ORVOSI HETILAP.

HONI S KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT

KÖZLÖNYE.

Szerkeszti:

MARKUSOVSZKY LAJOS tr.

Főmunkatárs:

BALOGH KÁLMÁN tnr.

1884.

HUSZONNYOLCZADIK ÉVFOLYAM.

Budapest. 1884.

KHÓR ÉS WEIN KÖNYVNYOMDÁJA.

DOROTTYA-UTCZA 14-DIK SZÁM.

XV/28 F 46/1884

II. sz. SEBÉSZETI KLINIKA
KÖNYVTÁRA
Bp. VIII., Baross-u. 23-25
~~Fl. 52: 25.~~
Leltári szám: F 46/189

TARTALOM.

Azon t. cz. urak névjegyzéke, kik az „ORVOSI HETILAP“ 1884-ik évi folyamát munkáikkal gyarapították.

Szám

Antal Géza tnr., Budapesten: A massage alkalmazása callosus húgycső-szövület tágításánál . . . 13
» Adatok a hasmetszéshez . . 30
Ángyán Béla tr., Budapesten: A bolygó-ideg-hüdések esetei . . . 3, 4
Árkövy József tr., Budapesten: A fogbél- és gyökhártya-bántalmak diagnosticája 2, 3, 5, 7, 8, 10, 12, 13, 17, 18, 19, 24, 27, 42
Babes Viktor tr., Budapesten: Kórboncztani közlemények . . . 21
» Válasz Pertik Ottó tr. birálatára 29
» Koch cholerára vonatkozó tanulmányainak értékéről . . . 35
» Tanulmányok a choleráról . . 49
Badik János tr., Illaván: A bűntevők osztályozása azok koponyáin és agyvelein lelt abnormitások szerint 21
» Egy fegyencz története . . . 22
Bakó Sándor tr., Budapesten: A méhdaganatoknak hasmetszés után végzett műtétéhez . . . 43, 44
Balogh Kálmán tnr., Budapesten: A therapeutika fejlődésének némely útjai 42, 43, 44
Baumerth Gyula orvosszigorló, Budapesten: A jequirity gyógyhatása a szemcsés kötőhártya lobnál Sz. 4, 5
Báron Jónás tr., Budapesten: Sértés okozta derme esete, idegcsonkolás 27
Benczur Dénes tr., Münchenben. A gyomorba bevitt haemoglobin befolyása chlorotikusok vérének haemoglobin tartalmára . . 50, 52
Berenczei Kovács Sándor tr., Kolozsvárt: Színképi vizsgálatok, különös tekintettel a vér színképére K. e. t. o. 2, 3
Bókai Árpád tnr., Kolozsvárt: A szívburoklemezek összenövésének két érdekes esete 1
» Aphoristikus megjegyzések a szívmozgásokról 24, 25
» Adatok a bélmozgások ismeretéhez 45, 46, 47

Szám

Bókai János tnr., Budapesten: Orvosi jelentés a pesti szegény-gyermekkórház 1883-ik évi működéséről 25
Ifj. Bókai János tr., Budapesten: Gyermekkórházi casuistika 14, 17, 19
» A pesti szegény-gyermekkórház története 1839-től 1883-ig 34, 35, 36
Creniceanu György tr. Budapesten: Cataracta traumatica partialis egy ritkább esete Sz. . . . 3
Csapodi István tr., Budapesten: A jequirityről és hatása módjáról Sz. 2, 3
» A massage a szemészetben Sz. 3, 4
» Az első üvegtestbeli cysticercus Magyarországon Sz. 4
» Klinikai közlemények Sz. . 4, 6
Csatáry Lajos tr., Budapesten: Évi jelentés az országos közegészségi tanácsnak 1883. évi működéséről 17
Déri Zsigmond tr., Apostagon: A vidéki gyakorlatból . . . 4, 5
Dévai Mór tr. Budapesten: A vérrokonok közti házasságról. K. e. t. o. 4
Diel Károly tr., Budapesten: Évi jelentés Navratil Imre tr., ny. rk. tanár főorvos vezetése alatt álló sz.-Rókus közkórházi II. sebészeti és gégészeti osztályokról 9, 10, 17
Dollinger Gyula tr., Budapesten: Masszolással kezelt kóresetek . . 37
Dumitreanu Ágoston tr. Budapesten: Mérgezés világító gázzal. K. e. t. o. 1
Erdős János Budapesten: Előleges közlemény a lacertiliák allantoisának fejlődéstani vizsgálatáról . . 3
Erőss Gyula tr., Budapesten: Adat az Addison-kórhoz gyermekeknél . 1
» Jegyzetek a prágai lelenczház kórodáján 40
» Útijegyzetek Közép-Európa gyermek-gyógyintézeteiről 45, 46, 47, 48, 49, 50
Farkas Benő tr., Komáromban: A malarialáz viszonyai Komáromban 20, 21
Fejér Dávid tr., Gyergyó-Szent-Miklós-

Szám

son: Halálos szúrás a gluteus-tájon. K. e. t. o. 5
Feuer Náthániel tr., Szabadkán: A reductio bulbi tanához Sz. . . 3
» Trachoma endemia Torontálban Sz. 6
Fodor József tnr. Budapesten: Budapest csatornázása. K. e. t. o. 2, 3
Frank Ödön tr., Budapesten: Fertőző anyagok viselkedése emésztő nedvekkel szemben. K. e. t. o. . 2
» Magyarország népesedési mozgalma 1880—82-ben. K. e. t. o. 4
Genersich Antal tnr., Kolozsvárt: Megnyitó beszéd 19
» Adatok az amyloid elfajulás kórtanához 40, 41
Goldzieher Vilmos tr., Budapesten: Lymphadenitis conjunctivae. . 19
» A reductio bulbi értékéről . . 30
Hainiss Géza tr., Budapesten: Peripleuritis 8 éves fiunál . . . 47
» Antipyrin a gyermekek lázas betegedéseinél 51, 52
Hasenfeld Manó tr., Budapesten: A vízfürdők thermikus hatásai az emberi szervezet némely fontosabb élettani működéseire 16, 20
Hirschler Ágoston tr., Budapesten: Hemichorea posthemiplegia esete 36
» Az antipyrin lázellenes hatásáról 46
Hutyra Ferencz tr., Budapesten: Rhachischisis egy ritka esete . . 34
Imre József tr., Hódmező-Vásárhelyt: A műtétek utáni hyphaemáról Sz. 2
Irsai Arthur tr., Budapesten: Casuistikus közlemények . 26, 27, 29
» Bujakóros és gümőkóros gégebetegedések gyógyult esetei . . 38
» Gégeszükületek mechanikai kezelése 40
Karafiáth Marius tr., Budapesten: Arczorbánczból keletkezett periorbitis egy esete . . . 1
» Havivérzés elmaradása által feltételezett megvakulás, heveny papiloretinitissel Sz. 1

*

Szám

Karafiáth Marius tr., Budapesten:
» Érdekes szemsérülés lövés következtében Sz.. 3
» Orbánczból keletkezett periorbitis egy újabb esete Sz.. . . . 3
Kecskeméti Lajos tr., Kecskeméten: Moral Insanity 5, 6
Kenézy Gyula tr., Budapesten: A tüdőütér emboliája a gyermekágyban 13
Kétli Károly tnr., Budapesten: A hemiplegia kiséretében fellépő arczidegbénulás kórjelző értékéről . 22
» Az arczideg körzeti hüdésével járó nehány kóros tünet magyarázata 51
Kilicsán Zsigmond, Budapesten: Ólom a budapesti szódavizekben, s új módszer az ólomnak mennyileges gyors meghatározására . . 6
Konrád Jenő tr., Bécsben: Hysteria és idült alcoholismus egy esetéről 11
» A leszálló elfajulás egy esetéről 28
» A paraldehyd élettani s elmebetegeknél altató és nyugtató hatásáról 37
Konrád Jenő és *Wagner Gyula* tr.-ok, Bécsben: Az Engelskjön-féle electrodiagnostikus láttérvizsgálat értékéről 38
Korányi Frigyes tnr., Budapesten: Adat a rostonyás tüdőlob kórtanához 12, 14
Kovács József tnr., Budapesten: A méh és függelékeinek daganatjairól 1, 2
Kozma Antal, Budapesten: Kisérletek az aconitin érzéstelenítő hatásáról a dentin érzékenységénél . 36
Kun Tamás tr., Sárospatakon: A körülmetélés az izraelitáknál. K. e. t. o.. 5
Laufenauer Károly tnr., Budapesten: Budapest öngyilkossági statistikája. K. e. t. o. 1
» Törvényszéki lélektani casuistika. K. e. t. o. 6
Lenhossék Mihály, Budapesten: A rostos szövetközti májlob különböző fajairól 35, 36
Lőri Ede tr., Budapesten: A gyomornak kóros elváltozásai lobos gégebántalmak következtében gyermekeknél 12
Markusovszky Lajos tr., Budapesten: Elnöki beszéd 14
» Dr. Bókai János. 43
Mihálkovics Géza tnr., Budapesten: Vizsgálatok az ivarcsatorna, vagy Müller-féle cső fejlődéséről 31, 32
Moravcsik Ernő Emil tr., Budapesten:

Szám

A bujakóros psychosisokról három eset kapcsán . . . 44, 45
Müller Kálmán tnr., Budapesten: A gyomor tágulási viszonyainak kórismerő értéke 10, 11
Ottava Ignácz tr. Budapesten: Tapasztalások a hydr. oxyd. flavumos szemkenőcsről Sz. . . . 1
» A pilocarpin és atropin alkalmazása a cornea és sclera sebeinek gyógyításánál Sz. 4
» Blepharospasmus Sz. . . . 5
» Cocain a szem érzéstelenítője . 6
Pertik Ottó tr., Strassburgban: A zsiremboliáról 30 eset kapcsán 7, 8, 9, 16, 19, 20, 23, 37, 39, 47, 48, 49
» Nehány birálószó Babes tr., legújabb felfedezéseiről . . . 26
» Helyreigazítás 28
» Az actinomycosisról új eset kapcsán az embernél . .42, 43, 44
» Adatok az epehólyag és epevezetékek elsődleges rákjának kór- és oktanához 52
Puky Ákos tr., Budapesten: Echinococcus-műtétekről . . . 23, 24
Purjesz Zsigmond tnr., Kolozsvárt: A tüdőlob kóroktana 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17 18
Purjesz Zsigmond tr., Budapesten: Anthimus és diaetetikája . . . 23
Radulescu Constantin tr., Budapesten: Jodoformfúvó ismertetése . . 49
Raisz Gedeon tr., Nagy-Mihályban: Egy adat a leucoderma syphiliticum származási módjának kérdéséhez 29
» Végtagokon végzett nagyobb kizelések és csonkítások . . 34, 35
Regéczy Nagy Imre tnr., Budapesten: Adatok a fehérnye-oldatok átszivárgásához 2, 3
» A vérnyomás állandóságának az oka 29, 30, 31
Róna Sámuel tr., Budapesten: A köztakaró elváltozása visszatérő láz kiséretében 45
» Adatok a buja- és bőrbetegségek tanához 51
Rottenbiller János tr., Budapesten: Eskóros elmezavar, gyújtogatási hajlammal 20
Schächter Miksa tr., Budapesten: A gyors nyújtás alkalmazásának egy módosítása térdizületi zsugor kezelésénél. 41
Scheiber S. H. tr., Budapesten: A villamgyógyászat a bécsi nemzetközi villamos kiállításon . . . 28, 29

Szám

Scheiber S. H. tr. Budapesten: Észrevételek Bókai Árpád tnr. úr aphoristikus megjegyzéseire a szívmozgásokról 31
Schulek Vilmos tnr., Budapesten: A reductio bulbi értékéről Sz.. . 2
» Egyszemi vakság kérdése Sz. . 3
» Hordozható olcsó tok dioptriás próbaüvegekkel 5
» Észrevételek a reductio bulbi értéke felől támadt vitához Sz. . 5
Schwimmer Ernő tnr., Budapesten: A pityriasis rubra universalis kórismejéhez 15
Steiner Samu tr., Budapesten: Ónozott főzőedényekről. K. e. t. o. 5
» A piaczi tejről. K. e. t. o.. . 6
Stern Samu tr., Budapesten. A kettős szívlökésről 5, 6
Szabó Dénes tr., Budapesten: Sublimat, mint fertőztelenítő. . . 38
» Kairin a gyermekágyban . . 39
Szabó György tr., Budapesten: Vizsgálatok a gerinczesek ideghártyájának festenyes epitheliumáról Sz. 1
Szalárdi Mór tr., Budapesten: Cholerajárványok Magyarországon. K. e. t. o. 5
Szénásy Sándor tr., Budapesten 19, 20, 21, 22, 25
Szili Adolf tr., Budapesten: Agghályognak önkéntes felszívódása Sz. 1
Takács Endre tr., Budapesten: A budapesti általános rendelő-intézet első négy havi működéséről . 15
» Agybeli vérömleny, agy- és agyhártyalob egy esete 18
» Sclerosis lateralis amyotrophica és polyencephalitis egy-egy esete 33
Taufer Vilmos tnr., Budapesten: A rákos méh teljes kiirtásának újabb eredményei öt eset kapcsán 16, 17, 18
» 106 hasmetszési műtétel 48, 49, 50
Téry Ödön tr., Budapesten: A dohányipar a berlini egészségügyi kiállításon. K. e. t. o. . . . 6
Torday Ferencz tr., Budapesten: Gyermekgyógyászati közlemények 32, 33
Tury Sándor tr., Budapesten: A kereskedésbeli ásványvizekről. K. e. t. o. 3
Váli Ernő orvostanhallgató, Bécsben: A halandóság viszonyai Szabadkán 1880—83-ban. K. e. t. o.. 4
Weisz Jakab tr., Bécsben: A gyermekkorban előforduló hysteria s ennek kezelése 24
Zehery István tr., Budapesten: Atrophia nervi optici traumatica egy ritka esete. Sz. 5

Tárgyjegyzék.

Lap

Adatok a hypnotismus tüneményeinek ismeretéhez 195
Adatok a központi idegrendszer vizsgálati módszeréhez 1388
Aetherbefecskendés ischias és lumbago ellen 226
Agykéreg sérülésekről 1390
Alsórendű szervezetek életképessége nagy nyomás alatt 368
Amerikai orvosegyetemek gyarlóságai 645
Angolország és Wales népességi viszonyai 174
Antal tnr. 112, 1291
Anthrax méreg 682
Aphasia 488
Associáló idegmechanismus . . . 1286
Azary tnr. 40
Állatkert és az egyetemi intézetek . 71
Árkövy tr. 674
Ázsiai és európai cholera-bacillusok hasonlóságáról 1261
Babes tr. 65
Bakó Sándor tr. 732
Balaton-Füredről 174, 229
Barbás József tr. 165
Bábák mint a gyermekágyi láz okozói 893
Báron tr. 674
Bátori Dániel tr. 1313
Belgyógyászati congressus Berlinben 256
Belügyministeri rendelet a hazai fürdők érdekében 794
Belügyministeri utasítás az ázsiai cholera tárgyában 1041
Beriberi bacillusa. 147
Bécs és Budapest 283
Bécsi boncztani intézet elégtelensége 201
Békák mérges váladéka 288
Békésmegye és a rosz ivóvíz . . 285
Békésmegyei nagy halandóság . . 199
Bél-megszakadás 1230
Bikfalvi Károly tr. 418
Bókai Á. tnr. 634
Bókai János tr. 1290
Bolygideg átmetszésének következményei 707
Bordaresectio. 1228
Borok vörösre festése 1127
Borszesz enquête Zürichben. . . 1023
Bőrbántalmak elleni szerek . . . 874
Brandt tnr. 634, 1317
Budapesti egyetem építkezései . . 199
Budapesten fertőzőbetegségekben halálozások 1883-ban. . . . 368
Chloroform befecskendések a nyákhártya alá 1419
Cholera 45, 485, 753, 761, 787, 822, 843, 895, 973, 1000, 1021, 1046, 1259, 1293, 1319, 1343
Cholera a müncheni orvosegylet előtt 1391
Cholera-bacillusok . . . 917, 1420
Cholera-bizottság. 871
Choleraellenes fertőztelenítés Schweiczban 1022
Cholera elleni intézkedések . 790, 821

Lap

Cholera gyógyításáról 1232
Cholera kezelése 119
Cholera nostras bacillusai . . . 1153
Cholerára vonatkozó vizsgálatok . 1368
Cholerásak savi kémhatású vére. . 1261
Cholin átváltozása rohadás által. . 1261
Clou de Biskra növényi élősdijei . 711
Commabacillusok. . 395, 1071, 1211
Csapodi István tr. 674
Csecsnyújtvány kivésése. . . . 1070
Csecsnyújtvány megnyitása . . . 1042
Cséri tr. 112
Csigolyaközti dúczok és ideggyökerek fejlődése 192
Csontvelőlobot előidéző microorganismusok 844
Czukor keletkezése állatokban . . 427
Diel Károly tr. 730
Diphtheria természete és kezelése . 21
Dirner Gusztáv tr. 37, 731
Dobok járókórodai kezelése. . . 870
Dollinger tr. 332, 391, 1290
Dongaláb. 1258
Donga-láb kezelése 1095
Dubay tr. 306
Edinburghi egyetem háromszázadik évfordulója 455
Egészségügyi kiállítás South Kensington-ban 549
Egészségügyi nyomorúságok angol hajókon 484
Egyetemünk újjáalakításának évfordulója 547
Elytrocleisis partialis mediana . 1070
Empyema. 68
Endocarditis micrococcusa . . . 644
Epilepsiának egy esete 1042
Eszköz a kőmorzsák eltávolítására . 843
Farkas Géza tr. 136
Fegyelmi kamra orvosi ügyekben . 118
Fehér-vértestecsek kivándorlásáról . 1210
Fekete nyelv. 1418
Fertőző élősdi culturák szelidítése fokozott nyomás alatt álló éleny által. 643
Ficzamok, szövődményesek . . . 1418
Fogászat Franczia országban . . . 92
Foghúzás, fájdalmatlan 1420
Fővárosunk építkezéséhez . . . 613
Fővárosunk halandósága. . . . 518
Frerichs-jubilaeum 517
Fürdői levél 792
Genersich tnr. 703
Genymell fertőzés-ellenes kezelése . 942
Genymell gyermekeknél 226
Gerinczes állatok elemi veséi . . 89
Goldzieher Vilmos tr. 608
Golyva által okozott hangszálag-hűdés miatt halál 642
Golyva kiirtása 393, 870
Golyva különböző alakjai . . . 869
Grosz Albert tr. 637
Gussenbauer-féle műtétmód rostos orrgarat-habarcznál 252
Gümő-bacillusok a fülben . . . 71

Lap

Gümő-bacillusok csont- és izületbántalmakban 483
Gümőkór átolthatósága 1421
Gümőkór, helybeli 1418
Gümőkór ragályossága 119
Gümős bacillusok 71
Gyermekágyi láz prophylaxisa ügyében kiküldött bizottság jelentése 333
Gyermekek előhaladó izomsorvadása 94
Gyermekek nagy halandósága Magyarországon 677
Gyógyszerek:
Agaricin. 870
Antipyrin 739
Cascara sagrada 1425
Cocain 1372
Csersavas higany 176
Gyökönkesavas glycerin . . . 520
Hamamelis virginiaca 457
Hydrobromäthyl 169
Hydrochinon 846
Jequirity. 870
Rosinol 1372
Gyomor behatása a kórnemző szervezetekre 69
Gyomor- és bárzsingvérzések mechanikus kezelése 892
Gyöngykór és gümőkór 228
Hagymáz fészke 581
Halálozások.
Bakó Miklós tr. 256
Bókai János tnr. 1101
Burg 948
Cohnheim tnr. 948
Csiki József tr. 1236
Dumas tnr. 456
Egressy Jenő gyógyszerész . 458
Fauvel tr. 1265
Fischer Adolf tr. 259
Fonssagrives tnr. 1349
Frentzel Henrik Ferdinánd tr. . 202
Gresz János tr. 259
Hoffmann Vilmos tr. . . . 650
Holloway 73
Lessing tr. 1396
Nagy Lajos tr. 430
Pelikan E. W. 650
Perty 948
Reichert Károly Bogislaus . . 22
Sangaletti tnr. 176
Solt András 48
Szendey Nep. János tr. . . 1213
Sztupa György 1025
Tóth József tr. 233
Vulpian 96
Wagner Ede mr. 259
Weber Nep. János tr. . . . 316
Wilson Erasmus 948
Wurtz tnr. 583
Zeisl Hermann tnr. 1102
Halálozások Berlinben 173
Harmadik, egyetem 517
Hashártyalob, genyes. 90
Hasmetszés bélzáródásnál . . . 90
Hasmetszés 30 esete 115

Lap

Hasüri szervek actinomycosisa . 894
Havas tr. 112, 222
Háromosztatú ideg ágának csonkolása 1418
Hemicrania és a tabes dorsalis viszonya egymáshoz 1125
Hernia obturatoria 18
Higany kiválása a szervezetből . . 284
Hólyaghurut kezelése hólyagmetszés által 170
Hólyagkő-bántalmak tettetése . . 225
Hólyagmetszés 394
Hólyag vizsgálata húgycső-metszésen át 168
Hőgyes tnr. 310, 1286
Húgycső idült takárjának kezelése . 642
Húgycsőszükület kezelése . . .1122
Húgyhólyaghurut elleni labdacsok . 870
Húgyhólyag-nyákhártya lobja . . 226
Húgyrekedés tizennyolcz napig . . 510
Hullaszerzés bűnös módja . . . 486
Hypnotisált emberek hallucinátiói . 766
Hypnotismus 277
Hysteriás nők furfangja 551
Idegcsonkolás 762
Idegen test a gégében 996
Ideg-varratok 843
Incarnatio unguis műtéte . . .1320
Irsai Arthur tr. 38
Iszlay tr. 674
Itáliának orvosi újraébredése . . 426
Izzóvas tumor albusnál 580
Janny tr. 756
Jod és ergotin golyváknál . . . 918
Jodoform orbáncz ellen 734
József-akademia . . 872, 1122, 1419
Kairin ellenjavalata 584
Katonaorvosi karnak, illetve a katonai egészségügynek tervben lévő újjászervezéséhez . 116, 139, 169
Katonaorvosi ösztöndíjak . . . 44
Keserűvíz, budai 511
Kézmárszky tnr. 65

Kimutatások:

A sz. Rókus közkórház elmebeteg-figyelő osztályáról . . 46
Árkövy József tr., egyet. m. tanár nyilv. foggyógyintézetének működéséről 369
Batizfalvi Sámuel tr. budapesti orvossebészeti és testegyenészeti magángyógyintézetéről 427
Körösbányai kórház betegforgalma 231
Pesti izraelita kórház orvosi és ügykezelési jelentése . . 681

Kinevezések és választások:

Axmann Béla tr. 73
Egyetemi tanársegédek és gyakornokok 287, 370, 616, 1076, 1236
Fodor Kálmán tr. 1184
Havas Adolf tr. 257
Hirkó László tr. 1236
Hochhalt Károly tr. . . . 201
Lőrinczy Ferencz tr. . . .1372
Schimann János tr. . . .1265
Schmidt tr. 519
Schweninger tr. 1048
Thuróczy Károly tr. . . .1184
Weisz Jakab tr. 1265
Kiss Ferencz tr. 636

Lap

Kitüntetések:

Acland tr. 650
Kain Dávid tr. 1264
Kánitz Ágost tr. 1372
Lenhossék József tnr. . 687, 739, 896
Nagy József tr. 201
Schwartzer Ferencz tr. . . . 681
Székely József tr. 823
Kiütés bromkalium adagolására . 792
Klug tnr. 134
Koch tr. fogadása Berlinben . . 549
Konrád Márk tnr. 638
Konyhasó- és vérátömlesztés . .1258
Kopenhága 285
Kopenhágai orvosi viszonyok . . 424
Korányi tnr. 38
Könyökresectio 1069
Közegészségügy a képviselőházban .1367
Közegészségügyi építkezések a fővárosban 227
Közegészségügyi felügyelők . . .1210
Közlemények a miskolczi közkórházból 787, 820
Krick Árpád tr. 1342
Lapoczcsonkolás 424
Laryngocentesis 996
Laufenauer tnr. . . . 309, 450, 730
Lábtőcsontok szujának kezelése csonkítással 970
Lechner tr. 307
Levegő ozontartalma és a cholera .1420
Légbehatolás viszerekbe 484
Lép jelentősége a szervezetben. . 582
Liebermann Leo tnr. 332
Lithophonról 336
Litsek Ákos tr. 792
Lóhimlő-járvány egy lelenczházban .1231
Ludvik Endre tr. . . . 222, 364
Lumniczer tnr. 37
Mandolák gümőkórja. 1020
Mayer Ágost tr. 758
Méhkiirtás 138
Méhkiirtás a vaginán keresztül . . 168
Méhszenvesek contracturája . . . 46
Mihalkovics Géza tnr. akadémiai székfoglalója. 1182
Mikulicz-féle lábcsonkolás . 365, 871
Műtevési nehézségek petefészek-tömlő és húgyhólyag közti összenövéseknél 1020
Myoma kezeléséről 734
Nagy körút építése 485
Nádaskay Béla tr. 675
Nemzetközi egészségügyi congressus Hágában 999
Nemzetközi orvosi congressus Kopenhágában. 945
Nyak pólyái 1148
Ónodi tr.. 192
Orbánczbeoltás nem operálható csecsráknál 916
Orbáncz kezeléséhez 734
Orrkagylók bántalmai . . . 1344
Országos kiállítás egészségügyi szakosztálya 19

Orvosegyletek:

A biharmegyei orvos gyógyszerész és természettudományi egylet szakülésének jegyzőkönyvi kivonatai. . 636, 757

Lap

A budapesti kir. orvosegyesület 1884. oct. 14-ikán tartott évi nagygyülése 1147
A budapesti kir. orvosegylet rendes ülései 37, 65, 165, 222, 278, 306, 332, 364, 391, 449, 512, 545, 608, 673, 730, 756, 1199, 1253, 1289, 1313, 1341
A budapesti kir. orvosegylet tisztujító nagygyűlése . .1388
A kolozsvári orvos-természettudományi társulat közgyűlése 514, 546, 610
A kolozsvári orvos-természettudományi társulat szakülései 134, 418
A magyar orvosi könyvkiadó társulat közgyűlése . . . 362
Az „Association française pour l'avancement des sciences" ez idei gyűlése Blois-ban . .1095
Az erdélyi országos muzeum orvos-természettudományi osztályának szakülései 634, 703, 1317
Orvosi segélyegylet 47, 73, 95, 146, 201, 315, 397, 552, 874, 1076, 1185, 1265, 1298, 1324, 1348, 1395, 1324
Szepesi orvos-gyógyszerész egylet gyülése 1230
Orvosi könyvkiadó társulat érdekében 115
Orvosi reform Nagy-Britanniában . 146
Orvosok magaviselete ügyében . .1024
Osmiumsav singideg zsábájánál . .1419
Ottava tr. 308, 391
Ovariotomia következménye . . . 138
Ötvös József tr. 1289
Paizsmirigy-tömlők kiirtása . . .1366
Paralysis progressiva idült nicotin mérgezés folytán 1125
Paralytikusok subnormalis hőmérséke. 1019
Pasteur vizsgálatai a hydrophobiáról 255 615
Páris városa és az apácza-ápolónők. 174
Pénz elősdi növényei 427
Pleurotomia 41
Pneumonia genuina a berlini belgyógyászati congressuson . . . 550
Pollák László tr. 757
Pozsony város egészségügye . .1126
Ptomainok 19
ifj. Purjesz Zsigmond tnr. . . . 39
Purpura microorganismusok . . . 457
Rák-ellenes keverék 875
Rákos betegek szaporodása Angliában 584
Resorcin orbáncz ellen 734
Retinitis syphilitica plastica . . . 583
Rhachitis kezelése phosphorral . . 733
Róna Sámuel tr. 392, 608, 729, 1200, 1315
Rostonyás tüdőlob bacteriumainak alakjáról és fejlődéséről . . 678
Rózsahegyi Aladár tnr. 1126
Ruganyos alákötés a hasban . . 140
Ruganyos varratok 1260
Sarcoma a bárzsingban 1204
Sarokcsontnak odaerősítése szeggel a Pirogoff-féle csonkításnál. . 970
Schwarz Arthur tr. 392

Lap

Schwimmer tnr. 1254
Serrel visszaélés ártalmassága . . 256
Spina bifida és myelocele gyógykezeléséhez 1069
Stefánia pesti szegény-gyermekkórház-egylet közgyűlése . . . 709
Stern Samu tr. 306, 1314
Stiller Bertalan tnr. 1253
Strassburgi egyetem 1261
Struma műtétek 252
Struma retrotrachealis 996
Sublimát befecskendés 1096
Sülyedő tályog csigolyalobnál . . 580
Szajna vizének fertőzöttsége . . 1154
Szegény-lakások hiánya 70
Szemorvosok napidíja 145
Szemölcsdagok kiirtása a hólyagból 614
Szervezet küzdelme a bacteriumok ellen. 1124
Székács Béla tr. 1199
Szilágyi Ete tnr. 420

Lap

Szívburok csapolása 424
Szívgyomrocsok összehúzódásának coordinatios központja . . . 710
Szívrepedés 94
Szív sebészete 1229
Szliácsi curiosum. 845
Szülés és szülőnők körüli népszokások 1421
Szünidei orvosi cursus programmja. 736
Syphilis kezelése. 893
Takács Endre tr. 1290
Taplós izlob kezelése arsennel . . 707
Tauffer tnr. 731
Terjedő hüdéses butaság kutyáknál. 680
Természettudományok 395
Thanhoffer tnr. 1388
Thomsen-féle betegség 72
Torinói orvosi akademia jutalomdíjai 616
Toulon közegészségi állapota . . 768
Tömeges betegészlelések. . . . 1369
Trachoma-járvány 43

Lap

Trefort Ágoston vallás- és közoktatásügyi minister Kolozsvárt. . 1229
Trichinakérdés Francziaországban . 118
Tudomány és irodalom 580
Tüdőcsúcs drainezése 915
Tüdők sebészete 642, 970
Tüdőtályog megnyitása 1230
Tüdővész ragályossága 22
Vaccina mesterséges tenyésztése . 173
Vári Szabó Béla 636, 757
Veres-kereszt egylet kórház-kinevezései. 739
Vesekiirtás 226
Vérsejtek, szinesek szaporodása . . 93
Vérzés tracheotomia után . . . 1294
Világítólég mérgező hatása . . . 144
Világrahozott sérvek gyökeres műtéte 548
Vízsérv kezelése 1020
Xanthin synthesise 768

Könyvismertetések.

Szám

Beale S. Lionel. On slight Ailments their Natur and Treatment . . 35
Bra Marie. Manuel des maladies mentales 10
Buchner Hans. Die aetiologische Therapie und Prophylaxis der Lungentuberculose 6
Carpentier Mericourt. Leçons de clinique therapeutique proffesées à l'hôpital Saint-Antoine par le docteur Dujardin-Beuametz . . 26
De Bary A. Vergleichende Morphologie und Biologie der Pilze, Mycetozoen und Bacterien 36, 38, 40, 41
Degen Ludvig. Der Typhus und die Verunreinigung des Bodens . . 16
Dollinger Gyula. A massage . . 47
Engelmann G. J. Die Geburt bei den Urvölkern 3
Garretson E. James. System of oral Surgery . . . . . .
Heath Christopher. Injuries and diseases of the Jaws 30
Hirsch August. Handbuch der historisch-geographischen Pathologie 7, 8, 9
Joessel G. Lehrbuch der topograpischchirurgischen Anatomie . . . 2
Kézmárszky Theodor. Klinische Mittheilungen aus der ersten geburtshülflich-gynäkologischen Universitäts-Klinik in Budapest . . . 49
Lang Eduard. Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis 45

Szám

Lenhossék József. Die Ausgrabungen zu Szeged-Öthalom 1
Lepine R. Die Fortschritte der Nierenpathologie 42
Letzerich Ludwig. Experimentelle Untersuchungen über die Aetiologie des Typhus abdominalis . . . 33
Liebermeister. Ueber Hysterie und deren Behandlungen 4
Mann Jakab. Szülészeti műtéttan orvosok és orvostanhallgatók számára 37
Marpmann C. Die Spaltpilze . . 29
Mering J. Das chlorsaure Kali seine physiologischen, toxischen und therapeutischen Wirkungen . . . 49
Meynert Theodor. Psychiatrie. Klinik der Erkrankungen des Vorderhirns 22
Nothnagel Hermann. Beiträge zur Physiologie und Pathologie des Darmes 43
Olshausen Robert. Klinische Beiträge zur Gynäkologie und Geburtshülfe 44
Port Julius. Taschenbuch der feldärztlichen Improvisionstechnik . . 13
Puschmann Th. Die Medicin in Wien während der letzten 100 Jahre . 17
Quinby. Zahnärztliche Praxis . . 48
Reinl Karl. Die Wellenbewegung der Lebensprocesse des Weibes. . . 50
Schuster. A gerinczvelőbántalmak kórisméje 47

Szám

Schütz és *Siedamgrotzky.* Lehrbuch der allgemeinen Therapie der Haussäugethiere 15
Schwarz E. Zur Behandlung der Fehlgeburten. 50
Stiller Bertalan. Az ideges gyomorbántalmak 11
Stricker S. Physiologie des Rechts . 34
Struck R. Mittheilungen aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25
Svetlin Wilhelm. Die Privatheilanstalt für Gemüthskranke auf dem Erdberge zu Wien 51
Taube Max. Die Entstehung der menschlichen Rachendiphtherie . 28
Thoma Richard. Ueber einige senile Veränderungen des menschlichen Körpers und ihre Beziehungen zur Schrumpfniere und Herzhyperthrophie 32
Tóth Lajos. A heveny fertőző betegségek tanának átalakulása . . 27
Tuczek Franz. Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur Pathologie der Dementia paralytica . 39
Watson Cheyne W. Die antiseptische Chirurgie 5
Woodhead Sims. Practical Pathology 31
Zopf W. Die Pilzthiere, oder Schleimpilze 52

Szemészeti melléklet.

	Lap
Adler Hans tr.	116
Agghályogoknak önkéntes felszívódása	3
Alkalmazkodási görcs	140
Arcz és szemüri szervek közti anastomosisokról	43
Arczorbáncznál keletkezett periorbitis egy esete; exophthalmus. cornea-fekély, iridokyklitis és hályógképződés. Gyógyulás	5
Arlt Ferdinánd 37 éves tanári működéséről	114
Atrophia nervi optici traumatica egy ritka esete	108
Baumerth Gyula . . . 85,	105
Blepharospasmus idiopathicus műtéti gyógyítása	126
Bőr és nyálkahártya átültetése	69
Cataracta centralis capsularis anterior duplex	131
Cataracta traumatica partialis	62
Cocain, a szem érzéstelenítője	129
Creniceanu tr. 24, 45, 46, 62, 116, 138,	140
Csapodi István tr. 31, 43, 49, 61, 72, 73, 80, 130,	133
Cypticercus első esete az üvegtestben Magyarországon	80
Cysticercus ocularis két esete	46
Egyszemi vakság kérdése	58
Epileptikus roham után szarú-hártyahomály	24
Észrevételek a „reductio bulbi“ értéke felől támadt vitához	111
Felső szemhéj redőinek összenőhetése	130
Felső szemhéj veleszületett hypertrophiája	130
Feuer Náthániel tr. . . 55,	123
Forró ólom a szemrésben	132
Franczia szemészek nézetei a jequirity-ről	41
Glaukoma gyógyítása	70
Havi vérzés elmaradása által feltételezett megvakulás, heveny papilo-retinitissel	13
Hemiachromatopsia két esete	47
Herpes zoster	132
Hordozható olcsó tok dioptriás próbaüvegekkel	97
Imre József tr.	25
Jaeger Ede	116
Jequirity gyógyhatása a szemcsés kötőhártyalobnál . . . 85,	105
Jequirity-ophthalmiáról	22
Jequirity-ről és hatása módjáról 31,	49
Jodoform therapiás értékéről szembetegségeknél	21
Karafiáth Márius tr. 5, 13, 21, 22, 24, 64, 65, 96,	136
Keratitis neuroparalytica	47
Klinikai közlemények	130
Kődarab a lencsében	64
Könyvismertetés. Abadie: Traité des maladies des yeux	133
Köthártya kiszáradása	90
Látóhártya verőerének eldugulása	92
Látóideg boncztana	22
Látóideg nyújtásához	21
Látóideg rázkódásának esetei	69
Lencse boncztana	134
Massage a szemészetben. . . 61,	73
Membrana pupillaris perseverans 120,	132
Műtétek utáni hyphaemáról	25
Nephritikus hályogokról	23
Orbánczból keletkezett periorbitis egy újabb esete	64
Ottava Ignácz tr. 1, 64, 69, 77, 93, 126,	129
Pemphigus conjunctivae viszonya a Graefe-féle essentialis köthártyazsugorodáshoz	119
Pettyegetett hályog három esete	130
Pilocarpin és atropin alkalmazása a cornea és a sclera sebeinek gyógyításánál	77
Reductio bulbi értékéről	35
Reductio bulbi tanához	55
Retina fényérzéklése	70
Retina-leválás kórszármazása	72
Rokonszenvi lob kisérleti előidézéséről	46
Rostkereszteződés a chiasmában és a tractus opticusban	24
Rögzítő pont környékén létrejövő photopiákról	45
Schulek tnr. . . . 35, 58, 67,	111
Süketnémák szemei	94
Szabó György tr. . . . 9,	92
Szembetegség villámsújtás által okozva	68
Szemkitolódás esete osteophyták következtében	20
Szemorvosok gyűlése Heidelbergában	17
Szemsérülés lövés következtében	65
Szemtükri adatok agybetegségek diagnosisára	93
Szili	3
Színérzés és színvakság	95
Színrendszerekről	138
Symblepharon műtét	94
Tabes dorsalisnál előforduló kóros változások a szemen	20
Tapasztalások a hydr. oxyd. flavumos szemkenőcsről	1
Trachoma-endemia Torontálban.	121
Vakság tökéletlen koponyakifejlődés mellett	120
Vizsgálatok a gerinczesek idegh ártyájának festenyes epitheliumáról	9
Vörös látásnak 3 esete	94
Zehery tr. . . 47, 69, 108,	120

Közegészségügyi és törvényszéki orvostani melléklet.

	Lap
Amerikai vaj	106
Ausztria közegészségügye	113
Az 1885-diki kiállítás egészségügyi osztálya	1
Berenczei Kováts Sándor tr. 39,	62
Bécs város középítkezési törvénye	134
Béltyphus terjesztése ivóvíz által	108
Budapest csatornázása . . . 25,	49
Budapest öngyilkossági statistikája	1
Cellulose tápanyag-e?	135
Cholerajárványok Magyarországon	99
Cottage-kórház mintája a kiállításon	46
Dévai Mór tr.	77
Dohányipar a berlini egészségügyi kiállításon	123
Dumitreanu Ágoston	12
Emberi járványok	68
Emésztés gyorsasága	108
Ergotismus epidemia	108
Erőss Gyula tr.	109
Fejér Dávid	105
Fertőző anyagok viselkedése emésztő nedvekkel szemben	36
Fertőző betegségek Budapesten.	68
Fodor tnr. 25,	49
Folyadékok átmelegedése	135
Frank Ödön tr. 23, 24, 36, 47, 69, 91, 111,	135
Halandóság viszonyai Szabadkán 1880—83-ban	83
Halálos szúrás a gluteus-tájon	105
Halálozási arány és az uralkodó fertőző betegségek hazánk és a világ nevezetesebb városaiban 23, 47, 91, 111,	135

Lap

Himlőjárvány Londonban és a védoltás 106
Himlőoltás Magyarországon . . . 22
Hőmérsék befolyása a csecsemő szervezetére 109
Kereskedésbeli ásványvizekről . . 65
Kiállítás, s a városliget egészségessé tétele 45
Kórházak és gyógyintézetek betegforgalma 47
Könyvismertetések:
Bircher H. Der endemische Kropf 131
Breuer Ármin. Temesmegye közegészségügyi viszonyai . . 130
Coni R. Emile. Annuaire statistique de la province de Buenos-Ayres 42
Dutrieux-Bey. Le cholera dans la Basse-Egypte 132
Ecsery Lajos. A munkássegélyezés ügye Magyarországon . 89
Egan Ede. A tejgazdaság terén 1883-ban tett intézkedésekről 90
Hausmann Alajos. Az Erzsébet-kórház leírása 130
Hobrecht James. Die Kanalisation von Berlin 131
Husson C. L'alimentation animale 132
Ideler C. und Blankenstein H. Die städtische Irrenanstalt zu Dalldorf 132

Lap

Kresz Géza. Első segély rögtöni baleseteknél . . . 131
Magyar statisztikai évkönyv . 89
Mangold Henrik tr. Balaton-Füred gyógyhatányainak és gyógyhelyi viszonyainak rajza 42
Paul Fr. Lehrbuch der Heiz- und Lüftungstechnik . . 131
Rózsaffy Alajos. A fővárosi rendőrség főorvosi hivatalának 1882. évről szóló jelentése . 19
Dr. A. v. Rózsahegyi. Hygienische Grundsätze bei der Reconstruction von Städten, mit besonderer Rücksicht auf Szegedin 19
Schmidt-Mülheim. Handbuch der Fleischkunde. 131
Szontag Miklós. Új-Tátrafüred éghajlati viszonyai . . . 20
Zelizy Dániel. Járványügyi szabályrendelet (Javaslat) . . 43
Körülmetélés az izraelitáknál . . 95
Közegészségi állapot hazánkban és a külföldön 23, 47, 91, 111, 135
Közegészségügy a vidéken . . . 21
Központi tejcsarnok 46
Kun Tamás tr. 95
Laufenauer tnr. . . . 1, 113
Lefölözött tej zsírhiányának mesterséges pótlása 134
Lépfenefertőzés tej által . . . 108

Lap

Magyarország közegészségügye 1881-ben 93
Magyarország népesedési mozgalma 1880—82-ben 69
Mallaria elleni intézkedések Olaszországban 108
Mérgezés világító gázzal . . . 12
Miskolcz csatornázása 109
Ólom borostyánmegyszeszben . . 135
Ónozott főzőedényekről 93
Ozon, mint fertőztelenítő . . . 107
Páris csatornázása 22
Piaczi tejről 127
Steiner Samu tr. . . . 93, 127
Szalárdi Mór tr. 99
Szemétkihordás 45
Színképi vizsgálatok különös tekintettel a vér színképére. . 39, 62
Téry Ödön tr. 123
Törvenyszéki lélektani casuistika . 113
Trachoma-epidemia 20
Trichinás szerbiai sertés. . . . 133
Tuberculosis öröklése 107
Tury Sándor tr. 63
Uj kórház Miskolczon 132
Utczai szerencsétlenségek . . . 133
Váli Ernő. 83
Védő-oltás himlő ellen 106
Vérrokonok közti házasságról . . 77

Budapest, 1884. 1. sz. Január 6.

ELŐFIZETÉSI ÁR: helyben és vidéken egész évre 10 frt., félévre 5 frt. A közlemények és fizetések bérmentesítendők.
HIRDETÉSEKÉRT soronkint 15 o. é. kr.

MEGJELEN MINDEN VASÁRNAP.
Megrendelhető minden kir. potsahivatalnál, a szerkesztőségnél nádor-uteza 13. szám és Kilián György könyvkereskedésében váczi-uteza Drasche-féle házban.

ORVOSI HETILAP.

Honi s külföldi gyógyászat és kórbuvárlat közlönye.

HUSZONNYOLCZADIK ÉVFOLYAM.

Felelős szerkesztő és tulajdonos **Markusovszky Lajos** tr. Főmunkatárs **Balogh Kálmán** tanár.

Tartalom: *Kovács J.* tnr. A méh függelékeinek daganatjairól. — *Bókai Á.* tnr. A szivburok-lemezek összenövésének két érdekes esete. Nehány szó a szívcsúcstáj systolikus behúzódásairól és a paradoxus pulsusról. — *Erőss Gy.* tr. Közlemények a bécsi policlinicumon Monti Alajos tnr. osztályáról. Adat az Addison-kórhoz gyermekeknél. — *Könyvismertetés.* Die Ausgrabungen zu Szeged-Öthalom etc. Von Prof. *J. Lenhossék.* — *Lapszemle.* Kizárt hernia obturatoria esete, műtét, gyógyulás.
Tárcza: *Heti Szemle.* Az 1885-diki általános kiállítás országos egészségügyi szakbizottsága. Ptomainok. Diphtheria természete és kezelése. A tüdővész ragályossága. — Vegyesek. — *Előfizetési felhivás* az Orvosi Hetilap 1884-diki folyamára.

A méh és függelékeinek daganatjairól[1]).

Kovács József tanártól.

Múlt alkalommal, midőn az epicystotomia javalatairól szólottam, megemlítettem röviden, hogy mai nap igen megváltozott a sebészek nézete a hashártya sebzése tekintetében, a mennyiben most nem valljuk azon tételt, miszerint a hashártya sértése az esetek túlnyomó számábaa halált okoz; hanem megfordítva, a hashártyát igen türelmes képletnek tartjuk, úgy hogy alig van a szervezetnek valami jelentőségű része, mely annyi bántalmazást szenvedne el türelmesen, mint a mennyit a hashártya elszenvedni képes.

Mi kellett ahhoz, hogy a hashártya ezen tulajdonsága napfényre jusson? Nem hiányoztak adatok régen sem arra, hogy ha a hashártya nagy mértékben szándékosan sértetik, ez sokszor nem von maga után hashártyalobot; hanem igen gyakran a sértett hashártya úgy viseli magát hogy plastikus, adhaesiv izzadmány összetapasztja a sértett részeket. Azonban régebben, midőn a *sebészi* tisztaságnak semmi fontosság nem tulajdoníttatott, ezen néven egyáltalában nem ismertetett, a hasbártyával úgy bánni nem lehetett mint ma. A hashártyának továbbá közelebbi megfigyelések alapján oly sajátsága tűnt szembe, melyet azelőtt nem ismertek, nem méltattak eléggé, mely abban áll, hogy a peritoneum egészben véve egyikét képezi a legnagyobb felszivódási képességgel biró felületeknek, melynek szájadékai oly felszivódási képességgel birnak, hogy ha valaki pl. a hashártyaürbe befecskendez folyadékot, feltéve, hogy ez nem mérges, a hashártya azt nagy gyorsasággal felszívja, s hogy ha kiüríteni való, elvitetik a kiürítő szervekhez.

A hashártya ezen tulajdonsága, melynek folytán sokszor nagy mennyiségű izzadmányt tud felszívni, képezte okát annak, hogy azon időben, midőn a bacteriumok jelentőségéről még nem birtak fogalommal, midőn a sebészi tisztaság helyes fogalma szintén nem létezett, oly anyagokat engedtek e nagy felszivódási képességgel biró szervvel érintkezésbe jutni, melyek septikus tulajdonságokkal birtak és felszivatva, gyorsan elterjedtek az egész szervezetben. Ez az oka, hogy ha a hashártyával oly anyagok jutnak érintkezésbe, melyekben septikus csirok vannak, ezek oly gyorsan tudnak a beteggel végezni, hogy az 36—40 óra alatt hulla lesz.

Hol azonban arra kellő ügyelet történik, hogy ily fertőző anyagok a hashártya ürébe ne jussanak, ott a hashártya mechanikai bántalmaknak úgyszólván extremumát képes elviselni és azokra úgy felel, hogy a sértett felületek adhaesiv lobbal összetapadnak, s a nagy bántalmazás veszélytelennek mutatkozik. Ezen ismeret birtokában lévén, ma azon esetekben, midőn a hasürben levő kóros képződményeknek eltávolítása — melyek a lélekzetnek megszorítását vagy a szervezetnek szükséges táp anyagok elvonását eredményezik — mutatkozik szükségesnek, bátran merünk behatolni a hasürbe és abban a szükséges sebzéseket megtenni. Iparkodunk ugyan ily műtéteknél kis sebeket ejteni, de ha kell, nagyobb és több sebzéstől sem félünk, mert ha gondoskodtunk asepsisről, számíthatunk a hashártyának jelzett jó tulajdonságára.

Hogy hogyan éretik el sebészi műtéteknél a tisztaság, ez nem olyan kérdés, melyre röviden felelhetnék. Némelyek szerint a Lister-féle sebkezelési methodus az, mely a sepsist távol tartja. Ki a hashártya megsebzésével járó műtéteknél Lister sebkezelési módját követi, annak jól megy dolga, mert a hashártya sebzéseiből nem támadnak kellemetlenségei. Én nem úgy formuláztam és nem úgy formulázom a dolgot, mert összefoglalva azt, mi a Lister-féle sebkezelés körébe tartozik, s azon cautelákat, melyekkel az jár; már kezdettől fogva állítottam, hogy nem a Lister-kötés schablonja az, mely a sebészetben a nagy haladást jelenti, hanem az, mit a *tisztaság* szavával lehet kifejezni, úgy határozván meg közelebbre ennek

[1]) Gyorsírói feljegyzések az 1883. szűnidei cursusban tartott előadások után.

fogalmát, hogy az sebészi tekintetben legyen tisztaság. Ez nyujt nekünk biztosan módot arra, hogy a hashártyát veszély nélkül megsebezzük, mert ez által áll hatalmunkban megakadályozni azon káros következményeket, melyek a hashártyának felszivó képességéből a betegre háramolhatnak.

A szerencse úgy akarta, hogy e felfogásomat, miszerint sebészi értelemben vett tisztaságnak, nem pedig listerismusnak kell nevezni azt, mi az asepsist biztosítja, alkalmam legyen tényekkel is bebizonyítani. A szerencse úgy akarta, hogy új sebészi intézetünk emelése azon időre esett, midőn a sebkezelés körüli új eszmék szerteszét tért foglaltak és alkalmam lévén ezen intézet berendezését tervezni, e berendezésnél az épület alapjától tetejéig azon ismereteimet realizálhattam, melyek mind oda irányúltak, hogy tisztaság legyen az intézetben. S ezzel el is értem azt, hogy mi épen oda értünk, hová nem egy könyen ér az antisepsissel valaki, ki oly intézetben működik, melyben a tisztaság feltételei oly mértékben nincsenek meg, mint mi nálunk vannak, akárkinek sebkezelési schablonját követi. Ha a beteg ruházata piszkos, ha számára nem lehet a kórházban tiszta szobát, ágyat, ápolót és tiszta mindent oda állítani, hogy azok befolyásával és befolyása alatt műtétessék, a műtéti sebet, akármilyen kötést alkalmazzanak azon helyre, melyet az védendő lesz, oly mértékben befolyásolni nem lesznek képesek, mint befolyásolható ott, hol minden a tisztaság fogalmának foganatosítására van irányozva. S épen, mert mi e tisztaságban láttuk a helyes sebkezelés főmomentumát, szerveztük ez intézetet úgy, a hogy az szervezve van.

A sepsis elkerülése szempontjából, minthogy talán nincs egy sebzés az összes sebészetben, melynél a sepsis oly könyen érvényesülhetne, mint a peritonealis ür megnyitása, a hasmetszéseket a tisztaságnak úgyszólván tűzpróbájául tekinthetjük; úgy hogy azon sebészekről, kik oly helyiségről gondoskodtak, hol a hasmetszéseket sepsis nélkül enyhe lefolyással lehet kezelni, állítani lehet, hogy a tisztaság fogalmával ismerősek. Míg a jelenleg működő sebészeknek legnagyobb része, midőn hasmetszést végez, lehet mondani túlzásig viszi és talán olyképen viszi túlzásig a septikus anyagnak kerülését, mintha a babonás félelemnek egy nemével azt hinné, hogy mindenütt van septikus anyag, ott is, hol talán nincs; addig mi azon kedvező helyzetben vagyunk, hogy az egész hallgatóság előtt végezzük a hasmetszési műtéteket és csak azt az egyet követeljük a tanulóktól, hogy lehetőleg egy fél órával elébb gyülekezzenek a tanterembe, hogy az általuk felvert por leszállhasson, hogy ezzel mintegy összekavarva ne legyen a levegő, melyből az lehullhatna az operált beteg hasürébe. Ezen egyedüli cautela mellett végezzük mi a laparotomiát és valóban már igen régen volt, hogy septikus lefolyást észleltünk ily műtétünk után. Más miatt vesztettünk ugyan betegeket. Hogyha nevezetesen egy beteg hasába behatolunk és ott egy polycystikus daganatnak hátsó részén az tünik fel, hogy az sarcomatosus részeket mutat, s oly módon van összenőve hátul a belekkel és azokkal úgy bonyolodva, hogy műtétnél átszakad az S romanum és egy része a hasnak megfosztatik hashártyájától, akkor ahhoz nem kell sepsis, hogy ily beteg meghaljon. Mondhatjuk, hogy jó ideje

már, hol másféle beteget, mint olyant, kinél ily viszonyok constatáltattak, hasmetszés után nem vesztettünk; habár kórodánkon azóta, mióta a szakférfiak, kik ily eseteket operálnak, felszaporodtak, ez okból valamint annak folytán, hogy hallgatók, kik más intézetet is látogatnak, néha elszólítanak beteget, a rosz prognosist nyujtó esetek száma aránylag nagyobb, mint a különféle jóslatú dag-csoportok előfordulásának megfelelne és a műtétek eredménye műtéti eljárásunk sikeréről sem nyujt valódi képet.

Idézzük fel most röviden azon tünemények et, melyekből a hasüri tömlő-képződményeket kórismézni szokták. Leszámítva azon eseteket, hol májburkony képezi a hasürbeli tömlőképződés okát, ily dagok a méhből és függelékeiből fejlődnek. A petefészektömlő czím alatt nem kell szorosan venni a petefészekből kiinduló tömlőket, hanem indúlhatnak az ezen elnevezés alatt összefoglalt újdonképletek a széles szálagokból, a méhből és a méh fenekéből, s e tekintetben említendő, hogy nem minden esetben, midőn a tömlők nem az ovariumból látszanak kiindúlni, valóban más szervből fejlődtek, mert megtörténhetik, hogy az ovarium mélyebb részeiből kiinduló daganatok fejlődésük alatt szétfeszítik a hashártya kettőzeteket, a széles szálagokat, s ezeket oly módon nyomják széjjel tovább és tovább, hogy elhelyezésükben úgy viselik magukat, mintha a méh hashártya-borítéka alá bújtak volna; e borítékot felemelik és úgy néznek ki, mintha a méhből indúltak volna ki, pedig e helyet csak tovaterjedés által érték el. A múlt tanévben találkoztunk igen gonosz esetekkel és ezek közt egy daganattal, mely per eminentiam tömlős daganat volt, de melynek húsdag-részei is voltak. Ez növekedésében nem a rendes utat követte, hogy t. i. a széles szálag két lemeze közt fejlődve, a lemezek széttolása közben előre terjeszkedett volna, hol legkevesebb ellentállásra talál, hol a hashártyát legkönyebben leválasztja, mint ezt a legtöbb dag teszi; hanem a széles szálag hátsó lemezét tolta maga előtt úgy, hogy a Douglas-ür mintegy kiemelkedett és a dag bement a bélfodrot képező hashártya rész alá, mely felemeltetett és fedte a hasban az óriási daganatot. Némely helyen a dag nem volt képes úgy felemelni a hashártyát, hogy ne vigye magával a belet. A daganatot egész biztossággal mint a méh függelékeiből kiindúltat kórismeztük. Megnyitva a hasat, a dag mellső felületével találkoztunk, mert mellső részén oly hashártya találtatott, mely alatt belek nem voltak. De mikor a folyadék kibocsátásával a tömlőt megkisebbítettük, a dagnak felső részét kiemeltük, akkor azt találtuk, hogy a bélnek egy hosszú része mintegy nyargalt rajta, azaz a bél hashártya borítéka a tömlőre ráhuzódott. Midőn ezt leszabadítottuk és követtük a medenczébe egészen az S. romanumig, az is rá volt kapaszkodva úgy, hogy a leválasztásnál be is szakadt. S mikor az egész daganatot kiirtottuk, azután megtisztítva bevarrtuk az S. romanum sebjét, úgy bizonyodott be, hogy eljárásunk teljesen aseptikus volt, mert öt nap múlva nem is voltak lázai a betegnek, s csak mikor székürülések következtek be és gázok állottak elő, ezek megfeszítették azon részt, melyet bevarrtunk és bélsár ömlött a hasba, s így az eset halállal végződött. Ot napig a beteg, mint mondtuk, láztalan volt, úgy hogy ha nem tudtuk volna, mi történt hasában, azt hittük volna, hogy meg fog gyógyúlni. De tudtuk,

hogy mi történt és tudtuk, hogy az olyan valami, mi nem igen szokott kiegyenlítődni, úgy hogy, a midőn a beteg ötödik nap állapotát még dicsérte, ezen csodálkoztunk. Látható ezekből, hogy a sepsist sikerült távoltartanunk és a halált csak az okozta, hogy bélsár ürült a peritonealis ürbe.

Ezen eset részletes fejtegetésével azt akartam némileg csak jelezni, hogy a hashártya valóban sokat áll ki. S mivel a sepsist távol tartottuk tőle, nem egy, hanem több oly esetben is értünk el gyógyulást, hol a műtét klvitelében oly bonyodalmak állottak elő, melyekről magunk hittük, hogy nem végződnek jól és mégis gyógyulás volt az eredmény.

Midőn e kitérés után ama tüneményeket soroljuk fel, melyekből ezen tömlőket felismerjük, akkor azon pontra fogunk főleg terjeszkedni, melynek differentialis jelentőségűnek kell lenni a praeperitonealis és a retroperitonealis daganatok közt. Egyes esetekben, hol azt nem döntöttük előre el, bementünk a hasürbe azon szándékkal, hogy akármilyen legyen a daganat, ezt kiirtsuk, s egy esetre emlékszem, hol a has megnyitása után el kellett állanom a kiirtástól; azután bezártuk a hasat, s annak daczára, hogy bevarrás előtt a mesenterium a daganat kiszabadítását czélzó manipulatiók által nagy vongálásnak lett kitéve, a beteg meggyógyult. Ez esetben oly tágult edényekkel volt behálózva a daganat, hogy alig tudtunk választani egy helyet, hogy a hashártya szétválasztása után a tömlőt megcsapoljuk, de mikor a bemetszés után iparkodtunk kifejteni a daganatot, akkor szakadt a hashártya. Ily viszonyok közt el kellett állani attól, hogy a daganatot mégis erőszakoljuk kivenni, mert ama nagy edények mellett, melyek ott tátongtak, ez lehetetlen volt. Bevarrtuk azt, mi felszakadt és bevarrtuk a hassebet. Az illető láz nélkül gyógyult, s a másik esztendőben újra meglátogatott, körülbelül jobb állapottal, mint a műtét előtt, sőt mint hallom, még most is aránylag jól éli világát.

A főtünemény arra, hogy hasdaganatot kórismézzünk, mindig a hasnak, teriméjében való megnagyobbodása. Hogy ha valakinek hasában valami nő, akkor a has megnagyobbodik. Az itt bemutatandó betegek közül az egyiknek kicsiny ily daganatja van. Azt látjuk, hogy a gömbölyű daganat jobb segmentumával a hasnak jobb, bal segmentumával a hasnak bal felében van. Hogy ha ily gömbölyű alakot veszünk észre, arra gondolunk, hogy folyadék az, ami okozta, mert ha nincs folyadék a daganatban, akkor karélyos, dudoros alakja van. S hogy ha egész biztossággal akarjuk megállapítani, hogy folyadék van-e az újképletben, ezt fluctuálásra vizsgáljuk meg. Megtapintjuk egyszersmind a dag egész felületét annak kikutatására, valjon egyenletes összeállású-c. S így a jelen esetben találjuk, hogy a dag fluctuatiót mutat, hogy egyenletes összeállású, hogy a folyadék nyomásra egészen el nem tünik és kontatásra a dag tompa hangot ad a magaslaton. Ellenben hogy ha ugyanazon magasságban oldalt kontatunk, határozottan dobos hangot kapunk a has mindkét oldalán. Azonkívül a daganatot egyik oldalról a másikra el lehet mozdítani. Azon körülmény, hogy e terime-nagyobbodás mellett nem mutatkozik egy vízszintes vonal, melyen alul tompa és felül dobos kontatási hang van, hogy addig tompa a hang, a meddig a terime-nagyobbodás terjed és ugyanazon magasságban mindkét oldalt dobos hang van, arra mutat, hogy itt betokolt folyadékkal van dolgunk, melytől mindkét oldalt a belek vannak elhelyezve.

De ezen alak előállhat akkor is, hogy ha egy retroperitonealis daganattal volna dolgunk, mely kétfelé osztván a beleket, a bélfodrot közép felé tolná. De ily esetben a dagot akkor sem lehetne, ha lefektetnők a beteget, ide-oda tologatni, mert a retroperitonealis képletek nem mutatnak valamire való mozgékonyságot. De azonkívül adott esetben még avval is lehetne megállapítani, hogy retroperitonealis dag van jelen, hogy a dag nem csak a közepetti mesenterialis hashártya mögött foglal helyt, hanem egyszersmind kisebb-nagyobb mértékben maga előtt tolja a fodorral összeköttetésben levő beleket. Azért hashártya-mögötti daganatoknál a dobos hang, mely más eredetű dagoknál oldalt észlelhető, mindíg előbbre vonúl és a dag előtt egy képlet terjeszkedik ki, mely néha tompa, néha dobos hangot ad, sőt néha a peristaltikus mozgással azonos mozgást lehet rajta észrevenni. Mihelyt ily képletet találunk, tudjuk, hogy hashártya-mögötti daganat van jelen. Minden kétséget kizáróvá lesz a kórhatározat a végbélen át való vizsgálat által. Hashártya-mögötti daganatoknál a végbélbe vitt újj és kéz nem a dag mögé, hanem a dag elé kerül. Ha tehát a vizsgáló kéz a végbélen át maga előtt érzi a daganatot, akkor kétségtelen, hogy ez nem hashártya-mögötti daganat, hogy ha azonban hátul marad és egyszersmind rögzítve van a daganat, ennek hashártya-mögötti elhelyezése van kimutatva.

Hogy ha most a daganatnak tompa hangját és fluctuáló voltát, valamint azon helyeknek. hol dobos hang van, alakját, mozgékonyságát, összeállását, valamint azt is egybevetjük, hogy a nő mondja, hogy a daganat kezdetben mindíg lágyéka tájában volt és mikor kisebb volt a dag, ez, ha a beteg egyik oldalára feküdt, ugyanezen oldalra csúszott, akkor tudjuk, hogy nem rögzitett, nem hashártya-mögötti, hanem a méh adnexumaiból kiinduló, s így meglehetős hosszú kocsánynyal biró ovarialis tömlő van jelen.

De az ovarialis tömlők különböző összeállásban jelennek meg, lehetnek egy, lehetnek több és lehetnek igen sok üreggel biró cysták, melyekben néha ezrekre megy az apró tömlők száma, melyekből ily ovariumtömlő alakúlt. Ezek kórismézése nem mindig oly tiszta. Igy pl. a másik nőnél, melyet bemutatok, egy gömbölyű tömlő van, de ez oly resistentiát nyujt, hogy arra, valjon egy vagy több kamrájú cysta-e vagy épen méhdag, biztonsággal felelni nem lehet. Hogy húsdag-részletek nincsenek benne, azt tudom, de valjon a tömlő falaiban nincsenek-e polycystikus képződmények, azt ezen esetben műtét előtt eldönteni nem lehet.

Hogy ha a mondottakhoz hozzátesszük még, hogy mióta fejlődik a tömlő, hogy pl. ezen első nő 8 hónapra viszi vissza daganatjának fejlődése történetét, akkor az a mellett szól, hogy nála egykamrájú ovariumtömlő van, de nincs kizárva, hogy a falakban új tömlőképződmények is vannak, melyek által a dag, ha a nő magára hagyatik, idővel polycystává fejlődnék.

(Folytatása következik.)

A szívburok-lemezek összenövésének két érdekes esete.

Nehány szó a szivcsúcstáj systolikus behúzódásáról és a paradoxus pulsusról[1]).

Bókai Árpád tr. ny. r. tanártól.

A budapesti egyetemi II-ik belgyógyászati kórodán töltött szolgálati időm folyamán a szívburok-lemezek összenövésének két oly esetét észleltem, melyek érdekesek lehetnek mindazoknak, kik a finomabb diagnosticát művelik.

A szívburok-lemezek összenövésének kórismei megállapítása a kórodásoknak mindíg kedvencz themája volt, valószinűleg azért, mert a kórismézés elé gördülő számos akadály sokszor nehézzé tette azt. Az említett kórállapotot ép úgy ritkának tartják, mint általában a pericardium megbetegedéseit, azonban. úgy látszik, hogy csak a beteg életében felállított kórisme ritka, mert a boncz-asztalon elégszer találkozunk azzal; *Leudet* 1003 bonczolt egyén közül 58-nál talált összenövéseket, még pedig 33 esetben részleges, 25 esetben tökéletes összenövést. A ritkán kórismézés oka egyrészt a pathognomonikus tünetek valóban csekély voltában, néha pedig azok teljes hiányában rejlik. Az általam észlelt esetek egyike az utóbbiakhoz tartozik. Az eset a következő:

I-ső eset:

R. G., 43 éves, írnok 1881. october hó 9-én kereste fel a kórodát. Előadja, hogy 23 éves korában lágy bujafekélye, s mindkét oldalon lágyéktáji nyirkmirigy-lobja volt. 16 évvel ezelőtt polyarthritisben szenvedett, 9 év előtt pedig állítólag hasi hagymázt állott ki. Ezután 1880-ig egészséges volt, midőn az év vége felé soványodni kezdett, s komoly betegnek érezte magát, a nélkül azonban, hogy betegségét localisálni tudta volna. 1881. julius havában vette észre először, hogy bokái dagadni kezdenek; a dagadás folyton haladt felfelé, s october elején már azt észlelhette, hogy hasa is növekszik teriméjében. Előéletére nézve kérdeztetvén, bevallja, hogy felserdült kora óta nemcsak borral élt bőven, hanem hogy erős, égetett szeszeket is rendszeresen ivott.

A közép-termetű beteg erősen lesoványodott, bőrszíne szenyes sárgás: a köthártya, s a többi látható nyákhártyák, a kezek és lábak körmei *cyanotikusak*. A nyak viszerei erősen teltek. A mellkas légzési mozgásai szaporák, felületesek, számuk perczenkint: 22. *Szivcsúcs-lökés nem tapintható, szivlüktetés csak igen gyengén érezhető.* A has erősen kidomborúlt, feszes, s a felületes viszerek vérrel erősen telvék. A lágyékhajlatban mindkét oldalt mintegy 10 cm-nyi hosszú sugaras heg látható. Czombok, alszárak, lábak, s a seggpofa bőre kemény, duzzadt és az újjbenyomatokat jól megtartja. A tüdők felett kopogtatva, mindenütt teljes éles és nem-dobos a hang. A szívtompulat a bal szegymelletti vonalban a negyedik bordaközben kezdődik, lefelé az 5-ik bordáig követhető, befelé a bal szegyszélig terjed, kifelé pedig a bimbóvonalig; ezen határok sem be-, sem kilégzésnél meg nem változnak. A máj-tompulat kicsiny, u. i. a jobb szegymelletti vonalban az 5-ik borda alsó szélén, a bimbóvonalban a 6-ik borda felső szélén, a középhónalji vonalban pedig a 7-ik borda felső szélénél kezdődik, s lefelé mindhárom vonalban, csak 3 cm-nyire terjed. A léptompulat nagyobb a rendesnél, mennyiben a bal középhónalji vonalban a 7-ik bordán kezdődik, s a bordaív alsó széléig terjed, s mellfelé túlhaladja a mellső hónalji vonalat. A has felett kopogtatva, a köldők alatt 5 cm-nyire húzott harántvonal alatt teljesen tompa a hang, ép úgy azon területen is, mely mindkét oldalt a bimbóvonal meghosszabbításától kifelé esik. A leírt tompulat mobil tünetei szabad hasvízkórnak felelnek meg. A hasvízkor mellett nagyfokú meteorismus is van jelen. A tüdők felett, úgy elől, mint hátul érdes alaplégzés mellett búgás, füttyhangok és számos durva, nedves szörtzörej hallható. A szív és nagy edények hangjai tiszták, de igen tompák, kivéve a tüdőütér második hangját, mely erősen ékelt. Az érlökések száma: 72, rhythmikusok, könyen elnyomhatók. A vizelet napi mennyisége igen csekély, alig 500 kcm., fajsúlya: 1024; szine: sötét-vörös, vegyhatása: savanyú, a húgysavas sók szaporodottak, kevés epefesteny kimutatható. A beteg étvágytalan, székrekedése van, s fájdalmakról nem panaszkodik, csupán nagyfokú légszomjról. Hőmérsék rendes.

[1]) Előadatott a kolozsvári orvos-természettudományi társulat dec. 21-én tartott szakülésén.

A kórisme felállításánál a tüneteket két csoportba kellett osztanunk. Az egyik csoportba tartozók egymás mellé állítva megengedték a határozott kórisme felállítását, míg a másik csoportba tartozókat illetőleg határozott nyilatkozatot tennünk nem volt lehető. Az I-ső csoportba osztott kórjelek a következők voltak: *a bevallott iszákosság, a májtompulat kicsiny, s a léptompulat megnagyobbodott volta, a hasvízkór, a vizeletnek csekély epefestenytartalma, a mérsékelt bőr-icterus és az általános elsoványodás.* Ezen tünetekből, ha mások nincsenek jelen, melyek az összhangot zavarják, mai diagnostikus ismereteink szerint az *idült szövetközi májgyuladás kórisméjét lehet felállitanunk*; csak kérdés, hogy a jelen esetben, ha a kórismét fenn akarjuk tartani, mit tegyünk a többi tünetekkel, melyeket megállapítottunk, s melyek ezen kórisme keretébe bele nem illenek? Az utóbbi tünetek a nyak viszereinek túlteltsége, a látható nyákhártyák, s a körmök cyanosisa, az alsó végtagok erős és már rég fennálló vizenyője, a légútak nagyfokú hurutja, légszomj, a szívcsúcslökés ki nem tapintható volta, a szívtompulat határainak állandósága ki- és belégzésnél, végül a tüdőütér 2-ik hangjának ékeltsége. Kétségtelen, hogy ez utóbbi tüneteket a máj cirrhosisától független betegségre kell visszavezetnünk. Ezen tünetek közül azonban ki kell, hogy vegyük a szívtompulat állandó terjedelmét illető tünetet, s azt évekkel ezelőtt — talán akkor, midőn a beteg izületi csúzban szenvedett — kiállott pleuritisnek kell tulajdonítanunk, melynek következtében a parietalis és visceralis lemezek a szív körül összenőttek, s így ott a tüdőszélek mozgékonysága megszűnt.

A többi tünetek mind arra vallanak, hogy *a kis vérkörben és a nagy vérkör viszeres rendszerében nagyobb fokú pangás áll fenn.* Mire vezessük ezt vissza? Tüdőlégdag, a kéthegyű billentyű elégtelensége, a bal szívgyomor viszeres szájadékának szükülete, szívizombántalmak és pericardialis összenövések voltak azon betegségek, melyekre gondolnunk kellett. A felhozott kóralakok közül az első háromnak kórjellemző tünetei a betegnél egyáltalában fel nem találhatók; a tüdőhatárok nem állanak lejebb a rendesnél, zörejek a szív felett nem hallhatók. Nem marad tehát egyéb hátra, mint a szív-összehúzódások erélytelytelenségéből magyarázni a fenntebb elkülönített tünetcsoportott. Ezen felvételt támogatják: a gyenge szívlüktetés, a hiányzó csúcslökés és az elnyomható puha pulsus is. A szívösszehúzodások erélytelennek a szívizomzat idült betegségeinél ép úgy, mint a pericardium lemezeinek erősebb összenövésénél is. Az első betegség mellett szólana a beteg beismert iszákossága, a második mellett, a már constatált mellhártya-összenövések a szív körül, melyekkel együtt gyakran találkozunk a boncz-asztalon a pericardium lemezeinek összenövésével is. Viszont az idült szívizom-bántalom ellen bizonyít a pulsus rhythmikus volta, a szívburok-bántalom ellen pedig azon körülmény, hogy a szívcsúcstájon nem látjuk az e bántalomnál megszokott systolikus behúzódást. Tehát választanunk a két betegség között lehetetlen volt; a mérlegserpenyő mindkét oldalon egyenlő magasan állott.

