorló orvosok legkevésbé vizsgálják a tonsilla praeepiglottica táját, mely lényegében a nyelv gyöke. Az itt fellépő lobok rendszeren minden hátrány nélkül folynak le. Egy eseténél igen heveny volt a lob, de antiphlogistikus kezelés és cocaine-ra egy hét alatt javult. Hypertrophiáknál gyakrabban kell helyileg kezelni, mint eddig; ilyenkor jod, lapis és galvanocauter van helyén.

Zwilling Hugó. Az epiglottison most csak duzzanatot és nem vizenyőt lát. A tonsilla praeepiglottica duzzanata lob esetén nagyon változó, a jelen esetről ma már igen csekély, úgy hogy lobnak már nem mondható. Az elmondott subjectív tünetek nagyon jól illenek a diagnosis-hoz, de a kép ma nem jellegző.

Polyák Lajos nagyon sajnálja, hogy ma már a follicularis lob tünetei elmúltak, de ezt előadásában ki is emelte. A tonsilla praeepiglottica egyszerű acut lobja nem ritkaság, de a jelen esetet érdekessé épen az teszi, hogy tegnapelőtt, a betegség harmadnapján, a folliculákat fehér csapok töltötték ki, de ezek már tegnapra eltisztultak. Az epiglottis szintén csak akkor volt vizenyős, ma ő is csak duzzadtnak említette. Az eset ma még azért is érdekes, mert nem lehetetlen, hogy utólag phlegmonosus lob fog fejlődni. A therapiát illetőleg ő is jeget és cocaine-t alkalmaz.

2. **Polyák Lajos Gumma által okozott gégeszűkület** esetét mutatja be.

A beteg február 1-én férje kíséretében oly óriási stridorral jelentkezett bemutatónak lakásán, hogy első tekintetre a légesömetszés azonnali kivételére kellett gondolni. A stidor mellett egy sajátságos rezgőhangot lehetett hallani, mintha a gégeben valami test billentyűszerűleg mozgott volna. Az Újpesten lakó beteg férje előadta,

hogy a nő, ki hónapok óta rekedt és három hét óta hangtalan, utóbbi idő óta szenved fokozódó légzési nehélységekben és mérsékelt nyelési fájdalmak vannak. A gégetükörkép ép epiglottist és gégebemenetet mutatott, magában a gégeben pedig egy óriási gumma látszott, mely baloldalt az in toto ulcerált hangszalag alatt foglalt helyet, a betekintést a légesöbe teljesen elzárta és közepén egy nagy, élesszélű, krátterszerű, igen mély fekélyvel bírt. Kannaporczok és gégemotilitás épek voltak. Az említett sajátságos zöreje pedig úgy keletkezett, hogy a gumma kifekélyesedett alsó szélén egy nekrotikus leheny mozgott a légárammal, még jobban szűkítve az úgy is rendkívül szűk légzörést.

Hogy a leírt daganat gumma volt, az már a tükörképből biztosan el volt dönthető. Syphilisnek más jele a nőnél vagy férjénél nem volt, de egy adat mégis volt értékesíthető, t. i. a nő már ötször szült halott magzatot.

Előadó a beteget kórházba akarta küldeni és csak akkor, midőn a beteg ezt határozottan visszautasította, vállalta el a jelen körülmények közt igen felelősségterhes kezelést. Szerencsére a gyógyeredmény igen gyors és kielégítő volt. 3 grammos ung. cinereum bedörzsölésekre a beteg harmadnapra már szabadabban légett és ma az első tour befejeztével a légzés csak kissé nehezített, a gumma több mint felenyire visszafelődött és a fekélyek is gyógyulni kezdenek.

3. **Irsai Arthur Garat és gégetuberculosis** gyógyult esetét mutatta be.

(Az eset be lesz mutatva a közkörházi orvostársulat február 21-dikén tartandó ülésén is.)

A discussióban résztvettek: *Baumgarten*, *Zwilling*, *Ónodi*, *Navratil*, *Polyák* és *Ziffer*.

4. **Navratil Imre Perichondritikus gégeszűkületnek tracheotomia után spontán gyógyult** esetét mutatta be. (Az idő előrehaladta folytán a vita a jövő ülésre halasztatott el, ennél fogva a bemutatás szövegét majd a hozzá csatlakozott vita leírásával együtt fogjuk hozni.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Az egészségtani vizsgálatok módszerei. Orvosok, orvosnövendékek és gyógyszerészek számára, úgyszintén kézikönyvül a tisztai és iskola-orvosi vizsgálatra készülőknek írta **Rigler Gusztáv** dr., egyetemi közegészségtani tanársegéd. Budapest, az Eggenberger-féle könyvkereskedés (Hoffmann és Molnár) kiadása, 1894. Ára 3 frt 50 kr.

Hazai orvosi irodalmunknak az utóbbi években örvendetesen tapasztalható megizmosodása többek közt főleg azon tüneményben is mutatkozik, hogy az orvosi főszakmákon kívül oly segéd-disciplinának is mindinkább gyakrabban akadnak művelői, mely disciplinák alapos ismerete a folyton haladó orvostudomány mindinkább növekedő követelményei folytán nemcsak az orvosok, hanem az egészségügyi személyek nagy részére nézve nélkülözhetlenné vált. Ez oknál fogva kiváló jelentőségűek az ezen szakmába vágó, s irodalmunkban még jórészt hiányzó munkák. Ily hézagot pótló munka, mely már régóta érzett szükségnek felel, Rigler Gusztáv dr.-nak az egészségtani vizsgálatok módszereire vonatkozó műve, melynek megírására szerző, mint az egészségtani tanszék tanársegéde, úgy elméleti ismeretei, valamint az egészségtani gyakorlatokkal foglalkozó cursusain bemutatott, széleskörű gyakorlati képessége által egyenesen hivatva volt.

A 16 fejezetre osztott munkában az egészségtani vizsgálatok összes anyaga fel van dolgozva, oly módon, hogy az első fejezetekben szerző azon általános tudnivalókat ismerteti, melyek az egészségtani vizsgálatoknak alapját képezik, és ezek után áttér a tulajdonképeni részletes és egészségtanilag főfontossággal bíró vizsgálatokra és az ezekből levont következtetések alapján esz-közlendő megbirálásra.

Ezen elvnek megfelelőleg az első fejezet a *physikalisk vizsgálati módszereket* tárgyalva, a hosszúság, terület, köbtartalom súly és fajsúly mérésével foglalkozik; a második fejezet a *chemiai vizsgálatok* módszerét fejtegeti, kiterjeszkedvén ez alkalommal a

mennyileges és minőleges vegyi vizsgálatra is. *A harmadik fejezet a bakteriologiai vizsgálatok* módszereiről concis alakban, de igen kimerítően értekezik, kiváló gondot fordítván az ezen vizsgálatoknál szükséges eszköznek, a mikroskoprak használatára vonatkozó útmutatásokra. Alaposan tárgyaltnak a bakteriumok általában, a bakteriumok alakbeli tulajdonságai, mérése, tenyésztése, további bakterium-készítmények előállításai, a sterilizálás, a bakteriumok mennyiségének és minőségének kimutatása stb. *A negyedik fejezet a közegészségtani fontossággal* bíró bakteriumokkal foglalkozván, letárgyalja a különböző *coccusokat* (7), *bacillusokat* (18), *spirillumokat* (4) és fonáalakú bakteriumokat. Az *ötödik fejezet a víz* nagyfontosságú vizsgálatának és bírálatának van szentelve, a midőn szerző előadja a víz physikai, azután vegyi vizsgálatát, ez utóbbinál kimutatván a víz szerves és nem-szerves, szilárd és gáznemű anyagokbeli tartalmának meghatározását; a víz mikroszkopiai és bakteriologiai vizsgálata, a szénsavtartalmú vizek bírálati és a vízsűrők vizsgálata és bírálati fejezi be ezen nemcsak fontos, hanem szerfelett érdekes fejezetet. Igen fontos tárgyat fejtet a *hatodik fejezet*, a mennyiben annak anyagát a *talaj vizsgálata* képezi, mely a talajnak physikai, azután chemiai minősége kipuhatolására vonatkozik, melyhez még a talaj bakteriologiai vizsgálata és a talajpróba vizsgálata alapján a talaj bírálati csatlakozik. Nagy jelentőségű a *hetedik fejezet* tárgya, mely a *levegő vizsgálatával* foglalkozik, és a physikai vizsgálatnál a levegő hőfokát, mozgását, víz- és portartalmát, a chemiai vizsgálatnál pedig a különféle gázok meghatározását veszi tekintetbe, s ezeken kívül a levegő bakteriologiai vizsgálatára is kiterjeszkedik.

A nyolczadik fejezet az *életmiszerek általános* vizsgálatával foglalkozik, míg a *kilencedik fejezet* ezen vizsgálatok részletezését a *hús és húskészítmények* vizsgálatával kezdi meg, megismerteti a hús tápértékét, meghatározza a friss és bomlott hús ismérveit és kiterjeszkedik az annyira fontos kolbászfélek és húskészítmények bírálatára. *A tízedik fejezet a tej és tejkészítmények* vizsgálatát ismerteti; letárgyalja a normalis tej kellékeit, vizsgálatát és bírálatát, a tejfajok minőségét; továbbá a vaj és sajtfélék vizsgálatát, a hamisítások felismerését, conserváló és festő anyagok kimutatását s a zsíradékokat. A következő fejezet a *liszt és kenyér* vizsgálatáról szólva elsorolja a liszt alkatrészeit, a romlott és hamisított liszt felismerésére szolgáló adatokat, a kenyér physikai és vegyi vizsgálatát, a liszt és a kenyér megbírálását. A 12. fejezetben az *alkohol-tartalmú italok* vizsgálata van tárgyalva, melyben a bor, sör, pálinka, eczet vegyi összetétele, alkohol-tartalma; hamisítások, festőanyagok, conserváló anyagok felismerésére vonatkozó vizsgálási útmutatások s végre ezen italok bírálati képezi az igen érdekes fejezet tartalmát. Hasonló érdekeségük és fontosságuk a 13. fejezetben a *kávé, tea, kakao és csokoládé* vizsgálatára vonatkozó adatok, melyek útmutatásokat szolgáltatnak az említett alkaloid-tartalmú anyagok alkatrészeinek felismerésére, a nagyszámú hamisítások kimutatására. A 14. fejezet a *só, cukor és fűszerek* vizsgálatát és bírálatát adja elő, és ezenkívül a főzelékek, gyümölcsök és gombák méltatására is kiterjeszkedik. A 15. fejezetben a *lakás vizsgálatánál* szerző nemcsak a kész házat bírálja, hanem az építendő ház tervét és anyagát is fejtegetései körébe vonja és behatóan foglalkozik a ház falainak vizsgálatával, a fűtés, világítás és szellőztetéssel és a 16. fejezetben a *ruházat, konyhaedények, festő és fertőtlenítő anyagok* vizsgálatával és bírálatával sikeresen fejezi be 69 ábrával és 3 igen sikerült színes táblával ellátott közegészségtani munkáját, mely, eltekintve azon körülménytől, hogy hazai irodalmunkban úttörő jelentőségével bír, orvosnövendékeink, gyógyszerészeink, valamint a tisztai és iskola-orvosi vizsgálatra készülnők, és általában a gyakorlati higiénia terén haladó minden orvos számára szükséges, sőt nélkülözhetlen útmutató gyanánt fog szolgálni, miért is mindezeknek, de főleg a küszöbön álló tisztai orvosi tanfolyamra készülnőknek a legmelegebben ajánljuk. △

II. Lapszemle.

Belgyógyászat.

A jódkalium hatása actinomycosis eseteiben. A párisi „Société medicale des hôpitaux“ november 3-diki ülésén Netter egy 30 éves nőt mutatott be, a kinél hirtelen baloldali seroso-

fibrinosus mellüri izzadmány képződött, majd az ugyanazon oldali mellkas és szemhéjak vizenyösen megduzzadtak, a mely duzzanat csakhamar a bal karra is áttért. Később a 12. borda mellő részén fluctuatio volt kimutatható és bemetszéskor jelentéktelen mennyiségű nem jellegző kinézésű geny ürült. A visszamaradt sipolyon keresztül csak kevés folyadék szívargott; a mellüri izzadmány stationær maradt, az általános állapot pedig folyton rosszabodott. A sipolyból szívargó folyadékban végül actinomycos-gomba volt mikroszkopi vizsgálattal kimutatható, mire szerző elhatározta magát, hogy a Thomasson és Nocard által marha-actinomycosis eseteiben jó eredménnyel használt jódkalium-therapiát megkísértlte. 25 napon át adott csekély megszakításokkal naponként 1—6 gramm jódkaliumot. Az eredmény meglepő volt; két nap mulva már javult az általános állapot és az étvágy; lassanként az izzadmány is megkevesbedett, a sipoly kisebbedett és 25 nap mulva teljes gyógyulás következett be. (Wiener med. Presse, 1893. 51. sz.)

Az éhségérzet ismeretéhez szolgáltat adatokat Schlesinger. A részben egészséges, részben pedig beteg (gyomortágulás, oesophagus stenosis, reconvalescentia) embereken végzett kísérletek arra az eredményre vezettek, hogy az éhségérzet nem a gyomorba vitt tápanyagok által is (tápláló esőrék) csillapítható, de csak az esetek egy töredékében; a legtöbb esetben az éhségérzet a végbélben át táplálkozásnál megmarad. További kísérletek pedig azt mutatták, hogy az éhségérzet a gyomornyákhártyának cocainnal érzéstelenítése által csökkenthető, sőt ha e mellett még tápláló esőréket is alkalmazunk, csaknem teljesen megszüntethető. Ezek szerint tehát az éhségérzet két componensből: egy centralisból és egy peripherikusból áll. (Wiener klin. Wochenschrift, 1893. 31. sz.)

Orr- és gégebagajok.

Idegen test a légutakban ezímen írja le Geuns az ide vágó irodalom ismertetése mellett saját ritka esetét. Előre bocsátja, hogy Günther által gyűjtött 374 és Mull által publicált 120 esetben összesen 27-szer fordult elő, hogy a légutakba bejutott idegen test fűszál, illetve kalász volt. Esete egy 3½ éves fiúskára vonatkozik, ki a lefolyt nyáron játszás közben egy szál buzakalászt vett szájába s az hirtelen eltűnt. A jelenvolt eselédleány próbált azonnal utána nyulni a gyermek torkába s el is távolított onnan valamit, de a gyermek sírva panaszkodott, hogy még mindig érez bent valamit. Az előhívott orvos nem látott semmit, még laryngoscopice sem. A gyermekem nemsokára *láz, köhögés, vérköpés* lépett fel s egy *pleuro-pneumoniát* állott ki. Szerző két hóval később látta ez esetet: pneumoniának már nyoma sem volt, de rendkívül lesoványodott; erősen köhög s a szülők bementése szerint *factor ex ore* van köhögéskor jelen. Két hó alatt a gyermek eléggé jól összedezte magát, de a köhögés folyton tartott. Nemsokára azonban ismét *láz* folyamán állott be, a gyermek köhögött — expectoratio nélkül —, hányt s erősen soványodott. Kimutatható physikalikus tünetek nem voltak. Gyanu volt tuberculosisra. Az orvoslás alatt a gyermek lassanként újra magához tért s állapota lassan bár, de folyton javulni látszott. Ez utolsó megbetegedése után 1 hóval a gyermek játszás közben bizonyos okból erősen sírni kezdett s a sírást erős köhögési roham váltotta fel, midőn is sok nyálka-tömeg közt egy *6 centimeter hosszú kalász* ürült ki. Ezután a gyógyulás csakhamar teljesen bekövetkezett. (Obl. für. Laryng. et Rhinologie Nr. 5.)
r. l. dr.

Apróbb jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. Erősítő labdacok: Rp. Extr. chinae, Extr. kola aa 5'0; Extr. rhei 2'5; Extr. nucis vomicae 0'5; Ferri arsenicosi 0'2; Pulv. kola qu. s. ut fiant pil. Nr. 100. D. S. Minden étkezéskor két labdacot bevenni. (Bulletin général de thérapeutique, 1894. 4. sz.)

2. Bőrbajoknál jó eredménnyel használja Egbert a papaint. Főleg pikkelyedző és olyan bőrbajoknál dicseri e szer használatát salicyl-összekötve, a melyek a cutis megvastagodásával járnak (ichthyosis, psoriasis, idült eczema). Ichthyosis eseteiben a következő linimentumot ajánlja: Rp. Papaini 10'0; Acidi salicylici 5'0; Glycerini, Ol. ricini aa 15'0. A kóros helyek natrium bicarbonicum és kénszappan-oldattal előbb megmosandók. Psoriasis ellen a következő kenőcsöt használja: Rp. Papaini 6'0; Acidi salicylici 2'0; Glycerini 15'0; Ungu. zinci oxyd. 60'0. M. f. unguentum. (Wiener mediz. Presse, 1894. 6. sz.)

TÁR C Z A.

Külföldi facultásokból.

Bécs.

(Egyetemi bajok. Nemzetközi jelleg. Cursusok. Reformtörvények. Tanerők és intézetek. A kórboneztani tanítás.)

1894. februárius.

Merésznék s talán feleslegesnek tűnhetik fel Bécsről írni a magyar orvosoknak, hiszen jól ismerik azt s legalább egy harmadrészüket itt szerezte meg diplomáját. Ámde épen, mert oly nagy befolyást gyakorol hazai egészségügyünkre a bécsi facultás, talán nem lesz érdektelen foglalkozni azokkal a változásokkal, melyek itt irányokban, elvekben, személyekben végbemennek. A budapesti egyetem sok tekintetben a bécsi mintájára szerveztetett — tanulságos tehát az itt végbemenő evolutio.

A bécsi orvosi facultás aranykora letűnt. Leplezetlenül feltárják ezt Strickernek, az experimentalis pathologia tanárának sorai:¹ „Dass die Wiener medizinische Schule nicht mehr jenes grosse Ansehen geniesst, dessen sie sich vor einigen Decennien erfreut hat, ist schon wiederholt ausgesprochen worden. Ich habe aber auch Stimme vernommen, denen gemäss die Schule im Verfall begriffen ist.“

Ez a panasz különben nem új, s csak azért meglepő, mert egy nagyon fényes kor után és nagyon hamar következett be. Hogy a hegemonia azelőtt sem volt állandó, és hogy a fényes perczeket gyakran tespedés váltotta fel, ezt számos adat tanúsítja. Már 1688-ban írja egy bizottság a következő érdekes kritikát: „in dieser Wienerischen Universität so vill Jahre hero von denen Professoribus in Jure et Medicina gar wenig gehört worden, dass selbige ihre Scienz an Tag gegeben und in Druck hatten ausgeben lassen, als wann die Wienerische Universität in Schlaf liegete oder gar kein solches Studium mehr zu Wien wäre. Da herentgegen kundbar, wie vigilant und emsig die Professores bey anderen hohen Schuellen in Teutschland wären, was für schöne Buecher selbige beschreibeten und was für nutzbare opera sie in Druck aufsetzen und publiciren lassen.“²

És megtörtént, hogy mikor a bécsi Gesellschaft der Aerzte pályadíjat tűzött ki 1844-ben az ausztriai orvosok által kivívott eredmények történelmi feltüntetésére, a pályázatra nem érkezett munka. Duchek, a sebészet tanára, a bécsi facultás öntudatát és tendenciáját kritizálva, azt írja: „Sie gerieth in den letzten Jahren in eine gewisse Abgeschlossenheit gegen fremde Leistungen, fremden Einfluss und fremden Fortschritt, in ein gehässiges Selbstvergnügen, starres Festhalten an den Geschaffenen.“³

A bécsi egyetemnek általában nagyobb volt nálunk a hírneve, mint magában Bécsben vagy külföldön. Ki ne ismerné Virchownak hirhedeit chauvinistikus beszédét, melyet 1871-ben a német orvosok vándorgyűlésén tartott, s a melyben a bécsi egyetem évszázados fennállását évszázados haszontalan tespedésnek nevezte!

De mindennek daczára a bécsi facultás mégis virul s centralizáló erőszak nélkül is nagy internationalis hallgatóságnak örvend: főleg a magyarok, oroszok és amerikaiak ide özönlése miatt.

Általános nézet, hogy egy jól situált facultásban a mai viszonyok között két tényezőt kell megtalálni: jó tanerőket és modern berendezést.

Ez utóbbi itt Bécsben hiányzik. A kórházat 1784-ben a városi szegények házában helyezték el. Már 1790-ben tarthatatlannak nevezi a protomedikus A. Störck az állapotokat. A javításhoz azonban nem került pénz, sőt a helytartó meghagyta az igazgatónak, hogy még az addiginál is jobban takarékoskodjanak. Hiába védekezett Störck, hogy a legbölcsebb takarékoskodás az emberanyag gondozása, a reformok lekerültek a napirendről s a kórház ma is a már száz év előtt ódon házában tanyázik. A gazdag tanulmányi alapból a szolgákat fizetik, műszerekre, berendezésekre alig kerül sor.

Az intézetek legtöbbjének állapota kétségbeejtő. A közegészségtani intézet, mely egy régi fegyvergyár romjaiban vonul meg,

poros és piszkos, fala vakolatlan, bizonytalan színű, rozoga. Ablakai kicsinyek, a szobák sötétek, az egész ház egy közegészség elleni kihágás, melyhez képest a mi kórboneztani intézetünk három lépcsőjével és oszlopával valóságos Parthenon. Vigasztalhatja különben a higienikusokat, hogy az embryologiai, ép- és kórszövet-tani, kórtani, idegpathologiai és fogászati intézet is oda van elhelyezve. Egyedül a boneztani épület szép. Előcsarnoka nagyszerű, helyiségei tágasak, jól berendezettek, boneztermei a legújabb Siemens-féle villanyos prisma-lámpákkal kitünően megvilágítottak és szellőzöttek.

A mi a tanerőket illeti, a fényes nevek már vajmi ritkák, s aligha ezek vonzzák ide a külföldi tanulókat.

Nagy szerencsétlenség a facultásra, ha a tanító személyzet gyorsan és sűrűn változik, Bécsben pedig e tekintetben abnormis rövidiek voltak a működési tartamok.

Bambergernek tanszékét öt év alatt kétszer kellett betölteni. Egymás után haltak el az utolsó években Meynert, Jäger, Braun, Kahler, Kundrat, Billroth, másokat pedig pensióba küldöttek, mert 70-dik évüket betöltötték.

A facultás hírneve azonban megmarad egy ideig, függetlenül a személyektől, s ezért esődül még mindig colossalis beteganyag ide. Nem egy magyarországi emberrel találkoztam, a ki Bécsbe jött magát kezeltetni s itt a portástól kérdezte, hogy az ő bajában van-e és kiesoda a specialista. Nem egyes kiváló nevek, hanem a facultás régi híre az, a mi a betegekre oly nagy hatást gyakorol. A bécsi facultás jelenleg saját multján élőködik.

Az anyag nagyságáról fogalmat nyújthat, hogy pl. Wiederhofernek 30—35,000 betege van évenként osztályán. A míg a hírnév ilyen intensiv, addig nem prosperálhat a pozsonyi facultás.

Van azonban a tanítás technikájában valami, a mi igen figyelemre méltó, s a mi a nagy anyag mellett fő oka az egyetem látogatottságának. Ez a cursus-rendszer. Az összes elméleti és az összes practikus szakmákból állandóan folynak 4—6 hetes cursusok, úgy hogy bármikor jön is ide egy idegen orvos, 6—8 heti tartózkodás alatt kitünő ismétlést kaphat ott az összes specialis szakmákból; comprimálva látja a modern eljárásokat; elsajátítja az illető szakmában elért legújabb vívmányokat, szóval compendiosusan felfrissítik benne a halványuló ismereteket.

Ezek a cursusok főleg az amerikaiakra gyakorolnak nagy vonzó erőt, a kik bámulatra méltó practikus módon használják ki idejüket és pénzüket. Előre tájékozva vannak, hogy melyik cursus „jó“ s melyiken nincs beteganyag. Megérkeznek az első előadás napján s visszautaznak az utolsón; némelyiket, különösen a kórboneztaniakat óránként fizetik forintjával s ilyenkor délelőtt végig kémleli egyikük a bonezolásokat, s a szerint, hogy vannak-e ritka esetek, vagy nem, 1—2-nek vagy 30-nak beszél délután az assistens.

Az előadásnak ily módja minden esetre igen kényelmes a hallgatóra és ezélszerű is. Azzal, hogy az assistensek is hirdethetnek előadásokat a tanrendben, nem csak azt érik el, hogy gyakorolják magukat rendszeres előadások tartásában, s szétoszlik a hallgatóság, alkalmat nyerve a közvetlen szemlélődésre, de a beteganyag is jobban megoszlik és így kihasználódik.

A tudománynak ily köznapivá tétele persze nem alkalmas kiváló emberek nevelésére. A cursusok sokkal több anyagi hasznot hajtának, sem hogy elhagynák őket, de sokkal több időbe kerülnek, hogysen a kiterjedt elvont irányú munkálkodás lehetséges volna. A pénz utáni hajsza, a concurrens cursusok, melyeket tarka plakátokon hirdetnek, megbontották az előadások tudományos értékét s aláásták nivanjukat. A vezetés kiesett Bécs kezeiből s a centrum, a hajdani orvosi Róma megszűnt. *Nékám.*

(Folytatása következik.)

Heti szemle.

Budapest, 1894. márczius 1-én.

Kovács József tanár jubileuma. Folyó év február 25-dikén ülték meg Kovács József, a budapesti egyetem I. sebészeti tanszéke tanára tanárságának 25 éves jubileumát. A nagy gonddal és buzgalommal előkészített ünnepély lefolyása a következő volt.

¹ Wiener klin. Wochensch. 1894. 86.² King. Gesch. d. k. Universität. Wien, I. 398.³ Puschmann. Die Medicin in Wien. 281.

Délelőtt 11 órakor gyülekezett össze az I. sebészeti klinika előadó termében a nagyszámú közönség, melynek soraiban foglaltak helyet Szilágyi, Csáky, Hieronymi, Fehérvári miniszterek, a M. Tud. Akadémia, az egyetem és több városi és vidéki tudományos egyesületek küldöttei és az ünnepelt volt és mostani tanítványai. Az ünnepeltet *Thanhoffer Lajos* tanár üdvözölte legelőször mint legrégebbi mütönövendéke és az ünnepély rendező-bizottság elnöke. Utána *Récey Imre* tanár nyújtott át neki szép beszéd kíséretében egy díszesen kiállított kötetet, melyben Kovács tanár volt és jelen tanársegédeknek és mütönövendékeknek ez alkalomra írott dolgozatai foglaltak. Ezután *Prochnow* volt sebészeti tanársegéd intézett hozzá üdvözlő szavakat és leplezte le Kovács tanárnak tanítványai részéről ez alkalomra lefestetett arczképét. Erre következtek a különböző testületek üdvözlései. *Schnierer Aladár*, az egyetem e. i. rektor-magnificusa az egyetem, *Mihalkovics Géza* orvoskari dékán az orvostanártestület, *Csajághy* honvéd-főtörzsorvos a katonai orvosi kar, *Niedermann Gyula*, a lipótmezei országos tébolyda igazgatója, az igazságügyi orvosi tanács, *Kélli Károly* tanár a budapesti kir. orvosegyesület nevében mondottak üdvözlő szavakat. A törvényeszkí orvosok nevében mondott üdvözlés után a Magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyűlése nevében *Szabó József* tanár, az Orvosi kör és segélyegylet részéről *Böke Gyula* tanár, a Közkórházi orvosi társulat részéről pedig *Müller Kálmán* tanár, a szt. Rókus-kórház igazgatója, tartottak lendületes szónoklatokat. Az Erdélyi Múzeum-egyesület orvos-természettudományi szakosztálya részéről *Engel Gábor*, a kolozsvári Karolina-kórház igazgatója, a pozsonyi orvos-természettudományi társulat nevében *Fischer Jakab* dr. szólottak. A küldöttségek azután így következtek: hevesmegyei orvosegyesület (szónok: *Scheinberger* dr.), hatósági orvosok (szónok: *Kelen József* dr.), Poliklinika (*Lichtenberg Kornél* dr.), Nyilvános ambulárium (*Róna Sámuel* dr.), Charité kórház-egyesület (szónok: *Basch* dr.), Mentőtársulat (szónok: *Gelléri Szabó János*). Ezután következett a fogművészek egyesülete. A küldöttségek sorát az Egyetemi kör és az Orvostanhallgatók önképző köre és segélyegylete zárta be, amannak nevében a kör elnöke *Bottlik József*, emennek nevében *Pekár Mihály* orvostanhallgató üdvözlötték a jubilánst, felemlítvén, hogy az egyesület az ünnepelt nevére „Kovács jubileumi alap”-ot létesített.

Az üdvözlő beszédek elhangzása után a mélyen meghatott jubiláns a következő beszédet olvastatta fel egyik tanársegédével: „Nagyméltóságú miniszter úr! Mélyen tisztelt megjelentek! Az én egykori igen tisztelt tanítványaim, ma jórészt tanártársaim és barátaim, a mára ezen nekem végemig emlékeztető napot készítettek. Részvételre megnyerték e haza kormányát, az egyetemi hatóságokat, egykori tanítványaimat, mütönövendékeimet, segédeimből azok sokaságát, kik a tanításban, a tudomány fejlesztésében és irodalmi terjesztésében részesek, majd az orvosi tevékenység különböző terein kiváló érdemes munkásságban tüntek ki. Egy könyvet nyújtanak át, melyben bizonyosan érvényesítve vannak ama törekvések az igaznak felismerésére, melyekre figyelmüket irányítani iparkodtam e negyedszázad alatt; érvényesítve lesz elfogulatlan nyíltságméltóságuk, amaz igazságok befogadására, bárholnan jöjjenek is. És e tevékenység boldogító elégtétel nekem.

Midőn szónokaik egyike másika talán túlbeszéli az én tevékenységem határát, nem volna igazi az én törekvésem az igazság felismerésére, ha meg nem emlékezném róla, hogy tevékenységemnek a tanításban a tér és alkalom is kellett, melynek lehetővé tételében a nagy műveltségű *Trefort* és ügybuzgó tanácsosa, *Markusovszky* is kellett. Engedjék meg az összes jelenlevők, hogy megjelenésükben az én negyedszázados köteleességteljesítő törekvésem méltánylását lássam. E tudat jutalmazzon, ez legyen lendítője már-már lehanyatló éremnek. Fogadják mindnyájan kegyességükért forró köszönetemet.”

Este a Hungária-szálló elsőemeleti éttermében díszlakomát tartottak, melyen kétszáznál többen vettek részt, nagyjából a délelőtti megjelentek közül. Az ünnepeltre sok felköszöntőt mondottak, melyekre a megilletődött jubiláns nevében *Schächter* dr. mondott köszönetet.

E díszes ünnepély elejétől végig lendületes hangulatban folyt és elismerő megtiszteltetést nyújtott azon az orvostudományilag és gyakorlatilag fontos és társadalmilag is kiható jelentőségű

állásnak, melyet az ország egyik első sebészeti tanszékének illusztris képviselője 25 év óta elfoglalt, mely idő alatt az ő szakértői közreműködésével keletkezett a tanításra és ápolásra modern berendezésű első hazai sebészeti klinika, melynek falai között egész sorozata nyerte első kiképzését hazai jeles sebészeinknek.

— A balneológiai egyesület évi közgyűlését folyó évi márczius hó 12-dikén, délután 5 órakor a budapesti kir. orvosegyesület házában (VIII. ker., Szentkirályi-utca 21. sz.) fogja tartani. Tárgyak: 1. Elnöki megnyitó. 2. A főtítkári jelentése az egyesület működéséről. 3. A pénztáros jelentése a pénztár kezeléséről; költségeloirányzat betervezése. 4. A pénztár megvizsgálására kiküldött számvizsgálók jelentése. 5. Az igazgató-tanács jelentése a múlt évben előterjesztett indítványokról. 6. Új indítványok. Ezen közgyűlésre a balneológiai egyesület összes rendes tagjai tisztelettel meghívotnak. A közgyűlést a IV. magyar balneológiai congressus követi, a következő napirenddel:

1. nap (márczius 12-dikén), a congressus első ülése d. u. 6 órakor. 1. Elnöki megnyitó. 2. *Stiller Bertalan* dr., egyetemi tanár előadása: A magaslati égélj hatása Basedow-kóránál. 3. *Irsai Artúr* dr., egyetemi magántanár: A kénés vizek hatása a légutak bántalmainál (kísérletek alapján). 4. *Vas Bernát* dr. és *Gara Géza* dr.: A kénés vizek befolyása az emésztésre és az anyagcsereire (kísérletek alapján).

2. nap (márczius 13-dikén). Délelőtt 10 órakor a magyarországi fürdő- és ásványvíz-tulajdonosok és bérlők értekezlete az ezredéves kiállítás tárgyában. Délután 5 órakor a congressus második ülése. 1. *Polyák Lajos* dr., főorvos: Nyári klimatikus gyógyhelyek fejlesztéséről. 2. *Reich Miklós* dr.: A massage és a svéd gymnastika alkalmazása gyógyfürdőinkben. 3. *Bosányi Béla* dr., fürdőorvos (Budapest, Lukács-fürdő): A hévízi kezelés tartama. 4. *Weisz Ede* dr., fürdőorvos (Pöstyén): Orvos-kényszer a fürdőkben. 5. *Russay Lajos* dr., fürdőorvos (Szobráncz): Rend, tisztaság, ferde szokások a fürdőkben.

3. nap (márczius 14-dikén), a congressus harmadik ülése d. u. 5 órakor. 1. *Lichtenberg Kornél* dr., egyetemi magántanár: A tengeri fürdők befolyása a hallószervre. 2. *Szontayh Miklós* dr., fürdőorvos (Új-Tátrafüred—Abbazia): A tüdővészések hydrotherapeutikus kezelése. 3. *Weisz Ede* dr., fürdőorvos (Pöstyén): A pöstyéni munkás-pensionatus. 4. *Boleman István* dr., kir. tanácsos, fürdőorvos (Vihnye): A magyarországi fürdők látogatottsága 1893-ban (hivatalos adatok alapján).

Az országos közegészségi egyesület márczius 1-én tartotta tisztújító közgyűlését *Korönyi Frigyes* tanár, főrendiházi tag, elnöke alatt. *Fodor József* tanár főtítkári jelentéséből kiténik, hogy az egyesület a lefolyt évben több tudományos és népszerű felolvasást rendezett, kiadta az „Egészség” című egyesületi folyóiratot, továbbá a „Jó Egészség” című naptárt a nép számára. Az egyesületnek állandó bizottságai (iskola-egészségügyi, *Berzevich Albert* államtitkár elnöke alatt és gyermek-egészségügyi, *Bókai János* tanár elnöke alatt) buzgón működtek a közegészségügy érdekében, úgyszintén az egyesületnek kolozsvári, győri, hódmezővásárhelyi, nagyvárad és pécsi fiókosztályai is. Az elmúlt nyáron az egyesület 1400 korona jutalomdíjat osztott ki tanítóknak, jegyzők stb. között, a kik a nép egészsége érdekében buzgólkodtak. Az egyesületnek gyermek-egészségügyi pályázatára beérkezett 3 munka egyikének sem adhatták ki a pályadíjat, miért is a pályázatot újra kiírják; az Egészségi Tanácsadóra beérkezett pályamű bevált; írójá *Török János* dr. tornallyai orvos.

Az egyesület újolag pályázatot hirdet tanítóknak, jegyzők stb. számára, a kik a nép egészsége körül tevékenyek. A körülbelül 1400 korona díj 1895 végén osztatik ki.

Ungmege indítványára elhatározzák, hogy Budapesten évenként közegészségi országos congressust rendez az egyesület. *Csapodi István* dr. indítványára pedig felkeresik a kereskedelmi ministert, hogy 1895. december 31-dikén népszámlálást tartasson, hogy tudjuk az ország népessége számát az első millennium évében. Az egyesület vagyona 30,000 forinton felül áll.

Ezután a tisztújító választásokat ejtették meg.

Vegyesek.

Budapest, 1894. márczius 2-dikén. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1894. február 11-dikétől február 17-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 345 gyermek, elhalt 243 személy, a születések tehát 102 esettel múltak felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápolatott e hét elején 2281 beteg, szaporodás 731, eszökkenés 724, maradt e hét végén ápolás alatt 2288. — A fővárosi tisztí főorvosi hivatalnak 1894. február 19-től február 25-ig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 6 (meghalt 1), bárányhimlőben 10, vörhenyben 14, kanyaróban 64 (meghalt 6), ronszoló toroklobban 28 (meghalt 11), torokgyikban 6 (meghalt 1), trachomában 10, vérhasban 1, hökhurutban 1 (meghalt 1), orbánczban 6.

— Pályázat. A Schenthauser tanár elhalálása folytán üresedésbe jött kórboneztani tanszékre a közoktatásügyi miniszter pályázatot hirdet f. évi márczius 15-dikéig terjedő határidővel. A pályázatokat a budapesti egyetem orvoskari dékánai hivatalához kell benyújtani.

— Egyetemes orvosdoktorokká felavattattak 1894. február 24-dikén: *Blau Ödön*, Alsó-Dabas (Pestm.), f. a. Laufenauer tnr.; *Szentpétery Kálmán*, Nagy-Kőrös (Pestm.), f. a. Klug tnr.; *Joannovits Sebő*, Arad (Aradm.), f. a. Récey tnr.; *Abeles Gyula*, Nagyvárad (Biharm.),

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.

A vékony- és vastagbél 18 cm. hosszú darabjának heges szűkület miatt végzett circularis resectiója. Elsődleges bélvarrat. Gyógyulás.¹

Közli *Herczel Manó* dr., a Szt. István-kórház rendelő sebész, heidelbergi egyetemi m.-tanár.

Tisztelt egyesület! A vékony- és vastagbél határterületének resectiója a legsúlyosabb műtéti beavatkozások körébe tartozik. Régen ismeretes, hogy az e helyen a resectio után végzett bélösszevarrás gyakran nem vezet a kívánt sikerhez, a mi a műtét utáni igen nagy, 50%-nál magasabb, halandóság-ból eléggé világosan kiténik. Igaz ugyan, hogy ezen nagy halálozási százalék nem egyaránt illeti a rosszindulatú és az aránylag még jóindulatú — mint pl.: tuberculosus — szűkület és fekély miatt végzett vakbélresectiók végeredményeit; utóbbiaknál ugyanis az eredmények lényegesen kedvezőbbek. Hivatkozhatom e tekintetben Czernynek és Billrothnak klinikáiról eredő műtéti esetek statistikájaira, mint a mely klinikákról az összes irodalmilag közölt esetek java felénél nagyobb része származik. Billroth klinikája 24 esettel szerepel, melyek közül a rákos megbetegedések miatt végzett resectiók 60% halálozást mutatnak; a tisztán fekélyes alapú, a hasfallal sipolyosan nem kommunikáló vakbélszűkületek 5 esete közül 4-nél érték el gyógyulást, és 1 halálozás fordult elő, a mi 20%-ot képvisel.

A Czerny-féle klinikáról 21 eset származik; az eredmények itt valamivel jobbak, a mennyiben tuberculosus fekélyedés és szűkület miatt végzett 11 vakbél-resectio esetei közül kettő végződött halálosan, míg a rosszindulatú daganatok miatt végzett resectiók 50% halálozással jártak; invaginatio ileo-colica miatt végzett 5 resectiónál 20% halálozás fordult elő.

Remélhető azonban, hogy eme bélrészletek resectiója is szakavatott műtők kezében hasonló haladásokat fog felmutatni, mint az ovariectomia Spencer-Wells kezeiben. Bizonyos, hogy az eredmények a legutóbbi években, midőn már az előző kor balsikereit tanultunk, egy-egy műtő iskolájában lényegesen kedvezőbbek lettek, a mi már abból is kiviláglik, hogy pl. 1887 előtt a heidelbergi klinikán 14 bélresectio közül 7 halálos volt, 1888-tól 1892-ig 18 bélresectio közül csupán 2 végződött halálosan. Így talán jogosult Czerny abbéli reménye, hogy idővel a technika haladásával és az esetek helyes megválasztásával el fogjuk érni azt, hogy a bélresectióknál a halálozást 10%-re leszünk képesek csökkenteni.

Az összes literatúrában eddig csupán 79 vakbélresectio esetét voltam képes feltalálni. Ezek között egy hazai esetet Tauffer tanár úr operált néhány év előtt. Már maga ezen körülmény is, hogy t. i. a vakbél nagyon gyakori megbetegedései mellett oly gyérek a rajta végzett műtői beavatkozások és még gyérebbek a sikerek: érdekessé teszi bemutatását és

¹ Betegbemutatással előadatott a közkórházi orvostársulat 1894. február 21-diki szakülésén.

közlését a jelen esetnek, mely keletkezési módját tekintve is a ritkaságok közé tartozik.

A közlendő kórlefolyás és a bemutatott praeparatum szépen illusztrálják a természetnek önkéntes gyógyulási hajlamát; míg a műtett egyén viruló színe a beavatkozás teljes sikeréről élénken tanuskodik.

Sz. Zsigmond, 43 éves, nős, zsigardi illetőségű szolgának szülei és testvérei élnek és egészségesek. Gümőkór vagy rák családjában nem fordult elő. Beteg azelőtt alig volt. Jelen baja 7 évvel ezelőtt kezdődött, midőn is súlyos tárgyat emelvé, hirtelen erős fájdalmat érzett a baloldali hastájon. Ugyanitt később egy esomós daganatot vett észre, mely jobb oldalra vándorolt, miközben lázzal párosult erős hasfájások és hányinger léptek fel, melyek miatt több hétig feküdni volt kénytelen. Azóta folyton gyengélkedik, étvágya rossz, állandó felbőgésben szenved, gyakran hány, széke csak mindennemű hashajtók bevétele után indul meg minden 5—6. nap, mikor is nagy kinokkal folyékony minőségben vagy kis rögök alakjában távozik a bélsár. A székletét sohasem volt tudtával véres vagy kávéaljszerű. Beteg nem tudja, vajjon a végbélen át valamikor nagyobb szövetrészek eltávolodtak-e vagy sem. A baj fennállása óta rendkívül lesoványodott, 20 kilogrammnál többet veszített súlyából.

Jelen állapot a felvételnél:

Az erősen lesoványodott halvány férfi csont- és izomrendszere ép. Mellkasi szervei egészségesek. Vizelete rendes.

A has mérsékelten puffadt. Hátfekvésben a vékonyodott hasfalakon át a belek erős peristaltikus mozgása constatálható, mely mozgások gyenge ütésre, sőt érintésre is rendkívül élénkülnek. Rázásnál a vékonybelekben mindig erős loecsesedés hallható, úgy hogy a bélrészletek bizton állandóan tartalmaznak folyékony anyagot.

A caecum táján a colon ascendens irányában haladó, 2 cm.-rel a spina felett kezdődő és 2 ujjnyira a bordaív alatt végződő és 12—13 cm. hosszú, körülbelül 4—5 cm. széles resistens tapintatú kissé göbös felületű keményes daganat tapintható, melynek alsó és felső polusa nem élesen határolt.

A daganat harántirányban kevésbé, függélyes irányban alig mozgatható, felette a kopogtatási hang tompán dobos, míg a has többi részei felett tisztán dobos. Hasvízkór nincs jelen. Inguinalis infiltrált mirigyek nem tapinthatók.

Tekintetbe véve a baj idült voltát, mindezek után a diagnosis jóindulatú szűkületnek volt megállapítható, legnagyobb valószínűséggel feltételezvé, hogy a szűkület a vakbél táján intussusceptio által jött létre.

I. Műtét 1893. november 16-dikán chloroform-narkosisban. 18 cm. hosszú, a jobboldali musc. rectus abdominis külső szélén végigfutó metszéssel, melynek középpontja a köldök magasságában fekszik, megnyitattik a hasúr. Kiténik, hogy az egész sebhossz terjedelmében omentum majus van a parietalis peritoneumhoz tapadva. A topographikus eligazodás rendkívül meg volt nehezítve, a mennyiben felkarvastagságú vékonybélkacsok vannak egymással és a colonnal nemesak a caecum táján, hanem a bal hasfélben és a medencébe terjedőleg is szilárdul összetapadva, úgy hogy a régi heges alszalagos összenövések elővigyázatos szétbontása igen fárasztó feladatot

képez, melynek megoldása egy óránál jóval több időt vesz igénybe.

A nagy cseplesz széle a caecum táján oly erősen volt a belekkel összenőve, hogy csak több kettős selyemfonállali alakítás után lehetett átmetszéssel felszabadítani. A supponált Bauhin-billentyű feletti ileum-kaesok óriásilag tágultak, falaik vastagodottak és húzásnál szakadékonnyak, míg a colon ascendens és transversum vékonyodott és összeesett, magát a caecum és alsó colonrészlet helyét pedig egy körülbelül 13—14 cm. hosszú keskeny hurkaszerű 3 ujjnyi vastag daganat foglalja el. Úgy a mesocolonban, mint a mesenteriumban nagyobbított mirigyek találtak, melyek kórismézési célból exstirpáltak.

Mivel a műtét eddig már majdnem 2 óráig tartott, az infiltrált kóros részek resectiója pedig előreláthatólag még huzamos időt vett volna igénybe, a beteg gyenge állapotára való tekintettel egyelőre befejeztem ez első beavatkozást, még pedig olyképp, hogy a felszabadított daganatot az ileum alsó kaesával és a colon flexurájával egyetemben (flexura hepatica) a sebszálon kifelé gürdítettem és ezek mellső szélét a peritoneum parieteleval 12 finom selyemvarrattal egyesítettem.

Ekkép a hasürt teljesen elzártam, míg az egész colon ascendens és caecum szabadon feküdt a sebürben.

Annál is inkább jogosult volt ez eljárás, mert egész bizonyos még mindig nem tudtam, vajjon nincs-e dolgom rákos képződménnyel, mire nézve a kiirtott mirigyek gócsői vizsgálata volt hivatott felvilágosítást adni.

Tényleges rákos elfajulásnál ezélszerűbb eljárás lett volna ugyanis az elővarrt ileumrészen anus praeternaturalist készíteni, mert inficiált mirigyek jelenléte mellett úgy sem lehetett volna minden kórost sikeresen eltávolítani. Ellenesetben kitűnően a szűkület jóindulatú volta, úgy vélekedtem, hogy a kóros részek könnyen és egyszerű módon lesznek később resecálendók.

A beteg ez első beavatkozást rendkívül jól tűrte. Nem hányt. A lefolyás teljesen láztalan, reactio nélküli volt. Időközben Pertik tanár úr constatálta, hogy a kiirtott mirigyek nem fajultak el rákosan, úgy hogy már 8 nappal az első beavatkozás után, 1893. november 24-dikén, végezhettem a kórosan elváltozott bélrészletek circularis resectióját.

A peritonealis varratok eltávolításánál kitűnt, hogy az első műtét óta számos laza összenövés történt, melyek könnyen voltak oldhatók. Nagyobb nehézséget okozott az ileum alsó részének felszabadítása, mert majdnem teljesen tengelye körül volt esavarva és kaesai erősen egymáshoz nőttek. Fáradtságos volt magának a daganatnak teljes felszabadítása is, mert egész ujjnyi vastagságú kötőszöveti kötegek által volt a mesocolonban hátfelé rögzítve, úgy hogy ezen erős véredényeket tartalmazó kötegek csak erős selyemfonalakkal való előleges kettős alakítás után voltak átszelhetők.

A processus vermiformist feltalálni nem lehetett.

Az ileumon Gussenbauer-zár alkalmaztatott, míg a colon flexura hepaticája jodoform-gaze csomózásával záratott el.

