

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KORBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÓGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a kir. magy. tud. egyetem II. sz. belklinikájáról (Kétli tnr.).

Az acetonechloroform hatásáról.

Irta: Kuthy Dezső dr., belklinikai gyakornok.

E vegyületet néhány év előtt Willgerodt állította elő acetonnak és chloroformnak condensálása által. Kóssa dr., állatokon való kísérletezés közben (melyeknek eredményét a napokban tette közzé¹), arra jött rá, hogy a vegyületnek relativ ártalmassága mellett kiváló bódító hatása van. Miután Kóssa dr. úr a szert előzetesen magamagán és néhány egészséges felnőttön is kipróbálta, az ő kérére a magam által (Willgerodt szerint)² az intézet chemiai dolgozójában előállított szerrel klinikai betegeinken tettem próbát, 15 egyénnek 43 ízben rendelve azt.

Mindenekelőtt természetesen magam vettem be belőle a kísérletezés kezdetétől megállapított dosist: 0.30 gm.-ot.

Ostyában kevés vízzel lenyelve semmi kellemetlenséggel nem járt a bevétele; éhgyomorral d. e. 11 órakor kebeleztem be a 0.30 gm.-ot és nem figyelve directe a hatásra, foglalkoztam az intézetben tovább. 1/2 óra múlva bizonyos bágyadság és egy-két percze kifejezett álomságérzet fogott el, a mit leküzdvén, úgy látszik, túl voltam a hatás akméjén. Utóbb egyáltalán semmiféle kellemetlen tünetet, talán a gyomor vagy az idegrendszer részéről, nem vettem magamon észre.

Betegeink is szívesen vették a szert. Ostyában adva kissé kesernyés íze és kámforos szaga nem kerül érvényre.

A kísérletezés folyamán 23 ízben vett be a beteg egy 0.30 gm.-os port, 12 esetben egy félórás intervallummal két 0.30 gm.-os dosist, azaz összesen 0.60 gm.-ot és 8 alkalommal egyszerre 0.50 gm.-ot.

A betegségek, melyekben a szert próbára tettük, a következők voltak:

Tabes dorsalis	5 eset
Myelitis chronica	1 "
Tumor cerebelli	1 "
Epilepsia corticalis	1 "
Alkoholismus chron.	1 "
Hysteria	1 "
Rheumatismus articulorum subcut.	1 "
Emphysema	1 "
Exsudat. pericard.	1 "
Nephritis chron. diff.	1 "
Cholelithiasis	1 "

Részletesen az alábbiakban adunk az eredményről számot.

1. eset. T. S., 41 éves férfi, Tabes dorsalis, Morphinismus. Az esti morphinum-befecskendés mellett is hosszabb idő óta insomnia, mely ellen 4 nap előtt még esténként sulfonalt szedett. Négy napja, hogy nem kapott hypnoticumot és ez idő óta egy-egy éjjel alig aludt valamit. Április 14-dikén este 1/29 órakor az új szerből 0.30. 1/2 óra múlva elalszik, az éj folyamán egy rövid megszakítással 6 1/2 órai álmom, mely után reggel semmi kellemetlensége nincs. A reggeli órákban rendes szék. Beteg előadja, hogy körülbelül ugyanúgy aludt, mint azelőtt

¹ A chlornak szerepe bódító mérgekben, különös tekintettel az acetona. Irta: Kóssa Gyula dr. Közlemények az összehasonlító élet- és kórtan köréből. 1894. okt. 15.

² L. Ber. d. deutsch. ch. Ges. XIV. 2. 2451.

sulfonalra, csak hogy a sulfonal után másnap zsibbadtságot érzett a fejében és a míg e szerrel élt, szokványos székrekedése változatlanul fennállott. Ugyanennek a betegnek még 12 ízben volt alkalmunk az új hypnoticumot adni, ú. m.:

Április 16-dikán este 9 órakor 0.30. 1/2 óra múlva elalszik, 2 rövid megszakítással 6 órai álmom. Reggel semmi kábultság, teljes euphoria. Könnyű szék.

Április 17-dikén este 1/29 órakor 0.30. 1/2 óra múlva elalvás. Egy hosszabb megszakítással (a mely alatt állítólag nagy köhögés volt a teremben), 5 órai álmom. Ébredés tiszta fejjel. Rendes szék.

Április 18-dikán este 1/29 órakor 0.30. 1 óra múlva elalvás. 2 megszakítással 5 órai álmom.

Április 19-dikén 9 órakor 0.30. 1/2 óra múlva elalvás. Négyszeri felébredéssel 5 órai álmom. Reggel euphoria. Lágy szék.

Április 20-dikán este ismét 0.30. 5 óra alvás. Reggel kellemetlenség nincs.

Április 21., 22. és 23-dikán. Esténként 8 órakor 0.30. Körülbelül 3/4 órára rá elalszik, azután átlag kétszeri felébredéssel hosszabb-rövidebb időre, 5 órát jól bír aludni. Reggel 2 rendes széklettel, egy közvetlenül a végleges felébredés után, egy reggeli után. Fejfájás nincs.

Április 24-dikén este 1/29 órakor 0.30. 5 óra alvás. Reggel 2 könnyű szék 3 1/2 órai időközrel.

Április 25-dikén este 8 órakor 0.30. 9 óra felé elalvás. Négyszeri felébredéssel körülbelül 5 órán át tartó álmom. Reggel kevésbé érzi magát kipihenne, mint máskor. Megelőző este különben szokott könnyű diétájától eltérve kevés húst is evett, a mi nála excessus a diétában. Reggel 1 szék.

Még két ízben adtuk a szert a betegnek. Egyszer 0.30 gm.-ot (körülbelül 5 órai alvás) és egyszer 0.50 gm.-ot. Ez utóbbi alkalommal 1/2 óra múlva elaludt és 6 órát töltött jó álomban. Reggel fejfájás nincs. A délelőtti folyamán 3 híg szék.

Közben előfordult, hogy 2 napig sem kért a beteg hypnoticumot és ekkor pusztán az esti 0.01 morphinum-injectiójával is aludt, kevesebbet ugyan, de mégis. Ez a kihagyása a szernek a sulfonal használata alkalmával állítólag másnap egész napon át tartó bágyadságérzettel járt, míg most másnap jól érezte magát.

2. eset. S. O., 40 éves férfi, Tabes dorsalis. Április 17-dikén este 8 órakor 0.30. 1/2 óra múlva elalvás. Egész éjjel aludt egy huzamban 8 órán át. Reggel kialva, könnyű fejjel ébredt. Előtte való éjjel 4 órát sem aludt. A széklet illetőleg nincs változás.

3. eset. B. S., 32 éves férfi. Tabes dorsalis.

Április 14-dikén este intensív fájdalmak. 8 órakor 0.30, 1/29 órakor ismét 0.30. A második por után 1/2 órával enyhülnek a fájdalmak, elalszik és alszik reggelig, a mikor a fájdalmak ismét erősek.

Április 15-dikén este 1/2 órai időközrel 2 a 0.30 gm.-os por. Hasonló hatás. Csak hogy hajnal felé 4 híg szék.

Április 16-dikán este a szokott módon 2 a 0.30 gm.-os por. Elég jól aludt. Másnap 4 híg szék; fájdalmak, mióta az új szert szedi, enyhébbek, étvágya azonban csökkent.

Április 17-dikén este 2 x 0.30 (8 órakor és 1/29 órakor). Körülbelül 4 1/2 órát jól aludt, ekkor azonban a teremben támadt zajra felébredt és többé elaludni nem birt, fájdalmait intenzíven érezte. Másnap 3 híg szék.

Április 18-dikán este 2 x 0.30. 1/2 óra múlva elalvás. Alig aludt azonban egy órát, mikor heves fájdalmak felébredtették. Többé azután az éjjel nem birt aludni. Reggel felé szüntek csak a fájdalmak. Másnap 3 híg szék.

Április 19-dikén este 2 x 0.30. Hamar elaludt és kis hián 6 órai álma volt, a mikor ismét erős fájdalmakra ébredt fel. Másnap 4 híg szék.

Április 20-dikán este 2 x 0.30. Alig aludt valamit (állítólag egyik szomszédja folyton nyugtalanította).

Április 21-dikén este csak 1 drb. 0.30 gm.-os port kapott, mert mire a másodikat be kellett volna vennie, már aludt. 6 órai álmom.

Április 22-dikén este 2 x 0.30. Elég jól aludt. Fájdalmak változatlanok. Mint rendszeren, mióta a szerrel él, naponta 3-4 könnyű széklettel.

4. eset. J. S., 37 éves férfi. Tabes dorsalis. Esténként fokozódó heves fejfájások, melyektől elaludni sem bír. Este 1/29 órakor 0.30. Mindössze 2 órát aludt, annyit, a mennyit előtte való éjjel az új szer nélkül is. Különben a beteg kalium jodatumot szed. Ugyanez az egyén még két ízben vett be az új hypnoticumból.

Május 3-dikán este nagy fejfájás, 9 órakor 0:50. A por bevétele után csakhamar elaludt és 5¹/₂ órai álma volt, körülbelül 2¹/₂ órával több, mint átlag szokott lenni. Másnap reggel kellemetlenség nincs, a fejfájás enyhült.

Május 4-dikén este ismét erős fejfájás, 9 órakor 0:50. Csak 3 órát aludt. A termében támadt zajra felébredt és újra nem birt a még mindig heves fejfájása miatt elaludni. Reggel a fájdalmai még mindig intenzívek. Szék változást nem mutat.

5. eset. Z. Gy., 36 éves, férfi. Tabes dorsalis. Fájdalmak miatt rossz alvás. Utolsó éjjel már alig aludt 5 órát és minduntalan felébredt.

Május 1-én este 9 órakor 0:50. 3/4 óra mulva elalvás és 6 órai álom egyhuzamban, utóbb rövid ébrenlét után még egy óra alvás. Reggel a fájdalmak változatlanok. Székét illetően nincs változás, a feje azonban a betegnek felébredéskor „mintha szédülne“.

Május 3-dikán este 12:10 órakor 0:50. Keveset, összesen 2¹/₂ órát aludt (az éjjeli nagy zivatar mennydörgése állítólag igen megijesztette és nagyon izgatottá lett), reggel a fájdalmai enyhébbek; könnyebb székét nem nyert a szertől.

6. eset. Sch. J., 21 éves, férfi. Myelitis chronica. Május 10-dikén este felé intenzív fejfájás. Rendeltetett 2 × 0:30. A beteg azonban csak 1 port vett be, mert 1/4 órával az első bevétele után már elaludt és 7¹/₂ órát töltött jó álomban. Reggel semmi kellemetlenség. Szék mint eddig. Megelőzőleg 5 óránál rendszerint nem aludt többet.

7. eset. Z. M., 41 éves, férfi. Tumor cerebelli. Nagyfokú izgatottság zavart sensorium mellett. Május 14-dikén a délelőtti órákban 0:50. Utána a beteg nem lett nyugodtabb. Este ismét 0:50. Erre nyugodt éjszaka, míg a megelőző egynehány éjjelt már igen nyugtalanul töltötte a beteg.

Május 15-dikén egész nap izgatottság. Este 0:50. A por bevétele után 2 órai nyugalom, utána ismét izgatott állapot.

8. eset. D. M., 17 éves, férfi. Epilepsia corticalis. Heves hasogató fájdalom a koponyacsont traumás impressiója táján. Április 26-dikán este 12:29 órakor 0:30. 1¹/₂ óra mulva, állítólag a nélkül, hogy a fejfájása szünet volna, elaludt és egyhuzamban aludt 6 órát. Reggel nem fájt a feje, kialudtnak érezte magát; előtte való éjjel szer nélkül, mindamellett, hogy este kisebb fejfájása volt, csak 4¹/₂ órát aludt. Fejfájása azonban ekkor is megszűnt reggelre. Szék mint eddig is, kemény.

9. eset. R. A., 58 éves, férfi. Alkoholismus chronicus. Insomnia. Április 16-dikán este 8 órakor 0:30. Egyhuzamban 3 órai alvás. Előtte való éjjel sulfonalra (1:00) állítólag semmit sem aludt.

Április 17-dikén este 12:28 órakor 0:30. Még kevesebbet aludt, mint előtte való éjjel ugyane szertől. Kellemetlensége különben másnap nincs utána, a székében nincs változása. Egyébként pedig a beteg jodkaliumot szed.

10. eset. M. M., 23 éves, férfi. Hysteria. Remegés a törzsizmokban, nagy szédüléserzet és „gyomorgöresök“, a melyek miatt beteg megelőző éjjel csak 3¹/₂ órát birt aludni. Május 3-dikán este 12:29 órakor 0:50. Utána a szédülés szünet, a beteg csakhamar elaludt és 6 órai álma volt ez éjjel. Reggel úgy érezte magát, mint rendszeren, székében nem volt változás. (Másnap ugyanez az egyén körülbelül hasonló állapotban kapott este 1:00 sulfonalt; utána 5 órát aludt, közben többször felébredt az este érzett kellemetlenségei; másnap reggel a feje nehezebb volt, zsibadtnak jelezte.)

11. eset. Sz. J., 50 éves, férfi. Rheumatismus articulorum sub-acuteus. Szuró fájdalmak. Április 16-dikán este 12:29 órakor 0:30. Csak későre (3 órával) a por bevétele után szünet a fájdalom és a betegnek az éj folyamán 4¹/₂ órai álma volt. Megjegyzendő, hogy előtte való egész héten állítólag nem volt egy éjjele sem, a melyen ennyit is aludt volna, mindamellett, hogy fájdalomcsillapítóul antipyrin is kapott egy izben. Másnap kellemetlen utóhatás nincs. Szék változatlan.

Április 17-dikén este 8 órakor 0:30. Egész éjjel nem birt a fájdalmai miatt aludni, csak reggel felé volt egy kevés nyugta. Egyébiránt jodkaliumot szed.

12. eset. J. S., 42 éves, férfi. Emphysema pulm. Nagyfokú cyanosis. Köhögés, nehézlégzés, fejfájás, insomnia. Április 16-dikán este 12:29 órakor 0:30. Összesen 4 órát aludt, egy hosszú, ébren és szokott nehézségeivel küzdve töltött intervallummal. Fejfájását, mielőtt első izben elaludt volna, némileg szűnni érezte. Másnap, mindamellett, hogy többnyire székrekedése van és a megelőző napon is csak 1-szer volt széke, 3 egészen híg széklettel. Megelőző este a beteg egy morphiumporra semmit sem aludt.

Április 17-dikén estére két 0:30 gm.-os por rendeltetik. Beteg utánuk egy rövid félbeszakítással 5 órát aludt, mikor felébredt, állítólag még mindig álomosságot érzeti, de a nehézségei nem hagyták újból elaludni. Reggel valamivel könnyebben volt, mint máskor, de a fejfájása változatlanul fennállott.

13. eset. V. J., 22 éves, férfi. Exsudatum pericardiacum. Két izben kísérlettük meg nála a szert (2 × 0:30). Első éjjel körülbelül 3 órát aludt, a másodikikon állítólag semmit.

14. eset. U. J., 49 éves, férfi. Nephritis chronica diffusa. Április 17-dikén este a rendszeren adni szokott 0:02 morphium-injectio helyett 2 × 0:30. Körülbelül 3¹/₂ órát meglehetősen aludt, ekkor azonban felébredt és nyugtalanul töltötte az éjjel többi részét.

15. eset. K. J.-né, 60 éves. Cholelithiasis. Április 19-dikén este 2 × 0:30. A második por bevétele után 10 percet elaludt és több mint 7¹/₂ órát egyhuzamban aludt. Felébredéskor állítólag még mindig álmos. Igen jól érzi magát. Eddig már hosszabb idő óta egy-egy éjjel 3–4 óránál többet nem birt aludni. Egyébként nincs változás.

Ha végigtekintünk az elmondottakon, három dolog tűnik ki. Az első, hogy az új szer, mely lényegében *acton-chloroform* vagy *trichlorpseudobutylalcohol*: $(CH_3)_3 - \left[\begin{array}{c} C - OH \\ | \\ C - Cl_3 \end{array} \right]$, vagyis a chloralmolekulának 2 methylgyökkel való kapcsolata és így a chloralhydrathoz áll legközelebb, — az esetek többségében megteszi a tőle mint *hypnoticumtól* várt hatást, továbbá, a mikor nem hat, rendszeren olyan beteggel van dolgunk, a ki jodkaliumot szed és harmadszor hosszabb alkalmazás mellett, ritkábban már az első bevételre, könnyű széklet okoz, a mely azonban hasmenés karakterével csak elvétve bír és sokszor bizonyára kedvező mellékhatás leszen.

Mint *anodynum*, úgy látszik, kevésbé hatásos. Különben eziránt még bővebb, főképp erre irányuló kísérletezés szükséges.

Syphilis és szoptatás.

Havas Adolf dr., egyetemi m.-tanártól.¹

Közegészségi és társadalmi szempontból egyaránt fontos a syphilis és szoptatás kérdése. Fontos e kérdés nemcsak azért, mert az összszervezetet megtámadó alkati vérmegbetegedés forog szóban, a mely a contactus folytán, mint az ismeretes, egyik egyénről a másikra átvitetik, hanem és különösen azért, mert e nagy horderejű kérdésre nézve olyannyira eltérők, nemesak a gyakorló orvosok, de a specialis szakferfiak között is a nézetek, hogy mintegy kötelezőleg lép előtérbe a thema megvitatás tárgyává akkor, midőn szakferfiak és szaktudósok egy nemzetközi congressuson a közjő, a tudomány és humanismus érdekében együtt működnek.

Tisztelt szakosztály! Mindnyájan egyetértünk abban, hogy a csecsemőnek érzékeny szervezete a természetes táplálás, a szoptatás mellett prosperál legjobban. Mi mindnyájan tudjuk, hogy minél egészségesebb egyén nyújtja a tejet a csecsemőnek, annál jobb a prognosis a csecsemő fejlődésére nézve. Úgy hiszem valamennyien tudósunk és helyesnek tartjuk, ha a gyenge, vagy nem elég tejet nyújtó anya helyett ép egészséges dajka adja emlőit a csecsemőnek.

A felsorolt körülmények, nem különben az anyák elfoglaltsága vagy kényelme gyakran hozzák az orvost, a család egészségügyi tanácsadóját azon helyzetbe, hogy véleményt nyilvánítson az anya általi szoptatás, vagy a kínálkozó dajkák felett.

Az ez érdemben felmerülő kérdések közül, mint a tartandó előadásom czime mondja, ez idő szerint különösen egy: „a syphilis és szoptatás“ érdekel. Ezt kívánám megoldhatóság tárgyává tenni.

A megoldandó kérdés két egyenlő fontosságú alakban nyilvánulhat.

Az első kérdés: minő magatartást tanúsítson az orvos, ha syphilisben szenvedő szülők csecsemőjének szoptatásáról van szó?

A második kérdés pedig az: biztathatik-e ép egészséges szülőtől származó egészséges csecsemő szoptatása syphilitikus dajkára?

E két kérdés közül vitás csak az első. A másodikra nézve nincs eltérés a szakferfiak között. Egyhangú és egybehangzó itt valamennyi véleménye t. i. *syphilitikus dajkára nem syphilitikus csecsemő ne bizassék, mert az a csecsemőre veszélyes, annak syphilitikus méreggel való fertőzése csakis kivételes esetben nem történik meg.*

A mint már előbb is említém, vitás, nem tisztázott a kérdés csakis azon esetben, a midőn syphilisben szenvedő szülők csecsemőjének szoptatásáról van szó.

A mint ismeretes, a veleszületett syphilis körlefolásának természeténél fogva két eshetőség létezhetik.

1. a csecsemő a syphilis manifest, látható tünetével hozatik világra vagy,

¹ Előadás tartatott a VIII. nemzetközi közegészségi és demographiai congressus V. szakosztályában.

2. a csecsemő születésekor azon a syphilis tünetei nem észlelhetők, de fertőzött szülőktől származván, a veleszületett syphilis gyanuja jogosultsággal bír.

A mily egyszerűnek látszik a dolog első tekintetre, oly nehéz lehet megoldása. A mellékkörülmények egész sorozata nehezíti az orvos helyzetét. Ime csak egy pár:

Igen gyakran a syphilitikus csecsemőt nemzett anyák véznák, gyengék, a sikeres szoptatásra kevés kilátást nyújtok, azonkívül az egészségre veszélyes volna.

Más esetekben az anya képtelen a szoptatásra, mert emlői nem alkalmasak arra, hiányos fejlődésűek, pedig a manifest syphilissel világra hozott csecsemők nagyon sokszor oly nyomorult állapotban vannak, hogy csak a legkedvezőbb szoptatási viszonyok mellett, a legéberebb és gondosabb ápolás mellett van némi kilátás őket életben tarthatni.

Ismét máskor az anya előtt a csecsemő betegségének természete eltitkolandó, mert a syphilis a férj által hozatott a házba. Hozzáfűzve ehhez azon eseteket, midőn az utolsó szülést több abortus, vagy halvaszületett gyermek, vagy gyorsan, rövid időre a szülés után elhalt gyermekek előzték meg, és ha végtére még hozzácsatoljuk mindezekhez azon döntő és nagy horderejű tapasztalati tény, hogy a mesterséges táplálás mily végzetleges egy ily csecsemőre, úgy nagyon természetesnek fogjuk találni, hogy a szülők és orvosban egyaránt meg van a vágy ezen szomorú helyzeten a sikerre lehető legtöbb kilátást nyújtó módhoz nyulni, t. i. a csecsemő szoptatását egy ép és egészséges dajkára bízni.

A mennyire természetesnek találom és respectálom a szülők eme törekvését, annyira hibának, sőt bűnnek tartanám, ha az orvos az egyoldaluan ítélő laikus szülők kívánságát a dajka rovására helybenhagyja, mert az egy Gtingburg K. moszkvai lelenczházi orvos kivételével, nincs tudomásom orvostól, ki azon nézetet vallaná, hogy a veleszületett syphilisben szenvedő csecsemő dajkáját nem fertőzi. Ezzel azonban nem akarom azt bizonyítani, hogy minden esetben fertőzi a csecsemő a dajkáját, mert csodaszzerűen léteznek esetek, a hol a dajka kikerülte a fertőzést, jóllehet a szoptatás eszközlésénél minden körülmény megadódott a fertőzés lehetőségére, így a gyakran ismételt és hosszabb ideig tartó szoros érintkezés, a maceratio és mechanikai inger a dajka csecsbimbója és a csecsemőnek rendszeren nedvező papulákkal fedett ajkai között, az orr váladékának irritáló hatása az emlőre stb. stb. Egy szóval a dajkák ilyenmő fertőzése általánosan ismert dolog, és alig van szakférfiú, a ki ilyent nem észlelt volna. Magamnak volt alkalmam két esetet észlelni, Bókai és Eröss tanár urak öt, illetőleg három ilyen esetről bírnak tudomással, ilyent említ Róna collegám is. Teljes jogosultsággal mondhatja tehát Fournier, hogy csak kivételes esetek azok, hol a syphilitikus csecsemőt szoptató dajka a fertőzést kikerüli.

De bár egybehangzó, a most említett Gtingburg kivételével, az orvosok véleménye a congenitalis syphilis fertőző voltára nézve, mégis a kivétel tekintetében nem uralkodik azon egyértelműség, a mely ily fontos és esetleg generációkra kiható megbetegedésnél kellene hogy fennálljon. Oly kiváló szaktudós mint Zeissl is a következő módon nyilatkozik:

„Wenn die Mutter während der Schwangerschaft mit constitutioneller Syphilis behaftet war und ein Kind ohne sichtliche Spuren allgemeiner Syphilis zur Welt bringt, so soll ein solches Kind wo möglich einer gesunden Amme zur Säugung übergeben werden. Sind aber Kind und Mutter syphilitisch krank, so trachte man für das Kind eine gesunde Amme zu gewinnen, weil das Säugen die ohnedies durch die Syphilis herabgekommene Mutter noch mehr entkräftet und das Kind von der eigenen Mutter mindestens keine normale Milch bekommt.“ De Zeissl óvatos és mindjárt hozzáfűzi: „Aber eine fremde Amme darf man zu einem solchen Kinde nur dann nehmen, wenn man ihr die Gefahr der Infection, welcher sie sich aussetzt auf das genaueste geschildert etc. etc.“

Ehrenhaus és Henoeh szintén megengedik a szoptatást és csak a dajkát figyelmeztetik a gyermek betegségének fertőző voltáról, míg John, M. Keating ezenkívül még nagyobb díjat is köt ki.

Én csatlakozom azokhoz, kik mint idősb Bókai János tanár már 1865-ben és azóta Fournier, Baginszky és még sokan mások *semmi szín alatt sem tartják megengedhetőnek, hogy egy congenitalis syphilisben szenvedő gyermek ép, egészséges dajka által szoptattassék.* Mert eltekintve attól, hogy ezen cselekedet ellenkezik azon elvekkel, melyek kell hogy vezéreljenek minden humánusan gondolkodó embert, tehát különösen az orvost, még ephemer értékű sikerű is, mert a syphilis manifest tüneteivel világra hozott csecsemők közepes halálzási aránya Oesterlen adatai szerint, természetes táplálásnál 70–80% közt ingadozik; míg a mesterségesen tápláltaké 90–95%.

Midőn tehát ily problematikus értékű a siker, szabad-e józan észszel, tiszta lelkiismerettel egy a tudomány színvonalán álló orvosnak az ép, nem syphilitikus dajka általi szoptatást megengedni. Szabad-e egy egészséges felnőtt egyén és esetleg annak utódainak egészségét ily csak kivételes esetben nem ragályozó betegségnek kitenni pénzbeli recompensatio árán? A válasz erre csak egy lehet „*a határozott, a categorikus nem!*“ A dolgok illetően állása mellett minő magatartást tanúsítson az orvos?

A felelet egyszerű és határozott: megtenni mindent a mire őt hivatása és tudománya kötelezi, megadni a csecsemőnek a természetes táplálkozás lehetőségét és e mellett ártalmatlanná tenni azt a társadalomra. E kettős köteletségének megfelel az orvos akkor, midőn már a terhesség ideje alatt, ha tudomással bír a nemző szülők luetikus voltáról, iparkodik az anyát már eleve meggyőzni arról, hogy gyermekére legűdvösebb, ha annak szoptatását ő maga eszközözi. A hol pedig ez kivihetetlen, mert pl. az anya emlői nem alkalmasak a szoptatás eszközölhetésére, rossz fejlődésűek; vagy pedig az anya oly nyomorult állapotban van, hogy a szoptatás egészségét komolyan veszélyezteti, ott és ilyen esetben már kellő időben gondoskodni arról, hogy egy oly különben egészséges dajka kerestessék a gyermek részére, melyre nézve annak syphilise nem lehet ártalmas, mert ő maga is syphilisben szenved. Egy szóval egy syphilitikus dajka acquirálása, a mint azt már Fournier is ajánlotta.

Elismerem és belátom, hogy a gyakorlatban a dolgok ily elintézése nem megy simán, sőt sokszor legyőzhetetlennek látszó akadályokba ütközik. Az orvos ügyessége vagy mint Fournier mondja diplomatiája kell, hogy segítsen.

Az anyára nézve saját syphilitikus gyermekének szoptatása ártalmas nem lehet, legyen a csecsemő syphilise akár paternalis, akár maternalis avagy postconceptionalis eredetű is az. Ezen tapasztalati tény szükségese felemlítenem, mert még mindig létezik a szakférfiak egy része között azon hamis felfogás, mintha az anya saját szülte által fertőzhető volna. Szükséges e kérdéssel foglalkoznom különösen akkor, midőn oly kiváló gyermekgyógyász, mint Henoeh is e nézetnek hódolni látszik.

A tapasztalat által beigazolt tény, hogy az apától syphilitikus gyermek anyja, ha egészséges maradt is, saját szülöttjének syphilisével szemben immun. (Colles-Baumés törvény.) Az ilyen nő, mint azt Mireur, Caspary, Neumann és Finger oltási kísérletei tanúsítják, még más egyénből származó syphilitikus termékek iránt is fogékonytalan, vagyis immun. Nagyon természetes tehát, hogy immun a kilenc hónapig méhében hordott, és így legintimebb contactusban volt gyermekének syphilise ellen is.

Tapasztalati tény továbbá, és ritka, kivételes esetektől eltekintve, általánosan elfogadott elv, hogy a postconceptionaliter fertőzött anya a látszólagosan egészséges gyermekére nem veszélyes. Az ily gyermek szüleinek florid syphilise iránt fogékonytalan, általa nem fertőztetik. (Profeta törvénye.) A gyermek immunitása valószínűleg ugyanazon elv alapján jön létre anyjának syphilise iránt, mint a Colles-Baumés törvény szerint a látszólag egészséges anya immunitása syphilitikus gyermeke iránt.

Nagyon messze elterelne themámtól, ha az ide vágó adatokat mind felsorolni akarnám és egyszerűen csak annak

constatálására szorítkozom, hogy a szaktudósok legnagyobb része manapság ebben a kérdésben már egyetért.

Az anya tehát maga szoptassa gyermekét, mert így annak életét legjobban védi, mert reá nézve méhében hordott gyermeke az előbbieket szerint nem lehet veszélyes és mert mint Fournier helyesen mondja, ez az ő anyai kötelessége.

Én tisztelt szakülés e tekintetben semmi kivételt sem fogadok el. *Nézetem szerint az anya szoptassa a gyermekét akkor is, ellentétben Henoch és a többi gyermekgyógyászsal, ha azon t. i. az anyán a betegségnek egyetlenegy tünete sem volt észlelhető, akár legyen a gyermek ajakán, nyelvén stb. syphilitikus tünet, akár nem. Én, csatlakozva Fournier-hez, mindig tiltakoznám az ellen, hogy egy syphilitikus szülőktől származó, születésekor ép és egészségesnek látszó, illetőleg talált gyermek szoptatása egy egészséges dajkára bizassék az első három egész négy hónapban. Csakis akkor, ha az első három vagy négy hónap eltelt a nélkül, hogy a csecsemőn a syphilis tünete nyilvánultak volna, csakis ilyenkor engedném meg, hogy a gyermek mellé egészséges dajka vételessék.* Mert mint ismeretes, a congenitalis lues vagy mindjárt a születéskor, vagy az első három hónap keretén belül szokott az esetek legnagyobb számában nyilvánulni.

Önámitásnak tartom tisztelt szakülés azon véleményét, hogy kellő ellenőrzés és óvatosság mellett a syphilitikus csecsemő a dajkáját nem fertőzi. Naiv kedélyű és minden esetre nagy önbizalmú azon orvos, a ki elhiszi önmagáról, hogy egy csecsemő szájrét oly tüzetesen áttudjon vizsgálni, hogy nyugodt lelkiismerettel azt mondhatta, hogy abban nincs semmi, mi fertőzhet. Hányszor kellene naponta a vizsgálatot megejteni hónapokon át, és mind emellett ki állhat jól, hogy a vizsgálati időközben mégis valami fel ne lépjen a mi fertőzhet. Physikai lehetetlenség tehát abszolút biztonságot nyújtani.

Ha tehát sem az anya nem végezheti a szoptatást, sem alkalmas syphilitikus dajka nem szerezhető, akkor nem marad más hátra mint a mesterséges táplálást eszközölni, mert az egyéb óvrendszabályok és pótló eljárások, a melyek esetleg alkalmazhatók volnának, mint a csecsebimbónak gummisapkával való befedése, nem megbízhatók, mert a sapka nyílásán regurgitáló nyák mégis fertőzheti a dajkát. Az ezen hiányon segíteni akaró Fournier-féle „Allaiteur mediat“ mint maga a feltalálója mondja, hasznavehetetlen, mert a csecsemő vagy nem fogadja el, vagy ha el is fogadja, az esetek legnagyobb részében nem tud oly erőt kifejteni, mely szükséges a szopás sikeres végeztetéséhez. Az ujjal vagy szívóval való tejfezésre pedig alig fogunk dajkát találni, ki magát hosszabb időre ily manipulatio végzésére feláldozná.

Végtevére még csak pár szóval kell megemlékezni azon helyzetről, a melybe az orvos juthat, ha nem ismerve a szülők antecedentiáit, az ép és egészségesnek látszó csecsemőt egészséges dajkára bizza, a melynél azután hetek múlva a constitutionalis lues tünete nyilvánulnak. Ez esetben is tisztelt szakülés, Fournier elvét kell elfogadnunk, t. i. megvizsgálva a dajkát, ha azt a fertőzéstől mentnek találjuk, rögtön be kell szüntetnünk a szoptatást, és vagy egy syphilitikus dajkát keresnünk, vagy pedig a mesterséges tápláláshoz fordulnunk.

A mesterséges táplálás nemei és módjairól szólni nem hivatása előadásomnak. Én csak egyszerűen regisztrálandónak vélem, hogy a most uralkodó nézet szerint a legegyszerűbb és legolcsóbb a sterilisált tehéntej. A kecsketej, a számrátevő, a Nestle-liszt mind csak másodsorban jönnek tekintetbe.

Előadásom befejeztével a következőkben kívánom nézetemet egybefoglalni:

1. *Syphilitikus csecsemő szoptatása az anya vagy syphilitikus dajka által eszközözendő, ott a hol ez kivihetetlen, a mesterséges táplálás alkalmazandó.*

2. *Syphilitikus szülőktől származó csecsemő az ép és egészséges dajkára veszélyes, az ily gyermek szoptatása egészséges dajka által szigorúan megtiltandó.*

Endocarditis acuta ulcerosa egy esete az arteria pulmonalis combinált billentyű-bántalmának tüneteivel.

Sidlauer Armin dr.-tól Miskolczon.

(Folytatás.)

Röviden összegezve, a lokalisatio viszonyai következőleg képzelhetők:

Endocarditis, legyen az ulcerosus, verrucosus vagy sclerotikus endocarditis, rendes körülmények között a bal szívet, itt első sorban a mitralist, azután az aorta billentyűt támadja meg; azért, mivel rendes körülmények között ezen szív rész billentyűi, a fent kifejtett okok folytán, lobos folyamatokra egy kedvezőbb talaj, endocardja könnyebben usurálódik s a vérnyelvben suspendált mikrobák inkább beszoríthatóknak, inoculálhatóknak az endocard szövetébe. Ez a direct beoltás mycotikus endocarditisnél az általánosan elfogadott módus. Köster ezzel szembeállítja az embolikus úton, az arteria coronaria edényeinek mikroococcus-tömegekkel történt bedugulása által támadt endocarditist. Ezen utóbbi keletkezési eshetőség azonban, Langer kutatásai után nagyon problematikus lett. Langer szerint ugyanis, a semilunaris billentyűk egyáltalában nem rendelkeznek véredényekkel, az atrioventricular-billentyűk pedig is csak a basisukon és ezzel határos egy kis területen. Ritka esetekben azonban, a hol a bántalom igen súlyos természetű, vagy a hol valamely ok és körülmény az általános dispositiót nagyban növeli, vagy a hol egy helyi anomalia egy helyi praedispositiót teremt, vagy a hol mind ez különböző módon combinálva közreműködik, ott az invasionáló mikrobák már a jobb szívben is megtelepednek s hozhatják létre a kóros elváltozást. Innen van, hogy intrauterin a jobb szív praevaleál, mivel fejlődési hiba itt szintén gyakoribb; innen van, hogy extrauterin, verrucosus és sclerotikus alak a jobb szívben oly rendkívüli ritka, mivel ezek mint többnyire sub-acute és idült betegségek itt nagyobb ellenállásra találnak s innen van végre, hogy az ulcerosus rosszindulatú endocarditis aránylag gyakoribb a jobb szívben, mivel — néha közreműködő más okok mellett — főleg ez súlyos infectio, gyakran pyaemikus és septikus jellegű s mint ilyen, erősebben ellenálló szövet is bántalmazható. Kísérleti endocarditis eddig ezen viszonyok megfejtésére nem értékesíthető. Mert vagy Rosenbach szerint kísérleteztek, tehát a bacterium-oldat befeeskendése előtt az aorta billentyűt kutaszszal átlukasztották, itt azután természetes, hogy az endocarditis a sérült helyen lépett fel; vagy pedig Ribbert szerint jártak el, az aorta megelőző megsértése nélkül, de embolikus anyagot használtak befeeskendésre, burgonya-emulsióban suspendált bacterium-culturát. Itt tehát endocarditis is embolia útján idéztett elő. Miután azonban — mint említettük — csak az atrioventricular-billentyűk bírnak véredényekkel, szintén nagyon természetes, hogy Ribbert kísérleteiben sem az aortában, sem az arteria pulmonalisban endocarditist nem talált.

Esetem kórtörténete a következő:

Lang Lajosné, helybeli mészáros neje, 25 éves, közepmagasságú, gracil természetű, közepesen táplált, sápadt, de egészséges arcszínű asszony. Soha komoly beteg nem volt, sápkórban nem szenvedett, öröklési megterhelés nála ki nem mutatható. Tizenöt éves korában először menstruált. A havi vérzés, úgy idő, mint mennyiség tekintetében mindig rendes volt. Tizennyolc éves korában férjhez ment. Kétszer rendszeren, minden műtéti beavatkozás nélkül egészséges gyermekeket szült.

Folyó évi január hó 6-dikán nagyfokú méhvérzés miatt általa consultálva lettem. A vizsgálat terhet derített fel, a 9-dik hónap elején. A méhnyak külső szája zárva lévén s miután a vérzés magától megszünt, egyebet nyugalomnál ekkor nem rendeltem, de figyelmeztettem, miszerint ismétlődő vérzés esetében azonnal hívassanak. Január 14-dikén újra hívtam, mely ezen napig állítólag vérzés nem mutatkozott. Ekkor a méhnyakesatornán át két ujjal behatolhattam s placenta praevia lateralist constatálhattam. A nagy vérzés megszüntetésére fordítást eszközöltem egy lábra. A vérzés azonnal meg-

szűnt. Kénytelen lévén egy közeli faluba egy súlyos betegemhez utazni s miután a csatorna szűke folytán a magzat egyelőre kifejthető úgy sem volt, a beteget egy tapasztalt szülésznő gondjaira bízom, azon ígérettel, hogy másfél óra múlva visszaérkezem s egyúttal azon szigorú meghagyással, hogy szükség esetén azonnal más orvost hívassanak. Távollétem alatt, miután — bár nem nagy — vérzés mutatkozott, Singer Henrik dr. úr, igen tisztelt collegám egy élő gyermeket fejtett ki. A beteg a műtét után sápadt, nagyon kimerült volt s szapora, kicsiny, könnyen összenyomható érveréssel bírt, láztalan állapot mellett. Másnap a beteget már egy kevésse megerősödöttnek s igen jó közérzet felől rendelkezőnek találtam. A hőmérsék azonban 38°-ot mutatott 100 érverés mellett.

Harmadnapra status idem, ugyanannyi hőfokkal és érveréssel. Uterus kemény, a symphysis fölött, megfelelő nagyságú s nyomásra nem fájdalmas. Rendes, büztelen lochia sanguinolenta.

Negyednapra a beteg láztalan, kitérő közérzetű. De az érverés százon felüli.

Január 20-dikán reggel hőmérsék 39·5, érverés 120, pulsus feszült, erős. Az ivarszervek tizetes vizsgálata semmi rendellenességet nem mutat. Büztelen lochia purulenta. Hasban semminemű fájdalom, hasfalak s uterus erős nyomásra sem érzékeny. Beteg egyáltalában állítja, hogy kitérően érzi magát. De kutatván a magas hőfok oka után, a szív vizsgálatánál következő meglepő leletre akadtam.

A szívesücslökés feltűnően erősödött, látható és tapintható az ötödik bordaközben, a bimbóvonalban s ezen innen a linea parasternalisig. A szívtájékra reáett kéztenyér ezen kívül jól kitapinthat a baloldali második bordaközben, irányával a bordaköz irányának megfelelőleg s hullámszerűen a hónaljvonal felé tovaterjedvén, egy macskasurránást, fremissement cataire-t. Ezen surranás csakis ezen bordaközben s sehol másutt a szív egész tompulati terén nem érezhető.

Kopogtatással a szívtompulat szembeszőkő terimenagyobodását nem lehet kimutatni. A tompulat terjed, egyfelől a 3-dik bordaközről az 5-dik bordaközig, ahol a terjedelmesebb szívhoc látható és tapintható, másfelől a szegyesont bal széléől a bimbóvonalig.

A hallgatódzás következőt eredményez: a szívesücs felett két tiszta hang, a systolikus hang egy kissé tompa. Zöreje itt nem hallható, valamint sem hallható a jobboldali 5. bordaközben a tricuspidalis billentyűk felett, sem az egész szegyesont mentén, sem pedig a jobboldali 2. bordaközben az aorta felett. Ezek felett mindenütt két hang tisztán kivehető. Ellenben a baloldali 2. bordaközben, azon a helyen, hol az említett fremissement tapintható, hang egyáltalában nincsen; ezt helyettesíti fuvó zöreje, úgy a systoleban mint a diastoleban. Mind a két zöreje hangos, érdes s mozzanataiban igen jól kivehető. Mind a két zöreje intenzitásának maximuma két centiméternyire van a szegyesont bal széléől; a hónaljvonal felé mind inkább s lassan elenyészik, jobbra pedig éles határral, hirtelen végződik, úgy hogy a szegyesont bal szélén már egyáltalán nem hallható.

A carotis communisban és az arteria axillarisban két tisztán kivehető hang. A nyak visszérédényei semmi rendellenességet nem mutatnak.

A többi szerv kiegészítő lelete következő:

A tüdő felett sehol tompulat. Légzési zöreje mindenütt tisztán szemesés. A légzés gyorsított, 30 percenként.

Májtompulat a 6. bordánál kezdődik a bimbóvonalban, és terjed a bordaívén túl még három ujjnyira. Jól kitapintható, kemény állományú, nem fájdalmas tapintásra.

Lép a bordaívén túl tapintható, nagyobbodott, keményebb és nem fájdalmas tapintásra.

Has nem puffadt, hasfalak könnyen benyomhatók.

Látó- és hallószervek semmi rendellenességet nem mutatnak. Szemtükrészletet, sajnálatomra, a betegnél nem lehetett eszközölni.

Végre a bőrtakaró halvány, ictericus elszínesedésnek nyoma sincsen, valamint sehol az egész takarón küteges

efflorescentia vagy haemorrhagikus peesét nem látható. Úgy-szintén a nyákhártyákon sem.

Daczára a kitérő subjectiv közérzetnek, a beteg semmit sejtő környezetét már ezen a napon figyelmeztettem a betegség súlyos természetére, tudtván velök az általam megállapított kórismét, valamint a fenyegető rossz kimenetelt.

Ugyanezen nap este hőfok 37·0, érverés 120.

Megjegyzendő, miszerint a vizeletvizsgálatnál sem fehérsye, sem más rendellenes alkatrészek nem találtattak. Vizelet szalmasárga, tiszta, átlátszó.

21. R. 37·0, E. 40·0, érverés 120;

22. R. 37·0, E. 40·0, érverés 120;

23. R. 37·0, E. 40·4, érverés 120;

24. R. 36·6, E. 40·5, érverés 120;

25. R. 37·0, E. 40·4, érverés 120;

26. R. 37·0, E. 40·0, érverés 120.

Mindeddig — valamint mindvégig — a hőemelkedés rázó hideg nélkül történt. Az állapot e hat nap alatt csak annyiban változott, a mennyiben néha-néha mérsékelt hasmenés jelentkezett, s hogy 26-án a jobboldali alsó tüdőlebeny felett, közel a germezoszlophoz a kopogtatási hang tompább. Légzés szapora. Sensorium szabad. Közérzet igen jó. Vizeletben nincs fehérsye.

27. R. 37·3, E. 39·5, érverés 120. Nagy gyengeség.

28. R. 39·3, E. 39·0, érverés 150, nagyon feszült. A szívesücslökés emelő, mint nagy ütés tapintható az 5. bordaközben. A szívesücs felett első hang nem tiszta, gyengén hallható. Pulmonalis zörejek még mindig jól kivehetőek. Tompulati szegély a jobboldali alsó tüdőlebeny felett jobban ki van fejezve. Nedves, szemesés légzési zöreje. Száraz köhögés. Dyspnoe. Hanyatló erő.

29. R. 39·6, érverés 132. Status idem. Nagyfokú objectiv dyspnoe. Delirium. Fokozódó gyengeség.

Este kezdődő agonia, éjjel exitus letalis.

Az ajánlatba hozott autopsia a hozzátartozók részéről nem lett megengedve.

Esetemben a kórismét megállapíthattam mint: endocarditis acuta, ulcerosa, maligna arteriae pulmonalis és ennek folyományaképen: insufficiencia valvularum semilunarium arteriae pulmonalis et stenosis ostii arteriosi dextri.

Az endocarditis ulcerosa folyamatát jelző tünetek voltak: félbenhagyó, naponta, nem tipikusan — bár rázó hideg nélkül — ismétlődő magas láz, vége felé pedig status typhosus; szapora, feszült, izgatott, magas hullámmal bíró s e mellett kis caliberű érverés, mely ugyanilyen marad lázmentes időben is; objectiv észlelhető dyspnoe, ezt indokoló s neki megfelelő lelet nélkül a tüdőben; a hasmenés, léptumor, máj-nagyobbodás és mindinkább fokozódó prostratio.

A tünetek összességéből hiányzott: icterus és a szintén néha jelenlevő kütég vagy peesét a bőrtakarón és a nyákhártyákon, haemorrhagiák a retinán és haemorrhagikus veselob.

Icterus szövödménye inconstans tünet. Meyer R.¹ 28 gondosan megfigyelt kórodai esetben hétszer talált kisebb-nagyobb fokú icterust és szerinte icterus nem állandó tünet pyaemikus ragályozásnál sem, ennek sem bizonyos alakjánál, sem intenzitásának bizonyos fokánál.²

Az említett, többnyire embolikus eredetű bőr- és nyákhártya-kütégek, valamint haemorrhagikus elváltozások hiánya azonban itten, tekintve az endocarditis lokalizációját, nagyon is érthető. Mert miután embolia a nagy vérkeringés területén csak a tüdővénán innen székelő thrombuslerakodások lemálló részeinek elhurezolása által jöhet létre, itt az említett szövödmények hiányoztak, mivel itt a bántalom a tüdővénán túl, a jobb szíven volt, viszont azonban itt embolikus góczok könnyen képződhettek a tüdőűtér végelágazásaiban s ezen góczok létrejöttét jelezte is tényleg itten a kimutatható volt tömülés, a lobularis tüdőlob.

¹ Meyer Robert: Ueber die ulceröse Endocarditis. Habilitationsschrift. Zürich, 1870. 41. oldal

² Ibidem 43. oldal.

De a lobularis tüdőlob itt igen csekély kiterjedésű volt. Ez következtetni enged arra, hogy kevés törmelék lett a képződött thrombusokból elusztatva. Ezen utolsó körülmény okozta itt valószínűleg a rázóhideg hiányát is, mivel rázóhideget genyevvérüsnél rendszeren embolikus folyamattal hoznak összefüggésbe. (Erratische Schüttelfröste, Traube.) A kimutatható volt lépnagyobbodás sem tömörülés, hanem toلولási vérbőség által jöhetett létre, mint rendszeren más heveny infectionál szinten s ép úgy mint a máj, hol haemorrhagikus tömülés soha sincsen,¹ miután ütereit hálózatában hiányzik a végütéri berendezés, a portalis edényei által pedig daczára az itt lévő végütéri berendezésnek haemorrhagikus tömülés nem jön létre, mivel ezek bedugulásánál a belső portalis gyökerek vicariálnak.²

Nincsen azonban e mellett kizárva, hogy a jobb szívből lerakódott thrombusokból egyáltalán ne képződhessenek emboliák a nagy vérkeringés territoriumaiban; ez mindenesetre lehetséges és néha találtatik is. Leszámítva egy nyitva maradt foramen ovale útján — mint *Cohnheim* ilyen esetet ismertet³ — kisebbeszerű törmelékek s még inkább coccusok az aránylag tág tüdőhajszáledényeken könnyen átjuthatnak és folytathatják útjokat, míg egy szűkebb kaliberű hajszáledényben megakadnak és beékelődnek; továbbá lehet, hogy a tüdőben lévő, infectiosus vagy nem infectiosus természetű emboliából — ép úgy mint ennek keletkezésére a thrombusból — coccusok vagy törmelékek leválnak s az aorta rendszerébe vándorolván, itt valamely helyen hasonlóan emboliát teremtenek. (Recurráló embolia, *Cohnheim*.) Így a *Wekerle* által összegyűjtött 17 endocarditis pulmonalis esetben négyszer van felemlítve vese- és lépembolia vagy tömülés; ezek között is az egyikben az aorta szintén meg volt támadva. Baloldali endocarditisnél bizonyosan ritka esetben fog hiányozni embolikus folyamat az aorta-rendszer valamely véredényterületén.

(Folytatása következik.)

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XIX. rendes ülés; 1894. október 27-dikén.)

Elnök: **Réczey Imre**; jegyző: **Terray Pál**.

Midőn az elnök az ülést, melynek napirendjére *Bókai János* tanár előadása „a diphtheriának a *Behring*-féle gyógyszerrel való kezeléséről” volt kitűzve, 6 órakor megnyitotta, az ülésrőlet az egyesületi tagok és úgy a fővárosból mint a vidékről nagy számban érkezett orvosvendégek már zsufolóság megtöltötték; a vendégek sorában láttuk *Darányi Ignác* orsz. képviselőt is; azonkívül azon nagy érdeklődésnek, melylyel az egész közönség a *Behring*-féle gyógyszerre vonatkozó közleményt várta, jele volt az is, hogy az ülésen a fővárosi összes napi lapok tudósítói megjelentek.

Elnök mindenekelőtt szomorú kötelességet teljesített, midőn bejelentte, hogy a szűnidő alatt a halál a rendes tagok sorából *Cseh Károly* orsz. közegészségi felügyelőt, a levelező tagok sorából pedig *Török József* dr.-t Debreczenben, ki az egyesületnek 1844 óta volt tagja, továbbá *Popper József* dr. miskolci főorvost és *Helmholtz Henriket*, a nagynevű berlini physiologust ragadta el. Az egyesület e veszteségei feletti fájaldmát és részvétét az ülés jegyzőkönyvében örökíti meg.

Elnök bejelentéi ezután, hogy a szeptember havában Budapesten tartott VIII. nemzetközi közegészségi és demographiai congressus alkalmából az orvosegyesület számos tagja a külföldi vendégek tiszteletére igen sikerült estélyt rendezett és egyszersmind bemutatja a congressus elnökségétől az orvosegyesülethez intézett köszönő átiratot. Jelenti továbbá, hogy a múlt évi december havi nagygyűlésen megállapított új alapszabályok a m. kir. belügyminister által változatlanul jóvá hagyván, érvénybe léptek. Jelenti továbbá, hogy *Koller Gyula* dr. az „Orvosi Hetilap-díjalap” növelésére 100 frtot adományozott; az egyesület ezt köszönettel vette tudomásul. Jelenti továbbá, hogy *Raisz Gedeon* dr. orsz. közegészségi felügyelő lakhelyét Nagy-Mihályról Budapestre tévén át, a levelező tagok sorából a rendes tagok sorába lépett. Emlékezteti továbbá az egyesületi tagokat arra, hogy az új tagok ajánlása az új alapszabályok értelmében e czélra szolgáló nyomtatványokon eszközözendő, melyek a titkárnál kaphatók. Jelenti ezután, hogy a székes

¹ Birch-Hirschfeld. Pathol. Anatomie. 929. old.

² Cohnheim. Vorlesungen über allgem. Pathologie. I. 207. old. — Orth (I. 918. oldal) necrotikus tömülést bár állít, de csak általános szívgyengeségnél.

³ ibidem 175. oldal.

főváros tanácsa az 1893. évben Budapesten lefolyt cholera-járványról szóló jelentést beküldte az egyesület könyvtára számára. Végre jelenti, hogy az igazgató-választmány a szűnidő alatt az egyesület összes helyiségeibe villamos világítást vezetett be.

Ezután bemutatja számos tag irásában benyújtott indítványát az iránt, hogy tekintettel az ülés napirendjére kitűzött előadás nagy terjedelmére és kiváló fontosságára, a bejelentett bemutatások más ülésre halasztassanak. Az egyesület ezt az indítványt egyhangúlag elfogadta.

Végre az elnök, mielőtt *Bókai János* előadását megkezdhetné, utalt az alapszabályok azon pontjára, mely szerint az egyesület tárgyalásain csak az orvosi szaklapok tudósítói lehetnek jelen és felvetette a kérdést, vajjon az egyesület ez alkalommal kivételesen el akarna-e tekinteni az alapszabályok e rendelkezésétől. Miután az orvosegyesület túlnyomó többsége e kérdésre tagadólag szavazott, valamennyi hírlapíró kivonult a teremből.

Napirend.

Bókai János tanár: A Behring-féle gyógyosavóval eddig elért eredményeim a budapesti „Stefánia” gyermekkórház diphtheria-osztályán.

Ez előadást mult számunk melléklete egész terjedelmében hozta.

Az előadás után az orvosegyesület *Bókai János*-nak igen érdekes előadásáért köszönetet mondott, és az előadás feletti vitát a jövő szombaton tartandó ülésre halasztotta el.

Köz-kórházi orvostársulat.

(Bemutató szakülés: 1894. október 17-dikén.)

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

(Folytatás.)

Navratil Imre. Azon tapasztalatok alapján, melyeket koponya- és agysértéseknél tenni bőven volt alkalma, azt kell mondania, hogy a Jackson-féle traumatikus epilepsia nemesak trepanatio után, de még egyéb nagyobb műtétek után is több hónapon át szünetelni szokott; abból tehát, hogy az epileptikus rohamok a végzett trepanatio után 2–3 hónapon át nem mutatkoznak, még nem lehet következtetni, hogy a beteg az epilepsiából felgyógyult. Igaz ugyan, hogy a gyógyulásra legalkalmasabbak a heveny traumatikus epileptikus esetek, a hol az epilepsziás állapot még nem vált szokványossá. Ilyennek látszik lenni a bemutatott eset, melynél a vele együtt jelen volt hűdési tünetek visszafejlődtek a műtét után. De azért mindamellett korai volna már most, 2 hónappal a trepanatio megtörténte után, azt mondani, hogy a betegnél epilepsia többé nem fog jelentkezni. Felszólalónak voltak a bemutatott egészén hasonló esetei, hol 2 év elmúltával jelentkezett újra az epilepsia. Erre nézve azt tapasztalta, hogy ily visszaesés könnyebben esik meg öröklött hajlam, ideges alkat mellett, mint különben egészen egészséges idegzeti egyéneknél; felszólaló a műtét technikájára nézve azon véleményben van, hogy jelen esetben trepan helyett czélszerűbben lehetett volna vésőt alkalmazni, s azzal képezni csontthártyával fedett csontlebensyt, melyet a t. bemutató úr azonnal plasticé fel is használhatott volna. Ugyanezen oknál fogva megfelelőbb lett volna egy félkörös bórlebensy képzése a keresztmetszés helyett, mert az utóbbi hegesedése által szuszugorodva, a védtelen agyra előbb-több nyomást fog gyakorolni és utólagos epilepsiára fog okot szolgáltatni. Különbben ily esetekben, ha az illető csontlemez nem volna fedésre alkalmas, igen czélszerűen lehetne celluloid-lemezeket alkalmazni. Végre felszólaló nem mulaszthatja el örömeinek kifejezést adni a felett, hogy az általa 18 évvel ezelőtt kezdeményezett agysebészet nálunk is talált követőkre és elismerésre.

Réczey Imre fur. a bemutatott eset prognosizát kedvezőbbnek tartja mint *Navratil*, mert tapasztalat szerint a traumatikus epilepsia a sérülés után visszamaradó hegnek vagy nyomásnak következménye s mint ilyen a szerzők általános tapasztalatai szerint ezek eltávolításával meg szokott szünni. Örömmel hallja, hogy *Navratil*, ki még nem régen a trepan alkalmazásának előnye mellett szólalt fel, most szintén a vésővel és kalapáccsal végez a lékelést, mert ezen módot tartja felszólaló is tökéletesebbnek és ajánlatosabbnak, s azt tartja, hogy ezen eszközök gyakorlott kézben biztosabban is, mint a trepan. Ily módon — véső és kalapáccsal — végezi ő is rendszeren a koponyalékelést. Ismertet ezután kórodáján az utolsó 6 hónap alatt előfordult koponyasérülések gazdag anyagából 4 trepanált esetet, melyek külön-külön érdekességgel bírnak.

Az első esetben a trepanatiót igen kiterjedt nyílt falsonttörés miatt végezte. Az eset egy 34 éves napszámot illet, a ki baltafokkal ütöttet fejbe, egy pár percze utána elszedült, majd azonban vérső sebtét bekötendő, saját lábán a kórodán jelentkezett. Baloldalt a nyilvarrat középtől mintegy 2 cm.-nyire a falsont közepén át a föl felé haránt irányban haladó körülbelül 6 cm. hosszú és egy ennek alsó végétől kiinduló, a nyilvarrattal párhuzamosan hátra felé haladó mintegy 4 cm. hosszú, zúzott egyenetlen szélű, bőrön és bórallati kötőszöveten áthatoló folytonosság-megszakítások egy háromszögű lebenyt képeznek. A haránt irányban haladó sebésznek közepe táján egy a csont niveauja alá töleszserűen sippedő, több mint 20 fillényi nagyságú csontthártyával fedett csontterület és ennek belső szélén 1 cm. területen érdes csontszél tapintható. A harántirányú sebészten 1–1½ cm.-nyire hátrafelé és a nyilvarrattól 2 cm.-re jobb felé a jobb falsontot harántirányban haladó

7 cm. hosszú zúzott egyenetlen szélű csonthátyáig hatoló megszakítás. Aphasia. Contra laterális hűdések a felső és alsó végtagokon, epileptiformis görcsök. Másodnapra műtét. Trepanatio véső és kalapácsesal narcosis nélkül, art. meningea media lektése, levésése és kiemelése a benyomott csontdaraboknak, úgy hogy a folytonosság hiánya a koponya csontállományán 9 cm. hosszú és 6 cm. széles írt képezett.

A második esetben a bal falcson késsel ejtett sérülése volt jelen. A 26 éves (földműves) beteg társa által egy közép nagyságú konyhakéssel fejbe szúrattott, és a konyhakésnek a hegye a koponyacsontokba beletört. Sérüléskor eszméletét nem vesztette el, csak szédülést érzett. Vidéken végzett sikertelen eltávolítási kísérletek után beteg a kóródára jött. A fejtetőn a jobb falcson felső szegletétől mell- és lefelé 2 $\frac{1}{2}$ cm.-nyire egy 3 cm. hosszú a fejbőrön a csontba hatoló folytonosság-megszakítás volt, éles szélekkel, aljából egy a csontban beékelte fémdarab 3 mm.-nyire a csont felszínére fölé emelkedett ki. Az élével felfelé és hátával lefelé néző 2 $\frac{1}{2}$ cm. hosszú késhegyek eltávolítása csak a csont barázdászerű körülvívése után lehetséges. Két hétre reá magas esti hőemelkedések, fejfájások, facialis hűdések a végtagokon, sürü epileptiformis rohamok, a melyekről kétségtelenül meg lehetett a Jackson-féle typhus állapot, ezért trepanatio végeztetett véső s kalapácsesal a sérült helyen: bemetszés a durába, a lágyagykérgeken lévő kevés vérömleny eltávolítása; próbapunctio és incisio az agyvelő állományban, hol azonban mélyebben vérömleny nem találtattott. Műtét után epileptiformis roham nem volt s a beteg három hó mulva teljesen gyógyultan távozott.

A harmadik esetben kiterjedt csillagos törés és hűdési tünetek miatt végezett trepanatio. A törés egy 28 éves földműves asszonyán volt, kit férje balta fokával fejbe ütött. Eszméletét megtartotta, a mentők által szállított a kóródára. A bal falcson a korona és nyílvarratnak megfelelő szögletől hátrafelé terjedő, mintegy 16 cm² terjedelmű folytonosság-megszakítás volt, melyen a csonthátya helyenkint hiányzik; a csont a seb alapján 5–6 cm.-nyi terjedelemben behorpadt, érintve gyengén inog, alóla véres savó folyik, a beteg teljesen eszmél, pupillák középtágak, egyenlők, reagálnak. Jobboldali facialis hűdés és felső végtag paresise volt. Érverés 120, T. 37.5. Trepanatio aznap narcosis nélkül véső és kalapácsesal történt. A behorpadt csontdarab kiemelése csak oldalainak kellő körülvívése által sikerült. Az arteria meningea media vérzett és lektetett. A repedések közül, a melyek a behorpadt csont fölől a koponya minden irányba felé csillag-alakban szétágaztak, egyik 3 mm.-nyire tátonva 6 cm.-nyi terjedelemben a homlok lágy részei alá tűnt el. Műtét után javulás, 4 hónap mulva teljes gyógyulás következett.

A negyedik esetben agytályog miatt végezte a trepanatiót. A beteg — (33 éves kocsis) — a lóvonatú vaspálya egy kocsiával össze-ütközött, kocsijáról leesett s pár pillanatra eszméletét vesztette. A bal homlokudor felett egy 4 cm² területű csillagos 3 sugárú csontig hatoló folytonosság-megszakítás látható. A sebszélek egyenetlenek zúzottak. Csékely genyes váladék volt, a beteg láztalan. Erős fejfájása van. Alapos desinfectio, nyílt kezelés történt; miután a seb erősen genyvedt s majdnem naponként hőemelkedések jelentkeztek, melyeket erős fejfájás kísért, naponként végeztetett kötés-változtatás. Két hétre reá agy-nyomás tünetei, hőemelkedések, ellenoldali facialis hűdés és a végtagok paresise mutatkoztak, egyszer epileptiformis roham. Őt nappal utóbb trepanatio véső s kalapácsesal narcosis nélkül. A sérült helyen felületesen elhalt csontrészt eltávolítása után a hátralévő ép csont átvésésére geny ürült. A dura sebének tágitása után a vizsgáló ujj mintegy 3 cm.-nyi üreget tapintott a homloklebenyben, mely geny s agyvelő törmelékét tartalmazott. Műtét után enyhe javulás állott be az általános tünetekben, azonban a hűdési tünetek változatlanok maradtak. Harmadnapra meningitis s negyednapra halál következett be. A boncolás dió-nyi agytályogot állapított meg a homloklebenyben, mely burok nélküli volt s falát ép agyállomány képezte s a lékelte helyen az agyhártyák a csonttal összenöttek. Ezen tályogtól mintegy 2 cm.-nyi ép agyállomány által elválasztva egy kis almaekkoraságú, erős burokkal ellátott sürü zöldes genyet tartalmazó másik tályog székel a fali lebenyben a lágy agykérgek convexitásán lenesényi kerek átfurási likkal. Az eset tehát azért érdemel különös felemlíst, mert a boncolásnál 2 tályog találtattott az agyállományban, melyek egészen külön állók voltak egymás mögött és 2 cm. vastag egészen ép agyvelő által voltak elkülönítve.

Goldzieher Vilmos. A t. bemutató említette, hogy a sérüléssel ellenkező oldalon contrecoup által támadt a facialis és acustikus hűdése. Felsőaló egy tünetre óhajtja felhívni a figyelmet, mely azt bizonyítani alkalmas. Újabban ugyanis kiderült, hogy a glandula lacrymalis nem a n. trigeminus, hanem a n. facialis idegzi be, és hogy a facialis törzsének megsértésekor a könnymirigyben a könnyelválasztás szünetel. Tudvaló, hogy a könnyek egy részét a conjunctiva szolgáltatja, míg azon könnyek, melyek kedélyizgatottságnál, sírásnál mutatkoznak, a könnymirigyből erednek. Teljes facialis hűdés esetében tehát, mint azt először felszóaló jelezte, és Jendrassik tanár egy jól észlelt esettel megerősítette, az illető beteg sírni nem tud.

Angyán Béla. Miután a t. bemutató a facialis hűdést környi eredetűnek fogta fel, azt a kérdést intézi hozzá, vajjon mily összefüggésbe hozza a hűdés gyors javulását a műtét után az operációval?

Herczel Manó. Nem oszthatja Navratil tanár azon nézetét, hogy a Jackson-féle epilepsia eseteiben az illető beteg psychopathikus terheltégétől függ az, hogy a trepanatiót gyógyulás követi-e. Szóla a Bergmann-féle beosztásnak híve, mely az ily eseteket három csoportra osztja: 1. hol bőrhegek vannak a koponya külfelületén, melyek excindálándók; 2. hol belső csontburjánzás van, mely a trepanatiót teszi indicalttá, ezen esetekben a trepanatio prognosisa a legkedvezőbb;

3. azon esetek, melyekben az agyállomány gócszerű megbetegedése forognak fenn; ez esetekben a trepanatiót csak igen ritkán követi gyógyulás. Felsőaló részéről, a bemutatott esetben, mely a 2. csoport-hoz tartozik, a prognosist kedvezőnek tartja; a beteg bemutatóját későbbre nem halaszthatta, mert ez a kórház elhagyni készül. Ez esetben keresztmetszést kellett csinálnia azért, mert a bőrben fistula volt, de különben a kereszt és a lebenyes metszés között nincs lényeges különbség. Réczey tanárnak három érdekes gyógyult esetében egyszer sem végeztetett csontplastika. hanem a conservált periostból fejlődött csontlemez, ez a körülmény fokozza abbéli reményét, hogy felszóaló esetében sem lesz szükség csontplastikára. A trepanatio után mindjárt nem lehet a plastikát végezni, mert nem tudható, hogy milyen lesz a további lefolyás; ha pedig a beteg meggyógyulnak, nem egyeznek bele újabb műtétbe. A vésőt nem helyezi ellentétbe a trepanal.

Intact koponyát felszóaló is vésővel és kalapácsesal szokott megnyitni, de oly esetben, melyen jelenlegi volt, melyben mély depressio forgott fenn, és a lamina vitrea el volt választva a l. externától, az agy megsértésének kikerülése végett célszerűbbnek tartja a trepan alkalmazását. Horsley is rendszeren először trepannal készít léket, és ebből kiindulólag használja a vésőt. A környi facialis hűdés gyógyulása semmi összefüggésben sincs a trepanatióval, hanem spontán állott be. A beteget sírni nem látta és a könnyelválasztás esetleges hiányát nem figyelte meg.

Noma következtében létrejött pofahiány plastikus pótlása.

Herczel Manó dr. Az eset egy 17 éves tanulót illet, kinek apja tüdőbajban szenved, anyja és négy testvére egészségesek. Gyermekekori betegségekre nem emlékszik. Két év előtt typhusban megbetegedvén fél évig feküdt. E betegsége alatt egy fekete pattanás képződött szája jobboldali zugában és az gyorsan terjedt; 2–3 nap alatt a jobboldali pofa megbetegedett részlete kihullott. A hiány miatt, mely arcját nagyon eltorzította, az ital szájából visszafolyt, állandó nyálfolyása volt.

A szt. István-kórházba való felvételkor a gyengén fejlett ifjunál a szájrés jobbfelé a pofának tátongó hasadéka ment át, melyen át a felső fogsor részben, az alsó fogsor egészben fedetlenül tűnt elő. A pofa anyaghiánya zárt száj mellett 2–3 cm. magas és 4–5 cm. széles volt; környékén a köztakaró kissé piros, fénylő alsó határán eozematosus; a felhám vékonyodott. A defectus szélei az alsó állkapocs külfelületén az ínyet nélkülöző foggyököktől az állkapocsig terjedőleg szívós hegek által oda-tapadtak. A defectus felső széle szintén feszes hegszövet által képezetett, mely a pofa nyákhártyáját sugarasan kivongálja és a száj nyitását gátolja meg, hogy a távolított fogsorok közé csak az ujj volt totható. A felső ajk körülbelül $\frac{4}{5}$ -öd részében normális ajkpirral bírt, az ajkpirnak alul azonban csak $\frac{2}{3}$ -da volt meg, miután jobboldali fele a hegszövetbe ment át.

A meloplastika és stomatoplastika 1894. szeptember 12-dikén végeztetett chloroform-morphin-narcosisban. A defectus széleinek fel-frissítése ezéljából bemutatónak felül keskeny sávot kellett eltávolítania, ellenben alul a fel-frissítés vonala az állkapocs széléhez közel haladt és az utóbbi metszés által körülirt szövetrészt az alsó állkapocson az alsó szájtásak képzésére lett szánva. A pofában pótlandó hiány ezáltal majdnem kétszer akkora lett. Ezek után az ajkpir mentén haladó metszéssel a felső ajkból keskeny sáv választott le, mely lefelé hajlítottván, az alsó ajkhoz levarratott és a százugot alkotja. Most a nyak bőréből és az alatta fekvő széles nyakizomból bemutató egész a kulcsontig leterjedőleg egy 16 cm. hosszú és 6 cm. széles lebenyt képezett; ezt 180°-kal felhajlítván, úgy hogy hámfelülete a szájúreg felé néz, 15 catgut-varrattal a defectus szélelnél a nyákhártyához egyesítette, és a pofa nyákhártya hiányát pótolta. E lebeny sebes felületével kifelé nézett s táplálkozási hídja az állkapocs szélélnél van. Fölébe az arcából képezett trapezalakú lebeny vonatott, melynek összefüggése az orrnál lett fenntartva. Az állon pedig egy az állsúcs-hoz futó fesztelenítő metszés tetett, a defectus alsó széle az arci lebenyhez felvonatott, ezzel és a felajkból képezett szájuúggal finom selyem-varratok által egyesített. A nyakon a lebeny helyén a köztakaró összevarratott; az arci lebeny helyén a sebzugok bevarrasa után egy félkrajezárnnyi felület fedetlenül hagyatott vissza. Jodoformgazo-kötés.

Műtét után a beteg állandóan láztalan volt. Kötés napjában kétszer lett váltva, a táplálás eszön történt. Nyolezad napra az összes varratok eltávolítottak, az egyesülés mindenütt per primam történt. A beteg jól tudja száját nyitni. A nyákhártyát pótló lebeny jól tartja magát. 14 nap mulva táplálkozási hídján kis

ollócsapás tétetett, mely naponként ismételtetett, míg végre a lebeny összefüggése egészen megszakadt.

Ezután végezte *Herczel* dr. a javító műtétet chloroform morphin-narkosisban október 12-dikén. A nyákhártyát pótló lebeny alsó szélét a szájtásak képzésére az alsó állkapcspon visszahagyott arczrészlet felszabott széléhez 4 catgutvarrattal oda erősítette, úgy hogy ezáltal a szájúreg teljesen el lett zárva; és most az arczi lebeny alsó szélé az állkapocs szélén a nyakbőröz levarratván, az arcz folytonossá lett. A nyakon a lebeny gyökének visszamaradt csücskét bemutató kiirtotta.

A gyógyulás zavartalanul folyt le.

Az eredmény úgy kosmetikai, mint functionalis tekintetben kitünő.

Egy egyéneken négy ízben végzett hasmetszés.

Elischer Gyula m.-tanár. Hasmetszést egy és ugyanazon egyéneken ismételve végeztünk, ha az ivarélet megtartása céljából első ízben csakis a kórosoknak felismert részek eltávolítására szorítkozván, a nem kórosoknak látszó szerveket érintetlenül hagyjuk, és ezeknek később beállott elváltozása miatt kényszerülünk ismét a műtét végzésére; vagy ha a hasmetszés sikerült műtétele után, az edények vagy a belek részéről complicatiók lépnek fel, melyek a hasür újbóli megnyitását teszik szükségessé; vagy végre midőn a hassebet felbontjuk, hogy a hasüregekben elfeledett tárgyakat (mű- és kötőszerek) távolítsunk el.

Bemutató esete egyrészt a hasmetszés indicióinak különfelesége, és a fellépett szövödmények által tűnik ki, másrészt a kezelés és műtételi eljárás szempontjából is némi érdeklődéssel bír.

A 34 éves nő, hivatalnok neje, 20 éves korában szült először; szülése és gyermekágya rendes lefolyású volt. Hat évi meddség után ismét teherbe esett, de kocsizás alkalmával lezuhant és elvetélt. Ezután ismétlődő rendetlen vérvesztésben, derék és altesti fájdalmakban, erős fehérfolyásban szenvedett, és e miatt 1888 és 1889-ben az Erzsébet-kórházban kezeltetett. Bemutató jegyzeteiből kiveszi, hogy subinvolvált uterusban fellépett endometritis és hysterikus tünetek ellen kezeltetett, s néhány hét múlva gyógyultan hagyta el az intézetet; egy év múlva ismét jelentkezett, panaszkodva, hogy bár távozása után egy ideig jól érezte magát, havadzása rendes volt, most pár hét óta a hasban fellépett folytonos fájdalmak miatt, aludni, enni, járni nem képes, lázas, erősen lesoványodik.