A kórisme így állíttatott fel:

Jelen van mindenek szerint idült szövetközi májgyuladás, a mellhártya lemezeinek terjedelmesebb összenövése a szívtájon, ezenkívül vagy a szív izomzat idült betegségeinek valamely alakja, vagy pedig a szívburok lemezeinek terjedelmesebb összenövése.

A beteg további észlelése alatt a következőket jegyezhettük fel:

October 13-án húgyhajtóképen blatta orientalis porát kezdtük adagolni, naponta 2 gm-ot; a vizelet napi mennyisége erre 1100—1200 kcm-re emelkedett.

October 21-én, midőn a beteg a blattaport már undorral szedte, a következő rendelményt tettük. Rp. Tinct. digitalis 5·0, aqua juniperi 40·0; liquoris kalii acetici 10·0; oxymel scillae 15·0; M. D. S. Naponta 4 kávéskanállal.

Ezen szerelésre a vizelet napi mennyisége mindíg 1000 kcm-en felül volt, sőt egyszer 1900 kcm-t is elért; a has bőrének feszülése csökkent, a légutak hurutja alábbhagyott, ép úgy az alsó végtagok vízkórja is.

November 6-án hasmenés állott be, úgy hogy a fennti szerelést jónak láttuk abbahagyni és zsongítás czéljából chinint rendeltünk tört adagban.

Nov. 19-én a hasvízkór, s az alsó végtagok vizenyője ismét

gyarapodni kezdett, a hímvessző és herezacskó vizenyősen megduzzadtak, s a bal tüdő alsó lebenyében hypostasis tünetei jelentkeztek. Rendeltetett senega-forrázat natrium bicarbonicummal és liquor ammonii anisatusal, ezenkívül óvrendszabályok foganatosíttattak a hypostasis ellen.

December 4-én a vizelet igen kevés; 500—600 kcm., a köhögés és kiköpés gyérebb; cyanosis és hydrops fennállanak változatlanul épen úgy a légszomj is.

Dec. 12-én a vizenyő kezd az alkarokon és kezeken is mutatkozni, s a csekély mennyiségű vizeletben fehérnye közép mennyiségben mutatható ki; e mellett nehány vérsejt, genysejt, s kevés, finoman szemcsézett henger.

Dec. 20-án a folyton növekvő vízkór csökkentése czéljából Ziemssen-féle szúrcsapocskák alkalmaztattak; 4 csapot szúrtunk be az alsó végtagok bőrében, melyeket 6 napon át hagytunk ott, s ez idő alatt 12 liternél több savót sikerült lebocsátanunk. Erre a beteg légzése megkönyebbült, s a vizelet napi mennyisége 1000 kcm. lett, fehérnyetartalma erősen csökkent, s a közérzet általában javult.

1882. január 15-én este tüdővizenyő tünetei jelentkeztek, s a beteg esti 8 órakor meghalt. A boncz-asztalhoz lépve, előbbi kórisménket tartottuk fenn.

A bonczjegyzőkönyv fontosabb pontjai a következők: a jobb tüdő egész terjedelmében összenőtt a szomszédsággal, s 4 mm. vastag, rétegzetes, fehér, szívós álhártyával födött; a tüdő vérdús, metszlapja sok léghólyagcsával kevert véres savót ürít. A bal tüdő szintén egész terjedelmében odanőtt a borda-mellhártyához, s különben is ugyanazon viszonyokat mutatja mint a jobb. A szív a szívburokkal egész terjedelmében erősen összenőtt, annyira, hogy a szívburokból ki sem fejthető; a szívburok viszont a tüdőknek zsigeri mellhártyájával van összenőve, a mellkas mellső falával nem. A szív izomzata halvány, petyüdt, szakadékony, s górcső alatt az izomzat zsíros elfajulása állapítható meg.

A billentyűk és szájadékok teljesen épek. A máj erősen megvékonyodott, széle éles, metszfelülete szemcsés és széles kötszöveti gerendezeteket mutat, egészben véve petyhüdt. A lép kétszer akkora mint rendesen, gyurmája könyen kivakarható. A vesék petyüdtek, különben rendellenességet nem mutatnak. A hasürben 6 liter sárgás savó.

E bonczleletből kitűnik, hogy az életben tett kórisme minden pontja helyes volt, sőt kitűnt az is, miszerint a szívizom idült betegségére ép oly joggal gondalhattunk, mint a szívburok-lemezek összenövésére, mert hisz tényleg jelen volt mindkét bántalom.

Hogy ez utóbbi két kórállapot közül a szívburok-lemezek összenövése volt az elsődleges, az nem szenved kétséget. Minden tankönyvben olvashatjuk, hogy néha a két betegség mint ok és következmény áll fenn egymás mellett.

A kérdés most az, hogy miért nem volt a szívburok-lemezek összenövésének helybeli tünete, hogy miért nem észleltük az úgyszólván pathognostikus jelt, a szívcsúcslökés helyének systolikus behúzódását, mely a kórismét biztossá tehette volna?

A systolikus behúzódás a csúcslökés helyén a szív akadályozott locomotiójának következménye. Systole alkalmával a szívbasis balra, s lefelé mozog, míg a csúcs fel és mellfelé boltosodik ki, miközben a szív hosszátmérője jelentékenyen megrövidül. Ha ezen locomotio zavarva van akként, hogy a szívbasisnak lefelé mozgása akadályozott, fellép a csúcslökés helyén a systolikus behúzódás. A szív hosszátmérőjének megrövidülése alkalmával ez esetben a csúcs kénytelen eltávozni, jobban mondva visszahúzódni a mellkasfaltól, s a légnyomás behorpasztja a bordaközt a csúcslökés rendes helyén. Ha a szív locomotiója csak csekély mérvben zavart, s a tüdőszélek a szív körül mozgékonyak, úgy azoknak ú. n. cardiopneumatikus mozgása hiúsítja meg a systolikus behúzódás létrejöttét; a tüdőszélek compensáló mozgása azonban elégtelen, ha a szív mozgása lefelé tökéletesen meg van akadályozva, mint pl. nagyfokú összenövéseknél; akkor sem működhetnek a tüdős-szélek compensiálólag, ha zsugorodottak, vagy pedig, ha oda vannak nőve a mellkasfalhoz vagy a pericardiumhoz. Leírt esetünkben a szív locomotiója nagy mértékben volt megakadályozva, mert a szív és szívburok egész terjedelmükben össze voltak nőve egymással; a cardiopneumatikus mozgás a tüdőszélek részéről teljesen lehetetlen volt a

pleuralis és pleuropericardialis összenövések folytán, s mégsem láttunk systolikus behúzódást a csúcs tájon. A magyarázat egyszerű:

A systolikus csúcsbehúzódás létrejöttéhez a szív-locomotio akadályozottságán kívül a szív-összehúzódások erélye is szükséges, s épen ez utóbbi hiányzott betegünknél; hisz a bonczleletben olvassuk, hogy a szív izomzata halvány, petyüdt, szakadékony, s a górcső alatt az izomzat zsíros elfajulása állapítható meg; tehát az összehúzódások erélytelenek voltak systole alkalmával, a szív hosszátmérője csak jelentéktelenül rövidülhetett meg, s a szívcsúcs a mellkasfaltól alig, vagy csak kevéssé távozhatott el. Innen eredtek a viszeres vérpangás és a kis vérköri pangás nagyfokú tünetei, a vizenyő, a cyanosis, a légszomj, az elnyomható ütérlökés stb., s ezért nélkülöztük végre a csúcstáji systolikus behúzódást is.

A második, általam észlelt eset a kórjellemző tünetek kifejezett volta miatt érdekes. Az eset a következő:

II-ik eset.

B. J., 19 éves, gépész, beteg lett állítólag 1881. januárban; a kórodára felvétetett 1882. január 24-ikén.

A beteg egy év előtt lett beteg, midőn gyomortáji fájdalmak, étvágytalanság, felböfögés jelentkeztek. Ez folyton így tartott nála a felvétel napjáig. A jobb hypochondriumban már hosszabb idő óta fájdalmakat érzett, melyek közérzetét igen lehangolttá tették, munkaképtelen lett, s erősen elgyengült.

A magasabb termetű ifjú bőrszíne igen halvány, a látható nyákhártyák gyengén cyanotikusak; bőralatti kötszövet mérsékelten zsírtartalmú; az izomzat gyengén fejlett. A nyelv bevont, étvágy csökkent, szájíz rosz, felböfögések, székletét renyhe.

A nyak részaránylyos, a kulcsalatti és fölötti tájak kitöltvék, *a nyak viszerei a rendesnél teltebbek.* A mellkas lapos, a bordaközök szélesek; a légzési mozgások mindkét félen egyenlőek, felületesek; a bal mellkasfélen *a szegymelletti vonalban a III-ik borda alsó szélétől az V-ik felső széléig, kifelé pedig a bimbóvonalig, befelé a szegyszélig mozamos behúzódás és kiboltosodás látható; a behúzódás az art. carotis érlökésével esik össze,* a kiboltosodás pedig épen az érlökési szünetre jut. Megjegyzendő, hogy az art. pulmonalis fölött a rendesen észlelhető shock, mely diastolere esik, ugyanakkor tapintható, midőn a kiboltosodás látható. *A jobb orsóütér feszes, s a balnál teltebb;* mindkettőnek lőkése egyidejű, összeesik a szívtáji behúzódással; *mély belégzésnél a pulsus igen kicsiny lesz, alig tapintható, míg kilégzésnél erősödik.* Ezen tünet, melyet Kussmaul *paradoxus pulsusnak vagy pulsus inspiratione intermittensnek* nevezett el, a betegnek oldal fekvésében sokkal erősebben kifejezett, mint annak hanyatt fekvésében. A felhastáj előre domborodott. A májtájékon lefelé csaknem a köldökig kitapintható a megnagyobbodott máj, mely a légzési mozgásokat követi, tömött, nyomásra alig fájdalmas.

A tüdők felett kopogtatási eltérés nincs; szívtompulat a bal szegymelletti vonalban a III-ik borda alsó szélén kezdődik, befelé a szegycsont bal széléig terjed, kifelé pedig épen a bimbóvonalig. A szívtompulat kiterjedése a belégzési phasis alatt jobbról és balról körülbelül egy cm. változást szenved.

A májtompulat a jobb parasternalis vonalban az V-ik borda alsó, a bimbó-vonalban a VI-ik alsó, a hónaljvonalban a VII-ik felső szélénél kezdődik, míg lefelé mindhárom vonalban túlhaladja a bordaívet és pedig a szegymelletti vonalban $6\frac{1}{2}$, a bimbó-vonalban 2, a hónalj-vonalban $1\frac{1}{2}$ cm-rel. A májtompulat hossza a szegymelletti vonalban 12, a bimbóvonalban 11, a hónalj-vonalban $10\frac{1}{2}$ cm.

A léptompulat a bal középhónaljvonalban a VIII-ik borda alsó szélén kezdődik, s lefelé a X-ik bordáig, mellfelé a mellső hónaljvonalig terjed.

A has fölött nincs kopogtatási eltérés. A tüdők felett úgy mellül, mint hátul érdes be- és kilégzés hallható.

A szív és nagyobb edények hangjai tiszták, kissé tompák. A tüdőütér 2-ik hangja erősen ékelt. A bal szív hangjai legerősebbek a bimbó-vonalban, az V-ik bordán, s így a szívcsúcs helyzete ezen helyen vehető fel.

A vizelet narancs-sárga, tiszta, átlátszó, vegyhatása savi, fajsúlya 1014, napi mennyisége 800 cm.

Röviden összefoglalva a betegnél észlelt tüneteket, azok a következők:

A nyákhártyák syanosisa, a nyaki nagy viszerek túlteltsége, a szívtájon, s főleg a szívcsúcslökés helyén systolikus behúzódás, pulsus inspiratione intermittens, kissé megnagyobbodott szivtompulat, igen nagy máj, kevés vizelet.

Ha előbbi esetem nehezen kórismézhető, s némileg kivételes volt, úgy ez, a szívburok-lemezek összenövésének typikus képét adja. A két főtünet, mely figyelmünket megragadja *a szívcsúcstáj systolikus behúzódása és a pulsus inspiratione intermittens.*

A behúzódást a csúcstájon megszoktuk már a pericardialis összenövések biztos jelének tekinteni. De valjon joggal tehetjük-e ezt, s ha egyedül ezen tünetre támaszkodnánk, a kórisme felállításánál, nem tennénk-é ki magunkat esetleges csalódásoknak? Nem fordúl-é elő ezen tünet más kórállapotoknál is? *Skoda*[1]) még azt állítá, hogy nem is a pericardium lemezeinek összenövésénél fordúl ezen tünet elő, hanem csak akkor, ha e mellett extrapericardialis összenövések is állanak fenn, főleg összenövések a bordapleurával. Ezen nézet, melyet *Oppolzer*[2]), *Cejka*[3]) és mások is támogattak *Traube*[4]) egy észlelete által döntetett meg, melyben a szív és szívburok között csak egy kötszöveti köteg képviselte az összenövést, de ez oly helyzetet foglalt el, hogy a szívbasisnak mozgását jobbról és felülről lefelé és balra képes volt megakadályozni, s a beteg életében erős systolikus csúcstáji behúzódás volt észlelhető. Sőt még oly esetet is észlelt *Traube*, hol napokon át systolikus csúcstáji behúzódás volt látható, s a boncz-asztalon a szívburok hátsó falán szabályellenes redőt talált a tüdőütér átmeneti helye mellett, mely innen a tüdőütér hosszátmérőjével csaknem párhuzamosan futott le, s bele illett a jobb kamra baloldali falzatába. Traube utána járt a dolognak, s azt találta, hogy ily redő nem ritka, mert ő 12 hulla közül 3-ban megtalálhatta azt, bár nem oly erősen kifejlődve, mint a fenntí esetben; ez utóbbi esetekben systolikus behúzódást nem észlelt. Néha nem is a szívburokban rejlik a behúzódás oka, mint ezt az irodalom némely adata bizonyítja. *Friedreich*[5]) észlelte, hogy egy betegnél, ki nagyfokú aorta-szűkületben szenvedett, s kinél a bal gyomrocs falának következményi túltengése volt jelen, a csúcstájon systolikus behúzódást látott, a nélkül, hogy a halál után bárminemű összenövések is találtattak volna. Sem *Riegel*[6]), sem *Leyden*[7]), sem *Lauenstein*[8]) nem látták ezt tiszta és nagyfokú aorta-szűkület eseteiben. Nagymérvű aorta-szűkület egy esetét magam is kezeltem (az aorta oly szűk volt, hogy a kis újj csak nagy nehezen volt bevezethető), de *Friedreich* észleletét szintén nem tehettem, bár a beteget hónapokon át naponta többször vizsgáltam. *Frtedriech* a *Gutbrod-Skoda*-féle szívcsúcslökési hypothesis híve volt; szerinte aorta-szűkületnél kevés vér juthat a főérbe a fennálló erőműví akadály folytán, s a kilökött vérmennyiség ennélfogva nem bir elegendő erélylyel arra, hogy a Segner-féle kerékből kiáramló folyadék módjára a szivet visszalökje balra és lefelé, s okozza ezáltal a csúcslökés tüneteit. A szív basis mozgása lefelé zavarva lévén, a szívcsúcs systole alkalmával visszahuzódik a mellkas falától, s helyén a légnyomás behorpasztja a bordaközt. *Weiss*[9]) megemlíti, hogy aggoknál is látott systolikus behúzódást összenövések jelenléte nélkül; ezen észleletét úgy magyarázza, hogy ily esetekben az aorta falzata rigid, rugalmatlan, s így az ívnek tökéletlen telődése képtelen erőteljes visszalökést közölni a szívvel.

Részemről nem kételkedem abban, hogy mind *Friedreich*, mind *Weiss* láttak eseteikben systolikus csúcstáji behúzódást, de a tünetnek általuk adott magyarázatát el nem fogadhatom. A Gutbrod-Skoda-féle visszalökési hypothesis a szívcsúcs-lökés magyarázatát illetőleg hibás. Annak idején már *Chauveau* ellene nyilatkozott, felhozván azt, hogy ha szamárnál az űrös viszereket lekötötte és a tüdőütért, s az aortát összenyomta, megmaradt a szívcsúcs-lökés, holott a visszalökés ki volt zárva. Ugyanerről bárki is meggyőződhetik, ha a Chauveau-féle kisérletet megteszi, midőn látható, hogy úgy, mint ezt *Pentzoldt*, *Filehne*[10]) és *Klug N.* leírták a szívcsúcs-összehúzódás alkalmával felfelé emelkedik, feltéve, hogy

[1]) Zeitschr. der Wiener Aerzte. 1852. S. 306. — [2]) Allgemein. Wiener medic. Zeitung. 1861. — [3]) Prager Vierteljahrschrift. Bd. 2. 1865. — [4]) Gesammelte Abhandlungen. Bd. II. — [5]) Virchow's Archiv. XXIX. — [6]) Volkmann's Samml. klin. Vorträge Nr. 117. — [7]) u. o. — [8]) l. Riegel. — [9]) Eichorst. Lehrb. der physik. Untersuchungsmethoden. II. Th. S. 16. — [10]) Centralblatt der med. Wiss. 1879. nov. 26.

az állat hanyatt van fektetve. A visszalökés, s a nagy ütereknek szívsystole alkalmával megnyúlása nem játszik szerepet — legalább nagyot nem — a szív locomotíojánál, s helyesen mondja *Klug*[1]) *hogy a szív alak- és helyváltozása következménye a vérrel telt szívgyomor egész izomállománya összehúzódásának az üterek eredési helye felé.* Én pedig még hozzátenném, *hogy a szívmozgás complicált módja a szívrostozat különös lefutásától van függővé téve, így a csúcsnak mellfelé emelkedése, tehát a csúcslökés is*[2]).

Hogy *Friedreich* és *Weiss* észleleteit miként magyarázzuk meg, ha ez így áll, nem tudom egyelőre, de jobb magyarázatlanúl hagyni valamit, mint sem azt hibásan fejteni meg.

Előbbi esetem epicritikus megbeszélésénél megemlítettem volt már, hogy ha a tüdőszélek cardiopneumatikus mozgása alkalmas pleuritikus összenövések folytán meg van akadályozva, szintén észlelhető systolikus behúzódás, bár nem oly erőteljes, mint szívburok-összenövések alkalmával, s nem azon körülírt helyen, mely a szívcsúcsnak felel meg, hanem általában a szívtájon.

Midőn jelen esetünknél a kórismét a pericardium lemezeinek összenövésére tesszük, ki kell zárnunk mindazon felsorolt kórállapotokat, melyeknél systolikus csúcstáji behúzódás, ha csak egy-két esetben is észleltetett. Ezen kizárás esetünkben könnyű; aorta-szájadék szükületére semmi jel sem mutat, ép úgy aorta-sclerosisra sem. Hátra van még az extrapericardialis összenövések diagnosisa. A körelőzményben van ugyan támpont ennek felvételére, de a behúzódás főleg a csúcslökés helyén látható, s a fennálló szív-összehuzódási és mozgási zavart más tünetek is bizonyítják, milyenek a fennálló cyanosis, a nyaki viszerek túlteltsége, a nagy máj, a kevés vizelet; a szívburok és pleura közti összenövések ellen szól egyébiránt a kopogtatásnál constatált szívtompulati határváltozás be- és kilégzés alatt. A systolikus csúcstáji behúzódás tehát csak szívburok-összenövések következménye lehet.

A második főtünet, melyre reflectálni ohajtok, *a pulsus paradoxus*. A betegnél minden belégzés alkalmával kissebbé lett az ütérhullám, sőt ha a beteg erőszakos belégzést tett, úgy az ütérlökés ki is maradt.

Ezen tünetet először *Griesinger* észlelte 1854-ben, s tanítványa *Wiedenmann*[3]) írta le 1856-ban. Az észlelet feledésbe ment, s 1873-ban *Knssmaul* eleveníté azt fel[4]), mint a kérges mediastino-pericarditis kórjelét írva le egy más tünettel együtt, t. i. a torkolati viszerek inspiratorius megduzzadásával. Mindezt Kussmaul 3 esetben észlelte. A tünetek magyarázata a bonczleletekből könyen construálható volt. Kérges álhártyák, melyek a szívburok és a mediastinum lemezei között képződtek, kacsolták át az aortát és a vena anonymákat, oda kötötték a nevezett edényeket a mellcsonthoz, s minden mélyebb belégzés alkalmával strangulálták azokat, mely körülmény folytán ezen légzési phasis alatt a vérfolyás azon edényekben akadályozott volt. Képzelhető a mediastino-pericarditisnek oly esete is, melyben a vena-tünet hiányzik, s csak a pulsus paradoxus van jelen; ekkor persze csupán csak az aorta van a mellcsonthoz fűzve.

Kisebb mérvben a pulsus paradoxus minden egészséges embernél észlelhető. Leírta ezt *Landois*[5]) már 1872-ben; később *Riegel*[6]) és *Sommerbrodt* foglalkoztak azon kérdéssel, hogy mily befolyással van a légzés az érlökési hullámgörbére. Mindhárom buvár egyetértőleg azt találta, hogy mélyebb belégzésnél általában alacsonyabb az érlökést jelző hullámgörbe, s a rugalmassági emelkedések elmosódottak, a visszalökési emelkedés azonban erősebb mint kilégzésnél; az érlökések mindezen felül még gyérebbekké is lesznek. Az érlökési görbének ezen belégzési megváltozása egyszerűen Ludvigh azon észleletéből fejthető meg, hogy belégzéskor csökken a vérnyomás szemben a kilégzéssel, s természetes, hogy így a belégzés tartama alatt az üterek feszülése és tágulása is csekélyebbé lesz; mindez következménye a belégzés alkalmával a mellürben létrejövő negativ nyomásnak. Erőltetett belégzés alkalmával némely, állítólag egészséges embernél is észlelték egyes szer-

[1]) Archiv f. Anat. und Physiol. Abtheil. Physiologie. 1883. — [2]) Ezen tárgyról reménylem, rövid idő alatt bővebben szólhatok e hasábokon. — [3]) Wiedenmann Beitrag zur Diagnose der Mediastinitis. Diss. Tübingen. 1856. — [4]) Kussmaul. Ueber schwielige Mediastino-Pericarditis und den paradoxen Puls. Berl. klin. Wochenschr. 1873. Nr. 37. — [5]) Die Lehre vom Arterienpuls. 1872. — [6]) Berl. klin, Wochenschr. 1876. Nr. 26 u. 47.

zők az orsóütér pulsusának teljes kimaradását. Ily eseteket hoznek fel *Sommerbrodt*[1]) és *Bauer*[2]). Az utóbbi szerző azonban megemlíti, hogy az általa vizsgált egyén ugyan egészséges volt, de gyermekkorában nagyfokú baloldali mellhártyagyuladást állott ki. Nem lehetetlen, hogy Sommerbrodt esetében is úgy, mint azt Bauer eseténél fel kell tennünk, valamely régebben kiállott mellüri betegség következménye volt a pulsus paradoxus.

Az irodalomban nehány oly eset is fel van jegyezve, melyekben az erősen kifejezett pulsus paradoxus nem mediastino-pericarditis, hanem más betegségek tünetét képezte, s így a nevezett érlökési rendellenesség az imént említett kóralaknak pathognomonikus tünetéül nem tekintendő. Az esetek a következők:

Bauer baloldali mellhártya-izzadmány esetében észlelt egyideig pulsus paradoxust. Az izzadmány igen nagy mennyiségű volt. *Traube*[3]), *Bäumler*[4]) és *Gräffner*[5]) pericarditis eseteiben észlelték a paradoxus pulsust. Az első két clinikus ezenfelül még azt is tapasztalta, hogy a belégzési szak alatt a szívhangok gyengébben voltak hallhatók. Traube esetében a pericardium megvastagúlt és rigid volt; Gräffner esetében pedig a pericardium a tüdőszélek mellhártyájával szorosan össze volt nőve, a szívburok két lemeze bolyhos felrakódással volt fedve, ép úgy a főér és a tüdőütér is. Az előbbi gyűrűs, rövid és szívós álhártyákkal volt körüskörül a szívburokhoz kötve. *Ziemssen* tanár kórodáján oly esetben volt a pulsus paradoxus jelen, midőn a bonczolat kimutatta, miszerint jelentékeny véres ömleny volt mindkét mellhártyaürben, a tüdők erősen össze voltak nyomva, s különösen a baloldali; a jobb tüdő alsó lebenyében pedig véres tömülések voltak. A szívburok-ürben nagy mennyiségű véres folyadék volt található, s mindkét savós felület rostonyaalvadékokkal volt fedve; különösen sok ily alvadék volt a nagy edények gyökénél, hol a szív és szívburok között összenövések is voltak jelen, valamint a csúcstájon szintén durva összenövések voltak láthatók, míg oldalt lazábbak. A szív izomzata vékony, szakadékony volt és górcső alatt festenyes elfajulást mutatott.

Igen természetes, hogy a pulsus paradoxusnak Kussmaul által adott magyarázata a most felsorolt eseteknek nem mindegyikére alkalmazható. De az is könyen belátható, hogy mindezen felsorolt esetekben a szóbanforgó tünetet egy és ugyanazon magyarázattal megfejteni lehetetlen. Bauer esetében a magyarázat legkönyebb: itt baloldali exsudatum pleuriticum volt jelen, s a belégzési negativ nyomás a mellürben így fokozott volt, mert a levegőnek a bal tüdőbe jutása felettébb meg volt akadályozva; ehhez képest belégzéskor a vérnyomás leszállása is fokozódott. Itt tehát csak a normalis viszonyok túlzottsága volt a pulsus paradoxus oka.

Traube és Ziemssen eseteiben más okot kell keresnünk; a megfejtést maga Traube jelzi. Belégzéskor a megvastagúlt és rigid szívburkot a leszálló rekesz megfeszítette, s így az úgyis gyengén működő szivet összehúzódásában jelentékenyen akadályozta, a mi természetesen az üteres rendszernek belégzéskor csekélyebb telődését vonta maga után.

Ziemssen esetében ugyan nem volt megvastagodott és megkeményedett a szívburok, de összenövések voltak jelen, melyek, ha a rekesz leszálltával a szívburok megfeszült, okvetlenül szintén megfeszültek, s így akadályozták a gyenge, festenyesen elfajúlt, megvékonyodott szív systoléjének teljes kifejlődését. Ez esetben különben a mellhártyaürben jobb és bal oldalt nagy mennyiségű folyadék is foglalt helyet, s így ezen körülmény szintén közre hathatott mint a pulsus paradoxus okozója, ép úgy, mint ezt a Bauer-féle esetben elmondottuk.

Gräffner saját esetében úgy magyarázza a pulsus paradoxus létrejöttét, hogy belégzéskor a szívburokhoz nőtt tüdőmellhártya vongálta a szívburkot, s így közvetve az aortát körülvevő álhártyát is megfeszítve, a főér lumenjét megkisebbítette. A magyarázat tehát hasonló a Kussmaul által adotthoz.

Mindebből láthatjuk, hogy a pulsus paradoxust mediastinopericarditis, concretiones pericardii cum corde és exsudatum pleuriticum eseteiben észlelték az egyes clinikusok. Saját esetünket véve szemügyre, mellhártya izzadmány jelenlétét teljes biztossággal kizárhatjuk, ép úgy az álhártyás mediastinitist is, mert hisz a tüdőszélek köröskörül szabadon végzik légzési mozgásukat, s a kórelőzmény sem nyujt különös támpontokat a mediastinum kiállott lobjának felvételére. A három betegség közül tehát csak a szívburok-összenövés marad fenn, melyre különben már a systolikus csúcstáji behuzódás tünetéből is felállíthattuk a kórismét. De hogyan magyarázzuk meg a pulsus paradoxus létrejöttét ez esetben? Úgy-e miként azt Traube magyarázta?

[1]) l. Eichhorst, Lehrbuch der physik. Unters. I. 99. S. — [2]) Ziemssen. Hdb. der spec. Pathol. u. Therapie. Bd. VI. S. 601. — [3]) Berl. klin. Wochenschr. 1874. Nr. 21. — [4]) Deutsches Archiv f. klin. Medic. Bd. XIV. — [5]) Berl. klin. Wochenschr. 1876. Nr. 27.

Traube magyarázata a szívműködésnek belégzés alkalmával akadályozottságán alapúl. Ha azt tennők fel, hogy esetünkben is így áll a dolog, úgy belégzés alkalmával vagy kisebb mérvben kellett volna a systolikus csúcstáji behúzódást észlelnünk, vagy egyáltalán eltűnt volna az, mint első esetünkben, hol erősen akadályozva volt a systole teljes kifejlődése, vagy a szívhangokat kellett volna belégzéskor halkabban hallanunk.

Egyik sem történt, s így a Traube-féle magyarázattól el kell állanunk, s valószinűnek kell tartanunk azt, hogy nemcsak a szív és szívburok, hanem ez utóbbi és az aorta gyöke közt is voltak összenövések, melyek a diaphragma belégzési leszállásánál megfeszülve, az aortát strangulálták, s így ezen légzési szak alatt kevesebb vér juthatott az üteres rendszerbe, a mi az orsóütér hullámának kisebbedését, sőt mélyebb légvételnél eltünését vonta maga után.

Ha a fenntebbiekben tárgyalt főtünethez, még a többi észlelt tüneteket, mint a cyanosist, a nyaki viszerek teltségét, a májtompulat nagyobb voltát, a légzési nehélyeket, s a kevés vizeletet is hozzáadjuk, úgy azt hiszem bonczlelet hiányában is teljesen tisztán fog előttünk állani a szív és szívburok közötti összenövéseknek kórisméje.

Kolozsvárt, november hó 17-én.

Közlemények a bécsi policlinicumon Monti Alajos tnr. osztályáról.

Adat az Addison-kórhoz gyermekeknél.

Erőss Gyula tr-tól.

Az *Addison*-kórnak sok tekintetben homályos és vitás kérdései minden újabban észlelt esetnél előtérbe lépnek. Daczára annak, hogy a kórodailag jól megfigyelt, s a legbehatóbb kórboncztani vizsgálatokkal támogatott esetek száma elég nagyra rúg, mégis minden kórodás bizonyos ideges izgatottsággal érdeklődik a koronkint eléje kerülő *Addison*-kór iránt, melynek megfejtése még a jövőben kiviendő vizsgálatoknak van fenntartva.

A gyermekkort e bántalom meglehetősen kíméli, minek elég bizonysága lehet azon körülmény, hogy *Monti*[1]) a gyermek-gyógyászati irodalomban mindössze 11 ide vágó esetet talált 14 éven felül levő egyéneknél. S a mennyiben alkalmunk volt a *Monti* munkája óta megjelent irodalmat átnézni, újabbra nem akadhattunk. E körülmény kivánatossá teszi, hogy a casuistica részére minden felmerülő eset bemutattassék. *Monti* tnr. úr készséggel engedte meg, hogy *Addison*-kornak, intézetében hosszabb idő óta észlelés alatt álló egy esetét közölhessem, miért e helyen is hálás köszönetemet nyilvánítom.

A kórtörténet következőkben foglalható össze:

Szill Ferencz, 12 éves, bécsi lakos, asztalos fia 1882. évi martius hóban jött *Monti* tnr. osztályára (1662. jegyzk. sz.), s azóta folyton észlelés alatt áll (1 3/4 év). Hét testvére közül 3 halt el; és pedig egyik 11 napos korában bélhurut, másik 22 hónapos korában állítólag tüdővész (?), míg a harmadik 3 éves korában esés által szenvedett sérülések következtében. Négy testvére él, s teljesen egészséges. Szülői erős testalkatúak, egészségesek; kiállott betegségeik alig méltók figyelemre. Kilencz éves koráig elég jól fejlett, s aprólékosabb betegségeitől eltekintve, egészséges volt. Ekkor étvágytalan kezdett lenni, s időnkint gyomortáji fájdamakról és szívdobogásról panaszkodott! böfögött, szédült. A szédülés néha oly fokú volt, hogy a fiú összerogyott. Majd soványodni kezdett, s élénk piros arcz-szinét halványság váltotta fel. E tünemények kisebb-nagyobb ingadozása közben homlokán, halántékán és tarkóján erősebb festenyzettség mutatkozott, mely pár hó alatt az egész testfelületre kiterjedt. A betegség egy évet érve, a fiú erősen lesoványodott, gyakran elájult, s

[1]) Gerhardt's Handb. der Kinderkr. IV. B. II. H. p. 499.

ereje annyira hanyatlott, hogy többnyire feküdt. Ekkor újabb tünemény jelentkezett, mely a szülőket arra birta, hogy *Monti* tanárhoz fordúljanak. A fiú ugyanis 2—3 heti időközökkel 3—4 napon keresztül is oly mélyen aludt, hogy alig lehetett őt felkölteni. Ez aluszékonyság azon időben, midőn észlelés alá került (1 ¼ évvel a betegség kezdete után) a sopor jellegét viselte magán, társulva jellenségekkel, melyek agyizgatottságra mutattak, s melyek több vonásban csalódásig híven felelnek meg a meningitis basiloris tuberculosa kórképének. A beteg 4—5 napig mély álomban fekszik, csak hosszas vesződség útján költhető fel, s újból álomba merül; látái szükültek, érzéketlenek; érverése gyér (60—65), kicsi, kihagyó; székürülése csak hashajtóra van. 4—5 napi tartam után eltűnnek e jelenségek, míg nem 3—5 heti időközökkel, kisebb-nagyobb intensitással visszatérnek egy éven át (a betegség második évében). Ezek mellett az egész köztakarón sárgás-barna elszintelenedés látható, mely a homlokon, halántékon, torkon, a hónaljakban, a fartájakon és térdeken sötét bronz-színre emlékeztet. A mellen és hason, az egyenletes sárgás-barna elszintelenedés mellett, kisebb sötét barna foltok láthatók. A köthártyák, az orrcsarnok, s a száj és a torok nyákhártyája felette halaványak. A pofa nyákhártáját mindkét oldalon igen kiterjedt, rendetlen alakú, halaványbarna festenyfoltok tarkítják. Étvágytalanság, gyomortáji fájdalmak, szédülés, ájulás, hasmenés gyakran jelentkeznek. A mell- és hasüri szervek physikalis vizsgálata rendes viszonyokról tanúskodik. Hőemelkedések nincsenek. A betegség harmadik évében a fenntebb jelzett agyizgatottsági tünemények szünetelnek; csak olykor lép fel rövid tartamú álmosság. Az emésztőszervek zavarai kevésbé vannak kifejezve a nyári hónapok alatt; az általános tápláltsági állapot azonban változatlanul rosz. A vizelet vizsgálata az egész észlelési idő alatt nem derit ki felötlő változásokat. A december 24-én eszközölt vizsgálat alkalmával nagy fokú lesoványodás, erőtlenség és anaemikus állapot mellett — mi a nyákhártyák feltünő halványságában van kifejezve — a bőrnek és pofák nyákhártyájának fenntebb jelzett elszintelenedése változatlannak találtatott. A beteg bőrszíne egészben mulattra emlékeztet. Sem a mellkasi, sem a hasüri szervekben nem mutathatók ki változások.

Ha végig tekintünk a vázolt tüneményeken, s azok fejlődési sorrendjén, úgy egy kórkép áll előttünk, mely az emésztőszervek és idegrendszer működésének gyakori, de időszakos zavarait, a köztakaró és egyes nyákhártya-területek erős bronz-szerű festenyzettségét, s ezek mellett az általános tápláltsági állapot sülyedését tünteti fel. E kórkép, s ennek fejlődési menete összefoglalja azon tünetcsoportokat, melyek az *Addison*-kórt kórodailag jellemzik, s melyből ezen kóralakok diagnosisának felállítására jogosítva lehetünk. Kétségtelen, hogy a clinikus szükségét érzi annak, hogy a mellékvesékbe belásson, valahányszor az *Addison*-kórt kórismézi; mert e szerveknek bizonyos elváltozásai okvetlenül szükségesek arra, hogy a bántalom, az *Addison* által adott értelemben hézagtalanúl álljon előttünk. A tapasztalat azonban kiderítette, hogy az *Addison*-kór kórodai jelenségei úgy összeségükben, mint fejlődési menetükben bizonyos egységes és sajátlagos képet adnak, mely e bántalmat — kisebb ingadozásoktól eltekintve — egész rendszerességgel jellemzi, s mely csak ennek lehet sajátja. S ott, a hol a kórkép és lefolyás e sajátlagosságot magán viseli, a legtöbb esetben meg is találja a kórboncznok a kóros mellékveséket. E tapasztalati alapon jogosítva érezhetjük magunkat azon felvételre, hogy ismertetett esetünkben *Addison*-kórral állunk szemben, mert kórodai tekintetben befejezett képet nyujt.

Differentialis diagnosis szempontjából vonatkoznunk kell azonban a köztakarónak hasonló festeny-lerakódással járó megbetegedésére; s ez a melanosis cutis, mely ha esetleg satnya szervezetű egyénen lép fel, első tekintetre az *Addison*-kór benyomását teheti. De vonatkoznunk kell e bőrbántalomra kórtani szempontból is, mert vannak igen kiváló buvárok, kik az *Addison*-kórt nem tartják sui generis megbetegedésnek, hanem a melanosis-szal vetik egybe. Így felemlíthetem *Kaposit*, ki legutóbbi kórodai előadásai alatt e tárgyról szólva, az *Addison*-kórt határozottan egyszerű melanosis-nak állította, hol a festeny-felhalmozódás sem a mellékvesék megbetegedésével, sem általában az *Addison*-kórnak nem tulajdonítható, még ismeretlen hatánnyal sem áll viszonyban, hanem a köztakarónak hosszú időn keresztül fennálló hyperaemikus állapotából származik. E hyperaemikus állapot — legyen az például

pruritus cutis, scabies, vagy pediculosis, s az ezekkel járó vakarózás stb. által feltételezve — teszi lehetővé, hogy a vérből folyton több és több festanyag rakódik le a bőrben. Kétségtelen, hogy ezen felfogás az *Addison*-kór feletti vitának egy csapással útját vágná.

Ha egyedül a bőr melanosisát tekintjük irányadónak, s ebben látjuk magát a betegséget, kórodai és boncztani tekintetben teljesen egybevágó képet nyerünk ugyan: mert mindkét kóralaknál ugyanazon festanyagot egy és ugyanazon talajban egyformán látjuk felhalmozódni; a kimenetel azonban különböző. Mert a míg a bőr melanosisában szenvedő egyén igen hosszú ideig élhet, míg a bajtól független más bántalomnak esik áldozatúl, addig az *Addison*-kórtól függő melasmát nehány év határain túl nem lehet viselni, mert a betegség egyéb életbevágó hatányai, főleg a vele járó marasmus, az életet kioltják.

Nem szabad szem elől téveszteni, hogy az *Addison*-kór characteristikus kórodai tüneményekkel lefolyó betegség, melynek a melasma csak egy részét teszi, s melyhez a kórboncztan, az esetek legnagyobb részében a mellékvesék sajtos, gümős, vagy újképleti elváltozásaiban további ismereteket szolgáltat. Ha elfogadjuk azon egyedül helyes elvet, hogy valamely bántalom teljes megfejtéséhez annak összes kórodai tüneményei, ezeknek fejlődési menete, s kórboncztani adatok összevetése vezethet: akkor nem ingadozhatunk azon elhatározásban, hogy az *Addison*-kórt úgy kórodailag, mint kórboncztanilag el kell választanunk a bőr melanosisától. Ha esetünkre e felfogást alkalmazzuk — a mint méltán alkalmazhatjuk is — úgy semmi kétség sincs az iránt, hogy kimondott kórisménk mellett megmaradhatunk.

Esetünk úgy kóroktani, mint tünettani tekintetben értékes vonásokat tartalmaz.

Az *Addison*-kór aetiologiájára nézve a legtöbb közlemény alkati bántalmakra (görvélykór, gümőkor), satnya szervezetre, elégtelen táplálkozásra, s általában oly hygienikus viszonyokra utal, melyek hosszú idő alatt hatva, az életfolyamatokat alászállítják. A nélkül, hogy e felvétel ellen megjegyzést akarnánk tenni, kiemelendőnek tartjuk, hogy esetünkben ily viszonyok nem forogtak fenn, mit eléggé bizonyít a családtagok erős fejlettségi állapota, továbbá magának a betegnek megbetegedése előtti jó constutitiója, végül hogy nála sem görvélyes, sem gümőkóros tünemények nem jelentkeztek, s hogy táplálkozására nézve a czélszerűség és gondosság kellékei eléggé adva voltak és vannak.

Fontosabb ennél tünettani szempontból a majdnem másfél éven át periodice visszatérő soporosus állapot, mely 4—5 napig eltart, s látaszükület, gyér és kihagyó érverés, továbbá székrekedés által van kisérve. E tünemények esetünkben különös figyelmet keltenek, mert hosszú időn keresztül gyakran, s igen élesen kifejezve jelennek meg és az agyburkok időszaki izgatottsági állapotára (tán nagyobb anaemia folytán) mutatnak. A felnőtteknél észlelt *Addison*-kórnál e jelenségekről nem történik említés; hogy gyermekeknél soporosus állapot itt-amott — néha egyes izomcsoportokra terjedő görcsös rángások kiséretében — előfordúl, ezt *Gerhardt*-nak[1]) kisebb tankönyvében röviden felemlítve találtam. Kétségtelenül nagyobb értékű adalékot szolgáltat esetünk e jelenségek által az *Addison*-kór tünettanához gyermekeknél.

KÖNYVISMERTETÉS.

Die Ausgrabungen zu Szeged-Öthalom etc. Von Prof. J. Lenhossék. Budapest.

E mű teljes címe lapunk múlt évi folyamának 51-dik számában a »Heti Szemle« harmadik czikkében olvasható, jelenleg pedig bővebben ismertetjük a boncztani részeket. Az egész munka ugyanis öt részre oszlik, melyből azonban az első tisztán archaeologikus, s ezt szerző, mint már említettük, hazánk legjelesebb régészei és történészeinek támogatása mellett állította össze. A többi négy rész azonban kiválóan *boncztani érdekű*, minélfogva az orvosi körökben is figyelmet érdemel.

A II. rész 22 koponyának rövid leirását tartalmazza, melyek

[1]) Handbuch der Kinderheilk.

a mellett, hogy boncztani szempontból szintén figyelemreméltók és szerzőnek több általános — a csontos koponyára vonatkozó — boncztani kérdés tárgyalására alkalmat szolgáltatnak, történelmi fontosságúak is, minthogy mindmegannyian Szeged-Othalomban őskori sirokból ásattak ki. Miután szerző e kopouyákat egyenkint jellemezte, azon kérdés taglalására tér át, mily korból maradtak azok reánk, s mily nemzetiségű egyénektől származhatnak? Erre vonatkozólag leginkább a koponyák boncztani jellegei, de még inkább a velük talált érmek, s egyéb tárgyak szolgálnak felvilágosítással, melyekből szerző kimutatja, hogy közűlük négy IX. századbeli ősmagyaroktól, a többi pedig azon rómaiak- és keltáktól származik, kik Pannoniát a magyarok beköltözése előtt lakták.

A III. részben sz. áttér egy különös koponyának tárgyalására, mely ugyancsak Szeged-Othalomban találtatott, s mely azon kóros eltorzulást mutatja, melyet legelső leírója, *Virchow sphenocephaliá*-nak, a koponya ék-alakúságának nevezett el. Hogy ilyen eltorzulást mutató példányok mily ritkaságok közé tartoznak, annak feltüntetésére szolgáljon azon körülmény, hogy hasonló, jellemzetes példány, e szeged-othalmin kívül csak egy van, t. i. a berlini boncztani muzeumban. A részletes és felette gondos leírás után, melyet L. ezen érdekes és ritka koponyáról ad, s melyben minden pont, melyben az a normálistól eltér, különös figyelemmel van feltüntetve, szerző azután áttér azon kérdésekre, hogy mily korból származik, mily idős és nemű egyéntől eredhet az? E koponya alkalmat szolgáltat azután szerzőnek, hogy a sphenocephaliát általában, részben összehasonlítva az eddig leírt eseteket, részben pedig önálló észleletei alapján — részletes fejtegetés tárgyává tegye, különös tekintettel aetiologiájára és fejlődés-történetére, s hogy egyúttal azon kérdésre is megfeleljen, valjon lehet-e ezen koponya-eltorzulás jelentékenyebb befolyással az agy, s ez által a szellemi tehetségek kifejlődésére? Ez utóbbi kérdést illetőleg azon eredményre jut, hogy még oly nagyfokú sphenocephalia mellett is az elmebeli tehetségek tökéletesen épek lehetnek, s voltak valószinűleg ezen egyénnél is; míg a sphenocephalia genesisére vonatkozólag, minthogy helyünk nem enged többet, szerzőnek csak azon nézetét emeljük ki, hogy ez eltorzulás nem egyéb, mint módosulata az ú. n. scaphocephaliának, azaz a koponya csónakalakúságának, mely már Baer Ernő ideje óta ismeretes.

A IV. rész egy, több nevezetességgel biró, felette ritka koponyát tárgyal, mely az előbbivel megegyezik találtatási helyére, s azon körülményre nézve, hogy nemzetisége ennek sem volt meghatározható.

A legelső, a mi a koponyán feltünik, a homloknak rendkívüli alacsonysága. Míg az embernél általában az agy homloklebenyeinek erősebb fejlettsége következtében a homlok bizonyos magassággal bir, többé-kevésbbé függélyes, s kissé mellfelé domborúl, addig ezen példánynál az emelkedés, a domborúlat teljesen hiányzik, mint az állatnál, s a homlok ezen ellapúltságát a koponya hosszúsága pótolja. Részletes leirása, egykori birtokosa nemének és korának hozzávető meghatározása után sz. e koponyát méretei alapján a rendkívül alaesony (hyperchamaecephal) koponyák közé sorozza.

Az irodalomban több ily hyperchamaecephal koponya leírása fordúl elő. Mindezeket sz. részletesen ismerteti, s egyúttal — ezeket bebizonyítja, hogy a jelen példányhoz csak kettő fogható. Az egyik az 1856-ban felfedezett, ismert neanderthali, mely annak idején sok vitára adott alkalmat. A másik a Blumenbach által 1828-ban »Pentas Craniorum« című művében leírt »Batavus genuinus.« — Egybevetve a három koponya méreteit, s egymás fölé rajzolva körvonalaikat, sz. kimutatja, hogy e magyarországi ősrégi koponya a neanderthalihoz igen közel áll, s mindenesetre közelebb, mint a »Batavus genuinus.«

A koponya egyéb nevezetességei még e következők: Halántékpikkelyének mellső része nyúlványt küld ki, mely egészen a homlokcsontig terjed, s így az ikcsont nagy szárnyát a falcsonttól teljesen elválasztja. E nyúlványnyal (processus frontalis squamae temporalis Virchowii) újabban sokat foglalkoztak, s minthogy az anthropoid majmoknál, különösen az orang-utangnál rendesen előfordúl, Európán kívüli néptörzseknél pedig gyakrabban található, mint europaiaknál, megegyeztek abban, hogy az embernél az alsóbb rangú néptörzsek egy jellegének tekintették azt.

Továbbá az orrcsontok azon érdekes alakot mutatják, mely »catarrhini« (Virchow) neve alatt ismeretes, s mely abban áll,

hogy azok feltünő keskenyek és rövidek, s együtt hosszúkás háromszöget képeznek, melynek csúcsa felül van. — E difformitás szintén mélyebben álló fajok jellegének tekinthető; az ó-világi majmoknál rendesen előfordúl, s nevét is innen vette.

A harmadik anomalia e koponyán egy legfelsőbb tarkóvonal (linea nuchae suprema Merckelii) jelenlétében áll, melyet az embernél legelőször *Merckel Frigyes* észlelt és írt le. Azonban míg — mint ismerteti — az embernél rendes körülmények között csak két tarkóvonal van jelen, addig a majmoknál s több más állatnál három fordúl elő. Összefüggésben van e legfelsőbb vonal jelenléte egy harmadik — legfelületesebb — izomréteg erősebb kifejlődésével, melynek tapadására szolgál. Mint látjuk, ez utóbbi rendellenesség is — ép úgy, mint az előbbiek — e koponyának bizonyos állati jelleget kölcsönöz.

Végre a jobboldali felső ebfog nevezetes helyzetváltozást mutat. Alveolusa üresen áll, felül vakon végződik és igen sekély, — míg a fog maga fejlődése közben haránt tengelye körül tökéletesen megfordúlt, úgy hogy gyökerének csúcsa a Highmor-barlang fenekén fekszik, a felfelé álló korona pedig a barlang mellső falát átfúrva, az arcz felületén, a körteképű bevágány alsó szélén tünik elő. Sz. az irodalomban előfordúló eseteket egyenkint előszámlálja és ismerteti, s ezek összehasonlításából azon eredményre jut, hogy a fog helyváltoztatásának nagyságára nézve ezen eset mellé csak az állítható, melyet *B. S. Albini* 1754-ben írt és rajzolt le.

Mind e rendellenességek részletes leírásánál sz. ezen abnormitásokat magukat is bőven tárgyalja, különös tekintettel képződésük módjára, mely utóbbira egyedűl az ébrényi fejlődéstan vet világot.

A következő fejezetben sz. azon kérdésre is kiterjeszkedik, hogy mily befolyással lehetett a koponya eme rendellenes alakja egykori tulajdonosa szellemi tehetségeire?

Az V. rész macrocephal eltorzulást mutató koponyát vezet elénk. A koponya Ó-Szőnyön, Komárom megyében találtatott, azon a helyen, hol egykor, még a rómaiak uralma alatt Bregetium vagy Brigetio állott. E város a rómaiak után a hunnok kezébe esett, kiktől azután N. Károly véres ütközetben ismét elfoglalta azt. A koponya több tekintetben különbözik azon, Csongrádon talált macrocephal koponyától, melyet szerző 1878-ban részletesen leírt. Az alakra vonatkozó különbségeken kivül fontos az, hol e koponya csontjainak minősége, színe, porositása, súlya és vegyi alkata is lényegesen eltérő a csongrádiétől, úgy hogy szerző azon eredményre jut, hogy míg ez utóbbi legfeljebb 200—300 éves lehet, addig az előbbinek kora 1000—1500 évre tehető.

Minden egyes rész végén a leírt koponyák nagy számú és pontos méretei, valamint a Lengyel egyet. tanár által eszközölt vegyelemzések eredményei vannak összeállítva.

LAPSZEMLE.

N—l. Kizárt hernia obturatoria esete, műtét, gyógyulás.

Schmidt összeállítása szerint 25 ily eset lett biztosan jelezve és közölve, s ezek közül 17 lett műtéve, 8 pedig taxis útján kezelve; mindezek közül azonban csak 5 mentetett meg. Szerző saját esetét írja le. 65 éves, igen sovány nőnél 3 napja kizáródás tünetei vannak jelen, s sérv nem találtatik, csak baloldalt a trigonum subinguinale laposabb, ellentállóbb, nyomásra fájdalmas, a fossa ileopectineában pedig kemény daganat. Még is felvette, hogy hernia cruralis van jelen. Ovatos visszahelyezési kisérletekre a daganat el is tűnt, s utána könyebbülés lépett fel. Másnap a daganat újra jelen van, újra visszahelyezhető — azonban — baloldalt a foramen ovale táján jól kivehető keménység tapintható ki.

Tehát a hernia obturatoria inearesrata biztosan kimutatható volt. A nemsokára kivitt műtét is igazolta e feltevést.

Az adductor longus külső szélének megfelelőleg tétetett a bőrmetszés, s a fésűizom-kötegei felkészittetvén, a sérvtömlő felnyittatott és a bélrészlet reponáltatott. Az eredmény gyógyulás volt. Szerző figyelmeztet, hogy ily esetekkel gyakran czombsérv is van kapcsolatban, továbbá hogy a leírt sérvalak mellett igen characteristikusok az alsó végtagban fellépő tompa fájdalmak. (Aerztliches Intelligenzblatt. 1883. 12. sz.)

---

*

TÁRCZA.

Heti szemle.

BUDAPEST, *1884. január 3-dika.*

— **Az 1885-iki általános kiállítás országos egészségügyi szakbizottsága.** E bizottság múlt hó 28-án tartotta havi ülését, melyen *Gebhardt L.* tnr. alelnökké, *Bruck J.* tr. pedig jegyzővé megválasztattak. A végrehajtó bizottságnak beterjesztett jelentéséből felemlíthetjük, hogy a XXVIII. (egészségügyi) csoportnak általános előmunkálatai be vannak fejezve, sőt, hogy a szakbizottság külön javaslatainak végrehajtása czéljából már a külön felszólítások közül 50-nél több kézbesítve lett. A szakbizottság egyes terveire már ajánlatok is tétettek, így a többi közt az ivócsarnokra és a fürdőre vonatkozólag, s az ajánlattevők csakugyan az egészségügy fontosságához mért áldozatkészséggel viseltetnek a bizottság kezdeményezései iránt. S ha egyrészt a bizottságok időt és fáradtságot nem kimélnek a kiállítás előkészítésére, másrészt pedig inkább instructiv, mint jövedelmező kiállítások rendezésére az illető vállalkozóknál csakugyan teljes elismerésre méltó áldozatkészséget tapasztalunk; úgy annál inkább kell sajnálnunk, hogy az egészségügy iránti érzék és annak gyakorlati érvényesítésére szükséges helyes felfogás ép ott hiányzik, a honnan a többi tényezők önzéstelen iparkodása a legnagyobb támogatást jogosan várhatná. Sajnosan tapasztaltuk ezt az ülés lefolyása alatt, Szontagh Miklós tr. tervének tárgyalása alkalmával. Szontagh Miklós tr. ugyanis többek közreműködésével „*Tátra*“ című pavillont szándékozik felállítani és abban gyüjteményesen kiállítani mindazt, mi a Tátra természetrajzi, ethnographiai, climatikus viszonyainak ismertetésére szolgál, úgymint: kitömött állatokat, növényzetet, különösen fákat, kőzeteket, tér- és tájképeket, nemkülönben a touristika kellékeit. Az ülésben jelen volt szakférfiak egyhangú örömmel fogadták e tervet, melynek megvalósulása hathatósan hozzájárúlna, hogy a Tátra minden természeti viszonyaival együtt nagyobb körben megismertetvén, olyan lendületet vegyen, a minőt az mint climatikus vidék jelesül megérdemel. Csak a központi iroda vezetésénél nem talált e terv pártfogásra, mert a többi csoportba tartozó tárgyakat karolná fel magába, ez pedig a kiállítási szabályzattal ellenkezik, s indítványoztatott e részről, hogy a kőzetek, a növényzet és az állatok stb. mind egyenkint azon csoportokban állíttassanak ki, a melyekbe tartoznak. Nyilvánvaló, hogy a központi iroda vezetésének ilyetén, a holt betűhöz ragaszkodása nem csak hogy a szakbizottság működését elő nem segíti, hanem még egyes áldozatkész kiállítóknak meleg pártolásra érdemes szándékait is megnehezítve, őrködik ugyan a szabályzat szó szerinti megtartása felett, de e mellett tökéletesen szem elől téveszti az egészségügyi kiállítás czélját. Csodálnunk nem lehet, ha ilyen körülmények között a bizottságnak legjobb szándékból eredt és szakismeret által vezérelt iparkodása meddő marad és előbb utóbb is kedvét fogja veszteni, hogy meddő munkát végezni kéntelen.

— **Ptomainok.** Régóta ismeretes, hogy a romlott hurkák, a bomlásban levő sajtok, rohadt halak evése az ember egészségére, sőt esetleg életére veszedelmes lehet. Azt azonban, hogy miféle anyag okozza a betegséget, sőt esetleg a halált, a szakemberek megmondani nem tudták, hanem elnevezték azt hurkaméregnek, meg sajtméregnek, s így tovább. Majd később Schmiedeberg és Bergmann rohadó anyagokban, különösen rohadt serélesztőben kiválóan mérges anyagot fedeztek fel, melyet sepsinnek neveztek, s e sorok írójának is volt alkalma ily sepsint előállítani, melynek mérgező hatásáról kisérletileg meggyőződött. Minthogy azonban ezen anyagot nem mindenkor sikerül előállítani, a buvárok e felfedezést nem méltányolták, s a sepsint később a ptomainok egyikének tekintették, valamint az állati chinioidint is.

Ezeket a ptomainokat hullarészekben, különösen kiásott holttestek beleiben fedezték fel, s minthogy légenytartalmúak, a fehérnyefélék bomlásából létrejötteknek tekinthetők azok. S nem is kell valami hosszú idő, hogy azok fellépjenek, mert halál után már a második harmadik napon megjelenhetnek a gyomor falában, vagy ennek tartalmában, továbbá izmokban, agyban és a test több részeiben; képződik az továbbá úgy a caseinből mint a peptonokból. Ezek a ptomainok jegeczesen még nemigen állíttattak elő, valamint elementaris analysis alá sem vettettek; azonban basikus sajátságúaknak látszanak, mennyiben savakkal egyesülnek, minélfogva a növényországbeli alkaloidokhoz szokták azokat hasonlítani. Miodamellett ezekkel azonosoknak semmiképen sem tekinthetők, noha vélük összezavarhatók. A ptomainok kémhatásai egyik vagy másik tekintetben a növény-alkaloidokhoz hasonlók lehetnek ugyan, azonban emellett oly kémhatásokat mutatnak, melyek azoknak nincsenek; míg másrészről oly kémhatásokkal nem bírnak, melyek amazoknak megvannak. Még nagyobb eltérések vannak élettani hatás tekintetében. Ugyanis míg egyrészről vannak ptomainok, melyek az emberi szervezetre nézve teljesen ártalmatlanok, másrésztől olyanok találtatnak, melyek az emberre rendkívül mérgező befolyást gyakorolnak. S ezek hatása is különböző. Találhatók ptomainok, melyek kigyómaráskor a testbe bejutott méreghez hasonló hatásuak; míg máskor a hatás a coniin-, strychnin-, atropin-, morphiu-, muscarin-, nicotin- vagy delphinin-mérgezéshez hasonló. Nem kell ezt úgy venni, mintha a hatás azonos lenne, hanem csak némely tünetek hasonlók egymáshoz, míg az egész mérgezés lefolyása és tüneteinek összesége másnemű lehet. Az alkaloidok által okozott mérgezést ennek daczára a ptomainok által előidézett mérgezéssel össze lehet téveszteni, mig az ember ezen két csoporthoz tartozó vegyületekkel eléggé meg nem ismerkedik. Így bizonyos jogosúltsággal birhat a ptomainokat — aszerint, mint azok vegytani vagy élettani hatásaikban egyik vagy másik növény-alkaloidhoz inkább hasonlítanak — coniinhoz, strychninhez, delphininhez, morphinhoz sat. hasonló ptomainoknak nevezni.

Leggyakrabban a coniin-ptomainok jönnek elő erősen rohadó hullák beleiben, s azok színtelen és sárgás, égvényes kémhatású folyadékot képeznek, melyek coniin-szagúak, csípős dohány-ízűek, majd illók, majd légállók, továbbá vízben oldhatlanok, vagy nem oldhatók, ezenkívül majd savas majd égvényes vizes oldatból égény által kirázhatók, s így tovább. Szóval egyszer a coniinhoz csalódásig hasonlók, míg máskor ettől azonnal megkülönböztethetők.

Ilyen formán van ez a többi ptomainokkal is, s egyáltalában felfoghatjuk, hogy a ptomainok a törvényszéki vegyészeknek mennyi bajt okoznak, midőn a holttestekben alkaloidok kimutatása jutott feladatukúl. Épen ezért a ptomainokkal eddig a törvényszéki orvosok és vegyészek küzdöttek kisebb nagyobb sikerrel, s egészben azon eredménnyel, hogy az alkaloidoknak a hullákban kimutatása sokkal több nehézséggel jár, mint ezt eddigelé feltették, sőt többször ütközik az legyőzhetlen nehézségekbe mintsem ezt mostanig felvették.

Részünkről azonban a ptomainokat nem mint törvényszéki orvostani fontosságú vegyületeket akarjuk olvasóink emlékezetébe idézni, hanem ki akarjuk emelni azt, hogy a ptomainok a kórtanban kezdenek szerepet játszani.

Gautier alsóbb rendű állatok egészséges vizeletében és friss nyálában talált ptomainokat. Selmi pedig először előhaladó hüdésben (paresis progressiva) szenvedő betegek vizeletében akadt coniinhoz és nicotinhoz hasonló basikus vegyületekre. Ezután pneumonia interstitialis, hasi hagymáz, febris miliaris és derme eseteiben voltak általa a szóbanlevő alkaloidok a vizeletben kimutathatók. Sőt hajlandó az uraemiás tüneteket is ama ptomainok jelenlétével kapcsolatba hozni.

Most már azon kérdés merül fel, hogy e ptomainok az emberi testben miként képződnek. A fehérnyeféléknek rendes bomlási terményét képezik-e azok, melyek bizonyos körülmények között nagyobb mennyiségben jönnek létre, illetőleg ártalmatlan ptomainok helyett mérgező tulajdonságúak keletkeznek. Vagy nincs-e szükség microorganismusokra, melyek azután a fehérnyeféléknek olynemű bomlását eredményezik. Vagy nem lehetnek-e a microorganismusokon kívül más tényezők, melyek a fehérnyeféléknek veszedelmes szétesését okozzák. Végül lehetséges, hogy a ptomainok nem is fehérnyefélék bomlásából származnak azok, hanem microorganismusok táplálkozásának terményei épen úgy, mint az agaricus muscarius termeli a muscarint, a secale cornutum a sclerotinsavat sat.

Fontosak e kérdések a fertőző betegségek természetének megértésére általában véve. Mert a válaszok, melyeket azokra kisér-

letek és betegeken észlelések adni fognak, lényeges befolyással lesznek arra, hogy mit tegyünk az úgynevezett pathogenetikus microorganismusokkal, melyeknek tenyésztése és górcsői vizsgálata egymagukban nem elégségesek kórnemző tulajdonságaik mérlegelésére. A vegytani vizsgálatok azonban, melyekkel a ptomainoknak egészséges és beteg szervezetben kimutatása jár, felettébb fáradságosak, s hasonlíthatlanúl nehezebbek mint a tenyésztések és górcsői vizsgálatok, úgy hogy oly irányban kielégítő felvilágosítást hamarjában nem várhatunk. Azonban idetartozó eddigi ismereteink is eléggé hozzájárúlnak a bacterophil túlságos buzgóságnak megbirálására.

— **Diphtheria természete és kezelése.** Ecklund Fr. tr., Stockholmban tengerészeti orvos »The Therapeutic Gazette« (Detroit) szerkesztőségéhez iratot intézett, mely a m. évi novemberi számban jelent meg, s abból némelyeket közölni jónak látunk.

Ecklund tr., a diphtheritikus helyeket vizsgálva, itt myceliumszálakat és micrococcusokat talált. Az előbbiek üvegszerűn néznek ki, különböző hosszúságúak, vastagságuk pedig 0.5—1 μ között változik, s rendetlen alakúak mintha helyenkint eltörve és ismét összeillesztve lennének. A coccusok átmérője 0.5 μ-nél többet nem tesz ki. Úgy ezek mint amazok felettébb gyorsan szaporodnak, s különösen a coccusok a színes vérsejtek élősdieiként tekinthetők. A vérsejteken ugyanis az utóbbiak felettébb nagy számmal fordúlnak elő, s Ecklund azt hiszi, hogy azokat élenyüktől megfosztják, mi nagy kérdés. A coccusok ugyanis legnagyobb valószinűség szerint fejlődésükhöz élenyt aligha szükségelnek, s inkább felvehető, hogy a vérsejteket a fejlődésükhöz és szaporodásukhoz megkívántató kaliumsótól fosztják meg azok. Ecklund továbbá mondja, hogy amaz élősdiek a ptomainokhoz hasonló mérges anyagokat hoznak létre, mi ha a diphtheritikus váladék vegyi elemzésén alapúlna, legnagyobb fontossággal birna; mennyiben azonban csak feltevés az, szellemes eszmének tekinthetjük azt, mi alapos vegyi vizsgálatok útján felettébb termékennyé válhatik. Mindamellett Ecklund a diphtheriának microorganismusok által keletkezését, s az általuk termelt ptomainoknak mérgező hatását biztosnak tekintve, ennek megfelelő kezelést követ és ajánl.

Először a microorganismusok fejlődésének megakadályozására, továbbá a ptomainok közönbösítésére fektet súlyt, s mindakettőt vilanysav által véli elérhetőnek, mit a beleknek megelőző kitisztítása után következőképen rendel: Rp. Acidi phosphorici diluti gmata 20, syrupi rubi idaei gmata 60, aquae destillatae simplicis gmata 600. MDS. Naponta 3—4-szer órai időközökben egy teáskanállal beadni.

A táplálkozás, s ezzel kapcsolatban az idegerő fenntartása végett a nyakra és a hasra nedves kendőkkel begöngyöléseket rendel. A nyakra hideg vízbe mártott és kellően kifacsart zsebkendők, tizenöt perczenkint felváltva, alkalmaztassanak. A has körül pedig lepedőt kell tekerni, mely előbb C 15—18°-ú vízbe lett mártva, s azután jól kifacsarva. 1—2 óránkint lehet azt változtatni.

Helybelileg toroköblögetésre erősebb (9—15 éves) gyermekeknél használható: Rp. Thymoli cgmata 50, hydrargyri bichlorati corrosivi cgmata 60 (?), aquae dest. simplicis gmata 600. MDS. Naponta négyszer egyórás időközökben a torkot kiöblíteni.

Kisebb gyermekeknél a bántalmazott helyre teveszőr-ecsettel következő szert ken fel: Rp. Thymoli gma 1, spiritus vini concentrati gmata 20. MDS. Óránkint egyszer a dipherithikus helyet bekenni.

A mi a prophylaxist illeti, szerző azt véli, hogy a diphtheria fertőző microorganismusai a fal vakolatában vannak, hol azok fűlött, nedves levegő mellett tenyésznek és felettébb mérges természetüekké lesznek, ennél pedig porként a levegőbe és a szájba jutnak. Ennélfogva leghatásosabb óvszer a szobáknak szorgalmas és beható szellőzése, s emellett általában a legnagyobb tisztaságnak szem előtt tartása.

Figyelmeztetnünk kell itt Heubner értekezésére, mely szerint a diphtheria kisérletileg kimutathatón a nyákhártya helybeli ischaemiájából látszik származni, s a microorganismusok csak akkor látszanak ott fellépni, midőn a bántalom már kifejlődött.

— **A tüdővész ragályossága.** Angolországban a tüdővész ragályosságának megállapítása végett bizottság állíttatott össze, mely az angol orvosokhoz felszólítást intézett, hogy ide vonatkozó tapasztalataikat közöljék. A beküldött válaszok száma 1078-ra megy, melyből 673 egyszerűen tagadó; azok közül pedig, melyek igenlőleg szólanak, 192 esetet is tartalmaz, melyek a ragályosság mellett látszanak bizonyítani. Ez esekben majd a férfi kapta meg a tüdővészt beteg nejétől, majd megfordítva történt ez; nagyobb részükben (130-ban) azonban a megbetegedettek családi története nincs leírva, s igy biztosan nem tudhatni, valjon valóban ragályzás folytán vagy örökösödés folytán lettek-e tüdővészesekké.

A kérdezősködésnek körülbelül azon eredménye van, hogy az angol gyakorló orvosoknak majdnem öt százaléka oly tapasztalatokat tett, melyek a gümőkór ragályossága mellett látszanak bizonyítani, míg 95%-nak ilynemű észlelései nincsenek.

VEGYESEK.

Budapest, *1884. január 3-dika.* A kir. orvos-egyletnek január 5-diki szakülésén délután 6 órakoz *Purjesz Zsigmond* tnr., levelező tag Kolozsvárról, a croupos tüdőlob oktanáról tart előadást.

— *Ifj. Szénásy Sándor* tr. a budapesti kir. orvos-egylet alapító tagjai közé lépett, s 200 forintot készpénzben befizetett.

— Wedl tnr. lemondása folytában a *bécsi egyetem rectori* tisztsége megüresedvén, új választás ejtetett meg, midőn az első szavazáskor Wedl 16 közül 14 szavazatott kapott, Wedl tnr. azonban ekkor is fenntartotta lemondását, mire második szavazáskor egyhangúlag Lang tr., a természettan rendes tanára választatott rectorrá.

— *A bécsi egyetemen* a felállítandó második boncztani tanszékre az első helyen Toldt prágai tanár, míg a másodikon Zuckenkandl grazi tnr. ajánltatik.

— Marseille városa *Pharo* kastélyt, melyet Eugenia ex-császárné visszaadni volt kénytelen, orvoskari tanintézetté szándékozik átalakitani, melybe kórodák és katonaorvosi oskola is fog elhelyeztetni. E célokra a városi tanács 1200000 frankot szavazott meg. A meghivandó tanárok közt említik Arsonval tr-t, ki eddigelé a természettanban tüntette ki magát, továbbá szóban van Malassez, nemkülönben Masè. Az utóbbi az egyptomi choleráról írt jelentése által tűnt ki, s az epidemiologiából és a nemzetközi orvosi rendészetből fog tartani előadást.

— Zürichbe Huguenin helyébe Eichhorst göttingeni tanár lett a belgyógyászati kóroda tanárává meghíva.

† *Reichert Károly Bogislaus*, Berlinben a boncztan tanára élte 73-dik évében elhúnyt. Tanszékét 1858-ban, Müller Johannes halála után foglalta el, s ott egészen a folyó félévig működött, midőn attól akarata ellenére megválni kényszerült. A boncztan, szövettan és a fejlődéstan terén kétségtelenül nagy érdemei vannak; az utóbbi időkben azonban törődöttsége miatt tanítói teendőinek nem volt képes eleget tenni, mi visszavonulását eredményezte. Betegsége, melyben elhúnyt, rövid ideig tartott.

— *Budapest főváros tiszti főorvosának* jelentése szerint f. é october hóban a közegészségi állapot, viszonyítva a múlt havihoz, kedvezőnek mondható, miután a halálozás csökkent, a betegedés pedig emelkedést nem mutat. A heveny fertőző kórok a hagymáz kivételével némileg emelkedtek. Az I. és II-ik kerületben sűrűbben fellépett kanyaró lefolyása enyhe volt annyira, hogy e hóban az egész főváros területén kanyaró-haláleset nem fordúlt elő. A heveny gyomor-bélhurut is e hóban csökkent. — Élve született e hóban 1118, meghalt katonák nélkül 817, s igy a születési esetek 301-el múlták felül a halálozási eseteket. 0—1 évig bezárólag elhalt 212, azaz az összes elhaltak 27·14%-a és pedig az I. kerületben 16, II. ker. 11, III. ker. 23, IV. ker. 7, V. ker. 13, VI. ker. 20, VII. ker. 31, VIII. ker. 42, IX. ker. 27, X. ker. 12, kórházban 10. October hóban a főváros összes nyilvános és magánkórházaiban kezeltetett 4865 fekvő-, 3388 járóbeteg, a kerületekben a ker. orvosok által 2814 részint fekvő, nagyobbrészt járóbeteg, összesen: 11,067, azaz 42-vel kevesebb, mint múlt hóban. Ezek közűl az orsz. tébolydában 733, az irgalmasoknál 243 elmebeteg ápoltatott; Schwartzer tr. ideggyógyintézetében 101. Elmebeteg a kerületekben 7 fordúlt elő, kik közűl a megfigyelő osztályra küldetett 2, Schwartzer tr. ideggyógyintézetében elhelyeztetett 1, házi ápolás alatt maradt 4. A rendőrség részéről a megfigyelő osztályra küldetett 30 elmebeteg.