Először az ileum-kaes lett bélollóval átszelve, ezután körülbelül 15 cm.-rel feljebb a colon ascendens átvágva. Utóbbi bélrészlet még e helyen is rendkívül szakadékonny és annyira szűkült, hogy mutatónj alig bír ürterébe behatolni. E miatt belőle újabb 3 cm.-nyi részlet lett eltávolítva, még pedig ferde irányban, hogy a colon metszlapja nagyobb és a tágult ileumcsont így könnyebben odailleszthető legyen. Az ileum átmetszetének karvastagságú lumene 6 selyemvarrattal lényegesen kisebbedett, és Czerny-féle bélvarrattal (első sorban 19 muscularis varrat, másodsorban 21, részben sero-serosa varrat) egyesítettett a colon csonkjával. A bélvarrat erősítésére vagy 8—9 selyemvarrattal egyesítettett a mesenterium és odahúzatott az omentum majus és egy szomszédos vékonybélkaes, a bélvarrat helye mögé pedig jodoform-gaze-csik tolatott. A sebzigok egyesítése és hashártyavarrat alkalmazása után az új jodoform-gaze-zel lett lazán tömőszölvé.

(Folytatása következik.)

Közlemény a Pertik Ottó dr. ny. rk. tanár vezetése alatt álló székes fővárosi bacteriologiai intézetből.

Bacteriologiai vízvizsgálatok.

Közli: Beck Soma, gyakornok.

(Folytatás.)

A homokszűrők által szolgáltatott víz csirtartalmának átlaga — összes 95 vizsgálatomból kiszámítva — 1 kem.-ben 440 volt.

Ez a szám más vizsgálok adataihoz képest igen magas. *Plagge* és *Proskauer* (3) szerint, kik a berlini filtrált vizet, a Spree és a tegeli tó vizét vizsgálták, 300 csir az a maximalis mennyiség, a melynek a filtrált vízben jelen szabad lenni, s ugyanezen szerzők 350 szűrt víz vizsgálatának csak 10%-ában volt a bacteriumszám 300-nál nagyobb; sőt *Koch* (2) 100 csirt tart a megengedhető legnagyobb mennyiségnek. Ezzel szemben a mi esekély számú vizsgálatainknál csupán az esetek $\frac{1}{3}$ -ában volt a bacteriumtartalom 300-nál kisebb, $\frac{2}{3}$ -ában pedig ennél nagyobb, még pedig sokkal nagyobb, mert a bacteriumok száma többnyire a 400-at is jóval túlhaladta. A víz filtrálása tehát igen tökéletlen volt, a mit talán technikai hibák vagy a nyers dunavíznek szűrésre alkalmatlan volta okozhat. Mert közel fekszik ugyan az a gondolat, hogy ha a Spree vizéből Berlinben olyan vizet tudnak nyerni, melynek bacteriumtartalma csak kivételesen haladja meg a 300-at egy köbcentiméterben, annál inkább jó vizet kellene nyerni a Dunából, mert a Spree vize már makroszkopice sokkal piszkosabb mint a Duna vize, csirtartalma pedig *Plagge* és *Proskauer* vizsgálati szerint nem ritkán a 100,000-et is meghaladja, míg a Duna vízében ilyen csirgazdagság az én vizsgálataimnál soha, az intézetben korábban végzett vizsgálatoknál pedig csak kivételesen mutatkozott; de tekintetbe kell vennünk azt a fontos körülményt, hogy a Spree vízében roppant dús az alga vegetatio, mely *Piefke tanulmányai* szerint a homokra ülepedve, azon egy igen nehezen átjárható kocsonyaszerű bevonatot képez, s ez annyira tökéletesíti a filtrálást, hogy még 25—30 cm.-nyi homokréteg is elegendő; a dunavízben ellenben alga vegetatio majdnem egészen hiányzik.

Némelyeknek azon nézetéhez, hogy a víz jóságára nézve semmi fontossággal sem bír, hogy 100 csir van-e benne, vagy 400-nál is több, nem esatlakozhatunk. Mert igaz ugyan, hogy a szervezetre nézve mindegy, vajjon 100 vagy 400 nem pathogen vízi bacteriumot iszunk-e meg egy köbcentiméter vízben, de a 100 és 400 bacteriumot tartalmazó víz között az a különbség, hogy négyszer nagyobb a valószínűség, hogy az utóbbi vízben van pathogen mikroorganizmus, mint az elsőben. Ha mi a nyers duna- és a szűrt vízben pathogen bacteriumot, pl. cholera vibriót kimutatni nem is tudunk, ez nem bizonyítja azt, hogy a cholera vibrio cholera-járvány idejében nincs a dunavízben. Tudjuk, hogy ha a vízben pathogen mikroorganizmusok vannak, ezek az ártalmatlan vízi bacteriumokhoz képest elenyésző esekély számban szoktak előfordulni. Sok ezer nem pathogen bacteriumra eshetik egy pathogen, s ily körülmények mellett ezeknek kimutatása a mai bacteriologiai methodikával a legnehezebb feladatok közé tartozik. Ha tehát járványok alkalmával egyéb epidemiologiai körülmények, mint pl. a betegség előfordulási helye, terjedési módja, a megbetegedettek életmódja stb. azt a gyanút kelti, hogy az infectio vivője gyanánt az ivóvíz szerepel, az a körülmény, hogy az illető kórokozó bacteriumot a vízben feltalálni nem tudjuk, nem jelenti azt, hogy az tényleg nincs a vízben. A budapesti legutolsó cholera-járvány is a mellett látszott szólani, hogy a járvány oka és terjesztője az ivóvíz, s *Gebhardt dr.* tisztí főorvos úr ismételtlen kifejezést adott eme gyanujának. S habár a mi vizsgálataink nem derítették ki e feltevés bizonyosságát, kimutatták azt, hogy a szűrt víz bacteriumtartalma sokkal nagyobb annál, mint a mekkorának a jó ivóvizének lenni szabad, hogy nagyon túllépi azt a maximumot, melyet a közegészségügy kiváló képviselői még megengedhetőnek tartanak. Ilyen körülmények

között a *cholera vibrio feltalálására irányult vizsgálataink negatív eredménye nem czáfolja meg ama fellelést, hogy a cholera terjesztője, legalább egyik főterjesztője, Budapesten a dunavíz lehetett.*

Hogy kitudódjék, vajjon a járvány oka tényleg a tökéletlenül szűrt víz-e, a homokszűrők működése október 26-án kísérletképpen be lett szüntetve s szünetelt december 8-áig. Eleinte úgy látszott, hogy a kiskökü járványnak csakugyan vége szakadt; de nemsokára ismét léptek fel kisebb számú sporadikus esetek, mint a homokszűrők bezárása előtt, úgy hogy egész november hónapban 40 cholera-megbetegedés fordult elő az október havi 82 megbetegedéssel szemben. A kísérlet természetesen nem volt pontosan keresztülvihető, mert csak akkor lett volna exact, ha a homokszűrők vízával együtt a nyers dunavíz is el lett volna zárva a használat elől. De a köznép alig kötelezhető olynemű tilalom betartására, hogy a szüretlen vizet ivásra ne használja. Ehhez járult még, hogy a vízhiány is érezhetővé vált, mert a káposztás-megyeri vízművek nem tudtak elegendő vizet szolgáltatni s így annál valószínűbb, hogy legalább a Duna közelében lakó vagy foglalatosskodó nép a szüretlen vizet használta. A kísérlet tehát nem birt teljes bizonyító erővel, valamint az sem fogna bizonyító erővel birni, ha a következő homokszűrő-vizsgálatainkból — melyek december 10-ike óta ismét naponta végeztek — a víz csirtartalmának csökkenése, azaz a víz javulása tűnnék ki, a cholera pedig megszűnnék, mert hisz tudjuk, hogy télen a víz csirtartalma mindig kisebb, a cholera is a viszonyok sokkal kedvezőtlenebbek, s hogy a cholera vibrio életképessége a vízben rövid időtartalmú.

A homokszűrőtelep vízával egyidejűleg a *Wein-féle természetes szűrő vizét is* megvizsgáltuk. Ennek csirtartalma valamivel kisebb, mint a homokon átszűrt vízé. Például álljanak a következő adatok:

III. Tábla.

| | | Csirtart. 1 kem.-ben | |
|---------|-----|----------------------|-----|
| Október | 3. | ... | 330 |
| " | 5. | ... | 480 |
| " | 7. | ... | 330 |
| " | 9. | ... | 800 |
| " | 11. | ... | 310 |
| " | 13. | ... | 460 |
| " | 15. | ... | 220 |
| " | 17. | ... | 400 |
| " | 20. | ... | 320 |
| " | 22. | ... | 200 |

A maximum volt egy esetben 1800, a minimum 70. Azt az egy esetet, midőn az 5 cseppes lemezen annyi colonia fejlődött, hogy egy kem. vízre 1800 csir esett (az egy kem.-es lemezen több százzal kevesebb csir volt), véletlen fertőzésnek s ez okból helytelen adatnak kell tekinteni.

A bacteriumtartalom t. i. ezen magas számot felmutató nap előtti napon 170 s az azt követő napon 130 volt (szept. 24, 25, 26). Alig hihető, hogy a víz csirtartalma oly alacsony értékről a következő napon tiszteresére emelkedjék, hogy 24 óra múlva ismét eredeti alacsony fokára süllyedjen. Ha tehát ezen hibás adat kihagyásával számítjuk ki a természetesen szűrt víz bacteriumtartalmának átlagát, egy kem.-re 370 csirt nyertünk, 70-nel kevesebbet, mint a homokszűrők vízének egy köbcentiméterére. Csupán ebből nem szabad arra következtetni, hogy ezen természetes szűrő vize jobb, mint a homokszűrőké.

Vizsgálataink száma sokkal kisebb volt, sem hogy az átlagnak ily csekély differenciájára súlyt fektethetnénk. De korábban intézetünkben nagyobb számú s hasonló vizsgálatok végeztek, a melyek — mint az a tisztí főorvos 1892/93-diki cholerajárványról szóló jelentésében ki van emelve (10) — határozottan azt mutatták, hogy a Wein-féle természetes szűrő vize sokkal csirszegényebb, mint a homokszűrők vize. Az átlagok összehasonlításánál nagyobb értékkel bir az egyes napi adatok összehasonlítása oly módon, hogy a természetes szűrő csir-

tartalmát összehasonlítjuk az egyes homokszűrők vízének ugyanazon napi csirtartalmával:

IV. Tábla.

| Datum | Wein-szűrő | III. szűrő |
|----------------|------------|------------|
| Szeptember 24. | 170 | 180 |
| " 25. | (1800 !) | 460 |
| " 26. | 130 | 230 |
| " 28. | 520 | (1760 !) |
| Október 7. | 330 | 310 |
| " 11. | 310 | 1450 |
| " 13. | 460 | 720 |
| " 15. | 220 | 570 |
| " 17. | 400 | 460 |
| " 22. | 200 | (1770 !) |
| " 23. | 260 | 410 |

Azért választottuk összehasonlításként a III. szűrőt, mert ennél legerősebben különböznek a csirtartalom differenciái, de meg kell jegyeznünk, hogy a többi szűrő adatai is a természetes szűrő adataival egybevetve, ha nem is mindig, de legalább túlnyomó többségben hasonló eltéréseket mutatnak.

A természetes szűrésnek a homokon való átszűrés feletti nagy előnye kiválóan akkor tűnt ki, mikor a homokszűrők működésének beszüntetése után a várost a káposztás-megyeri és a Wein-féle pesti természetes szűrő látta el vízzel. Egész november hónapban majdnem mindennap bacteriologiai vizsgálatnak vetettük alá e kétféle viznek a esőhálózatban meg nem határozható arányban való keverékét, részben a József-körút 80. számú ház, részben az Akadémia-utca 10. sz. ház vízvezetéki csapjaiból véve vizpróbát. A káposztás-megyeri vízműtelep a Duna bal partján, Újpesttől $\frac{1}{4}$ órányira fekszik, s talajvizet szolgáltat, melyhez azonban a Dunához való közelsége miatt a földrétegeken átfiltrálódó dunavíz is van keverve. A helyszínéről vett vizpróbában csak egyszer határoztam meg a csirtartalmát, mert a telep igen távol esik a fővárostól. Ezen egyszeri vizsgálat egy kem. vízben 90 bacteriumot eredményezett. A városi csapokból vett viz bacteriologikus vizsgálatának eredményeit a következő táblázat tünteti fel:

V. Tábla.

| | | A vízvétel helye | Csirtart. 1 kem.-ben |
|----------|-----|-------------------|----------------------|
| November | 10. | Akadémia-utca 10. | 100 |
| " | 11. | " | 84 |
| " | 14. | József-körút 80. | 104 |
| " | 15. | " | 65 |
| " | 16. | " | 120 |
| " | 18. | " | 80 |
| " | 20. | Intézeti csap | 72 |
| " | 21. | József-körút 80. | 150 |
| " | 23. | Intézeti csap | 200 |
| " | 24. | " | 98 |
| " | 25. | József-körút 80. | 115 |
| " | 26. | " | 156 |
| " | 27. | " | 83 |
| " | 28. | Akadémia-utca 10. | 92 |
| " | 28. | Intézeti csap | 70 |
| " | 29. | József-körút 80. | 88 |
| " | 30. | " | 126 |

A csirtalom tehát nemcsak soha el nem érte azt a maximumot, melyet Plagge és Proskauer még megengedhetőnek tartanak, t. i. 300 csirt, hanem még a Koch által megengedett 100 bacteriumnyi maximumot is csak az esetek felében lépte túl. A legnagyobb csirtalom volt 200, a legkisebb 65, az átlagos 110. Már ezen csekély számú vizsgálatból is, az eredmények egybehangzó voltánál fogva, biztos következtetés gyanánt állíthatjuk azt, hogy a természetes szűrő jobb vizet szolgáltat, mint a homokszűrők, ha a víz jóságának criteriumául nemcsak azt tekintjük, hogy van-e a vízben pathogen organismus vagy nincs, hanem hogy milyen nagy a nem pathogen vízi bacteriumok száma.

A népligeti víznek bacteriologiai minőségére nézve semmi biztosat nem mondhatunk. Tíz esetben végeztünk vizsgálatot december 1-ig, s az eredmények oly ellenmondóak, hogy belőlük következtetést vonni nem lehet. Többször volt a csir-

tartalom ezeken felül, sőt egyszer 7000-en is felül volt, máskor pedig 100-nál kevesebb volt a bacteriumok száma; a minimum 30 volt. E nagy ingadozások valószínűleg a vízfogyasztás nagyságától függenek. Ha kevés víz fogyasztatik a reservoirban stagnál a víz, a bacteriumok gyorsan megsaporodnak, ha pedig a vízfogyasztás erős, akkor csirtartalma akkora, a makkora a természetesen szűrt vízé szokott lenni.

A víz bacteriumtartalmának vizsgálatánál a bacteriumok fajait is iparkodtam meghatározni Eisenberg (5), Lustig (4), Zimmermann (7) és Tils (6) munkáinak segítségével. Hogy hányféle vízi bacterium van, azt ma még nem tudjuk, mert a vízi bacteriologia fejlődésének oly kezdő stadiumában van, hogy mindazok a vizsgálók, a kik e tárggyal foglalkoznak, folyton újabb és újabb fajokat írnak le. Így pl. Zimmermann (7) munkájának csak pár hét előtt megjelent második részében 10 új fajt ír le, s még többet a régiebb szerzők, kik e téren úttörők voltak. Lustig az 1893. évig elszórva egyes tudományos folyóiratokban megjelent bacterium-leírásokat egybefoglalva s ezekhez saját vizsgálatait csatolva, majdnem 200 fajt ír le táblázatos összeállításban.

A fajok meghatározásánál úgy jártunk el, hogy az illető bacterium magatartását függő cseppben, fedőlemez készítményen, gelatina-lemezen, gelatin-szűrő-culturában, ferde agarikon és burgonyán megfigyelve, morphologikus és biológikus sajátosságait összehasonlítottuk az Eisenberg, Lustig vagy Zimmermann-féle táblázatokban foglalt adatokkal. Néha megessik, hogy ezen táblázatok egyes valamely bacteriumra vonatkozó adatai s az általunk észlelt viselkedés között kis eltérések vannak, de ezen csekély eltérésekre, a melyeknek pl. csekély méretbeli differenciák, vagy chromogen fajoknál színárnyalatokban való kis különbség, súlyt fektetni nem szabad; ezek nem jogosítanak fel arra, hogy a bacteriumot mint új fajt írjuk le, mert ilyen különbségek a tenyésztalaj összetételének csekély változásai s egyéb eltérő külső körülmények által is létrejöhetnek. Már most is zavart okoz a bacteriologiában, hogy vannak fajok, melyek különböző szerzőknél más és más nevek alatt szerepelnek. Így pl. valószínű, hogy a bac. fluorescens putridus (Flügge), a bac. virescens (Frick) s a bac. fluorescens non liquefaciens ugyanaz a faj; ép így a bac. pyocyaneus (Gessard) és a bac. viscosus (Frankland), s még mások.

Részben a táblázatok tökéletlensége, részben az idő rövidsége miatt eddig csak mintegy 30 fajt diagnosztizáltam, bár az általam megvizsgált vizekben legalább is még egyszer ennyi faj van. Daczára annak, hogy — a már említett okból — lehetőleg óvakodtam oly fajokat, melyek biológiája vagy morphológiája a táblázatok adataitól lényegtelen pontokban eltér, ujjaknak felvenni, mégis találtam néhány oly fajt, melyet még leírva nem találtam. Ezekről beható tanulmányozás után más alkalommal fogok beszámolni, itt csak azt említem meg, hogy kiválóan érdekes egyik faj a dunavíziből, mely pleomorph és pleochrom. Röviden a viselkedése a különböző táptalajokon a következő: gelatinlemezen és szűrőben élénk fűzőld, elfolyósító, gömbölyű és kissé ovalis coccusokból álló culturákat alkot, melyek 6–8 hét múlva fakó-sárgás-zöldekké lesznek, a ferde agarikon szintén coccusokból álló szürkés-kék lepedéket alkot s az egész agartömeg sötét indigo-kék színt nyer, mely áteső fényben biborvörös fluorescentiát mutat s idővel elhalványul; burgonyán egy tömeges piszkos sárgás-zöld lepedéket képez, mely legömbölyített végű, különféle nagyságú vastag bacillusokból áll; végre peptonlevesben fehér pelyheket alkot színek nélkül. Fehér egerekre a gelatin-cultura egy kem.ét a bőr alá feckendezve, 24 órán belül halálos. Leginkább hasonlít még a bac. pyocyaneushoz, mely Gessard (9) szerint pepton- vagy glycerintartalmú anyagon ibolyaszínt, míg albumintartalmú anyagon zöld színt producál. További vizsgálatok lesznek hivatva e két bacteriumfaj közti különbséget vagy hasonlatosságot teljesen kideríteni.

A mi a különböző bacteriumfajok előfordulási gyakoriságát illeti, figyelmet érdemel az a körülmény, hogy némely fajok egy időben igen dúsan vannak a vízben, máskor teljesen hiányoznak, s hogy bizonyos fajok a Duna vizében előfordulnak, a káposztás-magyariban nem, vagy fordítva. Így pl. a

bac. liquidus a káposztás-magyariban viz egyik leggyakoribb bacteriumfaja volt, a dunavízben azonban sohasem találtam. Ez utóbbiban ismét a bac. liquefaciens volt nagy mennyiségben, mely a káposztás-magyariban vízben ritka volt. A bac. janthinust csak kétszer találtam, s mind a kétszer a III. szűrő vizében. A bac. fluorescens liquefaciens a népliget vizében több napon tömegesen volt jelen, máskor pedig hosszabb ideig hiányzott. Vizsgálataink kezdetén a microc. carneus igen sokszor volt a szűrt vízben, október vége felé pedig igen ritkán találtuk stb. E körülményre már mások is figyelmet fordítottak, s az évszakok, időjárás változásainak és más accidentalis tényezők befolyásának tudták be.

(Folytatása következik.)

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(VIII. rendes ülés, 1894. márczius 3-dikán.)

Elnök: Kélli Károly; jegyző: Terray Pál.

Elnök jelenti, hogy Székely Ágoston dr. „Die Behandlung der tuberculösen Lungenschwindsucht“ című művét; Az egyetemi I. sebészeti klinika pedig a Kovács tanár jubileuma alkalmából megjelent ünnepi munkát beküldötte az egyesületi könyvtár részére.

A) Bemutatók.

Syphilitikus primaer sclerosis a tonsillán.

Pajor Sándor dr. Beteg, egy 15 éves szabóinas, e hét elején jelentkezett következő panaszokkal: körülbelül 2 hónap óta folyton növekedő torokfájás, nyelési nehézség, daganat a nyakon, körülbelül 2 hét óta állandó fejfájás, báyadtság.

A beteget megvizsgálva következőket találjuk: a nyak jobb oldalán már messziről szembeötlő egy körülbelül almamekkoraságú daganat, mely a jobb állúg mögött foglal helyet, tömött tapintatú, nyomásra nem fájdalmas, rendes bőrrel fedett, felületén egy barázda tapintható ki — nyilván 2 megnagyobbodott mirigy —, ezen daganat mögött a nyak egész hosszában bab-mandulányi mirigyek egész láncolata tapintható. A nyak bal oldalán hasonlóképen több babmekkoraságú mirigyduzzanat található. A száj és garatúrben ugyanazon assymetriát látjuk, mint kívül a nyakon: a jobb tonsilla ugyanis kis diómekkoraságú, élénk piros színű, a garatívek közül erősen kidomborodik, úgy hogy az uvulát balfelé téríti. A tonsilla felső részében egy csekély szürkés alapú mélyedés, az egész mandula tapintata kemény. A baloldali tonsilla csak igen csekélyet duzzadt, felületén fehéres plaque-al. A köztakarón halványodó barnás foltok, a végtagok belső felületén egyes vöröses-barna száraz papulák. A lágyékmirigyek jobboldalt inkább tapinthatók mint a balon, borsó egész babmekkoraságúak. A scrotum bőre tele van iltetve részint nedvedző, részint már beszáradt széles condylomákkal, melyeknek lenyomata a penis gyökének alsó felületén is látható, a végbélnyílásnál is ül egy condyloma. Különben azonban a penis, praeputium, glans egészen tiszta, előrement fekélyedés vagy beszűródés nyomainak is teljes hiányával.

Ezen tünetekhez hozzávéve még a körülbelül 2 hét óta tartó intenzív állandó fejfájást, báyadtságot és fájdalmat a végtagokban, nem lehet kétség az iránt, hogy syphilissel állunk szemben, melynek betörési helye nem a genitalisokban keresendő, hanem a jobboldali tonsillában.

Diagnostikai tévedések, jóllehet a kórisme könnyűnek látszik, nem ritkán fordulnak elő, legtöbbször a tonsillaris folyamat az angina különféle fajainak, sőt diphtheritisnek is vétetik fel. A helyes kórisme korai felállítása a továbbragályozás immünens veszélye miatt igen fontos.

Marschalkó Tamás. A primaer bujakóros fertőzés aránylag gyakran észlelhető a tonsillákon, és különösen idősebb egyéneknél sokszor tévesztetik össze rosszindulatú daganatokkal, főleg ha a próbaképen rendelt jodkaliumra javulás nem igen áll be. Boroszlóban Mikulicznál látott egy ilyen esetet egy 45 éves egyénnél, kinél már az operációra készültek, és csak midőn váratlanul luetikus kütteg is fejlődött, derült ki a diagnostikai tévedés.

Kélli Károly. Egészen hasonló esetet észlelt kóróján egy fiatal leánynál, kinél a lues kórisméjének helyességét az alkalmazott specifikus gyógyeljárás teljes sikere bizonyította be.

Pajor Sándor. A bemutatott beteg a fertőzés létrejöttének módja felől semmit sem tud mondani. Az irodalmi adatok szerint a tonsillákon az elsődleges bujakóros fertőzés legtöbbször evő-ivóeszközök vagy szivárokok, szipkák, pipák által jön létre.

Nyálkő a glandula sublingualisban.

Epstein Manó dr. Nyálkővet mutat be, melyet a bemutatott férfibeteg nyelvvalatti mirigyében talált, hol a legritkábban szoktak ezen különben is nem valami gyakran előforduló concrementumok képződni.

A beteghez február hó 15-dikén hívták bemutatót, és ekkor előadta, hogy a jobboldali nyelvvalatti mirigye már három év óta, évente 1—2-szer, megduzzadt, ilyenkor fájdalmas volt, különösen savanyú ételre-italra több nyálat produkált, de midannyiszor két-három napi hideg borogatásra ismét meggyógyult.

Most 5 nap óta érez ismét fájdalmat a nyelv alatt, beszédében gátolva van, enni alig tud. Bemutató február hó 15-dikén a következő jelen állapotot találta: a szájüreg alajából a nyelv jobb-oldali széle alatt — ez utóbbitól egy kissé felemelve — élénk piros, domborulatával a szájüreg felé tekintő, ujjvastagságú, érintésre igen fájdalmas képlet — a nyelvvalatti nyálmirigy emelkedik. Igen bő nyálproductió, kerülése minden ételnek-italnak; kisebb fokú nyelési nehézségek voltak jelen, a beszéd is meg volt nehezítve.

Február hó 17-dikén állapota súlyosbodott s a szájban talált lobos folyamatnak megfelelőleg az állkapocs mögött jobbról egy mellülről hátrafelé húzódó, érintésre szintén igen fájdalmas, tyúktojásnyi terimenagyobbodás volt látható. Ily állapotban kereste fel a beteg *Morellit*, ki a bemutató által leirtakhoz hozzátette, hogy a lob a mirigy leghátulsó részére is terjedt egész addig, hol a nyelv gyöke az epiglottisba megy át, továbbá hogy a szomszédos sejtiszövet is a bántalom körébe vonatott. Ajánlatára zincum sulfuricum 1% glicerín-oldatába áztatott watta-gomolyokat helyezett naponta többször a megbetegedett mirigy fölé és száj-öblögetéseket — mint a megbetegedés kezdetén — kalium chloricum és alumen aa 1% oldatával.

Erre fokozatos javulás állott be, mely határozottabbá lett 21-dikén reggel, mikor a beteg a nyelvvalatti szemölestől hátrafelé a nyelvfejtől jobbra kisebb gyűrűlés mellett egy árszem nagyságú, vesecakú, sima felületű, fehéres-sárga követ távolított el. Ezután már italokat képes volt magához venni, itt-ott nyomásra még geny ürült, de teljesen jól még nem érezte magát; teljesen, mintegy egy csapásra csak akkor szüntek meg fájdalmai, midőn bemutató 24-dikén a követ eltávolította.

A kő sárgás-fehér, lepkegubó alakú, 20 mm. hosszú, közepén, hol legrészesebb, 7 mm. átmérőjű. Felülete csak helyenként sima, igen számos szemcsés felrakódással ellátott. Hátsó szabad végén szabad szemmel is jól látható több likacs vezet a kő belsejébe.

A kő, mint ezt a vegyi vizsgálat kimutatta, jobbra savas mészből áll, azonban van benne phosphorsavas mész is, továbbá savakban oldhatlan, de teljesen eléghető, tehát szerves anyagok.

A mi a nyálkő létrejöttének okait illeti, vagy idegen test jutott a nyelvvalatti mirigy vezetékébe és szolgáltatott okot kőlerakódásra, vagy *Litten* szerint a fehérynékben olyan modificatio lépett fel, melyben azok a mészszókhoz bizonyos vegyi rokonsággal bírnak, vagy *Klebs* szerint a vezetékbe jutott gombák körül indulhatott meg mészlerakódás, miután a jelen kőben a vegyi vizsgálat szerves anyagot is kimutató, nines kizárva, hogy e körül indult meg a kőképződés.

Goldzieher Vilmos. Érdekes volna a bemutatott nyálkővek bakteriologiai vizsgálatát is végezni, melynél valószínűleg leptothrix buccalisra lehetne találni. Egy az alsó könyvesatornából szóló által eltávolított kőben streptothrixet talált, míg az ily kővekben is többnyire leptothrix van jelen, mi abból magyarázható, hogy sok egyén gyakran piszkítja be szeméit nyálával.

Verebélyi László. Egyetemi tanársegéd korában két egyénnél látott nyálkővet a nyelvvalatti mirigyben, és ebből következteti, hogy ez a mirigy nem a legritkább előfordulási helye a nyálkőveknek. Az egyik kő, mely birtokában van, 4 cm. hosszú és 1½ cm. vastag.

Epstein Manó. A nyálkővek előfordulásának gyakoriságára vonatkozó sorrendet az irodalmi adatok alapján állapította meg.

Papillomák (habarczok) a húgycsőben.

Feleki Hugó dr. A beteg, kit bemutat, két év előtt végzett első coitus alkalmával blennorrhoeát acquirált, mely mindeddig fennáll. Néhány hét óta van kezelés alatt.

Mi érdeklődésünket magára vonni alkalmas, az a húgycső nyálkahártyáján látható csoportos növedékek, ú. n. polypusok. Az első tükrözvizsgálat alkalmával a p. pendulában közel a bulbushoz egy nagyobb és 2—3 kisebb excrecentiát talált, melyek az ottani nyálkahártyán lévő vastag epithelfelrakódások között foglaltak helyet, és minemiségük biztos megítélését zavarta szürkés-fehér színük. A nagyobb körülbelül félborsnyi növedék a *Grünfeld*-féle szorítókaocsal eltávolítván, a loupe alatt valamint göröcsövi vizsgálatnál papillomának bizonyult. A kisebb excrecentiákat 10%-os argent. nitr. oldattal pusztította el.

Jelenleg a húgycsőnek közel az orificiumhoz eső részében találunk még egy nagy papilloma csoportot, mely köles egész kendermagnyi, gömbölyű sötétpiros képletekből áll, és ezek néhány példánya a tág orificium kellő szétfeszítése mellett segédeszköz nélkül, szabad szemmel is jól láthatók. Elpusztításuk előzetes cocainozás után galvanocauterrel fog történni.

Ez alkalommal — tekintve, hogy az általa észlelt ilyen eseteket legközelebb publicálni szándékozik — csak a bemutatotthoz hasonló bántalom, illetőleg élőben való megállapításának ritkaságát akarja kiemelni. A bemutatott esetet is hozzászámítva, gyakorlatában 5 ily esetet észlelt. Egyet 5 év előtt bemutatott az orvos-egyesületnek. Egy másodikkal a photographiáját mutatja be. A mint látni, ez esetben a papillomák annyira kitöltötték a húgycső lumenét, hogy az orificium ext. tátong. Egyik esete annyiból érdekes, hogy oly egyénnél találta a polypusos növedéket, ki blennorrhoeában még nem szenvedett, mi megezafolja azon szerzők nézetét, kik a papillomák létrejöttét a húgycső gonorrhoeás folyamatól eredőnek mondják.

Basch Imre. Azt a kérdést intézi a bemutatóhoz, hogy e betegénél a húgycső külső szájadéka körül voltak-e papillomák? Szólv több oly esetet észlelt, melyekben a húgycső szájkárából kiindulólag papillomák fejlődtek, kivül a makkon pedig nyoma sem volt papillomáknak.

Feleki Hugó. A húgycsőbeli papilloma-esetek többségében kivül a makkon is láthatók papillomák és épen ezek szokták a figyelmet a húgycsőnek erre való megvizsgálására irányítani. A jelen esetben azonban kivül a makkon nem voltak papillomák és épen ezért kerülték ki a húgycsőben levők kezelő orvosainak figyelmét. Ha *Basch dr.* eseteiben sem voltak a makkon papillomák, úgy ezen esetei szintén a különben ritkábban előfordulók közé tartoznak.

B) Napirend.

Adatok a diphtheria után fellépő hűdések boncztanához.

Preis Hugó dr. A diphtheriás hűdés okát képező idegrendszerbeli elváltozások természetének kiderítése céljából 3 diphtheriás hűdésben elhalt gyermekek idegrendszerét vizsgálta meg, és pedig 2 esetben a gerinczagyat s több peripherikus ideget, a 3.-ban a garatizmokat és azok idegeit, nemkülönb a n. vagust, a n. phrenikust és több más ideget. A gerinczagyban a dúczsejtek atrophijája, helyenként tönkremenése és a gliasejtek nagyfokú túltengése és vérzések, ezenkívül az egyik esetben az egyik oldali *Goll*-féle köteg nagyfokú, a másik oldalnak kisfokú degeneratiója volt jelen. A gerinczagi gyökök egy részében, és pedig úgy a hátulsókban, mint az elülsőkben jelentékeny degeneratiót, helyenként izzadmánygöczokat talált. A legtöbb peripherikus idegben, kivált a vagusban, recurrensben és phrenikusban jelentékeny degeneratio, és helyenként a perineuralis hézagok nagyfokú tágulása és benne hólyagsejtek (*Langhans*) voltak észlelhetők. Hasonló elváltozások látszottak a különböző izmok idegrostpatáitjaiban is.

Ez elváltozások főleg degeneratívek és nem lobtermészetűek, és a diphtheriás mérég által idéztetnek elő, mely mérég iránt az idegrendszer kiváló módon fogékony. A diphtheriás álhártyából kivonható, fehérszínű természetű anyag állatokba befecskendezve, ezekben paresist és az idegek degeneratióját okozza (*Martin*).

A hátulsó gerinczagi gyökökben talált nagyfokú elváltozás, és a *Goll*-féle kötegek elfajulása, mely eddig diphtheriás hűdésnél nem észleltetett, fontos boncztani és klinikai szempontból. Boncztani szempontból fontos azért, mert a hátulsó gyökök a ganglion intervertebraleból, tehát a gerinczagon kívül fekvő helyről indulván ki, fel kell venni, hogy vagy a ganglion, vagy legalább a gyök megbetegedése primaer (a *Goll*-féle kötegeké természetesen secundaer);

ennélfogva joggal vehetjük fel azt is, hogy a diphtheriás hűdést okozó mérge a peripherikus idegekre épen úgy képes hatni, mint a gerinczagi gyökökre és ganglionokra. A diphtheriás hűdés tehát sem nem tisztán centralis, sem nem tisztán peripherikus eredésű, hanem az egész idegrendszernek egyidejű, de nem egyformán intensiv megbetegedése.

Klinikai szempontból a hátulsó gyökök és kötegek degeneratiója, kivált az ágyéki szelvényben azért fontos, mivel megfejtik a térdreflexek megszűnését és a mozgási ataxiát, a mely gyakran észlelhető, a vizsgált esetben is jelen volt.

A vagusnak 2 esetben észlelt nagyfokú elfajulása összhangban áll az ugyanebben a két esetben észlelt gyenge és szapora (132—135) pulussal.

A diphtheriából látszólag felépülő egyének váratlan halála, úgy látszik, a vagus ilyen nagyobb fokú elváltozásában találja okát.

Donáth Gyula. A mai előadás nézete szerint jelentékeny haladásnak tekintendő a hűdések kórboncztanának terén. 1862 óta, midőn *Charcot* és *Déjérine* először írták le a garathűdésnél a nervi palatini kóros elváltozásait, a diphtheritikus hűdésekre vonatkozó nézetek sok változáson mentek át. Előbb a diphtheritikus hűdéseket környéki eredetűeknek, később ismét centralis eredetűeknek tartották; ez utóbbi felfogás mellett különösen az a klinikai észlelet szólt, hogy diphtheritistől a garathűdés csak a localis bántalom teljes eltűnése után szokott fellépni és hogy garathűdés nemcsak torokdiphtheria után, hanem a test bármely részén székélő diphtheria után egyaránt észlelhető. Az előadó kimutatta, hogy a diphtheritis mérge az egész idegrendszert támadja meg. Különösen fontos, hogy előadó a hátsó kötegek és a hátsó gyökök kóros elváltozását is találta, mi arra indít, hogy ezentúl az érzési próbák a diphtheriánál még pontosabban eszközöltessenek. Érdemes volna a diphtheriának az idegrendszerre gyakorolt hatását a tetanuséval összehasonlítani.

Högyes Endre. Egy konkrét esetben (mert az Ferenc öcsését illeti, ki vele együtt lakott Kolozsvárott) alkalma volt a diphtheritikus hűdések kifejlődését és lefolyását a legpontosabban végig észlelni. Öcsese épen, midőn az érettségi vizsga előtt állott, kapott diphtheritist; egy hét alatt a toroktünetek lefolytak, további nyolcz nap alatt elmúltak az első bénulási tünetek is, mint az orrbeszéd stb. Két héttel a localis tünetek lezajlása után albuminuria lépett fel nála, mely 8—10 napig tartott, és mely alatt ismét orrbeszéd mutatkozott, mely azonban az albuminuriával együtt teljesen elmúlt. Körülbelül nyolcz héttel a localis tünetek lefolyása után diplopia, accommodationalis hűdés támadt nála. Csakhamar a diplopia után az alsó, majd a felső végtagok, a hasizmok bénulása, továbbá a garatizmok hűdése fejlődött ki nála. E hűdések 6 héten át tartottak és ugyanazon sorrendben, melyben keletkeztek, mutak el ismét. E konkrét észlelete ellentétben áll előadó azon felvételével, mely szerint az accommodationalis hűdésnek legelőször való fellépése a localis bántalomhoz való közelségből volna magyarázható, mert ezen esetben az accommodationalis hűdés csak nyolcz héttel a localis tünetek lezajlása után mutatkozott.

Az a tény, hogy a diphtheritikus bénulások ily hosszú idő múlva is jelentkeznek az első localis baj meggyógyulása után, továbbá az, hogy e késői bénulások successiv támadják meg az összes testizomzatot, nehezen érthető, ha a diphtheritis vírusát folytonosan circulálni képzeljük a keringésben; e tények inkább emboliás folyamatok felvételére utalnak, melyeket felszólaló úgy képzel, hogy a diphtheritis mikro-organismusai az elsődleges baj fészkekből a nyirok vagy vérkeringés útján a test más tájaira jutnak el, a hol azután felszaporodnak és felszaporodásuk közben termelik a vegyi mérget, mely a középponti idegrendszer egyes helyeinek degeneratiót okozza. Ez embolikus átrakódások successiv ismétlődnek és így lépnek fel a successiv hűdések.

Pertik Ottó. A diphtheritikus hűdések boncztanával volt alkalma Strassburgban igen behatóan foglalkozni, midőn *Meyer Pál*-nak, ki, sajnos, fényes carriéréjének kezdetén 37 éves korban halt el, ez irányban eszközölt vizsgálatainál segédkezett. *Meyer Pál* diphtheritikus bénulások után elhalt egyének összes idegrendszerét a legnagyobb gondtal és kitartással kutatta át, még pedig a környéki idegeknél a *Ranvier*-féle módszert alkalmazta e vizsgálatainál, és kutatásai eredménye gyanánt világosan praecisírozta azt, hogy mint azt előadó is constalálta, a diphtheriás hűdések sem nem centralis, sem nem peripherikus eredetűek, hanem a diphtheriás mérge az idegrendszer minden részére hat és részében idéz elő disseminált kóros elváltozásokat. *Meyer Pál* az idegrendszert nemcsak hossz- és harántmetszetekben, hanem szétszedetett készítményekben is vizsgálta, és azt találta, hogy az idegekben dissemináltan található kóros elváltozások leginkább megfelelnek azoknak, melyeket *neuritis parenchymatosa* vagy *Waller*-féle degeneratio neve alatt ismerünk, a mint ezt már *Déjérine* is leírta, t. i. a protoplasma és a magvak megszorodása mellett a myelin mennyisége annyira szűsödik, segmentálódik, hogy a myelin végre zsírcseppekké esik szét. *Meyer* továbbá azt találta, hogy e neuritis parenchymatosánál, mely sem nem descendens, sem nem ascenden, nemcsak a tengelyfonal lecsapasztása fordul elő, hanem a myelin-hüvely partialis tönkremenése és regeneratiója is lehetséges. A hűdéseknél successiv fellépése könnyen érthető, ha a garat- és orrüreg nyirkedényeinek a subduralis és subarachnoidalis nyirkürökkel való összefüggésére gondolunk, sőt *Fritz Fischer*nek ugyanekkor Strassburgban sikerült a mondott nyirkürökből a garat nyirkedényeit is részben injiciálni.

A diphtheritis gangraenosus alakjánál, melynél az egész betegség csak néhány napig tartott, 7 eset közül négyben sikerült kimutatni a betegség rövid tartama dacára a lágy szájpad finomabb idegágaiban a parenchymatosus degeneratiót. A hűdések lappangási idejének magyarázatát illetőleg némi magyarázatul szolgálhat az, hogy az idegekben már jóval előbb vannak egyes idegrostok elfajulva, de csak ha az elfajulás mind kiterjedtebbé válik, jelentkezik a bénulás.

A mi az érzési próbákat illeti, *Kussmaul* kórodáján a mondott beteget a legpontosabban megvizsgálták, és az érzékenységet csökkentenek találták.

Kétségtelen, hogy hálásnak ígérkezett a kérdést az új vizsgálati módszerekkel újból átvizsgálni, s új az, a mit előadó a hátsó kötegekben talált.

(Hozzászóló 10 drb eredeti rajzot mutat be felszólalása kapcsán.)

Goldzieher Vilmos. A diphtheriás accommodationalis hűdést határozottan centralis eredetűnek tartja: ez az ophthalmoplegia internával teljesen megegyező. Hasonló hűdést észlelünk az ú. n. kolbászmegezésnél, és egyáltalában rothadó anyagok által előidézett mérgezéseknél is. Minthogy e hűdések rövid idő alatt, rendszerint hat héten belül meggyógyulnak, az e hűdéseket okozó szöveti elváltozások a III. agygyomrocs fenekén nem lehetnek mélyrehatók, hanem csak muló természetűek. Nagyon szeretné, ha előadó a n. oculomotorius magvait is szövettani vizsgálat tárgyává tenné.

Kélli Károly. Előadó kutatásait a klinikusok is örömmel üdvözlik, de az ily vizsgálatok eredményeinek teljes megérthetéséhez és értékesítéséhez szükséges ezeket az élőben észlelhető klinikai tünetekkel is egybevetni. Eddigi tapasztalatai alapján azt kell mondania, hogy a diphtheriás hűdések legelőször mindig a localis diphtheriás bántalom közelében lépnek fel, még pedig nemcsak torokdiphtheriánál, hanem a test bármely részén székélő diphtheritikus folyamatnál van ez így. Ennélfogva azt kell mondania, hogy ezek a kezdetben fellépő diphtheritikus hűdések peripherikus eredetűek. Ebből természetesen nem következik az, hogy a később fellépő összes hűdések is mind környéki eredetűek lennének.

Preis Hugó. A diphtheritis mérgeinek vegyi természetét még nem ismerjük, miként nem ismerjük még pl. a rabies és a tetanus vírusait sem, és azért nem magyarázhatjuk még meg a hűdések fellépésének sorozatát és lappangási idejét. A diphtheriás hűdések okozói gyanánt nézete szerint nem lehet emboliás folyamatokat felvenni, mert az idegrendszerben nem emboliák tüneteit, vérzéseket és lágyulásokat, hanem főleg parenchymatosus degeneratiót lehet találni. *Meyer Pál* vizsgálatai, melyek a *Virchow*-féle Archivumban megjelentek, nem voltak előadó előtt ismeretlenek; dolgozatát előadásában fel is említette, de azt nem tudta, hogy *Pertik* részt vett e vizsgálatokban, miután az ott megemlítve nincs. A mit *Meyer Pál* talált, egyáltalában nem azonos előadó vizsgálatainak eredményeivel, mert míg ő csak azt mondotta, hogy a diphtheritikus mérge egyaránt hat a centralis és a peripherikus idegrendszerre, addig előadó kimutatta, hogy a diphtheriás hűdéseknél fennforgó neuritis parenchymatosa sem nem descendens, sem nem ascenden, és jelentékeny kóros elváltozásokat constatált a hátsó kötegekben is. A *Ranvier*-féle eljárást sem *Meyer Pál* használta először ily vizsgálatokra, több évvel előtte már *Déjérine* is alkalmazta. Előadó nagyobbára kereszt- és hossz-metszeteket vizsgált és csak elvéve szétszedetett készítményeket, mert fő célja nem az elváltozások minőségének constatálása volt, hanem az, hogy az egész idegrendszeren keresztül menve, meghatározza, hogy a diphtheriás hűdések mily eredetűek.

Ha a diphtheriás accommodationalis hűdés központi eredetű is, a mérge bizonyára a nyirkutakon át jut a III. agygyomrocsba. Azt, hogy egyes bénulások peripherikus eredetűek lehetnek, megengedi.

Közkórházi orvostársulat.

(IV. bemutató szakülés 1894. február 21-dikén.)

Elnök: *Koller Gyula*; jegyző: *Mohr Mihály*.

(Vége.)

Atrophia muscularis diffusa ex polyneuritide.

Takács Endre m.-tanár. W. Teréz, 28 éves, 1893. augusztus 8-dikán vétetett fel bemutató osztályára. A beteg 1892. évi július hóban felmelegedés után megázott és már a következő napon vállal táján erős fájdalmakat érzett, melyek a felső végtagokba sugározta ki. Csakhamar a felső végtagok mozgása nehézkes lett és bennök az érzés nagy mérvben csökkent. Lassanként a fájdalmak a törzsben és az alsó végtagokban is felléptek, követe e testrészek mozgási gyengülése által. A beteg megtekintésekor a vállperezre támaszkodó izmok nagyfokú tömegesökkenése tünt fel. Ez izmok működése úgyszólván semmi. De nincs az egész testen egyetlen izom, mely működési erélyét megtartotta volna. A felső végtagok egész felületén, a törzsön jobbról a 2., balról az 5. bordától lefelé, valamint az alsó végtagokon a bőrérzés általában csökkent. Felületes érintéseket a beteg nem jelez. Erősebb nyomás vagy csipés fájdalmat vált ki. A betegnél az anaesthesia dolorosának egy neme van jelen. A hőérzés bizonytalan, magasabb hő-

különbözet fájdalmat okoz. Ilyen a villanyos bőrérzékenység is. A hely- és a helyzetérzék igen homályos. Felületes érintésekre, kisebb ütésekre a felületes és mély reflexek hiányzanak, ellenben a már fájdalmas érintések, ütések heves reflexeket váltanak ki. A beteg az idegek mentén spontán fellépő szaggató fájdalmakról panaszkodik. A gerincoszlop nyomása sehol sem fájdalmas, ellenben az idegfonatokra és idegekre gyakorolt nyomás mindenütt fájdalmat okoz. A jobban megtartott izmokban úgy a bevezetett, mint állandó áramra csak mennyileges összehúzóási változást lehet észlelni; míg az erősen sorvadott izmok egyes rostjaiban már az elfajulási reactio volt kimutatható. Az egész testen, a fej és nyak kivételével, az izmokban fibrilláris rángások voltak. A hólyag és végbélműködés rendese.

Jelenleg lényeges javulás mutatkozik már az izomműködésben; de az érzési körben még a fentebbiek nagyrészt észlelhetők.

Az elmondottak alapján nem lehet kételkedni a felett, hogy esetünkben kiterjedt csúszos idegglobbal és következményeivel van dolgunk; és így a kórismét polyneuritisre kellett tenni. Mint-hogy pedig a polyneuritis elterjedt izomsorvadást okozott, a teljes kórisme ez esetben: Atrophia muscularis diffusa ex polyneuritide.

A vékony- és vastagbél határterületének resectiója.

Herczel Manó főorvos. (E bemutatót lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.)

Koponyasérülés miatt végzett Müller-König-féle osteoplastica esete.

Haberern Pál m.-tanár. E 24 éves napszámosnál a múlt évi május hó 15-dikén nyílt koponyatörés után visszamaradt csontdefectust pótolta a Müller által ajánlott és először König által végzett módszer szerint.

Nevezett beteg ugyancsak a múlt évben február hó 23-dikán vétetett fel első ízben bemutató osztályára a baloldali falcsont nyílt törésével, melyet egy épülő ház állványának összeomlásakor szerzett, a mikor ezen sérülésen kívül több töréssel nem járó zúzódást is szenvedett a homlok és a fejtető különböző részein.