A kórimét bemutató jobboldali méhkürt genytlömlőre (pyosalpinx) állította fel, ezért 1890. november 6-dikán az I. hasmetszést végezte a beteg. A jobboldali tuba narancsmekkoraságú, genyes zöldes folyadékkal telt, s izomzatában megvastagodott tömlővé vált átváltoztatva; mindkét megnagyobodott dudorzos ovariumot, melyek a ligamentumhoz oda voltak tapadva álhártyák által, eltávolította. A műtét utáni 14, majd 16 és 18-dik, és ismét 27 és 29-dik napon, a hassebet alsó, kissé szétvált zugában csekély vérzés mutatkozott, mely nyomkötésre mindig megállott; de már a 30-dik éjjel a vérzés oly erős lett, hogy a bemutató segéde az ő megjelenéseig a hassebet tágitva a vérző helyet erősen tamponirozta. Reggelre a tömesz alatt új vérszivárgás mutatkozott, mire a hassebet kitérve, az összetapadt peritoneumig hatolt elő, melynek egy sarjadzó felületéből a vérzés származni látszott. Ezen helyet keresztöltésbe fogva, a vérzés megszűnt. A tágitott, mintegy 3 cm.-nyi sebet nyíltan kezelték, vérzés 9 napig nem volt, a midőn a beteg éjjel nyugtalan lett, a hőfok 38,8-ra szállott és a sebből erős vérzés indult meg, mely tömeszelésre sem állott meg. Kora reggel a sebet kitérve látta, hogy a vér a keresztöltés mellett, még pedig jóval nagyobb mérvben, mint eddig, szivárogt. Új körülöltésre a vérzés megállott, a beteg megnyugodott, hőfoka alább szállt, és jól érezte magát, míg január hó 5-én csekély hőemelkedés mellett, a hassebből bő, piros színű vér mutatkozott. Ekkor a vérzés okát találandó bemutató nem habozott a hasürt újból megnyitni, s reájött, hogy a vérzés a jobb tuba méhmelletti csomkjából ered, melynek közepén egy ütér szolgálta a vért a cavum utero-vesicalebe, honnét a hassebet nyílásába a peritoneum részen át minden légzésnél kisajtoltatik, annak daczára, hogy a ligatura rendes helyén van. Könnyebb hozzáférhetés céljából a hasfalat haránt metszéssel tágitotta, mire a csomkot előhúzni, a vérző edényt látni és szorosan alá

és körülölni s utána a hasürt elzárni lehetett. Ezen (második) laparotomia lefolyása igen kedvező volt, mert a beteg láztalan maradt, daczára annak, hogy az oldalsó hassebrészlet felbőre gyermektenyényi terjedelemben elhalt. Ennek tisztulása után január 17-én a sarjadzó felületre más egyén karjáról epidermis részleteket átültetett, melyek bemutató örömeire megtapadtak és a felületet csakhamar hámréteggel be is vonták. A beteg április havában végre elhagyta az Erzsébet-kórházat.

Két év múlva, 1892. április 10-dikén a beteg ismét beállított. A vonalas heggel gyógyult hassebbe alsó zugában egy kis folytonossághiányt mutatva, melynek szélei aláváltak, s melynek nyílásából folyton kevés geny és a menstruatio idején, véres váladék ürül ki. A csatornán kutaszszal a méhfundusig lehetett érni; maga a méh anteflectált, jól tapintható, azonban nem mozgatható volt, mivel alapján szalagszerű összenövészek által a hasfalakhoz rögzített. A beteg undorító bajától és fájalmaitól minden áron szabadulni kívánt. A genyisipoly kitérása, esetleg az álhártyák felszabadítása céljából, április 12-dikén bemutató harmadszor megnyitotta a hasürt. Az álhártyának a hasfalról való leválasztása után, mindkét kürtcsontot a méhsarkából egyszerűen kivágván (partialis méhresectio) a sebhelyeket catgutval egyesítette, s seroserosus varrat által peritoneummal befedte. A hasfalat selyemöltésekkel tipikusan egyesítette. Láztalan lefolyás és két kötés mellett 12 nap alatt a hassebet tökéletesen begyógyult.

Folyó év nyarán a beteg ismét jelentkezett az Erzsébet-kórházban. Ekkor látta bemutató, hogy a hasmetszés elég kellemetlen utótünetével, hassérvvel van dolga, mely a köldök alatt 4 ujjnyira kezdődik, lefelé a symphysisig terjed, láthatólag kitágult, de könnyen visszatolható belekkel, és egy a hassebet közepében rögzített, a méh felé lefelé irányult tömör szálaggal. A medenezszervek vizsgálata a már fenn említett elváltozásoknál egyebet nem mutatott.

Nyilvánvaló volt a belek összetapadása és rögzítése, de a betegnek sokféle panaszja nem állott arányban a lelettel. F. év szeptember elsején a beteg a bemutatónak Rókus-kórházi osztályán termelt, és hévvel kérte őt, hogy szabadítsák meg bajától, mely megfuzasztással fenyegeti, még azon áron is „*ha hasát ismét kellene felbontani*“. Bemutató a IV. laparotomiát szeptember 6-dikán végezte rajta. A hassérv felületén óvatosan behatolva látta, hogy a vékonybélnek, egy a vakbélhez közel eső kacsja, 2—3 cm. széles húzal által éles szög alatt elhajtottan a hassebet baloldalához rögzített, továbbá, hogy ennek felső része erősen kitágult, míg alsó és a vakbél részletei tetemesen megvékonyodtak. Lefűzés még nem volt kifejlődve. A jobboldali tuba és ovarium tája álhártyák által többrekeszű, vízszinű savóval telt pseudocystává átváltozott, mely felrepedt s bennéke kiürült.

Most a belek összetapadt részét a peritoneum parietaleval együtt a hasfalról lekészítette, a rajta lévő peritoneumot a bél hossz tengelyére irányított léccze összehúzta, és ezt seroserosus varrattal befedte. Erre következett a hernia abdominalis falainak, a köldököt befogadó kiadó resectiója, és a hasfal correspondáló rétegeinek egyesítése sodronyvarratokkal. A lefolyása lehetőleg kedvező volt. A beteg most már csak székrekedés és olykori gyomorfájdalomról tett említést. Bemutató kórtörténetéhez néhány, a hassebet érintő megjegyzést óhajt tenni, melyek a csomk-kezelésre és hassebvarratra vonatkoznak. Hogy a ligatura erőlyes összehúzása daczára, akár részleges, akár összeszes lekötés mellett a csomk oly összeesése bekövetkezik, hogy belőle vérzés, sőt elvérzés is keletkezhetik, többször tapasztalt dolog. Ezen mindig veszélyes incidens kikerülése céljából, ajánlatos főleg nedvdús kocsányokat, kis, de több rétegekben alakítani, a ligatura feletti részletben látható edénynyílásokat pontos levarrás által újból biztosítani és mint azt a méhcsomkjával újabb időben kitünő eredménnyel tenni szoktuk, még peritoneummal befedni. Majdnem húsz éve, hogy *Keithnél* Edinburgban látta bemutató, miszerint az akkori complicált eljárásoktól eltekintve, az ovarium és álhártyák csomkjait frissen kiégett vassodronyval fűzte le, és akkori időben bámulatos jó eredményeit ezen eljárásának tulajdonította.

Azóta az intraperitonealis csomk-kezelés vált be, valamint a sebes részeknek peritoneummal való befedése fogatosítottatik. Ugyanezen elv szerint egyesíti *Schede* újabb időben a hasfalakat sodronyval, a kacsokat, a hol lehet, elsilyesztli. Eredményei ki-

tünök. Bemutató 15 utolsó esetében ezen módszer szerint végzett hasvarrataival mindig elsődleges gyógyulást ért el, szilárd tartós heggel s genyedés nélkül. A sodronyhuzalok abszolút tisztasága biztosabban érhető el, mint a selyem, cat- vagy silkwormgúté, melyekről tapasztalatilag mondható, hogy felszivódásuk nem szabály, hanem csak kivétel.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Budapest székes főváros közpórházainak évkönyve. 1893. A székes fővárosi törvényhatóság megbízásából közrebocsátja a szt. Rókus-közpórház igazgatósága. A szöveg közé nyomott tizenegy láztáblával és öt képpel. Budapest, Pesti könyvnyomda-részvénytársaság, 1894.

Az ideai évkönyv elődjeit tudományos becsre nézve tetemesen felülmúlja, a mennyiben jelentékenyen bővült a kórházi beteg-észlelés és a tudományos kutatások alapján írt orvosi értekezéseket közlő harmadik rész. A szt. Rókus-kórházból *id. Siklóssy Gyula, Farkas László, Elischer Gyula, Jordán Ferencz, Böke Gyula, Róna Sámuel, Haberern I. Pál, Fuchs József, Sehl György, Eisler Hugó és Lovrich József* dr.-ok részéről van egy-egy közlemény; a szt. István-kórházból *Dulácska Géza, Hochhalt Károly, Pertik Ottó, Takács Endre és Herczel Manó* dr.-ok adnak közléseket; végül a szt. János-kórházból *Grossmann L., Nagy Béla, Szöke István és Polacsek Ignác* dr.-ok járultak a közlések gyarapításához.

Az évkönyv anyagának beosztása és feldolgozásának módja különben nagyjában megegyezik azon irányelvekkel, melyek az előző évekről kiadott évkönyvek összeállításánál is szem előtt tartottak. Lényeges változást csupán a betegforgalomra vonatkozó statisztikai rész szenvedett, a mennyiben egy belügyministeri rendelet értelmében a betegforgalmi kimutatások szerkesztésénél a betegforgalomnak hónapok szerinti feltüntetése mellőztetett. Mint új fejezet felvételét továbbá a közpórházaknál nemes emberbarátok által tett alapítványok táblázatos kimutatása.

Az évkönyv adataiból a következőket közöljük: A szt. Rókus- és szt. István-kórházban 24 osztály- és 2 bonecznok főorvos, 47 al- és segédorvos és 98 orvosgyakornok tett szolgálatot. A szt. János-kórházban 7 fő- és rendelő orvos, valamint 7 másod- és segédorvos volt alkalmazva. A szt. Rókus-kórházban 21164 (10884 fi és 10280 nő), a szt. István-kórházban 13031 (7921 fi és 5110 nő), a szt. János-kórházban pedig 4395 (2754 fi és 1641 nő) beteg ápolgatott. A szt. Rókus-kórházban egy betegre átlag 19 nap, a szt. István-kórházban pedig 24 nap esett. A halálozás a szt. Rókus-kórházban 7·7, a szt. István-kórházban 6·5, a szt. János-kórházban pedig 9%-ot tett. A szt. Rókus-kórház kiadásai 469,482 frtot, a szt. István-kórházéi 317,910 frtot, a szt. János-kórházéi pedig 124,761 frtot tettek ki.

Az igen csinos kiállítású, 357 nagy oldalra terjedő évkönyv sikeres összeállításának érdemében *Müller Kálmán* tanár, igazgató és *Purjesz Ignác* dr. igazgatósági szaksegéd osztoznak.

Schlichter: Anleitung zur Untersuchung und Wahl der Amme.
Wien, Verlag von Josef Šafář, 1894.

Szerző ezen kis munkájában utasítást kíván adni a gyakorló orvosnak, hogy a gyermekágyas nő, illetve a dajka mily módon vizsgálándók arra nézve, vajjon szoptatásra alkalmasak-e. Az első fejezetben behatóan tárgyalja és bizonyítékokkal támogatja azon nézetet, mely szerint nem a tej minőségére, hanem a tej mennyiségére kell a dajka vizsgálatánál a fősúlyt fektetni. A második fejezetben a tej mennyiségére vonatkozó vizsgálati eljárásokat, a harmadikban pedig a dajka általános egészségi állapotára vonatkozó vizsgálatot írja le. Végül a negyedik fejezet a dajka korával, szüléseinek számával, utolsó szülésének időpontjával, a menstruációval stb. foglalkozik, a mennyire azok a dajka választásánál tekintetbe jöhetnek. A világosan és élénken megírt füzet nagyon jó szolgálásokat fog tenni főleg fiatalabb gyakorló orvosoknak, mint a kik eddig nélkülözni voltak kénytelenek egy ilyen fajta munkát. A csinos kiállítású, 5 táblával ellátott könyv ára 1 forint 40 krajczár.

II. Lapszemle.

Sebészet.

Körülrít genyes agyhártyalob középfülgenyedés folytán, trepanatio, gyógyulás esetét közli *W. R. H. Stewart*. Tizenkét éves fiúnál egy hónap óta a jobb fülből genyfolyás történt, az egyszerre elmaradt s a gyermek öntudatlan lett, 7 nappal később az agyaestájéknak megfelelőleg trepanatio történt, a dura mater be lett metszve, a midőn két theáskanálnyi geny ömlött ki, a seb drainezve lett. Egyúttal a processus mastoideus trepanatiója is történt. Műtét utáni második napon a gyermek már teljesen láztalan s állapota különben is megjavult. A gyógyulás teljesen beállott. (*The Lancet*, 1894. június 9.) *Baumgarten Samu* dr.

Perforált gyomorfekély esete, gastrorrhaphia, gyógyulás czím alatt ír *Hastings Gilford*. A beteg 29 éves nő volt, ki már 8 év előtt gyomorfekély tüneteit mutatta s kétszer vért hányt, hat hó előtt hányás s körülírít helyre szorítókozó gyomorfájdalomban szenvedett, mely elmúlt, de négy hónap mulva visszatért, azután ismét elmaradt. Két hóval később hirtelen fájdalom lépett fel valamivel a köldök felett s töle balra, ehhez kétoldali vállfájdalmak csatlakoztak; a légzés mellkasi volt s felületes, a hőmérsék néhány órával később már emelkedett s a pulsus szapora lett, úgy hogy átfürödésre tétetvén a kórisme, a műtét nem lett tovább halasztva. A középvonalban félhüvelykkel a processus ensiformis alatt három és fél hüvelyk hosszú bemetszés lett csinálva, a sebből gázok, peritonealis folyadék s gyomortartalom ürült ki. Az ujj a sebbe vezetve, majdnem közvetlenül a nyílt fekélybe jutott, szűkebb volt semhogy ujjat lehetett volna bevezetni, de széle oly törekeny volt, hogy nyomással be volt tolható, ekkor a gyomor más fekélyekre is vizsgáltatván, az eredmény negatív volt. A fekély vastagodott, szélei ki lettek vágva és az anyaghiány széle tíz silkwormgut-varrattal egyesítve; miután a seb hossza két hüvelyk volt, annyi vastagodott falrészlet eltávolítása volt szükséges. A gyomorba eső lett vezetve s tölcseren át vízzel megtöltve annak kutatására, vajjon a varratok elegendők-e. Mintán víz nem folyt ki a gyomor-sebnek megfelelőleg, hozzáfogott a peritonealis üreg kiirrigálásához fött vízzel, azután a seb, miután rajta üvegdraineső be lett vezetve a hasüregebe, el lett zárva. A draineső már második napon el lett távolítva, hét napon át csak tápláló csőröket kapott. A hetedik napon a hőmérsék rendessé lett, de a 9-diken ismét emelkedett, a tizennegyedik s tizenhetedik napon bő székletétei voltak bő genynyel keverve. Ez időtől fogva láztalan volt s erőhöz jutva, három héttel a műtét után már székbeült. Az irodalomban ez a hatodik eset, mely gyógyult. (*The Lancet*, 1894. június 2.)
Baumgarten Samu dr.

Apróbb jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. Az **exalgin** tudvalevőleg csak ötvenszer annyi vízben oldódik és azért bőr alá fecskendezésre nem igen volt használható. *Cesaris* szerint azonban natrium salicylicummal együtt sokkal könnyebben oldható: Rp. Aquae destillatae 10'0; Natrii salicylici, Exalgini aa 1'0. Egy fecskendővel egyszerre. Másrészt *Edem Ismail* szerint asaprollal összekevert exalgin vízben szintén könnyen oldódik: Rp. Aquae destill. 5'0; Exalgini 1'3; Asaproli 10. (*Le bulletin médical*, 1894. 63. sz.)

2. **Prostatitis** gyógyítására *Scharff* ajánlotta volt először az ichthyolt, melynek 10%-os oldatból fecskendezett a végbélbe. Újabban *Ehrmann* és *Ullmann*, valamint *Freudenberg* ajánlják e bajnál az ichthyolt és pedig suppositorium alakjában. Előbbiek egyenként 15 centigramm, utóbbi pedig 30—60 centigramm ichthyolt tartalmazó suppositoriumokat rendelnek, melyekből reggel és este használendő egy-egy darab. (*Le bulletin médical*, 1894. 63. sz.)

3. **Óriássejtes sarcoma** egy esetét írja le *Samter*, a mely a tibia fejecéből indult ki és már két ízben operáltatott. Miután a daganat újból kiújult, szerző a daganatot kikaparta és az üreget jodoformgázal tamponálta; ezenkívül arsenit rendelt pilulae asiaticae alakjában, melyekből lassanként emelkedve később 10-et vett be a beteg naponként. A jodoform-tampon hetenként kétszer megújítatott. Ezen kezelés mellett két év alatt teljes gyógyulás következett be. (*Deutsche medic. Wochenschrift*, 1894. 37. sz.)

TÁR C Z A.

Megemlékezés dr. Scheuthauer Gusztávról.

Preisz Hugó dr.-tól.¹

„Il n'y a qu'une chose, qui fonde les véritables sociétés, qui élève l'homme, c'est la science.“
Gambetta.

Az emberek kegyeletes megemlékezésének tárgyát első sorban oly egyének képezik, kik lángelméjük által nemzetük avagy az egész emberiség ügyét és boldogulását előmozdították; nevük és kiváló tetteik emléke tovább él késői századok nemzedékeiben és bámulatra ragadja azokat is, a kik saját őseiket már rég a feledés homályába enyészttették. Hála a bőkezű sors iránt és csodálat az az érzelem, a mit ily emberek emléke az utókorban gerjeszt, bár tetteik példát ritkán szolgáltatnak; mert a mit a gondviselés jó kedvében az emberi elmébe mint többletet beléjött, a lángelmének nevezett isteni szikrát, azt az ember hatványozott becsvágygyal és szorgalommal sem tudja elérni.

De nem kevésbé méltók kegyeletünkre oly férfiak, kik, bár nem mindennapi szellemi tulajdonokkal felruházva, saját erejükből és ideális törekvésekkel nemcsak a tudásnak, hanem a feddhetlen jellem ritka magaslatára emelkedtek, és a kik épen az által, hogy sem rendkívüli természetes adományokkal felruházva nem voltak, sem rendkívül kedvező körülmények között nem éltek, például szolgálnak arra, mint fejleszthetni az elmebeli tulajdonokat, hogy elérje vagy legalább megközelítse az általuk elért színvonalat. Ilyen férfiú vala Scheuthauer Gusztáv, a kir. orvosegyesület néhai tagja, a ki emlékének az egyesület a mai napot szentelte. Ha nagy tudás, tiszta jellem, szerénység és leereszkedés egyáltalában és bárkiben tiszteletre méltó tulajdonok, úgy Scheuthauer Gusztávban e nemes vonások béce nagy mértékben emelkedett a tanári hivatás, a minden igaz és jóért lelkesülő ifjúsággal való folytonos érintkezés által, mely alkalmat nyújtott mindazoknak, kik tanítását élvezték, betekinteni széles ismeret- és látkörébe, és bár észrevétlenül is, elsajátítani nézeteit és felfogásait; szóval tudványa és tudása oly tűzhely vala, mely környezetébe állandóan ismeretet, érdeklődést, buzgalmat sugárzott szét.

Scheuthauer Gusztáv 1832. év márczius 11-dikén született Töke-Terebesen, Zemplén megyében; atyja, ki ugyanitt gyógyszerész volt, német családból származott és Csehországból költözött be; később, ugyanesak mint gyógyszerész, átköltözött Pozsonyba, a hol Gusztáv fia gymnasiumi tanulmányait végezte.

Scheuthauer G. gyermek- és ifjúkori éveiről igen keveset tudunk; ő maga legbizalmasabb ismerőseinek is csak nagy ritkán beszélt el egy-egy mozzanatot életéből; nem is szerette, ha valaki hasonló dolgok iránt érdeklődött vagy kérdezősködött, és ezt kicsinyesnek mondotta; ezen felfogása érthetővé teszi, hogy semmiféle önéletrajzi feljegyzéseket nem eszközölt. Egyes elejtett nyilatkozataiból csak annyi ismeretes, hogy atyja szigorúan nevelte és hogy ő már gyermekkorában is nagyon szeretett olvasni; egyes elmondott epizódokból kitűnik, hogy akaratereje és igazságérzete már fiúkorában is erősen ki volt fejlődve, a mennyiben inkább kemény büntetést tűrt el, semhogy igazság- és jogérzetével szemben engedelmes legyen.

Gymnasiumi tanulmányai végeztével a szt. Benedekről nevezett szerzetbe lépett Pannonhalmán. Erre a lépésre atyja kívánására határozta el magát, a ki, miután a szabadságharc idejében igen érzékeny anyagi károkat szenvedett, s majdnem összes vagyonát elveszítette, úgy látszik aggódott, hogy nem lesz képes fiát világi pályára való készülésében támogatni.

Kolostorban 10 hónapot töltött, és életének ez időszakáról elég szívesen emlékezett meg; a világtól való elzárkózottság, anyagi gondoktól való teljes függetlenség, a fesztelen kolostori társas élet, a könyvtár mind oly dolgok, a melyek fővágyának, tudományozomjának kielégítésére a legjobb alkalmat nyújtották. A latin remekírók tanulmányozását és olvasását itt kedvelte meg, annál inkább, mivel a szerzetbeli könyvtár nem egy ritka kötetet tartalmazott. Voltak azonban ezen novitiusi életnek ő reá nézve

¹ Ez emlékbeszédet szerző a budapesti kir. orvosegyesület 1894. évi október 14-diki nagygyűlésén tartotta.

árnyoldalai is, a melyekkel az ő természete nem tudott megbarátkozni. A ministrálás, harangozás, ének és egyéb a novitius állásához kötött teendők teljesítésére nagyon kevés hajlamot tanusított, és ez által nem ritkán derültséget okozott, a mi őt elkésértette, különösen miután egy felebbvalója még azt is megjósolta neki, hogy nem lesz belőle jó szerzetes. Szüntelen ismeretszerzési vágya már ekkor is nagy mértékben ki volt fejlődve, és teljes érdeklődését és figyelmét lekötötte; minden a mi ennek kielégítésétől elvonta, neki fölöslegesnek és terhesnek bizonyult; ő szembe állította ama novitiusi teendőket, a ministrálást és harangozást azzal a szellemi élvezettel és gyarapodással, a melyet azon idő alatt szerezhetett volna, és nem tudta tűrni, hogy szelleme kézi functiók rabja legyen. Elméjének élénk foglalkoztatása nélkül, a mi szellemi munkáknál pihenés számba szokott menni, rövid ideig sem tudott meglenni. Ezen vonás jellemzi Scheuthauert egész életén át, úgyszólván annak végéig.

Isten hozzádot mondott tehát a kolostor falainak és Bécsbe ment, hogy az orvosi tudományok szentelje munkáját és életét. Itt az orvosi facultást a hír és haladás virágkorában találta, és mindjárt az első időben ismeretséget, majd benső barátságot kötött Theodor Meynerttel, a később nagynevű pszichiáterrel és ennek családjával. Nemes munkálkodás, ambitiosus versengés jellemzi emez, a bécsi egyetemen mint medikus töltött időszakot és egymás szellemi kifejlődésére e két ifjú kölcsönös példája bizonyára nem csekély befolyást gyakorolt. E munkásságnak jutalma sem késett soká sem egyiknél, sem másiknál. Még a szigorlatok letévése előtt híre járt úgy medicusok mint tanárok előtt e két férfiú lelkiismeretes és alapos készülségének, és különösen Scheuthauer terjedelmes ismereteinek. Családja és kartársai mondják, hogy az első szigorlatra 3 évig készült, és hogy ez idő alatt szobájába zárkózva semmi mással nem foglalkozott; hogy azon számtalan adatokat, a melyek a szigorlat tárgyát képező természetrajzi tárgyak anyagát képezik, egyszerre emlékében tartsa, saját memnotechnikai módszert alkotott magának. Első szigorlata alkalmával neki egyedül adtak terminust, és tanárai egy teljes délután élvezték nem annyira feleleteit, mint inkább bámulatra méltó széles ismereteinek nyilvánulásait.

Ezen ritka fényes szigorlatnak híre annyira imponált Rokitsky-nak, hogy azonnal, többi szigorlata letévése előtt, meghívta Scheuthauert assitensnek a kórboncztni intézetbe 1860-ban.

Anyagi gondokkal, a melyektől medikus korában nem volt egészen ment, a mennyiben tanítással kellett foglalkoznia, bár atyja anyagi viszonyaihoz képest támogatta, ez időtől fogva már nem kellett küzdenie.

Ha Scheuthauer élete eddig is tisztán a munkásságnak volt szentelve, úgy a következő, Rokitsky mellett töltött időszak a hatványozott, pihenést és kényelmet nem ismerő és közönséges emberi erőt messze felülmuló munkának volt kora. A kórboncztni genialis megalkotójától látni és itélteni tanult, annak ritka nagy tapasztalataiból, és a bécsi egyetem óriási hullaanyagából merítette kórboncztni ismereteit és azokat bámulatos emlékező tehetségével megőrizte; úgy hogy eddigi tudását rövid idő alatt tekintélyes kórboncztni szakismeretekkel gyarapította. A kórboncztni intézet teendői közé abban az időben a törvényszéki és rendőri bonczlatok ellátása is tartozott, a mi által bő alkalma nyílt Scheuthauernek magát a törvényszéki anatómiából alaposan kiképezni. A Rokitsky által megalapított páratlan kórboncztni muzeum létesülésének tanuja és részese volt. Bő előismereteivel és ilyen iskola után jutott végre 1865-ben mint I. tanársegéd abba a helyzetbe, hogy tudását mások oktatására és magára gyümölcsözővé tette. A bécsi orvosi facultás ez időben fénykorát élte; Rokitsky, Skoda, Hyrtl, Brücke, Hebra tudományának híre nemcsak Európa minden országaiból, hanem Amerikából is nagy számban vonzotta oda az orvosokat és tanulókat, kiknek nagy része Scheuthauer előadását is élvezte, a midőn ő Rokitsky helyett, kit sokféle tisztsége az előadástól nem ritkán távol tartott, előadott, vagy pedig magántanfolyamot tartott. A nem tisztán a száraz tárgyra szorító, hanem széles látkörrel és egyéniséggel, előkelő stílusban, tiszta éreces hangon tartott előadásai nagy vonzerőt gyakoroltak hallgatóira, és bizonyos népszerűséget szerez-

tek neki. Kortársai beszélik, hogy midőn Rokitsansky helyett beszélt, kinek *stylusa* nehézkes és ezért elméleti előadása gyengén látogató volt, a tanterem mindenkor megtelt. Annyira élt tudományos hívatásának és intézeti teendőinek, hogy gyakran reggeltől késő estéig az intézetet el sem hagyta.

(Folytatása következik.)

Heti szemle.

Budapest, 1894. november 2-dikán.

Cholera-hírek. Németországban október 15-dikétől 22-dikéig összesen 40 megbetegedést és 13 halálesetet jelentettek be, melyek következőképpen oszlottak meg: Kelet-Poroszország, 4 megbetegedés és 1 haláleset; a Viszula területe, 17 megbetegedés és 7 haláleset; Netze-Warthe terület, 8 megbetegedés; Felső-Szilézia, 10 megbetegedés és 5 haláleset; a Rajna területe, 1 megbetegedés. *Belgiumban* még mindig történnek szörványos megbetegedések; Lüttichben október 1-je óta nem volt újabb eset. *Németalföldön* október 6-dikától 13-dikáig összesen 14 megbetegedés és 8 haláleset fordult elő. *Amsterdamban* október 8-dikáig összesen 100 choleraesetet jelentettek be, melyek közül 35 halálosan végződött. *Oroszországban* Szent-Pétervárott október 9-dikétől 15-dikéig 13 megbetegedés és 4 haláleset fordult elő; Varsó kormányzóságban október 6-dikától 11-dikéig 1 megbetegedést és 4 halálesetet, Petrikan kormányzóságban pedig ugyanezen idő alatt 20 megbetegedést és 10 halálesetet jelentettek be. A többi fertőzött kormányzóságban állítólag szintén már csak szörványos esetek fordulnak elő. *Galicziában* október 8-dikától 14-dikéig 546 megbetegedést és 327 halálesetet állapítottak meg; legtöbb volt a megbetegedés Bobrka (41), Buczacz (46), Kamionka Strumilowna (78), Rohatyn (70) és Zloczow (58) kerületekben. *Bukovinában* ugyanezen idő alatt 10 megbetegedés és 8 haláleset fordult elő.

Vegyések.

Budapest, 1894. november 2-dikán. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1894. október 14-dikétől október 20-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 361 gyermek, elhalt 191 személy, a születések tehát 170 esettel multak felül a halálozásokat. — A fővárosi közokozás-területen a hét elején 1925 beteg, szaporodás 662, csökkenés 672, maradt e hét végén ápolás alatt 1915. — A fővárosi tisztviselői főorvosi hivatalnak 1894. október 22-étől 28-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymában 4 (meghalt —), himlőben 9 (meghalt 5), bányahimlőben 32, állhimlőben 4, vörhenyben 20 (meghalt —), kanyaróban 58 (meghalt 2), ronesoló toroklobban 19 (meghalt 6), torokgyíkban 2 (meghalt 1), trachomában 19, vérhasban — (meghalt 1), hökhurutban 2, orbánczban 10.

△ **Benczur Dénes** dr. egyet. m.-tanár, „*thermographia*“ névvel egy új betegvizsgáló módszert talált fel, melylyel a bőr felületén színes foltok alakjában tünteti fel a szervek, exudatumok stb. kopogtatási határait, a nélkül, hogy kopogtatni kellene. A hanyatt fekvő beteg mellkasára aether-t önt, az aether rögtön kezd párologni, de nem egyenletesen; a hidegebb helyekről lassabban, a melegebbekről gyorsabban. Már előbb kimutatta, hogy a levegő hangot adó helyek felett melegebb, a tompa hangot adó helyek felett hidegebb a bőr. Így a szív-tompulat felett a bőr nedvesen marad. Ha mostan aetherben oldódó festékekkel bevont indigó copir-papírt nyom a szív tájára, a szív-tompulat területe kékes szímben ott marad. Későbbben bővebben fogja módszeréről lapunkat tudósítani.

△ **Egyetemi alkalmazások. II. belklinikai:** díjazott gyakornok: *Aujeszky Aladár* dr.; díjazatlan gyakornokok: *Schneider János* dr., *Kopits Jenő* dr., *Hajdu Imre* dr., *Jankura Iván* dr., *Léndárt Zoltán* dr.; *szemészeti klinikai:* díjazott gyakornok: *Járó Ferencz* dr.; I. belklinikai: díjazott gyakornok: *Móricz Ernő* dr.; díjazatlan gyakornok: *Fisch Aron* dr.; I. *bonoztani intézet:* díjazatlan gyakornok: *Eisenmayer Gyula* V. orvostanhallgató; II. *szül. s nőgyógyászati klinikai:* I. tanársegéd: *Tóth István* dr.; díjazott gyakornok: *Erdey Gyula* dr.; *életlani tanárszék:* díjazott gyakornok: *Ajtai K. Sándor István* dr.

∞ **Figyelmeztetés.** A budapesti kir. orvosegyesület alapszabályai szerint, az új tagok választását illető ajánlatok bezárólag november 30-dikáig nyújtandók be az elnökséghez. Rendes tagokká lehetnek a Budapesten lakó feddhetlen jellemű orvosdoktorok, kik tudományos közreműködésük által az egyesület céljait előmozdítani ígérik. A tagok választása évenként egyszer, az évzáró közgyűlésen egy rendes tagnak írásbeli ajánlata alapján történik. A választandó rendes tagokat illetőleg megkívánatik, hogy azok óhajátusukat az egyesület tagjai közé felvételni, valamint az egyesület alapszabályai értelmében rájuk háruló kötelezettségek elvállalását a titkárnál (VIII. Szentkirályi-utca 21) kapható nyomtatott minták aláírásával nyilvánítsák.

△ A magyar vörös-kereszt-egyesület igazgató választmánya október 31-dikén tartott ülésében *Janny Gyula* dr.-t újabb öt évre az Erzsébet-kórház igazgatójává, *Bartha Gábor* dr.-t pedig Lumniczer tanár helyébe a kórház egészségügyi tanácsának tagjává választotta meg.

○ **Buday Kálmán** dr.-t az orvostanártisztület az 1894/95. tanévre az 1000 frtos Schordan-féle utazó ösztöndíjban részesítette.

— **Lakásváltoztatások.** *Goldzieher Vilmos* dr. m.-tanár és kórházi szemész-főorvos lakását november 1-étől kezdve V., Arany János-utca 9. sz. alá, *Tigermann Mór* dr. pedig VII. ker., Erzsébet-körút 41. sz. alá tette át. *Gager Károly* dr. Gasteinből téli orvosi működés megkezdése végett szokott módon Arcóba költözött.

— r. **Michnay** dr. szikszói orvos elhalálozása folytán orvosi könyvei s eszközei igen jutányos áron eladandók, úgy egyenként, mint egészben is, erről a venni szándékozók értekezhetnek Michnay Bertalan szikszói ügyvéddel.

— r. **(Magyarország orvosainak évkönyve és címértára.)** Az 1894. évben *könyvtárlakban kiadott orvosi munkák szerzői tiszteletteljesen felkérnek*, műveik címzeit az 1895-diki „Magyarország orvosainak évkönyve és címértára“ foglalandó „Orvos irodalmi jegyzék“ részére *Pesti Alfréd* szerkesztőhöz (Szt. Lukács-fürdő) vagy a „Petőfi“ kiadóállalat (Vörösmarty-utca 33) címére legkésőbb október hó végéig beküldeni.

— r. A vaskészítmények tömegéből figyelmet érdemelnek a *liquor ferro mangani saccharati* és *liquor ferri mangani peptonati „Helferberg“*, melyeket mindig állandó vegyi összetételük (0.6% Fe, 0.1% Mn. %) miatt a betegek kellemes ízüknél fogva szívesen vesznek és az étvágyat lényegesen fokozván, a vasnak hatását rövid idő alatt érvényesítik. Mindkét készítmény mérsékelt ára miatt is leggyakrabban használtatik a bécsi és német kórodákon.

„Szt. Lukács-fürdő“ részvény-társaság

Budapestben.

Uj! Gyógykezelés meleg kénves vízzel: A thermalis zuhany-fürdő!! (Douche massage). Téli kúra az iszapfürdőben, mely a szállodákkal egy épületet képez. Nehéz betegek számára felhúzó készülék külön iszapfürdőbe. Kényelem és jó ellátás. Lakásokról és fürdőkről küld prospectust az igazgatóság. A fürdő főorvosa: **Bosányi Béla** dr.

A gőzfertőtlenítő gépek.

A tudomány megállapította az úgynevezett hevenyfertőző betegségek terjedésének és tovahúrozolásának módját és ezzel egyszersmind megjelölte azon irányt is, a melyben haladnunk kell, ha ezen betegségek terjedését akadályozni akarjuk. Az alapos, a lehetőleg biztos fertőtlenítés képezi azon eljárási módot, melynek alkalmazása mellett a hevenyfertőző betegségek tovaterjedését akadályozni és a fellépett járványt az emberi lehetőség határai között leküzdeni képesek vagyunk.

Ez nem csak önkényesen felállított hypothesis, hanem elvitáztatatlan, nyilvánosság tapasztalatok által bebizonyított igazság. Míg a fertőtlenítési eljárás nem volt ismeretes, addig az emberek védtelenül voltak kiszolgáltatva a különféle járványoknak és igen gyakori eset volt az, hogy ha valamely hevenyfertőző betegségnek egy esete valamely házban előfordult, az a család többi tagjaira is áterjedt; különösen tapasztalható volt ez a régiebb cholera-járványok alkalmával, midőn nem ritka volt az olyan eset, hogy egész család, faluhelyeken egész ház népe kihalt choleiában; de mióta a fertőtlenítési eljárás alkalmazásában van, azóta azt tapasztaljuk, hogy a hol az első fellépett esetenél kellőképpen és alaposan fertőtlenítenek, ott ugyanazon heveny betegségnek másik esete nem következik be. Ez egy megbecsülhetetlen hygienikus vívmány. Ez lényegében annyit jelent, hogy az által, ha a fertőtlenítést szigorú pontossággal eszközöljük, ez által a járványok urává leszünk, mert képesek vagyunk a járványok tovaterjedését akadályozni.

A fertőtlenítési eljárások között egyik legbiztosabb hatású a gőzzel való fertőtlenítés. Sokszoros kísérletek bebizonyították, hogy az áramló gőzzel fejlesztett 100° C. hőmérsék megszűnteti a betegségeket előidéző baktériumok ártalmas voltát, mert 100° C. hőfokú áramló gőz hatásának 10–15 percig kitett pathogén baktériumok e gőz hatása folytán elvesztik tenyészképességüket és így még ha az emberi szervezetbe jutnak is, betegséget előidézni már nem tudnak, mert csak a gyors elszaporodásuk által idézik elő azon mérgezést, mely a betegség symptomáiban nyer kifejezést. Igen tüzetes és alapos kísérletek útján az is be lett bizonyítva, hogy a 100° C. áramló gőz biztosabb fertőtlenítő hatással bír, mint az úgynevezett magas nyomású gőz.

A gőzzel való fertőtlenítésnek biztos hatása a tudományos búvárlatok által megállapítva és a gyakorlat által bizonyulva lévén, Magyarország belügyministere a folyó évben egy körrendeletet intézett a törvényhatóságokhoz, a melyben felhívta ezeket, hogy hassanak oda, miszerint a nagyobb községek maguk, a kisebb községek pedig csoportokba állva szerezzenek maguknak gőzfertőtlenítő gépeket és a hevenyfertőző betegségek elleni küzdelem ezen jónak bizonyult eszközeivel küzdjenek az ország egyes területein fennálló és időnként fellépő járványok ellen. Ezelőtt a gőzfertőtlenítő gépeket leginkább a külföldről rendelték meg és a külföldi gyárak rendszerint igen hiányos szerkezetű s ennél fogva csakhamar elpusztuló gőzfertőtlenítő gépeket küldtek be Magyarországra. A belügyminister most említett rendele-

tének megjelenése után azonban egy egész új iparág fejlődött ki hazánkban és a budapesti gyárak nagy arányokban kezdték készíteni a különféle szerkezetű gőzfertőtlenítő gépek.

A közelebb Budapesten tartott VIII. nemzetközi közegészségi és demographiai congressus alkalmával rendezett kiállításon már ezen új iparág feltűnő dimenziókkal jelent meg és a polytechnikai intézet tágas udvarát egészen betöltötték a különféle gyárak által kiállított gőzfertőtlenítő gépeket.

A kiállított gépek között úgy szerkezetük, valamint berendezésük és könnyű kezelhetőségük folytán a legfeltűnőbbek voltak a Tarnóczy tüzoltószert és gépgyár részvénytársaság által bemutatott szabadalmazott gőzfertőtlenítő gépek. Azokat a gépeket, melyeknek fertőtlenítő szekrényén csak egy ajtó van, ennek következtében a gépből a már fertőtlenített tárgyakat ugyanott veszik ki; a hol a fertőzötteteket berakják, már ezen szerkezeti hibájuk folytán figyelmen kívül hagyhatjuk, mert hygienikus szempontból a gőzfertőtlenítő gépek jó szerkezetének előfeltétele, hogy a gép mind a két oldalán ajtóval bírjon s az egyik oldalon az egyik egyén berakja a gépbe a fertőzött tárgyakat, a másik oldalon pedig azokat a tárgyakat már fertőtleníve egy másik egyén szedje ki, mivel különben a fertőzött tárgyakat kezelő egyén a már fertőtlenített tárgyakat a kiszédéskor is fertőzötté teszi.

A manométerrel ellátott magas gőznyomással működő gőzfertőtlenítő gépek is olyanok, melyek nem felelnek meg a mi viszonyainknak és eltekintve attól, hogy az áramló gőz mindig biztosabban működik, mint a magas gőznyomás, ettől eltekintve is a mi viszonyaink között az ilyen gépek alkalmazása sok nehézséggel jár, mert az ilyen gépek kezelésére vizsgázott képesített gépész kell alkalmazni, különben a gép állandóan ki van téve a nem szakszerű kezelésből származó veszélyeknek, esetleg a gép szétrobbanásának. És pedig ezek a külön álló gőzgéppel szerkesztett fertőtlenítő kocsik természetéből folyólag sokkal drágábbak is, mint azok, a melyek nem magas nyomású gőzzel vannak szerkesztve és így az ilyen gépek árúkat tekintve drágábbak, hygienikus működésük pedig kevesebb értékű mint az áramló gőzrendszerben készített gőzfertőtlenítő gépeké. Ezek azon körülmények, melyek folytán a kiállított gépek között feltétlenül a Tarnóczy-féle gyár által készített gépek bírnak első-séggel. Ezek a gépek áramló gőz rendszerében vannak akként szerkesztve, hogy azoknak kezeléséhez nem kell vizsgázott, okleveles gépész alkalmazni, mivel a kazán úgy van összeállítva, hogy a mint a biztos fertőtlenítéshez szükséges hőfokú és nyomású gőz megvan, a felesleges gőz egy a kazánra alkalmazott biztosító szelepen eltávozik s így a gőz felesleges fészítőereje nem idézhet elő veszedelmet és a gépet bárki teljes biztonsággal kezelheti.

Azon kívül a Tarnóczy-gyár készítményeinél kellőképpen számításba vannak véve a fennforgó hazai viszonyok. Vannak négy kerékű és kétkerekű kocsira szerelt, valamint álló gépek is, mind ugyanazon biztos működéssel, de egyszerűsége miatt a hazánkban levő községek különböző anyagi viszonyaira és a nálunk sok helyen fennforgó szállítási nehézségekre való tekintettel lettek összeállítva. A kisebbek sokkal olcsóbbak, mint a nagyobbak, de még a legnagyobbaknak az ára is tetemesen kevesebb, mint a más gyárak által készített hasonló nagyságú gépeké. Mindezen körülményről részletes meggyőződést szerzett azon ötvennél több hatóságí főorvos, kik a kongressus tartama alatt a gyár igazgatóságának meghívására a gyárba kimentek és ott a gépek biztos működésének is szemtanúi voltak.

Dr. Oláh Gyula.

Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és szt. István-kórházban 1894. október 25-től egész október 31-ig ápolott betegekről.

1894.	Felvett		Elbocsátott			Megmentett			Maradt			Az ápoltak közül				
	beteg		gyógy.			beteg			beteg			a Rókusban				
	férfi	nő	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	beteg	szülők	az álló-út kórházban		
Okt. 25	62	31	93	49	27	76	5	4	9	1063	788	1851	991	29	75	756
" 26	48	30	78	26	29	55	1	3	4	1084	786	1870	1014	28	72	756
" 27	32	47	79	43	24	67	3	3	6	1070	806	1876	1004	28	75	769
" 28	39	25	64	37	17	54	5	1	6	1067	813	1880	1006	28	79	767
" 29	45	46	91	53	39	92	4	1	5	1055	819	1874	982	28	80	784
" 30	43	47	90	32	25	57	2	3	5	1064	838	1902	1003	28	79	782
" 31	50	35	85	51	50	101	1	—	1	1062	823	1885	999	27	79	780

DR. DOLLINGER GYULA

TESTEGYENÉSZETI
ÉS
SEBÉSZETI INTÉZETE

BUDAPEST
VII., KEREPESI-ÚT 52.

44

VÉDŐJEGY.

44 Univ. med. Dr. PÉCSI DAN I
nyilvános
TEHÉNHIMLŐ-TERMELŐ INTÉZETE
TURKEVÉN (Jász-Nagykun-Szolnokmegye)

tömeges oltásokhoz, jó és biztos hatékonyságú oltóanyagot, a következő árakon szállít:

50 egyéni (kb. 1 gramm)	---	3.—
100 " (kb. 2 gramm)	---	6.—
1 phiala 2-3 egyéni	---	60
10 vagy több ilyen phiala á	---	50
1 phiala 15 egyéni	---	2.50

Csomagolásért 20 krajczár

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi-, górcsói- és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN

mindennemű ép és kóros váladéknak (ü. m.: vizelet-, köpet-, vér-, dajkatej-, hányadék-, ex- és transsudatum stb.), továbbá szöveteknek, daganatoknak úgy vegyi, mint górcsói és bacteriologiai vizsgálatára vállalkoznak 44

dr. VAS BERNÁT és dr. GARA GÉZA a labororium vezetői.

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

SOK A ROSSZ UTÁNZAT!

A jelenkor legjobb vaskészítménye az
ORIGINALIS SYRUP. FERRIALBUMINATI WIEDERHOFFER-DIÓSY. 3

Ez igen kellemes ízű, az étvágyát határozottan fokozza, s a fogaknak nem árt. Napi adagja 2-3 kávéskanál. — A rendeléskor mindig használtassék az **ORIGINALIS** jelző. Minden üveges dobozban csomagolva ezen egygyel van ellátva. Ajánlom a Syrup. ferri. a bum. **ARSENALIS** Diósy-t, mely 1 1/2% Fowler-oidatot tartalmaz s kitűnően alkalmazható. Az arsenmentes Syruptól Nr. II-vel van megkülönböztetve. Kapható:

DIÓSY LAJOS, gyógyszerész,
Budaest, Damjanich-utca 2. és a legtöbb gyógyszerárban.

SOK A ROSSZ UTÁNZAT!

A nagym. Belügyminiszteriumnak 29013. sz. rendeletére

Szab. gőzfertőtlenítő - készülékek

széthordozható alakban, két kerékre szerelve, mint targonca, ló- vagy kézhuzatra, 4 kerékű vaskocsira szerelve lóhuzatra berendezve; különböző nagyságban, erős szilárd kiállításban; főelőnyei: anyagi és szerkezeti jóság, könnyű **veszélytelen**, szakértelmet sem kívánó kezelhetősége, könnyed szállíthatósága, gyors és feltétlenül hatásos működése; számtalan kimagasló szaktekintély egybehangzó véleménye szerint a legjobb és legtökéletesebb; **hazai viszonyainknak leginkább megfelelők**, a legolcsóbb és legkedvezőbb beszerzési árban; — továbbá **tárgy-, hulla- és személyszállító**, valamint szeméthordó fertőtlenítő kocsik tömör, könnyed járásu, erős kivitelben, fertőtlenítőszer-láda és minden a fertőtlenítési eljárásához szükséges

összes fertőtlenítési eszközök a legjutányosabb és legelőnyösebb feltételek mellett kaphatók **öt évi jótállás mellett**

TARNÓCZY

tüzoltószert és gépgyár-részvénytársaságnál Budapesten

Iroda és gyár: Külső váci-ut 95. sz. Városi mintatelep: Teréz-körut 36. szám.

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 Heubner tanár, kir. tanácsos, lipcei gyermekgyógyászati klinikájából.

Bacteriologiai vizsgálatok az ú. n. septikus diphtheriáról.

Genersich Gusztáv dr.

Igen gyakran beszélnek úgy a gyakorlatban, mint az irodalomban septikus diphtheriáról, a nélkül, hogy mindnyájan ugyanazt értenék alatta.

Hogy csak e thema feletti előbbkelő véleményeket érintsük, felemlíthetjük *Henoch*, *Heubner*, *Francotte*, *Baginszky* és *Vogel* nézeteit.

*Henoch*¹ leírja a diphtheriának egy súlyos alakját, mely magas láz, szakadatlanul szapora pulsussal, nagy apathiával, teljes anorexiával, hányással, bűzös orrváladékkal és a szemhéjaknak duzzadásával, szájbüzzel, nyálfolyással, a nyaki nyirkmirigyeknek erős és kemény duzzanatával, orr- és torokvérzéssel, petechiákkal, nephritissel jár, de ettől megkülönbözteti a septikus diphtheria körképét, melybe a képzhetőleg leg-súlyosabb eseteket foglalja: Hányás lép fel, a gyermekek félrebeszélnek, legtöbbször egészen elernyedve fekszenek soporosus állapotban, szennyes-sárgás arczczal, merev félig nyitott szemekkel, és alig téríthetők magukhoz. Mások teljes öntudatuknál vannak, bár végtagjaik hűvösek, hangjuk gyenge, szívökésük alig tapintható és a néha szabálytalan érverés az ujj alatt elenyészik. A légzési szám gyérül, a szájból rothadt bűz jó elő, a lerakódások gangraeneskálnak.

Berlini tartózkodásom alatt alkalmam volt *Henoch* klinikáján ily esetet látni és az ő véleményét hallani, hogy egy kifejezett septikus esettel állunk szemben, úgy hogy kiemelhetem, miszerint *Henoch* csakis ezeket az eseteket tekinti tulajdonképpen septikusoknak.

*Heubner*² tanár a fősúlyt súlyos helyi tüneteknek szokatlanul súlyos általános tünetekkel való kombinációjára helyezi. Szerintem általános tünetek az arc színének sajátságos halvány, ólomszürke elszíneződése, az arczkifejezés ijedt vagy apathikus volta, a nagy prostratio, közepes láz, nagyfokú szivgyengeség, hitvány, kicsiny, fonalszerű pulsussal, nephritis lépnek fel; mint helyi tünetek pedig: a szájból jövő gangraenosus vagy rossz szagú bűz, bűzös barnás-sárga orrváladék, a tonsillákon és garatrészekben levő lerakódmányok szétfolyó és vérömlenyek által elszínesedett volta, mirigyduzzanat, a mirigyszövet körötti oedema, némely esetben croup az első stadiumban, mely ritkán az agonia felé fokozódik stenosisá.

*Francotte*³ septikus diphtheria (Forme toxique d'emblée) alatt egy kóralakot ért, melynél azonnal általános tünetek is kifejezésre jutnak és a körképet uralják, és melynél az arcz kifejezése elesett, a szemek fénytelenek, kék gyűrűkkel környezték, az adynamia és prostratio igen nagyfokúnak

tűnik fel. Az öntudat többnyire megmarad, de felléphet somnolentia, sőt még coma is.

A pulsus szapora és kicsiny. A láz rohamosan emelkedik, máskor gyorsan alászáll, hogy az élet vége felé subfebrilis hőmérséknek engedjen. A végtagok hűvösek, az anorexia igen nagy, mindig van fejrjevizelés. Az álhártyák jóindulatú kületem mutathatnak vagy gangraenosusak és ennek megfelelőleg oly bűz jö ki a szájból, hogy *Trousseau*-val mondani lehet „il sent sa peste“. A mirigyduzzanat tetemes. Az orron, gégén kívül más testrészek is, többnyire a nemi szervek, a bántalom által ellepvek. Gyakran lépnek fel vérzések a diphtheria által elfoglalt területeken. A halál már 24—48 óra mulva is felléphet, a nélkül, hogy a helybeli folyamat még nagyobb kiterjedést nyerhetett volna.

Ha azonban összehasonlítjuk az adott tüneteket az ő második, nem septikus, hanem *infectiosusnak* nevezett alakjának tüneteivel, úgy azt találjuk, hogy közöttük fokozatbeli különbségek állanak fenn, és hogy azok csak annyiban különböztethetők meg egymástól, hogy az *infectiosus* alaknál az általános tünetek eleinte hiányozhatnak és a lefolyás kevésbé rohamos. Az *infectiosus* alaknál is szennyes lehet a bőrszín; az ajkak haloványak, az arczvonások elesettek, az álhártyák szennyesek, sőt gangraenosusok lehetnek, és leszakításuk után nagy anyaghiányok maradhatnak vissza. A lehetetlen nagy terjeszt, a mirigyduzzanat tetemes, a periglandularis kötőszövet oedematosus. A hőmérsék magas, az érverés szapora és kicsiny, az étvágytalanság nagyfokú és igen gyakran észlelni albuminuriát és tüdőcomplicatiókat is.

*Baginszky*⁴ szerint, ki egy helyi diphtheritikus affectio mellett egy diphtheritikus általános fertőzést és egy septicaemikus diphtheriát különböztet meg, utóbbi a következő körképet nyújtja: A helyi bántalom gangraenosus kületem nyerhetett, az orrból sok váladék ömlik, az ajkak repedezettek, véresek, a nyelv száraz, a submaxillaris nyirkmirigyek tetemesen duzzadtak, a gyermekek nyomorultan néznek ki, arczuk sajátságosan duzzadt. Az arczszín igen halovány, a végtagok hűvösek, a pulsus kicsiny, alig érezhető, a szék hasmenéses, az öntudat nagyon zavart és a gyermekek súlyos apathia tünetei között mulnak ki. Némely esetben a bőrön és nyákhártyákon vérömlenyek jönnek létre és egyúttal hozzá esatlakozik a daganat bántalmazottsága is kisebb fokú stenosisal.

Mig az eddigi szerzők septikus diphtheria alatt mégis többé-kevésbé a legsúlyosabb kóralakokat értik, *Vogel*⁵ a diphtheriát egy egyszerű és egy septikus alakra osztja és utóbbiba mindazokat az eseteket foglalja, melyeknél a szervezet általános mérgezése a helyi tüneteket felülmúlja.

Volt azonban idő, melyben a septikus kifejezést még nem is használták és felmerül a kérdés, hogy akkor létezett-e már a septikus diphtheriának klinikai körképe, vagy csak későbbi időben lépett fel eme súlyos, rettenetes alakja?

Ha a kérdés elintézésénél a korábbi évekbe visszanyúlunk, lehetetlen fel nem említenünk *Bretonneau*-t, a 20-as évek eme kiváló észlelőjét, kinek éles látása által lett a

¹ Vorlesungen über Kinderkrankheiten. 1890.

² Személyes adatok.

³ Die Diphtherie, ihre Ursachen, ihre Natur und Behandlung. (Uebersetzung von Dr. Spengler, Leipzig 1886.)

⁴ Lehrbuch der Kinderkrankheiten. 1892. p. 223.

⁵ Vogel-Biedert. Lehrbuch der Kinderkrankheiten. 1890.

diphtheria első ízben helyes világításba helyezve. Leírásaiból⁶ kitűnik, hogy a bántalom, melynek ő adta a „Diphthérite“ nevet, már akkor és előbb is rosszindulatú alakokban lépett fel, mások által azonban az elötérbe nyomuló helyi tünetek szerint *Angina maligna*, *Gongraena pharyngis* nevekké jelöltetett, és neki igen nagy fáradságába került, hogy ez alakok önállóságát kétséssé tegye. Egy önálló legsúlyosabb alakról még nincs ugyan szó, de már ő is a súlyos általános fertőzést egy elötte ismeretlen méregnek behatása által értelmezte, melyet a betegség lényegének, és úgy a helyi mint általános tünetek okának tartott.

Későbbben találunk jeleket, melyek arra mutatnak, hogy a szerzők diphtheriánál hasonló általános tüneteket észleltek, melyek a sepsisre reáílettek, de akkor még nem volt szó egy önálló septikus diphtheriáról mint mai nap.

Gubler⁷ 2 esetet ír le azon czélből, hogy a gangraena pharyngisnek Bretonneau által tagadott önállóságát vitassa. A 2-diknél egy terhes nő torokfájdalmakkal és mirigyduzzanatokkal betegedett meg. A torok jobb oldalán szürkés bőr képződött, az orrban pedig sárgás hárttyák. Az erő hanyatlása, fülfájdalmak, összeesés, hűvös bőr, a pulsus szaporaságának alászállása, a vizeletnek nagy fejrjetartalma, a mellett szabad intelligentia képezték a bántalom súlyos általános tüneteit, mely még ma is a diphtheria legsúlyosabb alakjának volna tekinthető. Gubler azért fentartja az *Angina maligna* nevet, bár azt mondja „ennél is ugyanazon általános tüneteket találjuk, melyek csak egy septikus vérkeverődésre vonatkoznak, mint az *Angina malignánál* és melyek helybeli ok nélkül is csak oly gyakran beálló halált megmagyarázzák“.

Más oldalról a diphtheria legsúlyosabb alakjait „typhosus“ és „adynamikus“ nevekké jelzik. Egy jelentés⁸ a Schmidt évkönyvekből ugyanazon évből (1857) megkülönböztet a croupos és skarlatos angina mellett egy diphtheritist is, és ez utóbbinak egy alfaja gyanánt az *angina diphtheritica maligna* állítja fel, mely mindjárt elején súlyos általános tünetekkel köszönt be, vagy csak lassan fejlődik oda, hogy a következő jellegeket mutassa: A toroknak, állkapocs- és nyakmirigyeknek erős duzzanata, genyedése és üszkösödése, eves nátha, kiállhatatlan fejfájás, nagy felindulás, typhosus és adynamikus tünetek, halál suffocatio nélkül. A szerző még megjegyzi az akkori idők és felfogás érdekes jellegzéseiül, hogy ezen angina-nál a halál mindig vérmérgezés által következik be, mely a vér teljes elfolyósodása által jellegettetik.

A bécsi „Allgemeines Krankenhaus“ jelentése az 1865. évből⁹ szintén felemlíti a diphtheriánál észlelt rettenetes működési zavarokat, és egyúttal felvilágosítást nyújt *Rilliet* és *Barthez* akkori nézetéről, kik a Pharyngitis pseudomembraneacea-nak typhoid vagy adynamikus alakjáról beszélve, a diphtherikus septicaemiát egy mérgezés által magyarázzák, mely a nyákhárttyák bomlott váladékának a gyomorba való vitele által keletkeznék, egy nézet, mely még az akkori időkben sem fogadtatott el.

*Trousseau*¹⁰ a diphtheria legsúlyosabb alakjainak jelzésére az „angine couenneuse maligne, maux de gorge gangréneux“ neveket használja és a croupos alak leírásánál azt mondja, „jó megkülönböztetendő ez a diphtheriának malignus alakjától, mely a halált hasonló vérmérgezés által idézi elő, mint a septikus és pestishez hasonló betegségek“. Hogy mit ért ezen alak alatt, mutatják az adott tünetek, mint: erős mirigy-duzzanat és a bőrnek erysipelatosus pirja, az izzadmánynak towaterjedése az orra, Eustach-kürtre és szemekre, orrvérzés és másutt fellépő haemorrhagiák, nagy anaemia, étvágytalanság, hideg bőr, felindulás, anxietas vagy részvétlenség, hirtelen összeesés.

⁶ Des inflammations spéciales du tissu muqueux et en particulier de la diphthérite ou inflammation pelliculaire, connue sous le nom de croup, d'angine maligne. Paris, 1826.

⁷ Ueber angina maligna gangraenosa (Referat in Schmidt's Jahrbüchern XCV. p. 45. 1857.)

⁸ Schmidt's Jahrbücher B. V. XCV.

⁹ Schmidt's Jahrbücher. B. V. CXXXVIII. p. 124.

¹⁰ Clinique médicale. 1861. (Schmidt-féle évkönyvek referatumai szerint.)

*Oppolzer*¹¹ kiemeli, hogy a diphtheria heveny fertőző betegség tünetei alatt folyhat le, mi mellett helybeli angina maligna vagy ganraena kívül typhosus tünetek is fellépnek. Az, a ki a súlyos diphtheriának a septikus bántalmakhoz való közeli rokonsága felett határozottabban nyilatkozott, *Billroth*¹² volt, de ő is még messze áll attól, hogy egy septikus diphtheriáról beszélhessen, és inkább csak a súlyos diphtheria és a septicaemia, illetőleg pyaemia tünetének azonosságát jelzi.

Az első, ki a septikus diphtheria elnevezést önállóan használja, leírja, *Wertheimer*¹³ volt 1870-ben. Szerinte a diphtheria két alakot nyújt: 1. egyszerű, 2. septikus vagy typhoid alakot. Utóbbi gyakran fulminans lefolyású, valószínűleg a heves elsődleges intoxicatio következtében. Úgy a helyi, mint az általános tünetek kifejlődése rendkívül rohamos. A tömeges lerakódások gyorsan elevesednek, az állhárttyákat körülvevő nyákhárttya kékes-vörösesen elszínesedik és duzzad, a nyaki mirigyek és az őket környező kötőszövet roppant megdagadnak, a szájból és az orrból bűzös, edző váladék ömlik, az arcz halvány, viaszszerű, duzzadt külelemet nyer, a beteg minden ételtől undorodik, makacs lányás és hasmenés által gyötörtetik, vérzések lépnek fel, az érverés satnya, az arcz beesik. Ezek Wertheimer szerint ama tünetek, melyek a septikus alak prognosist — melyet általánosságban nem állít fel teljesen kedvezőtlennek — rosszabbítják.

E jellegzésből láthatjuk, hogy *Wertheimer* egy a diphtheriára nézve még antibacteriologikus időben, a septikus diphtheriában klinikus tünetekből egy klinikai fogalmat alkotott meg; és ezen tisztán klinikai fogalomban még évekken keresztül sem állott be semmiféle változás.

A fokozódó bacteriologikus vizsgálódások által azonban sok eddig homályos kóroktani fogalom megtisztult, és így megjött annak az ideje is, hogy a sepsis egy oly betegségnek ismertetett fel, melynek okát élő mikroorganizmusok képezik, strepto- és staphylococcusok, úgy hogy mai nap septikus tünetekről beszélhetünk klinikai értelemben, és mikroococcus sepsisről bacteriologiai értelemben. Viszont mondhatni, hogy hasonlóan, mint évekkel ezelőtt a diphtheritistnek Bretonneau által klinikailag megállapított fogalma Virchow által egy boncztoni folyamatra vitetett át, a sepsisnek eredetileg tisztán klinikai fogalmából bacteriologikus elnevezés lett.

Ez alapon igen közelfekvő gondolat volt a klinikailag septikusnak jelzett diphtheriát hasonlóképen streptococcus vagy staphylococcus infectióra vezetni vissza.

Ha azonban az irodalmat átkutatjuk, hogyan és mikor tünt fel és keletkezett a septikus diphtheriának ezen szűkebb bacteriologikus fogalma, úgy azt találjuk, hogy ez csak lassan történt, és hogy a név végleges döntése ez ügyben még ma sem hozatott.

(Folytatása következik.)

Endocarditis acuta ulcerosa egy esete az arteria pulmonalis combinált billentyű-bántalmának tüneteivel.

Sidlauer Armin dr.-tól Miskolczon.

(Vége.)

Az általános tünetek mellett jellegzetes helyi physikális tünetek is voltak: systolikus és diastolikus fuvó zörej, mely sehol egyebütt, csakis a baloldali második bordaközben, itt pedig nagyon erősen volt hallható, azután ugyanitt a systolikus jellegű frémissent cataire.

Igaz ugyan, hogy pusztán zörej jelenlétéből a baloldali második bordaközben, az arteria pulmonalis billentyűbántalmára csak nagyon óvatosan szabad következtetni. Vannak ugyanis esetek, hol mitralis billentyűbántalomnál — insufficientiánál — a zörej nem a szívcsücsön, hanem annak keletkezési helyén, az ostium venosum sinistrum felett, a szívbáson legélesebben

¹¹ Mittheilung nach klinischen Vorträgen: Wiener med. Wochenschrift. Bd. XVIII. 72—89. 1868.

¹² Die Beziehung der Rachendiphtherie zur Septicaemie und Pyaemie. Wiener med. Wochenschrift. Bd. XX. Nr. 7—8. 1870.

¹³ Die Schlund-Diphtherie. München, 1870. Verlag J. A. Finsterlin.

hallható és vannak továbbá aortabillentyűk bántalmai, hol a zörej balra a szegyesontól, a második bordaközben hallható. Itt, ez esetben azonban, úgy a mitralis- mint az aortabillentyűk megtámadtatása ki volt zárható. Mitralis-billentyű elégtelensége azért, mivel a szívesúcson két élesen határolt hang tisztán kivehető volt s mivel ott is, hol a zörej kivételesen a szívbasison legjobban hallható, annak habár gyengébben, de mindenesetre jelen kell lennie a szívesúcson is. De a systolikus zörej stenotikus jellegét már kétségtelenné tette volna az itt tapintható volt s a zörejjel egy időmozzanattal bíró frémissement cataire is, ha az egyúttal a systolikus zörejjel ugyanegy helyen hallható volt diastolikus zörej még elegendően nem erősíti meg az elsőt is, mint szintén az arteria pulmonalis ostiumába valót.

Aorta-bántalmat kizárta szintén az oly éles megszakított-ság a zörej hallhatóságában a szegyesont bal szélétől innen, a második bordaközben; továbbá a zörej teljes hiánya a sternum mentén s az aortaszájda felett, és hogy a carotisban két tiszta hangot lehetett hallani, nem is említvén teljes hiányát az aortabillentyű-bántalomra mutató, döntő tüneteknek a környi ütőerekben.

A jobb szívrész dilatációja, mint természetes s rendszeren bekövetkező folyamánya a pulmonalis billentyű-bántalmaknak, itt kopogtatással határozottan kimutatható nem volt. De lehet, hogy csekély mérvű dilatatio mégis jelen volt. Hogy nagyobb és kimutatható dilatatio nem fejlődött, ez részint a nagy vérvesztésre, részint pedig a folyamat rövid tartamára, valamint az infectio sorvasztó hatására vezethető vissza. S szintén így magyarázható meg a cyanosis és minden egyéb pangási tünet elmaradása.¹

A meglévő tünetek összesége, valamint a hiányzó tünetek kielégítő magyarázata a kórisme biztos megállapítását kétséget kizárólag megengedhették. Megjegyzendőnek tartom azonban, miszerint csak a bántalom localisatiójáról levonható volt tünetek vezettek egyáltalában az endocarditis ulcerosa kórisméjének gondolatára; a helyi tünetek nélkül ily folyamat combinatióba bár jöhetett, de azt kórismézni nem mertem volna, dacára minden más szerv negatív leletének, oly leletnek, mely ezen heveny, s úgy az egész kórkép mint minden egyes tünet szerint, heveny ragályos bántalomnak megfelelő volt.

Általánosan beismerik is, hogy endocarditis kórisméje alig megállapítható ottan, hol a folyamat csupán a szívüreg belső falzatán localisálódik s hol helyi tünet hiányával csak az általános megbetegedés kórképe dominál. Ilyen falzati endocarditis, bár — az ismertett okok következtében — ritkán, de minden esetre előfordulhat, rendszeren azonban csak kórboneztani kórismének képezi tárgyát.

A kórisme megállapításával itt még eldöntendő volt — mint minden esetről, hol a szív előbbi állapotáról biztos tudomásunk nincsen — azon kérdés is, vajjon az endocarditikus folyamat egészen ép vagy szövetségben már elváltozott volt billentyűket támadott-e meg, vajjon a jelenlegi bántalom nem egy régi, veleszületett vagy acquirált insufficiencia és stenosis helyén lépett-e fel, szóval ezen eset nem egy recuráló endocarditis-e?

Ha igaz is azonban, hogy veleszületett tüdőüteri stenosis későbbi korig is minden küllő tünet nélkül elviselhető, annak latenciában maradása minden esetre csak kivételes esemény s eltekintve, hogy itt ez esetben egy rendkívüli esetet s ezt még ezenfelül rendkívüli tünetekkel kellett volna feltenni, eltekintve ettől, congenitális szűkületet ki lehetett zárni épen a jobb szív hiányzó hypertrophiája miatt, melynek pulmonalis szűkületnél idővel minden körülmények között képződnie kell s mely itt csak a fentemlített okok folytán nem fejlődött. S hypertrophiának fejlődnie kell még azon esetekben is, hol nyílás a kamara-septumban vagy tág foramen ovale szövődik a bántalomhoz, mivel ezen szövödmények egymagukban, hypertrophia nélkül

compensatorikusan ellensúlyozni nem bírnak. Ugyanis a kamara-septum nyílása nem képezhet compensatiót, mivel hogy a systole mozzanatában jobb és bal kamara egyszerre húzódik össze, ekkor tehát a jobb kamarából a baloldaliba az ellensúlyozó nyomás miatt átfolyás nem történhet, a véroszlopnak csakis a természetes nyílás felé, a tüdőüteri ostiuma felé kell irányulnia s mivel ez szűk, a szívizom a szűkületi akadály legyőzhetőre fokozódva fog igénybe vétetni, idővel tehát túl fog tengeni. Hasonlóan nem képezhet compensatiót egy tág foramen ovale, mivel ezen nyílás és a kamara között az atrioventricularis billentyű gátja van közbe illesztve és ha ez sufficiens, nyitott foramen ovale nem könnyíthet semmit a kamara-szívizom systolikus munkáján. Azonban kifejlődött hypertrophia után a compensatio segédeszközeül a két septum abnormalis nyílása igenis szolgálhat; mert a jobb szív túltengése folytán üregében a vérnyomás felülmúlhatja a baloldaliét és ép úgy idővel, a pangás folytatásával a jobb előkamarába s ezzel a beállott hypertrophia a vérnyomást itt fokozhatja annyira, hogy innen vér a foramen ovale nyílásán átfolyik a bal előkamarába.

S ez a jobb szív hiányzó hypertrophiája egymaga kizár szintén egy régibb keletű acquirált billentyűbajt e helyen, eltekintve attól, hogy betegemnél semmi támpont egy olyannak supponálására nem volt.

Esetem aetiologiája iránt kétség nem lehetett; a bántalom támadt a puerperalis méh infectiója folytán. Igaz ugyan, hogy sehol az egész ivarszerv csatornájában és sem az uterus testben, sem pedig adnexaiban semmi betegági elváltozás nem volt. De ez nem határoz.

Virchow¹ még a bacteriologia előtti időben az ilyen eseteket azzal magyarázta, hogy a puerperium folyamán meghűlésre, azaz hirtelen lehűtésre legbővebb alkalom nyílik, az endocarditis tehát itt szintén többnyire rheumatikus eredetű s ilyen eseteket ép úgy kell megítélni, mint másokat puerperium nélkül, csak hogy itt az alkalmi ok véletlenül a puerperium.

A bacteriologia más magyarázatot ad. Ugyanis pathogen testek invasiója megtörténhet s a micrococciok kifejthetik a meglepett szervben a legfoudroyansabb hatást, a nélkül, hogy bármily elváltozás találtassék a betörési résen. Ilyen esetek újabban gyakran észleltettek, *Leube* szerint „spontan sepsis“, míg *Litten* ily eseteket „sepsis, ismeretlen betörési helylyel“ alá rubrikálja, *Klebs* pedig mindezen eseteket összefoglalja „belső sepsis“ megnevezése alatt. S bár el van ismerve, hogy septikus folyamat valamely sérülésnél létrejöhet infectio által is, hogy továbbá infectios gócz támadhat a szervben sérülés nélkül is, egy már előbb inficiált egyénnél, *Klebs* szerint mégis a legtöbb úgynevezett „acut belső sepsis“ eseteinél a kórhatányok betörési helye valamely bőrexcoriatio vagy kisebb fekély jelenlétében kimutatható volt; de még második sorban egy infectiónak kiindulási pontjául tekintendő a légző-készülék és a bélhuzam is. S nevezett buvár szerint mindezen eseteknek közös jellege, hogy a betörési helyen csak igen csekély vagy egészen friss elváltozások találtak. *Klebs* még ide sorozza a puerperalis sepsist is, hol sem az uterusban, sem adnexaiban semmi kóros elváltozás ki nem mutatható.²

Ezen viszonyok magyarázata csak hypothetikus. A feltevés ugyanis elméletileg a microbák biológiájával összeegyeztethető, hogy azok betörési helyükön, vagy mivel nem elegendő számban invazionálnak, vagy mivel virulentiájuk nem kellő nagy fokú, itt az organismus természetes védőeszközei ellen meg nem küzdhetnek; bejutván azonban a vérkeringésbe, szaporodhatnak és virulentiájuk is fokozódhatik, s mindez annyira, hogy valamely, nekik megfelelő talajon megtelepednek és kifejtik romboló hatásukat.

Esetemben a kórboneztani elváltozásokat, az ismert leletek után s az itt észlelt physikalikus tünetek — a zörejek — egy bizonyos sajátságának tekintetbe vételével, némi valószínűség szerint meg lehetett construálni. Állítják ugyanis, miszerint rosszindulatú, fekélyes szivbelhártyalobnál az acustikus

¹ Különben Meyer R. idézett dolgozatában 38. old. a szívtempulát nagyobbodását endocarditis ulcerosánál egyáltalában csak igen kevés esetben constatálnak állítja.

¹ Ueber die Chlorose etc. 22. oldal.

² Eulenburg. Real-Encyclopädie. Cikk: Sepsis.

tünetek rendkívülien változékonyak s hogy a zörejek úgy természetükben, mint minőségükben egy feltűnő inconstancia által kiválnak. *Friedreich*¹ legelőször figyelmeztetett e körülményre s legelső, ki ezt a kórboneztani elváltozások sokféleségére és az egymást gyors változatosságban követő, majd képződmények s majd ronesolások alkotásaira vezeti vissza. *Rosenbach*² és *Séc*³ hasonlóan hangoztatják ezt a változékonyt az akustikus tünetekben, melyet ők kísérleti endocarditis-nél épen oly gyakran találtak.

Esetemben azonban ilyen inconstancia a zörejeknél egyáltalán nem volt észlelhető. Ellenkezőleg, itt kezdetből fogva mindvégig, állandóan ugyanoly intenzitással bíró, ugyanoly fuvó- és kapargató jellegű s ugyanoly, maradandóan hosszúra nyújtott systolikus és diastolikus zöreje volt tisztán hallható. Ez kettőre engedett következtetni: először, hogy azon kórboneztani elváltozások, melyek a zörejek keletkezésének okául szolgáltak, már mindjárt kezdetben megvoltak, másodsor pedig, hogy ezen elváltozások mindvégig eredeti minőségükben megmaradtak, vagy legalább is igen keveset változtak. Ennek leginkább felel meg egy terjedelmes thrombus képződése, természetesen azon kisebb-nagyobbmértű ronesolások mellett, melyek az endocarditis ulcerosa rendszer és elmaradhatlan leletét képezik. Thrombus mindenesetre gyorsabban képződhetik, mint egy magát zörejekben külső nagyobbszerű fekély, ronesolás vagy heveny billentyű-aneurysma. A thrombus itt, az infectio megtörténte után annál gyorsabban és könnyebben is fejlődhetett, mivel megelőzőleg nagy vérvesztés volt, mely mint tudva van, úgy egy infectiónak létrejövésére, mint épen szintúgy thrombosis folyamatára nagyban növeli a hajlamot. Így azután itten a thrombus lerakódott a mikrobákkal beoltott s szövetségében megsérült ütéri szájda és billentyűk endocardiumára és okozta úgy a szájda szűkületét, mint a billentyűk zárképtelenségét. Végül, ha kisebb törmelékdarabok a thrombusból minden bizonynyal le is váltak, a mire a tüdőben tömülési tünetek reámutattak, ép oly bizonyos, hogy nagyobb mértű lágyulási átalakulás a thrombusban nem történt, mivel különben nagyobb fokú embolia s ennek megfelelő hevesebb tünetek léptek volna fel a tüdő és a mellhártya részéről.