Ebmarás 6 esetben történt, köztük veszett eb nem volt. A kötelezőleg fennálló bejelentések szerint a heveny ragályos betegségek a következő arányban fordúltak elő: vörheny 68 (múlt hóban 59), kanyaró 147 (m. h. 91), himlő 26 (m. h. 13), roncsoló toroklob 40 (m. h. 30), hagymáz 33 [(küt. 1.) m. h. 42, (küt. 4.)], croup 9 (m. h. 8), hökhurut 15 (m. h. 9). Előfordúlt továbbá a ker. orvosok jelentései szerint: gyomor-bélhurut 429, tüdővész 138, váltóláz 98, bujakór 130. Különös figyelemreméltó halálokok a következő arányban fordúltak elő: hagymáz 11 (m. h. 13), himlő 4 (m. h. 4), vörheny 12 (m. h. 5), kanyaró 0 (m. h. 2), roncsoló toroklob 7 (m. h. 6), croup 9 (m. h. 3), hökhurut 5 (m. h. 3), vérhas 1 (m. h. 7), tüdővész 122 (m. h. 171), tüdőlob 39 (m. h. 31), bélhurut 108 (m. h. 154), veleszületett gyengeség 60, görcsök 23, gyermekaszály 24, aggkór 33, gutaütés 19, elmebajok 48, véletlen esemény következtében halál 16, erőszakos halál 1, gyermekágyi láz 11 esetben. A budapesti hajléktalanok menhelye 2413 egyént fogadott be szállásra. Kéjnő vizsgáltatott 326, ezek közül kórházba küldetett 45. Orvosrendőri bonczolat végeztetett 43, orvostörvényszéki 13. Öngyilkosság 13 esetben fordúlt elő és pedig: lövés 5, akasztás 5, mérgezés 2, szúrt seb 1, Dunából 3 hulla fogatott ki. A főv. szegényházban 697. egyén közt beteg volt 105. Az 1-ső gyermekmenhely által ápoltatott 347, ezek közűl a főv. hatóság által elhelyeztetett 279 gyermek. A 347 gyermek közűl az intézetben ápoltatott 37, a fővárosban dajkáknál 226, vidéken 84. Megbetegedés az intézetben ápoltak közt előfordúlt 1, a fővárosban dajkáknál levők közt 47; meghalt 9 gyermek. Az előljáróságok által beküldetett 20 gyermek, ezek között lelencz volt 5. A köztisztaság, a kifelé eső még szabályozatlan részek kivételével, kielégítő volt. Okleveleiket e hóban bemutatták: Glück Ignácz, Morvai Ignácz, Szeitl Szervátz István orvostudorok és 4 szülésznő.

HETI KIMUTATÁS

a budapesti sz. Rókushoz czímzett közkórházban 1883. dec. 27-től egész 1884. jan. 2-ig ápolt betegekről.

1883.		*felvett*			*elbocsátott*			*meghalt*			*visszamaradott*					
		beteg			gyógy			beteg			beteg					
		férfi	nő	összeg	férfi	nő	összeg	férfi	nő	összeg	férfi	nő	szülőnő	gyermek	elmekór	összeg
dec.	27	39	20	59	58	28	86	4	2	6	841	600	12	4	47	1504
„	28	37	13	50	28	22	50	2	1	3	848	590	12	4	47	1501
„	29	47	25	72	46	12	58	4	2	6	845	600	13	4	47	1509
„	30	29	23	52	46	18	64	3	3	6	825	604	12	4	46	1491
„	31	45	15	61	—	—	—	5	3	8	866	613	13	4	48	1544
jan.	1	17	14	31	11	7	18	3	4	7	868	615	13	5	49	1550
„	2	65	23	88	73	42	115	5	2	7	854	595	12	5	50	1516

Előfizetési felhívás

az

„ORVOSI HETILAP“

1884. évfolyamára.

Az »ORVOSI HETILAP« megjelen minden héten legalább egy íven; mellékletei, a »Szemészet«, s a »Közegészségügy és törvényszéki orvostan« pedig minden két hónapban egyszer legalább egy-egy íven adatnak ki.

ELŐFIZETÉSI DÍJ.

Egy évre Budapesten vagy vidéken **10** frt. — kr.
Fél » » » » **5** » — »
Negyed » » » » **2** » **50** »

Az orvos- és gyógyszerész-hallgató urak az előfizetési ár felét fizetik.

Előfizethetni minden kir. postahivatalnál, Budapesten a szerkesztőségnél (nádor-útcza 13. sz.) és Kilián György könyvkereskedésében (váczi-útcza, Drasche-féle ház).

Könyvkereskedőknek náluk történt előfizetések után % nem adatik, s az ügyfelek kéretnek, hogy előfizetéseiket közvetlenül a postán adják át.

(BEKÜLDETETT.)

Mattoni vas láp-kivonata

sikeresen használható

téli kurákra a háznál

vérszegénység, sápkór, általános gyengeség, gyermekbetegségek és üdülésnél.

Vas láplúg — Vas lápsó.

Mattoni Henrik, Franzensbad és Bécs.

HIRDETMÉNYEK.

Érdem-érem, nemzetközi orvosi kiállitás Londonban 1881.

Három arany-érem.

Véd- Maltine jegy.

Tömény kivonat malátozott árpa, malátozott buza és zabból.

Az egyetlen ezen három gabonaneműből összetett készítmény. Az angol, amerikai, indiai, ausztráliai, chinai stb. orvosi facultások kitünőségei által rendeltetik s a legnagyobb kórházakban más maláta-kivonatoknál többre becsülik.

A **maltin**-szó védjegyünkben foglaltatik s csupán a mi készitményünkre vonatkozik.

Gyártásánál 150° F.-nál nagyobb hőmérsék nem használtatik s ekképen minden tápláló anyag, sértetlenül visszamarad. Német eljárás szerint a malátakivonat csupán árpából készűl s az mondatik, hogy a keverék 212 F. fokig hevitessék, miáltal azonban a fehérnyeféle megalvadnak és az erjeny csaknem teljesen elbontatik.

A maltin-készitmények sorozata:

Maltin tisztán.
„ **komlóval.**
„ **másitókkal.**
„ **marhahussal és vassal.**
„ **pepsinnel és pancreatinnel.**
„ **csukamáj-olajjal.**
„ „ **és phosphorral.**
„ „ **és jodfélékkel.**
„ „ **és pancreatinnel.**
„ **jodfélékkel.**
„ **peptonokkal.**

Maltin-bor.
„ **pepsinnel és pancreatinnel.**
Malto-Yerbin.
Maltin alphosphorsavas sókkal.
„ **phosphatokkal.**
„ **phosphorsavas vassal és chininnel.**
Maltin phosphor-, chinin-, vas- és strychninnel.
Maltin phosphorösszekötetésekkel.
Malto-Viburnin.

Észrevételek és kérdések MALTIN iránt.

Miért tart a maltin (malátazott buza, zab és árpa) több tápláló alkatrészt mint a csupán árpából készült kivonat?

Mert a vegybontás kimutatta, hogy zab és buza több albumin- és légenytartalmú anyagot tartanak mint az árpa. A gluten, mely buzában bőven van, a gabonafélék legtáplálóbb alkatrésze s az egyetlen növényi anyag, mely az életet tartósan fentartani képes. A buzában 15—35% gluten van, más gabonákban jelentéktelen. (L. Flint: Physiology of man 25. l.) A légenytartalmú testek buzában és zabban könnyebben oldhatók mint árpában s azért a teheántartók drágábban fizetik az árpadarát, holott a buzából és zabból visszamaradt darát ingyen se vennék el.

„A buza és zab a gabonaneműek sorozatában első helyen állnak, miután az állati élet fentartásához megkivántató elemeket aránylag mind tartalmazzák s kivált sok izom- és zsirtermelő alkatrészszel birnak.“

Miért van a maltinban több erjeny, mely az emésztést előmozditja, mint a közönséges, árpából készült kivonatban?

Mert az őrölt buzában foglalt gluten és cerealin elég erővel birnak, a három gabonafélében, a keményitőt czukorrá változtatni és a buza fel nem használt erjenye a maltinban visszamarad. A gluten és cerealin erjedő anyagokként hatnak, melyek a keményitőt előbb dextrinné s később czukorrá átváltoztatják. (L. Flint: Physiology of man 53. l. és Watt: Dictionary of chemistry I. k. 657. l. és II. k. 625. és 823. l.

Dr. William Roberts és Dr. T. Milner-Fothergill tanácsa szerint a maltint az ételekkel kell keverni vagy étkezés közben venni, hogy az erjeny emésztő hatása biztositassék. (Practitioner 1881. január.)

Örülnénk, ha minden orvosnak kivánatra készítményeink próbait megküldhetnők.

A maltin minden climában és évszakban jól eltartható.

A maltin palaczkokban árultatik, egy-egy palaczkokban 8 és 16 folyékony angol uncia van, mely suly szerint 12—24 angol unciával egyezik, valamint Winchester-Quart-üvegekben is, melyek suly szerint 120 angol unciát tartanak.

Kapható **a magyarhoni főraktárban ÉDESKUTY L.-nál, Budapest, Erzsébettér 7. sz.**

BUDAPEST 1884. KHÓR & WEIN KÖNYVNYOMDÁJA. (Dorottya-utcza 14. sz.)

Budapest, 1884. 2. sz. Január 13.

ELŐFIZETÉSI ÁR: helyben és vidéken egész évre 10 frt., félévre 5 frt. A közlemények és fizetések bérmentesitendők.
HIRDETÉSEKÉRT soronkint 15 o. é. kr.

MEGJELEN MINDEN VASÁRNAP.
Megrendelhető minden kir. postahivatalnál, a szerkesztőségnél nádor-uteza 13. szám és Kilián György könyvkereskedésében váczi-utcza Drasche-féle házban.

ORVOSI HETILAP.

Honi s külföldi gyógyászat és kórbuvárlat közlönye.

HUSZONNYOLCZADIK ÉVFOLYAM.

Felelős szerkesztő és tulajdonos **Markusovszky Lajos** tr. Főmunkatárs **Balogh Kálmán** tanár.

Tartalom: *Kovács J.* tnr. A méh függelékeinek daganatjairól. (Vége.) — *Árkövy J.* tr. A fogbél- és gyökhártya bántalmak diagnosticája. Bevezetés. — *Regéczy Nagy Imre* tr. Adatok a fehérnye-oldatok átszivárgásához. — *A budapesti kir. orvos-egylet* rendes ülése 1884. január 5-dikén. Dirner G. tr. csonttörésről méhen belül, gyógyulás. Lumniczer S. tnr. czombtöréskor használt készülékről és gacsos térd gyógyult esetéről. Irsai A. tr. a húgyszervek gümőkórjáról. Ifj. Purjesz Zs. tnr-nak a croupos tüdőlob oktanáról. Krick Á. tr. a pneumonia diplococcusairól. Tauffer V. tnr. betegemelő készülékről. — *Könyvismertetés.* Lehrbuch der topographisch-chirurgischen Anatomie mit Einschluss der Operationsübungen an der Leiche sat. von Dr. G. Joessel. — *Lapszemle.* Fertőztelenitő-pleurotomia egyszeri mosás által.
Tárcza: *Heti Szemle.* Trachoma-járvány Magyarország déli vidékein. Katonaorvosi ösztöndijak. Az egyptomi cholera keletkezéséről. Hajlandósitás a méhszenvesek contracturájára. — Vegyesek. — *Előfizetési felhivás* az Orvosi Hetilap 1884-diki folyamára. — Pályázatok.
Melléklet: Tartalomjegyzék az »OHL.« 1883-iki évfolyamáról.

A méh és függelékeinek daganatjairól[1]).

Kovács József tanártól.

(Vége.)

E nő mellett van egy másik, kinél azt látjuk, hogy összehasonlíthatlanul nagyobb peripheriájú tömlője van, mely tojás alakjával bir, s melynek egyik vége lefelé folytatódik. Az egész daganat egyenletes felületü, úgy hogy rajta dudort kivenni nem lehet és ha valamit megkülönböztetni lehet, az abban áll, hogy egy részében egyenes vonal mutatkozik. De ha most kitapintjuk az egész daganatot, akkor azt találjuk, hogy a tömlő mindenütt egyforma tapintatú, s némely helyeken, különösen a köldök alatt, kissé feszesebb, de azért ebből, minthogy fehér vonal táján erősebb fasciák vannak, a tömlőfalnak e helyen feszesebb voltára következtetni nem lehet. Megjegyzendő, hogy azon rezgések, melyeket csekély ütések okoznak, a fluctuatiót leginkább képesek bizonyitani. Azon körülményből, hogy a jelen esetben a rezgés igen nagy, s hogy a fluctuatio tüneménye oly határozott, azt következtetem, hogy egykamrájú tömlővel van dolgunk. Kontatásnál azt tapasztaljuk, hogy a hasnak bizonyos magasságában tompa hangot, de ettől oldalt ugyanezen magasságban már dobos hangot kapunk. A tömlő tüneményei közül még hozzá tesszük azon negativ tünetet is, hogy az alsó végtagok nem vizenyősek. Ez azért van, mert hogy ha a tömlő oly nagy, hogy lógó hast okoz, akkor a gerinczoszlop előtt elhuzódó edényeket nem nyomja többé össze, mint sem hogy ha a gerinczoszlop felé feküdnék. Mindezen tünemények folytán mondhatjuk, hogy e nőnek nemcsak tömlője, hanem egykamrájú ovarium-tömlője van. De e nő nekünk egy momentumot mond el, mely az ovarium-tömlőnek csak ritka esetben felel meg. Azt mondja t. i. hogy a tömlő nála nyolcz esztendeig fejlődik: 4 esztendeig tudta elviselni, csak 4 év múlva csapoltatott, egy év múlva ismét, egy év múlva újra, s csak most jött ide. E hosszú időnek azon jelentősége van, hogy 8 esztendeig ily egyszerű ovariumtömlők nem szoktak fejlődni és 4 esztendőig sem, úgy hogy ily hosszú fejlődés már arra mutat, hogy más eredetü és természetü tömlő az, melylyel itt találkozunk. Csak röviden emlitem, hogy a széles szálagok közül kiinduló tömlők lassúbb fejlődésüek; hogy a méh falából magából kiinduló és onnan képződő tömlők szintén lassan fejlődnek. Igaz, hogy a méh falából kiinduló tömlők nem adják egészen ezen képet, de azért — minthogy a méh fala átalakulásának nincsen határ vetve — a méhből kiinduló olyan tömlős dagnak, mely teljesen petefészek-tömlőhöz hasonlit, előfordulása mégis lehetséges. De a dag kiindulásának közelebbi meghatározásában segit az, hogy ha a méh részt vett abban, hogy a daganat ily nagygyá alakúljon, és lecsüngővé váljon, a méh teteje szintén részt vesz a lehuzódásban és akkor a méh száját igen magasan, hátra felé tekintve kell találni. Hogy ha tehát a méhet a kis medenczében találjuk, akkor a dag nem áll directe összeköttetésben a méhvel, sem annak függelékeivel, hanem vagy a széles szálagokból indult ki és kocsányt képezett magának vagy az ovariumból.

Midőn módját fejtegettem annak, hogy miképen történhetett azon esetben, melyről fennt megemlékeztem, hogy egy tömlő, fejlődése által hashártya-mögöttivé vált, ahhoz hozzá kell fűznöm a daganat hashártya-mögötti helyezkedésének más két észlelt esetét, melyek közül az egyik magángyakorlatomban, a másik az intézetben fordult elő. Az egyik azok közé tartozott, hol a daganat a hashártya fali lemeze mögött, a peritonealis ürben nő, de már kiindulásánál fogva közelebb esik a széles méhszálag. nak mellső felületéhez és midőn nő, azon képletekben terjeszkedik ki, melyek előtte vannak; de találkozunk oly daganatokkal is, melyeknek egészen praeperitonealis fekvésük van. Ezen egyik esetünkben úgy indultunk a műtétnek, hogy felnyitjuk a peritonealis ürt és kivesszük a daganatot. Azonban a hasfal átmetszése közben ráakadtunk a daganatra, mielőtt a hashártyaür megnyittatott volna. Iparkodtunk kifejteni a daganatot és kiirtottuk azt

a hashártyaür megnyitása nélkül. Míg az előbb említett esetben a daganat, fejlődése alatt belebújt a hashártya mögé, a most felhozott esetben a daganat azon üregbe hatolt, mely mintegy elő van írva a hólyag számára és azt úgy tágította ki, hogy benne helyt foglalhatott. A daganat kiirtása után a feladat csak az lett, hogy kitisztítsuk a maradt üreget és egyesítsuk a hasfal-sebet. A nő gyorsan gyógyúlt és rövid idő múlva hagyta el a kórodát.

Már ezekből is láthatják, hogy a hasdaganatok a szerint, amint egyik-másik helyen keletkeztek, más-más hely felé terjedhetnek, s nem tekintve a mobilis petefészekből kiinduló daganatokat, melyek a szabad hasüregben nőnek, a hasdaganatok fejlődése azon véletlen által van meghatározva, hogy honnan indúlt ki a daganat és hol talál kiterjedésére legkevesebb akadályt.

A másik idetartozó eset, mely a dagok kiterjedése tekintetében érdekes, egy a múlt évtizedekben kedvelt színésznőn fordúlt elő, ki nagy daganattal a kórodára felvétetvén, kitűnt, hogy voltak neki nagy cystái és azonkívül a bal széles szálag szétfeszített két lemeze közé sarcomatosus daganatok voltak lerakódva, melyek a méh, de még a hüvely mellé is lenyomúltak a kis medenczébe. Miután azon tömlőket, melyek kiirthatók voltak, kiirtottuk, azon húsdagok kiirtása vált szükségessé, melyek a hüvely mellé terjedtek le. De ezek némelyike oly módon ékelődött be, hogy itt azon mód, a melylyel a sarcomákat burkaikkal szoktuk kiirtani, nem volt egészen alkalmazható, úgy hogy utóljára a kiirtáshoz kikaparó kanalat kellett használni. S minthogy a méh egy részét is el kellett távolitani, nem is zárhattuk be a sebet, a hogy szoktuk, hanem kénytelenek voltunk azon üregbe, honnan kiirtottuk a sarcomát, drain-csövet vezetni. Az első időben igen enyhe volt a lefolyás, később szükülni kezdtek azon utak, melyeken át a kiürülésnek kellett történnie. De ezen hátrány a szűkült utak tágítása által el lett hárítva. A nő, ha jól emlékszem, nehány hó múlva hagyta el a kórodát és most is igen jó egészségnek örvend.

Egy szóval: a hasban előforduló tömlős dagok előfordúlnak úgy, mint egy loculamentumú, s mint polycysták, néha szövetkezésben sarcomákkal és megjegyzendő, hogy azon myofibromák is, melyek a méh falának különböző rétegeiben képződnek, különösen oly esetben, mikor a méh hashártya-boritékához közel esnek, úgy nőhetnek, hogy néha bámulatos dimensiókat érnek el. Talán 29 fontos volt gyakorlatomban előfordúlt ily daganat, mely uszodatulajdonosnő méhéből indúlt ki és melyet kiirtottam. A dag előzetesen egynehányszor volt megcsapolva és literekre ment ki a folyadék. A műtét után kitűnt, hogy nem valóságos tömlő volt jelen, hanem a sárga enyvszerű folyadék a myofibroma ellágyulásából eredt. A nő évek előtt műtétetett és most is él.

A három forrásbeli tömlők közül az első kettő, t. i. az egykamarájú és polycysta kocsányos daganatot képez, míg a méhből kiinduló tömlők kocsánynélküliek. Ezek különböző felülettel ülnek a méh testén vagy a méh szálagai közt, úgy hogy kiirtásuk egy külön eljárást és vele-bánást követel.

Hogy akkor, midőn azon feltételekkel ismerkedtek meg, melyek alatt a hashártya sebzései veszélytelenekké álnak, a sebészek bátorsága a hasüri daganatok kiirtásában nőtt, az a dolog természetében fekszik. S midőn e műtéteket gyakrabban kezdték végrehajtani, különböző eljárások fejlődtek arra, hogy mily bánásmódokban részesüljenek a kocsányok, melyek által ezen daganatok kiindulásuk helyeivel összefüggnek. Miután e kocsányokon keresztül jelentékeny edények vezetnek az ujdonképlethez, ennek egyszerűen lemetszése tehát nem volt eszközölhető, minthogy ez veszélyes vérzést eredményezett volna. E műtétel kivitelének első korszakában némely sebészek úgy jártak el, hogy megnyitották a hasat a symphysisig és miután a hólyag kiüríttetett, hogy a sebzés körébe ne jöjjön, megkisebbítették a tömlőt szúrcsapolás által, még pedig vastag szúrcsappal, hogy az minél gyorsabban történjék és mikor akkorára kisebbitetett az egy- vagy többrekeszű tömlő, hogy a dag kifért a hasseben, azt onnan kihozták, azután a tömlő leválasztása czéljából a kocsányt kapcsoló készülék által beszorították, majd a dagot a kapocs alatt leválasztották és a hasseb széleit a kocsányon alul és felül összevarrták. Nyilvánvaló, hogy e kezelésnek azon czélja volt, hogy miután a kocsánynak a leszorítás mögött levő része még élő marad, az adhaesiv lob útján odatapadjon a hasfalhoz és midőn leválik a lenyomott rész, a kocsány sarjai összekapaszkodjanak a hasfalsebből fejlődő sarjakkal, azután behegedjenek. Ezt a kocsány hasürön kívüli kezelésének nevezték.

A tapasztalás azt mutatta, hogy hol a hasseb elzárásának ezen módja vétetett foganatba, ezáltal a has oly lazán és gyengén záratott, hogy a műtétek után nagyon gyakoriak voltak a sérvképződések. Így azután elég hamar több irányban tétettek kisérletek arra, valjon nem lehetne-e a kocsánynak a hasfal-sebbe rögzítését mellőzni, továbbá mily módon kell a kocsányt kezelni, hogy az a hasürben elhelyezhető legyen. E czélra különböző eljárások támadtak. Az egyik abban állott, hogy midőn széles volt a kocsány, ezt több részre osztották olyképen, hogy kettős fonalat vezettek az egyes lekötendő részek közé és miután azokat lekötötték, levágatott a tömlő. Hogy ha aseptikusok voltak a lekötő anyagok, akkor az így kezelt esetek is gyógyúltak. Mi 13 évvel azelőtt, midőn az asepsis tanának alkalmazása még csiráiban volt és valódi tiszta aseptikus kötszerek még nem álltak rendelkezésünkre, két esetben a műtétet a leszorító kacscsal végeztük. A leszorító kacs környékét tépéssel kellett beborítani és ez minden volt, csak nem aseptikus, s a két eset mindegyike sepsis folytán pusztúlt el. Azután, mikor megint alkalmas esetünk jött, oly változást csináltunk a műtéten, mely a műtét sikerére lényeges befolyással volt, úgy hogy a következő két eset, melyet két egymásutáni napon operáltunk, mindkettő gyógyúlt, pedig az egyiknek bilateralis tömlője volt. A váttozás, melyet a kocsány kezelésében tettünk, a következő volt. Elvégeztük a műtétet addig, míg a kocsány állott előttünk. Ezután segéd kezébe vétettünk 6—7 pince-t, mely műszer akkor már alkalmazásba jött és egy ily pince-szel megfogván egy kocsányrészt, ezalatt átvágtuk a kocsányt oly szélességben, mely a pince-szeli leszorításnak megfelelt. Azután a kocsánynak átmetszési felületén ha volt vérző edény, ezt lekötöttük. Ezen pince-szel való fogást, átmetszést, lekötést folytattuk tovább, míg végre a tömlő teljesen leválasztva volt. Most levettük a kocsányról az első fogót és ha a kocsány seb-

felülete illető részéről valamely edény még vérzett, ezt külön lekötöttük és midőn el volt állítva a vérzés itt, megnéztük, valjon van-e még vérzés a kocsány sebfelületének más helyén, s lekötöttük a vérző edényeket, míg a csonk sebfelülete semmi vérzést sem mutatott. Mikor ezen átestünk, akkor azon érvelés folytán, miszerint kivánatosnak mutatkozik, hogy miután a kocsánynak van egy mellső és egy hátsó hashártya-borítéka, mely igen csuszékony és mikor ez elcsuszik, megnagyobbodik a seb, a seb felületéből pedig utóbb mégis vér és savó-szivárgás jöhet, ezek forrásait elállítsuk, mit úgy eszközöltünk, hogy összefogtuk a két hashártyaszélt és szűcsvarrattal összevarrtuk, s azután bezártuk a hasat. Ily kezelés után azt tapasztaltuk, hogy ha sehonnan szivárgás nem jött, s így bezártuk a hasat, néha lázak nélkül gyógyúltak az illetők rövid idő alatt. Hogy ha pedig szivárgás volt, akkor drain-csöveket illesztettünk be, melyeken keresztül jött a folyadék ; azután beborítottuk pamuttal, melynek szürő sajátsága van, mely tehát a levegőben netalán uszkáló csirokat nem engedte behatolni és tapasztaltuk, hogy 7—8 ily műtett közül egy sem pusztúlt el, hogy ha t. i. oly esetek voltak, hol nem voltak oly bonyolúlt viszonyok, mint a minők a fennt leírt esetekben vázoltattak.

A mi törekvéseink alapját képezte, mint az eddigiekből kivehették, az volt, hogy az eltávolításnál szükségessé vált metszfelületek természetes borítékkal láttassanak el. Ugyanez képezi törekvésünket akkor is, ha a hasnyilás méhdaganatok eltávolítására történt. Ezen daganatok nem ritkán nem csak kocsánnyal nem birnak, hanem olyan alakú, igen jelentékeny teriméjű tömegeket képeznek, melyeknek a méh el nem idomtalanított része alig egy igen csekély részletét képezi. A nagy méh-daganatot a kicsiny méhtől leválasztani, leválasztani úgy, hogy törekvésünknek megfelelőleg a leválasztási seb kellő borítékkal láttassék el, ez néha elég nehéz feladatot képez. Nem tekintve már azt, hogy a méh meghagyandó része a nagy tömegű daganatokra kapaszkodása által egy nyilt tölcsérré alakúl, illetőleg ily alakban marad hátra a daganat kiirtása után, jelentékeny kiszámitás tárgyát képezi a kiirtásra czélzó bemetszések helyének megválasztása. Növeli e nehézségeket a vízereknek azon, még a dologban járatosak előtt is megdöbbentő dimensioja, a milyen dimensiókkal ezeket főleg az ovariumok helyeinek megfelelő oldalokon találni szoktuk. Tapasztaltak előtt ismeretes ugyanis, hogy ezen viszerek a hüvelykújj vastagságát nem ritkán elérik, s hogy a hassebben való kiemeltetésükkor legtöbbnyire vértől igen duzzadtak. Ezen duzzadt, vastag viszerekből keletkező nagy vérzés általunk úgy előztetik meg, hogy midőn segédeink kellő mennyiségű pince hémostatique-ekkel el vannak látva, akkor mi egy elég nagy scalpellel egy centimeternyi mély haránt körmetszést teszünk a daganat azon helyére, melyet ezen bemetszésre előre kiszemeltünk. Most magunk és segédeink az átmetszett és vérző nagy venák szájadékait a pinceszekkel befogjuk. Ezalatt az átmetszett felületes réteg a méh meghagyandó része felé igen szembetünőleg visszahuzódik. Most ugyanazon scalpellel a visszahuzódott seb peritonealis szélénél újabb, 2—3 centimeternyi mélységű, lehetőleg a tölcséralakot utánzó alakban bemetszést teszünk. Ezalatt legközelebb álló segédünk a méhnek

most már visszahuzódó részét két keze közt lehetőleg összeszorítja, arra iparkodva, hogy az ütereket is elnyomja ; a másik segéd a már részben felszabadított daganat tömegét felemeli, mi pedig arra törekedve, hogy az egész daganat gyorsan ki legyen irtva, gyors és mély metszésekkel az előbbi nyomokon azt leválasztjuk. Most a sokszor igen nagy sebfelület vérző edénynyilásait pince hémostatique-okkal befogjuk, s a vérzés ilyetén csilapítása után a sebfelületet netalán hátramaradt daganatrészletekre vagy a fődaganat közelében különálló daganatokra megvizsgáljuk és ha ilyenek volnának, szükség esetén könyű bemetszésekkel azokat kiizeljük. Az így származott sebfelületet következőképen zárjuk ;

Mint ismeretes, a jelentékenyebb üteres edények a méh peritonealis felületének közelében fekszenek. A méh sebe azon idő alatt is már, mely alatt az imént előadottak megtörténtek, tetemesen összébb huzódott és kétféle eset fejlődhetett ; vagy az, hogy a tölcsérszélektől a tölcsér közepe felé a sebfelület domborúvá alakúlt a sebfelület élénkebb összehuzódása folytán, vagy pedig ezen domború alakulás létre nem jött. Az első esetben, ha most egy cm-nyi bemélyedéssel szücsvarratokkal a mellső sebajkat a hátsóval összevarrjuk, ez a domborún alakúlt sebfelületek oly fokú összenyomatását vonja maga után, hogy ott üreg nem képződik, melyben sebváladék vagy vér halmozódhatnék fel. Az érintkező felületek a prima intentio szerinti összetapadás minden feltételét birják és ha az egyesítésre irányzott varratok a peritonealis boríték közelében fekvő edényszájadékok közelében jól alkalmaztatnak, a vérzéselállítás legbiztosabb eszközeit képezik, s általuk elérjük, hogy a sebfelület kellőleg fedve legyen. Ha a sebtölcsér vagy azáltal, hogy a kiirtásnál a megvastagodott méhfalakból is kevesebb hagyatott hátra, domborúlag nem alakúlt, vagy a felületes réteg összehuzódása kisebb fokban történik, akkor az előbbi varrat az egész sebfelületeknek oly fokú összezárását, mely üregképződés lehetőségét, s így sebváladék vagy vér gyülemének létrejöttét meggátolhatná, egy maga nem eszközölhetné. Szükségessé vált, a sebfelület mélyebb részeinek egymáshoz nyomásáról másképen gondoskodni. S ezt mi a következőkép teljesitjük. Mell- és hátrafelé széttartjuk a sebtölcsért és annak feneke felett egyik haránt végétől a másikig a falakba bemélyesztett szűcsvarratot (catguttel) helyezünk el, melynek meghúzása által a sebfenék két fala annyira közelíttetik és nyomatik egymáshoz, hogy a seb feneke a varrat mélységének megfelelőn 1 ½—2 cm-nyire emelkedik. A seb annyival kevésbé mély lesz. Most visszafelé irányban ugyanolyan varrattal húzzuk össze a sebfelületeket és ez legtöbbnyire már annyira sekélylyé teszi a sebet hogy az ajkaknak egyesítése a két sebfelület pontos egyesítését befejezi. Az edényszájadékokra ugyanazon ügyelet fordíttatik, mint az előbbi varratnál. 1874. óta, a midőn így végzett műtéteinket először ismertettük, többször volt alkalmunk e műtétet így végezni és soha sem utóvérzéssel sem az egyesített lapok közé tályogképződéssel küzdenünk nem kellett. Más okokból volt alkalmunk 2—3 hónap után így műtett betegeink elhalása után bonczolatkor az eljárás teljes sikeréről, tehát czélszerűségéről meggyőződhetni. E műtétekről is több ízben közléseket eszközöltettem. Ezt azért említem, mert ezen eljárást

jóval később *Schroeder* alkalmazta és mint magáét irta le.

Miután a petefészektömlő kocsányának, illetőleg a méhdag kiirtása után maradt méhcsonk sebfelülete födetett, a hasseb elzárását eszközöljük. Hogyan zárjuk be a hasürt úgy, hogy az összenövési felület nagy és erős legyen, hogy tehát a hasfalban sérvképződés feltételei ne létesüljenek?

Ismeretes dolog, hogy a savós hártyák ugyanazon képességgel birnak adhaesiv lob és izzadmány által egymáshoz tapadni, mint akármely lágy képletnek tiszta sebfelületei. S ennek tudása a sebészeket a hasmetszési sebek egyesítésében tévútra vezette. Mi a feltétel arra, hogy a hasfal-seb, miután összevarratott, jól tapadjon, egyúttal jól is tartson? Mint érintők, hogy a hasfal-sebnek egyik oldala minél nagyobb felülettel hozassék állandó érintkezésbe a másik oldallal. Csak akkor, hogy ha nagy felületek tapadnak össze egymással, fog az összetapadás erősen tartani. Ha a sebész a hasfal-sebnek a sebszélek egész vastagságát felölelő csomós varratok általi egyesítésénél az egyes varratokat úgy alkalmazza, hogy azoknak összecsomózása után, akár bele fogta a hashártya-széleket, akár nem, a sebfelületek nem egész vastagságukban, hanem belülről kifelé haladó zig-zug felületük csúcsaival hozatnak egymással érintkezésbe, — és ilyen lesz az egyesítés mindig ha a varrat képzésénél a fonalak mindkét oldalt a sebfelület felé homorú egyszerű fél ellypsisben vezettetnek, — akkor az összetapadás a hullámszerű érintkezési felületnek csak egyes redő-csúcsain fog létre jönni és a behegedésnek végeredménye a hegnek vékonyodása, esetleg hassérv képződése lesz. Még inkább így alakúl az összeforrás, ha a hashártyának nem csak szélei öltettek fel, hanem több is belőle, midőn e hashártyatöbblet a rácsomózás idején a hasfal sebére hajlik, egymással összetapadandó ugyan, de a voltaképi hasfalseb közé nyomva, ott érintkezési, összenövési akadályt képez. Magától értetődik, hogy ezen felöltött, összetapadt, vastagabb hashártyarészlet idővel csuszékonyságát mindinkább visszanyeri és a varrat erősítésére szolgálni megszünik.

A mi eljárásunk a hasfalseb egyesítésében az imént vázolttól teljesen különbözik és úgy látom, hogy ugyanazon ideára más sebészek is eljutnak már, mert eljárásunkat követni kezdik.

Eljárásunk a hasfalseb egyesítésében, melyet — mióta a hasdaganatok kiirtását a kocsánynak intraperitonealis elhelyezésével gyakoroljuk — alkalmazunk, a következő:

Miután a hasürben végzendőket befejeztük, a hashártya fali lemeze sebjét azáltal zárjuk, hogy e seb széleit vékony catgut-szűcsvarrattal felülről lefelé egyesítjük. A hasür most zárva van. Azután mély csomós varratokkal összevarrjuk a hasfal sebfelületeit oly módon, hogy a tűt a bőr felületének a sebszéltől mintegy cm-nyi távolságban fekvő egy pontján beszúrjuk, majd rézsutosan kifelé haladva, a hasfalból annyit öltünk fel, hogy be és a hashártya előtt visszavezetendő fonalunk olyan ellipsis felét írja le, melynek hosszú tengelye rövid tengelyének körülbelül kétszerese legyen. E szerint az én varratomnál csomózás előtt mindkét oldalt a fonalak útja nyilásával egymás felé néző két V alakot képez. Így egymástól 1 $^1/_2$ cm. távolságban illesztjük a többi varratokat és azután

következik a varratok csomózása és oly erővel húzzuk reá az egyes csomókat, hogy ezáltal a csomózás által a sebfelületek a varratok helyén és azok közeiben elegendőkép összetartassanak.

Mi a különbség a mi varratunk fonálútja és az előbb leírt varratok fonálútja között?

Minden csomós varratnál a fonálból, hogy ha azt összeszorítjuk, egy kör alakúl, mely által, ha a fonalat úgy vezettük, mint az előbb leírt methodus szerint a hasfal-seb mélysége, mely csomózás előtt a fonálút ellipsisének hossztengelyét képezte, a rácsomázásnak körré alakítása folytán megrövidül, azaz a hasfalseb összenyomatik, s az összeforrási felület vékonyodik. Ha azonban úgy járunk el, mint az én methodusom szerint, akkor az egész sebfelületek nyomatnak egymásra, sőt a csomózási köralakulásnál varrat-ellipsiseim hossztengelyeinek rövidülése a rövid tengelyek vagyis a sebmélység, s így az összeforradási felületnek nagyobbodását vonja maga után; így az én varratomnál a sebfelületeknek prima intentio szerint létrejött egyesülése után sérv a varrat helyén nem keletkezhetik, a mint hogy tapasztalatunk szerint nem is keletkezett. S miután e varrattal, melynek azon feladata és hatása van, hogy a sebfelületeket egymásra nyomja, nem tudjuk a bőr sebszéleit egyenlő színbe hozni, ezeket külön varrjuk szücsvarrattal, s ezen felületes varrat által oly teljes összenövés lesz, mely után a hasseb helye úgy néz ki, hogy egy bizonyos idő múlva alig lehet látni, hogy ott valami műtét végeztetett.

A mint kórodámból kikerült egy közleményben már előadatott, oly esetekben, midőn a hasfalak igen vékonyak, a hasfal-sebeket catgut-szűcsvarrattal egyesítjük, melynek spiráljai a hasfalban ép oly haránt ellipsist írnak le, mint a milyent a methodusom szerinti csomós varratoknak egyes fonalai képeznek.

A fogbél- és gyökhártya-bántalmak diagnosticája[1].

Árkövy József tr. egyetemi magántanártól.

Bevezetés.

Uraim! Azon számos új adat és azon módszer, melyeket önök kórodai összejöveteleink alkalmával kórismészeti eljárásainknál felszínre jutni láttak és hallottak, végre arra késztettek, hogy összegezzem önök előtt mindazon megállapodásokat, — tényeket, — melyeknek nagy számú vizsgálataink és észleléseink közepett végleg nyomára jutottunk.

A nehézségek, melyekkel itt — e fogászati kórodán — küzdenünk kellett, nem voltak csekélyek; mert a betegen végzett vizsgálati módok kifejtése mellett folyton készen kellett állani vésővel vagy kalapácscsal, majd ismét a górcsői vizsgálattal, hogy kórismészeti tanulmányainkat kellőleg ellenőrizhessük. Másrészt a legjelesebb vagy legelterjedtebb fogászati tankönyvek szerzői, mint Tomes, Magitot, Wedl, Garretson, Baume, Scheff stb., összesen véve — sine ira et studio — nem szolgáltatnak annyi diagnosticát, mint a mennyire kórodailag — de sőt a magángyakorlatban is — szükség van; s így nem voltak nyomdokok, melyeken elődők után haladni lehetett volna.

Az eddigi — tankönyvekben említett — eljárások alig terjeszkednek túl azon elemi útmutatáson, a melyből meg lehet tanúlni; miszerint az egyik esetben pulpitis a másikban periodontitis az, a mivel dolgunk van; és még ezen leírások is legnagyobbrészt

[1] A fennti czím alatt közlendő czikksorozat a 1883-iki téli félévben tartott előadások nyomán iratott. A gyorsirászati jegyzésekért Rottmann Armin tr. úrnak tartozom köszönettel. Szerző.

nélkülözik a szabatosság jellemét; mennyivel kevésbbé várhatjuk tehát, hogy azok után indúlva, részletesen jelölhessük meg és ismerhessük fel a fogkórt, mely elénk jut. Szóval még mindez ideig nem voltunk birtokában a fogkórok vizsgálata és kórjelei oly leírásának, melynek nyomán mai napi igényeknek megfelelő kórismét felállítani képesek lettünk volna. Ezenkívül nagy hátrány volt a physikalis vizsgálati módszer kifejtetlensége és a fogkórok oly felosztásának hiánya, mely a mellett, hogy a kórtani alapot el nem hagyja, diagnosticának is szolgálhatott volna alapúl. Másrészt ismét a fogkórok felosztásában oly nomenclaturára volt szükség, melylyel a tényleg különválasztott kórjelenségeket megfelelő elnevezésekkel jelölhessük.

Igyekezetünk oda irányúlt tehát, hogy egy helyes diagnostica mindezen követelményei számára az adatokat figyelmes, beható észlelések és vizsgálatok útján megszerezzük. Hogy az mennyire sikerült, arról tanuságot tettek előttünk eddig is tapasztalataink és ellenőrző vizsgálataink, melyeket avatott kézzel és értelemmel bárki utánunk tehet, s az ügy érdekében kivánatos, hogy ilyenek tétessenek.

Nehogy azonban adós maradjak előbb tett állításaim indokolásával — noha egy pillantás a tankönyvekbe ezt úgy is megadja — két irányban fogom azokat némely példával illustrálni: először fel kell tüntetnem a meglevő irodalmi adatok elégtelenségét; másodszor rá kell mutatnom az okra, hogy miért van annyira szükség szabatos fogászati diagnosticára.

Hogy mindjárt a legjelesebb szakmunkán kezdjem, Tomes[1]) fogászatában (459. l.) azt találjuk, hogy miután a fogbél-üreg megnyilt a lecsupaszodott fogbél »kóros állapotba jut, mely heveny vagy idült, a mint a körülmények azt magukkal hozzák«; továbbá nagy súlyt fektet a fogbél-lobok keletkezéseinek kórtani okai között a fogbélben ilyenkor található meszes concrementumokra vagy dentin-újképletekre. Már most ebből mikép határozható meg, hogy épen melyek azon körülmények külön-külön, melyek heveny, s melyek idült lobra vezetnek? Az adott magyarázat bizonnyára nem ad erre felvilágosítást. Tovább ismét olvassuk (462 és 466. l.), hogy 100 eset közül 99-ben a *heveny* fogbél-lob a pulpa exponáltsága mellett található és az *idültről* ismét csak ez állíttatik. Majd ismét (463. l.) »ha vizsgáljuk a fogat, miután három vagy olykor csak egyetlen heves lüktető fájdalmi rohamot okozott, úgy fogjuk találni, hogy elvesztette vitalitását vagy legalább ennek útján van és bomlásnak indúlt«.

E leírásból nem-e ismerünk azonnal oly üszkös lobra, melynél vagy az egész korona-pulpa vagy annak egy része vizsgálatra érzéketlennek található, míg az ezen túl eső részen t. i. a gyökpulpán még érzékenységet, sőt fájdalmat kutaszolhatunk? Valjon nem-e lesz itt helyesebb ezen kórtüneteket pulpitis gangraenosa névvel illetni inkább, semhogy azt az egyszerű pulpitis acuta fejezete alatt tárgyaljuk? És ha tovább folytatjuk ez összehasonlítást, olvassuk (463. l.), hogy a lüktetés megszűnik, s helyébe húzó, tompa fájdalom lép, a fog a vastagodó gyökhártya által kiemelkedik medréből, s hosszabbnak érezhető, szóval jelezve van egy fogmedri tályog (abscessus alveolaris) keletkezése. Igaz és tény, hogy ily következményekkel esetleg, sőt sokszor járhatnak a fogbél-lobok, — és a tünetek felsorolása a szerző helyes megfigyelésére vallanak, — de gondoljuk csak meg, mily nagy az út a heveny fogbél-lobtól a fogmedri tályogig, hány különálló — és tényleg megkülönböztethető — kóralak az, a mi itt még közbeesik!

A vizsgálati módok, melyek a tankönyvekben, s gyakorlatban dívnak, szintén nagyon hiányosak, sőt határozottan tévesek. Vegyük csak például az általános szokást, mely a fogak megkopogtatásában áll; ez rendesen a korona labialis felületére történik és a visszahatás? semmi: persze ha erősen megütjük a fogat az ép is fáj, de kórjelzésre általában, s főleg heveny fogbél-lobknál nem használható; egyedül a zárt üregű (pl. tömések után *későn* keletkező) *idült* fogbél-loboknál jár hatással.

A hideg vagy meleg víznek a szúvas üregbe való fecskendése pedig, noha sokszor hasznavehető vizsgálati mód, igénybe vehetősége körülirásra szorúl. Viszont a kutaszszal való bánásra nézve a tankönyvekből csak annyi vehető ki, hogy tapogatni kell addig a szúvas üregben, a míg fájdalmas pontra nem bukkanunk

[1]) J. and Ch. S. Tomes. A System of Dental Surgery. 1873. London.

vagy igen. Ki fogja ily rendszertelen vizsgálat után meghatározni, hogy például egy nagy örlő fog belének mesio-labialis csücske heveny, részleges, genyedő gyuladásban szenved, míg a fogbélüreg tetőzetének többi része még ép dentinnel van borítva?

Ime, itt rátérünk felvetett kérdésünk másodikának magyarázatára, midőn a szabatos kórismézés értékesitéséről van szó. Majdnem felesleges ugyan mai nap még ezt indokolni és elvi szükségességét hangoztatni, azonban találkozhatnának, kik azt mondják, hogy gyakorlati szempontból elég, ha a fog-gyógyász meg tudja állapítani a kórismét midőn egyátalán pulpitis vagy periodontitis van jelen, tekintet nélkül arra, hogy az mely alakja ama két kórnak. Azonban ez ellenvetés tarthatatlan; mert napjainkban nemcsak hogy a *conservativ* fog-gyógyászat igen nagy terét a destructiv hatáskörnek magához hódította és mondhatni, felsőbbséget és majdnem több létjogot szerzett magának, mint mennyivel az utóbbi bir; hanem maguknak a conservativ gyógyeljárásoknak indicatioi is teljesen ingadozó és roskatag — mert kellő alap nélküli — módon jutnak foganatosításra, mihelyt nem szabatos részletes kórisme alapján nyugszanak. De nemcsak ez utóbbi tekintet, vagyis a specialis indicatio (t. i. a conservativ műtétnek választandó valamelyike) jut itt számba, hanem egyáltalán a conservativ avagy destructiv gyógymód közti választás indicatioja is. Példa kedveért vegyük, hogy az egyik esetben pulpitis chronica totalis purulenta egy másikban pedig necrosis apicalis van jelen. Ha mi az előbbi esetben egyszerűen nagyobb fokú pulpitist kórismézünk, s mint ilyenkor rendesen tenni szoktuk, járunk el, hogy — vegyük — egy keskeny nyiláson át arsenes-savat vattagombolyagon viszünk be a fogbélüregbe; akkor a következmény az lesz, hogy a heves lüktető fájdalom ilyenkor elvárt csökkenése és megszünése helyett, nehány óra alatt az előbbi, sőt fokozottabb hevességre emelkedik; egyszerűen azért, mert a fogbél részéről termelt geny kiürülése meg lévén kezelésünk által akadályozva, az elzárt fogbélüregben felhalmozódik és nyomást gyakorol a kóros fogbélre, sőt ha genyes részleges gyökhártyalob még nem volna jelen, ezt idéz elő; bevezetett — különben erélyes — hatóanyagunk pedig a vele közvetlenül érintkező genyrétegen keresztül vagy alig vagy épen nem jut érvényre. Szabatos kórisme nélkül természetesen nem gondolunk arra, hogy előzőleg meleg vízzel ki kell fecskendezni a fogbélüreget, az említett vattagombolyag helyett pedig az előzőleg kissé tágított nyiláson át csak vatta szálacsot kell bevezetni, mely a rajta vitt hatóanyagon kívül egyúttal geny-szalag gyanánt is szolgáljon, s ezt mélyen be kell tolni és fedőkötés gyanánt először egy felszívó, s csak ennek tetejében szabad elzáró (occlusiv) kötést alkalmazni.

A felvett esetben, legyen, hogy a beteget a különben elég jó karban levő, szilárdan álló, csupán egy kis, de nem igen alkalmatlan parulis-sal ellátott fog meggyógyításával biztatjuk; napokon és heteken át fáradunk; az eredmény, jó ha nem sokkal súlyosabb, de bizonyára legalább a status quo ante lesz; elvesztettük időnket a beteg pedig bizalmát.

Szabatos kórisme után persze extractio-t ajánlottunk volna; mert gyökhártya fosztott (necrotikus) fognál minden szokott megtartó kezelés ellenjavalt[1]).

Ime már ezekből is látható, hogy az eddigi ismeretek az említett bántalmak kórismézéséhez nem voltak elégségesek, de másrészt a szabatos diagnostica a helyes gyógyjavalatnak nélkülözhetlen feltétele.

Ennélfogva tehát világossá lett egy újabb követelménynek szükségessége, s ez: *a fogászati therapiának is oly felosztása, s rendszerbe öntése miként ez a diagnosticának megfelel.* Az anyag, melylyel a fogászat irodalma e tekintetben valóban elismerést érdemlően mai nap rendelkezik, elég bő, hogy ama czél kivitelét lehetővé tegye. Mi, természetesen ez alkalommal a gyógytanra nem terjeszkedünk ki.

Végül nem szabad megfeledkeznünk Tomes és Wedl érdemeiről, kiknek illető classikus munkáiból felhasználtuk főleg a kórboncztani és némileg a kórodai adatokat.

[1]) A Garretson-féle (Oral Surgey, III. Edit. 380. l.) intraalveolaris tályognyitáshoz hasonló módon eszközölhető gyökcsúcs-csonkolás kivételt képez ugyan; de erre kevés beteg szánja rá magát, s így mondhatni, hogy nem tartozik a megszokott műtétekhez.

Adatok a fehérnye-oldatok átszivárgásához.[1])

Regéczy Nagy Imre tr. tanársegéd és magántanártól.

Graham a különböző oldatok átszivárgásánál mutatkozó különbségekről kisérletezve, megállapította, hogy az átszivárgás gyorsasága a kisérletben vett anyagok minősége szerint különböző; még a sóoldatok közül is egyik gyorsabb, másik lassúbb átszivárgásra képes, de feltűnt különösen a fehérnye, melynek átszivárgása, a sókhoz hasonlítva, felette csekély.

Azt találta továbbá, hogy két különböző sóoldat összekeverésénél az egyes sók átszivárgási gyorsasága változást szenved. A keverésre használt só-oldatok minősége szerint az eltérés kisebb vagy nagyobb fokú lehet, de úgy látszik, mindíg a kevésbé oldékony só veszít átszivárgási gyorsaságból.

Ez utóbbi tételt *Graham* után *Cloetta* is megerősítette. Sokan *Cloettának* tulajdonítják e tétel megállapítását, sőt Cloetta értekezéséből is úgy tűnik elő, mintha a kérdéses tételt ő állapította volna meg először. De az érdem itt *Grahamot* illeti. A tény nemcsak felismerve volt már a Cloetta kisérletei előtt, de közölve is. *Cloetta* csak újabb adatokat szolgáltatott további kisérletek által.

Graham azt találta továbbá, hogy a fehérnye-oldatokat diffusio útján külön lehet választani a sóktól a nélkül, hogy egyszersmind a fehérnyében is nagy veszteség mutatkoznék; ezt azonban egyedül a két anyag különböző diffusio képességéből vezette le.

De a tények azt a gondolatot ébresztették fel bennem, hogy a fehérnye átszivárgása a hártyákon nem csupán azért történik lassan, a mikor a fehérnye-oldathoz egyszersmind sók is vannak keverve, mert annak diffusio képessége csekély; hanem azért is, mert két különböző átszivárgási képességű anyag lévén együtt, a könyebben átszivárgó anyag akadályozza haladásában a nehezebben átszivárgót, épen úgy, sőt még nagyobb mértékben, mint a hogy ez akadályozás már a sóknál is kimutatható volt, a melyek átszivárgási képessége közt pedig sokkal csekélyebb különbség van, mint a sók és a fehérnye közt.

E gondolatot azután, ha bebizonyítható, a vizelet elválasztása magyarázásánál véltem értékesíthetni.

Hogy a sónak a fehérnye átszivárgására van befolyása, az könyen megállapítható volt.

Két edényben készítettem elő 2% fehérnye-oldatot 10 grm. szárított tojás-fehényréből és 500 kcm. vízből; az egyik edénybe adtam még a fehérnye-oldathoz 50 grm. konyhasót. Az átszivárgási készülék belső edényébe mind a két kisérletnél 100 kcm. destillált vízet öntöttem, s másfél óra lefolyása múlva megvizsgáltam: Ez idő alatt a sótalan fehérnyéből egy rész átment a destillált vízbe, míg a sós oldatból csak só ment át, s fehérnyének nyoma se látszott. Másnap reggelig már a sós oldatból is ment át fehérnye.

Ezután megcseréltem az edényeket, melyekbe a destillált víz volt öntve, hogy a folyadékokat elválasztó pergament-papir egyenlőtlen felkötéséből származható esetleges hiba tévedésre ne vezessen, s így ismételtem a kisérletet. Az eredmény ugyanaz volt: egy idő múlva a sótalan oldatból átment a fehérnye, a sós oldatból pedig nem.

Ez előkisérlet után bebizonyítva láttam, hogy a fehérnye-oldattal kevert só befolyással van a fehérnyerészecskék átszivárgására, de csak számosabb és különféleképen változtatott kisérletek alapján volt megállapítandó e befolyás mértéke és körülményei.

A szükséges kisérleteket agyag-választólapon át, közbevetett hártya nélkül, itatós papirossal, állati hártyával, tojáshártyával, pergament-papirral és irópapirral végeztem, s belölük a következő tapasztallatokat merítettem.

1. Fehérnye-oldatokból a fehérnye könyebben diffundál sóoldat felé, mint dessillált víz felé.

2. A fehérnye diffusióját a hártya hátsó oldalán levő sóoldat annál inkább elősegíti, minél töményebb a só-oldat[2]).

[1]) Kivonat a k. m. tud. akademia. kiadásában megjelent hasonló című értekezésből.

[2]) Az 1. és 2. tételt már régebben megállapítottn *Wittich*. (Über Eiweissdiffusion. Müller's Archiv 1856. 105. l.) »Mit dem steigenden Concentrationgrade der äusseren Lösung wächst auch die Schnelligkeit des Eiweissstromes«. A nélkül azonban, hogy a jelenség okát fejtegette, vagy jelentőségére valamely izomban rámutatott volna.

3. Higabb fehérnye-oldatból rövidebb idő alatt indúl meg a fehérnyerészecskék diffusiója, mint töményebb oldatból.

4. Ha a fehérnye-oldatokhoz sókat keverünk, ezáltal a diffusióját még jobban késleltethetjük az elválasztó hártya túlsó oldalán levő víz felé.

5. Minél nagyobb a fehérnye-oldat sótartalma a túlsó oldalon levő folyadék sótartalmához képest, annál lassúbb a fehérnye diffusiója.

6. Sóval kevert fehérnye-oldatoknál eleinte rendesen csak a só diffundál. A fehérnye-részecskék átlépése akkor kezdődik, a mikor a hártya két oldalán levő folyadék fajsúly-különbsége egy bizonyos alacsony fokra száll le. Az a különbség azonban bár minden egyes esetben meghatározható, nem állandó, hanem a közbevetett hártya vastagsága és tömörsége szerint változó.

7. Minél tömörebb, illetőleg vastagabb a közbevetett hártya, annál csekélyebb fajsúly-különbség elégséges a fehérnyerészecskék áthatolásának megakasztására, ha u. i. a só a fehérnye-oldathoz van keverve, tehát a fehérnye-oldat nagyobb fajsúlyú.

8. Oly vastag, illetőleg tömör választólapon is diffundál a fehérnye só-oldat felé, melyen át destillált víz felé át nem lép.

9. A nyomás elősegíti a fehérnye diffusióját, ha az a hártyára a fehérnye oldala felöl hat. (Természetesen csak olyan fokú nyomásról lehet szó, mely a hártya vastagsága, illetőleg tömörsége mellett szűrődést még nem eredményez).

Következtetések

Graham kisérleteiből kitűnt, hogy a két különböző só keverékéből a különben nehezebben diffundáló só diffusiója a víz felé meg van nehezítve. Annál könyebben felfogható tehát, hogy a fehérnyerészecskék diffusióját a hozzáadott és könyen átszivárgó sók, mint pl. a NaCl., még nagyobb mértékben akadályozni, sőt bizonyos körülmények közt teljesen megakasztani is képesek.

E tétel eddig megállapítva volt. Több kisérletező találta ugyanazt, hogy fehérnye és só keverékéből a só sokkal gyorsabban diffundál, mint a fehérnye; de ennek okát feltalálták a só nagyobb áthatolási képességében, s a hártya tömörségében, mely a fehérnyerészecskék diffusióját akadályozná, míg a sórészecskék áthatolása ellenében akadályt kifejteni nem birna. *Graham*, kisérleteinél, melyeket sókkal kevert fehérnyékkel tett, főleg a sók diffusiójának gyorsaságára fordította figyelmét és úgy találta, hogy a fehérnye nem változtatja meg észrevehetőleg a sók diffusiójának gyorsaságát; a fehérnye diffusióját ő itt egészen figyelmen kívül hagyta.

E tény felismerése után további feladatunk kutatni azt az okot, mely a kérdéses jelenséget előidézi. A sóval kevert fehérnyének késlekedése mindenesetre ugyanarra az okra vezetendő vissza, mely a két só keverékénél a nehezebben diffundáló só késlekedését is feltételezi; de bár ez utóbbi tény már régen felismerve volt és első megállapítója Graham után többen is — mint *Cloeta*, *Ludwig* — foglalkoztak vele, az előidéző okra nézve egyik vizsgáló se mondott véleményt. Megelégedtek egyszerűen a tény megállapításával.

Mindenesetre nehéz is teljesen kielégítő magyarázatot adni, a mikor még az osmotikus folyamat lényegére nézve se találunk általános érvényre emelkedett nézeteket; a mennyiben a vizsgálók egy része a folyadékok kölcsönös egymásra hatásából, más része pedig a közbevetett hártya activ működéséből igyekszik a tüneményeket megfejteni.

Eltekintve azonban egyelőre az osmotikus erő lényegének fejtegetésétől, magának az osmotikus folyamatnak megfigyelése, s a jelenségnek czélszerű összeállítása fényt fog deríteni e megfejtetlen kérdésre is.

A legegyszerúbb esetben víz és valamely anyagnak pl. sónak vizes oldata közt, mely két folyadék egymástól hártya által van elválasztva, vagy csak egyszerűen egymás fölé van töltve, megindúl a diffusio és tart mindaddig, míg a két folyadék közt eredetileg volt különbség teljesen ki nem egyenlődik.

Közbevetett hártyánál, e hártya porusain keresztül tehát ellenkező irányban haladnak a víz felé a sórészecskék, a só-oldat felé pedig a túlsó oldalról a víz. Az összeütköző részecskék egymást útjukban akadályozni fogják és az az anyag fog nagyobb mennyiségben a hártya túlsó oldalára eljutni, a melyiknek részecskéi nagyobb erővel, nagyobb sebességgel haladnak.

A vízáram ereje egyéb tényezők közt függ a hártya túlsó oldalán levő só-oldat töménységétől is, s azzal nő, mire bizonyítékúl szolgál az a körülmény, hogy a diffusio két különböző folyadék közt kezdetben legerélyesebb és később mindinkább lassúbb lesz. Ha egyenlő töménységű két oldatnál destillált víz felé megállapítjuk az osmotikus arányszámot, s azután hasonló töménységű kettős só-oldatot készítünk, mely mind a két sóból ugyanannyi százalékot tartalmazzon mint az előbbi külön oldatok, melyeket az osmotikus arányszám megismerésére használtunk és megfigyeljük a diffusió eredményét, a nehezebben diffundáló sórészecskék kisebb arányszámot tűntetnek fel, mint az előbb külön eszközölt kisérletnél. A kettős sóoldatnak u. i. együttvéve nagyobb fajsúlyú lesz, mint a két só-oldat volt különvéve, az ellenkező irányú vízáramlat tehát erősebb lesz a kevert oldat felé, s minthogy a kiegyenlődésnek a hártya ugyanazon porusain keresztül kell történni, az ellenkező irányú vizáramlat a nehezebben diffundáló sórészecskék haladása ellenében nagyobb akadályt fog kifejteni, mint ellenében a könyebben diffundáló só részecskéi és azért az előbbiek az utóbbiakhoz képest visszamaradnak.

(Vége következik.)

A budapesti kir. orvosegylet rendes ülése 1884. január 5-kén.

Elnök: Balogh K. *Titkárok:* Réczey I. és Ángyán B.

— *Dirner Gusztáv tr. méhen belül létrejött és gyógyult csonttörés* esetét mutatja be csecsemőnél, leírva ez eset közelebbi körülményeit, a törés létrejöttének okát, módját és lefolyását. Közölni fogjuk.

— *Lumniczer S.* tnr. következő két esetet mutatott be:

1. 20 éves, erőteljes földmíves-legény, ki 1883-iki junius 15-kén jobb oldali czombja felső harmadában feldőlés következtében fedett csonttörést szenvedett, mely vidéken, kellő gyógykezelés hiával 135°-nyi, befelé nyilt szögbehajlással és az alsó törvégnek nagyfokú befelé fordulásával szilárdan egyesült. Ha az egyén bal lábára állott, akkor jobb oldali végtagjának — még úgy is, ha czombját csípizületben lehetőleg távolította — lába újjai bal lábának háti felületére voltak irányulva úgy, mint csípároki czombficzamnál. E mellett 12 cm-nyi rövidülés volt jelen, s így az egyén épenséggel nem járhatott. Ezért L. october 13-kán *osteotomiát* végzett. Az átvésés az eltérési szögben történt. A Lister-féle szabályok szigorú megvigyázása mellett teljes prima intentio következett be. Az első kötés-változtatás a varratok és drainage-cső eltávolítása czéljából 6-od napon történt. Ezután a czomb és medencze megkeményedő kötéstokba foglaltatván, *Volkmann* szerint súlyokkal nyujtás alkalmaztatott. Műtét után 14-ed napra a súlyokkal való distractiót L. saját szerkezetű összetartó és feszítő készülékével cserélte fel, melyet már 1878-ban »Sebészeti tapasztalatok« című közlésében részletesen leírt és rajzban is ismertetett; jelen alkalommal pedig »in natura« bemutatott.

Két — a czombot és alszárt külön magában foglaló — turómész-kötéstok ez, mely két tok térdizület tájon, kül- és beloldalon beillesztett két, hosszabbítható csavarkészülékkel van egyesítve. A czombtok felső és belső szélébe párnázott mankóvég van belekötve, mely a gátra illeszkedik, míg az alszártok alsó végéhez, a bokák felett egy, a talpat 6—8 cm-nyi távolságban körüljáró vas kengyel van rögzítve. A végtaghoz, ennek a törés helyeig egész hosszában — úgy mint distractióra — eleve széles tapaszcsikok illesztetnek és rögzíttetnek, melyek az alszártok alul, s a két boka felől hosszan kinyúlnak, s most a kengyel haránt rudjához lehetőleg feszesen oda köttetnek. A térdizületi csavarok által ezen készülék 8 cm-nyivel hosszabbítható, a mi által a kengyel az ehhez kötött tapasz-csíkoknál fogva a végtagra — tehát a csontfolytonossághiány helyére — nyujtólag hat, míg ezen feszülésnek a mankóvég a gáton, illetőleg ülcsonton ellentáll. L. ezen készüléknek ily esetekben a *Taylor*-féle készülék felett, melynek egyébiránt mintegy ugyanazon rendszerre épített utánzása, előnyét látja abban, hogy olcsóbb és bárhol rögtönözve eléállítható, midőn turómészkötésből és bármely lakatos által készithető vas alkatrészekből áll. Előnyét találja még egyes esetekben a súlyokkal való distractio felett is — midőn oktalan betegeknek, kik, ha a helyes gyógyulásra nélkülözhetlen nyujtás nekik alkalmatlanná válik, szeretik

magukat, saját érdekűk ellenére és orvosukat is megcsalva, a súlyok kötelékét vagy az ellennyujtó hurkot megoldani — ezen feszítő készülék ily hátrányos kijátszásra hozzáférhetlen.

A bemutatott egyén gyógyult végtagjának rövidülése 3 cm-re apadt, egyenesen talpra áll; ma még ugyan csak mankó és bot segélyével tesz járási gyakorlatokat, de kétségen kívül teljesen működésképes végtagot nyert.

2. A második eset 19 éves gépész, mindkét oldali *gacsos térd* (genu valgum) gyógyult esete. A jobb oldali végtagon az alszár távolodási eltérése 40°, kifelé 140°-nyi nyilt szöget képező; baloldalon 20 foknyi vagyis 160°-nyi nyilt szögű volt. A jobboldalon L. 1882. évi october 10-kén a sipcsonton egyszerű *csontmetszést* (osteotomia linearis) végzett. A sipcsont átvésése után a szárkapocs szándékolt eltörése közben megtörés (*infractio*) támadt. Az alszár irányának kellő javitása után *Lister*-féle kötés és 7-ed napon túl főszkötés alatt gyors hegedés és — a fedett törések rendes ideje alatt — teljes gyógyulás következett be. A bal alszáron kisebb lévén az eltérés, az egyén a műtételbe nem egyezett; ezért L. a műtett jobboldali alszár gyógyulási idejét arra használta fel, hogy ezen baloldalon *Hueter* javaslata irányában a térdizület hajlított állásában való rögzítésével kisérletet tegyen. *Hueter* nézete szerint t. i. a gacsos térd statikus (megterheltetési származású) alakjainál, melyeknél az alszár távolodási állása nem a belbütyök túlfejlődéséből, hanem a külbütyök (czombcsonton) alsó ízfelületének lelapulásából származik az irányjavitás, különösen fejlődési korban, úgy is elérhető, ha az ízfelület ezen pontjának a sípcsonttal való érintkezése huzamos időre elháríttatik; mely idő alatt a külbütyök ízfelületének lelapult térfogata (*facette*) ismét szabadon kifejlődhetik, s mintegy kidomborodik ép úgy, mint tudomás szerint ló- és dongalábállásnál a rendes szökcsont ízfelületének a sípcsont alul kifordúlt része is idővel túlfejlődni szokott. Ily eljárás kérdéses sikerére a bemutatott egyénnél L. azon körülményben látott némi reményt, hogy a jobb alszár törési-kisérleténél a szárkapcson teljes törés helyett infractio támadt, hogy tehát az egyénnek, akkor — már 18 éves kora daczára — csontrendszerének megszilárdulása még nincs véglegesen befejezve. A bal alszár ily szándékból térdizületben 130—125°-nyi behajlítási állásban és a jobboldali csontmetszéssel ugyanazon egy napon megkeményedő kötésbe lett foglalva, s a jobb alszár gyógyulása idején túl is, az az 9 hétre rögzítve. A kötés eltávolításakor L. örömmel tapasztalta, hogy ezen oldalon is — műtét nélkül — tetemes irányjavulás, csaknem teljes correctura következett be; és mind a két oldalon a gyógyulás immár állandósúltnak mondható, midőn már több mint egy éve, hogy az egyén nem csak ismét jár, de munkáját folytatja.

— *Irsai Artúr* tr. Bemutatja egy eset készítményét, melyben a *húgyszervek, baloldali vese, húgyvezeték és a hólyagnak elsődleges gümőkórját* lehetett már élőn kórismézni csupán azáltal, hogy a vizeletben Koch-féle bacillusok találtattak a nevezett szervek megbetegedéseinek megfelelő elváltozások mellett. A megejtett bonczolat a kórismét igazolta, s azért előadó ez esetet a Koch-féle bacillusok kórismei jelentőségére nézve igen tanúlságosnak tartja. Közölni fogjuk.

— *Ifj. Purjesz Zsigmond* tr. levelező tag előadását „*a croupos tüdőlob oktanáról*“ lapunk egész terjedelemben közölni fogja.

Korányi Frigyes tnr., szót emelve, teljes elismerését fejezi ki előadónak azon komoly kitartása iránt, melylyel magát ezen fáradságos munkának alávetette, s azon ohajt fejezi ki, hogy mindenütt, hol ily adatok megszerezhetők, azok hasonló értelemben, s ennyi szakértelemmel dolgoztassanak fel. Azon tények, melyeket az előadásban hallott, mint e munka eredményei fenn fognak maradni mindíg, bármily következtetések vonassanak le azokból. De mint tényekből különböző következtetések is vonhatók le azokból. Nem akarja ezzel azt mondani, hogy az ő nézete, melynek a Realencyclopaedie számára e tárgyról írt dolgozatában kifejezést ad, az előadó nézeteitől egészen elüt, de e két nézet között különbség még is van, s ezt akarja némileg kiemelni felszólalásával. Mind ő, mind előadó a pneumoniát fertőzőbetegségnek hajlandók tartani. Előadó nagyobb positivitással mint ő, ki említett dolgozatában odanyilatkozik, hogy a ma ismeretes tények oda terelnek, hogy a fertőző természetet, felvegyük. Már nagyobb az eltérés az ő nézete és előadóé közt abban, hogy minden tüdőlob egyenlő természetű-e vagy nem. Hogy az endemikus tüdőlob fertőzőtermészetű, az igen régen fel lett

véve; ezt ma már nem tagadja a nevezett irók közül senki. A kétely ma csak arra vonatkozik, hogy a sporadikus tüdőlob fertőző-e vagy nem. Ha valaki ennek fertőző természetét felveszi, úgy igen egyszerű a dolog, s az ezen egy tétellel kifejezhető: »a croupos tüdőlob fertőző«. Ha azonban ő a croupos tüdőlob minden esetének ezen fertőző természetére nézve kételyeit fenntartja, akkor ezt azért teszi, mert bevárandónak hiszi azon időt, hol majd több adat, több bizonyíték lesz arra nézve. Ma ezen felvétel csak azon alapúl, hogy az epidemikus és endemikus, meg sporadikus különféle tüdőlobokat bizonyos egymásközti hasonlatosságok miatt egynemű betegségnek veszik. Igaz, hogy a croupos tüdőlob kórboncztani és kórodai képe többnyire olyan, hogy azt más betegséggel összetéveszteni alig lehet, de ez csak a typikus esetekről áll, s mihelyt az ú. n. »schlaffe Pneumonie« és a másodlagos rostonyás tüdőlobok területére lépünk, akkor már kezd a kép elmosódni, s hol a hypostatikus, hol a catarrhalis tüdőlobhoz közeledni. Hogy a rostonyaalvadék jelenléte egy maga a tüdőlobok azonosságának felvételére nem nyujt elégséges alapot, azt mutatja már azon körülmény, hogy hypostatikus lob terményében is található rostonya, hogy idegen testek által előidézett lobgóczokban, a tüdőüszök terjedési zonájában az szintén található. A rostonya bőségének kapcsolatából ki kellene hagyni elébb ezeket, melyek kétségtelenül a croupos tüdőlobok közé tartoznak, csak hogy a lobtermény nem érte el a szokott fejlődési fokot. Ha még azután az analogiát is tekintetbe veszük, hogy más szervekben szintén fordúlnak elő kóros boncztani állapotok, melyek a legnagyobb alaki hasonlat daczára különböző betegségek jelentőségével birnak: akkor nem lehet megütközni azon, ha előadó a boncztani alapot nem tarthatja elégségesnek a rostonyás tüdőlobok azonosságának megállapítására. Épen így áll a dolog a kórodai lefolyásra nézve. Ez is igen typikus az esetek többségében; epidemikus sporadikus esetek sokszor igen hasonló lefolyásúak, de ezekkel szemben állnak esetek, melyeknek lefolyása a typikustól a legnagyobb mértékben különböznek. A croupos tüdőlobot tehát ő nem tarthatja minden esetben azonos természetű betegségnek, s e szerint abból, hogy ezen tüdőlobok egy részére a fertőző jellem teljesen reá illik, még nem következtethető, hogy valamennyi eset fertőzőtermészetű.

A szerző által felhozott micropyle, melyen a fertőző anyag behatna, igen elmés ugyan, de szerinte még bevárandó erre nézve is a bizonyíték, ép úgy mint a Klebs-féle és Letzerich-féle coccusokra nézve, melyeket a Friedländer-féle coccusok most jelentőségükből kiszorítottak. Egyelőre az ő nézete szerint ilyen aetiologikus egység alá a croupos tüdőlob szinte nem vehető, ép úgy nem, mint nem vehető kórboncztani és kòrodai egység alá.

Előadó egy más fogalom alá vette együvé a croupos tüdőlobokat, s ez az előadásnak igen becses része. Atmosphaerico-tellurikus viszonyokkal hozza e bántalmat összeköttetésbe. Ez igen szép eszme, s érdekes adatgyüjtemény, de az ő nézete szerint nem alkalmas a croupos tüdőloboknak együvéfoglalására, mert ezen adatok az ő nézete szerint csak azt bizonyitják, hogy az esőzések bizonyos aránya viszonyban van a croupos tüdőlob-esetek bizonyos számával; de lehetséges volna, hogy a tüdőlobok azon esetei, melyek ilyenkor fellépnek, különböző természetűek. Mig az eddigieknél fontosabb tények elő nem állanak, míg az előadó által felhozottakon kívül más adatokkal nem rendelkezünk, addig a croupos tüdőlob egységes természetére nézve magát meggyőzöttnek nem tartja.