Ezen esettel bemutató a szt. Rókus-kórház évkönyvében megjelenendő közleményében részletesen fog foglalkozni, és ezért a töréssel járó agysérülésről, facialis hüdésről, felső végtaghüdésről és annak javulásáról, gyógyulásáról e helyen nem óhajt hosszabb beszélni. Csak annyit jelez, hogy a beteget május 2-dikán gyógyult fejsebekkel kibocsátotta, miután a beteg abba, hogy a falcsonttörés helyén levő agylüktetést mutató, csak bőrrel fedett defectust műtét által csontosan fedje be, nem egyezett be.

Csakhamar azonban ismét felvettette magát, kérve, hogy az ajánlott műtétet hajtsuk rajta végre.

Ezt bemutató május 15-dikén a beteg kívánságára narkosis nélkül akként végezte, hogy a körülbelül 4 cm. hosszú, 3 cm. széles csontdefectus felett egy alapjával mellfelé néző bőrlebenyt választott le a duráról, illetőleg alól a periosttól, azután a középvonal felé egy ennél valamivel nagyobb, alapjával hátrafelé néző lebenyt fejtett le, melynek vége állott a csontdefectus mekkoraságának megfelelően a bőrperioszt és a csont külső részéből a diploë közepéig, a lebeny alapján pedig, hogy könnyen áthajlítható legyen, csak bőr és periostból. Így tehát csont jutott a defectus helyére a dura fölé, t. i. periost, a tabula externa és a diploë külső része, azon esontrésztelen pedig, a honnan a csontot vette, maradt a diploë belső része és a tabula vitrea, és ez fedve lett a törés helyéről vett bőrlebennyel.

Természetes, hogy a lebeny csontos részletének leválasztása vésővel történt.

Nemsokára 10 hónapja lesz, hogy bemutató a műtétet végezte, és most az áttütemtett csont keménységéről meg lehet győződni, valamint arról is, hogy a külső részéről fosztott csont is elég erős.

A teljesen levált tört csontokat szintén bemutatta.

Hemiplegiának halállal végződött ritkább esete.

Székács Béla dr. főorvos. Folyó év január 2-dikán egy 40 éves napszámos vétetett fel a bemutató osztályára, kinél az influenza szokásos kórképe volt észlelhető. Január 18-dikán reggel Demkó dr. segédorvos azt jelentette, hogy a betegnél apoplectiform-roham állott be. A beteg eszméletét veszítette, testének jobb fele bémult

lett és aphasia támadt nála. Minthogy az eset egy 40 éves iszákos embert illetett, bemutató első sorban apoplexiára gondolt, másod-sorban pedig, bár a beteg szívét épnek találta, embolia lehetőségére is figyelemmel kellett lennie. Midőn a bemutató a beteget megvizsgálta, az eszméletlen betegnél tényleg hemiplegiát talált, és e mellett feltűnő volt, hogy a beteg bémult jobboldali ujjában folytonosan apró rángások voltak, és hogy ugyanilyen, locomotióval járó, tehát nem fibrilláris rángások mutatkoztak a nyelven is, és különösen feltűnt az, hogy a kezujjak és a nyelv klonikus görcsei teljesen egyidejűleg, ütemszerűen léptek fel. Bemutató azonnal arra gondolt, hogy az agykéregbántalmaknak még ingatag alapon nyugvó kórismézésében a tumor, a góczszerű megbetegedés legmegbízhatóbb tünete az, ha a bémult testrészekben görcsök lépnek fel. Egy hasonló esetet már az Orvosi Hetilap 1881-diki évfolyamában közölt. Feltűnő volt a most bemutatott esetben az is, hogy a rhythmikus rángások egymástól oly nagyon távol álló testrészekben, mint a kezujjakban és a nyelvben mutatkoztak, melyeknek motorikus centruma azonban egymásnak tözsomszédságában van. Tudvalevőleg Ferricr-nek majmokon végzett kísérletei és Nothnagel klinikai megfigyelései kétségtelenné tették, hogy az orolingualis és a kéz ujjainak motorikus centruma egymás mellett van a mellső, illetve hátsó centralis gyrusban, melyeket a sulcus Rolandi választ el egymástól. Innen van pl. az, hogy kezdő zongorázók a zongorázás közben mindenféle arczfintorgatást végeznek. Már 1881-ben irt bemutató e tárgyról egy kis népszerű értekezést a természettudományi közlönyben „A nehezebb kézi munka közben fellépő arczfintorgatások” czimén. Ezeknek tudtában bemutató azonnal azon véleményének adott kifejezést, miszerint daczára annak, hogy ez esetben a bémulás oly hirtelen állott be, mégis a baloldali agykéreg valamely góczszerű megbetegedése forog fenn, mely az orolingualis és a kezujjak motorikus centruma táján székel. A bonczolás, melyet Minich Károly dr., a kórboncztanai intézet tanársegéde végzett, bemutató kórisméjét teljesen megerősítette.

Minich Károly. Az eset, melynek klinikai tüneteit Székács főorvos most ismertette, múlt hó végén került autopsiára. A tüdők, a vesék, a lép chronikus, de nem destructív természetű tuberculosisa mellett a koponyaúrban voltak a legfontosabb elváltozások találhatóak. A koponyaúr megnyitásánál a baloldali félteke fölött a kemény agykér erősebben feszültnek bizonyult, a lágy agyburkok vérszegények, a chiasma a pons tájékán és a bal Sylvius-árok kezdeti része felett elhomályosodottak, tüszúrásnyi áttetsző göbcsékekkel behintettek; a Sylvius-árok hátsó részlete, a sulcus Rolandi környezetében a lágy agyburkokban a véredények lefutását követő egész lencsenagyságú, szabálytalan, egymeműen sajtos lemezkék fekszenek, melyek kiválóan a barázdák völgyei felett helyezvők el. Ezen utóbbi elváltozás kiterjedésében, tehát a Sylvius-árok és a sulcus centralis tájának megfelelőleg, a kéregállomány a lágy agyburki sajtos lemezzel egybefolyó, halvány kénysárga réteggé alakult, melyet befelé a vizenyösen duzzadt, lágyult fehér állomány határol. Az operculumban, részben a gyrus para- és postcentralis alsó részletére is áttérjedve egy körülbelül diónyi, szürkés-vörhenyes, egymemű metszlapú gócz foglal helyet, a mely hossztegyével frontális síkban helyeződik el, és melynek külső vége éles határ nélkül folytatódik a kéregbéli sajtos lemezekbe. Ezen gócz körül tüszúrásnyi vérszékéből álló sötétvörös udvar található, mely ismét vizenyösen lágyult, pépes, fehér állomány által öveztetik.

Az egész eset keletkezésének történetét következőleg képzelhetjük el: Legrégibb elváltozásnak, ha annak kiterjedéséből keletkezési idejére következtetnünk szabad, az operculumban fellépett tuberculomot kell tartanunk; ennek szomszédságában kifejlődő tuberculosis encephalitis indította meg a kéregbéli sajtosodást és a lágy agyburkokban fellépett sajtos lemezkék fejlődését; a chronikus gümös agyhártyalob adott alkalmat a baloldali acut basilaris meningitis keletkezésére; az utóbbinak kezdeti szakában beálló hyperaemiával hozható oki összefüggésbe a solitaer tuberculom környezetében fellépett vézés és vizenyő is. Hogy mindezen folyamatok tényleg tuberculosis eredetűek, bizonyítja nekünk az acut basilaris agyhártyalob, valamint a gócsövi vizsgálat is, a mely a metszetekben számtalan tuberculosis bacillust mutatott ki.

Ezek szerint a kéregállomány és lágy agyburkok azon chronikus lefolyású tuberculosis lobfolyamata forog fenn, a mely encephalitis caseosa tuberculosa-nak, illetőleg leptomeningitis tuberculosa chronica-nak neveztetik és a mely egy az operculumban székelő tuberculosis gócz következményes bántalmaképen jutott kifejlődésre. A legnagyobb elváltozások, valamint a legkésőbb fejlődött vérszékék az operculumban és a sulcus Rolandi alsó vége körül székelnek, tehát részben azon a tájékon, melyet az agyélettan az orolingualis tájék kéregcentrumának tart, részben pedig ott, a hol a kezujjakat beidegző központ fekszik, és így érthetővé válik a klinikai észlelet is, a mely a nyelv és a kezujjak sajátszerű együttmozgását állapította meg, és mely a klinikai kórisme alapjául szolgált.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Ünnepi dolgozatok Kovács József dr. negyedszázados tanárságának emlékére. Szerkesztette Bakó Sándor dr. és Buday Kálmán dr. közreműködésével Réczey Imre dr. egyetemi ny. r. sebészet-tanár. Budapest, 1894.

Az előtünk fekvő 245 nagy folió lapra terjedő munka mindenekelőtt Kovács tanár sikerült arezképét tartalmazza. Azután Réczey tanárnak a jubileum alkalmával elmondott ünnepi szónoklata következik, mire 9 táblán jön 119 arezkép a volt tanárságé és mütönövendékek részéről. Azután következnek az ünnepi dolgozatok, melyek a következők: *Mihálkovics Géza* dr.: A herecsövek szöveti szerkezete (I., II., III. tábla); *Thunhoffer Lajos* dr.: Régibb és újabb vizsgálatok a középponti idegrendszer alkotó sejtes elemekről (IV., V. tábla); *Verebélyi László* dr.: A veleszületett végbélrendellenességek (VI. t.); *Farkas László* dr.: A prolapsus recti sebészi elhárításának módjáról; *Réczey Imre* dr.: Képző műtétek (VII., VIII., IX. t.); *Báron Jónás* dr.: A lágyéksérv egy különös alakjáról; *Bakó Sándor* dr.: Az állandó katheter szerepe a húgycső-szűkületek kezelésében; *Makara Lajos* dr.: A húgycső-szűkületek kezelése; *Nuszer Lajos* dr.: Adatok a golyva-kiirtás operációjához (táblával); *Schächter Miksa* dr.: Végbél-visszéresomók kezelése carbol-befecskendéssel; *Engel Gábor* dr.: A méhrák sebészetének mai állása; *Marosi Kálmán* dr.: Sérv által keletkezett bélsársipoly gyökeres műtétének két gyógyult esete; *Buday Kálmán* dr.: A hideg tályogok kezeléséről; *Iszlay József* dr.: Részvázlatok a fogültetésről; *Nagy Emil* dr.: Az obturatorokról (VI. t.); *Munkácsy Pál* dr.: Négy koponyasérülés esete; *Feleki Hugó* dr.: Adatok a húgyhólyag tuberculosisának kór- és gyógytanához; *Alapi Henrik* dr.: A belső húgycsömetszés az idült kankó gyógykezelésében; *Prochnov József* dr.: Húgykő-műtétekről; *Farkas Jenő* dr.: A craniektomiáról; *Aczél Károly* dr.: A tuberculum anatomicum egy esete; *Lévai József* dr.: Észleleteim a sebészi gyakorlatból; *Szekeres József* dr.: Ranula műtete; *Bogdán Aladár* dr.: A füllégzuhanyozás új és igen egyszerű módja; *Gáspár Ferencz* dr.: Az orvos a tengeren.

A gazdag tartalmú és nagy luxussal kiállított munkát Kovács tanár tanítványai adták ki, melynek külső eleganciája egyaránt dicséretére válik úgy a szerkesztők izlésének, mint a Franklin-társulat nyomdájának. — m.

II. Lapszemle.

Sebészet.

Ondóhólyag-gyuladás. E baj ritkábban kórisméztetik, mert ritkán lesz a beteg tüzetes vizsgálatnak alávetve. Az ondóhólyag lobos bántalma pedig elég gyakori. Oka e bajnak: a kankónak a húgycső mélyebb részébe való behatolása, erős sexualis izgalmak, a genital tractus gümös megbetegedése. Heves gyuladás ritkábban észlelhető, mert a baj tünete a prostatitis és a hólyag nyaki részletének symptomái alá rejtőzik. Ezek aláreza alatt sokszor elkerüli az orvos figyelmét. Sokkal gyakrabban diagnostizáltatik a subacut és az elévült alak. A chronikus vesiculitis az esetek túlnyomó számában kankós fertőzésre vezethető vissza. Ezen alak fő tünete a nemi élet zavarában áll. Így a sexualis inger majd fokozott, majd pedig gyengült, midőn nagy súly fektetendő az önkéntelen ondófolyásra, az ondó minőségére, mely olykor vérrel kevert. Többnyire vizelet nehézségeivel küzd a beteg s a neurasthenia változatos alakját mutatja. A milyen feltűnő a gonorrhoea által felidézett vesiculitis, olyan lassú és gyakran tünetnélküli a gümőkóros alapon nyugó. Gyakran a húgyhólyag és a prostata gümös megbetegedését kíséri. A tünetek gondos megfigyelése után physikalisk vizsgálatnak vetjük alá a beteget, mely abból fog állani, hogy *telt* hólyag mellett mélyen benyulunk a végbélbe mutató-ujjunkkal s felkeressük az ondóhólyagot a prostata mögött. Balkezünkkel a hasfalra gyakorolunk nyomást, hogy így a telt húgyhólyagot még inkább a vizsgáló ujj felé nyomjuk. E bimanualis vizsgálattal kipróbáljuk a prostatikus részbe az ondóhólyag tartalmát, melyet azután a beteggel kivizeltetünk egy tiszta pohárba. Az így eltávolított nyákos anyagot azután mikroskoppal vizsgál-

hatjuk meg. Heveny esetekben sebészi beavatkozásról nem is lehet szó. Gümőkóros esetekben, midőn a folyamat megállott, azok kiirtása lehet javalva. Elévült esetekben — hol az ondóhólyag falzata elvesztette rugalmasságát — per anum ujjal nyomja ki Sz. az ondóhólyag tartalmát. Sz. még azt is ajánlja, hogy kolpeuryntert helyezünk a végbélbe, melynek segítségével szintén türesen tartható a vesicula. [Az ondóhólyag jobbára mint elévült baj kerül orvoslás alá. Rendesen gyógyulni szokott, ha a beteg nemileg nyugodt életet folytat, ha kerüli az izgalmakat s ha az esetnek megfelelő hydrotherapiának veti magát alá. Az erős injectiók s a sonda-kúra határozottan elvetendők. Ha egyidejűleg a húgycső még beteg, úgy ez enyhe módon kezelendő, a beteg által használt injectiók azonban többet ártanak, mintsem használnak. Referens.] Sz. egy és fél év alatt húsz esetet észlelt, melyek jobbára kankós megbetegedéssel függtek össze, vagy annak lezajlása után léptek fel. Az ifjú és gyermekkorban üzött sexualis izgalom szintén befolyásolja a bajt. (E. Fuller. Jour. of cut. and genito-urin. 1893.)

Novotny dr.

Szüléset és nőgyógyászat.

Az inoperabilis méhrák palliatív kezelésére a salicylsavat ajánlja *Bernhardt*. Alkohollal 6%-os oldatot készít a salicylsavból és ebből 4 naponként végez parenchymás injectiókat. Minden ülésben 7—10 helyen szúr be és mérsékes nyomás mellett csak egy-két cseppet injiciál a daganatba. A hatás eelatsans. Rövid idő alatt szűnik a vérzés vagy a büzös véres folyás, a fájdalmak elmaradnak és javul az általános állapot is. A salicylsavval kezelt carcinomás daganat zsugorodik, felszine simább lesz és epithellel nő be. (Centralblatt für Gynaekologie Nr. 39.)

A méhenkivüli terhességről. *Martin A.* 1893. május 12-dikén Berlinben a szülészek és gynaekologusok egyesületében a méhenkivüli terhességről értekezett s több eddig homályban levő kérdést megvilágított.

Az ektopikus terhességi eseteknek egész sorozata lett már közölve, a nélkül, hogy a pervers pete insertio aetiologiájának kérdését lényegesen tisztázták volna. Az ismert hypothesis a coitus megzavarásáról, valamint a petevezeték világrahozott rendellenes alkata csak egyes kivételes esetekben bírnak jelentőséggel. Mechanikus akadályok (minők megtörés, kigyózás, csavarás) szintén csak elvétve jöhetnek szóba. *Martin* 7 év előtt gyanuját fejezte ki, hogy a petevezeték lobos megbetegedése jelentékeny szerepet játszana a pete méhenkivüli megtapadásának okai között. Minél több tubát vizsgált azonban tubaris terhességnél, annál inkább felhagyott saját hypothesisével. Az esetek túlnyomó számában ugyanis a tuba median része oly keveset van elváltozva, az epithel ép, a nyálkahártya egyedül csak consentiv duzzanati állapotban, hogy e mellett egyes közlések a nyálkahártya genyes megbetegedéséről és elpusztulásáról ép úgy alig jönnek szóba, mint az esetleges kigyózás, csavarás és megtörés.

Az endosalpingitis purulentát legtöbb esetben úgy foghatjuk fel, mint améhenkivüli terhesség következményét. A tuba nyálkahártya-megbetegedése leggyakrabban maga után vonja a tuba abdominalis végének atresiaját, mely secundaer is keletkezik, a méhenkivüli terhességhez társulni szokott pelveoperitonitis következtében. Kifogástalan esetet még nem közöltek, hol a tubán terhesség előtt keletkezett szűkületet lehetett volna kimutatni. Az atresia tubae-nak a tubaris petemegtapadás aetiologiájában nincs jelentősége, miután az elzárt petekürt úgy sem eshet teherbe.

Martin nem ért egyet *Fritsch*-sel, ki a méhenkivüli terhességek leggyakoribb okának a pelveoperitonitist tartja; mert igaz ugyan, hogy az esetek többségében jelen van, de ez consecutiv, mert hogy előbb jelen volt légyen, gyakran nem valószínű, és hogy teljesen hiányozhat is, bebizonyított tény.

Több szerző és utoljára *Engström* constatálták, hogy méhenkivüli terhesség különösen oly nőknél fordul elő, kik valamely genital bajban szenvedtek. *M.* szerint nem valószínű, hogy a méh nyálkahártyának egy megbetegedett részlete, annál inkább a tubaé, képes legyen deciduát és kellő edényrendszert alkotni, melyek pedig a foetus fejlődésének elegendhetlen feltételei. Felveszi, hogy csak normalis nyálkahártya képes erre és ezt beigazolvva látja készítményein is, hol a deciduában és a pete tapadás helyén lob nem

mutatható ki. Vagy ha beteg volt is előbb az illető részlet, úgy midőn a pete rajta megtapadt, már meggyógyult.

M. szerint mindaddig, míg nem lesz felderítve, hol történik physiologicz az érintkezés sperma és pete között, bizonytalanságban lesz a méhenküli terhesség oktana.

M. Wyderrel felveszi, hogy ezen contactus rendszeren a méh üregében történik. Spermatozoák csak elvéve jutnak a tubába. Ezen kivándorlásra talán praedisponál egy előbb jelen volt lob. A hol a contactus történik, ott marad a pete. Ha az illető talaj alkalmas a pete táplálására, úgy fejlődésnek indul a pete, míg ha nem, a megtermékenyített pete is elvész rajta. A pete vándorlása a tubában még nincs tisztára derítve, annál nagyobb homályban van, hogy a megtermékenyített pete képes-e egyáltalán tova vándorolni, és így Sippel hypothesise eszik, ki felveszi, hogy a megtermékenyített pete útjában valamely mechanikus akadály (pl. nyálkahártyarepedő) által fel lesz tartóztatva.

A mi a primaer abdominalis terhességet illeti, ismereteink még hézagosa. Abdominalis terhességről csak akkor lehet szó, ha mindkét egészséges tuba és ovarium kimutatható, továbbá egy egészen peritoneumból képződött decidua.

A pete megtapadhat a fimbria ovaricán. Egy ily esetet közöl Martin, hol a körülbelül 4 hetes pete a fimbria ovaricán tapadt. Feltehető, ha e pete tovább fejlődik, hogy a placentaképzésben a szomszédos peritoneum is résztvevő volna. Már most egy későbbi vizsgálatnál ovarium és tuba épenk tűnt volna fel, a fimbria ovarica valószínűleg placenta maternába ment volna fel és ekkor az egész úgy imponált volna, mint egy *primaer abdominalis terhesség*.

Hogy *ovarialis* petemegtapadás és így terhesség létezik, azt Mackenrodt esetén kívül M. saját praeparatumával is igazolhatja, sőt nemesak egy normalis folliculus, hanem egy elváltozott is alkalmas petemegtapadási helyül.

Méhenküli terhesség *ovarial-tubában* még kevés van ismertetve. Ritkák az ily esetek, mert egyáltalán nők beteg adnexákkal ritkán esnek teherbe, másrésztől meg nagyon sokfélék az itt kifejlődő anatómiai viszonyok. (M. 5 esetet közöl részletesen.)

Tubo-ovarialis tumoroknak nevezik azon tumorokat, melyek úgy keletkeznek, hogy a beteg tuba és ovarium egy massává nőnek össze. *Ovarial-tubák*-nak pedig nevezi M. azon eseteket, hol egy ovarium cysta vagy folliculus ürege a tuba lumenével összefolyik. Az ovarial-tuba a Burnier-féle hypothesis szerint úgy keletkezik, hogy egy ovarium cysta és hydrosalpinx érintkezési helyén a közti falak elvékonyodnak és végül felszívódnak. Vagy ha az érintkezési felszínen a hártya megpattan, akkor a fimbriák, melyek eddig a tuba lumené felé voltak fordulva és peritonealis felszínükkel össze voltak tapadva, az ovarium cysta belsejébe jutnak és ennek belső felszínét kibélelik.

M. 1886-ban közölt egy esetet, melyben egy ovarial-tuba úgy keletkezett, hogy egy pyosalpinx és elgenyedt ovarium folliculus érintkezési fala elgenyedt. Ilyen keletkezési módnál a fimbriák is áldozatul esnek.

M. 3 esete kapcsán még egy harmadik keletkezési módot is felvesz, a midőn a tubának nemesak fimbriás vége, hanem az ampullának is egy nagy része beelég a cysta üregébe. Ezek keletkezését úgy magyarázza, hogy az ovarium cystás degenerációjánál nem egyszer, a mint erről laparotomiáknál meggyőződni, egy megrepedt folliculus ürege mellett vannak a fimbriák. Ha most pelveoperitonitis folytán összenő a tuba és ovarium, igen könnyen a folliculus üregébe jutnak a fimbriák és az előbbinek szélei emezt körülölelhetik.

Ezen összetapadás jelentősége különféle lehet a terhességre. Ha ugyanis egy folliculus savós tartalma kiürülhet a méhen át (salpingitis profluens), úgy könnyen képzelhető, hogy egy kiszabadult pete is bejuthat a méhüregbe, hol megtermékenyülve, normalis terhesség keletkezhet. De a pete megtapadhat a tubában is (tubaris terhesség), és végül a folliculus üregében, mikor is ovarialis terhesség keletkezik.

Ovarialtuba-terhességnél a kimenetel különféle lehet. M. 3 esetet közöl, hol már a 4—5-dik héten beállott a catastropha, még pedig úgy, hogy vérzés támadt a petemegtapadás helyén a tubában, s a vér nem a tuba falát, hanem miután a nyitott fimbriákon át az ovarialis üregbe jutott, ennek falát repesztette meg. Ovarialis insertiónál hasonló kimenetelt látott. Úgy látszik,

hogy a ritkán előforduló ovarialtuba-relatio gyakran függ össze terhességgel.

A méhenküli terhesség kimenetelének azelőtt csak a következő eseteit vették fel: a petetömlő rupturája, a pete szétesése, a pete visszafejlődése (lithopaedion, zsugorodás, munificatio); de hogy a tuba physiologikus nyílásán át is távozhat a pete, erre csak 6 év előtt hívta fel a figyelmet Werth, és ezt „*tubaris abortus*”-nak nevezte. Az is lehetséges, hogy a pete teljesen felszívódik és a tömlő visszafejlődik (th. gyógyulás).

Martin 61 méhenküli terhesség esetet közölt, 41 esetben volt tubaris insertio, és ezek közül 16-szor abortus.

Tubaris terhességnél az első hónapokban gyakoribb az ú. n. „abortus”, úgy hogy ezt tekinthetjük rendszernek, míg ruptura csak ott történik, hol az abortusnak valami útjában áll. A tubaris abortus csak abban egyezik meg a méhivel, hogy mindkét esetben természetes utakon távozik a pete, s míg a méhből történő abortusnál contractiók lökik ki a petét, addig a tubából a vérzés. A vérzés szerinte úgy keletkezik, hogy incongruentia támad a pete és tápláló talaja között, és miután a véredényeknek nincsen megfelelő támasztó készülékük, könnyen repednek. Néha trauma okozza a rupturát.

A keletkezett vérzés leválaszthatja a petét és az abdominalis nyíláson át kilöki. Ez a ritkább. Gyakoribb, hogy a vérzés csekély, illetőleg a pete nyomása azt megszünteti. A pete e mellett tönkre mehet, vagy teljesen kitöltődik vérrel, vagy ritkán tovább is fejlődik. A vérzés több ízben is jelentkezik, míg végül végzetes lehet a nőre. Ilyen ismétlődő vérzéseknek megfelelnek a klinikus tünetek is: ismétlődő collapsus és rohamokban jelentkező fájdalmak. Ezen fájdalmakat nem szabad „*tuba fájások*”-nak nevezni vagy tekinteni, mert nem a tuba-contractiói által váltatnak ki. M. szerint a tuba a muscularis rovására vékonyodik meg, és az így atrophizált tuba képtelen összehúzódni; másrésztől meg a legtöbb esetben annyira össze van növe a szomszédos részekkel, hogy már e miatt sem képes motus peristaltikusra. A fájdalmak úgy származnak, hogy a növekvő pete vöngálja a tuba peritoneumát, vagy a fájások esetleg méh-contractiók, melyeket a vérzés folytán a genital apparatusban beállott változó vérnyomás vált ki.

A pete kitolatása M. szerint nem tuba-contractiók folytán, hanem azon vérzés által eszközöltetik, mely a petemegtapadás helyén támad. (Berliner klinische Wochenschrift. 1893. Nr. 22., 23., 24.)

Polgár Emil dr.

Apróbb jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. A chlorosis ellen fogantatógyógyeljárás *Hayem* a következőkben foglalja össze: ágyban fekvés 2—3 héten keresztül; a táplálék — minthogy az esetek többségében hyperpepsia van jelen — tejből és húsból álljon (óránként egy pohár főlözött tej, továbbá délben és délután 5 órakor 100 gramm nyers hús-vakarék). Két hét múlva rendszeren már tetemesen javult az állapot és ekkor megkezdhető a vas adagolása (10—20 centigramm ferrum protoxalatum naponként kétszer étkezés előtt). Étvágy jelenlétének esetén ilyenkor naponként három étkezés engedhető meg; a táplálék könnyen emészthető legyen. Ha a beteg már kissé erőhöz jutott, eleinte 2, azután 4, majd 6 órára elhagyhatja az ágyat. Hypopepsia esetén a vassal egyidejűleg sósav is rendelendő (1% -os oldatból naponként kétszer egy-egy evőkanálnyi az étkezés után). (Méd. moderne, 1893. 26. sz.)

2. Influenza eseteiben nagyon jó eredménnyel használja *Graetzer* az antifebrint Dower-porral kapcsolatban: Rp. Antifebrini 0.25; Pulv. Doweri 0.15. M. f. pulv. Da tal. dos. Nr. X. S. 3 port naponként. (Therap. Monatshefte, 1894. január.)

3. Szemölcsök ellen *Palm* a következő folyadékok helyi alkalmazását ajánlja: Rp. Acidi trichloracetici 9.0; Alcohol. 1.0. M. D. S. Naponként egyszer kenendő be vele a szemölcs. Rp. Acidi salicylici, Acidi lactici aa 5.0; Collodii elastici 10.0. M. D. S. Naponként kétszer alkalmazandó. (La semaine médicale, 1893. 58. sz.)

4. Pruritus vulvae eseteiben *Meisel* mosogatókat ajánl a következő oldattal: Rp. Kalli bromati 10.0; Lupulini 10.0; Calomelanos 50.0; Ol. Olivarum 150.0. Használat előtt felrázandó. (Bulletin général de thérapeutique, 1894. 4. sz.)

TÁR C Z A.

Külföldi facultásokból.

Bécs.

(Egyetemi bajok. Nemzetközi jelleg. Cursusok. Reformtörékvések. Tantervek és intézetek. A kórboncztanai tanítás.)

1894. februárius.

(Folytatás.)

A bajokon segített, a facultás egyes tagjai reformok létesítését ajánlják. Stricker nagy feltűnést keltett cikkeiben, először a tanári testület helyes kiegészítéséről kíván gondoskodni oly módon, hogy minden protectionnak elejét vegyék a személyi ügyek nyilvánossá tétele által. Legyen joga minden doctornak folyamodni a docenturáért, ha érdemes rá, tekintet nélkül arra, vannak-e a facultás tagjai között jóakarói, vagy sem. Ne kapjon senki állást pro merito patris. Töröljék el teljesen a kötelező tantárgyakat, s a vizsgáztató tanár csak a jelöltek számáról kapjon értesítést, a név s a többi legyen mellékes. Az óradíjazást meg kell tartani, mert a pausále rendszerrel eltompítják a munkakedvet. Adják meg a magántanároknak is a teljes venia docendit, hogy a verseny a lehető legélénkebb legyen.

A szigorlati szabályok általában reorganizálandók. Ő Felsője már kilátásba helyezte a legislativa elején mondott trónbeszédében e szabályok megváltoztatását; erre valóban égető szükség van. Jelenleg sem a boncztan, sem az élettan és kórboncztan elméleti előadások nem kötelezők! A bacteriologiat és kórszövegtant nem tanítják. Egy nagy visszaesés ez az 1876. szabályzat a régi állapotokhoz képest, mert kizárólag a belgyógyászatra és sebészetre szorítja a hallgatókat, és elvonja őket az elméleti tárgyakkal való foglalkozástól.

Az új szigorlati rendszer szerint nemcsak az elméleti szakok lesznek kötelezők, de törekedni fognak a másodrendű gyakorlati tárgyakat is cultiváltakká tenni az által, hogy a mint Stricker és Billroth ajánlották, egy félévi sebészet helyett fogászat, fülészet, urologia vagy gégesztet, egy belgyógyászati semester helyett pedig elmelektan, gyermekgyógyászat vagy bőrgyógyászat is beszámíttatik.

Az egész egyetem különben lassanként független facultásokra fog oszlani; tényleg már ma is csak historikus kapocs tartja azokat össze. Sokkal szabadabb, cursivebb a magára hagyott orvosi facultás, mintha a többi szakok elhatározásai is befolyanak ügyeire. A kis egyetemek közvetlenségét törekednek elérni az által, hogy Lembergben, Linzben és Triestben új facultásokat alapítanak s így a hallgatók egy részét Bécestől elvonják.

Nagy baja azonban a bécsi egyetemnek, hogy a német tanynelvé daczára, és bár 4 expositurája van a tartományi egyetemekben, igen nehezen tud tanerőket szerezni. Németországban olyan animositás uralkodik Bécs ellen, hogy onnan alig kapnak kiségitőt. Kahler belgyógyászati tanszékét egymás után utasították vissza tavaly a meghívottak: Erb, Naunyn, épen így eredménytelenek voltak az Orth-tal folyt tárgyalások a kórboncztan tanszékét illetőleg. Erős kezekben a sebészet volt a legutóbbi időkhöz; igen jól el van látva a bőrgyógyászati tanszék is, melyet Kaposi sok tudománnyal is buzgón tölt be. Hatalmas anyaga van, s ezt kiegészíti egy még Hebra által alapított aquarell-gyűjtemény, mely egyetlen a maga nemében s több százra rúgó és megbecsülhetetlen értékű képei többnyire Elfingernek művészi ecsetjéből kerültek ki. Kevésbé elégitett ki Neumann, a venerikus bajok tanára, a ki ugyan kitértő diagnosta, de inkább rutinírozott orvos mint pathologus; előadása darabos; igen szeret a beteg felett élezelődni; megjegyzései gyakran sértők a betegre, unalmasak stereotyp voltak miatt a hallgatóknak s teljesen feleslegesek az előadásban.

A mi a belgyógyászatot illeti, itt két ellentétes iskola van. Nothnagel főleg gyakorló orvosokat akar képezni. Nála minden egyszerű, könnyű és magától értetődő. Neusser complicált előadásokat tart, a mint Hebra írta, „künstlich, doch nicht gekünstelt, und zwar nicht natürlich, doch naturgemäss“, néha azonban brillans diagnosisokat csinál. Egy harmadik belgyógyász Schrötter, ki pár év előtt még gégeszt volt; az intubatio feltalálását törekszik O'Dwyertől a maga számára elvitatni.

Bécsnek egyik korifaensa szokott tabesnél „theobromint vagy egyéb brómsókat“ rendelni „a mellő szárvak lecsillapítására“.

Igen jól vannak a theoretikus szakmák képviselve. Hoffmann, Gruber, Zuckerkandl, Toldt mindannyi right man on right place, Stricker pedig maholnap egyedüli képviselője a régi világhírű gárdának. Minden egyes előadása egy kerek értekezés, melynek minden kiemelkedő állítását rögtön kísérletekkel bizonyítja. Nagy segítségére van ebben az általa construált villamos microscop és a tükrök segélyével vetítő *episcop*, melyben egész operatiókat lehet nagyítva, projectióban bemutatni. E két készülék lehetővé teszi a legminutiósusabb kísérleteknek 3—400 ember előtt való demonstrálását. A szemléltető előadások értékét rendkívül emelik, s nagyon kívánatosnak tartom meghonosításukat nálunk is.

Különösen érdekelt a kórboncztan ügye. 1718-ban kezdték tanítani Bécsben, de a hallgatók alig látogatták; így pl. 1741-ben nem tartottak egy actus anatomikust sem. A museum anyagát 1796 óta gyűjtik, néha azonban teljesen elaludt iránta az érdeklődés. 1805-ben csak ünnepnapokon volt szabad egy asebésznek ingyenes kórboncztanai előadásokat tartani. Végre Rokitansky fényes neve mai tekintélyére emelte. Ő, mint Wunderlich mondja, már nem pathologiai anatómiát, hanem anatómiai pathológiát üzött; tény azonban, hogy Rokitansky célja csak a helyes diagnosis felállítása, nem pedig a betegség fejlődésmódjának megismerése volt.

Rokitansky utódai, Heschel és Kundrat, egészen mesterük iskolájában maradtak. Meg is látszik a mostani bécsi klinikusokon, hogy nincs meg bennük a causalis gondolkozásmód.

A mostani tanár, Weichselbaum, talán javítani fog némileg a helyzetet. Foglalkozott szövegtannal, bacteriologiával; szorgalmas és hallgatói iránt előzőkeny; máris nagy népszerűséggel bír a medikusok körében.

A museum gyönyörű kincseket tartalmaz; főleg az osteopathologia van gazdagon képviselve; 100 év ritkaságait rejti. Az intézet kórboncztanai anyaga igen nagy; egy alkalommal 14 bonczolást láttam egy délelőtt. Ehhez járul az az anyag, melylyel a többi kórház járul az előadásokhoz, főleg a fertőző betegségek köréből. Ebben a tekintetben Bécs határozottan felettünk áll, ilyent mi nem birunk szerezni. A nagy anyagnak azonban meg van az a hátránya, hogy lexiconszerűvé teszi az ismereteket, mert nem enged időt az egyes esetek feldolgozására. A hallgatók sokkal többet tanulnak kevés, de jól és consecutív elváltozásokra is átvizsgált és megmagyarázott esetenél, mintha sok diagnosist hallanak és sok egyes szervet megnézhetnek, pedig a bécsi rendszer mellett csak ezt kapják.

A kórboncztanai tanítás ideálja a kórboncztan és kórszövegtan együttes gyakorlása. Mint a hogy a klinikákon beteget kapnak, úgy kellene félveként 1—2 hullát átvizsgálania minden hallgatóknak egy chef de laboratoire vezetése mellett, s ekkor figyelmét minden indicált szervre kiterjeszteni, hogy az egész folyamatról in toto kapjon képet. Ehhez azonban hiányoznak úgy Bécsben mint Budapesten a laboratoriumok és eszközök. A kórboncztan tanításának terén még hosszú ideig nagy nehézségek lesznek, s mindaddig nem fognak a diagnosisok megjavulni. A kórboncztan minden klinikának gerince, s épen erre fektetünk mainap oly kevés súlyt!

Néküm.

Heti szemle.

Budapest, 1894. márczius 8-dikán.

A tisztis orvosi budapesti vizsgáló bizottság ügyrendje.¹

I. A vizsgálatok körüli eljárás.

1. A tisztis orvosi vizsgálatokra jelentkezők a vizsgáló bizottság elnöke által csoportokra osztatnak be jelentkezésük sorrendje szerint. Szükség esetén egy jelölt külön is vizsgálatra bocsátható.

2. Az ekként csoportokba osztott jelöltek neveit, a vizsgálat napját, óráját és helyét az elnök a vizsgáló bizottság minden tagjával legálább 48 órával előbb írásban tudatja.

3. A vizsgáló bizottság együttesen van jelen.

4. A vizsgálati helyiségek további rendelkezésig a következők:

¹ Jóváhagyta a belügyminister 1894. február 16-dikán.

A gyakorlati vizsgálat a közegészségtanból és a gyógyszer- és mérlegisméből a belügyministerium bakteriologiai intézetében, az elme-kórtanból a Schwartz-féle magán ideg- és elmebeteg-intézetben, a trachomaügyből pedig a fővárosi illői-úti új kórház trachoma-osztályán tartatik meg. Mindenkor a szabályrendelet 12. §-ában előírt tartalommal és a lentebb körülírt módon.

5. A közegészségtani, valamint a gyógyszer- és mérlegismei ezen ügyrend függelékében felsorolt kérdések közül a jelölt sorshuzás útján egyet választ és annak kapcsán jártasságát a közegészségtani és bakteriologiai vizsgálati módszerekben, beleértve a tápszer-hamisítások egyszerűbb vizsgálatát is, bizonyítani tartozik. A hivatalos és növényi drogokat felismerni, azonosságukat és tisztaságukat, valamint netáni fertőzéseiket vegyi úton vagy gőreső alatt kimutatni és a vények kiszámítása körüli jártasságát bebizonyítani tartozik. Az elme-kórtanból és a trachomaügyből pedig ugyancsak az ügyrend függelékében körülvonalozott határokon belül az elme-kórtan és elmebetegügy, illetőleg a trachomaügy terén szerzett ismereteiből betegvizsgálatok kapcsán gyakorlatilag vizsgálatik meg.

6. A mennyiben a jelölt a sorshuzás útján választott kérdésre kielégítőleg megfelelni képes nem lenne, neki újabb kérdés húzása megengedtetik. Ezen engedély azonban legfeljebb 3 kérdés húzásánál tovább nem terjedhet.

7. Az írásbeli vizsgálat a szóbeli vizsgálatot megelőzőleg a m. kir. belügyministeriumnak és célra kijelölt helyiségében tartatik meg.

8. Az írásbeli vizsgálaton a jelölt az e célra összeállított és az ügyrend függelékében felemlített kérdések közül egyet sorshuzás útján választ.

9. Az írásbeli vizsgálaton a sorshuzás útján választott kérdés keretén belül, illetőleg annak megfelelőleg a bizottság lehetőségig konkrét eseteket fog a jelöltnek a szabályrendelet 13. §-ában előírt módokat mellet leendő feldolgozás végett rendelkezésére bocsátani.

10. Az írásbeli vizsgálaton a törvénytar, a ministeri rendeletek gyűjteménye, a gyógyszerkönyv és hivatalos árszabály és a mennyiben tudományos adatok felhasználásának szüksége mutatkoznék, egy megfelelő kézikönyv is a jelöltnek használatára bocsátatik.

Hogy valamely kézikönyv a jelölt rendelkezésére bocsátható-e, azt a felügyeletet eszközölő biztos határozza meg, ki egyúttal a használható könyvek kiszolgáltatását elrendeli.

11. Az írásbeli dolgozatokra nézve kívánatos, hogy azok lehetőleg velős rövidséggel, a nem szorosan a tárgyhoz tartozó elmefuttatások mellőzésével készíttessenek.

12. Az elkészített s a jelöltek által keltezéssel s nevéik aláírásával, valamint a szakvizsgáló által véleménynyel ellátott írásbeli dolgozatok, a bizottság irattárában megőriztetnek.

13. A szóbeli vizsgálaton a jelölt az egészségügyre vonatkozó törvények és rendeletekből oly célból vizsgálatik, hogy meggyőződés szereztethessék a felől, vajjon a jelölt azon törvényhozási és kormányzati intézkedésekről, melyeknek ismerete a hatósági orvosra elkerülhetlen szükséges, bir-e tudomással és azokat helyesen alkalmazni és magyarázni képes-e?

14. A vizsgálati határidőt előleges jelentés nélkül elmulasztott jelöltnak a szabályrendelet 9. §-a értelmében elveszett vizsgálati díjai a belügyministerium házi pénztárának átadandók és a vizsgálati bizottság költségeinek fedezésére fordítandók.

II. A bizottság által vezetett könyvek.

15. A bizottsághoz beérkezett ügydarabokról a jegyző iktatókönyvet vezet, melynek rovatai a következők: 1. folyó szám, 2. beérkezés napja, 3. a beadványozó neve, állása, a beadvány kelte, saját száma, 4. tárgykivonat, 5. az elintézés napja és mikéntje, 6. észrevétel.

16. A beérkezett pénzekről és a vizsgapénzek elosztásáról (elnöknek minden vizsgálatot tevő után 10 frt, a többi vizsgáló tagnak egyenként 5—5 frt) az elnök pénznaplót vizs, melyet magánál őriz meg.

17. Az egyes vizsgálatoknak, valamint az öszsvizsgálatnak eredménye a szabályrendelet 16. és 17. §-ának értelmében jegyzőkönyvbe vétetik, mely célra egy vizsgálati jegyzőkönyv (törzskönyv) szerkesztendő.

A vizsgálati jegyzőkönyv a következő rovatokkal bir: 1. folyó szám, 2. a vizsgálat letételének napja, 3. a jelölt neve és nationaléja, 4. a jelölt oklevelének kelte és kihirdetésének ideje, 5. a vizsgálati tárgyakból nyert érdemjegyek az egyes tárgyak és az egyes vizsgálatok külön-külön, 6. a vizsgálat eredménye, 7. a képesítő bizonyítvány kiállításának kelte és száma, 8. jegyzék.

III. A minősítési bizonyítvány.

18. A bizottság által a jelölt részére kiállított minősítési okmány egy egész iv első oldalán nyomtatott következő szöveggel bir:

..... szám.

Tiszti orvosi minősítési bizonyítvány.

A tiszti orvosi vizsgák országos bizottsága.....

..... ura

..... a ki előtte, az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ban előírt és a Nagyméltóságú magy. kir. belügyminister úrnak 1893. évi 80,099. sz. a. kelt intézvénnyel kiadott szabályrendeletben körülírt tiszti orvosi vizsgálatot letette, a fent idézett törvényszakaszban megjelölt tiszti orvosi állásokra..... találta és erről neki a jelen bizonyítványt kiadni határozta.

Kelt.....

(L. S.)

jegyző.

elnök.

Vegyesek.

Budapest, 1894. márczius 9-dikén. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1894. február 18-dikától február 24-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 380 gyermek, elhalt 246 személy, a születések tehát 134 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházban ápolattott e hét elején 2288 beteg, szaporodás 680, csökkenés 694, maradt e hét végén ápolás alatt 2274. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1894. február 26-tól márczius 4-ig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: bagymázban 9 (meghalt 2), himlőben 1 (meghalt 1), bárányhimlőben 14, vörhenyben 3 (meghalt 1), kanyaróban 78 (meghalt 3), ronsoló toroklobban 26 (meghalt 8), torokgyikban 3 (meghalt 2), trachomában 21, hökhurutban 4, orbánczban 10, gyermek-ágyi lázban 1.

— A tiszti orvosi vizsgák országos bizottsága vizsgálatait Kolozsvárott f. év márczius 12-dikén az írásbeli vizsgálatokkal kezdi meg, melyek reggel 8-tól 1-ig az orsz. Karolina-kórházban fognak megtartatni. A még aznap délután megkezdendő szóbeli vizsgálatok besosztásáról a vizsgálatra jelentkezettek az írásbeli vizsga megkezdése alkalmával fognak értesítést nyerni. A vizsgák előreláthatólag 3—4 napot fognak igénybe venni.

— A nagy-apponyi Margit-kórházban az 1893-dik év folyamán — mint azt Hüekl Ernő dr. kórház-igazgató kimutatásából olvassuk — 103 beteg nyert ápolást. Egy betegre 17-06 ápolásnap esett. Bejáró beteg volt 564. Műtétet végeztek 69 esetben.

— A nagy-szentmiklósi Barta-közkórházban — Tenner Vilmos dr. igazgató-főorvos jelentése szerint — az 1893-dik évben 576 beteg nyert ápolást. Sebészi műtétet végeztek 212, szemészeti műtétet 23 esetben. A kórházat Nákó Kálmán gróf alapította és 1893. szeptember 20-dika óta működik.

☛ Kerestetik egy fiatal zsidó orvos orvosi praxis átvételére.

☛ Orvos kerestetik egy gazdag, alföldi, 5000 lakossal bíró mezővárosba, hol jelenleg egy öreg beteges chirurgus nem képes községi orvosi teendőit végezni; 500—600 frt néhány családtól biztosítva van s idővel az illető, községi orvossá is meg lehet választva. Ajánlatok a kiadó hivatalba küldendők.

**„Szt. Lukács-fürdő“ részvény-társaság.
Téli és nyári gyógyhely.**

Helyi zuhanykezelés meleg zuhanyokkal és párolással, iszapborogatás, téli iszapfürdők és lakásokról küld prospectust díjmentesen az igazgatóság. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla.

Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és illői-úti kórházban 1894. márczius 1-től egész márczius 7-ig ápolott betegekről.

| 1894. | Felvett | | | Elbocsátott | | | Megtelt | | | Maradt | | | Az ápoltak közül | | | |
|----------|---------|----|----------|-------------|----|----------|---------|----|----------|--------|-----|----------|------------------|----------|----------------|------------------------|
| | beteg | | | gyógy. | | | beteg | | | beteg | | | a Rókusban | | | |
| | férfi | nő | összesen | férfi | nő | összesen | férfi | nő | összesen | férfi | nő | összesen | beteg | szállónő | heveny fertőző | az illői-úti kórházban |
| Márcz. 1 | 45 | 50 | 95 | 35 | 38 | 73 | 3 | 3 | 6 | 1156 | 900 | 2056 | 1068 | 24 | 28 | 936 |
| " 2 | 43 | 37 | 80 | 20 | 34 | 54 | 3 | 1 | 4 | 1176 | 902 | 2078 | 1078 | 24 | 29 | 947 |
| " 3 | 46 | 44 | 90 | 69 | 48 | 117 | 7 | 2 | 9 | 1146 | 896 | 2042 | 1059 | 24 | 26 | 933 |
| " 4 | 32 | 20 | 52 | 48 | 31 | 79 | 1 | — | 1 | 1129 | 885 | 2014 | 1052 | 23 | 24 | 915 |
| " 5 | 82 | 44 | 126 | 49 | 52 | 101 | 4 | 1 | 4 | 1158 | 876 | 2034 | 1067 | 22 | 24 | 921 |
| " 6 | 54 | 62 | 116 | 46 | 28 | 74 | 3 | 1 | 4 | 1163 | 909 | 2072 | 1082 | 23 | 24 | 943 |
| " 7 | 50 | 38 | 88 | 44 | 19 | 63 | 2 | 1 | 3 | 1167 | 927 | 2094 | 1097 | 24 | 23 | 950 |

DR. DOLLINGER GYULA

**TESTEGYENÉSZETI
ÉS
SEBÉSZETI INTÉZETE**

BUDAPEST

VII., KEREPESI-ÚT 52.



Orvosi percz maximum hőmérő, legdnomabb minőségű nickel- vagy börtokban, vizsgálati okmánynyal, minden tekintetben megbízható. Egy db. ára 2.50, márka franco. **Wilhelm Uebe, Zerst-Anhalt.**



MATTONI FÜLE
GISSHÜBLER
legtisztább égvényes
SAVANYUKAT

**Gyógy- és vízgyógy-
intézet**
Giesshübl - Puchstein
Karlsbad mellett.
MATTONI-féle
giesshübli savanyúkat
eredési helye.