Mind a többi szájda és billentyű épék s a lobos folyamatól mentek lehettek, hiányozván az egész lefolyás alatt akármi az ellenkezőre utaló tünet. Feltehető azonban, hogy a szívűreg falzata kisebb-nagyobb mérvben meg volt támadva, mivel ilyenre, mint egy állandó ingerforrásra, reámutatott az apyrexia ideje alatt is mindig szapora feszült és izgatott jellegű érverés.

Sajnos, ez esetben — miután az autopsia nem lett meg-ejtve — megközelítőleg sem lehet meghatározni, hogy mily körülmény szolgáltatott okot a bántalom ezen rendén kívüli localisatiójára. A fent jelzett eshetőségek akármelyike dönthetett, de biztos támpont a kórtünetekben nem volt egynek elfogadására sem.

Esetem symptomatológiájából a megemlítendő már fent a kórisme megállapításánál lelte helyét. Toldólag még kiemelendő a feltűnő és állandó euphoria, az utolsóelőtti napig zavartalan maradt sensorium mellett és továbbá a szívdobogás, valamint dyspnoe subjectiv érzetének teljes hiánya. Ezt mind, a különben oly gyakori, de itt hiányzott szövődmény a pericardium és a pleura részéről magyarázza meg, mint *Meyer* szintén, már idézett s az endocarditis ulcerosa tanának alapját vető dolgozatában megemlíti, hogy minél inkább szorítottok a lob csupán az endocardiumra, subjectiv panasz annál ritkábban tapasztalható.⁴

Esetemben az egész folyamat, a magzat kifejtésétől számítva, két hét alatt véget ért. Ez a lefolyási idő megfelel a közepes értéknek. Vannak ugyan esetek felemlítve, melyek oly peracut folytak le, hogy kórismét sem lehetett életben

megállapítani,¹ de viszont voltak esetek is, hol a lefolyás hét hétig tartott. A lefolyás itten, a szövődmények hiányának megfelelőleg szintén egyforma volt s minden nevezetes, közbeeső körülményt nélkülözött. Sajátságos volt az exitus előtti napon az érverés; a tapintó ujj alatt úgy volt érezhető, mint egy erősen megfeszített húrnak vibráló hullámai, analog mintegy a fremitus érzéséhez.

A halál mindinkább növekvő prostratio és a szívműködés hanyatlása következtében állt be.

A therapia chinin- és bő alkohol-adagolásból állott. Egyszer, csupán kísérletképen, digitalis főzet rendelttetett, de legcsekélyebb hatás nélkül; az érverés semmi tekintetben sem alteráltatott általa. Jégtömlő alkalmazása a szívűregre a betegnek két napig kellemesen esett, tovább azonban nem lett türve.

Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok.

Meddig izolálendő a serummal kezelt diphtheriás beteg?

Közlök *Berend Miklós* dr., a budapesti Stefánia-gyermekkórház segédorvosa és *Preisich Kornél* dr., gyakornok ugyanott.

Tudjuk *Löffler* és mások vizsgálataiból, hogy a reconvalens diphtheriás beteg szájából 30—50 napig, sőt vontatott lefolyású esetekben néha tovább is kitenyészthető a *Klebs-Löffler*-féle bacillus. Miután pedig, ismereteink mai állása szerint, mindaddig, míg a garatűrből virulens diphtheria-bacillust tudunk kitenyészteni, addig fertőzőnek kell tekintenünk az üdülő beteget, ennél fogva mindaddig fenn is kell tartanunk az elkülönítést, ha a fertőzés tovavitelét meggátolni akarjuk.

A priori nem gondolható, hogy ezen a serumkezelés valamit változtatni fog; tudjuk ugyanis, hogy a vérsavó nem bactericid szer, mert immun állapot vérsavóján s így a gyógyszerül használt serumon is igen jó kitenyészthető a diphtheria-bacillus, mint azt saját kísérleteink is igazolják.

Roux azonban azon felolvasásban, melyet a budapesti hygienikus congressuson tartott, arra is utal, hogy vérsavóval kezelt diphtheriás beteg szájából egyes kivételes esetektől eltekintve, a 3-dik, 4-dik napon tűnnek el a bacillusok s ő az első, a ki arra figyelmeztet, hogy diphtheriás croup operált eseteiben a huszadik napig s azon túl is megtalálta a kórismegő mikroorganizmust. Ezen irányban végzett vizsgálataink, melyeknél az anyagot a *Bókai* tanár vezetése alatt álló Stefánia-gyermekkórház diphtheria-osztályának vérsavóval kezelt üdülő betegei szolgáltatták, eddig 31 esetre terjednek ki; 25 esetben már véglegesen be is fejeztettek. Csupán oly esetek vétettek vizsgálat alá, melyeknél a betegség virulens stadiumában a *Klebs-Löffler*-féle bacillus jelenléte előzőleg már meg volt állapítva, s így pseudodiphtheria ki volt zárható.² Torok, orrdiphtheria eseteiben, tudva azt, hogy az orrüreg hátsó részeiben tovább áll fenn a diphtheria-bacillus, az orrüregből is eszközöltettek minden második, harmadik nap oltások, a kimutatható álhártyaleválás napjától kezdve, míg intubált croupos eseteinkben a végleges extubatio véteget kiindulási pontul, mert ezt a torokbeli álhártyaleválás rendszeren megelőzte. A vizsgálatokat mindaddig folytassuk, míg kétszer, kétes esetekben háromszor nem találtunk határozottan negatív eredményt.

Észleleteink eredményét ezen előzetes közlés keretében csak kivonatosan foglalhatván össze, azt állíthatjuk, hogy tiszta torok-diphtheriánál a 8-dik nap, torok és orrbeli diphtheriánál a 11-dik nap volt az a végső határ, a meddig a bacillusok jelenléte ki volt mutatható; míg intubált eseteink nagyobb részében a 15—20-dik napig, sőt két esetben a 30-dik napig is találtunk bacillusokat. Ez észleletek több irányban érdemelnek figyelmet. Először azért, mert magasabb számadatokat tüntetnek fel, mint *Roux* vizsgálatai; ennek oka azonban az lehet, hogy *Bókai* tanár a kísérlet

¹ Virchow. Specielle Pathologie u. Therapie. V. kötet. 2. szakasz. 330. oldal.

² Eulenburg. Real-Encyklopädie. Czikk: Herzerkrankheiten.

³ Klinik d. Herzerkrankheiten, német fordítás Salomon M. 26. és 27. oldal.

⁴ Ueber die ulcer. Endocarditis. 37. oldal.

¹ Chvostek esete, mely 3—4 napig tartott, s hol meningitis conexitatis kórisméztetett. Wiener mediz. Presse. 1877. Nr. 40.

² Bár nem tartozik ezen közlés keretébe, mégis megjegyezzük az eset ritkasága miatt, hogy egy esetünkben a *Klebs-Löffler*-féle bacillus a gátnak egy — hólyagimetszés miatt végzett — sebéről is ki volt tenyészthető.

tisztaságának megítélése végett minden lokális kezelést elhagyott egyelőre; ha egy másik kísérleti sorozatnál, melynél lokális kezelés is fog végezteni, az eredmények még inkább megegyeznek Roux eredményeivel, úgy ez egyszermind hathatós bizonyítéka leendő a lokális kezelés szükségességének a vérsavó alkalmazása mellett is.

Roux nem magyarázza azt, hogy miért található fel a diphtheria-bacillus operált esetekben tovább, mint egyszerű torokdiphtheriánál, de mi azt hisszük, hogy ennek oka a végleges extubatio után a légcső- és gégében egy ideig visszamaradó, részben purulens hurut; melynek váladékában a diphtheria-bacillus tovább találja meg az életfeltételeit, mint a torokür gyorsabban regenerálódó nyálkahártyáján.

Arra nézve épenséggel nem adhatunk kielégítő magyarázatot, hogy miként befolyásolja a vérsavó-therapia ily kedvezően a bacillusok eltűnését a torokból; az állhártya-leválás teljesebb és gyorsabb voltán kívül talán az játszhat itt szerepet, hogy a nyálkahártya gyorsabban regenerálódik vérsavó-kezelés mellett mint a nélkül.

Dolgozatunk lényegét abban foglalhatjuk össze, hogy ha a további is végzendő vizsgálatok ugyanezen eredményre vezetnek, úgy remélhető, hogy a vérsavóval kezelt diphtheriás betegnél az izolálás tartama meg lesz rövidíthető és pedig felére az eddigi elkülönítési időnek; nem áll ez azonban a diphtheriás croup operált eseteire, melyekre nézve az elkülönítés továbbra is — és pedig körülbelül egy óra — tartandó fenn; mi azonban úgy is könnyebben keresztülvihető, mint egyszerű torokdiphtheriánál, mert úgy is hosszabb az ütülési szak.

Ezt is minden esetre nagy vívmánynak kell azonban tekintenünk, ha meggondoljuk azt, hogy e kérdés szorosán összefügg a diphtheria-fertőzés szűkebb határok közé szorításával és továbbvitelének meggátolásával.¹

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XX. rendes ülés; 1894. november 3-dikán.)

Elnök: Kétyi Károly, majd Ángyán Béla; jegyző: Terray Pál.

Elnök: „Midőn az ülést megnyitom, kötelességemnek tartom kijelentést tenni amnyiban, a mennyiben a mult ülésen elnöklő elnöktársam némely napilapok által téves informatio következtében megátadott és ellene sértő kifejezések használtattak. Indítványozom, mondja ki az ülés, hogy elnöktársam eljárása teljesen correct és kötelességszerű volt, a mennyiben arra az ülés részéről fel is hivatott és kérem ezt elégtételül a jegyzőkönyvben is kifejezni.“

Szomorú kötelességet teljesít ezután, midőn jelenti, hogy Blau István szemorvos 47 éves korában elhalt. 1877 óta volt az egyesületnek szorgalmas, munkás, tudományos tagja. Emléket s elhunyt feletti sajnálatát az egyesület a jegyzőkönyvben is kifejezi.

Elnök felszólítja ezután a tagokat, hogy az Ivanchich-alap segélyösszegének hova fordítása iránti ajánlataikat 14 napon belül adják be; figyelmezteti a tagokat, hogy a tagajánlások határideje november 30-dikán lejár.

Jelenti ezután, hogy a Szt. Lukács-fürdő igazgatósága az egyesület tagjait november 14-dikére meghívta az új fürdőépületek megtekintésére. Indulás a Károly-kaszárnyától külön lovonaton d. e. 11 órakor. A jelentkező-ív ki van téve az olvasóteremben.

Következik a napirend: Esmecserere: Bókai János (Behring-féle gyógyásavórol tartott) előadása felett.

1. *Pertik Ottó*: A székes főváros megbízásából alkalma volt úgy Roux-nak párisi labororiumát, mint a hűchsti gyárat meglátogatni azon okból, hogy a gyógyszerem előállítási módját autopsiából megismerhessék. Mindenekelőtt felemlíti azon főelveket, melyeken a savó-therapia alapszik. Szól a diphtheria-bacillus felfedezéséről Klebs és Löffler által, majd Roux és Yersin vizsgálatait említi, melyek szerint a diphtheritis-bacillusok által termelt toxinall állatoknál diphtheriás benu-lások is előidézhetőek. E vizsgálatokra impulsust Pasteur adott azon elvi jelentőségű felfedezésével, mely szerint tyúkhólyos-bacillus bouillontenyészetének csírmentes szűrlésével a tyúkhólyosnak néhány jellegző tünete, nevezetesen az álomkórtság, előidézhető. Attér azután a vérsavó bactericid hatásának felfedezésére, melynek érdeme Fodor tanár nevéhez fűződik és a mely szerinte a serumtherapia kiinduló pontját képezi. Szól a Behring-féle törvényről és Behring és Kitasato alapvető vizsgál-

latairól, a melyek lapunk olvasói előtt „a vérsavótherapia“ című fárcza-közleményeinkből már ismeretesek.

Az immunizált állat vérsavójának hatásmódját illetőleg nem hiszi, hogy a savónak antitoxikus hatása volna, vagyis közömbösítene a toxinokat. Úgy fogja fel a dolgot a mint Roux, hogy a toxin tulajdonképeni megsemmisítéséről szó sem lehet; csupán a toxin hatása nem érvényesülhet az antitoxin befolyása alatt, mert a vérsavó a sejt-elemekre stimulálólólag hat, azok ellenálló erejét növeli; az „antitoxin“ kifejezés tehát csakis ilyen biologikus értelemben fogandó fel.

Behatóan foglalkozik ezután az állatok immunizálásával, a mint azt Roux végezi, bemutatva egyszermind a szükséges készítményeket is. Foglalkozik a toxin előállításával, az immunizálendő állatfaj kérdésével, az immunizálás menetével, a vérsavó hatásosságának mérésével. Szól a Roux-féle mérési módot, melyet eleinte Behring is használt, előnyben részesíti; a módszer lényege abban áll, hogy meghatározzuk azon vérsavó mennyiséget, mellyel az állat egy bizonyos erősségű, biztosan halálhoz vezető diphtheriás fertőzés ellen megvédhető; azon arányszám, mely mutatja, hogy az állat testsúlya hányadrészének megfelelő vérsavó-mennyiség szükséges a halál megakadályozásához, adja az immunizáló értéket. Így 1:50,000 azt jelenti, hogy 100) gramm súlyú tengeri malacot 0.05 gramm (1000 gramm 50,000-edrésze) vérsavó megvédelmezi a halálos diphtheriás fertőzés ellen. Előnye ezen számítási módnak főleg könnyebb eszközölhetősége; másrészt pedig a német egység, melyre a Behring-féle számításnál szükség van, nagyon nehezen kapható meg. Különben is osztja a Behring-Ehrlich-féle számításra nézve Roux nézetét: „La nature du sujet ne comporte pas cette précision.“ (A kérdés természete ily precisiót meg nem tűr.)

Szól végre a Budapest számára szükséges lovak számát, egy czélszerűen berendezett, nagyobb dolgozó helyiség fontosságát fejtegeti és kiemeli, hogy tuberculinnal most immunizálnak Hűchst-ben tehencet, hogy azok savóját gyógyezelókra megkíséreljék.

Roux budapesti előadása óta a párisi Trousseau-kórházban újabb 110 esetet észleltek 10 halálesettel, melyekből 3 tracheotomiás volt. Bizalommal tekint a serumtherapia jövője elé.

Vége köszönetet mond Roux-nak készségeért, mellyel az eljárások minden részletét szívesen bemutatta.

2. *Grósz Gyula*. Felsőzálnak alkalma volt Bókai eseteinek nagy részét észlelhetni és azon nagy benyomások alatt áll, a melyeket ezen therapia folyamán nyert. Nézete szerint nem egyedül a statistika fontos a serumtherapia értékének megítélésénél, hanem az egyes esetek észlelése és azoknak prognostikai szempontból való megmérlelése az, a mi felelté fontos. Es épen e tekintetben igen értékesek és tanulságosak Bókai tanár esetei. Csak arra a körülményre utal, hogy ezen esetek észlelése kapcsán volt elég oly eset, a mely igen súlyos volt, igen kiterjedt lokális folyamat mellett, több-kovesebb penetrans bűzzel, erős beszűremkedéssel, renyhe szív működéssel, nagyfokú erőhanyatlással, sőt egyik-másik esetben súlyos croup-tünetekkel kapcsolatosan, úgy hogy intubatiót kellett végezni, a mely után nagy állhártyák ürültek, és az esetek meggyógyultak. Láttunk a serumtheraphia előtt is ily eseteket gyógyulni; hanem azt már nem mondhatja pusztá véletlennek, hogy 7 ilyen eset gyógyult egymásután. Ezt már a serumtherapiának hajlandó betudni, mert míg azelőtt, ha tracheotomizált vagy intubált betegek nagy állhártyát expectoráltak, ritkábban látott gyógyulást, addig most a serumtheraphia mellett több ilyen eset gyógyult, a hol nagy, vaskos, a légcső teljes lenyomatát mutató csöves állhártyák expectoráltak.

Továbbá felveti azon kérdést, vajjon végezzük-e egyáltalán a serum-oltásokat a magánygyakorlatban is?

Ma, a mikor a nagy közönség, a napi sajtó ezen kérdéssel már behatóan foglalkozik, ezen kérdés elől kitérnünk nem lehet és nem is szabad. Az orvos kötelessége lévén a „primum non nocere“, a szer ártalmatlansága fölől mindenekelőtt tisztába kell jönnünk. Es e tekintetben tudjuk és ezt már nagyszámú észlelések el is döntötték, hogy a serum semmiféle általános vagy helyi zavarokat nem okoz. A kérdés nehézsége csak ott van, hogy a különböző erősségű folyadékok alkalmazásának indicatiói még nincsenek teljes biztonsággal meghatározva, a mi azonban a szer ártalmatlansága mellett semmi esetre sem akadályozhat abban, hogy a serumot alkalmazzuk.

Hogy azonban a serumtherapia értéke teljes mértékben méltányol-tassék, szükségesnek tartja hozzászóló, hogy minden esetben, a melyet a magánygyakorlatban kezelünk, de kiváltképen a gyanus esetekben (tonsillitis follicularis és tons. follic. confluens) a bacteriologiai vizsgálat végeztessek. Szükségesnek tartja továbbá, hogy mindazon esetek, a melyek a kórházon kívül kezelteknek, összegyűjtessenek, mert minél több esetről van tudomás, annál könnyebben lehet a serum-therapia értéke felett véleményt nyilvánítani.

Véleménye szerint tehát a serum ártalmatlan lévén, alkalmazandó, azonban egyszermind a szülők tudomására hozandó volna az, hogy a serum gyógyító értékéről végleges ítéletet mondanunk még nem lehet, még számos észlelésre és kísérletezésre van szükségünk, míg abban a helyzetben lesünk, hogy azt tehessük. Alkalmazzuk a serumot teljes objectivitással, vegyük az összes körülményeket számba, úgy a mint azt Bókai tanár tette és ajánlja, és tartsuk fenn végleges ítéletünket arra az időre, a mikor kellő számú esetek állanak majd rendelkezésünkre.

3. *Högyes Endre* tr. Ha hozzászól a fennforgó kérdéshez, teszi azon alapon, mert egy rokon gyógyításmódra nézve saját közreműködés alapján átélté a kísérletezés minden phasisát a gyógyításmód teljes kifejlődéseig és annak kétségtelen sikeressége constatásáig. Sok tekintetben analóg a két gyógymód, az antirabikus védőoltás és a most szóban forgó antidiphtheritikus orvoslás, minden esetre egy talajból fakad, abból, mely-

¹ A bacteriologiai vizsgálatok eseteinknél a fővárosi bacteriologiai intézet labororiumában végeztettek, Pertik tanár szives előzékenysége folytán.

ből Pasteur a védőoltások kérdését tudományos kísérletezés tárgyává tette és azt az orvosi tudomány napi kérdésévé emelte. *Pertik* tanár elmondta az új gyógymód eddigi fejlődésének történelmét és így megkövetelheti saját felszólalását. Az ő előadásából kitűnt, hogy ez a kérdés, mindenek előtt a mi az experimentális részét illeti a dolognak, még mindig forrongásban van; a mi teljesen indokolja az orvosi gyakorlat és klinikai hűvörlatnak bizonyos tartózkodását a gyógymód értékesége felől az ítéletmondásban, melynek jó példáját láttuk éppen *Böckai* tanár előadásában, a mely ezen eszmecserének kiindulási pontját teszi.

Emlékeztetbe hozza a Kochin vagy tuberculin történetét. Emlékeztet, milyen csalódáson kellett keresztül mennünk, midőn nem kevesebb határozottsággal enunciaták a gyógyításmód hatásosságát a gümőkór ellen, mint ma a vérsavót a diphtheria ellen; szemkáprázató statisztikai adatokat közöltek a szernek rendkívüli hatásosságáról, mely enthusiasmusra ragadta a közönséget, a laikust és orvost egyaránt. Midőn azonban a zaj lecsillapult, a rideg való egyáltalán nem felelt meg a felfokozott várakozásnak. Nem kis része ismétlődik ennek a zajos hűvőnek most is. Valamint helyes volt akkor, hogy az általános láz közepette hűvös agyvelővel nézték egyesek a dolgot, nem helytelen az talán most sem, bár mostan jobban beláthatunk az új gyógymód kísérleti alapját tevő folyamatok szövevényeibe, nem úgy mint akkor és ez nagy különbség.

Ha azonban betekintünk ez új diphtheria-ellenes gyógyításmód alapvető állatkísérleteibe, meg kell vallanunk, hogy az, a ki járatos a kísérletekből vonható következtetéseknek óvatos értékesítésében, még sok ellenvetést emelhet az eddig felhozott kísérleti adatok bizonyító erejével szemben azon szempontból, hogy az antidiphtherikus gyógyító serum csakugyan paralyzálni bírja az emberi diphtheria-infectio következményeit. A kísérleti kiindulás alapja azonban biztosnak látszik. Kísérletileg bebizonyított tény az, hogy az immunissá tett állat vérsavója képes tovább adni az immunitást egy más állatnak is. Ezt megerősítheti saját kísérleti tapasztalatával is a cholera és veszetségre vonatkozólag. A cholera átállott egyén vérsavója képes a cholera-bacillus halálos hatását a tengeri malacra megsemmisíteni; a veszetség ellen immun állatnak vérsavója szintén képes teljes immunitást adni egy más egészséges állatnak a halálos hatású veszetség-infectióval szemben is. De ha a kísérleti kiindulás alapja biztosnak mutatkozik is, és el is fogadjuk kísérleti tényül azt, hogy a Löffler-féle diphtheria-bacillus által termelt toxin ellenében immunitást képes adni egyes állatoknál az e toxin hatása ellenében immunissá tett állat vérsavója: a szigorú tudományos bizonyíték még nincsen meg arra, hogy kétséget kizárólag állítani lehessen azt, hogy az ily irányban immunis állat vérsavója immunitást bír-e adni az emberi diphtheria intoxicatiója ellenében is, vagy hogy a már megtörtént diphtheria-infectio következményeinek kifejlődését meg bírja-e akadályozni?

A két évvel ezelőtt ugyane tárgyban tartott eszmecseré alkalmával felszólaló megismertette e kérdésben az experimentáló pathologia és terapia akkori állását. Azóta a kísérletezés módja mindkét irányban tökéletesedett ugyan, de annak tudományos bizonyossága, hogy az állatokon kísérletileg előidézett diphtheria azonos-e az emberi diphtheriával, nem sokkal lett erősebbé. Felszólaló akkor két körülményre hívta fel a figyelmet e szempontból. Egyik az, hogy állatokon kísérletileg eddigelé még senkinek sem sikerült a sértetlen torok és gégeképletek álhártyái folyamatát létrehozni, sem az emberi diphtheriás álhártyáknak egyszerű átvitelével az állat szájírébe behelthetése útján, sem a bőrbe illesztéssel, vagy álhártya törmeléknek bőr alá fecskendésével; szintén nem lehet előidézni a sértetlen nyálkahártyán az álhártyás folyamatot sem az emberi diphtheriás álhártyákból tisztára tenyésztett Löffler-féle bacillusoknak, sem azok toxinainak behelthetésével vagy bőr alá fecskendésével. A kísérleti módszer e tekintetben semmi lényegest sem haladt azóta, midőn felszólaló 1880-ban még Kolozvart úgy igyekezett előidézni és tanulmányozni a bajt, hogy nyulaknak előbb ammoniakos vízzel kimosott szemébe illesztte be az emberi tonsilláról leválasztott álhártyadarabokat, a mire genyes gyuladás keletkezett telve apró mikroorganizmusokkal, a miket akkor még nem lehetett elemezni. Löffler, újabban Roux szintén csak ényire bírták utánozni a természetes diphtheriát; az által, hogy tengeri malacok vulváját, vagy nyulak vizegyössé tett fülének befelületét, vagy légesömettszén át a légeső nyálkahártyáját előbb megsérték és azután bekenik diphtheria-hártyarészletekkel vagy Löffler-féle bacillus tenyésztéssel; ekkor ugyan álhártyaszerű képletek támadnak helybelileg, de bizonyára a fertőzés ilyen erőszkakos volta nem analog a diphtheria természetes fertőzésmódjával. E körülmény mindenestre házag a kísérleti bizonyításban és csak valószínű, de nem bizonyossá teszi a két folyamat azonosságát. Rouxnak és Yersinek már 2 év előtt ismertett kísérletei folytán a diphtheria-méreg természete és hatása felől, különösen a miatt, mert a bacillusok által termelt méreg által sikerült nekik benulasszerű tünetenyeket előidézni az állatokon, jelenleg az emberi diphtheriát is egy általános toxikaemiának tekintik és a betegség kórképében a lokális folyamatot alárendeltek jelentőségűnek veszik. Joggal-e? a jövő fogja megmutatni. Két év előtt már felvetette kételyeit felszólaló az iránt, hogy a Löffler-féle diphtheria-bacillusok mérge által állatokon előidézhető benulasszerű tünetenyek teljesen analogok lennének a postdiphtheriás emberi benulassok tünetenyivel, különösen azokkal, melyek a helybeli diphtheriás folyamat lezajlása után 5—6 hét múlva és szakaszonként bizonyos successivitásban jelentkeznek. E kétely mostan is fennáll és nem változtatja azt meg az sem, hogy a Löffler-féle bacillus mérge hatását a Kitasato-Behring-féle diphtheria-ellenes serummal állatokon meg lehet előzni, vagy ha már a mérgezés tünetenyei kifejlődtek, azok halálos lefolyását meg lehet akadályozni. A vérsavó specifikus hatásának bizonyítására az emberi

diphtheria terapiájában felszólaló felfogása szerint éppen e postdiphtheriás benulassok elleni hatás szolgálhat majd alkalmas kritérium gyanánt.

De midőn felszólaló a tudományos bizonyítás e házagait felveti, távol áll tőle az, hogy a kísérleti kórten és terapia e kérdésben eddig elért eredményeinek nagy fontosságát kisebbítse, csak a következtetéseknek szerinte logikailag jogosult határait kívánja a felhozottakkal koronázni.

Az eddigi kísérletek alapján is teljesen jogosultnak tartja azt, hogy a diphtheria ellen immunnissá tett állatok vérsavójával az emberi terapiában is megtegyék a kísérleteket különösen azért, mert e kísérletek úgy látszik semmi veszélylyel sem járnak, nem úgy mint a tuberculinnal volt a dolog. Hogy egy bőrből vagy bőr alá alkalmazott szerrel a torokképletek kóros folyamatát befolyásolni lehet, analógiául szolgálhat a kénés-készítményeknek hatása a bőrbe dörzsölve, vagy bőr alá vagy izomba fecskendezve az angina syphilitica ellen: itt a lues toxinja által előidézett lokális változásnak antitoxinja a kénés. De a vérsavó hatásának igazi értékeségéről a kellő meggyőződés szerzésnek az emberi terapiában még nagyobb akadályok állanak útjában, mint a kísérletileg előidézhető diphtheriaszerű fertőzés terapiájában. Statisztikai úton nehéz lesz tisztába hozni a kérdést. Ott, az egyes esetek pontos diagnosisa tekintetében olyan labilitások fordulhatnak elő, mint a diphtheriánál, csak igen nagy számok fogják megközelíteni a kérdés megoldását, akkor is csak úgy, ha módja lenne annak, hogy a statisztikai következtetések alkalmával ki lehetne zárni a számításhoz az egyszerű angina catarrhalis eseteket; hogy ez milyen nehéz, sőt kivihetetlen is különösen országsserte teendő collectív észleleteknél, kitűnik, ha meggondoljuk, hogy még a Löffler-féle bacillus jelenlétének vagy hiányának mikroskopi constatalása sem mindig biztos kritériuma a baj diagnosisanak. Roux és Yersin kimutatták, hogy családokban, hol diphtheria-betegedés jön elő, a meg nem betegedett családtagok garatnyálkahártyáján is előfordulnak a Löffler-féle bacillusok; az ilyen családtag kaphat kétségen kívül ezen bacillusokhoz egyszerű angina tonsillarist, a nélkül, hogy az diphtheriává változónék, pedig ott van a diphtheria-bacillus; viszont igen súlyos diphtheria-esetekben nem tudunk egyes esetekben kimutatni bacillust. Ha tehát ez a legbiztosabbnak látszó diagnosztikai kritérium is labilis, tömeges észleleteknél sohasem fog kiderülni valamely tudományosan megbízható statisztikai igazság. Magyarországon 1893-ban 5.000.000 lakosra közel 50.000 diphtheriás betegedést jelentettek be a belügy-ministernek, mely közül meggyógyult 28.000 (57%), meghalt 20.667 (42,5%). Ki merné állítani, hogy e statisztika tudományilag is az igaznak megfelelő. Ha képesek lennének azonban az ország diphtheriára gyanus vagy igazi diphtheriában szenvedő betegeinek legalább nagy részét az új diphtheria-ellenes szerrel ellátni: a halálozási statistikából még inkább lehetne valószínű következtetéseket felállítani, a mennyiben a diphtheria gyanuja alatt meghaltakról valószínűbb az, hogy csakugyan e bajban szenvedtek, mint a diphtheria gyanuja alatt megbetegedettek vonatkozólag. A diphtheria gyanuja alatt savó-gyógykezelésben részesült és nem részesült elhaltak statisztikája megbízhatóbb eredményt szolgáltatna a serum-therapia értékességének megállapítására. Ezt a veszetségre vonatkozólag, hol azonban a kitört veszetség diagnosisanak helyessége iránt alig merülhet fel kétely, felszólaló megkísérlette és több évi statisztikai összeállítás állandóan mutatja, hogy a lyssában Magyarországon elhaltaknak körülbelül $\frac{5}{6}$ -a nem kapott antirabikus oltásokat és $\frac{1}{6}$ -a csak, a mely abban részesült.

Ez idő szerint felszólaló nagyobb bizonyítót erővel bír tapasztalt specialistiká kisebb számú, de lehető szigorú és pontos észlelete, kik bizonyos praktikus megbecsléssel bírnak tekinteni az egyes esetek súlyosságát, bár meg kell vallani, hogy az észlelő egyén subjectivitása e tekintetben is rendkívül befoly a következtetés minőségére, mint azt láttuk az irodalomban a tuberculosinok tuberculinnal való orvoslása idejében. Mégis e két mód, az állatkísérleteknek és a betegeknek szigorú észlelése az, a melynek segélyével a kérdés iránt tisztába lehet jönni; és ezt csak arra való laboratorikumokban és klinikákban lehet jó végezni.

És itt egy pontra tér át felszólaló, melyet a mi viszonyaink között az egyetben is ez alkalommal helyen lát ismételn. Magyarországon kétség a szükségése van egy oly nagyszabású Pasteur vagy Koch-féle intézetre, hol a fertőző betegségek tanulmányozásában felmerülő kérdéseket kellő kiterjedésben lehessen vizsgálat alá venni és esetleg tovább fejleszteni. Jelenleg e tekintetben nagyon hátra vagyunk. Az idegen eszmét csak készen kapjuk Párisból és Berlinből és nincs módunkban azt idejekorán elégséggel készűlten fogadni. Hiányos surrogatum az, hogy alkalomadtán valakit egy-két napra kiszalasztunk Berlinbe vagy Párisba a felmerült konkrét kérdés módszereinek megtekintésére. Az ilyenek rendesen családva térnek vissza. Ezek a módszerek oly egyszerűek, hogy azoknak pusztá megtekintésére nem érdemes oda fáradozni; a mennyiben közzé tesszik azokat és nem rejtegetik azt, utána csinálhatja azt mindenki, a ki járatos a kísérletek tételében; a mit el akarnak rejteni, úgy sem mutatják meg az oda menőnek. Itthon kell megadni az alkalmat tudósainknak a folytonos és kitartó tanulmányozás lehetőségére, csak így vehetünk részt e kérdésnek internationális továbbfejlesztésében és csak így tudjuk magunkat önállóan tájékoztatni a felmerülő kérdésekben és csak így nem fogunk véleményünkben idegen járósálag után futkosni.

4. *Gerlőczy Zsigmond* dr. A szent Rókus-kórház fertőző osztályán f. é. október hó 13-tól egész október hó 24-ig 14 beteget kezeltek a *Behring*-féle serummal. Azóta teljesen kifogyván serum-készletük, a kísérletezés egyelőre félbeszakadt. Serummal kezelt esetei száma tehát oly nagyon csekély, hogy azokból érdemleges következtetést a serum értékére vonatkozólag levonni nem lehet. Mindazonáltal miután a tárgy az orvosegyesület multkori ülésének napirendjére tűzettek, kötelezve érzi magát, hogy serummal kezelt eseteiről röviden referáljon, annyi-

val is inkább, miután eredményeim szemben *Bókai* tagtárs úr eredményeivel egyáltalában nem mondhatók kedvezőeknek.

A 14 beteg közül ugyanis 7 tisztán torokdiphthériás volt, 5 gégecroupal szövődött diphtheria volt, 2 pedig tiszta larynx-croup. Mind a hét tisztán diphthériás beteg meggyógyult, ellenben a croupal szövődött 5 diphthériás beteg közül négy, a két tiszta croupos beteg közül pedig egy meghalt. A 14 eset közül tehát öt halt meg, s ha még ehhez megjegyzi azt, hogy a hét gyógyult diphthériás beteg között egy sem volt súlyos alak, s hogy mind a hét serum nélkül is gyógyult volna, úgy, ha egyáltalában helyes volna ily csekély számú eset kapcsán véleményt mondani, azt kellene mondani, hogy valami szembetűnő kedvező hatását a serumnak ez ideig nem észleltem.

Az elhalt 5 beteg betegsége 3-dik, egy 4-dik, egy 6-dik, egy 7-dik és egy 9-dik napján került serum-kezelés alá. A croupal szövődött esetek egyet kivéve valamennyien intubáltak, sőt az egyikén utólag még tracheotomia is végeztetett, mely azonban csak 4 órával hosszabbította meg a beteg életét. Azon 7 eset közül, hol croup is volt jelen, négyen kisebb-nagyobb alhárttyákat köhögtek fel és köptek ki.

A sectióra került öt halállal végződött esetben a gége és légeső nyákhartyáiról az alhárttyák igen könnyen leemelhetők voltak. Kettőnél a halált pneumonia siettetett, egy sepsis következtében halt meg, egynél az alhárttyák igen mélyre terjedtek, egy beteg lymphaticus, csekély resistenciájú szervezete folytán nem bírta folyógyulni.

A súlyosabb esetek közül csak egy gyógyult fel, *Koch Róza* nevű 2 $\frac{1}{2}$ éves gyermek, ki megbetegedése ötödik napján került az osztályra igen súlyos stenotikus tünetek közt, úgy hogy azonnali intubálása vált szükségessé. E gyermeknél tisztán croup volt jelen, torokbeli diphtheria nélkül, s összesen 2200 antitoxin egységet kapott, s miután a tubust szerfelett sokszor köhögte ki, minduntalan szükséges volt intubálni. Összesen 65 $\frac{1}{2}$ óráig volt intubálva. Lefolyás csekély lázzal, ötödik naptól fogva pedig teljesen láztalan. Miután hasonló kedvező lefolyást egyedül az intubációval azelőtt is sok esetben látott, a kedvező lefolyást nem lehet csak a serumnak tulajdonítani.

A serummal kezelt esetekre vonatkozólag még megjegyzi, hogy a diagnózis valamennyinél bacteriologic is megállapított; *Taufer* dr. úr a székesfővárosi bact. intézet segédje volt szíves a vizsgálatot végezni.

Szükségesnek tartja még megemlíteni azt is, hogy a betegek sem helybelileg, sem pedig belsőleg nem részesültek olyan kezelésben, amely a diphthériás folyamatot bármiképpen befolyásolhatta volna. A befecskendezett serum mennyisége 600–2200 antitoxin egység között váltakozott.

Nem akarja felszólalását hosszabbra nyújtani; mert mint előre is jelezte, távol áll ma még attól, hogy a *Behring*-féle serum hatására vonatkozólag nyilatkozzék. Ha azonban *Bókai* tagtárs a Stefánia-kórházban elért jelentékeny kedvezőbb eredményeit a barakk-kórház kedvezőtlen eredményeivel párhuzamba akarjuk állítani, nem szabad figyelmen kívül hagyni azt a körülményt, hogy habár kísérleteink egy időből valók is, beteganyagunk különböző egymástól. Jól tudjuk mindnyájan, hogy a Stefánia-kórház diphtheria-osztályára a szülők önként viszik be gyermekeiket s reménytől éled a szülő, kinek gyermekét ott felveszik; ellenben a barakk-kórházba hatóságilag kényszerrel kerülnek a betegek, nem ritkán úgyszólván karhatalommal. E gyermekek legtöbbje pár napig minden orvosi segély nélkül fekszik odabaza, s orvost csak akkor hívnak hozzá, ha a gyermek már végét járja, vagy ha részesült is orvosi kezelésben, mihelyest állapota súlyosabbodik, az orvos siet őt kórházba küldeni. Ilyenek voltak szólnak serummal kezelt croupos esetei, melyek felvételük után azonnal intubálásra kerültek.

Ezt a körülményt szükségesnek tartotta felemlíteni azért, nehogy a felszólalása kapcsán felemlített kedvezőtlen eredményből valaki azt a conclusiót merítse, hogy a serum felett már is pálelát tört. Nem, mert ha kedvező eredményről nem is szólhat, annyit mer állítani, hogy miután a serumnak káros hatását nem észlelte, s miután mások észlelései kedvező eredményekről tesznek említést, a további kísérletezés a *Behring*-féle gyógyszerummal kívánatosnak tartja, de másrésztől elhízottan tartaná, ha már most nagyoabszerű összeget fektetnének be a gyógyeljárás általánosításába. Nagyobb számú észlelési anyagot, vagy rosszabb indulatú diphtheria-járványokat kell bevárnunk, mielőtt végleges ítéletet mondhatnánk a serum felett; addig pedig elég legyen az a költség, a mit a kísérletezésekre szükséges serum beszerzésére illetőleg előállítására kötelességünk fordítani.

5. *Berend Miklós* dr. és *Preisich Kornél* dr. (I. Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok.)

6. *Székes Béla* dr. *Bókai* előadásában leginkább lekötötte figyelmét az, hogy a lokális kezelést mellőzte. Emlékeztet arra, mikor *Takács* tanár előadását tartotta a diphtheria kezeléséről, bátor volt szóló felemlíteni, hogy principialis kérdés, hogy lokális vagy általános-e a kezelés, különösen a consilium szempontjából, mely rendszeren fellengérré állítja az orvosi tudományt és azok képviselőit, az orvosokat.

A higanypraeparatumokat *Van Whelden* svéd orvos ajánlotta, és mikor a *Löffler*-bacillust kimutatták, akkor ezt helybelileg iparkodtak tönkretenni és a higany háttérbe szorult. Maradt egy kis tábor, mely ellenazt az edző szereket, melyek az élő fehérszót megalvasztani képesek. Más fertőző betegségeknek is megpróbálják a higanykészítményeket, pl. *Kézmarszky* tanár gyermekágyi láznál a *Bacelli*-féle sublimat-injectiót, *Taufer* hasonló esetben a higanybedörzsölést. Principialiter a serum-therápia az általános kezelés rovatába sorolandó és mikor *Bókai* a helybeli kezelést elhagyta (*Bókai* közbeszól: „egyelőre a kísérletezés tartamára hagytam el”), tehát „egyelőre” az általános kezelés híve lett.

Üdvözli őt, mert ha nem is válik be az eljárás, majd jutunk annyira, hogy az edző eseteléseket elhagyjuk és iparkodunk attenuált virust alkalmazni, mert az edző eseteléseket nem tartottam sohasem cél-szerűeknek.

7. *Szegő Kálmán* dr. Tekintve a fényes eredményeket, melyeket Berlinben, Párisban és nálunk a gyermekkorházban elértek, actualis az a kérdés, vajjon a helybeli kezelés szükséges-e és ez annál is actualisabb, mert *Löffler* az itteni congressuson a lokális kezeléssel referál, melyet *Strübinggel* egyetemben 70–80 esetben kísérelt meg, és majdnem olyan eredménnyel mint a serum-kezelés. Kiegészítő kezelésként ajánlja, és hangsúlyozza, hogy lokális megbetegedés lévén, már hygienikus szempontból kell a torokban megtámadni, másrészt a toxin ellensúlyozási mértéke nem ismeretes és nem tudható, hogy mennyi az a plus, melyet az antitoxin nem befolyásol. Azt hiszi, hogy a torok helybeli kezelése (tollal, alcohol, ferrum sesquichloratum keverékével), nem hagyható el és kiegészítő részét képezi a serumtherápiának.

8. *Fodor József* úr. A vérsavó-oltások eddigi eredménye arra sarkalja a búvárkodókat, hogy az empyrikus eredményekkel meg nem elégedve, alaposabban megismerni törekedjenek az immunizáló és gyógyító oltások lényegét. Ily irányú vizsgálódásokkal foglalkozik szülő is, és míg régebben főleg arra törekedett, hogy megismerje a fertőző bakteriumok sorsát a vérben, újabban azt igyekezett felderíteni, mi történik a vérrel, fertőző bakteriumok behatása közben?

Ha látjuk, hogy fertőző bakteriumok, illetve toxinjai beoltása által a vér bactericid és antitoxikus hatást nyer, akkor már a priori arra kell következtetnünk, hogy a vérben oly új anyagok képződnek vagy legalább is szaporodnak meg, amelyek ama hatással bírnak. Erre vonatkozó vizsgálataink eddigi eredményeiről részben referált már az ez évi nemzetközi hygieniai congressuson. Azt tapasztalta, hogy az állatok (nyulak) vérének savója, különféle fertőző bakteriumoknak (lépfene, cholera, typhus stb.) a nyúlba beoltása után alkalicitásában gyors emelkedést mutatott, majd a kifejlődő betegséggel parallel az alkalicitás csökkent. Minimum alkalicitásnál az állat elpusztult, ellenben ha az alkalicitás ismét emelkedni kezdett, akkor az állat javult. A fertőzött állatban az alkalicitás rendszeren nagyobb volt, mint a fertőzés előtt. És azt is tapasztalta, hogy a parallel fertőzött állatok közül rendszeren az pusztult előbb, a melynek vére kevésbé, s az utóbb, a melyé inkább alkalikus volt.

Ezen eredmények a mellett szólnak, hogy a fertőzött állatnak sikeres avagy sikertelen küzdelme fertőzéssel szemben valóban bizonyos anyagnak több vagy kevesebb mennyiségétől, annak gyorsabb vagy lassabb reproductiójától a vérben függ, és hogy ezen anyag valószínűleg azonos azzal, a mely a vér savójában, borkósavval titrálva, alkalikus reakciót ad.

Ha ezen anyagot sikerül jobban megismernünk, ha azt izolálhatnók, akkor talán módokat is találunk a mai serum-oltások tökéletesítésére, nevezetesen azoknak egyszerűsítésére, sőt talán általánosítására. Erre törekünk az idő szerint az előadó. Mindazáltal szerény eredményeket táplál, részben már azért is, mert hiányzanak a szükséges anyagi eszközök ilyenmű komplikált vizsgálódások széles alapon végeztetésére. Így például, hogy az aprólékos nehézségeket említse, Budapest felett nehéz, sőt időnként szinte lehetetlen tengeri malaczkokat kapni a kísérletekhez. Az intézetek pénzbeli és egyéb dotációjára is oly csekély, hogy jóformán lehetetlen valami nagyobb vizsgálódáshoz hozzá is fogni. Azért járul *Hűgyes* tanár abbéli nézetéhez, miszerint úgy a napirenden levő diphtheria-ellenes oltások, mint a többi fertőző betegségekre vonatkozó oly nagy horderejű hasonló vizsgálódások céljára olynemű gazdagon dotált intézet szükséges nálunk is, minők Berlinben, Párisban vannak. És nem véletlen dolog és nem is függ kizárólag az egyénektől, hogy ez irányú legfontosabb felfedezések éppen Berlin és Párisból kerülnek ki. Előadó nem tartja elégségesnek, hogy a kormány egyéneket küldjön ki a külföldre s serumot vásároljon, hanem kell, hogy itthon Magyarországon is képezzék tegyen bennünket ama nagy horderejű vizsgálódásokban actív résztvételre, arra, hogy a különféle serum készítését magunk is elvégezzük s a serum-oltásoknak tudományos és gyakorlati fejlesztésében a művelt nyugattal együtt járassunk.

Többen nem jelentkeznek szólastra, *Bókai* tekintettel arra, hogy januárban újra fog e kérdéssel foglalkozni, eláll a zárszótól.

Közkórházi orvostársulat.

(XII. bemutató szakülés: 1894. október 31-dikén.)

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

Anus praeternaturalis. Resectio.

Ludwik Endre dr.: Előadó hivatkozik az 1881. évben a kir. orvosegyesületben bemutatott üszkös sérvnek primaer esonkolással végzett gyógyult esetére; azóta több esetben ugyanazon utat követve, az elegendően vélt bélrész mortificációját észlelte, és így eljárását beigazolta nem találta. Utolsó éveken tett tapasztalata alapján ily esetekben a vendégsegé képzését véli foganásítandónak, melyet a legnagyobb mesterinek, a természet, is választ, midőn a sérv bennének bírlob általi áttörésével az élet megmentését célozza. A mi a sikeres kimenetelre nézve az elsónél kivétel, utóbbinál a modern eszközök igénybe vételével szabálylyá válhatik.

Lambert Erzsébet, 49 éves, duna-bogdányi születésű, napszámosnő, felvételget f. é. szeptember 9-dikén. Beteg előadása szerint tíz év óta baloldali lágyéksérve volt. 1894. május 5-dikén nagyot ugrott, mire a

sérv daganata ökölnyi nagyságú lett és azt többé visszahelyezni nem tudta; másnap csuklás, hányás jelentkezett. Orvos hivatván, hashajtót — hatás nélkül — rendelt; beteg mindinkább gyengült, sérve felett a bőr lobosodott, míg nem május 19-dikén felfakadt és belőle bélsárral kevert geny távozott el. Erre megkönnyebbülve érezte magát a beteg, úgy hogy több és több táplálékot vehetett magához, a nélkül, hogy ezt kihányta volna. Ezen időközben a származott hasi nyíláson át folytonosan bélsár ürült, mely őt arra készítette, hogy szeptember hó 9-dikén kórházunkba vétesse fel magát. Felvételtkor a bal lágyéktáján a symphysistól 6 cm.-nyire kifelé, egy 2 cm.-nyi átmérőjű, előre dudorodó vörös bársonyszerű nyákhártyaszéllal bíró nyílás látható, melyen át kutatóval úgy a száj, mint a végbél felé könnyen lehetett jutni. A nyíláson át híg bélsár ürül. A nyílás körül a bőr tenyerényi területen lobos, megvastagodott ránczokat képező. A lobos bőrrészlet diachylon Hebrae kenőccsel kezeltetett, Billroth-battisttal fedetett be, a sipolynak megfelelő nyílás hagyásával. Két hét után a bőr lobosodása megszűnt. Műtét szeptember hó 27-dikén. A sipolynyílástól felfelé haladó 8 cm.-nyi hosszú metszés az egész hasfalon keresztül; a hasfalhoz nőtt bélrészlet leválasztása, 10 cm. hosszú bélrészlet recesálása, a bélfodorból ikaalakú megfelelő részlet kimetszésével. Bélvarrat Lambert szerint (20 csomós-, tetejében szűcsvarrat). A bélfodor hashártya lemezei mindkét oldalt külön egyesítve szűcsvarrattal. Bélelsúlyszítás, hasfali hashártya egyesítése a sebvonalban, úgyszint a hasfalnak. A műtét két óra hosszat tartott, se láz, se peritonealis izgatottság a gyógyulás tartama alatt nem volt. Két napon át jég és opium, azon túl leves és cognac. Flatus még ugyanaz nap, székürülés következő napon volt. Beteg most rendszeren táplálkozik, székürülése rendszer időközben van és testben is szemlátomást gyarapodik.

Ludwik dr. előhözza több sebésznek utolsó időben tett abbéli fáradozását, a varrás proceduráját mechanikai eszközök segítségével vagy megrövidíteni, vagy teljesen feleslegessé tenni, hogy így a műtét alá kerülő, rendszeren kimerült beteg életét a shok veszélyétől megkímélje. Ezt célzó eljárásra mutatja be a *Murphy*-féle gombot, mely a hozzá kötött igényeket amerikai sebészek összhangzó nyilatkozata szerint teljesen kielégíti.

A műszert csak e napokban kapta meg és gyakorlati alkalmazását a legközelebbi eseteinél megkísérteni szándékozik.

Herczel felszólalásában megemlíti, hogy a gyomor- és bélelbészeten ezen eljárás által igen szép eredményeket ért el. Ő is alkalmazta 10 nap előtt egy 39 éves férfiúnál, kinek a pylorus táján mozgatható daganata volt; gyomra tágult, minden ételfelvétel után hányt, 18–20 kgm.-nyit fogyott. Próba-incisiót végzett nála azon tervvel, hogy a pyloroktómia nem sikerülése esetén a *Murphy*-gyűrűt fogja alkalmazni. A radicalis elfávolítás nem biztatott eredménnyel, miért is a gyomrot 3·5 cm.-re bemetszette, azután a gyűrűt belé helyezte, a duodenumot szintén bemetszette, a gyűrűt behelyezte, azután a két gyűrűt egymásba csavarta. A műtét 31 percet vett igénybe. A beteg az aether-narkosisban nem hányt és a műtétet követő napon már jó étvágya volt. Harmadnapra nagyobb mennyiségű tejet vett magá oz. Láza nem volt, peritonitis nem jelentkezett. Spontan vannak székletei; a gyűrű még nem távozott el, ez rendszeren 12–15 nap múlva történik. Egy halálos esetet közöltek ezen eljárás mellett; ennek oka valószínűleg az volt, hogy a beteg $\frac{1}{2}$ kgm. májas hurkát evett meg az orvosok tudta nélkül.

Húgyeső-resectio traumás húgyesőszűkület esetében.

Bakó Sándor dr. A húgyeső szűkület a gáti tájéakra történt esés következménye és már 7 év óta áll fenn.

A János-kórházba felvétele előtti nap reggelén minden kimutatható ok nélkül elállott a vizelete, melyet orvosa sikertelenül igyekezett katheterrel leveztelni, mert a katheter nem volt bevezethető.

Felvételnél a mérsékelt lázás betegnél a húgyhólyag magasan állott a faniv felett és jelentékenyen jobbra dült, gyorsan jövő erős vizelet ingerek jelentkeztek, melyre a húgyesőből alvadt vér ürült ki. A húgyeső vizsgálatánál az rendszer ürterének találtatott egészen a húgyeső külső nyílásától számított 13 cm. távolig, itt az eszköz megakadt, tovább ismételt kísérletre sem juthatni be s az eszköz mindannyiszor a szűkületől jobbra eső tasakba jut. Az átjárhatlan húgyesőszűkület ezen esetében a heveny húgyrekedésnek megoldásánál összekötötte direct a szűkület ellen irányuló műtéttel: külső húgyesőmetszést végezett s a 3 cm. kiterjedésben megszükkült húgyesőről mindazt, a mit tapintásra hegesnek, tömörtnek, érdesnek talált, kiirtotta. A szűkület előtti húgyesőrészben, közvetlenül a szűkület felett a duzzadt, vértelt nyákhártyát átfúrva jól kitűnt a húgyeső falát jobbra és lefelé áthatoló 1 $\frac{1}{2}$ cm. hosszú átút. Ennek tasakját felhasíva, úrít a húgyesővel közlekedő vette. A húgyhólyagba behelyezett 8-as Nelaton-katheter felett egyesítette a húgyesövet catgut-varrattal, azután silkwormmal az izomréteget és bőrt és végül egy pár csomós varrattal külön a bőr sebt.

A gyógyulás zavartalanul folyt le. A húgyeső ürtere rendszeren, egy 27-es sonda akadálytalanul átvezethető. A beteg elbocsátásakor utasítottatott, hogy a bougie-t időnként meg alkalmazza.

Tabes gyógyuló esete.

Takács Endre dr. A kóros állapot érdekessége abban áll, hogy szaporítja azok számát, melyek kétségbevonhatatlanul bizonyítják, hogy ezen sok ideig gyógyíthatatlannak tartott betegség — a tabes — a körülmények számbavételével és kitarással nemcsak a javulás, de a gyógyulás elé is vezethető.

A kórosat özv. H. F.-né, 29 éves nőre vonatkozik, kinél az örökölt terheltség kizárható, de kinek férje bujakórban szenvedett és gyermekén születése után szintén voltak bujakóros tünetek. A gyermek

ma két éves, egészséges, erőteljes, szellemileg is jól fejlett. A beteg kimondása szerint baja — előtte ismeretlen okból — 1893. év őszén a lábakon hangyamászási érzéssel, a végtagokon és törzsön helyetváltoztató, nyiláló, szúró fájdalommal kezdődött; de igen hamar ezek után a járási nehézségek is felléptek.

1894. márczius hó 30-dikán a középtemetű, jól fejlett, halvány beteg következő tünetekkel vétetett fel:

A tarkómirigyek olvasószerű duzzanatán kívül semmi, bujakórra emlékeztető tünet a betegben nincs. Járási nehézségre vonatkozó panaszának megfelelőleg járása ingó és felismerhetően kászáló. Állásnál széles alappal jól áll; összetett lábakkal mellett már inog; mi sokkal kifejezettebbé lesz akkor, ha szeméit behunyja. Az ingás ülő helyzetben szemzárásnál szintén beáll. (Tehát kifejezett Brach-Romberg tünet.) A lábakkal irányított mozgása ingó; s ez ingás szemzárásnál fokozott. A beteg látóképessége, rövidlátását leszámítva, rendszeren. A jobb láta szűk, a bal középtág, de egyenlőtlen szélű; mindkettő úgy fénybehatásnál mint alkalmazkodásnál mozdulatlan (tehát nem Argyll-Robertson-féle tünet). A köldök magasságától lefelé az érzés valamennyi neme fokozatosan csökken, a fájdalomérzés és a helyzetérzés azonban nagyobb arányokban. Az érzés-jelzés-késés az alszárak és talpakról igen jelentékeny. A szokott helyekről, a bőrről a visszahajlasi mozgás kiváltható. Az inreflexek eltűntek.

A beteg nagyot hall ugyan, de ez a tabes-szel oki összefüggésben nincs; és oka mindkét dohártya-elenesolításában és hiányában rejlik. (Krepuska kartárs úr vizsgálata szerint).

El- és kiválasztások rendesek. Hólyag és végbél kiürítő működése rendszeren. Kezdetben a bujakór fennállásának lehetőségére való tekintetből — noha a tarkómirigyek duzzanatán kívül egyéb jel nem mutatott reá — enyhe bujakórellenes gyógyeljárást alkalmaztunk, majd villanyozást és ekkor belsőleg argentum nitricumot is adagoltunk. A rheumás fájdalmak csökkenésén kívül semmi javulást sem láttam a betegnél, midőn július hóban a fővárosból eltávozott.

A beteg f. évi szeptember hó 6-dikán eltávozott az osztályról, hogy 10-dikén ismét visszajöjjön; én őt szeptember 15-dikén láttam újra először. Minthogy ekkor a járási nehézség, a rheumás fájdalom és lábzsibbadás igen erősek voltak, elhatároztam — már a poliklinikán sikerrel alkalmazott — Bonuzzi-Benedikt-féle gerinceznyujtást rendszeren alkalmazásba venni a betegnél.

Az eljárás egyszerűsége, kiviteli könnyűsége és erőteljes hatása oly előnyök, melyek alkalmazását a legszélesebb határokig lehetővé és kívánatosá teszik.

A beteget, Bonuzzi eredeti eljárása szerint, hanyatt vízszintes talpra fektetem; alszárakat a bokák felett megfogom és a fej irányába felfelé húzom mindaddig, míg a test úgyszólván egyedül a tarkón fekszik még a vízszintes talajon, és a gerince hátfele erős domborulathoz emelkedik fel. Ily helyzetben tartom a beteget 2—3—4 percig; mi mellett őt a légzés szabályos kiviteliére intem s az arezot, különösen a látákat pontosan megfigyelem.

Az eljárás igen kényelmes, semmiféle eszközt nem igénylő és egészen veszélytelen.

A betegnél elért eddigi eredmény a következő: Az álérzések, fájdalmak elmúltak; a járás biztosabb; a mozgások összrendezetlen jellege csökkent; a látak visszanyerték fényre való visszahajlasi valamint alkalmazkodási összehúzódásukat. Ellenben meg van változatlanul: az érzési csökkenés, az érzés-jelzés-ekésés, inreflex-hiány és Romberg-tünet.

Vajjon a javulás mely irányban és mely mérvben fog haladni, nem tudom; de már az eddig elért siker is indokoltá teszi a bemutatást, és fenntartom magamnak a beteg további sorsáról a t. orvostársaságot kellő időben értesíteni.

Szabadjon még a gerinceznyujtás számértékéről és a látáknak a nyujtás alatt mutatkozó magatartása körjóslati értékéről némit megjegyeznem.

A gerinceznyujtás alatt a gerince hátsó — a csigolyák tövisnyujtványai csúcsát összekötő — vonala átlag 6 cm.-t hosszabbodik meg. E betegnél fekvő helyzetben a gerinceoszlop hossza a nyakszirtsont legmélyebb pontjától a faresikesont kiérezhető végéig 73 cm.; nyujtás alatt pedig 78·5 cm., a különbség 5·5 cm.

Mindazon esetben — és így e betegnél is — hol a gerinceznyujtás alatt a különben merev láta megmozdul, tágul, a javulásra kilátás van. Ez tapasztalati tény, melyet eddig észlelt eseteimből vonhattam le. Engedjék meg, hogy e tünet magyarázatába ez alkalommal ne bocsátkozzam.

Schwimmer kérde előadót, hogy a betegnél, kinek férje, gyermeke luetikus, miért nem végeztetett erőteljes antiluetikus kezelést? Kérde, hogy osztja-e előadó a neuropathologok, nevezetesen *Erb* és követőinek nézetét, hogy t. i. minden tabes lueses eredetű; ha nem osztja, miként vélekedik a dolog felől.

Szólónak nincs ugyan túlbol anyaga, de mégis tabesnél antiluetikus kezeléssel csak akkor látott eredményt, mikor a lues praegnans volt. A hol luest vettek fel, de az biztosan kimutatható nem volt, ott az antiluetikus kúra nem használt.

Róna Sámuel. Az ideg orvosok nagy része a tabest nem tartja luetikusnak, hanem postsyphilitikus állapotnak, mely toxikus alapon fejlődik, ezért érhetünk el eredményeket az antiluetikus kezeléssel.

Takács Endre. Két év előtt a „Klinikai fizetekben“ megjelent dolgozatában kimutatta, hogy olyan esetekben is, melyekben a syphilis ki volt zárható, lépett fel tabes. *Erb*- és követői eseteinek 90—70% -át sem tartja syphilitusban szenvedőknek. A bemutatott esetben azért nem alkalmazott erőteljes antiluetikus kezelést, mert a beteg a bedürzöléseket nem tűrte, s azért KJ-t adott, mire a pseudorheumatikus fájdalmak engedtek. (Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Prof. Ludwig Hirt: Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten. Zweite, umgearbeitete Auflage. Wien und Leipzig, Verlag von Urban und Schwarzenberg, 1894.

Az előttünk fekvő munkának 1888-ban megjelent első kiadását a kritika általában nagyon kedvezően fogadta, kiemelve különösen az előadás világos és kimerítő voltát, úgyszintén a szöveg megérthetőségét könnyítő számos jó ábrát. Különbösen a munka jóságára nézve elég legyen felemlíteni, hogy rövid idő alatt francia, angol és olasz nyelven is napvilágot látott. A most megjelent, átdolgozott második kiadás úgy a szövegben, mint az anyag beosztásában lényeges változásokat tüntet fel, amelyek minden esetre hozzájárulnak a munka jóságának és értékének növeléséhez. Különbösen szembeöltő ezen kiadásban is az alapos és nagyszámú önálló megfigyelések által megérlelt józan kritika, mely lehetővé tette, hogy szerző a nagy anyagot 600 lapon képes volt letárgyalni, a nélkül, hogy ez által a munkának kimerítő volta esorbát szenvedett volna. A minden fejezet végén található szorgosan összeállított irodalomjegyzék, úgyszintén a kétszázöt megközelítő szép kivitelű ábra a munka használhatóságát tetemesen növelik.

II. Lapszemle.

Kórtan.

A zsíremboliáról ír *Ribbert* tanár. A zsíremboliák többnyire a csontvelőből származnak; sokkal ritkábbak a bőralatti szövetből, a májból, az agyból és elzsírosodott thrombusokból eredők. A zsírembolia képződésének okát többnyire sérülés képezi. Szerző egy sajátos esete alapján azon véleményének ad kifejezést, hogy csontvelőből származó zsírembolia csonttörés nélkül is létrejöhet megrázkództatás folytán. Ezen véleményét megfelelő állatkísérletek is megerősítik. A véráramba jutott zsír legnagyobb része a tüdőben akad meg, kisebb-nagyobb vérdzésekhez vezet és talán tüdővizényőt is okozhat. Egy része a zsírnak többnyire keresztülhajtatik a tüdőn és ily módon az egész testben eloszlik. A vesében a glomerulusokban üllepnek le a zsír és további változásoknak (pl. a tubuli contorti zsíros elfajulása) képezheti kiinduló pontját. Az agyban a zsírembolia meglehetősen gyakran okoz apró vérzéseket, néha igen nagy számmal. A szívben a zsírembolia foltos zsíros degenerációhoz vezet. Hogy mi lesz az embolizált zsírból, az még nem egészen világos. Az azonban valószínű, hogy nem választatik ki egyszerűen a vesék útján. (Correspondenz-Blatt f. Schweiz. Aerzte. XXIV. 15.)

A mikrobák keresztülhatolása a placentán. *Charvin* és *Douclert* terhes tengeri malaczkokat tuberculinnal, malleinnal, illetve a b. pyocyaneus toxinjaival kezeltek és egy nap múlva beoltották az állatokat pyocyaneus-tenyészettel. Az embriókban rendszeresen sikerült kimutatni a b. pyocyaneust. Az olyan állatok embrióiban ellenben, melyek előzetesen nem kezeltettek toxinokkal, nem volt kimutatható a b. pyocyaneus. Ezen kísérletekből szerzők azt következtetik, hogy a placenta csak akkor válik átjárhatóvá a bakteriumok számára, ha a toxinok által előzőleg bántalmaztatik. Ebből vélik magyarázhatónak egyszersmind az eddigi kísérletezők eltérő eredményeit. (Compt. rend. de la soc. de biol. 1894. jun. 9.)

Gyógyszertan.

Tracheotomia 6 esete Aronson-féle diphtheria antitoxinnal kezelt gyermekeknél. *Athel J. H. Saw.* A St. Mary kórházban az utolsó két hónapban hat esetben alkalmazták az Aronson-féle diphtheria antitoxint, súlyos diphtheriás croup miatt a felvétel napján tracheotomizált gyermekeknél. A gyermekek kora 11 hónap és 7 év között volt. Tizenkét órai időközben kapták a betegek bőr alá fecskendezve az Aronson-féle antitoxin 10-szeres legkisebb adagját, három részletre felosztva. E mellett a torokbeli folyamat helyi kezelése 1 pro milles sublimat-oldat sprayzésben állott; egyéb gyógyszerelés nem alkalmaztatott. A 6 gyermek közül 5 gyógyult, míg a 11 hónapos legfiatalabb

esecsemő a műtét utáni napon bronchitis crouposában elhalt. A gyógyult eseteknél a műtét utáni 3-dik illetve 4-dik napon a közérzet feltűnő módon megjavult; a gyermekek ismét vidámak lettek és környezetük iránt érdeklődtek. Negyedik vagy ötödik napon az álhártyák a tracheális seben át kiürültek és a seb gyorsan záródott. Két esetben műtét utáni napon a nyak erősebb duzzanata volt jelen, mely azonban csakhamar visszafejlődött. A betegek gyorsan reconvalescáltak. A befecskendés helyén egy esetben sem lépett fel lobos tünet.

Míg a vérsavó-therapia alkalmazása előtt tracheotomiával 30%, gyógyulást eredményeztek és 12 év alatt egyetlenegy egykét éven aluli gyermeket sem tudtak megmenteni, e sorozatban látunk egy 19 hónapos gyógyult esetet. A hófok egyik tipikus esetben felvételkor 38°8. Az első 4 napon át a hő e magaslaton maradt, az 5-dik napon csökkent és a 6-dik napon a normalist érte el, melynél továbbra is megmaradt. A pulsus felvételkor 144, a 2-dik és 3-dik napon 160 illetve 180, a 4-dik és 5-dik napon 100 körül, a 6-dik naptól kezdve rendes. Hasonló ehhez a légzési görbe is, mely a lázzal és érveréssel lépést tartott. (The Lancet 1894 okt. 13. száma.) *Loewy dr.*

Hydrargyrum-kalium hyposulfurosum. Sárga higanyéleget alkénsavas kalium oldatában feloldva egy fehér tütkben jegecedő kettős sót nyerünk, a mely 31—81% higanyt tartalmaz és a higany-therapia minden kivánalmainak megfelel. Nagy előnye a sublimat felett az, hogy helybeli tüneteket bőr alá fecskendezéskor nem okoz, mert nem csapja le a fehérjét és a befecskendezés nem fájdalmasabb egy morphium-injectionnál. Csak lassanként szívódik fel és így nem rohammal támadja meg a szervezetet, mérgező hatásai sokkal lassúbb kifejlődést mutatnak, mint a sublimatéi. Belőle 2:32 gm. 1 gm. sublimatnak felel meg. (Therap. Monatshefte, 1894. febr.) V.

Szamarhurut ellen chinin-kezelést ajánl igen melegen *Baron P.* (Enskirchen). A chinin-kezelést tudvalevőleg 1868-ban Binz ajánlotta, 1891-ben pedig Ungar. A kezelés 3 hetig tart, a 2.—3. napon rendszeren javulás állott be a rohamok minősége és gyakorisága tekintetében. Visszaeséseket Baron nem észlelt. Különös jó haszna van e kezelésnek az acut tüdőbántalomtól kísért szamarhurutnál, midőn mint lázellenes szer is hat a chinin. Adagja 0.01 gm. egy hónapra számítva, 0.1 gm. egy évre számítva mint egyes adag napjában 3-szor. 0.4 × 3-nál nagyobb adag soha sem kell. Jó még a baj elmulta után is 1 hétig adagolni esténként egy rendes adagot. (Berl. klin. Wochenschrift. 1893. 48. sz.) V.

Apróbb jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Leukoplakia linguae** egy esetét közli *Rosenberg*, mely 7 évi fennállása alatt minden szereléssel dacolt, 20%-os jodkalium-oldattal ecsetelésekre azonban gyorsan gyógyult. (Deutsche medic. Wochenschrift, 1894. 37. sz.)

2. **Mandolák eltávolítására** *Marcel* melegen ajánlja a hideg kacsot. Főelőnye a kés felett az, hogy a gyermekeket nem ijeszti meg. A vérzés nem erősebb, mint kés használata után és a gyógyulás is ép oly gyorsan következik be minden complicatio nélkül. Csak egy hátránya van a módszernek, hogy tudniillik a kacs könnyen szakad. (Centralblatt für innere Medicin, 1894. 35. sz.)

3. **Szülőfájdalom erősítésére** *Mosso* a czukrot ajánlja. Kísérletei szerint a czukor excitáló hatással van a sima izomzatra és a méh összehúzódásait fokozza. Szülőfájdalmak gyengeségének 11 esetében használta a czukrot (30 gramm czukor 250 gramm vízben), közülök 10 esetben sikerrel. A hatás 25—45 perc múlva következett be. Az összehúzódások a secale előidézte összehúzódásoktól abban különböznek, hogy nem görcsösek. (Semaine médicale, 1894. 41. szám.)

4. **Heveny izületi csúz** eseteiben kísérleteket végzett *Roth* a bécsi második belklinikán a lactopheninnel. Eredményeit a következőkben foglalja össze: a fájdalmak, helybeli pirosság és duzzanat már néhány nap alatt, többnyire 24—48 óra alatt eltűnnek, a hőmérsék tartósan csökken és a gyógyulás hamar bekövetkezik. Kellemetlen mellékhatások nem mutatkoznak. Naponként 5 grammot rendelt a szerből. Függelékkel még megjegyzi, hogy chorea egyes eseteiben szintén igen jó hatása volt a lactopheninnek és hogy ezen szer tabikusoknál is gyorsan megszünteti a heves fájdalmakat. (Wiener klin. Wochenschrift, 1894. 37. sz.)

TÁ R C Z A.

Megemlékezés dr. Scheuthauer Gusztávról.

Preisz Hugó dr.-tól.

(Folytatás.)

Tíz évi tanársegédi működés után, 1870-ben, a bécsi egyetem a kórbonecztan magántanárává nevezték ki, és röviddel később Bécsot elhagyni készült, miután a brünni kórházhoz prosectornak hívták meg. Ezt az állást azonban el sem foglalta, mert még 1870-ben Trefort akkori közoktatásügyi minister őt a budapesti egyetemre mint a kórszövettan rendkívüli tanárát meghívatta; ő e meghívásnak engedett is, és magát magyar előadások tartására kötelezte. A magyar nyelv ugyan nem volt teljesen idegen előtte, de tekintve azt, hogy szülői házában németül beszélt, és az akkor majdnem teljesen német ajkú Pozsonyban a gymnasium tanyelve szintén a német vala, hazánk nyelvét úgyszólván elemeitől kezdve kellett tanulmányoznia. Memoriája és vas szorgalma tudatában ő nem riadt vissza ezen feladattól, dacára korának, melyet nyelvek tanulására általában már nem szoktunk alkalmasnak tartani. Scheuthauer ekkor ugyanis már 38 éves volt.

A feladat megoldásához még Bécsben hozzálátott, házi tanítót tartván magának, és rövid idő alatt elsajátította a magyar nyelvet annyira, hogy előadásokat tarthatott. Az első előadások nem esekély izgatottságot és aggodalmat okoztak neki, és ez annál kinobban hathatott reá, mert eddigi nyelvének, a németnek, igazi mestere és ura volt, és mert lehetetlen volt széles látókörű gondolatait a nyelv kedvéért egyszerűsíteni vagy chablonokká korlátoznia.

Később azonban annyira magáévá tette nyelvünket, hogy előadásai így is választékosak voltak, bár néha kiejtése és szófüzése idegenszerűen hangzott.

A budapesti egyetemen működését 1870-ben kezdte meg, mint a kórszövettan rendkívüli tanára egészen szerény viszonyok között. Bécsből magával hozott készítmény-gyűjteményével, mely ép és kóros szöveti metszeteken kívül különösen parasita-prae-paratumokat foglalt magában, az akkori időben, midőn mikrotom még nem létezett és a szövettani technika még kevésbé volt kifejlődve, elég tekintélyesnek volt mondható, és e gyűjteménnyel és nagy készütségű előadásaival vetette meg a budapesti egyetemen a kórszövettan tanításának alapját.

Négy évvel később, 1874-ben, a kórbonecztan akkori tanárának, Arányinak, visszavonulása után, Scheuthauert a budapesti egyetemen a kórbonecztan rendes tanárává nevezték ki; ezen minőségében az elméleti és gyakorlati kórbonecztant, valamint a kórszövettant élte végéig, tehát 20 évig tanította. Alkalma nyílt ez által a tudományos, göresövi ismeretekre alapított kórbonecztant, miről addig szó sem lehetett. Magyarország készülő orvosainak hirdetni, és így annak megalapítójává lenni.

Elméleti előadásai kimerítőek voltak és mindenkor a modern színvonalon állottak; bár kiváló emlékező képessége és a Rokitansky mellett szerzett bő tapasztalat mindenkor elég anyagot nyújtott volna neki előadásaira, ő mégis minden órájára lelkiismeretesen készült, s nem volt szakmájának oly vívmánya, melyet ő hallgatóival azonnal meg nem ismertett volna. A kórboneczolások alkalmával hallgatói előtt feltárta bő tapasztalatainak könyvét és reavezette hallgatói figyelmét mindarra, a mit adott esetben lelki és érzéki szemekkel látniok kell. E mellett törekedett, különösen gyakorlati előadásai alatt, a tárgy egyhangúságát és nehéz voltát hallgatóival elfeledtetni és annak hallgatását velök megkedveltetni, a mi neki páratlan olvasottságánál, és úgyszólván minden tudományából rendelkezésére álló ismerethalmaznál fogva nem is okozott nehézséget, s nem ritkán ejtette derült hangulatba hallgatóit valamely érdekes történetnek vagy megjegyzésnek közbeszövése által.

Tanításának és nagy tudományának hatását legközvetlenebbül assistensei érezték és élveztek, kiket működésükben sokoldalú tanácsadásaival buzdított és vezetett, és ez által joggal mondhatni, iskolát alkotott. Mikroszkopi technikával ő maga tanárkorában már alig foglalkozott, de azért nem létezett fontosabb methodus, a melyet ő nem ismert volna, és nem nyugodott, a míg az intézetében kipróbálva és alkalmazva nem volt. Ilyen módon intézeté-

ben göresövi készítmények oly gyűjteménye létesült, mely minden igénynek megfelelt.