De magára a fertőző tüdőlobra — a pneumotyphus-intermittens, vándorló tüdőlobokra — nézve sem képes, melyeket felszólaló is fertőzőknek tart, a tökéletes identitást az eddig ismeretes adatok szerint elfogadni, s ezért ismét hajlandó felvetni ama kérdést, melyet említett dolgozatában kiemelt: Különbözik-e — egy adott status praesenst véve — a genuin croupos tüdőlob a pneumonia intermittenstól? Különböznek ezek kórképei; egyiknél folytonos, másiknál félbehagyó láz, egyiknél folytonos beszűrődés, másiknál néha intermittáló beszűrődés. Különbözik azok természete: egyiknél semmi eljárás sem létezik, melylyel a lefolyást megszakíthatnók; másiknál a kinal a bántalmat megszüntetni képes, megszűnteti a lázat, valamint az infiltratiot. Mihelyt egy, a pneumonia rovatából ki nem hagyható esetnél ily különválás észlelhető, ott önként merül fel a kérdés, mi egyesíti tehát ezen eseteket egygyé? A kórkép, a bonczlelet, lefolyás eltérnek, — az aetiologikus momentum egyesíthetné azokat egyedül. De ez most még kifejtve nincs. Ezért az, mit ma croupos tüdőlobnak mondunk, s a mely elnevezéstől eltérnünk ma nem tanácsos, úgy tűnik fel előttünk, mint kórbonczilag, kórtanilag többszörösen különböző kórkép, s e kórképek alatt az ő meggyőződése szerint különböző betegség is rejlik.

Végre még egy felvilágosítást kér előadótól. A kimutatás, mely szerint a croupos tüdőlob gyakorisága sok helyen a csapadékmennyiséggel megfordított arányban áll, nézete szerint kiegészítést kíván. Kérdi ezért, van-e adat arra, hogy ugyanazon helyen meghatározott évszakokban milyen a csapadék-mennyiség a tüdőlobra való tekintet nélkül? Lehetséges volna ugyanis, hogy a csapadék egyik évben, pl. martiusban nagy, másik évben ugyane hóban kevés. Ha e hullámzásoknak megfelelően hullámzik martiusban a tüdőlob gyakorisága is, akkor előadó állítása e tárgyra nézve még nagyobb bizonyítékot nyerne. De lehetséges volna, hogy valamely helyen, a például felvett martiusban a csapadék általában kevés, a midőn a tüdőlobok hullámzása és a csapadékmennyiség közti viszony nem volna oly bizonyított. Itt még más körülményeket is figyelembe kellene venni, például az elpárolgás fokát, a légnek páragazdagságát, a talajvíz állásának változásait stb. Ez irányban igen értékes kiegészítés következhetnék be előadó munkájára nézve, mely mint összeállítás valóban utánzandó minta gyanánt szolgálhat mindenkinek.

Id. Bókai János tnr. A tüdőlob fertőzőeredetét sok esetben elfogadja, de általában minden esetre nézve nem. Hivatkozik erre nézve Ziemssenre, ki több esetet említt, hol egyenesen meghülés után állott elő a tüdőlob. Megengedi a fertőzést azért, de hosszas tapasztalatain alapuló meggyőződésre, hogy a testnek rögtöni lehülése is idézhet elő croupos tüdőlobot ép úgy, mint croupos toroklobot, s más oly bántalmakat, melyeknek fertőzésből eredése kétségtelen,

Azary Ákos. tnr. Említi, hogy állatoknál előfordúlnak tüdőlobok, melyek ragályozók és oly tüdőlobok, melyeknél semmi ragályos természet ki nem mutatható. Ilyen a influenza lovaknál, a szarvasmarhák tüdőlobja, a coryza avium, melyek ragályosak, s ezenkívül előjönnek nem-ragályos tüdőlobok is, pl. vadászkutyáknál meghülés után. Kérdi ezért előadótól, lehetséges-e felvenni az embernél minden tüdőlobnak azonos természetét, ha az állatoknál kétségen felül meg van a kétféle tüdőlob közti különbség?

Purjesz Zsigmond tnr. felhozza válaszában, hogy a hallott megjegyzések egy része elmaradhatott volna, ha dolgozatát teljességben előadhatja vala, s nem lett volna kénytelen csak a főbb dologra szoritkozni. A croupos terméket a tüdólobnak kizárólagos jellegéül akarja elismertetni; mert eddig kisérletekkel egyedül *Veragoutnak* sikerült eczetsav befecskendése által croupos tüdőlobot előidézni. Hogy a »schlaffe Pneumonie« a bántalom jól kifejlett kórképéhez tartozik-e, a felett sokat lehetne vitázni; de ő azt tartja, hogy ha a typhus, scarlatina, s más ily bántalmaknak azon igen különböző változatait, melyekben fellép, azon különböző fokú kitöréseit, melyek előttünk megfordúlnak, nem vonakodunk *egy bántalomnak* tekinteni, nincs okunk a tüdőloboknak ezen egységében sem kétkednünk, s ezen egységet épen minden esetnél a *rostonyás izzadmány* képviseli.

Hogy a tüdőloboknak a csapadék-mennyiséghez viszonyát az ú. n. sporadikus tüdőlobok hozzájárulása talán változtatná, arra nézve megjegyzi, hogy nézete szerint, ha a tüdőlobok felépését 10 évi cyclusban vesszük, s mindenütt ugyanazon viszonyokat találjuk, akkor bátran mondhatjuk, hogy mind azon eset, mely e kevésen belül esik, oda is tartozik. Míg bebizonyítva nincsen, hogy valamely bántalomnak minden körülményeit megmagyarázni tudjuk, addig azon elmélet, mely azt legnagyobb részében megfejteni képes, jogosúltnak tartható.

Megvallja, hogy a pneumonia malarica sokáig nehezen volt nézeteinek keretébe beilleszthető. Azon véleményben van azonban, hogy a malaria, mely annyi változó betegség, annyi alakban lép fel, könyen felléphet pneumonia képében is. Ő azonban ily tüdőlobot nem látott. Azon körülmény, hogy a pneumonia migrans néha tömegesen fellép, s Littgen nézete szerint másodlagos tüdőlob, melynek fellépését a tüdőhólyagok hámboritékának több helyen fellazulása, s így több micropyle jelenléte könyen értelmezhet, azon nézetet engedné meg, hogy a pneumonia malarica talán egy napos tüdőlob vagy vándorló tüdőlob, s így a pneumonia intermittensnek malarikus természete még nincsen bebizonyítva.

A csapadék-mennyiségnek olyan meghatározására, mint ezt Korányi tnr. kivánja, a párolgás, talajvíz állás stb-hez viszonyítva, nincsen adata. De azt hiszi, hogy ha a csapadék-mennyiség és a tüdőlobok számának pontos százalékos összehasonlítása azt bizonyítja, hogy a csapadék-mennyiség fogytával a pneumonia száma nő, ez eléggé meggyőző lehet, mint ezt az előmutatott nagy számú táblázatból kivehetjük. Különben adatait Korányi tnr. kivánsága értelmében kiegészíteni fogja.

Bókai megjegyzésére nézve felemlíti, hogy Ziemssen 172 esetében csak 10—12 esetben volt a tüdőlob oka meghülés, s e csekély számú eset nem elegendő arra, hogy a meghülés mint aetiogikus momentum felvétessék. Ha az illető a pneumonia csirját felvette, úgy a meghülés alkalmi ok lehetett a bántalom kitörésére, az lehet segéd-momentum, de aetiologikus momentum a tüdőlobnál soha.

Az állatok tüdőlobjának kétféleségét, nem lévén arra semmi tapasztalata, el kell ismernie, de hogy embernél annak daczára a tüdőlob egyfélesége kétségtelen, az meggyőződése. Arra nézve, hogy a tüdőlob embernél *ragályos* volna, semmi adata sincsen.

Korányi Frigyes tnr. ismételve kiemeli, hogy előadó elfogadja a fertőzést, mert minden tüdőlobot egységesnek tart. Ő első felszólalásában azt akarta különösen hangsúlyozni, hogy ezen egységet nem fogadja el, s így a fertőzésnek általános érvényét minden tüdőlobra nézve sem, mert szerinte a kórboncztani kép az identitás bizonyítására még maga nem elegendő.

— *Krick Árpád* tr. a pneumonia diplococcusaira vonatkozó górcsői készitményeket mutat be.

— *Tauffer Vilmos* tnr. egy betegemelő készüléket mutat be és ajánl az egyleti tagok figyelmébe.

KÖNYVISMERTETÉS.

Lehrbuch der topographisch-chirurgischeu Anatomie mit Einschluss der Operationsübungen an der Leiche für Studirende und Aertzte von Dr. G. Joessel o. ö. Prof. an der Universität Strassburg. Erster Theil. Die Extremitäten. Bonn. Max Cohen & John kiadása. 1884. Nagy 8-rét 391. lap. A szöveg közé nyomott 155 fametszettel.

Német nyelven kevés tájboncztan van írva, s a jelen munka már e szempontból is megérdemli, hogy olvasóinkat annak megjelenésére figyelmeztessük; tesszük azonban ezt még azért is, mert azt minden tekintetben gyakorlatinak, a sebész szükségeit kielégítőnek kell mondanunk. Az egyes tájaknál nemcsakhogy körülményesen mindaz le van írva, mire a sebésznek szüksége van, hanem jó rajzok által annyira érzékítve, hogy ezek az emlékezetbe véső dve, műtételek alkalmával biztos vezetőkül szolgálhatnak. A rajzok nem mind eredetiek ugyan, mit a szerző maga is elösmer, ez azonban a könyv értékéből semmit se von le, sőt ennek — mennyiben azok jelesek — nagy mértékben javára szolgál. A munkának ezenkívül előnye, hogy az illető tájakon végezni szokott műtevésekre is kiterjeszkedik. Figyelmet fordít még a törésekre és a ficzamokra, melyeknek beható tárgyalása végett az izületek boncztani viszonyait különös előszeretettel taglalja. S a munka a tájboncztanoktól egyáltalában előnyösen eltér a sebész igényeinek folytonos, a részletekig menő igényei szemmel tartása által.

Franczia nyelven vannak ugyan elég nagy számmal tájboncztani munkák, ezek azonban nálunk nem igen ösmeretesek, s az egyes tájakon történő műtevésekre kevésbé terjeszkednek ki mintsem ezt a jelen munka teszi.

—i.

LAPSZEMLE.

N—l. Hache. Fertőzetlenítő-pleurotomia egyszeri mosás által.

A terjedelmes és az empyemia kezelésének Franciaországban dívó kezelési módjának megitélésére szolgáló becses munka történelmi átnézettel vezettetik be, melyben a kiszivattyúzási és a bemetszési eljárásnak fejlődése tárgyaltatik. Szerző az utóbbit pártolja. A javalatot első sorban a mellhártyaür empyemiá-ja képezi. A mellhártyaürből idegen testeket azonnal ki lehet húzni, hogy ha ez minden nehézség nélkül megy, vagy pedig megvárandó a reactio, s azután az empyemia műtétével egyidejűleg összeköthetni a kihúzást.

Külső sebbel párosúlt mellkasi vérgyülemnél először a fali edények vérzését kell csilapítani, s csak azután a bezárást megkezdeni és a közérzet rosszabbulásairól a vérömleny megváltozása következtében ürítendő ki a mellhártyaür. Következik a különböző műtéti módok megbeszélése.

Az empyemia kezelésénél az egyszerű szúrcsapolás (legalább felnőtteknél) más napon már elhagyandó. Szivattyúzás a Dieulafoy-, vagy Potain-féle aspirateur-rel még sokszorosan gyakoroltatik, esetleg követve levegő befúvása vagy fertőztelenítő folyadékok befecskendése által, mely utóbbit szerző előnyösebbnek tartja. Általában véve bármilynemű szúrcsapolásnak, mint gyógyító eljárásnak szerző csak alárendelt értéket tulajdonít. Az egyedül mint kórismei segédeszköz alkalmazható, s gyógyító értéke csupán a gyermekek empyemiá-jánál kétségenkívüli. De ezekre vonatkozólag szerző jogosan kiemeli; 1) hogy oly tökéletes kiürítés, mint a széles bemetszés által, a szúrcsapolás útján soha el nem érhető, mert a visszamaradt czafatok, álhártyák stb. az azonnali gyógyulás daczára mégis állandó veszélyt tartanak fenn a betegre nézve; 2) hogy határozott eredmény kimaradásával, a később szükségessé vált bemetszés sokkal kedvezőtlenebb feltételek mellett vihető ki, mint a hogy a megelőző időszakban lehetséges lett volna. (Azonkívül még azt hisszük, hogy a szúrcsapolásnak pártolói azt meg fogják engedni, hogy az empyema mindenik esete, mely tényleg a szúrcsapolás által meggyógyult, legalább is hasonló biztossággal metszés által szintén meggyógyult volna. Chassaignac methodusát is elveti szerző, melynél a meghajtott szúrcsappal két sipoly készíttetik és mind kettő draineztetik, valamint a Gosselinét is, a ki két bemetszési nyilást a mellhártyaürön keresztül vezetett drain-nel akar összekötni.

A munka legfőbb része a pleurotomie incomplètement antiseptique és a pleurotomie antiseptique-nek van szentelve. Az első lényege a mellhártyaür gyakori ismételt (kimosásán) kiöblítésén alapszik, mely czélra a legkülönbözőbb folyadékok választattak. Miután itt a fertőztelenítő szabályok, szorosabb értelemben véve, figyelmen kívül hagyattak, a kiöblítések gyakoriságuk miatt a betegek környezetének adattak át, s ezek szerint nem kell csodálkozni, hogy ha a mellhártya-váladék gyorsan felbomlik és a beteg ezen kezelés mellett gyakran fertőzés által vesznek el. Ezen eredmények mellett határozottan igen ritkán határozta el magát valaki a műtétre. Ez, franczia szerzők szerint 31·5% halálozást adott és egy 2—4 hóig tartó gyógyulási időt igényel.

Szerző, mint a fertőztelenítő módszer pártolója, természetesen a pleurotomia antiseptique mellett tart, melynek alapelve a mellhártyaür egyszeri kimosása. Ő legelőször megbeszéli a legalkalmasabb bemetszési helynek megválasztását, s osztja König és Wagner nézetét, a kiknek clinikus előadását, valamint az idevágó német munkákat igen méltányolja annyiban, hogy az 5. és 6-ik bordaközti bemetszés, közvetlen a latissimus dorsi mellett, a teljes kifolyást legjobban biztosítja. Az elsőleges bordacsonkolás az egyszerű empyema-metszés helyén csak akkor csináltassék, hogy ha a geny kifolyása, vagy a drainek helyezése nehézségeket okoz. Egy ellen-metszés erősen bűzös genynél, továbbá ha az első bemetszést átfúró empyemia miatt (empyemia necessitatis) kedvezőtlen helyen volt kénytelen csinálni és végre ha 2 egymástól elkülönített empyema-zsák volt egymás mellett. Egyszerű empyemiáknál mindennemű kimosástól tartózkodhatni; mindenik szövödmény (számos czafat, bűzös geny, a mellhártya elváltozásai) azt egyszer vagy többször is szükségessé teszi.

Az utókezelés az empyema nemétől — legyen ez egyszerű vagy szövödményes — és a lefolyástól függ. 24 óra múlva minden körülmények között az első kötés változtatandó. Hogy ismételt kimosások lehetőleg elkerültessenek, helyes mindjárt műtétnél újjal pontos vizsgálatot tenni és a czafatokat stb. mindjárt eltávolítani.

H. is hangsúlyozza a korai műtétet. Magának a genynek spontan kiürülése a hörgökön keresztül, minden gyors gyógyulásnál még a legkedvezőbb kimenetel, oly sok veszélylyel jár, hogy alig lehet azt kivánatos véletlennek tekinteni. A tüdők gümőkórja a mellhártya-metszésnek nem ellenjavalata. Az egész kórfolyamat megrövidítése, a tüdők tökéletes újból kitágulásának lehetősége, a mellhártya-sipolyok ritkasága és a csekély halálozás a korai műtét előnyeiként emeltetnek ki.

A sipolyos empyemánál ajánlja szerző a Roser-féle, esetleg

*

Estlander szerint módosított bordacsonkolást, végre még a Wagner által legelőször említett Schede-féle műtétet.

Végül azon kivánság fejeztetik ki, hogy az empyema kezelése, pontos szabályai miatt, melyeknek követése apróbb műtéti beavatkozásokat követel, lehetőleg sebészi térre legyen áthelyezve. (Revue de chir. 1883. 1. sz.)

TÁRCZA.

Heti szemle.

BUDAPEST, *1884. január 10-dike.*

— **Trachoma-járvány Magyarország déli vidékein.** Múlt év utólsó hónapjai egyikében tettünk említést a trachoma-járványról, mely Magyarország déli vidékein ijesztő mértékben lép fel, s említettük, hogy a belügy-minister Feuer Nathaniel tr-t küldötte ki annak tanúlmányozása, jelentéstétel és a megfelelő eljárás foganatosítása végett. Nevezett ügyfelünk eddigelő Torontál megye alibunári, pancsovai és antal-falvi járásaiban működött, s ennek lakosait egyenkint megvízsgálta. E három járásnak 93000 lakosa van, kik 8000 lakosú két község kivételével, hol kanyaró uralkodott, az illető községházakhoz berendeltetvén, közülük 74000 meg is jelent. Találtatott pedig 4228 teljesen kifejlett, míg 721 kétséges természetű trachomában szenvedő beteg, kik legnagyobbára szerbek, s kiválóan a régi határőrvidékhez tartoztak, hová e bántalom Olaszországból visszatérő katonák által czipeltetett be. Ennek terjedését pedig a régi határőrvidéken dívott házközösség feletteb előmozdította. Ezenkívül sajnosan kell megemlítenünk, hogy a fiatal legények sokszor a besorozás alól menekülés végett saját magukat szándékosan fertőzik meg trachomatosusan, úgy hogy ezek ellen a törvény teljes szigorával kell fellépni, s az ily szándékos fertőzést úgy büntetni, mint az egyes testrészek csonkítását, midőn ez szintén a katonaságtól szabadulás czéljából gyakoroltatik.

A bajnak jelenléte tehát kétségtelen, s ha az még nem oly nagymérvű mint Belgiumban volt, ehhez már eléggé közeláll. S elismeréssel tartozunk a belügy-minister úrnak, hogy a fenyegető veszedelem ellen mindazt, mi lehető volt, foganatosítani iparkodott. Eddigelé a legfenyegetettebb pontokon két szemorvos alkalmaztatott, kik lankadást nem ismerő buzgalommal végzik teendőiket, s kívánatos lenne ugyan, hogy az illető vidékeken több, még legalább hat szemész alkalmaztassék; ez azonban ekkorig nem történhetett meg, mert nem találkoztak szakértő szemészek, kik azon vidékre elmenni hajlandók lettek volna, noha az illetőknek hat forint napidíj fizettetik.

Nagyobb kórházaknak felállítása nem terveztetik, minthogy azok a trachomás betegek kezelésére legnagyobbrészt nem szükségesek. A pancsovai és a nagybecskereki kórházak mellett azonban kisebb szemészeti osztály állíttatik fel oly trachomásak számára, kik műtevést igényelnek, vagy pedig kik makacsok, s otthon az orvosi rendeléseket nem teljesítik, minélfogva szükség van reá, hogy orvosilag külön felügyelet alatt kezeltessenek.

A honvédeket és közös katonákat illetőleg azon intézkedés történik, hogy azok közül a trachomásak, ha a baj a fejlettségnek bizonyos fokára eljutott, nem bocsáttatnak haza, hanem kórházilag gyógyíttatnak. A kisebb fokban bántalmazottak haza bocsáttatnak ugyan, a hatóságok azonban erről egyidejűleg értesíttetnek, hogy a hazaérkező szembetegeknek azonnal gyógyítás alá vevése megkezdethessék.

A mint az elől megnevezett járásokban a járvány szűnni fog, az orvosok az egyelőre magukra hagyott többi járásokba teszik át működésük székkelyét. Az, hogy az összes szenvedő községek egyszerre vétessenek különös orvosi felügyelet és gyógykezelés alá, ez idő szerint ki nem vihető, s különösen nem történhetik ez a vállalkozó szemorvosok hiánya miatt, mint ezt mindjárt elől felhoztuk.

Pestmegye, állami beavatkozást igénybe nem véve, maga gondoskodik a trachomásak gyógyításáról és a trachoma-járvány kiirtásáról. Ezt teszi Nyitramegye is, hová a járvány Bács megyéből és Bánságból hazatérő aratók és más munkások által vitetett be.

Horvátországnak különösen határőrvidéki részeiben igen sok a trachomás; azonban felettébb sajnos, hogy kormányunk oda nem terjesztheti ki hatásos közegészségi intézkedéseit.

A belügy-minister úr végül az országos közegészségi tanács ajánlatára Feuer Nathaniel tr.-t bizta meg népszerű irányú utasítás megírására, melynek különösen az lenne a feladata, hogy az embereket e bántalom veszélyessége felől felvilágosítsa, s őket a megfelelő hygienikus óvószabályok eszközlésére figyelmeztesse.

S midőn teljes megnyugvással közöljük a belügy-minister úrnak a trachoma-járvány leküzdésére tett intézkedéseit, kivánnunk kell, hogy az eddig történtek csak első lépésnek tekintessenek, melyet újabbaknak kell követni, hisszük pedig, hogy ezek valóban be is fognak következni. Évekre kiterjedő kitartó erélyes cselekvés, s millió forintokra menő összeg kell ide, melyet a törvényhozás bizonyára nem fog késni a belügy-minister rendelkezésére bocsátani.

Nevezetes a trachománál, hogy az általa bántalmazott emberek kezdetben szemükben nem veszik észre a változást, mi őket veszélyes bajukra figyelmeztetné. E mellett az illetők egészségesek, munkaképesek, s ily állapotban orvosi kezelésre ráállani akárhányszor nem hajlandók. Csak később, e bántalom megrögződésével ébrednek a veszély tudatára. Ezért trachomás vidékeken az oskolás gyerekeket, a családokat és a községeket időnkint ismételt, rendszeres vizsgálatok alá kell vetni, s a bántalmazottak ellenében a kényszer-gyógyítás alkalmazandó.

Nem mulaszthatjuk még annak megemlítését, hogy Galiciában a trachoma-járvány még nagyobb arányokat öltött, mint nálunk.

— **Katonaorvosi ösztöndíjak.** A cs. és kir. közös hadügy-ministeriumnak a budapesti orvoskari dékáni hivatalhoz intézett irata értelmében rendelkezésre még több 500 frtos ösztöndíj áll, mely végzett vagy az utólsó évben levő oly orvoshallgatóknak adatik, kik a katonaorvosi pályára ohajtanak lépni.

A feltételek, melyek alatt azt elérhetni, a következők: 1) Austriai vagy magyar állampolgárság. 2) Legfeljebb a 25. életév. 3) Teljesített besoroztatási kötelezettség. 4) Nőtlenség. 5) Erkölcsös előélet. 6) Hadiszolgálati physikai alkalmasság (tényleg szolgálatban levő cs. kir. törzs-orvosnak bélyegtelen bizonyítványa által tanúsítva). 7) Bizonyítvány a dékáni hivatal részéről, hogy a folyamodó mint rendes hallgató az orvosi tanfolyamon legalább nyolcz fél éven keresztül járt; továbbá, hogy a természetrajzi elővizsgálatokat és az első szigorlatot (előszigorlat?) sikerrel letette. 8) A jogérvényes kötelezés (elismervény által) hatévi tényleges szolgálattevésre (a még betöltendő hadi kötelezettséget érintetlenül hagyva) főorvossá történt alkalmazás napjától számíttatik; ha pedig az illető szolgálatra kötelezettségét nem tartja meg, az állampénztárból reafordított pénzköltséget visszatéríteni tartozik, úgyszintén kötelezve van erre akkor is, ha a tnúlmányokban rosz előmenetel, vagy helytelen magaviselet folytán ösztöndíját elveszíti.

Az ösztöndíjra pályázók sajátkezűleg írt, s a fenntebbi feltételeknek megfelelő okmányokkal, nemkülönben érettségi bizonyítvánnyal ellátott folyamodványaikat a dékáni hivatal útján a közös hadügy-ministeriumhoz intézzék. Azok, kik egyéves önkéntesi kötelezettségeiknek mint katonaorvosi növendékek valamely katonakórházban jó minősítéssel elegettettek, egyébkint egyenlő körülmények között a többiek felett előnnyel bírnak.

Az illetők az egyetemes orvostudori fokot elnyerve, mire a tanfolyam bevégzése után legfeljebb 12 hónap alatt kötelezve vannak, még két hónapon át valamely nagyobb helyőrségi kórházban mint katonaorvosi jelöltek katonaorvosi gyakorlati kiképeztetésük végett két hónapon át szolgálatot tesznek 50 frt. havi díjjal és szabad szállással, vagy e helyett havonkint 30 frt. lakpénzzel. Ennek kielégítőn elegettéve, mint hivatásos főorvosok a cs. kir. hadseregben alkalmáztatnak, s 120 frt. felszerelési költséget kapnak.

A folyamodók jártasságukat a német nyelvben is tartoznak kimutatni.

— **Az egyptomi cholera keletkezéséről.** Az 1874-diki bécsi cholera-congressuson vettetett fel ezen tétel: »Az ázsiai cholera, mely járványosan terjed, Indiában önállón keletkezik; ha pedig valamely más országban kitör az, mindenkor más országból czipeltetett be, s tájkórosan egyedül Indiában fordúl elő«. Az értekezlet e megállapodásra nem juthatott ugyan, mindamellett a jegyzőkönyvi határozat oly módon lett szerkesztve, mely azon feltevést is megengedte, hogy a cholera eredetileg máshonnét, mint épen Indiából nem származhatik, s e nézet, az europai szilárdföldön a legnagyobb mértékben meggyökerezve, sok téves véleményre és balfogásokra nyujtott alkalmat. Hiába emelt ez ellen szót Lewis, midőn az 1881-diki adeni cholerajárványról hivatalos jelentést tett, s meg lehet, hogy a most uralkodó nézetet még sokáig nem lehet megingatni.

Midőn 1883. junius 22-dikén Damiettában a cholera kiütött, úgy a conseil de santé et d'hygiène mint a conseil sanitaire maritime et quarantinine ezen ügy megvizsgálására külön bizottságot küldött ki, s e két bizottság 24-dikén helyszinére kiszállva, azon megállapodásra jutott, hogy nem gyüjthetők össze adatok, melyekből e járvány keletkezését kimutatni lehetne. Couvidon azonban a franczia kormányhoz intézett jelentésében tovább megy, s részint Port Saidban és ennek szomszédságában személyesen gyűjtött tapasztalatok, részint másoknak egész Egyptomra vonatkozó adatai alapján állítja, hogy a jelen cholerajárvány nem czipeltetett be külföldről. Felhozza először is azt, hogy nem tudják megnevezni a hajókat, melyek a choleracsirt magukkal hozták volna, valamint nem ismeretes egy kereskedő vagy más ember sem, ki a cholerának beczipelője lett volna. Ha pedig nem volnának phantomok a cholerahozó hajók és emberek, ezeknek kikutatása szerinte nem lenne nehéz, mert egyedül Suez és Port Said azon kikötők, hol Indiából jövő hajók kikötnek, s embereket és árúkat kiszállítanak. Más részről bizonyos, hogy Suezben és Port Saidban a cholerajárvány fellépése Damiettából történt beczipelésre vezethető vissza.

Az egyptomi cholera okát magában Egyptomban kell keresni.

A jelen cholerában az emberek ahhoz hasonló tünetek között betegedtek meg ugyan, mint ez az ázsiai cholerának megfelel; Couvidon azonban az általa bonczolt hullában oly jelekre akadt, melyek a cholerás hullaleletnek nem épen felelnek meg. Nevezetesen a szívgyomrok folyó vértől ki voltak tágúlva, továbbá a hártyás agyburkok, az agy és a kis agy vérrel bővelkedtek, az agy-gyomrocsokban pedig savós folyadék találtatott.

Menjünk vissza 1868-ra, midőn a Nilus-deltában, különösen Damiettában szarvasmarha-járvány uralkodott, s ekkor történt, hogy Ismail alkirály czukorgyárai részére állati szénre volt szükség, minélfogva az elhullott állatoknak szabadra kitevése rendeltetett, hogy a sakálok, kutyák, varjúk és rovarok a húst a csontokról leegyék, ezekből pedig szenet égessenek. E rendelet végrehajtatott ugyan, a hullavázak azonban az említett módon nem tisztíttattak meg teljesen, a csontok pedig nem vitettek gyárakba. E közben az embereken anthrax, pustula maligna, ecthyma és kelevények fejlődtek ki, mint ezt Couvidon észlelte, s igen helyesen az elhullott és szabadon hagyott állatoktól származottaknak tekintette. Ezeken az embereken halál után oly bonczleletet talált, mely a jelen cholerajárvány bonczjeleinek megfelelt. S ő egyáltalában máskor is találkozott ázsiai cholerához hasonló, a mostani járványos bántalomnak megfelelő betegséggel, mely elhullott állatokkal érintkezésből származott.

Couvidon azt véli, hogy az egyptomi cholera nagy részben az indiai cholerához hasonlít ugyan, mely azonban némi részben pestissel van keverve.

A jelen járvány kitörésében pedig Arabi pasának és kormányzónak is meg van a maga része. Ő bocsátotta ki azon rendeletet, hogy a fellahk csak akkor temethetik el állatjaikat, ha ezekért darabonkint 20 piastert (5 frankot) fizetnek, minek azután az lett eredménye, hogy az állatok temetetlen maradtak, s ezeket csatornákba és a folyóba dobták, minek következtében az ivóvíz teljesen megromlott.

A pusztákban és vizekben rohadó állatok által okozott ártalmakhoz hozzájárúlt az általános nyomor, a hagyományos rondaság, az összezsúfolt lakások, a szűk és setét utczák, az erkölcsi leverettség, gyávaság és félelem, úgy hogy a nyári, s azután egészen mostanáig elhúzódó járvány kifejlődéséhez Indiára szükség nem volt.

—th. **Hajlandósítás méhszenvesek contracturájára.** Méhszenveseknél Charcot tnr. és Richet tr. szerint a contracturákra hajlamosító kóros állapot két alakban tünik elő, s azon két alak valamelyikének felel meg, melyeket a hypnotismus különböző szakaiban kiválthatunk. Ismeretes, hogy a hypnotismus két szakában (lethargikus és somnambulikus szak) contracturákat idézhetni elő, azonban különböző, s ezen szakokra egyenkint specialisan jellemzetes műveletek által. Így a lethargia folyamában a contracturák az inakra, izomtömegekre vagy idegekre gyakorolt mélyreható erőművi ingerek által válthatók ki, míg a somnambulismus alatt kizárólagosan felületes, gyenge bőringerek által érjük el a czélt. Hysteriánál a hypnotismus teljes hiányában is hasonló különbséget észlelünk a contracturák kiváltásánál. Némely betegeknél (és ezek képezik a többséget) a contracturákra hajlamosító kóros állapot a legnagyobb fokban hasonló a hypnotikus lethargiánál jelenlevő neuro-muscularis túlingerlékenységhez. A contractura fellép az inak ütögetésére, az izmok gyúrására, azoknak megszakított árammal izgatására, az idegek zúzására, rezgő hangvilla alkalmazására, a végtagok rángatására. Sokszor valamely erőszakos izomműködés a beteg részéről hasonló eredményű lesz. A contracturák bekövetkezésének ezen állapota lethargikus alakúnak nevezhető. Más esetekben a contracturák csak is felületes bőringerek által válthatók ki, s ezen állapotot a már említett hasonlatosság miatt somnambulikus alaknak nevezhetjük. Ezen utóbbi esetekben a mélyreható erőművi ingerek eredmény nélkül maradnak. A contracturákra hajlamosság a hysteria előrehaladott stadiumában az állandó tünetek közé sorolandó.

VEGYESEK.

Budapest, *1884. január 4-dike.* A *kir. orvosegylet* január 12-diki ülésén Babes Victor tr. a bacteriumok jelenlétéhez kötött vesebetegségekről fog értekezni; Scheiber Sámuel tr. pedig a bécsi nemzetközi villamos tárlaton kiállított villamgyógyászati eszközökről fog szólani, bemutatásokkal egybekötve.

— *Budapest főváros t. főorvosi hivatalának* 1883. dec. 31-dikével végződő hétről szóló jelentése szerint megbetegedett kanyaróban 39 (meghalt 1), vörhenyben 10 (megh. 2), croupban 10 (megh. 2), himlőben 8 (megh. 4), roncsoló torokgyuladásban 8 (megh, 2), hagymázban 7, hökhurutban 3 (megh. 1). — A fővárosi statistikai hivatalnak dec. 29-dikével végződő hétről szóló jelentése szerint 288 élveszületéssel 212 halálozás áll szemben, még pedig a tüdőgümő és sorvadás 43, a bélhurut 18, míg a tüdő-, mellhártya- és hörglob 14 esettel szerepelt. Gyermekágyi bajok a halálokok között nem fordúltak elő. A városi közkórházakban a megelőző hétről maradt 1734, míg a szaporodás és apadás kimutatva nincs.

— *A sz. Rókus közkórház elmebeteg-figyelő osztályán*, mely Laufenauer Károly tnr. és kórházi rendelő orvos vezetése alatt áll, a betegforgalom az *1883-ik* év folyamában következőleg alakúlt: 1882-ik évről ápolás alatt maradt 32 férfi és 33 nő, összesen 65. Az év folyamában újból felvétetett 369 f. 250 nő, összesen 619 elmebeteg. (Szemben az 1882. évi betegfelvétellel ez 117 főnyi szaporulatnak felel meg.) Az összes betegforgalom tehát 684 volt. Ezekből gyógyúlt 151 azaz 22% ; javúlt 176 azaz 25·6% ; gyógyulatlanúl maradt 203 azaz 29·6%, meghalt 57 azaz 8%. A javúltak vagy gyógyulásra reményt adók közül elhelyeztetett az országos tébolydában 40 f. és 37 nő, összesen 77 beteg; a gyógyíthatlanok és közveszélyesek közül az irgalmasrend budai tébolydai osztályában 49 f. és 17 nő, összesen 66 beteg; más országbeli tébolydába elszállítatott 4 beteg; mint gyógyíthatlan és nem közveszélyes budapesti illetőségű a fővárosi szegényházakba elhelyeztetett 9 f. és 11 nő, összesen 20 beteg; az anyakórház más orvosi osztályaiba át- vagy visszahelyeztetett 29 beteg. Összesen más intézetekben elhelyeztetett és meghalt a beteglétszámból 253 azaz 36% ; gyógyultan elbocsáttatott, vagy javúltan és gyógyulatlanul házi ápolásra adatott 383 azaz 56%. 1883. év végével az osztályon visszamaradt 26 f. és 22 nő, összesen 48 beteg. Ezen összesített betegforgalom az egyes kóralakok között a következőleg oszlott meg: *Dühösség.* Maradt a múlt évről 1 f. 4 nő = 5. Újból felvétetett 23 f. 53 nő = 76. Gyógyúlt 7 f. 18 nő = 25 azaz 30% ; javúlt 22 azaz 27% ; gyógyulatlanul maradt 19% ; meghalt 6 azaz 7%. *Búskomorság.* Maradt a múlt évről 1 f. 4 nő = 5; újból felvé-

tetett 2 f. 16 nő = 18, ebből gyógyult — f. 6 nő azaz 26%, javult 10 azaz 43%, gyógyulatlan msradt 5 azaz 21%, meghalt —. *Tébolyodottság.* Maradt 10 f. 11 nő; újból felvétetett 54 f. 67 nő = 121; gyógyult 6 f. 7 nő = 13 azaz 9%; javult 19 f. 26 nő = 45 azaz 31%; gyögyulatlan maradt 29 f. 34 nő = 63 azaz 43%, meghalt 2 f. 2 nő = 4 azaz 2%. *Szerzett butaság.* Maradt múlt évről 1 f. — nő; újból felvétetett 13 f. 14 nő = 27; ezekből javúltan elbocsáttatott 4 f. 2 nő = 6; gógyulatlanul maradt 7 f. 9 nő = 16; meghalt 1 nő. *Veleszületett butaság.* (idiotismus). A múlt évről visszamaradt 1 nő; újból felvétetett 6 f. 8 nő = 14; ezekből javult 3 nő; gyógyulatlan maradt 5 f. 5 nő = 10. *Terjedő hüdéses butaság.* Maradt a múlt évről 5 f. 3 nő = 8; újból felvétetett 129 f. 34 nő = 163; ezekből gyógyult (alcohol paralysis) 2 azaz 1%; javult 19 f. 3 nő = 22 azaz 12%; gyógyulatlan maradt 64 f. 17 nő = 81 azaz 47%; meghalt 30 f. 7 nő = 37 azaz 21%. *Nehézkóros elmezavar.* Maradt a múlt évről 5 f. 4 nő = 9; újból felvétetett 57 f. 42 nő = 99; ezekből javult 77 azaz 71%; meghalt 1 férfi. *Reszkető örjöngés.* (del. trem.) Maradt a múlt évről 3 f. — nő. Újból felvétetett 84 f. 13 nő = 97; ezekből gyógyult 69 f. 10 nő = 79 azaz 79%; javult 5 azaz 5%; meghalt 7 azaz 7%. *Nagy Vit-táncz* (chorea magna perniciosa) felvétetett 3 férfi, meghalt 3. *Hagymáz* agyi tünetekkel, felv. 1. *Víziszony* (lyssa hum) felv. 1. megh. 1. *Heveny lágy-agyburoklob* felv. 1. Megh. 1. Kórisme nélkül további megfigyelés alatt maradt 6 f. 6 nő = 12.

— Abonyi József tr. kimutatása közöl *Iszlay József* tr. magántanárnak 1882-diki october 1-jétől 1883-diki december végéig tartó működéséről, melyből közöljük, hogy Iszlay tr. a hatvani úteczai orvoskari épületben hetenkint 3-szor tartotta az előadásokat, melyekre az első félévben összesen 5 orvostanhallgató volt ugyan beírva, míg a kóresetek száma 30-nál többet nem tett ki, a két utóbbi félévben azonban 101-re ment a rendes orvoshallgatók, s 20-nál többre a bejáró orvostudorok száma. Ezeknek pedig a műtevési eseteken kívül még nehány műfogászati darab készitését is alkalmuk lévén látni, a fogászati technikáról fogalomszerzésre is nyilt alkalmuk. A részletes számadatok a következők: A kezeltek között volt férfi 086, nő 217; 15 éven alul: fiú 61, leány 44. Összesen 608. Kóresetek csoportokban: Fogkopás physikai alapon 8, fogkopás vegyi alapon 2, fogtörés 3, fogkő 105, fogszu 695, heveny fogbéllob 33, idült fogbéllob 14, fogbél-evesedés fogkörüli lob nélkül 43, fogbélrost dag 9, roncsoló fogtőhártyalob (phagadena pericementi) 13, egyszerű általános fogmedernyujtvány-sorvadás 3, heveny foghúslob 6, idült foghúslob 4, foghús-sipoly 3, fogsipoly 4, fogsorillési rendellenesség 15, így a kóresetek összes száma 669. Egyéb kezelések: foghúzás felnőtteknél 335, tejfog 75, összesen 410, fogtömés (sok esetben fogtőtöméssel együtt) 521, tiszta fogtőtömés 1, tiszta fogreszelés 19, fogkőtisztítás 105, alsó és felső műfogsor 2, felső lemezes műfog 1, közönséges facsapos műfog 1, Gates-Bonwill-féle műfog Foster-Flagg-féle módosítással 2, különféle kezelések (ú. m. fogbélölés, foghús edzések stb.) 222, tanács 132, összesen 1416. Ezek között sok kiváló érdekű eset fordult elő, melyek később közultetni fognak.

— *Az orvosi segélyegylet pénztárába* m. év december 16-tól januárhó 10-ig következő befizetések történtek: Müller Lálmán tr. m. tnr., Budapest, 100 frt., mint az 1883. szünidői cursus jövedelméből a tanárok által megszavazott összeget; Kurz Gusztáv tr. Budapest 50 frt; Fischer Péter és társa czég 20 frt; Neruda Nándor kereskedő, Budapest 20 frt; Jármay Gusztáv gyógytártulajdonos Budapest, 12 frt. — Egyenkint 5 frtot: Mangin Károly, Zalaegerszeg; Török János, Tornallya. — Egyenkint 4 frtot: Politzer Illés, Budapest; Horovicz J., Versecz; Csákly János, Vésztő. — Egyenként 2 frtot: Láng Frigyes, Zomba; Hátfalvy József, Solt; Flegmann Miksa, Nyiregyháza; Zsolnay János, Győr-Szt.-Márton; Friedmann Henrik, Udvard; Schiessel Albert, Felvincz; Hecht Lipót, Kovil-Szt.-Iván; Selényi Adolf, Adony; Steinfeld József, Cservenka; Szabó Mihály, Nagy Kőrös; Hizli Károly, Karczag; Boer Jenő, Tövis; Vagyóvszky Antal, Tata; Mitzgel Miksa, Marczali; Winser Vilmos, Sümeg; Fejér Lajos, Budapest; László Elek, Orosháza; Chyzer Kornél, S.-A.-Újhely; Kauter N., Merán; Kammerer Ferencz, Ráczmilitics; Kelemen Mihály, Pozsony; Jármay László, Budapest; Zemplénmegyei orv. gyógy. egylet; Éder József, Székesfehérvár, Breiner Adolf, Siklós; Vitális István, Kis-Kőrös; Budai

Mór, Zsarnócza; Lendvay Benő, Pozsony; Glück Ignácz, Budapest; az orvosi kör részéről 54 tagért 114 frt. Összesen 394 frt. — Torday Ferencz tr., az orvosi segélyegylet h. pénztárnoka. Budapest, VIII. Kerepesi-út 1. sz. a nemzeti szinház bérháza.

† Békés-Szent-András községek orvosa, Solt András január 7-én nehány napi szenvedés után megszűnt élni, özvegyet és árvát hagyva hátra. A boldogúlt, írják nekünk, fáradhatlan szorgalma, tiszta, nemes szívjósága, ügyes szakképessége, nyilt becsületessége, s jelleme által az egész község osztatlan bizalmát annyira birta, hogy általános volt a részvét, általános volt a gyász, melyet halála községünk lakosainak okozott, s kérdés, fog-e egy könyen akadni ember, ki a 6000 lelket számláló községben a boldogúltnak helyét pótolja. Béke hamvaira!

HETI KIMUTATÁS
a budapesti sz. Rókushoz czimzett közkórházban 1884. jan. 3-tól egész 1884. jan. 9-ig ápolt betegekről.

1884.		*felvett*			*elbocsátott*			*meghalt*			*visszamaradott*					
		beteg			gyógy			beteg			beteg					
		férfi	nő	összeg	férfi	nő	összeg	férfi	nő	összeg	férfi	nő	szülőnő	gyermek	elmekór	összeg
jan.	3	59	25	84	28	12	40	5	2	7	881	602	13	5	52	1553
„	4	42	29	71	38	16	54	3	1	4	882	614	13	5	52	1566
„	5	43	31	74	40	30	70	5	2	7	879	613	12	5	54	1563
„	6	36	19	55	31	18	49	6	1	7	878	613	12	5	54	1562
„	7	43	35	78	35	18	53	3	4	7	881	625	12	5	57	1580
„	8	54	36	90	38	24	62	3	2	5	897	633	13	5	55	1603
„	9	35	28	63	31	17	48	1	6	7	900	637	13	6	55	1611

Előfizetési felhívás
az
„ORVOSI HETILAP“
1884. évfolyamára.

Az »ORVOSI HETILAP« megjelen minden héten legalább egy iven; mellékletei, a »Szemészet«, s a »Közegészségügy és törvényszéki orvostan« pedig minden két hónapban egyszer legalább egy-egy iven adatnak ki.

ELŐFIZETÉSI DÍJ.

Egy évre Budapesten vagy vidéken **10** frt. — kr.
Fél » » » » **5** » — »
Negyed » » » » **2** » **50** »

Az orvos- és gyógyszerész-hallgató urak az előfizetési ár felét fizetik.

Előfizethetni minden kir. postahivatalnál, Budapesten a szerkesztőségnél (nádor-útcza 13. sz.) és Kilián György könyvkereskedésében (váczi-útcza, Drasche-féle ház).

Könyvkereskedőknek náluk történt előfizetések után % nem adatik, s az ügyfelek kéretnek, hogy előfizetéseiket közvetlenül a postán adják át.

— *A „The Gresham“ életbiztositó társaság* 1883. évi december 6-án tartotta rendes évi közgyülését Londonban. A közgyülésen az 1883. junius 30-án véget ért 35.ik üzletévről felolvasott jelentés szerint az utolsó üzletév eredménye igen kedvező volt, a mennyiben benyujtatott 7948 biztosítási ajánlat 65,726.175 frank összeggel, melyek közül 6424 ajánlat 53,457.475 frank összegig elfogadtatott, s a megfelelő számú kötvények kiállíttattak. A díjbevétel, levonva a viszontbiztosításért kiadott összegeket 13.227,514·70 frankra rúgott, miben az első biztosító év dijbevételei is benfoglaltatnak 2.074,523.65 frankkal. A kamatszámla 3.374,853 frankot mutatott, s a társaság évi jövedelmét, hozzáadva a díjbevételeket is, 16,602.367·70 frankra emelte. A társaság az utolsó üzletév alatt életbiztosítási bárczákra 5,634,238 frankot fizetetett. A kiházasítási és vegyes biztositási szerződésekből eredt követelések, melyek esedékessekké váltak, 3.035,710.85 frankra rúgtak. Bárczák visszavételére 980,178·20 frankot fordított a társaság. A biztosítási alaptőke, mely a szerződések pontos teljesítését biztosítja 4.007,817.40 frankkal nagyobbodott. Az Aktivák az üzletév végén 83.780,016·90 frankra

rúgtak. A mérleg összeállításával a tárczába vételi áron felvett értékpapírok értéktöbblete nem vétetett figyelembe, mivel ezek az értékek nem realizáltattak, s így azonnali nyereség forrásául tekinthetők nem voltak. Ennek az értéktöbbletnek azonban nagy jelentősége van, mert konszolidálja a társaság által nyújtott garancziákat. A társaság tőkebefektetései következők: 2.202.063.45 frank britt állampapirokban, 420,125.25 az indiai és gyarmatkormányok értékpapirjaikban, 15,322.464 frank idegen államok értékpapirjaiban, 1,187.035 vasúti és más kölcsönkötvényekben, 14,427,099.10 frank házakban, ezek közt szerepelnek a társaság budapesti és bécsi házai, 11.998,202.60 jelzálogokban és 13,393,909.60 frank más értékpapirokban.

PÁLYÁZATOK.

A *boros-jenői járási kórház* orvosi állása üresedésbe jövén, arra ezennel pályázat nyittatik.

Pályázók csak orvostudorok lehetnek, a kik legalább két évi orvosi gyakorlatot igazolhatnak.

Az orvos évi fizetése 600 frt, szabad lakás és 10 öl kemény tűzifa.

Felhivatnak ennélfogva pályázni ohajtók, hogy ebbeli folyamodványaikat folyó évi február hó 5-éig alólírott kórházi elnökhöz (Arad-megye, Boros-Jenő) annyival is inkább bemutassák, mivel az azon időn túl befolyt folyamodványok tekintetbe nem fognak vétetni.

Boros-Jenő, 1884. január hó 2-án.

3—1 *Czirán*, kórházi elnök.

Békés-megye, szarvasi szolgabirói járáshoz tartozó Szt.-András nagyközségben, az orvos elhalálozása folytán a községi orvosi állásra pályázat hirdetik.

Ezen halottkémi teendőkkel is összekötött orvosi tiszt, évi illetménye 500 frt. készpénz, s ezen felül a községi képviselet által egyes gyógyitásokért szabályozott díjjak.

Pályázók felhivatnak felszerelt kérvényeik alólírt szolgabirósághoz f. évi február 1-éig beadni.

Orvostudoroknak az 1871. XIV. t. cz. 143. §. értelmében előny biztosíttatik.

Szarvas, 1884. január hó 8-án.

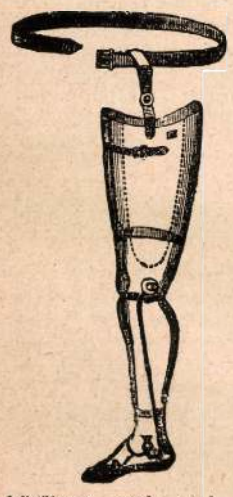
3—1 *Salacz Ferencz*, szolgabiró.

HIRDETMÉNYEK.

NEOSCHIL ALAJOS,

Budapesten, váczi-utcza 27.

orthopaediai gépek-, kötszerek-, gyógy- és betegápoláshoz való készletek gyára, anatomiai műlábak készitője.



Van szerencsém becses figyelmét a legújabb szerkezetű műlábaimra felhivni, melyek e téren a legtökéletesebbnek bizonyúltak; ezen műláb felülmúl minden eddigi szerkezetüket, mert mozgásaiban annyira tökéletes, hogy a valódi lábat teljesen pótolja és minden taghiánynál, az alsó vagy felső czombnál is alkalmazható. Ezen elmés és a legkisebb részekben gondosan összeállitott szerkezetű műlábakat 8—10 évi jótállásra is képes vagyok készitteni.

Minden országban szabadalmazott. Az arany-éremmel dijaztatott.

A szükséges gipszlenyomások nálam díjtalanúl készittetnek.

Egyenes tartók, orthopaediai fűzők, lábgépek, haskötők és mindennemű sérvkötők a legujabb szerkezet szerint saját gyáramban készittetnek.

Különösen ajánlom a jelenleg igen kedveltté vált saját találmányú ruganyos sérvkötőimet, mely a legelső orvosi tekintélyektől czélszerűnek találtatott.

Szállitható pneumaticus készülékekből — Dr. Waldenburg- és Dr. Tobold-félét Dr. Kelemen által módositva mindig nagy raktárt tartok.

Nagy választék mindennemű sebészi műszerek, gummi-árúk és kötszerek; úti gummi-tárgyak és gummi-különlegességekből.

Dr. BATIZFALVY,

egyetemi magántanár, 24 év óta szakadatlanul működő budapesti test-egyenészeti, belorvosi és sebészi magángyógyintézete, városligeti fasor 51. sz. a., saját épületében, árnyas park közepén, a télen-nyáron közlekedő közuti vaspálya és társaskocsik állomásával szemben, az orvosi tudomány legújabb közegészségi követelményeihez, valamint minden rendű beteg igényeihez, mérten külön szobákon van berendezve. **A test idomtalanságaiban, elgörbüléseiben, sebészi- és idült belbajokban szenvedők** folytonosan fölvétetnek. Az intézeti betegek **az egyetemi tanárok és hírneves gyakorló orvosok által is gyógykezeltethetők.** Sebészi műtevést igénylő betegek gondos, szakértő ápolásra és csendesebb nyughelyre találnak az intézetben, mint az éjjel-nappal zajos vendéglő-szállodákban. Az intézet soha sincs felügyelőorvos nélkül. **Az artézi-kút kénes hév-vize, valamint a hideg zuhanyfürdők** az intézet helyiségeiben használtatnak. Az intézet segélyét **24 éves fennállása óta 10,394 szenvedő vette igénybe. Üdülő betegek** is fölvétetnek; mert a városliget, szabályozása és az öntözés rendszeresítése óta igazi üdülőhely. **Teljes ellátás,** u. m.: lakás, élelmezés, gyógyápolás, fütés, világítás, szolgálat, ágy- és szobanemű kerül naponkint — osztályzat szerint — 2 frt-tól 6 frtig. o. é. **Testegyenészeti czélokból svéd-gyógytest-gyakorlatra bejáró gyermekek,** valamint az intézet 1859-ben történt megnyitása óta mindig, úgy most is elfogadtatnak. **Rendelési órák 11-től 1-ig**

Cs. kir. szabadalmazott

EGYETEMES EMÉSZTŐPOR

Dr. Gölis-től.

Eddig még utól nem éretett hatására nézve az *emésztés és vértisztitás* terén, *s a test táplálása és erősitésére* nézve. Ezáltal naponkint kétszeri és sokáig folytatott használata mellett valódi gyógyszerré válik számos még makacs betegségekben is, mint p. o. *emésztési gyengeség, mellégés, a gyomor túlterhelése, a belek petyhüdtsége, ideggyengeség, mindennemű aranyeres bajok, görvély, guga, sápadtság, sárgaság, valamennyi idült bőrbaj, rák, időszakos főfájások, férges és köves betegségek, túlnyálkásodás* stb. Ez az egyetlen és gyökeres szer a *megrögzött köszvény és mellbajban (tuberculose). Ásványvíz gyógymódnál* úgy ezelőtt, mint annak használata alatt, valamint utólagosan gyógyszerül is kitünő szolgálatot tesz.

Egy nagy skatulya ára: 1 frt. 20 kr. Egy kis skatulya 80 kr. Főraktár Pesten, TÖRÖK JÓZSEF gyógyszerész úrnál.

A hamisitástóli megmenekülésre figyelmeztetek mindenkit, hogy a *valódi egyetemes emésztőpor Dr. Gölis pecsétjével* van elzárva, s minden skatulya a védbélyeggel, s kívülről ily czímmel van ellátva:

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

Főszállitóhely: Bécsben Stefansplatz 6. (Zwettlhof).

Dr. Dollinger Gyula, egyetemi magántanár

testegyenészeti magángyógyintézete,

Budapest, VIII. ker. zerge-úteza 6. sz. a.

A gyógykezelés targyai; 1. A gerinczoszlop ferdülései. 2. Csigolyaszú. 3. A mellkas angolkóros görbülései. 4. Ferdenyak. 5. A végtagok elgörbülései: dongaláb, lúdtalp, lóláb, kampóláb, gacsos térd, a csöves csontok s a kezek elgörbülési. 6. Izületi merevség és ízlobok.

Programmot bérmentesen küld.

FER BRAVAIS

a legjobb erősítő

az egyedüli vasoldat sav nélkül.

Kivonat a „British Medical Journal" 1877 mart. 3-ki számából

„Vas Bravais" (tömény vas cseppek)

„a vas jó hatásával bir a nélkül, hogy székrekedést vagy emésztési zavart okozna. Nem feketíti a fogakat.

Egy londoni kiváló orvos írja:

„Megkísértettem azt sok esetben, s oly betegeknek adtam, kik nem türték volna a vasat más alakban. Ez a legjobb vas készítmény, melyet ez ideig ismerek".

Ára egy üvegnek: 2 frt. 50 kr.; fél üvegnek 1 frt. 75 kr. az adag minden üvegen ki van tüntetve.

Raktárak: Budapest: Török József király u. 12. Páris: Boutron et Cie, rue St.-Lazare 40.

Dr. Kuntze tisztelettel tudadja a t. cz. collega urakkal, hogy ez idén is **Arcóban Riva mellett a Gardatónál** (lakása a gyógyintézetben) folytatja orvosi gyakorlatát.

BLANCARD'

VASIBLANY-LABDACSAI

a párisi orvosi akademia, s a sz. pétervári orvosi collegium által jóváhagyatva, Francziaország, Belgium, Irhon, Törökország stb. kórházaiban általánosan behozattak.

A new-yorki 1853-ki és a párisi 1855-ki világkiállitásnál dicséretes megemlitési nyertek.

Az ezen készitmény által nyert kitüntetések, s különösen azon körülmény, hogy a *Blancard-féle vasiblany-labdacsok* a legtöbb pharmacopoeba *officinalis szer* gyanánt felvétettek, mint az a legújabb 1866. évi codexbe is történt, világosan mutatják, hogy *Blancard vasiblany-labdacsai* kiváló helyet foglalnak el a harmakoyadnamikában.

Egyesitvén a vas és iblany gyógyhatását, ezen labdacsok különösen alkalmazhatók minden oly bajnál, mely görvélykor vagy más vérsenyv által töltételeztetik; további mirígydagoknál hideg tályogoknál, csontszúnál, stb.; az alkati bujasenyv, a sápkór, a fehérfolyás, a vérhiány, s egy egész sora az emlitettek folytán elsoványodással párosuló betegségeknek eme labdacsokkal legczélszerűbben gyógykezeltetik.

Végre ezen labdacsokban találja a gyakorló orvos a leghathatósb szert, ha az egész szervezett életerejét fokozni és a lymphaticus, elgyengül, e satnyult testalkatot zsongitani akarja.

NB. A tisztátalan vasiblany nem biztos, sőt kártékony szer lévén, ügyelni kell arra, hogy a *valóságos Blancard-féle vasiblany-labdacsok* szolgáltassanak ki, melyeknek kitünő mivolta épen a készitmény tisztaságán alapszik; azért is nagyobb biztosság okáért minden dobozon *ezüst pecsétünk* következő *aláirásunk* található:

BLANCARD,
gyógyszerész, Páris, 40, Rue Bonaparte.

Kapható a magyarországi főraktárban: TÖRÖK JÓZSEF gyógyszertárában, király-útcza 12. sz.

s általa *Pest-Budán minden gyógyszertárban.*

A MOHAI ÁGNES FORRÁS

hazánk egyik legszénsavdúsabb

SAVANYUVIZE

kitünő szolgálatot tesz főleg az emésztési zavaroknál, s a gyomornak az idegrendszer bántalmain alapuló bajaiban. Általában a víz mind azon kóroknál kiváló figyelmet érdemel, melyekben a szervi élet támogatása és az idegrendszer működésének fölfokozása kivánatos.

Borral használva kiterjedt kedveltségnek örvend.

1883. évben 1 millio palaczk szállittatott el.

Fris töltésben mindenkor kapható

Édeskuty L.

m. kir. udv. ásványviz-szállitónál Budapesten.

Ugyszintén minden gyógyszertárban, füszerkereskedésben és vendéglőkben.

CHINAHÉJ-BOROK,

HENRY OSSIAN tanár, a párisi orvosi akademia tagjától.

Valódi kinahéj-bor spanyol borból.

Az oly állandó vegyiték, mely az orvosnak nagy biztosságot nyujt, s az adagolást igen könnyüvé teszi; a bor nem keserü, hanem igen kellemes ízü, miért is igen előnyösen alkalmazható gyermekeknél, gyöngéd egyéneknél, éltes és elgyengült betegeknél, kiknek gyomra a keserü szereket rosszúl tűri. Szorulást nem okoz azon erjeny (diastasis) miatt, mely benne foglaltatik. *Ára egy üvegnek 2 frt.*

Vastartalmú kinahéj-bor, malagaborral, vilanysavas vassal s erjenynyel (diastasis).

Ez tökéletes tartósságú s tiszta ízü, mely miben sem emlékeztet alkatrészeire, könnyen adagolható s biztos hatású. Ezen alakban hasonló körülmények között a vasat a szervezet igen könyen tűri, s hatása mégis biztos. — Igen előnyös a sápkór s vérszegénység ellen, úgyszinte súlyos betegségek után üdülés alatt; továbbá mindannyizzor, ha a vérkészitést javitani, a testerőt emelni és az idegrendszert s vérkeringést serkenteni akarjuk. — *Ára egy üvegnek 2 frt. 50 kr.*

NB. Az orvosok ez erjeny (diastasis) hasznát ezen borban könyen meg fogják érteni, ha azon fontos szerepre gondolnak, melyet az emésztésnél játszik.

Iblanyos kinahéj-bor. (Vinum cort. chinae jodatum.)

Az iblany e készitményben Henry sajátságos kezelése folytán úgyszólván mysticus módon van egyesitve a kinával, a nélkül, hogy vele összeköttetést képezne. Ez azért volt szükséges, mivel ezen két anyag vegyileg egymással össze nem fér. Az igen kellemes ízü készitménynyel a gyakorlatban igen előnyösen lehet hatni az ú. n. görvélyes bántalmak ellen, melyek oly különféle alakban nyilvánulnak, helyettesiti a csukamáj-olajt és igen nagy haszonnal adható elsatnyult, golyvás és angolkóros gyermekeknek. — Ezen 2 készitményben a kina, iblany és vas foglaltatik, oly hatalmas szerek, melyek úgyszólván önmagukban véve elégithetik ki az orvost a mai időben, melyben a vérszegénység minden betegségnek főoka. — *Ára egy üvegnek 2 frt. 50 kr.*

PESTEN a magyarországi főraktárban TÖRÖK JÓZSEF gyógyszertárában, király-útcza 12. sz.

BUDAPEST 1884. KHÓR & WEIN KÖNYVNYOMDÁJA. (Dorottya-utcza 14. sz.)

Budapest, 1884. 3. sz. Január 20.

Előfizetési ár: helyben és vidéken egész évre 10 frt., félévre 5 frt. A közlemények és fizetések bérmentesítendők.
Hirdetésekért soronkint 15 o. é. kr.

Megjelen minden vasárnap.
Megrendelhető minden kir. potsahivatalnál, a szerkesztőségnél nádor-utcza 13. szám és Kilián György könyvkereskedésében váczi-utcza Drasche-féle házban.

Orvosi Hetilap.

Honi s külföldi gyógyászat és kórbuvárlat közlönye.

Huszonnyolczadik évfolyam.

Felelős szerkesztő és tulajdonos **Markusovszky Lajos** tr. Főmunkatárs **Balogh Kálmán** tanár.

Tartalom: *Angyán B.* tr. Közlemény Wagner J. kir. tan- és ny. r. tanár egyetemi kórodájából. A bolygideg-hüdések esetei. — *Erdös J.* Mihalkovics G. tnr. boncz- és fejlődéstani intézetéből. Előleges közlemény a lacertiliák allantoisának fejlődéstani vizsgálatáról. — *Árkövy J.* tr. A fogbél- és gyökhártya-bántalmak diagnosticája. I. A fogbél-kórok. A fogbél-kórok általános vizsgálati módszertana. — *Regéczy Nagy Imre* tr. Adatok a fehérnye-oldatok átszivárgásához. (Vége.) — *A budapesti kir. orvos-egylet* rendes ülése 1884. január 12-dikén. Kenézy Gy. tr. tüdőütér-tömülés esete. Dubay M. tr. delejvasból készült armatura. Stern J. tr. echinococcus-tömlők. Babes V. tr. bacteriumok vesebántalmakról. — *Könyvismertetés.* Die Geburt bei den Urvölkern. Von Dr. *G. F. Engelmann.* — *Lapszemle.* Heveny bűzös empyema esete; műtét; gyors gyógyulás.
Tárcza: *Heti Szemle.* A gyomor behatása a környemző szervezetekre. Szegény-lakások hiánya városokban. Az állatkert elhullott állatai és az egyetemi intézetek. Gümő-bacillusok a fülben. Thomsen-féle betegség. — Vegyesek. — Szerkesztői levelezés. — *Előfizetési felhivás* az Orvosi Hetilap 1884-diki folyamára. — Pályázatok.

Közlemény Wagner János kir. tanácsos és ny. r. tanár egyetemi kórodájából[1]).

A bolygideg-hüdések esetei.

Ángyán Béla tr. kórodai tanársegédtől.

A bolyg-ideg idegkórjainak tüzetesebb kórodai tanulmányozása csak a legújabb kornak köszönhető, mióta t. i. az utólsó évtized élettani kisérletei mindinkább több és több adatot szolgáltattak azon hatás értelmezésére, melyet a bolyg-ideg a vérkeringési és a légzési készülék működésére gyakorol.

A mi nevezetesen a szív működését illeti, eltekintve a szív saját dúczrendszerétől és a gyorsító befolyást gyakorló sympathikustól, valamint azon lassító hatással biró ellentállástól, melyet az üterek edényizmainak fokozódott összehuzódása a szív működésére gyakorol, tudjuk, hogy a bolyg-ideg izgatása a szív összehuzódásainak számát gyéríteni, sőt azt a dyastoleben megállítani képes; annak átmetszése vagy hüdése ellenben a szívműködés enormis szaporaságát vonja maga után[2]).

A vagus bántalmainál azonban nemcsak a szív működésében, hanem a légzésben is mutatkoznak bizonyos változások. A bolyg-ideg környi izgatása ugyanis, mint ezt *Bert*[3]), *Gerlach*[4]) és mások vizsgálatai tanítják, a hörgök izmainak görcsös összehuzódását eredményezi. Ezen élettani kisérletek alapján veszi fel *Biermer*[5]), hogy az asthma bronchiale-nek is oka főképen a vagus izgatásában keresendő, mely által a kisebb hörgök ürtere szükíttetvén, kilégzési nehézlégzés és heveny tüdőtágulás származik. Nincs szándékom, messze is vezetne mindazon ellenvetések taglalásába bocsátkozni, melyek ezen elmélet ellenében kiváltképen Wintrich és Bamberger által felhozattak, de a melyek Biermer által ismételten megczáfoltattak. Szabadjon csak anuyit felemlíteni, hogy Biermer nézete ma már a legtöbb követőre talált.

Ha most a bolyg-ideg hüdése által előidézett légzési zavarokat vesszük szemügyre; ha az állatokon tett kisérletek alapján a vagus átmetszésénél észlelt tünetekhez hasonlókat várnánk; akkor a bolyg-ideg hüdéseinél a légzési szám csökkenését és a légvételek mélységének növekedését kellene észlelnünk. Tényleg azonban csak *Guttmann*[1]) hoz fel nehány nyomási és traumatikus és egy diphtheritis után fejlődött, s általa központinak értelmezett vagus-hüdés esetet, melyben az egyes légvételek mélységének fokozódása mellett a légzési szám egy percz alatt 12-re szállott le. A vagus-hüdés majd minden többi esetében azonban a légzés a rendestől semmi lényegesebb eltérést nem mutatott. Még azon, rendesen fellépő változások is, melyek a bolyg-ideg kétoldali átmetszésénél az állatok tüdőszövetében mutatkoznak: a bronchopneumoniák embereknél, vagus-hüdés után, csak igen ritkán észleltettek. *Schiff*[2]), *Longet*[3]) ezen változásokat a vagus trophikus hatására vezeti vissza.

Egy a leggyakrabban előforduló, s épen ezért a legpontosabban észlelt tünet vagus-hüdéseknél, a hangszálagok hüdése. Ezen tünet természetesen csak akkor lép fel, ha a hüdés központi, vagy ha körzeti is, de a bolyg-ideg sértése magasan történik úgy, hogy a nerv. laryngeus sup. és inf. is a bántalom keretébe vonatik. Ilyenkor a gégében mutatkoznak a megfelelő mozgási és érzési zavarok: rekedtség, hangtalanság, nehéz kiköpés. S minthogy a hangrés hiányosan záródik: nyák- és ételrészek aspirál-

[1]) Előadatott a budapesti kir. orvosegylet 1883. november 10-diki ülésében.

[6]) Klug N. (Orvos-természettudományi értesítő 1881. VI. évfolyam 155 l.) békákon végezett vizsgálataiból kitünik, hogy a bolyg-ideg a szívhez siettető impulsust vezető idegrostokat tartalmaz. Ezen idegrostok eredetét azonban nem a központi idegrendszerben: a lobus opticus-ban és a nyúltagyban keresi, hanem a bolyg-ideg rostjai közt elhelyezett idegsejtekben.

[3]) Leçons sur la physiologie comparée de la respiration. Paris. 1870.

[4]) Pflüger's Arch. XII. k. »Ueber die Bezichungen des N. vagus zu den glatten Muskelfasern der Lunge«.

[5]) Volkmann'sche Sammlung. 1870. »Ueber Bronchial-Asthma«.

[1]) Zur Kenntniss der Vaguslähmung beim Menschen. Virchow's Arch. 59 k. 51 l.

[2]) Arch. f. physiolog. Heilkunde. 1847 és 1850.

[3]) Anatomie und Physiologie des Nervensystems. 1849. II. k.

tatnak. *Traube*[1]) és *Frey*[2]) ezen körülményt tekintik egyedül azon oknak, mely a vagus hüdéseinél keletkező tüdőlobokat feltételezné. *Zander*[3]) madarakon tett kisérletei azonban kimutatták, hogy bár magának a nerv. laryngens superiornak hüdése is elegendő az ú. n. idegen testek általi tüdőlobok előidézésére, mindazonáltal kifejlődik ez, tökéletesen záró hangrés mellett, a bolyg-ideg törzsének átmetszésénél is.

A vagus bántalmainál létrejövő tünetösszegnek ezen rövid áttekintéséből láthatjuk, hogy míg a bolyg-ideg hatásának tanulmányozásával az élettanban igen gyakran találkozunk: addig annak bántalmairól a különös kórtanban csak kevés eset van feljegyezve. Ennek oka részint a bántalom fellépésének ritkaságában, részint azon körülményben keresendő, hogy a bolyg-ideg törzsének önálló bántalma még nem észleltetett. Azon esetek, melyek felhozatnak, mindnyájan csak következményi tünetek, s mint ilyenek csak ritkán emelkednek ki a szomszédos szervek elsődleges bántalmainak tünetösszegéből oly praegnansan, hogy biztosan kórismézhetők lennének. Ehhez járul még azon körülmény is, hogy míg a bolygideg kórtani hatása a szívre majdnem állandóan, s per excellentiam mutatkozik: addig ennek hatása a tüdőre vagy teljesen kimarad, vagy ha jelen is van, a leggyakrabban nem oly mérvben lép fel, hogy reá az észlelő figyelme különösen felhivatnék.

Innen van, hogy a vagus-hüdés eseteiben a leggyakrabban észlelt tünetek csak a szívre vonatkoznak, s velük elég nagy számmal is találkozunk az irodalomban. Ezen eseteket, melyekben jellemző tünetkép a szapora szívműködés (tachycardia) szerepel, *Pelizaeus*[4]) állította össze igen jól. Ezek közül kiemelem *Huppert* esetét, hol a szív összehuzódásainak száma egy percz alatt 240-re emelkedett, *Weil-ét* 216, míg *Riegel-ét* 104 szívműködéssel.

Olyan esetek azonban, melyeknél a légzési készülékben is változások merültek fel, csak igen kevés számban vannak feljegyezve. A legelső esetet *Riegel* észlelte, s akkori tanársegédje *Tuczek*[5]) közölte. Más két esetet ugyancsak Riegel kórodájáról *Kredel*[6]) ír le. Ezen 3 eseten kívül még csak *Gerhardt*[7]) hoz fel egy és *L. Langer*[8]) *Duchek* kórodájáról szintén egy idetartozó esetet. Mindezen 5 esetben a szívben jelentkező mozgási zavarokon kívül, többékevésbé nagy fokú légzési nehézség mellett, heveny tüdőtágulás észleltetett.

Ide tartozik azon két eset is, melyet Wagner tnr. úr vezetése alatt álló kórodán részben a múlt, részben a jelen tanévben volt alkalmam észlelni. A melyeket midőn az i. t. orvosegylet előtt ismertetni ohajtottam, feljogosítva vél. tem magam érezni nem egyedül a bántalom ritkasága miatt, hanem azon körülmény által is, hogy a bolyg-ideg bántalma mindkét esetünkben bonczolat által erősíttetik, s kórodailag oly jellemző kórképet mutat, mely hivatva

[1]) Beiträge zur Pathologie und Physiologie. Berlin 1877.
[2]) Die patholog. Lungenveränderungen nach Lähmung des N. vagus. Lipcse 1877.
[3]) Pflüger's Arck. für die ges. Physiologie. XIX. k.
[4]) Ueber Vaguslähmungen beim Menschen. Diss. Würzb. 1880.
[5]) Deutsch. Arch. f. klin. Med. XXI. k. 1. f.
[6]) Deutsch. Arch. f. klin. Med. XXX. k. 5. és 6. f.
[7]) Samml. klin. Vorträge. 209.
[8]) Wiener med. Wochenschrift. 1881. 30. sz.

van az eddigelé feljegyzett kevés eset gyakorlati jelentőségét támogatni és megerősíteni.