— Legjobb étrendi és tisztító ital —

3 **MATTONI HENRIK**
Budapest, Franzensbad, Karlsbad és Bécs.

K

EFIR

Első magyar kefir intézet
valódi steril tejből!

Bpest, teréz körút 31.

Saxlehner András, cs. és kir. udvari szállító.

HUNYADI JÁNOS

A leghatásosabb és legkellemesebb hashajtószer.

Legjelesebb orvosok véleményei szerint kiváló előnyei:

Gyors, biztos enyhe hatás.

Hatása fájdalom nélküli. — Utánszorulás nem áll be.
Tartós egyenletes hatás. — Használata nem kellemetlen.
Rendszeresen használva nem hat fárásztóan a gyomorra.
— Kis adagban is elégséges. —

Bevásárlásnál a palaczk czimképén olvasható

„Saxlehner András“

név figyelembe ajánlatik.

FONTOS!

orvos, állatorvos, orvosnövendék
urak és betegek részére!

Láz-hőmérő, Pravaz-fecskendő

kipróbált, bizonyítvánnyal, nikkel- vagy kaesuk-tokban, nagy raktár miatt
csak 1 forint. A legjobb szemüvegek és orrszűrők, finom
prim optikai üveggel mindenféle foglalatban: már 50 krajczártól kezdve.
Recept után fél óra alatt kész. Vidéki megrendelések pontosan eszközöltetnek.
A legolcsóbb árban ajánlja minden e szakmába vágó czikkeket

HELLER ADOLF, optikus

BUDAPEST, KEREPESI-ÚT 27.

A címre kérem vigyázni. A címre kérem vigyázni.

Med. univ. Dr. BÁCASKAY BÉLA

nyilvános tehénhímlőtermelő intézete

— ARADON —

egész éven át szállít friss és biztos fogamzására nézve mindenkor
előzetesen kipróbált oltóanyagot a következő árakon:

| | | | |
|-------------------------------|------|---|------|
| Egy phiola 50 egyénre (1 gr.) | 3.— | 100 egyénre való 8—10 phiolába | |
| Két " 100 " (2 gr.) | 6.— | ostva | 7.— |
| Egy " 3 " " | —,50 | Saját találmányú szabályozható scovrij- | |
| " " 15 " " | 2.— | cator (igen kedvelt oltó-eszköz) | 1,25 |

Dr. HERCZEL

heidelbergi egyetemi m.-tanár

Sebészeti
Sanatoriuma.

Sebészeti és nőgyógye-
szati magánintézet.

BUDAPEST

VI., Felső erdősor 5. sz.

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

Vegy-, górcsővézeti és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUM

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

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

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

A jelenkor legjobb vaskészítménye az

Originalis Syrup. ferri albuminati

WIEDERHOFER. DY.

Ez igen kellemes ízű, az étvágyat határozottan fokozza, s a fogaknak
nem árt. Napi adagja 2—3 kávéskanál. — A rendeléskor mindig használ-
tassék az **originális** jelző; minden üveg dobozba csomagolva ezen jegy-
gyel van ellátva. Kapható:

Nagy Gyula utóda DIÓSY LAJOS

gyógyszerész, Budapest, Damjanich-utca 2.
Továbbá kapható még a következő gyógyszerész uraknál: Török József, Bayer
Antal, Budai E., Faykiss J., Dr. Jörmay, Kriegner Gy., Moldoványi S., Petri A.,
Tárcazy J. és Zbóray B.

VÉDŐJEGY.



TEHÉNHIMLŐ-TERMELŐ INTÉZETE

10 Univ. med. Dr. PÉCSI DANI

nyilvános

TEHÉNHIMLŐ-TERMELŐ INTÉZETE

TURKEVÉN (Jász-Nagykun-Szolnokmegye)

tömeges oltásokhoz, jó és biztos hatékonyságú oltó-
anyagot, a következő renkívül alacsony áron
szállít:

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

Csomagolásért 20 krajczár

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi-, górcsői- és bacteriologiai

orvosi laboratoriumban

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

Dr. Vas Bernát és Dr. Gara Géza a laboratorium vezetői.

Poliklinika: VII., Dohány-utca 31. sz.

DR. GRÜNWARD SANATORIUMA

Budapest, VII. kerület, Városligeti fasor 15. szám.

(A király-utcai villamos vasút mentén.)

Ujjonnan épült, minden komforttal és gyógyszerközzel ellátott
magánygyógyintézet. Felvétetnek bármely gyógyszerzakmába vágó
beteg nők. — Gyógykezelés kívánság szerint bármely spe-
cialista által. Van külön szülészeti pavillon is. Állandó orvosi
felügyelet. Kitérő ellátás. Telefon. Kívánatra prospectus.

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 Korányi Frigyes tnr. I. belklinikájáról.

A hypertrophikus szív mobilitása.

Irták: *Tauszle Ferencz* dr. és *Vas Bernát* dr.

Ezen folyóirat 1891-dik évfolyamában a szív helyzet-változásának kérdésével foglalkoztunk. Akkori vizsgálataink az activ és passiv mobilitás viszonyaira terjeszkedtek és adataink kizárólag ép szívűekre vonatkoztak. De tekintve, hogy a szív mobilitásának kóriszmeti fontossága és gyakorlati értéke csak növekedett, a mióta a physiologikus viszonyok a legapróbb részletekben ismertek lettek, a diagnostika szempontjából felelte kívánatosnak látszott ezen ismeretek alkalmazása egyszersmind kórtani körülmények között is.

Míg a physiologikus viszonyok képesen felmerülő kérdések tisztázására irányuló kísérletekkel régibb szerzőknél találkoztunk, addig a hypertrophikus szív mobilitására csupán *Weil*-nél találunk némi észrevételeket.

Jelen közlésünkben ismétlések elkerülése végett előbb említett dolgozatunk adataira támaszkodunk és könnyebb áttekinthetőség szempontjából a casuistikus esetek felsorolásától elállunk és egyedül a végeredmények feltüntetésére szorítkozunk.

Igazolva találtuk balszív-hypertrophia eseteiben is azon már *Gerhardt* által constatált tény, hogy a *szívesüslökés mély belégzéskor* az esetek túlnyomó többségében egy bordaközzel leszáll; de míg rendes szív mellett e közben annyira gyengül, hogy a palpatorikus meghatározásnak az eseteknek csaknem felében hozzá nem férhető, addig kifejezett balszív-hypertrophia mellett a szívesüslökés, ha valamit gyengül is erőben, a legmélyebb inspiriumnál sem tűnik el egészen. Lehető mély kilégzésnél a szívesüslökés egy bordaközzel feljebb száll, miközben erejében többnyire növekedett, a nélkül, hogy ezen különbség feltűnő volna.

A *szívesüslökés passiv mobilitását* feltüntető adataink mindenekelőtt két csoportba oszthatók, a szerint, a mint a bal-, vagy jobbszív-hypertrophia-ra vonatkoznak.

Balszív-hypertrophianál azonban nem mutatkozik egy állandó viszony; az itt mutatkozó különbségek a hypertrophia foka által vannak feltételezve. Fő szabálynak lehet állítani, hogy balszív-hypertrophianál a szívesüslökés passiv mobilitása növekedett; mert míg előbbi, épszívűeken végzett vizsgálataink alkalmával bal oldalfekvésben a szívesüslökés kitérése a hanyattfekvéshez képest átlagban 2'1 cm. volt, addig balszív-hypertrophianál szenvedőknél ezen kitérés értéke 3'4 cm.; csak hogy közelebbről szemügyre véve ezen átlagos számot szolgáltató casuistikus eseteket, már egyes különbségek tűnnek fel.

Ha ezen kitérés átlagát csak a kisebb hypertrophiaival bíró eseteknél állítjuk össze, a milyenek azon eseteket tekintettük, hol a szívesüslökés a bimbóvonalat meg nem haladta, úgy ezen érték 4 cm.-t tesz ki, míg azon esetekben, hol a szívesüslökés a bimbóvonalat meghaladta, ezen érték 3'2 cm.; néhány excessiv balszív-hypertrophianál, hol a szívesüslökés a középső hónaljvonalban volt található, ezen kitérés értéke minimumra szállott le, sőt néha passiv mobilitás ilyenkor a

szívesüslökésre vonatkozólag egyáltalán kimutatható nem volt. Azt hisszük nem járunk tévúton, midőn ezen csökkent mobilitás okát azon mechanikus akadályban keressük, melyet a mellkasfal a vele érintkezésbe jutott szívnek szolgáltatott.

Jobb oldalfekvésben a hanyatt- és jobb oldalfekvés közti különbség 2'2 cm., a mi viszonyítva az épszívűeknél mutatkozó 1'6 cm.-hez, ugyancsak a mobilitás ezen nemének növekedett volta mellett tanúsodik és állandó különbség, mely esetleg a hypertrophia foka által volna feltételezve, felismerhető nem volt.

Jobbszív-hypertrophia eseteiben, balszív-hypertrophiahoz analog módon, észlelhető kitérések némiképp a hypertrophia foka által vannak feltételezve. Általános szabálynak állítható fel, hogy a passiv mobilitás ugyancsak itt is növekedett és a kitérés értéke bal oldalfekvésben átlag 2'8 cm.

Ha azonban ezen átlagot szolgáltató egyes eseteknél a hypertrophia fokát és kitérés nagyságát egyenként vesszük szemügyre, úgy látjuk, hogy utóbbi a hypertrophia fokával arányban növekedik.

Mert míg jobbszív-hypertrophia oly esetében, hol az absolut szívtempulat a jobb szegyszélig ért, ezen kitérés értéke 2'4 cm. volt, addig a hypertrophia oly esetében, hol az absolut szívtempulat a jobb szegyszélen 3 cm.-rel túlért, a kitérés értéke 3'2 cm.-t tett ki.

Jobb oldalfekvésben a hanyatt és oldalfekvés közti különbség 2'3 cm. és itt ezen kitérés értéke — egyes eseteket véve tekintetbe — csökken a hypertrophia fokával. Így egy esetünkben, hol a szívtempulat csaknem a jobb bimbóvonalig terjedt, jobb oldalfekvésben a szívesüslökésnek alig 0'5 cm.-nyi kitérését voltunk képesek megállapítani.

Ha a bal- és jobboldalfekvésben nyert kitérés középértékeket összevetjük, úgy látjuk, hogy az ép viszonyoknak analog módon bal felé ezen kitérés jelentékenyebb, mint jobb felé, de mindkét esetben a normalis szív mellett nyert adatainkat felülmulja. Azon kisebb-nagyobb eltérések, melyek vizsgálataink közben felmerültek, a hypertrophia fokával állanak kapcsolatos viszonyban és a kitérés módifikáló mechanikus akadályokban, úgy mint comprimált tüdő, mellkasfal stb. találják megfejtésüket. A szívesüslökés ezen kitérései közben jellegét is változtatja, a mennyiben baloldalfekvésben többnyire még némileg, de korántsem jelentékenyen erősödik, míg jobboldalfekvésben elég számba vehető módon gyengül, de egészen soha el nem tűnik. Ha állíthatjuk is, hogy hypertrophikus szívnél a szívesüslökés kitérésének maximumát igen gyorsan — talán gyorsabban — éri el, mint ép szívnél, úgy ezen kitérésnek időbeli meghatározásáról egy megbízható eljárás hiányában mégis le kellett mondanunk.

A *szívtempulat respiratorikus* változása szívhypertrophia eseteiben is állandó tény. Mély belégzésnél összes eseteinkben a szívtempulat két irányban kisebbedik: úgy mint le- és jobb felé. Az absolut szívtempulat hosszának kisebbedése a nyugodt állapotban nyerhető absolut szívtempulathoz viszonyítva maximumban 2'5 cm., minimumban 1'0 cm., középértékben 1'3 cm. volt, vagyis ez utóbbi értékkel szállott a szívtempulat felső határa lefelé. Az absolut szívtempulat szélességének kisebbedése ellenben maximumban 4'2 cm., minimumban 0'6 cm.; középértékben 1'3 cm. volt, vagyis ennyivel jutott a szívtemp-

pulat külső határa befelé. Ezen különbözete meghatározásánál a relatív szívtompulatra tekintettel nem voltunk.

Mély kilégzésnél az abszolút szívtompulat hosszának nagyobbodása a nyugodt állapotban nyerhető abszolút szívtompulathoz viszonyítva, maximumban 1.4 cm., minimumban 0.5 cm., középpértékben 0.6 cm., vagyis ezen utóbbi értékkel nagyobbodott az abszolút szívtompulat hosszirányban. Az abszolút szívtompulat szélességének nagyobbodása ellenben maximumban 1.5 cm., minimumban 0.2 cm., középpértékben 0.2 cm. volt, vagyis mély kilégzésnél ez utóbbi értékkel nagyobbodik az abszolút szívtompulat szélességben.

Ezen adatok szembenálló változást még akkor sem szenvednek el, ha a jobb- és balgyomros hypertrophikus eseteit külön-külön csoportosítjuk. A szívtompulat megkisebbedését és megnagyobbodását feltüntető számok csaknem azonosak azokkal, melyeket a normális szívtompulatnak vizsgálata közben nyertünk. A változás mindenkoron a szív előbbi állapotához viszonyítva mutatkozik és a szívtompulat lényegén a respiratorikus változás modificatiót nem képes létrehozni. Kifejezett esetekben úgy a jobb-, mint a balgyomros hypertrophijának képe a respiratorikus változások végbemenetele után is tisztán felismerhető, a különbségek csak gradatimok. Csak kisebb fokú jobbgomros hypertrophia esetében történhetik, hogy mély belégzésnél a jobboldalt létélülő kisebbedés következtében a szívtompulat normálisnak képét nyújtja és a hypertrophia, mint olyan nem ismerhető fel, de a respirationalis változás előtti és utáni állapot szembesítése esetleges tévedésektől megóv.

Eredményeinkkel ellentétben vagyunk *Weil* vizsgálataival, ki hypertrophia eseteiben abnormis nagy respirationalis változásokról tesz említést. Mi vizsgálatainknak csupán egyszerű eredményeit teszszük közre, de bevalljuk, hogy nem volnánk képesek egy elfogadható magyarázatot egy fokozott respirationalis kitérésre találni ott, hol a tüdőszél mobilitása oly mechanikus akadályok folytán, minőt a megnagyobbodott szív nyújt, korlátolva van.

Ha igaz is, hogy már régebbi vizsgálóknak is feltűnt, miszerint a szívtompulat határai helyzetváltoztatásnál lényeges különbözete mutatnak és főleg *Gerhardt* kezdeményezése óta sokan járultak e kérdés tisztázásához, úgy sem a relatív tompulatra figyelemmel nem voltak, melynek pedig, mint azt már előbbi dolgozatunkban hangoztattuk, itt fokozott jelentőséget tudunk be, sem nem találkozott valaki, ki ezen betegágyánál szinte nélkülözhetetlen vizsgálati eljárást kóros esetekben rendszeres kutatás tárgyává tette volna. *Weil* az egyedüli, ki erre a figyelmet felhívja és a passív mobilitást ép úgy mint respiratorikust szívhypertrophia eseteiben fokozottnak mondja.

Bal oldalfekvésnél úgy balszív- mint jobbszív-hypertrophia eseteiben állandónak mutatkozik, hogy a felső határ felfelé, a bal kifelé mozdul, miközben a bal határ az alsóval egy többé-kevésbé kifejezett hegyes szögben találkozik, mi által a szívtompulat egy háromszög alakját ölti magára. *Jobb oldalfekvésben* a szívtompulat felső határa le, a bal beljebb jut, vagyis nagyjában ugyanazon változásokat szenved el, mint mély belégzésnél; azonkívül valamennyi esetünkben, a mellkas jobb oldalán is nyertünk abszolút és relatív tompulatot, mely eseteink túlnyomó többségében a mellkas baloldalán levővel, a szegycsonton ülő abszolút tompulat útján állott kapcsolatban. Mindössze egy esetet észleltünk, hol a szegycsonton csak relatív tompulat volt észlelhető, míg azt, hogy a mellkas két oldalán ülő tompulat a szegycsont éles hangja által vált volna külön, a mit rendes szívtompulatok mellett oly gyakran látunk, itt észlelni egy esetben sem volt alkalmunk.

A határoknak így módon való változásánál az abszolút és relatív szívtompulat nagysága is jelentékeny változást szenved. Ez azonban nemesak a szerint mutat különbségeket, hogy jobb- vagy balszív-hypertrophia állunk szemben, hanem egyszermind a hypertrophia foka szerint is, a mint eredményeinkről a következőkben akarunk beszámolni.

Általánosságban mondhatjuk, hogy *balszív-hypertrophia* eseteiben *bal oldalfekvésben* a szív passív mobilitása növekedett.

Hanyatt- és bal oldalfekvésben ugyanazon esetekről az abszolút szívtompulat hosszára vonatkozó értékeket összehason-

lítva, a különbözet maximuma 5 cm., minimuma 2 cm., középpértéke 2.2 cm. volt. Holott a megfelelő értékek ép szívek mellett 3.5 cm., 0 cm. és 1.1 cm.-t tettek ki. Tehát balszív-hypertrophia eseteiben a bal oldalfekvésben az abszolút szívtompulat középpértékben 2.2 cm.-rel magasabb, mint hanyattfekvésben.

Hanyatt- és bal oldalfekvésben az abszolút szívtompulat szélességére vonatkozó értékeket összehasonlítva, a különbözet maximuma 5.2 cm., minimuma 1.0 cm., középpértéke 3.2 cm. volt, holott a megfelelő értékek ép szíveknél 4.5 cm., 0 cm. és 2.6 cm.-t tettek ki. Tehát balszív-hypertrophia mellett az abszolút szívtompulat középpértékben 5.2 cm.-rel szélesebb mint hanyattfekvésben.

Ugyanezen esetekben hanyatt- és bal oldalfekvésben relatív szívtompulat hosszára vonatkozó értékeket összehasonlítva, a különbözet maximuma 4.5 cm., minimuma 1.5 cm., középpértéke 2.0 cm., vagyis bal oldalfekvésben a relatív szívtompulat középpértékben 2.0 cm.-rel magasabb mint hanyattfekvésben, holott ép szíveknél ezen megfelelő értékek 3 cm., 0 cm., 1.6 cm.-t tettek ki.

A bal- és hanyattfekvésben a relatív szívtompulat szélességére vonatkozó értékeket összehasonlítva a különbözet maximuma 6 cm., minimuma 1.2 cm., középpértéke 3.0 cm., volt, vagyis a baloldalfekvésben relatív szívtompulat, holott ép szíveknél a megfelelő értékek 4.0 cm., 0 cm. és 2.3 cm.-t tettek ki.

Mondhatjuk ezen adatok tekintetbe vételénél, hogy úgy az abszolút, mint a relatív szívtompulat bal oldalfekvésben a hanyattfekvéshez viszonyítva mindkét átmérőben nagyobbodik és hogy ezen nagyobbodás jelentékenyebb, mint azt az ép szíveknél észlelni alkalmunk volt.

Ha azonban a mobilitás így módon megállapított szabályához járuló egyes eseteket veszünk közelebről szemügyre, kisebb eltérések lesznek felismerhetők.

Így kisebb fokú balszív-hypertrophianál, oly eseteket sorolván ide, hol a szívcsúslökés a bimbóvonalat nem haladta meg, hanyatt és bal oldalfekvésben az abszolút szívtompulat hosszára vonatkozó értékeket összehasonlítva a különbözet középpértéke 2.8 cm. Az abszolút szívtompulat szélességére vonatkozó értékeket összehasonlítva, a különbözet középpértéke 3.8 cm. volt. A relatív szívtompulat hosszára vonatkozó különbözet középpértéke 2.5 cm., szélességére vonatkozó pedig 3.5 cm.

Nagyobb fokú balszív-hypertrophianál, vagyis hol a szívcsúslökés a bimbóvonalat meghaladta, hanyatt és bal oldalfekvésben, az abszolút szívtompulat hosszára vonatkozó értékeket összevetve, a különbözet középpértéke 2.0 cm.; az abszolút szívtompulat szélességére vonatkozó középpérték 2.0 cm.; a relatív szívtompulat hosszára vonatkozó különbözet középpértéke 2.5 cm., szélességére vonatkozó 3.2 cm.

Azon esetekben, hol a szívcsúslökés a mellső hónaljvonalban volt, tehát excessív balszív-hypertrophianál, a szívtompulat hosszára és szélességére vonatkozó különbözete hanyatt és bal oldalfekvésben az abszolút és relatív tompulatnál egyaránt minimumra szálltak le. Egyes esetekben csak a szívtompulat hosszánál lehetett 0.5 cm.-nyi nagyobbodást kimutatni a hanyattfekvéshez képest.

Ezek után mondhatjuk, hogy érvényben van, miszerint a hypertrophikus szív passív mobilitása bal oldalfekvésben növekedett ugyan, de ezen növekedés értéke a hypertrophia fokával arányban esik.

(Folytatása következik.)

A vékony- és vastagbél 18 cm. hosszú darabjának heges szűkülete miatt végzett circularis resectiója. Elsődleges bélvarrat. Gyógyulás.

Közli *Herczel Manó* dr., a Szt. István-kórház rendelő sebésze, heidelbergi egyetemi m.-tanár.

(Vége.)

A kiirtott bélrészlet 18 cm. hosszú és egy igen tág felső és egy jelentékenyen szűkebb alsó bélrészletből áll, melyeknek határát egy befűződött strictura képezi. A tágult felső

hosszabb bélrészlet, mely az ileumnak felel meg, 12½ cm. peripheriájú, az alsó szűkebb és rövidebb részlet a colonnak felel meg és 4½ cm. peripheriájú. A strictura helye egy 25 mm. hosszú tölesérben szűkít lefelé és a tölesér alsó legszűkebb vége 30 mm.-nyi körzetű és csak irón számára járható át.

A tágult vékonybél falzata egészben vastagodott, muscularis túltengett, ½ cm.-nél vastagabb, a nyákhártya is túltengett, sima és szemreálló hegesedéseket nem mutat. Ellenben magának a szűkületnek tölesérében és szomszédságában a nyákhártya többszörösen heges esikoktól áthatott és azok között a visszamaradt nyákhártyarészletek nagy gombostüfej egész kis borsónyi, bunkós vagy lelapított, egy helyen eseresznyemagnyi, oedematosus polypszerű göbökké burjánzottak, melyek a strictura lumenét maguk részéről is másodlagosan szűkítik.

A vastagbél retroperitonealis kötőszöve mintegy gyermekenyérnyi szélességű heges, tömött kötőszövevé alakult, melynek sima metszlapján rákra gyanus rajzolatnak, fészkeknek vagy vonalaknak semmi nyoma, ellenben ezen kötőszövetben szabálytalan kanyarodott lefutású és kissé beszűrődött genyvel telt sipolymentek mutatkoznak, melyek a strictura helyén említett nyákhártyaburjánzások között elterülő hegekig követhetők.

Ezen chronikus lobos kötőszöve túltengés a strictura feletti tágult vékonybélnek serosa-, subserosa- és submucosa-jára is áterjed, úgy hogy e helyütt az egyes nyákhártyalécetek egész 1 cm. magasak és 5—7 mm. szélesek, kissé túltengett mucosával borítottak, lényegben azonban a vázolt lobosan túltengett kötőszöveből állanak.

A Pertik tanár úr intézetében végzett góresői vizsgálat rákos elfajulás és tuberculosus kizárásával tisztán kötszövevi túltengést és hegesedést mutat ki.

Kiderül ezen leírásból, hogy a vékony- és vastagbél határán fekvő és homokóraszerűen stricturált bélrészletek tulajdonképeni vakbelet és féregnyujtványt, vagy Bauhin-billentyű nyomait felismerni nem engedték, és tekintettel a szűkületnek a nyákhártya helyét gyűrűsen elfoglaló, és érett kötőszövet által képezett voltát: fell kell vennünk, hogy itt egy *intussusceptio útján* (intussusceptio ileo-coelica) *eliminált bélrészlet esete forog fenn, melynél az elhalt caecum és szomszédos ileum- és colon-részletek eltávolodása után a visszamaradt vékony- és vastagbél strictura képzése mellett kötőszövelesen egyesült.*

A *lefolyás*, dacára a súlyos műtéti beavatkozásnak, *rendkívül kedvező volt.* Állandóan lázmentes hőmérsékek mellett (legmagasabb esti hő 37.6° C.) a beteg jól érezte magát, egyszer sem hányt, hashártyalob tünetei nem mutatkoztak. Műtét követő másodnap szelek távoztak a végbélben át és erős étvágy mutatkozott. Műtét utáni hatodnap glycerin-klysmára szelekkel kevert székletét jelentkezett, hetednap már spontán volt kétszer bő keményes ürüléke; kilencednap már formás hurkavastagságú sárdarabok távolodtak el.

Úgy az emésztés, mint a defaecatio ezentúl mindig teljes rendben mesterséges stimulatio nélkül folytak le. *Első kötés-változtatás* műtét után *kilencednapra* foganatosított. A teljesen szagtalan jodoform-gaze kevéssé genyvel átívódott, maga a sekély mederszerű sebür egy nagy sarjadzó felületet képez, melynek alsó és felső csücskében egy-egy nekrotikus kötőszöve-czafat fekszik.

Béltartalomnak semmi nyoma, bélvarratok nem látszanak; magának az ileumnak a seb mélyében fekvő részlete szintén granulál.

A gyógyulás ezentúl is teljesen zavartalanul folyt; harmad—negyednapenkénti kötés-változtatás mellett további két hét alatt eltávolodnak a nekrotikus czafatok, a sebür sarjakkal telődik, kisebbedik, úgy hogy beteg 4 héttel műtét után már fenjárhat.

A hatodik hét végével a seb már csak 4 cm. hosszú és 1 cm. széles granuláló felület, mely a következő hetekben szintén behámosodik, úgy hogy jelenleg csupán 12 cm. hosszú és 2—3 cm. széles kevéssé bevont kemény heget látunk, mely köhögésnél legkevésbé sem enged.

A beteg jelenleg jobban érzi magát mint valaha, minden fájdalomtól ment, viruló színben van, kitünően táplálkozik, a

minek legjobb tanusága, hogy műtét óta súlyban 15 kilogrammmal gyarapodott.

A diagnosis megállapításánál tekintetbe véve azon körülményt, hogy a megbetegedés 7 év előtt kezdődött, annak idején oly hirtelen lépett fel s akkor határozott peritonitikus tünetek közt: okvetlenül kell hogy azon irányba terelt, hogy itt jó indulatú, esetleg heges szűkülettel van dolgunk. A beteg maga és családja tuberculosistól mentek, rák sem fordult elő a családban, másrészt határozott állítása, hogy megbetegedésénél hirtelenül daganat keletkezett hasában, mely bal oldalról a vakbél tája felé vándorolt s itt rögzítve maradt; mindezek azon véleményre birtak, hogy itt valószínűleg intussusceptióval van dolgunk, mely eredetileg ileum invaginatio alakjában keletkezett, később intussusceptio ileo-coelica-vá változott át, mely alkalommal körülírt vagy diffus hashártyalob lépett fel, és ez álszálagos összenövésnek által a belet e helyzetben rögzítette. Ezen felvétel keretébe jól illett a 13—14 cm. hosszú hurkászerű, a colon ascendens helyén fekvő, kemény daganat; a nagy szűkület, mely a vékonybelet peristaltikus és antiperistaltikus mozgásokra ösztökélte, a bél-sár előhaladását gátolta; végre a megbetegedés hosszú tartama; mert nem bir valószínűséggel König és Matlakovszky azon állítása, hogy belek carcinomája évek ily hosszú során állhat fenn a nélkül, hogy rosszindulatúságának egyéb jeleit (vézés, cachexia stb.) ne mutatná.

A műtét mindenekelőtt igazolta, hogy tényleg egy lefolyt, régi hashártyalob folytán álszálagos összenövésnek jöttek létre a colon ascendens és ileumkaesok közt, melyek szétválasztása nagy munkát igényelt és a vékonybelek megsértése nélkül sikerült.

Az explorativ incisio végeztével még mindig nem voltam egészen bizonyos, hogy esetleg mégis nem állok-e chronikus, tuberculosus, avagy rákos szűkülettel szemben. A kiírtott mesenterialis mirigyek góresői vizsgálata utóbbi irányban megnyugtatót és a radikális kiírtást javalltá tette.

A csonkolás kivitele alkalmával kitűnt, hogy a féregnyujtvány és tulajdonképeni Bauhin-billentyű, sem pedig vakbél fel nem lelhetők, sőt hogy a tulajdonképeni vakbél táját ileumkaesok foglalják el, hogy maga a colon ascendens igen rövid és hogy a 18 cm. hosszú határterület resectiója után az ileum végét közvetlenül a colon flexura hepaticájával kellett egyesítenem.

Maga a heges szűkület alig engedett egy irónt át ürterén és köröskörül polyposus, egész eseresznyemagnyi burjánzásokkal volt övezve. *Pertik* tr. intézetében végzett szorgos góresői vizsgálat nem derítette ki tuberculosus, vagy carcinosis nyomait, a mit hangsúlyozni szükségesnek tartok, mert nevezetesen az előbbi megbetegedések kizárása csak nagyon alapos szövettani vizsgálatok alapján lehetséges. Ismeretes ugyanis *Barton* esete, a ki segédorvosával egy hasmetszés alkalmával azon véleményre adott kifejezést, hogy az előtte levő esetben a bélnek csupán heges szűkülete forog fenn és ezért a bél lumenét csupán tágította; néhány hónap múlva azonban a szűkület jelei visszatértek és egy újabb műtét alkalmával a Bauhin-billentyűk rákja állapított meg. *Salzer* is felemlíti Billroth klinikájáról, hogy egy esetben csak a metszetek nagy sorozatának elkészítése után lehetett a megbetegedés tuberculosus jellegét felderíteni.

Tisztán heges szűkület létrejöhet typhus, dysenteria, vagy nehéz, hosszan tartó, a vakbél környéken előjövő genyedések folyamán. Oly alapon, mint az jelen esetben van, nagyon ritkán fordul elő a szűkület, mert itt a leletek alapján fel kell venni, hogy a szűkület egy régi vékonybél és vakbél intussusceptio alapján fejlődött, még pedig olyképp, hogy az intussusceptum — vakbél és legalsó ileum — nekrotikus folyamat folytán a bélesatornán át az organismusból önként elimináltatott, hogy ez eliminatio alkalmával léptek fel a gyuladás továbbterjedése folytán hashártyalob tünetei, és hogy e kiküszöbölés után az intussusceptum gyökének helyén heges szűkület képződött. Ekként diagnosisunk is bevált azon különbséggel, hogy nem találtunk invaginált bélrészletet, mint azt eleve reméltük.

Az irodalomban a keletkezést illetve a mienkhez hasonló esetet közölt Czerny és Rindfleisch. Esetükben egy 62 éves férfinál, kinél 4 év óta állottak fenn eredetileg hirtelen fellépett szűkület jelenségei, a Bauhin-billentyű táján műtét alkalmával erős hegesedés mutatkozott, a mely minden valószínűség szerint ez esetben is régebbi invaginatio következményeként fejlődött ki az intussusceptum eltávolodásával. A beteg enteranastomosissal lett műtét s collapsusban elhalt. Hogy különben az intussusceptum spontán eliminálása után a leválás helyén mily könnyen jönnek létre majdnem a bél teljes ürterét elzáró szűkületek, bizonyítja Haslernak Brahman klinikájáról közölt esete; ez egy 15 éves fiút illet, ki egy mozgatható béldaganat miatt erősen kifejtett szűkület jeleivel került műtét alá. A beteg is hónapokkal műtét előtt hirtelen hasfájás és hányással betegedett meg. Megbetegedése után harmadnapra egy liter vért vesztett, míg 5 hét múlva egy körkörös bélrészlet távolodott a végbélen át a székleténél. Majd ezt követően a bélszűkület jelei mutatkoztak, a melyek a gyenge erőbeli állapot miatt először is anus praeternaturalis megejtését tették szükségessé, míg később a stenotikus bélrészlet resectiója vétetett fogantatba.

Ileocoecalis invaginatio miatt a heidelbergi klinikán 5 esetben végeztetett vakbélresectio. Ezek közül 4 esetben gyógyulást sikerült elérni. Három esetben resectióval lett műtét a beteg, 2 esetben pedig sikerült a 2, illetve 6 hónap óta fennálló invaginatiót a beszorult bélrészlet kifejtése által megszüntetni. Egy esetben a beszorulás már 9 nap múlva a bélnek gangraenáját idézte elő és 72 cm. hosszú bélrészlet resectióját tette szükségessé; ez eset halálos lefolyású volt, a mint hogy tudva van, hogy a bélgangraena primaer resectiója sokkal rosszabb prognosist ad, mint az incarcerált sérvek resectiója.

§ Más esetben az invaginatio 5 $\frac{1}{2}$ hónapos fennállása után az intussusceptum már már eltávolodni készült és egy oldalon csak lazán függött össze; ez eset 50 cm.-nyi részlet resectiója után gyógyult.

Mint ezen pár eset felsorolásából kiderül, az invaginatio és ezzel együtt a beteg sorsa azon körülménytől függ, vajjon a beszorult bélrészletben oly circulations zavar áll-e be, mely stasist és gangraenát idéz elő. Ha a beszorulás oly erős, hogy az invaginatio feletti bélrészlet erősen felpuffad és táplálkozásában ez is zavarva van, úgy a gangraena az invaginatio fölé terjed, átmegejt a hashártyáig és a beteg peritonitisben pusztul el, ha csak nem sikerül a beszorulást műtételeg korán megszüntetni. Ha azonban a gangraena csupán az invaginált bélrészletre terjed ki, úgy a nekrotikus részlet spon-

tan eltávolodhatik és ekként egy természetes gyógyulás állhat be, mely rendszeren az incarceratio nyakán szűkületet hagy hátra.

Ezen esetek sorába tartozik a mi betegünk is, a ki az invaginatio acut megbetegedését és az önkéntes eliminatiót jól kiállotta és évek múltán eme secundaer elváltozással, a heges szűkülettel jelentkezett.

A vékony- és vastagbél határterületének resectiója az említett 79 eset között csak 3 ízben történt heges szűkület miatt. Két ízben Maydl műtét hasonló esetet,¹ egy esetben Trombetta;² utóbbinak esete halálos volt.

Maydl egy ízben egy 24 éves nőnél csinált első sorban ileostomiát s 1 évvel később resectiót egy a Bauhin-billentyű táján székelő jóindulatú heges szűkület miatt, melynek oka felől nem nyilatkozik. Második esetében, egy 23 éves gyenge betegnél, ki 7 év óta szenvedett bélszűkületi zavarokban és kinél a betegedés hirtelen 40^o-os lázzal lépett fel, fél ökölnagyságú, göbös felületű daganat találtatott a vakbél táján, mely ráknak tartott, később pedig tisztán heges szűkületnek bizonyult. (Lehetséges, hogy az utóbbi eset szintén intussusceptio nyomán fejlődött, mert annak megfelelő tünetek közt jött létre.)

Trombetta typhlitis és perityphlitishez társult szűkület miatt végezte a vakbél és colon ascendens resectióját, még pedig egyszerűen anus praeternaturalis megejtésével. Betege a 16-dik napon peritonitisben halt el.

Közlemény a Pertik Ottó dr. ny. rk. tanár vezetésével álló székes fővárosi bacteriologiai intézetből.

Bacteriologiai vizsgálatok.

Közli: Beck Soma, gyakornok.

(Vége.)

A mellékelt táblázat az általunk eddig diagnostizált bacteriumfajok morphologiai és biologiai sajátosságait tünteti fel. Az egyes rovatokat nagyjából saját észleléseim alapján töltöttem ki, de ott, a hol egyik-másik pontban pótlásra volt szükség, egyéb szerzők leírását is segítségül vettem.

¹ Maydl: Beiträge zur Darmchirurgie (Allg. Wiener med. Ztg. 1885.) és Maydl: Ueber einen zweiten Fall von narbiger Stricture d. Ileocoecalclappe durch circuläre Darmresection u. Nath geheilt. (Allg. Wien. med. Ztg. 1887.)

² Referat über d. 6-ten chirurg. Congress in Bologna. (Wien. med. Presse 1889.)

| Név, alak, nagyság, mozgékonyosság, folyósítás | Viselkedés gelatinlemezen | Viselkedés gelatinszűrőben | Viselkedés agar-síkon | Viselkedés burgonyán | Megjegyzés |
|--|--|---|--|---|---|
| 1. <i>Bacillus aquatilis</i> . Rövid vastag bac., élénk ingamozgással. Nem folyósít. | Fehér porcellán fényű nem folyósító coloniák, melyek ritkán árnyék el lensényi nagyságot, kissé domborúan kiemelkednek; kis nagyításnál sárgás, szemcsések, széleiken áttűnők. | Szög alakú cultura, melynek feje a lemez-cult. hoz hasonló, a szűrő csatornában lefelé vékonyodó fehér fonalat képez. | Fehér, nedvedző felrakódás, mely gyorsan tovaterjed. | Piszkos, szürkés-fehér vastag lepedék. A burgonya körülötte zöldes piszkos színt nyer. | Lustig és Carle sokszor találták az aostai völgy vizében. |
| 2. <i>Bacillus albus</i> . Rövid vastag bac., mely mozog. Nem folyósít. | Az előbbihez hasonló coloniák, de kisebbek, jobban kiemelkednek, és nem mindig szabályos kör alakúak. | A szűrő felszínén a bacillus-tömeg kiterjeszkedik szabálytalan contourokkal. Csatornában csekély növekedés. | Vékony fehér lepedék. | Csak a beoltás helyen piszkos fehér, kissé rózsaszínbe játszó felrakódás. Körülötte a burgonya zöldesen elszínesedik. | Eisenberg irta le először. |
| 3. <i>Bac. liquefaciens</i> . Középnagyságú pálczikák; gyorsan változtatják helyüket. Gyorsan folyósít s trimethylaminra emlékeztető szagot áraszt. | A gyorsan folyós kör alakú coloniában zavaros nyákszerű gelatintömeg. Kis nagyításnál szemcsés zooglea-tömegek láthatók. | Az egész szűrő csatorna gyorsan elfolyósodik, eleinte tölszerűen. A bact. tömegek a fenékre üllepednek. | Sárgás-fehér igen nedvedző dús lepedék. | Gyorsan terjedő fehér felrakódás. | — |
| 4. <i>Bac. subtilis</i> . Igen hasonló a lépfene bac.-ához; de végei legömbölyítettek, élénken mozog, folyósít. | A kör alakú folyósított gelatinon belül gyakran sugárkéve, vagy concentrikus gyűrűk alakjában jelenik meg. | Az egész szűrő csatorna mentén folyósít. | Ránczos, fehér felrakódás. | Fehér nedves lepedék. | — |

| Név, alak, nagyság, mozgékonyaság, folyósítás | Viselkedés gelatinlemezen | Viselkedés gelatinszúrásban | Viselkedés agar-síkon | Viselkedés burgonyán | Megjegyzés |
|---|---|---|--|---|--|
| 5. <i>Bac. fluorescens liquefaciens.</i> Rövid, élénken mozgó bacil.; gyorsan folyósít. | A gelat. kör alakúan folyósítatik el, a folyós tömeg közepén van rendszeren a bacterium-massa, de a többi részben is elterjed; csészealakú folyósítás. A folyós és körülötte levő szilárd gelatina zölden fluorescál. | A szűrési csatorna folyósítása felülről lefelé halad, nem tölcésalakúan, hanem egy harántul elvágott síkban. A folyós gelat. világoszöldön fluorescál, a szilárd kevésbé. | — | Sárgás-barna nyákos tömeg. | <i>Flügge</i> írta le először. |
| 6. <i>Bacil. fluorescens putridus.</i> Rövid, vékony bac. élénk mozgással. Nem folyósítja a gelatinát. | Szürkés-fehér, szabálytalan alakú, legfeljebb 2—3 mm. átmérőjű, a gelatiná fölé kiemelkedő szemcsés coloniák. Körülötte a szilárd gelatina zöld színben fluorescál. | A szúrás csatornában vegetatio alig van, csak a gelatinos felszínében vannak fehéres tömegek. Néhány nap múlva a gelatina zölden fluorescál. | — | — | <i>Flügge</i> írta le először; valószínűleg azonos a <i>Bac. fluoresc. tenuis</i> (Zimmermann)-sel. |
| 7. <i>Bacil. liquidus.</i> Rövid, vastag nem mozgó bacil. Folyósít. | Eleinte szabályos kör alakú elfolyósítási udvar, melynek közepén és körülötte van a bact. tömeg. Később csipkézett szélű lesz. | Gyorsan képződik egytág elfolyósítási tölcésér. | Fénylő fehér hártyaeska, mely gyorsan terjed az egész agar-síkon tova. | Kissé rózsaszínű dús vegetatio. | <i>G. és F. Frankland</i> találták először a vízben. Lustig azt hiszi, hogy a <i>Bac. liquef.-sel</i> azonos. Mi mindig jól megkülönböztethetők. |
| 8. <i>Bacil. gasogenes.</i> Rövid, élénken mozgó bacil. Folyósít. | Eleinte a gelatinába zárt léghólyagnak látszik, melynek fenekén van a fehér colonia. Később folyósítás által elveszti tipikus alakját. | Gyorsan harisuya vagy keztüftüjyszerű folyósítás. | — | Barnaszínű vastag felrakódás. | <i>Eisenberg</i> találta először a vízben. |
| 9. <i>Bacil. ramosus.</i> Igen hosszú, fonalakat alkotó bacillusok. Nem mozognak. Folyósítanak. | Összevissza kúszált fonalakból álló fehér coloniák, melyek az elfolyósított gelatinán úsznak. | A folyósítás kis csészealakú bemélyedéssel kezdődik, s gyorsan terjed tova. | Gyorsan növekvő fehér lepedék. | Fehér, száraz lepedék. | <i>G. és F. Frankland</i> írták le először. |
| 10. <i>Bacil. luteus.</i> Rövid, lassan mozgó bac. Nem folyósít. | Sárgás-barna kör, vagy körszerű alakú coloniák. Gyakran szabálytalan alakúak is s a gelatin fölé több csúcsal kiemelkednek. | A gelatinoszlop tetején gyorsan kiterjedő szabálytalan szélű élénk sárga felrakódás; a szűrési csatorna mentén silány fejlődés. | — | Sárgás-barna lepedék. | <i>Flügge</i> írta le először. |
| 11. <i>Bacil. violaceus.</i> Középnagyságú pálczikák ingaszerű mozgással. Folyósítás. | A csészealakúan bemélyedt gelatin fenekén egy 2—3 mm. átmérőjű ibolyaszínű colonia, mely kis nagytáznál fehér széllel bír s csipkézett. | Tölcészerűen elfolyósító, gelatinában többnyire 2 helyen van ibolyaszínű festanyag; a tölcésér tetején egy hártya alakjában s fenekén nagy tömegben. | Sötét ibolyakék fénylő nedves dús lepedék. | Egész felszínre kiterjedő dús fénylő ibolyaszínű lepedék. | <i>Zopf</i> írta le először. |
| 12. <i>Bacil. janthinus.</i> Egészen hasonlóak az előbbihez, mozgásra nézve is. Folyósítanak. | Az előbbinél sokkal sötétebb, majdnem fekete festőanyagot producáló coloniák, s az elfolyósítás a gelatinát mintegy alá vájja. | Csak felületesen fejlődik. | Eleinte sárgás-fehér felrakódás, mely csak később vesz fel sötét ibolyaszínt. | Sötét ibolyaszínű lepedék. | <i>Zopf</i> írta le először. |
| 13. <i>Bacil. brunneus.</i> Rövid bacil. Alig mozog. Nem folyósít. | Összevissza kúszált szálakból álló pergamentszerű szürkés hártyaeska. Kör alakú. A gelatina körülötte sötétbarnára színeződik. | A szűrési csatornától minden irányban gyökérszerű fonalak nőnek a gelatinába. Az egész gelatinatömeg barnaszínű. | Száraz szürke lepedék, az agar-tömeg lassanként elsötétedik. | — | <i>Adametz-Wichmann</i> sokszor találták a vízben. |
| 14. <i>Bac. flavus.</i> Rövid bacil. Többnyire párosával vagy többen egymás mögött. Nem mozog. Folyósít. | A nagy tányéralakú elfolyósodási udvar közepén van a pár milliméternyi sötétvörös sárga bact. tömeg. Zooglea halmazai. | A folyósodás olyanforma, mint egy kihagyódó puskagolyó. A csúcsban van a bact. tömeg. | Sötét narancssárga vastag lepedék, melyben finom tűszúrásnyi vörös pettyek vannak. | Élénk narancssárga vegetatio. | — |
| 15. <i>Bacil. ruber.</i> Középnagyságú, élénken mozgó bacil. Folyósít. | A lemezen vörös pontok alakjában tűnnek fel, melyek az elfolyósítási udvar közepén fekszenek. Coloniák szemcsések s íma széllel. | Lassan folyósít, miközben a piros festanyag mindinkább lesüllyed. | Szép piros gyorsan növekvő lepedék. | Málnapiros színű dús lepedék. | <i>Flügge</i> , később <i>Eisenberg</i> írták le. |
| 16. <i>Bacil. rosaceus mycoides.</i> Igen nagy nem mozgó bac. Folyósít. | A gelatina fölé kiemelkedő gombostüfejni piros coloniák, melyek a gelatina elfolyósítása által gyorsan összefolynak. | Szűrési csatornában egyáltalán nem fejlődik. Csak a felszínén képződik egy vastag ráncos pergamentszerű élénk piros hártya, melyet ha vizsgálni akarunk, késsel kell megkaparni. Alatta a gelatin 1 cm.-nyire folyós. | Az agar-felületen küleszni egész kendermagnyi önálló piros fénylő göbcsék képződnek. | — | — |

| Név, alak, nagyság, mozgékonyaság, folyósítás | Viselkedés gelatinlemezen | Viselkedés gelatinszűrőben | Viselkedés agar-síkon | Viselkedés burgonyán | Megjegyzés |
|---|---|---|---|---|---|
| 17. <i>Bac. aurantiacus.</i> Hosszú finom, nem mozgó pálczikák. Nem folyósítanak. | Narancssárga, a gelatina fölül kiemelkedő kis ovális coloniák. | A szűrés csatornában igen silány fejlődés. Tetején lencsényi terület narancssárga bact. tömegeből. | Narancssárga fényes lepedék. | — | <i>Adametz-Wichmann</i> írták le. |
| 18. <i>Rozsdabarna bacil.</i> Rövid, vékony fonalakat képező bac. Élénk mozgás. Folyósítás nincs. | Igen kicsi, rozsdabarna pikkelyszerű coloniácskák. Kis nagyításnál concentrikus gyűrűkből áll. | A szűrési csatorna mentén vöröses vegetatio. | — | — | <i>List és Adametz</i> írták le. |
| 19. <i>Bac. coerules.</i> | — | — | Igen dús, fénylő nedves aezékkék lepedék, mely az egész agarfelületre kiterjed. | Szürkés-kék, az oldási helyre szorító lepedék. A közvetlenül környező burgonyarészlet sötétkékes színű. | <i>Vogaz</i> írta le (1893). |
| 20. <i>Microc. versicolor.</i> Közepes coccusok, nem mozgók. Nem folyósítók. | Lencsényi fehér kör alakú coloniák, melyek áteső fényben irisáló színváltozást mutatnak. | A növekedés felületen, a szűrési csatornában silány; szintén irisáló. | Gyöngyház fényű fehér lepedék. | — | <i>Flügge</i> írta le először. A legközönségesebb saprophyta. |
| 21. <i>Micrococcus sulfureus.</i> Zoogléákat alkotó kis coccusok. Nem folyósítanak. | Több milliméter átmérőjű többnyire kör alakú fénylő sárga szemeses coloniák. | A szűrési csatornában kis sárga petyek. A felszínén nagyobb sárga tömeg. | Szintén önálló sárgás göböcskét képez az agar felületén. | Sárga lepedék. | <i>Schröter</i> írta le, ki <i>microc. luteus</i> -nak nevezte. <i>Sulphureus</i> -nak <i>Zimmermann</i> hívta. |
| 22. <i>Sarcina lutea.</i> Négyes tagokból álló áru-csomagalak, vagy önálló coccusok, vagy zoogléák. Folyósít. | Sárga coloniák, melyek lassan folyósítanak. Nagyjában kör alakúak, szabálytalan szélekkel. | Lassú folyósítás, miközben a bact. tömegek lefelé süllyednek. | Fénylő sárga lepedék. | — | <i>Flügge</i> írta le. |
| 23. <i>Diplococcus luteus.</i> Kicsi, nagyobbára kettősével elhelyezett coccusok, melyek valószínűleg közös burokból vannak. Folyósítás. Élénk mozgás. | Alig kölesnyi sötétsárga coloniák, melyek az aránylag nagy elfolyósítási udvar közepén fekszenek. Gömbalakúak, szemesesek. | Széles tölcseralakú folyósítás; a fenéken van a sötétsárga festanyag. | Fénylő nyákszerű narancssárga lepedék. | Barna, vastag lepedék. | <i>Adametz</i> a vízben találta. |
| 24. <i>Micrococ. carneus.</i> Fürtös elrendeződésű közepes coccusok. Folyósítás nincs; nem mozognak. | Gombostüfejnyi halvány-piros, hússzínű colonia, mely kis nagyításnál egy sötétebb piros centrummal és egy halványabb széli övvel bír. | A szűrési csatornában apró fehér petyekből álló fonal, tetején egy 3-4 mm.-nyi rózsaszínű lepedék. | Élénk rózsaszínű (lazacszínű) nedves fénylő dús felrakódás. | Szép piros fénylő lepedék. | <i>Zimmermann</i> írta le először, de azt hiszi, hogy azonos a <i>Maschek-féld coccus ruber</i> -ral. |
| 25. <i>Micrococ. cinnabareus.</i> Kis coccusok, többnyire párosával elhelyezkedve; nem folyósít, nem mozog. | Eleinte téglavörös, később cinobervörös kis gömbölyű coloniák, melyek a gelatina fölül jól kiemelkednek. | A felszínen egy szabálytalan zezgúgos körvonalú mindinkább sötétebb vörösbbe átmenő felrakódás. A szűrési csatornában fejlődő kis fehér coloniák, később szintén vörösek lesznek. | Nem igen dús vöröszínű fénylő lepedék. | Gyengén fejlődik s később lesz piros színűvé. | <i>Flügge</i> írta le először. |
| 26. <i>Pediococcus albus.</i> Közepes coccusok, gyakran sarcinaszerű elrendeződésben; folyósít. | Körülbelül fillérnyi elfolyósított gelatina-terület közepén fehér gömbalakú bact. tömeg. Szélén pehelyalakú bact. tömegek. | Igen gyors, eleinte tág tölcser, később haránt-síkkal határolt elfolyósítás. | Fehér szemesékből összetett lepedék. | — | <i>Lindner</i> találta forrásvízben. |
| 27. <i>Microc. aurantiacus.</i> Középnagyságú nem folyósító coccusok. | Narancs-sárga fénylő igen kicsi szabálytalan alakú, a gelatina fölül emelkedő coloniák. | A szűrési csatornában gyenge fejlődés, tetején egy narancs-sárga gomb. | — | Narancssárga nyákszerű pontok. | <i>Schröter</i> írta le. |

Budapest, 1893. december 20-dikán.