Előadásait a modern színvonalon tartani valósággal ambícióját képezte; a boncztan és histologia nevezetesebb felfedezéseit azonnal magáévá tette és hallgatóival megismertette; így pl. Flemming epochalis felfedezését a sejtmagoszlásról sokan nála ismerték meg előadás és bemutatás útján. Mint megpihenhetlen szellem bizonyos előszeretettel foglalkozott szakmájának legnehezebb fejezeteivel, a melyekre magának is, nem ritkán erőltetéssel, kellett készülnie. Ilyen kedvező témái voltak a szív fejlődési rendellenességei, az agyrostozattan és a parasiták, a mely utóbbiakat különösen szerette terjedelmesen és kimerítően előadni. A midőn megjelent a bakteriologia, a kórbonecztan legközelebbi rokona, és előre nem látott rangot foglalt el, Scheuthauer nem zárkózott el annak vívmányai és tanai elől, s bár koránál fogva gyakorlatilag ezzel az új tudománnyal természetesen csak igen keveset foglalkozott, nem volt a bakteriologianak valamennyire nevezetes vívmánya, melyről ő ne tudott volna; minélfogva ismeretei és nézetei a fertőző betegségekről teljesen megfelelték a modern bakteriologian alapuló szellemnek.

A budapesti egyetem kórbonecztan intézetének gyűjtemény-tára, mely az intézet szűk helyiségeihez mérten nem nagy terjedelmű, de számos érdekes készítményt foglalt magában, Scheuthauernek köszöni létesülését és megalapítását.

Mint patholog-anatom Scheuthauer feltétlen híve és követője volt mesterének, a mi érthető azon tiszteltből és elismerésből, a melylyel Scheuthauer Rokitansky iránt mindenkor viseltetett, mint tudós és ember iránt egyformán. A kóros elváltozásoknak éles látás által való megkülönböztetése, rövid de jellemző leírása, lelkiismeretes jegyzőkönyvbe foglalása, göresövi megvizsgálás alapján a kórisme megerősítése és biztosítása, széles körű tekintés párosulva a kóros elváltozások combinatióinak ritka ismeretével: ezen tulajdonságok jellemezték Scheuthauert mint kórbonecznokot.

A tanári álláson kívül Scheuthauer kezdettől fogva, azaz Budapestre való átköltözése óta, a városi kórházak bonczoló főorvosának tisztét is viselte és egyszersmind éveken keresztül a fővárosnak egyedüli törvényszéki anatomusa is vala. Ezenkívül az egészségügyi tanácsnak 1884 óta, az igazságügyi orvosi tanácsnak pedig ennek alapítása óta rendes tagja volt.

Ezen sokoldalú elfoglaltság mellett Scheuthauer még elegendő időt talált minden iránt érzett tudvágyát kielégíteni; dolgozó asztalán kórbonecztan szakmunkák mellett mindig ott lehetett találni valamely latin vagy francia író, történelmet vagy földrajzot és egyéb művet, egyáltalában alig jelent meg különösen a német könyvpiacson számottevő munka, a melyet legalább át nem tekintett volna. A legutóbbi évek kivételével még az éjjel utáni órákban is fáradhatlanul olvasott; a mulatozásról reggel felé hazatérő tanítványai dolgozó szobájának ablakait nem ritkán még kivilágítva látták. Csakis ily módon, az ő emlékezőképességével és szüntelen érdeklődésével érte el a tudásnak azt a fokát, a mely valóban határos az emberfelettel; nem volt kor, nemzet vagy ország, melynek történelméről, irodalmáról, műtörténetéről behatódott ismeretekkel nem rendelkezett volna, és nagyon jelentéktelen egyéniségnek kellett lennie a világirodalomban, a kiről Scheuthauer nem tudott legyen.

Fiatalabb éveiben Scheuthauer nem utazott, hanem csak később, tanár korában, a midőn arra a szűnidő jó alkalmat szolgáltatott. Utait rendszerint felhasználta arra, hogy azon múkincseket, a melyek történetéről és mestereiről oly szívesen és oly sokat olvasott, megláthassa; és e tekintetben sokat látott Itáliában és Párisban; élete utolsó éveiben is, majdnem teljes visszahúzódottsága dacára, előszeretettel látogatta a képzőművészet kiállításait.

A mily lelkiismeretesen teljesítette hivatásbeli kötelességeit Scheuthauer, ép annyira került a nyilvános szereplést és fel-tűnést, és ez által értelmezhető, hogy Scheuthauer nemesak szélesebb körben nem örvendett oly hírnévnek, mely hozzá hasonló kiváló szellemek osztályrésze lenni szokott, hanem mondhatni, hogy kartársai körében is nem eléggé ismert, sőt részben talán félreismert maradt.

Legismertebbé lón neve a tiszta-eszlári monstre-pörben viselt szerepe által, a hol mind törvényszéki boncznoki szakértő a felette bonyolult ügy tisztázásához nagy mértékben hozzájárult.

A perbe, melynek fonala részint rosszakarat, részint tudatlanság által annyira összekuszálódott, hogy a valóság kiderítésére már alig lehetett gondolni, Scheuthauer hozott világgosságot, ha nem is bizonyosságot, mert ez akkor már lehetetlen volt; bő tájékozottságával a törvényszéki anatómiában és annak legnehezebb fejezetében, t. i. a vízi hullák megítélésében, kimutatta, hogy a Tiszából kifogott s állítólag csempészett hulla igenis lehet Solymossy Eszter-é, kinek meggyilkolásával és hullájának eltüntetésével a tiszta-eszlári zsidók vádolva voltak. Bár az ez alkalommal kifejtett ismeretei, éles ítélete és objectivitása megnyerték részére a *külföld* elismerését is; nem csekély keserőséget okozott neki a tapasztalat, hogy a perben tanúsított magatartásáért megvesztegetés gyanúját is kellett elviselnie.

Ezenkívül nyilvánosan csak együletünkben lépett fel, melynek 1870 óta volt rendes tagja. Épen ma van 21 esztendeje, hogy együletünkben, ennek alapítása évfordulóján, „A természettudományoknak a bölcsészethez való viszonyáról“ terjedelmes philosophiai orvosi előadást tartott; 1879-ben pedig volt tanárja és mestere, Rokitsky felett emlékbeszédet mondott. Ezenfelül egyleti évkönyveink több előadását és bemutatását őrzik.

Scheuthauer még orvostanhallgató korában lépett a házasság kötelékébe, de boldogságot a sors nem juttatott osztályrészesül.

Visszahúzódott életmódja folytán Scheuthauer barátainak száma nem volt nagy, de annál nagyobb volt a tisztelet és őszinte szeretet, a melylyel kevés barátja ő irányában viseltetett.

Az öregkor bajainak Scheuthauer nem aggodalom nélkül nézett elébe; attól tartott, hogy látása és recipiáló képessége alábbhagyásával legfőbb vágyát, tudványát már nem lesz képes kielégíteni, és hogy emlékező képességének elhomályosulásával elveszít ismereteit, belső világának azon képeit, melyek éltető elemek voltak és őt mindenért kárpótolták. Aggodalmát annál indokoltabbnak vélte, mivel az utolsó években szemeit gyengülni érezte és időnként asthmaszerű rohamok kínozták őt. Hogy memoriája csökkent volna, azt az utolsó napig mivel sem árulta el. A sors kegyesebb volt irányában, mintsem ő remélte volna, és neki, a ki már egy évtizednél tovább majdnem mindig magában töltötte idejét, halála órájában elküldötte legjobb barátai egyikét, hogy annak karjaiban, rendesen folytatott társalgás után, lehelje ki lelkét. Régibb keletű és valószínűleg vesebajhoz csatlakozott szívbántalom, mely azonban fenyegető mérvet nem öltött és őt hivatása teljesítésében nem gátolta, váratlan halálát okozta f. évi január 28-dikán.

Scheuthauer irodalmi működésének tárgyai a korbonztan legkülönbözőbb fejezeteibe tartoznak; előszeretettel mégis csak a fejlődéstanba és parasitológiába vágó themákkal foglalkozott.

„Echinococcus multilocularis“ című 2 közleményében (Wiener med. Jahrb. 1867. — Allgem. Wiener med. Zeitung 1877.) két esetet ismertet, melyek egyikében mint első constátálta az echinococcus multilocularis jelenlétét az uterus hashártyáján és a tüdőben, továbbá kimutatta, hogy ezen élősdit nemcsak a nyirok-utakat foglalja el, mint Virchow állította, hanem a véredények mentén is terjeszkedik, a mit közel egy időben Friedreich is constátált. A bécsi orvosegyesületben tartott egyik előadásában (Wochenblatt der k. k. Gesellschaft d. Aerzte in Wien, 1867.) a taenia mediocanellata és t. solium gyakoriságát tárgyalva constátálja, hogy a féregirtó orvosok statistikájában a t. mediocanellata aránytalanul (17-szer) gyakoribb, míg az „Allgemeines Krankenhaus“ bonczleletei szerint a t. solium a hullákban valamivel gyakoribb mint az előbbi; ezen tény Scheuthauer részint abból magyarázza, hogy a t. med. nehezebben elhajtható, részint abból, hogy félig nyers marhahús épen gazdagok kedvencz ételle, a kik specialista orvost inkább keresnek fel.

Továbbá egy emberből elhajtott taeniát taenia expansának constátált, melyet addig emberben még nem találtak.

„Eine neue Theorie der Doppelmissbildungen“ (Pester med. chir. Presse, 1874.) című értekezésében a kettős torzképződmények magyarázása céljából egy új theoriát állít fel, t. i. a petesejtnek, a csirnek tökéletlen oszlását veszi fel; minthogy azonban a petéből az ébrényi burkok is fejlődnek, ezek pedig kettős torz-

képződések eseteiben egyszerűek szoktak lenni, Scheuthauer hypothesis szerint a petének csak azon része kettőződik meg, a melyből a kettős, a symmetrikus alak fog fejlődni; a keletkezendő alak attól függ, mennyire közeledett az oszlás a teljes kettősoszláshoz, és attól, vajjon a két fél közötti összefüggés a fejen, a mellkason avagy a medenczén maradt-e fenn; első esetben duplicitas posterior, utóbbiban duplicitas anterior fog fejlődni. Harántoszlás, melyet Reichert vesz fel, ezen theoria mellett felesleges, mert tényleg megérthetni vele valamennyi kettős képződményt. Részleges sejtoszlás lehetőségének támogatása végett Scheuthauer az óriássejtek képződésére hivatkozik.

„Utastítások a törvényszéki bonczokok számára“ című (Orvosi Hetilap, 1873.) jegyzeteiben, melyek nálunk ily irányban kétségtelenül első voltak, nemcsak a bonczolás technikájára vonatkozó előírásokat ad, hanem mindarra figyelmezteti a bonczolót, a mire az egyes szervek vagy különös esetek: mint újszülöttek, öngyilkosok, vízbefultak, mérgezetek autopsiája alkalmával szem előtt tartani kell, és teszi ezt azzal a széles körültekintéssel, a melyre a Bécsben látott mondhatni páratlan bő anyag tanította.

Mint a „Real-Encyklopaedie der gesammten Heilkunde“ munkatársa a „gliom“, „neurom“, „makrocephalia“, „mikrocephalia“, „Neubildung“, „Perlgeschwulst“ című fejezeteket írta; ezek közül a „Neubildung“ fejezete a daganatokról szóló tan rövid történetét és azok keletkezéséről szóló theoriák beható kritikáját tartalmazza.

A makrocephaliáról írt fejezet pedig nem egyszerű morfológiai ismertetés, hanem rövid craniológiai és anthropológiai tanulmány, mely azonkívül, hogy a tárgyra vonatkozó kimerítő ismereteket árul el, nem egy érdekes kritikai adatot szolgáltat, sőt a kérdésbe vágó latin szerzők saját, verses fordítását és magyarázatát is tartalmazza, és a mely oda concludál, hogy az eddigi kutatások alapján nem felelhetni meg arra a kérdésre, vajjon az Európában talált makrocephalok minő népekhez tartoztak, sem arra, vajjon a makrocephalia a hunoknál és avaroknál szokásban volt-e vagy sem.

Nagy olvasottságával és széles látkörével, a melyekkel szakismeretei mellett rendelkezett, lehetővé tették világos látását oly dolgokban, a melyek tisztán és egyoldalú szakképzettséggel helyesen fel sem ismerhetők. Érdekesekek ez irányban azon közleményei, a melyek szakmájával egyáltalában nem, vagy csak távolabbról függnek össze. Így „Beiträge zur Erklärung des Papyrus Ebers“ (Wien u. Leipzig. Urban et Schwarzenberg 1881.) című munkájában élezelméjű következtetéssel kimutatja, hogy az ó-egyiptomiak hermetikusként gyógyszerkönyvében felemlített betegség, az aaa, a chlorosis egyptiaca (a Doehmiasis) volt, és hogy az első Doehmius duodenalist nem Dubini (Milanóban) vagy Pruner (Egyiptomban) látta, és hogy annak aetiologikus szerepét az egyiptomi chlorosisnál nem Bilharz és Griesinger ismerték fel legelőször, hanem hogy úgy az élősdit mint a betegség már az Ebers-féle papyrus keletkezése előtti időben, tehát legalább 1500 évvel Krisztus előtt ismeretesek voltak. De egyéb a Papyrus Ebers-ben felemlített betegségeket is törekedett magyarázni, illetőleg meghatározni; így a papyrusban gyakran olvasható *aat* nevű betegség nem volt egyéb mint lepra, a *heft* vagy *hoft* ascaris lumbricoides, az *aat* pedig febris perniciosus stb.

„Der Germanicus des Louvre ein Archimedes“ című hypothesis (Wien u. Leipzig, Urban et Schwarzenberg, 1881) a képzőművészet történetébe vág; a tárgyra vonatkozó történeti adatok kritikai áttekintése után Scheuthauer ama, szerinte legelfogadhatóbb hypothesis állítja fel, hogy a Louvreban őrzött, XIV. Lajos által Itáliából szerzett szobor, az ú. n. Germanicus, mely az ifjabb Kleomenes szobrának műve, nem egyéb, mint Archimedes megőrökítése abban a pillanatban, a midőn fürdőben a fajsúly mibenlétét fölfedezte; a szobornak a meglepetéstől majdnem megmerevedett arc kifejezése, a bal karhoz rendetlenül odatapadó, még vízzel átvívott ruhadarab, a kinyújtott jobb kar a göresös ujjtartással; mind oly momentumok, a melyek műbírók részéről aesthetikai szempontból kifogások alá estek, a melyek azonban Scheuthauer szerint egészen jól egyeztetethetők meg azzal a rendkívüli lelki állapottal, a mely ura volt Archimedesnek, mielőtt a sokat mondó „*heureka*“ felkiáltásban tört ki.

(Folytatása következik.)

Heti szemle.

Budapest, 1894. november 9-dikén.

Cholera-hírek. Németországban október 22-dikétől 29-dikéig összesen 25 megbetegedést és 8 halálesetet jelentettek be, melyek következőképpen oszlottak meg: Kelet-Porosország, 1 megbetegedés, 1 haláleset; Visztula területe, 10 megbetegedés, 2 haláleset; Netze-Warthe területe, 6 megbetegedés, 1 haláleset; Felső-Szilésia, 8 megbetegedés, 4 haláleset. *Belgiumban* az október 13-dikával végződött héten összesen 11 haláleset fordult elő cholera következtében, és pedig 10 Lüttich kerületben és 1 Brüggeben. *Németalföldön* október 13-dikától 20-dikáig összesen 20 megbetegedés és 11 haláleset fordult elő. *Oroszországban* most már csak szörványos esetekről érkeznek hírek; aránylag legtöbb az eset Lublin, Petrikau, Minsk és Witebsk kormányzóságokban. *Galicziában* folytatódagatos javulás a járvány állásában nem mutatkozott, a mennyiben október 15-dikétől 21-dikéig 587 megbetegedést és 342 halálesetet jelentettek be az előző héti 546 megbetegedéssel és 327 halálessel szemben. *Hazánkban* Máramaros megyében állítólag még mindig történnek elég tetemes számmal cholera-gyanus megbetegedések.

— **Budapest székes főváros közegészségi állapota 1894. évi szeptember hóban.** A főváros közegészségi állapota a mult havihoz viszonyítva, tekintve az általános halálozást, javult. Elhalt a mult hóban 1006. e hóban 879 egyén. A heveny ragályos kórok megbetegedési eseteinek száma azonban növekedett, nevezetesen a himlő 47, a vörheny 67 esettel. Élve született e hóban 1679, meghalt katonák nélkül s az útról jött s itt elhalt 107 egyén levonásával 879, így a születési esetek 800-zal múlták felül a halálozásiakat. Szeptember hóban a főváros összes nyilvános és magánkórházaiban gyógykezeltetett 5816 fekvő és 6237 járóbeteg; a kerületekben a ker. orvosok által 2132 részint fekvő, nagyjából járóbeteg, összesen 14,185, azaz 348-czal kevesebb mint a mult hóban. Ebmarás 3 esetben történt. Orvosrendőri boncsolás végeztetett 55, orvostörvényeséki 17 esetben. Ongyilkosság 16 esetben fordult elő. És pedig: lövés 5, akasztás 3, mérgezés 2, egyéb módon 6. A Dunából 4 hullá fogatott ki. A lelencz és dajkaságba adott gyermekekre nézve: Szaporodás e hóban volt összesen 19, csökkenés 23. Beteg volt e hóban összesen 34, meggyógyult 24, gyógykezeltetik 8, meghalt 2. A köztisztaság az V. és VII. kerületek külső részeiben tűrhetetlen volt. A vízvezetési víz kielégítő volt, kivéve a külső váci-út 76. sz. a villanyvilágítási telep vizét. Az állategészségügy nem volt kedvezőtlen. Okleveleiket e hóban bemutatták: *Dillberger Emil, Hartman Vilmos, Hönig Henrik, Wenhardt János, Horváth Lajos, Stern Zsigmond, Aizenpreis Agost, Benda Adolf, Karsai Gusztáv és Lénárt Zsigmond egyetemes orvostudorok, valamint 9 szülész.*

Vegyesek.

Budapest, 1894. november 9-dikén. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1894. október 21-dikétől október 27-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 395 gyermek, elhalt 193 személy, a születések tehát 202 esettel múlták felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápolatott e hét elején 1915 beteg, szaporodás 681, csökkenés 613, maradt e hét végén ápolás alatt 1983. — A fővárosi tiszt főorvosi hivatalnak 1894. október 29-től november 4-ig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 18 (meghalt —), himlőben 15 (meghalt 3), bárányhimlőben 42, álhimlőben 4, vörhenyben 22 (meghalt 4), kanyaróban 84 (meghalt 1), ronesoló toroklobban 25 (meghalt 4), torokgyikban 2 (meghalt 5), trachomában 39, hökhurutban 5, orbánczban 15 (meghalt 1), gyermekági lábban 1.

— **Kinevezések:** *Verubek Gusztáv és Rózsa Imre dr.-okat* a belügy-minister a budapest-lipótmezei országos örültekházánál megüresedett két másodorvosi állásra kinevezte. — *Sass István dr.-t* a főváros tanácsa a Rudas-fürdő orvosává választotta meg.

△ **Egyetemes orvosdoktorokká felavattattak 1894. szeptember 22-dikén:** *Weiner Miksa, Veszprém (Veszprémm.), f. a. Korányi tur.; Beck Bódog, Baja (Bácsm.), f. a. Kovács tur.; Schiller Károly, Budapest (Pestm.), f. a. Fodor tur.; Balázsfalvi Kiss István, Kecskemét (Pestm.), f. a. Mihalkovics tur.; Fischhof Jakab Károly, Érsekújvár (Nyitram.), f. a. Schulek tur.; Révész Gyula, Budapest (Pestm.), f. a. Kézmárczky tur.; Plechl Kálmán, Nagy-Beeskerek (Torontálm.), f. a. Tauffer tur.; Furherr Aladár Gyula, Ipolytság (Hontm.), f. a. Plósz tur.; Vajda Adolf, Solt (Pestm.), f. a. Ajtai tur.; Schenk József, Salgó-Tarján (Nógrádm.), f. a. Hógyes tur.; Rauschburg Pál, Győr (Györm.), f. a. Kéti tur.; Brünauer Ferencz, Jászberény (J.-N.-K.-Szolnokm.), f. a. Bókai tur.; Krausz Mór, Miskolcz (Borsodm.), f. a. Thanhoffer tur.; Nenádovics Lázár, Módos (Torontálm.), f. a. Laufenauer tur.; Szabó Samu, Nagy-Jác (Nyitram.), f. a. Klug tur.; Körödi Simon, Tisza-Köröd (Szatmárm.), f. a. Réczev tur.; Löwenbein Oszkár Vilmos, Gölniczbanya (Szepesm.), f. a. Korányi tur.; Szathmári Lajos, Kőte-Gyán (Biharm.), f. a. Kovács tur. — 1894. szeptember 29-dikén: *Leitner Benjamin, Ó-Palánka (Bácsm.), f. a. Fodor tur.; Kortsák Antal, Budapest (Pestm.), f. a. Mihalkovics tur.;**

Weisz Ferencz, Mérk (Szatmárm.), f. a. Schulek tur.; Gefferth Gyöző, Moncza (Beregim.), f. a. Kézmárczky tur.; Bozóky Dezső, Nagyvárad (Biharm.), f. a. Tauffer tur. — 1894. október 6-dikán: Pfeifer Gyula, Kecskemét (Pestm.), f. a. Plósz tur.; Kaufmann Sándor, Pálfa (Tolnam.), f. a. Ajtai tur.; Lipscher Mór, Csacza (Trenesém.), f. a. Hógyes tur. — 1894 október 13-dikán: Marschall János, Német-Járfalva (Mosonm.), f. a. Kéti tur.; Barta Béla, Nagy-Kőrös (Pestm.), f. a. Bókai tur.; Járó Ferencz, Mező-Kövesd (Borsodm.), f. a. Thanhoffer tur.; Tandlich Zsigmond, Oravka (Árvam.), f. a. Laufenauer tur. — 1894. október 20-dikán: Szántó Manó, Esztergom (Esztergom.), f. a. Klug tur.; Irvabár Mirosláv Vladimír Elemér, Munkács (Beregim.), f. a. Bókai tur.; Vics József, Szászváros (Hunyadm.), f. a. Réczev tur.; Weisz Samu, Beled (Sopronm.), f. a. Korányi tur. — 1894. október 27-dikén: Horn Ignác, Budapest (Pestm.), f. a. Kovács tur.; Nemes Sarudny Andre, Cselej (Zemplénm.), f. a. Fodor tur.; Schulmeiszter Márton, Szarvas (Békésm.), f. a. Mihalkovics tur.; Waldman Fülöp, Ungvár (Ungm.), f. a. Schulek tur.

— **A diphtheria gyógyítása antitoxinokkal,** melyek a szervezet közvetítése nélkül állíthatók elő — ily ezim alatt közölt Smirnow a „Berliner klinische Wochenschrift“ ez évi 30. számában egy érdekes közleményt, melynek lényege röviden az, hogy electrolysis segítségével a diphtheritis-toxinokból előállíthatók antitoxinok, a melyekkel az állatoknál kísérletileg előidézett diphtheritis meggyógyítható. Behring hevesen kikelt ezen czikk ellen, a többi közt azt is mondván, hogy a kilátás arra nézve, hogy a toxinokból a megfelelő antitoxin előállítható legyen, nem nagyobb, mint arra nézve, hogy valaki savból lúgot állítson elő, a mely által az előbbi közömbösíttetik. Erre felel újabban Nencki tanár, mint a kinek laboratoriumában Smirnow kísérleteit végezte, felemlítve, hogy Behring hasonlata arra mutat, hogy vegyi ismeretei nagyon is hiányosak, mert például a salftromsav reductio által átalakítható ammoniakká, és ha aequivalens mennyiségű savat alakítunk át lúggá, akkor a következő képlet szerint $\text{NO}_2\text{H} + \text{NH}_4\text{OH} = \text{NO}_2\text{NH}_4 + \text{H}_2\text{O}$ a sav a képződő lúg által neutralizáltatik.

— **A budapesti orvosi kör orsz. segélyegylete** részéről évenként kiosztásra kerülő segélyösszegre igényt tartókat ezennel felhívom, hogy szegénységi bizonyítvánnyal és esetleg hatósági orvosi ajánlattal ellátott folyamodásaikat f. év december 15-dikéig hozzám beküldeni sziveskedjenek. A folyamodók közül három legérdemesebb Mészáros Károly dr. úr alapítványából egyenként 160 fnt segélyben fog részesíttetni. *Papp Samu dr., orsz. képvis., a budapesti orv. kör orsz. segélyegyletének elnöke.* Budapest, kerepesi-út 8. sz.

— **Megjelent. Ónodi A.: Adatok a gége beidegzésének boncztanához,** élettanához és kórtanához. Kiadta a magyar tudományos akademia. — *Vas Bernát és Gara Géza:* Útmutató a klinikai laboratoriumi munkálkodáshoz. Orvosnövendékek és gyakorló orvosok számára. Budapest, 1894. Lampel Róbert kiadása. Arai vászonkötésben 2 forint 40 krajczár. Legközelebb ismertetni fogjuk.

— **Az „Orvosi Évkönyv“** czimtári adatait tudvalevőleg az orvosi naptárak, sőt az általános lakjegyzékek is felhasználják, s részben lenyomatják. Ebből leginkább kiderül, mennyire fontos minden orvosra nézve, hogy magát a könyvbe felvétesse és minél több adattal hozzájáruljon.

— **Michnay dr. szikszói orvos** elhalálása folytán orvosi könyvei s eszközei igen jutányos áron eladandók, úgy egyenként, mint egészben is, erről a venni szándékozók értekezhetnek Michnay Bertalan szikszói ügyvéddel.

— **Mai számunkhoz** van mellékelve a Szilágyi Sándor szerkesztése alatt megjelenő „A magyar nemzet története“ czimű nagy munka előrajza, melyre olvasóink figyelmét ezennel felhívjuk.

„Szt. Lukács-fürdő“ részvény-társaság
Budapestben.

Uj! Gyógykezelés meleg kénes vízzel: A thermalis zuhanyfürdő !! (Douche massage). Téli kúra az iszapfürdőben, mely a szállodákkal egy épületet képez. Nehéz betegek számára felhúzó készülék külön iszapfürdőbe. Kényelem és jó ellátás. Lakásokról és fürdőről küld prospectust az igazgatóság. A fürdő főorvosa: **Bosányi Béla dr.**

Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és szt. István-közkórházban 1894. november 1-től egész november 7-ig ápoló betegokról.

1894.	Felvételt	beteg		összesen	Elbocsátott		gyógy.	összesen	Meghalt		Maradt		Az ápoltak közül						
		férfi	nő		férfi	nő			összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	a Rókusban	szülönő	heveny fertőző	az álló-tűi kórházban
Nov.	1	42	43	85	32	29	61	3	3	6	1069	834	1903	1013	27	76	787		
„	2	44	35	79	31	37	68	1	3	4	1081	829	1910	1016	27	83	784		
„	3	54	40	94	50	47	97	1	4	5	1084	818	1902	1020	26	84	772		
„	4	44	24	68	35	32	67	9	110	10	1084	809	1893	1022	26	80	765		
„	5	77	58	135	65	41	106	4	3	7	1092	823	1915	1016	26	82	791		
„	6	48	54	102	37	35	72	3	2	5	1100	840	1940	1039	24	77	800		
„	7	52	44	96	43	36	79	3	2	5	1106	846	1952	1048	24	77	803		

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 a budapesti kir. m. t. egyetem II. számú (Réczey Imre ny. r. tanár) sebészeti klinikumáról.

Adatok a trepanatio javalatához.

Martiny Kálmán dr., kórodai tanársegédttől.

A koponya lágyrészeinek, esontállományának vagy tartalmának sérülései bármennyire más és más képet nyújtsanak is egyenkint, egymásra való vonatkozásuk és hatásuk e különböző szövethemeknek különösen prognostikai szempontból sehol sem oly nyilvánvaló, mint épen itt. A legkisebb sérülés, a lágyrészek egyszerű zúzódása vagy kisebb horzsolása, avagy azok nyílt-, zúzott-, metszett-, szúrt sebe, mindig egy és bizonyos magasabb szempontból ítélendő meg: az agyvelő szempontjából. A fejet ért trauma, a mely a lágyrészeket vagy nem hagyott nyomot, vagy csak a subcután és alig felismerhető vérkiömlés mutatja behatását: súlyos beszámítás alá eső változásokat hozhat létre a koponya esontjain, edényein, azokon belül, sőt magán az agyvelőn. S tudjuk azt is, hogy a lágyrészek kicsiny, teljesen izolált sebei, a hozzájuk esetlegesen társuló szövődeményekkel — a melyek a test egyéb tájékain aggodalomra alig adnak okot — sokszor veszélyeztetik az életet. Sőt látható complicatiók nélkül is gyógyulhat a fejbe s következményei lehetnek súlyosak és újabb beavatkozásra kényszerítőek, úgy hogy megszoktuk a fej sérüléseit helyesen nem a látható, vagy kimutatható seb nagyságának mértéke szerint — bár terjedjen az a koponya összes alkotó részeire (lágyrész, esont, agyvelőállomány) — hanem a seb mellett a mélyebben fekvő részek bántalmazott voltára utaló tünetek szerint megítélni; vagy esetleg ítéletünket a kórképet megvilágosító, de a sérülés után még közvetlenül nem jelentkező tünetek várható beálltáig felfüggeszteni. És ha ez más testtájékok hasonló bántalmainál előfordul is elvéve, a fej e nemű bántalmainál azonban általánosítható.

A koponyaboltozat fedett és nyílt töréseinek azon esetei, a melyekben a dura ép maradt, ámbár igen sok esetben ugyanolyan elbánásra, mint a milyenben egyéb testtájék esontjainak töréseit részesítjük, zavartalanul gyógyulnak: nem azonosíthatók az említett törésekkel. A beható erőszak neme, a koponya alakja, esontállományának szerkezete, rugalmassága és viszonya a tető és cavum cranii tartalmához ezen töréseknek a többiektől való elkülönítését kívánják s míg a többi törésnél mindinkább sikerült egyes alakoknak bizonyos általános szabályszerűségek által jellegzett csoportokba való helyezése: addig a koponyatöréseknél ez vagy igen tág határok közt csak, vagy a mi gyakoribb, alig lesz lehető. Minden törés más-más képet nyújthat, s szolgáltat adatot azok tanához. A II. sebészeti klinikum ezekben bővelkedő anyagából óhajtok egy-két esetet ez utolsó tanévből közölni, a melyek részben kiterjedt voltak, a hozzájuk csatlakozott vérzés, bénulások, agytályog miatt hivatják ezen nemű bántalmak casuistikáját bővíteni, s talán azok tanához egy-egy adatot szolgáltatni.

A koponyaboltozat törései alkalmával, legyenek azok fedettek, nyíltak, vagy áthatók, oly tünetesoportok állhatnak be, a melyekről egyenkint constatálnunk szükséges a további eljárás czéljából, hogy milyen okozati összefüggésben vannak a töréssel, míg más alkalommal a traumát törés lát-szólag nem követi s az élőben ki sem mutatható s csupán egyéb ok miatt véghezvitt boncolás deríti azt ki. A míg az egyszerű subcutan fissura, de a darabos és átható törés is egy esetben hosszabb-rövidebb ideig tartó eszméletlenséggel, pulsus lassúdással, hányással, bénulással, sőt epileptiformis görcsökkel fognak járni, ismét más alkalmakkor ugyancsak e bántalmak szorososan a törés tüneteinek kívül mást nem mutatnak s úgy az első, mint az utóbbi esetben a mi feladatunk lesz megállapítani a törés tüneteinek és az agyi tünetek, az összes tünetekből kiválasztanunk azokat, a melyek a törés rovására irandók és azokat, a melyek a trauma behatása alatt közvetve vagy közvetlenül az agyvelőre vonatkoznak.

Számolnunk kell tehát minden egyes esetben a trauma következményeivel, melyek a koponyaboltozatot fedő lágyrészeket, a esontokon, a kemény agykéren, véredényeken s magán az agyvelőállományon jöttek létre, azonban nem szabad figyelmen kívül hagyni annak nemét és alakját sem, mert annak ismerete sokszor fogja vizsgálódásunkat helyes irányba terelni, úgy az említett részek bonczati elváltozásainak megállapításában, mint a következményes tünetek magyarázásában, s viszont a bonczati elváltozások és egyes kórtünetek fel fogják tüntetni azt a viszonyt, a mely köztük és a trauma között közvetve vagy közvetlenül van, a mi épen a gyógykezelés szempontjából oly fontos.

Mindezen tényezőket s azoknak egymáshoz való viszonyát élénken vázolják eseteink, a melyek, mint a koponya nyílt, darabos, illetőleg csillagos törései már terjedelmüknél fogva s különösen a traumához csatlakozott horpadás, vérkiömlés és agytályog miatt érdemelnek említést.

I. B. I., 34 éves, nőtlen napszámos, szül. Andorlak (Borsodm.) 1894. május 27-dikén nyugvóhelyén fekiődött, a mikor egy társa bottal fejbeütötte. Egy pár perczre elszédült, utána azonban vérző sebet bekötendő, saját lábán a kórodán jelentkezett. Baloldalt a nyílvarrat közepétől mintegy 2 cm.-nyire a falcson közepén át a fül felé harántirányban haladó körülbelül 6 cm. hosszú és ennek alsó végétől kiinduló a nyílvarrattal parhuzamosan hátrafelé haladó mintegy 4 cm. hosszú zúzott, egyenetlen szélű, bőrön és büralatti kötőszöveten áthatoló folytonosság megszakítások egy háromszögű lebenyt képeznek, melynek csúcsa elől és kifelé a két leírt folytonosság megszakítás egyesülése által van képezve. A haránt irányban haladó sebzésnek közepe táján egy a esont niveauja alá töleszerszerűen süppedő, több mint 20 fillérvnyi nagyságú, esonthártyával fedett esontterület, és ennek belső szélén egy 2 cm. területen érdes esontszél tapintható. Az előbb leírt hosszirányú sebzéstől 1—1.5 cm.-nyire hátrafelé és a nyílvarrattól 2 cm.-re jobb felé a jobb falcsonon harántirányban haladó 7 cm. hosszú egyenetlen szélű esonthártyáig hatoló folytonosság megszakítás. A bal felső szembőjön kékesen elszínesedett bőr. A bal láta tágult. Pupillák fényre, alkalmazkodásra jól reagálnak. A jobb kéz izomereje tetemesen csökkent, a jobb kéz ujjai spastikus contracturában. Pronatio és supinatio akadályozott. A jobb kar mozgékonyasága nem teljesen szabad. Az arcfél izmainak paresise észlelhető. Aphasia. A jobb kar inreflexe kissé fokozott. Beteg érverése 65. Légzés 24. Hőmérsék. 36.4° C. Kissé somnolens, apathikus.

Műtét 1894. május 28-dikán *Trepanatio*. A harántirányú sebvonal kifelé mintegy 3 cm. hosszú metszéssel meghosszabbították. A esonthártya leválasztása után a benyomott esont részlet hátulsó része vésővel és elevarrattal kizemeltetik darabonkint; a megmaradt mellső rész

mozgásánál a depressio mellfelé még tovább terjed s egy repedés a nyílvarrat felé. A hosszirányú sebvonat előre felé 5 cm.-rel megnagyobbították s csak így vált lehetségessé kiemelése a többi lenyomott csont-részleteknek, a melyek közül egy 20 fillérvnyi nagyságban mélyen az ép csont alá nyomúl. Egy csont részleten a koronavarrat kis darabkája volt látható és egy másikkal a sinus longitudinalis is megnyitott. A dura mater ép. Az art. meningeae media folytonosságában megszakadt, gyengén vérzik; bekötése az edénynek. Vérkiömlés a durán csekély. Az agyvelő liktetése élénk. A csontdarabok eltávolítása után a fejtetőn egy 9 cm. hosszú és 6 cm. széles rés támadt. Műtét után közvetlen az izomerő mindkét kézben egyenlő, a jobb kéz ujjai már csak alig észrevehető contracturában. Aphasía csak az R betű kimondásának lehetetlenségében áll, a facialis paresis kisebb. Mindezen tünetek teljesen csak 1894. június 1-én mulnak el. Lázatlan lefolyás. Gyógyulás. A csonthiánynak osteoplastikus fedése tervezetik.

Jelen esetünkben a vizsgálat a koponyaboltozat nyílt darabos törését állapította meg s hűdések, a melyek mint következményes agygyomási tünetek voltak felfogandók. Ha bármilyen természetű agygyomással állunk szemben és ha megbízunk a majdnem általánossá lett feltevésben, hogy az a koponya ürtartalmának megkisebbedése után a liquor cerebrospinalis nagyobb feszüléséből támadt agyanaemiában leli magyarázatát, a mely ismét az edénycapillarissok összenyomtatásának a következménye: természetszerűen azon tényezők ellen kell fordulnunk, a melyek a koponya ürterének megkisebbedését létre hozhatják. E viszonyokat leggyakrabban trauma hozza létre s ritkábban egyéb okokból támadt vérzések, tályogok vagy daganatok. Az erőszakos behatásokból származó s agygyomást előidéző tényezők a törések, a vérzések, idegen testek, tályogok, lobtermények, a melyek keletkezésére mérvadó a beható trauma alakja, iránya, nagysága, a gyorsaság és a felület, a melylyel a koponyaboltozatot éri.

A mi a törésekből származó agygyomást illeti, arra nézve különösen *Bergmann* nyomosan figyelmeztet, hogy úgy a fedett depressióknál, valamint az azokkal járó nyílt darabos töréseknél, mikor tekintsük az agygyomás okául a benyomott csont részletet magát s hangsúlyozza, hogy a fedett depressióknál a legritkább esetekben, az utóbbiaknál csak kevéssel gyakrabban. Számos esetet volt a kórodán észlelni alkalmam, a hol fedett horpadás mellett, a mely pedig oly helyen volt, a hol tüneteket létrehozhatott volna, pl. a motorikus sphaera felett, az agygyomásnak nyomai sem jelentkeztek, sőt beigazoltam láttam azt egy nyílt és egy csillagos törésnél is; leírt esetünkben azonban az agygyomást első sorban az ép dura mellett benyomott csontdaraboknak kell tulajdonítani és csak másodsorban egyéb okoknak.

Azon körülmény, hogy az arteria meningeae media folytonosságában meg volt szakítva, ez esetben arra befolyással nem bírhatott. Mihelyt a fejet erőszak éri, meg van adva a lehetősége annak, hogy agygyomás álljon be az által, hogy törést s a környező csonttal összefüggő horpadást hoz létre, vagy egy levált csont részletet a koponya üre felé nyom, vagy vérzést okoz a dura felett, vagy alatt s a meggyülemlétt vér coagulummá válva, csökkenti az ürteret, és egyes esetekben meghatározása annak, hogy trauma után, a mely mindkettőt létre hozta, mennyi tulajdonítandó a vérzésnek s mennyi a depressiónak, nem mindig könnyű dolog s a gyógykezelésre nem közömbös.

Esetünkben az art. meningeae media által okozott vérkiömlésnek szerep nem jutott, mert a műtétnél arra jelentéktelennek találtuk s mert annak egyik lényeges feltétele, a többé-kevésbé zárt üreg hiányzott. Ámbar megengedhető, hogy nyílt töréseknél is, de nem tártongó lágyrészek és csontseb mellett ez edényből történt vérzés létre hozhat agygyomást, az e törésnél úgy a csont, mint a lágyrészek tártongó sebei mellett nem támadhatott, mert a seb résein szabad utat nyert s jelentékeny vérkiömléssé nem nöhetett.

A törés ilyen, óriásinak mondható volta, a melynél egy 9 cm. hosszú és 6 cm. széles csont részlet, bár több darabban, de együttvéve majdnem egészében volt az ép koponyacsontok niveauja alá nyomva s az, hogy a beteg az erőszak behatása után egy órára került észlelésünk alá s akkor már bénulások a facialison, motorikus aphasía, a jobb kéz izomerejének esikkenése s a jobb kéz ujjainak contracturája volt megállapítható, erősítik feltevésünket s esupá az a körülmény, hogy a

trepanatio után e tünetek, kivéve a kéz izomerejét, nem multak el egészen, hanem aphasía az R betű kimondásáig s a többi tünetek szintén lényegesen javultak, úgy hogy mintegy nyomokban maradtak meg, de csak a negyedik napon multak el egészen, utálnak arra, hogy ezek okául mást is vegyünk fel, mint a depressiót.

A depressiók által okozott agygyomás, a mint arról *Wiesmann* bő statistikájából is meggyőződni alkalmunk van, egyik főfeltétele, hogy a traumához közvetlen csatlakozzék, hogy kizárhatók legyenek az agyvelő-állománynak zúzódása s vérzések a dura felett és alatt és hogy a depressio megszüntetésével az agygyomás tünetei is megszüntjenek. A milyen könnyű ily esetek legnagyobb részében az arteria meningeae media szerepét az agygyomásból kizárni, oly akadályokba ütközik ez az intraduralis vérzéseknel és az agyvelő-állomány zúzódásának megállapításánál, ha a dura ép. És therapeutikus szempontból ez igen fontosnak is látszik, mert kötelességévé tenné a sebésznek mindannyiszor, a mikor ily darabos töréseknél a trepanatiót végezi, egyszersmind a dura megnyitását is fogatosítania; ha nem is tartjuk manapság a dura megnyitását oly rendkívüli dolognak és a sebészi gyakorlat azt mégis elkerüli, azt hisszük azért teszi, mert bizik az adott esetben a complicált töréseknek trepanatióval való ellátásában, tehát elismeri azokat nemcsak egyes esetekben, hanem általánosságban agygyomást előidéző tényezőknek s megengedi, hogy e mellett egyes esetekben az agyvelő-állomány zúzódásának s az extra-és intraduralis vérkiömléseknek másodrendű szerep jusson, annál is inkább, mert annak kriteriuma a műtét után közvetlen az agygyomási tünetek regressiv változásában, ha azokat depressio okozta, vagy állandóságában, sőt növekedésében áll, ha egyéb körülmények, tehát agyzúzódás vagy vérömlenyek okozták. A mikor tehát trepanatió után a tünetek oly lényegesen javultak, sőt egyike a kéz nyomó erejének helyreállításában el is mult, azoknak legfőbb okául szükségképpen a műtét előtti viszonyokat kellett felvennünk s nem volt szabad a műtét beavatkozásnak a dura megnyitásával a még jelenlévő tüneteknek megszüntetése végett az agykéreg esetleg található vérkiömlés eltávolítására terjeszkedni. Mert, a mint ez esetben is láttuk s még egynehány megemlíthető esetünkben látni fogjuk, az intraduralis vérkiömlés több ízben komoly következmények nélkül felszívódik s a mikor a véghezvitt trepanatio után az összes vagy többségében a tünetek javulás nem állott be és a visszamaradt vérkiömlés vagy agyzúzódás önkéntes meggyógyulását tehát nem remélhetjük: módunkban van a mélyebbre való hatolás bármikor, sőt kötelességünk is bizonyos körülmények között.

Jelen körülmények közt, a törésből származó agygyomás, a mely előbb vagy egyidejűleg jelen volt az agyzúzódás vagy intraduralis vérkiömlés tüneteivel, annyira fedi azoknak egymástól megkülönböztető jellegét, hogy annak eldöntése, vajjon egyik vagy másik volt-e a törés mellett másodsorban az elsorolt tünetek okozója, legfelebb csak valószínűséggel volna megállapítható.

Az, hogy a beteg, daczára a sérülés nagyságának és az agygyomásnak, a mely pulsus-lassulásban, facialis paresisben, motorikus aphasíaiban, a jobb kar paresise és az ujjak contracturájában állt s csak kisebb fokú szédülési érzéssel volt összekötve, saját lábán teljes eszméletnél jelentkezett a kórodán s a somnolentia, sopor szemünk láttára fejlődött: élénken illusztrálja a tiszta és progressiv agygyomás képét. És épen ez a növekedés az agygyomásban szólna egyszersmind a mellett, hogy a törés mellett intraduralis vérkiömlés lehetett inkább, mint tiszta contusio cerebri.

Mielőtt még a sérülés helyének viszonyát az agykéreghez közelebről vázolnók, szükségesnek tartunk egy tünetet a sok közül külön kiemelni, mint a mely a fejtető sérüléseit kísérők között a ritkábbak közé tartozik s a melynek megfejtése a kéreglocalisatio tanának segítségével meg nem ejthető s ma is nyílt kérdés: a contractura a kéz ujjain. Minthogy ezt csak egy esetben volt alkalmunk észlelni, megfejtésébe nem is bocsátkozunk. Csak utalunk *Bergmannra*, a ki ezt, ha jelen van, igen fontos differentialis diagnostikus jelnek tartja a

corpus striatumban történt vérzések után fellépő hemiplegiákkal szemben; és hangsúlyozzuk a contractura fokát, a mely oly nagy volt, hogy passive tetemes erővel lehetett csak időnkint az ujjakat nyújtott állásba hozni.

A mint a kéreglocalisatio tana egyre fejlődött és mindinkább gyarapodott azon agykéregrészek száma, melyeket mint működési központokat tanultunk megismerni: épen olyan törekvés indult meg ezen középpontoknak ismert agyvelőtekervényeket az élő egyénben felkeresni.

(Folytatása következik.)

A lúdláb gyógykezelése.

Horváth Mihály dr.-tól.

Ha tekintetbe vesszük, hogy a lúdláb a szerzett deformitásoknak megközelítőleg $\frac{1}{4}$ -ét alkotja és hogy a bántalommal járó gyakran jelentékeny fájdalmak a beteget nemcsak munkájában akadályozzák, de esetleg teljesen munkaképtelenné is teszik, érthető, hogy miért képezte a szóban forgó bántalom kezelése állandóan az orvosi érdeklődés tárgyát. Az ajánlott gyógytervek nagy tömegében kétségenkívül akadunk néhányra, a melyek által szabott irány a kérdést a végleges megoldáshoz egy jelentékeny lépéssel közelebb vitte s a melyek adott körülmények mellett elismerésre méltó eredményt voltak képesek felmutatni; mindazonáltal távol voltunk még attól, hogy a pes valgus terapiáját befejezettnek avagy csak kielégítőnek tekinthetjük volna.

A therapia igen változatos módon igyekezett célját elérni s ezt nagyrészt azon körülménynek tudhatjuk be, hogy a szerzőknek a lúdláb pathogenesisére vonatkozó nézetei egymással gyakran homlokegyenest ellenkeztek, mi maga részéről azon következményt vonta maga után, hogy a therapia terve különböző theoretikus alapon épült. Hozzájárult azonban még azon körülmény is, hogy a bántalom pathológiájáról sem bírtunk világos képet.

Megoldottak még ma sem mondhatjuk a kérdést, hisz az újabb elméletek (Meyer, Lorenz, Hoffa) is különféle módon magyarázzák a bántalom kifejlődését. Abban azonban megállapodott az orthopaedia, hogy a pes valgus bizonyos alakjának (statikus) létrejöveteleért a lábnak a test súlya által való túlságos megterhelését okolja, mely a lábat mindinkább a pronatiós állásba tereli s az így megváltozott statikai viszonyok eredményezik azon csont- és ízületváltozásokat, melyek a lúdlábat állandósíthatják. Messze vezetne célunktól annak vitatása, hogy vajjon a Lorenz által felvett külső lábív súlydése és ennek következtében a belső lábívnek a külsőről való lecsúszása magyarázza-e a jellegzetes változások létrejövetelét, avagy pedig megelégedhetünk Meyer és Hoffával egyetlenegy, a középső lábközépsonton keresztül haladó lábív felvételével, melynek a megterhelés következtében befelőlő helyeződése eredményezné a lúdláb kifejlődését. Ez újabb vizsgálatok tárgyát fogja képezni. Tökéletesen megelégedhetünk — mert a therapiának irányát teljesen meghatározza — azon ténynek ismétlésével, hogy a pes valgusnál a láb feltűnően pronált állásba helyeződik, mely kóros megterhelési viszonyokat állandósítván, az ízületek és csontok kóros alakjának kifejlődését eredményezi. A therapia feladata lesz, ezen pronatio megszüntetésével a statikai viszonyok rendezése.

A lúdláb kezdeti stadiumában az egyes lábőzületek még eléggé mozgékonyak, sőt a beteg még activ supinatiót is képes végezni. Ha azonban a kóros megterhelés a lábat mindinkább erősebb pronatióba vezeti át, akkor csakhamar kifejlődnek az ízületi és csontdeformitások, megváltozik a láb-őcsontok egymáshoz viszonyított helyzete s az ugró csont oly erővel ékelődik a sarok és sajkacsont közé, hogy nemcsak az activ supinatio nem vihető ki többé, hanem főleg a csontok megváltozott helyzeti viszonya, beékelődése által rigiddé vált ízületek passiv redressiót is alig engednek meg.

A kezdődő supinatiót még meg nem engedő és az említett rigiddé, chronikussá vált alakon kívül egy relativ korai stadiumot képezhet a pes valgus statikus kifejlődésében

az általánosan ismert „pes valgus contractus“ (Lorenz), melyet Gosselin dolorosus jelzővel lát el. (Tarsalgie des adolescents.) Ezen alakra jellegző, hogy a láb, mely a pes valgusnál előforduló változásokat többé-kevésbé kifejezetten mutatja, a pronatoroknak spastikus összehúzódása következtében állandóan kifejezett pronatio és abductióban tartatik. Minden supinatiót czélzó kísérletre ezen izmok a spasmus fokozódásával felelnek, a peroneusok és az extensor inai reliefszerűen emelkednek ki s a talo-navicularis ízület táján székelő fájdalmak szünte elviselhetetlenekké válnak.

Míg ezen supinatiót czélzó kísérletekkel szemben a pes valgus contractus teljesen — akár csak egy rigiddé vált pes valgus — mozgathatlannak mutatkozik, addig a fennálló pronatiós állás passiv erővel még fokozható.

Ezen kórképnek a pronatorok spastikus göresének magyarázatát a csontok és ízületek pathologikus elváltozásában, főleg az ugró csont helyzetváltozásában találjuk. Lorenz ugyanis kimutatta, hogy az ugró csont feje a pronatio kifejlődésével a lig. talo-calcaneo-navicularere támaszkodik, mely Linhardt szerint nemcsak hosszirányban nyújtatik meg, hanem, mivel az ugró csontnak leszállásával mintegy ő viseli az egész test terhét, a fokozottabb munkának megfelelőleg egészében megerősödik. Ezen túltengett szalag a talusra gyakorolt nyomása által a caput talit beburkoló synovialis hárttyát — mint egy folytonosan beható trauma — izgatja, minek következménye a synovialis hárttya secundaer lobos állapota lesz. Ezen izgalom reflectorikus úton áttérjed azon motorikus ideg-elágazódásokra, melyek a pronatorokat idegzik be, nevezetesen a tibialis anticusra, melynek egyik ága épen a nevezett ízületet, annak synovialis hárttyáját látta el finom végágakkal. Állandóan fennállván a traumatikus izgalom, az általa előhívott és reflex úton átvezetett spasmus is állandóan contracturában tartja a lábat.

Mint a későbbiekben látni fogjuk, ezen magyarázat az orvosi beavatkozásnak irányát is megszabja.

A pes valgus vázolt három alakjának természetében, azon különleges viszonyokban, melyek mindegyikét egyenként jellemzik, rejlik épen, hogy az általános elvek figyelembe vétele mellett mindegyik alak egy specialis therapiát is igényel. A pes valgus minden esetében törekednünk kell a pronatiót megszüntetni, s a supinatiós állás biztosításával lehetővé tenni, hogy a test súlya által eszközölt megterhelés a correctio értelmében érvényesíthesse alakító hatását. Mert a mint a megterhelés kóros viszonyok között egy kóros külső alak kifejlődéséhez vezetett s a láb-őcsontok és ízületek deformitásait is eredményezte, ép úgy várhatjuk, hogy a normalis functio, a normalis statikus viszonyok helyreállításával ismét a megterhelés lesz azon factor, melynek alakító behatása alatt a normalis viszonyok helyreállanak.

S e helyen egy rövid kitérést engedünk meg magunknak. Normalis functionalis és megterhelési viszonyoknak helyreállítása nemcsak a pes valgus therapiának képezi alapföggondolatát; de találkozzunk vele, erre kell építve lenni mindazon gyógyterveknek, melyek az ú. n. megterhelési deformitások gyógyítását czélozzák. A tétel helyességét minden fejtegetésnél találóbban bizonyítják azon eredmények, melyeket Lorenz, Wolf és mások, pl. a pes varus, a genu valgum legnagyobb fokú eseteiben felmutatni képesek. A scoliosis therapia kérdése még mai nap sem tekinthető megoldottnak, dacára, hogy a mechanikus orthopaedia nap-nap mellett újabb és újabb módszereket és készülékeket hoz alkalmazásba. Ma azonban még nem vagyunk képesek a fentebbi tétel követelményeinek a scoliosissal szemben megfelelni s a statikai viszonyokat megváltoztatni s ezeket állandósítani, s épen ebben látom annak magyarázatát, hogy a scoliosis therapia nem mutat fel kedvezőbb eredményeket. Sokkal kedvezőbbek azonban a viszonyok általában az alsó végtag megterhelési deformitásainál és nevezetesen a szóban forgó pes valgusnál, hol a kóros pronatiót megszüntetve semmi nehézségbe nem fog ütközni egy ú. n. supinatiós megterhelést fenntartani, különösen nem a lúdláb azon eseteiben, midőn activ és passiv supinatio még kivihető. A pes valgus contractus és az említett

chronikus alaknál azonban ezen terapiát meg kell előznie a spasmus megszüntetésének, illetve egy oly eljárásnak, melynek feladata a rigiddé vált ízületeket ismét mozgékonyvá tenni.

Egy momentumot kívánok még e helyen emlékeztetni; nevezetesen, hogy ámbár a láb scelletuma már magában véve is erős támasztékot alkot a test súlyának elviselésére, mert a szomszédos csontok egymást kölcsönösen akadályozzák abban, hogy helyzetükből kitérjenek, ezen ú. n. kölcsönös gátláson kívül azonban még más tényezők is hozzájárulnak a lábnak a megterheléssel szemben való ellenállási képességének fokozásához, nevezetesen az izmok működése és a szalagos képletek feszessége. Ezen körülményt a terapiában is tekintetbe kell majd vennünk s nem elégedhetünk meg a scelletum normalis viszonyainak helyreállításával, hanem törekednünk kell, hogy az izmok erősítésével s a szalagok ellenállási képességének növelésével a már elért eredményt állandósítsuk.

Ezek előrebocsátásával áttérhetünk tulajdonképeni feladatunkra.

Gyakran keresik fel az orvost betegek, kiknek panaszát az képezi, hogy a lábnak gyors elfáradása által a tartós munkában akadályozva vannak. Hasztalan vizsgálja meg az orvos legkörülbőlőbb betegét, nem képes a láb állásában, alakjában, activ és passiv mozgásaiban csak a legesekélyebb elváltozást sem felderíteni. Ha azonban tekintetbe veszi a panaszolt gyors elfáradást s betegét hosszabb ideig járattja, megismeri a beteg állapotát s megismeri a betegség természetét, t. i. beavatkozásunk a láb teherhordó képességének emelését célozhatja, avagy pedig törekednünk kell annak elérésére, hogy a testsúly ne teljes erővel nehezedjék a lábra; más szóval vagy a láb munkaképességét emeljük, vagy pedig a terhet csökkentjük.

A láb munkaképességét activ és passiv úton emelhetjük. Passiv, ha egy oly készüléket használunk, mely teljesen hozzá simulva a talphoz, a lábat minden lépésnél, minden megterhelés alkalmával egész felületén alátámasztja s megakadályozza, hogy az ellenállási képességükben csökkent ízületek és csontok alakjukat és helyzetüket változtassák. Erre szolgálnak a különböző betétek, melyeknek tulajdonságait a későbbiekben részletezzük.

A betétekkel szemben a massage és torna azon factorok erősítését célozza, melyek activ szerepet játszanak a rendes viszonyok fenntartásában, t. i. az izmok és szalagokét. A massage-kezelés főleg Mosengeil és Landerer¹ nevéhez fűződik. Mindketten nagy súlyt fektetnek egy rendszeresen folytatott, erőteljes massagera, nevezetesen a musc. tibial. post., a triceps surae és a kis lábizmok erősítésére. Nagyban elősegítjük a massage hatékonyságát, ha azt a nevezett izmok gymnastikájával kombináljuk, minek methodikus fejlesztését főleg Ellisnek² és Roth B.-nek³ köszönhetjük. A gyakorlatokat, melyeket a beteg mezitláb végezzen, nevezett szerzők után Hoffa a következő 6 pontban írja le:

1. A beteg lábait előre irányítva egymás mellé helyezi s a sarkot emeli majd süllyeszti.

2. A beteg oly állást foglal el, hogy a nagy ujjak egymást érintve a lábak hátrafelé nyílt, körülbelül 90°-nyi szöget képezzenek. Ez állásban emelkedik a lábujjakra, miközben a sarkokat lehetőleg kifelé forgatja.

3. Állás mint előbb, miközben a beteg számlálás után 1-re a sarkokat emeli, 2-re a térdeket behajlítja, 3-ra a térdeket nyújtja, 4-re a sarkokat süllyeszti.

4. A beteg nyújtott térdekkel ülve s az ujjakat lehetőleg kifelé irányítva, a lábakkal befelé körmozgást végez.

5. A supinatorok erősítésére az orvos a beteg lábbal ellenállási mozgásokat végeztet pl. felszólitjuk betegünket, hogy lábát erőteljesen adducálva tartsa, mialatt mi azt abducálni igyekezzünk, avagy a beteg lábát mi abducáljuk, míg a beteg ezen ellenállást legyőzni s a lábát abducálni igyekszik. (Passiv-activ és activ-passiv ellenállási mozgások.)

6. A beteg magasra emelt belső lábszéllel áll és járkál. Az erőteljes massage és rendszeresen folytatott gyakorlatokon kívül Hoffa ajánlja még úgy az egész testnek, mint különösen a láb és talpnak hideg vízzel való mosását, a szervezetnek erősítését s esetleg antirachitikus gyógyszerek adagolását. (?) Figyeljünk továbbá arra, hogy a betegek elastikus járáshoz szoktassák magukat.

A másik módja a prophylacticus kezelésnek — mint említettük — midőn beavatkozásunk a megterhelés csökkentését célozza. Ezen alapgondolatra építi Lorenz a következő eljárását: A műszerészszel készítettünk egy a lábat és alszárat magába foglaló, ezek alakjához teljesen hozzá illő modell-készüléket, egy fa- vagy bőrtokot, melyet fűző módjára erősítünk meg a lábon. Az alszár, mely egy szélesebb részével felfelé néző esonka kúpot képez, a járás vagy állás alkalmával addig süllyed lefelé a bőrtokban, míg annak üregét teljesen kitölti, úgy hogy súlyával mintegy a készülék belső felületére nehezedik. Ezen módon az alszár egy nagy kiterjedésű támasztó felületet nyer, úgy hogy a test az állás és járásnál nem teljes súlyával nehezedik a lábra, illetőleg a talpi felületre, hanem egy részével, mondjuk pl. $\frac{1}{3}$ -dával az újonnan nyert támasztó felületre. A fűző készüléket csak addig hordatjuk a beteggel, míg a naponta kétszer alkalmazott erőteljes massageval és gyakorlatokkal stb. az izmokat annyira erősítettük, hogy activ működésük elegendő a megterhelés és a láb teherhordó képessége közt fennállott aránytalanság kiegyenlítésére.

A prophylacticus kezelés ajánlott módjai feladatuknak a legtöbb esetben megfelelnek.

Sajnosan tapasztaljuk azonban a mindennapi gyakorlatban, hogy a betegek igen nagy százaléka csak akkor fordul az orvoshoz, midőn a csontok és ízületek kóros elváltozásokat mutatnak fel, a midőn a therapia sokkal nehezebb feladattal áll már szemben, t. i. nem egy bántalom kifejlődésének megakadályozása már a cél, hanem egy kifejlődött deformitás megszüntetése.

Vajjon minő lehet prognosizunk a kifejlődött lábakkal szemben? Elégségesek-e eszközeink egy restitutio ad integrum elérésére? Évekkel ezelőtt még maga Lorenz is azt hirdette (Die Theorie des Plattfusses) — s ez az általános felfogás tükrét képezte, hogy egy kifejlődött pes valgus nem képezheti az orvosi beavatkozás tárgyát, legalább nem oly értelemben, mely a normalis viszonyok helyreállítását célozza, hanem a therapia megelégedhetik, ha a deformitás továbbfejlődésének elejét veszi. Az eredmények, melyeket az orthopaedia az utolsó években felmutat, a prognosist sokkal kedvezőbben engedik felállítani. Az irodalom mindig nagyobb számmal értesít esetekről, melyekben nemcsak a működési zavarokat sikerült megszüntetni, de a láb rendes alakját is visszanyerte. (Hoffa,¹ Trendelenburg, Lorenz stb.) Magamnak is alkalmam volt számos esetet észlelni Hoffa, Lorenz és Wolf intézetében s ezek között igen sokat, melyek kezelés alatt lévén, a fokozatos javulásról tanuskodtak és olyanokat, a melyekben elért tökéletes eredmény az alkalmazott módszer helyességét bizonyítja.

Mint fentebb említettük a pes valgus statikus különféle alakjai más és más terapiát igényelnek, a melyek mindegyike azonban azon alapgondolatra van építve, hogy a normalis

¹ Berlin. klin. Wochenschrift, 1889. Nr. 47.

² Edinb. med. Journ. 1890. P. 624.

³ Brit. med. Journ. 1882. Nr. 18.

¹ Hoffa. Münch. med. Wochenschrift. 1893. Nr. 49—50.

statikus viszonyok helyreállításával a deform esontok és izületek visszanyerik physiologikus alakjukat s ezzel a láb is rendszer alakját és működési képességét. Ezen normalis statikus viszonyok helyreállítását, a lábnak supinatio állásban való megterhelését czélozzák azon prothesek, melyeket a modern orthopaedia hozott alkalmazásba.

A vélemények egy rationalisan szerkesztett protheset illetőleg mind megegyeznek abban, hogy ezeknek szükségképen egy a láb külső széle felé lejtősödő síkot kell képezniök, mert csak így tartható a redressált láb állandóan a supinatio állásban. Ezen követelménynek kétféleképpen tehetünk eleget, 1. vagy a cipősarok és talp képez egy esücsával a láb külső széle felé tekintő éket, mint ezt a különféle lúdlábú cipőknél látjuk, vagy 2. a cipőtalp belső felülete képezi az említett kifelé lejtősödő síkot. Ide tartoznak a különféle betétek.

(Folytatása következik.)

Közlemény Heubner tanár, kir. tanácsos, lipcei gyermekgyógyászati klinikájából.

Bacteriologiai vizsgálatok az ú. n. septikus diphtheriáról.

Generich Gusztáv dr.

(Folytatás.)

A változást bacteriologikus leletek vezették be. Így már Löffler¹⁴ is súlyos általános infectio egy esetében (23. eset) a nyirkmirigyekben és minden belső szervben streptococcusokat talált.

Beck¹⁵ csak a vért találta bacteriummentesnek, míg súlyos septikus esetek szerveinek metszetei streptococcusokat eredményeztek.

Prudden¹⁶ diphtheria mentén fejlődő bronchopneumonia 17 esetében streptococcusokat látott, míg 10 controll-esetben, hol a bronchopneumonia más bántalomhoz csatlakozott, streptococcusok nem voltak kimutathatók. Ugy szintén Lingelsheim,¹⁷ Martin,¹⁸ Schmorl,¹⁹ Canon,²⁰ Frosch²¹ is találkoztak streptococcusokkal, ritkábban staphylococcusokkal súlyosabb diphtheriáknál.

Míg azonban Goldscheider²² arra szorítkozik, hogy a staphylococcusok jelenlétét nem tartja közömbösnek a diphtheria bacillusának hatékonyságára, és C. Fränkel²³ kiemeli, hogy streptococcusok által a Löffler-féle bacillus virulentiája emeltetik, mások egy streptococcus-infectiőről beszélnek, mely a diphtheria által megbetegített torok alapján és a szervezetnek erre bekövetkezett gyengébb ellentállási képessége folytán, kifejlődik és a diphtheria mérgének toxikus hatása mellett septikus tüneteket hoz létre, hogy tehát két vagy több bacteriumfaj vegyes fertőzése forog fenn, mely másként másodlagos infectiónak is neveztetik, miután a streptococcusok invasiója szemlátomást később történt meg.

Már Lingelsheim²⁴ is azt hiszi, hogy a diphtheria mentén

¹⁴ Untersuchungen über die Bedeutung der Mikroorganismen. Mittheilung aus dem kais. Gesundheitsamte. Bd. II. 1884.

¹⁵ Bacteriologische Untersuchungen über d. Aetiologie der menschlichen Diphtherie. Zeitschrift für Hygiene. Bd. VIII. p. 434.

¹⁶ Studies of the etiology of the pneumonia complicating diphtherie in children. American journal 1889. Juni. (Virchow-Hirsch's Jahresberichte.)

¹⁷ Experim. Untersuchungen über morphologische, culturelle und pathogene Eigenschaften verschiedener Streptococcen. Zeitschrift f. Hygiene und Infectiouskrankheiten. Bd. X. p. 331-367.

¹⁸ Examen clinique et bacteriologique de deux cents enfants entrés au pavillon de la diphtherie à l'Hôpital des enfants malades. Annales de l'Institut Pasteur. Mai 1892.

¹⁹ Vortrag in der med. Gesellschaft zu Leipzig am 8. Nov. 1892.

²⁰ Bacteriologische Untersuchungen bei Sepsis. Deutsche Med. Wochenschrift. 1893. Nr. 43. p. 1038.

²¹ Die Verbreitung des Diphtheriebacillus im Körper d. Menschen. Zeitschrift für Hygiene. Bd. XIII. p. 49-54.

²² Bacteriologische Untersuchungen bei Angina tonsillaris und Diphtherie. Zeitschrift f. klin. Medicin. Bd. XXI. 1893.

²³ Ueber das Vorkommen Löffler'scher Diphtheriebacillen. Berliner klinische Wochenschrift. 1893. Nr. 11.

²⁴ l. 17

fejlődő másodlagos infectiónál a streptococcusok szolgáltatják a kóroktani momentumot.

Beck²⁵ a streptococcusok bevándorlását tartja a septikus tünetek okának.

Sőt Barbier²⁶ felveszi, hogy míg a leszálló croupal lefolyó diphtheria-esetek csak a Löffler-féle bacillus által keletkeznek, a többi súlyos septikus alakok a diphtheria-bacillusnak egy általa tenyésztett streptococcus β -val való complicatioja által idéztetnek elő és elnevezi ez alakot diphtherite streptococcique-nak, szemben a diphtherite pure-rel. Martin²⁷ is hasonló különbséget tesz „Angine diphtherique pure“ és „Angine diphtherique avec associations microbiennes“ között.

Siebenmann²⁸ értelmezése szerint a streptococcus bevándorlása a betegség későbbi stadiumában a septikus fertőzés kezdetét jelzi.

A már egy izben említett Barbieren kívül különösen Behring²⁹ az, ki egész határozottsággal a septikus diphtheria klinikai elnevezését annak bacteriologikus jelentésével azonosítja.

Behring megkülönböztet 1. sepsis-eseteket, melyek a száj- és torok rothadásával és üszkösödésével járnak; 2. streptococcusokkal való complicatiokat, melyeknél a szájban rothadási folyamatok nincsenek és mégis magas alább- és félbenhagyó láz mellett a vérméregzés tüneteit észlelhetni; 3. súlyos diphtheria-eseteket sepsis és pyaemia nélkül.

Bármily részletes és szép is ezen beosztás bacteriologiai szempontból, klinikai czélokra mégis hiányosnak mutatkozik. Azonkívül nem találjuk meg benne az egyes formáknak klinikai tünettanát, vagy legalább az első kettőnek bővebb leírását, melyeket Behring szemben a 3-dik alakkal együttesen a septicus név alatt tárgyal.

És valóban, ha a többi felhozott adatokat is áttekintjük, azt találjuk, hogy a szerzők majdnem kivétel nélkül a kérdés klinikai oldalát vagy épen nem, vagy csak általánosságban vették számba.

Még nem kérdezte senki, vajjon az eddig klinikailag septikusoknak jelzett diphtheria-esetek a bacteriologiai szempontból vett septikus esetekkel valóságosak-e? E helyett leg-többször a klinikai sepsisnél és másfelől bacteriologiai leletnél maradtak (mely többnyire streptococcusokat eredményezett), úgy hogy a két fogalom összefüggése még a Baginszky-féle tankönyv legújabb kiadásában is épen csak jelezve lett. Már pedig ezen könyvben az újabb idő bacteriologiai vívmányait mind érvényesítve látjuk.

A bizonyítékot arra, hogy klinikusok is, kik másfelől tekintélyes bacteriologok, diphtheriánál a sepsis klinikai kórisméjét felállítják, a nélkül, hogy erre a bacteriologiai bizonyítékot nyújtanak, és a klinikai és bacteriologiai kórismét összhangba hozni megkísérelnék, megadja Escherich.³⁰

A torokdiphtheria helybeli kezeléséről szóló munkájában felemlíti a sepsis klinikai tüneteit: nagy nyugtalanság, hüvös végtagok, a bőr livid elszineződése, a nyak oedemája, a torok merev beszűródése és necrotikus szétesése, foetor ex ore, szívgyengeség, nephritis, a savós és nyálkás hártályok vérzései (l. különlenyomat 35-37-dik lap) említetnek ilyenekül.

Azonban inkább arra lehetne következtetni, hogy az ő esetében nem forgott fenn streptococcus-infectio, ha egyúttal bacteriologiai vizsgálatait is tekintetbe vesszük, mert Escherich a torokban nem talált streptococcusokat és különben is a torok necrotikus szétesésének keletkezését oly formán fogja fel, mintha az a diphtheria-bacillusok mélyebb behatolása által volna feltételezve.

Heubner tanár ezért elhatározta, hogy a modern hygiene igényeinek megfelelően berendezett gyermekkorházában, mely laboratoriumokkal is el van látva, ez irányban vizsgálatokat

²⁵ l. 15

²⁶ Archiv de méd. experimental 1891. Nr. 3. p. 361.

²⁷ l. 18

²⁸ Beiträge zur Frage der Betheiligung von Mikroorganismen bei Otitis media diphtherica. Zeitschrift f. Otologie. Bd. XX. p. 1.

²⁹ Zur Behandlung der Diphtherie mit Diphtherieheilsrum. IV. Ueber sogenannte „septische“ Fälle von Diphtherie. Deutsche Med. Wochenschrift. 1893. Heft 23, p. 543.

³⁰ Wiener klin. Wochenschrift. 1893. Nr. 7., 8., 9., 10.

eszközöltessen, annyival is inkább, mert már 1892-ben a *Schmorl* előadásához fűződött *discussio*³¹ alkalmával úgy vélekedett, hogy klinikai észleletei szerint diphtheriánál vegyes fertőzés ritkán fordul elő, legalább is sokkal ritkábban, mint scarlatnál.

Miután azon szerencsében részesültem, hogy *Heubner* tanár épen engem bizott meg ez érdekes téma kidolgozásával, bátor vagyok a tisztelt szakülésnek ide vágó észleleteimet előadni. Vizsgálataim célja volt diphtheriában elhalt gyermekek belső szerveiben és különösen vérében levő bacteriumokat kimutatni. Mivel továbbá a legtöbb szerző a streptococcusoknak tulajdonítja a főszerepet a vegyes vagy másodlagos fertőzés előidézésében, különösen ezeknek kimutatására fektettem a főszűrt, és oly módszerekkel éltem, melyek a streptococcusok tenyésztésére legalkalmasabbnak bizonyultak. Ilyenformán a lipesei gyermekórházban diphtheriában elhalt gyermekeknek egy sorozata került vizsgálatra. Észleleteimet a 25-dik esettel befejeztem.

A lipesei gyermekórház abban a kedvező helyzetben van, hogy a bonczolatokat lehetőleg hamar eszközölteti. A bacteriologiai vizsgálat ennél fogva többnyire mindjárt a halál bekövetkezése után, vagy csak pár órával később lett meg-ejtve, ez által a rothadást előidéző bacteriumokkal való szennyezés magától elesett.

A hasmetszés után először a lépét és vesét vettem ki és e szerveket 10—15 percze 1—2% sublimát oldatba fektettem. Erre a májat egy alátolt szivacs segélyével lehetőleg kiemeltem a hasüregből, felületét sublimáttal és utána alkohollal lemostam és az alkoholt a teendő metszés irányában izzó késsel felszárítottam, erre aztán egy steril késsel mélyen bevágtam, és a metszés lapjába még több metszést ejtve, a késsel a metszfelületekről sok szövetnedvet húztam le. Az így nyert véres nedv azonnal oltásra alkalmaztatott. Hogy a szivból szennyezés nélkül vért nyerhessek, egy nagy Koch-féle fecskendőt a szíve szűrtam a nélkül, hogy a mellkast megnyitottam volna. A nyert vér legkisebb mennyisége legalább is 1 cm. volt, melynek egyik felét a különböző tápanyagokra oltottam, másik felét egy fehér egérnek bőre alá fecskendeztem.

Legrégül történt az oltás a lépből és a veséből, mely szervek eddig sublimatban fektüdtek, ugyanazon elővigyázati rendszabály mellett, mint a májnál. Itt is főleg arra ügyeltem, hogy lehetőleg bő anyagot nyerjek az oltáshoz.