1. Az első eset Egyed János, 33 éves szabót illeti, kinek szülei előtte ismeretlen betegségben haltak el; ki gyermek korától fogva gyakran szenvedett gyomorhurutban és köhögésben. Jelen baját 1878-dik év május havára viszi vissza, a mikor heves köhögési roham alatt nagyobb mennyiségű habos piros vért köpött. Kőhögése kisebb-nagyobb alábbhagyásokkal ez idő óta folyton tart. Vérköpése 1882-dik év elejéig szünetelt; ezen idő óta azonban, bár kis mérvben, gyakrabban felmerül. Augustus hó elején egyszerre szívdobogás és nehezített légzés által lepetett meg, mely roham alatt nagyobb mennyiségű habos véres köpetet ürített. Ezen rohamok eleinte csak ritkán és csak erősebb mozgások után mutatkoztak, s nehány óráig tartottak. De később sűrűbben, nyugodt fekvés mellett is felléptek, s 8—10 óráig is eltartottak. September hó elejétől már alig engednek 1—2 napi szabad időközt. Ezen bajok miatt vétetett fel september 10-dikén kórodánkra a következő jelen állapottal.

A beteg középtermetű, sovány; izomzata sorvadt, petyüdt; a bőr és látható nyákhártyák halaványak. Szellemi és külérzéki működései épek. Közérzetét köhögés, étvágytalanság, fokozódott szomj, nehéz légzés állandóan lehangolják. A láták középtágak, egyenlők, fényre kellően visszahatnak. A nyelv fehéres lepedékkel bevont, szájíz keserű, nyelés szabad. A nyak nyulánk vékony, a szegykulcscsecsizmok körvonalai, mint vékony kötelek domborodnak elő.

A mellkas hosszú, lapos. A jobb kulcs-feletti és alatti táj erősen besüppedt, a légzési mozgásokban visszamarad.

A jobb kulcs-feletti és alatti árokban tompúlt dobos a kopogtatás, mely szájnyitásnál magasabb lesz. A bal kulcs-feletti és alatti árokban, úgyszintén mindkét oldali tövis-feletti árokban erősen tompúlt kopogtatási hang nyerhető. Egyebütt a rendes tüdőhatároknak megfelelőleg êles a kopogtatás.

A légzés fokozott hasi, nehéz, perczenkint 46—50. Hallgatódzásnál a jobb tüdőcsúcsnak megfelelőleg úgy mellül, mint hátul korsólégzés és érczesen csengő szörty-zörejek, a bal tüdőcsúcs felett gyenge hörgi légzés, egyebütt igen érdes be- és kilégzés hallható.

Szívtompulat hosszirányban a bal parasternalis vonalban a 4. és 6-dik borda közt, haránt irányban a szegycsont bal szélétől a szívcsúcslökés helyéig terjed. Szívcsúcslökés az 5. és 6-dik borda közt, a bimbóvonalon belül, a szegycsont középvonalától $7\frac{1}{2}$ centimeternyire tapintható. Szív- és nagy edényhangok tiszták, a tüdőütér 2-dik hangja valamivel ékeltebb.

A has mérsékelten előreboltosúlt, ruganyos, fájdalmatlan, kopogtatási hangja, a rendes hangmagaslati különbségekkel, dobos.

A legközelebbi napon sem a tárgyi, sem az alanyi tünetek nem mutatnak változásokat. A napi hőmérsék 37·5 és 38·2° C, érverés 96 és 120 között ingadozik. A köpet zöldes-sárga, szivós; benne górcső alatt sok ruganyos rost és Koch-féle bacillus található.

12-dikén reggel 5 órakor hirtelen szívdobogás lép fel, a subjectiv nehézlégzés kissé fokozódott. Az arcz cyanotikus. A légzés száma 58, a szívlökéseké 168. Hőmérsék 37·2° C. A szívműködés majdnem az egész bal mellkason látható. A szívcsúcslökés a 6. és 7-dik bordaközt az emlővonalon valamivel kívül tapintható. Az érverés kicsiny, lágy, kibagyó (perczenkint 86). A tüdők éles kopogtatási hangja a jobb bimbóvonalban a 7-dik, a jobb hónaljvonalban a 8-dik borda alsó széléig, a bal parasternal-vonalban a 4-dik borda felső széléig terjed. Az absolnt szívtompulat jobb felé a szegycsont középvonaláig, bal felé a szívcsúcslökés helyéig terjed. A májtompulat alsó határa a bimbó vonalban mintegy 2 újjnyi szélességben haladja túl a bordaívet.

8 órakor a cyanosis növekedett. A szívlökések száma 192, légzés 58. Igen heves köhögés mutatkozik bővebb kiköpéssel. A köpet nyákos, habos, vércsikokkal áthuzódott. A tüdők éles kopogtatási hangja a jobb bimbóvonalban a mellkas széléig, a jobb hónalj-vonalban a 9-dik borda alsó széléig, hátul mindkét oldalt a 11-dik bordáig terjed. Mind a két tüdő alsó lebenye felett kiterjedten úgy a be- mint a kilégzésnél nagy számú küiönböző hólyagú nedves szörty-zörejek. A szívtompulat hosszirányban a 3—7-dik borda közt, haránt irányban a szegycsont közepétől kifelé a csúcslökésig

található. A szívhangok a nagyszámú szörty-zörejek miatt nem hallhatók.

12 órakor 154 szívlökés, 130 érverés és 58 légzés észlelhető. A szörty-zörejek kevesbedtek. Á tüdők alsó határai, mint 8 órakor.

Délután 3 órakor 140 szívlökés, 130 érverés, 52 légzés. A subjectiv nehézlégzés csökkent. A tüdők alsó határai, mint reggel 5 órakor. A cyanosis csökkent.

Este 6 órakor 120 szívlökés és ugyanannyi érverés, mely kissé nagyobb és keményebb. A légzés 50 egy percz alatt.

Este 8 órakor érverés 120, légzés 50. A cyanosis tökéletesen megszűnt. A tüdők alsó határai. valamint a szívtompulat, mint a jelen állapotban.

14-dikén reggel 9 óráig a beteg viszonylag elég jól érezte magát. Ekkor azonban a 12-dikéhez hasonló roham lépett fel. A légzés 58, a szívlökés 198-ra emelkedett, az érverés igen kicsiny, rendkívül kihagyó, s csakhamar olvashatlan lett. A cyanosis igen nagy fokú, a végtagok mindinkább hidegülnek, az egész bőrfelület izzadságtól nedves, s ezen tünetek között 11 órakor meghalt.

Ezen esetben az előre ment vérköpés, az éveken át tartó köhögés, a nagymérvű elsoványodás, a kisebb fokú intermittens lázak, a tüdők felső lebenyeinek megfelelőleg észlelt physicalis kórtünetek, valamint a köpetben talált ruganyos rostok és a Koch-féle bacillusok semmi kétséget sem hagytak az iránt, hogy a tüdők phthisisével van dolgunk és pedig a jobb tüdőcsúcsban nagyobb ürképződéssel.

Ezen bántalom azonban nem magyarázta meg a rohamokban fellépő szapora szívműködést és a heveny tüdőtágulatot. Ezen tünetek csakis a bolyg-ideg hüdésének felvétele által voltak értelmezhetők.

A hüdés székhelyét a mellürben kellett feltételezni, s okát *Tuczek* esete után, melylyel jelen esetünk tökéletesen analog, megnagyobbodott, s esetleg caseosusan elváltozott hörgkörüli mirigyek nyomásában keresni.

Mindezen felvételünket a bonczolat, mely september 15-dikén végeztetett, meg is erősítette. Időkimélés okáért szabadjon a bonczjegyzőkönyvből csak a fontosabb tüneteket felhozni.

»A tüdők a mellkashoz, nevezetesen felső részükben erős kötszöveti álhártyákkal összenőttek, középtágak. A jobb tüdő hosszában hegesen zsugorodott, pala-szürke, tágult hörgökkel és azokba folytatólag átmenő öblös, nagy diónyi, heges, reczézetes falzatú, sűrű geny vagy fakó-barna, majdnem vakolatszerű anyagot tartalmazó barlangokkal ellátott«.

»A bal tüdő erősebben puffadt, vér- és nedvdús; csúcsa hasonló a jobb tüdőcsúcshoz, csakhogy benne kevesebb és alig mogyorónyi barlang van Itt azonban a jobb tüdőnél említett pala-szürke hegszerű góczok kiterjedtebbek, nevezetesen azok helyettesítik az egész felső lebeny tüdőszövetét«.

»A gátormirigyek, nevezetesen egyes hörgkörüli és szegycsontalatti nyirkmirigyek a jobb vagus közvetlen szomszédságában egész diónyiak, pala-szürkék, hegszerűek, közepükön vakolatszerűek vagy nagyobb tömegükben elmeszesedettek«.

»A szív valamivel szélesebb; izomzata középvastag, szürkés-barna, gyomrocsaiban sok laza, feketés-vörös alvadék«.

(Folytatása következik.)

Mihalkovics Géza tr. ny. r. tanár boncz- és fejlődéstani intézetéből.

Előleges közlemény a lacertiliák allantoisának fejlődéstani vizsgálatáról.

Erdős János intézeti demonstrátortól.

A fejlődéstani kutatások rendszeres művelésénél, az ébrényi test fejlődésének folyamában mutatkozó momentán viszonyok természete hozza magával, hogy a felvett kérdést illető eredmények minél nagyobb számú esetből vonassanak le. Az összegyüjtött adatok kritikai feldolgozásánál, a tévedésnek lehető kizárása végett, a fejlődési stadiumok minél teljesebb sorozatára van szükségünk, melynek hiányában a *látottaknak* bármily pontos megfigyelése is a valóságtól eltérő eredményekre vezethet. Hogy ez eset jelesebb buvároknál is előfordúlhat, s ezáltal ugyanazon kérdésekről nem ritkán a legellentétesebb nézetek kerülnek forgalomba, tárgyamhoz tartozó példa gyanánt legyen elég csupán a reptiliák allantoisának irodalmára utalnom.

A reptiliák allantoisának fejlődését *Kupffer* és *Benecke* az ébrényi paizs külső oldalán fellépő betüremléssel hozzák kapcsolatba. E betüremlés szerintök a hasi oldalon vakon végződő üreget képez, mely később zsacskóalakban kitágúlva, az ébrény allantoisává lesz. [*Kupffer* u. *Benecke*. Die ersten Entwickelungsvorgänge am Ei der Reptilien. Königsberg. 1878.]

E nézet ellenében *Balfour* azt találta, hogy az ébrényi paizs külső oldalán levő betüremlés a hasi oldalon szabadon nyílik, s valószinűleg azonos a *Gasser* által madaraknál észlelt csatornával, mely a velőüreget a bélcsatornával közlekedésbe hozza. *Balfour* szerint a reptiliák allantoisának fejlődése megegyez a madarakéval, hol az mint tudva van, a végbunkó vagy őscsík [Endwulst, Primitiv-streif] hasi oldalán, a leendő utóbélnek megfelelő hely mögött fellépő szűk betüremlésből veszi eredetét.

Mind ezen állításokkal szemben *Strahl*, lacertákon eszközölt nagyszámú észleletei után azon eredményre jutott, hogy a reptiliák allantoisának kezdetleges formája az őscsík distalis részén tömör köteg alakjában lép fel. E tömör képlet később üregessé válik, mely az ettől önállóan fejlődő allantois-meneten át lép közlekedésbe az utóbéllel. A canalis neuro-entericus e szerint semmi viszonyban sem áll az allantois fejlődésével; közlekedés közöttük kezdetben nem létezik, s később is csupán annyiban, hogy mindkettő az utóbélbe nyílik, tehát ez utóbbinak közvetítése által. [*Strahl*. Ueber die Entwickelung des Canalis myeloentericus und der Allantois der Eidechse. Archiv für Anatomie u. Entw. gesch. 1881.]

Hogy az ébrényi paizson fellépő betüremlés a fejlődésnek csak bizonyos stadiumában képez a has felé zárt üreget, míg előbbre haladott fejlettségi fokon a bélbarázdában szabadon nyílik, egy későbbi közleményében Kupffer elösmeri, igazat adván *Strahl* észleleteinek annyiban, mely szerint e betüremlés mint ilyen nem képezi az allantois elsődleges alakját. De ugyan ekkor egy lacerta viridis-ből vett rajzot mutat be, melyen a canalis neuro-entericus hátulsó falából élesen határolt, zsacskószerű kiöblösödés látszik a hasi oldal felé terjedni. E kiöblösödésről Kupffer a következőket mondja: Ich weiss nun gar keine ander Deutung dieser Bildung, als dass die Tasche die Anlage der Allantois darstellt. [*Kupffer*. Die Gastrulation an den meroblastischen Eier u. s. w. Archiv f. Anat. u. Entw. gesch. 1882.]

Hogy a kiöblösödés, mely *Kupffer* nézete szerint az allantois kezdeti alakját képezné, valószinűleg nem egyéb egy ritkán előforduló álképletnél, megerősítést nyer *Strahl* újabb vizsgálataiból, midőn annak az általa feldolgozott lacerta viridis ébrényeken nyomát sem találta. [*Strahl*. Ueber Canalis neuro-entericus und Allantois bei Lacerta viridis. Arch. f. Anat. u. Entw. gesch. 1883.]

Az allantois kezdeti alakját képező tömör képlet fellépését illetőleg Strahl azt találta, hogy az a végbunkó distalis részében már a pleuroperitonealis üreg keletkezése előtt jelen van, s miután arról a kettéhasadó mesoderma oldallemezei leemelődnek, kerül az így előállott pleuroperitoneális üregbe. [*Strahl*. Beiträge zur Entwickelung von Lacerta agilis. Arch. f. Anat. u. Entw. gesch. 1882.]

Az itt előadott, s egymást teljesen kizáró állítások mellett feladatomúl tűzvén ki e kérdés tanúlmányozását, addig is míg

ide vonatkozó vizsgálataimat befejezném, eddig nyert adataimból a következőket bocsáthatom közre:

Az allantois kezdeti alakja, miután a mesoderma kettéhasadt, a test distalis végén, a végbunkótól kinyomuló dudor alakjában mutatkozik, melyet alapjánál a két oldallemez határol. A képlet topographiai fekvése tehát megfelel azon zugnak, mely a mesoderma kettéhasadása által jön létre. A canalis neuro-entericus e dudortól az alsó oldallemez által teljesen el van szigetelve. A canalis neuro-entericus lefutásában mellék-kiöblösödést nem mutat. A fejlődésnek bizonyos fokán, az allantois-dudor centralis részében, egy vagy több pontból kiindúlva, egy üreg lép fel, mely még ekkor minden oldalról teljesen körülzárt teret képez. A végbunkónak azon részében, mely az allantois-üreg és az utóbél között fekszik, később egy rés támad, s ez lesz az allantois-menetté.

A mi az allantois-üreg, valamint az ettől függetlenül fellépő allantois-menet keletkezését illeti, mindkettő *sejt-pusztulás által származik. Az allantois.üreg különösen akkép áll elő, hogy a centrumhoz közel fekvő sejtek fala elvékonyodik; tartalmuk szabaddá lesz; a szétesett sejtfal maradványok felszivatnak.* Az üreg keletkezése, mint már említém, egy vagy több pontból indúlhat ki; az egyes üregecskék azonban az őket elválasztó sejteknek hasonló módon történő szétesése folytán nem sokára egybeszakadnak.

A fejlődés további folyamatában az allantois mindinkább vertikális irányba fordúl a has alá, s míg előbb a canalis neuro-entericus az allantois-menet előtt nyílt az utóbélbe, most az allantoisnak proximális irányban haladása által attól distalis felé elmaradt. Annak értelmezése tehát, hogy *Kupffer* egyik készítményén (tropidonotus natrix-ból) az allantoist a canalis neuro-entericussal összefüggeni látta, abban áll, hogy észleletét ép oly ébrényen tette, melynél az allantois proximalis felé történő fordulása közben annak menete a canalis neuro-entericussal ugyanazon verticalis síkba esett, s így a metszeten tényleg olyan képet kapott, mintha e két rész egymással közvetlen összefüggésben állana.

Budapest, 1884. január 8.

A fogbél- és gyökhártya-bántalmak diagnosticája.

Árkövy József tr. egyetemi magántanártól.

I. rész. A fogbél-kórok.

A fogbél-kórok általános vizsgálati módszertana.

Minden fogbántalom kórismézését a szájnak pontos vizsgálata előzze meg. Ha csak arra szorítkozunk, hogy a beteg által panaszolt fogat vizsgáljuk kizárólagosan, akkor, tudjuk, hogy nem egyszer súlyos tévedésbe eshetünk azáltal, hogy a kisugárzási tünetek, melyekkel egy és ugyanazon fog — ha egy volna is bántalmazva — jár, elegendők, mikép máshol keressük a bántalom székhelyét, mint a hol van. Így tudjuk, hogy egymásután egy sorban is 2—3 és az átellenes állcsontban szintannyi vagy több szúvas, általában bántalmazott foggal lehet dolgunk, s így világos, hogy a szájvizsgálat nem szorítkozhatik csupán a beteg által kijelölt fog vizsgálatára. Hogy bizonyos rendszert öntsünk a szájvizsgálatba, legczélszerűbb, ha azt úgy eszközöljük, miként már előző szerzők, köztük Heider[1]) sürgette és általában pontos gyakorlatot vivő fogászok alkalmazzák; ez pedig abban áll, hogy sorra vizsgáljuk a fogakat a bal oldalon, a 3. őrlőtől kezdve, ugyanezen fogig a másik oldalon a felső állcsontban, s ugyanezen vagy ellenkező sorrendben az alsóban, vagy legalább a panaszolt oldalon végezzük ezt így.

A vizsgálati eszközök ma ugyan semmivel sem tökéletesebbek, mint ezelőtt voltak, de a mód, melyet itt rendszerré kifejteni igyekeztünk, bizonyára oly képességeket öntött ez egyszerű — hosszúnyelű szájtükör, két irányba hajlított hegyes kutasz és hosszú csipeszből álló — műszerekbe, melyekkel jóval többet végezhetünk, mint idáig történt.

Nekünk ez alkalommal csakis a fogbél-bántalmakkal lévén dolgunk, nem foglalkozhatunk a fogszunak mint olyannak, hanem csak vonatkozatosan vizsgálati módjával; különben is annak, mint önálló felosztással biró fejezetnek szintén bizonyos vizsgálati módszer felel meg. A fogbél-bántalmakra vonatkozó vizsgálati módszerek, melyek ez idő szerint léteznek, abból állanak, — mint már e bevezető megjegyzésekben említve volt, — hogy vague kutaszolással igyekszik az orvos a szúvas üregben megtalálni azon pontot, hol érzékenységet lel. Mi tovább mentünk, s arra törekedtünk, hogy félretéve a mai napon tulajdonképen alapul szolgáló alanyi, anamnestikus adatokat, tehát symptomatikus eljárást, a kórisme megállapításához *physicalis* módszert találjunk, mely bennünket a részletes fogbél-kórok felismeréséhez vezessen.

Az urak emlékezetébe kell hívnom első sorban azon tájboncztani viszonyokat, melyek a fogbélnek, illetőleg a fogbél-üregnek úgy alakjára mint kiterjedésére vonatkoznak. Tudjuk, hogy a fogbél-üreg alakja a fogak féleségei szerint más-más; így jelentékeny különösségek állanak fenn a metsző-, szeglet- s viszont a kis és szintúgy a nagy őrlőfogak között: amott egy, itt két, majd ismét 3—4 fogbél- és fogbélüreg-csücsök található.

A vizsgálat helyes megejthetése czéljából csak a korona-pulpa topographikus viszonyaival kell tisztában lennünk; ugyanis tudnunk kell, hogy valamely szúvas üregben, mely pontokon vagy ponton lehet a fogbél a kórfolyamat által leghamarabb bántalmazva, s hol találja a kutasz ezen pontot. E szerint tehát első sorban a különféle fogbelek legkörzetibb részével vagyis a fogbél-csücskökkel van dolgunk.

Igaz ugyan, hogy vannak esetek, midőn a fogszu nem ezen végpontokon éri a fogbelet, mint pl. a fog nyaki részén fellépett ily kórosodások; azonban ilyenkor úgy is tudjuk, hogy a fogbél bizonyos mélységben, még pedig közel található, másrészt pedig ezek az eseteknek csupán nagyon elvesző, csekély részét képezik szemben azokkal, midőn tényleg fölötte kivánatos, hogy részletesen tájékozva legyünk az említett kérdés felől. Hogy e tájékozást megszerezzük szükségképen egységes felületi elnevezéseket és méréseket kellett eszközölnünk.

Az általánosan elfogadott mesial és distal felületi elnevezéseket a labial és lingual nevekkel akként kellett csoportosítani, hogy a nagy őrlők (molares) fogbél-csücskeit egyenkint megjelölhessük; így jöttek létre a következő fogbél-csücsök elnevezések: mesial-labial, mesial-lingual viszont, distal-labial, distal-lingual.

A fogbélüreg alakjára, illetőleg kiterjedésére vonatkozó mérések ez idő szerint még nem léteznek, s így kénytelen voltam azokat magam eszközölni. A czél az volt, hogy megtudjuk, hol találjuk legközelebb a fogbelet, melylyel bántalmazottsága esetén dolgunk van; e végből tehát egy fix pontra volt szükség, s ez ha nem is legállandóbban, de mégis leginkább szembeszökően a fogak csücskei és metsző élei részéről ajánlkozott. Ezen ily csücsöktől a fogbél csücskéig terjedő egyenes vonal meghatározása millimeterekben tájékozást adhat a felvetett kérdésre; csupán a szemnek hozzá kell szoknia, hogy a mérések útján nyert számadatokat esetről esetre alkalmazni, használni tudja[1]); a mi elég rövid idő alatt elérhető minden komoly törekvésű fogműtő által, s viszont sokkal több nyugalmat — mert szakértelmet — ad, mint a tájékozatlan, támpont nélkül való tapogatódzás.

A méréseket 3 teljes fogsoron végeztem még pedig 17, 33 és 37 éves férfiak koponyáiból valókon. A mérőeszköz millimeterfokozattal ellátott rajzcirkalom volt, melynek hegyeire egy tompa és egy hegyes végű platin-szögecskét forrasztottam; a fokozat természetesen e szögecskék közötti távolságokat mutatta. Valamennyi fogat egyenkint vésővel, s kalapácscsal a nyaki részen feltörtem. Az így nyert méretek a mellékelt táblázaton vannak közölve.

Ez alkalommal nem szabad megfeledkeznünk azon fejlődéstani tényről, mely szerint ifjú egyéneknél a fogbél jelentékenyen nagyobb teriméjű, s kivált annak csücskei jóval magasabban terjeszkednek még be a korona-csücskökbe, mint középkorú, 20—35 vagy idősebb egyéneknél, sőt mintegy 45 éven túl levőknél a fogbél-csücskök majdnem eltűnnek, vagy csak csekély kiemelkedés a korona-pulpa felületén jelzi nyomukat. Az előbbieknél — tudjuk — a fogbélből még folyton képződik szabályos, az utóbbiaknál pedig — kivált a kopás folytán, — másodlagos dentin. Oly előhaladottabb korú fogakon ez okból fölöslegesnek tartottam mérések végzését; különben is ilyenek aránylag ritkábban jutnak conservativ kezelés alá. Egy másik körülmény szintén figyelmet igényel, s ez a 30—32 éven túli egyéneknél található kopás. A táblázatban a 37

---

[1](Prof. Moriz Heider: Untersuchungen d. Zähne. Deutsche Vierteljahrschrift f. Zahnheilkunde. 1863. I. Heft.

[1]) Czélszerű a végből a fogkutasz hegyes részét mm-ek szeriut könyedén rovátkoini.

éves egyén fogai ily kopásosak valának, mi mellett jól észrevehető másodlagos dentin-képződés foglalta el a fogbél-csücskök végső részének helyét; de minthogy ez nem minden fogféleségnél aránylagos a csücsökkopás nagyságával, s főleg nem ez a későbben váltott

pl. 2. és 3. örlőknél, azért összehasonlító méréseket tettem (l. a táblázat alatti jegyzetet) és kivánatosnak tartom, az egységes számításmód kedveért, hogy az illető csücskök kopási mennyisége az ily esetekben a feltüntetett számokhoz hozzáadassék.

A fogbél-csücokök távolsága a metsző széltől vagy az őrlőfog csücskeitől.

		Mérések millimeterekben.																																			
		mol. III.				*mol. II.*				*mol. I.*				prm. II.		prm. I.		can.	inc. lat.	inc. cent.	inc. cent.	inc. lat.	can.	prm. I.		prm. II.		*mol. I.*				*mol. II.*				*mol. III.*			
		dist.		mes.		dist.		mes.		dist.		mes.																mesial		distal		mes.		dist.		mes.		dist.	
		li.	la.	li.	la.	li.	la.	li.	la.	li.	la.	li.	la.	ll.	la.	li.	la.							la.	li.	la.	li.	la.	li.	la.	li.	la.	li.	la.	li.	la.	li.	la.	ii.
17 éves férfi, ép alakú fogakkal	*felsö fogsor*	4	3·5	4	4	4	4	4	3·5	5	4·5	4	3·5	4·5	3·5	4	3·5	3·5	3	3·5	3·5	3	2·5	3·5	4	3·5	4	3·5	3·5	4	5	4	4·5*	4	—	—	—	—	—
33 éves férfi, ép alakú fogakkal	„	—	—	—	4	—	4·5	4*	4	4·5	4·5	4	4	5	4·5	5	4	5	6	7	7	6	5	5	4·5	5	4·5	5	4	5	5·5	5	6*	5	—	5	4·5	—	—
37 éves férfi, nagyon kopott fogakkal . .	„	—	—	4	5	—	5·5	4*	5	4·5	4	5	4	4·5	4	4	4	4	4·5	5	5	5	4	4	4	3·5	3	4	5	4	4·5	5	5*	5·5	—	—	—	—	—
——	*alsó*																																						
17 éves . .	*fogsor*	—	4**	4	3	5	5	4	4	4·5	4	4	3	4·5	3	3·5	3	2·5	3	2	2	3	3	3	3·5	3·5	4	3·5	4	4	4·5	4	4·5	4·5	—	—	—	—	—
33 éves . .	„	—	6**	5·5	5	6	4	5	4·5	5·5	4·5	5	3·5	5	4	4	3·5	4·5	4·5	5	5	5	4	3	4	5	4	3·5	5	4	3·5	5	6	4·5	6	5	5	6	6·5
37 éves . .	„	—	4·5**	5	5	5	4·5	5	4	4·5	4·5	5	4	4·5	3·5	4	4	4	4	4	3	3·5	4	4	4	3·5	5	4	4·5	4	4·5	4	4·5	4	5	5	5	5**	—

Jegyzet. Az egy *-gal jelölt számok azt jelentik, hogy a csak 3-as számban jelenlevő fogbél-csücskök közül a palatinal gyök alá eső, mesial és lingual irányhoz tartozónak van tekintve, s a 3-ik egyedüli distal fogbél-csücsök ilyenkor mindig a labial felülethöz tartozik. — A ** jelű számoknál a magányos distal fogbél-csücsök mindig a labial felülethez tartozónak vétetett.

A 37 éves egyén nagyon kopott fogainak méreteinél, ezekhez hozzá számitandó kopási külömbözetek tételei a következők: can. $^1/_2$ mm. — prm. I. li. $^1/_2$—1 mm. — prm. II. la. 2 mm. — nagy őrlőknél (I. és II.) lab. 1·5—2 mm. — ling. 1—$^1/_2$ mm. — mol. III. mes. felület $^1/_3$, dist. fel. 1—1$^1/_2$ mm. — Részletesebb különbözeti számok nem voltak kipuhatolhatók.

Ezen számadatok — úgy hiszem — elég tájékozást nyujthatnak, ha a gyakorlatban a szemmérték szerinti megitélést a kérdésben forgó koronacsücsök legmagasabb pontjától, a metszőfogak élének középpontjától a szegletfogak magányos csücskének hegyétől fogva eszközöljük és nem feledjük, hogy a fogbél-csücsök amazoknak kellő közepén fekszenek. (Nagyobb számú, s különfélébb korú egyéneknél esetleg végzendő ilyetén mérések nem becsnélküli adatokat szolgáltatnának törvényszéki orvostani életkor-meghatározások számára; egyelőre az itt nyujtottak is némi támpontot szolgáltathatnak).

Az ily tájékozás hasznos, sőt szükséges voltát az említetteken felül számos oly eset fogja feltüntetni, midőn, kivált distal felületi üregeknél, a conservativ vagy destructiv gyógymód javalata felett kell dönteni, vagyis előre meghatározni, valjon a fogbél lehet-e már bántalmazva vagy sem. A fogbél-bántalmaknak vizsgálatához a topographikus viszonyok számbavételén, tehát jó szemmértéken kívül még igen finom tapintásra is van szükség. Igyekeztünk annak segítségére méreteket felhozni; emennek útbaigazítására a véletlen, s a kórodai tapasztalatok hoztak — úgy hiszem — elég szerencsés adatokat.

Tudjuk ugyanis, hogy igen sok esetben nem találkozunk — a kutaszszal — egyenesen mindjárt magával a fogbéllel, vagy csücskeivel, hanem még egy borító kóros vagy nem-kóros dentinrétegen keresztül vagyunk kénytelenek a vizsgálatot megejteni, s ez alapon kórismét felállítani. Ily körülmények között bármilyen réteg jelentékeny nehézséget képez. Ezek némelyikén bizonyára jól átesünk, nehány érdekes észleletünkkel. Midőn minden jel fogbéllobra mutat, s midőn kutaszszal a szúvas dentinrétegbe hatolunk, akkor többnyire felületesen lágyúlt, mélyebben mindinkább keményedő dentinrétegekre bukkanunk; sőt történik, hogy egy bizonyos lágy dentinrétegen túl egészen kemény, kutasszal áthathatlan d. rétegre akadunk. Meglepő volt tehát az, hogy daczára, hogy esetleg az egész fogbélüreg tetőzetét ily szilárd dentin takarta, mégis pulpitis-sel álltunk szemközt. Sok esetben eszközölt észlelésünk azt eredményezte, hogy ha a kutaszszal ily szúvas üregbe, illetőleg szúvas rétegekbe behatolunk, a felületes lágyúlt réteg rendesen *kétharmaddal* vastagabb, mely után, ha általában jelen van, *egy harmadrésznyi* szilárdabb réteget találhatunk. Így tehát ezen adat oda értékesíthető, hogy meg tudjuk mondani, valjon kilátás van-e arra, hogy a pulpa-üregre fogunk bukkanni kezelés közben vagy nem. Ez nagyon természetesen fontos és jelentékeny körülmény, mennyiben a betegeket ez iránt igen sokszor kénytelenek vagyunk felvilágosítani; de magunkra nézve is fontos, mennyiben a gyógykezelés időtartamára nagy befolyást gyakorol. Itt figyelmeztetnem kell a szúvasodás ismeretes szakaira (stadium-aira), s így midőn dentin-detritusról vagy teljesen fellágyúlt dentinről van szó, az a 3-ik szaknak (némelyek szerint 4-iknek), a kevésbé lágyúlt a 2-ik, s a nehezen vagy alig áthatolható az 1. szaknak felel meg *körülbelül.*

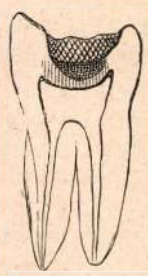
Hogy részletezzük ezen adatokat, mondhatjuk: hogy ha kutaszszal valamely szúvas üregbe behatoltunk és a lágyúlt réteg, melyen a kutasz keresztülhatol, mintegy 2 mm-nyi, azontúl pedig szilárd rétegre bukkanunk, akkor felvehetjük, hogy az mintegy 1 mm. mély; vagy ha amaz 1·5 mm., emez $^1/_2$ mm. lesz s. i. t. arányosan. Már most, ha számba vesszük magát az anyaghiányt, mely már a fogban jelen van és azon előbb említett topographikus viszonyokat, melyekkel dolgunk van, összecalculálhatjuk, hogy valjon az adott mélységben bukkanthatunk-e pulpacsücsökre, vagy általában behatol-e a fogszu a pulpaüregbe, vagy nem. S ez az esetek oly nagy részében állott meg tökéletesen, hogy nem habozhatunk ez adatoknak szabályul való felvételében. Tehát meg tudjuk határozni ezen módon, hogy mily vastagságú azon réteg, mely még a pulpa üregét borítja. Ha ezt nem vagyunk képesek megtenni, akkor kitesszük magunkat annak, hogy nagyobb bajtól tartunk, mint a mi bekövetkezik, mert miután a kóros részeket eltávolítottuk, mégis ép dentinre bukkanunk a helyett, hogy a fogbelet látnók exponálva és viszont. Ez tehát a fogszu terjedésének módjára mutató adat, mely azonban nagyon kivánatosan jött segítségünkre a diagnosis megállapításánál. Ha már most ily esetben nem találunk ép részt alatta, akkor a lágyúlt dentinréteg be fog hatolni nagyon természetesen egy bizonyos mélységig és vagy érzékenységre bukkanunk a fogbél részéről, melyet érintünk, vagy pedig lehetséges, hogy nincsen egészen ép dentinréteg, mely a szúvas után következnék, hanem még ezen esetben is bizonyos fokbeli különbséget lehet megkülönböztetni, mely abból áll, hogy a szúvas rétegnek felületes része lágy, s a mélyebb részek szintén lágyak, de némi ellenállást tüntetnek csak fel. Nagyon természetes, hogy egészen más felfogás alá fog esni azon lelet, a midőn még egy szilárd ép dentinréteg borítja a fogbél üregét és más, midőn teljesen lágyúlt dentinrétegen keresztül kevésbé lágyúlt, de még mindig némileg permeabilis dentinrétegen keresztül jön keresztül a kutasz, mely utóbbi esetben a fogbél tetőzetét kóros dentin képezi, mely kóros felület a fogbéllel közvetlen érintkezésben áll.

Ezen vizsgálati módot alkalmazhatjuk tehát caries media és caries penetrans mellett egyaránt. Azon esetekben, midőn a fogbél-üreg valamely ponton meg van nyilva és a fogbél exponálva van, természetes, ezen vizsgálatra többé nem szorulunk és akkor egyenesen a lecsupaszított pulpafelület az, melyre a vizsgálatnak ki kell terjeszkednie. Az eseteknek nagy részében a fogbélnek valamelyik egy, vagy két csücske van lecsupaszítva és így a hozzáférés elég könyű; oly esetekben azonban, midőn kellőképen hozzá

nem férhetünk, de esetleg a topographikus viszonyok nyomán máris gyanakszunk, hogy a fogbél e helyen könnyen bántalmazva lehet, akkor ezen vizsgálati módszer bizonyossággal ad felvilágosítást. Azon esetekben, midőn fájdalom nincs jelen, a fogbél-üreg boltozatának megnyitása a kórismézésre nézve czélszerű könyebbség.

Az említett kóresetek könyebb megértésére szolgáljanak a mellékelt vázlatos ábrák: 1. 2. 3. ezeken a ferde vonalas árnyalat teljesen fellágyúlt, az épszögű árnyalat, kevésbé lágy szúvas dentint jelent.

1. ábra.



2. ábra.

3. ábra.

A physicalis vizsgálatoknak egy másik módja az általánosan használt meleg- és hideg víz-fecskendés. A víz, ha jelentékeny hőmérsékkülönbséggel bir minden fogra kellemetlen benyomást fog gyakorolni, még ha ép is; a kóros fog pedig természetesen élénkebben fogja a hőkülönbséget észrevenni mint az ép, s így meg lehet határozni, hogy melyik fog az érzékeny. De mindazon esetekben ovatosan kell bánni az ily temperatura-különbségekkel, midőn több rendbeli egymás mellett álló kóros foggal van dolgunk, minthogy a vízfecskendés igen könnyen zavarokra vezethet; csak kétes esetekben, tehát akkor, midőn pl. az érintkező (approximal) felületeken van valamely fog bántalmazva, de annyira el van rejtve, hogy röviden hozzá nem juthatunk, t. i. separatio nélkül, ily esetben, hogy általában tájékozást szerezzünk magunknak, javasolt ezen fecskendési methodus, de mihelyt több egymás mellett álló bántalmazott fog van a szájban, akkor jobb azt elhagyni. Különben ily fecskendésekkel igen bajos részletes kórismét állapítani meg, mennyiben a gyökhártya-loboknak bizonyos féleségei, mint pl. a periodontitis partialis purulenta, s mások szintén jelentékeny érzékenységet tanúsítanak a hőmérséki változások iránt, s így legfeljebb csak arra használható a fecskendés, hogy tájékozzuk magunkat, hogy egy látszólag nem bántalmazott fog mégis valamit bántalmazva van.

A symptomatologikus vizsgálati módok általánosan és leginkább divók a gyakorlatban, de egyúttal a legmegbizhatlanabbak is; mert mint már előzőleg említettem, az irraditionalis tünetek a beteget annyira tévútra vezethetik, hogy ha ezután indulunk, általán az illető fognak, mely kóros, meghatározása és megtalálása már maga is nehézségeket támaszt; de az anamnestikus adatok szerint meghatározni, hogy valjon idült avagy heveny vagy általában, részletesen milyen pulpitis van jelen, az épenséggel megbizhatlan, sőt az esetek legtöbbjében lehetetlen. Hajótörést szenved a diagnosisnak ily alapon felállítása egyrészt azon, hogy a beteg rendesen annyira elfogódott, hogy még értelmes egyénnél is nem tiszta, nem világos választ kapunk kérdésünkre, másrészt pedig a betegek sokszor nem emlékeznek pontosan régibb lefolyású bajaikra, s csak a legújabbnak benyomása alatt állva, csak azokra hivatkoznak; már most így lehetséges, hogy rövid fennállású, tehát heveny fogbél-lobra következtethetünk ily anamnestikus adatok után, holott lehetséges, miszerint már pulpitis gangraenosával van dolgunk, vagy hasonló súlyosabb, vagy régibb bántalommal. Ennélfogva *kivánatos, hogy az anamnestikus adatokat inkább a physicalis vizsgálat után, de nem annyira mérvadó ellenőrzésére, mint inkább* további bizonyításra — ha alkalmas — használjuk fel, semhogy arra jól felfogott határozott kórisménket ellapítanók. Az urak emlékezni fognak, hogy itt akárhányszor volt oly beteggel dolgunk, hogy ezeknél mindazt, mit említettem, constatálva találtuk, t. i. hogy egész téves adatokat mondtak, s miután a fogat megvizsgáltuk, egész mást találtunk, mint a mit következtetni lehetett volna az adatok szerint és ismét sokkal több esetben találtuk azt, hogy miután megállapitottuk a kórismét, az utólag szerzett és mintegy a betegnek már eleve előadott kórlefolyási adatokra az elég jól felelt.

Adatok a fehérnye-oldatok átszivárgásához.

Regéczy Nagy Imre tr. tanársegéd és magántanártól.

(Vége.)

Az ellenkező irányú vízáramlat akadályozó hatása még inkább szembe fog tűnni a nehezebben diffundáló anyagoknál, pl. a fehérnyénél. *Brücke* azt találta, hogy a tojáshártyán keresztül a fehérnye csak 48, vagy még több óra múlva kezd átmenni. Saját kisérleteim tömény tojás-fehérnyére nézve szintén ezt bizonyítják, de híg tojás-fehérnye sokkal gyorsabban diffundál. A tömény tojás-fehérnye részecskéi ugyanis nem birják legyőzni azt az akadályt, melyet az ellenkező irányú vízáramlat útjukba helyez, de midőn a diffundált víz által higúlva, az ellenkező irányú vízáramlat többé nem olyan erős, akkor megkezdődik ez ellenében a fehérnyerészecskék áthatolása is.

Híg fehérnye-oldatnál késleltethetjük a fehérnyerészecskék diffusióját azáltal, hogy az oldathoz sót keverünk, vagyis az oldatot sűrűbbé, nagyobb fajsúlyúvá teszük. Ezáltal ugyanazt érjük el, a mi a tömény fehérnye alkalmazásánál a fehérnyerészecskék áthatolását megakadályozta, vagy lassította, u. i. erősebb ellenkező irányú vízáramlás és a fehérnyerészecskék diffusiója ez esetben is akadályozva lesz mind addig, míg a só gyors diffusionalis képességénél fogva a fajsúly-különbség a hártya két oldalán levő folyadékok közt ki nem egyenlítődik, vagy legalább csekélyebb nem lesz.

Ez a felfogás megmagyarázza azt is, hogy miért diffundál a fehérnye könyebben só-oldat, mint destillált víz felé!? Azért, mert ez esetben a fehérnye-oldattal szemközt állított só-oldat az, mely felé az erősebb vízáramlat irányúl, s pedig annál nagyobb erélylyel, minél töményebb a só-oldat, illetőleg minél hígabb a fehérnye-oldat, s e vízáramlat nem hogy akadályozná, ellenkezőleg elősegíti a fehérnyerészecskék áthatolását, épen úgy mint a hogy a fehérnye-oldat oldala felől alkalmazott nyomás is, mely hasonlóképen erősebb hasonló irányú vízáramlatot támaszt, s a fehérnyerészecskék diffusióját elősegíti.

A fenntebbi kisérletek alapján egyszersmind értelmezhető az is, hogy rendes körülmények közt, vagyis egészséges embernél miért nincs alhuminuria!?

Általánosan elfogadott nézet e kérdést illetőleg nincsen.

A vizsgálók egy része azt állítja, hogy a vérben a fehérnye oly állapotban van, melyben se szürődni, se pedig átszivárogni nem képes. E nézet élettani tekintetből fenn nem tartható, mert a különböző szövetek az egész testben a táplálásukra szükséges fehérnyét a véredényekből csakis filtratio és diffusio útján nyerik, s ha a testben mindenütt áthatol a fehérnye a véredények falain, nem lehet belátni, hogy miért ne történnék ugyanez a vesében is.

A vizsgálók másik nagyobb része tehát *Ludwig* után feltételezi, hogy a vese-csatornácskák felhámja akadályozná a fehérnye diffusióját, s így állítólag, míg e felhámboríték ép, addig albuminuria nem lehet. Újabb kórodai tapasztalatok szerint azonban e tétel sem tartható fenn. Sokan észleltek már gyakran fellépő, rövid ideig tartó albuminuriát a vese-csatornácskáknak kétségkívül ép volta mellett. Egy s ugyanazon egyén reggeli vizeletében pl. a fehérnye esetleg nagy mennyiségben volt kimutatható, míg a nappali a fehérnyének nyomát se mutatta; máskor erős testi kimerülés után rövid idővel albuminuria volt észlelhető, mely pár óra alatt már elmúlt. Ez esetek bizonyítják, hogy a vesecsatornácskák ép felhám-borítéka nem akadályozza meg a fehérnye kilépését a vizeletbe, mert albuminuria ép felhám-boríték mellett is létrejön, ha jelen van ama bizonyos még ismeretlen egyéb ok, melytől a fehérnye kilépése épen függ.

Raneberg ez esetek megfejtésére alapította új elméletét, mely szerint ha a vérnyomás alászáll, akkor a fehérnye átszürődik, míg nagyobb vérnyomás mellett az átszürődés nem történhetik meg. Más helyen[1]) már volt alkalmam kimutatni, hogy e felfogásnak természettani alapja nincs, ellenkezőleg egyenesen beleütközik a kisérleteknél tapasztalt tényekbe.

Saját kisérleteim alapján az albuminuria hiányát egészséges embernél a következőképen fogom fel. A húgycsatornácskák belsejében levő igen kis fajsúlyú váladék és a csatornácskák falain kívül levő vér és nyirkfolyadék közt folytonos diffusio áll fenn, mely-

[1]) Adatok a szürődés tanához. M. Tud. Akad. Értekezések.

nek folytán a vese-csatornácskák belsejéből vissza, a sűrűbb vér és nyirk felé erős vízáramlat halad, mely a fehérnyék kilépését megakadályozza, míg a különböző sóknak útját állani nem képes; a sók tehát kifelé, a víz pedig visszafelé áramol, s ezáltal a vese-csatornácskák belsejében levő váladék mindinkább sűrűbb lesz; még pedig annál inkább, minél lassúbb az elválasztás, tehát minél hosszabb ideig marad a váladék a vese-csatornácskákban.

A vese glomerulusaiban a váladék filtratio útján készül ugyan, de mindaddig, míg a vér sótartalma megfogyatkozva nincs, s a fehérnye is a rendesnél hígabb oldatot nem képez, albuminuria nem jön létre; áthatolni csak a víz és a sók, mint könyen áthatolható anyagok fognak. De abban az esetben, ha a vér sói megfogytak, a vér hígúlt, s ezáltal a vérnyomás csökkenése mellett még az elválasztás gyorsasága is csekélyebb lett, a váladéknak a vese-csatornácskákban való hosszabb időzése lehetővé teszi, hogy a nagy fajsúlykülönbség a csatornákban és a körültük levő folyadék közt kiegyenlítődjék, vagy legalább kisebb legyen, s ezzel megszűnik az ok, mely miatt a vér rendes sótartalma és sűrűsége mellett azelőtt a fehérnye ki nem léphetett, u. i. a visszafelé irányuló erős diffusionalis vízáramlat, s ép vese-felhám mellett szintén fellép az albaminuria.

E tételt bővebben fejtegetni azonban a jelen értekezés keretébe már nem tartózhatik; a felhozott nézetet itt csak jelezni akartam, annak bizonyítását későbbre tartván fenn.

A budapesti kir. orvosegylet rendes ülése 1884. január 12-kén.

— *Kenézy Gyula* tr. bemutat 27 évcs nőt, kinél második szülése után $3^1/_2$ órával *tüdőütér-tömülés* lépett fel, melyet a bemutató a betegnél régebben fennálló kéthegyű billentyű elégtelenségéből származtat ugyan legnagyobb valószinűséggel, ennek eredése azonban a méhből egészen ki nem zárható. Beteg 30 nap múlva gyógyultan hagyta el a kórodát.

— *Dubay Miklós* tr. bemutatja azon *delejvasból készült úgynevezett armaturát*, melyet párisi ideg-gyógyászok az idegbántalmakban szenvedők kezelésénél használni szoktak.

— *Stern Samu* tr. mutat be több apróbb *echinococcus tömlőt*, melyeket egy, az egyetemi II. belgyógyászati kórodán fekvő 28 éves nőbeteg, ki májtályogban és máj-echinococcusban szenved, a tályog tartalmával együtt hányadékában és székletében kiürített, valamint bemutat több igen apró epekövecskét, melyek a székeletben találtattak ezen betegnél.

— *Kézmárszky Tivadar* egy kis tenyérnyi, kerek, lapos, fakószinű véralvadékot mutat be, mely a *hydrorrhoea gravidarum aetiologiáját* illustrálja. Egy másod ízben terhesnél a negyedik hónapban vetéléssel fenyegető ismételt vérzések támadtak, melyek hosszabb idő múlva, körülbelül a terhesség közepe táján szűntek meg, s zavartalan egészségi állapotnak engedtek helyet. A hetedik hónap közepe felé alvás közben jókora mennyiségű víztiszta folyadék ömlött ki hirtelen a nemi részekből, s ezek az ömlések egy héten át ismétlődtek, anélkül, hogy szülfájdalmak támadtak volna, s e közben a méh észrevehetően kisebbedett. A folyadék mennyisége a terhes becslése szerint annyit tehetett ki, mint a mennyi egy éjjeli edénybe fér. Jan. 12-én vizelés közben a fennt leírt alvadék esett ki a nemi részekből, mire a folyás megszűnt. Az alvadék nyilván régi eredetű, s kétségenkívül a negyedik hónapban mutatkozott vérzés közben képződött. Hasonló szinvesztett alvadékokat elég gyakran találni a pete külső felületén, ha a terhesség alatt vérzések mutatkoztak; felette ritka ellenben, hogy ilyen régi véralvadék kiürül, anélkül, hogy szülési tevékenység lépett volna fel. Mialatt a hydrorrhoea gravidarum a szerzők szerint endometritis decidualis catarrhalisnak köszöni eredetét, oly módon, hogy a savós váladék a decidua és a chorion közt meggyülve, lassankint sülyed, míg a méhszájon ki nem ürülhet; addig a szóbanlevő esetben a bemutatott alvadék képezte az ingert, melynek folytán savós átizzadás jött létre a deciduából, a folyadék sülyedt és a méh falának növekedése alatt úgyis meglazúlt alvadékot lassankint magával vitte, míg az utóbbi is a méh-szájon átcsúszhatott. Feltéve, hogy több hasonló alvadék nincsen a méhben, az várható; hogy a takáros kifolyás ezután meg fog szűnni.

— *Babes Victor* tr. *azon vesebántalmakról tart előadást, melyek microorganismusok jelenlétéhez vannak kötve.* Azon eseteken kívül, melyekben valamely általános fertőzési betegségnél a belső szervekben bacteriumok találtatnak, anélkül, hogy e szervek részéről kórtünetek lennének jelen, vannak esetek, melyekben valamely fertőző betegség folytán a vesében microorganismusok oly számban és oly elrendezésben telepednek le, hogy annak következtében jellemzetes heveny veselob lép fel. Az esetek egy harmadik csoportjában fertőzési tünetek nélkül lefutó oly heveny veselobbal van dolgunk, melyben a vese szöveti változásai microorganismusok által okoztatnak. Az első helyen említett eseteket illetőleg megjegyzendő, hogy ha valamely fertőző betegségnél a belső szervekben bacteriumok telepednek le, azoknak kedvencz székhelyét a vese edényei képezik. Az itt található microorganismusok többnyire megegyeznek azokkal, melyek magára a fertőző betegségre nézve jellemzők, néha azonban különbözők, így hogy ha pl. hagymázos fekélyek pörkein keresztül micrococcusok kerülnek a szervezetbe. Hasonlóképen leprosus vagy gümőkóros, sőt rákos roncsolási góczok edényeiből kiindulólag a külvilágból juthatnak a szervezetbe, s így a vesébe. A genyvérűségnél a vesében nem mindíg egy és ugyanazon microorganismus található. Vannak genyvérűség esetei, melyekben micrococcusok, s mások, melyeknél pálczikák, vagy fonalak találtatnak; sőt ritka esetekben 2 különböző bacteriumfaj találtatik egy és ugyanazon esetben a vese különböző tájain. E microorganismusok vagy a szomszéd szövet bántalmazása nélkül töltik ki a vese edényeit, vagy a szövet nagyobb-kisebb fokú kóros változását idézik elő.

A microorganismusok rendesen a vesének arra alkalmas edénykészüléke által a húgygyal kiüríttetnek; míg más esetekben, nevezetesen hogy ha a vese előzetesen meg volt betegedve, azok a vese edényeiben visszamaradhatnak és helybeli ingert képeznek.

A bacteriumoknak a húgy által történő kiválasztását[1]) előadó Cornil tr-ral együtt tett kisérletek által bizonyította be, s azok visszamaradásának okát oly kisérletek alapján mutatta ki, hogy állatoknál előzetesen (mérgezés vagy alákötés által) könyű vesebetegséget idézett elő, a mire az azután létrehozott fertőzésnél a vesék nagyfokú bántalmazása állott be, mi az ott roppant számban letelepedett microorganismusokkal volt összefüggésben. Hasonló módon értelmezhetők, nevezetesen bizonyos vese-bántalmak, melyek a gyermekágyban vagy azután támadnak, úgyszintén mint azok, melyek 2 egymásra következő fertőző betegség után jönnek létre. Előadó erre nézve eseteket közöl.

Egyszerű fertőzési bántalom után sokszor oly veselob fejlődik, melyben bacteriumok hiányoznak; ily betegségek lefolyása alatt azonban a húgyban gyakran nagy mennyiségű bacteriumok vannak; valószinű, hogy ezek a szervezet által választattak ki, s hogy ezen folyamat idézte elő a vese megbetegedését. A húgyban talált bacteriumoknak a szervezetetből származása azonban az embernél — a gümőkóros bacilluson kívül, melynek származását a szervezetből kimutattam — más fertőző betegségeknél kimutatva nincsen.

Előadó erre oly esetek leírásához tér át, melyekben önálló, igen hevenyen lefolyó veselobnál úgy a húgyban, mint a vesében is roppant számmal jellemzetes bacteriumok voltak; továbbá oly esetekre, hol valamely általános fertőzésnél a fertőző virus a vesében helybelisedett, s hol ennek folytán a fertőzés a vesebántalom elől háttérbe szorúlt, vagy általában életben nem volt kórismerhető. Ide tartoznak az orbáncz, vörheny, meningitis cerebrospinalis és főleg a sárga láz esetei. Mlnd ezen esetekben a húgyban azokhoz hasonló microorganismusok voltak jelen, melyek n vesebántalmat okoztak.

B. vizsgálataiből kitünik, hogy microorganismusok, nevezetesen oly vesebántalmaknál találhatók nagy számmal, melyek igen hevenyen folynak le.

E bacteriumok lehetnek nagy vagy kis micrococcusok, diplococcusokat, s többnyire az edényeket eldugaszoló rögöket képezve; lehetnek különálló diplococcusok, s apró vagy hosszú lánczok, melyek gombolyag alákjában töltik ki az edényeket. Vánnak esetek, melyekben az edények pálczikák vagy leptothrix-szerü fonalak által vannak eltömeszelve, nemcsak a véredényekben, hanem bizonyos alakoknál a nedv-utakban, s vagy a vesecsatornák hámjában vagy ürében is székelnek.

A leírt esetek mindegyikében a szövetváltozások, melyek a vesebántalom tüneteit okozzák, a microorganismusok telepeivel ok-

[1]) Ezt Balogh tnr. vörhenyes betegek vizeleteiben találta először, s le is írta, valamint a kísérleteket is, melyeket ez irányban tett.

beli összefüggésben vannak. Az esetek nagy számában a microorganismusok által elfoglalt edények körül üvegszerű necrobiosis, másokban körülírt kötszöveti lob és megint másokban necrobiosis és lob fejlődik. Sokszor a bacteriumok bizonyos edénycsoportokat foglalnak el, a mikor azok közt nagyobb lobos góczok lépnek, melyek néha elgenyednek, vagy oly módon esnek szét, hogy azok központi része tisztán microorganismusok roppant halmazai által képeztetnek. A microorganismusok csoportosulása olyan is lehet, hogy ezáltal körzeti ékalakú góczok támadnak, melyek kis haemorrhagikus infarctusoktól leginkább azáltal különböznek, hogy bennük is bacterium-invasio, s ennek folytán nagyfokú heveny lob támad. Máskor a bacteriumok hatása amellett, hogy körülettük lob lép fel, erőművi is.

Ezt kell pl. akkor feltételezni, hogy ha azok a glomerulus vas afferensét töltik ki, mint gyakran a sárga láz után fejlődött bántalomnál, vagy hogy ha az edények falzatát nagy terjedelemben bélelik ki, mint egy leírt esetben, melyben diplococcusok roppant számban voltak a keringő vérben, s nevezetesen a fehér vértestecsekben.

Egyes esetekben, nevezetesen oly esetben, melyben heveny veselobnál a húgy által nagy számú leptothrix-szerű fonalak üríttettek ki, melyeknek eredete a veséből, a vese szöveti vizsgálata által van bebizonyítva, ezen bacillusokat a húgyban a test hőmérsékénél lehetett tenyésztetni. A tiszta alak, állatokba beoltva, többnyire általános fertőzőtüneteket idéz elő, s az állatok hugyában ugyan e fonalak jelentek meg.

Végre előadó azon ohajának ad kifejezést, miszerint az általa követett vizsgálatok kórodai szempontból egészíttessenek ki, s hogy fertőzőbetegeknél a húgy az azokra jellemző bacteriumokra vizsgáltassék meg.

Előadás után *Kétli Károly* tr. említi, hogy a fertőző bántalmak után fellépő vesebajoknál neki többször volt alkalma a friss vizeletben számos bacteriumot találni, a mi az előadó által felemlített bacterinm-invasio lehetősége mellett látszik bizonyítani. A további kisérletek és vizsgálatok e tárgyra nézve nézete szerint oda irányítandók, hogy a vese és vizelet szorgos vizsgálata által kideríttessék, valjon különböző bántalmaknál különböző bacteriumok találhatók-e, melyek azonban ugyanazon bántalomnál mindíg ugyanazok. Előadótól végre az iránt kér felvilágosítást, hogy az általa leírt meningitis cerebrospinalis esetében az életben voltak-e microorganismusok a vizeletben kimntathatók?

Ángyán Béla tr. említ egy általa észlelt esetet, hol heveny Bright-kóros betegnél a vizeletben számos, a leptothrix-alakkal biró bacteriumot látott, melyek a vesebaj javúltával arányosan fogytak, s a gyógyulás után végképen eltűntek a vizeletből.

Babes Victor tr. felhozza, hogy a scarlatina után fellépő veselobnál, 1—2 esetet kivéve, soha sem látott bacteriumokat, de annál többet — diplococcus-alakban — a scarlatina alatt a vizeletben. A meningitis cerebrospinalis esetében már az életben nagy számú micrococcust talált a vizeletben. Ángyán által említett leptothrix-alakokat egy előadott esetében ő is látta nagy mennyiségben.

KÖNYVISMERTETÉS

Die Geburt bei den Urvölkern. Von Dr. G. J. Engelmann in St. Louis. Aus dem Englischen übertragen von Dr. C. Hennig. Bécs, 1884. W. Braumüller kiadása. Nagy 8-rét, 197. l., a szöveg közé nyomott 60 fametszetü táblával.

Engelmann ezen munkáját 1882-ben írta, s Hennig jó szolgálatott tett, hogy azt német nyelvre lefordítva, a közép-europai orvosoknak hozzáférhetőbbé tette. Felettébb érdekes látni azon helyzeteket, melyeket a vad népek női, szülés alkalmával elfoglalnak. Különbözők azok a medencze alkata, alakja és a gyermekfej állása szerint. Szülés alkalmával majd ülnek, kuczorognak, térdelnek, majd hason feküsznek azok, s ezen helyzetek czélszerűségét tagadni nem lehet. Helyzetüket a szülés időszakai szerint változtatni szokták, s a szülések természetszerűen, külső erőművi befolyások nélkül gyakrabban fordúlnak elő mint cultivált népeknél. Kiváltkép pedig az északamarikai indián és az afrikai néger nők között a szülészeti képzettség igen előrehaladt fokon áll. Nemcsak a közönséges szüléseknél megkívántató szolgálattevéshez értenek ők, hanem kiváló ügyességet tanúsítanak a magzat rendellenes fekvéseinek külső kézfogások segélyével megigazításában is. Műveleteiket, így a masszálást és nyomást látva, felettük mosolyogni lehet ugyan, az eredmény azokban javukra szól; mert nemcsakhogy a szülés jó kimenetelét a legtöbbször elérik, hanem ezenfelül gyermekágyi láz, méhbajok és a petefészek gyuladásos bántalmai náluk felettébb ritkán észlelhetők. A szerző kiterjeszkedik a félművelt népek szülési viszonyaira, s adatai a szülészet ismeretes fejlődésére nézve felettébb becsesek. Azonban habár e munka az orvost a szülészet története szempontjából szintén érdekelheti, első sorban ethnologiai szempontból van annak nagy jelentősége, s ennek egy fejezetét lényegesen gazdagítja, nemkülönben rendszeres egészszé alkotja.

—c..

LAPSZEMLE.

N—l. Heveny bűzös empyema esete; műtét, gyors gyógyulás.

G. Buchanan által a »Glasgow Med. Journ.« 1883. 2. sz. közölt és Bidder A. által a f. é. Centralblatt 14. sz-ban előadott heveny, bűzös empyema esetéhez Frantze hasonló érdekes esetet közöl röviden. 13 éves, azelőtt egészséges leányka körülbelül 1883. jan. 1-én megbetegedett (a kórtörténet nagyon tökéletlenül tartathatott meg) lázzal, a bal mellkasban fájdalmakkal, nehéz légzéssel, nyúlós genyes, s nem bűzös köpetű köhögéssel, melyekhez mindinkább éjjeli izzadás és az erők gyengülése csatlakozott. Kórházba vitele alkalmával jan. 21-kén 64 légzési szaporaságot, kékkórt és nagy összeesettséget külölt. Hő 38·0. A bal mellkas kidomborodott, s 2 cm-rel terjedelmesebb mint a másik; mellfelül tompulat, a 4-ik borda közt fekvő, míg a 3. bordánál ülő helyzetben; hátulról a tövisalatti ároktól kezdődve, megfelelő hallgatózási tünetekkel. A jobb tüdő felett mindenütt teljes kopogtatási hang, a clavicula alatt érdes szörty-zörejek és úgy mellül, mint hátul pleuritikus dörzs-zörejek. A szívhangok rendesek. A köpet nyálas, genyes, szagnélküli. Miután a kórjóslat a próba-punctiora látszólag rosznak mutatkozott, csak szivattyúzás tétetett a Rassnussen-féle készülékkel, mely által körülbelül 1500 gm-nyi, szürke, csatornavízhez hasonló, igen bűzös szagú folyadék üríttetett ki a bal mellkasból. Erre az érverés 132—136, légzés 64, esteli hőmérsék 38·2. Jan. 22. Úgy az esteli, mint a reggeli hőmérsék 38·0, érverés 132, légzés 48. Jan. 23. Közérzet valamivel jobb, érverés, légzés és hőmérsék, mint elébb. Meglehetős köhögési inger. A szúrt sebből kevés bűzös geny jön, s e miatt jan. 24-én chloroform-narcosisban a 10-ik bordaközben hátfelé bemetszés a fenntemlített folyadék nagy mennyiségének kiüritésével; telitett salicylsavas vízzel kiöblítés, mígnem az egész tisztán és szagtalanúl foly ki; a sebre iodoform; $6\frac{1}{2}$ cm. hosszúságú drain; terjedelmes 4%-os salicylsavas kóczkötés, a mellkason körös-körül a hónaljaktól a csíptarajokig. Hőmérsék este 37·5. Ettől kezdve az esteli hőmérsék még csak kétszer 37·7, illetőleg ezenkívül soha sem 37·5 felett. Jan. 26., pulsus 116. Légz. 48, bűzös szag. Első kötésváltoztatás. Kiöblítés. Jan. 30. Második kötésváltoztatás. Kiöblítés. A víz úgyszólván egész tisztán jön vissza. Többé bűzös szag nincs. Pulsus 120. Légz. 32. A jobb mellkasban nincsenek dörzszörejek. Jó közérzet. Jó étvágy. Beteg fel akar kelni. Febr. 5. Harmadik kötésváltoztatás; a kiöblítésnél nincs geny. A metszés jól sarjadzik. Febr. 10. A jobb kulcs-alatti crepitatio megszűnt. Beteg igen jól érzi magát. Febr. 14. Negyedik kötésváltoztatás. 21-dik nap a műtét után 6 cm-nyi sipoly vezet ferdén felfelé a 10. borda alá, a drain-t szorosan körülövedzve. Már nem lehetséges többé vizet a mellhártyaürbe bejuttatni. Biztosításúl a drain meghagyatik. Mart. 6. Ötödik kötésváltoztatás. Drain kihagyatik. Beteg arczban meghízott. Mart. 14. A metszés több nap óta begyógyúlt. April 4. A gerincz-oszlop bal felé kevéssé homorú, s a bal mellkasfél $31\frac{1}{2}$, míg a jobb $34\frac{1}{4}$ cm. kerületű. A tompulat baloldalt hátul és alúl 3 újjnyi széles, míg jobb oldalt $1\frac{1}{2}$ újjnyi. Légzés mindenütt rendes, csak bal oldalt alúl egy kissé gyengült. Beteg gyógyúltan elbocsáttatott.

TÁRCZA.

Heti szemle.

BUDAPEST, *1884. január 17-dike.*

— **A gyomor behatása a kórnemző szervezetekre.** Alig vannak az ember és az állatok egészségére veszedelmesebb coccusok és bacteriumok, mint a melyek az érett sajtban fölös számmal találhatók, s az ily sajtot az emberek mégis mint élvezeti szert kedvelik és megeszik. Úgyszintén a növénysejtek protoplasmájában igen veszedelmes természetű microorganismusok vannak, s mind ennek daczára azokat az emberek minden baj nélkül élvezhetik. Ezek nagy ellentétek, a tényeket azonban tagadni nem lehet, s így kutatnunk kell ezeknek okát, ekként pedig megfejtését. Voltak, a kik az elkészítés módját, például a főzést, a sütést tekintették a kórnemző szervezetek ható- és fejlődőképességének megsemmisítőjeként. Ezen az úton azok ártalmatlanná tehetők ugyan, de mindez csak oly esetben jöhet tekintetbe, midőn alkalmazásba hozatik; míg ellenben sem a sajt sem a nyers növényrészek az egészséget nem rontják meg, úgy hogy az ember az ártalmatlanná tevés más útjainak keresésére is utalva van. S voltak buvárok, kik a borszeszt tartották azon szernek, mely a táp- és élvezeti szerekben jelenlevő apró szervezetek kórnemző képességét elveszi; a vizsgálatok azonban mutatták, hogy a portoi bor 22—26%-nyi, továbbá a cognac 60%-ot meghaladó szesztartalommal a szóbanlevő szervezeteket fejlődésükben és szaporodásukban nem akasztja meg, sőt vannak közöttük oly coccusok és bacteriumok, melyek az említett erős szeszes italokban hónapokon át megélhetnek. Akárhányszor nem öli meg azokat a chinin, nem a kámfor, a carbol, a chloralhydrat, vagy a calomel; továbbá csak lassú befolyással van rájuk a morphium, az ebvészmag vagy a chloroform. Ezt többek közt Nedwetsky 1872-ben cholerásaknál található bacteriumokra nézve bebizonyította, míg mások más coccusokon és bacteriumokon tettek ehhez hasonló tapasztalatokat. Másrészről azonban a chloros víz, a brom, a iod, a kénsavas vasélecs, a maró higanyhalvag, a csersav, továbbá az ásványsavak, mint a kénsav, légenysav és a sósav a szóbanlevő apró szervezeteket megölik, még pedig az utóbbiak igen hígított oldatban is.

E körülmények vezettek azon feltevésre, hogy az ember ama apró szervezetek hatóképessége megsemmisítésének helyét az egészséges gyomorban, nevezetesen ennek emésztőnedve savában, s talán még a pepsinben keresse. A kisérletek annyit mindenesetre mutattak, hogy gyomorban a részletes bomlásban levő anyagok, milyen például a sajt, azon folyamatukban egyszerre meggátoltatnak, s a további emésztés úgy megy véghez, mintha azok teljesen romlatlanok lettek volna. A gyomornedv ezen hatása azonban nem látszik feltétlennek vagy épen teljesnek lenni. A gyomornedv azon apró szervezeteknek fejlődését csak bizonyos mértékben akadályozza meg, vagy épen csak felfüggeszti, illetőleg módósítja.

A belekben közvetlen a szülés után coccusok és bacteriumok egyáltalában nem találhatók, míg az élet harmadik vagy negyedik napjától kezdve azokban és az ürülékekben nagyobb számmal jelennek meg, s azután egész a halálig többé nem hiányoznak. Kezdetben a levegővel jntnak azok az újszülött szájába, illetőleg orrába, mely üregekből a nyálkával, illetőleg a nyállal lenyeletnek; később pedig a tápszerekkel egy időben vitetnek be. S minthogy ezek a belekben szaporodnak, életképességüket a gyomornedv a gyomron keresztül haladtukban nem változtatta meg; habár megengedhető, hogy ártalmatlan voltukban a gyomornedvnek meg van a maga része.

Azok, a kik a hasi hagymázt meg a cholerát apró elősdi szervezetekkel okozatos kapcsolatba hozni jónak látják, akként okoskodnak, hogy ezeknek fejlődése és hatása a gyomornedv savassága által felfüggesztetik, minélfogva a gyomor falát nem befolyásolják; mint azonban az égvényes kémhatású bélbennékbe jutnak azok, lassankint feléledhetnek és új erőre juthatnak. Ha ez teljes, akkor a bél falára gyakorolják hatásukat, továbbá ezek kötszövetén és véredényein át az egész szervezetben szétterjednek. Hatásuk pedig attól függ, hogy a gyomornedv sava, s talán pepsinje által mennyit szenvedtek, mennyiben módosúltak, valamint a belekben mennyire nyerik vissza eredeti erejüket. Így a gyomornedv legtelje-sebb hehatása esetében ártalmatlanokká lehetnek, mig máskor csak kisebb nagyobb részben veszítik el ártalmas hatóképességüket; esetleg pedig a gyomornedv csekély mennyisége vagy épen csekély sav-, illetőleg pepsintartalma következében hatástalan maradt reájuk. Így midőn éhes vagy beteg gyomorba jutnak a coccusok és bacteriumok, hatásuk legveszedelmesebb lehet.

A gyomornedv saviságának a coccusok és a bacteriumok fejlődésére gyakorolt hatása arra vezet, hogy vizsgáljuk, valjon a gyengébb savaknak mily hatása van. Így a borkősav 1%-kos oldata az élesztőt megöli, a bacteriumok életét azonban nem befolyásolja; míg 5%-osnál töményebb oldatban úgy a penészgombák mint a bacteriumok életét megsemmisíti. Ily töménységű borkősav majdnem oly biztosan fertőztelenít mint a maró higanyhalvag 0·02%-os oldata, mely a bacteriumokat 10 percz alatt teszi életképtelenné, vagy mint a kén-dioxyd, mely ezen hatást 30 percz alatt eredményezi. Hatásosabb az, mint az 5%-os carbololdat, mely 24 óra alatt öli meg a bacteriumokat, vagy mint a horganychlorid 5%-os oldata, melyben a bacteriumok egy hónapon át is megélhetnek. Körülbelül hasonló mint a iodnak 0.02%-os, vagy a bromnak 0.1%-os vizes oldatai, melyek a chloros vizet túlhaladják, minthogy ebben két nap elteltével is találhatni még bacteriumokat. Erősebb hatású uint a mészchlorid 5%-os oldata, melyben élő bacteriumok tíz nap múlva is vannak. A chlorsavas kalium, benzoesav és a benzoesavas natrium pedig épen hatástalanok, s hogy ezeket fertőző betegségekben netán eredményesen rendelték, e hatásukat egyáltalában nem lehet bacteriumölő képességükkel összeköttetésbe hozni, valamint a chinin hatását sem. Ellenben az illó mustárolaj, a borsosmenta, nemkülönben a szegfűszeg olaja, úgyszintén a terpentinolaj a bacteriumok fejlődését még hígitott oldatokban is nagyon akadályozzák. A kisérletek, melyek diphtheritikus, vagy más fertőzőbántalmak eseteiben terpentinolajjal történtek, legnagyobb figyelmet érdemelnek; valamint midőn a régi orvosok a borkősavat lázas betegségekben adták, nem csupán a hőmérsék csökkentésére folyt az be, hanem azoknak okbeli tényezőjére is gyakorolhatott befolyást, s a borkősav hatása mindenesetre újabb tanúlmányt, s ennek alapján javalatainak újabb megbirálását igényli.

Azonban ki kell emelnünk azt, hogy midőn fertőztelenítő anyagoknak a szervezetben hatását tanulmányozzuk, ennek megértésére nem elegendő annak tudása, hogy azok a coccusok és bacteriumok életét, fejlődését és szaporodását miként befolyásolják; mert még azon esetben is, ha ezeket a fertőző betegségek okbeli tényezőjének tekintjük is, bármely szernek fertőztelenítő képessége nemcsak a bacteriumokra gyakorolt hatásától, hanem a szöveteknek általa történő befolyásolásától is függ. Így lehetnek fertőztelenítő szerek, melyek az állítólagos kórnemző élősdiekkel szemközt hatástalanok ugyan, a szöveteket azonban úgy befolyásolják, hogy ezek amazok hatásának ellenállani képesek.