Felhasznált irodalom :

1. *Piefke C.*: Mitth. ü. natürliche u. künstliche Sandfiltration. Berlin, 1881. — U. e. Die Boden-Filtration. Berlin, 1883.
2. *Koch R.*: Wasserfiltration u. Cholera. Zeitschrift f. Hygiene. 1893.
3. *Hueppe*: Die Cholera-Epidemie in Hamburg 1892. Berlin, 1893.
4. *Stutzer és Knublauch*: Unters. ü. den Bakterienghalt d. Rheinwassers etc. Pettenkoffer jubilaris füzetében. Bonn, 1893. *Plagge és Proskauer*, továbbá *Prausnitz* adatait innét meríttem.
5. *Lustig*: Diagnostik der Bakt. des Wassers. Jena és Turin, 1893.
6. *Eisenberg*: Bacteriol. Diagnostik. 1891.
7. *Tils*: Bacter. Untersuchung der Freiburger Leitungswasser. Dissertatio. Leipzig, 1890.
8. *Zimmermann*: Die Bakterien unserer Trink- u. Nutzwasser etc. I. és II. Chemnitz, 1890. és 94.
9. *Gessard*: Sur le bacille pyocyanique. Annales de l'Institut Pasteur 1891.
10. *A tisztí főorvosi hivatal* jelentése az 1892/93. évi cholera-járványról. Budapest, 1893.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(IX. rendes ülés, 1894. márczius 11-dikén.)

Elnök: Ángyán Béla; jegyző: Brück Miksa.

Elnök jelenti, hogy *Hutyra Ferencz* dr. „Állategészségi évkönyv az 1892. évről” és „Jahresbericht über das Veterinärwesen in Ungarn, 1892.” című munkáit beküldötte az egyesületi könyvtár számára.

A) Bemutatás.

Cysticercus subretinalis operált esete.

Béla Pál dr. A két héttel ezelőtt bemutatott beteget a szt. Rókus-kórház szeméski osztályán megoperálta f. év február 25-dikén. Miután az operatio eredménye oly ritka jó sikerű, az esetet újból bemutatja. A betegnek bal szemén, melyből a cysticercus eltávolított, látása jelenleg $\frac{5}{30}$, és nincs semmi ok, mely a látás további javulásának ellene szóljon. Az üvegtest ugyanis teljesen tiszta. A retina, melyet a cysticercus hólyag helyéről leemelt, visszafeküdt; a féreg tartózkodási helyén a retina borús, chorioidalis festenyűgökkel behintett. A sclerális meridionalis metszés helyén lévő nagy chorioidalis vérömleny napról napra inkább felszívódik. A papilla, melynek alsó kerülete az operatív beavatkozás folytán az első napokban kissé duzzadt és elmosódott határu volt, most mindinkább visszanyeri normalis küllemét.

Azon veszélytől pedig, mely a cysticercus miatt operált szemeket későbbi időben fenyegeti, t. i. az atrophia való átmenetel, itt előreláthatólag nem kell tartani, mivel üvegtestvesztéség nem volt, hiszen még a retina sem lett megsérítve.

Az operatióknak két fő momentuma van, mely egyszersmind annak fő nehézségét képezi. Egyik a cysticercus hólyag fészkelési helyének pontos meghatározása, a helyes localisatio; a másik a technikai rész, ezen helynek szabaddá tétele, hogy a bemetszésnek hozzáférhető legyen.

Azon körülményből, hogy a cysticercus hólyag belső határa a pap. külső szelétől körülbelül 2 papilla átmérőnyire volt, hogy a hólyag területe szintén körülbelül 2 papilla átmérőjű, továbbá hogy a hólyag felső határa a papillának körülbelül alsó harmadáig ért fel, a papilla átmérőjét rövidség kedvéért 1.5 mm.-nek véve, a hólyag területének közepe az optikus belépési helyétől kifelé 4.5 mm.-ben és tőle lefelé 1 mm.-ben lett megállapítva. Ezen igen hátul eső és így nehezen megközelíthető terület szabaddá tétele czéljából a *Gruefe* által ajánlott eljárást követte. A beteget narcotizálta, a rectus superiorit szabaddá tétele után átmetszette, előbb azonban úgy a belső, mint a külső izomesonkba fonalat öltött; ezután a Tenon-tokot tompán lefejtve, törekedett a szemtekét befelé luxálni, hogy a fent meghatározott helyet elérje; miután ebben az obliquus inferior gátolta, azt a tapadási helyéről leválasztotta. A megfelelő helyen domború élű késsel meridionalis irányban körülbelül 4 mm. hosszúságban óvatosan átmetszette a sclerát, épen úgy a chorioidéát is, mire a cysticercus a szentesio hatása folytán magától kibujt. Ezután a rectus externus izomesonkjait egyesítette. Az operatio-nap estéjén fellépő nagy fájdalmak és kífokú duzzanat ismételt jeges borogatásra megszűntek és attól fogva minden complicatio nélkül gyógyult. Jelenleg convergatio nincs, csak az abductionnál marad igen kevésbé vissza a szemteke.

A hólyag maga cysticercus cellulosae, melynek a kibujás alkalmával kitüremkedett fején a horogkoszorú és 4 szivótársa igen jól látszik a praeparatumon.

B) Napirend.

A vizelet fagypontjának diagnostikus értéke.

Korányi Sándor m.-tanár. Ha y a glomerulus-váladék mennyiségét, a a vizeletben kiürülő szilárd anyagok konyhasó-egyenértékét, 1 NaCl a vizelet konyhasótartalmát jelentik, akkor a Magyar Orvosi Archivum utolsó füzetében megjelent és a vizelet osmotikus viszonyait tárgyaló közleményben kifejtettek alapján $y = 109.5 (2a - \text{NaCl})$ és a glomerulus-váladék konyhasótartalma $= a$. A számításhoz követt eljárás helyessége mellett, az

$$1 a = \frac{\Delta x}{61.3}, \text{ ha } \Delta \text{ a vizelet fagypontja és } x \text{ annak mennyisége.}$$

annak alapját képező theoretikus okokon kívül szolgál az a körülmény, hogy ezen az alapon kiszámítva a glomerulus-váladék százalékos konyhasótartalmát, egészséges embernél $\frac{100 a}{y} = 0.58\%$, a mely számtól eltérések felfelé és lefelé csak 0.01%-nyira fordulnak elő, bármilyen legyen is különben a vizelet vegyi összetétele. Eredmények, a melyek ezen számtól eltérnek, mindig pathologikus állapotoknak felelnek meg és az eltérés irányából diagnosist lehet csinálni. A fentebbi képletből következik, hogy egészséges ember vizeletére vonatkozólag $a : (a - \text{NaCl}) = 0.58 : 0.33$ középértékben, és 0.59 : 0.32 vagy 0.57 : 0.34 fordulhatnak elő, mint még normalis végletek.

A vér osmotikus nyomására nézve 0.91% konyhasó-oldatnak felel meg, a melyben 0.59% NaCl és 0.32 konyhasó-egyenérték-százalék más szilárd anyag foglaltatik oldva. Összehasonlítva a vér és a vizelet alkatát a NaCl és a nem konyhasó szilárd molekulák és az ezekkel összekötött víz mennyiségét illetőleg, ezek szerint a vérből a vizelethez hasonló folyadékot lehetne készíteni, ha 1. a vérből eltávolítanánk minden szilárd molekulát, a mely nem konyhasó. (0.91 - 0.33 = 0.58.) Ezt teszük valószínűleg a glomerulusok. Ha 2. az így származó oldatba visszahelyeznénk az előbb eltávolított szilárd molekulákat, eszerébe konyhasó-molekulákért (0.58 NaCl - 0.33 NaCl + 0.33 (a - NaCl) = 0.33 (a - NaCl) + 0.25 NaCl). Ez történik a húgycsatornácskákban. Ha 3. az így összerakott oldatból annyi destillált vizet távolítanánk el, hogy a folyadék a vizelet fagypontjával birjon. Az utóbbi folyamat a húgycsatornácskákban és részben a húgyhólyagban megy végbe.

y ezek szerint azt jelenti, hogy mennyi vér tartalmazott annyi nem konyhasó-molekulát oldva, tekintet nélkül ezek természetére, szám szerint, mint a belőle készült vizelet. Egészséges embernél 24 óra alatt $y = 6500 - 7500 \text{ cm}^3$ és a vesén átáramló vérmennyiséggel arányos. Ez kitűnik a következőkből:

1. Különböző okokból származó oligoemiáknál y csak 3-4000.
2. Ergotin hatása alatt y leszállt 3000-re, az ergotin kihagyása után ismét 5000-re emelkedett.
3. Az edényrendszer hypoplasiájának egy esetében, a melyet az orvosegyesületben Grósz Emil tagtárs úr szemészeti szempontból tárgyalt, $y = 2300$ volt.
4. Incompenzált szívbajnál $y = 3-400$.
5. Digitalis hatása alatt napról napra fokozódik.
6. Ellenkezőleg nem nő a szív működésre nem ható calomel által megindított diuresisnél.
7. Nephritis interstitialisnál y a polyuria daczára a rendes alatt áll.
8. Epileptikus roham Franck kísérletei szerint a vese véredényeinek tágulását okozza. y minden epileptikus roham után szaporodik, ha nincs is postepileptikus polyuria.
9. Ember testsúlyának egy kilogrammjára számítva 24 óra alatt $y = 120$, házi nyúl egy kilogrammjára $y = 340 \text{ cm}^3$. A viszony tehát megközelítőleg 1:3. Vierordt szerint ember egy kilogrammján egy perc alatt 207, házi nyúl egy kilogrammján 620 cm^3 vér áramlik át. A viszony tehát szintén 1:3.

Practikus tekintetből a vizelet fagypontjának és NaCl-tartalmának alapján tett eme számítások értékkel birnak a következő szempontból: y tájékoztat a vérkeringés sebessége felől és a vérkeringés gyorsulását, pl. szívszervek alkalmazásánál felismerhetővé teszi, mielőtt az a sphygmographikus görbe vagy a vizelet mennyisége alapján constatálható volna.

Ép szív mellett a vese anaemiáját és hyperaemiáját ezen vizsgálat alapján kórismézhettük.

Miután $\frac{100 a}{y}$ egyenlő a vér százalékos konyhasótartalmával, és $a : (a - \text{NaCl})$ mint a vér konyhasótartalma a benne oldott egyéb szilárd alkatrészek konyhasó egyenértékéhez, $a : (a - \text{NaCl})$ (rendes körülmények közt $< = 58 : 33$) kiszámítása alapján ép vesénél a vér összetételére ismert összetételű vér mellett a veseműködés minőségére vonhatunk következtetést.

¹ Vizes oldatban az elektrolytek dissociációja következik be. Az így származó molekulatöredékek a fagypontsüllyedés tekintetéből úgy viselkednek, mint teljes molekulák.

Incompenzált szívbajnál $a:(a - \text{NaCl}) = 45:46$, a mi annyit tesz, hogy a vese vérkeringésének a lassulásánál a vérben az egyéb szilárd alkotórészek a konyhasóhoz képest felszaporodnak.

Nephritisnél $a:(a - \text{NaCl}) = 65:26$, vagyis a beteg vese úgy működik, mintha a vér a benne oldott NaCl-hoz képest a rendesen sokkal kevesebb más szilárd anyagot tartalmazna, a minek az adott körülmények közt anaemiához kell vezetnie. Ezen viszony alapján a nephritis felismerhető, tekintet nélkül a vizelet fehérnyes és hengertartalmára.

Donáth Gyula. Azt kérde előadótól, hogy vizsgálatai szerint miként befolyásoltatik a vizelet fagypontja a fehérnye- és cukortartalom által?

Korányi Sándor. Mennél nagyobb molecularis súlylyal bírnak a valamely folyadékban oldott anyagok, annál kevésbé szállítják le az illető folyadék fagypontját, és minthogy úgy a fehérnye mint a cukor igen nagy molecularis súlylyal bíró vegyületek, már elméletileg is az volt várható, hogy ezek a vizelet fagypontját csak alig szállíthatják alá. *Dreser* vérplasmával tett kísérletei, valamint a fehérnye- és cukortartalmú vizelettel megejtett vizsgálatai is tényleg azt mutatták, hogy a fehérnye- és cukortartalom csak alig számbavehető mértékben változtatja meg a vizelet fajsúlyát.

Közkórházi orvostársulat.

(V. bemutató szakülés 1894. márczius 7-dikén.)

Elnök: **Schwartzter Ottó**; jegyző: **Mohr Mihály**.

Urticaria haemorrhagica esete.

Schwimmer Ernő. O. J., 48 éves, géplakatos, erős testalkatú, jól táplált. Állítása szerint 7 év előtt kezdődött bőrbaja, mely ez időtől fogva majdnem állandóan fennáll. Betegségének fellépése óta folytonos viszketése van. A kivirágzások, a beteg állítása szerint, majdnem épen olyanok, mint eleintén.

Jellen állapot: A belső szervekben nincs kóros eltérés. Az egész köztakarón, a hát és mell bőrén egyes részeit kivéve, a következő elváltozások láthatók: Egyes kendermagnyi, egészen lencsenagyságú sötétvörös kiemelkedések mellett több egymásba folyó rendetlen kiterjedésű, itt-ott élesen határolt rózsaszínű, egészen barna-vörös foltok láthatók. Ezen enyhébb természetű kórképen kívül a felső és alsó végtagokon nagy mennyiségben találni széles, sötét-vörös központot mutató, élénk vörös határral bíró, kiemelkedő kivirágzásokat. A kivirágzások mind a két alkar, valamint a czomb és alszár bőrét majdnem teljesen ellepik. Egyes kivirágzások fehér, illetve a bőr rendes színének megfelelő központi, de annál élesebben vörös széli részszel bírnak, mely utóbbit pedig egy keskeny fehér határ (udvar) környékez.

A kórkép maga egy állandó csalánküteggel jellegét viseli, és a mint hosszabb észlelés alatt meggyőződhetünk, alakját nem változtatta. Ezen egyénnél még oly elváltozás is látható, mely az urticariás bántalmaknál egyáltalán nem szokott előfordulni, t. i. az imént leírt elváltozások egynemelyikében vérkihatolásból eredő körülírt ecchymosisek, melyek a segyfák, valamint a czomb külső oldalán igen kifejezettek. Ezen egyes vérkihatolások csak a csalán kivirágzásokban láthatók, azokon kívül pedig nem.

Az általános állapotra nézve még az is kiemelendő, hogy a beteg a bántalom első fellépésétől kezdve egészen a mai napig az egyes ízületekben nagy fájdalomról panaszkodik, melyek rövid időre eltűnnek és azután újra fellépnek. A térd- és vállizület legállandóbban volt fájdalmas. Alanyi tünetemény gyanánt oly állandó viszketés érdemel említést, a mely alig néhány órára szokott szünetelni.

Az eset behatóbb elemzése alapján, kiemelendő tehát a majdnem 7 évig tartó, nagy terjedelmű urticaria, mely magában véve nem annyira kórjelenség, de minden esetre figyelmet érdemlő alak. A lényegesebb mozzanat az említett vérkihatolás, melyre példa az összes szakirodalomban alig található és azért ezen eset igen ritka alaknak tekinthető. A beteg több ízben kereste fel az osztályt és kórházi tartózkodása idejében a haemorrhagiák és a viszketés az állandó nyugalomra és megfelelő szerelésre enyhültek, de távozása után az említett kórkép mindig fokozott mértékben újra előállt.

A leírt kóralak az angioneurotikus bántalmak egy igen nevezetes alakját képezi. Az urticaria maga, mint ezt mainap minden szakember elismeri, idegbefolyásból eredő kórnak tekinthető. A bemutatott esetben azonban egy állandó edénybeidegzési

zavar van jelen, mely edényfalhüdeésből ered, és mely olyan fokot ért el, hogy még egyes edényekből a vér is kiléphetett.

Aetiologikus szempontból a bántalmat azon csoportba kell osztani, melyek, mint az erythema-alakok, edénybeidegzési zavarból származnak és melyek egy előttünk még teljesen homályos kórokból keletkeznek.

Lichen ruber planus atrophicans esete.

Schwimmer Ernő. B. H., 44 éves, közszolga. Előre ment bajok gyanánt blennorrhoeát és torokfájást említ.

Jelen baja mult év decemberében kezdődött; akkor erős bőrvizketése volt. A köztakarón egyes gombostüfejnyi, egymásba nem folyó, fénylő felülettel bíró rózsaszínű kivirágzások jelentkeztek, melyek csoportonként a törzs legnagyobb részét lepték el. Ugyanezen kivirágzások kisebb csoportjai a felső és alsó végtagokon, jelesen a czombok belfelületén jelentkeztek; úgyszintén a monyon. Ezen röviden leírt kórkép azonban csak akkor tünt elő, mikor az egész testre kiterjedő pikkelyes izzag a megfelelő szerelésre, két heti kórházi tartózkodás után elmult.

A fent említett kivirágzás-csoportok lobos, vörös bőrön ültek.

A kórkép jellegét az eczema eltűnté után lehetett csak határozottan megállapítani és az eczema elmulása után a viszketés is tetemesen engedett.

A kórházi tartózkodása 4-dik hetében a kórkép annyira megváltozott, hogy sem a fénylő kivirágzásokat, sem csoportosulásukat, sem a vörös alapot már nem lehetett észlelni és az a kórkép, mely jelenleg is megvan, állott be lassanként. Jelenleg a kiemelkedő egyes kivirágzások helyét majdnem kivétel nélkül igen apró terjedelmű besüppedés foglalja el. A csoportok helyett, a hol ezek a meglobosodott bőrön ültek, pigmentfoltok láthatók, melyeknek sepia-barna színe említendő fel.

Lichen ruber planus esete.

Schwimmer Ernő. Sh. S., 34 éves, cipész. Tíz évvel ezelőtt kemény fekélye volt, mely két hét alatt begyógyult, két évvel azután tenyerén voltak vörös papulák, melyek helyileg alkalmazott szürke kenőcsre elmultak. Mult év szeptemberében csúzos fájdalmak mutatkoztak, melyek ellen akkori orvosa jodkaliumot és forró fürdőket adott.

Röviddel azután kezdődött jelen baja, mely akkoriban nem viszketett.

Jelenleg a végtagokon, különösen az alszáron és alkaron, a hajlító felületen, továbbá a törzs oldalsó részein és a háton egyes, vagy kisebb nagyobb csoportokba sereglett kivirágzások láthatók. Az egyes kivirágzás gombostüfejnyi vagy alig nagyobb, a bőr színe fölé kiemelkedő halvány-vörös, viaszfényű, közepén csekély behúzóást mutató göbese. A hol nagyobb csoportot képeznek a kivirágzások, színük elevevebb vörös és itt-ott egymással összefolyván, egész krajezáragságú, élesen határolt viaszfényű teleppé változnak. A bőr felületén több helyütt szabálytalan alakú, barnás pigment-foltok láthatók, melyek közül némelyiknek határai csekély vékony pikkelylyel fedettek és kevésbé a bőr színe fölé kiemelkedők, míg a barnás középrészlet a bőrszínben fekszik.

Mikor a beteg először jött a kórházba, a kivirágzások sem oly nagy számban, sem ily jellegzetesen nem voltak észlelhetők, úgy hogy az anamnesist tekintvén, syphilitikus kütegre is lehetett gondolni.

A próbaképen adott 8 egm. hydrargyrum soziodolicum-injectióra azonban nemesak hogy a vér haemoglobin-tartalma nem szállott alá, hanem 4—5 nappal a befecskendezés után számos új, jellegzetes kivirágzás lépett fel. Legutóbbi napokban a bal szájjúgban, az ajkpirban és ennek határán jelentkeztek újabb kivirágzások. Most a beteg erős viszketést panaszol.

Meningitis cerebrospinalis acuta gyógyult esete.

Hochhalt Károly dr. A 16 éves, jól táplált és addig egészséges nöbeteg hányással, lázzal és heves fejfájásokkal vétetett fel. Mellkasi vizsgálat eltérést nem mutatott, a léptompulat normalis, kifejezett tarkógöres, a gerincoszlopnak eleinte nyakszirti és keresztjáji, később a háti és ágyékrészének fájdalmassága, a hátizmok feszülése, orthotonus, látakülönbözet voltak jelen, továbbá zavartalan öntudat mellett rendkívül heves fejfájások, melyek miatt a beteg éjjel-nappal jajveszékelt, aludni nem volt képes. A térd-

reflexek ki nem válthatók, *Kernig*-tünet, izomhyperaesthesia észlelhető volt, azonban roseola és herpes labialis hiányzottak. Ilyen tünetek mellett nyolczadnapra a láznak, mely 38—39,7° között ingadozott, rögtöni kritikus leesése állott be valamennyi körjelenség gyors enyhülése mellett. Miután fondroyans kezdet után gyors alábbhagyás következett, az eset az *abortiv* alakok közé sorozandó. Bemutató hónapokkal ezelőtt két más ily esetet észlelt, melyeknél a láz 14 napig, illetve 4 hétig tartó volt, egyiknél typhosus, másikkal intermittáló görbét mutatott és e mellett mulékony izbokok, ptosis, végtagsugorok, klonikus göresök és ajksömör voltak észlelhetők, láz, tarkógöres, fejfájás és rhachialgia kíséretében. A jelen esetben a vérvizsgálat a betegség tetőfokán 70% haemoglobin-tartalmat és egy köbmilliméterben 4.750,000 vörös és 80,000 fehér vértestecset mutatott ki, vagyis nagyfokú leukocytosist, melyhez hasonlót csak croupus pneumonia-nál tapasztalunk, a mi szintén megerősíteni látszik a már *Fraenkel* és *Weichselbaum* által bakteriologikus úton beigazolt rokonságot pneumonia és meningitis cerebrospinalis között.

A kezelést illetőleg bemutató megjegyzi, hogy a vérvételeket, melyeknek még *Ziemssen* is szószólója, tekintettel a betegség folyama alatt mindenkor bekövetkező rendkívüli lesoványodásra és erőhanyatlásra, elvetendőnek tartja; legtöbb hatást látott a bódító adagolásától, chloralhydrat és morphintól, továbbá a jég-hólyag állandó alkalmazásától a fejre és gerincre. A gerincoszlopnak jodfestenyvel való beecetelése, később a felszívódás gyorsítása érdekében rendszeres higanybedörzsölések szintén sikert hozók voltak. Végül megemlíti, hogy e bántalom járványos elterjedéséről ugyan nem lehet most szó, azonban a szöványos esetek a főváros területén újabb időben kétségtelenül nagyobb számban fordulnak elő.

Medvei Béla. Szólv is azt hiszi, hogy újabban a meningitis cerebrospinalis gyakrabban fordul elő nálunk. Három év előtt szólv is észlelt egy ilyen esetet, melyet a „Gyógyászat”-ban le is írt. Ezen eset egy 13 éves leányt illetett, a ki egészségesen ment az iskolába, ott hirtelen összeesett, eszméletlen állapotban haza vitetett, és midőn 1—2 óra múlva látta, már is kifejezett tarkómerevség és pupillaris differentia volt jelen, a beteg hőmérséke 35° volt, az ütérlokések száma 160. A szülők consiliumot kívántak és a két consiliarius szólv kórisiméjét megerősítette. Ez az állapot 3—4 napig tartott, a tarkómerevség fokozódott, contracturák fejlődtek. A 4. vagy 5. napon láz lépett fel és a meningitis cerebrospinalishoz typhus abdominalis csatlakozott. Az eset gyógyulással végződött. Az eset pontos észlelése kiderítette, hogy a meningealis tünetek nem talán a typhus prodromalis symptomái voltak, hanem hogy tényleg kettős infectio forgott fenn.

Rákosi Béla. Az 1883. évben a váci fegyházban egy hónap alatt 4 meningitis cerebrospinalis esetet észlelt: mind a 4 eset 2 héten belül halállal végződött, azelőtt és azóta csak kevés sporadikusan fellépett esetet látott. E 4 esetet a fegyintézetek évi értesítőjében publikálta. Ugyanazon évben egy rendkívül kedvezőtlen hygieniai viszonyok között élő parasztesalád két gyermekénél látta a meningitis cerebrospinalis halálos kimenetelét. Gyermekeknél különféle heveny fertőző betegségek prodromalis szakában gyakran fordulnak elő meningitis cerebrospinalis tüneteire hasonló jelenségek. Ha gyermekeknek ilyenféle tünetek igen rövid idő alatt gyógyulnak, gondolni kell arra a lehetőségre, hogy hasonló tüneteket helminthiasis is idézhet elő reflexneurosis útján.

Balogh Tihamér. A kórkép kiegészítése végett azt a kérdést intézi a bemutató úrhoz, hogy a betegnél a bántalom tartama alatt nem észlelte-e az intelligencia csökkenését?

Szontágh Félix. A meningitis cerebrospinalis egy epidemiáját a magyar és német szaksajtóban írta le; az esetek egyike sem tartott két hétnél rövidebb ideig, egy eset 60 napig tartott és ekkor gyógyulással végződött. E bántalom kórisimézése rendszerint nem nagyon nehéz. A helminthiasisnak, melyet *Rákosi* dr. úr említett, ma már nem lehet oly nagy aetiologiai jelentőséget tulajdonítani. A vérelvonásokat a gyermekkorban csak nagyon ritkán alkalmazzuk, de pl. *Henoch* nagy barátja agyhyperaemia eseteiben, sőt a meningitis tuberculosa kezdeti szakában is. Persze a vérelvonás alkalmazását mindig az egyéni viszonyokhoz kell mérni, utóvérzés fenntartása gyermekeknek nem jöhet ajánlatba. Az általa észlelt esetek közül csak egyben alkalmaztatott vérelvonás, még pedig az említett, 60 napig tartott esetben és itt a beállott javulás a vérelvonás mellett szólhatna.

Hochhalt Károly. A meningitis cerebrospinalis és a typhus abdominalis között a differential diagnosist többnyire biztosan meg lehet állapítani. A bemutató betegnél az intelligencia csökkenését, mely a bántalom 6—8 heti tartama alatt elég gyakran kifejlődik, nem észlelték. Régebben azt állították pl., hogy az esetek 55%-ában süketnemaság marad vissza. *Rákosi* dr. úr említett közleményéről nem volt eddig tudomása. Úgy látszik, hogy újabban nálunk e bántalom aránylag enyhébb lefolyású.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

A légzési szervek klinikai vizsgáló módszerei; orvostanhallgatók és gyakorló orvosok számára, írta *Terray Pál* dr. egyet. tanársegéd. Különlenyomat a „Klinikai Diagnostika” kézikönyvéből. Budapest, Dobrowszky és Franke 1893. (Ára ?)

A szerző egy jó munkával gazdagította a magyar orvosi irodalmat. Majdnem 7 ivre terjedő művében a légzési szervek betegségeinél használt, és használható vizsgáló módszerek előadásával foglalkozik; precíz, nem terjengős, sőt magvas, de mind a mellett mindenütt világos stylussal és könnyen érthető modorban. Épen mivel könnyen érthető, s tárgyát, elemi ismertetések előadásából indulva ki, folyton emelkedve, vezet tovább: semmi kétségünk sincs abban, hogy munkájából a kezdő kedvet fog meríteni és hasznot fog húzni. Másrészt pedig szívesen elismerjük, hogy magunk is örömmel, sőt igazán lekötött figyelmünk kifáradása nélkül olvastuk végig, látván, hogy a gyakorló orvos az ismerteket, s részben elfelejtetteket, mily könnyen frissítheti újra fel. Így e munka a kezdőknek tankönyvük, nekünk idősbeknek, repetitoriumunk lehet, és hiszszük, hogy *Gerhardt*, *Eichhorst*, *Guttman*, *Vierordt* stb., nálunk közkezen forgó műveit a maga terjedelme szerint igen jól fogja pótolni.

A mű rendszere a régebben elfogadottal azonos. Rövid bevezető után a szerző a normalis, különösen a morphologikus, viszonyokat tárgyalja, így a mellkasi, s részben a hasi szervek projectióját a mellkas vázára, a tüdők s a complementarius írők határait. A physiologikus előismereteket, légzési typosokat stb., ismétléssel elkerülése végett, csak az egyes módszerek fejtegetése alkalmával keríti sorra.

A megtekintés fejezetéhez a spirometria s pneumatometria van hozzá csatolva. Nem kicsinylendő dolgok. Utánuk a szerző áttér a tapintásnál figyelembe veendő tünetek rövid, de teljesen kimerítő leírására.

A kopogtatásnál pár sorban felemlíti a művelet történetét, azután áttér annak módjaira és kivitelére, sok megszívlelendő, jó tanácsot adva. Az igen jó physikai elméleti ismertetésre a kopogtatási hangok felosztása következik, *Skoda*, majd *Traube* nézetei szerint, s utána a kopogtatási hangok egyes nemeinek részletes tárgyalása.

A következő fejezet a hallgatódzásról szól; itt is a művelet története után a használni szokott műszereket írja le. Ezután tárgyalja az alaplégzéseket, utánuk a mellközörejeket, s végül a pleura zörejeit. Ezekhez járul még a bronchophonia és változatainak leírása. Mintegy függeléket képeznek a próba-szűrőcsapolás és a köpet vizsgálatáról írt fejezetek.

A mű megértését a szövegbe nyomott 33, úgy hiszszük, zinkographikus ábra segíti elő. Igen sikerült részletei a munkának az egész hallgatódzás, a kopogtatásnál különösen a dobos hangról írottak, s élvezettel olvastuk még a dyspnoéről szóló lapokat is. Itt csak az tűnt fel, hogy szerző a *Cheyne-Stokes*-féle légzés physiologiájának magyarázatára, talán tulságos kritikája következtében, elégnék talált másfél sort. Sajnáljuk azt is, hogy míg a munkában helyet talált a plegaphonia s a *Baccelli*-féle pectoriloquie aphone (eredeti nevét nem tudjuk): a thermopalpatiót felemlítve nem látjuk. Bár ez eljárásnak practikus hasznát ez idő szerint nem tudjuk, jól esett volna magyar könyvben nevére bukkannunk.

E csekélység azonban nem fojtja vissza köszönetünket a *Klinikai Diagnostika* iránt, melynek e rész megjelenéseért tartozunk és nem hátráltat abban, hogy azt mindenkinek a legmelegebben ajánljuk. Gy—n.

II. Lapszemle.

Kórtan.

Veleszületett gümőkór két esetét közlik *Thiercelin* és *Loude*. Az első esetben a nagy mértékben gümőkóros nő terhessége 8. hónapjának elején egy gyermeket szül, mely csak 4 napig élt; az anya a szülés utáni 14. napon hal meg. Sem a placentában, sem a gyermek szerveiben makroszkopikus elváltozások nem láthatók; a

vesében, májban és lépben azonban sok gümöbacillus mutatható ki. A köldökviszér vérével oltott tengeri malacok három hét múlva pusztultak el és a belső szervekben (hashártya, lép, máj, vese és tüdő) kiterjedt gümőkór jeleit mutatták. A második esetben a rendes időre született gyermek 7, az anya pedig gümőkór folytán 12 nap múlva halt meg. A placentával, mely makroszkopice semmi elváltozást sem mutatott, beoltott tengeri malacz 8 hét múlva döglök meg máj- és léggümőkór következtében. (La médecine moderne, 1893. 32. sz.)

A typhus-bacillus felismerésére új módot ajánl *Schild*. Vizsgálatainál azt találta, hogy a bacterium coli commune és egy a typhus-bacillushoz nagyon hasonló, vízben előforduló mikroba sokkal ellenállóbb a formalinnal szemben, mint a typhus-bacillus. A vizsgálat menete a következő: 7—7 köbcentiméter sterilizált, közönbös kémhatású tenyésztő húsleves tartalmazó kémcsövek mindegyikébe steril pipettával 0.1 köbcentiméter 1%-os formalin-oldatot teszünk. Ha már most a vizsgálandó tiszta tenyésztéből átültetünk egy keveset ezen formalinos húslevesbe, akkor ha csakugyan typhus-bacillussal volt dolgunk, a húsleves tiszta marad. Ha azonban bacterium coli commune-t, vagy az említett, vízben előforduló mikrobát ültetjük az ilyen húslevesbe, ez már 24 óra múlva kifejezetten megzavarodik. (Centralblatt für Bacteriologie, XIV. kötet 22. szám.)

Fertőző betegségek befolyása a gümőkórra. A hamburgi orvosegylet egyik utóbbi ülésén *Kaufmann* egy tizesztendős gyermeket mutatott be, a ki fél évvel ezelőtt került kezelése alá nyakmirigy- és tüdőcsúcs-gümőkór miatt. Az orvoslás daczára a beteg ereje hectikus lázak kíséretében folyton fogyott. Egy hónap múlva a gyermek scarlatinában betegedett meg, a mely rendszeren, simán folyt le. Azóta állandóan láztalan és állapota a gümőkóros folyamat visszafejlődése mellett folyton javul. *Rumpf* ezzel kapcsolatban felemlíti két betegét, kiknél a hörgömirigyek gümőkórja közébejött typhus után feltűnően javult. (Deutsche medic. Wochenschrift, 1894. 5. sz.)

Gyógyszertan.

A salicylsav hatását a méhre tanulmányozta *Binz* tanár, mert erre vonatkozólag az irodalomban csak elszórt és részben ellentmondó adatok találhatók. Házi nyulakon végzett kísérletek alapján a következő eredményekre jut: 1. Chlorotikusoknál a havi vérzés megkönnyítésére és erősítésére megkísérthető a natrium salicylicum. 2. Terheseknél nagy adagok (például izületi czúz esetében) csak óvatosan alkalmazandók, ha abortusra vagy koraszülésre hajlamosság mutatkozik. Szerző ez utóbbi tételével azonban nem akarna valami túlságos aggodalmat okozni a salicylsav használatát illetőleg; kívánatosnak tartja, hogy nagyobb beteganyagban próbálják ki, vajjon a salicylsav csakugyan előidéz-e méhvézést, és ha igen, mily mértékben. (Berlin. klin. Wochenschrift, 1893. 41. sz.)

Tracheotomia lysol-mérgezés következtében. *Reade* egy 10 hónapos gyermeknél 1 gyermeknél tiszta lysolnak beadása után, tévedésből ol. jecoris aselli helyett, súlyos mérgezési tüneteket látott, melyek a gyermek halálával végződtek. A lysolt a gyermeknek egy eseléd adta be. A lysol maró hatása kifejlődvén, oedema glottidis következtében első sorban is nyelési nehézség, majd fulladás lépett fel; e tünetek az azonnal megejtett tracheotomia után feltűnően javultak, de javult az általános közérzet is. Mégis a bevétel után körülbelül 24 óra múlva intoxiciói tünetek léptek fel (jaectatio, göresös vonaglás a végtagokban, nagyon felületes, gyors légzés, majd sopor), melyeknek következtében a gyermek további 8 $\frac{1}{2}$ óra múlva kimult. Ezen eset is bizonyítja, hogy mennyire *relative a lysolnak ú. n. „nem mérgező volta“*?! A gyermek a bevétel után csakhamar hányt, és így aránylag talán kevés lysol szívódott fel a gyomor útján, és mégis már ez a kevés elégséges volt arra, hogy a gyermek elpusztuljon! (Zeitsch. f. Chir. Bd. 36. 5. és 6. sz.) *Rottenbiller* dr.

Belgyógyászat.

Az empyema orvoslása. Az empyema orvoslásának legjobb módja *Aufrecht* szerint a geny kibocsátása bordaresectio útján. A geny kiürülése után 2%-os carbollal oldattal öblíti ki az üreget, a

láz megszűnése után pedig öblögetésre 0.2—0.5%-os argenticum nitricum-oldatot használ. A betegség lefolyása alatt a beteg lehetőleg mindig a hátán fektüdjék. Szerző 41 esetet kezelt ily módon; 5-nél súlyos complicatiók voltak jelen és azért ezeket a statistika összeállításánál elhagyja. A többi 16 beteg közül csak egy halt meg; 34 teljesen gyógyult, egynél pedig, a kinél különben előrehaladt tüdőgümőkór volt jelen, nem következett be gyógyulás. A gyógyult esetekben az orvoslás tartama átlag 48 napot tett; a legrövidebb gyógyulási tartam 8 nap, a leghosszabb pedig 190 nap volt. (Deutsches Archiv für klin. Medicin, 52. kötet, 1. füzet.)

A lábadozók bradycardiájáról ír *Dehio* a „Deutsches Archiv für klinische Medicin“ 52. kötetének első füzetében. A bradycardia lábadozóknál nem hirtelen és közvetlenül fellépő betegségi tünet, hanem lassanként fejlődik ki az érelőkesszám normalis esőkénéséből. A szerző által említett esetek legtöbbszörében csak néhány napig, legfeljebb egy hétig tartott a bradycardia. Ezzel egyidejűleg néha az érelőkés szabálytalansága is észlelhető, ez azonban többnyire gyorsan szűnik, míg némely esetekben a nagyfokú szívgyengeség jelei ijesztőkké válhatnak. Szerző arra is kiterjesztette figyelmét, hogy milyen befolyással van a bradycardiára az atropin. Abból indult ki, hogy olyan esetekben, a mikor atropin befeccskendésére a szívverések száma megszorodott, a bradycardiát a központi idegrendszerből kiinduló izgalma a vagusrostoknak, illetve hűdése a sympathikus rostoknak idézte elő (*extracardialis bradycardia*); ha tehát atropin-befecskendésre nem következik be a szívösszehúzódnások szaporodása, akkor magának a szívnek motorikus ereje szenvedett csorbát (*cardialis bradycardia*). Esetei közül csak egyben következett be atropinra a szívösszehúzódnások megszorodása, a többi esetben azonban nem. Szerző ebből azt következteti, hogy a lábadozók bradycardiájának oka magában a szívizomzatban keresendő. Arra a kérdésre, vajjon az elváltozások a szívizomzatban könnyűek-e, vagy pedig vajjon nem toxikus behatás eredményét képezik-e, szerző nem felel.

Gyermekegyógyászat.

Láz nélkül lefolyt scarlatina esetet ír le *Varnaly*. Az előzőleg teljesen egészséges 3 $\frac{1}{2}$ éves gyermek 3 nap óta gyengélkedett. Ekkor hirtelen scarlatszerű bőrkiütés jelentkezik a csipőkön és czombokon, e mellett a bal mandolán kicsiny lepedék látható. Az állkapocsszögletben a mirigyek duzzadtak, fájdalmasak. A 12-dik napon hámlás jelentkezik, a 21-diken pedig az arcz oedematosus. Nephritis. A gyermek meggyógyult. A betegség egész lefolyásában lázas hőmérsék nem volt kimutatható. (Schmidt's Jahrbücher, 1893. 12. sz.)

Újszülötteknél a syphilis hereditariának egy korai tünete és annak kezelése. Mint ismeretes, újszülötteknél a veleszületett lues első tünetének a náthát tekintik, a melyet nyomban rekedt köhögés követ és csak később jelentkeznek a syphilis karakteristikus tünetei (roseola, condyloma latum). *Carini* megfigyelései szerint a syphilis congenitának sokkal korábbi tünete van. Ugyanis az újszülött a születés után azonnal vagy néhány órával később köhögni kezd és ezen köhögés mintegy varázsütésre eltűnik, ha a szoptató anyának nagy adagokban jódkáli és a gyermeknek Swieten-féle oldatot adunk. (Semaine méd. 1893. Nr. 60.)

W—dt.

Apróbb jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. Diabetes ellen *Dreyfus-Brisac* a következő orvoslásmódot ajánlja: 1. Reggel egy pohár karlsbadi vizet inni, vagy egy kávéskanálnyi karlsbadi sót egy pohármeleg vízben feloldva elfogyasztani. 2. Étkezéskor Vichy-vizet inni. 3. Három étkezés után a következő összetételű porokból egyet vagy kettőt bevenni: Rp. Natrii bicarbonici 1.0; Extr. thebaici 0.02. 4. Este 4 centigramm extractum thebaicumot tartalmazó labdacsokból egyet vagy kettőt bevenni. (Bulletin général de thérapeutique, 1894. 4. sz.)

2. Lupus gyógyítására melegen ajánlja *Mansel Simpson* a salicyl-collodiumot, mint a mely könnyen alkalmazható, aránylag kevés fájdalmat okoz és erélyesen pusztítja a kóros részeket. A salicyl-collodium összetétele a következő: Rp. Acidi salicylici 3.5; Extr. cannabis indicae 0.6; Collodii flexilis ad 30.0. (The practitioner, 1894. February.)

TÁR C Z A.

† Török József dr.

(született 1813., meghalt 1894.)

Orvosi rendünk egyik kiváló, érdemekben megőszült nestorának elhunytát gyászoljuk Török József dr., a debreczeni ref. főtanoda tanárának halálában. Ő egyike volt rendünk azon mostan már egyenként kihalt jeles tagjainak, kiknek magasra törekvő tudományos életpályáját részint a negyvenes évek utolsó éveinek eseményei, részint az egyetemen akkor még uralkodott felekezeties felfogás erőszakosan félbeszakították, de a kik az események folyása által más tere szorítatva sem mondták le tudományoszeretükről, hanem az adott viszonyok közt eszményeik érdekében közvetve vagy közvetlenül tovább működtek és megtettek a mit tehettek. A jobb időket élő utódoknak tisztelettel kell tekinteni rájuk, kik szerény működésükkel akkor élesztették és tartották fenn a hazai orvos és természettudományok lassan pislogó mécsesét, midőn még hazai orvosi kulturánk mezején csaknem sötét és néma volt minden. Legyen áldás emléküknél!

Török József dr. született Alsó-Váradon Bars megyében 1813. október 14-dikén, hol atyja ref. lelkész volt, ki később mint az egyházmegye esperese Új-Barson lelkészkedett.

Török József az elemi iskolákat otthon végezte, a gymnasium 4 alsó osztályát pedig Selmeczbányán az ágostai hitvallásúak lyceumában, hová a német nyelv elsajátítása végett küldtetett. A gymnasium felsőbb osztályait, továbbá a bölcséleti, jogi és theologiai tanfolyamokat pedig a debreczeni ref. főiskolában. 1836-ban Budapesten az orvosi pályára lépett s ezen tanfolyamot bevégezvén 1841-ben, a következő 1842-dik év márczius 17-dikén orvostudorrá avattatott fel. Ekkor azonnal külföldi tanulmányútra indult s egy fél évet Berlinben tanulmányozott, hallgatván az akkor európai híré belgyógyászt *Schönleint* s a szinte nagy híré mítő-sebészt *Dieffenbachot*, az idegkórban *Romberg* stb. Dieffenbach a következő bizonyítványt adta számára:

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

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

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

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

Ekként 4 egyetemnek t. i. a pesti, bécsi, berlini és párisi egyetemeknek szellemével megismerkedve, az 1843-dik év elején Budapesten telepedett meg mint gyakorló orvos, hol azonnal egy kis sebészi magánkórházat nyitott s működése kellő elismeréssel találkozott. Az akadémia ugyanis egy pályamunkájáért, melyet „Magyarország közgazdaságilag nevezetes termékeiről“ végzett orvosnövendék korában írt s másodrendű jutalmat nyert, 1843. október 7-dikén levelező tagjává választotta. 1844. október 13-dikán az orvosi kar; október 23-dikán a budapesti orvosgyelet r. tagjává; 1845-ben pedig a természettudományi társulat

másodtitkárává választotta. Ez időtájt Böhm halálával megürülvén a törvényszéki orvostan tanszéke, ezen állásra pályázott, a bécsi egyetem által leküldött 3 kérdésre latin, magyar és német írásbeli dolgozatot készítve, s ugyanezen 3 nyelven szabad előadást tartva. Mint köztudomású dolog, ezen tanszéket néhai Rupp N. János nyerte el. Ezen pályázatnak azonban mégis volt annyi eredménye, hogy az akkori protomedikus Stáhl Ignác által felszólítottatott, hogy készüljön a diaetika rendkívüli tanszékére, melyre őt kineveztetni óhajtja. Az akkori helytartó tanácsnál azonban, mely az egyetemet katolikus jellegűnek tekintette, azt sem birta keresztülvinni, hanem ezen tanszékre néhai Wágner János neveztetett ki. Ekként lemondva azon reményről, hogy valaha egyetemi tanár lehessen, 1847-ben elfogadta a debreczeni ref. főiskola meghívását a vegytan, növény- és ásványtan tanszékére, melyre az egyházközség egyhangúlag választotta meg. 1849-ben Mészáros Lázár hadügyminiszter két honvéd-kórház főorvosává nevezte ki, mely minőségben ez év január 1-től április végéig működött; május havában az akkori belügyminiszter Szemere Bertalan által ministeri tanácsossá neveztetett ki az egészségügyi osztályhoz, melynek főnöke akkor a protomedikus Bugát Pál volt. Ez állás csak a világsi fegyverletéltel tartott, mely után ismét elfoglalta debreczeni tanszékét, a mely tanszék későbbben, nem sokkal ezelőtt, a jogakadémia szervezése alkalmával a törvényszéki orvostan és közegészségtan tanszékévé változott által. Ekként a mely tanszékre pályája kezdetén aspirált, elnyerte azt élete alkonyán. Debreczeni tanszékéhez azonban az orvosi gyakorlat is hozzá volt kötve, a főiskola kórházának ellátása s a tanuló ifjúság gyógykezelése is reá bízotván. Ekként az orvosi gyakorlatot pályája kezdetétől fogva majdnem haláláig folytatta s miután az általa évenként kezelt betegek számát 2000-re bizvást tehetni, egy félszázad alatt 100,000-re rúg azoknak a száma, kiket gyógykezelt.