Tápanyagúl szolgált az első eseteknél a gelatine, melyből lemezeket öntöttem. Miután a forró évszak a gelatine-nal való dolgozásnak akadályára volt és másfelől a streptococcusoknak gelatineban való kifejlődésére több nap szükséges, agar-agart is használtam.

Miután azonban meggyőződtem, hogy a streptococcusok bouillonban fejlődnek ki leggyorsabban és legbiztosabban, a későbbi esetekben főleg oly bouillont használtam, melyhez egy százalék szőlőcukrot adtam és melynek ali vegyhatása meglehetősen erős volt, mivel *Lingelsheim* adata nyomán egy liter bouillonra 25 kem. normal natronlúgot használtam az alkalizálásra. Zavarodás képződését 1.5% pepton hozzáadása által kerültem ki.

Ez eljárás segítségével az eredmény már 24 óra múlva meg volt tudható és ha a bacteriumoknak egy keveréke fejlődött, azokat a lemezeljárás segítségével könnyen lehetett elkülöníteni.

Nem tagadhatom azonban, hogy e mellett esetleges szennyezés megítélése meg volt nehezítve, mi azonban nem esett nagyon latba, miután ez legfeljebb a kevésbé fontos staphylococcusokra, vagy más bacteriumfajokra vonatkozhatott.

Hogy ez eljárás pontosságát kipróbáljam, streptococcus-infectio különböző más eseteiről is oltást végeztem, és mindenütt, hol a klinikai észlelés szerint is alapos gyanunk volt streptococcusokra, azok minden esetben kitenyészthetők voltak. Így pl. scarlat mentén kifejlődő másodlagos fertőzés, pyaemia,

esecsemők septikus vérzése stb. esetei pozitív eredményt szolgáltatottak.

Hogy az esetek sorozatát és a vizsgálatok eredményét áttekinthesstük, azokat alábbi táblázatba összefoglaljuk.

Eset	A kórkép jellege	Bacteriologiai lelet	Oltási kísérlet fehér egerekkel
I.	Croup	—	Nem volt oltás
II.	Legsúlyosabb (septikus) diphtheria	—	Az egér 8 nap múlva †, bakt. lelet negatív
III.	Súlyos diphtheria scárlát után	—	—
IV.	Croup	—	—
V.	Legsúlyosabb (septikus) diphtheria	—	—
VI.	Croup	—	—
VII.	Legsúlyosabb (septikus) diphtheria	Streptococcus longus	Egér †, minden szervben streptococcus longus
VIII.	Súlyos diphtheria. Croup	A májban staphylococcus albus	—
IX.	Súlyos diphtheria. Croup	—	—
X.	Croup. Pneumonia	Streptococcus longus	Egér †, minden szervben streptococcus longus
XI.	Súlyos diphtheria. Croup	A lépben és vesében staph. albus	—
XII.	Croup	A vesében staph. albus	—
XIII.	Croup	A májban staph. albus	—
XIV.	Croup	—	—
XV.	Croup	—	—
XVI.	Legsúlyosabb (septikus) diphtheria	Streptococcus longus	Egér †, minden szervben streptococcus longus
XVII.	Legsúlyosabb (septikus) diphtheria	A vesében staph. albus	—
XVIII.	Croup	A vesében és májban staph. albus	—
XIX.	Legsúlyosabb (septikus) diphtheria	A lépben staphyl. albus	—
XX.	Croup. Nephritis	A vesében és májban staph. albus	—
XXI.	Súlyos diphtheria	A májban staph. citreus	—
XXII.	Legsúlyosabb (septikus) diphtheria	Minden szervben és a szív vérében staph. albus	Egér †, minden szervben staphyl. albus
XXIII.	Súlyos diphtheria	Streptococcus longus és staph. albus	Egér †, a szív vérében és a lépben strept. longuson kívül a vesében, májban vastag bacillus
XXIV.	Croup	A vesében staph. albus	—
XXV.	Croup	—	—

A kórkép fő jellegének magyarázatául hozzá kell tennem, hogy az egyes esetek osztályozása a Heubner tanár által képviselt nézet értelmében vitétt keresztül.

*Croup*al vannak jelezve azon esetek, melyekben a bántalom a gégeszütkületnek vagy leszálló croupnak túlnyomó tünetei alatt folyt le. Meg kell azonban jegyezni, hogy ezekben az esetekben is mindig általános tüneteket is találunk kifejlődve.

Súlyos diphtheria alatt azt értettük, hogy kifejezett és súlyos torok-, esetleg gége-tünetek mellett az általános mérgezés jelei domináltak a kórképet.

Legsúlyosabb (septikus) diphtheria akkor vétetett fel, ha szokatlanul súlyos helyi tüneteknek rendkívül súlyos általános tünetekkel való kombinációja volt jelen.

Az esetek összeállításából kivehető, hogy a bacteriologiai vizsgálat eredménye vagy egészen negatív volt, vagy hogy

az egyes szervekben, majdnem túlnyomólag a lépben és a májban csak staphylococcusok találtak. Csak 4 esetben kaptam streptococcusokat, melyek nemesak mindannyi vizsgált belső szervből és a szív véréből, hanem a mindannyiszor elhullott egerekből is ki voltak tenyésztetők.

Mi a staphylococcusokat illeti, úgy ezek többnyire a staphylococcus albus csoportjába tartoztak. Csak egy esetben (XXI) találtam staphylococcus citreust.

A fehér staphylococcusok fontossága egy eddig még nem eléggé tisztázott kérdés, általában nem tulajdonítanak ezeknek valami különös mérges tulajdonságot. Nem fektetnék azonban ezen körülményre különös súlyt, ha a staphylococcusokat a szív vérében és minden belső szervben találtam volna. Megéjtett vizsgálataimból azonban kitűnik, hogy a szervezet csak egyetlen egy esetben volt staphylococcusokkal elárasztva. A beteg igen súlyos torokdiphtheriának croupal complicált klinikai képét nyújtotta. A szívvérrel oltott eger elhullott és belsejében hasonlóképen ugyanazon coccoosok által volt fertőzve. Többnyire azonban csak az egyes szervekben találkoztam a staphylococcusokkal és pedig túlnyomóan a vesében és a májban. Harmadszor (XI., XIX., XX. eset) a lépben is volt staphylococcus, de mindazon esetekben a szívből vett vér bacteriummentesnek találtam.

Nem gondolok helytelenül következtetni, ha felveszem, hogy a staphylococcusoknak a szervezetben való ezen eloszlása nem eléggé nagy volt, hogy a halált okvetlenül megmagyarázhatta. Ezt csak a XXII. esetben lehetne felvenni, hol egyúttal a talált coccoos az egeret is megölte, melynek szerveiből ugyanazon staphylococcus volt tenyésztendő, mint a hullából.

Azonban, ha a staphylococcusok fajlagossága ellen igazolt kételyünk is lehet, a XXII. eset arra szorít, hogy eldöntetlenül hagyjuk, hogy mi összefüggésben állanak a staphylococcusok az eset súlyosságával és a halál előidézésével és mennyire lehet általában szó vegyes vagy másodlagos fertőzésről.

Annál nagyobb súlyt kell fektetnünk a talált streptococcusokra, melyek a tudomány mai állása szerint egyszer a szervezetbe behatolva, azt ritkán vagy soha sem hagyják bántalmazatlanul.

(Folytatása következik.)

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XXI. rendes ülés; 1894. november 10-dikén.)

Elnök: **Ángyán Béla**; jegyző: **Terray Pál**.

Elnök jelenti, hogy az ülésen *Fuchs dr.* (Ujpest) és *Treidler Samu* mint vendégek vesznek részt.

Jelenti továbbá, hogy az egyesület könyvtára részére *Thüring Gusztáv dr.*: „Budapest közegészségi és közművelődési viszonyai. A VIII. nemzetközi közegészségi és demographiai congressus alkalmából.“ című könyvét, *Hajmics Géza dr.*: „A védhímlő-oltás kézi könyve orvosok és orvostanhallgatók számára“ című könyvét, *Berkovits Miklós dr.*: „A Bihar megyei orvos-gyógyszerészi és természettudományi egyesület szakülései az 1893/94-diki évben“ című füzetet, továbbá a szt. Rókus-kórház igazgatósága „Budapest székes főváros kórházainak évkönyvét“ küldötték be.

A) Bemutatók.

Koponyaüregbeli gümös tályognak mütött és gyógyult esete.

Dollinger Gyula tnr. A 15 esztendő K. A. testének különböző részein ezelőtt 3 esztendővel gümös tályogok keletkeztek, a melyek miatt több kórházban gyógykezeltetett. A mult év augusztus havában az arcon és a koponyán levő gümös fekélyek miatt az irlalmasrend budai kórházának sebészeti osztályán vétette fel magát. A többi között a jobb fulesont felső mellő negyedében volt egy körülbelül 5 □-cm. kiterjedésű fekélye. A mint D. erről a gümös sarjakat lekaparta, a fulesont egy 2 cm. hosszú, 1½ cm. széles likat talált, a mely sajtos anyaggal volt kitöltve és a melyen keresztül egy vastag kutatót mellfelé és lefelé mélyen betolhatott a koponyába. Erre a meglévő lik a csonthártya megkímélésével mellfelé, a homlokcsont irányában vérsóval mintegy 6 cm. hosszúra és körülbelül 2½ cm. szélesre nagyobbított. A leírt likból kiindulól a tegmentum orbitaeig a lamina vitrea és a kemény agykéreg között egy 12 cm. hosszú, 6 cm. széles tályog terült el, a mely nagyobbára száraz, sajtos gümös tömegeket tartalmazott, a melyek a kemény agykéreg mintegy 1½—2 centiméternyire távolították el a lamina vitreatól és a homloklebenyt comprimálták. A

kemény agykéreg csak itt-ott egy-egy apró helyen volt gümösen szétesve, a lamina vitrea kis területeken gümösen megmarva. A sajtos tömegek a kanállal eltávolították, a tályogüreget a legközelebb kizisztított és jodoformorgantinnal lazán kitömetett, a mi 3 napi időközökben megismételtetett. Mintegy 2 hét múlva az agyvelő egészen kitöltötte a tályog helyét és két hónap múlva a beteg egy kis sipolylyal hagyta el a kórházat, a mely igen kevés genyit választott el. A csondefectust hegcsövet fedte be, a melyen az agypulsatiót jól lehetett látni. Most mintegy ¾ évvel a mütét után a koponyadefectust egy csontkéreg fedi be. Ezen koponyáüregbeli gümös tályog oka a fulesont gümös göcözében keresendő, a mely szétesvén a leírt defectust okozta és a melyből kiindulól a koponya-csont és a kemény agykéreg közé gümös sarjadzás indult meg. E sarjak elsajtosított tömege képezte a tályog tartalmát, a melynek híg részei a csondefectustól átfolyton kiürülhettek a koponyából. Megjegyzendő, hogy a betegnél soha semmi-féle agyi tünetek nem voltak, a mint ő állítja még a feje sem fájt soha. Különböznél tudjuk, hogy a koponyacsontokból kiinduló daganatok, a melyek az agyra nyomást gyakorolnak, sokszor már jó nagyra megnöttek, mielőtt az első agyi tüneteket okozzák. A másik körülmény, a mely különös hangsúlyozást érdemel, hogy ezen jelentékeny koponyadefectust egy jól ellentálló csontkéreggel telt ki, holott gümös csontbántalmaknál a hajlam a csontképzésre rendszeren igen csekély.

Navráttil Imre. Az eset mint ilyen a legritkábbak közé tartozik, mert gümös csontmegbetegedések és ebből kiinduló genyedések a koponyán a ritkábbak közé tartoznak. A gyors gyógyulást a helyes antiszeptikus kezelésnek, nevezetesen a jodoformnak tudja be. Előadónak azon kijelentésére, hogy a képződött erős csontkéreg feleslegessé tette a plastikát, azt jegyzi meg szóló, hogy a csontkéregből tényleg erős csontkéreg képződött, azonban ettől befelé csak meglehetősen erős heg van, mely később, talán hónapok, vagy évek múlva, még mélyebbre fog behúzódni s az agyra gyakorolt nyomása folytán *Jackson-féle* epilepsiát válthat ki, mint az szólónak hasonló eseteiben már nem egyszer megtörtént. Tehát azon esetben is, melyben elegendő sarjadzást, csontkéregképződést látunk a csontszélekből kiindulól, ne engedjük magunkat vezéreltetni csalfa tünet által, hanem végezzünk plastikát, mely eszközölhető a külső lemez ráborítása által, vagy egyszerűen alkalmazható celluloid is, mint észlelte a többi közt egy lőtt seb esetében, mikor nagy terjedelmű csonthiányt celluloiddal pótolat; míg más esetben egy-két év múlva epilepsia fejlődött ki.

Ezért a jelen esetben is üdvösnek véli a plastikát.

Dollinger megjegyzi, hogy szándéka volt a gümös folyamat gyógyulása után *Müller-König-féle* koponyaresectiót végezni, minthogy azonban a defectust kemény kéreg fedi, fölöslegesnek tartja a beteg újabb operatióinak alávetni.

Bőrártatás esete.

Martiny Kálmán dr. A bemutatott egyénnek jobb karja csavarógéphez került, mely szétzúzta azt s e miatt vétette fel magát a II-dik sebészeti klinikára. A bőrtől lemeztelenített, erősen vérző kézháti felületről csafatos indarabok lógtak, a II—V. ujj phalanxai szétmorzsolva, vérrel borított alaktalan tömeget képeztek.

A véredények lekötése után a II., III. és IV. ujjat a metacarpophalangeal, az V. ujjat az első ujz ízületben enukleálták s a csontok felett a synovialis-hártyát szűcsvarrattal egyesítették.

A lefolyás láztalan, a seb élénken sarjadzik. A mütét utáni 30-dik napon *Thiersch-féle* transplantiót végeztek: nyolez, a czombból vett lebenyvel fedték be az előbb lekapart sarjadzó felületet.

A lebenyek jól tapadtak s az egész sebfelület csakhamar behámosodott.

Az eset bemutatásának csak az volt a célja, hogy felhívja a figyelmet az igen egyszerű *Thiersch-féle* transplantióra, melylyel ezen esetben is megmentették a beteg karját az amputatiótól.

Dollinger Gyula. Nem a bemutatáshoz óhajt hozzászólni, csupán azt jegyzi meg ezen előadás kapcsán, hogy az együletben az a szokás kezd behozatni, hogy a betegek már az előadás alatt behozatnak az ülésterembe. Ez régebben nem volt így, s szóló azt hiszi, hogy ez nem egészen helyes sem a magunk, sem a beteg érdekében. Ajánlja, hogy ezt jövőben hagyjuk el és csak akkor hozzuk be a beteget, ha az előadásnak vége van.

Ángyán elnök: A felszólalásban foglalt elv általában helyes, de nem minden esetben viheto keresztül, mert sok esetben az előadás megérthetésének könnyítésére szükséges, hogy benn legyen a beteg.

Martiny Kálmán megjegyzi, hogy a bemutatott beteg előtt annál inkább beszélhetett, mert az tót, a ki egy szót sem tud magyarul, továbbá cretin is.

B) Napirend.

Az 1892/93. évi székes fővárosi cholera oka.

Ötvös József dr. (Ezen előadást egész terjedelmében közöljük.) *Kéllé Károly.* Azt gondolja, hogy a mi viszonyaink között a főváros egészségügyi kérdéseire nézve alig lehet fontosabb tárgy, mint az előadó által ma tárgyalt cholera-kérdés, mert nem csak ezen betegség, hanem egyáltalában hasonló kérdések megvitatásánál az illető helyek egészségügyi viszonyainak általános áttekintése és bírálata kerülhet megvitatás alá és azt hiszi szóló, hogy ilyen fontos kérdésnek felvetésénél a budapesti kir. orvosegyesületben nem igen volna helyes egészen hozzászólás nélkül hagyni egy ilyen tárgyat, és azért kér bocsánatot, ha e perczben az előhaladt idő dacára is felszólal. Ugyanis Budapest fővárosa egyike azon igazán szerencsétlenül fekvő városoknak, melyek több évtized óta majdnem mindig gyűlő, vagy legalább érintett pontjai

a messze vagy körülötte uralkodott járványoknak. A legközelebbi év-tizedekben azt láttuk, hogy a közelebb fekvő városok kikerülték a járványokat és mi hozzánk hosszabb ellátogatott a járvány, így a cholera is. 1873 óta, a midőn Ausztria fővárosában is dühöngött a cholera, 4-szer lépett fel a járvány, melyek Bécsset érintetlenül hagyták. Ismeri Bécsset, mint *medicus* 2 évig lakott benne, azóta is sokszor, s Bécs 1873-ig egyike volt a typhus leghírhedtebb városainak, a hova leggyakrabban látogatott el a cholera. 1873-ban nyílt meg a bécsi Hochquellenleitung. 1873-ban még a kiállítás alatt fellépett a cholera, nagyobb számú áldozatot követelve, mint Budapestén. 1873-ig különösen a 60-as években Bécsben a typhus állandóan járványszerű volt; alig volt magyar *medicus*, a ki ezt ki ne álta volna, vagy áldozata ne lett volna és az „Allgemeines Krankenhaus“ legnagyobb contingensét a typhusosok szolgáltatták. 1873-ban nyílt meg az új vízvezeték és a typhus 2 év alatt megszünt és azóta cholera bár körülötte nagyban fellépett és a bevitele a szomszéd Pestről könnyen megtörténhetett, ott nem kaphatót lábra és ha szórványosan elő is fordult egy-két eset, könnyű volt elnyomni. A typhussal utóbb úgy voltak, hogy *Uint* *Bamberger* mondta, nem volt tárgya bemutatni az orvostan-hallgatóknak. Ez mutatja, mit tesz a jó vízkezelés, mely a fertőzésnek hozzá nem férhetővé teszi a vizet az ivó ajakáig. Berlinben a typhus, cholera otthonos volt. Újabban igen jó technikával tövízvezetékük van és láttuk, hogy a szomszéd házban: Hamburgban égett s a choleraótól a berliniek meg tudták magukat óvni. Az alföldi városokban a 60-as években a cholera roppant mértékben pusztított: Hódmezővásárhely, Szegeden, Szentesen a choleraások koporsói rengeteg halmazt képeztek, s mióta a városok fűrt kutakkal bírnak, melyeknek vizét a lakosság nem győzi dicsérni, a cholera alig kapott lábra. De a többi betegségek is, pl. a gyermekek nyári hasmenése Hódmezővásárhely alig fordul elő. De nálunk Budán is a cholera ezelőtt nagyon pusztított, különösen pedig a typhus, de mióta Budának vízvezetéke van, ott a cholera nem lépett fel; hasonlóképpen a typhus ott ritkaság. Ez bizonyítja, hogy egyes népes helyek egészségügyi viszonyaira nézve nagy tényező a tiszta, a fertőzeten víz, és ha ezt tudjuk, követelhetjük, hogy gondoskodjék az állam, a hatóság, a lakosság jó ivóvizéről. Mi itt nem sokat tehetünk, mi csak kérhetjük, követelhetjük, hogy minket jó vízzel lássanak el. De ez nagyon hiányos, mert oly forrásunk nincs, honnan tartósan jó ivóvizet láttathatnánk el, mert a mesterségesen és természetesen szűrt víz is keveredik. Mégis legalább az egészen szűrt víznek elzárása történt, mely csodás eredményt adott, hogy t. i. azon görbe, mely az emelkedést mutatta, rapide esőkként. Azt óhajtja, hogy a főváros minél előbb fertőzeten, tiszta vízzel láttassék el.

Ángyán Béla. A cholera oktana, mint mindnyájan tudjuk, a direct okra nézve eléggé tisztázva van, de az alkalmi okokra nézve, szóval a choleraesír terjedésére nézve még a legutóbbi időig és még ma is élénk viták folynak. Nevezetesen az a kérdés, mennyiben foly be az ivóvíz, vagy a háztartásban mosakodásra, edények, ruhák tisztogatására használt víz a cholera elterjesztésére, még ez sok tekintetben nyitott kérdés. Éppen ezért minden tapasztalatot, beható kutatást, mely ez irányban történik, csak üdvözölni lehet tudományos szempontból is és az a kérdés, melylyel az előadó oly kitaró szorgalommal, valóban eredményesen foglalkozott, megérdemli a figyelmet, melylyel végig hallgattuk. Egyáltalában nem áll mögöttese a hasonló irányú dolgozatoknak. Indítatva érzí magát, s azt hiszi a t. orvosegyesület véleményével találkozni, ha *Ötvösnek* ezen valóban nagy szorgalommal és ünnetlenül teljesített munkálkodásáért és eredményeiért köszönetet mond.

Közkórházi orvostársulat.

(XII. bemutató szakülés: 1894. október 31-dikén.)

Elnök: Koller Gyula; jegyző: Mohr Mihály.

(Vége.)

Meningocele sacralis operált esete.

Herczel M. dr. M. Róza, 6 éves leány, szülei egészségesek. A gyermeknek születésekor keresztcsontján egy mogyrónyi kidudorodás volt, mely azóta folyvást nőtt. E mellett a gyermek jól fejlődött, de székelésnél és vizeletnél lényeges zavarai vannak, a mennyiben a megfelelő ingereknek pillanatra sem tud ellentánni.

Felvételkor a jól fejlett leánygyermek keresztcsontján egy alma-mekkoraságú, meglehetősen élénken hullámzó, nyomásra nem fájdalmas, de megkisebbedő terimenagyobbodás található, melynek alapján a keresztcsont közepén egy az ujj kúpját befogadó hosszirányú rés tapintható. A képlet a farsíksont felett 4 cm.-nyire kezdődik; hossza 9 cm., szélessége 12¹/₂ cm.

Kövisme: Meningocele.

Műtét 1894. október 10-dikén chloroform-narkosisban. A köztakaró egy elyptikus részletének kimetszése után a tömlő szabaddá fejtett ki és megnyitott, a mikor is belőle víztiszta folyadék ürült. Kitiint ez alkalmommal, hogy a tömlő fala képezésében csakis a lágy gerincegyburkok vesznek részt; az ür közepén a filum terminale halad át és vége a tömlő belfelületén a köztakarón sekély behúzóadás által jelzett helyen tapad. A filum terminale levágtatván a gerincezatsornába visszahelyeztetett s a tömlő alapján levágtatott A gerincezatsorna elzárása céljából a pia és arachnoidea szélei 3 silkworm-varrattal egyesítették és fölötte a csontrés széleiről leválasztott dura összevarratott. Ezen kívül még a szomszédos leválasztó izomzatból silkworm varratokkal ellentálló fedélzet képeztetett. A köztakaró dráncövek alkalmazása nélkül egyesítették.

A *lefolysis* zavartalan, láztalan volt. A varratok a hatodik nap után lettek eltávolítva. A képződött heg merev, ellentálló. A műtét előtt panaszolt zavarokban igen lényeges a javulás, a mennyiben a gyermeknek széke 24 órában egyszer szokott lenni, vizeletét 4 órán át bírja visszatartani és csak mély álmában történik meg vele, hogy maga alá ereszti.

Cervicalis nagy myomának laparotomia útján operált esete.

Herczel M. dr. G. E., 45 éves iparos neje Miskolczeről, havi baját csak 18 éves korában kapta meg és ez évek során át 4 heti időközökben 3 napi tartammal fájdalomtalanul jelentkezett. Két terhessége rendes szüléssel végződött; a harmadikban 12 év előtt abortált és ezen idő óta havi baja rendetlen, 2 hetenként is jelentkezik és erős fájdalommal 8—9 napig is eltart. Ez év nyara óta pedig a vérzés 4—5 héttig is eltartott és úgy, hogy a beteg néha egész vértöcsében feküdt. Coitus-nál nagy fájdalmai voltak. Gyakori vizeleti ingeri léptek fel és szeptember havában több ízben kellett vizeletét katheretrel elvenni, mert vizelni képtelen volt. A beteg erősen lesorványodott, teljesen elgyengült, állandóan fájdalmai vannak, székrekedésben szenved.

Felvételnél 1894. szeptember közepe táján a közép-termetű, gyenge, nagyon halvány nőbeteg nyálkahártyái igen halványak. Mellkasi szervei épek. A has kissé puffadt.

A symphysis felett egy azt 4 ujnyira túlhaladó, felfelé domború kerületű, gömbölyded, kemény daganat tapintható, mely tompa kopogtatási hangot ad.

A kitágtult hüvelybe a mellső boltozat felől egy kis fejnyi daganat gömbszerű részlete prominens, mely a symphysis felett tapintható daganattal identikus és melynek mozgásait a méh egyidejűleg követi. A daganat mindkét oldalt benyomul a kis medencze kötőszövetébe, a lig. latum-okba. A méhszáj a daganat mögött nyílik, hátrafelé fordult. A méhszáj hátsó ajka jól megtartott, a mellső a daganat által el van nyomva. A méh üre hátra és felfelé hatol, hossza 14¹/₂ cm., nagyon vérzékeny; hátsó falzatán egy kisebb kocsányos polyp.

A *diagnosis* a cervix mellső falából kiinduló és ily eredet mellett szokatlan nagy myomában állapított meg, mely a symphysis felé terjedve a hólyagot összenyomta. A vérzések által okozott nagy elgyengülés, a fájdalmak és a vizeleti nehézségek a műtét beavatkozást sürgették, mert a beteg előrehaladottabb kora dacára nem látszott valószínűnek, hogy a menopausa és a daganat önkényes visszafejlődése rövid idő alatt bekövetkezzék.

A műtét modort illetően ez esetben nem volt kétség, hogy a daganatot csakis abdominalis úton lehet eltávolítani. A daganat nagysága, széles összefüggése a méhhez, kiterjedése a medenczében kizárták a vaginalis műtétet műtét területének kicsinyisége miatt. Bár ezzel szemben a beavatkozás laparotomia útján igen súlyos műtét, megadja a lehetőséget, hogy az összenövések a szem direct ellenőrzése mellett bonthatók fel, a vérzés pontosabban csillapítható, a méh és függelékei teljesen eltávolíthatók.

Hogy a méh ürének intraperitonealis megnyitásával járó veszély lehetőleg esőkentessék, a hüvely és méh üre 8 napon át szorgosan kimosva desinfectáltattak.

A *műtét* 1894. szeptember 24-dikén hajtatott végre aether-narkosis alatt magas medenczefekvésben. A hasúr a köldökig érő metszéssel a linea alabab megnyitott. A belek visszatolása után kitiint, hogy a kis fejnyi, tojásdad daganatnak hátsó felületén nyargal a méh; a daganat a hólyagot a symphysishez odanyomja és mindkét oldalt a lig. latumban haladva a hashártyát elődomborítja. Előbb mindkét oldali castratio végeztek, azután a daganat legnagyobb domborulátán körülbelül 2 ujnyira a méhtest felett 15 cm.-nyi harántmetszéssel a hashártya és a cervicalis myomának tokja ketté szeletik. A hólyaghoz erős odanövések által oda tapadt daganatot nagy nehézségekkel sikerült részben tompán, részben élesen leválasztani, ügyelve arra, hogy a mélyben eszközölt körülöltések az uretereket magokba ne foglalják. A kifejtésben így lefelé haladó a hüvely mellső falának felmetszése után a daganat csakis a méh gyurmájába volt még szélesen beágyazva. A méh széleitől egy-egy ujnyira mellfelé körülöltve lekötötték az aa. uterina-k; jobboldalt több erősebb egymástól szétvált ágat kellett külön alakítani. Ezután nem volt nehéz a 17 cm. hosszú, 15 cm. széles cervicalis daganatot tompán kifejtetni és a méh mellső falából kiemelni. Most a hüvely hátsó falán függő, zúzódott, rudimentaris méh jelentékeny vérzés nélkül kimetszetett. A medencze kötőszövetében ezek után egy nagy sebfeület maradt vissza, mely parenchymatosusan vérzett. Ezért az üreg mindkét oldalára egy-egy steril gaze-csíkból tampon alkalmaztatott, melynek vége a hüvelyen át kifelé vezetett. A tamponok felett a lig. latumok sebszélei harántirányban 22 sero-serosus varrattal pontosan egyesítették, úgy hogy az aláfélét zárt hasúr fenekére a vékonybeleket akadálytalanul vissza lehetett helyezni. Toilette után a has 10 elsüllyesztett, izomzatot és hashártyát áthatoló és 12 az egész hasfalat magába foglaló silkwormvarrattal bezaratott.

A *lefolysis* teljesen láztalan volt. A tampongaze-csíkok, melyek jól functionáltak és sok véres-savós váladékot vezettek ki, a 3-dik naptól kezdve naponként rövidítették és a 7-dik napon teljesen eltávolítottak. Ötödik napon ricinusra a betegnek bő széke volt. Nyolcz napra a hasfalvarratok eltávolítottak. 15 nap múlva a beteg felkel és gyorsan szedi össze magát. Jelenleg a vagina csonkja annyira összenőtt, hogy egy ujj kúpját alig fogadja be. A lig. latum-ok lemezei a kis medencze fenékén erős resistenciájú diaphragmát alkotnak.

A betegnek panaszai elmúltak. Étvágya jó, jól alszik; láthatólag gyarapszik.

Blepharoplastika új alakja.

Hj. Siklóssy Gyula dr. Bemutató a belső szemzúgban elhelyezett hegesek kötegek által okozott ectropion javítására ajánl egy eljárást, mely szerint műtett betegjét is bemutatja. A műtét a hegesek eltávolításával, a szemhéjszél teljes felszabadításával veszi kezdetét: azután a palpebra laterális bőre, mely a támadt hiányt kívülről határolja, alul a szemhéjszélhez, felül a szemöldökhöz közel vezetett metszés által körülhatároltatik, aljától (a tarsustól és feljebb a levator inától) felszabadíttatik; az irányvonalak ívalakban a fül felé meghosszabbíttanak, a lebeny felkészítése egészen ideig folytattatik: így egy lebenyt kapunk, mely a nálánál nagyobb (a belzúgban meglévő hiánnyal nagyobb) fedetlen terület pótlására teljesen elégséges. A lebenyben a varratokat kisebb távolságban szúrjuk be, mint a határoló területen: úgy hogy ily ferde varratok alkalmazása által a feszülés teljesen meg legyen szüntetve. Első varrat a felső szemhéj külső magasságában alkalmazandó; magán a szemhéjón semmi néven nevezendő feszülésnek helye nincs.

A módszer jobb eredményt adott, mint bármely más ismert. Első esetben egy Lembergben Fricke szerint műtett egyénen alkalmazta, kinél az eredeti lebeny rövid lett, illetve medialis vége elhalt: emiatt kellett a régi lebenyt felfejteni, leválasztani, az arezba vezetett bator metszéssel és felszabadítással meghosszabbítani és a fent írt módon bevarrni. Bemutat még egy kis leányt, kinek felső szemhéja Fricke szerint, és egy férfit, kinek alsó szemhéja a Siklóssy sen. féle íves módszer szerint lett pótolva.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

A dadogás gyógyítása. Orvosok, paedagogusok és műveltebb olvasó közönség számára írta **Roboz József** siketnéma-iskolai igazgató, e. i. a dadogók budapesti tanfolyamának vezetője. Budapest, 1894. 109 oldal.

Tudvalevőleg oly bántalom a *dadogás*, melyet orvos hiába iparkodik belső gyógyszerelés vagy operatív módon gyógyítani, ellenben megszüntethető az, kellő és kitartóan folytatott *methodikus gyakorlatok* útján. Ha már most ily gyakorlatok eszközlésére oly paedagogus vállalkozik, ki nemcsak a gyakorlatok chablonszerű keresztülvitelén fáradozik, hanem alapos és szorgos tanulmányai folytán a kezelendő bántalomnak mibenlétéről, lényegéről és megszüntetéséről, *orvosi ismeretei* alapján, úgy az egyes elváltozásokat, mint pedig az ezek ellen foganatosítandó beavatkozásokat jól ismeri, alig gondolhatni más eredményre, mint tartóssra.

Roboz fentti czímen írt könyvének elolvasása után csakhamar tisztában vagyunk azzal, hogy az egész munka a legalaposabb orvosi ismeretek alapján készült és szerzője nem tisztán paedagogiai, hanem *orvos-paedagogiai* szempontból teljesítette feladatát, és mint látni fogjuk, kifogástalan módon.

Az egész munka 5 fejezetből áll.

Az elsőben a *beszéd hibái és a központi idegrendszer szerepe* a beszédnél van tárgyalva. Megismerkedünk itt a *sympathikus*, *vagus* és *accessorius* idevágó physiologiájával, az *aphasia* és *agraphia* helyes definitiójával és a Wundt-féle apperceptiós tétel képletével. Merkel, Kussmaul, Preyer, Wundt, Broca, Meynert, Trouseau, Westphal és mások ide tartozó munkái mellett a hazai buvárok közül *Balassa, Lenhossék, Klug* és *Salgó* vannak citálva.

A II. fejezet a *dadogás és ennek okai* czímen a bántalom *pathológiáját* tárgyalja. A baj definitiója után ugyanis szerző a dadogás mibenlétét, úgy mint az a legkülönböztetebb alakjaiban nyilvánulni szokott, megismerteti. A helyhez és alkalomhoz kötött *periodikusan* jelentkező dadogás mellett számos felette érdekes esettel illusztrálja, miként szoktak a dadogók, sokszor még furfangos módon is, dadogásuk elnyomásán fáradni. Majd pedig számos szerző nézetének méltatása után R. a dadogók két csoportját különbözteti meg, olyanokat ugyanis, kinknél a bántalom *psychikus* eredetű és olyanokat, kinknél a dadogást a *respiratio szabálytalansága* és a *légző s beszélő szervek hibás articulatiója* okozza.

A III. fejezetben a *dadogás aetiologiája, elterjedése, diagnosisa és prognosisa* tárgyaltatnak. Correct különbséget tesz itt a szerző a *hereditas* és az *átragadás* (helyesebben *utánzás*) útján származó bántalom között, megismerteti a dadogásra *disponáló* tényezőket — fogzás, pubertas, fertőző bajok, influenza, orrbajok, esést követő rázkódások, alkati bántalmak, különböző lelki és kedélyi állapotok, alkoholismus stb. — mint azt részben az irodalom kellő tanulmányozása folytán, részben pedig saját 3153

megvizsgált esetéből merítette. A *dadogás gyakoriságát* illetőleg látjuk, hogy csak Budapesten is (1886-ban) 2000 volt a dadogók száma. *Diagnosis* tekintetében R. különbséget tesz a *dadogás, hebegés és a phlogia* között, és megismerteti egyszersmind a kisebb kiejtési hibákat is, melyen a *sigmatismus* (selypítés), *gammacismus*, *dyslalia nasalis* (orrbeszéd), *rhotacismus* (r-törés) és *lambdacismus* (l-törés).

A IV. fejezet a *dadogás therapiáját* tartalmazván, itt a bántalom gyógyítására ajánlott összes módszerekkel ismerkedünk meg, kezdve *Demosthenes* gyógymódjával, majd *Mercurialis*, *Itard*, *Frank*, *Schultess*, *Schirmann*, *Leigh*, *Hildanus*, *Dieffenbach*, *Colombat*, *Blume*, *Klencke* és *Chervin* módszerei után *Coën respiratorikus*, *Denhart psychikus* és *Gutzmann physiologikus* módszereit tárgyalja.

Ezekhez csatlakozik az V. fejezetben szerzőnek saját módszere, mely tulajdonképen a 3 utóbbinak igen czélszerű egyesítéséből áll és méltán *physio-psychologiai* módszernek nevezhető, melyet R. mindig *tükör előtt* gyakoroltat a dadogókkal és részint légzési, részint pedig hang- és beszédgyakorlatokból áll.

Nagyon messzire vezetne, ha szerző módszerének csak felületes megismertetésébe is becsátkoznám, annyit azonban hangsúlyoznom kell, hogy az egész munka oly szakemberre vall, ki az idevágó irodalom teljes birtokában lévén, a külföldön látottakat és tapasztaltakat higgadt kritikának alávetve, csak azt követi, a mi czélszerű és hasznos. A mondottak illusztrálására mindenütt saját bő tapasztalataiból meríti az instructiv casuistikát, melyből különben legjobban látszik a teljes szakképzettség.

Közoktatásügyi ministeriumunk részéről pedig csak örömmel üdvözlhető a *dadogók tanfolyamának létesítése* Budapesten, melynek vezetésével szerző bízott meg, kinek hálával tartozunk, hogy a magyar irodalmat e szakmába vágó jeles munkával gyarapította. Nyerje jutalmát abban, hogy könyvét minél szélesebb körben ismerjék, melyet részünkről is csak a legmelegebben ajánlhatunk.

Szenes dr.

II. Lapszemle.

Sebészeti.

A gyomor hátsó falának óriási kocsányos adenomája. Eltávolítás. A két gyomorral varratja. Gyógyulás. *Chaput* betege 64 éves férfiú volt, ki 9 hó óta rossz emésztés, görcsök s felbőgésben szenvedett, 3 hó óta gyakran hány, egy ízben kátrányhoz hasonló fekete anyagot. Három hó óta az epigastriumban daganatot vett észre. Testsúlyban sokat veszített, sovány, sárga, cachectikus. Az epigastriumban szemmel is látható s annál inkább tapintható egy nagy daganat, mely lefelé a köldökig ér. A köldök felett median laparotomiát csinált, a gyomrot a hasüregből kiemelte, mellső fala egészséges, e felett harántirányú 12 cm. hosszú bemetszést csinálván, a gyomorba emelkedő s annak hátsó falában kocsányon ülő, lebenyes, implantált daganatot talált, mely fehéres nyákhártyától fedett. A kocsányt pinceekkel megfogva, a daganatot ollóval levágta. A pinceek levétele után constatálta, hogy a peritoneum csak a metszés bal felében lett megnyitva, jobb felében csak a mucosa lett kivágva. A gyomor hátsó s mellső falának sebjét s a hassebet bevarrta. A daganat 15 cm. hosszú, többi átmérőjében 8 centimetryni, a görcsövi vizsgálat adenoma mellett szólt. A gyógyulás 43 nap mulva következett be, 6 kilóval hízott a beteg. (Le bulletin medical, 1894. június 3.)

Baumgarten Samu dr.

Apróbb jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Égetési sebek** gyógyítására *Starr* a következő kenőcsöt ajánlja: Rp. Liquor. ferri sesquichlor. 3'0; Vaselini 24'0. Ezen kenőcs nem csupán felületes égetéseknél használható, a mikor a fájdalmat csillapítja és a hólyagképződést megakadályozza; hanem mélyebbreható égetések után keletkező fekélyeknél is jó szolgálatot tesz. (Semaine medicale, 1894. 35. sz.)

2. **Asthma bronchiale** ellen a következő összetételű orvosság jó eredménnyel használható: Rp. Kalii jodati 7'0; Ammonii carbon. 3'0; Tinct. lobeliae 7'0; Spirit. chloroformii 15'0; Infusi senegae 180'0. M. D. S. 4 óránként egy kávéskanálnyit. (Med. and surg. rep. 1894. július 4.)

TÁRCZA.

Vázlatok a lyoni sebész-congressusról.

Azon évet, melyben Félix Károly Ferencz a király első sebésze XIV. Lajost megoperálta, *l'année de la fistule*-nek nevezték el az udvaroncok. A végbélsipoly divatos betegséggé lön. Irigység tárgyát képezték azok, kik oly szerencsések voltak, hogy a királyéhoz hasonló betegségben szenvedtek, mert a nagy király informáltatta magát állapotuk felől. Csoda-e, hogy a *grande opération*ért Franciaország közel egy millióval adózott. Félix azonkívül nemesi rangra emeltetett s a szép Moulineaut földet kapta.

Mostanában a congressusok divatja járja, az idei évet méltán el lehetne keresztelni *l'année des congrès*-nek. Antwerpenben közel 30 congressus volt, ugyanannyi Lyonban. Hát még egyebütt.

Mi minden címen nem jönnek össze az emberek? A kevés evők (a *petit agriculteur*-ök) és a túl sok evők (a szilvás gombóc-fogyasztók), a modern kengyelfutók (a velocipedisták) és a modern erőbűvészek (a villamosok), az életidézők (a spiritisták) és az életfenntartók (az orvosok). Én sajnos csak 3 congressuson vehettem részt, természetesen orvosi congressuson.

Mindegyik congressuson a betegségek csataterén megmentett élettel számoltak be az orvosok, mint diadaljelvényekkel. Bizonyára eszembe nem jut Itáliát körülhajtani s a Rivierán végig elmenni a Pyraenek tövében Biarritzig s onnan Lyonig, ha a francia sebészek nem ott tartják idejükhöz a congressusukat.

Szokásban van Franciaországból csak Párist látni. A leggyorsabb vonatok oda irányozvák s leginkább éjjel indulnak s reggel kidugva fejét, az utazó maga előtt már Párist látja.

Pedig Lyon igen érdekes város, nemcsak mint egyike a legrégebb francia városoknak, az ősi Lugdanum (luctus dunum a 45 ezer mártyr véretil elnevezett hegyétől, a mai Fourvière-től) de kivált érdekes orvosra nézve nagy kórházai s jeles orvosi iskolájánál fogva, azonkívül az idejükhöz nagy kiállítás színhelye is lévén, nem csoda, hogy a congressus tagjai előleges szavazat után 219-czel 75 ellenében Lyon mellett döntöttek.

Egy congressusról nagyon sokat lehet írni, csak hiven kell reprodukálni az előadottakat. Meddő munka lenne s mire elkészülnek vele, megjelenne az Association Française de Chirurgie zöld kötetének publicatiója.

Tehát csak általános benyomások s engem közelebről érdeklő részletek visszaadására fogok szorítkozni.

Miután a napirendre tűzött két fő discussionalis kérdésen kívül — egyik a *rák kórakórta és kórtana*, a másik a *gerincoszlop sebészete* — még közel 100 — ha nem csalódom ép 99 — előadás volt bejelentve, nagyon pontosan 9 órakor kezdődtek a délelőtti és 1 órakor a délutáni ülések, tartva 12, illetőleg 5 utánig október 9-dikétől 13-dikáig; 11-dike azonban pihenésre, illetőleg egy kirándulásra Aix-Les-Bains-ba volt szentelve.

Az ülések a Faculté de médecine aula-jában tartattak. Ugy ez épület, mint a vele szemben levő Charité és kissé távolabb a l'Hôtel-Dieu kórház a Rhône partján fekszenek. Ez épületek képezték az említett napokon Franciaország legjelesebb sebészeinek gyűllyhelyét.

A megnyitó-ünnepélyen a helyi rendező bizottság elnöke Dr. Ollier szólott először az amphitheatrum minden zugát elfoglaló tagokhoz, megköszönve a francia sebészek egyesületének, hogy a VIII. congressus helyéül Lyont választotta. A modern sebészethez kell tulajdonítani — úgy mond — a *sebészet áldásos decentralisatióját*. Kellő antisepsis mellett mai napság jóformán mindenütt végrehajthatók azon ritka mütétek, melyek végzésére az előtt csak nagy kórházakban vállalkoztak. Ez indokolja, hogy egyszer-mászor vidéki központokban is tarthatók congressusok, egyrészt, hogy meggyőződést szerezhessünk a haladásról, másrészt, hogy gyarapodjunk tudományos szellemben.

Azután kiemeli, hogy Lyon mindig egyik elsőrangú sebészi központ volt, hála nagy kórházainak és az administratio bőkezűségének, melyre az antiseptikus sebészet gyakorlásának kellő eredmények biztosítása érdekében nagy szüksége van.

Utána a congressus tényleges elnöke, a párisi Charité kitünő tanára, Tillaux tartotta megnyitó beszédét. Üdvözlé Lyon, melynek

történetében összefolyik a legrégebb kor a művészettel, tudományal, irodalommal, iparral és a civilizációval. Ezután történelmi visszapillantást vet Lyon nagy orvosaira, kezdve Guy de Chauliac-kal; Lanfranc, Rabelais, de Vigo, A. Petit, ki a múlt század végén a lyoni orvostársulatot alapította, Gensoul Bonnet mind lyoniak. Ez utóbbi az izületi bántalmakról irt művével korának méltán első sebésze. „Úgy látszik uraim, hogy a lyoni iskolának kiváltsága van ezen természetű bántalmak terén. Nem talált-e Bonnet egy hozzá méltó utódot azon kitünő sebészben, ki jelenleg a lyoni sebészet zászlaját oly fennen lobogtatja? Azután megemlíti, kinek szobrát a napokban leplezik le a Faculté de Médecine udvarán, Claude Bernard-t, Pétréquint, Pravazt, Mollière-t, Rollet, Didayt stb. stb. A kitünő beszédben azután megtámadja a lábrakapott autoptikus mütéteket, melyeknek humoristikus jelszava: mindenek előtt operáljunk s azután majd meglátjuk, mitevők leszünk. A diagnosis tudománya a főkellék a sebésznél, mely teljes elmebeli érettséget, józan ítéletet és legtüzetesebb megfigyelést követel. Ezért megrója a boncztan elhanyagolását s ajánlja a közeledést a belgyógyászat s sebészet nem válhatnak szét a nélkül, hogy mindkettő visszaesést ne szenvedjen. Mindkettő egyforma utat követ a betegség felismerésénél, és a mi elvégre is alapja művészetünknek, mindkettő egyformán állítja fel gyógyjavallatait, csak a gyógyítás eszközeinek alkalmazásánál válnak szét“.

Az élénken megtapsolt megnyitó beszéd után a főtitkár Piqué dr., Pozzi utódja olvassa fel jelentését.

A két főkérdés megvilágítása érdekében közölt elmékedések s elszórt tények egy lépéssel sem vezettek közelebb a megoldáshoz; a rák kórakórta, Verneuil és Duplay távol lévén, csak Bard (Lyon) szólott tüzetesebben, ez is csak egy nagyon problematikus elmélettel, holmi anarchisme cellulaire-rel iparkodott magyarázni vagy helyettesíteni a parasitikus álláspontot. Guelliott (Reims) a hetero- és autoinoculatio feltételeiről szól s megemlíti, hogy Franciaország némely vidékein (Normandie) csak egyes utcák, sőt egyes házakban fordul elő a rákbetegség. Delorme (Páris) felemlíti, hogy egy rákosnak nevéjél a rák a terhesség idősza alatt lépett fel. Moty (Lille) a sarcomások véreben egy micrococcus jelenlétét mutatja ki. Fabry (Lyon) a rákban elhaltak számbeli gyarapodását constatálja Lyonban.

Baucy (Toulouse) a Verneuil által igaztalanul gyanúsított sertéshúsfogyasztásnak ártalmatlanságát bizonyítgató stb.

A másik kérdés a *gerincoszlop sebészete* sem épült különösen a Kirmisson előadásához füződött vita által. Az előadó a nagy szorgalommal összegyűjtött tapasztalati adatok kapcsán ama ki-jelentéssel végezte előadását, hogy a gerincoszlop sebészete mai napság csak kivételes esetekre szorítkozhatik s akkor is, az igazat megvallva, igen merész vállalkozás.

Gross (Nancy) 2 gümös esetben és 3 trauma utáni bántalomban interveniált sebészileg, az esetek 1 hujján meghaltak, és az egy megmaradnál sem állott elő a hűdésre nézve kedvező fordulat.

Péan (Páris) lóharapás után bekövetkezett paraplegia megszüntét észlelte több csonttörmelék eltávolítása után. Ő a gümös folyamatoknál a gyors beavatkozás barátja, 2 sikeres eredménnyel számol be. Végül egy enchondroma eltávolítását a nyaki csigolyákról közli és egy sarcoma miatt a keresztcsontnak majdnem teljes kiirtásáról tesz jelentést.

Reverdin (Genf) a prevertebralis tályogoknak nem a torokban, hanem a nyak külső oldalán eszközzendő megnyitását ajánlja a fejbiccentő előtt vezetett metszéssel. Három mütett esete közül csak 1 gyógyult.

Kirmisson (Páris) szerint a jodoformaether befecskendés előnyösebb mint az egyéb jodoform-keverékeké, miután a jodoformaetherből legkevesebbet kell felhasználni.

Vincent (Lyon) viszont a sebészi interventióra fekteti a fő-súlyt, melyet 128 eset közül 32-ben alkalmazott s meg van elégedve az eredménnyel.

Gangolphe (Lyon) szerint nagyon óvatosnak kell lenni az interventiót illetőleg, ő a jodoformglycerin befecskendésektől látott legszebb eredményeket Pott bajnál.

Tédenat (Montpellier) 5 spina bifidát operált. Két esetben a Morton által ajánlott jodglycerint alkalmazta, inkább ajánlja a felhasítást és csontnak és lágyrészeknek egyesítését.

Broca (Páris) 10 esetben operálta a spina bifidát, 7 gyógyult, de később legtöbb esetben hydrocephalus lépett fel.

Fontan (Toulon) az általa követett műtéti eljárást ismerteti.

Ménard (Berck-sur-Mer) 42 esetében a malum Pottii-nek beavatkozott késsel; 37 gyógyulása volt.

Chípault (Paris) a paraplegiánál a gümös gócz felkeresését és sebési szabatos kezelését ajánlja.

Sieur (Lyon) egy a 4. és 5. nyaki csigolya közti ficzarnak, mely halállal végződött, esetét ismerteti.

Szóval mindannyian, kik a kérdéshez szólnak, csak casuistikus adatokkal gazdagították a gerincoszlop sebészetét.

A többi előre bejelentett előadások egész helyesen a bonczani összetartozandóság szerint vétettek tárgyalás alá a következő sorrendben: férfi húgy- és ivarszervek, nyak és mell, idegek, izmok, belek és gyomor, koponya és arcz, végtagok és ízületek, végül a női ivarszervek sebési bántalmait csoportosítva.

Az ivarszervi bántalmak legkimerítőbben méltatván, csupán e fejezet körébe tartozó előadások vázlatos ismertetésére szorítkozom.

Pousson (Bordeaux) a nehezen hozzáférhető hólyagsípolyok könnyebb egyesítése céljából a felső hólyagmetszést végzi s a részen át történő egyesítést; 8 esetről tesz említést.

Helyeslőleg hozzászóltak Albarran (Paris), Poncet (Lyon).

Loumeau (Bordeaux) a hólyagnyak táján ülő papillomát távollított el felső metszéssel. Ő is végzett a Poussonéhoz hasonló műtétet.

Chatot (Montpellier) a teljes emascuatio esetéről emlékszik meg rossz indulatú daganat miatt. Ennek kapcsán Albarran ismerteti az ő esetét a teljes emascuatióról. Az ő esetében elsősleges húgycsőrák volt jelen.

Zancarol (Alexandria) a hydrocele radikális műtéveséről szól, semmi újat sem közöl.

Picqué (Paris) teljes húgyrekedésnél méhrák nyomása folytán 13-ad napon végzett vesemetszést (taille renale). A vesét felkeresve, annak kéregállományát mélyen a vesekehelyig bemetszi. Az oedema, anuria megszűntek, a mint a kötés vizelettel átívódott. *Demons* (Bordeaux) már Rómában ajánlotta, hogy kő által feltételezett anuriánál rendszeres nephrotomia végeztesse. *Broca* (Paris) tévedésből anuriánál vesekehelykövet sejtve, szinte bemetszett a vesébe, de azt épnek találta, az anuriát ugyanis hólyagrak okozta s 2 órára beteg anuriája megszűnt. *Gangolphe* (Lyon) szintén végzett a Poussonéhoz hasonló esetben nephrotomiát, de mert sokáig várt, az eredmény nem kedvezett. Különbösen helyesebbnek tartja az ureterotomiánál, mert magasabban nyit utat a húgyrekedésnél.

Rafin (Lyon) a prostata mögött képződött tasakban fekvő követ ismételt hín morzsolási kísérlet után felső metszéssel távollította el.

Lanaux (Paris) a húgyeső szűkület electrolytikus kezeléséről értekezik, 3 év utáni gyógyulásokról számolván be; igaz, hogy mindannyian folytatta, sőt folytatja az utókezelést bougieval.

Sokkal nagyobb érdeklődés és élénkebb eszmecsere fejlődött a női ivarszervek sebési bántalmainak tárgyalásánál.

(Folytatása következik.)

Farkas L. dr.

Megemlékezés dr. Scheuthauer Gusztávról.

Preisz Hugó dr.-tól.

(Vége.)

Scheuthauer egyéb dolgozatainak címe a következő: „Janiceps asymmetros. Gastrodidymus exomphalus. Vaginalcysten und Tubovarialcysten. Tumor cavernosus, Hirnhautverknöcherung, verjauchender den Uterus durchbrechender Polyp“ (Allgem. Wiener med. Zeitung. 1865); „Combination rudimentärer Schlüsselbeine mit Anomalien des Schädels beim erwachsenen Menschen“ (Ib. 1871); „Resultate der im Leichenhofe des k. k. allgem. Krankenhauses zu Wien vorgenommenen Obductionen“ (Ausweis des k. k. allg. Krankenhauses für die Jahre 1864, 65, 66, 67);

„Adatok a Cyclops fejlődéséhez“ (Orvosi Hetilap, 1873) „Adatok a kórboncztan casuistikájához“ (Ib. 1873, 1874); „Tumor fibroplasticus Leberti“ (Ib. 1873); „Ein Fall von Hermaphroditismus spurius“ (Pester mediz.-chir. Presse, 1877); „Käsig zerfallende Herde in der Leber eines vierjährigen Knaben, berwirkt durch Spulwürmer der Lebergallengänge“ (Wagner's Archiv f. Kinderheilkunde, 1878); „Aphorismák a nyiregyházai végtárgyalás orvosi része fölött“ (Orvosi Hetilap, 1883. és Wiener med. Blätter, 1883).

Mint a „Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten u. Völker“ című vállalat munkatársa Scheuthauer nagyobb számú biographiát írt.

A budapesti egyetem orvosi tanárkarának Scheuthauer volt, talán utolsó, latin classicusa; Virchow 70-dik születésnapjának ünneplése alkalmával ő szerkesztette latin nyelven a tanári testületnek üdvözlő iratát.

Scheuthauer irodalmi működése ezek szerint nem mondható kiterjedtnek; igaz, hogy közleményeinek majdnem mindegyike rendkívül bő ismereteket árul el, de azért tévedne az, a ki Scheuthauert ezen tevékenysége szerint ítélné meg; ő a vele való társalgás alkalmával sem volt kevésbé tájékozott és érdekes. Beszélgetései, melyek fonálán például a történelemből átesapott a műtörténetbe s innen a mythológiába, és mindig kimerítő alaposágot árult el, nem ritkán kifárasztották hallgatóját, a ki nem győzte magába fogadni, a mit az elbeszélő bámulatos memoriájának rejtékelyéből mint rengeteg ismeretnek kis töredékét előtte feltárt.

Különös, de érthető, hogy bár ő maga nehezen határozta el magát tudományos publicatúra, assistenseit arra gyakran buzdította, igaz olyan módon, mely a modern lázas cikkirásról nem a legjobb véleményt árulja el. „A legkönnyebb mód valamit felfedezni abban áll, hogy az ember minél kevesebbet olvasson“, ezt szokta érethetjük, hogy előtte sokkal kevesebb volt érdekes és új, és hogy ezért nagyon óvatos volt közlései tárgyának megválasztásában. Mivel azonban tudta, hogy az irodalmi működés, ha nem is mindig annak kvalitása, mint inkább quantuma, gradus ad parnassum, nem mulasztja el segédeinek a publicálást, mint ő mondá a „firkálást“ tanácsolni.

Ha nem is mondhatni Scheuthauerrol, hogy szaktudományát nagy jelentőségű felfedezésekkel gazdagította, mint halhatatlan mestere, habozás nélkül el kell ismernünk, hogy Scheuthauer tanári működésével maradandó érdemeket szerzett magának hazánk orvostudományának fejlesztése körül; ő nemcsak meghonosította a budapesti egyetemen a Rokitsansky által megalkotott és minden orvosi tudomány alapját képező kórboncztant, hanem ennek fejlesztéséhez közvetlenül és segédei által hozzá is járult és ez által iskolát alkotott. Nagyon természetes, hogy az ő nagy tudása legkövetlenebbül közeli környezetére, assistenseire volt legnagyobb befolyással, mi sem volt alkalmasabb az ifjúban felköltetni a tudás ambícióját, mint oly mesterrel való állandó érintkezés, kinek kiapadhatlan ismeretei naponta új irányban és más-más téren nyilatkoztak meg. A tudás ezen példája, ha nem is párosult volna az igazi tudóshoz méltó tudatával a nemtudásnak, szerénységet parancsolt és folytonos munkára ösztönzött, megkülönböztetni tanította az alaposágot a felületestől; másrészt minden haladás iránt való élénk érdeklődésével szüntelenül serkenté vizsgálódásokra, kutatásokra segédeit, a kiket ritka emberismeretével rendszerint jól válogatott meg. Egyszerű, minden praetensiótól ment modora, közlékenysége és őszintesége hamar megnyerte assistensei tiszteletét és ragaszkodását. A mester nem rejtegette tudását és nem félt, hogy tanítványai őt túlszárnyalják, került, sőt gyűlölt minden külsőséget, mely a tanár és tanítvány közötti viszonyt feszessé tehetné volna; ő intézeti személyzetével szűk családot alkotott, melyet őszinteség és szabad gondolatnyilvánítás tartott össze és a melynek ő volt rendszerint kedélyes, de nem ritkán túlkövetelő feje. Segédei munkaképessége iránt mondhatni rendkívüli igényeket támasztott, a melyeknek valóban csak minden idő és erő felhasználásával lehetett megfelelni; alig is volt assistensei közül, a ki ily körülmények között komolyan nem adta volna magát a theoretikus, és különösen nálunk sokat nem ígérő kórboncztan tanulmányozására; és ha a magyar orvosi irodalomban Scheuthauer

tanárkodásának már első decenniuma alatt találkozunk önálló és számot tevő buvárlatokkal, úgy ez nagyrészt Scheuthauer iskolájának érdeme, mely a tudományos kórboneztant a budapesti egyetem és Magyarország orvosai között meghonosította. Elvitázhatlanul az ő érdeme, hogy a kórboneztan nálunk nem úgy, mint némely nyugati országban, az orvosi tudomány mostohagyereke maradt, hanem, hogy annak fontos voltáról minden képzett és komoly orvos meg van győződve; valamint továbbá az is, hogy Rokitsansky vívmányait nem egyszerűen hirdette, hanem azokat a mikroskopiával gyarapította. A míg ugyanis Wagner, Rokitsansky elődje, a mikroskopot nemcsak, hogy nem alkalmazta, de a hozzá való folyamodást szégyenletes gyengeségnek tartotta, Rokitsansky maga pedig csak 39 éves korában kezdett mikroskopiával foglalkozni, addig Scheuthauer belátva a görösei vizsgálás nagy jelentőségét, a mikroskopot az azt megillető rangba helyezte és annak cultusát intézetében a szó legbővebb értelmében kifejlesztette.

Rokitsanskyról mondják, hogy előadásait nem nagy kedvvel tartotta; a mit Scheuthauer a róla való megemlékezésében azáltal magyaráz, hogy Rokitsansky az őt jellemző nagy szerénységében azt vélte, hogy már mindenki úgyis tudja azt, mit ő beszél és előad. Nem mondhatni ezt Scheuthauer előadásairól, a kinek nemcsak széles általános ismeretei, hanem szaktudományának minden irányban való fejlődése, az ép- és kórszövetten óriási haladása, a bakteriológiának úgyszólván át sem tekinthető kutatásai és mindezek mellett minden haladás iránt való nagy érdeklődése és szorgalma elég anyagot szolgáltatott arra, hogy előadásai érdeklődést keltsenek; jó előadások tartását nemcsak kötelességének, hanem büszkeségének ismerte, és mondhatni, hogy hallgatói talán inkább előadásai, mint a tárgy kedvéért látogatták oly sűrűn óráit.

Scheuthauer előadási modora, úgy mint stylusa, világos, férfias, minden sallang és fölösleg nélkül való volt; s bár nem volt egyszerű, kerülte a Kant-féle, elmét fárasztó bonyodalmasságot, mely mesterének műveit jellemzi.

Ezzel röviden jellemeztük Scheuthauert, mint tudóst és tanárt; tekintsünk vissza reá mint emberre, mert így is több tekintetben tiszteletre és követésre méltó.

Jellemének legkimagaslóbb egy tulajdonsága a határtalan tudnivalóság és pedig a szó legideálisabb értelmében; mert ő nem kereste az alkalmat, hogy ismereteit értékesítse vagy azokkal feltűnést keltsen, sőt ellenkezőleg kerülte a nyilvánosságot, és sokat feláldozott tudványának, lemondva majdnem mindenről, a mi rendszerint az embereknek örömet és élvezetet nyújtani szokott. Célja volt a tudás, azaz néha talán eszköz önmagának fel-emelésére, talán keserű hangulatának elesítésére; legalább jól emlékszem, midőn egy alkalommal Shakespare-ról beszélve, kinek egy műve hevert asztalán, lelkesülten azt mondá: „Shakespare műveiben vigaszt fog lelteni még akkor is, ha mindenkitől elhagyatva fogná érezni magát.”

A világ kiváló szellemeinek termékeit megérteni, ismerni, és azok tudásának részese lenni: az a tudat képezte földi boldogságát és nyújtott neki kárpótlást mindenért.

Sokan azok közül, a kik Scheuthauert nem jól ismerték, misanthropnak tartották; valóságban ő nem volt az, ő nem kerülte ismerőseit, de nem kereste fel, egyrészt azért nem, mert ez időbe kerül, és ő az alatt nem olvashatott, másrészt azért nem, mert tényleg nem sok embert talált, a kinek társalgása őt érdekelhetne, vagy a ki az ővét elég tudással kísérhette volna. Annál szívesebben vette ismerőseinek látogatását, és nem ritkán történt meg, hogy a ki néhány perczre ment hozzá, órákat töltött nála, nem tudván ott hagyni érdekes beszélgetéseit; utóbbiak fejében ő sokszor újságokat, holmi híreket kívánt megtudni, mert ő lapokat sohasem olvasott. Hogy Scheuthauer minő benyomást tett arra, a ki vele csak egyszer is találkozott és beszélgetett, annak illusztrálására szolgáljanak egy jónevű fővárosi hírlapírónak következő sorai: „Azt hiszem, az első genie, a kivel találkoztam, . . . az arca egy aggastyáné, a hangja egy fiatal emberé, gyönyörű tiszta tenor, mintha csakugyan a lélek beszélne és nem a torok . . . a millió kötelező pose-ból, a mikkel általában televagyunk közönséges emberek: nem volt ő rajta megkülönböztethető semmi . . .

bámulva hallottam, hogy . . . betéve tudja a világ híres és nagy, vagy nagy, de hír nélkül szükölködő poétáinak verseit, a görögöket, rómaiakat, a francziát, angolt, olaszt, németet . . . a mint fordít a beszéden, kitűnik, hogy az irodalomnak nincsen olyan ága, titkos szük ere, a melyet ő nem ismer . . . s most „fekszik . . . mint egy tárgy, mint egy könyv . . . a mely magára nézve semmi, de nekünk: világosság és élet”.

Egy másik fővonása Scheuthauer jellemének vala a szerénység és őszinteség, a mely tulajdonokat feltétlenül becsülni tanult mindenki, a ki vele sűrűbben érintkezett; távol volt tőle minden fenséges homályba és hallgatásba való burkolódzás, a mely nagyobb tudást színlelni vagy egyes gyengeségeket eltakarni törekedett volna. Közvetlen tanítványai előtt sem takarta tudománya mellett gyenge oldalait. Egy ízben szövettani készítmények hosszan tartó demonstrálása után, miközben egy készítményt nem tudott jól megérteni, belépett hozzám az assistensi szobába és egész komolyan, félig kétségbeesetten azt mondja: „Mondom önnek, a hányan itt vagyunk, nem értünk semmit”.

Ez az őszinteség természetesen nem ártott sem magának, sem tanítványainak, a ki nagyon sokat tud, annak szabad sokat nem tudnia, és aki gyenge oldalait ily érzékenyen fogja fel, az nem fog késni ismeretei hiányát pótolni. Nem is restelt Scheuthauer tanulni tanítványaitól, ha látta, hogy azok valamely irányban specialis ismereteket vagy ügyességet tanúsítottak, és azoktól nem egyszer formalis házi cursust vett.

Hogy egyébként őszintesége és egyeneslelkűsége nem vált mindig javára, azt nem egyszer kellett éreznie.

Scheuthauer kedélyi világa általában véve derült volt, bár azt pessimistikus hangulat nem ritkán borította el, mely olykor éles, sarkastikus kitörésekre ragadta; az ő példája mutatja legjobban, hogy bármekkora tudománya legyen valakinek, világnézetét mégis csak saját közvetlen tapasztalatai és sorsa határozzák meg; de másrészt azt is mutatja, hogy ideális lelkesedés sokat felejtethet velünk és sokért kárpótolhat, a mit a földön el nem értünk vagy elvesztettünk.

Nincsen fény árnyék nélkül; Scheuthauernek is voltak hibái, ezek azonban inkább erényeinek túlzásai voltak, és a kik őt jól ismerték, azokat meg is érthették. Ilyen hibája volt talán a nagy szigorúság, a melylyel másokat megítélt és nagy követeléseit másokkal szemben. Ha azonban meggondoljuk, hogy ama igazságnak, miszerint az ember maga után ítél másokról, ő is alá volt vetve, hogy maga iránt is szigorú és követelő volt, nemkülönben, hogy kitűnő embrismeretével hamarabb fedezte fel a gyengeségeket, mint azt szeretjük: akkor mondott hibáját talán nemcsak magyarázhatni, de természetesnek találni is fogjuk.

Többen rosz néven vették Scheuthauertől azt is, hogy a mi viszonyainkhoz simulni és intézményeinkkel teljesen megbarátkozni gyakran nem tudott; de vajjon megbocsáthatlan hiba volt-e ez, ha meggondoljuk, hogy élte delén hagyta el a várost, a hol első babérajait aratta, és vele együtt ifjú korától kezdve szerzett baráti körét, felcserélve azt az előtte minden tekintetben idegen fővárosunkkal épen abban az időben, a midőn az alkotmányosság helyreállításával minden nagy lendülettel fejlődésnek indult ugyan, de akkor még a dolog természeténél fogva sok tekintetben az osztrák főváros megett visszamaradt?

A kegyelet és hálás megemlékezés minden igaz lélek vele született tulajdona, és a ki Scheuthauert ismerte, az őt azokra a legnagyobb mértékben érdemesnek fogja tartani; de valamint valamely tudományos kérdés előbbrevitelénél megkívánjuk, hogy elődeink munkáit el ne hallgassuk és azokat kellő méltatásban részesítsük, ép úgy kötelességünk Scheuthauer működésére visszapillantva elismerni és az utókor számára feljegyezni azon úttörő munkát, melyet ő a kórboneztan meghonosítása körül teljesített; ha pedig Scheuthauer ezen kívül valódi derék jellem is volt: úgy kettős okunk van Scheuthauer emlékéért tiszteletben, példáját szem előtt tartani, mert nagy férfiak mondották, hogy „a tudományosság az egyetlen, a mi bennünk halhatatlan és isteni, a mit a szellem alkotott, az nem lesz porrá, az lényegében halhatatlan”.

Vegyések.

Budapest, 1894 november 15-dikén. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1894. október 28-dikától november 3-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 393 gyermek, elhalt 174 személy, a születések tehát 219 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup 1, ronesoló toroklob 7, hökhurut —, kanyaró 2, vörheny 6, himlő 1, typhus abdominalis 1, gyermekágyi láz 1, egyéb ragályos betegségek 1, agykéreg 7, agyvérömleny 5, rángások 3, szervi szívbaj 7, tüdő-, mellhártya- s hörgőlob és höghurut 21, tüdőgümő és sorvadás 35, bélhurut és bélob 16, carcinoma et neoplasma alia 10, méhrák 2, Brigh-kór és veselob 5, angolkór —, görvélykór —, veleszületett gyengesség és alkathiba 20, aszkór, aszály és sorvadás 2, aggkór 5, erőszakos haláletet 5. — A fővárosi közkórházakban ápolatott e hét elején 1983 beteg, szaporodás 651, csökkenés 631, maradt e hét végén ápolás alatt 2003. — A fővárosi tisztí főorvosi hivatalnak 1894. november 5-től november 11-ig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 14 (meghalt 2), himlőben 5 (meghalt 3), bárányhimlőben 47, álhimlőben 2, vörhenyben 22 (meghalt 4), kanyaróban 82 (meghalt 3), ronesoló toroklobban 25 (meghalt 7), torokgyíkban 4 (meghalt 1), trachomában 18, vérhasban 2, hökhurutban 2, orbánzban 11.

— Kenyeres Balázs dr. kolozsvári egyetemi tanárt az igazságügy-minister a törvényszéki orvosi vizsgáló bizottság tagjává nevezte ki.

— Marschalkó Tamás dr. november 1-től kezdve zsidár-uteza 2. sz. alá tette át lakását.

— A szülészeti poliklinikumot, mely az egyetemi II. szülészeti és nőgyógyászati klinikával áll kapcsolatban, az elmúlt októberben 110 esetben vették igénybe (nappal 71, éjjel 39 esetben), mely alkalommal 62 esetben végeztek műtétet. Az esetek évi folyó száma 1111, gyermekágyasok látogatásának száma 153.

— Cholera-hírek érkeznek hazánk különböző vidékeiről. Eltekintve Máramarosgyétől, a hol a vasúti munkások között még mindig nagy számmal fordulnak elő cholera-esetek, újabban Borsodmegyében is történtek cholera-yanus megbetegedések. Legújabb tudósítások szerint pedig Hódmező-Vásárhelyen a huszárság kaszárnyájába kiütött a cholera; a járványt a legnagyobb valószínűséggel a cholera elől Máramarosgyéből menekülő munkások huzolták be. Másrésztől azonban azt írják, hogy nem cholera-, hanem typhus-járvány ütött ki a kaszárnyában.

— A budapesti kir. orvosegyesület látogatása a szt. Lukács-fürdőben. A budapesti kir. orvosegyesületnek mintegy 100 tagja Kétfő tanár elnök vezetése mellett e hó 14-dikén délben megtekintette a szt. Lukács-fürdő részvénytársaság új építményeit és berendezéseit. Mindenekelőtt az új népgözfürdőt szemléltek meg, szép és czélszerű berendezésével; e fürdőben egy jegy árárt 5 krajczárban állapították meg. Ezután megtekintették az iszapfürdőben a téli kúra berendezéseit, a hol a douche-massage-t gyakorlatilag is bemutatták. A pazar berendezésű új szálló és a benne levő, úgy egészségi, mint kényelmi szempontból kifogástalan lakosztályok megsemlélése után jókedvű lunch rekesztette be a tanulságos kirándulást.

— A budapesti Császárfürdőben 1894. január 1-ől október 31-dikéig 1148 személy lakott és 385,117 személy fürdött.

○ A Belgyógyászat nagy tankönyve, melyet Bókai Árpád, Kétfő Károly és Korányi Frigyes egyetemi tanárok szerkesztettek, az ilyen nagyszabású munkáknál ritka gyorsasággal halad előre. A munka II-dik kötete, a mely a vérébetegségeket, a lépbetegségeket, az anyagforgalom betegségeit és a mérgezéseket foglalja magában: sajtó alatt van, ezen fejezetek Högyes, Kétfő, Jendrassik, Csatóry Ágoston, Stiller, Hochhalt, Bókai János, Dollinger, Benzur és Bókai Árpád által vannak írva. Olvasó közönségünk bizonyára megelégedéssel fogja venni az értesítést, hogy a III-dik kötetbe eső bélesatorna- és májbetegségek egy jelentékeny részének megírására Müller Kálmán tanár hivatott tollát nyerte meg a szerkesztőség. Szintén jelentékenyen növelni fogja a munka becsét, hogy Navratil Imre tanár az agy- és mellkasi betegségek sebészeti kezelésének ezidőszerinti álláspontját ismertető külön szakaszoknak megírására vállalkozott. Szontágh Felix dr. m.-tanár pedig a szájbetegségek tárgyalását vállalta el. Új bizonyítéka ezek a szerkesztőség szilárd törekvésének arra, hogy a „Belgyógyászat tankönyve“ ezen tudomány újkori állását teljesen képviselje.

△ Megjelent és a szerkesztőséghez beküldött füzetek: Feleki Hugó dr. Az ivar- és húgyzervek kór- és gyógytana. II. Befejező rész. 1894. Singer és Wolfner. Ismertetni fogjuk. — Preisz Kornél dr.: A klíma hatása. A szorgalmas balneologiai író ez újabb füzetében a klíma hatását fejtegeti az egészségre és betegségekre physiologiai alapon. A füzet, miután a téli klimatikus sáison elején vagyunk, időszerű. Eggenberger és Hoffmann könyvk. 1894. Ára 50 kr. — Hainiss Géza dr.: A védőhimlő-oltás (vaccinatio) kézikönyve. Budapest, 1895. Dobrovsky és Franke. Ára 1 frt 50 kr. — Schusny H. dr.: Középkorai tanulók idegessége. 1894. Singer és Wolfner. — Marschalkó T. dr.: Beiträge zur Aetiologie der tertiären Lues etc. (Klmy.) — Ónodí A. dr.: Az orr-üreg és melléküregei. II. kiadás. Budapest, 1894.