— **Szegény-lakások hiánya városokban.** A nagy városokban a szegényebb osztályok számára szolgáló lakásokban mind nagyobb hiány mutatkozik, minek okát részben a munkásosztálynak folytonos nagy szaporodása okozza, úgy hogy például Londonban évente körülbelül 60000-rel szaporodik az ily lakosság. Ámde ebből magából a nagy lakás-szükséget megérteni nem lehet, s kutatva rájövünk, hogy ennek egyik okát a városok egészségesítésében kell keresnünk, mely végett utczák és városrészek leromboltatnak. Való ugyan, hogy ezáltal a városok nemcsak szenyes helyektől, hanem részben a bűn és fajtalanság tanyáitól szabadúlnak meg; azonban a tisztességes életű, szegény munkások és iparosok kiszorúlnak onnét. A rondaság fészkei helyébe oly épületek emeltetnek, hol a régi lakosság, még ennek jobb része sem talál általa megfizethető szállást; ezenkívül tekintetbe veendő, hogy az újonnan épült városrészek házaikba sokszor azon lakosság egy negyedét sem fogadhatják be, mely előbb ottan élt. Ennek azután a következménye, hogy a lakosságnak vagyonos része az eddigieknél téresebb és kényelmesebb, szóval egészségesebb szállásokban él; míg a szegényebb osztályok mindinkább összezsúfolódnak a részükre fennmaradt egészségtelen lakásokban vagy a vagyonosabbak által elhagyott városrészekben. Úgy hogy nagy városok hygienikus javításainak a szegé-

*

nyebb osztályok kevésbé látják hasznát. Ez komoly társadalmi baj, mit Londonban és Párisban, Europa e két legnagyobb városában már nagyon is érezni kezdenek, s irányadó államférfiak beható tanulmány tárgyává kezdik azt tenni. Első sorban is olcsó munkás-lakások épitését vették czélba, de a tapasztalás azt mutatta, hogy ez egy magában nem elég, ha a meglevő városrészek egymás után leromboltatnak, s érvényre kezd emelkedni azon nézet, hogy az egészségesitést a meglevő házak lerombolása nélkül kell keresztül vinni. Össze kell vásárolni a munkások lakházait, s ezeket csatornázás, vízvezetés, szellőztetés, s több hasonló javítások által az egészségre ártalmatlanokká tenni. A meglevőnek javítása mellett, még mindig nagy szükség van új épitkezésekre, melyek a szegény-lakások hiányain egy maguk segíteni nem képesek. Így például Londonban a Peabody-féle munkás-telep, mely nagy terjedelménél és czélszerűségénél fogva mindenkit meglephet, a nagy lakás-szükséglet mellett majdnem elenyészik. Az új-alkotásnak a javító conservativ iránnyal és olcsósággal kell szövetkezni, hogy társadalmunk egyik fenyegető nagy baján segítve legyen.

—s, **Az állatkert elhullott állatai és az egyetemi intézetek.** Hogy az akarat, hazai intézeteink érdekeinek emelésére, nem mindenütt van meg, a hol azt várni lehetne, azon nem lehet csodálkozni, mert ez mindenütt így van, a hol bizonyos érdekek szóbanforognak. Midőn azonban ama szándék hiánya nem magánosaknál hanem közintézetnél fordúl elő, melytől a támogatást várni lehetne, ez oly dolog, hogy a szellőztetést e helyen megérdemli. Az állatkerti igazgatóság az állatkertben elhalt ritkább állatokat első sorban a museumnak szokta beküldeni, mi ellen semmi kifogás se lehet, mert ez ily esetekben hazai intézeteink közül a pártolást első sorban megérdemli. S a museum illető osztálya amaz állatokat el is fogadja, s vagy értékesíti saját hasznára, vagy nem. Így történt az utóbbi hetekben, hogy az állatkertben meghalt nagy elefánt is a museumnak küldetett be, díjtalanul. Ily ritka állatot bármelyik budapesti vagy kolozsvári állattani vagy boncztani intézetünk is szivesen fogadott volna, de ezek számára az ilyen állatot az állatkerti igazgatóság csak nehány száz forintért engedi át (a mint az a jelen esetben egyik intézetünknek kínáltatott is); amaz intézetek szerény évi dolatiója azonban az ilyen nagyobb kiadásokat nem teszi lehetővé. A museum illető osztálya amaz elefántot, minthogy állítólag helye vagy szándéka annak felhasználására nem volt, nemhogy valamelyik egyetemi intézetünknek küldötte volna meg, a mit megtehetett volna, mert hisz pénzébe nem került, hanem eladta nehány száz forintért egy bécsi kereskedőnek. Így azon becses és ritka tananyag, mely intézeteinknek díszére válhatott volna, kiván-dorolt. Pedig az élő állat magyar részvényesek pénzén vásároltatott meg. Mi lett volna tehát, hogy a holt tetem magyar intézetbe kerüljön. De hiába, a museum illető osztálya nyert, s ez elég. Majd vásárol azon a pénzen — bogarakat. Ezek legalább magyar intézetbe kerülnek. Helyén volna már egyszer, ha az állatkerti igazgatóság egyetemi intézeteinket is szemmel kisérné, s a ritkább állatokat azoknak is díjtalanul engedné át. Értékesítjük mi azokat a tudomány érdekében legalább is oly jól, mint a museum, s nagyobb szükségünk van azokra, mert aránytalanul kevesebb dolatióval levén ellátva, nem vagyunk képesek ritkább állatokra nagyobb összegeket fordítani.

— **Gűmő-bacillusok a fülben.** Voltolini tnr. már régebben figyelmeztetett arra, hogy tüdővész eseteiben a középfül genyes hurutja következtében fülfolyás lehet jelen, mely kétféleképen léphet fel. Egyszer a fülfolyás az, mely először megjelen, melyet azután a tüdővész követ; így ha fülfolyáshoz köhécselés csatlakozik, ez mindíg felettébb gyanús, igen veszedelmes jelenség. Máskor a tüdővész mellkasbeli tünetei lépnek fel először, melyeket azután a fülfolyás követ. E bántalom a dobhártya átfúródásával szokott járni, mely leginkább annak legmélyebben fekvő szélén jön első, s részint ezért, részint kicsinysége miatt vizsgáláskor sokszor ki sem vehető; hanem a beteg figyelmezteti arra az orvost, minthogy orrfuváskor szisszenéssel levegő megy ott keresztül. Voltolini a tüdővész és a fülfolyás ezen egybeesése felett sokáig gondolkodott, míg jelenleg annak megfejtésére rájutott. »A Deutsche medicinische Wochenschrift« 2-dik számában ugyanis egy esetről tesz előleges közlést, melyben Brehmer tr., Görbersdorfból, fiatal, erőteljes lengyelt küldött hozzá fülfolyása miatt. E fiatal ember gyógyulóban levőnek

mondotta mellbaját, s mint Voltolini a dobhártya átfúródási helyét kitöltő genyet vizsgálta, ebben úgy alakjukra mint szinhatásukra nézve a Koch-bacillusokhoz hasonló képleteket talált, úgy hogy e szerint a fülfolyás fenntartója azonos lenne a tüdőbeli gűmők állítólagos előidézőjével. Voltolini ezt diagnostikus tekintetben igen fontos leletnek tekinti, mert ha a szóbanlevő fülfolyás mellett a genyes anyagban ily bacillusok találtatnak, ezek következtetést engednek a tüdők állapotára, midőn a többi tünetek még nem fejlődtek ki. Itt azonban nem nyomhatjuk el azon megjegyzésünket, hogy ha már e fülfolyást, valamint a tüdőbeli gűmősödést ily bacillusok eredményezik, miként van az, hogy míg az egyik helyen genyes hurutot, a másikon gűmősödést okoznak. Lehetséges, hogy a tüdők gümőit sem idézik azok elő, hanem csak az ezzel járó hurutot kisérik. E dolgoknak eldöntése nem könyű, s egyelőre megelégedhetünk a jelenlevés tényének megállapításával, míg a további következtetésektől tartózkodnunk kell.

—th. **Thomsen-féle betegség.** Ezen név alatt nehány év óta új idegbántalom foglal helyet a kórtanban, melyet Thomsen magán és családjának több tagján észlelt, s leírt. A betegség főtünete bizonyos izomcsoportok görcsös megmerevedésében áll, mely állapot vagy a mozgás megindításának pillanatában vagy kivitel közben jön létre. Ezen állapot kiséretében egyszersmind az illetőknél izomösszehúzódási érzés lép fel, de fájdalmak nélkül. Ezen megmerevedés múló, s erélyében és gyakoriságában változó ugyanazon egyénnél is. Az említett izom-merevedés által leggyakrabban a végtagok izmai lepetnek meg. A betegek sokszor feltünő ügyetlenséget árulnak el mint a chorea kezdeti szakában. Ha a nyelv izmai vannak megtámadva, a beszéd — főleg eleinte — lassú és akadozó, különösen olyan szavak kiejtésénél, melyek kissé huzamosabb nyelvmozgásokat igényelnek; néha a gégerés görcsös elzáródása lép fel, mi a hangoztatást akadályozza.

Az eseteknek nagy részében ezeken felül az izmok túltengését találjuk, s azok állományának kóros tömöttségét. Az inreflexek legtöbbször rendeseknek találtattak. Az erőművi ingerek behatására változó eredmények észleltettek, mennyiben vagy rendesnek, vagy néha kissé emelkedettnek mutatkozott a visszahatás. A villamos ingerlés hatásáról még elég számú vizsgálatok nincsenek. Az érzések minden neme, valamint az izomerő is teljesen ép, s ezen két tünet az, mely ezen bántalmat főképen elkülöníti más idegbetegségektől.

A bántalom kiváló mérvben öröklékeny, sok esetben pedig az elődöknél valamely idegbetegség mint p. o. nehéz-kór mutatható ki.

A bántalom lényegére nézve a buvárok kétféle nézetet vallanak. Az egyik csoport szerint (Seeligmüller, Erb) az minden valószinűség szerint a gerinczvelő oldalsó kötegeinek megbetegedéséből magyarázható; a másik rész szerint azonban nincs kizárva a körzeti eredet sem. A betegség mind ez ideig a gyógyításnak ellentállott.

VEGYESEK.

Budapest, *1884. január 17-dike. Az 1885. általános kiállítás* egészségügyi szakbizottságának f. hó 15-én tartott ülésén — minthogy a múltkor megejtett szavazás általános szótöbbséget nem eredményezett — Gebhardt tnr. alelnökké, Bruck J. tr. pedig jegyzővé közfelkiáltással megválasztatott.

— *Budapest főváros* tiszti főorvosának január 8-dikával végződő hétről szóló jelentése szerint megbetegedett kanyaróban 37, vörhenyben 14 (meghalt 1), roncsoló torokgyuladásban 8 (megh. 3), croupban 7 (megh. 9), himlőben 3 (megh. 4), hökhurutban 2 (megh. 1), hagymázban 1. — Jan. 15-dikével végződő hétről szóló jelentés szerint pedig megbetegedett kanyaróban 49 (meghalt 4), himlőben 17 (megh. 3), vörhenyben 15 (megh. 3), roncsoló torokgyuladásban 11 (megh. 5), hökhurutban 5 (megh. 1), hagymázban 4 (megh. 2), croupban 3 (megh. 5).

— A kir. m. *természettudományi társulat* f. hó 16-ikán tartotta közgyülését, midőn a felolvasott jelentések mindannyian annak virágzó állapotáról tanúskodtak. A lefolyt évben 336 új tag választatott meg, s így jelenleg a tagok összes száma 5733, kik közül 132 alapító tag (pártoló és örökítő). A múlt évi gyarapodás 6300 frt. A könyvtár pedig 6556 műből áll 13369 darabban, s

arra a társulat múlt évben 1984 frt. 87 kr-t költött. A másodtitkárok egyike, Horváth G. tr., ezen állásáról leköszönt, s ez egyelőre betöltetlenül hagyatott. A kilépő választmányi tagok egynek kivételével, ki végleges visszalépését jelentette ki, újra megválasztattak. Topinard Pál, franczia anthropologus, közfelkiáltással levelező taggá lett.

— *Az orvosi segélyegylet* pénztárába jan. 10—18-ig következő befizetések történtek: Egyenkint 6 frtot: Avarfy Imre, Arad, Dobrovits Mátyás, Pozsony, Kasz Máté, Gyöngyös, Fakk Ede, Szarvas. — Egyenkint 4 frtot: Bartha János, Kolozsvár, Pethő Ernő, Tass, Schönthal Mór, Kőbánya. — Egyenkint 2 frtot: Klasz Pál, Pola, Szkirpán Ambrus, Papina, Rechnitz Dávid, Gy.-Mellék, Hanák Vendel, Csány, Fejér Dávid. Gy.-Szt.-Miklós, Reuss József, Nándorhegy, Rozenfeld Armin, Nyirbakta, Glassner Armin, Szarvas, Kőszegi Ferencz, Mélykút, Renner Samu, Dorogh, Szabó István, Nagyszeben, Rovács Dániel, Hadház, Belky János, Kolozsvárt, Berger József, Körmend, Kövér Kálmán Budapest, Orbay Antal, Jászberény, Grünfeld Zsigmond, Ajka, Reinitz Ignácz, Pacsa. Ruber József, Bihar, Ladányi Alajos, Győr. Összesen 76 frt. Torday Ferencz tr., h. pénztárnok. Budapest, VIII., kerepesi-út 1. sz., nemzeti szinház bérháza.

— *Axmann* tr., az I. sebészeti kórodán második tanszéki segéd Budapest rákosfalvi kerület orvosává megválasztatott.

— *Frerichs* tnr., Berlinben, 1859-diki aprilban neveztetett ki Schönlein helyébe az I. belgyógyászati kóroda igazgató tanárává, minek 25 éves évfordulóját legközelebb meg fogják ünnepelni, s e czélból orvosokból és kereskedőkből álló bizottság alakúlt.

— Dresdenben *egészségügyi museumot* szándékoznak felállítani, melyben mindaz megtalálható lesz, mi az egészség védelmére szolgálhat, így lesznek ott czélszerű lakházak, oskolák, műhelyek, továbbá a betegápoláshoz és a sebesültek részére segélynyujtáshoz megkívántató eszközök, úgyszintén megtalálható lesz mindaz, miből a közönség a tápszereket és élet módját illetőleg okúlhat. A czél az, hogy e museum necsak a munkások és iparosok okulására szolgáljon, hanem ezenfelül buvárokat vizsgálatokra buzdítson.

— Freibergben 11 éves egészséges fiú *diphtheritisben* legközelebb hirtelen megbetegedett, s minthogy diphtheritikus beteggel nem érintkezett, úgyszintén ily betegek a szomszédságban sehol sem voltak, a megbetegedést régi levéljegyekkel hozzák kapcsolatba, melyeket a fiú legközelebb csere útján kapott, s nyelvével történt megnedvesítés után egy könyvbe ragasztott.

— *Jules Ferry*, kevéssel a közoktatásügyi miniszteriumtól visszalépése előtt a facultásokhoz köriratot intézett, melyben azokat véleményadásra felszólítja, valjon nem tartanák-e czélszerűnek a facultásoknak egyetemekké csoportosítását, melyek azután a tudományosság terén üdvös versenyt fejthetnének ki. Franczia-országnak 15 természettudományi, ugyanannyi széptudományi, 13 jogtudományi és 6 orvosi facultása van; ennélfogva ha ezeknek egyetemekké csoportosítása csakugyan foganatosíttatnék, az illető facultások szaporításával 15, vagy a természet-, szép-. és jogtudományi facultások számának csökkentésével 6 egyetemet kellene alapítani; minthogy azonban az orvosi facultások tanulók és tanerők hiányában nem szaporíthatók, a többi facultások számának csökkentése pedig nagy reactiót szülne, a tervezet újításnak életbelépése a legnagyobb valószinűséggel el fog maradni.

—th. Rabuteau tr. feltevése szerint a *cholera* a vérben Straus és társai által Egyptomban legközelebb felfedezett apró szervezetek által előidézett savi erjedés folytán jönne létre.

—th. Marie tr., Charcot kórodáján. *sclerosis lateralis amyotrophicá-ban* elhalt egyénnek agyában a mozgató gyrusokban a nagy loborsejteknek, nemkülönben a fehér állományban a magcsás sejteknek eltünését mutatta ki.

—th. Rabuteau tr. figyelmeztet azon kellemetlenségekre, melyek a betegre háramolhatnak a kénsavas *chinin* és a *iodkalium* együttes adagolásakor. Az ilyen esetben jelentkező emésztési és idegműködési zavarok szerinte azáltal származnak, hogy iod lesz szabaddá, s a gyomornedv pedig szétbontván a kénsavas chinint, iodvegyület származik.

— Múlt évi december végén húnyt el *Holloway* tittenhurst-i kastélyában, Berkshire-ben. 84 évet élt, s csodatevő labdacsok és kenőcsök gyártásával és eladásával foglalkozva, körülbelül három millió sterling fontot szerzett; azonban bármiként vélekedjünk a

titkos szerekkel történt üzérkedése felett, meg kell vallanunk, hogy vagyonának tetemes részét már életében nemes czélokra használta fel. Először is 1873-ban 250000 sterling fonton Windsor közelében üdülő elmebetegek részére sanatoriumot állított fel, mely egyetlen a maga nemében. Kies fekvésű helyen méltóságteljes épület az, mely mindazzal, mi a beteg kényelmére szolgálhat, s mi ezeknek kedélyét javítja, a leggazdagabban és legczélszerűbben fel van szerelve. Midőn pedig felesége meghalt, nők számára collegiumot alapított, melyben azok felsőbb oktatásban részesülnek. Annak alapkövét Mount-Lee-n, az előbbi intézet közelében 1879. septemberben tették le, s az épület jelenleg befejezéséhez közel áll. Az építkezés tetemes költségein kívül a boldogúlt még alapítványokat tett a tanárok fizetésére és húsz ösztöndíjra. Holloway a két intézetre körülbelül egy millió sterling fontot költött. Szabadelvűsége mellett szól pedig, hogy a nőcollegiumba a felvétel valláskülönbség nélkül történik, s ott a kormányzók egy részének nőknek kell lenniök.

— Az *augol orvosok* között, kik 1883-ban elhúnytak, kettő volt 95, kettő 94, kettő 92, egy 91, egy 89, három 88, három 87, öt 86, kettő 85, három 84, négy 83, egy 82 és négy 90 éves.

— Alexandriában m. é. december 26-dika, míg Egyptom többi részeiben ugyanazon hó 19-ike óta cholerahalálozás nem fordúlt elő.

Szerkesztői levelezés.

Tisztelt előfizetőinkhez. Tisztelt ügyfeleinket kérjük, hogy az előfizetések beküldése alkalmával neveiket tisztán, jól olvashatólag legyenek szívesek kiírni, mert csak így lehet a neveknek nemhelyes irásából származó nagyszámú reclamatióknak elejét venni.

F. D. tr. úrnak Gyergyó-Sz.-Miklóson. Legyen szíves az országos központi oltóintézethez (VIII. Stephania szegény-gyermekkórház, üllői út és gólya-utcza sarkán) fordúlni.

R. M. tr. úrnak Devecseren. Két forint évi díj lefizetése mellett. Tessék a segélyegylet pénztárnokához, Torday Ferencz tr. úrhoz fordúlni. (Budapest, VIII., kerepesi-út és a museum-körút sarkán a nemzeti szinház bérháza.)

HETI KIMUTATÁS

a budapesti sz. Rókushoz czímzett közkórházban 1884. jan. 10-től egész 1884. jan. 16-ig ápolt betegekről.

1884.	felvett			elbocsátott			meghalt			visszamaradott					
	beteg			gyógy			beteg			beteg					
	férfi	nő	összeg	férfi	nő	összeg	férfi	nő	összeg	férfi	nő	szülőnő	gyermek	elmekór	összeg
jan. 10	33	22	55	32	19	51	3	4	7	897	635	14	6	56	1608
„ 11	35	24	59	27	4	31	4	4	8	902	650	15	6	55	1628
„ 12	35	25	60	61	18	79	2	—	2	878	654	15	6	54	1607
„ 13	31	21	52	29	22	51	3	7	10	878	648	14	4	54	1598
„ 14	56	22	78	60	31	91	4	2	6	871	637	13	4	54	1579
„ 15	44	32	76	33	28	61	1	4	5	883	636	15	4	51	1589
„ 16	41	26	68	36	15	51	5	7	12	881	637	15	5	56	1594

Előfizetési felhívás

az

„ORVOSI HETILAP“

1884. évfolyamára.

Az »ORVOSI HETILAP« megjelen minden héten legalább egy íven; mellékletei, a »Szemészet«, s a »Közegészségügy és törvényszéki orvostan« pedig minden két hónapban egyszer legalább egy-egy íven adatnak ki.

ELŐFIZETÉSI DÍJ.

Egy évre Budapesten vagy vidéken **10** frt. — kr.
Fél » » » » **5** » — »
Negyed » » » » **2** » **50** »

Az orvos- és gyógyszerész-hallgató urak az előfizetési ár felét fizetik.

Előfizethetni minden kir. postahivatalnál, Budapesten a szer-

kesztőségnél (nádor-útcza 13. sz.) és Kilián György könyvkereskedésében (váczi-útcza, Drasche-féle ház).

Könyvkereskedőknek náluk történt előfizetések után % nem adatik, s az ügyfelek kéretnek, hogy előfizetéseiket közvetlenül a postán adják át.

PÁLYÁZATOK.

A *boros-jenöi járási kórház* orvosi állása üresedésbe jövén, arra ezennel pályázat nyittatik.

Pályázók csak orvostudorok lehetnek, a kik legalább két évi orvosi gyakorlatot igazolhatnak.

Az orvos évi fizetése 600 frt, szabad lakás és 10 öl kemény tűzifa.

Felhivatnak ennélfogva pályázni ohajtók, hogy ebbeli folyamodványaikat folyó évi február hó 5-éig alólírott kórházi elnökhöz (Arad-megye, Boros-Jenő) annyival is inkább bemutassák, mivel az azon időn túl befolyt folyamodványok tekintetbe nem fognak vétetni.

Boros-Jenő, 1884. január hó 2-án.

3—2 *Czirán*, kórházi elnök.

Békés-megye, szarvasi szolgabirói járáshoz tartozó Szt.-András nagyközségben, az orvos elhalálozása folytán a községi orvosi állásra pályázat hirdetik.

Ezen halottkémi teendőkkel is összekötött orvosi tiszt, évi illetménye 500 frt. készpénz, s ezen felül a községi képviselet által egyes gyógyitásokért szabályozott díjjak.

Pályázók felhivatnak felszerelt kérvényeik alólírt szolgabirósághoz f. évi február 1-éig beadni.

Orvostudoroknak az 1871. XIV. t. cz. 143. §. értelmében előny biztosittatik.

Szarvas, 1884. január hó 8-án.

3—2 *Salacz Ferencz*, szolgabiró.

Vadász, Talpas, Bel-Zerma és Apati községekből alakított XIX. számú *Vadász*-község székhelylyel biró egészségügyi körben az ott alkalmazva volt orvosnak, járási orvossá történt megválasztása következtében lemondása folytán a körorvosi állás üresedésbe jövén, annak választás útjáni betöltése f. évi február hó 4-én d. e. 10 órakor Vadász községházánál foganatosittatni.

Pályázni óhajtók felhivatnak, hogy az 1871. XVIII. t. cz. 74. §-a értelmében felszerelt a magyar- és román-nyelv tudását igazoló okmánynyal ellátott kérvényüket f. évi február hó 3-ig a Kis-jenői szolgabirói hivatalhoz annál bizonyosabban adják be, mivel az ezen határidőn túl beérkező kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

A körorvos évi javadalmazása a négy községtől 600 frt., beteglátogatásért esetenkint 20—40 kr., végre Vadász-községben mint az egészségügyi kör székhelyén a halottkémi vizsgálatot teljesiteni köteles lévén, ezen vizsgálatok után esetenként 20 kr. dijjazást nyer.

Kis-Jenő, 1884. január 8-án.

3—1 *Péczely*, szolgabiró.

A szegedi m. kir. bábaképezdénél rendszeresített és f. évi márczius hó 1-től 2 év tartamára betöltendő tanársegédi állomásra, melylyel 500 frt. évi fizetés, szabad lakás, fűtés és világitás van összekötve, ezennel pályázat hirdettetik. A kellően felszerelt, 50 kr-os bélyeggel ellátott és a nagyméltóságú vallás- és közoktatásügyi m. kir. ministeriumhoz intézett folyamodványok f. évi február hó 1-ig hozzám nyújtandók be.

Budapest, 1884. január 10-én.

3—1 *Dr. Mann Jakab*, a szegedi m. kir. bábaképezde igazgató-tanára.

Bács-Bodrogh-vármegye felső II. szolgabirói járásához tartozó B. Madaras-községben lekoszönés folytán megüresedett község orvosi állomásra ezennel pályázat hirdettetik. — Ezen állomás jövő 1884. évi február hó 11-én d. e. 10 órakor a községházánál megtardandó választás útján fog betöltetni.

Az állomással egybekötött javadalmazás:

1. Évi készpénzfizetés 400 frt.
2. Látogatási díj (húsz krajczár) 20 kr.

A pályázók felhivatnak, hogy az 1876. évi XIV. t. cz. 143. §-a értelmében felszerelt folyamodványaikat *1884. évi február hó 9-ik napjáig bezárólag* alólirotthoz beküldjék.

Almás, 1883. december hó 31-én.

3—1 *Deák Zsigmond*, szolgabiró.

Hajdu-Dorog városánál üresedésbe jött párhuzamos egyik orvosi állomásra pályázat nyittatik: — fizetése a városi pénztárból készpénz 400 frt., továbbá háználi látogatásért nappal 50 kr., éjjel 1 frt. A felszerelt folyamodványok Hajdu-Dorog város polgármesteri-hivatalhoz ez évi február hó 20-áig beterjesztendők.

Kelt Hajdu-Dorogon, 1884. évi január 8-án tartott képviselői testületi közgyülésből.

3—1 *Nagy Miklós*, polgármester.

HIRDETMÉNYEK.

Dr. Dollinger Gyula, egyetemi magántanár

testegyenészeti magángyógyintézete,

Budapest, VIII. ker. zerge-útcza 6. sz. a.

A gyógykezelés targyai; 1. A gerinczoszlop ferdülései. 2. Csigolyaszú. 3. A mellkas angolkóros görbülései. 4. Ferdenyak. 5. A végtagok elgörbülései: dongaláb, lúdtalp, lóláb, kampóláb, gacsos térd, a csöves csontok s a kezek elgörbülései. 6. Izületi merevség és ízlobok.

Programmot bérmentesen küld.

Érdem-érem, nemzetközi orvosi kiállitás Londonban 1881.

Három arany-érem.

Véd- Maltine jegy.

Tömény kivonat malátozott árpa, malátozott buza és zabból.

Az egyetlen ezen három gabonanemüből összetett készitmény. Az angol, amerikai, indiai, ausztráliai, chinai stb. orvosi facultások kitünőségei által rendeltetik s a legnagyobb kórházakban más maláta-kivonatoknál többre becsülik.

A **maltin**-szó védjegyünkben foglaltatik s csupán a mi készitményünkre vonatkozik.

Gyártásánál 150° F.-nál nagyobb hőmérsék nem használtatik s ekképen minden tápláló anyag, sértetlenül visszamarad. Német eljárás szerint a malátakivonat csupán árpából készül s az mondatik, hogy a keverék 212 F. fokig hevitessék, miáltal azonban a fehérnyefélék megalvadnak és az erjeny csaknem teljesen elbontatik.

A maltin-készitmények sorozata:

Maltin tisztán.
„ komlóval.
„ másitókkal.
„ marhahussal és vassal.
„ pepsinnel és pancreatinnel.
„ csukamáj-olajjal.
„ „ és phosphorral.
„ „ és jodfélékkel.
„ „ és pancreatinnel.
„ jodfélékkel.
„ peptonokkal.

Maltin-bor.
„ pepsinnel és pancreatinnel.
Malto-Yerbin.
Maltin alphosphorsavas sókkal.
„ phosphatokkal.
„ phosphorsavas vassal és chininnel.
Maltin phosphor-, chinin-, vas- és strychninnel.
Maltin phosphorösszekötetésekkel.
Malto-Viburnin.

Észrevételek és kérdések MALTIN iránt.

Miért tart a maltin (malátazott buza, zab és árpa) több tápláló alkatrészt mint a csupán árpából készült kivonat?

Mert a vegybontás kimutatta, hogy zab és buza több albumin- és légenytartalmú anyagot tartanak mint az árpa. A gluten, mely buzában böven van, a gabonafélék legtáplálóbb alkatrésze s az egyetlen növényi anyag, mely az életet tartósan fentartani képes. A buzában 15—35% gluten van, más gabonákban jelentéktelen. (L. Flint: Physiology of man 25. l.) A légenytartalmú testek buzában és zabban könnyebben oldhatók mint árpában s azért a tehéntartók drágábban fizetik az árpadarát, holott a buzából és zabból visszamaradt darát ingyen se vennék el.

„A buza és zab a gabonanemek sorozatában első helyen állnak, miután az állati élet fentartásához megkivántató elemeket aránylag mind tartalmazzák s kivált sok izom- és zsirtermelő alkatrészszel birnak."

Miért van a maltinban több erjeny, mely az emésztést elömozditja, mint a közönséges, árpából készült kivonatban?

Mert az őrölt buzában foglalt gluten és cerealin elég erővel birnak, a három gabonafélében, a keményitőt czukorrá változtatni és a buza fel nem használt erjenye a maltinban visszamarad. A gluten és cerealin erjedő anyagokként hatnak, melyek a keményitőt előbb dextrin- s később czukorrá átváltoztatják. (L. Flint: Physiology of man 53. l. és Watt: Dictionary of chemistry I. k. 657. l. és II. k. 625. és 823. l.

Dr. William Roberts és Dr. T. Milner-Fothergill tanácsa szerint a maltint az ételekkel kell keverni vagy étkezés közben venni, hogy az erjeny emésztő hatása biztositassék. (Practitioner 1881. január.)

Örülnénk, ha minden orvosnak kivánatra készitményeink próbait megküldhetnők.

A maltin minden climában és évszakban jól eltartható.

A maltin palaczkokban árultatik, egy-egy palaczkokban 8 és 16 folyékony angol uncia van, mely suly szerint 12—24 angol unciával egyezik, valamint Winchester-Quart-üvegekben is, melyek suly szerint 120 angol unciát tartanak

Kapható **a magyarhoni főraktárban ÉDESKUTY L.-nál, Budapest, Erzsébettér 7. sz.**

BUDAPEST 1884. KHÓR & WEIN KÖNYVNYOMDÁJA. (Dorottya-utcza 14. sz.)

Budapest, 1884 4. sz. Január 27.

ELŐFIZETÉSI ÁR: helyben és vidéken egész évre 10 frt., félévre 5 frt. A közlemények és fizetések bérmentesítendők.
HIRDETÉSEKÉRT soronkint 15 o. é. kr.

MEGJELEN MINDEN VASÁRNAP.
Megrendelhető minden kir. potsahivatalnál, a szerkesztőségnél nádor-uteza 13. szám és Kilián György könyvkereskedésében váczi-uteza Drasche-féle házban.

ORVOSI HETILAP.

Honi s külföldi gyógyászat és kórbuvárlat közlönye.

HUSZONNYOLCZADIK ÉVFOLYAM.

Felelős szerkesztő és tulajdonos **Markusovszky Lajos** tr. Főmunkatárs **Balogh Kálmán** tanár.

Tartalom: *Angyán B.* tr. Közlemény Wagner J. kir. tanácsos és ny. r. tanár egyetemi kórodájából. A bolygideg-hüdések esetei. (Vége.) — *Déri Zs.* tr. A vidéki gyakorlatból. III. Adat a croupos tüdőlobnak a szokottól eltérő rövidebb lefolyásáról és ritkább járulékos bántalmáról. — *Könyvismertetés.* Ueber Hysterie und deren Behandlung von Prof. *C. Liebermeister.* — *Lapszemle.* Genyes hashártyalob, hasmetszés, gyógyulás. — Hasmetszés bélzáródásnál.
Tárcza: *Heti szemle.* A magasabb rangú gerinczes állatok elemi veséi (nephridiumai). A fogászat Francziaországban. A szines vérsejtek szaporodása. Önkéntes szívrepedés. A gyermekek előhaladó izomsorvadása. — Vegyesek. — Szerkesztői levelezés. — Pályázatok.
Melléklet: Szemészet 1. száma, kőmetszetű táblával.

Közlemény Wagner János kir. tanácsos és ny. r. tanár egyetemi kórodájából.

A bolygideg-hüdések esetei.

Angyán Béla tr. kórodai tanársegédtől.

(Vége.)

2. A második eset Farkas Betti 36 éves cselédre vonatkozik, kinek atyja 54 éves korában állítólag tüdővészben, anyja előtte ismeretlen bajban, egy fitestvére cholerá-ban halt el. Havi baját 18 éves korában kapta meg, mely egyszeri terhességi idejét kivéve, 1883-dik év martius haváig kis mennyiségben, de rendes időben és minőségben jelentkezett. Gyermeke kis korában tüdőbajban halt el. Kiállott betegségei közül felemlíti, hogy 8 éves korában nyakán mindkét oldalon egész gyermek ökölnyi daganatok fejlődtek, melyek idővel elgenyesedvén műtét tárgyát képezték. 1871-ben kórodánkon hasi hagymázban feküdt, melyet 8 heti kezelés után gyógyultan hagyott el.

Jelen baja 1881-ben kezdődött, midőn időszakonkint szívdobogás és nehézlégzés által lepetett meg. Mindezek daczára napi munkáját végezhette, mígnem 1883. január 25-dikén nagy fokú szívdobogásához és légvételi nehézségeihez erős fejfájás, gyomortáji fájdalmak, hányási ingerek és hányás csatlakozván, január 31-kén kórodánkon felvételre jelentkezett a következő jelenállapottal.

A középtermetű, mérsékelten fejlett csont- és petyüdt izomrendszerrel biró nőbeteg bőrszíne általában véve halvány. Szellemi működései épek. Külérzéki működései annyiban mutatnak eltérést, hogy a kiállott hagymáz óta bal fülére semmit, jobb fülére azonban elég jól hall. Közérzetét általános bágyadtság, nehézlégzés, az időnkint fellépő szívdobogás, gyomortáji fájdalmak, hányási inger és hányás lehangolják. A látható nyákhártyák színe halvány. A láták közép tágak, egyenlők, fényre kellően visszahatnak. A nyelv fehéres lepedékkel gyengén bevont, nedves. Étvágy csökkent, szájíz rendes, szomj kissé fokozódott, nyelés szabad. A nyak részaranyos, felső részletén mindkét oldalt több régi heg.

A mellkas mérsékelten fejlett, dombordad, légzésnél mindkét fél egyenletesen emelkedik. Kopogtatásnál a tüdők éles kopogtatási hangja a jobb hónalj-vonalban a 7-dik, a jobb bimbóvonalban a 6-ik, a középvonalban a 4-dik borda magasságáig terjed. Baloldalt a parasternalis-vonalban a 4-dik, a bal bimbóvonalban az 5-dik bordáig éles a kopogtatási hang. Hátul mindkét oldalt a gerincz-melletti vonalban a 10-dik bordáig éles a kopogtatás.

Hallgatódzásnál mindkét tüdő felett kiterjedten érdes sejtes légzés hallható. A légzés kissé nehezített, perczenkint 28. A beteg keveset köhög, s kevés nyákos köpetet ürít.

Szívcsúcslökés az 5. és 6-dik borda közt a bal bimbóvonalon kívül, a szegycsont közép vonalától 11 centimeternyire gyengén tapintható. Szívtompulat hosszirányban a bal parasternalis-vonalban a 4. és 6-dik borda közt, harántirányban a szegycsont közepétől a szívcsúcslökés helyéig kopogtatható ki. Hallgatódzásnál a szívcsúcson praesystolikus zörej, systolikus tompa hang és dyastolikus tiszta hang hallható. A háromhegyű billentyű felett, úgyszintén az aorta és a tüdőütér felett tiszták a hangok, a tüdőütér 2-dik hangja erősen ékelt.

A has mérsékelten előre domborodott, ruganyos. A jobb hypochondriumban egy tömött, sima felületű, éles szélű, fájdalmas, a légzési mozgásokat követő test tapintható, melynek széle a jobb parasternalis-vonal meghosszabbításában a bordaívtől 10 cm-nyire esik és a mely felett a kopogtatási hang tompa. Egyebütt a hason, a megszokott hangmagaslati különbségekkel, dobos a kopogtatás.

Székletét renyhe. Vizelet napi mennyisége 600 ccm. téglavörös, zavaros, erősen savi vegyhatású, fajsúlya 1·027. Húgysavas sói megszaporodtak. Idegen alkatrészek közül a fehérnyének kevés nyomait tartalmazza. Górcső alatt nagy mennyiségű alaktalan húgysavas só, húgysav jegecz, hüvely-felhám, kevés genytestecs, s itt-ott egy hyalin henger látható.

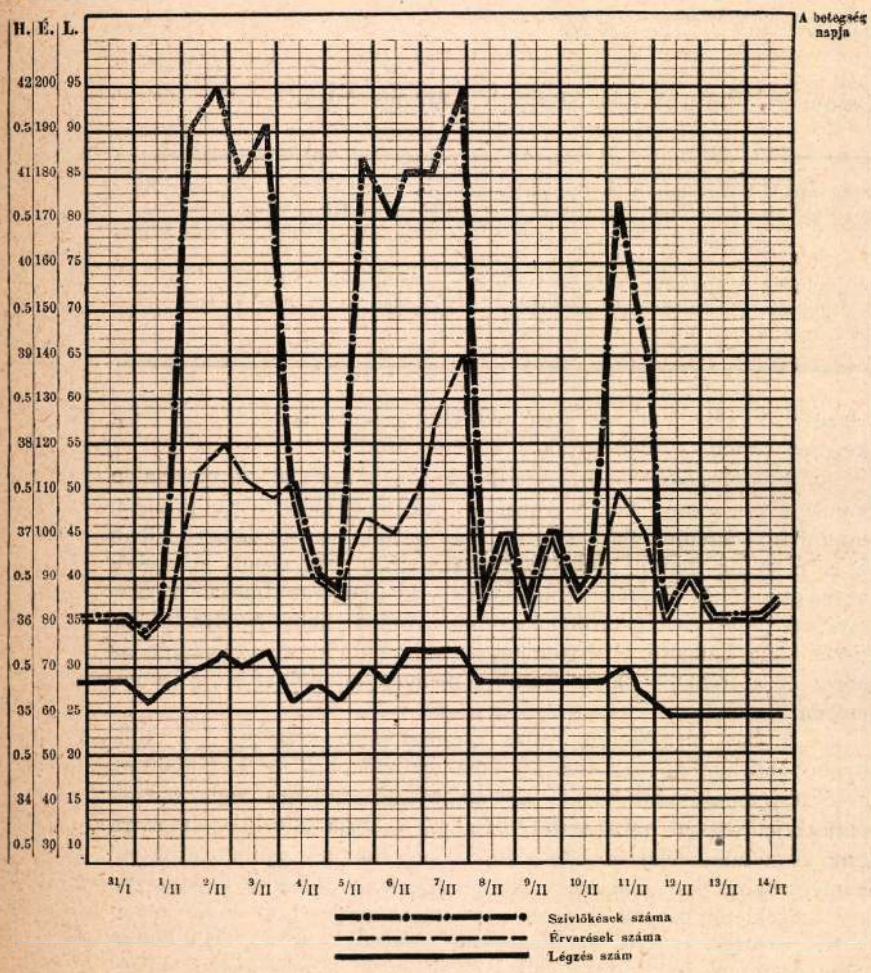
Hőmérsék 37·2° C. Érverés 80.

Nincs szándékom az i. t. orvosegylet figyelmét a hosszú kórlefolyás részletes felsorolásával fárasztani. Szabadjon csak a kórlefolyásból a fontosabb mozzanatokat kiemelni.

Folyó év február hó 2-dikán reggel 7 órakor a betegnél hirtelen heves szívdobogás keletkezett, mely mellett a légzés is kissé nehezebb lett. Ezen roham 2 napig tartott, mely idő alatt a szívműködések száma 180 és 200 között, az érverés 108 és 120 között ingadozott. A szívlökés kiterjedten, de gyengén tapintható. Az érverés igen kicsiny, lágy, alig érezhető. A szívtompulat úgy hosszmint harántirányban nő. Hosszirányban felhatol a 3-dik bordáig, harántirányban jobb felé a szegycsont jobb széléig, bal felé a szívcsúcslökés helyéig terjed, mely a szegycsont középvonalától 13 cm-nyire fekszik. A tüdők alsó határai mindenütt lejebb szállanak, úgy hogy a jobb hónaljvonalban a 9-dik, a jobb emlővonalban a 7-dik borda alsó széléig, hátul mindkét oldalt a 11-dik bordáig éles mély kopogtatási hang hallható. E mellett a légzés mellkasi, kissé nehezített és pedig úgy a be- mint a kilégzés. A légzési szám 30 és 34 között ingadozik. A beteg arcza cyanotikus, a nyaki viszerek erősen tágultak. Mindezen tünetekhez heves cardialgikus fájdalmak, hányinger és hányás csatlakoznak; a hányadék eleinte nyákos,

később epés. Az epigastrium erősen kidomborodik; ezen tájon a hasfal gyors lökésénél, vagy a beteg törzsének megrázásánál érczes locscsanás hallható. A gyomor mély dobos kopogtatási hangja a köldök magasságáig terjed, s itt átmegy a remese magasabb dobos kopogtatási hangjába. A puffadás másnap az egész hasra kiterjed, s gyakori hasmenés lép fel sárgás vízszerű fájdalmatlan kiürüléssel[1]).

Ezen roham február 4-dikéig tartott, a mikor a szívlökés száma az érverés számával teljesen összeesik (110—90); a szívtompulat lassankint visszatér eredeti nagyságára; a tüdőhatárok a rendes helyen találhatók; megszünik a haspuffadás, hasmenés, hányás, gyomorérzékenység, s a gyomor alsó határa a kardnyújtvány csucsa és a köldök között középen, tehát a rendes helyen található.



Hasonló rohamok ugyanezen tünetekkel február 5-dikén 2 1/2 napi és 11-dikén egy napi tartammal mutatkoztak. Ezen idő alatt a betegnél digitalis főzet alkalmaztatott és pedig 50 cgm-ból egy napra.

A rohamok martius 18-dikáig, míg a beteg kórodánkon tartózkodott, többé nem léptek fel.

Aprilis 2-dikán a beteg nő újra felvételre jelentkezett alsó végtagjainak nagyfokú vizenyője miatt. A fenntebbiekhez hasonló rohamok kint léte alatt sem mutatkoztak. De légzése általában nehezebb lett; a szív tájon fájdalmakat érez. A bőr általában véve cyanotikus. A nyaki viszerek, főképen a jobb oldalon, erősen duzzadtak, de a mellkason is tágúlt viszérhálózat látható. Az erősen tágúlt jobb vena jugularis-ra nyomást gyakorolva alsó részlete nem ürül ki teljesen; lüktetést azonban nem mutat. A szívcsúcs a középvonaltól 12 cm-nyire tapintható, gyenge. Szívtompulat jobb felé a szegycsont jobb széléig terjed. A szívcsúcson systolikus tompa- és dyastolikus kettős hang, a tricuspidalisnak megfelelőleg erős systolikus zörej és dyastolikus kettős hang hallható. Mindkét nagy edény felett a systolikus hang tiszta, a dyastolikus kettős, a pulmonalis nem ékelt.

Ismét digitalis főzet alkalmaztatott, s a beteg, miután szívműködése rendeződött, s az érverés 76-ra szállott, az alsó végtagok vizenyője eltűnt, april hó 29-dikén javultan hagyta el kórodánkat.

[1]) A szívműködés, az érverés és a légzés számában előforduló változásokat lásd a mellékelt táblázaton.

Ezen viszonylagos jóllét, eltekintve a nehezebb munkánál fellépő szívdobogástól, september hó elejéig eltartott. Ekkor azonban újból igen heves szívdobogás, nehézlégzés, gyomor-érzékenység, hányási és hasmenési rohamok léptek fel, melyek kényszerítették, hogy 6-dikán a sz. Rókus-kórházba vétesse fel magát, honnan 12-dikén kórodánkra hozatott.

A jelenállapot az april 3-dikán felvettől csak annyiban mutat eltérést, hogy a cyanosis még nagyobb fokú, s az alsó végtagokon is kitágúlt viszerek láthatók. Vizenyő nincs.

September 13-dikán délután 2 órakor ismét fellépet a február hóban észleltekhez hasonló roham. Csakhogy most a szívlökések száma 160-ig emelkedett. A szívtompulat felfelé a 3-dik, jobb felé a jobb parasternalis-vonalig, kifelé a szívcsúcslökés helyéig hatolt, mely a középvonaltól 14 cm-nyire tapintható, kicsiny, lágy, kihagyó. A tüdőhatárok szintén lejebb szálltak. A hasi tünetek igen hevesen léptek fel, úgy hogy a beteg nő ezen 1 1/2 napig tartó roham alatt 8-szor hányt. A cyanosis igen nagy fokot ért el; a vena jugularis, főkép a jobb oldalon hüvelykújj vastagságra tágúlt.

Ezen roham 15-dikén reggelre megszűnt. A pulsus azonban állandóan igen kicsiny, lágy és szapora (130—110 között) maradt. A cyanosis csak keveset engedett. A szívcsúcs csak egy centimeterrel jött beljebb. A szívtompulat felfelé és jobbfelé változatlan maradt.

September 27-dikétől az érverés rendetlen, a szívcsúcslökés alig tapintható. Az alsó végtagok mindinkább növekvőleg vizenyősek lesznek, sőt kisebb fokú ascites lép fel. A nehézlégzés állandóan nagyfokú, a nélkül, hogy a tüdők határai nagyobb területen észleltetnének.

29-dikén d. u. 3 órakor még egyszer heves szívdobogás, tüdőtágulat és hányás mutatkozik, mely azonban csak este 8 óráig tartott és a mely alatt a szív összehuzódások száma 198-ig emelkedett.

October 1-jén heves köhögés mellett a tüdő infarctusát jellző erős vérköpés jelenik meg. A szívcsúcslökés alig érezhető, érverés nem tapintható. A cyanosis és a hydrops mindinkább nő. A beteg fullad. A tüdők felett kiterjedten nagyszámú nedves szörtyzörej hallható. Végül 4-dikén délelőtt 10 órakor a beteg oedema pulmonum tünetei közt meghalt.

Ezen esetben a kórisme felállítása sokkal nagyobb nehézségekbe ütközött, mint első esetünkben.

A január 31-dikén felvett jelenállapot tünetei: a nehézlégzés, a szívtompulat haránt irányú megnagyobbodása, a szívcsúcson hallható praesystolikus zörej, a tüdőütér 2-dik hangjának ékeltsége és a máj megnagyobbodása semmi kétséget sem hagynak az iránt, hogy a bal viszeres szájadék szükületével van dolgunk.

Ehhez az aprilis 2-dikán felvett jelenállapot tünetei szerint a háromhegyű billentyű elégtelensége társult, mely eléggé bizonyíttatik a szegycsont alapján hallható erős systolikus zörej jelenléte és a tüdőütér ékeltségének hiánya által, valamint a nagyfokú cyanosis és a nyaki viszerek erős duzzanata által is, melyekben ugyan lüktetés nem látható vagy tapintható, de mégis összenyomásnál alsó részletük telt marad.

A rohamokban fellépő szapora szívműködést, a heveny tüdőtágulatot, valamint a gyomor és bélhuzam részéről felmerülő tüneteket azonban sem a bal viszeres szájadék szükületéből, sem a háromhegyű billentyű elégtelenségéből nem fejthetjük meg. Mindezen tüneteket csak akkor értelmezhetjük, ha a bolyg-ideg hüdését vesszük fel.

A hüdés helyének meghatározásánál annak centralis eredetét kizárhattuk, mert semmi támpontunk nincs, mely a központi idegrendszer bántalmára utalna. S minthogy a laryngealis bolygideg-ágak részéről sem észleltettek tünetek, a hüdés helyét a mellürben kellett keresnünk.

A bolyg-ideg hüdésének okát azonban meghatározni nem lehetett. Mert felhozatnak ugyan Kredel, Gerhardt

és Langer által szívbántalom mellett hasonló, a vagus-hüdéséből értelmezett tünetek, mindazonáltal ezen esetek bonczolatra nem kerülvén, a bolyg-ideg hüdésének oka is homályban maradt. Ily viszonyok között a hüdés okára nézve egyszerűen csak mint gyanút fejeztük ki, midőn feltettük, hogy talán ezen esetben is, mint az előbbi és *Tuczek* által észlelt esetben, megduzzadt bronchialis mirigyek gyakorolnának időnkint nyomást a bolyg-idegre, s hoznák létre annak átmeneti hüdését. Ezen gyanút is csak azon alapon fejezhettük ki, mert a beteg nyakán görvélyes hegeket észleltünk.

Az élőben felállított kórisme az oetober 5-dikén végezett bonczolat által teljesen megerősittetett. Ennek támogatására a bonczjegyzőkönyvből csak azon adatokat szakittom ki, melyek bennünket közelebbről érdekelnek.

»A szív 10 centimeter széles, különösen a jobb oldali szívgyomrocs és pitvar tágulása által. A szív izomzata barnás, mérsékelten tömött. A jobboldali szívgyomrocs falzata felével vastagabb, üre majdnem 2-szer, a pitvaré majdnem 3-szorra tágult. A kéthegyű billentyű vitorláji, különösen a belső vitorla, vastagultak, rövidültek és egymással úgy összenőttek, hogy a bal viszeres szájadék csak a kis újj 3-dik percze számára járható át. A háromhegyű billentyű szabad széle igen erősen vastagodott, majdnem porcz-szerűleg meszes alapú, alapja egy szalmaszál vastagságú fehér tömött gerendát bocsát ki, melynek szabad szélén a háromhegyű billentyű inhurai végződnek. A jobb viszeres szájadék felével tágult. A torkolati viszerek billentyűi látszólag épek, A szív üreiben, különösen jobb oldalt, sok lazán alvadt sötét-veres vér«.

»A jobb oldali bolyg-ideg épen ott, hol a jobb kulcs-alatti ütér mellső felületét áthidalja, egy megtömörült, fekete, körülbelül diónyi nyirkmirigy által fedett és vele elég erősen összenőtt«:

Ezekben volt szerencsém a két eset kórtörténetét, a mennyire a complicalt tünetek engedték, összevonva ugyan, de mégis lehetőleg oly világításba helyezve előadni, hogy a kórlefolyás hosszadalmassága miatt annak értelme, rövidsége miatt pedig annak hűsége ne szenvedjen.

S most engedje meg az i. t. orvosegylet, hogy azon tünetek értelmezését kisértsem meg, melyek arra vezettek, hogy eseteinkben a bolyg-ideg hüdését állapitsuk meg, s hogy kizárjuk mindazon kórfolyamatokat, melyek a bolyg-ideg bántalmaival közelebbi vagy távolabbi viszonyba hozatnak.

A kórtörténetben felsorolt tünetekből láthatjuk, hogy eseteinkben rohamok mutatkoznak, melyek úgy a vérkeringési, mint a légzési készülékben vezetnek egyidejűleg működési és physikalis változásokra. Ha csak a szívben előjövő zavarokat tekintjük: angina pectoris-ra gondolhatunk. Ha csak a légzési változásokat vesszük szemügyre: asthma bronchiale-t kell feltételeznünk. Eseteinkre azonban egyik elnevezés sem értékesithető.

A mi az asthma bronchiale-t illeti, jelen van ugyan a jellemző tüdőtágulat, sőt ez szemünk előtt rohamosan fejlődik ki, csakhogy míg eseteinkben a légzési typus inkább mellkasi, s úgy a be- mint a kilégzés nehezített: addig asthma bronchiale-nál főkép kilégzési nehézlégzés mutatkozik. Ehhez járul, hogy asthma bronchiale-nál a légzési szám ritkán haladja túl a rendes határt: eseteinkben az feltünő szaporodást mutat. Ez utóbbi eltérés értelmezésére találhatnánk ugyan némi támpontot az egyidejűleg jelenlevő szapora szivműködésben, de ezen felvétel nem elégithet ki bennünket. A szapora szivműködés magában nem képes nehézlégzést előidézni. Bizonyitják

ezt az angina pectoris azon esetei, melyeknél daczára az igen szapora szivműködésnek a légzésben semmi változás nem észleltetett. De bizonyitják ezt más kórfolyamatok is, hol (mint pl. a Basedow-féle betegségnél) a szapora szivműködés minden nehézlégzés nélkül áll fenn.

Hasonlókép vagyunk az angina pectorissal is. Ez is rohamokban fellépő bántalom. Itt is igen szapora a szivműködés. Csakhogy míg itt a szivműködés zavarán kivül elfogódás, aggodalom, fájdalmak a szivtájon, melyek a bal- és esetleg mind a két karra sugároznak ki, mutatkoznak: addig eseteinkben mindezen alanyi nehézségek hiányoznak.

Egyébiránt nem tagadhatni, hogy a stenocardia fogalmához kötött definitiók igen különbözők, s maga a kórkép a kisérő tünetek által gyakran annyira zavartatik, hogy közte és az asthmatikus rohamok között sokszor alig lehet éles határt vonni. S valóban, tekintve a betegség leirását, tanulmányozva a pontosabban észlelt esetekből csak nehányat, beláthatjuk, hogy a stenocardia elnevezés alatt a legkülönbfélébb folyamatok foglaltatnak össze. S ezen nem is csodálkozhatunk, ha szem előtt tartjuk a szív complicalt beidegzését, s azon különböző utakat, melyek direct vagy reflectorice a szív működésére befolynak.

Így Trousseau az angina pectorist epileptiformis idegzsábának, Romberg a plexus cardiakus túlérzékenységének tekinti. Bamberger tekintettel a mozgási zavarokra, azt hiszi, hogy túlérzékenységgel összekötött kóros izgékonyság van jelen. Mások ellenben, mint Stokes, szivgyengeséget vesznek fel, zsiros elfajulás által létrehozva, mely átmenetileg fokozódnék, s hozzá túlérzékenység csatlakozna. Ismét mások, mint C. Gerhardt, támaszkodva a boncztani leletekre, melyek kiválólag a korona üterek és az aorta bántalmaira utalnak, tagadják, hogy az angina pectoris akár a gerinczagyi, akár az agyi idegrendszer bántalmaitól függene. Sőt a tisztán ideges, functionalis eseteket is hajlandóbb Gerhardt az üterek görcsös összehuzódására vezetni vissza.

Az újabb élettani kutatások alapján *Eulenburg*[1]) az angina pectorisnál felmerülő mozgászavarait a szivnek négyféle uton gondolja származottnak, a szerint t. i. a mint az automatikus, sympathikus, regulatorikus szividegek, vagy az edénymozgató idegek bántalmaztatnak.

Ha Eulenburg ezen felosztását, mint az élettan jelenlegi álláspontjának leginkább megfelelő alakokat alapul vesszük, s eseteinkre alkalmazzuk: úgy mindenekelőtt a sympathikus izgatására gondolhatnánk. Ez is, mint *Zunker*[2]) esete mutatja jelentékeny szapora érveréssel jár. Csakhogy e mellett még más olyan tünetek is mutatkoznak (t. i. pupilla-tágulat, egyes bőrrészletek vörösödése) melyek eseteinkben hiányoznak.

Ugyanez áll az automatikus és vasomotorikus idegekkel szemben is. Eltekintve attól, hogy mindezen idegek bántalmainak felvételére, — második esetünk kivételével, hol a bal és jobb viszeres szájadék, illetőleg billentyű bántalom van jelen — semmi támpontunk nincs: az eseteinkben észlelt heveny tüdőtágulat általuk egyáltalán nem magyarázhatók.

---

[1]) Lehrbuch der Nervenkrankheiten. II. kiadás. II. rész.
[2]) Berlin. klin. Wochenschrift. 1877. 48. és 49. sz.

A szapora szívműködés értelmezésénél tehát csakis a vagus-hüdésére gondolhatunk. S ez értelemben, a menynyire eseteink az angina pectoris keretébe számíttatnának, az Eulenburg által ú. n. regulatorikus alakhoz tartoznak.

Így magyarázták Tuczek és utánna Kredel is eseteiket, melyeknél felvették, hogy a szapora szívműködés a szív mozgásait szabályozó vagus-hüdése által van feltételezve. Így kell értelmezni a mi eseteinket is, melyeknél, kiváltkép a másodiknál, a bolyg-ideg hüdésének felvétele annyival jogosultabb, mert a sziven kívül még más a vagus befolyása alatt álló szervek részéről is találunk oly kórtüneteket (mint heveny tüdőtágulatot, hányást, gyomortágulatot, haspuffadást, hasmenést) melyek a kisérleti kórtan tapasztalataival jól összeegyeztethetők.

A mi a szívtompulat nagyobbodását illeti, mely a közölt esetek mindegyikében észleltetett, igen jól magyarázható a szív kitágulásából, mely vagus-hüdésnél, legalább részben, az igen szapora szívműködés által idéztetik elő. Az egyes szívösszehuzódások ugyanis oly rövid tartamúak, hogy a gyomrocsok nem üríthetik ki tartalmukat teljesen az üterekbe és a pitvarok a gyomrocsokba. A vér egy része tehát visszamarad a gyomrocsok, illetőleg a pitvarokban. Ezen vérpangás minden systole-val nő, s így lassankint a szív kitágulására vezet. Ezen *Huppert*[1]) által hangoztatott nézet azonban magában nem elegendő a szívtompulat nagyobbodásának értelmezésére. Ismeretesek az angina pectoris és a Basedow-féle bántalmaknak esetei, melyeknél, daczára az igen szapora szívműködésnek, a szívben vagy semmi, vagy csak jelentéktelen tágulat mutatkozik. A vagus-hüdésénél azonban nem csak szapora a szívműködés, hanem egyszersmind az egyes összehuzódások erélye is gyengül. úgy hogy ez utóbbi mozzanat is, s talán még jobban mint a szívműködés szaporasága, befoly a vér felhalmozódására, s ez által a szívnek kitágulására.

Ha a gyomrocsok, s nevezetesen a bal gyomrocs, az összehuzódások rövid tartama és gyengesége miatt nem ürülhetnek ki egészen az ütérrendszerbe: az érverés kicsiny, lágy és kihagyó lesz. Ha a pitvarok nem üríthetik ki tartalmukat a gyomrocsokba: a viszérrendszerben pangás fejlődik, melynek kifejezését találjuk a cyanosisban, a nyaki viszerek teltségében és hullámzásában.

Ezen a vérkeringési készülék részéről felmerülő tünetek a bolyg-ideg hüdéséből kellőleg levezethetők, s magyarázatuk tekintetében az egyes észlelők között alig van eltérés.

Máskép áll a dolog a légzési készülékben mutatkozó tünetekre, s nevezetesen a heveny tüdőtágulat értelmezésére nézve.

A heveny tüdőtágulatot *Tuczek* és utánna *Kredel*, Biermer értelmében, a tüdői vagus-rostok izgatására vezették vissza, s felvették, hogy míg a szívműködés zavarai a szivet szabályozo vagus-rostok hüdése által idéztetik elő: addig a heveny tüdőtágulat a tüdői vagus-rostok izgatásából ered. A hüdés, illetőleg az izgatás helyét a mellürben keresik, s okát a bolyg-ideg nyomásában találják, mely megnagyobbodott hörgkörüli mirigyek által hozatik létre.

[1]) Berl. klin. Wochenschrift. 1874. 31. sz.

Nem lehet tagadni, hogy úgy a tachycardia, mint a heveny tüdőtágulat legkönyebben magyarázható ezen úton és módon. De bármily tetszetős legyen is ezen magyarázat két kérdés elől, melyek önként merülnek fel, nem térhetünk ki.

Mindenek előtt kérdezhetjük: miképen értelmezhető, hogy a vagus egy oldali hüdése vagy izgatása mind két tüdőben hasonló változásokat képes létrehozni?

Ezen kérdés *Pelizaeus* által vettetett fel, s reá kellőleg megfelelni nem lévén képes, ellentétben Tuczekkel, hajlandóbb egy oly okot felvenni, mely által a tüdői és a szivet szabályozó vagus-rostok a központban izgattatnának, illetőleg hűdettnének. De ezen központi okot közelebbről meghatározni nem képes. Ilyen homályos központi ok felvétele azonban, mint ezt *Kredel* igen helyesen megjegyzi, a nélkül, hogy a laryngealis vagus-rostok vagy más idegközpontok is a bántalom keretébe ne vonatnának, még kevesebb jogosúltsággal bir, mint Tuczek felvétele.

Egyébiránt ezen ellenvetés nem is állhat meg. Ismerünk élettani és kórtani tényeket, melyek elvitázhatlanul bizonyítják, hogy a bolyg-idegnek úgy izgatási, mint hüdési tünetei a szívben és mindkét tüdőben létrejönnek akkor is, ha az izgatás vagy a hüdés egy oldali volt.

Általában ismeretes *Czermák*[1]) kisérlete, kinek állandóan sikerült a bolyg-ideg egy oldali nyomása által a nyakon az érverést lassúbbá, s a légzést nyújtottá és mélyebbé tenni. Tudva van, hogy *Schiff*[2]), *Ludwig*, *Hoffa*[3]) és mások képesek voltak békáknál az egyik bolyg-ideg izgatása által a szív összehuzódásait megszüntetni. Sőt kisérletek bizonyítják azt is, hogy a két bolyg-ideg nem egyenlően hat a szív működésére, hogy a szív mozgásait szabályozó vagus-rostok egyenlőtlenül vannak elosztva a két bolyg-idegben. Általában a kisérletek legnagyobb száma a jobb oldali bolyg-ideg befolyása mellett szól. Így *Czermak*, *Eichhorst*[4]), *A. B. Meyer*[5]) és mások csak a jobb oldali vagus mechanikus izgatása és átmetszése által voltak képesek állatoknál hatást előidézni. Ezt bizonyítja *Schech*[6]) esete is, melynél egy a koponya alapján székelő daganat egyéb idegeken kívül a bal vago-accessoriust is comprimálta, sorvasztotta és még is az érverés állandóan 80—90 között ingadozott. A jobb oldali bolyg-ideg praevalentiája mellett szól *Tuczek* esete, valamint a mi két esetünk is, melyekben a bonczolat a jobb bolyg-ideg nyomását mutatta ki.

De ha a felsorolt adatok kellőleg bizonyítják is, hogy a bolyg-ideg egyoldali bántalma maga is képes a szív működésében és a tüdőben változásokat létrehozni, még mindig fenn marad egy másik kérdés: miképen fejthető meg, hogy egy megduzzadt mirigy ugyanazon idegtörzsben egyidejűleg hüdést és izgatást hozzon létre?

E kérdésnek jogosúltságát azt hiszem kétségbe vonni nem lehet, de reá elfogadhatólag megfelelni még kevésbé. Mert nem ismerünk élettani és kórtani analogiákat, melyek által bizonyithatnánk, hogy egy idegtörzsben lefutó rostok,

[1]) Jenaische Zeitschrift für Medicin und Naturwiss. II. k. 384. l. 1866.
[2]) Arch. für phys. Heilkunde. VIII. k. 182 l. 1841.
[3]) Zeitschrift f. rat. Med. IX. k. 116 l. 1850.
[4]) Die trophischen Beziehungen der Nn. vagi zum Herzmuskel. Berlin. 1879.
[5]) Das Hemmungsnervensystem des Herzens. 1869.
[6]) Deutsch. Arch. f. klin. Medicin. 1878. XXIII. k.

bárha élettani rendeltetésükre nézve egymástól különböznek is, egy közös ok által olyan változást szenvedjenek, hogy kórtanilag különböző hatást gyakoroljanak.

Hering[1]) ismeretes kisérletében találhatnánk ugyan némi élettani analogiát, de ennek is más a magyarázata. Hering ugyanis kutyákon végzett kisérleteinél azt találta, hogy ha azok tüdejét mesterségesen felfúvta, úgy hogy a tüdői levegő feszülésének növekedése által a vérnyomás csökkenése állott elő: akkor a szívlökések száma szaporodott, s a rendesnek 3-szorosát is túlhaladta. A szivlökések számának ezen szaporodása azonban nem a szív felületére nehézkedő növekedett légnyomás következménye, nem is talán a megváltozott vérkeringési ellentállás, s a légcserének megváltozott viszonyai által idéztetik elő, hanem visszahajlás útján, a bolyg-ideg közvetítése által származik. Mert ha a nyakon mind a két bolyg-ideget átmetszette, a tüdők felvuvásánál a szívlökések számában semmi szaporodást nem észlelt, még akkor sem, ha a bolyg-ideg környi csonkjait izgatta. Ha azonban csak az egyik bolyg-ideget metszette át, s a másik sértetlen maradt: akkor a tüdők felvuvásánál mindig szapora szívműködés lépett fel. Ezen viszonyt Hering úgy magyarázza, hogy a tüdők felfuvása következtében a tüdők érző idegrostjai izgattatnak. Ezen izgatás által a szívet szabályozó idegrostok agyi központjának izgékonysága lefokoztatik. Ezek szerint a tüdők érző idegrostjai a szív működését szabályozó idegközponthoz oly viszonyban állanának, mint a n. depressor rostai állanak az edénymozgató idegek agyi központjához, t. i. hogy azok ezen idegközpontokra nézve akadályozó rostoknak tekintendők.

Ha tehát eseteinket Hering kisérleteinek értelmében akarnánk magyarázni, fel kellene vennünk, hogy a megduzzadt mirigyek által a bolyg-ideg tüdőágai izgattatnának, mely izgatás a kisebb hörgök görcsére, a hörgökben növekedett nyomásra és tüdőtágulatra vezetne. Ezáltal ismét a tüdők érző idegei izgattatnak, s ezen izgatás hozná létre visszahajlás utján a szapora szívműködést.

Eseteink értelmezésére azonban ezen élettani kisérlet sem alkalmazható. Mert ha a hörgökön belül növekedett nyomás okozza a szapora szívműködést: akkor ezt az asthma bronchiale minden esetében kellene észlelnünk. Tényleg azonban a dolog úgy áll, hogy csekélyebb fokú tachycardia fellép ugyan minden asthma bronchialenál, de olyan fokban, mint a minőben ez eseteinknél és mások által közlött eseteknél észleltetett, soha. Egyébiránt, eltekintve a szapora szívműködéstől, eseteink képe annyira elüt az asthma bronchiale képétől, hogy ezzel összezavarni egyáltalán lehetetlen.

Az előadottak szerint a szívben és a tüdőben egyidejűleg fellépő zavarokat Hering élettani kisérletei alapján sem magyarázhatjuk, de egészen Tuczek nézetéhez sem csatlakozhatunk, mert ez, nevezetesen a tüdőtágulat magyarázatát illetőleg, kétségkívül erőltetett és hypothetikus.

Nem marad tehát más hátra, minthogy felvegyük, miszerint eseteinkben a megnagyobbodott nyirkmirigyek

[1]) Ueber den Einfluss der Athmung auf den Kreislauf. II. közlés; Ueber eine reflectorische Beziehung zwischen Lunge und Herz. Sitzungsberichte der kais. Akad. der Wissensch. 64 k. 333 l. (Czitálom Kredel után).

által időnkint nemcsak a szivet szabályozó vagus-rostok nyomattak és hüdettek, hanem egyszersmind a tüdői vagus-rostok is ugyanígy bántalmaztattak. S tényleg *O. Frey*[1]) kisérletei bizonyítják, hogy a bolyg-ideg környi izgatásán kívül annak hüdése is képes a tüdőkben, s nevezetesen a környi széleken tágulatot létrehozni. De ha a tágulatot is a bolyg-ideg hüdésére vezetjük vissza: akkor az állatokon vagus-átmetszések által végezett kisérletek alapján eseteinkben szintén várhatnok a légzési szám csökkenését és a légvételek mélységének növekedését, s esetleg a tüdő szövetének lobos beszürődését. Ezen változások azonban, mint már előadásom elején felhoztam, embereknél csak igen ritkán észleltettek és főképen csak akkor, ha a hüdés központi volt. Ezt bizonyítják *Quinke*[2]) és *Czermak* kisérletei is, kik a bolyg-ideg nyomása által csak kivételesen tudtak a légzésben változásokat létrehozni, sőt ez az esetek többségében még akkor is változatlan maradt, mikor már a szívműködés megszűnt.

Ily viszonyok között az eseteinkben észlelt szaporább légzés sem a bolyg-ideg izgatása, sem annak hüdéséből nem származhatott. Ennek okát első esetünkben a tüdők légfelvételi képességének nagyfokú csökkenésében kereshetjük, melyet eléggé megfejtve találhatunk a tüdőknek bonczolat által is kimutatott nagyfokú és igen kiterjedt szöveti elváltozásaiban. Második esetünkben pedig a szapora légzés a kis vérkörben jelenlevő vérpangás következménye, melyet a bal viszeres szájadék nagyfokú szükülete vont maga után. Ezen felvételünket kellőleg támogatja azon észlelet, hogy a légzési szám és a légvételek mélysége a roham alatt is csaknem ugyanolyan maradt, mint a minő a szabad időközben volt.

A mi végül a hasi szervek részéről felmerülő tüneteket illeti, ezeket szintén a bolyg-ideg bántalmazottságával kellett okbeli viszonyba hozni.

Főképen a gyomor azon szerv, melyben vagus-hüdés mellett a legtöbbször, s mondhatni állandóan észleltettek zavarok. Ezen zavarok a gyomor érzékenysége, hányási inger és hányás által jeleztetnek. Heveny gyomortágulat, a mi második esetünken kívül, az irodalomban eddigelé még nem jegyeztetett fel.

A bélhuzam részéről csak egyes esetekben, s ezekben sem állandóan észleltettek változások, nevezetesen heveny haspuffadás és hasmenés. Úgy hogy mindezen tünetek nagyobbrészt csak esetlegeseknek, s a bolyg-ideg hüdésével semmi összefüggésben nem állóknak tekintetnek. Tényleg nem lehet tagadni, hogy az ú. n. hasi tünetek az esetek egy részében vagy egészen hiányoztak, mint a mi első esetünkben is, vagy nem voltak állandók, vagy végül olyan természetűeknek mutatkoztak, melyek más okokból is könyen levezethetők voltak. Mindazonáltal, ha azokat állandóan úgy észleljük, mint második esetünkben; ha fellépésük a szapora szívműködéssel és a heveny tüdőtágulattal egyidejűleg rohamokban történik; ha eltünésük a roham megszünésével tökéletesen összeesik: akkor alig kételkedhetünk, hogy ezen hasi tünetek is a bolyg-ideg hüdése által idéztettek elő, s jelenlétük ép oly diagnostikus értékű, mint maga a szapora szívműködés.

[1]) Die pathолog. Lungenveränderungen nach Lähmung des N. vagus. Lipcse. 1877.

[2]) Berliner klin. Wochenschrift. 1875. 15. sz.

Ezekben volt szerencsém a bolyg-ideg hüdéseinél felmerülő tünetek értelmezését, a mennyire nekem hozzáférhető volt, az orvosi irodalom felhasználásával kiemelni. S ha most végül a felsorolt tüneteket röviden összefoglaljuk, akkor a bolyg-ideg hüdésének következő jellegző kórképét állíthatjuk fel:

1. A bántalom rohamokban mutatkozik szívdobogás és kisebb-nagyobb fokú nehézlégzés alanyi érzése közben.

2. Szapora szívműködés (tachycardia) lép fel, a szívműködés gyengül, a szívtompulat minden irányban nő.

3. Az érverés kicsiny, lágy és kihagyó lesz.

4. Nagyfokú cyanosis fejlődik, a nyaki viszerek megduzzadnak és hullámzanak.

5. A légzés vagy egyáltalában nem mutat eltérést, vagy csak mérsékelt fokban nehezített.

6. Heveny tüdőtágulat észlelhető.

7. Gyakran gyomorérzékenység, hányási inger, hányás és heveny gyomortágulat mutatkozik.

8. Néha heveny haspuffadás és hasmenés lép fel.

9. Ezen rohamok vagy csak nehány óráig, vagy több (2—3) napig tartanak, s úgy, a mint keletkeztek rögtön meg is szűnnek.

A vidéki gyakorlatból.