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

Tudományos köztevékenységét részint mint középiskolai tanár a debreczeni főiskolában, részint a Magyar Orvosok és Természettudományi Társulat vándorgyűlésein, részint a M. Tud. Akadémiában fejtette ki, mely utóbbinak 51 éven át volt annak ügyeiért a legutóbbi időig buzgóan érdeklődő vidéki tagja.

Az utóbbi hónapokban sokat betegeskedett, míg végre f. hó 14-dikén a halál megváltotta szenvedéseitől.

Nem érthette meg a keletkező debreczeni egyetem életbelépését! Ez eszmény teljesülése érdekében az ő tudományos munkássága is bizonyára számottevő előfutár gyanánt szolgált!

Irodalmi dolgozatai. 1. Első irodalmi dolgozatai költemények valának s nyomtatásban megjelentek a *Péczeley József* által kiadott Debreczeni Lantban 1834 és 1835-ben.

2. A magyar Tud. Akadémia 1839-ben pályakérdést tűzött ki Magyarország közgazdaságilag nevezetes termékeiről. Ezen kérdésre pályázván még mint orvosnövendék, munkája másodrendű pályadíjt nyert s megjelent az Akadémia által kiadott „Természettudományi Pályamunkák“ 3-dik kötetében 1844-ben.

3. Orvostudorrá avattatása ünnepélyére írta 1842-ben az *Egészséget nem rontó szépítő szerekről* című értekezését.

4. 1846-ban az Akadémia által „Honunk nevezetesebb ásványvizeiről“ kitűzött pályakérdésre versenyezvén, munkája az elsőrangú jutalmat nyerte el. Ezen pályamunka 1848-ban jelent meg, kiadva a „Magyar irodalomterjesztő társulat“ által ily cím alatt: *A két magyar haza elsőrangú gyógyvizei s fürdőintézei*. Ezen munka javított és bővített kiadásban megjelent 1858-ban is.

5. A kir. Természettudományi Társulat által 1845-ben másodtitkárává választotván, szerkeszté a Társulat Évkönyvének 1-ső kötetét, a Társulat Névkönyvét és Naptárát 1847. és 1848-ra.

6. 1848. január 10-dikén Debreczenben tanszékét elfoglalván, beiktatási ünnepélyére írt értekezést „*A természettudományok elhanyagolásának káros következményeiről hazánkra nézve*.“

7. 1858-ban leírta az általa páratlanul felismert lett kabai meteor. követ ezen cím alatt „*Értesítés a kaba-debreczeni lebkőről*“. Megjelent a Magyar Akadémiai Értesítőben 1858-ban. Leírta ezen meteoritot német nyelven is: a *Sitzungsberichte der math.-naturw. Classe der kais. Akademie XXXI. kötetében* s a *Bogendorfs Annalen X-dik kötetében*.

8. 1858-ban az Akadémia r. tagjává választatván, székét ily című értekezéssel foglalta el: *Debreczen földtani viszonyai*, melyeket az itten fűrt ártézi kutak próbáiból állapított meg. Megjelent az Akadémiai Értesítő 1859-diki folyamának 3-dik füzetében.

9. 1870-ben mint a főiskola Reectora alkalmi beszédet mondott a főiskola új épületének alapköve letétele alkalmából, mely önálló füzetben jelent meg.

10. 1859-ben megírta az Akadémia számára Pólya József dr. r. tag emlékeztétét.

11. 1875-ben írt értekezést: *A jégkorszak nyomairól Magyarországon s különösen Debreczen vidékén*. Megjelent a Természettudományi Közöny 1875-diki deczemberi füzetében.

12. 1881-ben írta *Népszerű Emberélettan* című munkáját, tanodák s a művelt közönség használatára.

13. 1882-ben a magyar orvosok és természetvizsgálók XXII-dik nagyülésén, mint alelnök szerepelve, az ünnepélyes megnyitó ülésen ismertette a magyar birodalom eddigelé ismeretes meteoritjeit. Ezen értekezés megjelent a XXII. nagygyűlés munkálataiban s a Természettudományi Közönyben.

14. 30 évi kutatás folytán összeállította Debreczen Rovarfaunáját, mely részletenként megjelent a m. orvosok és természetvizsgálók nagygyűléseinek munkálataiban. Egészben pedig Debreczen város Egyetemes leírásában, 1882-ben.

15. Írt számos értekezéseket, melyek az Orvosi Tár, új folyam, Orvosi Hetilap, Gyógyászat s a Magyar Orvosok és Természetvizsgálók munkálataiban koronként jelentek meg.

Heti szemle.

Budapest, 1894. márczius 15-dikén.

Az országos balneologiai egyesület évi közgyűlését f. hó 12-dikén tartotta *Tauffer Vilmos* elnöke alatt.

Elnök a közgyűlést megnyitván, melegen üdvözölte az egybegyűlt tagokat és egyszersmind örömeinek ad kifejezést a felett, hogy a megjelent tagok nagy száma újabb bizonyítja az egyesület iránt fennálló élénk érdeklődést.

Utánna *Löv Sámuel* dr. egyesületi főtitkár felolvasa jelentését az egyesület múlt évi működéséről; a fontosabb adatok a következők: *Bókai Árpád* tanár értekezései: „Külföldi és hazai fürdők összehasonlítása“ és „Külföldi és hazai ásványvizek összehasonlítása“ az egyesület költségén kiadattak és az összes magyarországi orvosoknak díjmentesen megküldettek.

A magas kormány egyes tagjainál fontosabb fürdőügyi kérdésekben előterjesztések tétettek; az igazgató-tanács mindenütt elismerő méltánylásban részesült és kérései lehetőleg tekintetbe vétettek.

A belügyministerium, földmívelésügyi ministerium és kereskedelemügyi ministerium az egyesület szakvéleményét, illetőleg közreműködését ismételve kikérték. A belügyministerium megbízásából az idei bécsi néptáplálási kiállításon a magyar ásványvizek collectív bemutatását a balneologiai egyesület fogja rendezni; ugyanezt fogja az egyesület az őszkor Budapesten tartandó nemzetközi hygienikus congressus alkalmával tenni. Sokkal nagyobb szabású lesz az egyesület tevékenysége az ezredéves kiállítást illetőleg, miután a kereskedelemügyi minister egy külön fürdőügyi pavillon felállítását és a kiállítás rendezését az egyesületre bízta; ezen tárgyban holnap nagy értekezlet lesz, melyre az összes fürdő- és forrástulajdonosok meghivattak.

Egy általános fürdőtörvényjavaslatnak tervezete elkészítettet és legközelebb fog a kormány elé terjesztetni.

A tagok száma úgy az orvostudományi, mint a gazdasági osztályban igen örvendetes módon emelkedik. A jelenlegi létszám a következő: az orvostudományi osztályban 222, a gazdaságiban 66, összesen 288 egyesületi rendes tag.

Édeskuty Lajos pénztárosi jelentéséből kiemeljük, hogy az 1893. év 783 frt 91 kr. pénztámaradékkal végződött. Az 1894. évi költségelőirányzat szerint az 1894. évben a bevételek 2037 frt 31 kr-ra, a kiadások pedig 950 frtra rúgnak.

Ezután a közgyűlés az igazgató-tanács előterjesztésére *Hógyes Endre* tag felszólalása után *Chyzer Kornél* dr. ministeri tanácsost, *Korányi Frigyes* dr. és *Than Károly* dr. egyetemi tanárokat *egyhangúlag megválasztotta az egyesület tiszteletbeli tagjaivá.*

Szilvássy János dr. borszéki fürdőorvos indítványára a közgyűlés elhatározta, hogy a belügyministerhez felterjesztést intéz a gyógyhelyeken igen elterjedt prostitutio rendezése iránt.

Mangold Henrik dr. kir. tanácsos, balaton-füredi fürdőorvos indítványára a közgyűlés elhatározta, hogy a kereskedelmi minister-

hez azt a kérelmet intézi, miszerint a vasárnapi munkaszünetre vonatkozó határozatok a fürdőévad alatt a gyógyhelyek részére megszüntetessenek.

A közgyűlés bezárta után mindjárt megkezdődtek a *IV. balneologiai congressus tárgyalásai*. A congressus ez első napján előadást tartottak:

1. *Stiller Bertalan* tanár: *A magaslati égélj hatása Basedow-kórnál*. Ezen előadást egész terjedelemben közöljük.

Az előadás után felszólalt *Ormai József* dr.: Az 1880. évben egy 18 éves leánynál észlelte a koritnyiczai tartózkodás kitünő hatását a kifejezett Basedow-kór ellen. A Basedow-kór összes tünetei rövid idő alatt javulni kezdtek, úgy hogy a beteg két hó mulva tetemesen javult állapotban távozott.

2. *Irsai Arthur* e. m.-tanár: *A kénes vizek hatása a légutak bántalmainál*. Ezen előadást egész terjedelemben közöljük.

Ez előadás után hozzá szólottak a tárgyhoz *Morelli Károly*, ki a kénes vizek belégzésének kitünő hatását a száraz orr- és garathurtnál tapasztalván, kieszközölte, hogy a Császárfürdőben a forrás mellett három belégzésre berendezett fülke létesített, melynek Emsben vannak. *Gara Géza* szerint a kénes vizek tapasztalati úton megállapított jó hatásának legvalóbbszínű magyarázata az, hogy a kénhydrogen directe a vasomotorikus centrumra hat. *Hasenfeld Manó* felemlítette, hogy az első internationalis balneologiai congressus alkalmával a pyreneusi fürdőhelyeket meglátogatván, ott a kénes vizek kitünő hatását a légutak bántalmainál észlelte, és erre egy 1887-ben közzétett cikkében felhívta a magyar fürdőorvosok figyelmét. *Boleman István* megjegyzi, hogy Herkules-fürdőben egy sós- és egy kénesvíz inhalálására szolgáló iermet rendeztek be. *Bókai Árpád* már körülbelül 1½ éve tapasztalta és most a congressus előtt ismét vizsgálva, tapasztalatában megerősödött, hogy a H₂S tartalmú physiologikus konyhasó-oldat a *fehér véresejtek amoeboid mozgásait* épen úgy megszünteti, mint alkalmas göresői gázkamrában a H₂S-gáznak minimális mennyisége. A H₂S-tartalmú vizek helybeli antiphlogistikus hatását, melyet a gyakorlat férfiai régen tapasztalnak, ezen észlelet magyarázni képes, épen úgy mint a chininnek lobellenes hatását ennek *Binz* által megállapított véresejtmozgást megszüntető befolyása, melyet már rendkívül híg oldatok eszközölnek. Azt is tapasztalta szülő, hogy némi helybeli érzékenységesítő hatása is van a H₂S-gáznak és az azt tartalmazó víznek; ennek beható vizsgálatát talán épen főleg gégeorvosok tehetnék meg, mire felhívja az előadó figyelmét.

3. *Vas Bernát* dr. és *Gara Géza* dr.: *A kénes vizek befolyása az emésztésre és az anyagcserére*.

Ezen előadást szintén egész terjedelemben fogjuk közölni. Az előadáshoz hozzá szólottak *Morelli Károly*, ki eltérőleg az előadók állításától azt tapasztalta, hogy a gyomorba vitt 10 foknyi hideg víz a gyomor peristaltikus mozgásait nem fokozza, hanem csökkenti. *Ormai József* hangsúlyozza, hogy a különféle ásványvizek physiologiai hatásának tanulmányozása mellett az empyria sohasem lesz nélkülözhető, mert pl. a fürdőorvosi praxisban gyakran lehet egy és ugyanazon ásványvíz egyforma alkalmazásától eltérő eredményeket észlelni.

Vas Bernát előadónak *Gara* dr.-ral végzett kísérleteinél az alkalmazott víz hőmérséke csak 15–30° között ingadozott. *Quinke* kísérletei kimutatták, hogy a gyomorba jutott hideg vagy meleg víz nagyon hamar, kevés perc alatt eléri a test hőmérsékét. További kísérleteinél figyelemmel lesz *Morelli* dr. észleletére.

A f. évi szeptember hó 1-től 9-dikéig Budapesten tartandó VIII-dik nemzetközi közegészségi és demografiai congressus előmunkálatai nagyban folynak. A tudományos rész programja a külföldön igen kedvező fogadtatásban részesült és számos levél érkezik a főtitkársághoz, melyben tudományos szakférfiak a legnagyobb elismeréssel szólnak a program egyes részéről épúgy, mint az abban foglalt kérdések összességéről. Az érdeklődést, melylyel a congressus iránt a külföld viseltetik, legvilágosabban bizonyítja ama 362 hygieniai és 78 demografiai, összesen tehát 440 előadás, mely már eddig, tehát 6 hónappal a congressus megnyitása előtt csupán a külföldi tudósok részéről bejelentetett.

A congressusi szakosztályok száma egygyel növekedett. Nevezetesen „általános szamaritánus ügy“ cím alatt XX-dik közegészségi szakosztályként csatlakozott hozzánk a szamaritánus congressus, mely az ezen ügybe vágó fontos kérdéseket remélhetőleg véglesen el fogja intézni, illetve a nagy nemzetközi ügynek szervezése innen fog kiindulni.

Növeli a congressus érdekességét és támogatja annak sikerét az a körülmény, hogy úgy a németországi vasúti orvosok, valamint a hulla-égetők a congressussal kapcsolatban Budapesten fogják megtartani ezidei összejövetelüket.

Már eddig is számos neves egyesület, városi hatóság és egyetem nevezte meg congressusi képviselőit.

A congressust Károly Lajos főherceg ö Fensége személyesen fogja megnyitni. Az ismerkedési estély a muzeum kertjében és épületében, mint a székes főváros legklasszikusabb helyén lesz megtartva. A congressus valamelyik napján pedig a székes főváros egy nagyszabású fogadó-estélyt rendez a fővárosi vígadó összes termeiben.

Szeptember 6-dika kisebb kirándulások részére van fentartva. Ilyenek egyrészt a közintézetek rendszeres megtekintése, másrészt kirándulások Balatonfüred-Siófokra, Eszterházy Miklós gróf meghívására Tatára, továbbá a Svábhegyre, Margitszigetre.

A congressus utáni kirándulások terve kibővült, a mennyiben a konstantinápolyin és belgrádin kívül felvétellett a programmba még a 3 Tátrafüredre, Zágráb-Fiuméba és Bosznia-Hercegovinába való kirándulás is.

A hevenyfertőző betegségek elterjedése Magyarországon 1894. január havában. A törvényhatóságok részéről bejelentetett a belügy-ministeriumban:

Roncsoló toroklob 28 vármegye 227 községből és 14 törvényhatóság városból összesen 2695 betegedés, 1169 halálozás. Halálozás 43%. Az előző hónapozhoz viszonyítva a betegedések száma 896-tal, a halálozások száma 414-gyel gyarapodott és a halálozás 1%-kal kedvezőtlenebb. Január hónap legintenzívebben uralkodott a járvány Békés, Pest-Pilis-Solt-Kiskun vármegyékben. Békés vármegyében különösen Békés, Körös-Ladány, Mezőberény és Vésztő községekben öltött fenyegető mérveket. A vármegyébe a belügyi kormány *Buzinkay Gyula* dr. közegészségügyi felügyelőt küldte ki és egyúttal 2 gőzfertőtlenítő gépet 2-2 fertőtlenítővel bocsátott a járvány által meglepett községek rendelkezésére. E gépekkel a fertőtlenítés Békés és Körös-Ladány községekben kezdetett meg. Pest-Pilis-Solt-Kiskun vármegyébe, hol különösen Félegyházán pusztít állandóan a járvány, *Téry Ödön* dr. közegészségügyi felügyelő küldetett ki.

Vörheny 13 vármegye 31 községből és 4 törvényhatóságú városból 738 betegedés, 157 halálozás jelentetett be. Halálozás 21.2%. Legnagyobb belterjességgel uralkodott a járvány Szeben vármegyében, hol 5 községben 274 betegedés történt.

Kanyaró 20 vármegye 75 községből és 1 törvényhatóságú városból 2566 betegedés és 198 halálozás jelentetett be. Halálozás 7.7%.

Hökhurut 5 vármegye 5 községből 172 eset jelentetett be 3 halálozással.

Hőlyagos himlő 3 vármegye 3 községből 54 betegedés és 16 halálozás jelentetett be. Halálozás 29.6%. Legnagyobb belterjességgel mutatkozott a betegség Háromszék vármegye Lemhény községében, hol 15, és Zemplén vármegye Nagy-Mihály községében, hol 18 betegedés történt.

Fültő mirigylob Békés vármegye Endrőd községéből 150 betegedés jelentetett be.

Küteges hagymáz Zemplén vármegye Hosszúmező községéből jelentetett be 10 betegedés 1 halálozással. (E. É. 1894. 5. sz.)

Vegyeesek.

Budapest, 1894 márczius 16-dikán. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1894. február 25-dikétől márczius 3-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten ölte született 410 gyermek, elhalt 206 személy, a születések tehát 204 esettel múlták felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup 1, roncsoló toroklob 9, hökhurut 2, kanyaró 3, vörheny 1, himlő 1, typhus-abdominalis 2, egyéb ragályos betegségek 2, agykérlob 8, agyverőmleny 5, rángások 9, szervi szívbjaj 5, tüdő-, mellhártya-sörglob és höghurut 44, tüdőgümő és sorvadás 40, bélhurut és béllob 7, carcinomata et neoplasmata alia 8, méhrák 1, Brigh-kór és veselob 2, angolkór 1, veleszületett gyengeség és alkathiba 12, aszkór, aszály és sorvadás 4, aggkór 14, erőszakos haláleset 10. — A fővárosi közpórházakban ápolatott e hét elején 2274 beteg, szaporodás 697, csökkenés 727, maradt e hét végén ápolás alatt 2234. — A fővárosi tisztii főorvosi hivatalnak 1894. márczius 5-től márczius 11-ig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 2, bárányhimlőben 6, vörhenyben 13, kanyaróban 83 (meghalt 3), roncsoló toroklobban 46 (meghalt 7), torokgyíkban 10 (meghalt 1), trachomában 18, hökhurutban 4, orbáncban 9.

— **Egyetemes orvosdoktorokká felavattattak** 1894. márczius 3-dikán: *Stein Jakob*, Bács-Keresztur (Bácsm.), f. a. Kézmárszky tnr.; *Rihmer Béla*, Pécs (Baranyam.), f. a. Tauffer tnr.; *Östierreicher Gyula*, Bussa (Nógrádm.), f. a. Plósz tnr.; *Reiter Lajos*, Nagy-Becskerek (Torontálm.), f. a. Ajtai tnr. — 1894. márczius 10-dikén: *Aizenpreis Agoston*, Duna-Földvár (Tolnam.), f. a. Hőgyes tnr.; *Lipter Gyula*, Rimaszombat (Gömörm.), f. a. Kéti tnr.

— **Purjesz Zsigmond** egyetemi tanárt Kolozsvárt a legfelsőbb helyről jött kintintetése alkalmával f. hó 3-dikán nagy ovatiókban részesítették. Tanítványai fáklásy zenét, kartársai, jó ismerősei és hallgatói bankettet rendeztek tiszteletére, melyen nagy számban vett részt a város előkelő közönsége. Öszinte üdvözléink kíséri e megérdemlett kintintetést és ovatiókat.

○ **Orvosi tanácsadók az államvasutakon.** A vasuti egészségügyi szolgálat közvetlen ellenőrzése és vezetése céljából az üzletvezetőségek mellé *egészségügyi tanácsadói* állások rendszeresítettven, ezen tisztségre, mint a *M. Á. V. Hivatalos Lapjának* legutóbbi száma közli, ki-nevezettek: *Grósz József* dr. a miskolci; *Kotányi Károly* dr. a szegedi; *Bruckner Ernő* dr. a debreczeni; *Kabdebó János* dr. az aradi; *Akontz Károly* dr. a kolozsvári és *Kepes Gyula* dr. a zágrábi üzletvezetőségek területére.

— **A lefolyt év második felében hazánkban uralgott cholera-járvány elfojtása érdekében** szükségessé vált rendkívüli intézkedések a *Chyzer Kornél* dr. cz. min. tanácsos vezetése alatt álló közegészségi főosztály személyzetének teljes odaadást igénylő működését s a segédhivatalok illető tisztviselőinek fokozott mérvű segédkezdését fűvén igénybe, a m. kir. belügyminister úgy a közegészségi osztály főnökének és személyzetének, mint az igénybe vett segédhivatalok főigazgatójának és igazgatójának *Chyzer Kornél* dr. cz. min. tanácsos által elismerését és köszönetét fejezte ki. (777. elh. sz.)

○ **Megjelent: Pertik Ottó** tnr.-tól: Bevezetés a fertőző betegségek köroktanába bakteriologiai szempontból (kny. „A belgyógyászat kézikönyve“ I. kötetéből, mely 6 nyomtatott íven tömören és szabatosan összefoglalva tartalmazza a gyakorló orvosnak idevágólag szükséges ismereteket); továbbá a *Drasche-féle Bibliothek der gesammten medizinischen Wissenschaften* (Bécs, Max Merlin) 25. és 26-dik füzeté, mely szilészeti és nőgyógyászati és a 27. füzeté, mely belgyógyászati és gyermekgyógyászati czikkeket tartalmaz.

† **Elhunyt Meskó Pál** dr., Nyiregyháza városának 45 éven át volt tiszteletbeli főorvosa f. hó 10-dikén Nyiregyházán 82 éves korában.

— **r. A Halli jodfürdő Felső-Ausztriában,** a continens legerősebb jodforrása, az utóbbi években annyira emelkedett, hogy a fürdőkezelőségnek arról kellett gondoskodni, hogy a fürdők használata az évad tetőpontján fennakadást ne szenvedjen, a mit egy *jodtíz-reservoir* építésével elérte, úgy hogy a látogatás növekedése zavart nem okozhat. Azonkivül is sok javítás történt az utolsó évad alatt, melyek által a betegek kényelméről a legjobban gondoskodva van.

— **r. Loretin (n-jod-o-oxychinolin-ana-sulfonsav)** új pótszere a *jodoformnak*, mely *Schünzinger* tanár tapasztalatai szerint az utóbbinál jobb hatással van a gyógyulás és szemeseképződésre, s mely teljesen mérmentes; közérzés zavarai s mérgezési tünetek a mellett nem fordulnak elő, a vesékre nem hat károsan, nem izgatja a sebet, sőt szárítja az esetleg jelenkező eczemákat. Végre teljesen szagtalan, azonban igen gyorsan szünteti meg az eves vagy rothadó genyedések büztét. Alkalmazása vagy poralakban lehetséges, magnesia üstával, amylummal, vagy mint *Loretin-collodium* 2-10%-os emulsióban; mint 5-10%-os *Loretin-kenőes* vaselinnel vagy Lanolinnel, mint *Loretin-tapasz* vagy hidegen saturált 0.1-0.2%-os vizes oldatokban. A *Loretin* gyártását a *Meister, Lucius és Brünnig* cég vállalta el Hőchstben.

— **r. A Liquor ferro-mangani sacch. és peptonati-ról** („M. Helferberg“) következőleg nyilatkozik *Reichl R. dr. a Reichenbergi Orvosi Correspondenzblatt* f. évi január 1-én megjelent számában: A „*Liquor ferro-mangani sacch. és peptonati*“ nevű kétfele készítményt mult évben gyakran alkalmaztam, kivált *anaemia, chlorosis, dysmenorrhoea* és egyéb gyengeség eseteiben. Allitatom, hogy ezen liquor minden esetre a legjobb ízű valamennyi vaskészítmény közt, miért is kellemes íze és szaga miatt a betegek szívesen veszik. Miután nincs styptikus hatása, hosszabb ideig adagolható, mert nem zavarja az emésztést, sőt az étvágyat fokozza. Miután tejjel jól keverhető, gyermekeknek megbecsülhetlen szer, mely legezelszerűben étkézés után vehető. Lényeges előnye mérsékelt ára is (200 gramm = 80 kr.), úgy hogy minden tekintetben legmelegebben ajánlható.

— **Orvos kerestetik** egy gazdag, alföldi, 5000 lakosú biró mezővárosba, hol jelenleg egy öreg beteges chirurgus nem képes községi orvosi teendőit végezni; 500-600 frt néhány családtól biztosítva van s idővel az illető községi orvossá is meg lehet választva. Ajánlatok a kiadó hivatalba küldendők. (A beküldött ajánlatokat a kiadó hivatal fogja az illető helyre eljuttatni.)

„Szt. Lukács-fürdő“ részvény-társaság.

Téli és nyári gyógyhely.

Helyi zuhanykezelés meleg zuhanyokkal és párolással, iszaporogatás, téli iszapfürdők és lakásokról küld prospectust díjmentesen az igazgatóság. A fürdő főorvosa: **Dr. Bosányi Béla.**

Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és illői-úti kórházban 1894. márczius 8-tól egész márczius 14-ig ápolat betegekről.

| 1894. | Felvett | | | Elbocsátott | | | Moghalt | | | Maradt | | | Az ápolatk közül | | | |
|----------|---------|----|----------|-------------|----|----------|----------|-------|-------|--------|----------|------------|------------------|------------------------|----------------|------------------------|
| | beteg | | összesen | gyógy. | | összesen | beteg | | beteg | | összesen | a Rókusban | | az illői-úti kórházban | | |
| | férfi | nő | | férfi | nő | | összesen | férfi | nő | férfi | | nő | beteg | szállóbó | heveny forrózó | az illői-úti kórházban |
| Márcz. 8 | 32 | 41 | 73 | 52 | 32 | 84 | 3 | 1 | 4 | 1144 | 935 | 2079 | 1085 | 24 | 27 | 943 |
| " 9 | 42 | 26 | 68 | 41 | 30 | 71 | 2 | — | 2 | 1143 | 931 | 2074 | 1080 | 25 | 28 | 921 |
| " 10 | 48 | 52 | 100 | 49 | 22 | 71 | 3 | 6 | 9 | 1139 | 955 | 2094 | 1110 | 25 | 30 | 929 |
| " 11 | 29 | 22 | 51 | 64 | 46 | 110 | 6 | 5 | 11 | 1098 | 926 | 2024 | 1076 | 24 | 30 | 894 |
| " 12 | 62 | 39 | 101 | 46 | 42 | 88 | 1 | 1 | 2 | 1113 | 922 | 2035 | 1074 | 24 | 33 | 904 |
| " 13 | 52 | 48 | 100 | 34 | 50 | 84 | 2 | 2 | 4 | 1129 | 918 | 2047 | 1073 | 25 | 31 | 908 |
| " 14 | 53 | 34 | 87 | 43 | 37 | 80 | 5 | 3 | 8 | 1134 | 912 | 2046 | 1086 | 24 | 32 | 904 |

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 Kézmárszky Tivadar tanár egyetemi első szülő- és nőbeteg klinikájáról.

Sectio caesarea post mortem.

Bäcker József dr. tanársegédétől.

A császármetszésnek minden esetre legrégebb alakja az, mely azon elvből indul ki, hogy a haldokló terhessel ne engedjük együtt halni méhének életképes magzatját. Kiválasztani a halott szervezetéből azt, a kinek az élethez még köze, a jövőben reménye van, legszebb erkölcsi feladatának ismerte mindenkoron az orvosi tudomány, sőt már az ókorban voltak törvényhozók, kik az állam tekintélyével tették kötelezővé e művi beavatkozást.

Hogy mégis oly ritkán hallunk e műtétről, annak sokféle oka lehet.

Leggyakoribb oka minden esetre az, hogy abban a pillanatban, midőn a siker reményével volna végezhető a műtét, nincs mindig jelen az orvos. Igaz ugyan, hogy méltányos volna, miszerint minden esetben, a hol a terhesség vége felé levő nő a bizonyos halálnak néz elébe, tartsa kötelességének a kezelő orvos, hogy a halál közeledő perceiben a beteg mellett tartózkodjék s megmentse a megmenthetőt, de mégis sok mellékes körülmény játszik itt közbe, mely képes a legjobb akaratot is megbénítani. A halál bekövetkezésének pillanata minden esetre legmeghatóbb jelene az emberi élet tragoediájának, mely megrázza még a nem érdekelt egyszerű szemlélőt is, de rendkívül fokozott mértékben hat a hozzátartozókra, a kik ekkor érzik leginkább a rokoni kapesot, s nem igen fognak megbarátkozni a gondolattal, hogy annak az épen elhunyt szeretett lénynek a testét profan kezek felhasítsák. Nem szoktak még hozzá a gondolathoz, hogy különbséget tegyenek az élő lény és hulla között. A laikus gondolkodásnak egy másik, ily körülmények között érvényesülő felfogása a gyermek életéről könnyen lemond. Mit is keresne az az anyátlan árva ezen a világon? Jobb annak meg sem születnie!

A környezet ezen lelki állapota mellett az orvos helyzete sem valami kiváló. A halált megállapítani olyankor, midőn a megfigyelésre akár egy félórai időnk van, nem nehéz; de akkor mondani ki a felelősség teljes súlyával a diagnosist, midőn ennek alapján a következő pillanatban olyan beavatkozást kell végezni, hogy azzal, ha még meg nem halt, megölhetem a beteget, annyira megbéníthatja az orvos kezét, hogy elmulasztja a kedvező pillanatot.

Hogy ez így van, azt tapasztalásból tudom, átéreztem a helyzet nehézségét az alább közlendő esetben, holott helyzetemet rendkívül megkönnyítette az, hogy családtagok nem voltak jelen, beavatkozásomat a klinika tekintélye fedezte.

Hogy ily nehéz helyzetben az orvos megfelelkezhetik feladatáról, ahhoz hozzájárulhat az is, hogy a beavatkozásról közölt eredmények nem valami biztatók. Heymann és Lange szerint (331 eset alapján) körülbelül 2%-a a gyermekeknek marad életben. Puech összeállítására kedvezőbb: 453 operatio után 43 gyermek maradt életben.

Az eredményes beavatkozásoknak ezen nagy ritkasága bátorít fel esetünk közzétételére, melynek párját eddig a magyar szakirodalomban nem találtam.

Özvegy Bisztricz Györgyné 40 éves nő, VIII. terhességének utolsó hónapjában f. évi január 18-dikán d. u. 40 perczkor a legnagyobb légzési nehézségekkel, az oedema pulmonum tüneteivel kereste fel klinikánkat. Aggasztó állapotában, bár öntudatnál volt, az anamnesist felvenni nem tudtuk. Vizeletében fehérye volt. Csak utóbb, környezete értesített arról, hogy betegsége 4 nappal előbb, rekedtséggel kezdődött, mely mindinkább fokozódott, de azért még felvétele előtt két nappal egy disznótor körül a teendőket maga végezte. A felvételt megelőző napon a rendkívül erőteljes, kövér asszony állapota annyira rosszabbodott, hogy reggel orvost hívtak, ki állapotát már válságosnak jelezte, s azt ajánlotta, hogy kórházba vétesse fel magát. Így jött közönséges szekéren a Lipótmezőről a klinikánkra.

Felvétele után a rendkívül súlyos orthopnoë mindinkább súlyosbodott, az adott camphor-injectiók daczára. D. u. 3 órakor pulsusa már alig tapintható, de újabb injectióra valamit javul. De rövid időre, mert közvetlenül utána beteg igen fokozódó cyanosis mellett delirálni kezd, majd teljesen az eclampsiahoz hasonló göresüket kap, melyek pár másodpercig tartanak, s utána légzés nélkül hanyatlik vissza a párnára. A szív ekkor még felületesen működött, a magzati szívhangok alig voltak hallhatók. Ez idő alatt a legsürgősebben intézkedtem, hogy a laparotomiához szükséges eszközöket elhozza az ápolónő, s d. u. 3 óra 8 perczkor, midőn anyai szívhang hallható már nem volt, a linea albán megnyitottam bő vérzés kíséretében a hasat, utána a méhet, s a farfekvésben levő magzatot lábra fordítva extraháltam. A magzat algid asphyxiában született, 56 Schultze-féle lóbálásra feleledt, s élénken sirt. Leány, hossza 44 cm., súlya 2510 gm.; feje kerülete 33 cm. Azóta dajkatejen él, jól táplálkozik.

A bemetszés pillanatától az anyán az életnek legkisebb jele sem mutatkozott. Műtét után úgy a méh, mint a has sebét lege artis egyesítettem.

Esetünkből kiemelendőnek tartom, hogy az anya fuldási halála után, melynek részjelenségei közé tartozott a göresrohammal egyidejűleg a sphineter hűdés is a vastagbél folyadék-tartalmának kiömlésével, sikerült még egy könnyen feléleszthető magzatot a világra hozni.

Érdekes volt az is, hogy egy terhes nőn, kinek sztlőfájásai még nem voltak (a belső méhszáj zárt), a halál beállta után végezve a császármetszést, a pete eltávolítása után a méhnek oly erőyes retractionja következett be, mint élőnél a szülés befejezte után, úgy hogy a méh sebe csaknem felényivel rövidült meg.

A közölt eset kórodánkban a második enemű beavatkozás.

Az első 1891. április 4-dikén volt, midőn Novák Ottilia, 26 éves, II. P. d. e. 8 óra 10 perczkor öntudatlan comatosus állapotban 38.3° hőmérsékkel vétetett fel. Néha kapkodott a fejéhez, lábaival rugdalódzott, szabálytalan convulsiói voltak; lélegzése kissé nehezített, mély, kevésbé hörgő. Kisfokú cyanosis. Felvétele után egy órával convulsiók közben a lélegzés egyszerre feltületes lesz, majd kimarad s a cyanosis fokozódik.

Mesterséges lélegzés, közben érvágás, mialatt a szívverés lassan ritkul s gyengül. A halál constatálása után a has gyors felmetszése s a magzat kihúzása algid asphyxiában. Szívverése 733 Schultze-féle lóbalás után szűnt meg.

A közölt első esetben a kórbonezolás a szívben atrophia chronikát talált chronikus oedema pulmonummal, utóbbi esetben meningitis purulentát.

Közlemény Ajtai K. Sándor e. ny. r. tanár vezetése alatt álló törvényszéki orvostani intézetből.

Bonczelet villamosság általi elszerencsétlenülésnél.

Kenyeres Balázs dr. első tanársegédétől.

A villamosság mint emberek testi épségét és életét veszélyeztető tényező úgy a légkörben fejlődött, mint mesterségesen termelt alakjában kiváló érdekléssel bír a törvényszéki orvostanra nézve. Előbbinek fontosságát eléggé szembeűnővé teszik azok az esetek, a melyekben talált hullákon levő, s villámcsapás által okozott sérülések idegen, esetleg fegyveres idegen kéz behatásának jeleként tüntek fel és viszont azok, melyekben tényleg idegen kéz általi bántalmazás maradványai villám eredményének lettek tartva. A villám általi elszerencsétlenülések nagy száma kitűnik különböző országoknak ide vonatkozó statistikáiból.¹ Poroszország évi átlaga 170 elszerencsétlenülés volt 72'25 halálzással, Franciaországé 72'7, Angolországé 20.

Az esetek ilyen nagy száma mellett, hivatva lennének arra, hogy az újabbán mind több és több áldozatot szedő, mesterségesen termelt villamosság hatásának megítéléséhez támpontokat szolgáltatassanak, azonban ezen ezélnak egyáltalában meg nem feleltek, mivel csak elenyészően csekély részük képezte beható vizsgálat tárgyát, nagy részüknél — minthogy az elszerencsétlenülés mikéntje már a körülményekből kétségtelenül kiderült — az orvosi vizsgálat csak a külső megtekintésre szorítkozott. Ennek credménye, hogy még a villámcsapás általi elhalás bonczeletére sincsenek teljesen megbízható adataink. A bizonyítékokat a környezet, a hulla ruhája, a hullán levő tárgyak, a bőrön látszó sérülések szolgáltatják, s ezekhez a boncvizsgálat csak negatív lelettel társul.

A mesterségesen termelt villamosság igénybevétele napjainkban fokozatosan terjed. Újabbán nemesak világításnál, nyilvános közlekedési eszközöknél, hanem nagyobb és kisebb iparvállalatok gépeinek mozgásban tartására is felhasználják, sodronyaival, melyek néha horribilis erősségű² és rendszerint is az emberi élet elpusztítására teljesen elégséges erejű áramokat vezetnek, mind jobban behálózzák a városokat, s úgy a termelés helyén, mint haladásuk útjában veszélyeztetik a velük foglalkozókat. Az elszerencsétlenülések nagy része kellő felügyeletnek, a köteles gondosságnak elmulasztása miatt bírói eljárás és ezzel kapcsolatosan törvényszéki orvosi vizsgálat tárgyát képezi, s ennél mind jobban előtűnik a kapcsolatos kérdések kellő tanulmányozottságának a hiánya. A bizonytalanság nemesak az élöben lefolyó tünetekben és a bonczeletben, hanem még magának a beható tényezőnek hatása feltételeiben is nyilvánul. Tapasztalatok és kísérletek kiderítették, hogy bizonyos, néha közelebről meg sem határozható körülmények között egy és ugyanazon áram különböző eredményekkel jár; Richardsonnak³ kísérletei szerint egyszer-öjésre alkalmas, máskor égési seben kívül nevezetesebb változást nem okoz. Sőt még a kísérletileg megállapított eredmények sem váltak mindig be, a mint erre elég megható példát szolgáltat az amerikai villamos kivégzések⁴ kudarcza, a melyeknél pedig előre megállapított, kipróbált erősségű áram a testen legveszedelmesebbnek ismert helyen a tarkó és kereszt-

csont közötti gerincoszlopon lett végig vezetve. A berendezés ismételt megváltoztatása javulást nem eredményezett, s az utolsó villamos kivégzés ép oly kevéssé volt idealis, mint az első. Elég jellegző, hogy magának Edisonnak ajánlata sem vált be, a melylyel az áramnak sós vízzel telt edényekbe való bevezetését és az elítélt kezeinek bemártását ajánlotta.

Kizárólag ezek a kivégzési esetek szolgáltatnak némi adatot a halálos villámáramok behatására még az élet tartama alatt lefolyó tüneteket illetőleg. Első tünet heves izomgöres (spasme tonique), különösen az áram behatása pontjai közötti izmokon, a mely göres az áram megszűnésével rögtön elmulik. Egy második eléggé állandó jel a test hőmérsékének gyors fokozódása. A mennyiben a villámáram behatása után az egyének életben maradnak, göresök, hűdések szoktak jelen lenni; a mennyiben halálos kimenetel áll be, ez a villámáram behatására többnyire rögtönös. Az eddig észlelt és közölt eseteknek csekély száma, a melyek nagy részében alapos vizsgálat nem is történt, egységes, jellegzetes bonczeleti képet nem engedett megállapítani.

Sheild⁵ és Delépine esetében munkás férfi villámvezetékét érintve, rögtön meghalt. Bonczeleta 40 órával a halál után történt. A vér sötétvörös, híg, a szív elernyed, a kézen felülletes égés.

Keizle⁶ ugyanilyen okból rögtön elhalt férfi hullájában kifejezett merevséget, üres szívet, tüdővérbőséget és híg vért talált.

Grange⁷ egyszerre két esetet észlelt. A tuillériákban tartott népiünnepen két munkás egy kőfalon átmászott, és a kőfal mögött futó villamos sodronyok közzé keveredett. A bőrön látszó perzselési nyomokon kívül a szíven és tüdön petecsek és híg vér van felemlítve.

Hoffmann⁸ bonczelet egy munkást, a ki rheostatból vizet mérve ki, érintette a sodronyokat, Friedinger⁹ pedig ugyancsak egy munkást, a ki 50,000 Volt Ampère erővel dolgozó változó áram sodronyaival jött érintkezésbe. A halál mindkét esetben rögtönös volt. A bonczelet égési sebekén kívül negatív leletet adott.

Elég gyakran még az égési sebek is hiányoznak. Így Astonban¹⁰ egy férfit világító készülék galvanárama rögtön megölt, s testén sérülésnek legkisebb nyoma sem találtatott.

Egy másik esetben 22 éves férfi átázott ruhákkal ráesett egy 16 lóerővel és 117 Brush-lámpával dolgozó világítási berendezés vezetékére, halva maradt, s bőre teljesen sértetlennek találtatott. Ugyancsak az amerikai kivégzések is kimutatták, hogy az égés egyáltalában nem szükséges követkevése az áram behatásának, hogy az esetek többségében tényleg hiányzik is, s csak akkor jött létre, ha már maguk az elektródok erősen kiszáradva meggyuladtak.

A kivégzések után megejtett bonczeletoknál, mint gyakori, majdnem állandó jelek vannak említve fuladási tünetek, a tüdőkön és szíven elszórt *Tardieu*-féle petecsek s a fekete-vörös színű vérnek higan maradása. A vérnek ezen utóbbi tulajdonsága magyarázza a gyorsan bekövetkező rothadást, melyet már Seneca is felemlit menykőcsapás után: *Postquam tacta sunt a fulmine iam concipiunt verminari*. Menykőcsapásnál némelyek felhozzák a gyorsan beálló, esetleg kataleptikus hullamerevséget és a szokatlanul tág pupillákat.

Az említett változásokon kívül, melyek a fennebbieken szerint egyáltalában nem állandóak, még kevésbé specifikusak, mint Van Giessen, a villamossággal kivégzettek bonczeletója, megjegyzi: a villámáramnak haladását a testben semmi olyan változás nem követi, melyből annak útjára következtetni lehetne. Égések hiányában a villámáram behatásának ezt a valószínűségi bizonyítékát is elveszítjük, s nehéz ellenbizonyítékokat találni azon, rendszerint felmerülő állítás ellen, hogy a hirtelen

⁵ Sheild and Delépine. Post mort, by death from the action of electr. British Med. Journ. 1876. 531. l.

⁶ Keizle. Case of death from electr. Philad. Times 1889.

⁷ Annal. d'hyg. publ. XIII. p. 53.

⁸ Hoffmann. Lehrb. d. ger. Med. 1893. 605. oldal.

⁹ Friedinger. Wien. klin. Woch. 1891. Nr. 48.

¹⁰ Prager med. Wochenschr. 1880. p. 59.

¹¹ Brit. med. Journ. Decz. 21. 1881.

¹ Eulenburg's Realencykl. 287. oldal.

² A frankfurti electrotechnikai kiállítás alkalmával a Laufentől Frankfurtig haladó sodronyok 30,000 Volta feszültségű áramot vezetnek, az essenai vasművekben pedig egy villamos kalapácsnak árama 50,000 Ampère erősségű. Kratter. Vierteljahrsschrift für ger. Med. 1891. II. 18.

³ Richardson. Méd. Times Nr. 985.

⁴ Lacassagne. Les exécut. electr. Archiv. d'Anthrop. crim. 1892.

halál nem is a villamáram behatásának, hanem egyéb természetes vagy erőszakos okoknak volt az eredménye.

A fővárosban újabban behozott villamos villágítás, elég kedvezően, eddig csak egy áldozatot követelt. 31 éves munkás pinezében elhelyezett villamos transzformátorban dolgozott, egyszerre összeesett és meghalt, egy óra múlva be lett szállítva a törvényszéki orvostani intézetbe, miáltal alkalom nyílt gyors és beható észlelésre. A bírói eljárás megindításának alapja gondatlanságban rejlett, minthogy az egyén elszigetelt gummi-keztyűk nélkül lett a veszélyes munkához állítva.

A hulla beszállítása alkalmával még meleg, a szemek nyitva vannak, a látak igen erősen ki vannak tágulva. Hullamerevség a tarkón és az állon kezdődik, egyebütt nyoma sincsen. Az ujjak behajlítva a tenyérben fekszenek, a nélkül azonban, hogy ebben a helyzetben rögzítve volnának. A test hátsó részén kezdődő sötét, szederjes hullafoltok mutatkoznak, melyek lassan szaporodva, később kiterjedten borítják a test hátsó és oldalsó részeit. A hullamerevség hasonlóan foly le mint más ugyanakkor a hullacsarnokban fekvő hasonló korú hullákon s harmadnapra teljesen megszűnik. Ugyanekkor már a hasfalak elzöldülését a rothadás megindulása elárulja magát. A látak, melyek beszállításkor ad maximum tágultak voltak, hat óra alatt középtágasságot öltenek, 48 óra alatt ad maximum megszűkülnek. Ezen fokozatos megszűkülés, a mint az intézetben végzett számos vizsgálat kiderítette, legnagyobb részben párolgásnak eredménye, s a szempillák nyitvatartásával minden hulláról mesterségesen előidézhető. Az adott esetben a párolgásnak egyéb jelei is mutatkoztak a szemteke fokozatos elpetyhülésében és a Loreher-féle szemfoltok előrehaladó terjedésében. A belső vizsgálat sötétvörös, higan folyó vért, a szíven és tüdön számos *Tardieu*-féle petecset, a jobb szívet elernyedve, a balt összehúzódva találta, előbbiben 130, utóbbiban 20 gm. vérrel. A zsigerekben feltűnő változás nem találtatott. A vér sem göreső alatt, sem spectroscoppal vizsgálva, a rendestől eltérést nem mutat.

Égési seb nem volt feltalálható sem a kezeken, sem a test egyéb részein, nevezetesen a talpokon, a hol a villamáram a testet valószínűleg elhagyta. A zsigereknek bevégzett vizsgálata után azok a szervek lettek megvizsgálva, a melyeken át valószínűség szerint a villamáram behatolt és esetleg a testet elhagyta. Mint ilyeneket első sorban a karokat kellett tekintetbe venni. A bőrön, bőr alatti és az izmok közötti kötőszövetben elváltozás nem találtatott. Maguk az izmok elég kemények, sötétbarna-vörösek. Egyeseknek környi vége közvetlenül az inba való átmenetel helyén sűrűen egymás mellett álló, többnyire függélyes irányú 6—8 mm. hosszú csíkokban sötétfekete-vörös vérrel van beszűrődve, a mi által ezek az izmok úgy néznek ki, mintha nevezett végükkel sötétvörös véroldatba lettek volna bemártva, s csak közelebbi megtekintésnél tűnik fel a vérbeszűrődések csíkoltsága. Különösen élénken feltűnő a változás mindkét bicepsen, a palmaris longuson és a supinator longuson, de kisebb nagyobb kiterjedésben feltalálható az összes hajlító izmokon is. A vérzések elrendezése és alakja olyan, a milyent más okból támadó vérzéseknél nem találunk, az adott esetben tekintve, hogy épen a hajlító izmokon van a változás lokalizálva, jogosultnak látszik az a felvétel, hogy a villamáram behatásán fejlődő rendkívül heves göresős izomösszehúzódásoknak köszöni eredését. A törzsnek, alsó végtagoknak, nyaknak és fejnek izomzatában, sem az őket környező szövetekben véromleny ninesen, egyetlen babnagyságú sötétvörös vérbeszűrődés találtatott a nyakszirt legkiállóbb hátsó részén, mely az egyén elcsése alkalmával szenvedett ütődésnek felelhet meg. Az izombeli apró vérzések minden valószínűség szerint más hasonló esetekben is fel lesznek találtak, s hogy eddig is nem találtak, ennek oka egyrészt a vizsgálatra került esetek csekély számában, főként pedig abban rejlik, hogy a boncolatnál a belső vizsgálat igen kivételesen szokott a zsigereken túl más szervekre is kiterjeszkedni. A karidegek, karfonat, gerinczagy, nyúltagy és az agy szabad szemmel felismerhető változást nem mutatott, a göresői vizsgálat ez idő szerint van folyamatban.