○ A Behring-féle vérsavóra vonatkozólag a müncheni orvos-egyesületek a múlt hó végén tartott ülésükön következőket határozták: 1. A Behring-féle vérsavó gyógyértéke felől ezidőszerinti határozott ítéletet mondani nem lehet, miután a diphtheria különféle alakban és súlyossággal lép fel, csak hosszas és szabatos észleletek fognak arra vonatkozólag biztos támaszpontot adhatni. Ajánlatos tehát, hogy ahhoz ne kössünk túlszigazott várakozást és ilyen értelemben informáljuk a nagy közönséget is. 2. Az eddigi tapasztalatok felhatalmaznak arra,

hogy a vérsavóval kísérletek tétessenek; a kísérlettevés helye a klinika és poliklinika. 3. Ha a gyakorló orvosok azon helyzetbe jönnek, hogy a Behring-féle vérsavót magán gyakorlatukban alkalmazhatják, fel kell kérni őket, hogy észleleteiket pontosan feljegyezzék. E feljegyzések összegyűjtésére és átdolgozására a müncheni két orvosegylet bizottságot küldött ki. Eddigélé összesen körülbelül 1100 eset lett tudományosan megfigyelve a világ minden részében. Az átlagos halálozás 24%-ra tehető.

„Szt. Lukács-fürdő“ részvény-társaság

Budapestben.

Uj! Gyógykezelés meleg kénés vízzel: A thermalis zuhanyfürdő!! (Douche massage). Téli kúra az iszapfürdőben, mely a szállodákkal egy épületet képez. Nehéz betegek számára felhúzó készülék külön iszapfürdőbe. Kényelem és jó ellátás. Lakásokról és fürdőkről küld prospectust az igazgatóság. A fürdő főorvosa: Bosányi Béla dr.

Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és szt. István-kórházban 1894. november 8-tól egész november 14-ig ápolatott betegekről.

1894.	Felvett			Elbocsátott			Moghalt			Maradt			Az ápolatottak közül				
	beteg		összesen	gyógy.		összesen	beteg		összesen	beteg		összesen	a Rókusban				
	férfi	nő		férfi	nő		összesen	férfi		nő	összesen		beteg	szülőnő	heveny fertőző	az álló-út kórházban	
Nov.	8	38	32	70	30	42	72	3	1	4	1111	835	1946	1051	24	71	800
"	9	39	33	72	37	33	70	4	1	5	1109	834	1943	1049	24	73	797
"	10	38	37	75	67	39	106	2	2	4	1078	830	1908	1028	24	67	789
"	11	31	32	63	34	26	60	7	2	9	1068	834	1902	1023	24	66	789
"	12	69	50	119	54	58	112	2	2	4	1081	824	1905	1050	23	69	781
"	13	49	59	108	48	39	87	1	1	2	1081	843	1924	1042	23	73	786
"	14	62	50	112	44	30	74	3	3	6	1096	860	1956	1064	23	71	798

DR. DOLLINGER GYULA

TESTEGYENÉSZETI
ÉS
SEBÉSZETI INTÉZETE

BUDAPEST
VII., KÉREPESI-ÚT 52.

SAN REMO

az olasz Riviera legelőkelőbb és legkeresettebb téli klimatikus gyógyhelye. Minden kényelemmel berendezett lakások teljes ellátással igen mérsékelt árak mellett. **Magyar orvosa: Dr. CZIRFUSZ DEZSŐ**, ki szívesen ad minden e gyógyhelyet illető felvilágosítást. Lakása: **Corso dell' Imperatrice Nr. 8.**

SAN REMO: Dr. med. R. STEINBERG.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi-, görcsői- 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 görcsői és bacteriologiai vizsgálatára vállalkoznak

dr. VAS BERNÁT és dr. GARA GÉZA a laboratorium vezetői.

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

Kedélybetegek és morphinkórosok

a legszorgosabb ápolásban részesülnek

Dr. SVETLIN MAGÁNGYÓGYINTÉZETÉBEN Bécsben

III. ker., Leonhard-utca 3-5. szám alatt.

Dr. HERCZEL
 heidelbergi egyetemi m.-tanár
Sebészeti Sanatoriuma.
 Sebészeti és nőgyógyászati magánintézet.
BUDAPEST
 VI., Felső erdősor 5. sz.

Allandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitérő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Rendelő órák: 9—10 és 1/2—3—4-ig; szegényeknek á. e. 8—9-ig. — Kivátnatra prospectus.

VÉDŐJEGY.



Univ. med. Dr. PÉCSI DANI
 nyilvános
TEHÉNHIMLŐ-TERMELŐ INTÉZETE
 TURKEVÉN (Jász-Nagykun-Szolnokmegye)

Ötmezes oltásokhoz, jó és biztos hatékonyságú oltóanyagot, a következő árakon szállít:

50 egyénre (kb. 1 gramm)	3.—
100 " (kb. 2 gramm)	6.—
1 phioła 2—3 egyénre	—60
10 vagy több ilyen phioła á	—50
1 phioła 15 egyénre	2.50

Csomagolásért 20 krajczár

A t. orvos urak becses figyelmébe!
 Betegápoláshoz szükséges eszközök, orvos-sebészeti műszerek, kötszerek és gummiárúk beszerzésére ajánlja raktárát
a KELETI J. orvos-sebészeti műszergyártó cég
 Budapest, IV., koronaherceg-utcza 17. sz.
 Nagy képes árjegyzék ingyen és bérmentve.
UJDONSÁG. Behring tanár sterilizáló Antitoxin-fecskendő (Heilserum) kipróbált lázhőmérő frt 1.20.

GARAY SAMU ÉS TÁRSA
 Budapest, Kossuth Lajos-utcza 1. sz.

Ajánljuk legújabb rendszerű
Serum-fecskendőinket
 asbest-dugattyúval. — Ezen fecskendő állítható, szétvehető, könnyen sterilizálható és az eddigi hasonczélú fecskendőket könnyebb kezelhetőség és czélszerűbb szerkezet által messze felülmúlja. — Tartalomnagyság 10 gm. — Ajánljuk továbbá
Koch-féle fecskendőket
 is, melyekből szintén nagy készletet tartunk.
Gyors és pontos expeditio.

Med. univ. Dr. BÁCSKAY BÉLA
 nyilvános tehénhimlőtermelő intézete
 ARADON

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

Egy phioła 50 egyénre (1 gr.)	3.—	100 egyénre való 8—10 phiołába	—
Két " 100 " (2 gr.)	6.—	osztva	7.—
Egy " 3 " "	—50	Saját találmányú szabályozható scartificator (igen kedvelt oltó-eszköz)	1.25
" " 15 " "	2.—		

Saxlehner András, cs. és kir. udvari szállító.

HUNYADI JÁNOS
 A leghatásosabb és legkellemesebb hashajtószer.
 Legjelesebb orvosok véleményei szerint kiváló előnye:
Gyors, biztos enyhe hatás.
 Hatása fájdalom nélküli. — Utánszorulás nem áll be. Tartós egyenletes hatás. — Használata nem kellemetlen. Rendszeresen használva nem hat fárasztóan a gyomorra. — Kis adagban is elégséges. —
 Bevásárlásnál a palack czimképén olvasható
„Saxlehner András“
 név figyelembe ajánltatik.

Dr. Overlach-féle Migränin.
 Oroszlán védjegy.
 (Czitromsavas Antipyrin-Coffein.)



1. Kitérőnek bizonyult a migrän legsúlyosabb eseteinél, továbbá az alkohol-, nikotin- és morphiüm-mérgezésnél, neurastheniánál, influenza stb. mellett mutatkozó fejfájásnál.
 2. Legjobb antipyreticum fenyegető elesésnél, miután a Migränin Coffein tartalma egyttal analépticum gyanánt kiváló hatással bír.

Csakis Dr. Overlach-féle migränint oroszlan védjeggyel kell kérni és a vényen „Migränin Höchst“ rendelendő.
 Legjobb közép adag, felnőtteknél 1-1 gr., egyszer vagy többször naponként, porban vagy oldatban.
 Egyedüli gyár: Farbwerke vorm. Meister, Lucius & Brüning, Höchst a. M.

Természetes szénsavdús savanyúvíz a mohai

ÁGNES

forrás. Legjobb asztali és üdítőtital. Kitérő szolgálatot tesz az emésztési zavaroknál.
 Járvány idején präservatív gyógyszernek bizonyult.

Szétküldése **Édeskuty L.** udvari szállító által Budapest.
 Kapható mindenütt.

Behring-féle
Diphtheria-serum
 (Höchsti gyártmány)
 kapható
a városi gyógyszerárban
 Budapest, Városház-tér.
KOCH-féle fecskendő
 (Lautenschläger-gyártmány Berlin) igen kitérő kivitelben.
 Nikkelfém-tokban 1 drb. 4 frt 50 kr.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KORBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÓGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. m. t. egyetem II. számú (Réczey Imre ny. r. tanár) sebészeti klinikumáról.

Adatok a trepanatio javalatához.

Martiny Kálmán dr., kórodai tanársegédttől.

(Folytatás.)

Fritsch és Hitzig kutyákon végzett állatkísérletei voltak úttörők a mozgó centrumok felfedezésében s minthogy ők, valamint utánuk igen sokan, azoknak helyét amaz agykéreg-részekben illetőleg tekervényeken állapították meg, a melyek a Rolando-féle középponti barázda két oldalán foglalnak helyet: e barázda felkeresésére a koponyán számos módot ajánlottak úgy az anatomusok, mint a sebészek.

Igy *Broca* a Rolando-árók alsó és felső határának meghatározására a következő helyet jelöli meg. Ha a külső szemzúgtól egy 7 cm. hosszú vízszintest húzunk és annak végpontjától egy 3 cm. hosszút verticalis irányban, akkor ennek vége fogná adni a Rolando-féle barázda alsó határát, felső vége pedig a két külső hallójáratot összekötő frontalis sík mögött 4—5 cm.-re van.

Horsley a középponti barázda meghatározására ajánlja, hogy az orrgyököt és a külső nyakszirtgumót összekötő egyenest felezzük; fél hüvelyknyire a felezési pont mögött van a felnőttn a középponti barázdanak felső vége. Ezen ponttól egy a fenti nyilirányúval 67° szöveget képező egyenes előre felé húzva, adná a Rolando-barázda lefutásának irányát és helyét.

Ha már most egy, a kéreglocalisatiót feltüntető rajzra a vázolt nyílt koponyatörés viszonyait alkalmazva képzeljük, meggyőződhetünk arról, hogy annak határai belefoglalják a Rolando-féle középponti barázda alsó részét, megfelelőleg a bénulás tüneteinek és a kéreglocalisatio tanának, a mely tudvalevőleg a beszéd középpontját a bal oldalra, s vele együtt a facialis és a kar némely működésének centrumát a barázda alsó harmada körül s különösen annak mellső részén levő agytekervényekre helyezi.

Mint már említettük, a törés neme a fejtetőn sokban függ különösen attól, hogy milyen volt a beható trauma alakja, illetőleg, hogy milyen felülettel érte az eszköz a csontot és milyen gyorsasággal és nincs befolyással rá, vajjon az eszköz mozgó-e és a fej van nyugalmi helyzetben vagy megfordítva.

És hatását sem mindig a beható helyén érvényesíti a trauma, tehát, mint bárhol a testen, úgy itt is vannak direct és indirect törések, azonban a koponyacsontok szerkezetének sajátos volta miatt azok más megbirálás alá esnek, mint egyebet a csontvázon. Így láttuk ezt a horpadások és nyílt darabos töréseknél is; sőt ha tekintjük az egyszerű repedést a többi csontokon, vagy oly törést, a mely egy szilánk részleges leválásából áll, mint pl. a lamina vitrea izolált törése, a legtöbb esetben mert tünet nélkül áll fenn, meg sem ismerhető s majdnem minden esetben következmények nélkül gyógyul: addig a koponyán eltekintve a koponya alapi repedésektől, bármely fissa a fejtetőn, részben azon ismeretes tény miatt, hogy a külső réteg töréséből, még átható törések-

nél is, a belső lemezen történt elváltozás nagyságára és milyenségére nem következtethetünk, részben azért, mert a repedés a csontok barázdáiban futó véredények és véröblök folytonosságát is veszélyezteti, a repedés ezek szempontjából, a szilánkos törés pedig úgy mint a horpadás és darabos törés, egyenesen az agy nyomás szempontjából ítélendő meg; mennyivel inkább kell e viszonyokkal számolnunk, ha nem egy, de sok repedés csatlakozik egy töréshez sugár irányban, ha úgynevezett csillagos töréssel van dolgunk. E törések rendszeren nem nagy felülettel s nem nagy gyorsasággal bíró trauma behatása után szoktak létre jönni. Rendszeren nyílt törések, egy vagy több, kisebb nagyobb, részletesen vagy teljesen levált csontszelvény mintegy középpontját képezi a törésnek, a melyből a repedések minden irányban kifutnak a boltozaton. Ily alakját a koponyatörésnek mutatja következő esetünk.

II. M. Sándorné, 28 éves, férjes napszamos. Született Uj-Hartyánban. Felvételt 1894. márczius 8-dikán. Betegét férje márczius 8-dikán d. n. 2 óraker balt fokával fejbe ütötte. Beteg eszméletét megtartotta, a mentőegyesület által szállítottatott a kórodára. A bal falesonton a korona- és nyílvarratnak megfelelő szegletben van egy 4 cm. hosszú, zúzott szélű, a csonthártáig hatoló folytonosság hiány. Ettől lejjebb a bal fal- és homlokessontra terjedő, körülbelül a koronavarrat által két részre osztott, négyszegletes, zeg-zúgos szélű, mintegy 16 cm² terjedelmű folytonosság-megszakítás, a melynek alapján a csonthártya egyrészt hiányzik, másrészt roncolt, czafatos felgöngyölödött széleivel a koronavarratnak megfelelő helyen a esontra tapad. A csont a seb alapján 5—6 cm² terjedelemben behorpadt; szélei csipkézettek, szálkások, egyik fele a koponya niveauján felül, a másik azon alul van. Kutatóval megérintve, gyengén inog, alóla véres savó foly. A beteg teljes eszméleténél van, azt egy pillanatra el nem veszítette. Láták középtágak, egyenlők, fényre, alkalmazkodásra reagálnak.

Jobb oldalt az ajkpofo-redő kissé elsimult; a szájjág lejjebb áll. A jobb oldali felső végtag kissé paretikus. Erverése 120. A hőmérsék 37.50. Érzési, vizelési és székletéti zavarok nincsenek. Műtét másnap narkosis nélkül: *trepanatio*. A lebenyes sebszéklet tágitása után a csonthártya letolatott. Ekkor a gyermektenyéryn, csonthártától és lágyrészekről fosztott területen a következő kép tárult elő: A terület zeg-zúgos, berépedezett s ennek egy részét képező a fentebb leírt behorpadt négyszegletes csontdarab a sutura coronaria által feleztetik, s kiemelése csak oldalainak kellő körülvívése után sikerült. Alatta sértetlen, de lefelé és kifelé terjedőleg a csonttól mintegy 2 cm.-re leemelt dura felett kevés alvadt vérkiömlés. Arteria meningea media mérsékeltén vérzik, bekötés. A repedések közül, a melyek csillagalakban a fejtető minden irányba felé szétágaztak, egyik átfutott mintegy 6 cm. távolságra a homlokudorra s ott a fedő lágyrészek ép volta miatt tovább nem volt követhető. Műtét után az általános állapot valamit javult; a bénulási tünetek változatlanok, a javulás alig vehető észre; teljesen csak ötödnapra mulnak el. Beteg műtét után 2 hónappal (május hóban) pneumoniát állott ki; ettől eltekintve láztalan lefolyás. Miután a defectust fedni szándékolta osteoplastikus műtétbe nem egyezett be, a csont és lágyrészek hiánya heggel gyógyult s a beteg 1894. július 2-dikán gyógyultan távozott.

Itt is úgy, mint előbbi esetünkben nyílt koponyatörés volt az arteria meningea mediának folytonosságában való megszakításával s contralateralis bénulásokkal; ez utóbbiak azonban sokkal kisebb fokban jelentek meg, úgy hogy, a mi jelen esetről kiemelendő, az a törés neme. A bénulási tünetek okául, tekintve az egész lefolyást: agysértést kell felvennünk. Tudjuk, hogy az agyzúzódásokat kórismézni igen nehéz s csak akkor lehet, ha egy motorikus, vagy egyéb centrum elkülönített bántalmaztatása következett be a trauma után, a mire azon középpont felfüggesztett tevékenységéből következtetünk s még akkor is szükséges, hogy a functio-változás, aphasia, bénulások, göresök stb. úgy, mint a depressióknál a beható trauma

után közvetlenül, de nem mint a depressióknál agygyomással, hanem, és ez különösen fontos, agygyomás nélkül jelentkeznek. Hogy mily nehéz egyes esetekben az agygyomást kizárni, eléggé kiviláglik abból, hogy annak tünetei el nem különíthetők sokszor egyáltalán, másszor rövidebb-hosszabb ideig, az agyrázódástól, egyrészt azért, mert azok tünetei igen sokban hasonlítanak egymáshoz, másrészt mindkettő egy időben, vagy egymás mellett állhat fenn, úgy hogy az agyrázódást közvetlenül, vagy hosszabb-rövidebb idő múlva követi az agygyomás. Sok esetben a bénulási tünetek mellett jelen van érverésszerűség, álmoság vagy eszméletlenség, hányás stb. és egy idő múlva, a mely percek hosszától egész órákig, sőt tovább tarthat, mind e tünetek elmúlnak s vissza sem térnek és csupán a bénulás marad meg. Máskor elmúlnak egy időre, de később a fennmaradt bénulások mellé ismét mellé állanak. Akkor első esetben valószínű, hogy az általános tüneteket agyrázódás, a másodikban pedig agygyomás okozta. Ha az említett tünetekhez nyugtalanság is járul, akkor az mindig agygyomás mellett szól.

Ha ezen betegünkön úgy látszik is, hogy az agygyomásnak feltételei többszörösen megadvák, mégis dacára az impressiónak és az arteria meningeae media vérzésének, az agygyomás kétség nélkül meg nem állapítható, ha tekintetbe vesszük, hogy a lefolyást a beteg teljes eszmélete kísérte, a képet tehát a commotio cerebri nem zavarhatta; azonkívül a bénulási tüneteket kivéve, annak minden más tünete hiányzott s az érverés több napon át 120 volt. Az arteria meningeae media vérzett és ez esetben meg voltak adva a feltételei annak, hogy dacára a nyílt törésnek az általa okozott vérkiömlés, a mely a trepanatiónak nem volt figyelemre méltó nagyságú, műtéti beavatkozás nélkül megnövekedett volna annyira, hogy agygyomást hozott volna létre, mert arra a csont és lágyrészek sebé mellett a durának a törést környező csonttól leemelt volta különösen alkalmas volt.

Maga a törés azon ritka nagyságú csillagos törések közé tartozik, a melyeknél a fissurák nagy számmal vannak jelen s egyenkint nagy terjedelmet érnek el, a nélkül, hogy a koponya-alapra leterjednének s complicálnák a koponyaboltozat törését koponyaalap-töréssel.

Azonban épen az a körülmény, hogy annak a lehetősége fennáll, adja meg a fissuráknak a már említettek mellett a fontosságot akkor is, ha nem csupán a koponya-alapon jöttek létre, hanem, mint most, egy nyílt fejtető-töréshez szegődtek. A leírt esethez csatlakozók között a 6 cm. hosszú, a mely mintegy 3 cm.-re volt egy vésős kutatónak átjárható, a falcsonttól a koronavarraton át a homlokesontra terjedt s ott tovább az épségben levő lágyrészek miatt nem volt követhető, újabb példája annak, hogy a repedésnek a varrat akadályt nem képez és hogy azok keletkezése és határa csak a trauma neme és a koponya rugalmassága közti viszonytól függ.

A beavatkozás most is a vérzés csillapításában s a dura épségben hagyása mellett, a benyomott csontdarabnak kiemelésében s a széleknek elsimitásában állott. A mélyebbre hatolás itt sem lehetett indikálva, mert egyrészt a bénulási tünetek enyhe volta miatt azoknak önként gyógyulása volt várható, másrészt s főleg mert a contusio cerebri ily alakja művi beavatkozást nem kíván.

A koponyán belüli vérzés, mint a mely agygyomást okozhat, két okból származhatik. Egyik az extraduralis az arteria meningeae mediának folytonosságában való megszakadásából, a másik az intraduralis ritkábban a sinusokból s gyakrabban a pia venáiból. Legtöbb esetben a differentialis diagnoszt megejteni igen nehéz, azonban sokszor nem lehetetlen s épen azért szükséges e ezébből minden adatot felhasználnunk s nem kevesebb fontosságot tulajdonítanunk az intraduralis vérkiömléseknek, mint egyéb agygyomást előidéző tényezőknek; tehát nem szabad minden agygyomási tünetet, a melyet nem depressio, agydaganat vagy agytályog hozott létre, az arteria meningeae mediából származó vérkiömlésnek betudnunk.

Ferde az a vélemény, a mely elismeri az intraduralis vérkiömléseket s azok legtöbbszörének gyors lethalis kimenetelét, a másik részről pedig azt hirdeti, hogy ijesztő tünetei mellett is kedvező lefolyást vesz és gyógyulással végződik, tehát

műtétet nem igényel; mert van egy harmadik lehetőség, tudniillik az ily vérzés ijesztő esetleg lethalis véghez vezetőnek látszó tüneteinek illetőleg kimenetelének trepanatio által lehet elejét venni. Lassan bár, de folyton szaporodik a műtét által gyógyulással végződő esetek száma s mi is adhatunk egyről számot.

Ugy az arteria meningeae media vérzése, mint a pia edényeiből eredő, rendszeren oly traumához csatlakozik, a mely törést előidézeni nem volt képes és sokszor a lágyrészeket sines látható nyoma az erőszaknak; azonban míg az előbbi a sérülések összes nemei létrehozhatják, úgymint a vágott, szúrt, lött sebek, a törések mindenfélesége, fedett, nyílt, commutív törések, a lamina vitrea izolált törése, — addig az intraduralis vérkiömlésekre a látható külső trauma nincs befolyással s ezért a nehézség annak megállapításánál, hogy a kettő közül melyikből történt vérzés, leginkább csak azon esetekben fog fennállani, a melyek látható esonttörés nélkül okoznak oly tüneteket, a melyekből vérzésre egyáltalán következtetnünk nem lehet s csak ezen esetekben van szükségünk a számos elsorolandó megkülönböztető jelre.

Az intraduralis vérzés helyére egyáltalában nem irányadó a hely, a hol a trauma a koponyaboltozatot érte; míg az art. meningeae mediára a legtöbb esetben irányadó. Bár vannak esetek, hogy a behatással ellenkező oldalon szakad meg az art. meningeae, pl. a jobb falcsonton látható lágyrész-seb mellett, sőt lehet ott horpadás is a csonton, agygyomás lép fel a sérülés helyével ugyanazon az oldalon jelétül annak (ha egyéb körülmények ellene nem szólnak), hogy a baloldali itetőrből történt a vérzés.

Míg az intraduralis vérkiömlés az agyteke bármelyik pontján létrejöhet, általa bármelyik centruma az agyvelőnek elvesztheti működését, addig, mint azt Allen Starr is hangsúlyozza, az arteria meningeae mediából támadt vérkiömlés keletkezésének helyére nézve bizonyos határokat állanak fenn részben a véredény helyzetéből kifolyólag, részben azért, mert a belőle ömlő vér nehézkedésénél fogva vagy csak azon a helyen gyülemlik meg, a hol a vérzés történik, vagy, ha bősége miatt a durának nagyobb részletét választja le a csonttól, azt a vérzés helyétől lefelé való irányban teszi, s így csak azon agyvelő-középpontok működésére fejlesztheti ki felfüggesztő hatását, a melyek a vérző pont alatt közvetlenül vagy attól lefelé, a Rolando-barázda alsó része körül foglalnak helyet.

Nem következik be ezen edényből származó vérkiömlés nyomása következtében az alsó végtag izolált bénulása, mert annak középpontja a Rolando-féle barázda legfelső részlete mellett van, tehát közel a vertexhez s ott a vérkiömlés a fent említett okoknál fogva hatását nem fejtheti ki a nélkül, hogy a tőle lejjebb fekvő középpontokon is ne gyakoroljon hasonló hatást. A pia edényeiből eredő vér az agytekevénnyek közti barázdák ürét tölti ki és az agyvelő felületén a pia és az agyvelő-állomány között terül el és minden irány felé való terjeszkedésének, de annak is, hogy egy körülírt helyre szorítkozzék, feltételei jobban megadvák s azért, ha az agygyomás többi tünetei mellett az alsó végtag bénulása van meg, vagy ha előbb van meg és nagyobb fokban, mint a hozzá társuló felső végtagé, akkor ez a pia edényeiből történt vérzés mellett szól; valamint az is, ha aphasia hemiplegiák nélkül jelentkezik, valószínűbb, hogy utóbbi okból támadt.

Az arteria meningeae mediából származó vérkiömlés okozta agygyomás megjelenése és a trauma behatásának ideje között az eszmélet bizonyos hosszúságú jelenléte, illetőleg tünet nélkül való időszak van jelen, a mely rendszeren 2 órán belül esik s csak igen ritkán késik az agygyomás beköszöntése tovább, mint egy-két leírt esetben 8—10 napig. Az intraduralis vérkiömléseknél a szabad intervallum mindig nagyobb és minél nagyobb, annál inkább bizonyít mellettkük, mert tekintetbe veendő, hogy első esetben arteriából, az utóbbiban pedig vénából jön a vérzés.

Megemlítendőnek tartja Allen Starr azt is, hogy convulsiók ritkán előzik meg extraduralis haemorrhagiáknál a hemiplegia felléptét, míg az intraduralis haemorrhagiáknál igen gyakoriak, különösen hogyha az agyvelő is a bántalom körébe van vonva, s hogy a pulsus lassú és kemény, az élet vége

felé azonban rendkívül gyorsá válik az elsőknél, míg az utóbbiaknál kezdettől fogva gyors.

Hőemelkedések mindkét esetben előfordulhatnak, úgy mint a pupilla-különbség is; azonban gyakoriabbak az intraduralis vérzéseknél; a hörgő nehéz légzés rendszerint mindkettőt kíséri, sokszor azonban el is marad.

Eseteink, a melyeknél intraduralis a bántalom okánul vérzéseket kellett felvenniünk a következők:

I. R. Miklósné, 22 éves, cipész neje, 1894. február 2-dikán férje állítólag véletlenül, fűrészelés közben megütötte a fejét. Az akkor támadt seb rövid idő alatt gyógyult, de helyén horpadás maradt. Beteg hörgőhurutja s fejfájásai miatt egy belosztályra hozott, de a február 16-dikán fellépett félfoldali bénulás a horpadásnak tudatván be, kórodánkra áttétetett. A fejtetőn, közel a nyílvarrhoz egy félkrajcárnyi pörkkel fedett heg, a melyen a tapintó ujj mandola alakú és nagyságú horpadást érez. E helyen a csont szilárd. A jobb oldali alsó és felső végtag parietikus. Fejfájások; eszmélet nem egészen ép, kistökű sopor. Pupilla-különbség nincs. Erverés 96. Gyógyulás.

II. K. N. 25 éves napszámost tompa eszközzel fejbe ütötték; 4-dik napon paresis az ellenoldali alsó végtagon, a mely másnap átterjed a felső végtagra is, de annál kisebb mértékű. Fejfájás; időnként hőemelkedések és nyugtalanság. Gyógyulás expectatiós eljárásra 2 hét alatt.

III. G. O. 18 éves férfi egy emelet magasságú állványról a földre esett. Üntudatlanság, nyugtalanság. A pupillák egyformán kissé tágak. Behozatalakor érverés 64, hőmérsék 37.2. Már másnap: 92 és 38.5°; s délután 120 és 39.0°. Tartós üntudatlanság, a mely a tiszta eszmélet által csak olykor pár percze szakított meg; folytonos nyugtalanság, a mely állapot a lázzal együtt még a 3-dik hét elején is megvan. A 3-dik hét közepe felé a láz csökken, érverés rendes, a beteg nyugodtabb, eszmélet folyton javul; kistökű jobb oldali abducens hűdés mutatkozik, ugyanakkor az értelem is kezd visszatérni; ugyanazon hét vége felé a javulás gyorsan halad előre, az abducens hűdés kisebbedik.

E három kivonatban közölt kórképet intraduralis vérkiömlés által okozottnak kellett tartani azért, mert az elsőnél a trauma után 14 napra léptek fel a következményes tünetek, azokat tehát sem az art. mening. media, sem a jelen volt depressio nem okozhatta. A másodiknál, mert a trauma napján csak az alsó végtag volt bénult s csak másnap esatlakozott hozzá a felső végtag félhűdése. A harmadik eset, a mely közvetlenül az agyrázódáshoz esatlakozott s attól éles határral el nem különíthető tünetesoporttal ment át az intraduralis vérkiömlés által feltételezett bántalomba, a lefolyásban jelentkezett nagy nyugtalanság, eszméletlenség, mely a koronkint megjelenő üntudat által megszakított és a hőemelkedések miatt volt annak tartandó és pedig oly alakjának, a mely mert nem mozgató agyvelő-középpontokra gyakorolta hatását, bénulásokat nem, csak általános tüneteket hozott létre.

Mindhárom esetben operatív beavatkozásra szükség nem volt s a gyógyulás ezeltudatos expectatiós eljárásra következett be. Beavatkozni művileg ez esetekben azért nem volt szükséges, sőt helytelen lett volna, mert az első kettőnél a jelentkezett nyomási tüneteknek rövid idejű állandóságát csak hamar csökkenés követte, biztató jelként arra nézve, hogy, mint azt a tapasztalat mutatja, a csökkenés után gyógyulás fog beállani. De épen ennek a meghatározása bírálja meg a sebész helyes ítélő képességét és mesteri tudását, hogy, ámbár elvben e bántalomban némelyikénél a műteti beavatkozás szükségességét elismeri, megválogatni tudja az eseteket, illetőleg a fenyegető tünetek jelenléte mellett ismerje meg a jeleket, a melyek azoknak közeli javulását mintegy jósolják és meg tudja állapítani másrészt a szükséges trepanatio idejét; tehát ne trepanáljon fölöslegesen, de el sem mulasztja azt szükség esetében.

Harmadik esetünkben a műteti eljárás indikálva nem volt azért, mert ismert agyvelő-középpontok lokalizált bántalmazottságára valló tünet hiányában a vérkiömlés hollétére vonatkozó minden tájékozódás lehetősége hiányzott s így daczára annak, hogy a vérkiömlés oly súlyos jelenségeket okozott, hogy a lethalis kimenetel fenyegetett, azt helyőnek nem ismerése miatt fogatosítani nem lehetett. Míg tehát az első két esetben szükséges és ezeltudatos volt a műtét nélkül való gyógykezelés, az utóbbiban az arra vezető módok és eszközök elégtelensége miatt, a mi különösen némely agyvelő-részleteknek működése iránt való tájékozatlanságunkban áll, kellett arra szorítkoznunk.

(Folytatása következik.)

A lüdláb gyógykezelése.

Horváth Mihály dr.-tól.

(Folytatás.)

Lüdlábú cipők állandóan nagy szerepet játszottak a szóban forgó bántalom kezelésében. Dupuytren is foglalkozott az eszmével, hogy a cipőnek meghatározott alakja a lüdláb kifejlődését megakadályozni képes; ő elégségesnek tartotta, ha a cipőt egyszerűen magasabb sarokkal látja el. König károsnak tartja a magas sarok viselését, mely szerinte a talus kóros plantaris flexióját még elősegíti.

Meyer, hogy a saroknak a láb külső széle felé való esúzását megakadályozza s a calcaneus valgus állását javítsa, ajánlja, hogy a sarokrészt befelé assymetricusan mélyítsük¹. Lorenz elveti a sarokrészek a belső oldalon való mélyítését, mert mint mondja² ez könnyen az ellenkező hatást szülheti, a mennyiben a sarok medialis része könnyen a cipő mélyebb részébe sülyedhet, míg a lateralis széle a cipősarok magasabb külső része által emeltetik, a mi egyértelmű a láb pronatiójával.

Helyesen épített lüdlábú cipőket ajánlanak Miller³ és Thomas, Beely és Lorenz.

Miller és Thomas nem elégszenek meg a sarok ék alakjával, hanem szükségesnek tartják az egész talpat a belső szél egész hosszában emelni.

Beely⁴ az általa szerkesztett cipőt az indicatióknak megfelelőleg betéttel látja el, a sarkot a belső szélen emeli s körülbelül a talo-navicularis ízület magasságáig nyelv alakjában előre meghosszabbítja. Ez által a sarok teljesen assymetrikus szerkezetet nyer, a mennyiben egy a belső szélen magasabb és hosszabb éket képez. Beely e szerkezettel nemcsak a pronatiós állást igyekszik javítani, hanem a láb mellső részének kóros abductióját is befolyásolni.

Lorenz azon teoriájára építi a lüdlábú cipő szerkesztését, miszerint a pes valgus lényegében véve azáltal jön létre, hogy a külső lábív, melyet a calcaneus, cuboideus és a 4. 5. metatarsus-csontok képeznek, a megterheltetés következtében elveszti ív alakját s mindinkább kiegyenesedve, végre az alappal párhuzamosan fut. A talus és vele a naviculare helyzetváltozása csak másodlagos szerepet játszik. Lorenz ezért a cipőt az artic. calcaneo-cuboid. magasságáig terjedő széles sarokkal látja el, mely hivatva van a külső lábívnek biztosabb támaszt nyújtani. A sarok továbbá előlről hátra felé lejtősödik, az egész talp pedig a láb belső széle felé szélesebb alapú éket képez, úgy hogy a saroknak hátsó, külső kerülete a talpi felület legmélyebb pontját képezi. Hogy a lábat még inkább a supinatiós állásba hozzuk, Lorenz ajánlja, hogy az alszárat a lábtő ízület felett szíjjal a cipő külső oldalára alkalmazott aczélsínhez erősítsük. Mint Beely úgy Lorenz is betétet használ a kifelé lejtősödő sík tökéletesebb képzésére.

Nem lehet tagadni, hogy ezen cipők a feladatuknak tényleg megfelelnek, a mennyiben corrigált statikus viszonyokat eredményeznek. Tisztán mellékkörülményekre támaszkodnak azonban újabban Hoffa és Lorenz, midőn e cipőket lehetőleg kiküszöbölni igyeksenek. Az ily cipő, ferde sarok és talppal kosmetikus tekintetben kifogás alá esik s ezért a betegek nem szívesen hordják, hanem lehetőleg rövid idő alatt közönséges cipővel cserélik fel. De esatlakozom Hoffa véleményéhez már azért is, mert a hatás könnyen illuzorikussá válik, a mint a használatban eredeti alakját, de főleg a sarki részen kellő erősségét elveszíti, a mi pedig könnyen megtörténhetik, ha csak nincs igen erős bőrből készítve. Az ily cipő azonban költséges, de még jelentékeny súlya miatt hordásra is kevésbé alkalmas.

Ezen hátrányok vezették Hoffát és Lorenzet a betétek használatára, a melyek az említett hátrányokat nélkülözik, s mindazon hatást képesek kifejteni, a melyeket a helyesen

¹ Deutsch. Zeitsch. für Chirurg.

² Die Plattfusslehre. P. 175.

³ Edinb. med. journ. 1889. P. 428.

⁴ Centrbl. für Chirurg. 1893. Nr. 47.

készített lúdlábú cipő javára irtunk. Egy ily betét használata azonban csak akkor eredményes, ha 1. a láb külső szélé felé lejtősödő sítot képez, 2. ha a talpnek nemesak középső részletét támasztja alá, hanem hatását az egész talpi felületre gyakorolja, mert csakis egy ilyen, az egész talpnek megfelelő betétől várhatjuk, hogy az egész lábat egyenletesen supinálja. A sokáig használatban volt nemez-, bőr-, gummi- és parafa-betéteket, mint teljesen hibásakat el kell vetnünk, mert ezek csak a lábholtozat helyreállítását czélozták, de nem a láb egyenletes supinációját. A planitas főleg a pes planust jellemezi, míg a pes valgust a valgítas, a láb pronált állása különbözteti meg a többi deformitástól. Ezen valgítást pedig csak úgy szüntethetjük meg, ha a láb belső szélét *egész hosszában* emeljük. A követelményeknek leghelyesebben felelünk meg, ha a betétet a talp rendes configurációjának megfelelőleg modell után készítjük. A betétek alkalmazását főleg Vötsch ajánlotta, később azonban feledésbe jövén, Sydney Robert, Whitmann, Dane által jöttek megint alkalmazásba; mai tökéletes alakjukat azonban Hoffa és Lorenznek köszönik.

Hoffa a betétet a rendes lábholtozatnak megfelelőleg alakítja s e czélra egy már előre elkészített s minden esetben használandó modellt vesz alkalmazásba. A normalis lábholtozat képét alkotó aczélbádog vagy aluminiumbronzból készült betétet bőrrel behuzatva a közönséges cipőbe erősíti. Hoffa gyógyintézetét hónapokon át látogatva, alkalmam volt meggyőződni, hogy az ily betétekkel igen kedvező eredményeket érhetünk el, a memnyiben a betét a talo-navicularis ízületben redressált lábat, ezen javított s egyszersmind supinált állásban képes megtartani.

Lorenz nem elégszik meg ezen betétekkel, melyek sablon-szerűleg egy állandó minta után készíttetnek, hanem megkívánja, hogy minden egyes betétnél már a minta levételénél figyelembe vegyük a láb individualis sajátságait s ezért ajánlja, hogy minden egyes esetben egy külön modell vétessék le. A modell vétele nem ütközik nehézségbe, mert a beteg a lúdláb kezdeti stadiumában lábát még activ is supinálni képes. A modellt Lorenz a következőkép veszi le: A beteget előzetesen figyelmeztetjük, hogy a láb belső szélét lehetőleg magasra emelve, főleg a láb külső szélére és a sarokra támaszkodják, hogy a modellt a rendes lábholtozatnak megfelelően vehessük le. Ezután valamely zsiradékkal (lanolin) bekenet alapon nedves gypspólyát rétegezzünk egymásra, míg egy körülbelül $\frac{1}{2}$ cm. vastag, jól elsimitott, a láb hosszát és szélességét kissé meghaladó réteget nyerünk. Betegünket e pólyarétegre állítva, felszólítjuk az ismertetett állás felvételére s most igyekezzünk a nedves gypspólyát teljesen a talphoz hozzá simítani. A felesleges, a láb oldalát vagy hátát borító felhajló széleket körülvágva az így nyert maradékkal a talphoz simuló pólyaréteg és a bezsírozott alap közt levő ürt kitöltjük. Az így nyert modell után az érzésműves elkészíti az aczél betétet, mely bőrrel áthúzza a cipőbe erősíthető.

Az így készített betét szintén az egész talpot alátámasztó ferde sítot képez s mint modellkészülék, hatását egyenletesen fejtí ki az egész talpi felületen s így a beteg minden kellemetlen érzés nélkül szívesen hordozza. Ezen tulajdonságainak tudható be, hogy a kínzó fájdalmak megszűnnek, a mint a cipőt betéttel látjuk el. E betétek maguk nem elégségesek a teljes gyógyulás elérésére. A kezelés a massage és a supinációs gymnastika által egészített ki. Nem hagyhatjuk említés nélkül a helyesen készített betétnék némiképen redressáló hatását; a redressáló factor épen az általa képezett kifelé lejtősödő ferde sík, mely elősegíti, hogy a kóros staticai viszonyok helyébe normalis megterhelhetési és működési viszonyok lépjenek; e mellett pedig a betét az ugrócsont kóros helyreváltozása ellen is küzd s így elősegíti, hogy azon ízületek, melyek képzésében az ugrócsont részt vesz, javított állásukat megtartsák. Ha pedig a lábat kellőképen supináljuk s az ugrócsont helyzetváltozását megakadályozzuk, akkor a betétek hatása abban is fog még nyilatkozni, hogy a láb mellső része nem tér tovább ki az abductió állásba. A láb abductióját t. i. Lorenz és Hoffa a supinációval, illetőleg az ugrócsont helyzetváltozásával hozzák kapcsolatba.

A betéteknek corrigáló hatását azonban a lúdlábnak csakis kezdeti stadiumában vehetjük igénybe, de nem akkor, ha egy rigiddé vált, avagy az ú. n. pes valgus contractussal van dolgunk, mely esetekben a therapiat egy a rigiditást illetőleg a spasmust megszüntető eljárásnak kell bevezetnie. A betétek ez utóbb említett esetekben csak az utókezelésben nyerne alkalmazást. Ellis¹ a betétek használatát nem ajánlja, mert szerinte a betét által a talpi felületre gyakorolt nyomás az izmokat sorvasztja. Ezen állítással szemben a Lorenz által kezelt esetek nagy számára utalok, melyekben a betétek ezen káros hatása nem volt észlelhető. Az Ellis által ajánlott kezelésnek (massage, torna) azért sem vagyok barátja, mert Lorenz, Hoffa és mások véleményéhez esatlakozva a pes valgus pathogenesisében elsősorban nem az izmok insufficienciáját okolom, hanem sokkal nagyobb súlyt fektetek a láb sceletumában és szalagos képleteiben létre jött változásokra.

A lúdlábú cipőkön és a betéteken kívül a különféle készülékeknek nagy száma jött még alkalmazásba. Ezeknek egy része megelégszik a láb belső szélének egyszerű alátámasztásával, melyeknek típusát a Nyrop-féle cipő képezi, melynél a lábholtozatot egy szij hordozza, mely az alszár felső részétől kiindulva megkerüli a láb belső szélét s a cipő-talp külső széléhez van erősítve. Barwell elasticus húzást vesz alkalmazásba s direct redressáló erőt kíván kifejteni, melynek feladata a pronált lábat fokozatosan átvezetni a supinációba. Ma, midőn sokkal gyorsabban czélhoz vezető módszerekkel rendelkezünk, ezen orthopädikus készülékeknek alkalmazása igen megvan szorítva s főleg csak a pes valgus paralyticus eseteiben indicált, a melyeknél az elasticus húzás némiképen a hűdött izmok szerepét pótolja.

(Folytatása következik.)

Közlemény Heubner tanár, kir. tanácsos, lipcsei gyermekgyógyászati klinikájából.

Bacteriologiai vizsgálatok az ú. n. septikus diphtheriáról.

Genersich Gusztáv dr.

(Folytatás.)

Dolgozatom főfeladata különösen a streptococcusok kimutatására irányult, mivel az egyes vizsgálok idézett czikkeiben a septikus infectio kérdése majdnem kizárólag ezekkel hozatik kapcsolatba.

Hogy a kérdés bacteriologiai oldalát elintézzük, szabadjon felemlítenem, hogy minden esetben hosszú, szépen kanyarodó láncokat kaptam. A bouillon nem zavarodott meg, hanem a kemeső falán és fenekén költőmelegben már 24 óra múlva bő pelyhek és morzsák fejlődtek, melyek azonban soha sem képeztek olyforma hártját, milyent Kurth³² streptococcus conglomeratusnál észlelt. A képződött üledék könnyen felörvényezhető volt, a nélkül, hogy fonalat eresztett volna. A bouillon még erős rázás után sem lett zavaros és benne még akkor is egyes pelyheket jól lehetett kivenni.

A streptococcusok beosztásával Lingelsheim és Kurth kimerítő alapos dolgozatai foglalkoznak. Lingelsheim³³ megkülönböztet: 1. egy nem pathogen streptococcus brevist és 2. egy pathogen streptococcus longust. Ez utóbbinak alfaja a) a strept. erysipelatosus és b) a str. pyogenes. Azon körülmény szerint, vajjon az egér gyorsan megöletik, vagy hogy geny-gócok is találtnak, a pyogenes további alfajai a) a str. muriseptikus és b) a szorosabb értelemben vett str. pyogenes.

Kurth³⁴ a bouilloncultura magatartására van tekintettel és az üledék és a göresövi lelet után következő beosztást állítja fel:

¹ Edinb. med. journ. 1891. P. 624.

³² Ueber die Unterscheidung der Streptokokken und über das Vorkommen derselben, insbesondere des Str. conglomeratus bei Scharlach. Arbeiten aus d. Kais. Gesundheitsamt, 1891. Bd. VII.

³³ Behring: Gesammelte Abhandlungen. II. 125. 1.

³⁴ I. 32

1. Elkülönített vagy lazán összefüggő streptococcusok, melyek csekély tagúak, nem kigyóztak és nem összekuszáltak; 2. a) nyákos fonalat húzó, sok tagú, mérsékelten kigyóztott, többnyire nem kúsztalt, b) nyákos pelyheket képező gazdagon tagozott, mérsékelten kigyóztott, lazán kúsztalt; 3. bőrt, pikkelyt vagy morzsát képező, gazdagon tagozott, erősen kigyóztott, sűrűn összekúsztalt streptococcusok, melyek tömöttebb tömegeket képeznek, szabadon fekvő egyes lánczoknak majdnem teljesen hiánya mellett.

A kigyóztottság foka szerint másfelől megkülönbözteti a str. rigidust (1. csoport) és a str. flexuosust (2. a) és b) és 3. csoport).

Ezen elnevezések összeesnek úgy gócsövileg, mint a cultura szerint *Lingelsheim*-nak str. longusával és brevisével.

Az általunk talált streptococcusok a str. longus (*Lingelsheim*) vagy str. flexuosus (*Kurth*) csoportjába sorolható és utóbbi esetben *Kurth* beosztásának 2. b) csoportjába tartoznának.

Hogy nem str. erysipelatosussal van dolgunk, már a lehelyből is kitűnik, további bizonyítékul pedig szolgálhatna, hogy mindig igen tetemes töledék képződött, míg ez a str. erysipelatosusnál csekély szokott lenni. E mellett szól még streptococcusaink kiváló virulentiája fehér egerekkel szemben.

A szív vére legtöbb bűvár által egyáltalában nem vizsgáltatott meg, csak *Beck*³⁵ és *Canon*³⁶ terjeszkednek arra is ki. *Beck* oly esetek véreit, melyeknél a belső szervekben streptococcusokat konstatál, bacteriummentesnek találta.

*Canon*nak sikerült a vérből is streptococcusokat tenyészteni. Vizsgálataim alapján megerősíthetem *Canon* leleteit, mert valahányszor a belső szervekben streptococcusokat találtam, azok egyúttal a szív vérében is jelen voltak.

További bizonyítékot erre nézve a fehér egeren eszközölt oltási kísérletek nyújtottak. Fél kem. szívvérnek bőr alatti befeeskenése után azon eseteknél, hol a hullából streptococcusok tenyésztettek, az egér is tönkrement és úgy belső szerveiben, valamint a szív vérében is streptococcusokat szolgáltatott.

A szerzők, kik a str. kérdéssel foglalkoztak, nem használták az egerekkel ilyenformán való ellenőrző kísérletet. Én ezen oltásra nagy súlyt fektettem, mert eredményei a hullavizsgálatokéival mindig összeváltak és benne a követett eljárás biztosságának bizonyítékát láttam.

Hogy azonban eseteimre visszatérjek és a bacteriologiai leletet a klinikai észleléssel összehasonlíthassam, felvetem mindennek előtti kérdést:

a) Vajjon minden streptococcus eset klinikailag is septikus jelleggel bír?

I.

Hogy ezen kérdésre válaszolhassunk, mindennek előtt vizsgálat alá kell vennünk a 4 streptococcus esetet, tehát vizsgálati sorozatunk VII., X., XVI., XXII. esetét.

1. VII. L. E., 4 éves, felvétetett 1893. szeptember 4-dikén, meghalt 5-dikén d. u. 5 órakor, oltás egy óra múlva.

A gyermek idáig is mindig vérszegény volt. Egy utazásról hazatérve, augusztus 17-én hirtelen megbetegedett torokfájdalmakkal. Nyolcz nappal később állítólag az arczban diffúz piros, néhány nappal ezután hámlásnak nyomai léptek fel. Szeptember 1-én hányás lépett fel, mely vért is szolgáltatott. Szeptember 2-án pedig a nyak és az alsó végtagok bőrén ecchymosisok jelentkeztek.

A korához képest csak mérsékelten fejlett gyermek fel tűnően halvány, majdnem viaszszerű, egész testen elszórva, különösen pedig a has alsó részén és az alsó végtagokon számos felületen bőr ecchymosist mutat; csak egy nagyobb és ez a jobb szemöldökiv külső végén a boralatti kötőszövetben fekszik.

A gyermek igen súlyos beteg benyomatát teszi, nagyon gyenge, teljes öntudat mellett rendszeren oldalt fekszik nyitott szájjal és horkolva lézlik, miközben a szájból és a bal orrlíkből sötét vér szivárog elé. A jobb orrlíkből sárgás eses

váladék folyik, a septum nariumon pedig fehéres-sárgás lerakódás is látható.

A szájból erős bűz jó elő, a száj nyákhártyája véres nyákkal fedett, a foghús részben fellazult és hasonlóképen vérzik. A vérnek főtömege azonban a torokból ered, az uvula mellső felületén nagy véralvadékkal takart. A mandolákon és a garatíveken nem élesen határolt mázas lepedék. Az elődagadt állszegletájban nagyobbodott és nyomásra érzékeny mirigyeket tapinthatni. A hang gyenge és orrhanggal vegyült. A szívhangok gyengék és tompák, az érverés igen kicsiny, alig tapintható, szaporasága csak 84. Hőmérsék a rendszeren alul van. Lép nem tapintható. Vizeletet nem lehetett fogni. A vérzés fennáll atropin és secale cornutum daczára. A halál szívlődés tüneteinek közt áll be.

Bonczolat: Üszkösödő orr- és torokdiphtheria, a tonsillákon és a gégebemeneten. A nyaki kötőszövetnek és a nyak nyírkmirigyének nagyfokú vizenyője, mindkét tüdőben többbszörös lebenykes beszűrődések, genyes bronchitis; a myocardium zavarodása, septikus lép és vese, a májnak zavarodása és vizenyője, heveny gyomorhurut, tüszős festenyzés a vastagbélben, a mesenterialis mirigyek duzzanata.

Bacteriologiai lelet: Ugy az agaron, mint a gelatinelemezekben streptococcusok nőnek tiszta tenyészetben, a csak 2 tized köbcentiméter szívvérrel oltott egér 7-dikén reggel halva találtatott, abban az összekuczorodott helyzetben, melyben már tegnap is látható volt. Az egyes szervek fedlemez készítményeiben és metszeteiben csak egyes és legfeljebb négyes coccusok, a bouillonban pedig és az agaron hosszú kanyarulatú streptococcusok nőnek.

Epicrisis: Azt találjuk, hogy ezen eset, mely bacteriologiai szempontból tényleg septikus volt, kórodailag is a septikus diphtheriának kiválóan jellegző tüneteinek mutatta.

Különösen szembeötlők voltak a nyákhártyákon és a bőrön levő vérzés, a toroknak üszkösödése, a nyak nyírkmirigyének vizenyős duzzanata, kifejezett szívgyengeség, viaszszerű halványság, tehát oly tünetek, melyek súlyos helybeli változások mellett rendkívül súlyos általános fertőzésre vallottak.

2. X. eset. A. Fr., 3 éves, felvétetett 1893. szeptember 18-dikén, meghalt szeptember 24-dikén vasárnap 2³/₄-kor, beoltás csak 19 óra múlva.

A felvételnél a gégeszűkületnek mérsékelt tüneteinek vannak jelen. A bőr halvány, az arcz kissé piros és szederjes. Lerakódás csak a jobb mandolán van, az állalatti mirigyek duzzanata mérsékelt. A légzés az intubatio után nyugodtabb lesz, de még mindig jactáló marad és arra mutat, hogy a légzési akadály a gégenél mélyebben fekszik. Behúzódások csak a jugulumban láthatók. A tüdők felett számos szörtyözörej van, különösen jobb oldalt hátul felül és a jobb hónaljban, a légzés szapora (52). Szívtompulat rendes, a szív hangjai kissé tompák, az érverés szapora (150), még szabályos és közép erősségű. A lép nem tapintható. Hőmérsék 38.9.

A további lefolyásban a jobb felső lebenyben nagy beszűrődés jó létre, a láz 39.8° C.-ra száll fel. A légszomj fokozódik, a szív hangjai még tompábbak lesznek. A végtagok pedig hűvösek, szederjesek és kissé vizenyösek. Szeptember 22-dikén a láz leesik, hogy még aznap 40.8-re felhágjon. Az alsó ajkon pedig diphtheritikus lerakódás képződik. Az érverés 23-dikén kicsiny és szabálytalan. Terjedt hörghurut tüneteinek mellett bal oldalt is pneumonia fejlődik. A beteg fokozódó cyanosis és szívgyengeség mellett meghal 24-dikén.

Bonczolat: Diphtheria az alsó ajkon, a mandolákon, a gégeben, a tracheában le a legfinomabb hörgésekig. Mindkét oldali pneumonia. A szívizomnak zavarodása. A lép hyperplasiája. Visszeres vérbőség és vizenyő a májban és a vesében.

Bacteriologiai lelet: A vizsgált hullarészekből hosszú streptococcusok nőnek. Az oltott egér mindjárt szomorú lesz, nagyon tunyán mozog, összekuczorodik és harmadnap reggelre meghal. A beszűrési hely előre egészen a mellső lábakig véresen aláfutott, a has bőre pedig vizenyős. A lép nagy és kissé lágy. A tüdők és pleurák szabadok.

Az egér szerveiből és szív véréből oltott tenyészetekben hosszú és kanyargós streptococcus-lánczok fejlődnek.

35 1. 15

36 1. 17

Epicrisis: Ez az eset bacteriologiai szempontból septikus volt, kórodailag pedig egy descendáló croupal szövődő és terjedt, majdnem lebenyes pneumoniához vezető közép súlyosságú diphtheria kórképét mutatta, melynél úgynevezett septikus tünetek nem voltak kifejlődve, a szívgyengeség is csak a pneumonia nagyfokú terjedésénél állott bc.

3. XVI. eset. D. H., 5 éves, felvétetett 1893. október 11-dikén, meghalt október 13-dikán, oltás 2 óra múlva.

A betegség 8-dikán kezdődik nyelési nehézségekkel, a mandolákon fellépő lerakódással és lázzal. 10-dikén este társul ezekhez köhögés és rekedtség.

A gyenge kötésű fiucsának arcszíne nagyon halavány, kékes-szürke, bőre nyakának mellső részén és le a sternum közepéig erősen vizenyős. Az orrlíkek kimaródnak, belőlük hig szennyes színű váladék folyik. A száj nyitott, ajkak haloványak, szárazak és repedeztek. A garatívek és a nyelvcsap erősen duzzadtak és rendetlenül határolt szennyes szürke lerakódással fedettek, épen úgy a duzzadt és piros mandolákon szürkés, de kisebb terjedésű lepedékek láthatók. A szív működés nagyon gyenge, a szívlökés nem tapintható, a tompulat megszélesedett, a szívhangok nagyon halkak, az érverés kicsiny, egyenlőtlen és egyenetlen. A vizeletben sok a fehérnye. A beteg összeesése bor és kamphor nagy adagjai daczára mindinkább előhalad, a beteg körül valóságos hullaszag fejlődik; a pulsus alig érezhető, a láz 38·2-ről száll 39·5-re, de másnap már 38·4-ig megy le. A halál szívgyengeség tünetei között következik be.

Bonczolat: Durva, vaskos hárták a lágy szápadon, a mandulákon, a garatban és gégeben. (A trachea a hörg elosziás felett összeesomosodott hártákkal eldugult.) A nyaki nyírkmirigyek duzzadtak, a nyak és a felső sternum táj bőre vizenyős. A petyhüdt szívben sötétvörös folyékony vér. Subpleuralis és subpericardialis vérömlenyek. A szívizom kezdődő elfajulása, pangásos máj, hyperplastikus lép. Minden bronchus álhárták által kibélelve.

Bacteriologiai lelet: A hullarészekből megejtett oltási kísérlet pozitív eredményt szolgáltat. Mind a négy bouillon részletben szép hosszú streptococcusok nőnek. Az egér harmadnapra elhull és szerveiből is streptococcusok voltak kitenyészthetők. Az egér bonczolata lépmegnagyobodon kívül más, szabad szemmel látható változást nem mutatott.

Epicrisis: Ez az esetünk klinikailag septikus tüneteket nyújtott, különösen ki volt itt fejezve a nyaki vizenyő, mely a sternum közepéig terjedt. A szív működés elejétől fogva igen gyengének mutatkozott, a bőr rossz színű volt és a lerakódások a torokban nagy kiterjedésük mellett, szennyes elszíneződést mutattak. Ehhez járulnak még a subpleuralis és subpericardialis vérömlenyek, melyek mind streptococcus emboliakként értelmezendők. Itt tehát a bacteriologiai lelet a klinikai észleléssel összevágott.

(Folytatása következik.)

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Magyar Tud. Akademia.

(III. oszt. ülés 1894. november hó 19-dikén.)

Elnök: Than Károly; titkár: König Gyula.

Orvosi érdekű tárgy volt:

Mihalkovics Géza rendes tag mutatta be tanársegédének Tellyesniczky Kálmán dr.-nak a gyíkok ondószálcája fejlődéséről szóló munkáját, mely az ondószálcája-fejlődés bonyolult folyamatából az első szakaszt, a folyamat kiindulási pontját tárgyalja: a spermatozoniákat, ezek osztódásait, valamint a társaságukban előjövő ú. n. Sertoli-féle sejteket. A sejtek e kétféleségét már a legrégebb szerzők is ismerték (Henle-Sertoli 1865.) A spermatozoniákat már ők is mint az ondószálcája-fejlődés kiindulási pontját tekintették, a Sertoli-féle sejteket pedig vázképző, támasztó készülékeknek tartották; ezekkel ellenkezőleg 1871-ben Ebner a Sertoli-féle sejtekből származtatta az ondószálcákat, míg végre 1886-ban ő is visszatért a régi nézethez, a mióta jóformán valamennyi szerző e nézetet vallja. A Sertoli-féle sejtek mibenlétéről és jelentőségéről

azonban mindezideig igen eltérő és zavaros nézetek uralkodtak. A szerzőnek gyíkherén végzett vizsgálataiból kitűnt egyrészt, hogy a Sertoli-féle sejtek *pusztulásban* levő elemek, másrészt pedig, hogy az eddig észlelt és nagyszámú tévedésre szolgáló körülmények (elágazódás, Ebner-féle spermatoblasták stb.) ezen sejtek pusztulási folyamatából igen egyszerűen fejthetők meg.

Közkórházi orvostársulat.

(XIII. bemutató szakülés: 1894. november 14-dikén.)

Elnök: Schwartzer Ottó; jegyző: Mohr Mihály.

Szerzett vagy öröklött syphilis esete?

Róna Sámuel dr. F. I., 24 éves nőtlen napszámot 1894. október 6-dikán vette fel a kórházba. Bajára vonatkozólag előadta, hogy 16 éves korában, minden előzmény nélkül, a bal alszárán egy diónyi, tömött daganat keletkezett, mely később felpuhult és trauma folytán kifekélyesedett; a fekélyesedés ezután tovább terjedt az alszár nagy részére, sőt a térd külső oldalára is. A fekélyek gyógyulása 6 hónapig tartott; közvetlen begyógyulásuk után a bal czomb belső felületén, majd hetekkel később a mellkas bal felén léptek fel puha göbök, melyek szintén kifekélyesedtek, de néhány hét alatt meggyógyultak, úgy hogy csak egy maradt fenn hosszabb ideig a bal bimbó mellett.

Azóta is több helyen keletkeztek újabb göbök, melyek kifekélyesedtek, begyógyultak, ismét feltörték; így bejövetele előtt is egy hónappal a bal vállcsúcsán, a bal lapoczká felett, majd a bal glabella táján támadtak ilyen kifekélyesedő gummák.

Bejövetelekor a beteg cachexiás, vérszegény és lesóványodott volt, s rajta az említett helyeken részint régi, részint friss helyek, kifekélyesedett gummák voltak láthatók; a felső metsző fogak véső alakúak, kissé erodáltak. A mellkasi és hasi szervek, továbbá a központi idegrendszer és az érzékszervek nem mutattak elváltozást.

A betegnél inveterált syphilist diagnosztizált, melynek képviselői ezen esetben gummák voltak.

A beteg, kinek szülei, valamint 10 testvére is élnek, egészségesek, s a ki szüleinek 5-dik gyermeke, 16 éves korában, az első gümme keletkezése után közöszült először. Nemi baja még soha sem volt.

Az inveterált syphilis kórisméje kétségtelen volt, csak azt kellett még eldönteni, hogy miután a gummák a pubertás korában és a nemi élet nyilvánulása előtt léptek fel, vajjon öröklött syphilissel, avagy korán a csecsemő- vagy gyermekkorban szerzett syphilissel van-e dolgunk?

Itt megjegyzem, hogy több kiváló szerző hasonló esetekben syphilis hereditariát vesz fel.

Az öröklött syphilis — mint tudjuk — ép oly kevésbé végződik egy rohammal, mint a szerzett; rendszeren már az első években roham rohamot ér, melyek a legkülönbözőbb helyen lokalizálódnak. A későbbi években a rohamok a bőrön és nyálkahártyán a csontokon stb. egészen olyan alakban jelentkeznek, mint a szerzett syphilis 3-dik stadiumában. E mellett néha növesi és fejlődési visszamaradások, puerilitas egyes képleteken, csontokon vagy az egész szervezetben, kis növes, a fanosodás jeleinek (szakáll, bajusz, fanszőr, menstruatio) későn megjelenése, esetleg a Hutchinson-féle trias, anaemiás, fakó bőrszín is észlelhetők. Ha már most az anamnesis a születés utáni első tünetekről nem szól, vagy ha az objectív szemlélet a születés után és az első években nem bírta a tüneteket felfedezni, de későbbi években az imént vázolt tünetek egyenként, vagy tömegesen jelentkeznek, az autorok nagy része syphilis hered. tardáról szól, azaz azt hiszik, hogy az öröklött syphilis hosszú időre elhalaszthatja nyilvánulását; ellenben szóló, úgy mint sokan mások is, azt hiszi, hogy az öröklött syphilisnek ilyen késői nyilvánulása nem az első nyilvánulása, csak hogy az első tüneteket nem vették észre.

Ebben az esetben is csak ilyen értelemben vette tekintetbe a syphilis hereditariát. De ezen esetben nem lehet joggal szólni az öröklött luesről. Az anamnesis határozottan ellene szól: a beteg anyja sohasem abortált, testvérei mind élnek. A beteg megvizsgálásánál is csak azt lehetett kideríteni, hogy a metszőfogak torzultak, azonban erről is tudjuk ma már, hogy nem esupán az öröklött syphilis idézi elő; a beteg jól fejlett; a trias többi tünetei: keratitis parenchymatosa és sükettség. — melyek szintén vesztettek már hitelükből, — nincsenek a betegnél, szóval ama tünetek, melyekből syphilis hereditariára lehetne következtetni, mind hiányzanak: s épen ezért inkább a syphilis hereditariára vonatkozólag negatív adatokra, mint a szerzett syphilis pozitív adataira támaszkodva, hajlandóbb szólni a bemutatott esetben inkább szerzett, mint öröklött bujakórt diagnosztizálni.

Megjegyzem még, hogy egyáltalán minden esetben, hol biztos, megdönthetetlen adatunk nincs az öröklött syphilisre nézve, a korán extragenitaliter szerzett luest kórismézzük.

Frissen szerzett vagy régebbi keletű syphilis?

Róna Sámuel dr. H. I. 67 éves özvegy nőt 1894. október 15-dikén vette fel az osztályra, a hol egy, a köztakaró nagy részét elfoglaló kiállítás miatt jelentkezett.

Felvételkor elmondta, hogy e kiállítás hirtelen, csaknem egyszerre lépett fel, 7 hét óta áll fenn és hogy azóta szintelen fejfájásokban szenved. Elmondta továbbá, hogy ezt megelőzőleg körülbelül júliusban a torka kezdett fájni és a nyaka a jobb álzág alatt tetemesen megduzzadt és hogy ezen állapota így tartott bejövetele előtt két hétig.

Hat gyermeket szült, kik közül egy 18 éves, egy pedig 48 éves korában halt el, a többi négy él és egészséges; nem abortált.

Az anaemiás nőnek fejbőrén, arczán, törzsén, felső végtagjain elszórtan, de itt-ott csoportokban lencsényi, borsónyi egész félkrajecárnyi, már részben visszafejlődésben levő papulák láthatók. Az alsó végtagokon felületlen beszáradt pustulák vannak. A jobb állzág alatt egyetlen kis mogorónyi mirigy tapintható. Első nyilvánulás vagy annak tája biztosan nem volt kimutatható; polyadenitis nem volt jelen, plaque muqueuse-t sehol sem talált.

A betegnél nagy papulás syphilitet diagnosztizált, melynek kiindulási helyét és idejét kellett megállapítani.

A generalizált papulás syphilitnek hirtelen quasi egyetlen rohamban való fellépéséből, a rohamot kísérő kephalangiából, a nagyobb fokú anaemiából azt lehetett volna következtetni, hogy néhány hónappal esetleg $\frac{1}{2}$ évvel ezelőtt szerzett syphilis első, de már mulófélben lévő általános kitérésével van dolguk. Ezen feltevés ellen szólt az, hogy a sklerosis táját nem találták meg, hogy az első eruptio gyanánt szokatlan nagy papulás impetigós syphilit van jelen, hogy a jellemző polyadenitis és a plaque muqueuseok teljesen hiányoztak. Szóló részéről ezen esetben jogosultabbnak tartja a recens syphilis diagnózisát, mert néha első eruptio gyanánt is találkozunk nagy papulás syphilittel, és mert először hiányzik polyadenitis és plaque muqueuse recens syphilitnél is. Biztos adatot ezen véleménye mellett felhozni nem tud.

Schwimmer Ernő. Az első eset valamivel érdekesebb mint a második, mert a recens syphilis későbbi időben is felléphet, vagy pedig recidiva, mely recenshez hasonló, és ezért nagyobb discussióra alkalmas nem ad. Tehát az első eset érdekesebb. *Róna* felveti a kérdést, hogy syphilis congenita tarda vagy szerzett syphilis-e? Ha syphilis congenita tardat veszünk fel, akkor fejlődésbeli visszamaradottságot kell keresni, a mi jelen esetben nincs, mert látjuk, hogy a 24 éves egyén megfelelő fejlettségére nézve korának. Azt hiszi szóló, hogy ezen esetben az egyén a syphilit nem mint csecsemő, hanem mint felnőtt egyén szerzte. A gomma nem bizonyít, mert gomma már az első időben jelentkezhetik; az anamnesis pedig gyakran tétútra vezethet. Nem talál indokot, hogy syphilis congenita tarda kórisméztessék, hiszen gyermekek kaphatják szüleiktől, dadáiktól, felnőtt egyének különböző befolyás által. Azt állítják, hogy valaki ébrényi állapotától fogva bizonyos életkorig egészséges. Azután csak egyszerre lép fel a syphilis, merész dolog. Tagadja u. i. szóló, hogy létezhettek olyan esetek, hogy egy egyén 16 éves korában mutatja a syphilis tüneteit és az infectiótól kezdve mostanig nem léptek volna fel tünetek. Ezek könnyen elkerülhetik a figyelmet, és csak később jelentkeznek olyan fokban, hogy az egyén az orvost e miatt felkeresi.

Havas Adolf. A congenital syphilis és a szerzett syphilis között kevés a különbség a manifestatióban; a congenital syphilitnél csak a primær tünet hiányzik. A kezelés egy és ugyanaz. A jelen esetben azon kérdést eldönteni, hogy congenitalis-e vagy szerzett a syphilis, nagyon nehéz, bár minden körülmény arra mutat, hogy szerzett. Lehet, hogy gyermekkorban szerzte az egyén, csak hogy a kezdeti tünetek nagyon enyhék voltak és a figyelmet kikerítették. Kizárni azonban a congenital syphilit sem lehet, mert bár anyjának 5-dik gyermeke a beteg, de a syphilis lehet kihagyó. A mi a syphilis hereditaria tarda kérdéséet illeti, szóló is csatlakozik azokhoz, kik ezt olyan syphilitnek tartják, melynél az első és második phasishoz tartozó tünetek nem lettek észrevéve és kellőkép méltatva.

A második esetben felszólaló szerint szerzett és pedig friss, recens syphilit kell felvenni; hogy a papulák nagyok, azt az egyén debilitása megmagyarázza.

Adat az aorta aneurysmák spontán gyógyulásának kérdéséhez.

Hochhalt Károly dr. Az intrathoracikus ütőérdaganat gyógyulásának kérdése épen száz év óta foglalkoztatja az orvosi világot, vagyis azon időtől fogva, midőn *Valsalva* híres gyógymódja vált ismertté. Azon korbelt hiteltérdelemmel aurok értesítettek, hogy *Valsalva* csakugyan eredményeket ért el curativ eljárásával, mely tudvalevőleg abszolút nyugalom, restringáló regime, hashajtók és vérvételek bőséges alkalmazásából állott. Később azonban elhagyták ezen, a maga egészében rendkívül beható és drastikus therapiát s elbátortalanodva a sebészti műveletek sikertelensége folytán, kezdték kétségbe vonni a belső aneurysmák spontán gyógyulásának lehetőségét. Csak az utolsó 20 éven belül, értesülve az amerikaiak feltűnést keltő eredményei felől oly gyógykezelés alapján, melyre ők tisztán empirikus úton jutottak, vált szükségessé az orvosi beavatkozások értékét újból mérlegelni. Ma már a spontán gyógyulást nem tartjuk lehetetlennek, de alatta nem az abszolút gyógyulást, nem a restitutio ad integrum-ot értjük, a mi az aneurysmák okozta bonczati elváltozások miatt lehetetlen, hanem értjük a tüneti javulást, a subjectiv nehélyek megszűnését, az objectiv jelenségek alábbhagyását, illetve megállapódását, az élet meghosszabbítását.

A kérdés tüzetesebb tárgyalása előtt egy ide vágó kóresetet mutat be.

Hor. Jakob. 47 éves napszamos 1893. év, tehát a mult év november hó 20-dikán vétetett fel légzési nehélyek, trachealis stridor, álmatlanság, rekedtség panaszai. Míg a tüdőbeli lelet normalis volt, a szív és nagyedények lényeges eltérést mutattak. A szív csücsülkése a VI. bordaközben a bimbóvonalától 2 cm.-nyire találtatott. A szegycsont markolata felett gyermektenyérnyi tompulat, mely még kissé bal felé, a kulcsoson alatti táj belső harmada irányában is kiterjed. E helyen rendellenes és feltűnő erős pulsatio, hallgatódzások systolikus surranás, tapintáskor fremissement cataire. A jugulum felett a kitágult és pulzáló aortaívét látni és kitapinthatni. A carotis és brachialis ütése

baloldalon gyengébb, mint jobboldalon. Egyéb eltérés a körzeti ütereken nem észlelhető a pulsusnak sem nagysága, sem időbelisége tekintetében. Az egyének hangja falsebe játszó. Gégevizsgálattal a bal hangszalag cadaver állásban, benult, phonatiónal a jobboldali hangszalag és kanna-poreznek a középvonalat meghaladó, átesapó mozgási kitérését észleljük. A betegnél fekvéskor, erősebb mozgáskor trachealis stridor jelentkezik, a nyaktájon időszakosan kisugárzó fájdalmak vannak, éjjelei álmatlanok. A jelzett tünetek alapján kétségtelen, hogy ez esetben az aorta ívének és pedig főleg annak bal szárára kiterjedő aneurysmája volt jelen a bal n recurrens nyomás okozta hűdésével és a tracheának kisebb fokú compressiójával.

A beteg azután az osztályán több hónapig időzván, később egyik egyet. kórodán is megfordult, de később állapota annyira javult, hogy az utolsó hónapokban régi foglalkozását mint targonczás újból folytathatta.

A beteg ma, tehát egy év mulva, hozzánk visszakerültvén, a következő jelenállapotot adja:

A rekedt hang s az azt előidéző recurrens hűdés változatlan, a bal carotis és brachialis lüktetése ma is feltűnő csekély, szintűgy megmaradt a szegycsont markolata feletti tompulat, ellenben alig szembe-szókö a rendellenes pulsatio, eltűnt a fremissement cataire, a bal szívűtűtengés valamivel kifejezettebb lett, a stridor trachealis teljesen megszűnt. Subjectiv közérzete annyira javult, hogy egész éjjel nyugodtan fekdüni s aludni bír. Mellszorongó fájdalmak teljesen elmúltak. Táplálkozásá kitűnő, a nyár óta meghízott.

Összehasonlítva az egyének mostani állapotát az egy év előttivel, kétségtelenül relatív javulást kell constatalnunk, a mi annál is feltűnőbb, mivel *Lebert* statistikája szerint a mellkasi aneurysmák átlag $\frac{1}{2}$ év alatt rupturához vezetnek. Ezen eset tehát azon kivételek közé tartozik, melyeket *Niemayer* mint protrahált lefolyású aneurysmákat jelez s a melyeknél, szóló véleménye szerint, a spontán gyógyulásnak legalább kezdeti időszaka áll fenn. A gyógyulás lehetőségének feltételeit illetően a peripher vagy sebészti ütőérdagok viszonyaira kell utalnunk. Utóbbiaknál már régóta gyakorlatban van azon irányzat, hogy különféle műveletek: lekötés, digitalecompressio, Esmarch-pólya alkalmazása által az ütőérdagok zsákjában alvadékképződés esetleg teljes obliteratio létesíttessék, hogy ekként a kóros ütérészlet a keringésből mintegy kikapcsolassék. *Billoth* azonban halála előtt tartott utolsó előadásában hangsúlyozza, hogy nagyobb ütőereknél, milyen a poplitea, a teljes obliteratio elérése legtrikában sikerül. Nem is volna ez utóbbi czélserű, mivel a collateralis keringés létrejöttében nem bízhatni mindig s könnyen végtag-elhalás vagy partialis gangraena fejlődhetnek. Többnyire vastag, részben organizált, részben elmeszesedésnek indult alvadék-rétegek képződnek, melyek az ütőfalazat további tágulatának gátat vetnek, s mely alvadékok között rendszerint egy *centralis csatorna* marad vissza. Ezen axialis csatornán keresztül még mindig annyi vér áramolhatik, a mennyi a distalis és collateralis edények táplálkozására szükséges.