III. Adat a croupos tüdölobnak a szokottól eltérő rövidebb lefolyásáról és ritkább járulékos bántalmáról.

Déri Zsigmond tr-tól Apostagon.

A vidéki gyakorlatban a helyi viszonyok azon esetben, ha az illető beteg egy másik, nem épen közeli helységben lakik, arra utalják az orvost, hogy a leginkább kifejezett tüneteket figyelembe véve, beavatkozását nyomban ezek ellen irányozza. Ilyképen az észlelés útján nyert eredmény korántsem lehet mindíg oly mérvadó, mint a kórodákon történt észlelés eredménye, mely eszközök segítségével minden irányban kiegészíthető. Az épen mondottak leginkább a ritkább és kivételes kóresetekre vonatkoznak, melyek nehezen kórismerhetők. Ha azonban alkalmunk van ily beteget kezdettől fogva lehetőleg tüzetesen észlelni, s ha a kórlefolyásban minden figyelemreméltó mozzanatra ügyelünk, úgy a nehézségek daczára várakozásunkban ritkán fogunk csalódni.

A croupos tüdőlob azon kóralakokhoz tartozik, melyekben a typikus lefolyást megszoktuk, így nem is gyakori, s épen meglepő eset lehet az, hogy az orvos betegén, a kihez ennek roszúllevése után azonnal kérték őt, s a kin a tüdőlob tüneteit észlelte, a második nap estéjén a megtámadott tüdőlebenynek megfelelőleg észlelt physicalis tünetek mellett rendes hőfokot talál. Csakugyan azt lehetne ilyenkor hinni, hogy az előző napon talált tünetcsoportozat csalódáson alapúl, ha nem volnának jelen még akkor is a tüdőlob illető időszakának megfelelő helybeli jelenségek.

A szokottól eltérő, rövid, majdnem egynapi hőemelkedéssel járó tüdőlobot ephemernek (tünékeny) szokták nevezni, s megbízható észlelőktől van az irodalomban nehány hasonló eset feljegyezve, milyen Wunderlich esete, újabban pedig ilyenek Leube és Weil esetei. A kóreset, melyet alább közlők, a hőfok magatartására nézve hasonlít az ephemer tüdőlobhoz.

S. J., 11 éves, kereskedő fia, lakik D.-Egyházán. Három éves kora óta gyakran beteges, s környezete nem képes ugyan kiállott betegségeiről kellő felvilágosítást adni; annyi azonban elbeszélésükből kivehető, hogy angolkórban is szenvedett, melynek nyomát pectus carinatum képében azonnal észrevehettem. Figyelemreméltó azon körülmény, hogy évek óta igen gyakran majdnem csilapíthatlan spontan orrvérzésben szenved és koronkint fellépő szívdobogási rohamok miatt gyakran volt kénytelen orvoshoz fordúlni. Jelen betegsége előtt mintegy 10 nappal három nap alatt lefolyt kanyarót állott ki, mely után még három-négy napig köhögött, azután pedig igen jól érezte magát és fennjárt. 1883. május hó 7-én este fejfájásról panaszkodott, a szokottnál korábban feküdt le, s többször felébredve, torkát mondta fájdalmasnak; néha köhécselt, s nagy megerőltetéssel volt képes habos nyákot kiüríteni. Május 8-án reggel már a mellkas baloldalán majdnem elviselhetlen szúrófájdalmai voltak. Én dél tájban kérettem a beteghez, s őt megvizsgálva, a következőket találtam:

A korához képest roszúl fejlett, igen gyenge testalkatú figyermek bőrszine feltünően halavány; a bőr áttetsző, igen vékony, redőkbe emelhető, s helyenkint kékes viszér-hálózatot mutat; tapintáskor majdnem égető. Az izomzat satnya, a csontrendszer gyengén fejlett. A porczhártya fénytelen, a köthártyák halványak, a láták egyenlően tágak; az orrszárnyakon lihegő mozgás észlelhető, s az ajkak állandóan nyitva vannak és cserepezettek. A száj- és garatür nyákhártyája halvány; a nyelv oldalszélei kissé szárazak, a nyelés szabad, a szomj fokozott. A nyak vékony, részarányos; a torkolati árokban lüktetés látható. A kulcs-csont feletti és alatti tájak kissé bemélyedtek; a mellkas sajátságos alkotású; a szegycsont markolata kissé besülyedt, középrésze pedig kiboltosul, s a középső bordák porczai szintén részt vesznek a kidomborodásban; az alsó bordák porczai továbbá kifelé állók, s így a mellkas egészben véve pectus carinatumra emlékeztet. Mélyebb légvételkor a bal mellkas felső része alig emelkedik; a légvevések szaporák, számuk perczenkint 40. Szívlüktetés a bal mellkas felett jól látható; a szívcsúcslökés a bal 5-ik bordaközben a bimbóvonalban, de ettől kifelé, s mintegy $1\frac{1}{2}$ cm-nyire tapintható, elég széles, emelő. A has mérsékelten feszült, nyomásra nem fájdalmas.

Kopogtatás: A jobb tüdő felett lényeges kopogtatási eltérés nincs. A bal tüdő felett pedig annyiban van eltérés, hogy a második bordaközben a bimbóvonalban üresebb, míg a harmadikban a bimbóvonalban tompúlt; továbbá a mellső- és közép hónaljvonalban a harmadik és negyedik borda magasságának megfelelőleg tompúlt, dobos a kopogtatási hang; hátul pedig a lapocz-szeglet alatt és a lapocz-közti tájon szintén tompúlt. A szívtompulat a bal negyedik és ötödik bordaközben mintegy $1\frac{1}{2}$ plessimeternyire kopogtatható ki; sem ki- sem befelé megnagyobodva nincsen. A máj és léptompulat rendes. Hallgatodzás: A jobb tüdő felett érdes légzés hurutos zörejekkel, a bal tüdő felett a leírt tompúlt kopogtatási területnek megfelelőleg határozatlan be- és kilégzés hallható, koronkint szercsegéssel. A szívhangok tiszták, azonban időnkint fuvó-zörejektől kisértetnek. Az érlökés kis-hullámú, puha, szapora, perczenkint 108. Beteg hőfoka 40·4; rajta nagyfokú elesettség, soporosus állapot vehető észre, gyakran köhög, s mindannyiszor szúrófájdalmat érez a mellkas bal oldalán. A köpet nagyon tapadós, nyákos. Ez volt tehát a vizsgálat eredménye, s én azután a betegnek lázellenes szerül salicylsavas natriumot rendeltem $\frac{1}{2}$ grammos adagokban, bal mellkasára pedig hüvős borogatást. Az időközben jelentkezett hányási inger miatt beteg az említett szert be nem vehette, s így azt félre kellett tenni a következő napra, nem is sejtve azt, hogy szükség többé nem lesz reá.

Május 9-én betegen következő változás volt észrevehető: a nagyfokú légszomj, mely a fennt leírt tünetekben van kifejezve, megszűnt, s a beteg sokkal könyebben üríti ki a nagyon tapadós, kissé sáfrányszerű, helyenkint sötét-barnás nyákot; a köhögés ritkább; hőfoka = *38·6*; szúrófájdalmai megszűntek. A bal tüdő felett az említett területeken, a hol eddig határozatlan be- és kilégzés volt hallható, most kifejezett hörgi jellemű a légzés, a kopogtatási hang pedig tompa. A szívműködés rendetlen, arythmikus. Csak a véletlennek köszönhető, hogy a család kivánatára e beteget kétszer kellett naponta látogatnom, s így történt, hogy ugyanazon napon este újból meglátogattam őt, a midőn meglepetésemre a hőfokot *36·8*-nek találtam, egyéb tünetek pedig ugyanazok voltak. Az eddigieket elemezve, még pedig mindenekelőtt a kórelőzményi adatokból kitünik, hogy beteg gyakori spontan és nehezen csilapítható orrvérzésben szenved. Miután nekem nem volt alkalmam betegnél e vérzést észlelni, egyéb tünetek hiányában környezete elbeszéléséből kizárhattam a Werlhof-kórt, a sülyt, a csúzos tarjagot (peliosis rheumatica) és vérzéssel járó egyéb bajokat, s így vérzékenységre (hämophilia) gondoltam, noha a család egy tagja sem szenved hasonló bajban. Szokás a vérzékenységnél előfordúló vérzéseket gyakoriságuk szerint scalában összefoglalni, s ezen scalában az orrvérzés első helyet foglal el. E gyakori vérveszteség értelmezhetővé tette a betegen észrevehető vérszegénységet, a szív felett hallható zörejeket, nemkülönben a gyakori szívdobogási rohamokat is.

Szervi szívbaj e betegnél semmi esetre sem volt jelen, mert hogy a szívcsúcslökés kissé ki volt helyezve, az tekintetbe alig jöhet, mennyiben ez rendes körülmények között is elő szokott fordúlni gyermekeknél (Eichhorst[1]); másrészt erre a jelen esetben a mellkas sajátságos alkotása is befolyással volt. E szívdobogási rohamokat ideges szívdobogásnak (palpitatio cordis nervosa) kellett tartanom.

(Vége következik.)

KÖNYVISMERTETÉS

Ueber Hysterie und deren Behandlung von Prof. C. Liebermeister in Tübingen. Sammlung klinischer Vorträge. Nr. 236. Nagy 8-ad, 20 lap.

A kis munka főbb vonásokban, meglehetős hézagosan tárgyalja a hysteriát. Mellőzve minden rendszert, az eddig általánosan ismert dolgokat inkább a szépirodalomban dívó »csevegés« alakjában adja elő a szerző, s a várakozást, melyet ahhoz kötünk, nem elégíti ki egészen.

Elmondja, hogy a hysteria functionalis megbetegedés, mely durvább anatomiai alapot nélkülöz. Székhelye a szürke állományban van, eltérőleg azok nézetétől, kik azt az idegrendszer több részeibe helyezik, s bizonyos körülmények közt az egész idegrendszert megbetegedettnek tekintik. Psychikus megbetegedés, anélkül, hogy a tulajdonképeni elmebántalmak körébe tartoznék. Vonatkozik pedig az alsóbb rendű psychikus functiók bántalmára, s így főleg az érzés, hangulat és ösztön az, mely szenved. Legtöbb betegnél az érzés rendellenességei túlnyomók: fájdalmak, kellemetlen érzés, hyperaesthesia, paraesthesia, idiosyncrasia, a nélkül, hogy a megfelelő helyi tünet meg volna. A hangulat és ösztön zavarai: szeszélyességben, ingerlékenységben, az élet iránt elkeseredésben, egyes személyek vagy tárgyak iránt pedig különös sympathia-, vagy antipathiában, nagyfokú egoismus folytán tekintetnélküliségben, továbbá maguk iránt szánalom felébresztése czéljából túlhajtás és hazugságra hajlamban, s bizonyos erotikus jellegben nyilatkoznak.

A kifejlődött rohamok, az anaesthesiák, görcsök és bénulások is psychikus befolyások alatt állván, hirtelen állhatnak elő, s hirtelen tűnhetnek el.

A hysteria súlyosabb eseteiben a magasabb szellemi functiók rendesen hamar elvesztik uralmukat az alsóbb rendűek felett. A felfogás, s gondolkodás mindinkább kisebb térre szorúl, mi alatt a beteg figyelmét saját személye foglalja el. Az akarat, vágy, törekvés eltompúl. Néha az akaratnak egyoldalú nyilatkozata önfejűséggé fajúlhat. Egyes esetekben a hysteria valódi elmebetegséggé válhatik.

Ily betegekkel szemben az orvosnak félre kell tennie a simulatiónak nagyon is közelfekvő gondolatát, s a beteg bizalmát törekedjék megnyerni. A gyógykezelés — miután sok tekintetben psychikus — nagy tapintatot, nyugalmat és türelmet igényel.

Első sorban a causalis indicatióknak kell eleget tennünk. A sexualis bántalmak, melyekkel összefüggésbe hozható, megfelelő módon kezelendők, bár ezek ritkábban szerepelnek a hysteria kóroktanában, mint sem régebben hitték, s a kapott nevet megérdemelné.

Legfontosabb indicatiók a jelenlevő táplálati és alkati zavarok megszűntetése: a chlorosis, anaemia, általános atrophia, s emésztési rendellenességek. Igen jó hatásúak lehetnek az ásványvizek, fürdők, hegyes vidékek. A tübingeni kórodán rendszeres fürdések igen jó eredményt hoztak létre. Eleinte R 22—26°-kal kezdik azt, s naponta 1—¼—½°-al lejebb szállítják a hőmérséket egész R 15°-ig, s a beteg 10—15 perczig marad a fürdőben. Természetesen hosszú ideig használandók azok.

[1]) Lehrbuch der physikalischen Untersuchungsmethoden. II.

A psychikus hatányok közül nem mind vezet eredményre, sőt némelyik közülük inkább előidézi, mint szünteti a bajt (ijedtség, hirtelen beálló gond). A hypnotismus is lehet jó hatású, bár a szerző hangsúlyozza, hogy ez könyebben teszi az egészségeset beteggé, mint a beteget egészségessé.

Prophylactikus szemponthól sokat tehet a nevelés, a midőn főleg a kötelességérzet és akaraterő fejlesztendő az érzés, kedélyhangulat és ösztön ellenében.

A rohamok alatt a hysterikusok öntudata nincsen felfüggesztve. Ezek alatt észrevehető a beteg nagy ovatossága, melynél fogva magát soha sem sérti meg nagyon. Hirtelen bekövetkező ingerek megakaszthatják a rohamot. Ezek közé tartozik a villamáram is, melynek czélszerű alkalmazásától sikert láttak. A bevezetési áram sarkai a két kulcscsont táján a plexus brachialisra, vagy a térdhajlatba, a talpra helyeztetnek. Az áramot addig kell fokozni, míg a roham teljesen megszünik. Heveny esetekben egy roham elvágása a teljes megszünést eredményezheti.

Moravcsik tr.

LAPSZEMLE.

N—l. Genyes hashártyalob, hasmetszés, gyógyulás.

A mennyire a nem egészen tökéletes kórelőzményből kivehető, 21 éves, különben erős-testalkatú beteg 4 és ½ hó előtt visszatérő lázban szenvedett és a reconvalescentia alatt heves visszaesésben betegedett meg collapsus tüneteivel; ezután izzadmány képződött a hasürben, mely lassankint, esteli hőemelkedésekkel egybekötve, tovább fejlődött. Végre a has ad maximum, de egyenletesen kitágúlt, s a hasfalak, nehány bőrviszér kitágulását kivéve, nem változtak. E kopogtatási hang mindenütt üres. Próbaszúrcsapolás által híg, genyszerű szinezettel biró folyadék nyeretett. Erélyes tapintásnál több helyen, nevezetesen a máj és köldők táján egyenetlenségek tapintattak, melyeket dagoknak tartottak. A műtét szigorúan fertőztelenítőleg hajtatott végre. Hosszú metszés ejtetett a köldöktől a fanívig; körülbelül 5 fontnyi geny kiürítése után a hashártyaüreg áttapintható, s a lágyéktáj és a máj kényelmesen elérhető volt; miután az egyetlen egy genytömlőt képez. A mesenteriumok visszahúzódása által a belek egész a gerinczoszlopig voltak vonva. (peritonitis dorsalis). Gondos drainezés, Listerkötés; a hasűr nem öblíttetett ki. Sima lefolyás. Beteg egészen magához jött, s csak időről időre fellépő bélgörcs-rohamok által háborgattatik. (Schmidt A. Wratsch. 1881. 51. 52.)

N—l. Hasmetszés bélzáródásnál.

40 éves férfi, már 7 év óta bir kis jobb oldali lágyéksérvvel, mely mindíg igen könyen visszament és sérvkötő által visszatartathatott. A kórodán való felvétel előtt 4 nappal a sérv a sérvkötő mellett kinyomúlt, s a beteg által csak nagyobb erőfeszítéssel nyomathatott vissza. Ezen pillanattól kezdve a hasban fájdalmak léptek fel, míg a további lefolyásban a belső kizárodásnak oly nagyfokú jelenségei, hogy Gallozzi a hasmetszést végrehajtotta. Bemetszés a linea albába a köldök alatt; a bélkacsok erősen felfuvódottak és vérbővek; a jobb csípőtájon érzi a műtő mint resistensebb pontot, a kizárodásnak helyét. Gallozzi ezen bélhurkot kihúzta; a bélkacs megtöretési helye tágúlt és egy füződési barázdát mutat. A behajlott bélkacs kinyujtása után repositio. A hasseb bezáratott. Fertőztelenítő műtét. A műtéti nap estéjén bő székletétel jelentkezett; hanem a nagyon elgyengült beteg igen gyorsan összeesett, s az éj folyamában meghalt. Hashártyalob nem volt jelen. (Il Morgagni. 1882. 8.)

TÁRCZA.

Heti szemle.

BUDAPEST, *1884. január 24-dike.*

— **A magasabb rangú gerinczes állatok elemi veséi (nephridiumai).** *Mihalkovics Géza* tnr. f. hó 21-dikén tartott akademia székfoglalóját azon kezdette, hogy a kiválasztó készüléknek ébrény-helyzéke a középlemezekben van, a mennyiben ez szolgáltatja az összes kiválasztó készülék fejlődésére szolgáló *ösvese-csövet* (Wolff-féle csövet). A középlemezek jelentősége az amnioták közül csak a reptiliáknál mutatkozik jól, melyek igen fiatal példányainál bebizonyosodik, hogy a felső és alsó oldallemezek medialis részei alakúlnak át középlemezekké, a mennyiben ezek a testszelvényektől

kifelé bizonyos távolságban egymáshoz feküsznek, s a test szelvényeinek megfelelő számú hólyagokká (szelvényhólyagokká) füződnek le. A szelvényhólyagok között visszamaradó részek felelnek meg a többi amnioták középlemezeinek; a szelvényhólyagoknak megfelelő hasadékok a középlemezekben emezeknél szintén előfordúlnak (ú. n. középlemez-rések), de csak durványosan mutatkoznak. Eredésre nézve a középlemezek valódi mesoderma-részletek, így a kiválasztó készülék hámja mesodermából származik, s ez egy oly indifferens talaj, melyből hámok ép úgy származhatnak, mint a többi csirlevelek bármelyikéből.

A középlemezek háti részéből válik le igen korán (2—2 $^1/_2$ mm. hosszú gyík, 1 $^1/_2$ napos tyúkébrény) az ősvese-csatorna tömör seftpálcza képében, a 4-dik tejszelvénytől a 7-dikig terjedve, s mellül egy gombban emelkedik ki. Ha egyszer levált, akkor distalis irányban, összefüggés nélkül a középlemezekkel, önnön magától nő tova. 14—15 szelvénnyel biró ébrényben kezd üreges lenni a közepén, a mire mind mellfelé, mind hátrafelé folytatólag egyrétegű hengerhámfalakkal biró csatornává alakúl át. Eleinte az ectoderma alatt fekszik, de már 3 napos tyúkébrényben a testszelvények magvából kinyomuló sejtek azt felülről betemetik, a minek eredménye az, hogy az ősvese-csatorna közeli szomszédságát a zsiger-üreg medialis hámja mellett továbbra is megtartja. Ugyanekkor a középlemezek állományának felszaporodása által a zsiger-üreg felé beemelkedő domb: a *húgy-ivardomb*, helyesebben mondva húgy-ivarlécz keletkezett, melyet a zsiger-üreg hámja borít, s belsejében az ősvese-csatornát, e felett pedig a korán kifejlett fő-viszeret tartalmazza. Vázza (ú. n. Wolff-féle blastema) gömbölyded indifferens sejtekből áll, s ezek medialis felé a testszelvények magvával határosak. Az ősvese-csatorna proximalis vége eleinte e nyak közepén (4-dik szelvénynél) van, de innen előtte fejlődő több szelvény, valamint elsorvadása folytán visszahuzódik, s a mellkasi rész legmagasabb pontjára jut.

Az ősvese-csatorna képezi az ú. n. nephridiumokuak kivezető csatornáját. Ilyen van kettő: a fejvese (pronephros) és az ősvese (mesonephros s. corpus Wolffii).

A fejvese a legősiebb kiválasztó készülék. Jól kifejlődve csak anamniák álczáiban fordúl elő, de jelen van durványos állapotban az amnioták közt bensőbb lesz. Tyúkébrényben a 3. nap elején a 10—12. testszelvény tájékában a húgy-ivardomb hámjából 2—3 üreges betüremlés nő be a Wolff-féle blastemába az ősvese-csatorna felé, s ezzel falai, sejtjeinek fellazulása után nyilt közlekedésbe lépnek. Ezen csövek fejlődési módjukat illetőleg megfelelnek a czápafélék hashártyai tölcséreinek és ősvese-csöveinek, míg hüllőkben a fejvesecsöveinek. A betüremlések medialis oldalán, a bélfodor gyökerének szomszédságában a testüreg felé kiálló szabad edénygomolyok fejlődnek egy sorozatban, számra nézve 4—5 (ludaknál több). Ez a test megfelel teljességben a hüllők fejveséjének; ugyanis vannak benne a zsiger-üregből kiinduló, s az ősvese-csatornával összefüggő hím-csövek és a testüregbe becsüngő szabad edénygomolyok. Az amniotákban e készülék azonban mint kiválasztó készülék komoly számba nem jön, mert csövei tyúk-ébrényeknél már a 4-dik nap elején, gomolyai pedig az 5—6. napon elsorvadnak. Így itt az átöröklés útján az alsóbb rangú gerinczesekből a magasabbakba átszármazott ősi szervnek egy régi példája áll előttünk. A fejvese jelenléte idején az ősvese-csatorna szolgál kivezető csövéül; azért helyesen nevezhető *fejvese-csatornának*. 34 szelvénnyel biró tyúkébrényben (4-dik napon) distalis vége eléri a bélcsatorna háti oldalsó falát, s ebbe nyilik, miután megelőzőleg a bélcsatorna két szárat (kloakaszárat) küldött ellenébe. Proximalis vége a fejvesén túlterjed, s a 4-dik naptól kezdve több lefüzött darabból áll, melyek később (6—8 nap) elsorvadnak.

A 12-dik szelvénytől distalis felé kezdődik meg a fejvese elsorvadási idején 3. nap végén, (jobban a 4-dik elején) az ősvese vagy *Wolff-féle test* fejlődése. Ennek haránt csövei sem az ősvese-csatorna falaiból való kitüremlés (Waldeyer ellen), sem a zsigerüregi hámnak beburjánozásából (Kölliker stb. ellen) nem keletkeznek, hanem helybelileg differentiálódnak ki a Wolff-féle blastemából. A 4-dik nap elején a fejvese-csatorna medialis oldalán, nagyobb számban mint a testszelvények, a Wolff-féle blastema sejtjeinek tömörülése folytán gömbölyded halmazok, ú. n. ősvese-bimbok keletkeznek. A bimbók kéregrészében a sejtek megnyulása által sugaras

szerkezet, majd hólyagalak áll elő. Ezen *ősvese-hólyagok* (megfelelnek a reptiliák szelvényhólyagainak) felső (háti) fala azután besüpped, oldalsó végük az ősvese-csatornához hozzáfekszik, a sejtek ott fellazúlnak, s most a kettős-homorú haránt ősvese-csatorna nyilt közlekedésbe lép az ősvese-csatornával. Az ősvese-bimbók kidifferentiálása a Wolff-féle blastemából proximal-distalis irányban halad tova, úgy hogy mellül már jól kifejlett ősvese-csöveket találunk, midőn hátul a bimbók épen előállanak. Így az ősvese-csatorna medialis falán egy sorozatban elsőrendű *ősvese-csövek* indúlnak el. Ezeknek további kifejlődése abban áll, hogy a merítő-kanálalakú cső, középső részén megnyúlik és csavarodik, a behajlott vége pedig Malpighi-féle lesz. A merítő-kanál homorulatában levő tömöttebb kötszövetben véredények keletkeznek, s a főérrel rövid águk útján közlekedésbe lépnek, így beiőlük egy-egy gomoly keletkezett. Felszinét a kanál homorulatának hámja fedi, — küjebb a Bowman-féle tokká alakuló külső hámréteg következik. A cső feltekeredése igen szabályszerűen következik be: felül (háti oldalon) egy keskeny cső megy el az ősvese-csatornától, mely azután lehajlik, miközben kitágúl, s a szűk csővel párhuzamosan oldalvást halad, majd ismét befelé hajlik, s a szűk cső alatt, bunkót képezve, lefelé kanyarodik a Malpighi-testecshez.

Az 1. rendű ősvese-csövek felett azután 2-od és 3-ad rendű ősvese-bimbók keletkeznek, egészen önállólag a Wolff-féle blastemában. Ezek szintén átalakúlnak ősvese-hólyagokká, melyek egyesülésbe lépnek az ősvese-csatornával. 6—7 napos tyúkébrények ősveséjének beszúrt metszetein jól látni, hogy a Wolff-féle csatornába 3 rendbeli csövek nyilnak, melyek ismét beiktatott csöveket vesznek fel, a mi által az ősvese szerkezete ez időben meglehetős bonyolúlt lesz. De csak a 20—30-dik testszelvény tájékában ilyen az. Ettől proximalis felé csak első és másodrendűek, végre körülbelül 14. a 18-dikig csak elsőrendű csövek vannak. Ez utóbbiak alakúlnak át utóbb a mellékhere fejében levő ondókivezető csövekké (és a mellék-petefészek csöveivé), s így ezeknek üregе teszi az ősvesének ú. n. *ivari részét*, míg az ősvesének többi, ú. n. *húgyszervi része* majd egészen elsorvad. Hitvány maradékai képezik hímekben a Giraldé-féle szervet (nösténvekben a paroopharont).

— **A fogászat Francziaországban.** Ez idő szerint a fogászat a franczia orvosi köröket nagyon foglalkoztatja, mire különös okot szolgáltat annak tanításának Észak-Amerikában éz Angolországban előrehaladása, nemkülönben az, hogy a rendezés szükségét Francziaországban felettébb nagyon érezik.

A mi a tanítást és képesítést illeti, e tekintetben három mód áll nyitva, ú. m. először az, hogy a fogászat gyakorlata, s így annak rendszeres tanulása csak orvosoknak engedtessék meg; másodszor, hogy azoknak, kik e szakmával foglalkozni akarnak, megfelelő vizsgálat után, az állam által fog-sebészeti (Chirurgien dentiste) oklevél szolgáltassék ki; harmadszor végtére, hogy az a szabad tanítás terén rendeztessék.

Midőn e három módot tekintjük, azt hinnők, hogy Francziaországban, a hol az állam mindent kezébe ragad, s szigorúan szabályoz, a fogászati tanítás és képesítés ügyét szintén kezébe fogja ragadni; intézkedése pedig az lesz, hogy a fogászat gyakorlatához az orvostudori oklevél minden esetre meg fog kívántatni, melyet orvosi fakultáson megejtett vizsgálatok alapján a közoktatásügyi minister szolgáltat ki. Azonban egyáltalában nem így van a dolog.

Sok szól a mellett, hogy a fogászati gyakorlat csak orvostudoroknak engedhető meg, kiknek alapos orvosi képzettségük van, s kik egyedül lehetnek hivatottak arra, hogy a fogászati teendők végzéséhez a szükséges ismereteket és ügyességet elsajátíthassák, így pedig a gyakorlathoz megkívántató különös képességeket megszerezzék. Nálunk ez idő szerint e rendszer lett hallgatólag elfogadva, hallgatólag mondjuk, mert a dolgok természetes fejlődésére lett bízva, hogy az beváljék, s tekintve viszonyainkat, annál helyesebbet cselekedni nem is lehet; Francziaországban azonban más álláspontonn vannak.

Az orvosok nagy többsége Francziaországban azon álláspontot foglalja el, hogy mindaddig, míg az egész orvosi tanítás és képesítés szabaddá nem lesz, a fogászatot sem lehet kivételes állapotba helyezni, hanem a fogorvosi gyakorlatra ugyanazon képességeket kell követelni, melyek az orvosi gyakorlat többi ágaitól megköveteltetnek, vagyis fogászattal csakis az foglalkozhassék, kinek

orvos- és sebésztudori oklevele van. Ennélfogva ha az állam az orvosok képzését és képesítését keze közt tartja, gondoskodnia kell a fogászat tanításáról és vizsgálásáról is, épen úgy mint ezt a többi orvosi tanokra nézve teszi. Ezenkívül azt mondják, hogy a fogászat gyakorlatára az orvostudori oklevélen kívül más oklevélre szükség nincs, s ha az állam, jó példát mutatva, a fogászat tanításáról gondoskodik, a tanulók a legnagyobb hévvel fognak a fogászati tanteremben megjelenni, valamint a kórodán a szükséges gyakorlatot megszerezni. Úgyszintén nagy számmal lesznek még külön tanfolyamok is, melyekben a fogászat taníttatni fog, melynek hallgatói — tekintettel a jövőbeli reményteljes kilátásokra — mindíg jelentékeny számmal lesznek. De az orvosi közvélemény Franciaországban sem döntő, legalább ez ügyben nem az; míg a párisi orvosi fakultás, s a kormány is, semmit se akar tudni a fogászat tanításáról és vizsgálásáról. Azok itt szintén azon ellenállást fejtik ki, melyet máskor is kifejtettek, midőn más orvosi szakmákkal szemközt, ezeknek elismeréséről és tanításáról volt szó. Úgy az egyik mint a másik a fogászat tanítását magára kivánja hagyni, a dolgot akként fogva fel, hogy ha életképes az, magában is majd meg él, s tovább fejlődik; ellenkezőleg nem.

Le Fort tanár volt az, ki azon véleményét fejezte ki, hogy az orvosi kar és a kormány a fogászat tanításával ne foglalkozzék ugyan, hanem csak a gyakorlatra jogosítást tartsa kezében, s a jelölteket megvizsgálva, ezeket a vizsgálat elfogadása esetében »Chirurgien dentiste« (fog-sebész) oklevéllel lássa el, ekként megfelelő gyakorlatra jogosítva. E javaslat ellenében azonban általános volt a szörnyűködés, azon felfogásból indúlva ki, hogy az állam mily alapon igényelheti a jogosítás megadását, midőn a megfelelő ismeretek szerzéséhez önmaga hozzá nem járúlt, miáltal egyszersmind e szakma semmibe vevésének adta tanújelét. Azután miért is ohajtanának az orvostudorok sebészekké lenni, így kisebb rang után járni mint milyen nekik már meg van, s mely őket az életben körülbelül egy felszínre sülyesztené azokkal, kik a fogsebészi címhez orvostudori szigorlatok és oklevél nélkül jutottak el. Le Fort tervét Franciaországban már csak azért is elvetendőnek tekintették, mert az mindinkább elidegenitené az orvosokat a fogászattól.

Ily körülmények között nem maradt más hátra mint a szabad tanítás és képesítés rendszerének meghonosítása, s meg lett alkotva Párisban az első szabad fogászati oskola, mely e hónap elején ünnepélyes közülést tartott. Harmadik volt ez már, s nagy számmal adattak ki oklevelek és osztattak ki jutalmak. Az ülés jelentőségét Verneuil tanár nagyban emelte, ki ott az elnöki széket foglalta el. Ez alkalommal Lecaudey az oskolatanács elnöke a hallgatóság számának folytonos gyarapodásáról, nemkülönben a tudományos és gyakorlati tanításban elért kielégítő eredményekről tett jelentést.

Ezen oskolába felvétetik mindenki, ki grammatikai osztályokat jó sikerrel befejezte, vagy ha ennek hiányában az oskolatanács előtt elégséges érdemjellel felvételi vizsgálatot állott ki. A felvevés ezen módját az alapítók követelik, mert ezek azt a fogászat érdekében teljesen szabadnak ohajtják. Taníttatik pedig abban a boncztan, élettan és az általános kórtan; továbbá a fogak boncztana és kórtana, a fog-műtéttan, a vendégfogak készítése, az alkalmazott vegytan, s végül a fogászati kóroda és gyakorlat. Szóval a tanterv kifogás alá alig eshetik.

Az első iskola mintájára Párisban már egy második van keletkezőben, s minthogy a jó példa nagyobb vidéki városokra is elragadt, nem lehet kételkedni a felett, hogy a fogászat tanítása Franciaországban nagy lendületet fog nyerni, s tisztán magánúton az ország tanúlt fogászokkal bőven el lesz látva. Ez alapon remélik a franciák a reájuk szórt azon vád megszünését, hogy az újkori fogászatban még nagyon hátra vannak.

A szines vérsejtek szaporodása. Az, hogy a szines vérsejtek miként szaporodnak, eddigelé eldöntve egyáltalában nincs, ámbár e kérdéssel már sokan, még pedig tüzetesen foglalkoztak. 1881-ban Bizzozero, majd azután Peremeschko tett ide vonatkozó vizsgálatokat, melyek szerint azoknak szaporodása közvetett osztódás után történnék, mely alatt a chromatikus magállomány nagyobbodássával és megváltozott rendezkedésével egybekötött szétválást kell érteni, Legközelebb pedig Bizzozero J. tnr. és A. A. Torre tr. közölnek Virchow Archiv-jának 95. kötetében értekezést, mely-

nek nyomán megnőtt állatokban a színes vérsejtek a fiatal alakoknak ugyancsak közvetett osztása útján folyton szaporodnak, mi különös szervekben, megy véghez, még pedig az emlőseknél, madaraknál, a hüllöknél és a farkatlan kétéltüeknél a csontvelőben a farkas amphibiumoknál ellenben a lépben, míg a halaknál, a lépen kívül azon lymphoid gyurmában is, mely náluk a veséknek kisebb nagyobb részét teszi. Ezenkívül meg kell jegyeznünk, hogy a kifejlődött emlősek és madarak vérében csak régi vérsejtek vannak; míg a hüllők, kétéltüek és a halak vére olyan mint a gerinczesek ébrényi vére általában véve, vagyis a régi szines vérsejtek mellett fiatalok és szaporodásban levők is vannak bennük, csakhogy az utóbbiak az előbbiekhez képest csekélyebb számmal találhatók, mintsem ez a vérsejt-képzésre szolgáló szérvekben előfordúl. Végül ezen állatok vérében az ébrényi vérsejtek ismételt vérbocsátások után nagyohb számmal lépnek fel; míg számuk csökken, vagy épen el is tűnnek ezek, ha az állatok koplalnak, vagy fogságban tartatnak, szóval ha oly körülmények között élnek, melyek az anyagforgalom korlátolásával járnak.

— **Önkéntes szívrepedés.** Az önkéntes szívrepedések nem épen gyakoriak, minélfogva érdekesnek tartunk egy ilyen eset megemlítését, mely a párisi Charité-ben Hardy osztályán fordúlt elő, s a société anatomique egyik ülésén a múlt évben közöltetett.

A beteget Duverne-nek hitták, 52 éves és hivatalnok volt, s arról panaszkodott, hogy egy hó óta betegeskedik, az előzményekben azonban nála valami betegségre nem lehetett találni, hanem sokat nélkülözött, nyomorúságos hygienikus viszonyok közt élt, s különös lépcsőkön járáskor nehézséget érzett. Orvosa mell-anginát vett fel nála, s vizeletében sok fehérnyét, valamint kevés czukrot talált. A szívben zörejek, továbbá a tüdőkben rendellenességek nem észleltettek. Az alszárak kevéssé duzzadtabbak, de nyomáskor újjnyomok nem maradtak vissza. A felvevő-nap estéjén a légzés kevéssé nehezebb, a test hőmérséke pedig 40° volt. Másnap reggel felkelt, s mint ismét le akart feküdni, nehány erőszakos légzést téve, összerogyott és meghalt. Bonczoláskor a szívburok alvadt vérrel volt tele, s a bal gyomor falában mellül, a sövénnyel párhuzamosan, a tüdőütértől 38 mm-re, 42 mm. hosszú átható seb volt, melynek alsó vége a szív csúcsától 52 mm. távolságra állott. A szív körül sok volt a zsírszövet, a fal pedig meg volt vékonyodva, s részben szemcsésen, részben zsírosan elfajúlva. A szívbillentyűk épek. A főér és a bal koszorúütér fala kásaszerűen elfajúlt, az utóbbiban pedig tömeszt találtak, mely a falhoz erősen oda volt tapadva. A májban cirrhosis cardiaca volt, míg a vesékben interstitialis gyuladás a kötszövet túlképződésével.

—th. **A gyermekek előhaladó izomsorvadása.** Landouzy és Dejerine a következőkben terjesztik elő vizsgálataiknak eredményét a franczia tudomanyos akadémia elé. I. A gyermekek előhaladó izomsorvadásánál a gerinczvelő és a körzeti idegek épek, ezen kórforma tehát az izmok bántalmazottságán alapszik. II. A gyermekek eme előhaladó izomsorvadása az ismeretek mai állása szerint a következőkben különbözik a felnőtteknél Aran-Duchenne által leírt hasonló kórformától. 1. A sorvadásnak az arcz-izmokon történő első fellépte állandó a gyermekek bajánál; ez a legjellemzetesebb különbség a két bántalom közt, mennyiben a felnőttek ily megbetegedésénél hiányzik. 2. A gyermekek előhaladó izomsorvadásánál e bántalom keletkezésében az idegrendszer semmi szerepet sem játszik; ellenkezőleg van ez a felnőtteknél, kiknél az izom-idegrendszer egész lefolyásában bántalmazva van. 3. Ezért is jól meg kell különböztetni a felnőttek myelopathikus előhaladó izomsorvadásától a gyermekek myopathikus terjedő izomsorvadását, noha a kettő közt a kórodai hasonlat sok. Félreértések elkészülése végett ők ezen megbetegedést myophatikus haladó sorvadásnak nevezik.

VEGYESEK.

Budapest, *1884-diki január 24-dike. A k. orvosi könyvkiadó társulat* részére fizettek lapunk szerkesztőségénél 1883-ra: Tátray Gergely, szepesi orvos-gyógyszerészegylet, Török János, Erreth Lajos, Jellachich Károly; — 1884-re: Téry Ödön, Weitzenberger, Gréf István, Grünhut Ede, Nikolsburger Károly, Madarász Rezső, Lendvay Benő, Cseh Károly, Hornyai Ferencz, Bogdán

*

Tivadar, Kövesy Ferencz, Margonyay Gyula, Meczner Ágoston, Felszegi János 8—8 frtot, Singer Mátyás 10 frtot.

— A kir. orvosegyletnek f. hó 26-diki rendes ülésén *Antal Géza* tur. beteg-bemutatásokat tesz a húgyszervi bántalmak köréből, *Scheiber Sámuel* tr. pedig a bécsi nemzetközi villamgyógyászati kiállításról előadást tart műszerek bemutatásával.

— Az *orvosi segélyegylet* részére fizettek lapunk szerkesztőségénél 2—2 frtot: Téry Ödön tr. és Szarvassy Miksa tr.

— *Az orvosi segélyegylet pénztákába* jan. 18—25-ig következő befizetések történtek: Bodzey László, M.-Sziget 10 frt.; Dombai Tádé, Eger 10 frt.; Ambró János, Pozson 8 frt. — Egyenkint 6 frtot: Krónberger Adolf, Barcs; Vörös István, Győr; Schubert János, Szegszárd; Fux József, Miskolcz; Dzián Kálmán, Budapest. — Egyenkint 5 frtot: Argai István, Győr; Károlyi Gyula, Ercsi. — Egyenkint 4 frtot: Takács Alajos, Nyiregyháza; Weiss Sándor, Arad; Kohn Gábor, Paks; Barts József, Ó-Béba; Clementisz Géza, Promontor; Szmolay Vilmos, Vinga; Bányai Lipót, Esztergom; Adler Mór, Szulok. — Egyenkint 2 frtot: Deutsch Illés, Czegléd; Dembisz Vilmos, Ó-Moravicza; Ventura Sebestyén, T.-Teplicz; Révész Bernát, Tob; Tyroler Árnold, Túrócz-Szt.-Márton; Havassy Béla, Kis-Czell; Jelencsik Károly, Privigye; Gyürki Lajos, Kölesd; Szigeti Márton, Alberti-Irsa; Chrenke Dániel, Bánfalva; Brünauer Ambró, Eger; Samek Jakab, Budapest; Friedman Sándor, Budapest; Apaticzky Sándor, Budapest; Ladányi István, Budapest; Huray István, Budapest; Ziffer Károly, Budapest; Varga László, Budapest; Glück Henrik, Budapest; Hirsch Miksa, Budapest; Ludwik Endre, Budapest; Vajda Ignácz, Budapest; Pilisz Ignácz, Budapest; Czukor Lajos, Nagy-Károly; Gemál László, Tihany; Kádár László, Rahó; Koharits János, Szigetvár; Brajjer Kornél, N.-Szt.-Miklós; Pattantyús Imre, Dunaföldvár; Bauer Márton, Apostag; Margonyai Gyula, Árokszállás; Szarvasi Miksa, Abaúj-Szina; Téry Ödön, Selmeczbánya; Kozma Sándor, Kőrösmező; Réthy Sándor, Ökörmező; Nagy József, Solt; Weiner Vilmos, Baán; Boldizsár Imre, Nyirbátor. Összesen 176 frt. Torday Ferencz tr. h. pénztárnok. VIII. ker. Kerepesi-út 1. sz. A nemzeti szinház bérháza.

— *Lőrinczi Ferencz* tr-tól »Függelék« jelent meg »Vezérkönyv a közegészségügyi szolgálat terén« czímű műhöz, melyet annak idejében ügyfeleinknek ajánlottunk, s ezt tesszük az előttünk fekvő »Függelék«-kel is. Összesen 281 kis 8-rét lapra terjed ez, s magában foglalja nemcsak azon törvényeket és szabályrendeleteket, melyek a »Vezérkönyv« megjelenése óta érvénybe léptek, hanem még oly szabályrendeleteket is, melyek korábbi keltüek és onnét kimaradtak, úgy hogy a két munka együttvéve, mely gonddal van kiállítva, teljes, s nála (Budapest, IV, Lipót-utcza 20. sz.) szerezhető meg.

— Saint-Paul Victor és neje múlt évben 25000 frankot adott pályadíjra, melyet az kapott volna, ki a *diphtheritis* ellen biztos szert tud ajánlani; a franczia académie de médecine azonban, ki annak odaitélését magára vállalta, a jutalmat senkinek se adhatta ki, minélfogva azt 1884-re újra kitűzte. Nemzetiségi különbség nélkül mindenki pályázhat, legyen bár orvos, vagy nem, Addig pedig, míg a pályadíjra valaki érdemesíteni fogja magát, annak kamataiból két évenkint buzdításképen jutalmazhatók azok, kik a diphtheritis körébe tattozó legjobb munkát írtak, vagy vizsgálatokat tettek. 1883-ban ily buzdító jutalmat kapott Párisban Leloir, ki az álhártyák keletkezéséről jeles értekezést írt.

— *Koch* tr., s vele a német cholera-vizsgáló bizottság december 11-dikén Calcuttába ért, hol a cholera-halálozások november végén minimumra alászállották; számuk azonban december elején ismét emelkedni kezdett, úgy hogy teljes remény van a cholera-kutatások sikeres folytatására, mire vonatkozólag a munkaprogramm meg is állapíttatott. Koch és a vizsgáló bizottság útközben Colomboban és Madrasban időzött. Colomboban, s általában Ceylon szigetén már öt év óta nincs cholera. Madrastól délre azonban Maduraban és Tanjoreban a cholera hevesen pusztít.

—th. Gibier tr. kisérleteket tett a foghagymával és a pilocarpinnal veszettségnél, hogy azoknak állítólagos jó hatását kipróbálja. A kisérletek macskákon és patkányokon tétettek, melyek veszett kutyáknak vízben szétdörzsölt agyállományával oltattak be. A beoltott állatokat részint erősen foghagymás hússal táplálták. részint nagy adag pilocarpint fecskendeztek bőrük alá, azonban minden

hatás nélkül, mennyiben a veszettség náluk csak úgy kifejlődött mint máskor.

† *Vulpian* tnr., Párisban, rövid betegség után meghalt. Az elhúnyt java korában levő férfi volt, s a tudományos buvárlat terén még sokat lehetett tőle várni. A kisérleti kórtani vizsgálatokat a kórodai észlelésekkel nagy ügyességgel tudta egyesíteni, s e téren az úttörők közé tartozott.

Szerkesztői levelezés.

Sz. K. tr. úrnak: A »Szemészet« mellékletet, lapunk csonkitása nélkül, nincs módunkban külön küldeni; a múltra nézve sem; csak az OHL. rendes előfizetési díja iránt.

HETI KIMUTATÁS
a budapesti sz. Rókushoz czímzett közkórházban 1884. jan. 17-től egész 1884. jan. 23-ig ápolt betegekről.

1884.	*felvett*			*elbocsátott*			*meghalt*			*visszamaradott*					
	beteg			gyógy			beteg			beteg					
	férfi	nő	összeg	férfi	nő	összeg	férfi	nő	összeg	férfi	nő	szülőnő	gyermek	elmekór	összeg
jan. 17	35	28	63	31	15	46	2	—	2	884	654	13	3	55	1609
„ 18	43	26	69	23	18	41	3	1	4	900	661	14	3	55	1633
„ 19	27	20	47	65	32	97	3	2	5	858	648	13	3	56	1578
„ 20	48	12	60	32	17	49	5	3	8	868	641	13	3	56	1581
„ 21	56	31	87	62	22	84	—	5	5	862	642	14	4	57	1579
„ 22	53	27	80	29	16	45	4	3	7	882	652	13	3	57	1607
„ 23	51	43	94	34	22	56	3	—	3	894	669	14	3	62	1642

PÁLYÁZATOK.

A nagy-váradi m. k. bábaképezdén, a f. é. márczius 1-én megüresedő, 500 frt. évi fizetéssel s szabad lakással javadalmazott tanársegédi állomásra ezennel pályázat hirdettetik.

Azon orvostudor urak, kik ezen állomást elnyerni ohajtják, f. é. február 5-ig küldjék be alólírotthoz, a kellőleg felszerelt s a m. k. vallás- és közoktatásügyi ministeriumhoz czímzett folyamodványukat, melyben világosan megemlítendő, hogy folyamodó bírja-e a román nyelvet.

Kelt Nagy-Váradon, 1884. január hó 15-én.

Magyar királyi bábaképezde.

Bácsmegye *Bukin* községében megürült község-orvosi állomásra ezennel pályázat hirdetik.

Ezen orvosi tisztség 400 frt. évi fizetéssel jár; nappali látogatás 40 kr.; éjjeli 80 kr.; halottlátogatás 20 kr.; házbani rendelésért 20 kr.

Kilátásban van helyezve a szomszéd községben is a gyógygyakorlat.

Tartozik a megválasztott községi orvos kézi-gyógytárt tartani.

Pályázhatnak csak tudori rangfokozattal biró orvosok, s pedig f. é. február 28-ig tartoznak felszerelt folyamodványukat a német-palánkai szolgabirósághoz beterjeszteni.

Kelt Bukinban, 1884. január 20-án.

Dübb Dávid, biró.

A *boros-jenői járási kórház* orvosi állása üresedésbe jövén, arra ezennel pályázat nyittatik.

Pályázók csak orvostudorok lehetnek, a kik legalább két évi orvosi gyakorlatot igazolhatnak.

Az orvos évi fizetése 600 frt, szabad lakás és 10 öl kemény tűzifa.

Felhivatnak ennélfogva pályázni ohajtók, hogy ebbeli folyamodványaikat folyó évi február hó 5-éig alólírott kórházi elnökhöz (Arad-megye, Boros-Jenő) annyival is inkább bemutassák, mivel az azon időn túl befolyt folyamodványok tekintetbe nem fognak vétetni.

Boros-Jenő, 1884. január hó 2-án.

3—3 *Czirán*, kórházi elnök.

Békés-megye, szarvasi szolgabirói járáshoz tartozó Szt.-András nagyközségben, az orvos elhalálozása folytán a községi orvosi állásra pályázat hirdetik.

Ezen halottkémi teendőkkel is összekötött orvosi tiszt, évi illetménye 500 frt. készpénz, s ezen felül a községi képviselet által egyes gyógyitásokért szabályozott díjjak.

Pályázók felhivatnak felszerelt kérvényeik alólírt szolgabirósághoz f. évi február 1-éig beadni.

Orvostudoroknak az 1871. XIV. t. cz. 143. §. értelmében előny biztosittatik.

Szarvas, 1884. január hó 8-án.

3—3 *Salacz Ferencz*, szolgabiró.

Vadász, Talpas, Bel-Zerna és Apati községekből alakított XIX. számú *Vadász*-község székhelylyel biró egészségügyi körben az ott alkalmazva volt orvosnak, járási orvossá történt megválasztása következtében lemondása folytán a körorvosi állás üresedésbe jövén, annak választás útjáni betöltése f. évi február hó 4-én d. e. 10 órakor Vadász községházánál fog eszközlésbe vétetetni.

Pályázni óhajtók felhivatnak, hogy az 1871. XVIII. t. cz. 74. §-a értelmében felszerelt a magyar- és román-nyelv tudását igazoló okmánynyal ellátott kérvényüket f. évi február hó 3-ig a Kis-jenői szolgabirói hivatalhoz annál bizonyosabban adják be, mivel az ezen határidőn túl beérkező kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

A körorvos évi javadalmazása a négy községtől 600 frt., beteglátogatásért esetenkint 20—40 kr., végre Vadász-községben mint az egészségügyi kör székhelyén a halottkémi vizsgálatot teljesíteni köteles lévén, ezen vizsgálatok után esetenként 20 kr. díjjazást nyer.

Kis-Jenő, 1884. január 8-án.

3—2 *Péczely*, szolgabiró.

A szegedi m. kir. bábaképezdénél rendszeresített és f. évi márczius hó 1-től 2 év tartamára betöltendő tanársegédi állomásra, melylyel 500 frt. évi fizetés, szabad lakás, fűtés és világítás van összekötve, ezennel pályázat hirdettetik. A kellően felszerelt, 50 kr-os bélyeggel ellátott és a nagyméltóságú vallás- és közoktatásügyi m. kir. ministeriumhoz intézett folyamodványok f. évi február hó 1-ig hozzám nyújtandók be.

Budapest, 1884. január 10-én.

Dr. Mann Jakab, a szegedi m. kir. bábaképezde igazgató-tanára.

Bács-Bodrogh-vármegye felső II. szolgabirói járásához tartozó B. Madaras-községben leköszönés folytán megüresedett község orvosi állomásra ezennel pályázat hirdettetik. — Ezen állomás jövő 1884. évi február hó 11-én d. e. 10 órakor a községházánál megtardandó választás útján fog betöltetni.

Az állománnyal egybekötött javadalmazás:

1. Évi készpénzfizetés 400 frt.
2. Látogatási díj (húsz krajczár) 20 kr.

A pályázók felhivatnak, hogy az 1876. évi XIV. t. cz. 143. §-a értelmében felszerelt folyamodványaikat *1884. évi február hó 9-ik napjáig bezárólag* alólirotthoz beküldjék.

Almás, 1883. december hó 31-én.

3—2 *Deák Zsigmond*, szolgabiró.

Hajdu-Dorog városánál üresedésbe jött párhuzamos egyik orvosi állomásra pályázat nyittatik: — fizetése a városi pénztárból készpénz 400 frt., továbbá háználi látogatásért nappal 50 kr., éjjel 1 frt. A felszerelt folyamodványok Hajdu-Dorog város polgármesteri-hivatalhoz ez évi február hó 20-áig beterjesztendők.

Kelt Hajdu-Dorogon, 1884. évi január 8-án tartott képviselői testületi közgyülésből.

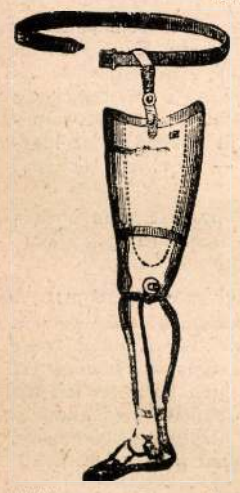
3—2 *Nagy Miklós*, polgármester.

HIRDETMÉNYEK.

NEOSCHIL ALAJOS,

Budapesten, váczi-utcza 27.

orthopaediai gépek-, kötszerek-, gyógy- és betegápoláshoz való készletek gyára, anatomiai műlábak készitője.



Van szerencsém becses figyelmét a legújabb szerkezetű műlábaimra felhivni, melyek e téren a legtökéletesebbnek bizonyúltak; ezen műláb felülmúl minden eddigi szerkezetüket, mert mozgásaiban annyira tökéletes, hogy a valódi lábat teljesen pótolja és minden taghiánynál, az alsó vagy felső czombnál is alkalmazható. Ezen elmés és a legkisebb részekben gondosan összeállitott szerkezetű műlábakat 8—10 évi jótállásra is képes vagyok készíteni.

Minden országban szabadalmazott. Az arany-éremmel díjaztatott.

A szükséges gipszlenyomások nálam díjtalanúl készíttetnek.

Egyenes tartók, orthopaediai fűzők, lábgépek, haskötők és mindennemű sérvkötők a legujabb szerkezet szerint saját gyáramban készittetnek.

Különösen ajánlom a jelenleg igen kedveltté vált saját találmányú ruganyos sérvkötőimet, mely a legelső orvosi tekintélyektől czélszerűnek találtatott.

Szállitható pneumaticus készülékekből — Dr. Waldenburg- és Dr. Tobold-félét Dr. Kelemen által módositva mindig nagy raktárt tartok.

Nagy választék mindennemű sebészi műszerek, gummi-árúk és kötszerek; úti gummi-tárgyak és gummi-különlegességekből.

Dr. BATIZFALVY,

egyetemi magántanár, 24 év óta szakadatlanul működő budapesti test-egyenészeti, belorvosi és sebészi magángyógyintézete, városligeti fasor 51. sz. a., saját épületében, árnyas park közepén, a télen-nyáron közlekedő közuti vaspálya és társaskocsik állomásával szemben, az orvosi tudomány legújabb közegészségi követelményeihez, valamint minden rendű beteg igényeihez, mérten külön szobákon van berendezve. **A test idomtalanságaiban, elgörbüléseiben, sebészi- és idült belbajokban szenvedők** folytonosan fölvétetnek. Az intézeti betegek **az egyetemi tanárok és hírneves gyakorló orvosok által is gyógykezeltethetők.** Sebészi műtevést igénylő betegek gondos, szakértő ápolásra és csendesebb nyughelyre találnak az intézetben, mint az éjjel-nappal zajos vendéglő-szállodákban. Az intézet soha sincs felügyelőorvos nélkül. **Az artézi-kút kénes hév-vize, valamint a hideg zuhanyfürdők** az intézet helyiségeiben használtatnak. Az intézet segélyét **24 éves fennállása óta 10,394 szenvedő vette igénybe. Üdülő betegek** is fölvétetnek; mert a városliget, szabályozása és az öntözés rendszeresítése óta igazi üdülőhely. **Teljes ellátás,** u. m.: lakás, élelmezés, gyógyápolás, fütés, világítás, szolgálat, ágy- és szobanemű kerül naponkint — osztályzat szerint — 2 frt-tól 6 frtig. o. é. **Testegyenészeti czélokból svéd-gyógytest-gyakorlatra bejáró gyermekek,** valamint az intézet 1859-ben történt megnyitása óta mindig, úgy most is elfogadtatnak. **Rendelési órák 11-től 1-ig.**

Cs. kir. szabadalmazott

EGYETEMES EMÉSZTŐPOR

Dr. Gölis-től.

Eddig még utól nem éretett hatására nézve az *emésztés és vértisztitás* terén, *s a test táplálása és erősítésére* nézve. Ezáltal naponkint kétszeri és sokáig folytatott használata mellett valódi gyógyszerré válik számos még makacs betegségekben is, mint p. o. *emésztési gyengeség, mellégés, a gyomor túlterhelése, a belek petyhüdtsége, ideggyengeség, mindennemű aranyeres bajok, görvély, guga, sápadtság, sárgaság, valamennyi idült bőrbaj, rák, időszakos főfájások, férges és köves betegségek, túlnyálkásodás* stb. Ez az egyetlen és gyökeres szer a *megrögzött köszvény és mellbajban (tuberculose). Ásványvíz gyógymódnál* úgy ezelőtt, mint annak használata alatt, valamint utólagosan gyógyszerül is kitünő szolgálatot tesz.

Egy nagy skatulya ára: 1 frt. 20 kr. Egy kis skatulya 80 kr. Főraktár Pesten, TÖRÖK JÓZSEF gyógyszerész úrnál.

A hamisitástóli megmeneküléstre figyelmeztetek mindenkit, hogy a *valódi egyetemes emésztőpor Dr. Gölis pecsétjével* van elzárva, s minden skatulya a védbélyeggel, s kívülről ily czímmel van ellátva:

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

Főszállitóhely: Bécsben Stefansplatz 6. (Zwettlhof).

Dr. Dollinger Gyula, egyetemi magántanár

testegyenészeti magángyógyintézete,

Budapest, VIII. ker. zerge-úteza 6. sz. a.

A gyógykezelés targyai; 1. A gerinczoszlop ferdülései. 2. Csigolyaszú. 3. A mellkas angolkóros görbülései. 4. Ferdenyak. 5. A végtagok elgörbülései: dongaláb, lúdtalp, lóláb, kampóláb, gacsos térd, a csöves csontok s a kezek elgörbülései. 6. Izületi merevség és ízlobok.

Programmot bérmentesen küld.

FER BRAVAIS

a legjobb erősítő

az egyedüli vasoldat sav nélkül.

Kivonat a „British Medical Journal" 1877 mart. 3-ki számából

„Vas Bravais" (tömény vas cseppek)

„a vas jó hatásával bir a nélkül, hogy székrekedést vagy emésztési zavart okozna. Nem feketíti a fogakat.

Egy londoni kiváló orvos írja:

„Megkísértettem azt sok esetben, s oly betegeknek adtam, kik nem türték volna a vasat más alakban. Ez a legjobb vas készítmény, melyet ez ideig ismerek".

Ára egy üvegnek: 2 frt. 50 kr.; fél üvegnek 1 frt. 75 kr. az adag minden üvegen ki van tüntetve.

Raktárak: Budapest: Török József király u. 12.
Páris: Boutron et Cie, rue St.-Lazare 40.

OLTÓ-ANYAG.

12 év óta Merényben, Szepes-megyében (póstai és távirdai állomással) fennálló magán-intézetemből a himlőnyirk megifjitására, **regenerált és humanisált** oltó-nyirk frissen és megbizhatóan, fogamzási jótállás mellett, mindenkor kapható. Egy üvegcse ára fúvócsővel fatokban 1 frt. o. é. Budapesten kapható *Egressy R.* Szt.-Istvánhoz czimzett gyógyszertárában. V. Nádor-útcza 3-dik sz.

Kreichel Andor, orvos-sebész tudor.

ROZSNYAY MÁTYÁSNAK

a magyar orvosok és természetvizsgálók *fiumei nagygyülése által pályakoszorúzott* készítményei, u. m.

Chininchocoláde 100 db. 4 frtért.

Chininczukorka 100 db. 4 frtért.

Melyekből minden darab 0.08 tiszta chinint tartalmaz, továbbá:

Vasas chininczukorka (Pastilli tannochinini ferrati, melyből minden darab 0.05 chinint és ugyanannyi oldatag vasoxydot tartalmaz) 100 db. 4 frt.

Valamint teljesen izetlen

Chininum tannicum insipidum

a chininsulfát időszerű árának körülbelül 55—60%-aért kapható.

Rozsnyay Mátyás gyógyszerésznél Aradon, valamint általa a birodalom minden droguistainál és gyógyszerészeinél.

Mivel készítményeim elismert jelességök által közelismerésnek örvendenek, és többfélekép utánoztatnak, mely utánozatok *kivétel nélkül* közönséges chinintannattal vagy chinidin tannattal készülnek és *kesernyés izűek;* kérem a rendelő orvos urakat arról meggyőződni, hogy csak a *teljesen édes és kellemes izü Rozsnyay-féle* pályakoszorúzott készítmények tartalmaznak *teljes mértékü és tiszta chinint.*

A MOHAI ÁGNES FORRÁS

hazánk egyik legszénsavdúsabb

SAVANYUVIZE

kitünő szolgálatot tesz főleg az emésztési zavaroknál, s a gyomornak az idegrendszer bántalmain alapuló bajaiban. Általában a víz mind azon kóroknál kiváló figyelmet érdemel, melyekben a szervi élet támogatása és az idegrendszer működésének fölfokozása kivánatos.

Borral használva kiterjedt kedveltségnek örvend.

1883. évben 1 millio palaczk szállittatott el.

Fris töltésben mindenkor kapható

Édeskuty L.

m. kir. udv. ásványviz-szállitónál Budapesten.

Ugyszintén minden gyógyszertárban, füszerkereskedésben és vendéglőkben.

CHINAHÉJ-BOROK,

HENRY OSSIAN tanár, a párisi orvosi akademia tagjától.

Valódi kinahéj-bor spanyol borból.

Az oly állandó vegyiték, mely az orvosnak nagy biztosságot nyujt, s az adagolást igen könnyűvé teszi; a bor nem keserű, hanem igen kellemes izű, miért is igen előnyösen alkalmazható gyermekeknél, gyöngéd egyéneknél, éltes és elgyengült betegeknél, kiknek gyomra a keserű szereket rosszúl tűri. Szorulást nem okoz azon erjeny (diastasis) miatt, mely benne foglaltatik. *Ára egy üvegnek 2 frt.*

Vastartalmú kinahéj-bor, malagaborral, vilanysavas vassal s erjenynyel (diastasis).

Ez tökéletes tartósságú s tiszta izű, mely miben sem emlékeztet alkatrészeire, könnyen adagolható s biztos hatású. Ezen alakban hasonló körülmények között a vasat a szervezet igen könyen tűri, s hatása mégis biztos. — Igen előnyös a sápkór s vérszegénység ellen, úgyszinte súlyos betegségek után üdülés alatt; továbbá mindannyizzor, ha a vérkészítést javítani, a testerőt emelni és az idegrendszert s vérkeringést serkenteni akarjuk. — *Ára egy üvegnek 2 frt. 50 kr.*

NB. Az orvosok ez erjeny (diastasis) hasznát ezen borban könyen meg fogják érteni, ha azon fontos szerepre gondolnak, melyet az emésztésnél játszik.

Iblanyos kinahéj-bor. (Vinum cort. chinae jodatum.)

Az iblany e készítményben Henry sajátságos kezelése folytán úgyszólván mysticus módon van egyesítve a kinával, a nélkül, hogy vele összeköttetést képezne. Ez azért volt szükséges, mivel ezen két anyag vegyileg egymással össze nem fér. Az igen kellemes izű készítménynyel a gyakorlatban igen előnyösen lehet hatni az ú. n. görvélyes bántalmak ellen, melyek oly különféle alakban nyilvánulnak, helyettesiti a csukamáj-olajt és igen nagy haszonnal adható elsatnyúlt, golyvás és angolkóros gyermekeknek. — Ezen 2 készítményben a kina, iblany és vas foglaltatik, oly hatalmas szerek, melyek úgyszólván önmagukban véve elégíthetik ki az orvost a mai időben, melyben a vérszegénység minden betegségnek főoka. — *Ára egy üvegnek 2 frt. 50 kr.*

PESTEN a magyarországi főraktárban TÖRÖK JÓZSEF gyógyszertárában, király-útcza 12. sz.

BUDAPEST 1884. KHÓR & WEIN KÖNYVNYOMDÁJA. (Dorottya-utcza 14. sz.)

SZEMÉSZET.

Melléklet az „ORVOSI HETILAP“ 4-ik számához. Szerkeszti **Schulek Vilmos** tanár.

1. SZ. Vasárnap, január 27-ikén. 1884.

TARTALOM: *Ottava I.* dr. Tapasztalások a hydr. oxyd. flavumos szemkenőcsről. — Dr. *Szili A.* Agghályognak önkénytes felszivódása. — Dr. *Karafiáth M.* Arczorbánczból keletkezett periorbititis egy esete; exophthalmus, corneafekély, iridokyklitis és hályog-képződés. Gyógyulás. (Vége.) — Dr. *Szabó Gy.* Vizsgálatok a gerinczesek ideghártyájának festenyes epitheliumáról. (Folytatás és vége.) — Klinikai közlemények. Dr. *Karafiáth M.* Havivérzés elmaradása által feltételezett megvakulás, heveny papillo-retinitissel. — Szemorvosok gyülése Heidelbergában. Közli *Ottava* dr. — Szemelvények.

MELLÉKLET: Rajzmelléklet Szabó György dr. czikkéhez.

Tapasztalások a hydr. oxyd. flavumos szemkenőcsről.

Közli: OTTAVA I. dr. tanársegéd.

A hydr. oxyd. flavumot nagyon gyakran alkalmazzuk a szemgyógyitásnál, különösen az újabb időben itt is oly jó hatásúnak bizonyúlt massageval összekötve. Jelen értekezésem czélja a hydr. oxyd. flav. szemkenőcs alkalmazásánál az egyetemi szemklinikán szerzett tapasztalásaimat ismertetni, hol azt eddig ungventum emollienssel rendeltük s még most is vidéki collegáink nagy része ezzel rendeli.

A kenőcsöt mint erősen izgatót a szemhéjakra 1—2%, a szemre $^1/_2$% alakban alkalmaztuk. Már szokássá vált a betegnek megparancsolni, hogy a szemhéjakra alkalmazott kenőcsből a szemre nem szabad jutni, mert az erősen csíp, sőt kellemetlen gyuladást okoz.

Újabban az ungventum emollienst a vaselina lassan kiszorította. *Kaposi* a hatvanas években ajánlotta a vaselinát mint igen jó vehiculumot a bőrkenőcsöknél. Seely Cincinnatiban a hydr. oxid. flav. szemkenőcsöt már 1865-ben vaselinával rendelte. Európában Adler (Centralblatt f. A. 1878, pag. 125) ajánlotta először, hogy a hydr. oxyd. flav. szemkenőcsöt, vagy a mint még maig is nevezzük *sárgakenőcsöt*, vaselinával rendeljük. Utána Klein S. (Wiener med. Presse 1880. év 50. és 51. sz.) dicséri a vaselinát; vannak szemészek kik az atropin. sulf.-t is vaselina-kenőcsben rendelik. — Klinikánkon $1^1/_2$ év óta a szemkenőcsöket átalában vaselinával rendeljük.

Szemhéjszéleket vaselinával készült 2—3% sárgakenőcscsel massageozva, feltünt, hogy a szemrésbe és a szemre jutott kenőcs csípést és fájást nem okozott. Ezen eset által bátorítva először kisérletképen, később rendszeresen alkalmaztam massagenál a szemre 2—4% kenőcsöt, a legjobb sikerrel. A beteg sohasem panaszkodott egyébről, mint néhány perczig tartó könnyezésről.

Egyszer véletlenül ungventum emollienssel készült 1% kenőcs jött kezembe; massagekor, de különösen utána a beteg szeme erősen könyezett s a beteg szavait adva: »ma a kenőcs nagyon csíp«. A kenőcsben hiba nem volt: oly jól volt eldörzsölve, mint a vaselinával készült.

Ezen eset által figyelmessé tétetvén számos kisérletet tettem s azt tapasztaltam: a hányszor a kenőcs ungventum emollienssel volt készítve, az mindig erősen izgatott s a betegnek több óráig fájdalmat okozott. Volt betegem a ki az ungventum emollienssel készült $^1/_2$% sárgakenőcsöt nem tűrte: 6—10 óra mulva is oly csípő fájdalmai voltak, hogy munkáját nem végezhette, a szem erősen könyezett, sőt ciliaris injectio 6 óra után is volt. Hűvös borogatásokat kellett rendelnem. Ugyanennél a betegnél 3% sárgakenőcs vaselinával semmi kellemetlenséget sem okozott; fél óra mulva már nyoma sem volt az irritatiónak.

A kenőcsben az irritáló mindenesetre a hydr. oxyd. flav. és pedig közvetlen érintkezés által. Erre vonatkozólag kisérletet tettem nyulakon. A lehető finoman eldörzsölt hydr. oxyd. flav. porból igen keveset hintettem ecsettel a nyulak alsó átmeneti redőjére. Az irritatio, sőt a gyuladás úgyszólván szemem előtt kezdett képződni: a behintés után a conjunctiva erősen kivörösödött; a szemek erősen könyeztek; 2 óra mulva nagy chemosist találtam; a szemhéji conjunctivát szürke hártya borította. Másnap az egyik nyúl corneájának felső felében 4 mmeter széles genyes infiltratum volt; a conjunctiva szemhéji részét és az átmeneti redőt vastag, nehezen leválasztható, fehér-szürke hártya borította. A következő napon a csarnok félig genynyel telt meg. A szem tönkrement. Több nyúlnál a hártyák leválása után erős hegedések képződtek a conjunctiván.

Itt kivánom azt megjegyezni, hogy téves azon nézet, mely szerint a hydr. oxyd. flav. a könyek chlornatriumával corrosivummá lenne és ez irritálna. A könyek chlornatriuma nem bír befolyással a hydr. oxyd. flav.-ra: 18%-os chlornatr. oldatban 72 óráig állni hagytam a sárgaport s a corrosivumnak nyoma sem volt az oldatban.

A hydr. oxyd. flav. gyors és erélyes hatását arra használjuk a szemgyógyitásnál, hogy torpid lefolyású gyuladások, vagy azok után visszamaradt káros anyagok (homályok) a bővebb vértorlódás s gyorsított anyagcsere mellett eltávolódjanak és élettani részekkel pótoltassanak, szóval gyors reparatiót czélozunk. Ezen esetekben szükséges tehát, hogy az erélyes izgatottság rövid ideig tartson, de ekkor az izgató anyag teljesen távolodjék el, különben újabb gyuladást kapunk. Czélunk az, hogy a kóros anyagokkal telt, tápanyagot szállító útak az erős vértorlódás által kitisztítassanak, mint a városok csatornái jó zápor vize által. Innen van azon szabály, hogy irritálni csak addig szabad, míg ciliaris injectio nem mutatkozik.

A sárgakenőcsnél tehát olyan vehiculumot kell alkalmaznunk, mely a ható anyagot érintkezésbe hozza az illető szövetekkel, de erős beburkoló képességével ismét gyorsan távolítsa el. Ilyen tulajdonsága van a vaselinának, de nincs az ungventum emolliensnek.

A vaselinát, melyet először Amerikából hoztak hozzánk, a petroleumnak (állítólag egyéb rokon anyagokból is) átpárologtatásánál nyerik (300 foknál). Kékesszürke, áttetsző; összeállása a közönséges hőmérséknél olyan, mint a jó sertészsíré; Celsius 33°-nál kezd higulni; vízzel nem keveredik össze; közömbös vegyhatású; levegőn nem romlik meg; higanynyal, vagy nehéz fémsókkal, de egyéb anyagokkal is finom kenőcscsé dörzsölhető; a vele készült kenőcsök hónapokig is használhatók. Szaga nincs. Eddig még nem közismeretű anyaggal hamisítják is. Állítólag vele mérgezések is történtek már. Van sárga és fehér. A sárga állítólag nem oly tiszta, mint a fehér.

Az ungventum emolliens készítésekor spermacétét (20); cera albat (10); oleum amygdalarum dulciumot (80) összeolvasztanak és ehhez rózsavizet adnak 20%-ot (Balogh kommentár). De ez utóbbit, mint gyógyszerésztől hallottam, úgy mérlegelik csak, hogy a fennt említett anyagok összeolvadásakor, addig öntenek rózsavizet hozzá, míg az egész erősen habzó massává lesz, — inkább többet, mint kevesebbet s az ungventum emolliens készen van. A fennt említett zsírok már magukban is megavasodnak, de különösen víz jelenlétében. Innen van, hogy az ungventum emolliensen nyáron, ha néhány napos, már észlelhetők az avasodás jelei s miután a gyógyszerész kénytelen egyszerre nagyobb mennyiséget készíteni, csak véletlenül kapunk olyant a mely nem avas; de nem is kívánhatjuk azt, hogy minden egyes szemkenőcsnél nekünk külön 5

grm. ungv. emollienst készítsen. Az ily zsírral rendelt higanyt, vagy ennek vegyületeit a zsírsavak megtámadják, az utóbbiakat felbontják és zsírsavas higany képződik. Az ungventum emoll. vizzel könnyen összekeveredik. Erről meggyőződhetünk könnyen: tegyünk talán 10 grm. ungventum emoll.-t egy kis pohárba, tegyünk hozzá 8—10 grm. vizet és keverjük gyorsan üveg, vagy fa pálczikával, ekkor a víz lassan eltünik, összekeveredett az ungventum emollienssel és kapunk szép fehér massát.