Közlemény Korányi Frigyes tnr. I. belklinikájáról.

A hypertrophikus szív mobilitása.

Irták: *Tauszk Ferencz* dr. és *Vas Bernát* dr.

(Vége.)

Általánosságban mondhatjuk, hogy *balszív-hypertrophia* eseteiben a szív passiv mobilitása *jobb oldalfekvésben* is növekedett.

Hanyatt- és jobb oldalfekvésben ugyanazon esetekről az abszolút szívtompulat hosszára vonatkozó értékeket összehasonlítva, a különbség maximuma 3.5 cm., minimuma 1.0 cm., középvértéke 2.0 cm., míg a megfelelő értékek épszívek mellett 3 cm., 0 cm. és 1.5 cm.-t tettek ki. Tehát *balszív-hypertrophia* eseteiben jobb oldalfekvésben az abszolút szívtompulat középvértékben 2.0 cm.-rel alacsonyabb, mint hanyattfekvésben.

Hanyatt- és jobb oldalfekvésben az abszolút szívtompulat szélességére vonatkozó értékeket összehasonlítva, a különbség maximuma 6.0 cm., minimuma 1.5 cm., középvértéke 4.5 cm., vagyis *balszív-hypertrophia* mellett az abszolút szívtompulat 4.5 cm.-rel szélesebb, mint hanyattfekvésben. Épszíveknél a hanyatt- és a jobb oldalfekvés között igen lényeges eltérések mutatkoznak ezen különbségek nagyságát illetőleg, mi abban leli magyarázatát, hogy csupán az esetek egy részében lehetett egyszermind jobboldalt ilyenkor tompulatot kimutatni, míg ezen esetekben kivétel nélkül a mellkas két oldalán ülő tompulatok szolgáltatták a szélességére vonatkozó átlagot.

Ugyanazon esetekről a hanyatt- és jobb oldalfekvésű relatív szívtompulat hosszára vonatkozó értékeket összehasonlítva, a különbség maximuma 5 cm., minimuma 2.0 cm., középvértéke 2.5 cm., míg a megfelelő értékek ép szíveknél 4 cm. 0 cm. és 1.9 cm.-t tesznek ki; vagyis jobb oldalfekvésben a relatív szívtompulat középvértékben 2.5 cm.-rel alacsonyabb, mint hanyattfekvésben.

Hanyatt- és jobb oldalfekvésben a relatív szívtompulat szélességére vonatkozó értékeket összehasonlítva, a különbség maximuma 7.5 cm., minimuma 2.5 cm., középvértéke 4.3 cm. A megfelelő értékek ép szíveknél jobb oldalfekvésben a relatív szívtompulat szélességét illetőleg nagyobbak a hanyattfekvésben nyert szívtompulat szélességénél. Épszíveknél az eltérések ezen értékeket illetőleg igen jelentékenyek, a mi a fentebb, a jobb oldalfekvésben nyerhető abszolút szívtompulat szélességi viszonyának tárgyalásánál említett körülményben találja megfejtését. Különbség a hypertrophia foka szerint felismerhető nem volt.

Jobbszív-hypertrophia eseteiben *bal oldalfekvésben* a szív mobilitása ugyancsak növekedett.

Hanyatt- és bal oldalfekvésben az abszolút szívtompulat hosszára vonatkozó értékeket összehasonlítva a különbség maximuma 5 cm., minimuma 1.0 cm., középvértéke 2.0 cm. volt. A megfelelő értékek *balszív-hypertrophianál* 5 cm., 2 cm., 2.2 cm.-t tettek ki. Tehát *jobbszív-hypertrophia* eseteiben bal oldalfekvésben az abszolút szívtompulat középvértékben 2.0 cm.-rel magasabb, mint hanyattfekvésben, mely érték ugyan nagyobb mint épszíveknél, de valamivel kisebb, mint *balszív-hypertrophianál*.

Hanyatt- és bal oldalfekvésben az abszolút szívtompulat szélességére vonatkozó értékeket összehasonlítva, a különbség maximuma 4.8 cm., minimuma 1.0 cm., középvértéke 2.8 cm. volt; a megfelelő értékek *balszív-hypertrophianál* 5.2 cm., 1.0, 3.2 cm. voltak. Vagyis *jobbszív-hypertrophia* eseteiben bal oldalfekvésben az abszolút szívtompulat középvértékben 2.8 cm.-rel szélesebb, mint hanyattfekvésben, mely érték ugyancsak nagyobb az épszíveknél talált értékénél, de kisebb a *balszív-hypertrophianál* mutatkozónál.

Ugyanezen esetekben a hanyatt- és bal oldalfekvésű relatív szívtompulat hosszára vonatkozó értékeket összehasonlítva a különbség maximuma 4.5 cm., minimuma 1.0 cm., középvértéke 1.8 cm.; a megfelelő értékek *balszív-hypertrophianál* 4.5 cm., 1.5 cm., 2.0 cm. A relatív szívtompulat tehát *jobbszív-hypertrophia* eseteiben bal oldalfekvésben 1.8 cm.-rel magasabb mint hanyattfekvésben. A hanyatt- és bal oldalfekvés-

beni relatív szívtompulat szélességére vonatkozó értékeket összehasonlítva a különbözet maximuma 5 cm., minimuma 1.0 cm., középértéke 2.5 cm.; a megfelelő értékek balszív-hypertrophiánál 6.0 cm., 1.2 cm., 3.0 cm. Vagyis bal oldalfekvésben a relatív szívtompulat középértékben 2.5 cm.-rel szélesebb mint hanyattfekvésben.

Ezek tekintetbe vételénél eléggé kitűnik, hogy úgy az abszolút, mint relatív szívtompulat bal oldalfekvésben a hanyattfekvésben nyert szívtompulathoz viszonyítva mindkét átmérőben nagyobbodik, úgy ezen tételünk némi modificatiót szenved, ha az átlagot szolgáltató casuistikus eseteket közelebről vesszük szemügyre.

Igy kisebb fokú jobbszív-hypertrophiánál (hol az abszolút szívtompulat jobb szegyszélen túl nem terjed) hanyatt- és bal oldalfekvésben az abszolút szívtompulat hosszára vonatkozó értékeket összehasonlítva, a különbözet középértéke 2.5 cm., az abszolút szívtompulat szélességére vonatkozó értékeket összehasonlítva, a különbözet középértéke 2.5 cm., a relatív szívtompulat hosszára vonatkozó értékeket összehasonlítva, a különbözet középértéke 2.0 cm., szélességére vonatkozó 3.0 cm.

Nagyobb fokú jobbszív-hypertrophiánál, vagyis hol az abszolút szívtompulat a jobb szegyszélt túlhaladta, hanyatt- és bal oldalfekvésben az abszolút szívtompulat hosszára vonatkozó értékeket összevetve, a különbözet középértéke 5.0 cm., az abszolút szívtompulat szélességére vonatkozó középérték 3.5 cm., a relatív szívtompulat hosszára vonatkozó különbözet középértéke 3.4 cm., szélességére vonatkozó 3.8 cm.

Ezen adatokból eléggé kitűnik, hogy jobbszív-hypertrophia eseteiben bal oldalfekvésben a különben is nagyobbodott passzív szívmozgás még a hypertrophia fokával arányban növekedik.

Mondhatjuk, hogy *jobbszív-hypertrophia* eseteiben a szív passzív mobilitása *jobb oldalfekvésben* is növekedett.

Hanyatt- és jobb oldalfekvésbeni eseteknél az abszolút szívtompulat hosszára vonatkozó értékeket összehasonlítva, a különbözet maximuma 4.0 cm., minimuma 1.5 cm., középértéke 2.2 cm., míg a megfelelő értékek balszív-hypertrophiánál 5.5 cm., 1.0 cm., 2.0 cm. Tehát jobbszív-hypertrophia eseteiben jobb oldalfekvésben az abszolút szívtompulat középértékben 2.2 cm.-rel alacsonyabb mint hanyattfekvésben, mely érték nagyobb, mint azt épszívűeknél és balszív-hypertrophiában szenvedőknél találtuk.

Hanyatt- és jobb oldalfekvésben az abszolút szívtompulat szélességére vonatkozó értékeket összehasonlítva, a különbözet maximuma 7.0 cm., minimuma 2.0 cm., középértéke 4.8 cm.; a megfelelő értékek balszív-hypertrophiánál 6.0 cm., 1.5 cm., 4.5 cm. Vagyis jobbszív-hypertrophia mellett az abszolút szívtompulat 4.8 cm.-rel szélesebb mint hanyattfekvésben, mely érték ugyancsak nagyobb az épszívűeknél és balszív-hypertrophiában szenvedőknél talált megfelelő értékekénél.

Ugyanezen esetekben a hanyatt- és jobb oldalfekvésben relatív szívtompulat hosszára vonatkozó értékeket összehasonlítva, a különbözet maximuma 5.5 cm., minimuma 2.5 cm., középértéke 3 cm., míg a megfelelő értékek balszív-hypertrophiánál 5 cm., 2.0 cm., 2.5 cm.-t tettek ki. Vagyis jobb oldalfekvésben a relatív szívtompulat középértéke 3.0 cm.-rel alacsonyabb, mint hanyattfekvésben.

Hanyatt- és jobb oldalfekvésben a relatív szívtompulat szélességére vonatkozó értékeket összehasonlítva, a különbözet maximuma 8.5 cm., minimuma 3.0 cm., középértéke 5.0 cm.; a megfelelő értékek balszív-hypertrophiánál 7.5 cm., 3.5 cm., 4.3 cm. Jobboldalfekvésben a relatív szívtompulat szélessége 5.0 cm.-rel nagyobb, mint hanyattfekvésben.

Mondhatjuk ezen adatok tekintetbe vételénél, hogy úgy az abszolút, mint relatív szívtompulat hossza jobb oldalfekvésben mindig kisebbedik, szélessége nagyobbodást mutat, de némi változást szenved ezen általános szabály, ha a casuistikus eseteket a hypertrophia foka szerint méltatjuk.

Igy jobbszív-hypertrophia oly esetében, hol az abszolút szívtompulat a jobb szegyszélen túl nem terjedt hanyatt- és jobb oldalfekvésben az abszolút szívtompulat hosszára vonatkozó értékeket összehasonlítva, a különbözet középértéke 2.4 cm., az abszolút szívtompulat szélességére vonatkozó értékeket össze-

hasonlítva a különbözet középértéke 5.0 cm., a relatív szívtompulat hosszára vonatkozó különbözet középértéke 3.5 cm., szélességére vonatkozó 5.2 cm.

Nagyobb fokú jobbszív-hypertrophiánál, vagyis hol az abszolút szívtompulat a jobb szegyszélt túlhaladta, a hanyatt- és jobb oldalfekvésben az abszolút szívtompulat hosszára vonatkozó értékeket összevetve, a különbözet középértéke 2.0 cm., az abszolút szívtompulat szélességére vonatkozó középérték 4.0 cm., a relatív szívtompulat hosszára vonatkozó értékeket összevetve, a különbözet középértéke 3.0 cm., szélességére vonatkozó 4.5 cm.

Ezen adatok mutatják, hogy bár jobbszív-hypertrophia eseteiben a szív passzív mobilitása jobb oldalfekvésben növekedett, ezen növekedés a szívhypertrophia fokával arányban csökken.

Vizsgálataink eredményeit még egyszer röviden a következőkben foglalhatjuk össze:

1. Úgy jobb- mint balszív-hypertrophia eseteiben a szív aktiv mobilitása az ép szívnél tett észleletekhez viszonyítva növekedést egyáltalán nem mutat.

2. Balszív-hypertrophia eseteiben a szív passzív mobilitása balra növekedett, de ezen növekedés a szívhypertrophiának fokával arányban csökken.

3. Balszív-hypertrophia eseteiben a szív passzív mobilitása jobbra növekedett a nélkül, hogy ezen növekedés és a szív-hypertrophia foka között kapcsolatos összefüggés felismerhető volna.

4. Jobbszív-hypertrophia eseteiben a szív passzív mobilitása balra növekedett és ezen növekedés a szívhypertrophia fokával arányban nagyobbodik.

5. Jobbszív-hypertrophia eseteiben a szív passzív mobilitása jobbra növekedett, de ezen növekedés a szívhypertrophia fokával arányban csökken.

Végül még azon összefüggésre kívánunk utalni, mely a passzív mobilitást illetőleg a szívesüslökés és a szívtompulat között fennáll. Nagyjából a szívesüslökés mobilitásából a szívtompulat mobilitására lehet következtetni, a mi elég nagy jelentőségű oly gyakorlati értékkel bíró vizsgálati eljárásnál, melylyel a differential kórisménél lépten-nyomon találkozunk, a melynek legapróbb részletekben való kivitelét a beteg állapota nem egyszer hiúsítja meg.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(X. rendes ülés, 1894. márczius 17-dikén.)

Elnök: **Kélli Károly**; jegyző: **Terray Pál**.

Elnök jelenti, hogy *Pollák Jakab*, mint *Pollák Henrik* dr. fivére, az elhunyt orvosi könyveit beküldötte az egyesületi könyvtár számára, és egyszersmind *Pollák Henrik* dr. nevére 200 frtot mint alapító tagsági díjat lefizetett. Az egyesület az adományokat köszönettel fogadja, és köszönetének a családdal való közlésével az elnökséget bizza meg.

Elnök jelenti továbbá, hogy *Högyes Endre* tanár a budapesti Pasteur-intézet két évi működéséről szóló statistikát, *Löw Sámuel* az amerikai „Index Catalogue” folytatólagosan megjelent kötetét, a purkersdorfi sanatorium tulajdonosa *Rudinger* dr. pedig az intézet működéséről szóló jelentését beküldötte az egyesületi könyvtár számára.

Elnök jelenti végre, hogy a m. kir. belügyminister a székes fővárosi törvényhatóság útján leiratot intézett az egyesülethez, melyben kijelenti, hogy az egyesület kérelmének megfelelőleg az orvosi kamaráról szóló törvényjavaslat-tervezetet annak idején véleménynyilvánítás végett le fogja küldeni az egyesületnek.

Az egyesület elnöklő *Kélli Károly* indítványára egyhangúlag elhatározta, hogy a belügyministerhez köszönő feliratot intéz, és ebben egyszersmind arra fogja kérni, hogy az eddigi régi usust követve, az orvosegyesülettel továbbra is közvetlenül, ne pedig a székes fővárosi törvényhatóság útján közvetve érintkezzék, miután az egyesület alapszabályainak értelme szerint az orvosegyesület tisztán tudományos testület és csupán a nm. belügyministerium ellenőrzése alatt áll.

A) Bemutatók.

Atresia vulvae et strictura vestibuli vaginae plastikailag műtett esete.

Meisels Vilmos dr. Az atresia vulvae et vaginae eredetére nézve lehet intra- vagy extrauterinalis.

A mi az elsőt illeti, az által jöhet létre, hogy a nagy ajkak belső nyákhártyájának epitheljei egymáshoz tapadnak, melyek később kis nyomásra vagy könnyen széjjel válnak, vagy pedig egymáshoz tapadva maradnak és kemény szövetet képezve, oly bőrrészletet alkotnak, mintha a perineum meghosszabítva lenne.

Rendes körülmények között csupán a vulva közepéig terjed, és a menstruációt és a vizelést nem befolyásolja, csak egyes esetekben a szülésnél gátolja a fej előrehatolását, és csak nagy ritkán teszi lehetővé a cohabitatiót. Ily esetet írt le Fischer a „Pester med. chirurg. Presse“-ben a 70-es években.

A mi az extrauterinalis atresiát illeti, ezek többnyire heges eredetűek, főképp sérülések által keletkeznek, mint a perineumra való esés következtében, diphtheritis, ulcerák, variola stb. miatt, és tekintettel az eddig közölt esetekre, mind olyanak, melyek csak részben zárták el a vulvát, menstr. és vizelési akadályt nem képeztek, és csak ritkán befolyásolták a cohabitatiót, szülésnél a fej előrehatolását késleltették vagy lehetetlenné tették. Ha tekintetbe vesszük ezen eddig ismert partialis aquirált atresiákat, mondhatom, hogy szerencsés helyzetben vagyok, sérülés következtében beállt oly atresia vulvae et vestib. vaginae esetét bemutatni, mely teljesen elzárt volt, és a vulvának nyomát sem mutatja, teljesen síma felület volt gombostűfej nagyságú nyílással, mint egyedüli pont, mely az aditus urogenitalishoz vezetett.

A beteg jelentkezett a IX. ker. nyilv. rendelő intézetben, alhasi és vizeleti szervi betegek részére, január 15-dikén.

Frank Regina, 16 éves, hajadon, előadja, hogy 2 éves korában vigyázatlanság következtében altestét leforrázva, súlyos égési sebeket szenvedett; e sebek után keletkezett hegek miatt nemi nyílása összenőtt; vizeletét csak erőlködéssel tudja elbocsátani.

Jelentkezése előtt 2 hónappal a fővárosi kórházban feküdt gastrikus baja miatt, a honnan, miután a psychosis tünetei mutatkoztak rajta, a megfigyelő osztályra küldtetett át. Két heti otléte után jelentkezett az intézetben, a midőn megvizsgálva, következő status praesens vétegetett fel:

Az elég jól fejlett 16 éves nőbeteg még egyszer sem menstruált. Hasán a köldök alatt 3 cm.-nyire egy körülbelül férfitenyér nagyságú heg van, és a has erősen elődomborodott, belsejében egy körülbelül gyermekfej nagyságú tompa kopogtatási hangot adó fluctuáló tumor volt tapintható. Rectális vizsgálatra egy nehezen kitapintható retrofectált, infantilis méh volt, jelezve azt, hogy ezen tumor valószínűleg a hólyagnak felel meg.

Ettől alább, a mons venerisnek megfelelőleg, egy csúcsával lefelé néző, háromszög alakú heg találtatott, a vagina helyén teljesen síma felületű felhám, a melyen az ép egyénnél, a 2 labia majora összeérési helyének megfelelő helyen, egy körülbelül gombostűfej nagyságú nyílás volt, ettől aláfelé 2 cm.-nyire egy másik ugyanolyan nagy nyílás volt látható. Ettől aláfelé, egészen az anusig, a czombok belső oldalára kiterjedő zsugorodott heges felület. Az anus felett a perineumnak megfelelőleg, egy vályúszerű bemélyedést képez a zsugorodott heg, magával vongálva a czombok belső oldalának bőrét. Az első nyílás befelé nem hatolt, csupán lefelé a második nyíláshoz. Az utóbbin képes voltam a vaginába hatolni, 10 cm.-nyi mélységre, melyen 1 sz. cathetherrel behatolva, semmi folyadék sem ürült ki.

Maga a műtét 2 részből állott. Először sondát vezetve a vagina helyén levő felső nyíláson át az alsóig, melyek egymással kommunikáltak, majd vájt sondát vezetve át, egy metszéssel összekötöttem a 2 nyílást, mely metszéssel szabaddá lett téve a vulva és vagina egy része.

A támadt nyíláson tekintve, az urethra nem volt látható, új vizsgálatra introitus vaginae nem találtatott, szűkült vestibulumot mutat, a columna rugarum anter. nem tapintható; a sötétben való keresésre, egyszerre a vagina belsejéből ömlött elő a vizelet, ennek oka az volt, hogy az égési hegek befelé és lefelé vongálták az urethrát.

A műtét által támadt sebzés 10 nap alatt per primam gyógyult, mely által a vulva, illetve a vagina felső fele meg volt alkotva.

A műtét második része volt a colpoperineoplastica, mely következőképp történt:

A 2 czomb közti heges és a perineumot magába foglaló szövetben, a test középvonalán, egy 4 cm.-nyi hosszú metszés

történt, mely úgy az első, mint a második redő által képezett bőrrészleten áthatolt; miközben a késsel előrehaladtam, természetesen ujjal controlálva a végbelet és a kis ujjal a vestibulum vaginaet.

Ezen metszés által egy négyszög alakú folytonosság hiány keletkezett, erre a lábak egymástól mindjárt szabadon távolodhattak, mely 2 cm.-nyire az anus nyílásától felfelé egészen az előbb leírt és artificált vulvametszéshez hatolt.

Miután meggyőződtem arról, hogy a vestibulum vulvae alig kis ujjnyira zsugorodott, miután meggyőződtem arról, hogy annak egyszerű átmetszésével csupán ezen négyszög alakú folytonosság hiányt csak nagyobbíthatom, melynek gyógyulása a heges képletek miatt kétes eredményű lett volna, a következő műtetre határoztam el magam: Első ízben a még fennmaradt, körülbelül 4 cm. hosszú bőrrészleten, mely az anustól az új sebzési felületig terjedt, egy 2 1/2 cm.-nyi hosszú ékalakú lebenyt készítettem, melynek alapja 3 cm.-nyi széles volt. Erre az ujjam ellenőrzése mellett a vestibulum tölcserét 3 cm.-nyi távolságra alapjától elválasztottam, mire a középvonalon egészen a hymenig egy egyenes metszéssel 2 háromszög alakú lebenyt kaptam, úgy hogy egy-egy lebenyt képes voltam az előbb készített ékalakú lebenyhez lehúzni.

A vérzés nagyon csekély volt, mire a vaginalis lebenyt mély és felületes varratokkal, silk- és selyemfonalakkal egyesítettem oly módon, hogy külön-külön a belső és külső széleket a perinealis felülrészített szövethez odavarrtam.

A gyógyulás per primam történt. Tizedik napon távolítottam el a varratokat, 14-dik napon kapta meg a beteg első mensését, göresös fájdalmak kíséretében. Ettől kezdve a vulvának alakja, mely eddig csak mint hosszmetés mutatkozott, a most bemutatandó alakot nyerte:

A 2 labia egymástól 1 cm.-nyire elállnak, és belső faluk, valamint a közbe iktatott ék, ép nyákhártya tulajdonságát mutatja.

A labiák megvastagodtak, kisujjnyi szélesek, pubesek felléptek, a psychosis és vizelési bántalmái, a nyomás a hasban, mind elmúltak, és a beteget csak nehezen tudtam rábeszélni, hogy itt bemutassam.

Most pedig, mielőtt néhány szóval műtét eljárásomat indokolnám, köszönetemet kell kifejeznem Rákosi Béla dr. rendőrorvos úrnak, ki esetleg mint vendég volt intézetemben és assistenssemnek, Hochstätter Gyula dr. úrnak, mint a kiknek segítségem mellett voltam csak képes a leírt műtétet keresztülvinni.

A mi a műtét eljárását illeti, erre nézve hasonlót az irodalomban, a mennyire az rendelkezéseimre állott utána nézni, nem találtam felemlítve, hacsak szemügyre nem vesszük Bischoffnak colpoperineoplasticiáját, szintén ék-képzéssel, de a vagina falában azon czélból, hogy prolapsus uterinél vagina stricturát hozzon létre, ép ellenkezője annak, mit én műtét alatt végeztem.

A betegnek a műtét lefolyása óta, a mozgási képessége teljesen szabad; tipegő járása megszűnt, a lebenyek helyeiket nem változtatják, a vestibulum vaginaet szabadon és nyíltan tartják, az urethra kijebb áll, azonban a mennyiben az atresiált heg felső része a mons venerisnél rögzített, lefelé való vongálása következtében befelé húzza a bőrt, úgy hogy a clitorist és a nymphákat részben fedi.

Kryptophthalmus esete.

Kármán Samu dr. Esete egy 6 hetes, más csekély fejlődési rendellenességtől eltekintve, jól fejlett és táplált csecsemőre vonatkozik, kinél mind a két orbita ép cutissal van elfedve. Az orbita külső szegletében látható 2 mogyorónyi elődomborodó mérsékeltlen puha tapintatú, könnyen mozgatható képlet, a melyek felett a bőr, kivéve az aequator táját, a hol a bőr a képlethez rögzített, könnyen redőkbe szedhető; ezen képleteket, melyeket bulbusoknak kell tartanunk, a gyermek spontan mozgathatja, a bőrt felettük ráncolja. A bulbusok tengelyállása hasonló azok foetalis állásához. Fényérzés nem volt contatálható, bár Vidor kórházi főorvos is két ízben focalis világitással vizsgálta. Az egyik szemén Verebélyi főorvos exploratív operatiót végzett, de eredmény nélkül, mivel a szemrésnek megfelelő vonalban a bőr a bulbushoz teljesen oda volt növe.

A bemutatott gyermek anyjának II. szülöttje, az I-nél, mely néhány hetes korában halt el, anyja leírásából azt véli, hogy az egyik szemén veleszületett *lagophthalmus*, a másikon *blepharophimosis* volt jelen.

Főszkötéssel ambulanter gyógykezelt és meggyógyult czombtörés két esete.

Dollinger Gyula dr. Az első beteg egy 18 éves napszámos, a ki mult évi október 30-dikán törte el czombját a felső harmadban. A beteg a czombtörés daczára főszkötéssel folyton fennjárt. A törés rövidülés nélkül gyógyult.

A második betegnek a czombtörés előtt 18 esztendőszüti zsgorja volt és lólába. Czombját közvetlenül a térd felett törte el. *Dollinger* a kötés feltevése előtt az Achilles-ínt átmetszette, a lólábat redressálta és a térdizületi 150° zsgort a czombtörés helyén corrigálta. A callusképződés ezen esetben kissé lassan történt, de most a beteg meggyógyult és a térd felett a czombcsont szögletállása a lágy részeken át nem vehető észre. A volt lólábat active szabadon mozgatja. Mindkét beteg mult év november hó 11-dikén az egyesületben főszkötéssel már be volt mutatva.

Dollinger azután leírja, hogyan alkalmazza újabban czombtörésnél a járókötést. Azelőtt a nyújtást és az ellennyújtást segédei végezték, de ő folyton aggódott, hogy ha az egyik segéd elfárad, a tört végek egymásra csúsznak és a czomb rövidüléssel gyógyul. Ezt most azzal gátolja meg, hogy a nyújtást nem kézerővel végezteti. Az ambulans főszkötést czombtörésnél most 2 szakaszban alkalmazza. Először a kötést a már más alkalommal leírt módon a lábára, az alszártra és a czomb alsó harmadára alkalmazza és a kötést a térd és a bokák felett jól a czombhoz simítja. Azután a beteget kifelé a rudakra, egy kissé megbélelt erős vászonpelottát tesz a törés oldalára, a medence köré és ennek végét a beteg feje mögött egy szilárd ponthoz köti. A kötés alsó fele köré szintén egy köteléket erősít, a melyet csigacsinnal hoz összeköttetésbe. A nyújtás a csigacsinnal történik. Ha mérésel meggyőződött, hogy a törött czomb oly hosszú mint az egészséges, akkor a leírt módon alkalmazza a főszkötés felső felét.

Dollinger még megemlíti, hogy eddig 6 czombtörést és 11 alszártrörést gyógykezelt a saját módszere szerint ambulans főszkötésekkel az irgalmasrend budai kórházában. A nagyszámú eseteken tett észleleteiről adandó alkalommal még be fog számolni az egyesületnek.

Nyelvgyöki mirigydaganatok.

Neumann József dr. Az 50 éves férfibeteg hosszú idő óta sajátságos köhögésben szenved, mely egészen különböző a bronchitis vagy tüdőbeli állapotoknál észlelt rohamoktól, a mennyiben egynéhány heves légexplosió minden kiköpés nélkül jelentkezik, mely azonban a beteget egészen megrázza, úgy hogy egész testét verejték lepi el. Hasonlítható e köhögés azon légexplosiókhoz, melyeket akkor észlelünk, ha ivásközben egy csepp folyadék szalad a gégenkbe.

Hurutos zörejek vagy tüdőbeli folyamat nem volt kimutatható, köptető és narcotikus szerek eredménytelenül alkalmaztattak.

A beteg torokszerveit vizsgálva, feltűnt, hogy a gégefedő előtt két szerezendió nagyságú, azonban hosszúkás daganat foglalt helyet kétoldalt, mint túltenget nyelvgyöki mirigyek, tonsillae linguales. Bemutató nem állítja, hogy ezen daganatok a köhögés okai, de lehetségesnek tartja, és leginkább úgy magyarázná, hogy a deglutitio mechanikai okoknál fogva nem teljes, meg hogy nyál is gyülvén össze a gége felett, ebből akár nyelés közben, akár spontán egy-egy csepp a gégebe juthatván, ezen vehemens köhögési explosiót okozhatja.

Hogy mennyire tartózkodónak kell lenni ily itéletekben, mutatja az is, hogy még más eshetőség is van a betegnél. A jobb hangszalag hűdési tüneteket mutat: és ezen recurrens tünetekből, valamint nagyfokú arteriosclerosisból, a gyérült, igen kemény pulsuból, aorta aneurysmára is kell gondolni, s vagy ez, vagy a tüdőbeli pangási tünetek is okozhatják a köhögést.

E daganatok már csak azért is érdemelnek figyelmet, mert köhögésnél vérköpésre is adnak alkalmat.

Moskoricz Ignác két esetet látott gyakorlatában, melyekben ilyféle abnormalis köhögés volt jelen. Az egyik egy 14 éves leányt illetett,

kinél a tüdőben és gégeben kóros elváltozás nem volt kimutatható, ellenben az alsó orrkagylón adenoid vegetatiót talált, melynek elpusztítása után a kínzó köhögés megszűnt. A másik eset egy 15 éves leányra vonatkozik, kinél éjjelenként jelentkezett ugató köhögés, e betegnél is az orrkagylók túltengését constatálta és ennek meggyógyítása után a köhögési rohamok is megszűntek. Ha a bemutató nem talált volna mélyebb elváltozásokat a betegnél, azt a kérdést intézte volna hozzá, hogy nem talált-e elváltozást a beteg orrában.

Ónodi Adolf csatlakozik a bemutató véleményéhez, a ki ez esetben a reflexneurosis nem veszi fel a köhögés okának. Részéről a reflexneurosisok kérdésében tartozkodó álláspontot foglal el, mert e tekintetben igen gyakran találkozunk túlzásokkal. Így legutóbb egy esetet látott, melyben kifejezett stenocardiát az orrsövény egy spinájával hoztak oki összefüggésbe és azért azt a spinát levésték, de a stenocardia most még hevesebb.

Zwilling Hugó. Ha ez esetben a köhögést reflexneurosis okozná, úgy az egyik tumor kisebbitése után esökkennie kellett volna a köhögésnek, a mi nem következett be. Azt hiszi, hogy ez esetben vagus köhögés forog fenn.

Neumann József viszonválaszában kiemeli, hogy a reflexneurosisokra nézve igen skeptikus, és ezen köhögést is úgy hozta összefüggésbe a mirigydaganatokkal, hogy a nyelvben szolgálhatnak akadályul és a gégebe nyál jut; mert alig tudja elképzelni, hogy a gégefedő előtt éveken át levő két daganat köhögést okozna. *Moskoricz* eseteire nézve megjegyzi, hogy azok hysterikus esetek, de ezen betegnél nincsen hysteria.

Sarcoma ovarii esete.

Dirner Gusztáv dr. A bemutatott daganat egy 33 éves nőtől ered, a kit ma operált a János-kórházban. Az illető egy éve kevésvérségben szenved; 1—2 hónap óta cachexia tünetei látszanak rajta. Hasában daganat jelenléte alig 1 hó előtt constatálattott; akkor 2 férfükölnyi dudor volt tapintható a méhtől jobbra és balra. Ez a daganat az utolsó 3 héten rapide nőtt férfifejnagyságra és szabad hasvízzel is növekedett a has terjedelme, neheztvén a beteg lélegzetét. Egy hétig a beteget a János-kórházban figyelte meg; itt napokon át 39°6 foknyi emelkedő lázzal, peritonitis tüneteivel feküdt a beteg. Két napja láztalan volt. A mai napon végzett műtévesnél az iménti peritonitis a daganat és peritoneum közötti friss összenövésben volt látható. A daganat mellett sok véres savó ömlött ki a hasürből. A daganat egyenetlen, dudoros és rendkívül szakadékonny. A kiemelési kísérletnél minduntalan szétmállott az itt-ott cystosus, másutt tömött, de törekeny szövet. Az üregekben friss véralvadék és véres savó; egyik dudora a Douglas-ürben mélyen, erősen odatapadva. Kiindulása a bal ovariumból történt; kocsányát (lig. ovarii) 4 részletben könnyen lehetett megkötni és átmetszeni. Tuba és az ellenoldali függelékek teljesen épeknek látszanak és bennhagyattak. A peritoneumon a friss összenövési helyeken kívül áttéti góczok nem látszanak. A vékonybelek puffadtak, fénytelenek és belöveltek.

Ez eset bemutató 41 hasmetszési esetei között az első, a hol már klinice előre is malignus daganatot kellett felvenni, bár kocsánycsavarodásból eredő gyors növekvés és cysta-repedés lehetőségét nem tudta kizárni, s valószínű is, hogy a daganat már műtétel előtt is meg volt repedve s onnan eredt a hasürben talált véres savó. A daganat alakja, szövetének minősége, törekeny volta, a gyors növekvés, a beteg cachectikus külseje stb. mind a mellett szólnak, hogy malignus természetű. Bemutató a makroszkopikus képe után *sarkomának* tartja, és ritkább volta miatt mutatta be. A mikroszkopikus diagnosis megállapítása iránt a lépéseket megtette.

A gümös nyak- és állalatti nyirkmirigyek sebészi eltávolítása látható heg visszamaradása nélkül.

Dollinger Gyula dr. Jelenleg a gümös nyakmirigyek kiirtása a nyak oldalán, a m. st. cleido-mastoideus irányában futó metszéscsontán át történik. A visszamaradó hegek igen feltűnőek, a mely körülmény igen sokakat elriaszt a műtétől, és azért a betegek reménykedve, hogy a mirigydaganatok elmulnak és ők a heget elkerülik, elmulasztják a kiirtásra alkalmas időt. 1892. április havában először operált azon módszer szerint, a melyet ma megismerttet. A beteg egy fiatal hölgy volt, a kinek nyaka mindkét oldalán és az állszögletek alatt mogyoró egész diómekkoraságú mirigyekből összetett mirigypaketjei voltak. A műtét előtt *Korányi* tanár és *Janny* és *Hirschler* magántanár urak látták a beteget és ez utóbbi két kartárs a műtétnél is jelen volt. A kiirtás teljesen sikerült, a gyógyulás per primam történt és a beteg azóta

mindenhol megjelenik, a nélkül, hogy valaki gyanítaná, hogy a beteg ily műtéten esett keresztül. Csupán egy ízben mutatkozott a nyak oldalán egy apró duzzadt mirigy, a mely azóta ismét eltűnt. Ezután *Dollingernek* nem volt alkalma a műtétet megismételni, míg nem a f. év elején sebészeti osztályán az Irgalmasrend budai kórházában egyszerre az esetek egész sorozata jelentkezett, a melyekkel tapasztalatai kibővülvén, azokat most előadja.

A műtét a következőképen történik. Mindenekelőtt a beteg fejét és haját a leggondosabban fertőtleníti és a műtét helyéről a haját leborotválja. A 3-dik műtétnél a nöbeteg haja véletlenül belesúszott a műtét alatt a sebbe s ennek genyedés lett a következménye. Az 5-dik műtétnél a chloroformkosár széle ért véletlenül a sebhez, a mi szintén genyedést okozott. Mindkét esetben a kulcsont felett ellennyilásokat kellett készíteni. A leggondosabb asepsissel az ilyen kellemetlenségeknél eljárt lehet venni. A bőrmetszés a tarkón, a külső hallójárat felett, a haj alatt, annak szélétől mintegy 1 cm.-nyire kezdődik és innen a hajas rész szélétől mindenhol egyenlő távolságban maradván, mintegy 5—6 cm. hosszúságban le- és hátrafelé vonul. Ha szükséges, a metszés a tarkó középvonaláig terjedhet. A seb mellső-alsó szélét egy darabon késsel választja fel, alantabb azután részint ujjal, részint elevatoriummal tompán választja fel a bőrt, míg nem mellfelé a gümös mirigyekig jut, a melyeket többágú fogóval előhúzó, a szomszéd kötőszövetről leválaszt és eltávolít. Ily módon egészen az állcsúc alól és másrészt a kulcsont szomszédságából húzott mirigyeket a sebbe és távolított el. A mirigyek leválasztása a szomszéd kötőszövetről akkor történik, a mikor a mirigy a seb széléig van húzva. Így több esetében közvetlenül a vena jugularis adventitiájáról választott le mirigyeket a nélkül, hogy az edényt megsértette volna. Olyan nem szétesett mirigyeket, a mely az állcsúc közelében van, az alsó ajak és az állkapocs mellső felülete között a szájbán ejtett seben át is el lehetne távolítani, ezt azonban még nem volt alkalma megtenni. A mirigyek eltávolítása után a sebet bevarrja. A legközelebbi 4—6 hét alatt a nyak megfelelő oldala rendesen megduzzad, azonban ez később elmúlik s a nyak bőre ismét szabadon mozgatható lesz. Mindenki tudja mily hosszadalmas és fárasztó műtét a gümös nyakmirigyek eltávolítása még akkor is, ha a nyakon végighúzó nagy metszésen át dolgozhatunk. Így gégezve a műtét, még fáradságosabb, de az eredmény bőven megjutalmaz a műtétre fordított időért. *Dollinger* e terve értelmében 7-szer hajtott végre a műtétet. Ezek közül 2 esetben a fentebb leírt okokból genyedés lépett fel, 1 esetben pedig a sebvonal gümös lett, úgy hogy ezért a gyógyulás kissé késlekedett. Négy eset per primam gyógyult. Ezek közül bemutat kettőt. A genyedést a jövőben elkerülni reméli. Ezen eljárás szerint a nyakon levő dermoid és monocularis cystáknál is lehetne operálni.

Medvei Béla. A bemutató által ajánlott eljárás ellen az az aggálya van, hogy a mirigyeknek látatlanul való előhúzója közben könnyen szakadhatnak meg nagyobb edények.

Dollinger Gyula. Még egy esetében sem kellett ezen eljárás mellett egy véredényt sem bekötöni; a gyakorlott ujj vezetése kikerülhetővé teszi az egyes nagyobb véredények megszakítását.

B) Előadás.

Agykísérleti készítmények.

Ónodi Adolf dr. A gége központi beidegzésére vonatkozólag *Krause* jelölte meg először kutyánál a gyrus praefrontalist, mint a hangképzés kéregközpontját. Ezen tényt megerősítették *Semon*, *Horsley*, *Masini* és előadó vizsgálatai. Minden kéregközpont izgatására kétoldali hatás jelentkezik. *Masini* ezen központok kiirtásakor részleges hűdést talált, miért is még más mozgató központokat vesz fel. *Goltz* az agyféltekék eltávolítása után a hangképzés változását nem tapasztalta. Bátorodik előadó a kísérletek után megtartott agyvelőkkel illusztrálni elért eredményét. A jelzett kéregközpont izgatására bilaterális hatás jelentkezik. Az egyik kéregközpontnak kiirtására a hangszalagok mozgásaiban semmi eltérés sem mutatkozik, hasonló eredménnyel jár mindkét központnak a kiirtása az állatnak életben hagyásával is. Az állat tiszta magas hangokat ad, a gégetükör a hangszalagok rendes mozgásait constatálja.

Hasonlóképen nem mutatkozik a hangképzésben eltérés, ha mindkét oldalon a corna radiata elmetszetik a nagy agydúcoktól. Ha azonban a nyultvelő a vagus magvak felett harántul metszetik

el, akkor megszűnik a hangképzés. Az állat elveszti nyomban a hangját, a hangrés távol, mélyebb belélegzéseknél egy kissé kifelé térnek a hangszalagok, de befelé semminemű közeledő mozgás nem következik be. Egy esetben sikerült az élő állatban az ikertesteket átmetszeni alapjukban, az állat azonnal elvesztette hangját, a hangrés, a hangszalagok többé nem közlekedhetnek. Fájdalmat okozó szúrásokra sincsen hangképzés. A nyultvelő egyik felében ejtett ferde hosszmetrészek a vagus magvak felett a hangszalagok mozgásaiban nem okoznak eltérést.

A vagus magvak területében a középvonalban ejtett hosszmetrészekre a hangszalagoknak egyes rángatózó mozgásai észlelhetők. A hangképzés központjai tehát kutyánál a gyrus praefrontalison kívül a nagy agydúcokban vannak, egyenes és keresztelt rostjaik a nyultvelő alsó harmadában jutnak a vagus magvakhoz.

Takács Endre. Goltz az egész agykéreg eltávolítása után sem észlelt mozgási rendellenességet vagy phonatiós eltérést, de *Munk* és *Vernike* együttes vizsgálatai után jól tudjuk, hogy a kéregben hiába is keresnénk automatikus központokat, ott csak az érzés által belé helyezett mozgások központjai vannak, és e szerint *Ónodi* dr. kísérleti eredményei mintegy előre láthatók voltak. Az előadónak a phonatio központjának kutatására irányított törekvései igen tanulságosak és érdekesek, a kérdést nagy lépéssel viszik előre, úgy hogy a tudomány az előadó úrnak határozottan köszönettel tartozik.

Neumann Mihály József. Előadó vele együtt látta Berlinben *Semon* és *Horsley* hasonló tárgyú kísérleteit, melyeket igen megragadó módszerrel mutattak be, nagyon kívánatos lenne, hogy a t. előadó Rómában kísérleteit hasonló módszer szerint mutassa be.

Darvas Sándor kérdezi előadót, hogy kísérleti eredményeinél nem szerepel-e a nagy reflexív?

Ónodi Adolf. *Munk* és *Vernike* kísérleteinek eredményéről magának is meggyőződést kellett szereznie, és azért ezeket is végig csinálta. A *Darvas* dr. által említett reflexfolyamatok itt nem jönnek szóba. *Semon* és *Horsley* említett kísérletei csupán a kéregközpont ingerléséből állottak, és előadó hasonló módszerrel óhajtja kísérleteit nemcsak Rómában, hanem Budapesten is az élettani értekezleten bemutatni, itt csak azért nem tehet, mert erre nincs itt alkalmas berendezésünk.

Közkórházi orvostársulat.

(V. bemutató szakülés 1894. márczius 7-dikén.)

Elnök: **Schwartz**er Ottó; jegyző: **Mohr** Mihály.

(Folytatás.)

A teljes orrképlésnek egy új módszere.

Herczel Manó. (E bemutatót lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.)

A chromsavnak értéke a bujakóros fekély kórisméjénél és kezelésénél.

Morelli Károly dr. A budapesti közközházak 1890/91-diki évkönyvében előadó „Néhány újabb szer hatásáról és értékéről” című közleményében a chromsavról már akkor mint a renyhe bujakóros fekély hatalmas ellenszeréről szólott, mely szer különben épen a szakemberek részéről majd magaslatva, majd kicsinyelve lön.

Hering volt az, a ki 1883-ban a párisi gégeorvosok szakülésén, majd 1884-ben Koppenhágában az orvosi congressus gégeszeti szakosztályában hívta fel e kitűnő szerre a figyelmet.

Előadó mellőzni kívánja ez alkalommal a chromsav hatását orrbajoknál, hurut, habarczok csonkja, szemölcsdaganat és túltengéseknél, csakis a száj- és garatürben levő bujakóros fekélyekre való gyógyító hatását óhajtja bírálni.

Örömmel említi, hogy közleményével egyidejűleg egyöntetű és összhangzó értelmű közlemények jelentek meg *Kuttner*től (*Krause* berlini poliklinikájának segéde) és *Feibes* aacheni orvostól, kik majdnem ugyanazon szavakkal dicsérik a száj bujakóros megbetegedésének e kiváló ellenszerét.

Mindhárman a legmakaesabb, minden antiluetikus kezelésnek ellenálló fekélyeket 3—14 chromsav-edzésre gyógyulni látták, és fölébe helyezték e szert a lapisnak, valamint a helyi kezelésre használtatni szokott egyéb szerekeknek.

Előadó nem használja a chromsavat mint *Hering* és *Kuttner* ezüst kutatóra forrasztva; sem mint *Neumann* Daviell-kanálba öntve, sem mint *Bresgen* gyapothálóba téve, sem mint *Feibes* 1:5-re vagy 1:8-ra, vagy aa partes, hanem elfolyósítva egész

töményen alkalmazza tamponartóra sodort kevés Bruns-gyapot segélyével, melyet úgy készít el, hogy alkalmazása előtt hasonló nagyobb gyapot-tampon tart készletben, mely tömény kettédszén-savas natrium-oldatba van mártva, hogy a chromsav hatását azonnal, abban a pillanatban közömbösítse, nehogy ez mélyebb roncsoló hatást gyakorolhasson.

Igy kezelte 6 év óta állandóan a makaes, minden más helyi kezelésnek ellenálló szalonnás bujakóros fekélyeket a száj- és garatban, és azt látta, hogy alig 3—6 edzés chromsavval elegendő volt a hónapok óta minden általános és helyi kezelésnek ellenálló fekélyeket gyógyulásra hozni. A némelyek által észlelt mérgezési eseteket csak annak tudja be, hogy nem lett azonnal alkalmazva az edzés után a közömbösítő Na bicarbonicum, melyet szintén *Hering* ajánlott 5—15%-os oldatban chromsav-edzés előtt öblítésre, mivel azelőtt 2 mérgezési esete volt.

Előadó a tömény chromsavnak tömény natrium bicarbonicum-oldattal való azonnali közömbösítésénél sohasem látta a legkisebb mérgezési tünetet sem.

A chromsav ezen rendkívüli becses hatása mellett, hogy t. i. a legmakaesabb bujakóros fekélyt a szájban 3—14 nap alatt, illetőleg ugyanannyi érintésre hegedésre hozza, még diagnostikai értéke is van a chromsavnak.

Azt tapasztalta, hogy az általa használt formában a chromsav, ha felhántól fosztott, tehát fekélyes helyre vitetett, ezen hely a közömbösítés után citromsárga elszínesedést mutat, míg az ép nyákhártyarész a natrium bicarbonicum hatása után semmiféle elszínesedést sem mutat.

Ez alkalommal 5 esetet mutat be: egyiknél egy lencsényi fekély egy edzésre; egy másiknál a mandulákon levő sekély bujakóros fekély 3 edzésre gyógyult be. Harmadiknál a légyszájpadon krajczárnyi, mély, alapján szétesett, piszkos esapadékkal fedett fekélyt kezelte, mely most harmadik edzésre már tiszta és alig mutat lencsényi elszínesedést a chromsav-égetés és gyors közömbösítés után.

A negyedik esetben, hol 7 rendszeres higanykenési cycilus után sem tűntek el a mandulákról a szalonnás, széles fekélyek; csak most halványultak meg, miután a jobb mandula három, a bal pedig öt ízben lett chrommal kezelve.

Az ötödik esetben, a hol egy lencsényi fekély van a bal hátsó légyszájpadiven, ad oculos demonstrálja a chromsav említett kórismei értékét.

Schwimmer Ernő. A chromsavat körülbelül hat év óta különösen a leukoplakia linguális fekélyes alakjainál használja, ha nem is állandó, de jó eredménnyel. Bujakóros renyhe fekélyekre tapasztalata szerint is nagyon jó hatású a chromsav, csak hogy szülő a chromsavat 3%-os oldatban szokta használni és egyrészt tekintettel a tömény chromsav alkalmazásánál fennforgó mérgezési veszélyre, másrészt tekintettel arra, hogy 3%-os oldattal is igen jó eredményt lehet elérni: ajánlja a bemutatónak, hogy próbálja meg tömény chromsav helyett ennek 3%-os oldatát használni.