Ha valahol, úgy az intrathoracikus aneurysmáknál szükségesek ilyenmő feltételek, hogy a spontán gyógyulás egyáltalában érvényesülhessen. Ezt iparkodtak elérni a sebészti beavatkozások is. Ez volt czélja a *Cinizelli* által kezdeményezett electropunktura és a *Velpau* által inaugurált acupunctura eljárásoknak. Ezen alapult *Bacelli* kísérlete, ki sterilizált vashalvag-oldattal impregnált órarugósodronyt vezet be az aneurysma zsákjába, továbbá *Schrötter fil de Florence* mütete. Mindazonáltal ezen heroikus s veszélyes complicatiókat felidéző műveletek mind-éddig tért nem hódítottak, sőt utóbbi időben a párisi akademiában *Verneuil* referatuma alapján, mint veszélyes és czélátalan kísérletezések elítéltek. Szerencsésebb ezen sebészti beavatkozásoknál a *belgyógyászati eljárás*, mely manapság ismét jogaiba lépett. Ismét alkalmazzuk *Valsalva* elvét, elhagyva közüllök azokat, melyek a szervezet vitalitását támadják, pl. a vérvételek, de betartva az abszolút nyugalmat, a dietetikus regime-t, a jéghólyag alkalmazását. E mellett a belső szerek közül legnagyobb bizalommal viseltetünk a *jódkalium* iránt. Ezen szerelések, mely a 60-as évek végén amerikai orvosok által ajánlatott előszőr, ma már a franczia iskola (*Sée, Potain, Dujardin-Beaumez*) feltétlen híve. A jódkalium hatását 3 feltételhez kötik. *Grawitz* szerint a vér besűrűsését mozdítaná elő, továbbá az ütteres edényfeszülést lefokozza és végül, ha az aneurysma syphilitikus alapon fejlődött, fajlagos szerként hat. Ezen utóbbi felvétel annál nagyobb fontosságú, mivel ma már senki sem tagadhatja a késői bujakórnak nagy szerepét épen a belső aneurysmák kóroktana szempontjából. *Aitken, Davidsohn, Johnston* számadatai szerint a belső aneurysmáknak 68%-a harmadlagos bujakór következménye volna.

Angyán Béla. A bemutatott esethez hasonló aneurysmák tényleg nagyon ritkán fordulnak elő. Az aneurysmák lefolyására nézve úgy áll a dolog, hogy az esetek legnagyobb számában gyors, legtöbbször áttörés után hirtelen lethalis kimenetel áll be. Az ú. n. protrahált aneurysmák — úgy látszik — mind ilyen folyamatnak vannak alávetve. Ha egy aneurysma nem tör át gyorsan és így nem vezet elvérzés útján halálhoz, nagyon valószínű, hogy az alvadékképződések által, melyek a falakra rakódnak, mintegy vastagodik az ütőfala és így az áttörés lehetősége csökkenetetik. Ha az ütérnek fala valami úton nem vastagodik, akkor eo ipso vékonyodik a gutta cavat lapidem törvénye szerint, végre annyira vékonyodik, hogy tényleg megreped. Az aorta falainak oly fokú vastagodását, mint ez esetben, ritkán van alkalmunk észlelni. Egy esetét említi fel szóló, melyben hasonló tünetek voltak jelen, de aneurysmát biztosan nem mertek diagnosztizálni, s csak a bonczolatból derült ki, hogy tényleg aneurysma volt jelen.

Az a körülmény, hogy a bemutatott beteg fájdalmak megszűntek, minden valószínűség szerint abból értelmezhetők, hogy az idegek nyomás alatt nincsenek. Az aortaszák többé-kevésbé kisebbedett és így a

daganat elhelyeződése olyan, hogy az idegeket nem nyomja. A mi az aneurysmák gyógyítását illeti, némely klinikus ajánlja a secale cornutum bőr alá fecskendezését. Szólvé véleménye szerint azonban az aneurysmáknál annyira el vannak változva az edények falai, hogy azokra a secale cornutumnak nem igen lehet összehúzó hatása, úgy hogy az egyedüli beavatkozás a jodkali rendszeres adagolása, az abszolút nyugalom és a jégtömöl alkalmazása lehet.

Penisstrangulatio esete.

Herczel Manó dr. Jelenleg 11 éves fiú születése óta enuresis nocturnában szenved. Három évvel ezelőtt ezérnával strangulálta penisét, negyednapra vitték orvoshoz, a ki a ezérnát nem vette észre és a megdagadt peniszre hideg borogatást rendelt. 6—8 hónapig volt a ezérnaszál rajta és előidézte a jelenleg látható állapotot. Jelenleg mint ebmart ápoltatik Hőgyes tanár osztályán. A penis gyökétől 4 cm-re van a strangulált hely, mely tollszárvastagságú és ezen lóg a penis distalis része végén az oedemátó fitymával. A húgycső distalis része átjárható, a proximal részen látható a húgycső nyílása, melyen ömlik a vizelet. Kérdés, lehetséges-e a restitutio ad integrum olyképp, hogy ha a hegnek előzetes fenntartásával felhosszúsítják a corpus cavernosumot és az urethrát, cathetert vezetne be és összevarrná a sebszéléket. A heget egyelőre megtartva, csak a corp. cavernosumok egyesülése után távolítható el és a bőrt azután egyesítené felette.

Epekő-műtét esete.

Herczel Manó főorvos. B. H., 34 éves, budapesti hivatalnok neje. Atyja és két nővére epekővekben szenvedtek. Anyja és három gyermeke egészségesek. 13 éves kora óta menstruál. Leánykorában sokszor voltak gyomorgörcsei. Egy ízben mellhártyalobot állott ki; utóbbi években gyakran volt székszorulása. 1892. év elején szűk mellfűző felvétele után igen erős, a gyomor és máj tájára kiterjedő fájdalmak léptek fel nála, melyek 1—2 óráig tartottak és mintegy 4 héten át naponként ismétlődtek. Sárgasága nem volt. Orvosa vándorvesét talált nála. Majd 1893. évi november havában jelentkeztek ily fájdalmak, de napról napra fokozott mértékben. E mellett gyakori hányás mutatkozott, sőt december eleje óta már semmiféle táplálékot, sem folyadékot nem tűrt el, úgy hogy 4 héten át a végbélen át kapott tápcsőröket. Beteg a legnagyobb fokban elgyengült, erősen lesoványodott, járni nem képes. Sárgaságot csakis a felvételt megelőző napon vettek nála észre.

Felvételnél, 1894. január 11-dikén, a közép-termetű, jól fejlett, nagyon halvány nő kínzó fájdalmait minden irányban teljes apathia-ban van. Mellkasi szervei egészségesek. Érverése mérsékelt, telt, száma 80—84. Légzés 16—18 percenként.

Két-három nap alatt a köztakaró erősen icterikus lesz és a vizeletben epefestény nagy mennyiségben kimutatható. A székelet sárga, hasajtókra indul meg.

A has kevésbé puffadt, a hasfal nagyon petyhüdt. Az epehólyag és máj tájékának gyenge nyomására is a fájdalmak nagy mérvben fokozódnak. Az epehólyag mint diónyi, szívós képlet az egyenes hasizom szélénél kitapintható. Máj- és léptompulat nem nagyobbodott, előbbi a bordaszélt túl nem haladja. Hasvízkór nincs. A kórismet bemutatá Takács, Bergsmann és Krausz dr.-okkal együtt epekő-kólikában állapította meg.

Műtét 1894. január 13-dikán. Chloroform narkosisban 13 cm. hosszú metszés ejtetik a jobb oldali egyenes hasizom külső szélén. A hasüreget megnyitásokor a környezetéhez minden oldalán vastag alszálalagokkal odanőtt epehólyag tűnik elő. Ez összenövés miatt az epehólyag a máj alapjáról is nem választható, a colon transversum és a pylorus erősen rögzítettnek oly annyira, hogy utóbbi szögletben töretik meg. Az összenövés felszabadítása fáradsággal jár és sokszoros előzetes alá-kötések után lesz végrehajtván, mi közben mindenképp a colon transversum felett az epehólyaghoz áthajlott és ahhoz erősen odanőtt nagy csepleszt kellett felszabadítani.

A mintegy 5-szörösére nagyobbodott epehólyag rugalmatlan falzátán át kövek nem érezhetők. Probapunctióra nyákos-gyenes csafatokkal kevert híg zöldes epe szivattyúztatik ki. Az epehólyag alapján két selyemfonál húzódik át, melyek között csak 3 cm.-nyi metszés ejtetik, miután a környezet a kifolyó epe ellen steril gaze-zel védve lett. Az epehólyagfal vastagsága 1 cm. Az epehólyagból kanállal 590 darab kölesnyi egész borsónyi, sárgás-fehér, facette-ált, vízben alámerülő cholesterolin-kő távolították el. Az utolsó, a ductus cysticusba ékelt, mintegy habzsennyi kő eltávolítása után epe szivárog a hólyagba. A duct. cysticus átjárhatósága ezenkívül uterus-sondával constatatott.

Ily számos kő jelenléte mellett az epehólyag elzárása nem látszott ajánlatosnak; ezért ez 6 selyemvarrattal a hasseb felső sarkához közel kivarrattak, míg ez utóbbi felül 3, alul 5 selyemvarrattal egyesítették. Az epehólyag ürébe jodoformtampon tetetik. Flanellkötés.

Műtét után a beteg négy héten át láztalan volt. Az icterus csökken, a vizeletből az epefestény eltűnt, de 5 napon át csekély albuminuria mutatkozott (chloroform-narkosis következménye). Kólikaszerű fájdalmak megszűntek. A has nem volt érzékeny, nem mutat seholy rendellenes tompulást és így eleinte a beteg gyenge állapota daczára zavartalan lefolyás ígérkezett.

Azonban az epe, mely a naponként váltott kötést erősen átítatja, beivódik a hasfalvarrat selyemfonalaiba és a szűrcsatornák genyedését hozza létre, úgy hogy a hasseb alsó fele a műtét utáni 10-dik napon szétnyílik. E mellett a szivgyengeség aggasztó jelei kezdenek mutatkozni. Érverés 140—150 percenként. Hőmérsék 36.5° alatt. A táplálék minimális. Az aggasztó állapot 6 napon át változatlan.

Mindazonáltal február elején a táplálék felvétel javulásával lassan-lassan a szívműködés erélye is növekedni kezdett, de ekkor ismét a szűrcsatornák kiinduló genyedés a seb környékén a hasfalakban beszűrődéseket és tályogképződéseket okoz. Február közepe óta esténként 38—38.5°-os hőmérsékek vannak és a genyedés miatt ezután még 2 1/2 hónapon át marad a beteg ágyhoz kötve. Csak ekkor sikerült többszörös incisiók után a genyedés tova haladásának gátot vetni.

Ezután a beteg eléggé gyorsan gyarapszik. Sebei július elején már behegedtek, de a lenesényi epehólyagsipolyon át folyó epe a kötést naponta erősen átítatta.

E miatt az epehólyagsipoly bevarrása ez év augusztus 8-dikán végeztetett. A széleknek felhosszúsítása után 3 silkworm-varrattal egyesítették a sebszéleket. A sebvonal per primam beforrt.

Megjegyzendő még, hogy a műtét utáni 2-dik napon a hányadékkal 1, az 5-dik napon a hányadékkal 2, és a kötésbe az epehólyagsipolyon át 4, a 8-dik napon a széketéttel 11 kis kölesnyi, egész borsónyi epekő távolodott el, összesen tehát 608 epekő távolodott el.

A nő ezek után régi erejét és viruló színét visszanyerte. Reconvalescentiája óta mintegy 20 kilóval gyarapodott. Kólikaszerű rohama azóta nem volt.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Útmutató klinikai laboratoriumi munkálkodáshoz. Orvosnővédek és gyakorló orvosok számára. Irták Vas Bernát dr. és Gara Géza dr. a budapesti poliklinikai laboratorium vezetői. A szöveg közé nyomott számos ábrával, táblázattal és egy színes melléklettel. Budapest, 1894. Lampel Róbert (Wodianer F. és fia) cs. és kir. udv. könyvkereskedés kiadása. Ára vászonkötésben 2 frt 40 kr.

A kórügy körül felmerülő vegyi és mikroszkopikus vizsgálatok külön és beható tárgyalást kívánnak. Vannak ugyan irodalmunkban a klinikai diagnostikával foglalkozó művek, ezek azonban a betegek physikai vizsgálati módszereit együtt tárgyalják a kórügy körül felmerülő vegyi és mikroszkopikus vizsgálatokkal. Ez utóbbiak a kórisme felállítása s az egyes kórfolyamatok részleteibe való tüzetes bepillantás tekintetében ma már oly jelentőségre vergődtek, hogy nemcsak nélkülözhetlen segédeszközök képezik a klinikai munkálkodásnak, de bizonyos mértékben a gyakorló orvos is rájuk szorul. Ezen körülmény már egymaga is eléggé indokolja szerzők vállalkozását, mihez járul, hogy magyar nyelven hasonló tárgyú munka eddig nem jelent meg. Dícséret illeti szerzőket első sorban azért, hogy azt, mit előszavukban ígértek, pontosan be is tartják s tényleg rövid, de hasznos vezérfontalat adnak a tanulni akaró orvosnak és orvoshallgatónak kezébe.

A munka két részből áll. Az első, általános részben „bevezetés a vegyi vizsgálatokhoz“, „bevezetés a mikroszkop használatába“, „bevezetés a bakteriológiába“ című fejezetek foglaltatnak, melyek mindegyike felöleli az e téren nélkülözhetlen vizsgálatok és eljárások tüzetes ismertetését. A második, részletes rész a vér, a légzőszervek váladékai, a tápcsatorna váladékai, a vizelet, a nyagcsere vizsgálatok, különböző váladékok vizsgálata című fejezetekre oszlik. A vér physikai és chemiai vizsgálata, mikroszkopikus vizsgálata, a vörsejtek számlálása, a vér haemoglobin meghatározása, a vér elváltozása betegségeknel, a vér vegyi elváltozásai kóros viszonyok közt, a vér bakteriologiai vizsgálata, állati paraziták a vérben és a vér orvostörvényszéki vizsgálatának leírásával kezdődik a részletes rész, melyet a légzőszervek váladékainak vizsgálata követ, ezután a tápcsatorna váladékainak, hányadék és bélsárnak vizsgálata következik a rendszeres gyomor-nyelv-vizsgálat menetének feltüntetésével, továbbá szó van itt a gyomorsavak qualitativ és quantitativ meghatározásáról, a szabad sósav-kémlesek értékéről, az összes és a szabad és lazán kötött sósav quantitativ meghatározásáról, az ezekből vonható diagnostikai következtetésekről, a gyomor mozgató és felszívó képességének vizsgálatáról, a hányadék és bélsár viselkedéséről egyes betegségeknel, az állati és növényi parazitákról stb. Legterjedelmesebb a IV. fejezet, mely a vizelet vizsgálatát foglalja magában; itt a szerzők 63 oldalon tárgyalják a fontos és nélkülözhetlen vegyi és egyéb eljárásokat és műveleteket, mindenütt tartózkodva a lényegtelen vagy kevésbé fontos részletek bővebb leírásától, a nélkül, hogy ez által csorbát szenvedett volna ezen igen fontos fejezet teljessége. Különösen felemelendő az ezen fejezethez csatolt táblázat, mely a vizeletben előjövő különböző fehérjék jeleseit tünteti

fel; úgy ezen táblázat, valamint a fehérjék tulajdonságainak a szövegben foglalt praecis leírása lényegesen hozzájárul ahhoz, hogy segélyülkkel a kevésbé gyakorlott is jól és hamar eligazodhassék ezen a tág és nem könnyen áttekinthető téren. Ugyanezen fejezethez még egy másik tábla is van mellékelve, mely a húgykövek vizsgálatának menetét tünteti fel. A vizelet rendes alkotórészeinek kvantitatív meghatározásánál mindenütt a legjobbnak bizonyult eljárásokra fektetik a fősúlyt, elhagyva vagy csak röviden megemlítve a régiek, kevésbé megbízható eljárásokat, így a húgysav kvantitatív meghatározásánál a legrégebbi s meg nem bízható *Heintz-Schwanert*-féle eljárást röviden tárgyalják, míg a *Ludwig, Fokker-Salkowski* módszere őket megillető méltatásban részesülnek. Az anorganikus alkotórészek tárgyalásánál felvették a Ca mennyileges meghatározásának egy új módját, melyet *Kossel* tanár assistense *Krüger* dolgozott ki, s mely pontossága mellett sokkal kényelmesebb és kevesebb időt vesz igénybe, mint az eddig használt módszer. A fejezet végén a vizelet fagyasztásáról is szólnak néhány sorban, azon nagyszámú kísérletekre hívják fel a figyelmet, miket *Korányi Sándor* és munkatársai végeztek, mely kísérleti eredmények az eddig közlötök után azt engedik reményleni, hogy ezen az úton haladva, eddig nem is sejtett betekintést fogunk nyerni a vizeletválasztó rendszer működésébe. Az V. fejezet anyagcsere-vizsgálatok címet visel. Feltétlen dícséretet és elismerést érdemelnek a szerzők, hogy ezen fejezetet tárgyalásaik sorába felvették, az anyagcsere-vizsgálatok főleg a klinikai laboratoriumokban otthonosakká kezdenek válni, miután mindinkább kitűnik nagy értékük és jelentőségük a legkülönbözőbb kóros folyamatoknál. Ezen fejezetben — ámbár terjedelmét szűkre kellett szabniok — mégis világosan tömören írják le mindazon tudnivalókat és eljárásokat, mikre szüksége van annak, a ki pontos anyagcsere-vizsgálatokat akar végezni. A VI. fejezetben különböző váladékok ú. m. transsudatum, exsudatum, genyes váladék, tömlők tartalmának vizsgálatát írják le röviden, hozzácsatolva a bőrbántalmakat okozó paraziták, az anyatej s az ivarszervi váladékok vizsgálatának menetét. A függelékben a laboratóriumi munkánál nélkülözhetetlen reagensek vannak felsorolva azon concentratióban a mint azokat közönségesen használni szoktuk. A szöveg közé nyomott 55 ábra s egy színes melléklet egészíti ki a munka tartalmát, a sikerült ábrák mindenütt megkönnyítik a megfelelő szöveg megértését avatatlannak is, mely körülmény nem csekély előnyére válik a csinos kiállítású könyvnek s *Lampel R.* könyvkiadó cég (*Wodianer F.* és fiai) ismert áldozatkészségéről tanuskodik.

A 195 oldalra terjedő compendium, mely *Korányi Frigyes* tanárnak van ajánlva, kitűnik azért, hogy minden fejezete a kellő terjedelemben öleli fel mindazt, a mit hasonezélő munkától várni lehet, így volt elérhető, hogy aránylag nem nagy terjedelme mellett mindenről felvilágosít és tájékoztat, a mi a klinikai laboratóriumi munkálkodás terén szükséges. E mellett írásmodora mindenütt világos, könnyen érthető, nem terjengős, nincs telve irodalmi adatok, theoriák felsorolásával, a fősúly mindenütt a jónak bizonyult, kipróbált módszerek és eljárások részletes ismertetésére van fektetve. Különösen sikerültnek kell tartanom a vér, gyomor- és vizelet vizsgálatát ismertető fejezeteket. Ha még hozzáteszem, hogy minden fejezet végén fellelhető a tüneteknek egyes betegségek szerinti összefoglalása: akkor kitűnik, hogy ezen munkát nemesak a tárggyal tüzetesen foglalkozók, hanem a gyakorló orvosok is haszonnal olvashatják s kétségtelen, hogy a szerzők előszavuk végén hangoztatott óhaja — mely szerint útmutatójukkal hasznos segédkönyvet akartak nyújtani — teljesült, s ezáltal el is érték kitűzött céljukat. Mindezek alapján a munka legmelegebben ajánlható a szakemberek, gyakorló orvosok és orvoshallgatóknak, megérdemli, hogy mennél nagyobb olvasó közönségre tegyen szert kartársaink közt. *Terray.*

II. Lapszemle.

Gyógyszertan.

A vér besűrítésével végzett érdekes kísérleteket *Czerny Albert* a prágai egyetem gyógyszer-tanintézetében. Az állatok vérére vagy vízfelvonással, vagy colloid anyagok befeeszkendezésével eszközölte. Eredményei szerint vízvesztés okozta vérbesűrítés

egy lassan előrehaladó központi narcosisal halálra vezet, a melynek bekövetkezése nem az absolut vízvesztéstől, hanem inkább a vízvesztés gyorsaságától függ (magasabb temperaturában tartott állatok, noha kevesebb vizet veszítettek, hamarabb pusztultak el, mint az alacsonyabb hőfokban tartottak). A test súlyvesztése az első napokban vagy órákban egyenlő volt a meghatározott vízvesztéssel, később is csak jelentéktelenül lett nagyobb az utóbbinál. A colloid anyagok (pepton, tojásfehérje, gummi arab., gelatina, besűrített vérsavó) okozta vérsűrítés szintén halált okozott. *Nem érdektelen tudni, jelenleg a vérsavó-therapiák divatjának idejében, hogy a macskák a saját besűrített vérsavójukat (jugulárisba feeszkendezve) csak 1:100 testsúlyra való viszonyban tűrték, s egy állatnál 1.147 gm. sűrű savó 100 testsúlyra vonatkoztatva már rögtön halált okozott tüdőoedema tüneteivel, (577 gm. macska kapott 6.6185 gm serumot). A többi colloid anyagok valószínűleg nem csak mint ilyenek, hanem mint a szervezetre nézve különben is ártalmas anyagok, már jóval kisebb, 100 testsúlyra vonatkoztatott 0.3 gm.-os adagokban halálosak voltak (fehérje, pepton). Mindkét módon besűrített vér viscositása emelkedett. A colloid anyagokkal kezelt állatok vére igen nehezen alvadt, viscositásuk jobban emelkedett, mint vízfelvonásra; a vörös vértestecsek száma pedig közvetlen az injectio után rohamosan csökkent, azután újra rohamosan a normalis számra emelkedett. Ez a regeneratio oly gyors volt, hogy nem tehető fel, hogy az vértestecsek képzése által történt. Szerző az egész tünetnyit úgy magyarázza, hogy a colloid anyagok a tömény só-oldatokhoz hasonlóan hatnak és elősegítik a víznek a szövetekből a vérpályába való átömlését, mi által a vér felhígul, a vértestecsek száma ugyanazon térfogatra vonatkoztatva csökken, s a folyadékknak a vérből való kijutása után ismét növekszik. A halál sem a vérnek vízvesztés folytán beállott térfogat csökkenése miatt, sem a viscositás növekedése és az ez által előállott circulationalis nehézségek miatt áll be, hanem a vérkeringési rendszeren kívül kell annak okát keresnünk. Az a feltevés áll legközelebb, hogy a vízben szegény szövetekben a diffúziós folyamatok nagyon akadályozottak; azonban egy normalis és egy vízvesztésűt szenvedett macskánál ugyanolyan adag fluoresceint feeszkendezve be a diffúzio gyorsaságára nézve nem találtott különbség. Mindez arra mutat, hogy a vérbesűrítés oly zavart idéz elő, a melynél a halálokat valami életfontos központi szervnek chemiai változása képezi. (Arch. f. exp. Path. u. Pharmak. 34. kötet. 3. és 4. füz.) V.*

Apróbb jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. Hasmenés ellen sikerrel kísérlete meg *Hugel* a wüzburgi poliklinikán a djamboefa leveleinek forrázatát. Miután előzetes kísérletek útján meggyőződött a szer ártalmatlan voltáról, a mennyiben 30 gramm után sem következett be mérgező hatás, pedig már 1/2 grammnak is van therapeutikus hatása: mindenekelőtt gyermekkori diarrhoeánál tett kísérleteket. 5 gramm levélből 100 gramm vízzel készült forrázatot használt és ebből 2 óránként vétetett be egy kávéskanálnyi. A hatás már az első kanalak bevétel után mutatkozott. Hasonlóképen jó eredmény mutatkozott idült gyomor- és bélhurut eseteiben is. (Münchener medic. Wochenschrift, 1894. 29. sz.)

2. Végbélrepedések gyógyítására *Adler* a következő eljárást ajánlja: a sebes helyek minden székletét után langyos vízzel alaposan megtisztítandók és naponként egyszer 2—5%-os argentum nitricum-oldattal beecsetelendők; utána jodoform-kenőcs alkalmazandó. Némelyik esetben 10%-os calomel-kenőcs is eredménytel használható az argentum nitricum helyett. A fájdalom ellen opium-belladonna suppositorium vagy a következő kenőcs használható: Rp. Extr. conii 7.5; Ol. ricini 15.0; Lanolini 60.0. (American lancet, 1894. július.)

3. Gyomorfekély eseteiben jó eredményeket látott *Pope* a resorcin belső használatától. 2%-os oldatból minden étkezés előtt egy evőkanálnyi vétet be. (Médecine moderne, 1894. 71. sz.)

4. Cholera infantum eseteiben észlelt makaes hányás ellen jó eredménnyel használta *Rehfeld* a következő orvosságot: Rp. Emulsionis sem. papaveris 100.0; Coeaini hydrochlor. 0.003—0.01. Óránként egy kávéskanálnyi. (Therap. Monatshefte, 1894. szeptember.)

TÁRCZA.

Külföldi facultásokból.

Toulouse.

A legrégebbi akadémia. Áldozatkész város. Épülő facultás. Kórházi szokások.

Noha csak 150,000 lakosa van Toulousenak, mégis messze földön híres gazdagságáról, fiainak tehetségéről és — furcsaságairól. A *toulousainek* hol megelőzték a kort, hol visszaestek néhány saeculummal... együtt a többi várossal nem szerettek haladni. Ötszáz évig függetlenek voltak, s mialatt másutt az inquisitio dúlt, náluk szabadon terjedt az *albigensis* szekta. Mikor ellenben a reformatio esendesülni kezdett másutt, véres harcokat vívtak itt a vallásfelekezetek, s 1619-ben itt égették el a pantheismussal vádolt Paninit, miután előbb nyelvét vágta ki e szegény orvosnak. Még alig százharmincz éve — 1762-ben kerékbe törték Jean Calast, egy öreg protestans papot. Hazájuk ellen Wellington mellett harczoltak 1814-ben, s a parlamentbe innen küldik mindig a legnagyobb forradalmárokat.

Mindez főleg pedig azért érdekes, mert mind ennek daczára Toulouset mintáján lehet tekinteni az előkelő, a művelt, a maecenas városoknak. Itt székel a világ legrégebbi irodalmi egyesülete, a *Jeux-Floraux*, melyet *College du gay savoir* név alatt 1323-ban alapították a provencai tájszólás ápolására.

Az akademiák ezen ös anyja igen gazdag, negyven taggal (mainteneurs = nyelvet fentartók) bír, s évenként egyszer, május 3-dikán kilencz nagy értékű arany és ezüst virágot — liliumot, immortellet, jasmint, primulát stb. — oszt legmagasabb jutalmul szét az írók és költők között.

Tudományos akademiája szintén igen régi, 1640-ben alapították. Hirneves szépművészeti akademiája virágzó iskolát nevelt a francia festészetnek; épületei egy eredeti, komoly stylt mutatnak, mely *toulousain* név alatt ismeretes.

Főiskolája egyetemi jelleget csak 1890-ben kapott, noha a legrégebbiek egyike Európában — a XIII századból való. A sok harcban hátra szorult ugyan az orvosi facultás; de, s épen ezért részletezem ennyire a viszonyokat, bámulatos az az erőfeszítés, melyet a város egyetemeért tett újabban.

Daczára annak, hogy Toulouse alig népesebb, mint Szeged, s hogy borzasztó károkat szenvedett 1875-ben a Garonne áradásakor, mégis az utolsó 10 évben öt millio frankot adott magára az egyetem czéljaira. Ez az egyetlen városi egyetem Franciaországban, hol ugyanis a *lillei*, katolikus privát egyetemen kívül minden más főiskola állami tulajdont képez. A kormány semmivel sem akarta segíeyezni ezt az ellenzéki várost, a mely erre minden erejét összeszedve küzdötte magát délnyugoti Franciaország kulturális centrumává fel.

Az újonnan emelt facultási épület, mely még nincsen befejezve, egyike a legszebbeknek, melyeket kisebb egyetemeken látni lehet, és a laboratorumoknak kényelmes és czélszerű elhelyezésével ritkítja párját. Mint a francia egyetemeken általában szokásos, egy nagy tanterme (amphithéatre) és néhány kisebb előadási szobája van; amaz frescókkal ékítve, melyet az iskolának egykori hálás tanítványa, egy orosz kisasszony festett.

A laboratorumok mind modernnek; a botanikus kertben feküsznek, sok taneszközzel felszerelve, jó tanerők kezeiben. Különösen érdekeltek a physique médicale és chimie médicale gyakorlatai; az előbbiben végig tanulják a hallgatók az összes fogásokat a physikai vizsgálatokban, endoscopizálnak, rendszeresen tanulják a gyomormosást, sphygmographot, a villanyosságot stb. használni, az utóbbiban pedig minden fontosabb chemiai vizsgálatot ismételtén gyakorolnak.

A klinikák elhelyezése már sokkal hiányosabb; az építkezésben még nem került reájuk is sor. Egyelőre a St. Jaques, Hôtel Dieu, Hospice St. Joseph kórházakban vannak elhelyezve, melyek a Garonne tulsó partján feküsznek s régies épületeikkel a budapesti Rókus-kórházra emlékeztetnek.

Ugy itt, mint a francia kórházakban általában, kevés a rend a mi fogalmaink szerint. A betegek épen oly citoyenek, mint a főorvos; nagyokat pipáznak, s ha minden sarokban ott nem állna egy oltár, valami kocsmában képzelné a néző magát,

látva a politizáló csoportokat. Még legjobban tetszett *Andry*-nak börgyógyászati osztálya; a főnök fiatal, sokat dolgozik szövettanilag is — a mi a francziáknál nagy ritkaság —, és a mennyire a lehetőség engedi, törekszik megfegyvelmezni betegeit. Oda még nem birt eljutni, hogy az ambulantián levetkőzve jöjjenek elő a betegek, mint a hogy ez Bécsben szokás.

Kissé gyengébb külsővel bírnak a sebészeti és szülészeti osztályok; nem válik előnyükre a repedezett padló, a függönyök, hálósípkák, a hosszú termekben az ágyak végnélküli sora, ellenben keskeny, szórványosan elhelyezett ablakok, melyeknek kicsiny táblácskáit majdnem elnyomják a keresztfák labirynthusai. Mindez azonban csak ideiglenes állapot; a város áldozatkészége nem merült ki, s csakhamar rátérnek a klinikák építésére is.

A társas élet, a mennyire bele pillanthattam, igen pezsgő. Több orvos-sebész egyesület, néhány szaklap élénkíti azt, s mert az orvosok nagyobbára vagyonosak, sokkal nagyobb praestigevel is bírnak, mint egyéb délfrancia városban. Oka ennek különben az is, hogy az orvosi pálya kezd divatba jönni Franciaországban. A mióta a bécsi iskola elvesztette mindenhatóságát, a francziák régi vágya — magukhoz ragadni a hegemoniát — kezd eshetőségekké birni, s e harc számára katonákat szerelni, fő kötelessége most a francia facultásoknak. Egymás után épülnek az új intézetek Marseille, Montpellier, Toulouse, Bordeaux, Lyon egyetemeken, s a személyzetnek roppant szaporítása, a buvároknak folyton növekvő serege lehetségessé teszi, hogy a francia iskola már a közeli jövőben túl fogja szárnyalni a külföldieket. *Nékim.*

Vázlatok a lyoni sebész-congressusról.

(Vége.)

Laroyenne (Lyon) általa végzett 500 laparotomia után összegezi tapasztalatait s különösen kiemeli a daganat teljes kiirtásának szükségességét a recidiva elleni biztosítás szempontjából. Nagy súlyt fektet a csonk hashártyával való fedésére (peritonisation des pédicules) s kivételesen szükségesnek találja az előzetes punctiót, hogy a beteg erőbeli állapota javuljon.

Ugyancsak *Laroyenne* ismerteti méhrögztési eljárását (hystéropexie) méhelőhajlások elhárítására.

Segond a párisi Maison Municipalité hirneves sebésze, a nem nagy kiterjedésű méhkörötti s petefészék-tumorok eltávolításáról a hüvelyen át értekezett. 11 kedvező esetet észlelt. Tévedések előjöhethetnek ép úgy, mint laparotomiánál, még akkor is, ha elythrotomia útján előbb magának kellő tájékozást szerezhetett, egy esete különösen kellemetlen volt, midőn ovarialis tumor helyett az S romanum rákját vonta elé. A fibromák nem hozzák zavarba, a mennyiben mindazon méhfibromákat, melyek a köldök fölé nem terjeszkednek, úgy is hystérectomie vaginale-lal szokta eltávolítani.

Reverdin (Genf), *Djemil-Bey* (Konstantinápoly), *Schwarz* (Paris), *Heidenreich* (Nancy) a casuistikát gazdagítván egyes esetek ismertetésével, azután még az uterus fibromák kezeléseiről szóltak *Vuilliet* (Genf), *Polossan* (Lyon) és *Levrat* (Lyon). Ez utóbbi szerint a Laroyenne által ajánlatba hozott chlorzink-kezelés oly esetekben, hol az illető műtéti kezelésnek magát alávetni nem hajlandó, megkísérélhető; ezt két gyógyult eset kapcsán illusztrálta. *Delagénière* (Mans) a méh és járulékszájának septikus bántalma esetében az amerikaiak, különösen Baldy példáját követve, az abdominalis kiirtás mellett foglalván állást, igaz, hogy csak 4 műtett, de 4 gyógyult eset kapcsán, miközben Péan és Segond hystérectomia vaginalisa ellen intézett támadást, a nevezettek részéről heves vitát provokált. *Segond* szeretné tudni, hogy miért tartja az általa követett műtéti eljárást nem eléggé biztosnak és mi alapon mondja D., hogy az felesleges, holott 400 műtett esete ép az ellenkezőt bizonyítja. *Champonnière* nagy merészségnek tartja, hogy valaki 4 eset után itéletet koczkazhasson. Ő maga is a vaginalis méhkiirtást tartja súlyos medenczetályogok ellen a legbiztosabb s leghelyesebb eljárásnak. *Michaux* (Páris) hasonló kijelentést tesz. Mire válaszólag *Delagénière* Segond eseteire hivatkozva kimutatni iparkodik, hogy a súlyos esetekben a halálozás igen nagy és hogy a könnyebb esetek közül 80-nál az

uterus kiirtása teljesen felesleges volt, miután be lehetett volna érni egyszerűen castratióval. Azután Segond és Péan néhány gyógyultnak feltüntetett esetét épséggel nem találta gyógyultnak úgy a szenvedést mint a visszamaradt fistulát véve figyelembe. Péan szeretne tudni esetei felől több részletet. Különben csak oly sebészszel hajlandó vitatkozni, ki a beteget látta műtét előtt, alatt és után, mert hisz nem egyszer szándékosan képezi a műtő a sipolyt.

Ezután még *Condamin* (Lyon) a medenczetályogoknál Laroyenne által követett eljárást, a kiterjedt vaginalis rés készítését egy általa szerkesztett fogóval végzendő morzsolással (salpingo-ovario-tripsia) ajánlja kiegészíteni és *Gouilloud* (Lyon) 14 esetét a terhességnek ismerteti, mely operált petefészkek után állott elő.

Egy rövid közlemény keretén túlterjedne, ha a többi előadásokat csak vázlatosan is ismertetném, azonban nem lehet mellőznöm Ollier meglepő szép eredményeinek ismertetését a subperiostealis resectio terén. Ollier a Hôtel de Dieu tantermében mutatta be eseteit, mindig kapcsolatban a kórtörténettel és az el-távolított csontszövet bemutatásával. A bemutatott esetek száma, a vállizületben 10, a könyökben 12, a kéztőben 4, astragalus ki-irtás 10, tarseotomia posterior totalis 5, térd 7, csipő 5, összesen tehát 60 volt. Valamennyi régi eset, 3—15 év közt. Érdekesekek voltak különösen a kéztő- és könyökizületi csontok után hosszas gyakorlat által biztosított végeredmények a használhatóság tekintetében, a mennyiben 8—12 kilogramm súlyt voltak képesek vízszintes irányban kitartani és a bokaizületben végzett műtétek utániak közül nem egy 20—26 kilométert tudott gyalogolni egyfolytában. Ily eredmények csakis a rendkívül nagy szabatos-sággal végzett műtét utáni állandó, évekre terjedő utókezeléssel érhetők el. Minden egyes resecált beteget jóformán barátja Ollier-nek, kit néven szólít s nemes verseny áll fenn a műtő intenciója s a beteg akarata közt egy közös cél: a siker biztosításának érdekében.

Hogy az előadásokon kívül még társas összejövetelek is tartottak, természetesen. Az 1-ső este Prof. Gailleton az Antiquaille-kórház exchirurgienje, ki jelenleg Lyon polgármestere, a 2-dikon pedig a congressus elnöke Tillaux tartottak gala-estélyt a 200 évesnél öregebb gyönyörű városháznak dísztermében, hangverseny-nyel kapcsolatban. A 3-dik napon Aix-les-Bains-t látogattuk meg, a minék szép idő kedvezvén a Revardhegy (1568 m.) magaslatáról a Mont-Blanc felhőmentes panorámájában gyönyörködhettünk. A 4-dik estén gala-előadás a Celestins színházban Coquelinnel s az 5-diken buncsupohár a legközelebbi Párisban tartandó congressusig, melynek alelnökéül Boeckel Jenő strassburgi orvos választott meg, ki német alattvaló léte megmaradt francziának. A coulissák mögött nem csekély küzdelembe került e választás keresztülvitele, a mennyiben az alapszabályok egyenesen elő-írják, hogy a tisztviselői kar francia alattvalókból álljon. A választást tehát csak azon alapon ejthették meg, hogy külön választották az association française de chirurgie-t, mely czímen a társulat létrejött a congressustól, mely csak az associatio tagjai-nak külön összejövetelét jelenti, melynek bureaujára nézve a szabály érvényét nem vitték át. Az öreg Guérin Alphonse, a congressus alelnöke lett a jövő congressus elnöke. Miután pedig az utolsó congressus alelnökének joga van a következő congressus elnöki tisztére, kíváncsiak vagyunk, hogy Boeckel Jenő a német alattvaló jövőre élni fog-e ebbeli jogával? De hát nemcsak a természetnek, hanem a politikának útjai is titkosak!

Farkas L. dr.

Heti szemle.

Budapest, 1894. november 22-dikén.

Cholera-hírek. *Németországban* november 5-dikétől 12-dikéig összesen 30 megbetegedést és 8 halálesetet jelentettek be; az esetek eloszlása a következő volt: Kelet-Poroszország 22 megbetegedés és 6 haláleset; Visztula-terület 6 megbetegedés és 1 haláleset; Szilézia 2 megbetegedés és 1 haláleset. *Belgiumban* október 21-dikétől 27-dikéig összesen 13 cholera-halálozás történt. *Németalföldön* október 27-dikétől november 3-dikéig csak 6 megbetegedés fordult elő. *Nápolyban* november 6-dikán egy halálos

choleraesetet állapítottak meg. *Oroszországban* nagyobb számú megbetegedések csak a következő kormányzóságokban fordulnak meg elő: Kurland, Podolia, Bessarabia, Archangel, Wladimir és Perm. Teljesen megszűnt a járvány Kaluga, Nowgorod, Pensa és Poltawa kormányzóságokban, valamint Szt.-Pétervár városban. *Galicziában* október 29-dikétől november 4-dikéig 731 megbetegedés és 385 haláleset fordult elő. *Bukovinában* ugyanezen idő alatt csak 2 megbetegedést jelentettek be. *Hazánkban* november első felében összesen 125 cholera- és cholera-ágyús megbetegedés és ezek között 60 haláleset jelentettek be. Az esetek legnagyobb száma a Máramarosmegyében épülő vasútvonal mentén, egy másik jelentékeny része pedig a máramarosmegyei huszti járásban fordult elő. A fent kimutatott számból 13 megbetegedés és 7 halálozás Bereg, Borsod és Szabolcs megye 8 községére esik.

Belügyministeri körrendelet elmebetegnek vélemezett vádlottak orvosi megvizsgálata tárgyában. A m. kir. igazságügyminister úrtól nyert felvilágosítás szerint a bíróságok az elmeállapot vizsgálatánál mindenkor közhivatalban álló orvostudorokat alkalmaznak szakértői minőségben; az esetben tehát, ha a bűnvádi eljárás a vádlott ellen, ennek elmebetegsége miatt szünettetik be, nem foroghat fenn annak szüksége, hogy tébolydába való elhelyezés tekintetéből az igazságügyi orvosi szakértő vizsgálatán kívül valamely más közhivatalnok-orvos a megvizsgálást teljesítse, mert a bíróság által alkalmazott orvosszakértő közhivatalban álló orvostudor lévén, elég tételük az 1876: XIV. t.-cz. 72. §-a azon rendelkezésének, mely szerint arra, hogy valaki gyógyítás és ápolás végett tébolydába felvétethessék, közhivatalban álló orvostudornak abbéli bizonyítványa szükséges, hogy az illető elmekórban szenved.

Mint hogy azonban a törvény szerint tébolydába azon elmebetegek helyezendők, kik a közbiztonságra veszélyesek, míg a nem közveszélyes, gyógyíthatatlan elmebetegek házi vagy községi ápolás alá tartoznak, szükségesnek láttam azt, hogy midőn az illető igazságügyi orvosi szakértők a bűnvádi eljárás alkalmával a vádlottak elmeállapotát megvizsgálják, a tébolydába való elhelyezhetőség szempontjából az iránt is nyilatkozzanak, hogy az illető egyén, kit elmebetegnek állapítanak meg, tébolydái ápolást igényel-e vagy sem?

Ez irányban való megkeresésem következtében az igazságügy-minister úr a következő körrendeletet bocsátotta ki:

„30,323,894. I. M. sz. Körrendelet az elmebetegség miatt bűnvádi eljárás alól elvont egyének orvosi vizsgálata tárgyában.

Az összes elsőfolyamodású kir. bíróságokhoz, kir. ügyészségekhez és az igazságügyi orvosi tanácsokhoz.

Az 1877. évi január 29-dikén ad 2519. sz. a kibocsátott körrendeletben hivatali elődóm azt hagyta meg az elsőfolyamodású kir. bíróságoknak és kir. ügyészségeknek, hogy ha a bűnvádi eljárás a vádlott ellen, annak elmebetegsége miatt beszüntettétnék és az elmebeteg a közbiztonságra nézve veszélyesnek találtatnék, annak átvétele végett, hivatkozással az 1876. évi XIV. t.-cz. 71. §-ára, a legközelebbi közigazgatási, illetve közbiztonsági közeget haladéktalanul keresse meg.

A most említett közigazgatási közeget teendőjét ily átadás után az képezte, hogy a neki átadott elmebeteget saját hatósági orvosa által is megvizsgálta s csak ennek nyilatkozata alapján intézkedett a tébolydába való elhelyezés iránt.

Ezen eljárás hosszadalmas és körülményes voltát tapasztalva, azon megállapodás jött létre köztem és a m. kir. belügyminister úr között, hogy ezentúl hasonló esetekben az elmebeteg vádlottat megvizsgáló törvényszéki orvosok, esetleg orvosi bizottság vagy az igazságügyi orvosi tanács szakvéleményeikben, illetve felülvéleményükben ne csak az elmebaj fennforgását, hanem tüzetes vizsgálat alapján azt is állapítsák meg, ha vajjon a megvizsgált egyén elmebaja:

1. őt önmagára vagy a közbiztonságra nézve veszélyessé teszi-e?
2. hogy ennél fogva orsz. tébolydába való elhelyezése az 1876. évi XIV. t.-cz. 71. §-a alapján szükséges-e? s végre
3. hogy a megállapított elmebaj gyógyíthatónak vagy gyógyíthatatlannak minősítendő-e?

Felhívom tehát a czímet, hogy elmebetegnek vélemezett vádlottak orvosi megvizsgálata során, az orvosi szakközegtől a fent kitett három kérdésre minden esetben lehetőleg határozott választ kérjenek, s hogy a mennyiben a bűnvád alól az ily módon beszerzett orvosi vélemény alapján a vádlott elvonatnék s átadása az 1877. évi 2519. sz. a kibocsátott rendelet alapján a közigazgatási hatóság irányában bekövetkezendő volna, az elmebeteggel együtt a múlt évi november 1-én 40,335. sz. a kelt utasításom végpontja értelmében átadandó orvosi szakvéleményekben a fentebbi 3 pontra adott válasz is befoglaltassék. Budapest, 1894. augusztus hó 2-án.

Erről a törvényhatóságot tudomás végett annak megjegyzése mellett értesítem, hogy mindazon esetekben, midőn bűnvád alól elvont vádlott mint elmebeteg a közigazgatási hatóságnak oly bírósági orvosi szakvélemény közlése mellett adatik át, a mely szakvéleményben az igazságügyminister úr körrendeletében megjelölt három pontra nézve a válasz befoglaltatik, a további törvényszerű elbánás tekintetében hatósági orvos által való újabb megvizsgálás szüksége nem forog fenn.

Budapest, 1894. november hó 2-dikán.

Hieronymus s. k.

Belügyministeri rendelet orvos által külföldről hozott gyógyszer kiadására tárgyában. Folyó évi október hó 16-dikán 17.137. sz. a Czim a dr. N. által külföldről hozott s kiadni kért gyógyszerre vonatkozó orvosi bizonyítványt mutatott be.

Miután ezen bizonyítványból arról győződtem meg, hogy folyamodó a behozatni kért gyógyszereket saját orvosi gyakorlatában óhajtja alkalmazni, a szóban forgó gyógyszerek kiadását nem engedélyezem, mert gyógyszereknek más, mint okleveles gyógyszer-tulajdonosok általi kiszolgáltatása az 1876:XIV. t.-cz. 126. §-ának rendelkezésébe utközik. Miről dr. N.... lakos kérvényének s mellékletének visszajuttatása mellett értesítendő.

Vegyesek.

Budapest, 1894. november 23-dikán. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1894. november 4-dikétől november 10-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 398 gyermek, elhalt 215 személy, a születések tehát 183 esettel múltak felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup 1, ronesoló toroklob 7, hökhurut —, kanyaró 1, vörheny 4, himlő 4, typhus abdominalis 1, gyermekági láz —, egyéb ragályos betegségek 3, agykéreglob 6, agyvérömleny 9, rángások 8, szervi szívbaraj 13, tüdő- mellhártya- s hörglob és höghurut 36, tüdőgümő és sorvadás 33, bélhurut és béllob 9, carcinomata et neoplasmata alia 18, méhrák 4, Brighth-kór és veselob 7, angolkór 2, görvélykór 1, véleszületett gyengeség és alkathiba 16, aszkór, aszály és sorvadás 2, aggkór 6, erőszakos haláleset 8. — A fővárosi köz-kórházakban ápolatott e hét elején 2003 beteg, szaporodás 751, csökkenés 708, maradt e hét végén ápolás alatt 2046. — A fővárosi tisztii főorvosi hivatalnak 1894. november 12-től november 18-ig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 6 (meghalt —), himlőben 4 (meghalt 1), bárányhimlőben 37, álhimlőben 4, vörhenyben 25 (meghalt 1), kanyaróban 93 (meghalt —), ronesoló toroklobban 33 (meghalt 6), torokgyikban 3 (meghalt 1), trachomában 30, vérhasban —, hökhurutban 8, orbánzban 13 (meghalt 2), gyermekági lázban 1.

— Az országos közegészségügyi tanácsnak kisorsolás folytán kilépett rendes tagjait, névszerint Kovács József, Than Károly, Janny Gyula és Schwartz Ottó dr.-okat a belügyminister az orsz. közegészségügyi tanács tagjaivá újra kinevezte.

— Kinevezések Läche Ernő dr. Mosonmegyei tisztii főorvosává; Kugler Károly dr. a pozsonyi orsz. kórház, Grosz Oszvald dr. pedig a Beszterce-Naszód vármegyei köz-kórház másodorvosaiavá nevezettek ki.

— Kiküldetés. A m. kir. belügyminister Raisz Gedeon és Frank Ödön közegészségügyi felügyelőket, úgyszintén Preisz Hugó tanárt, a m. kir. bakteriologiai intézet igazgatóját külföldi tanulmányútra küldötte ki azon czéllal, hogy az állatok vérsavójával való diphtheria-ellenes immunizáló és gyógyító módszert és a vérsavó előállításí módját minden irányban gyakorlati tanulmányozásuk tárgyává tegyék s illetőleg el-sajátítsák. Nevezettek kitézett feladatukban a cs. és kir. külügy-minister közbenjárása folytán, mindenütt a cs. és kir. nagykövetségek támogatják, a melyek gondoskodni fognak arról, hogy a kiküldöttek úgy az illetékes kormányoknál, mint az illető hatóságoknál hivatalok-ban és intézetekben kellő támogatásban részesüljenek. A kiküldött szakférfiak feladata első sorban az, hogy az illető intézetekben a gyógy-serum előállításí módszerével, annak élettani hatásával, továbbá a beteg-ágygnál való alkalmazásának módjával megismerkedjenek, hogy meg-állapítható legyen, vajjon a szóbanlevő óvó-gyógyítószer csakugyan beválí-e mint olyan, s hogy visszatértük után tanulmányútojokról a m. kir. belügyministerhez jelentést és javaslatot tehessek arra nézve, mily intézkedések lennének teendőek az irányban, hogy a serummal való gyógyító és immunizáló eljárás a diphtheria-ellen való védekezés keretében hazánkban mindenütt, de különösen a vidéken nagy kiterje-désben alkalmazható legyen. További feladatuk az, hogy tájékozást szerezzenek maguknak arra nézve is, vajjon e tekintetben a Német birodalomban és Franciaországban minő intézkedések tervezettek s esetleg léptették életbe? A tanulmányút tartama alatt a kiküldöttek időközönként is jelentéseket fognak tenni tanulmányaik előhaladásáról s a serumügy fejlődésének fontosabb mozzanatairól.

— A vérsavóval immunizálás kérdése képezi Behring legújabb cikkének tárgyát. Mindenekelőtt felemlíti, hogy az immunizálásra diphtheritisnél eddig használt adag, t. i. az I. számú (600 immunizáló egységet tartalmazó) vérsavónak 1/10-ed része (60 immunizáló egység) növelendő, úgy hogy az említett vérsavónak 1/4-ed része (150 immunizáló egység) használtassék. Ezen adag Behring szerint 10 hétre nyújt immuni-tást; ezen idő eltelte után diphtheritistől fenyegetett egyének újra oltan-dók. Az adag felnöttek és gyermekek számára egyforma. A höchsti gyár legközelebb már áruba is fog hozni immunizáló oltásokhoz kisebb palaezkokat, melyek mindegyike 2 kem. vérsavóban 300 immunizáló egységet fog tartalmazni, a mely mennyiség tehát két egyén immunizá-lására lesz elegendő.

— Új országos tébolyda felállítását tervezi a belügyminister, mely Nagy-Kállóban fog felállítatni, hol a régi vármegyházat alakítják át ezen célra.

— Amerikában 118,500 orvos van; három orvosra egy gyógy-szertár esik. Californiában 500 lakosra jut egy orvos, St.-Louisban pedig 200-ra egy.

— Az innsbrucki egyetem orvosi facultása f. hó 24-dikén tartja 25 éves fennállásának jubileumát, mely alkalommal Innsbruck városa újra három általa épített köz-kórházi pavillont boesát az egyetem orvosi karának klinika gyanánt rendelkezésére, nevezetesen egy bőr- és buja-kórtani, egy elmekórtani és egy fül- és gégebeteg-klinikát; a belkliniká, a seb- és szemklinikát szintén a város építette az egyetem számára. E szép példát saját maguk és a tudomány hasznára követhetnék más egyetemi városok is.

— Diphtheritis-esetet hazánkban szeptember hóban összesen 2665-öt jelentettek be; ezek közül 1089 halálosan végződött, a halálozás tehát 40%-ot tett.

— Új gyógyfürdők. A belügyminister megengedte, hogy a borosznói és erdőbényei fürdők gyógyfürdőknek neveztesse.

— Orvosi facultás nők számára nyilik meg legközelebb Szent-Pétervárott. A tanfolyamra, mely 4 évig tart és a melynek elvégzése után még 2 évig kórházi szolgálatot kell teljesíteni, 18 és 35 év között levő nőket vesznek fel.

† Elhunyt: Halasi Nándor dr., radnóthi járásorvos.

—r. A Pesti Alfréd által szerkesztett „Orvosi évkönyv“ 5-dik évfolyamának bolti ára 3 frt lesz; orvosok azonban csakély 1 frt 50 krral előfizethetnek ezen érdekes és nélkülözhetlen könyvnek egy példányára. Ezen kiadásban a vidéki és fővárosi orvosok jegyzékei már egyesítve lesznek.

„Szt. Lukács-fürdő“ részvény-társaság Budapesten.

Uj! Gyógykezelés meleg kénés vízzel: A thermalis zuhany-fürdő!! (Douche massage). Téli kura az iszapfürdőben, mely a szállodákkal egy épületet képez. Nehéz betegek számára felhúzó készülék külön iszapfürdőbe. Kényelem és jó ellátás. Lakásokról és fürdőkről küld prospectust az igazgatóság. A fürdő főorvosa: Bosányi Béla dr.

Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és szt. István-köz-kórházban 1894. november 15-től egész november 21-ig ápolat betegekről.

1894.	Felvett			Elbocsátott			Moghalt			Maradt			Az ápolat körül			
	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	beteg	szülőnő	heveny fertőző	az állati-óri kórházban
Nov. 15	48	47	95	46	18	64	3	5	8	1095	884	1979	1058	25	74	822
" 16	38	37	75	18	39	57	2	1	3	1113	881	1994	1066	25	65	838
" 17	45	44	89	45	37	82	2	5	7	1111	883	1994	1068	25	59	842
" 18	38	33	71	21	36	57	6	5	11	1122	875	1997	1057	26	60	854
" 19	59	49	108	40	61	101	4	1	5	1137	862	1999	1060	28	62	849
" 20	66	37	103	48	43	91	2	3	5	1153	853	2006	1058	28	63	857
" 21	47	48	95	44	38	82	4	2	6	1152	861	2013	1064	30	67	852

HIRDETÉSEK.

DR. DOLLINGER GYULA

TESTEGYENÉSZETI
ÉS
SEBÉSZETI INTÉZETE

BUDAPEST
VII., KEREPESI-ÚT 52.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi-, górcsói- és bakteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN

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

dr. VAS BERNÁT és dr. GARA GÉZA a labororium vezetői.

Poliklinika: VII., Dohány-utcza 31. szám.

SZEMÉSZET.

Szerkeszti SCHULEK VILMOS egyet. tanár.

Tartalom: Helmholtz †. — Schulek Vilmos tnr.: Az erythrophia (a vétes vöröslátás) élettani meghatározása. — Schulek Vilmos tnr.: A pterygium növeséről. — Ifj. Siklóssy Gyula dr.: A subconjunctivális injectiók a trachomás pannus kezelésében. — Tudományos társulatok. — Irodalmi szemle. — Vegyesek.

HELMHOLTZ †

A csapás, mely az egész tudományos világot Helmholtz halálával érte, első sorban bennünket: szemészeket sujt. Mert, ha igaz is, hogy Helmholtz páratlan sokoldalúságával a természettudományok legtöbb ágát reformálta, mégis a mi tudományunk az, melyet gyökerestől újjá alkotott. Méltán mondta Graefe, hogy a szemtükör feltalálásával új világ nyílt meg előttünk s joggal nevezi Hirschberg a physiologikus optikáját a mi bibliánknak!

Élete, tudományos kutatásai, irodalmi működése, sikerei, bizonyosságai az emberi szellem hatalmának s örökös útmutatóul szolgálnak megdönthetetlen igazságok felismerésére.

Philosophus, matematikus, physiologus és physikus volt ő egy személyben! Ilyen feladat teljesítésére az emberi szellem csak kivételesen képes s ha valaki, úgy Helmholtz érdemli meg a szellemóriás („the intellectual giant“) nevet, a mint őt Maxwell nevezte.

Helmholtz 1821. augusztus 31-én Potsdamban született. Apja az ottani gymnasiumban a görög nyelv tanára volt. Kiskorában sokat betegeskedett, ezért játékeit építőkövek és képeskönyvek képezték. Már a gymnasiumban feltűnt hajlama a matematika iránt. 17 éves korában a berlini egyetemre iratkozott s 1838-ban a Frigyes Vilmos katonarvosi intézet növendéke lett. 1842-ben avatták doctorrá s még ez évben a Charitéban másodsebészi állást kapott. Utóbb Potsdamban egy huszárezrednél teljesítette a katonarvosi szolgálatot. Már doctori értekezése exact kutatás eredményeit tartalmazza. „De fabrica systematis nervosi evertibratorum“ ezimet visel a dolgozat, melyben az idegrostoknak a dűzsejtekkkel való összefüggését mutatta ki. A physika iránt való hajlama csakhamar kiderült, a midőn az akkortájt alakult berlini physikai társaság üléssein tevékeny részt vett. Itt tartotta meg 1847. július 23-án előadását az erő megmaradásáról. Mayer hasonló irányú dolgozatait nem ismerve, ő volt az, ki ez alaptörvényt matematikai alapon bizonyította.

Még élénk emlékezetemben élnek Jendrassik érdekes s mély philosophiára valló fejtegetései az erő s anyag állandóságának törvényeiről. Oly meggyőző az alap, melyen Helmholtz a kérdést eldöntötte, hogy azt el sem tudtam volna képzelni másképp s mégis az új tant heves ellenzéssel fogadták. Jókora időbe került, míg Müller vitalistikus theoriája megdőlt. A matematikai exactság azonban nem tűrt ellentmondást s Magnus készségesen felajánlotta laboratóriumát a fiatal katonarvosnak, ki addig csekély fizetéséből szerezte meg a kísérleti anyagot s eszközöket.

Humboldt közbenjárására már 1848-ban felmentették a katonai szolgálat alól s ugyanakkor a művészeti akadémiához az anatomia tanárává s az anatómiai muzeum assistensévé nevezték ki. 1849-ben Königsbergben a physiologia és általános kórtan tanára lett. De itt is alig töltött 5 évet. Másnak ennyi idő épen csak a berendezkedésre elég, míg ő egymásután közölte az egész világot bámulatba ejtő dolgozatait.

Ez időre esik a szemtükör feltalálása is. A fűzetben, mely 1851-ben Berlinben a Förster-féle kiadóvállalatnál „Beschreibung eines Augenspiegels zur Untersuchung der Netzhaut im lebenden Auge“ czim alatt jelent meg mai napig is teljesen

érvényben lévő alapon fejté meg, a pupilla feketeségének s vöröslésének okát s ebből kiindulva matematikai pontossággal megállapítja a feltételeket, melyek a szemfenékre való betekintést lehetővé teszik. Magának a tükörnek constructiója már csak technikai kérdés maradt s ezt is ő maga oldotta meg azon kintartás segélyével, melyet neki a felállított tétel helyességébe helyezett bizalma kölesőnzött.

Ő maga New-Yorkban Knapp hallgatói előtt páratlan szerénységgel adta elő a szemtükör feltalálásának történetét. Előadásra való készülés közben, a midőn Brücke ismert kísérletének berendezését tanulmányozta, azt a kérdést állította fel magának, hogy mely optikai képtől származnak a pupilla vöröslését okozó sugarak. A kérdés megfejtése a kezébe adta a szemtükör tervét is. 8 napig tartott, míg az eszköz használható alakot nyert, még pedig olyan sikerrel, hogy Donders a csakhamar tökéletesített tükrök között egyet sem talált, mely Helmholtz tükrével mérközhetett volna. Mint orvosnak jól esik az a tudat, hogy e sikerben része volt azon körülménynek, hogy egy ilyen vizsgáló módszer rendkívüli gyakorlati fontosságát már azért is ismerte, mert maga is orvos volt s nem lehetetlen, hogy e körülménynek része volt a problema megfejtésében.

Ugyancsak Königsbergben sikerült az ingernek az idegben való tovahaladási sebességét meghatározni. A milyen forrongást okozott a szemtükör feltalálása az orvosok között, épen olyan meglepetést eredményezett ez utóbbi kérdés megoldása a physiologusok körében. Hiszen még pár évvel annak előtte kortársai lehetetlennek nyilvánították a mérés kivihetőségét.

1852-ben „Ueber die Theorie der zusammengesetzten Farben“ czim alatt közölt dolgozatában újabb jelét adta sokoldalúságának.

Hogy ilyen körülmények között hírneve meg volt alapítva, az könnyen érthető. 1855-ben már Bonnban találjuk, hol az anatomia és physiologia tanszékét töltötte be. Itt azonban alig három évig maradt s 1858—1871 Heidelbergben, mint a physiologia tanára működött. Ez időre esik physiologikus optikájának közrebecsátása. Mint előszavában mondja, rendet és összefüggést óhajtott e téren létrehozni. Alapul az empiristikus theoriát választotta s feladatául tűzte ki magának, hogy minden egyes fontosabb kérdést saját észlelései s kísérletei alapján fejtsen meg. S e nagy feladatot bámulatos sikerrel oldotta meg. A könyv, minden műve közül legjobban tanuskodik rendkívüli munkabírása, szellemének kiapadhatatlan teremtőereje s szigorú önbirálata mellett. A dioptrikát teljesen újjá alkotta, a színlátás theoriáját kiépítette, a szemmozgások mechanizmusát megállapította, a binocularis látás és a nézőterek tanát kidolgozta. A könyv számos megbecsülhetetlen eszköz leírását is tartalmazza (ophthalmometer, szemtükörök) s magában foglalja az egész tan történeti fejlődését is.

1855-ben, midőn már az első kiadás teljesen elfogyott, elhatározta annak átdolgozását. Mint az előrajzban maga is mondja, a munka teljes átdolgozása abban az értelemben, a mint azt első ízben tette, lehetetlennek látszott előtte, viszont pusztán lenyomatni az első kiadást azért nem akarta, mivel számba kellett vennie az azóta megjelent dolgozatokat is. Ezért középútat választott s csak azt vette fel, a mi előtte lényegesnek látszott s arra utalt, hogy König a munka befejeztével az irodalmi adatokat összegezni fogja. A második kiadás a 8-dik fűzetig haladt.

Ugyancsak heidelbergi tartózkodása alatt írta meg 1862-ben „Die Lehre von den Tonempfindungen“ ezim alatt a zene theoriáját teljesen újjá alkotó művét. Az exact tudós-nak finom művészi érzéke volt.

A magas irányú hangversenyeknek rendes látogatója volt s bizonyára ő nála nem volt hivatottabb kritikus.

1871-ben újra megváltoztatta működési helyét. Ez évben ugyanis a berlini egyetemen a physika tanszékét foglalta el. Visszatért tehát azon szakhoz, melynek művelését fiatal korában megkezdte. Ez állásában sűrűn követték egymást az electrodinamikáról, a galvanikus polarizálásról, a mikroskopról szóló dolgozatai. 1888-ban lemondott a tanszékről s azóta a birodalmi physikai intézet élén működött. Lankadhatatlan tetteire itt is folytonos munkálkodásra készítette. Sőt még a német orvosok és természetvizsgálók ez évi szeptemberi gyűlésére is bejelentett egy előadást „Ueber bleibende Bewegungen und scheinbare Substanzen“ ezimel. De ezt már nem tarthatta meg! Szeptember 8-dikán agyvérzésben elhalt.

Azon nagy emberek közé tartozott, kik kortársaik elismerését és halálját még életükben élvezhették. A szerény állású katonarorból csakhamar egyetemi tanár lett, 1883-ban titkos kormánytanácsosi ezimel s nemességet nyert, 1891-ben pedig 70-dik születésnapja alkalmával, melynek ünneplésében az egész tudományos világ részt vett, az excellentiás ezimel kapta. A heidelbergi szemésztársaság még 1886-ban neki adományozta az arany Graefe-érmel.

S mindezen sikerei dacára szerénysége mintaszerű volt. Valahányszor az erő megmaradásának törvényéről volt későbbi időben szó, mindig Mayer-t állította előtérbe, a szem-tükör feltalálásáról pedig úgy szólt, mint pusztá véletlenről s Brücke érdemeit hangsúlyozta. Szóval ebben a tekintetben is valódi nagy ember volt!

De Helmholtz nemesak újjáteremtette a természettudományokat, hanem az új tannak buzgó hirdetője s népszerűsítője is volt.

Tudós s tanár volt ő egy személyben s e két fogalom soha sem forrt úgy össze senkiben, mint ő benne!

Eszméit azonban nemesak a tanszékről hirdette. Nem kicsinyelte a feladatot, hogy népszerű előadásokat is tartson. A mi sok tudakosnak mai nap lealázó lenne, arra a nagy tudós örömmel vállalkozott.

Úgy látszik a természettudományok rohamos fejlődése után most már lassabban történik az előrehaladás. Ma nem új eszmék felmerülése van napirenden, hanem a már megállapított tannak részletekben való kidolgozása. Helmholtz azok közé tartozik, kik az alapvető munkát végezték. De bár dőljön meg mindaz, a mit a XIX. század második felének munkássága eredményezett, Helmholtz emléke örökké élni fog!

G. E.

Az erythrophia (a téves vöröslátás) élettani meghatározása.

Schulek Vilmos ny. r. tanártól.¹

Az alkonyatban némeieyeknek mutakozó vöröslátásról 1893. márczius 13-dikán a magyar tud. Akadémiában² előadást tartottam volt. Benne közlém, hogy a fénynek ibolyafeletti része az, mely a jelenséget előidézi. Továbbá, hogy a vörösség nem csak nagy felületeken gyenge megvilágításkor mutatkozik, hanem erős világosságú felületeken is, ha ezek területe kicsi.³ Az egyszer felidézett tünetem nem hosszú idő alatt mindjobban enyészik, akként: hogy a vörösség halványodik; hogy az általános látóélesség, mely némileg gyengült volt, a rendszerre visszaemelkedik; és hogy a világosabb tárgyak tünetemén vörössége egyéb színek közbejöttel nélkül ismét a vegyes, vagyis a rendszer világítás észrevezésének helyet enged.

¹ Előadta a m. t. Akadémia III. oszt. 1894 okt. 22-én tartott ülésében.

² Math. és term. tud. Ertesítő XI. kötet, 6. és 7. füzet 290—299. lap és Orvosi Hetilap „Szemészet“ 1893. ápril, 2. sz.

³ A hőmezőkön járók által észrevert vörös („vér-“) foltok jelenségét szintén megérthetőnek fejtettem ki.

A jelenségeköl következtettem, hogy a vöröslátás nem kóros tünetem; hogy nem kifáradáson alapul; hogy a szem a színeknek vörös vége iránt még fogékony maradt és ezért lát vöröset; hogy nem a fáradás a lényeges, hanem az, hogy az ingerlékenység megjönni kezd és a mikor teljes, a látás rendszer lett.

Az egész jelenséget — úgy mondám — az okozza, hogy a látóhárttyát a hyperibolyás (photochemikus) fény sugarak előzőleg kifárasztották ugyan, de a fáradást új látóanyagának képződése és fokozatos felszaporodása követi. A fárasztás a színlengések tekintetében egyenlőtlen lévén, a pótlás folyamata szintén egyenlőtlenül halad. A színeknek ibolyaoldali végével viszonyban álló anyagnak fejlődése eleintén a színeknek vörös másik vége által befolyásolt anyagnak felgyülése mögött visszamarad. Hogy a készletes anyag mennyisége az épületi egyensúlyt visszanyerje, ahhoz idő kell. Egyelőre tehát a hyperibolyás kifáradás időszakában a vörös ingerlékenység a túlnyomó. Nyilvános, hogy az innen származó vöröslátás (erythrophia) legelőbb az igen gyenge megvilágításban álló, de mégis valamicske világosságú különbözettel bíró (azaz fehérebb) tárgyakon nyilvánul. Később pedig, midőn az ingerlékenység egészben már növekedett, az egyensúly háborítása csakély megvilágítás alkalmával különös észrevezelt többé nem kelt, vagyis a vöröslátás megszűnt; de a fokozott megvilágítás több ingerfogyasztással járván, a szaporodott és mégis elégtelen ingerfelfogó anyagnak egyensúly szerint különbözöte újra a vöröslátás tünetemében, de már gyengültebben mutatkozik: azaz a fehérebb tárgyak sűrű alkonyatban nem vöröslők, de inkább kivehetők, míg fél árnyékban mégis csak vörösek; erős világítás most is fehéreknek tünteti föl, mert ilyen fény minden részével befogadást kierőszakol, és az észrevezésben a vörös szín a többin ekkor nem kaphat túl. —

Ezen értekezésnek az Akadémiában történt benyujtása után mintegy 2 hónappal H. Ebbinghaus-tól „a színlátás elmélete“ jelent meg.¹ A Young-Helmholtz és az E. Hering nézeteit a színlátásról bírálatos vizsgálásba veszi, és a saját részéről új elméletet állit fel. Színlátásunk élettani folyamatát a látóhárttya külső rétegeiben levő W. Kühne-féle fényérzékes anyagokkal vonatkozásba hozza. Szerinte a szembe ható fény lengései a fényérzékes anyagokra photochemikusan változtatólag hatnak, és az itt szabaddá váló energia megadja az idegkészülékre átesapó ingert, mely a látás folyamatának további leperdülését az idegélet körén belül biztosítja. A photochemikus folyamatnak különbözösége szerint az ideg-ingerületnek is különbözően kell alakulni. A fény minősége és az idegingerület változósága között a kapesot tehát a retinalis fényérző anyagok chemismusa szolgáltatja. A chromotrop anyagjelenségeket és az élettani színelismerést részleteik szerint hozza egymással kapesolatba. Három színanyagot tételez fel. Van egy fehér anyag, melynek folytonos termelésével az emberi szervezet anyagforgalma legbővebben kiszolgál. Ez a világosság általános megérzését közvetíti. Van továbbat biboranyag és ennek bomlási terméke. A bibor a sárga színnek, és a bomlási termék a kék színnek az érzését adja. Van végre egy eddig még csak állaton külön kimutatott (Boll) zöld anyag. Ennek az emberen is elő kell fordulni, mert csak ez adhatja a vöröslátást és bomlási terményével a zöldlátást, — míg a kettő, ha együtt van, a fehérlátást szaporítja.

Ebbinghaus felállításai sok irányban részletes kipróbálást fognak ugyan még igényelni, azonban nagy haladást tesznek a felismerésben. Már csak anyiban is, hogy míg addig a Kühne-Boll-féle rhodopsin és chromophan anyagokkal és azok phototrop tulajdonságaival az élettan nem tudott mit csinálni — a szemészet természetesen még kevésbé — most, mint a kosmikus fényfaktor és a szorosabb idegéleti folyamat közötti photochemikus kapesot, tudományos helyüket a felismerésben megkapták.

Az addig meghökkentő tapasztalás, hogy a látóhárttya legfontosabb helyén, a sárga foltban, bibort nem lehetett látni,

¹ Zeitschrift für Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane, V. kötet, 3. és 4. füzet 145—238. lap, kiadva 1893. május 20-dikán; külön is megjelent L. Voss-nál Hamburgban.

és hogy ezen helyen optogramokat (pl. ablakkeresztnek fehér képét vörös alapon) nem lehetett felidézni, főként akadályozta a retinalis bibor és az egyéb retinalis festékanyagok tudományos beleillesztését a látásnak tanába.

Ebbinghaus nagyon megkapóan oldja meg a paradoxont. Szerinte ugyanis a bibor megvan a sárga folt vidékén is bőven, de sem színét, sem egyéb jeleit nem találjuk, mert ugyanott vele van a zöld anyag is, mely neki egyensúlyt tart.

Az erythropsiáról adott és fenebb idézett magyarázatom, úgy látszik, a színlátásnak emez elméleteihez jól kapcsolható és általuk még részletesebben kifejleszhető. Hivatkozom az Ebbinghaus munkálatában a 188—9, 198—202, 206—7, 220 lapokon mondottakra, és idézem a vörös-zöld látó anyag-ról az összefoglalásban — a 236-dik lapon — röviden ismételveket:

„Egy harmadik (a vörös-zöld) anyag az embernél a csapoknak csak külső részében van meg. Ennek elterjedése tehát a legkorlátozottabb. *Bomlékonysága azonban nagyobb mint a biboré.* Eredettől fogva zöld színű, és lehet hogy a béka-retina zöld pálczikáiban izoláltan létezik. Minthogy színe a bibor látóanyag színéhez majdnem kiegészítő (complementär), ezért a két anyag, ott a hol együtt előfordul, színével egymást közömbösíti, és a csapok kültágjai e miatt szinteleneknek látszanak. Ezen vörös-zöld látóanyagának physikalikus tulajdonságait és a látásban jelentőségét hasonlónak a bibor tulajdonságaihoz és jelentőségéhez kell képzelnünk. Alkalmas (a leghosszabb és a legrövidebb hullámú fénysugarak által történő) megvilágításakor, az eredetileg zöld anyag legközelebb vörös átmeneti termékre színesedik el, tehát hasonlóan mint a vadszöllő hulladozó levelei. Ez a termék közepes hullámú fénysugarak által tovább bomlik, és a végső hasadozási terményekből azután a szervezetnek erői által, az eredeti zöld anyag regenerálódik. A narancstól egészen a sárgazöldig a két anyagnak elnyelési szintjei egymás fölé nyulnak.“

„Ama két szétbomlásnál erély szabadul fel, melynek hatása az idegkészlékre ismét mint a világosság érzése kerül az öntudatba. Mind a kettőnél az ingerületnek az idegre átmenetele fajlagos mellékjellemmel, sajátos külön rhythmussal történik, mely a világosság érzésének chromatikus fokozatot ad. *Az eredeti anyagnak bomlását ilyen módon vörösnek, a vörös átmeneti termékeket pedig zöldnek érezzük.* A kettőnek specifikus rhythmusa végezetül itt is megint valami egymás-ellenessé, egymást gátlóval bír, úgy hogy a vörösnek és a zöldnek alkalmas elegyítésekor mindegyik érzésnek színes jelleme egymást megsemmisíti (neutralizálja) és mi csak világosságunknak az összegét, mint fehéret, érezzük.“¹

Ezen felfogásból természetesen következik, hogy a midőn a vörös-zöld anyag (a leghosszabb és) a legrövidebb hullámú fénysugarak által (tehát különösen olyan esetekben, melyekben ibolyafeletti fény erősen behatott) teljesen kimerítve volt, és azután ezen anyagnak pótlása megint folyamatba jött: hogy ekkor az eredeti anyagnak szétbontása újra megindulhat, azaz hogy vöröslátás jelentkezik. Míg a vörös átmeneti terméknek csak utána fokozatosan történő felhalmozódásával, tehát később, a zöld érzés is hozzá esatlakoznék. Csakhogy ez nem mint ilyen, hanem csupán a már előbb beállott vöröserzéssel együttesen, tehát csak mint közömbösített (azaz fehér) világosságérzés jelenhetik meg.

Igy minden nehézség nélkül érthetővé válik, hogy a vöröslátás miért megy minden egyéb színárnyalat közbejövése nélkül egyenesen át — mint találtam — ama, a maga részéről is növekedő általános világossági érzésbe.

Magyarázatom egy az ibolyafeletti sugarakkal vonatkozásban álló látóanyagot tételezett fel. Úgy találom, hogy Ebbinghaus a színfelismerés általános megértése szempontjából is ilyen anyagot és vonatkozást kénytelen feltételezni és ezen érdeemben a vörös-zöld anyagot postulálni.

Feltéve, hogy mindez helyesnek fog beigazolódni, akkor az erythrophia élettanilag így volna meghatározandó, hogy az a vörös-zöld látóanyagnak, a photochemikus ingerlés által okozott kimerülése után bekövetkező, pótlási folyamata.

¹ Lásd az i. h. a 236. és 237. lapot.

A vöröslátás ezen fajtát különben a vöröslátásnak más alakjaitól neve szerint elkülöníteni észszerű lenne. Itt a vörösség sem nem eléggé az objectumtól függ, sem nem teljesen subjectív. A tárgy idézi fel, de a tárgy még sem vörös. A „metamorphopsia“ elnevezés mintájára, a „meterythrophia“ kifejezés megfelelő. „Téves vöröslátás“ volna a nyelvünkbe illő műszó.

A pterygium növeséről.

Schulek Vilmos tanártól.

(Folytatás és vége.)

A cornea szélén vagy valamely pterygium feji részén veszteglő idegen testek tehát képesek a fénynek photochemikus hatását maguk köré csoportosítani, és bizonyára képesek határozott, kis, de sokszoros területeken ugyanolyan hatást kelteni, mint Widmark kísérleteiben a terjedelmesebb helyekre gyűjtött fénysugarak.

Ez eredményekkel az Arlt-féle, idegen testekről szóló elmélet ismét régi jogaiba lép, annál is inkább, mert Fuchs E. leleteiben a kezdeti cornealis anyagvesztések csak makroszkopice, azaz a szabad szemmel észrevehetőség alakjában hiányoznak, ellenben a mikroszkop alatt, az ő leírása szerint, kétségtelenül megvannak. Erről azonban később szólok.

Hoor-nak¹ csak nemrég megjelent értekezése a klinikai kórképnek egy igen lényeges részét taglalja, mely a pathogenesis megértésére fontos adatokkal szolgál. Ezek a pterygium keletkezését megelőző folyamatok, a melyekről mind-egyedül igen kevés bizonyosat tudunk — s ez nyilvánvaló jele annak, hogy a lefolyás hosszú tartama miatt még a szabad szemmel látható jelenségek valamennyiével sem jöhetünk egy könnyen tisztába.

Hoor részletesen vázolja, mint vékonyodott s hosszabbodott a pterygium egy esetben; hogyan közeledett a limbus-hoz; mint származott a kötőhártyán redő a szemhéjak zárásánál; hogyan változott át a pinguecula kötőhártya kettőzötté, s ez halvány csomócska képében mint tolokodott előre a cornealis szélre; miként homályosult a szaruhártya kicsi ivben e csomócska előtt; továbbá hogy e csomócska mint növekedett és miképpen nyert inaskinézést; végre hogy a műtétnél mint mutatkozott a corneával és sclerával összekapaszkodott-nak. E kétségkívül pterygiumnak veendő képződmény nyilván a pingueculából fejlődött. A pinguecula volt az, mely eleinte laposabb lett, majd hosszirányban növekedett és (a göcsövi vizsgálat szerint) szöveti burjánzást mutatott. A szaruhártyára történt reákapaszkodás erózió vagy fekélyedés nélkül következett be. Hoor még hangsúlyozza, hogy a szövetszaporodást a jelenlevő trachoma is befolyásolta. A csapszerű alakulást valamint a corneára való átburulást pedig a hunyorítás okozta.²

E leírás a leghatározottabban tanúsítja, hogy a pinguecula az öt környező kötőhártya szövetével együtt — vagy ha úgy tetszik, a conjunctiva a benne és alatta fekvő pingueculás szövetel — kettőzet gyanánt a szaruhártyára fekszik. Épügy bizonyossá válik, hogy e folyamatot is a szemhéjmozgások mechanizmusa befolyásolja.

Ez kiválóan egyezik a fentebb kifejtett nézetekkel, sőt azokat lényegesen kiegészíti. Csak az idegen testek által okozott változásoknak tana nem nyer tért Hoor felfogásában, mert az ő eseteiben is az eróziók hiányoztak. A káros kül-behatások, mint kórnműzök, az ő magyarázatában csak azon általános értelemben szerepelhetnének, hogy a gyuladást fokozzák és a szöveti túltengést előmozdítják.

Azonban mégis csak kérdeznünk kell, hogy miképpen oldható meg ama rejtvény, hogy a kötőhártya, dacára a cornealis kikopások hiányának, mégis reánötten található? Vajjon dacára az ellenkező látszatnak, a leletben nem kerülte-e ki

¹ Adatok a pterygium keletkezési módjához, szöveti szerkezetéhez és alaktanához. „Szemészet“ 1893. 1. szám.

² A pterygium első nyomait és ezeknek a pingueculából való származását már Mannhardt sokszorosan megfigyezte és a Graefe Archiv f. O.-ban leírta, 1868. 14. kötet, III. rész, 26. lap.

a figyelmet vagy legalább is nem lett-e elégtelenül méltányolva valamely a megértésre lényeges mozzanat? Vagy talán nem támadhatnak-e a corneában oly finom szövetvesztések, hogy szabad szemmel észre nem vehetők és mégis az összenövés folyamatát felderítenék? — Itt azonban Fuchs E. leleteire kell visszatérnem.

Itt mindenekelőtt érdekes, hogy a pterygium határán a kötő- és a szaruhártya felhámja miként találkoznak egymással. A kétféle felhám szövet találkozási egyenese nem mindig szorosan a röphártya szélére esik; a határ élesebb mint a rendes szemnél; *néha a köztük lévő hézag is van*; az oldalrészen a kötőhártya felhámja a szaruhártyára magára is terjeszkedhetik, stb.

Mindezt voltaképpen úgy kellene értelmezni, hogy szövethiány különböző módon pótlódott. E szövetfogyatkozásokat azon esetben, hogy ha a vizsgálati anyag a folyamat más szakában kerülne vizsgálat alá, bizonyára kitöltetlenül találunk. Mint a hogy tényleg 10 eset közül egyben (talán többben?) a felhámban hézag, tehát tényleges szövetvesztés találkozott.

Továbbá ott, hol a Bowman-féle hártya és a cornea stromájának elválásáról szól, világosan mondja, hogy a röphártyát a cornea szövetének histiolitikus bomlása előzi meg. A pterygium alatt a Bowman-féle hártya vagy teljesen hiányzik (különösen a kicsinyek alatt), vagy legalább a felhám ment tönkre (többnyire a nagyok alatt). A stromának azonban csak legfelsőbb rétegei vannak illetve, a mi kétféleképpen történhetik: 1. a röphártya a már megpuhult cornealis lemezek közé behatol (infiltratumok a pterygium feje előtt!), a legfelületesebben fekvőket maga előtt feltorlaszolja, úgy hogy ezek őt némileg takarják¹, — és ez a röphártyának activ előnyomulása; 2. vagy pedig csak elülső szélével fekszik a Bowman-féle hártyán és majdnem csak a felhám alatt kúszik előre, — és ez a röphártyának passiv megnövése. Az első esetben a röphártyának szövete lazább, a másodikban tömöttebb.

Az egész leírásból kétségek nélkül az következik, hogy úgy a kötőhártya, mint a szaruhártya is előbb szenved el a gyuladós változásokat és csak azután következik a regressiv folyamat; még pedig az idők folyamán a korábban megbetegedett helyekhez esatlakozó sorrendben. Továbbá az is világosan következik, hogy valamint kezdetben a folyamat megindulása, úgy később annak folytatása (a legutoljára összenőtt helyeken) majd inkább a kötőhártyában, majd pedig inkább a corneában lehet. Ezzel összefügg és magából a leírásból is kivehető, hogy a kötőhártya majd active nyomul előre, majd pedig passive huzatja magát. Különösen kell azonban kiemelni, hogy bár nyílt hézagokat, gödröskéket, vagy tátogató részeket, mint a fekélyképződés alakjait, — dacára a folyamat lassú voltának — nem találhatunk, ez nem azért van így, mert ilyenek nem képződnek, hanem azért, mert a kötőhártya a keletkezett szabad tért azonnal kitölti, sőt az esetek egy részében a helyet saját maga szerzi magának. Ezen értelmezésre nemesak jogosítottnak tarthatom magamat, hanem a leletek összesége egyenesen rákényszerít.

Ama esetek, melyekben a pterygium felületesebb fekvésű, de tömöttebb szövetű (2), nyilván olyanok, melyekben a kötőhártya a corneára inkább feltalakodott. Ellenkezőleg azon esetek, melyekben a conjunctiva a szaruhártya lemezei közé előhatolni látszott (1), inkább olyanok, melyeknél a szaruhártyában véghezmenő szövetbomlás túlnyomó volta ismerendő fel. Az ilyen folyamat következtében az infiltratumnak mélyebb rétegeiben szétesés támadt aláavájt szélekkel (hasonlóan az ulcus serpens túlhaljlo széleikhez), és e szétmállás tette a kötőhártyaredőnek a keletkezett mélyedésbe beletelepedését lehetővé. Ha azután az utóbbi esetben a conjunctiva később még meg is duzzadt, akkor ez a túlhaljlo cornealis lemezeket szükségképpen elemeli, a szaruhártya közepe felé szorítja és ezeknek úgy szövetét, mint borító felhámját is összetolja, — a mint

¹ A pterygium fejt borító cornealis rétegnek — úgy kell hinnedünk — a röphártya növekedésével lépést tartva, szövetkopás folytán mégis csak meg kell fogynia, mert ellenkező esetben a nagyobb pterygiumokat szaruhártyalemezek rétegével egészen fedve kellene találunk.

a mélyebb rétegekben végbemenő folyamatok egy részéről a leírásból következtethető.

Inkább úgy látszik tehát, hogy a kötőhártya az 1. alatti esetekben (legalább azok kezdetén) a szenvedőbb (passiv), a 2. alatti esetekben pedig a cselekvőbb (activ) szerepet viszi.

Egészen véve tehát olyan fekélyesedési és hegesedési folyamattal van dolgunk, mely adott időben sohasem alakul laposan, hanem mindig meredeken: A szaruhártya szélétől annak közepe felé egy majdnem linearis szétesési folyamat halad lassankint fokozatosan előre. Ezen folyamatba a túltengett kötőhártya a pingueculával együtt töltőanyagként belevonatlik, mi mellett azonban alkalmilag maga a töltőanyag is utat törhet és a szaruhártyára alterálólag hathat. És így ha a szövetben valamilyen hézag tisztán látható nem is lenne, az a valóságban mégis mint a szövetbomlás következménye és a benövés feltétele felveendő, tehát a valóságban jelen is kell lennie. Ezen szövethiányt éppen az azonnal bekövetkező kitöltés csak leplezi.

A felhámhatárokon mutatkozó különbözőségek különösen ott keletkeznek, hol a széthasadozási folyamat a legfelsőbb rétegben a saját útját követi, vagy csak ezen rétegre szorítkozik.

A leletek ilyen értelmezése mellett világos, hogy a röphártyának úgy activ mint passiv növekedése az idegen testek felhalmozódásával épűgy mint a pislogással is összefüggésben állhat. Egyrészt az idegen testek a pterygium szélénél gyengén hajlott ívben elhelyezkedve időznek, s oldalaik felé innen is túl is photochemikus ingerhatásukat gyakorolják; ez által a duzzadt kötőhártyát a corneának előbb beszűremkedett, később histiolitice engedékenyvé lett részletébe való behatolásra alkalmassá teszik. Másrészt a hunyorítás a szemhéjszéleket alulról és felülről a megszapordott kötőhártyaszövet felé nyomja, emezt hosszirányban kitérésre kényszeríti és azt eredményezi, hogy az előretolt vég egy már jelenlevő cornealis szövethézagba azonnal belefekszik; ha pedig a szaruhártya még csak beszűremkedett, erőszakkal beléje tolakodik.

A szerint a mint a vonalszerű szétmállási folyamat különböző mélységre terjed és majd csak a felhámot, majd pedig a Bowman-féle hártyát is hatáskörébe vonja: a szerint keletkezik az összetapadásnak két alakja, azaz vagy a felszínes felhám alatti összenövés, vagy pedig a réteg közötti mélyebb hegesedés. Hogy a pterygium meghosszabbodásával a felületés odanövés lesz túlnyomóvá, abból válik érthetővé, hogy az idegen testek a szaruhártyaközéphez közelebb eső helyen úgy le- mint fölfelé könnyebben kitérhetnek, s így itt rövidebben időznek. Hogy az összenövés helye a szaruhártya közepe felé szélesedik, szintén abból magyarázható, hogy az idegen testek könnyebben kitérhetnek, és pedig azért, mert itt a szemrés tágabb. E viszonyokkal az is jól egyezik, hogy a röphártya növekedése, miután a tapadási felület a szaruhártya közepe felé szélesebb de felületesebb is lesz, végre tökéletesen megszűnik. E tünetnyire nézve ama körülmény sem lényegtelen, hogy a szemhéjnak az alapra gyakorolt erő kifejtése éppen itt a szemrésnek közepe táján legnagyobb, de egymás irányában legesekélyebb, ennél fogva toló hatásuk itt aránylag gyenge.

Hogy az összenövések legrégebbi helyei később lazábbak mint kezdetben, szintén a pislogásnak tudható be. Mert habár a pterygium képződésének kezdetén a legkorábban összetapadt helyek tömött szövetűek is voltak és később itt laza szövet részletek helyeiket utóbb annyira elhagyták volna, hogy az egész képződmény fejeként messze előre haladtak és más lazább szövetnek helyet engedtek volna. Ennek ellenében könnyen felfogható, hogy a kötőhártyának legkorábban összenőtt részletei első elhelyezésükben a pillaszélek által huzamos időn át ide oda vongáltatnak, más szövetrészletek heges zsugorodása által meg is feszítettnek, különösen a most már távolabb levő fejhez tartozó részletek által meghuzatnak, és ez által idővel megnyulnak és meglazulnak. E folyamat annál akadálytalanabbul mehet végbe, a mint a borító szaru-

hártyalemeznek folyton haladó lekopásával e tájékon a felület szerint történhető elmozdulásra oldali akadály már nincsen. E mellett igaz, hogy még a kötőhártyának tovahaladó átfordulását Arlt-nak értelmében továbbra is kell szerepeltetnünk. De a pterygium meghosszabbodásának ezen módja nélkül az egész klinikai kép még Fuchs E. leleteiből sem volna megfejtendő. Mert ha a duzzadásnak és zsugorodásnak kétségkívül nagy szerepet is kell tulajdonítanunk, ezek mégsem ütik meg azon mértéket, mely valamennyi jelenség magyarázatára szükséges.¹

Hogy a röphártya iránya a két szemzúgot összekötő egyenessel nem tökéletesen esik egybe, onnan van, hogy hunyorításnál a két szempillaszél sem találkozik pontosan ezen vonalban, és különösen onnan, hogy a szemhéjak zárása a szemrésnek medialis részében magasabban, míg a halántéki oldalon mélyebben van, s egészben véve gyengén hajlott S alakú vonalat teszen.

Visszatekintve az elmondottakra, nézetemet a következőkbe foglalhatom össze, hogy:

1. a röphártyának fejlődése külső káros befolyásoknak hatása alatt áll;
2. a pislogásnak a szemgolyó felületén végbemenő mechanizmusával összefügg;
3. helyi cornealis szövetváltozások indítják meg;
4. kezdetben a pingueculának s az ezt magában foglaló kötőhártyaszövetnek áthelyezkedésében, később pedig a kötőhártya-kettőzetnek folytatólagos utána húzódásában áll;
5. a röphártya a pingueculát részben felemészti, részben széjjelnyújtja;
6. a conjunctivának gyuladással duzzanatai és szövet-szaporodása lényeges tényezők, ellenben a senilis elfajulás csak mellékes szerepet;
7. a szaruhártya szövetvesztéseket szenved;
8. ezeket az előretuduló kötőhártya nyomban kitölti;
9. dacára a cornealis szövet kikopásának, a hézagok szabad szemmel kivehetőkké nem válnak, mert nem lapszerűek, hanem mindig, ha csak többé-kevésbé is, a mélybe terjedők;
10. a kötőhártyának a corneára terjedése majd activ, majd passiv természetű;
11. a duzzadás, zsugorodás és redőzés az alapfolyamat változó phasisainak következménye;
12. a bonczani, élettani és vénülési viszonyok csak a hajlamosságot adják meg;
13. a főartalom azonban a fénynek photochemikus hatása, melyet az idegen testek a szaruszélre és később a pterygium feji részére összpontosítanak;
14. mindjárt első kezdetben a pingueculának lassú támadása, a rugalmas rostoknak megszorodása, a hurutos izgalom, a szöveti sejtanyagok olyan mértékben túltengése, hogy táplálkozása később nem kellőképpen történhetik, — mindez első sorban a photochemikus erő izgató hatásából indul ki.

Ha nem esalódom, Fuchs E. leletei az itt adott értelmezésben egységesen foglalhatók össze; míg a Fuchs E. magyarázata számos új kérdést ébreszt, de megfejtetlenül is hagy.

Tulajdonképpen végezni kellene, de engedjék meg, hogy ezen már annyi szellemi fáradozást igényelt tárgyhoz még néhány pótló megjegyzést fűzzek.

Ellenmondásosnak látszhatik, ha egyrészt a kötőhártyának vongálásáról, megrövidüléséről és redőzéséről, másrészt annak túltengéséről, önkéntes előnyomulásáról és felkapaszkodásáról szólunk. Az ellentét úgy egyenlődik ki, hogy az utóbbiak a lobos duzzadás, az előbbiek a visszafejlődés szakában fordulnak elő. Időnként a szöveti életnek épen egy-egy neme van túlsúlyban.

Ellentét azon irányban is létezik, hogy az idegen testek mint vándorolnak és a kötőhártya mint tolódik előre; habár mindkettő a hunyorítással szoros összefüggésben van. A pislogás az idegen anyagokat kívülről befelé hajtja. Ugyancsak a pislogás a kötőhártya megszorodott elemeit harántvonalba

tereli, mi mellett a tömeg a belső cornealis szélén magasabbra emelkedik, mert itt szélesebben elterülve volt. A túltengett kötőhártyatömeg fölöslege kiemelkedéssé válik, mely csapszerűen kihegyeződik és a limbusra átborul. Tehát ugyanaz a pislogás hajtja az átesapó conjunctivát és az idegen testeket egymás felé.

Kimeredő szemek a pterygiumra, úgy látszik, kevésbé hajlamosítanak. Ez abban gyökerezhetik, hogy hátrább fekvő szemzúgok vagy kiálló szemgolyók a szempillák nagyobbokú ivelését tételezik fel. Ez által a szemrés tágabb, a hunyorítás akadályozottabb és kevésbé hatásos, de a szemgolyóra gyakorolt nyomás nagyobb. E miatt a hurutok makacsabbak lesznek, de az idegen testek szabadabban oszlódnak meg.

Minthogy a szemhéjak középrése az alapra erősebben nyom, ezért a laza szövetelemeket itt erélyesebben szorítja félre, a mint ezt már fentebb említettem. A pterygiumnak közel hegyben végződő alakja is ez által lesz érthető.

A kötőhártyában túltengést és szétesést (öregkori elfajulást) találhatunk. Ez olyan fokozott táplálásnak a jele, mely a túlképződött szövetek fentartására időnként mégis elégtelenné válik; ennél fogva lokális változását a táplálkozási viszonyoknak és ezzel a külső behatásoknak változását is árulja el. Ezzel egyszerre mind ama körülmény is különösen egyeznék, hogy mint Fuchs E. leleteiben feltalálni vélem, a hyalin fészkek nem véredényeken, mint a táplálkozás forrásain, hanem ezektől oldalt találhatók.

A cornea táplálkozási viszonyait a nagy pterygium meg is javíthatja, mert edényei a mély rétegekbe menő nedvzárlást szaporítják, miből a cornealis szövetnek is kijut. E körülménynek a pterygium elhatárolódására kellene vezetni, ha t. i. ez a saját maga által okozott táplálkozási zavar útján a saját megnövekedésnek oka volna. A továbbnövekedésnek oka tehát nem a már ennyire jutott állapot lehet, hanem az oknak más viszonyokban kell rejleni, ennél fogva már csak a valószínűség szerint is külső hatásokban kereshető.

Még az odanövekedés helyének a cornea közepe felé történő kiszélesedése is ellentmond annak, hogy a vitalis feltételek a túlnyomóak. Mert minél közelebb a szaruhártya közepéhez, annál inkább képes a cornea szélnek szabad részéről jövő nedvzárlás érvényre jutni. A pinguecula felől a szaruhártya táplálkozására gyakorolt káros behatásnak a maga szétterülésében csak gyengülnie, nem pedig egyszerre mind elszélesednie kellene. A dús klinikai tapasztalatok azt mutatják, hogy a corneának a kötőhártya megbetegedése által feltételezett szövet-elváltozásai a cornea szélén nem keskenyek s a közép felé nem szélesbednek, hanem a dolog inkább fordítva áll. S e klinikai észleletek szintén ama feltevés ellen szólnak, hogy a pinguecula és az általa a táplálkozási anyagban előidézett zavarok az összetapadási helynek kiszélesedését okoznak. Ezzel a pterygium oldalszélein levő felhámnak magatartása is igen jól hozható összhangzásba, míg másképpen magyarázat nélkül marad. Az elsorolt jelenségek megfejtésére a hunyorítás mechanizmusát több jogosultsággal vehetjük igénybe, mint a vitalis befolyásokat.

A halántéki oldalról fejlődő röphártyák a ritkábbak és rájuk az előbbieknél felhozottak nem feltétlenül, de mégis sokban alkalmazhatók. Névleg idegen testek a külső szaruszélén nehezebben gyülekeznek; de néha mégis elegendő számban arra, hogy itt is photochemikus ingert kifejtsenek. Az erre kedvező bonczani viszonyról H. v. Hoffmann dr., szemész Baden-Badenben, (a maga előadásában a phlyktaenás eruptióknak e helyen gyakoriságára vonatkoztatva) kitérő leírást ad,¹ melyet ezikkéből idézek: „A hely, a hol phlyktaenák támadni szoktak, a szaru- és az inhártya összeereszkedésének ama belül és kívül levő része, melyen a szempillák a hunyorításnál egymásra csapnak, tehát az egyedüli helyek, a hol a pillák a szemgolyót, a szaruhártyának fokozottabb domborúsága miatt, a pislogásnál nem érinthetik és nem tisztogatják.

¹ Élőn megejtett kísérlet erről felvilágosíthatna. Az eljárás olyasféle lehetne, milyennel a gletscherek tovahaladását meghatározzák.

¹ Baden-Baden und seine Kurmittel, 1886. C. Wild kiadása Baden-Badenben, a 145-dik lapon.

A könyárban szabadon uszkáló testeeket itt, az erélyes hunyorgatások dacára, megtapadni és rövidebben-hosszabban vesztegelni látjuk. A kötőhártya folyadékárjában is itt úgy-szólván holt hely van, és (a görvélyes személyek szöveteinek nagyobb sérülékenysége mellett) a gondolat közel áll, hogy épen ezen két ponton mechanikus és chemiai ingerek épúgy mint fertőzéses csírok hamarabb benyomulnak és tevékenyekké válhatnak, mint a kötőhártyának és a szaruhártyának más helyein, melyekről gyorsabban leöblíttetnek és elpislogtatnak¹ stb.

A fénynek a szemre gyakorolt photochemikus hatását eddig alig méltatták. Holott annak általános megfontolása, hogy eme vegyi fényhatás a természetnek szerves háztartásában milyen nagy szerepet játszik, már figyelmessé tehetne, hogy a látás szervének állapotára is nagy befolyása lehet. Widmark kísérletei e tekintetben tudományágunknak új szempontokat nyitnak.

Ha meggondoljuk, hogy a vegyi fényhatás kötő- és szaruhártya-gyuladásokat gerjeszthet; hogy az idegen testek a szemrészben az ártalmas photochemikus sugarakat gyűjtik és lokalizálják; hogy a chemiai fényhatás nyáron mintegy 150-szer nagyobb mint télen¹: akkor a szembetegségek előfordulására vonatkozó némely adat egészen más világításban tűnik fel. A pterygium és vele a pinguecula statistikájára nézve fontossá válik a kérdés, hogy vajjon a betegek azonkívül, hogy szennyezett levegőben tartózkodnak, egyszersmind a szabadban is lenni szoktak-e? Hogy a fokozott hó a conjunctivára káros, ellenben a szaruhártyának inkább hasznos mint ártalmas, azt számos klinikai észleletből tudjuk. Ezentúl klinikai eljárásainkban még a fénynek chemiai hatásával is kell számolnunk.

E tényállás tekintetbe vételével értjük meg csak igazában, hogy miért találunk nőknél kevesebb pterygiumot mint férfiaknál, hogy miért nőnek a pterygiumok főleg nyáron és hogy miért vannak a déli vidékeken nagyobb számmal mint az északiakon. A meddig visszaemlékezésem terjed, molnárokon kevesebb a pterygium mint kőműveseken, kéményseprőkön kevesebb mint utcáseprőkön, — bizonyára azért, mert a pornak egyenlően vannak ugyan kitéve, de nem egyformán a szűrő napfénynek.

Hogy tehát pterygiumnál a conjunctiva a corneába hatol, azt első sorban a photochemikus hatásnak kell betudni. Az ibolyántúli sugarak a kötőhártyát épúgy izgatják ugyan mint a szaruhártyát. De minthogy az edénydús conjunctiva élete szívósabb, az edényhíjas cornea pedig a táplálkozásban érzékenyebb, ezért a sejtek harezában a kötőhártya győz, míg a szaruhártya áldozatul esik.

A subconjunctivális injectiók a trachomás pannus kezelésében.

Ifj. Siklóssy Gyula dr. kórházi alorvostól.

(Folytatás és vége.)

Kapcsolatosan az acut blennorrhoea esetében adott subconjunctivális sublimat-injectiókkal, egész sorozatát végeztem (különösen 1893. augusztusától november elsejéig a kórházban fekvő, majd mai napig főnököm magánbetegeinél s a kórházi ambulantián) a kísérleteknek *chronikus blennorrhoeánál, trachománál*, annak igen makacs alakjainál, melyek friss, recens pannosus eruptióval jártak; melyek pannus siccut és félheveny állapotot mutattak.

Az így kezelt esetek száma június hó végéig 31, összesen 104 injectióval. Néhány kórtörténet, ismét válogatás nélkül, a kórházi jegyzőkönyvből szószerint idézve, megerősíti azon következtetéseket, melyeket kísérleteimből levonok:

K. A., 32 éves, r-kath., napszámos. Október 22-dikén jelentkezett először az osztályjáró beteg rendelésén.

¹ Mint Eder munkájában „Ueber die chemischen Wirkungen des Lichtes“ még számos a szemészt is érdeklő részleten kívül olvasható. Lásd erről: „Handbuch der Photographie“. 1891, Halle a/S. Knapp-nál I. kötet, 2. f. 320–342. és egyes részleteiben a 269–289. oldal.

Külsőleg a szemhéjak, a jobb inkább mint a bal, erősen duzzadtak, szemrés nehezen nyílik; bő könyvezéstől híg váladék ürül a szemrészből. Jobb szem a conjunct. tarsi rendkívül hyperaemikus, átlátszatlan, egyenletesen vörös, duzzadt, felülete göröngyös, benne sárgás foltokat nem csak az átmeneti redő felé mélyen sejteni lehet és pedig több sorban ülő sárgás göbök alakjában. A szaruhártyát élénk, az előbbi conjunctivális injectióval összefolyó, általa részben takart ciliaris injectio övedzi; a conjunctiva bulbi átlátszatlan, a szaruhártya felülete göröngyös átlátszatlan felrakódásoktól és hámfosztott bemélyedésektől; a közepén leginkább infiltrált egy centralis fekély környékén, a honnan a szürke szineződés szétterjedőleg eredetét veszi. $V =$ kézmozgást jelez.

Körülbelül e körképet mutatja a bal szem is, azzal a különbséggel, hogy itt egy régebbi makulához társult friss trachomás eruptio. *Látélessége 5 m.-re ujjak olvasása.*

Aznap sublimat-injectio erős cocain-anaesthesia mellett, 2 óra múlva a szaruhártya bágyadt színét veszteni kezdi, csillogó, fényes lesz; $V = 2$ m., *ujjak olvasása a jobb szemén.* Másnapra az infiltrált részlet biztos határokat nyer. Ily képet ad körülbelül október 23-dikán; 24-dikén, 26-dikán és 28-dikán új injectiók.

Október 28. $V = j.$ sz. $\frac{5}{30}$; *bal szem* = $\frac{5}{30}$ -ad. Ily állapotban lett november 5-dikén az új kórház trachoma-osztályára áthelyezve.

P. E. 48 éves, cipész, ki munkáját 2 éve tartó trachomája miatt folytatni nem képes. A szaruhártya $\frac{2}{3}$ -át elborító, lefelé ereszkedő recens pannosus eruptióval került kezelés alá. Előzőleg hónapszámra lett cuprum sulfuricummal kezelve, még előbb légeny-savas ezüsttel étetve; majd a Rókusban Keining testvérek eljárása szerint sublimatos bedörzsöléseket kapott kötőhártyáján. Állapota türethető volt, leszámítva egy-egy oly eruptiót, mi ismételt hónappal vetette vissza a kezelésben. A kezelés folyamata alatt 3 subconjunctivális injectiót kapott, mialatt a látélesség ötszöröse emelkedett 10 napon belül; utóbb ismét ledörzsöléseket alkalmaztam; ma a beteg corneája a pannusnak nyomait is alig viseli; nem említve, hogy azóta recidivája nem volt (*az esetet 8 hó óta észlelem*).

Ugyan-e keretbe tartozik F. J., kórházi szolgáló is, ki 3 év előtt huzamos ideig az osztályon feküdt trachomájával; ekkor gyógyultan távozott; augusztusban egy erős pannus eruptióval láttam viszont, mi 4 sublimat-injectióra 16 nap alatt teljesen fel-tisztult; látélessége $\frac{5}{30}$ -ad volt, egy centrálisan visszamaradt szaruhomály miatt. Október óta munkáját végzi s még ma is feljön naponta 3% sárga higanykenőcs massagenak alávetni a szemét; 1894. július 28-dikán a megltámadt szem látélessége $\frac{5}{12}$ -ed.

Kl. J., 18 éves, kertész. 1893. szeptember 19. Trachoma cum panno o. u. Diffus trachoma részben hyperaemikus conjunctivával, részben hegyszigetekkel; bő secretum; felülről leereszkedő, edényzetes, felületes pannussal.

Szeptember 20. I. subl. inj. 1:1500 $V = J.$ sz. $\frac{5}{50}$
B. sz. $\frac{5}{30}$

Szeptember 22. II. subl. inj. $V = J.$ sz. $\frac{5}{30}$
B. sz. $\frac{5}{20}$

Szeptember 25. III. subl. inj. $V =$ idem

a cornea csillogó; a leereszkedő homály succulentiaja teljesen eltűnt; szeptember 30. $V = J.$ sz. $\frac{5}{15}$; B. sz. $\frac{5}{15}$.

Sz. V., 1893. október 25. Trachoma chronicum cum panno. Jobb szem igen mélyen infiltrált tarsalis conjunctiva és átmeneti redő; a szaruhártyát annyira átlátszatlan posztó fedi, hogy az iris színe meg nem különböztethető; az egész felülete göröngyös az elszínesedett ráakódásoktól. $V = 1$ m. ujjak. Háromszor kapott 3 naponként sublimat-injectiót a kötőhártya alá; november 5-én $V = 5$ m. ujjak.

Régi cornealis complicatiójánál, pannus siccutnál 4 esetben adtam subconjunctivális befecskendést, a látásra vonatkozó különösebb eredmény nélkül.

A conjunctiva trachomájának gyógyulását a sublimat-befecskendezések minden esetben csak siettették; úgy hogy ezen tapasztalatból kiindulva trachomás és blennorrhoeás betegeinknél a *conjunctiva mélyébe, az átmeneti redőbe*, hogy úgy mondjam, a parenchymájába való befecskendezésekkel akarunk kísérleteket tenni.

A fent irt eredmények megokolása nem magyarázható meg abból, a mi az előzményekben mint történelmi adat fel van sorolva. Nem állapítható meg az az eszmemenet, a mi mellett a heveny s fél heveny trachománál a subconjunctivalis injectiók első alkalmazása jogosultnak látszott. Erre vonatkozólag szabadjon még a következőket felemlíteni:

Trachománál és blenorhaeanál, mint kiválóan mycoticus eredetű kóralagnál, a sublimát, úgy látszik, specificumnak tartható; annál is inkább, mert a bántalom azt a területet foglalja el első sorban, mely az infectió megtörténtekekor ennek leginkább megközelíthető; később válik a betegség mind mélyebb és mélyebb jellegűvé, a mikor azután minden therapeutikus beavatkozásnak ott a mélyben kell támpontot keresnie.

Hogy egy kissé analog példát említsek (bár igen tudom, hogy ez sok tekintetben nem teljesen az), de milyen nehéz egy luetikus iritisben szenvedő egyénnél a specificumot magához az irishez eljuttatni, a csarnok épségben tartása mellett. Az esetben, ha az átmeneti redő mélyen infiltrált, senki sem tartja lehetetlennek, hogy a bajt mélyében támadjuk meg az által, hogy onnan Knapp-féle mángorló csipővel a trachoma-csomók tartalmát kinyomjuk, a felületét sublimáttal ledörzsöljük; s magába az átmeneti redőbe még sublimátot fecskendezünk.

Mindenesetre kevésbé erélyes beavatkozás az episcera felett fekvő, a limbustól 8—10 mm.-nyire távol eső conjunctiva bulbi alá való vitele a sublimátnak; hogy az innen eljut az átmeneti redőhöz, eljut a trachoma-csomókhoz, az nagy valószínűséggel feltehető; ugyanezek ily feltevés mellett gondoltam, hogy a limbustól 4—6 mm.-re befecskendezett sublimát-oldat eljut a cornea conjunctivalis lemezéig s ebben nem is csalódtam.

Erre a következtetésre jöttem 1 éve folyó befecskendezéseimnél, hol¹ több esetben felületesen fekvő, különösen a limbushoz közel eső szarufekély-befecskendezésre rögtön feltisztult. És itt kell azzal foglalkoznunk, hogy a befecskendezett sublimátnak mi a sorsa a conjunctiva alatt: bejut-e az a csarnokba mint ilyen; az oldott sublimát mint oldott sublimát, sőt mint Darier állítja, eljut-e az, mint a tusche-testeeké az üvegtestbe is és a látideg hüvelyén át a másik szembe (!?). A kérdésre nehéz felelni: én csekély számú kísérleteimet, melyek a módszer egyszerűsége miatt² könnyen ellenőrizhetők, ez állítás tagadására nem tartom elég-ségeseknek. Mindenkép Darier adagja ($\frac{1}{2}$ mgm.) az első pillanatban homeopathikusnak tetszik, ha 1:500 vagy 1:1000-hez oldattal ledörzsölöm a conjunctivát, akkor biztosan ez adagnak $\frac{1}{4}$ része sem jut felszívódásra, illetőleg felszívásra.

Mint azt más helyen is kifejtettem, nem kell egy methodust általános panaceának felfújni akarni, mert egyes kis kudarcok disqualifikálják oly téren is, a hol annak hasznát lehet látni; hogy a sublimát-injectiók a kötőhártya alá víve jelentékeny szolgálatra vannak hivatva, arról a fenti tapasztalások győztek meg engem s az a könnyű ellenőrzés, mely az infiltrált pannusnál a határvonal demarcálása által válik biztosítottá, engedi azt remélnem, hogy a kartárs urak közül néhány ellenőrző kísérlet beválása után mind többen lesznek, a kik ez eljárást alkalmazni fogják.

Mielőtt már most az itt jelenlevő két esetről a módszer bemutatásához fognék, engedjék meg, hogy még néhány szót szóljak a subconjunctivalis injectiók technikájáról. Épen mint az indicatiók, melyek szerint a különböző szerzők a befecskendezéseket alkalmazzák, úgy a mód is, a mint azokat adják, különböző. Darier szerint egy egyszerű Pravaz-fecskendő szükséges hozzá, melynek rendkívül vékony, finom tüje platiniridimból készült; ebből fecskendez be a conjunctiva alá, miután azt csipeszszel előzőleg felemelte és a redőbe bemélyeszi (en enfonsant obliquement) a tü hegyét. Tehát cocainnal érzésteleníti a szemet, kimossa; utána (vagy segédjével vagy szemhéjartóval hozzá-férhetővé téve a szemet) csipővel redőbe emeli a kötőhártyát (6—8 mm.-nyire a limbustól) és egy tized fecskendőnyit víz a kötőhártya alá 1:1000-hez oldatból, minck elkészítésére súlyt fektet, hogy ne égessen, nem szabad alkoholt tartalmaznia. A befecskendezés után kötést alkalmaz, főleg azért, hogy a beteg a kötőhártya duzzadt, vörös voltát, esetleg ezen az apró vérömlenyeket

ne vegye észre és hogy az idő viszontagságai ellen védve legyen. Darier is megemlíti, hogy a csipőt könnyen lehet nélkülözni, ha az injectiót alul adjuk és a beteget felszólítjuk, hogy nézzen felfelé. A kísérő fájdalom szerinte általán jelentéktelen; függ azonban a beteg érzékenységtől. Lagrange lefekteti a beteget s mögéje helyezkedik el; $1\frac{1}{100}$ oldatot használ, a befecskendezéseket nem tartja fájdalmasoknak,¹ sem kötést nem tart szükségesnek. A $10\frac{0}{10}$ jódkáli-oldat befecskendezése az első esetekben (20 egr.-ot adva) kisfokú mérgezési tüneteket okozott; a befecskendezés pillanatában az ütérőkés kimaradt: chloroformmal elaltatva a beteget, a tünetek hiányzottak.

Érdekes még Lagrange fejtegetésében az a rész is, melyben azon kísérletekről ad számot, melyeket házi nyulakon végzett tiszta vízzel egyrészt, másrészt pedig sublimáttal; ő azt találta, hogy az utóbbi esetekben a szövet közti hézagok szűkebbek, a rostos részek pedig tömörebbek lettek. És ez az, a mi miatt ő nem találja a sublimát-befecskendezéseket veszélyteleneknek; szerinte odanövés okoz a selerához és másrészt befolyásolja a belszemi vérkeringést.

Van der Moll $10\frac{0}{10}$ cocain-oldatból cseppent be kétszer a szembe; segédjével a szempillákat szét, a szemrést nyitva tartatja; csipőt használ és $\frac{3}{20}$ mgm. sublimátot és 5 mgm. cocaint fecskendez be (1:1000 oldatból másfél osztályrészt vesz, a mit feltölt 2 osztályrészt 10% cocain-oldatból). A befecskendezés nem fájdalmas; minden betegnek megvan a maga tüje. Ily körülmények között (mert az eljárás desinfiálást és sterilizálást igényel, mert továbbá gyermekek és nők nagyon félnek a „beszúrástól“, mert továbbá segédkezésre van szükség) ő nem is erős híve a befecskendezéseknek, bár eredményeik jók.

Geppner jun. teljesen a Darier-féle leírásához tartja magát; csak hogy 1 cm.-re a limbushoz fecskendez be. Ő azt állítja, hogy rendszeren a conjunctiva és a sclera között összenövés marad vissza, a mi kékes heg gyanánt látható. A befecskendezések számában nem hajlandó oly messze menni mint Lagrange és Darier 8—10—16—20-ig, hanem ha 2—3 befecskendezés eredményt nem ad, úgy eláll a kezelés ez alakjától.

A Rókus-kórházban végzett nagyszámú befecskendezéseknél (l. Magyar orvosi Archivum 1894: „A subconjunctivalis injectiók alkalmazása a szemészetben“) arra a meggyőződésre jöttem, hogy először is sok hibát követnek el a fecskendők megválasztásánál. Ha az ember fémfecskendőt használ, úgy 1:1500 higany-oldatból a higany a fémre rakódik le és azon amalgámot képez, a megmaradt indifferent oldattól pedig valami eredményt hiába várunk. Első eseteim egyikét szabadjon itten felemlítenem. Egy miskolci kereskedő, ki két nappal előzőleg vette észre, hogy rosszul lát, kereste fel az osztályt, ép mellső szem mellett $\frac{1}{10}$ látélesség; a környi látás (ujjakkal vizsgálva) látszólag ép; nappali világoságnál, napos délelőtt, az ujjakat vele szembe állva, én is egyszerre vettem észre a peripheriáról közelítve; kis fény mellett azonban alul kívül a környi látás majdnem teljesen hiányzott. Ennek megfelelőleg közepesen alig nagyobb fokban rövidlátó egyének reczeghártyája a papillától 2 pap. átmérőnyi távolban lapon lapon le volt valva. Csakis az illető helynek 3 D.-val kevesebb fénytörési fokán lehetett a reczegleválást felismerni.

Az illetőnél egy darabig abszolút nyugalmat és kötést alkalmaztunk, majd Weckernek féleredményein felbátorodva, sublimát-injectiókat adtunk a conjunctiva alá, és pedig az elsőt fémfecskendővel. Nagy örömmel jegyeztem fel, hogy a befecskendezés sem fájdalmat, sem semminemű reactiót nem okozott, de változást sem szemének állapotán. Néhány nap múlva jutottam a kaucuk-fecskendők birtokába (Reiner budapesti bizományosától, Wesselytől); ezzel adva alá felé a befecskendezést, az fájdalmasabb volt, bár előzetesen cocainozva lett és másnapra jelentékeny reactió lépett fel; valamint így alkalmazott 4 fecskendezésre látása $\frac{1}{4}$ -re javult; a peripherikus látás gyenge fényre is szabadabbá vált, az objectív lelet pedig csak +1 D.-nyi különbséget mutatott a visszafeküdt részleten haladó edény kis hajlásán.

Ily nagy a különbség tehát a kaucuk-fecskendő és a közönséges fém Pravaz alkalmazása között.

¹ Magyar orvosi Archivum 1894.

² Ibidem.

¹ Míg a jodtrichlorid ($1\frac{1}{100}$) befecskendezéseket a betegek rendkívül rosszul tűrik a nagy fájdalom miatt.

A hozzávaló tü rendkívül finom, vékony; nem szükséges, hogy, mint azt Lagrange követeli, a vége a discissiók tűhöz hasonlóan ellapuljon; rövid tü előnyösebb mint a hosszú, mert nem görbül el oly hamar, valamint a tü hegye is inkább rövide legyen köszörülve, mert bizonyos helyzetekben igen nehéz a ferdén hosszúra köszörült tü hegyét a conjunctiva alá vinni tangenciálisan, úgy hogy az episclera megkímélve maradjon és hogy a feckendő nyílása a tü végén mégis úgy kerüljön a conjunctiva alá, hogy semmi se menjen a conjunctivalis zsákba, de minden a terv szerint alája.

Nem találtam szükségesnek a csipesz alkalmazását, mint azt Darier teszi, de ő maga is eláll tőle, nagyobb reakciót okoz és az eljárást nehézkessé teszi.¹ Ha mégis csipeszt használni akarunk, úgy nem ajánlhatok egyebet, mint egy kaucuk- vagy még inkább *teknősbéka-fődéssel* ellátott Blömer-csipőt; ez rongálja a conjunctivát legkevésbé.

Nem láttam soha szükségét egyéb sterilisációnak vagy anti-septikus eljárásnak, mint a *platin iridium-tü kihívését*, a mi igen rövid processus és a mellett annyira előnyös tulajdonság, hogy az osztályon minden feckendést (bőr alá valót is) ily tüvel adunk. Nem akarom e pontnál mondani, hogy az igen különböző betegségeknél, infectiosusoknál is alkalmazott befeckendezések alkalmából a végrehajtó kezei nem lettek a *leggondosabban* megtisztítva²; de nem tartom a subconjunctivalis injectiókat, ha egyébként jó eredményeket adnak, Van der Moll szerint nehézkesebbnek azért, mert sterilizálást és antiseptikus eljárást kívánnak.

A szemrés nyitvatartására *nem szükséges assistentia, sem szemhéjtartó*; Snowden még a legkellemetlenebb; a Desmarres-kanalak kevésbé, de már 2 kézzel többet követelnek; a ki a befeckendést végzi, az *saját két ujjával* elvégezheti az assistens dolgát; különösen ha a beteg alá felé kapja a befeckendezést. Az eljárást igen megkönnyíti, ha az ember a beteget falhoz ülteti, úgy hogy az ablak a beteg szem felé essék, fejével pedig a falhoz támaszkodjék; igen jó szolgálatot tesz ez a könyvezeték sondázásánál, valamint idegen test eltávolításánál, chalazium belső felnyitásánál és több szemézi apróbb beavatkozásnál, melyek ambulánsan végezhetők. Megköveteli azonban az ily ültetési mód a bal és jobb kéz aequivalens ügyességét, az úgynevezett ambidexteritást; a jobb szemem alul így balkézrel végzendő a befeckendezés, felül már hamar árnyékot kap az orvos, ha nem sülyeszi egy kissé a feckendőt. Sokszor láttam ekkor a beteget szabadon úgy ültetni, hogy a világosságot szembe kapja és a műtő hátulról, a beteg fejét *saját mellének támasztva*, a felső szemhéjat balkeze mutatóujjával emelve végzi a befeckendezést, mialatt természetesen a beteg tekintetét a földre szegzi. Mindenesetre a befelé való nézés oly esetben, midőn felülről kap a beteg befeckendezést, rá nézve elég terhes; a szem minden sértés elől a felső szemhéj alá menekszik s így előfordul az, hogy míg a beteg lefelé tud nézni, az orvos türelme erős próbának van alávétve; de megtörténik az is, hogy a beteg a félelem miatt egyáltalán képtelen lenézni, vagy ha egy pillanatra ezt meg is teszi, ez nem elég a befeckendezés végrehajtására; ily esetben a tü hegye bemehet az episclerális kötőszövetbe vagy mélyebbre is és ott kellemetlen, fájdalmas melléktünetek kifejlődésére adhat alkalmat és ez adhatott okot

¹ A Rókus-kórházban közel egy éve nem használunk csipőt a rögzítésre, ha csak a beteg felettébb nem nyugtalan; első feltétele ez az ott divatos eljárásnak, mikor csak *egyetlen egy eszközzel* (Siklóssy sen) végzik a hályogkivonást. Szemhéjterjesztés a műtő két ujjával, beszúrás Graefe-késsel rögzítés nélkül. Contrapunctio; lebenyecen befejezése a szarűsebnek; tokhasítás a kés fokával; kinyomása a hályognak a szemhéjszélékre tett (bal vagy jobb) mutató és (jobb vagy) bal hüvelykujjakkal által.

² Arlt tanár kezeit csak heveny blennorrhoea után mosta; hogy az infectióról szóló tan tudása ma milyen terhes egy szemorvosra nézve, kinek magán-, de nyilvános rendelésén is egy „tisztá” beteg után rendszeren egy „trachomás” vagy blennorrhoeás jön, azt felesleges említeni. Jól tudom az ellenvetést, hogy ezt be kell osztani; de a Rókus-kórház szemosztályának viszonyai olyanok, hogy az érkező beteget azonnal vagy lehető gyorsan elő kell venni, nehogy igen nagy torlódás támadjon; a magángyakorlatban pedig a „beosztás” még kevésbé vihető keresztül. Trencsén megye Illava járásában trachoma ellenőrző vizsgálatot tartva, 1 grm.-os sublimát-pastillát használtam 1 liter vízre; trachomás után ebben leöblítve kezemet, képes voltam egy délelőtt 6—800 egyént, köztük 60—80—100 trachomást átvizsgálni. A sublimát nélkül 60—80—100 kézmosásban lehetett volna részem.

némely szerző azon állításának, hogy a subconjunctivalis sublimat-injectiók után episcleritis marad. Ajánlatos, ha a beteg nagy félelmet árul el, őt biztatni, bátorítani és ha még így sem tart nyugodtan, csak úgy nyulni a subconjunctivalis injectiókhoz, *ha azok más eljárás által nem pótolhatók*.¹ Semmi esetre sem magyarázható meg a narcosis, legalább nem a mi viszonyaink mellett, hol jelentékeny sebészeti műtéteket (közúzás, szemhéj-plastika) is azért végeznek narcosis nélkül, hogy egyrészt a szervezetet az ez által okozott megviseltetéstől megkímélik, másrészt, hogy a letalis kimenet veszélye csak abban az esetben legyen meg, a hol azt kikerülni egyáltalán lehetetlen volt. Ez indicatio alapján végezzük az *enucleatio* *javarését narcosis nélkül* és tudomásunk szerint újabban az egyetemi szemklinikán is e módon járnak el.²

Van der Moll két ízben cseppent be 10% cocain-oldatból; azt hiszem, hogy ha ezt néhány percnyi időközökben teszi, az elég is; ám a cocainozás teljes voltának, illetve sikeres voltának igen biztos támpontja van s ez a beteg érzékenysége szerint változik, de mindenesetre akkor áll be, mikor teljes érzéketlenség constatálható a szarűn illetőleg a conjunctiván; mikor van ez, arra legegyszerűbb próbát tenni egy Daviel-kanállal, az ujjal vagy vatta-tamponnal, még egyszerűbb magával a feckendő tüjével. Ugyanezen irányelv vezeti a gyakorló szemorvost a felelőségterhes szemműtétek (szürke hályog, glaucoma) végrehajtásánál, hol az anaesthesiára nagyobb szükség van a nyugalom, a nyugodt tartás szempontjából, mint a subconjunctivalis injectióknál, hol végre is csak kissé fájdalmasabb lehet a beavatkozás, de nem okozhatja a szemnek tönkremenetelét; akkor lehet a hályogműtéthez kezdeni, mikor a szem külső burka teljesen érzéstelen, ha ezt 1% vagy 10% cocain-oldatnak egy- vagy hatszori becseppentésére éri is el valaki vagy éppen mint Dufour-tanár Lausanne-ban, a cornea és sclera határán végzendő seb helyét cocainba mártott steril esettel csak megrajzolja és a rögzítés helyét is cocainnal érinti.

Cocainnak magának az oldathoz való keverése csak előnyösnek mondható; rendkívül leszállítja a fájdalmat, a mi tisztán alkalmazva 1:1500 sublimátot, jelentékeny. De igen sok függ az egyéniségtől. Láttam előkelő hölgyeknek fiatalabb s kevésbé fiatalabb korban alkalmazni; láttam olyan esetekben előzetes cocainozás nélkül azt adni, kik bizonyos más ingerek iránt majdnem hysterikus és neurastheniás érzékenységet tanusítanak, a subconjunctivalis injectiókat jól, igen jól tűrték; míg máskor edzett testű, jómódú vagy szegény ember, erős férfi előrement tökéletes anaesthesia mellett a subconjunctivalis injectiókra heves fájdalmakat jelzett.

Ugyaníly tapasztalataim vannak az objectiv elváltozásokról, a kísérő reakcióról, az oedemáról. Más az eset, ha a befeckendezés végzése alkalmával megsért az ember egy ütőerecské: ekkor vérömlés támad a conjunctiva alá, minek felszívódását nehéz bevárni. Ha azonban ez be nem következik, akkor az egyének állapota szerint fogunk 3—4—6-ik napon is folyadékot találni a conjunctiva és az episclera között egyrészt, másrészt pedig kísérő oedemát és fájdalmakat. Minden esetben a sublimat-injectiók többszöri alkalmazásánál igen ajánlatos bevárni, míg a tekei kötőhártya megközelítőleg rendes állapotát s helyzetét vissza nem nyeri, csak akkor adjuk a második befeckendezést. A befeckendezések számára nézve pedig arra a meggyőződésre jöttem, hogy 4—6-nál többet semmi esetre sem tanácsos adni. Valamely eljárást perseveranter, kitartóan követni, annyit tesz, mint saját a feletti nézetét nyilvánítani, hogy én ez eljárástól várom a gyógyulást: ha azonban a betegség hatszori befeckendezés iránt úgyszólván érzéketlen maradt, úgy nincs okunk remélni, hogy a későbbi, a 7-dik, a 19-dik és a 20-dik befeckendezésre reagálna és pedig javulással reagálni fogna. A beteg az eljárás követe által csak hamis reményt merít, másrészt időt és így pénzt vesz. A bekövetkező complicatiók közül látszólag legjelentékenyebb szerepét játsza az odanövés a conjunctiva és a sclera között. Ha ily odanövés áll elő, az episcleritis után maradhat vissza, s a

¹ Ha csak azt nem tartja a beteg is, mint a vígjáték bolondságain indigáló paraszt, ki ott hagyta helyét s a pénztárnál a jegy árát követelte ezen érveléssel: „Hab' ich 'mal gezahlt, will ich sein gerührt.”

² Lásd: Dr. Grósz Emil: Az orvosok és természetvizsgálók pécsi vándorgyűlésének munkálatai 1894.

helye ilyenkor palaszürke. A conjunctiva a sclera felett el nem tolható s az ilyen marad állandóan hosszú időre a befeeskenedés után.

Ilyen odanövést talált *Mellinger* docens Baselben, kinek path. anatomikus sectiója alá került halálozás miatt egy esete s a hol állítólag a sclera és conjunctiva közt odanövések állottak fenn. A mennyiben ezt csak szóbeli közlésből tudom, nem is nyilatkozhatom a felől, hogy ez esetben ott microscopicus összenövések voltak-e kimutathatók vagy csak az, a mit Lagrange említ, vagy éppen az, hogy a corneo scleralis határon a conjunctiva erősebb rostokkal függ össze az alatta levő szövettel egyrészt, másrészt a corneára mintegy ráfolytatódik: az én egyáltalán csak gyakorlati észlelésen alapuló meggyőződése az, hogy a subconjunctivalis injectiók csak igen csekély számban (az én esetemben 400-ra esik 2, később már nem jegyeztem) okoznak olyatén odanövést az episclerához, hogy a conjunctiva felette el nem tolható.

A vizsgálat nagyon egyszerűen történik, ha a felületes conjunctivát annak kis edényével együtt eltolhatjuk a sclera felett: úgy biztos, hogy nincs odanövés.

A ki az ily eltologatást klinikus diagnosis czéljából állandóan gyakorolja, azt ritkán fogja érke cserben hagyni annak megítélésében, van-e összenövés vagy nincsen.

Tudományos társulatok.

A szemorvosok VIII-dik, Edinbourghban tartott internationalis congressusának tárgyalásai.

1894. augusztus 7-dikétől 11-dikéig.

Az elnöki megnyitó beszédben *Argyl Robertson* meleg hangon emlékezett meg *Donders* és *Becker* Ottó elhunytáról, valamint *Helmholtz*-ról, ki akkor még betegágyán feküdt. A nagyszámú előadás közül a következők ismertetésére szorítkozunk.

Knapp a szürke hályog operálásáról értekezett. Az utolsó években végzett 600 extractiója közül 8·6%-ban végzett iridectomiát is. 66%-ban utólagos discissiót is végzett. Ennek kárát csak egy esetben látta, a midőn a beteg hazautaztában glaucomát kapott s az orvos atropin-oldattal kezelte. 1500 discissió közül ez a második eset, mioticumokkal vagy iridectomiával ezeken is lehetett volna segíteni. A vitában *Panas* is veszélytelennek mondja az utóműtétet, ha azt aseptícuson végezzük s nem túlságosan korán, hanem legalább 3—6 hóval ez első operálás után. *Little* 5 évi hályogműtéteiről számol be. 428 extractio közül 106-ot végzett iridectomia nélkül. Ez utóbbiakra 4 balsiker és 10 iris prolapsus esik. *Swanry* a combinált methodus mellett foglal állást s nem is hajlandó ezt elhagyni, míg a jelenlegi 10%-os iris prolapsus legalább kétfelére nem csökken. *Noyes* az egyszerű methodust pártolja s csak abban az esetben végez iridectomiát, ha a) a pupilla merev, b) a tok tetemesen vastagodott, c) a tensio emelkedett. Műtét előtt s után atropin-oldatot használ. *Snellen* szerint minden egyes esetet individualizálni kell. A prolapsus elkerülésére a) nagy sebet kell készítenünk, b) tökéletes anaesthesiát létrehozni, c) nem szabad szemhéjterpesztőt alkalmazni, d) pilocarpin-cseppeket kell használnunk.

Pristley Smith glaucománál néha hátsó scleralis punctióval helyettesíti az iridectomiát. A felszólalók legnagyobb része azt tartja, hogy ez eljárás az iridectomiát korántsem helyettesíti, hanem legfeljebb palliative hat, míg iridectomiára kedvezőbb viszonyok állnak elő.

Panas a koponya sérülései után keletkező szemidegbénulásokról azt tartja, hogy azok az alap fracturája útján keletkeznek. Legtöbbször az abducens szenved ilyenkor.

Mann azon változásokat demonstrálta, melyeket a világosság a látás centrumának sejtjein okoz.

Abadie a chorioretinitisokról beszél. Ezek is vezethetnek a látóideg sorvadására, ezért fontos, hogy megkülönböztessük az ilyen peripherikus eredetű atrophíát, az olyan szomorú prognosist nyújtó centralistól. Ez utóbbiaknál a zöld szín felismerése igen korán hibássá lesz, úgyszintén megszűnik a látótér is, míg a peripherikus eredetűnél ez nem következik be.

Az eredetük rendesen luetikus. Gyógykezelésül sublimatnak vagy más higanykészítménynek subcutan feeskenését ajánlja. Subconjunctivalis sublimat-injectiókkal lehet az eredményt elősegíteni. Jodkálium szerinte határozottan ártalmas. *Panas* a jodkálium védelmére kél.

Vian conjunctivitis diphtheritica eseteiben a petroleumot használta jó sikerrel.

Leber a formolt ajánlja 10%-os vizes hígításban a szemek keményítésére. 24 óra elégséges e czélra.

Landolt a kancsalság operálásáról szolt. Az izom előrevarrását tartja az igazi eljárásnak, nem pedig annak hátrahelyezését. Csak nagy ritkán folyamodik ez utóbbi módhoz.

A felszólalók (*Swanry*, *Panas*, *Roosa*, *Gruening*, *Stevens*) nem osztoznak az előadó nézetében s az antepositiót nem tekintik a tenotomia helyettesítőjéül, hanem csak mint annak kiegészítőjét gyakorolják a megfelelő esetekben.

Chibret a higanynak s a jodkáliumnak a szem syphilise ellen való alkalmazása értékéről szolt. Csak a higanynak tulajdonít gyógyító hatást. A jodkáliumot csak arra valónak tartja, hogy a higanynak a szervezetből való kiűrtését eszközölje.

Davies a higanykészítmények különböző alkalmazási módjairól tartott előadást. A hydrargirium cyanatum subcutan befeeskenését nagyon ajánlja.

E mellett a subconjunctivalis injectiókat is végezi és pedig a genyes gyuladások, továbbá a keratitis parenchymatosa, chorioiditisek és iritisek ellen. *Hess* állatkisérletei nem igazolják a sublimat subconjunctivalis befeeskenésének nagy diéséretét. *Deutschmann*, ki körülbelül 2000 injectiót végzett, ellenkezőleg nagyon meg van elégedve eredményeivel. A többi felszólalók véleménye is megoszlott ez eljárás hatékonysága felett.

Valude az antipyrin sikerrel alkalmazza oly látóidegsorvadások eseteiben, melyek neuritis descendensből (meningitisek után) keletkeztek. Az alkalmazás subcutan történik, másodnaponként 1 grammnyi adagban tömény vizes oldatban.

Meltardy az öregkori hályog mesterséges érleléséről számol be s az eljárást hasznosnak tartja. *Noyes* is pártolja az eljárást, de szemben előadóval az érleléshez nem tartja az iridectomiát szükségesnek.

Theobald a ductus nasolacrimalis stricturái esetében a *Bowmann*-féle vékony sondák helyett vastag sondákat alkalmaz.

Stoelting hydrophthalmus cong. eseteiben az ismételt sclerotomiát ajánlja. A beteget úgy a műtét, mint az első kötészváltoztatások alkalmával (!) narcotizálja. *Guttman* az iridectomiát pártolja, míg *Dufour*, a míg csak lehet, mioticumokkal kezeli a betegséget.

Malgat a trachoma kezelésére az electrolysist ajánlja. A hatást úgy képzeli, hogy az részben vegyi, részben antiseptikus, részben mechanikus. Hangsúlyozza a hygienikus viszonyok szerepét e betegség elterjedésében. *Chibret* ez alkalmából újolag fel-említi, hogy szerinte a faj nagy befolyást gyakorol.

(Annales d'Oculistique. 1894. août.)

A német természetvizsgálók és orvosok Bécsben tartott gyűlésük tárgyalásaiból.

Fuchs a keratoplastikáról tartott előadást. 30 esetéről referál. 11 esetben enuncleált emberi szem corneáját használta az átültetésre. Többnyire odatapadtak ugyan, de átlátszóságukat nem tartották meg. Csak 3 esetben volt némi látásjavulás az eredmény. De igen jó sikerrel alkalmazta részleges, kitágult szaruhártyaheg eseteiben, a midőn ilyen módon lapos és szilárd szaruhártyát nyert. *Wicherkiewicz* is több ízben megkísérlette a transplantatiót, de állandó eredményt nem tudott elérni.

Reuss gyuladós szembajoknak villamos kezeléséről szolt. Különösen az episcleritis ellen alkalmazta jó sikerrel és pedig az egyik electrodot magára a csomóra helyezi (e czélból platinából készítetteti a véget) s 1 percig áramoltatja át az 1—1·5 M. A. erejű áramot. *Goldzieher* episcleritis eseteiben előszeretettel alkalmazta a natrium sozojodolum kenőcsöt (0·25:10), melyhez pilocarpin vagy atropin is tehető s mely kenőcs corneafekélyeknél is jó szolgálatot tesz. Az episcleritis csomós alakja eseteiben meleg fürdőtől izzasztással jó eredményeket látott.

Bernheimer az oculomotorius anatómiájáról és egy anophthalmusnál talált kórbonczati leletről tartott előadásokat.

Elschnig a pangásos papilláról szolt s 46 szem vizsgálatából azon eredményre jutott, hogy a mechanikus teoriának nincs jogosultsága. Szerinte mindig gyuladás izzadmánytermeléssel okozza a papillitist.

Goldzieher figyelmezteti előadót, hogy a klinikai tapasztalatok inkább kedveznek azon felfogásnak, hogy egyszerű pangás is lehet a papillitis előidézője. Ebből magyarázhatók azon esetek, melyek jó látásélességgel állanak fenn s mulékonyak.

Goldzieher az operálás után néha előforduló delectar szem-beli vérzések forrásáról szolt s azon nézetének ad kifejezést, hogy ezek az arteriae ciliares posticae longae egyikéből származhatnak. *Purtscher* egy esetet említ, a midőn spontán ruptura után keletkezett nagy vérzés, mely valószínűen *Goldzieher* felfogása értelmében retrochorio idealis volt.

Purtscher a felső szemhéj cystájával társult mikrothalmusról tartott előadást, *Mitvalsky* pedig orbitalis thrombophlebitisről.

Fukala a nagyfokú myopia operálásának indicatióiról beszélt. 7 év óta 44 esetben operált. Többnyire olyan esetek voltak ezek, a midőn concav üveget nem tudtak viselni. *Fukala* fiatal korukat operál s olyanokat, kiknél chorioiditis nincs vagy még csak jelentéktelen mértékben, mert különben retinalis vérzés s leválás fenyegeti a szemet. *Schanz* azt vitatja, hogy a látásélesség operálás után emelkedik.

Wicherkiewicz hályogoperálás után bekövetkező infectio eseteiben, ha az a cornealis sebre szorítkozik galvanocautert, sublimat-beesőppentést és injectiót alkalmaz; ha pedig mélyebbre terjedt, a sebet megrepesztí s az elülső csarnokot kiöblíti.

Gruber a corneában történő circulatióról,

Bergmeister az anyagcsere betegségeit kísérő szembajokról szolt.

Szili stere. kopikus árnyékpróbakkal igazolja a temporalis ideghártya fél praevaleálását s bemutatja a lebegő szívek tünetét. (Tagblatt der 66. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.)

IRODALMI SZEMLE.

Formaldehyd mint szemvíz. Gepner 1:2000, 1:1000 oldatban használja a formaldehydet, mint szemvizet: 1. operálandó szemeknél lemosásra; 2. heveny kötőhártyaloboknál; 3. enucleatio és szemhéjműtéteknél. A kötőhártya váladékát csökkentő, szűrő érzést és vérbőséget okozó szert, jó sikerrel használta a szerző hurutos gyuladással, genyes kötőhártyaloboknál, genyes könnytömlő-kifecskendezésre, különösen pedig szemhéjműtéteknél és enucleatióknál. Utóbbinál $\frac{1}{20}\%$ oldattal fecskendi ki az üreget és ugyanilyen oldatba mártott tamponnal tömi is ki, mely után nyákos-genyes váladékot sohasem látott.

Valude, hályogműtét utáni sebfertőzésnél 1% -os oldatot beesepegtetve, gyógyulást látott. Üvegtesti tályognál szerző eredményt nem ért el.

(Centralblatt für praktische Augenheilk. Juni 1894.)

Schwarz Ernő dr.

Orbitalis phlegmone hét esetéről és annak keletkezési módjáról ír *C. Hirsch dr.*, melyek közül három esetben ugyanazon oldali cariosus felső őrlő-fognak kihúzása után keletkezett gyuladás egy esetben teljesen elroncsolta a szemtekét, két esetben pedig ép szemteke mellett látóidegsorvadást okozott. A negyedik genyes Antrum Highmouri-ból; az ötödik dacryocystitis-ből; a hatodik teljesen egészséges emberen külső infectio útján és a hetedik esetben kilenc hónapos, vérszegény, elszórt genygyülemes testű gyermeknél fejlődött ki. Szerző a gyors megvakulást ép szemteke mellett úgy magyarázza, hogy neuritis retrobulbaris keletkezik; a látóideg összenyomatásából vezetékptelenség; az arteria centraliséből pedig vérkeringési zavar a látóidegben és a retinában.

(Centralblatt für prakt. Augenheilk. Juni 1894. Schenk. Prager medic. Wochenschrift 1894. Nr. 14—20.)

Schwarz Ernő dr.

Gayet szívbajhoz társuló két szemmegbetegedést közöl. Egy 30 éves férfi 1893. december elején bal fülére megsüketült, ebből három hét alatt gyógyult; december 28-dikán pedig bal szemére teljesen megvakult és két nap alatt corneája is elgenyedt. A szemet enucleálták és staphylo-coccusokat tenyésztettek belőle. Beteg fertőző endocarditisben halt el és a szívbillentyűkről staphylo-coccus-coloniákat sikerült előállítani.

A második eset egy 14 éves, 6 év óta izületi csúzbán és endocarditisben szenvedő leány, kinek jobb szemén betegségének vége felé hályog, izzadmány az elülső csarnokban és vakság lépett fel; 15 nap múlva pedig halál.

Az autopsia endo- és pericarditist, aortában fekélyeket, lép- és vese-infaretusokat: a szemben pedig megvastagodott látóideghártyát, infiltrált érhrtyát és hályogot derített ki. Szerző e szembetegséget, ki utóbbi esetben sem a szívből, sem a szemben bacteriumot nem talált, a nyirkedényeken át haladó és a naphthalinhez hasonló hatású, az izületi csúzból származó toxinnak tulajdonítja. (Centralbl. für prakt. Augenheilk. Juni 1894. Kuthe.)

Schwarz Ernő dr.

Syphilitikus eredetű papulákat a bulbaris conjunctiván ír le *Herter dr.* A 28 éves férfinál körülbelül négy hónappal a bujakóros fertőzés után a bal szemén először heves kötőhártyagyuladás támadt. Néhány nappal később a szemteke kötőhártyáján a cornea felső szélé felett egy haránt irányban ovális, 2 cm. hosszú, 1 cm. széles s 1.5 mm. vastag, meredek szélű, szürkés-vörös, kissé lepedékes, eléggé tömött kiemelkedés tünt fel, mely a limbusig ér, de magára a corneára át nem terjed. Egy hasonló, de csak lencsenyi kiemelkedés a cornea külső-alsó szélén látható. A conjunctiva tarsi vörös, duzzadt, de a pupilláknak megfelelő helyeken már feltűnő változást nem mutat. Mérsékelt izgalom és váladékképződés.

Higanybedörzsölésre (5 gm. unqu. civer. pro die) a papulák már az 5-dik napon jelentékenyen kisebbedtek; a 8-dik napon a kisebbik, a 15-dik napon a nagyobbik papula már teljesen eltűnt.

Ily papulák a conjunctiva bulbin szerfelett ritkák. *Lang, Bosma* és *Sichel* közöltek hasonló eseteket. (Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. Juni 1894.) *Paunz Márk dr.*

VEGYESEK.

† *Mauthner Lajos* a bécsi egyetem folyó évi október 19-dikén kinevezett szemésztanára október 20-dikán szívizületében meghalt. *Mauthner* 1840. április 13-dikán Prágában született. 21 éves korában orvosdoctorra avatták s *Jäger Ede* segédje lett. Már 1864-ben docenssé habilitáltak s 1869-ben Innsbruckban a szemészet tanára lett. Itt működött 1877-ig, a midőn visszatért Bécsbe, hol a poliklinikán működött. A bécsi egyetem egy nagytehetségű s fáradhatatlan szorgalmú tudóssal lett szegényebb. Minden munkáját, pedig ezek száma igen nagy, alaposan, önálló gondolkodás és éles kritika jellemzi. A sors tragikumja, hogy a midőn elérte célját, melyért egész életében küzdött, nem valósíthatta meg terveit Nevezetesebb művei: Lehrbuch der Ophthalmoskopie 1868, Die optischen Fehler des Auges 1872, Die sympathischen Augenleiden 1870, Die Funktionsprüfung des Auges 1880, Gehirn und Auge 1881, Die Lehre vom Glaucom 1882, Die Lehre von den Augenmuskeln 1886, Ueber das Wesen der Farbenblindheit 1891.

— *Új könyvek.* Dr. W. *Czermak*: Die augenärztlichen Operationen. 6. és 7-dik füzet. Az orbitában végezhető operálásokról szolt. Az irodalmi adatok kimerítő felhasználásával behatóan tárgyalja az enucleatio és ezt pótló műtétek értékét.

Magnus: Leitfaden für Begutachtung und Berechnung von Unfallsbeschädigungen der Augen. Breslau, 1894. Kern's Verlag. Hasonló irányú dolgozatokat *Zehender* is közölt már. A kérdésnek alapos és kimerítő tárgyalása igen hasznos szolgálatot tesz minden gyakorló orvosnak, de különösen becses tisztí orvosoknak.

Magnus: Augenärztliche Unterrichtstafeln. Heft VI. Breslau, 1894. Kern's Verlag.

A *Kniess* által szerkesztett füzet a szaruhártya-homályokról különös jó szolgálatot tesz azon egyetemeknek, hol a betegforgalom nem nagy s így nem jut minden betegségnek ismételve a hallgatóság elé. De az áttekintést még azoknak is megkönnyíti, kiknek elég alkalmuk van in vivo észlelni a kóralakokat.

Morton: Refraction of the eye, et diagnosis and the correction of it errors. 5. ed. London, 1894.

Jacobson Jul.: Briefe an Fachgenossen. Nach dem Tode herausgegeben. Königsberg, 1894.