Elischer Gyula. A chromsav használata a nőgyógyászatban a 70-es évekből datálódik, különösen jó hatású papillaris erosióknál oly egyéneknél, kik a chromsavat eltűrik; szülő ily esetekben 5—6%-os oldatot alkalmaz. Hogy még ily hígítás mellett is mennyire óvatosan kell eljárni a chromsavval, azt mutatja pl. oly általa észlelt eset, melyben egy félórával egy papillaris erosióknál ily híg chromsavval való edzése után a betegnél sárgalátás, rossz szájíz és később collapsuszerű tünetek léptek fel. Egy esetben, melyet akkori segéde *Farkas Jenő* dr. publicált is, egy nőnél a kezelő orvos egy vaginalis renyhe fekélyt másodnaponként chromsavval étetett, és midőn a nő szülő osztályára került, a fekély alapját már a hólyag nyákhártyája képezte, úgy hogy ha még csak 1—2 chromsavoredzés történt volna, ez által fistula vesico-vaginalis jött volna létre.

Moskovitz Ignác. A felső légutak luetikus fekélyeinél minden oly kezelést, mely izgatással jár, vagy a fekélyek szövetének roncsolását előzolja, milyen pl. a chromsav, cuprum sulfuricum és argentum nitricum alkalmazása, tapasztalatai szerint a gyógyulást csak hátráltatja. Ily fekélyeknél legezélszerűbb az általános antiluetikus kezelés mellett helybelileg az antiseptis, illetőleg asepsis szabályai szerint eljárni. A chromsav igen veszélyes fegyver, így pl. egy kartárs csak legutóbb közölt egy esetet, melyben a chromsav rhinitis fibrinosát idézett elő; szülő a chromsav-kezelést nem ajánlja.

Morelli Károly. A chromsav alkalmazásánál a mérgezés veszélyét el lehet kerülni, ha mint bemutató ajánlja, a tömény chromsavval való érintés után azonnal natrium bicarbonicum-oldattal közömbösítünk. Ezen eljárás mellett egyetlen egyszer sem észlelt chromsav-mérgezési tüneteket. *Moskovitz* dr. úr a chromsav-kezelés felett ítéletet mond, mielőtt megpróbálta volna, ajánlja neki, hogy a betegek érdekében tegyen kísérletet a chromsavval és akkor majd más lesz a nézete az eljárás értéke felől.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

„Grundriss der pathologischen Anatomie“ von Dr. E. Gerdes, früheren ersten Assistenten des path. Instituts zu Halle. Mit 6 Abbildungen. Stuttgart, Verlag Enke. 1893.

Ma, midőn a kórbonecztan egyéb testvértudományokkal annyira összeforrt, hogy azoktól szinte elválaszthatlan, nehéz, majdnem kivihetetlennek látszik egy kórbonecztan tankönyvet 340 oldalra szorítani, mint azt az előttünk fekvő munkában látjuk; a kórbonecztan ügynevezett compendiumok pedig, melyek rendesen nem egyebek, mint értelmes gyűjteményei, hogy úgy mondjam a „Schlagwortoknak“, mint ilyenek csak mnemotechnikai szolgálatra hivatvák, rendesen és igen helyesen a jelen münél jelentékenyen rövidebbre szoktak terjedni. Ackermann segédének jelen munkáját sem a tankönyvek, sem a compendiumok sorába nem sorozhatjuk; az elsőnek kevés volna, compendiumnak ezélszerűtlen és sok. E kettő között vagyunk kénytelen e műnek annyival is inkább helyet adni, mert a szerzőnek előszavában kifejezett intentiója az, hogy e munka kezdőknek elméleti bevezetésül szolgáljon a boneczasztal melletti diagnostikus gyakorlatoknál. A munka első fejezete a kórbonecztan gyakorlati részével, nevezetesen a boneczolás technikájával foglalkozik. Az első lapjain e munkának részletesen ismertette találjuk, hogy miként kell egy boneczteremnek berendezve lenni, milyen eszközöknek kell a bonecznok rendelkezésére állania. Ez kétségen kívül igen helyesen szolgál egy gyakorlati irányú tankönyv bevezetésül, de épen a munka gyakorlati irányánál fogva, helyesebbnek tartanók — a kevésbé fontos eszközöknek részletes felsorolása helyett — a nélkülözhetetlen s leglényegesebb eszközökre való rámutatást; bizonyára azok között, kik e könyvet forgatni fogják, lesznek sokan, kik nélkülözni kénytelenek és nélkülözhetik is a Luer-féle kettős rachiotomot s meglegszenek egy porczkással, de másrészt az a bonecznok, ki jól felszerelt bonecztermében illatszereket is tart, annak igen gyakran lehet szüksége egy fagyasztó mikrotomra is, a mit Gardes nem említ. A hullajelek rövid ismeretése és az egyes boneczeszközök használatára vonatkozó utasítások után rátér szerző a testüregék és szervek boneczolására. Elsőnek — úgy látszik csak technikai szempontból — a gerince-szatorna megnyitását ajánlja.

Ezután a koponya és az agy boneczolását tárgyalja és az ismert és használatos eljárásokat adja elő a szokott sorrendben a többi üregék és szerveknél. A munka második és jelentékenyebb része az agy és burkai betegségeinek tárgyalásával veszi kezdetét és kétségkívül egyik legkiválóbb fejezetét képezi ez e munkának. A keményagykéreg, lágyagyburok, azaz agy, gerincezagy és peripherikus idegek elváltozásait röviden, de igen érthetően s kiválólag a gyakorlat igényeire való tekintettel tárgyalja.

A második fejezetben röviden a szívburkok és a szív pathológiáját adja elő. Sajnosan nélkülözzük e fejezetből a szív fejlődési rendellenességeit, melyeket a szív fejlődésének tárgyalása nélkül tényleg bajos érthetően előadni. Valamivel bővebben van tárgyalva a véredények és a nyirkedények kórbonecztanja. Ezután a lép betegségei és igen röviden a vér elváltozásai jönnek sorra.

A harmadik fejezetet a támasztó és mozgató készülékek kórbonecztanja képezi.

A negyedik fejezet a légző-apparatusnak van szentelve s mint compendiuma e szervek pathológiájának, e mű legbecsesebb részét alkotja.

Az ötödik fejezet az emésztő készülék kórbonecztanával foglalkozik, aránylag a legrészletesebben. Úgyesen látjuk itt csoportosítva az egyes szervek kórbonecztanát, habár szerintünk helyesebb lett volna a gyomrot a belekkel és a pankreassal együtt és nem a máj után tárgyalni.

A hatodik fejezet a húgyelválasztó készülék kórbonecztanja; a munka két utolsó fejezetét pedig a férfi és női ivarszervek alkotják. Az érzékszervek kórbonecztanát Gerdes nem tárgyalja.

Gerdes munkájában sok helyen nélkülözni voltunk kénytelenek a makroszkopikus elváltozásoknak azt a körültekintő és találó leírását, mely Rokitsansky iskoláját jellemzi és ez a körülmény kétségtelenül szembetűnőbb egy ily munkán, mint a milyen az előttünk fekvő, mely kórszövevtant egyáltalán nélkülöz. A munka

első az idegrendszerrel foglalkozó és negyedik, a légző apparátust tárgyaló fejezete a legértékesebb része e könyvnek, melyet különben sok haszonnal olvashat a kezdő s tekintve a munka gyakorlati irányát, gyakorló orvosoknak is tehet sokszor hasznos szolgálatot.

A könyvet hat, a technikára vonatkozó ügyes kivitelű ábra díszíti.

Áldor Lajos, kórboneztani gyakornok.

II. Lapszemle.

Belgyógyászat.

A dermatosisok egy csoportjának, különösen az urticariának kórokáról és gyógy módjáról értekeznek *Singer* dr. Vizsgálatai alapján ezen dermatosisokat összeköttetésbe hozza a fokozott bél-rohadással; e bőrbajoknál ugyanis számtalanszor találkozott fokozott bél-rohadással, mely akár spontan, akár gyógybeavatkozás által megszüntetve, visszaféjlődtek a dermatosisok is. Legbővebben az urticariával foglalkozott és majdnem kivétel nélkül megszorodva találta ily betegek vizeletében az indicant és az aether-kénsavat, mely anyagok megszorodva, tudvalevőleg a fokozott bél-rohadást bizonyítják (azon urticaria-alakok kizárandók, melyek scabies, dysmenorrhoea stb. mellett lépnek fel). Ugyanezen viszonyokkal találkozott az acné vulgaris, valamint a pruritus senilisnél is. Szerző ezért therapeutikus eljárásával a bélhuzamban végbemenő fokozott rohadást igyekszik antisepticumokkal megszüntetni és a kiválasztott idican stb. mennyiségének csökkenésével parallel tapasztalta az említett bőrbántalmak subjectiv és objectiv javulását, illetőleg gyógyulását. Legszívesebben a mentholt alkalmazza: 0.1 gm. mentholt 0.25—0.5 gm. ol. amygd. vagy ol. olivarummal gelatine capsulákban naponta, 6—8 ily capsulát szedet emelkedve 10 capsuláig. Kellemetlen mellékhatásokat a szer sohasem okozott.

Hasenfeld A. dr.

A gyomor átvilágítására vonatkozólag 100 betegen és 15 hullán tett kísérleteket *Kutner* (Bécs). Az Einhorn-féle diaphanoskopot használta. Az eljárás csak úgy sikeres, ha a gyomorba előzőleg elég vizet öntöttünk. A gastrodiaphaniával *Kutner* jól meg tudta különböztetni a gyomortágulást a gastroptosisától; az elsőnél u. i. csak a nagy curvatura átvilágítása sikerült, az utóbbinál a kis curvaturáé is. A kísérletek azt is kiderítették, hogy ha a gyomor falán 1 1/2 cm.-nyi vastagodás van, e helynek megfelelőleg sötét folt mutatkozik. Így tehát oly daganatok, melyek kopogtatás és tapintás által még nem mutathatók ki, a diaphanoskop segítségével fel volnának ismerhetők. Egy esetben tényleg sikerült *csupán az úton* diagnosist csinálni s a boncsolás a diagnosist helyességét igazolta. (Wien. med. Wochenschrift. 1894. Nr. 7.)

A tolysal-lal tett kísérleteket *Zurbelle* heveny és idült izületi és izom-rheumatismusnál. Naponta háromszor kaptak a betegek 1.75 gm. tolysolt. Az eredmény igen jó volt. Neuralgiáknál, tabetikuskok lancináló fájdalmainál állítólag szintén bevált a tolysal. (Allg. med. Centr.-Zeit. 1894. Nr. 7.)

A chinin percután alkalmazását próbálta *Master*. A chinin felszívódik a bőrrel s a vizeletben kimutatható. De a felszívódás individualis ingadozást mutat, a hőcsökkenés nem áll be mindig, s ha beáll, nem oly erős, mint ha per os alkalmaztatott a chinin. Ezért *Master* a chinin percután alkalmazását nem ajánlja. (Arch. f. Kinderheilk. XV.)

A—y dr.

Guajacol diabetes ellen. *Clemens* (Frankfurt) azt tapasztalta, hogy a guajacol — naponta 3-szor 6—10 cseppet adagolva — diabetikusoknál a glycosuriát és polyuriát erősen csökkentette. A cseppeket egy kanál tejben vagy csukamáj-olajban kapták a betegek. A gyógyszerrel jól türték a betegek, *Clemens* az eredménynyel meg van elégedve. (Allg. med. Centr.-Zeit. 1894. Nr. 12.)

A—y dr.

Orr- és gégebajok.

Túltengett nyelvmirigyek néha vérzésre adnak alkalmat, és azért Jool haemoptoë eseteiben ezek megvizsgálását kívánja. A nyelv gyökén sorakozó mirigyek, melyek az ú. n. nyelvmandulát képezik, túltengett állapotban egyrészt nagyon makacs köhögésre adhatnak okot, mi a beteget szerfelett aggasztja; másrészt a köhögéshez tárgult erekből vérzések is szegődhetnek. Ha nem is mutatnak fel tárgult ereket a nyelvgyöki mirigyek, akkor

is capillaris vérzések támadhatnak a nyelv gyökéből és leginkább a menstruatio idejében. (Revue de laryng. 1893.) *N—n.*

Az állcsontüreg genyedésének kórisméjével foglalkozik *Lermoyez* (Páris), megjegyezvén, hogy a sebészek még mindig ritkán tartják a bántalmat, mert csak úgy diagnostizálják, ha az arc megdagadt, nagyon fájdalmas és az orrból bőségesen folyik ki genyedség. L. három féleségre osztja a tüneteket. 1. Gyanus tünetek; egyoldali váladékkifolyás, mely természetesen elesik, ha a bántalom kétoldali, és melyet idegen testek és esontszú is okozhatnak; intermittáló genyes kifolyás; szögödőralatti fájdalmak, subjective büzös szag érzése; felső zápfogak szuvas állapota (nagyon alárendelt értékű) és genynek jelenléte a középső orrjáratban. Az utóbbi a legfontosabb tünet; azonban a geny jöhet a rostacsont- vagy homloküregből is; máskülönben pedig a Highmor-üreg elzáródásával a geny meg nem jelen. 2. Valószínűségi tünetek; ezek egyike a Fränkel-féle tünet, mely abban áll, hogy a geny eltávolítása után az újra és újra megjelen a középső orrjáratban, és pedig a betegnek oly elhelyezkedése közben, mely a Highmor-üreg kivezető csatornájának kedvező. Ugyanis a beteg fejét lelógatja és pedig jobb oldalra, ha a bal Highmor-üregből várjuk a kifolyást, bal oldalra pedig az ellenkező esetben. Másik a Heryng-féle tünet, mely a villanyos átvilágításban áll (helyesebben Voltolini tünet, Ref.), midőn a beteg szájában tartja a lámpát és sötét szobában nézzük az arcot, hogy vajjon a fény mindkét oldalon jól bocsáttatik-e keresztül. 3. Bizonyossági tünet pedig az, ha finom szűrőcsappal próbaszűrést végzünk az alsó orrjáratban vagy 3 cm.-nyire a bejáratától. A tört visszahúzza és az üreget langyos vízzel kiöblítve, megkapjuk a kiürített genyet. (Semaine Médicale 1893.) *N—n.*

Gyermekgyógyászat.

Veleszületett májcirrhosis egy esetét írja le *Neumann*. A gyermek sárgasággal jött a világra, a mely még több hét múlva is ki volt mutatható. Testsúlya nagyon alacsony, étvágya csökkent, a székletetek bőségesek, állandóan fehér színűek. A vizeletben epefesteny mutatható ki, fehérsége és ezukor hiányzik. A lép és a máj megnagyobbodottak. A kórisme syphilitikus hepatitisre tétetett, a megindított calomel-therapia azonban eredménytelen maradt és a gyermek rövid idő múlva tüdőlob következtében elhalt. Boncsoláskor a lép és a májat erősen megnagyobbodva találták; a ductus choledochus átjárható. A májszövet tömött, kissé granulált, bemetszésekor nem ürül epe; az acinusok sötétzöldek, keskeny, fehér kötőszövet által elkülönítettek. A mikroskopi vizsgálat az acinusok megkisebbedését derítette ki, bennük sejtbeszűrődés nem mutatható ki, az interacinosus kötőszövet azonban erősen megszorodott. Ez esetben tehát egy a méhenbelüli életben keletkezett, valószínűleg syphilitikus eredetű májcirrhosis volt jelen. (Berlin. klin. Wochenschrift, 1893. 19. sz.)

Apróbb jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Epithelialis daganatok** elroncsolására *Moran* pikrinsav 2%-os vizes oldatát ajánlja, mint a mely nem nagyon mérgező és az ephitel-sejtek hyalin-degenerációját okozza. (Journ. de méd. 1894. 1. sz.)

2. **Epilepsia** 12 esetében *Elliot Babes* nitroglycerint fecskendezett a bőr alá és pedig 1/10 milligrammos adagban. Az esetek többségében egy befeeskendezés elég a roham megszüntetésére. Úgy látszik, hogy a nitroglycerin a rohamok szaporaságára is van némi befolyással és azért ajánlatos a rohamok közti időben bromsókon kívül még nitroglycerin kicsiny adagait is használtatni. (Journ. de méd. 1894. 1. sz.)

3. **Vérhányás** eseteiben jó eredménynyel használja *Burland* az ipecacuanhát kevés opiummal; hánytató hatástól ilyenkor nem kell tartani. A szer bevétele után néhány óráig nem szabad folyadékot sem per os, sem per rectum felvenni. (Lancet, 1893. okt. 14.)

4. **A fogak és a száj tisztítására** melegen ajánlja *Miller* az 50% chlorkaliumot tartalmazó pastát, mely radix iridiből, szénsavas mészből, szappanból és glicerinnél készül. (Monatshefte für prakt. Dermatologie, XVII. köt. 9. sz.)

TÁRCZA.

Külföldi facultásokból.

Bécs.

(Társadalmi viszonyok. A bécsi medikus, assistens és tanár. A praxis Egyletek. Kamara.)

(Folytatás.)

A míg Magyarországon az orvosi pálya inkább csak anyagiilag jutalmazza követőit, itten el lehet mondani, hogy: dat Galenus opes — et honores. A mellett, hogy igen sok orvosnak jövedelme túlhaladja a 20, sőt 50,000 frtot, még a társadalomban is sokkal kiemelkedőbb és előkelőbb szerepet visznek, mint minálunk. Csaknem minden egyetemi tanár Hofrath, több közülük képviselő, főrendiházi tag; mások egyéb címekkel (kaiserlicher Rath, Regierungs- vagy Ministerial-Rath) tündökölnék, s a ki az érdemrendeket szereti, egész collectiókban gyönyörködhetik ünnepélyek alkalmával a tanárok mellein. De nemesak az életben, még haláluk után is kitüntetik őket. Szobraikkal lépten-nyomon találkozhatunk az orvosegyletben, a kórház udvarán s mindenek felett az egyetemnek gyönyörű oszlopcsarnokában.

Mindez Van Swieten fáradságának gyümölcse, a ki az addig megvetett felseri pályát udvarképessé tette. Elég nehéz munka volt pedig ez, mert az emberanyag, melyből az orvosok kikerülnek, nem elsőrendű; a bécsi medicusok bár igen szorgalmasak, de sokkal kevésbé intelligensek, sőt kevésbé jellemesek, mint a magyarok. Ismeretlen voltukban bizva, néha felháborító jeleneteket provocálnak, s alig van tanár, kit ki nem füttyültek volna már rossz kedvükben. Magyarországon általában intelligensebb családok gyermekei lépnek erre a pályára. Itt az lesz orvos, a kitől körülményei elzárják az emelkedés reményét, s a kinek mégis derogál az iparosi pálya. Ebből persze nagy surlódások származnak. A mikor pl. egy ilyen parvenu-klikk hatalmába kerítette a segélyező egyeletet, a segélyek 80%-át galicziai hon- és hirtsorsáknak osztották ki, míg a „Gesammt-Monarchie“ többi része 20%-kal volt kénytelen megelégedni. Ez a nép volt az, mely egy nem régen kinevezett tanár tiszteletére ünnepi lapot adott ki, melyet erkölcstelen és a köztisztességbe ütköző tartalma miatt azonnal elkobzott a rendőrség!

E mellett a legnagyobb nyomor mellett a legexclusivabb junkerszellem található. Hogy ilyen körülmények között harmonia és collegialitás nem lehetséges, az érthető.

Sokkal vigasztalóbb az assistensek helyzete. Bennük a leendő tanárt látják s ehhez képest bánnak velük. Kinevezésükért a tanár folyamodik; tetszésszerinti hosszú ideig maradhatnak a tanszéknél s mint ilyenek magántanári, sőt extraordinariusi címet szoktak kapni. Legközelebb, a mint hírlík, állambivatalnokok lesznek, s a X. rangosztályba fognak tartozni. Assistensi címmel különben nemesak a rendszeresített egyetemi intézetek segédei bírnak, hanem a kórházi alorvosok is. Az a körülmény, hogy önálló előadások tartására vannak feljogosítva, nagyban elősegíti kiképezetésüket.

Az egyetemi tanári állás igen nagy tiszteletben részesül. Generális ranggal bírnak, hivatalos alkalmakkor uniformist kell viselniük, a mivel együtt jár, hogy nagyon függnek a ministeriumtól és sokkal inkább hivatalnokok, mint nálunk. Ez a viszony egy nálunk szerencsére ismeretlen állást teremtett meg, a „Fakultäts-tyrann“-t. Ennek ellensúlyozására törekedett az egyetem keresztülvinni, hogy hivatalból küldhessen egy képviselőt a Reichsrathba; ezt azonban nem sikerült kivívnia. A tanárok pensiónkényszer alatt állnak. 70 éves korukban vissza kell vonulniok.

A doktorok két csoportra oszlanak. Házi orvosok és specialisták. Minden legkisebb kérdésben consiliumot hívnak össze; a privat gyógykezelés ennél fogva igen drága, és a ki pl. egy törés kezelésére csak 100—200 frtot bírna áldozni, az kénytelen a kórházba menni. E mellett azonban az orvos kiadásai is jelentékenyek. Divatban van például, hogy újévkor a hotel-portások minden ismertebb orvost megratulálnak, s az ilyen jó kivánságok felette költségesek. Az egyleti orvosok alig gyógyítanak, inkább csak a megfelelő rendelő intézetbe dirigálják a beteget. A specialisták uralkodnak, s praxisuk közben tág határok között kísérleteznek. Így pl. egy docens a gonococcusok tiszta culturáját ojtja be chronikus blennorrhéánál a folyamat felújítása céljából.

Mások időt találnak arra, hogy a légzés mechanikájával vagy a vérnyomás változásával foglalkozzanak. A gégszek jelenleg az intubatio kérdését tanulmányozzák tüzetesen. Mindezekről élénk s néha anyagi mellékizzel kevert viták folynak az egyletekben, melyek itt nagy számmal vannak s többnyire specialis irányzattal bírnak. A vita gyakran kiméletlen, személyeskedő; néha egy, nálunk ismeretlen bombastikus jelleget vesz, megrakva latin citatumokkal; általában mégis tanulságos és érdekes.

Legelőkelőbb egyletük, a *Gesellschaft der Aerzte*, numerus clausussal bír. Csak 500 tagot vesz fel. Elegans palotában van elhelyezve, 30,000 kötetes beceses könyvtárral bír.

A testületi szellem terjedésének nagy gátat emel a politikai küzdelmek átterjedése a társadalmi életre. Egyideig az antisemita irány terjedt, később a Deutschnational elveket propagálták, jelenleg pedig a szlávok kezdenek elhatalmasodni. Igen sok magyar orvos, sőt tanár működik, majdnem egy harmada a tanfériaknak. A magyarokat különben általában nem nagyon szeretik s külföldieknek tekintik. Magyar diplomával nem lehet tiszti orvosi vizsgát tenni, nines tehát meg a paritás a két állam között. Magyar állampolgár semmilyen állást nem kaphat; ausztriai polgárjogot kell szereznie; ennek megkönnyítésére vannak Bécs környékén kis falvak, melyek szívesen felveszik őket polgáraik közé, s a mely módon pár hét alatt hazát lehet cserélni.

Az orvosi kamarák a közel jövőben életbe fognak lépni, a candidatiók most folynak. A belépés kötelező lesz; ez azonban az egyetlen joga a kamarának, melyet követelhet. Féltek, hogy a klikk-uralom eszköze lesz, s ezért semmi fegyelmi fenhatóságot nem adtak neki. Az orvosi körök ennél fogva nem félnek tőle s nem remélnék semmit. Minden orvos az marad, a mi eddig volt, csupán évi négy koronával lesz szegényebb.

Nékám.

Heti szemle.

Budapest, 1894. márczius 22-dikén.

A IV. magyar balneologiai congressus második napján (1894. évi márczius hó 13-dikán) a következő előadásokat tartották:

1. *Polyák Lajos dr.*: *A nyári klimatikus fürdőhelyek fejlesztéséről.* E célra szükségesnek tartja, hogy a klimatikus gyógyhelyek tartsák meg szoros jellegüket és csak tüdőbetegeket vegyenek fel, tehát ne legyenek e fürdőhelyek egyúttal hidegvízgyógyintézetek is. Már a fertőzés veszélye miatt sem jó egy gyógyhelyen a tüdőbetegeket más betegekkel összehozni, mert utóbbiak ez által a fertőzés veszélyének tétetnek ki, előbbieknél pedig az ily helyen követett könnyebb életmód hátrányos. *A klimatikus gyógyhely tehát csakis tüdőbetegeket vegyen fel,* tartson szakképzett, csakis a phthisis-therapiával foglalkozó orvost, legyen gondja arra, hogy vendégei olesó, de jó és bő táplálásban részesüljenek, fordítson figyelmet a jó tej- és kefirgazdaságra, tartson egy-két képzett betegápolót, gondozott sétányokat stb. Határozottan ellenzi, hogy ily helyen a tüdőbetegekkel rendszeres ásványvízivó, savó, pneumatikus vagy erősebb hidegvíz-kúrákat végeztesse. Födolog távol tartani a tüdőbetegektől mindazt, a mi nekik esetleg megárhathat.

Tigermann Mór dr. megjegyzi, hogy *Szontágh Miklós dr.*-nak „A tüdővészések hydrotherapiája“ című előadásában, mely a holnapi ülés napirendjére van kitűzve, és melyet a szerző távollétében az ő és az elnökség felszólítása folytán szóló fog előadni, a hydrotherapia értékéről a tüdővészések kezelésénél a most hallott nézetekkel ellenkezők foglaltatnak, melyeket *Szontágh Miklós dr.* meggyőző körtörténetekkel is bizonyít.

Tauffer Vilmos indítványára a congressus az előadás feletti discussiót *Szontágh Miklós dr.* rokontárgyú előadásáig elhalasztotta.

2. *Bosányi Béla dr.*, a szt. Lukács-fürdő orvosa: *A hévizei kezelés tartama.* A hévizek használatánál a közönség jó része nagyon szereti a tartós, órákig terjedő fürdözést; vannak egyes fürdőhelyek, hol ezen indokolatlan kiterjesztése a fürdőtartamnak valószínűségi traditióvá vált. Míg oly hőfokok alkalmazásánál, melyek a test hőmérsékét nem változtatják, a hosszas fürdőzés ellen lényeges kifogás nem emelhető, addig hevítő fürdők korlátozásra szorulnak. Kísérletek és a tapasztalat egyaránt mutatják a meleg nagy befolyását a szervezet működésére. A meleget épen úgy kell ada-

golni, mint akármely nem indifferens gyógyszert; alapul a fürdő hőfoka és tartama szolgál. Mennél magasabb a forrás hőfoka, annál rövidebb ideig tartson a fürdő. Pontos időtartamot nem lehet felállítani, de forró fürdők 20—30, nagyon meleg 30—40 percnél tovább sohasem tartanak. A hevítő fürdők hosszas használata határozott visszaélés, mely néha megboszulja magát és a fürdőknek törekedni kell a közönséget erről lehetőleg leszoxtatni.

A thermalis gyógy mód tartamának foka tisztán tapasztalati dolog. Rövid kúrák alig adnak tartós gyógyeredményt, de általános értékű szabályokat nem lehet felállítani.

3. *Weisz Ede* dr., pöstyéni fürdőorvos: *Az orvosi rendelés kötelező voltáról fürdőhelyen.* Előadásában utal azon számos visszaélésre, melyeket a betegek a fürdők és kutak használatánál elkövetnek. A betegek azon törekvésben, hogy egészségüket mielőbb visszanyerjék, többnyire a legdrastikusabb kúrákhoz nyulnak, kétszerte több vizet isznak, mint a mennyi szükséges, szervezetüket túlterhelik, és minthogy ezen kiméletlen önkezelés mellett nem haladnak, a napi adagot s vele együtt sokszor szenvedéseiket is napról napra fokozzák. A fürdővel a betegek ugyanígy tesznek; szerencsétlen ösztönnek hódolva, többnyire a legszélsőbb hőmérsékletet választják, a fürdőt tartamra nézve is kihasználják, s azok számát rövid időn belül túlszaporítják. A betegek megfélemlenek arról, hogy a szervezet ily kegyetlen rendszer mellett minden reconstructionalis képességét elveszíti, és hogy az idült baj egyenesen kiújulhat s nagyobb mérvet ölthet. A rendszerelenség az egészség, a mértéktelenség az élet kockázatásával járhat.

Semmi kétség, hogy ilyen szerencsétlen kúrák által a beteg kivül a fürdőhely is nagy mértékben szenved, mert a beteget azon helyhez, a hová őt egészsége helyreállítása végett küldötték, szomorú emlék és az elkeseredés érzete füzi, sokszor oly esetben, a hol helyes kezelés mellett a fürdő leghálásabb barátja lehetett volna.

A fürdővendég orvosi rendelés hiányában egyúttal a laikus közönség tanácsainak van menthetlenül kiszolgáltatva. A laikus természetesen a beteg egyéniségét s a megbetegedett szervek számos finom árnyalatait nem veheti tekintetbe s egyetlen durva sémájával nem a beteget, hanem a betegséget véli gyógyíthatni.

Előadó a betegek s a fürdők érdekében tehát az orvoskényszerrel hozza javaslatba, tekintettel van azonban arra, hogy ezen kényszer alól az átutazó fürdővendégek fel legyenek mentve, nemkülönben, hogy ebből a szegényebb sorsú fürdővendégek nézve teher ne háruljon.

A congressus hosszas vita után a *Weisz Ede* dr. előadásában foglalt javaslatot a balneologiai egyesület igazgató-tanácsához tette át azon megbizással, hogy a kérdés tanulmányozása után az ez ügyben teendő lépések iránt a legközelebbi congressusnak véleményes előterjesztést tegyen.

4. *Russay Lajos* dr., szobránczi fürdőorvos: *Rend, tisztaság, ferde szokások a fürdőkben.* Az előadó szellemesen és jóízű humorral ecseteli az egyes honi fürdőkben még mindig fennálló visszasságokat és a fürdőigazgatóknak gyakorlati útmutatásokat ad arra nézve, hogy miként szüntethetnék meg azokat legkönyebben, hogy a magyar fürdők rend és kényelem tekintetében is megállják helyüket.

A congressus harmadik napjának (1894. évi márczius 14-dikén) tárgysorozata a következő volt:

1. *Lichtenberg Kornél* m.-tanár. *A tengeri fürdők befolyása a hallószervre.* Már 1878-ban *Sexton* és *Knapp* Amerikában kimutatták, hogy a náluk jelentkező fülbajosok egy része bántalmuk a tengeri fürdés által szereztek. *Cattry* Triestben az esetek 37%-ában mutatta ki a tengeri fürdőt mint kórokat. *Gruber* Bécsben szintén közölt adatokat, melyeknél ugyan csak dunafürdőkről van szó, de azért a bántalom okozásának mechanizmusa ugyanaz marad. Ezekon kívül csak elvétve tétetik említés a fülgyógyászati irodalomban a kérdéses fülbántalmakról.

Előadó praxisában 230 olyan fülbeteget kezelt, kiknél minden kétséget kizáróan a tengeri, balatontavi és egyéb más folyóvíz-fürdők okozták a fülbántalmat. Észleleteinek eredményeit a következőkben foglalta össze:

1. A tengeri és folyóvízi fürdők gyakran komoly fülbajokat hoznak létre.

2. E bántalmak legnagyobb része leginkább a férfinnél található, csak 4%-a az eseteknek vonatkozott nőkre.

3. Ezen fülbántalmak nagyobbbrészt az által támadnak, hogy a hullámcsapás bejut a küllhalljáratba; ez leginkább azon egyéneknél történik, kik a víz alatt szoktak úszni vagy fejüket vízbe szeretik mártani.

4. A bántalmak többnyire a küllhalljáratban és a dobhártyán lépnek fel.

5. A dobüri lobok ritkábbak.

6. A víz alá bukás és a víz alatt úszás káros, sőt veszélyes, azt minden orvosnak meg kellene tiltani, kivált azon egyéneknek, kik már fülbajban szenvedtek.

7. Tengeri vízzel való feccskendezés, mely még most is sokak által ajánlatik, irrationalis és több rosszat tesz mint jót.

8. Két jól a fülekbe dugott wattagomoly a fürdés alatt megvédi a füleket a hallószervek azon bántalmaitól, melyek a tengeri fürdők használata által keletkeznek.

2. *Szontagh Miklós* dr. értekezését: *A tüdőbetegek hydrotherapeutikus kezeléséről Tägermann Mór* dr. olvasta fel. Szerző előrebocsátja, hogy a tüdővész általános signaturája a vérszegénység, hogy azt vérkeringési akadályok a tüdőben, vérkeringési gyengeség a lobosan izgatott tüdőszövetben, rendellenes diffúziós folyamatok és változott tenyészviszonyok a tüdőben tartják fenn. Ezeknek alapos megváltoztatására, vagy legalább ellensúlyozására kell iparkodnunk. A már beteg vagy veszélyeztetett gócz felé tehát erős fluxiót kell indítani, vérrel erősen átitatni, vascularisatiót létesíteni és a sejtéletet emelni. Ezek egyedül képesek változásokat előidézni, melyek felszívódásra vagy organisatióra, vagy meglágyulásra és részbeni felszívódásra és kiküszöbölésre, vagy pedig körülhatárolásra vezetnek. A collateralis vérbőség képes oly viszonyokat teremteni, melyek alatt a kötőszövet és a véredények újképzése lehetséges lesz s a tüdővésznek terményei eltokolódnak s ártalmatlanakká válnak.

E czél elérésénél hatalmas eszközül bizonyul a vízgöygy mód. De alkalmazásánál mindenkoron individualizálni kell.

Szontagh Miklós dr. a tüdővész első, heveny szakában a vízkúrának azon módjait alkalmazza, melyek antiphlogistice hatnak, tehát a vérbevezetést korlátozzák. Később már az ellenkező eljárást követi: több vért indítat a beteg gócz felé és a vér gyorsabb levezetéséről gondoskodik. Kezdődő tüdőhurutoknál erőlyes, felváltva meleg és hideg thermo-mechanikus ingert alkalmaz: 1—2 óráig tartó nedves begöngyölítést, vagy 5—10 percig tartó gőzszekrényt vagy nedves keresztköttést, utána a szükség mére szerint 8—12 fokú erőlyes nedves ledörzsölést, vagy 5—30 másodpercig tartó 8—10 fokú zuhanyt.

Lázaló betegeknek *Szontagh* dr. reggelenként erőlyes 12 fokú nedves ledörzsölést adott. Hol a hideg víz iránti ellenszenv le nem küzdhető, ott száraz ledörzsölést vagy massaget szokott alkalmazni. Ezen műveletek által a bőr véredényeit kitágítjuk, a vértörődést a bels szervek felé ellensúlyozzuk, a hővisszatartást feloldjuk, és meleget könnyebben vonhatunk el. Az által, hogy a bőr véredényeit kitágítjuk, a lázat bekezdő fázást is eltüntetjük.

Magas fokú lázak ellensúlyozására *Szontagh* dr. váltogatott, egész testi begöngyölést alkalmaz, reá következő 15 fokú esurgóan vizes ledörzsöléssel, este rendszerint 12—15 fokú nedves keresztköttést.

Ott, hol a lobtermény necrobiotikus átalakulásra mutat hajlamot, elzsirosodás, elsajtosodás van jelen, *Szontagh* dr. előszeretettel alkalmazza a 12—15 fokú nedves keresztköttést, egész éjjelen át viselve. Habár a nedves keresztköttés sem képes a tüdővész bacillusát elpusztítani, annyi bizonyos, hogy a köhögés rendszerint enyhébb lesz, göresös jellegét veszíti, a kiköpés könnyebb és bővebb lesz, a folyamat lefolyása megrövidül. Az idült lobos terményeket, mellhártya-izzadmányokat, még ha régi merev izzadmányok is, a nedves keresztköttés oldja és felszívódásra indítja, az elsajtosodott részeket folyósabbá teszi, s kiküszöbölésüket elősegíti, egyszersmind a meleg párolgás alatt a tüdőben a sejtéletnek, a tenyészviszonyoknak kedvezőbb alakulást ad. Mellhártya-izzadmányoknál jó hatásának bizonyult még az esőzuhany. Haszonnal jár a keresztköttés alkalmazása még oly phthisikus folyamatoknál is, a melyek egész reménytelenek; még itt is a subjectiv tünetek minden egyes esetben enyhébbek lesznek.

Szontagh dr. tüdőbetegek hydrotherapiás kezelésénél fontosnak tartja a klimatikus, hygienikus és diatetikus eszközök felhasználását is. Betegeit erősen táplálja, sok tejet, kevés öreg bort,

cognacot és baldóci vizet itat velük. Gyógyszerek közül a creosotot, guajacolt, benzoyl guajacolt, quebrachot, phosphort, legújában a guajacolt jodoformmal, az acid. és natr. cinnamyl-t használja, kevés pozitív eredménnyel; tuberculinnel sohasem tett kísérleteket, mert azt mindig veszélyesnek tartotta. Előszórással alkalmazza a módszerű hegyjárást, mi által tüdő- és szívturnát végeztet, sós törpefenyőgözk belégzését, a légutak carbolizálását 50% carbolos emulsióval, melyet wattára csöpögtetve üveghengeren át szivat fel.

Szontagh dr. három kóreseten mutatja be a vízyógykezelés gyakorlati alkalmazását. Az egyik esetben mindkét oldali tüdőcsúshurut, a másik esetben idült bronchopneumonia részbeni elsajtosodással s mindkét oldali csústüdőmiréllyel szövődve, a harmadik esetben egy év óta fennálló merev mellhártya-izzadmány volt jelen csúshuruttal complicálva. Mind a három esetben gyógyulás állott be.

Polyák Lajos dr. röviden összefoglalva ismétli a tegnapi előadásában e tárgyról kifejtett nézeteit.

Hoffenreich Mór dr. (Marillavölgy) a tüdőbetegeknek klimatikus gyógyhelyeken való kezelésénél kiváló segédeszköznek tartja a pneumatikus gyógymodot, a hidegvízgyógymodot csak nagy mérséklettel és óvatos individualizálás mellett alkalmazza.

Glaser Marczel dr. gyakorlatából több kóresetet említ annak bizonyítására, hogy tüdővészeseknél mily jó eredménnyel alkalmazható a hydrotherapia. **Polyák dr.** azon követelését, hogy a klimatikus gyógyhelyekre, hol tuberculotikus betegek vannak, másféle betegek egyáltalán ne vétessenek fel, azért sem tartja czélszerűnek, mert a betegek nagyon lehangolólag hatna az ily hirhedt gyógyhelyekre való elküldetés.

Takács Endre dr. A hidegvízgyógymodot tüdővészeseknél nem alkalmazná ugyan oly kiterjedten és oly mértékben, mint azt **Szontagh Miklós dr.** ajánlja, de másrészt tény, hogy a hydrotherapia igen becses gyógyeljárásnak tekintendő a tüdővészeseke kezelésénél. **Polyák dr.** azon követelményét, hogy a tuberculotikus betegek a klimatikus gyógyhelyeken ne legyenek együtt a nem tuberculotikusokkal, a fertőzés veszélyének elhárítására való tekintettel jogosnak tartja.

Szontagh Ábrahám dr. A tüdővészeseknél a hydrotherapiát nem tartja oly szűk határok közé szorítandónak, mint azt **Polyák dr.** kívánja. Abban igazat ad **Polyák dr.**-nak, hogy a tuberculotikus betegek gyógykezelése legczélszerűbben specialis gyógyintézetekben történhetik, és **Szontagh Miklós dr.** Új-Tátrafüreden oly intézetet akart létesíteni, mely megfelelt volna mindazon ideális követeléseknek, melyeket **Polyák dr.** hangoztatott, de több évi tapasztalata folytán fel kellett hagynia e szándékával, mert mindinkább fogyott a tüdővészeseke aránylagos száma a másféle betegekkel szemben. A tüdővészeseke télen úgy látszik félnek Tátrafüred hideg klímájától, pedig pl. a méltán híres Davosban még nagyobb a hideg télen.

Tigermann Mór dr. Úgy látja, hogy mindenki egyetért abban, hogy a tüdővészeseke kezelésénél földolog a betegek jó táplálása, a jó levegő, az ártalmak távoltartása. A hydrotherapiát is mindenki elismeri értékes segédgyógyeljárásnak, csak ennek alkalmazásának mérvét illetőleg mutatkozik nézeteltérés; szóló azt hiszi, hogy **Polyák** és **Szontagh Miklós** szélső nézetei között a közepen van az igazság. Szóló **Szontagh Miklós** azon észlelését, hogy mellüri izzadmányok felszivódására kitünő hatásúnak találta a keresztkötes mellett az esőzuhanyok alkalmazását, az esőzuhany mechanikai ingere által előidézett reflexfolyamatból véli magyarázhatónak. Analognak tartja az esőzuhany e hatását azzal, melyet mellüri izzadmányok felszivódásának gyorsítására, mint azt legutóbb **Jordán Ferencz dr.** közölte, a próbapunctio, vagy pl. mint azt **Schlegel Emil** leírta, a mellkas ütögetése gyakorol. **Polyák dr.** azon kívánságát, hogy a tüdővészeseke külön klimatikus gyógyhelyeken izoláltassanak, egyrészt nem tartja czélszerűnek, mert ily helyeken a tüdővészeseke úgy éreznék magukat, mint a halálra ítéltek a siralomházban, másrészt az ki sem vihető, mint azt a bécsi **Rothschild** báró ismeretes esete mutatja, ki nagyszerű alapítványával kizárólag tuberculotikus betegeknek klimatikus gyógyhelyet akart létesíteni, és kinek e nemes szándéka a környező községek és az egész tartomány ellenzése folytán hajótörést szenvedett. Végül az orvosi tudományok egységének megóvása érdekében tiltakozik **Polyák dr.** azon tétéle ellen, hogy a klimatikus gyógyhely orvosai „kizárólag a tüdővészeseke foglalkozó, szakavatott *phthiiotherapeuta* legyen”. Az ily kívánság még tovább

megy mint a régi egyiptomiaiaké; mert míg azoknál minden szerv betegségeinek külön orvosa volt, addig **Polyák dr.** most már egyetlen egy betegségnek is külön specialistát kíván. Szóló határozottan tagadja, hogy a „phthiiotherapia” külön specialistát igényelne, mert valaki a mellett, hogy a phthisis kezelési módjában teljesen jártas, kitünő gyakorló orvos lehet.

Polyák Lajos dr. hangsúlyozza, hogy ő a hidegvízgyógymodot pontos individualizálás mellett átlag körülbelül csak 10%-ánál a tüdővészesekeknél tartja alkalmazandónak, és mindig csak igen enyhe alakban; az oly tüdővészeseke, kik erélyes hidegvízgyógymod után jó táplálás mellett klimatikus gyógyhelyeken javulnak vagy gyógyulnak, nézete szerint nem az erélyes hydrotherapia folytán, hanem inkább annak dacára gyógyulnak. **Brehmer** is bő tapasztalatai alapján működésének utolsó évtizedében a hidegvízgyógymodot száműzte intézetéből. Előadásában kifejtett nézeteit fenntartja. (Folytatása következik.)

Vegyesek.

Budapest, 1894. márczius 23-dikán. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1894. márczius 4-dikétől márczius 10-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 425 gyermek, elhalt 257 személy, a születések tehát 168 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápolatott e hét elején 2234 beteg, szaporodás 665, esőkkenés 658, maradt e hét végén ápolás alatt 2241. — A fővárosi tisztii főorvosi hivatalnak 1894. márczius 12-től márczius 19-ig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 3 (meghalt 1), bányalimlőben 13, vörhenyben 18 (meghalt 3), kanyaróban 91 (meghalt 2), ronesoló toroklobban 25 (meghalt 9), torokgyikban 6 (meghalt 3), trachomában 17, hökhurutban 4, orbánzban 7 (meghalt 1).

— **Kinevezések.** **Eördögh Oszkár dr.** járszági felsőjárás orvosává; **Gaal Zsigmond dr.** Komárom város tiszteletbeli orvosává; **Küzös György dr.** a kisvárdai közkórház igazgató-főorvosává nevezetett ki.

— **Bacteriologiai cursus.** **Preiszig Hugó dr.,** a m. kir. állami bacteriologiai intézet igazgatója, legközelebbi cursust a bacteriologiai vizsgálati módszerekről és a pathogen bacteriumokról április hó 9-dikén d. u. 5 órakor fogja megkezdeni. A cursus 3—4 hétig fog tartani; díja személyenként 25 forint.

— „**Közlemények az összehasonlító élet- és kórtan köréből**” cím alatt **Hutyra Ferencz** tanár szerkesztésében, a földművelésügyi minster támogatásával új szakfolyóiratot indított meg a magyar országos állatorvos-egyesület. E folyóirat a modern orvosi és állatorvosi tudomány színvonalán áll, inkább elméleti irányú, önálló dolgozatok közlését tűzte ki céljául. Az imént megjelent, csinos kiállítású első füzet **Tangl Ferencz,** **Schaffer Károly** és **Kóssa Gyula dr.**-októl hoz érdekes közleményeket. A folyóirat időhöz nem kötött 2—3 ívnyi füzetekben jelenik meg, melyekből 7—8 fog egy kötetet képezni. Egy kötet előfizetési ára 4 forint.

— **A háromszékvármegyei „Ferencz-József” közkórházban** — a mint **Daday Vilmos dr.** kimutatásában olvassuk — az 1893. évben összesen 624 beteget gyógykezelték 14,785 ápolási nappal. A halálozás 6%-ot tett. A napi ápolási díj 48 krajczár volt.

† **Elhunyt: Siklós Károly dr.** 78 éves korában Leányfalván.

Orvos kerestetik egy gazdag, alföldi, 5000 lakossal bíró mezővárosba, hol jelenleg egy öreg beteges orvos nem képes községi orvosi teendőit végezni; 500—600 frt néhány családtól biztosítva van s idővel az illető községi orvos is meg lehet választva. Ajánlatok a kiadó hivatalba küldendők. (A beküldött ajánlatokat a kiadó hivatal fogja az illető helyre eljuttatni.)

„Szt. Lukács-fürdő” részvény-társaság.

Téli és nyári gyógyhely.

Helyi zuhanykezelés meleg zuhanyokkal és párolással, iszapborogatás, téli iszapfürdők és lakásokról küld prospectust díjmentesen az igazgatóság. A fürdő főorvosa: **Dr. Bosányi Béla.**

Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és illői-úti kórházban 1894. márczius 15-től egész márczius 21-ig ápolott betegekről.

| 1894. | Felvett | | | Elbocsátott | | | Moghalt | | | Maradt | | | Az ápoltak közül | | | |
|-----------|---------|----|----------|-------------|----|----------|---------|----|----------|--------|-----|----------|------------------|----|------------------------|-----|
| | beteg | | összesen | gyógy. | | összesen | beteg | | összesen | beteg | | összesen | a Rókusban | | az illői-úti kórházban | |
| | férfi | nő | | férfi | nő | | férfi | nő | | férfi | nő | | férfi | nő | | |
| Márcz. 15 | 47 | 37 | 84 | 38 | 40 | 78 | 3 | 5 | 8 | 1140 | 904 | 2044 | 1086 | 25 | 31 | 902 |
| " 16 | 36 | 26 | 62 | 35 | 14 | 49 | 3 | 4 | 7 | 1138 | 912 | 2050 | 1089 | 26 | 29 | 906 |
| " 17 | 46 | 41 | 87 | 51 | 36 | 87 | 2 | 2 | 4 | 1131 | 915 | 2046 | 1093 | 25 | 33 | 895 |
| " 18 | 33 | 29 | 62 | 37 | 25 | 64 | 6 | 5 | 11 | 1121 | 914 | 2035 | 1089 | 24 | 32 | 890 |
| " 19 | 60 | 37 | 97 | 47 | 45 | 92 | 3 | 8 | 11 | 1131 | 898 | 2029 | 1079 | 24 | 30 | 896 |
| " 20 | 56 | 43 | 99 | 39 | 49 | 88 | 3 | 3 | 6 | 1145 | 889 | 2034 | 1085 | 23 | 30 | 896 |
| " 21 | 64 | 41 | 105 | 56 | 40 | 96 | 8 | 5 | 13 | 1145 | 885 | 2030 | 1076 | 23 | 31 | 900 |