Vaselinát hasztalan kevertem, ráztam így az a vízzel nem keveredett össze[1]).

Ezek után térjünk át annak fejtegetésére, miért csíp, miért okoz óra hosszáig fájdalmat és könyezést az ungv. emollienssel készült sárgakenőcs?

1. A benne foglalt zsirsavak erősen és hosszú ideig izgatják a conjunctivát és a corneát; régibb kenőcsnél a zsírsavas-higany is teszi azt.

2. Az ungv. emoll. rázás, dörzsölés, vagy kavarás által könnyen keveredik (és ez által mintegy higul) a vizzel, úgy hogy massagenál a bőven ömlő könyek a hydr. oxyd. flav. szemcséit belőle mintegy kimossák. Ez utóbbiak a kötőhőrtya redőibe és egyenetlenségeibe befészkelik magukat és mindaddig izgatnak, mig egy nyálka czafat nem ragad hozzájuk s miután a beteg az irritált szemét dörzsölni, vagy törölgetni szokta, ezen mozgásnál a nyálkaczafat is eltolatik, magával ragadván a szemcsét is, mire a bőven képződött könyek mindkettőt a belzugba, vagy más helyre sodorják, a honnan aztán a beteg képes azt letörölni. Volt betegem a kit csak ily kisérlet czéljából massiroztam ungv. emollienssel készült sárgakenőcscsel; mindig maradtak vissza szemcsék, melyeket, ha szabad szemmel nem, nagyítóval mindenkor megtaláltam. De az intelligens beteg maga is figyelmeztetett, hogy melyik helyen keressem. De a tisztelt olvasó ne gondolja, hogy a kenőcs rosszul volt eldörzsölve, ezért irritált; a kenőcsben hiba nem volt; mikroskóppal vizsgáltam.

Vaselinával készült sárgakenőcsnél ezt sohasem tapasztaltam, mit csak úgy magyarázhatok, hogy a vaselina erősen beburkolja a sárgapor szemcséit, massagenál azok nagy része szabaddá lesz, érintkezik a conjunctivával és a corneával, erősen irritál, de csakhamar jön egy darab vaselina tömeg, dörzsölésnél a szemcsét körülveszi, az irritatiónál képződött könyár a vaselinát s vele a sárgapor szemcsét is kimossa s az irritatiónak vége szakad.

Ezekből látjuk, hogy az ungv. emolliensnek a vaselina felett nincs egy előnye sem. Mert az is kétséges, hogy az ungv. emolliensben a por elosztása fionmabb lenne.

A vaselina előnyei tehát ezek: 1. közömbös vegyhatású mindig; 2. a benne foglalt ható anyag nincs reá semmi hatással; 3. nem romlik el hónapokig sem; 4. a vele készült kenőcs a betegnek fájdalmakat nem okoz; 5. a kenőcs gyógyító hatása, ha nem jobb, úgy mindenesetre olyan, mint az ungv. emollienssel készülté; 6. olcsóbb.

Ennyi előnynél ajánló, hogy szemkenőcsöknél mindig a vaselinát használjuk.

[1]) Említsük még azt is, hogy a vaselinából 10 gr. hét krajczár, az ungr. emoll.-ből 9 (városi gyógyszertár).

Agghályognak önkénytes felszivódása.

Dr. Szili Adolf-tól.

A ritkaságok közzé tartozik, hogy szürke hályogtól a láta területe külső beavatkozás nélkül annyira megszabaduljon, hogy valóban látásra alkalmas fénytörést szolgáltasson. Az ilyen viszonyokat többnyire a magára hagyott hályognak későbbi átváltozásai hozzák létre, melyek azonban többé-kevésbbé tökéletlenek és mulékonyak is szoktak lenni. A hályog visszafejlődésének ilyen typusos menetétől a következő eset annyira elüt, meg azonkívül a spontan visszanyert látóképesség tökélyfoka által annyira kitünik, hogy leírásra méltónak tartom.

Dr. F. kollega, fővárosi orvos hivatalos állásban, jelenleg 65 éves. Kitünően látott a távolba. 16 év előtt kezdett olvasásnál gyenge + üvegeket használni. 8 év előtt jobb szemét, mert gyengülni érezte, szemorvos által megvizsgáltatta, ki szürke hályog képződését kórismézte. Körülbelül 3½ év előtt a hályogot érettnek nyilvánították. — A bal szem akkor még tökéletesen ép volt, a távolba élesen látott, olvasásnál +22 (régi sz.) használt.

3 év előtt egyszer ebéd után, minden feltünő ok nélkül, igen fájdalmas (hányással és émelygéssel összekötött) lobos roham lepte meg a jobb hályogos szemén. Beteg 4 majd 8 pióczát rakatott a halántékra és hideg borogatásokat a szemére, mire ez némileg megnyugodott. Midőn azonban hatod napra a fájdalom új erővel lépett fel, szemorvossal tanácskozott, ki heveny glaucomás állapotot kórismézett és a szivárványhártya-csonkitást ajánlotta[1]). Beteg azonban arra határozta el magát, hogy még egyszer hideg borogatásokat és morphiumot kisérel meg: — harmadik roham csakugyan nem jött létre.

A szem csak 6 hétnek eltelte után lett ugyan egészen fájdalommentes és halvány; de nemsokára rá a beteg még azt is észrevette, hogy vele újra látni kezd. A felvilágosodás lassan, de folyton fokozódott, míg végre a mult télen azon eredményhez vezetett, a melyet a következő leletben leírok.

Ép kinézésű szem; mély mellcsarnok; a szürkéskék szivárványhártya erősen rezeg; a szűk láta kerek és jól reagál. Benne áteső és oldalagos világosságban nehány finom, többnyire függélyes irányú szürke sávocska. Lefelé (a vizsgáló álla felé) irányított tekintetnél, a pupillának egy keskeny vízszintes sectora-ként, szürke, velerezgő tömeg merül föl a szivárványhártya mögött; a vizsgáló mellére irányitott tekintetnél körülbelül a fél láta, a beteg saját térdjére irányított tekintetnél az egész láta a hályogmaradvány által el van zárva. Minden egyéb irányban a látából a szemtükörrel szép vörös fény verődik vissza. Háttér középszerűen majdnem egyenletesen festenyzett; kissé szélesbedett kötőszövetgyűrű. H=11 D, V 5/9, olvas +15 D-vel Sn 0·5-öt kényelmes távolságból.

Ha magyarázni akarnám azt, a mi ezen szemmel történt, kénytelen vagyok első sorban *spontan lencsetok-repedésre* gondolni. Kissé kényes ugyan ezen kórisme mellett az, hogy az annak idejében egy fölötte megbizható szemész által glaucomára kimondott kórisme minden további észrevétel nélkül lett felállítva. Meg azonkívül az irodalom is ilyforma észlelésekben, melyek spontán tokrepedésre vonatkoznak, nagyon szegény. Saját ismereteim nem terjednek tovább mint *Ulrich*-nak közleményére[2]) és az ott saját esetén kívül felhozott pár analogiára; továbbá meg egy esetre, melyet *Arlt* 1881-ben a heidelbergi szemészegyesületnek bemutatott[3]). Egyéb biztosíték arra nézve, hogy vajjon spontan tokrepedés előfordulhat-e, rendelkezésemre nincsen.

De saját esetemnél két fontos körülményt találok, a melyről azt hiszem, hogy feltevésemet támogatja. Az egyiket már említettem, az ama lassankinti hályogfogyás, mely a heveny glaucomás állapottal beköszöntött. Nagyon is figyelemreméltó, hogy minő békésen magától elmult ez a glaucoma. Elsődleges glaucoma nem tűnt volna el úgy; de a belnyomásnak olynemű gyarapodása sem, mely egyszerű (tokrepedés nélküli) hályogficzamnak következménye lett volna.

A másik körülmény, mely visszakövetkeztetésemnek támpontúl szolgál, az a másik szemnek eddig még fel nem említett sorsa. Ez a szem, mint már említettem, régebben jó láterővel bírt és messzelátó volt. Körülbelül 16 hónap előtt a beteg legelőször vette észre, hogy evvel a bal szemével igen távoleső tárgyakat kettősen lát; már a mult tél kezdettén a látás feltünően rosszabbúlt, különösen a távolba, — de a közelben is a szokott szemüveg nem elégítette ki többé, és erősebb convex-üvegek sem tettek jobb szolgálatot: sőt végre kiderült, hogy betegünk épen szemüveg nélkül még legjobban tud olvasni és hogy a távolba való látásra concav üvegek kellenek. Jelenleg a 65 éves úr tekintetbe nem véve a jobbik aphakiás szemét, mely elegendő optikai igazítás mellett sokkal jobb látásra képes mint a bal, egy orrszorítót hord — 4 D-vel (V 6/36, szabadon olvas 0·8 Sn-t 10—15 cmnyi távolságban). Ezen szemnek mellcsarnoka nem feltünően szűk, a láta a jobb szemével egyenlő. Áteső világításnál finom cataracta corticalis posterior lát-

[1]) Dr. Blau István úrnak, ki akkor két izben látta a betegnek szemét, szives közléseért nagyon le vagyok kötelezve.

[2]) Ruptur der Linsenkapsel. Klinische Monatsbl. f. Augenhlk. XX. (1882) 230. l.

[3]) Centralbl. f. pr. Augenhlk. 1882. márcziusi füzet, 80. l.

ható; a háttér olyan, mint a jobb szemen, csakhogy más nagyítási viszonyok alatt mutatkozik. — *Látjuk tehát itt oly hályogképződésnek kezdetét, mely rendkívül hatalmas lencsepuffadással együtt jár.*

Ha a lencsetoknak spontán repedése egyáltalában a lehetségek közzé tartozik, akkor az tartalmának túlfokozódott kóros gyarapodása mellett még a legjobban lesz érthető. Említésre méltó, hogy *Zander* és *Geissler* is (Die Verletzungen des Auges) a lencseállomány dagadása következtében létrejövő spontan tokrepedésnek lehetőségét elfogadták. És minthogy betegünknek jobb szemében a hályogképződés a legnagyobb valószinűséggel hasonló módon ment végbe mint a baloldaliban, talán megengedhetem magamnak a feltevést, hogy az említett kóresemény nála valahogy csakugyan megtörtént: főleg miután rajta oly tünemények folytak le, a minők szándékosan végrehajtott discissio után is felmerülhettek volna. A jelenvolt hályog különleges minőségének köszönhető valószinűleg a folyamatnak szerencsés kimenetele is. — (Atropin-oldatot becseppenteni a beteg nem engedett. A jobb szemen pedig szerettem volna ezt tenni, a netalán jelenlevő synechiák kiderítése és a hályogmaradvány közelebb megtekintése czéljából; a bal szemnél szívesen mellőztem, félvén hogy hatása által a Fontana-féle űr elzáródhatnék.)

Arczorbánczból keletkezett periorbititis egy esete; exophthalmus, cornea fekély, iridokyklitis és hályog-képződés. Gyógyulás.

Közli Dr. KARAFIÁTH M., egyetemi szemklinikai gyakornok.

(Vége.)

Igazolják-e ezen felfedezések *Gräfe* gyanuját, vagy általában csak a szemürben elterjedt gyuladási folyamat magában véve szerepel-e indító ok gyanánt az egyelőre még függőben marad. — *Gräfe* nézete arczorbánczná tett észleléseken alapúl, melyek szerint a megvakulás a szemüri zsírszövetnek kis fokú, sőt néha ki sem mutatható kóros változásai mellett is beáll. De tekintetbe kell vennünk, hogy a szemüri megbetegedések összefüggése arczorbánczczal oly aránytalanúl gyakori más aethiologikus mozzanatokkal szemben, hogy nem csodálkozhatunk, ha épen arczorbáncz mellett észlelünk gyakran amblyopiát. *Fronmüller* is közölt idevágó 13 esetet, de ezek egyike sem ad felvilágosítást a látóideg kóros elváltozásának természetéről[1]).

Helyesen jegyzi meg *Berlin* »nem függhet-e a megvakulás a látóideg valamely részének megbetegedésétől, mely része épen helyi okoknál fogva különös sérülékenységgel bír«. És ezen bizonyos része az idegnek a foramen opticumban látszik helyet foglalni. Emellett szól *Horner*[2]) is, ki az amaurosis okának a látóidegre a foramen opticumban gyakorolt nyomást tartja. Véleményét boncztani és górcsői leletekre alapítja, melyeket egy exophthalmust előidéző periostitis folytán meningitisben elhalt egyén látóidegén talált. Az idegnek a foramen opticumban fekvő része összenyomott, dimensióiban megkisebbedett; saját szövetében sehol gyuladás nyoma található nem volt, de a külső és belső burka közötti laza kötőszövetben újonnan képződött, fejlődésük minden időszakát mutató sejtek egész tömege foglalt helyet. Ezen esetben az amaurosis függetlenül a meningitistől, jóval annak keletkezése előtt állott be, maga a periostitis pedig nem orbánczból eredt.

Berlin mellett szól *Samelson*[3]) közlése is, melyszerint orbitalis lobfolyamattól független, amblyopia centralissal járó retrobulbaris neuritisnél szintén a foramen opticumnak megfelelő idegrészleten voltak legkifejezettebben észlelhetők a kóros elváltozások.

Hogy épen a foramen opticumban fekvő látóidegrészlet praedisponálhat kóros folyamatokra, az elvégre már a boncztani viszonyoktól is nyer támaszt. Ez az egyedüli hely, melyben az ideg szűk és szilárd falú csatorna által vétetik körül; szemüri gyuladásoknál egyszer-másszor épen ezen szűk csontcsatorna képletei eshetnek a folyamat alá, lobos infiltratio pedig a térviszonyokat itt

[1]) *Berlin:* Krankheiten der Orbita. Gräfe-Sämisch: Handb. d. prakt. Augenhlk. 1880. VI. k. XI. f. 528. l.
[2]) *Horner:* l. c. 71. l.
[3]) *Samelson:* Gräfe A. f. O. 1882. XXVIII. k. I. f.

felette kedvezőtlenekké teheti. Hogy pedig orbánczná aránylag gyakrabban fordulhat elő ezen körülmény, azt nem csodálhatjuk mert épen az orbánczná gyakran van diffus, a szemürnek mélyébe hatoló gyuladás.

Még egy észlelést említek azon nézet mellett, hogy nem specifikus tényező befolyásának kell tulajdonítani az orbánczná keletkezett amaurosist. Ugyanis gyakran vakultak meg szemek a felső fogak carieséből kiindult szemüri phlegmonénál, annélkül, hogy utóbbi orbánczos jellegű lett volna[1]). Itt a fogcariese és az amaurosisnak együttessége feltünő, és még sincs okunk itt specifikus tényezőket keresni, mért tegyük ezt éppen az orbánczná, a hol sokkal közelebb álló magyarázatot találunk. *Tillmans*-nál található egy esete *Hutchinson*-nak szintén kétessé teszi ezen specificum befolyását. H. esetében az arczorbáncz mindkét szemre ment át, a beteg delirált, a lefolyás súlyos volt és 6 hét mulva a jobb szemen látóidegsorvadás teljes amaurosissal fejlődött ki, míg a bal szem megmenekült. Mindkét szem tehát látszólag egyenlően volt megtámadva és csak az egyik szemre hatott volna a veszélyes specificum, míg a másikon nyomokat sem hagyott hátra?

Végül megemlítem még a prognosisra nézve legkedvezőtlenebb szövődményeket az agy és burkainak részéről.

A szemüri csonthártya gyuladása különösen a szemür felső falán, boncztani viszonyoknál fogva könnyen vonhatja a kórfolyamat keretébe a koponyaür tartalmát is. A szemüri zsír és sejtszövet gyuladása az idegburkok útján az agyburkokra terjedhet; a vena ophthalmicában thrombus képződésre adhat alkalmat, mely tova terjedhet az agy venosus sinusaiba; meningitis, agytályog stb. fejezik be a gyuladási folyamat lánczolatát.

Bayer[2]) közöl egy ily esetet, melynél arczorbáncz következtében két oldali phlegmone-orbitalis, és ennek a venák mentében való tovaderjedése folytán halálos meningitis keletkezett.

Hornernek fentebb említett esetében — mely nem volt orbánczos eredetű — csonthártyagyuladás a szemür felső falának cariesét s ennek kapcsán meningitist hozott létre.

A *gyógykezelést* illetőleg a csonthártyagyuladás és phlegmonera vonatkozó ismert általános szabályok érvényesítendők.

Gräfe[3]) e pontra nézve következő tanácsod ad: »ha heveny csonthártyagyuladás okozza a tekének nagyfokú protrusióját, akkor az mindig suppurativ természetű s ilyenkor kedvezőtlen kimenetek miatt — mint minő a szemüri csontfalak kiterjedt cariese, nem szabad haboznunk a genyüreg megnyitásával, illetőleg a szemür mélyébe ejtendő próbabeszurásokkal. Ha ellenben a zsír- és sejtszövetnek genuin infiltratiója van jelen, nemcsak tanácsos bekövetkezendő szétoszlás reményében elhalasztani a megnyitást, hanem megengedhető a várás ha biztosan bebizonyúlt is, hogy a genyedés már beállott, mivel ily módon legczélszerűbben választhatjuk majd a megnyitás helyét, akár a kötőhártyatasak, akár a bőrfelület felől.«

Hogy éles eszközzel járván a szem közvetlen szomszédságában kellő elővigyázattal legyünk, az magától érthető. Erre vonatkozó példákat találunk *Berlin* munkájában *Scott*-tól ki egyik nagyobb szemüri verőeret metszett át és *Benaut*-tól ki a szemtekét szúrta meg. — Ezért vezessük a kést úgy hogy lapja az orbicularis izom rostjaival párhuzamos legyen, hegye és éle pedig ne a szemteke felé irányuljon, mert a beteg valamely mozdulatával legkönnyebben sérthetnők meg legdrágább szervét.

Gräfe tanácsát követve inkább megfelelő borogatások, felszivók alkalmazása által, főleg pedig nyomókötéssel igyekezzünk a lobtermények eloszlására és felszivódására hatni. A nyomó kötés kettősen ajánlható, mivel észszerűen alkalmazva jelenlevő lagophthalmusnál a corneát káros külbehatások ellen védi, másrészt legerélyesebben hat az exophthalmus visszaterelésére.

Helyi vérelvonástól sokan, mint pl. *Berlin* is nem nyerték a várt eredményt. *Klein* és mások ellenkezőleg nyilatkoznak. Mindenesetre az egyes esetekben más-más javallat forogván fenn, a vérelvonás sem fogja mindenütt az óhajtott eredményt nyujtani. Igen heves, nagyfokú gyuladásos tünetek mellett megkisérthetjük a

[1]) *Schwendt:* Ueber Orbitalphlegmone mit consecutiver Erblindung. Inaug. Diss. Basel. 1882. ref. C. f. A. 1882. 516. lap.
[2]) *Bayer:* l. c.
[3]) *Gräfe:* Kl. M. f. A. I. 50. l.

haläntéktáj nadályozását, de csak heveny esetekben. Ugyanez áll a hideg alkalmazását illetőleg.

Esetünk a következő:

Piringer Borbála, 35 éves, már több ízben szenvedett arczorbánczban. M. évi juniushó 20-ikán újra arczorbánczot kapott, nagy forróság érzete és láz kiséretében. Két nap lefolyása után az orbáncz a szemhéjakra is terjedt át, ezeken oly nagy duzzanatot keltett, hogy azok spontán nyitására képtelen volt. Az orbáncz mintegy 7—8 napig maradt a szemhéjakon, melyeken borsónyi, majd még nagyobb hólyagok emelkedtek, felfakadtak, és meglehetősen sok genyt ürítettek. A duzzanat, fájdalom- és lázzal együtt egy hét mulva leszállt, ekkor azonban a jobboldali felső szemhéj alatt, közel a belső zughoz egy kis, borsónyi, kemény göb támadt, mely maga csak kissé, a szomszédságában levő csontszél azonban igen fájdalmas volt. Ezen göböcske a közelebbi hét lefolyásában már az egész felső szemhéj alatt látszott elterjedni, azt feltünően kidomborítván. A szemhéji duzzanat, mely nem tünt volt el egészen, most újra fokozódott, midőn a szemteke feltünő módon mind kijebb tódult az orbitából, kiveresedett, a szeműrben és jobboldali homlokfélen a koponyatetőre s a tórkaig kisugárzó tompa, majd felette éles fájdalom állott be, mely miatt a vízes dézsát nem vihette fején, mint eddig szokta volt, látása pedig egyre és feltünően fogyott.

Állapota orvos és kuruzsló kenőcsei ellenére sem akart javulni. Julius 9-ikén meleg pépek több napon át való használata után, a felső szemhéj alól kevés sűrű sárgás geny kezdett szivárogni.

Julius 11-ikén láttuk először a beteget. Arczán a lefolyt orbáncz nyomai friss rózsaszínű hegek alakjában még láthatók voltak, szintúgy a szemhéjakon; a jobboldaliak azonban duzzadtak, piszkos veresek, különösen a felső, melyen mélyebbre terjedő, a bőrt kissé redőző, fehéres, rendetlen hegek látszottak. A vastag felső szemhéj a nagy mértékben kiálló tekén lecsüng, de nem fedi azt teljesen; spontán nem emelkedik. A teke és szemüreg felső fala között egy kemény, nyomásra nem igen fájdalmas s a mélyben némi hullámzást gyaníttató, nem mozgatható, nagy mogyorónyi, körülírt daganat foglal helyet. A szeműr felső szélére gyakorolt nyomás, valamint a teke hátratolásának kisérlete igen fájdalmas.

A szemhéjak szétfeszitésekor legjobban győződhetünk meg arról, hogy a szemteke nagy mértékben kitodult üregéből, és a szemüreg tengelyétől eltérve lefelé irányítja a cornea csucsát. Kötőhártyája valamint a szemhéjaké is sűrűen belövelt, savósan duzzadt; a cornea felülete bágyadt, alsó felében közel a vízszintes déllőhöz, a nyilt szemrésnek megfelelő helyen epithelfoszlást mutat, szürkésen borús.

A felső szemhéjnak felemelésénél a teke felé kidomborodó, vaskos, sötétvörös kötőhártyán alig gombostűfejnyi nyilást lehetett észrevenni, melyből egy csepp sárgás geny szivárgott ki.

A nő járóbetegeink rendelő óráján jelenvén meg, behatóbban nem vizsgáltatott meg. Az említett daganat mélyében genyt gyanítottunk, mely már készített magának elfolyásra útat, de a szűk nyiláson elég gyorsan és teljesen nem ürülhetett ki.

Utóbbit tehát késsel kitágítottuk, de geny helyett csak vér, nyomásra véres savó jelent meg.

A beteg azonnal nem maradhatván klinikánkon, bekötött szemmel bocsátottuk el, azon utasítással, hogy még az nap jöjjön vissza; mi azonban csak julius 22-ikén láttuk meg újra.

A próba beszúrás után fájdalmai kissé enyhültek volt, de midőn az exophthalmus nemcsak hogy nem szünt, sőt ellenkezőleg fokozódott, látása pedig feltünően rosszabbodott, ezzel együtt pedig a fájdalmak újra hevesebbek lettek, következő állapottal jött klinikánkra.

A szemhéjak sötétebb vörösek, vastagabbak mint első itt-létekor, a szemür felső széle alatti daganat nem kisebbedett; a szemrés nyilt, kötőhártyák sötétvörösek posztószerűek, a tekén a cornea felső szélét földhányászerűen borító chemosis. A cornea felülete bágyadt, vízszintes déllője alatt, egy harántul a belső corneaszéltől majdnem a külsőig terjedő jókora mély, szürkésen infiltrált alapú és szélű fekély. A csarnok rendes, de zavaros csarnokvizet tartalmaz. Az iris szövete duzzadt, szálazata elmosódott, színe szenyes, a pupilla szűk, szögletes, fényre nem hat vissza, a területében látható lencse szürkésen zavaros.

A protrudált szemgolyó visszatolásának megkisértése fájdalmat okoz, szintúgy az orbita felső szélére gyakorolt nyomás is, de kisebb mértékben.

Jobb szem csak 2 méterről olvas ujjakat, bal szem visusa $=^{6}/_{6}$, E.

Gyógykezelési eljárásunk következőben állott. A beteg szembe napjába 5-ször csöppentettünk egy-egy csepp 1%-os atropinoldatot, szürke higanykenőcsöt alkalmaztunk a homlokra, s mivel itt ekzémát okozott, később csak a szemhéjalatti daganatra, massageval egybekötve, és napjában 3-szor egy-egy óráig meleg szegfűtéás borogatást a szemre, melyet aztán kötés alá helyeztünk.

Két nap mulva a protrusió szemlátomást leapadt, a chemosis megszűnt, a cornealis fekély feltisztúlt, a pupilla pedig fel- és lefelé felszabadulván a lencse mellső tokjáról, ezen irányban megnyult négyszögalakot nyert. Julius 31-ikén a protrusió teljesen eltűnt, a szemhéji vizenyő leapadt, a daganat kis borsónyi göbig fejlődött vissza, a cornealis fekély széle reperáló folyamatnak indult a cornea körül csekély cil. injectió még látszott. Most csak a kötést és atropinbecsepegtetést folytattuk. Augusztus 8-ikán a fekély helyén már heg képződött, mely a szélek felé elmosódott; az izgalom a tekén teljesen megszűnt, de a pupilla nem akart tágulni. A szem most és kötés alatt maradt, a felső szemhéjra azonban, mely még mindig lomhán lecsüngött és mozdulatlan veratrin-kenőcsöt alkalmaztunk, emellett 2%-os Pagenstecher-kenőcscsel massiroztuk a corneát, a homályok feltisztulása czéljából. Augusztus 19-ikén a beteget hazabocsátottuk. A protrusiónak nyoma sem volt jelen, a felső szemhéj még vaskos, lecsüngő, de már csekély pislogó mozgást végez. A felső orbitaszél alatti daganat helyén, porcz kemény, lapos lemezszerű, kiemelkedő képlet tapintható. A kötőhártyákon hurut, a cornea vízszintes déllője alatt mintegy 4 mm. hosszú, 2—3 mm. magas sűrű szürkésfehér, szélei felé mindinkább elmosódó, világosabb szürke, fénylő felületű heg; az iris színe piszkosszürke, a pupilla pedig az előbb leírt hosszúkás négyszögalakjában fényre nem reagál; a lencse szürkésen zavaros. A szemfeszülés rendes. A látóélesség feltünően javult, $=^{6}/_{36}$.

Később, aug. 27-ikén betegünk újból felvétetett a klinikán ptosis műtét végett, mely Eversbusch szerint, némi módosítással, s egy 15 mm. magas bőrlebeny kimetszésével *Szabó* tanársegéd által végeztetett. Minthogy azonban a mélyebbre terjedő hegek prima intentióra kedvezőtlen viszonyokat nyujtottak, az eltávolított lebeny sebhelyének összevont szélei a varratok kivétele után mintegy $^{1}/_{2}$ cmnyire szétváltak. A seb sarjadzásnak indulva később elhegedt, de a ptosis is megmaradt.

Ezóta beteg hetenként többször bejár massagera; a felső szemhéj most elég jól emelkedik, úgy hogy rendes nézésnél nem takarja el a pupillát egészen, azonban a szemhéjnak a hegedés és széle közti része vörös és oedemásan duzzadt. Látóélessége jobb szemén szept. 30-ikán $=^{6}/_{36}$.

A leírt esetben, mely mintegy mását képezi Hotz említett esetének, az előzmények tekintetbe vétele mellett a kór megismerése nem ütközött nehézségekbe.

Az említett daganat az orbánczos tünetek elmulása után keletkezett; helye, fejlődése, a vizsgálati lelet kétségen kívül helyezték, hogy itt a szemür felső szélének csonthártyája van bántalmazva, annál inkább, minthogy az egész folyamat a szemürszéli periostitis typikus képét mutatta. Midőn beteget először láttuk, a csonthártyagyuladás a tetőpontját már elérte volt, a genyképződés be volt fejezve, a geny már útat tört volt magának a kötőhártya-tasakba. Hogy csak kis tályog volt jelen, azt részint beteg kimondásából következtethetjük, melyszerint alig észrevehető genyszivárgást észlelt, másrészt azon körülményből, hogy a felső szemürszél alatti daganat nem kisebbedett meg. Ugyancsak ez és a daganat felett tapintott álhullámzás bátorított bennünket arra, hogy a tályogáttörési helyén mély próbabeszurást ejtsünk. Várakozásunk, a hátramaradt geny kiürülése, nem teljesedett.

A folyamat azonban nem érte volt még végét, s lehet, hogy a beszúrás mechanikus ingerül szolgált annak tovaterjedésére. A periostitishez nagyobb kiterjedésű zsír- és kötőszövetgyuladás szegődött, melynek jellegző tünetei: a szemhéj körének sötétvörös színe, a nagyobb protrusió, chemosis, fokozott fájdalom félremagyarázhatók nem voltak. Épen a protrusió ezen fokozódása növelte a lagophthalmust is mely a máris megtámadt corneán nagyobb kiterje-

désű fekélyesedést vont maga után. A fekélyesedés következményei csakhamar állottak be; midőn a beteget újból láttuk az iridokyklitis és lencsehomály már ki volt fejlődve.

A kezelés most tehát már nem irányult egyébre minthogy ezen utóbb keletkezett bajokat megállapodásra s a szemüri phlegmonet visszafejlődésre bírjuk.

Vérelvonás, hideg alkalmazása már nem volt helyén, mert idült folyamattal állottunk szemben, ezért egyrészt felszivókhoz, meleg borogatás, higanyhoz fordultunk, kötés alá tettük a szemet, másrészt bőven nyujtottunk atropint, egyebet a teke mellső részén lefolyó bántalmak ellen nem tehettünk.

A szép eredmény, melyet kezelésünkkel elértünk, ösztönzött arra, hogy esetünk közlésével egy újabb adattal járuljak a szemüri gyuladásos bántalmak nem épen dúsgazdag statistikájához.

Vizsgálatok a gerinczesek ideghártyájának festenyes epitheliumáról.

Dr. Szabó György, szemészeti klinikai tanársegédtől.

(Folytatás és vége.)

Mivel összehasonlító vizsgálataimban kettőre tartottam szükségesnek mindenekfelett figyelni ú. m. a fuscinnak a sejtalapban való topographicus fekvésére s a nyulványoknak hosszúságára s illetőleg ezek csúcsa és a limitans ext. közti távolságra, — ezért gondosan ügyeltem rá, hogy csak minden eltolódás nélküli metszetek szolgáljanak tanulmányozás tárgyául. Ily készítmények nagyon ritkák, mert a beágyazó fehérnye legtöbbször betolakodik a chorioidea és retina közzé. Különösen szükséges ezen elővigyázat a világosban tartott állatoknál, mert a sejtek protoplasmás részével összeolvadt tojásfehérnye igen könnyen csalódásokra vezethet a sejtbasis magasságának megitélésében.

A világosban tartott galamb retinájából készült metszetek jobban sikerültek mint a sötéti galambéi, mert a sejtek magva sőt egy esetben még a neurokeratin kalapja is jól látható. A sejtbasis a festenytől megüresedett, legfölebb kevés rögös szemcse maradt benne; a protoplasmának megfelelő szemcsés terület kissé szélesebb mint a sötétben tartott galambnál, de legszembetűnőbb a különbség a nyulványok elrendeződésében.

Finom metszeteken (4. rajz) a nyulványok eleinte csak finom tűk alakjában jelentkeznek, aztán mindinkább szaporodva egy orsóalakú vastagabb köteggé csoportosulnak, mely a színes golyók felé elvékonyul s vékony hegyes szálban végződik, de a golyókon csak ritkán hatol túl. Ezen nyalábok rendesen a sejt hosszusági tengelyében feküsznek (rajz); máskor úgy tetszik mintha a sejt két oldalán haladnának, a sejt tengelyében pedig vékony szálak foglalnának helyet. Ily módon tehát a nyulványok kötegsorozatot képeznek. Egy sejtnek egy vagy két nyaláb felel meg. A sejtek között eosin által vörösre festett széles hézagok maradtak, melyekben csak itt-ott láthatók egyes nyulványdarabok.

Az 5. rajz már elüt az előbbitől, mert itt a nyulványok kezdettől végig hosszú, egyforma szálakból állanak, a sejt egész szélességében egyenletesen vannak elhelyezve, mi által a sejt igen szabályos alakot nyer; végső finom szálakra egyenletesen oszolnak szét s a többinél előbbre hatoló finom fonalkák nem igen láthatók. A színes golyók csak alig fedvék. A sejtek között széles közök láthatók. A sejtek szélessége a kalap magasságában 0·004—0·005 mm. A sejtbasisban nincs festeny. A 6. rajz (vörös folt) egy nagy fekete galamb retinájából vett metszetet mutat. Feltűnő rajta a sejtek erős festenyzettsége és rendkívüli hosszúsága. (Összehasonlító táblázat 5.) Noha több hasonló praegnans készítmény nincs gyüjteményemben azt hiszem ez is eléggé bizonyítja, hogy a vörös folton a festenysejtek jóval gazdagabbak fuscinban mint a retina egyéb vidékén s hogy azok hosszúsága a retina vastagságával arányosan növekedik. A vörös folton a chorioidealis festeny is tömegesebb; s egyenletes fekete mezőt képez.

Csarnokvízben vizsgált teljesen friss készítményeken a festenynyulványok egy egyenletes fekete mezőt képeznek mind sötétben mind világosban tartott galambnál, — a melyből legfölebb igen kurta nyulványokból álló erdő nyulik ki, mely azonban vagy éppen nem, vagy csak félig fedi a színes golyócskákat. A körzetről

vett tépetek nem sokat különböznek a centralisaktól legfölebb abban, hogy rajtok a nyulványok kifutó végei nem láthatók a mi a körzet erős festenyzettségéből könnyen érthető. (7. és 8. rajz.)

A körzetről a sejtek festenygazdagságán kívül azok különféle furcsa alakú eltolódásáról kell említést tenni. Noha már *Michaelis*[1]), *Bruch*[2]) és *Wittich* kimondta, hogy zápfog-, gyökér-, cserépzsindely-alakú eltolódások technicai hiba miatt gyakoriak, *Angelucci*[3]) mégis úgy akarja a cserépzsindely alakú sejtrendet (»staffelförmige Verschiebung«) felfogni mint a mely az oldalról beeső sugarak feldolgozására vagyis a retina körzete opticai tökéletlenségének kiegyenlítésére van berendezve. Hogy ez tévedés — úgy hiszem fölösleges — bizonyítgatni.

A galambnál tehát annyi kétségtelenül constatálható, hogy *a vörös folton* — hol a retina vastagabb — *a festenysejtek* — a makroskopicus vizsgálattal megegyezőleg — *jóval több festenyt tartalmaznak mint a centrum többi részein.* — A nyulványok hosszúsága azonban teljesen egyforma sötétben és világosban tartott példányokon.

Sötétben tartott tyúk. A tyúk retinája általában vastagabb mint a galambé. A festenysejtek viszonya a látósejtekhez épp olyan mint a galambnál mint ez a 9. rajzból megitélhető. A 10. rajz alapjokról leszakadt festenynyulvány kötegeket ábrázol, melyeknek protoplasmája a chorioideán maradt. A készítmény műtermény ugyan, de mégis erősen bizonyít a mellett, hogy a sötéti tyúknál a festeny egy része a basisban halmozódik fel, annyival inkább, mert hasonló metszeteken hasonlón festenyzett sejtalapot világosban tartott tyúknál nem láttam. A körzet a tyúknál is jóval festenyzettebb mint a centrum.

Világosban tartott tyúk. A festenysejtek protoplasmatikus része egyenletes finoman szemcsés tömeget képez a chorioidea üveglemeze és a festeny felső határa közti tér valamivel szélesebb, mint sötétben tartott tyúknál; a sejtek szélessege 0·005—0·008 mm. A festenynyulványok elrendeződése egészben véve olyan mint a galambnál. A 12. rajz (a retina felső részéből) feltűnik a sejtalap nagyobb fokú megüresedése miatt. A nyulványok azonban, melyek egy-egy sejtnek megfelelőleg 2—3 vékonyabb köteggé vannak összecsapódva — nem haladnak túl a színes golyókon. Ez a rendes. Néha keskenyebbek a sejtek, közökkel vannak egymástól elválasztva, a nyulványok sűrű erdőben végződnek, melynek szálai némileg fedik a golyókat. Végre a 11. rajzon még jobban takarják a festenyszőrök a golyókat s épp ezért ezek — noha a szőrök alatt átcsillámlanak — a rajzból ki is hagyattak. E rajzot a többiekkel összemérve, észrevehető a különbség a nyulványok csúcsa és a limit. ext. közti távolságot illetőleg. E rajz a retina felső részéből készült, a mi némileg feljogosít azon föltevésre, hogy a tyúknál *a retina felső részében előbbre nyulnak valamivel a festenynyulványok mint a centrum egyéb részein.* Rendszerint azonban a tyúknál sincs lényeges különbség a festenynyulványok hosszuságában a sötéti és világosi példányok között, s a színes golyókon túl itt se látni festenyszőröket. A sejtek változó szélessége onnan van, hogy azok részarányos hatszöget képeznek — habár nem is olyan alakúak, mint a hogy őket *Boll*[4]) rajzolja — s különböző síkban vannak metszve.

Friss készítményeken sincsen semmi különbség a sötétben és világosban tartott tyúk festenyes epitheliuma közt, a nyulványok hosszúságát illetőleg (13. és 14. rajz).

Sötétben tartott gyík. (15. rajz.) A gyík fuscinja feltűnőleg fekete, feketébb mint a tyúké és galambé. A festenynyulványok sokkal érzékenyebbek, törékenyek, a mit abból lehet következtetni, hogy finom metszeteken mindig látni a látósejtek közt szétszórva apró festeny-törmelékeket oly helyeken, hova azok a festenynyulványok helyzeténél fogva csak mesterséges úton juthattak. A festenysejtek szorosan érintik egymást, hézagok köztök nem láthatók. A sejt felső részéről eddig mondottak a gyíkra is teljesen illenek. A

---

[1]) *Michaelis:* Ueber die Retina besonders über die macula lutea etc. Verhandlungen d. kais. Leopold-Carol. Akad. 19. Bd. Tab. XXXV. Fig. 9. és Fig. 10.

[2]) *Bruch:* Untersuchungen z. Kenntniss d. körnigen Pigmentes d. Wirbelthiere 1844. 12. l. »Isolirte, umgelegte Zellen haben mit ihren Wurzeln und Fortsätzen eine rübenförmige Gestalt. Fig. 10. c. d.«

[3]) *Angelucci:* l. c. 376. l.

[4]) *Boll:* l. c. 37. l.

nyulványok elrendeződésében azonban van némi eltérés a tyúk és galambbal szemben. Ugyanis a színes golyók felé a nyulványok a csapok két oldalán vastagocska köteggé csapódnak össze s ilyen alakban finoman kihegyesedő csúcsban a golyócskáknál lejebb csaknem az ovaleig érnek, a csapokon pedig vékonyabb szálak feküsznek, melyek rendszerint valamivel kurtábbak s nem hatolnak túl a golyókon; a nyulványok nagy tömege pedig a golyókat sem éri el. Az egyes nyulványok erősen tapadnak a csapokon, különösen végeik, mert számos finom festenyzsinórka marad a csapokon, ha a nyulványokból kiszakíttanak. A sejtalapban felhalmozott festeny darabosabb mint a tyúk és a galambnál; a chorioidea és a festenyes alap közötti távolság kisebb mint a világosi gyíknál, noha nagyon kevéssel.

A világosban tartott gyík (16. rajz) retinájában a festeny felső határa valamivel lejebb kezdődik, tehát a basis üresebb, a nyúlványoknak köteges elosztódása még határozottabb s legvégső csúcsaik még előbbre, — sokszor egész az ovaleig leérnek. A kötegek két oldalról veszik körül a csapokat s meglehetős szabályos közökben következnek egymásra. Megközelítőleg mondhatni, hogy a nyulványok külső fele egyenletes fekete mezőt képez, belső fele pedig nyalábokból áll. A fonalak hegye és a limit. ext. közti távolság kisebb mint a sötéti gyíknál. A metszetekből tehát azt lehetne következtetni, hogy a világosban tartott gyíknál a fuscin előre vándorol, azonban a *friss készítmények* éppen az ellenkező mellett szólnak. (17. és 18. rajz.) Ezeken ugyanis soha egyetlen festenyszőröcske sem látható, mely a színes golyóknál előbbre érne; sőt ezek egész színpompájokban tündökölnek; legfölebb a legkülső sor golyócska rejtőzik néha félig a nyulványok alatt. Nincs tehát festenyvándorlás a gyíknál sem.

E negativ eredmények után nem lesz érdektelen egy positiv adattal szolgálni a retina fuscinjának ismeretéhez: hogy t. i. *a festeny a holt retinában vándorol a napfény behatása alatt.* Legelőször a gyíknál észleltem, hogy a frissen leölt állat retinájában 8—10 perczczel a halál után a festenynyulványok legfinomabb végein egyes igen vékony tűszerű darabkák tolódnak előre a csapok oldalán. Ezt 2—5 percz mulva ismét mások követik, s a megindult tömegecske újabbakkal szaporodva, — hegyes kúp alakjában lassankint egész a limitansig vándorol. Egyidejűleg az ismert gömbalakú puffadás mutatkozik a sejtek protoplasmáján s basisuk legfelsőbb részén. A csapok ekkor még meglehetősen épek. Később a csapok puffadásával kezd a festeny a nyulványokból oldal felé is terjeszkedni, míg végre a teljes felbomlás stadiumában egy fehéres híg anyagban úszkáló festenytömeg látható csak a látómezőben. Szép napfényes időben erre elég 20—25 percz. A galamb és tyúknál valamivel lassabban történik hasonló viszonyok közt ugyanez.

A disznó retinájából sem keményített sem friss készítmények nem sikerültek. Néhány megtartott készítményen úgylátszik, hogy a retina hullámos görbe vonal alakjában mindig leválik a chorioideáról, a festenynyulványok vagy egészen hiányzanak, vagy csak kúrta, sűrű szőrök által vannak képviselve, melyek az állat ismeretes hosszúságú látósejtjeinek csak a legtetején ülnek. A festenysejtek jókora ovalis maggal bírnak, mely alkoholban sokkal kevésbbé duzzad meg, mint a madaraké; a sejtbasis mellfelé domború s erősen festenyzett. A nyulványtalan sejt tehát alacsony cylinder-, vagy magasabb cubicus epithelium alakjával bír.

A tengeri nyúl, patkány, egér, bagoly és ölyv szemein nyert észleleteim megegyeznek a fentebbiekkel; részletes leírásba ereszkedni azonban nem akarok, mivel ezen állatokból csak nehány példányt vizsgáltam. —

Az eddig mondottakból az tűnik ki, hogy a gyík, galamb és tyúknál nincs lényeges különbség a festenyes nyulványok hosszúságában a megvilágított és sötétbe zárt példányok között, vagyis hogy nincs festenyvándorlás oly értelemben, a mint azt *Kühne* a békáról és némely halakról bebizonyítá. Állításom igazolására összehasonlító méréseket végeztem, a festenynek a chorioidea üveglemeze és a limit. ext. közti térben hosszúsági irányban elosztódását illetőleg s azok eredményét az itt következő táblázatban állítottam össze:

Összehasonlító táblázat a festenynek a sejt kalapja és a limitans externa közt hosszúsági irányban elosztódásáról.

Állat neve	Sorszám	A sejtkalaptól a sejtalapig	A sejtalaptól a nyulványok hegyéig	A nyulványok hegyétől a lim. ext.-ig	Külső magcsás réteg vastagsága	Retina vastagsága
Sötétben tartott galamb	1.	?	0·026	0·023	0·02	Centrum. (?)
	2.	0·003	0·026	0·036	0·02	Vörös folt. (?)
	3.	0·003	0·025	0·033	0·016	
Világosban tartott galamb	4.	0·01	0·025	0·018	0·013	0·16. Centrum.
	5.	0·01	0·025	0·018	0·02	0·26. Vörös folt.
	6.	0·005	0·05	0·03	0·023	0·30. Vörös folt. Nagy, fekete galamb.
	7.	0·0040	0·03	0·018	0·02	(?). Vörös folt.
	8.	0·005	0·025	0·015	0·013	0·16. Centrum.
Sötétben tartott tyúk	9.	0·006	0·025	0·016	0·013	0·20. Kissé kifelé.
	10.	0·005	0·033	0·026	0·013	0·20. Czentrumtól kissé kifelé.
	11.	?	0·021	0·016	0·013	0·20. Czentrumtól kissé befelé.
	12.	?	0·033	0·026	0·013	(?). Kissé fölfelé.
	13.	0·008	0·025	0·03 ?	0·016	(?). Kissé fölfelé.
Világosban tartott tyúk	14.	0·0033	0·030	0·016	0·016	0·20. 2 mmnyire az opticustól felfelé.
	15.	0·005	0·026	0·016	0·016	0·16. 1·5 mmnyire az opticustól kifele.
	16.	0·008	0·033	0·016	0·016	0·16. Peripheria (kifelé).
	17.	0·0033	0·025	0·016	0·013	0·18. Kissé (1 mm.) lefelé az opticustól.
	18.	?	0·026	0·016	?	(?) Centrumtól kissé fölfelé.
	19.	0·008	0·033	0·016	0·013	0·20. Kissé kifelé.
Sötétben tartott gyík	20.	0·003	0·01	0·001	0·005	0·16. Centrum.
	21.	0·002	0·012	0·007	0·005	0·16. Centrum.
Világosban tartott gyík	22.	0·005	0·016	0·001	0·007	(?) Centrum.
	23.	0·005	0·018	0·001	0·005	0·13. Centrum.
Disznó	24.	0·005	?	0·023	0·023	(?). Centrum.

Ha ezen táblázatból a gyík adatait veszszük fel, például következő arányszámokat nyerünk a 3 első hasábból:

Sötétben tartott gyík:

2 : 10 : 07
3 : 12 : 10

Világosban tartott gyík:

5 : 16 : 10
5 : 18 : 10

Vagy 2-vel reducálva:

Sötét: { 1 : 5 : 3,5 ; 1,5 : 6 : 5

Világos: { 2,5 : 8 : 5 ; 2,5 : 9 : 5

a mi körülbelül azt mondja, hogy a festenyzett rész $^3/_5$-ét futja be a basis és limitans közti távolságnak, mig a nyulványvégek és a limitans közti festenytelen tér ugyanannak $^2/_5$-ét teszi. S ezen viszony minimális különbségeket nem tekintve — állandó mind a sötéti mind a világosi állatoknál. A festenynek a basisban való elhelyeződésében sem igen van különbség: annak megtelése sötéti állatoknál, s megüresedése világosiaknál a táblázat adatai szerint nem olyan, hogy belőle feltűnő térbeli különbségek származnának. Egyes tételekből itt is mutathatók ki apró különbségek különösen a galambnál, de ezeket döntő bizonyítékúl felhasználni annál kevésbbé szabad, mert keményített praeparatumokról származnak, melyeknél a technica — különösen a meleg és az alcohol — befolyását kizárni nem lehet.

Vizsgálataim eredményeként továbbá a következőket mondhatom:

1. A fuscin színe egyforma sötétben és világosban tartott állatoknál, csak vastagabb rétegben tetszik feketébbnek. A gyík fuscinja azonban feketébb mint a madaraké.

2. A körzeten egyáltalában s a galambnál a vörös folton tömegesebb mint a centrumban.

3. A festenysejtek nagysága az állat nagyságával, festenytartalma pedig a madaraknál a tollazat színével is összefügg: fekete tollúaknál több a fuscin. A vörös folton (galamb) a sejtek rendesen

valamivel szélesebbek s oly festenyzettek, hogy határaik még vékony metszeteken sem látszanak.

4. A festenynyulványok vagy egyenletes sűrű erdő vagy vékonyabb vastagabb nyalábok alakjában hatolnak a látósejtek közé; az előbbi gyakoribb sötéti, — az utóbbi világosi állatoknál, de szigorú szabály nélkül.

5. A nyulványok friss készítményeken sohasem érnek túl a színes golyókon. Csak a tyúk- és galambnál látszik valószinűnek, hogy a centrumban a *retina felső felében* (hol a festeny is több) hosszabbak valamicskével a nyulványok, mint egyéb helyeken.

6. A galambnál és gyíknál, különösen a világosban tartott példányokon úgy látszik gyakori a nyulványoknak orsószerű nyalábokba szedődése a látósejtek *két oldalán*. Ezekről nem lehet állítani hogy műtermények, mert nagyon gyakoriak jól sikerült metszeteken is; előállásokat magyarázni bajos. Kevés valószinűség szól azon föltevés mellett, hogy ily helyeken a látósejtek külső tagjai lehullottak s a hézagot kitöltő nyulványok összecsapzottak. Sokkal elfogadhatóbbnak tartom azt, hogy ezek a látósejtek külső tagjainak mechanicai izgatására, dörzsölésére, tehát a fényérzés előidézésére szolgálnak[1]) s e tekintetben a *Boll* nézetét vallom, ki posthumus dolgozatában a látósejtek külső tagját nyilvánítja a fényérzés első forrásának. *Kühne*[2]) is megemlíti ugyanezen feltevés lehetőségét, de szerinte »mégis valószinűbb, hogy a festenynek előrehatolása inkább a csapokra bír jelentőséggel.«

Némi bizonyítékul felhozható ezen feltevés mellett az, hogy a pálczikák külső tagjain — ha a festenyerdőből kiszakadtak — igen gyakran látni jelentékeny festenyzettséget. Ezzel szemben a gyíknál az ovaleig leérő egyes finom szálak — mint a belső tag mellett szóló érvek — alig jöhetnek figyelembe.

(V. ö. *Kühne*: Fortges. Untersuch. aus d. phys. Laborat. Heidelberg Bd. II. 1. 102. l. és Bd. II. 411—422. l.)

A rajzok magyarázata: 1. rajz. A festeny topographikus elpusztódása a galamb retinájában. — 2. Sötétben tartott galamb. Centrum: Száraz rendszer. Hartnack Object 9. Ocul 3. Tubus kihuzva. — 3. Sötétben tartott galamb. Vörös folt. Száraz rendszer. Hartnack Object 9. Ocul 3. Tubus kihuzva. — 4. Világosban tartott galamb. Centrum. Száraz rendszer. Hartnack Object 9. Ocul 3. Tubus kihuzva. — 5. Világosban tartott galamb. Centrum. Száraz rendszer. Hartnack Object 9. Ocul 3. Tubus kihuzva. — 6. Világosban tartott galamb. Vörös folt. Száraz rendszer. Hartnack Object 9. Ocul 3. Tubus kihuzva. — 7. Világosban tartott galamb. Vörös folt. Száraz rendszer. Hartnack Obj. 7. Ocul. 3. Tubus kihuzva. Csarnokvíz. — 8. Világosban tartott galamb. Peripheria. Száraz rendszer. Hartnack Obj. 7. Ocul. 3. Tubus kihuzva. Csarnokvíz. — 9. Sötétben tartott tyúk. Centrum. Száraz rendszer. Hartnack Obj. 9. Ocul. 3. Tubus kihuzva. — 10. Sötétben tartott tyúk. Peripheria. Száraz rendszer. Hartnack Object 9. Ocul 3. Tubus kihuzva. — 11. Világosban tartott tyúk. Centrum. Száraz rendszer. Hartnack Object 9. Ocular 3. Tubus kihuzva. — 12. Világosban tartott tyúk. Peripheria. Száraz rendszer. Hartnack Object 9. Ocular 3. Tubus kihuzva. — 13. Sötétben tartott tyúk. Centrum. Száraz rendszer. Hartnack Object 7. Ocul 3. Tubus kihuzva. Csarnokvíz. — 14. Világosban tartott tyúk. Centrum. Száraz rendszer. Hartnack Object 7. Ocul 3. Tubus kihuzva. Csarnokvíz. — 15. Sötétben tartott tyík (Lacerta agilis). Centrum, Száraz rendszer. Hartnack Object 9. Ocul 3. Tubus kihuzva. — 16. Világosban tartott gyík (Lacerta vsridis). Centrum. Száraz rendszer. Hartnack Object 9. Ocul 3. Tubus kihuzva. — 17. Sötétben tartott gyík (Lacerta agilis). Peripheria. Száraz rendszer. Hartnack Object 7. Ocul 3. Tubus kihuzva. Csarnokvíz. — 18. Világosban tartott gyík (Lacerta viridis). Centrum. Száraz rendszer. Hartnack Object 7. Ocul. 3. Tubus kihuzva. Csarnokvíz. — A rajzok mind rajzoló hasábbal készültek.

Klinikai közlemények.

Havivérzés elmaradása által feltételezett megvakulás, heveny papillo-retinitissel. Közli Dr. *Karafiáth M.*, szemklinikai gyakornok.

A havi vérzés rendetlen megjelenésével összefüggésben levő látási zavarokról már régebben volt tudomásuk a szemészeknek. A mult század íróinál bőven akadunk erre vonatkozó megjegyzésekre. Mindezek azonban csak a tény constatálására szorítkoznak, a két tényező közötti oki összefüggést nem találták meg, de nem is jöhettek rá, kellő élettani és bonctani ismeretek hiánya folytán. Még *Arlt* nagy könyvében sem találunk többet, mint *Beer*-nél, és csak az utóbbi évtizedekben fordítottak egyesek nagyobb figyelmet ezen érdekes jelenségre. Nagy érdemeket szerzett közöttük *Mooren*,

[1]) V. ö. *Boll:* l. c. 31, 32. l.

[2]) *Kühne:* Fortges. Untersuch. aus physiol. Labor. zu Heidelberg. Bd. II. 1. 124. l.

ki évek hosszú során át tett észleletek szép és tanulságos eredményét néhány év előtt közölte *Knapp* Archivumának XI. kötetében és az 1882-ben megjelent »V. Lustren ophthalm. Wirksamkeit« czímű könyvében.

Ő keltette fel a figyelmet e tárgyra s jelenleg szaporodik a hasonló esetek száma, melyek közül érdekesek *Galezowsky* közleményei a Recueil d'ophthalmologie utolsó 3—4 évfolyamában. *Mooren* főérdeme az, hogy a méh és függelékeinek kimutatható kóros elváltozásainak, sok szembajjal való összefüggését felderítette. Hogy helyén van-e ezen összefüggés magyarázata, mely szerint az ovariális vagy méhi és méhkörüli reflexizgalom átcsapván a vagusra, a fejben névszerint a szemben vérbőséget kelt, azt eldönteni nem ezen rovat keretébe való, ép oly kevéssé azon állítás megbírálása, hogy »a venosus torlódás által az occipitalis lebenyekben okozott nyomás terjedelme és intensitása elegendő a hószám elmaradása után keletkező fulmináns megvakulás eseteit megmagyarázni«. Itt csak azt jegyezzük meg, hogy vannak esetek, midőn ezen magyarázatok nem elégítenek ki, s midőn más úton kell a szembántalom keletkezését összefüggésbe hozni a nemző részek functionalis zavaraival.

Ezt tanusíja a mi esetünk is.

B. J. 20 éves hajadon Nagyfaluról (Árvamegye) havi baját 15 éves korában kapta meg először, mely azóta mindig rendesen, 4 hetenként 6—8 napi tartammal jelentkezett, fájdalmak vagy egyéb feltűnő mellékes tünetek nélkül. Folyó évi augusztus hóban tisztulását megelőzőleg némi szédülés és fejfájás fogta el, de ez egy-két nap mulva következmények nélkül ismét szűnt. Szeptemberben ezen tünetek nem ismétlődtek a tisztuláskor.

Csúzos bántalomban sohasem szenvedett.

Vallomásai szerint októberhó 19-ikéig jobb szemével ép oly jól látott, mint a másikkal. A nevezett napra várta tisztulásának megjelenését. A vérzés nem állott be, este felé azonban nagy szédülés, forróság és heves szúró fejfájás fogta el a leányt, ki az egész délelőttöt kenyérsütéssel töltötte volt. Szülei az ájuldozó beteget lefektették, hideg borogatást raktak fejére, mire a szédülést nyugodt álom váltotta fel. Reggelre felébredvén nagy ijedelemmel vette észre, hogy jobb szemére megvakult.. Orvos nem levén a közelben, egyelőre azzal vigasztalta magát, hogy baja majd csak megszünik annálinkább minthogy a gyakran ismétlődő szédülési rohamok 21-ikén reggel a tisztulás megjelenésével többé nem ismétlődtek, noha ez két nap mulva ismét megszűnt. Minthogy azonban a jobb szem látása most sem akart helyre állni, a legközelebbi orvoshoz fordultak, ki a szemtükörrel megejtett vizsgálat után 3 nadályt rakatott a jobb halántékra és sötét szobában való tartózkodást rendelt el.

Mindez mitsem használván a szülők végre elhozták lányukat Budapestre az egyetem szemklinikájára.

Felvételekor (okt. 27-ikén) következő jelenállapotot találtunk:

A szemeken külső megtekintésnél semmi rendellenes nem vehető észre; a szemtekék állása rendes, a corneák tiszták, átlátszók; a jobb oldali pupilla valamivel tágabb és lassabban reagál fénykülönbségekre, mint a baloldali. A jobb szemtekére, valamint az orbita szélekre gyakorolt nyomás fájdalmat nem kelt.

Balszemmel lát $^6/_6$, Hm. 0·50 D V=$^6/_6$; közelpont: 130 mm.-ben olvas Schweigger I. számot.

Jobb szemmel a kézmozgást csak sejti közvetlenül a szem előtt, a fényérzés azonban még jó, míg a látótér felfelé megfogyott.

A jobb szem látóképességének ezen nagyfokú romlása magyarázatát a szemfenéki kóros elváltozásokban lelte, melyek igen érdekes és felette ritka képet nyujtottak s a fénytörő közegek teljes ép volta mellett igen jól voltak megfigyelhetők.

A jobb oldali papilla kékesfehér, duzzadt, határai elmosódottak; a vénák a papillán közepes tágak centralis végük mindinkább vékonyodó; a verőerek igen vékonyak, de nem fonalszerűek a papilla szélének megfelelőleg a középponttól egyenlő távolban hirtelen megszakadnak és a duzzadt, sűrű kékesfehér retinában eltűnnek; ezen helyeknek megfelelőleg a vénák is vékonyabb vagy vastagabb fátyollal el vannak födve. A papilla edényein lüktetés nem észlelhető.

A retina fel és kifelé a szemteke legnagyobb frontál átmérőjéig, le és befelé nem oly nagy kiterjedésben szürkésfehér, savósan duzzadt, különösen peripapillaris része, melyben a verőerek

és kisebb vénák nyom nélkül elenyésznek, úgy hogy csak kisebb-nagyobb távolban a papillától tűnnek ismét elő finom szürkés lepelbe burkolva. A verőerek a peripheriában, hol a retina duzzanata és sűrű szürkésfehér színe már-már elmosódik, valamivel vastagabbaknak látszanak mint a papillán; feltűnően észlelhető ez a temporalis verőereken. A nagyobb vénák közepes tágak, ívszerű hajlással térnek a papillától át a retinára, ennek peripapillaris részén sűrűbb, környi részén vékonyabb lepellel elborítvák; lefutásukban nagy kanyarulatokat mutatnak. A sárga folt vidékén a retina fehér színéből élesen kirívó, $^1/_3$ papilla átmérőnyi hosszú, haránt irányban megnyúlt tojásdad alakú, jól határolt sötétvörös folt látszik, mely középpontja felé kevésbbé sötét és mintegy bemélyedve látszik lenni a vaskos retinába. A sárga folt körüli edényágacskák nem láthatók.

A bal szemfenék ép.

Később megfejtendő okokból megvizsgáltuk betegünk légzési és vérkeringési szerveit is, de azokban rendellenest nem találtunk, kivéve, hogy az arteria pulmonalis felett hallható második hang kissé ékelt volt, s a szívtompulat területe a rendesnél jelentéktelenül nagyobbnak látszott. A szívműködés talán a nő izgékony állapotából kimagyarázhatólag felmagasztalt.

A vizelet, melyet *Dr. Mátrai* élet- és kórvegytani tanársegéd úr volt szíves elemezni, szintén semmi rendellenest nem mutatott. Ép úgy a test egyébb szervei valamint azok functiói épek-, zavartalanoknak találtattak.

A *gyógykezelés* következőkben állott: a beteg jobb halántékára 6 pióczát alkalmaztunk, azután 3 napig absolut sötétségben tartottuk s levonókat rendeltünk.

Október 30-ikán rendszeres bedörzsölési kurát kezdett meg (napi adag 2 grm. ungvt. hydr. cin.), kapcsolatban pilocarpinnak másodnaponkinti bőr alá fecskendésével (adag 1 cgr. piloc. muriat.).

A beteg mindvégig úgy a higanyt, mint a pilocarpint jól tűrte.

Az első, 5 napi, bedörzsölési cyclus után a szemfenéki kép következőképen változott meg: a papilla kékesfehér, laposabb különösen külső fele; szélei kezdenek előtűnni; a verőerek valamivel szűkebbek, a vénák világosabbak de azért még mindig tágak. A retina már nem kékesfehér, hanem szennyes szürkés árnyalatú, kevésbbé duzzadt, peripapillaris része tetemesen leapadt; rajta elszórtan igen finom, alig tűszúrásnyi sárgás, erősebb fénytörésű pontocskák láthatók; az edényeket fedő lepel mindenütt ritkább, különösen a papilla szélei körül hol lefutásuk a lepel alatt már követhető; a peripheriában még most is vastagabbaknak látszó verőerek mentében a retina még a fentebb észlelt kékesfehért színét megtartotta. A sárga folt vidékén az említett vörös folt felényivel nagyobb mint eleinte, halványabb, elmosódó szélű, rajta egy-két világosabb szigetecske; körülötte a retina világosabb kékesszürkés, nagy fokban duzzadt, egyenetlen felületű sánczszerű kiemelkedést képez, mely felül sokkal kifejezettebb, mint alul; a sárga folthoz haladó apróbb ágai a temporalis arteriáknak már láthatók.

November 8-ikán este csekély fejfájás és szédülésről panaszkodott másnap beállott havivérzése, rendes mennyiség és minőségben, 5 napig eltartott; megjelenésével a fejhez való vértódulás tünetei szűntek.

Ekközben végezte a II-ik bedörzsölési cyclust. A nov. 10-ikén megejtett vizsgálatnál beteg szemével már 1 méterről képes volt kézmozgást észrevenni. A szemtükri lelet következő: a papilla halványabb, lelapult, külső felében nagyobb fokban; a lamina cribrosa már homályosan előtűnik, edények mint azelőtt; a papilla szélei határozottabbak. A retina szennyes szűrke, borús, az edényeket még mindig fátyolszerűen borítja, a verőerek a peripheriában most is tágabbak; a retinán észlelt sárgás pontocskák most halványabbak. A sárgafolt halványabb rozsda színű, szemcsézett kinézésű; az említett halvány szigetecskék sárgás színűek, jobban előtűnnek; a folt körüli sánez már nem oly duzzadt, felülete gerinczes.

November 17-ikén a III-ik bedörzsölési cyclus után a szemfenéki kép változásai csak a papillára és a sárga folt vidékére szorítkoztak. Előbbi még jobban lelapult, fehérebb; utóbbin már jól csillogó elzsírosodási góczok láthatók, a leírt sánez pedig nagy mértékben lelapult.

A IV-ik cyclus és 12-ik Piloc. injectió után következőket

jegyeztünk fel november 22-ikén: A papilla lelapult, fehér, rajta a lamina cribrosa likai igen jól és élesen tünnek elő; az edények a papillán szűkek; a papilla szélei még kissé borúsak. A retinán nincs feltünő változás, a papillától kifelé sugárszerűen széttörő finom szürkés csikolat mutat, legkifejezettebben a sárga folt felé; retinalis edények mint föntebb. A sárga folt vidékén levő halvány rozsdaszínű folt nem tűnt el, rajta 3 csillogó sárga kis gombostűfejnyi gócz; ezek felett, az összezsugorodott sánez helyen két igen élénken csillogó fehér (cholestearin) gócz.

A látás nem javult, fényérzés 6 méterben kissé bizonytalan, a projectió körkörösen megfogyott.

A beteg másnap elhagyta klinikánkat, részünkről biztatás képében némi utasításokkal ellátva. Ő azonban felvétette magát az itteni izraelita kórházba, hol kezelés alá is vették.

Esetünk igen érdekes azon ritka szemfenéki kép miatt, melyhez hasonlót csak *Reuss*[1]) és *Atken*[2]) egy közlésében találtam, s a melynek keletkezésének közvetlen okát nem könnyen sikerül felfedezni. Hogy a havi vérzés elmaradása következtében keletkezett koponyabeli vértorlódás volt kiindulási pontja és így végső oka a szemen és annak functiója körül talált elváltozásoknak, az tagadhatatlan, de a hirtelen beállott teljes amaurosis, annak megmaradása a szemfenéki kóros kép visszafejlődése mellett, és végre a papillo-retinitis oly gyors keletkezése, különösen a retinalis duzzanatnak oly nagy foka: más közvetlen okot kényszerít felvennünk. *Mooren* magyarázata ez esetben cserben hagy, mert az épen felsoroltak a mulékony congestióból nem származhattak, a mint ezt azon sok eset bizonyítja, melyet erre vonatkozólag a szakirodalomban találtam. Egy esetben sem találtam ily rapid keletkező és oly kifejezett kórképet, valamennyiben pedig az amaurosis kellő kezelés mellett, ha teljesen nem, legalább részben hónapok mulva is javult.

Ezért véltük elkerülhetetlennek a beteg egyébb szerveinek vizsgálatát, hogy ezáltal a vérkeringési rendszer valamely kóros folyamatát esetleg felderítsük, mely a szembántalom keletkezésére fényt vessen.

A vizsgálat eredményét közöltük, az negativ; maga a beteg soha oly tüneteket nem vett észre, melyekből szívbántalomra lehetne következtetni. Mindazonáltal per absolutum nem állíthatjuk a vérkeringési szervek teljes ép voltát, mert lehetséges hogy valamely kóros folyamat jelen volt, anélkül hogy tűnetei azon idő alatt, melyben a beteget észleltük észrevehetők lettek volna, s mivel mint említettük a szív tompulatát a rendesnél kissé nagyobbnak találtuk,

Reuss esetében, mely a mienkhez majdnem teljesen hasonló, embolia arteriae centralis volt jelen, s a feltünő hasonlatosság bennünket is ezen diagnosis felvételére bírt volna, ha a beteget előbb láthatjuk s ha a retinalis duzzanat szokatlan nagy foka az emboliától feltételezett helybeli vérkeringési zavarból kimagyarázható lett volna.

Mindezek indítottak arra, hogy más okot keressek, mely egyaránt előidézte a gyors megvakulást, ritka nagyfokú papilloretinitist és állandósulása következtében mozdította elő az atrophia oly gyors kifejlődését.

Így azon eredményre jutottam, hogy vérömlés a látóideg retrobulbaris részében, vagy ennek heveny lobja fejtheti csak meg a leírt kórkép keletkezését.

Mindkét feltevést egyaránt elfogadható érvek támogatják.

Neuritis retrobulbarisnál a látásnak gyors tönkremenése nem szokatlan; az elhalt *Graefe*[3]) és mások észlelései szerint elégséges erre nehány óra lefolyása is. Esetünkben ez csak 10—12 órával az agybeli vérbőség keletkezése után tűnt fel a betegnek; ki ezen idő alatt eszméletlen állapotban volt. Nem tudhatjuk tehát, hogy hirtelen állott-e be az amaurosis, a mi persze inkább a másik feltevés mellett szólana.

A retrobulbaris látóideggyuladás gyors tovaterjedése a papillára és a retinára más esetekben is észleltetett. Igaz hogy a retina ily nagy duzzadása az általam ismert esetekben hiányzott, de el lehet képzelni, hogy az ideg interstitialis kötszövetének nagyfokú lobos duzzadása az edényeket comprimálva okozta a

---

[1]) *Reuss:* A. f. O. XXVII. 1. 21. l.
[2]) *Atken:* A. f. A. XI. 494.
[3]) *Graefe:* A. f. O. XII. 114.

retina oedemáját; ugyanezen ok magyarázhatná a beállott atrophiát az idegrostokra gyakorolt nyomás következtében. Hogy pedig neuritis retrobulbaris csak órákig tartó koponyabeli vértorlódások mellett keletkezhetik, azt egyenesen tagadni még nem tudjuk, és vannak esetek — péld. *Schulek* tanár úr egy esete, melyet volt szíves velem közölni — melyeknél az ideglob keletkezésének, csak ezen magyarázata állhat helyt. Szintúgy mellette szólhat, hogy eddig többnyire fiatal lányoknál észlelték, sőt néha hószámi zavarok mellett,[1]) csakhogy majdnem mindenkor mindkét oldalt. Azon esetekben, hol *Graefe* az egyoldali fulminans megvakulást neuritis retrobulbarisból magyarázza daczára az embolia arteriae centralis ismert képének: *Leber* utóbbinak jelenlétét állítja.

A mi az ideg szemtekén kívüli orbitalis részében történt vérömlést illeti, ez csak kevés esetekben észleltetett. *Magnus*[2]) szerint gyakoribb volna, mert ő sok, embolia czím alatt közölt esetet helyesen következtetve vérömléstől függőnek állít.

A vér majd a hüvelyközti űrbe ömlik el és orsószerűen tágítja ki a külső burkot [*Meyr*[3]), *Knapp*[4])]; majd az idegtörzsben, a melyben kisebb-nagyobb terjedelmű roncsolást hoz létre [*Leber*[5]), *Hirschberg*[6])].

Hogy a mi esetünkben szintén ily látóidegbeli vérömlés jött létre az nem valószinűtlen. A nagy congestió mellett létrejöhetett annálinkább, ha a nagyobb szívtompulat csakugyan valami szívbántalomnak jele. A gyors megvakulás, ha hirtelen keletkezett is, csak mellette szólna ezen magyarázatnak; szintúgy a ritka nagy retinalis duzzanat, mely hasonlóan a viszerekre gyakorolt nyomás folytán keletkezett nagy vérpangásból eredhetett, és hamarább mint neuritis retrobulbarisnál. Az atrophia főleg oly gyors kifejlődése pedig egyszerűbben magyarázható meg szintén azon mechanikus behatásból, melyet a vérömleny részint nyomás részint roncsolás által idézhet elő. Épen ezen gyors kifejlődése az atrophiának támogatja nagyon az idegbeli edényrepedés felvételét, mely mellett még a verőereken észlelt lumen-különbség és a sárga folt vidékén jelenlevő haemorrhagia is szól. Utóbbi a beteg első megtekintésénél oly benyomást tett ugyan, mintha csak színcontrast volna, de a későbbi lefolyásban észlelt szemcsésedés, elzsírosodási góczok keletkezése, a rozsdabarna szín megmaradása a retina fehér színének elenyészése daczára, mindinkább haemorrhagia mellett szólott, ez pedig az arteria centralis emboliájánál, és látóidegbeli vérzéseknél gyakran szokott észleltetni.

Tekintetbe véve a megvakulás egyoldali keletkezését a szemfenéki képet[7]) és, hogy congestióhoz mégis közelebb áll az apoplexia keletkezése: inkább ezt vagyok hajlandó esetünkben felvenni a tünetek magyarázatára.

Mindenesetre egyedüli felvilágosítást csak a bonczolás nyujthatna, melyet emberbaráti érzelmeink nem engednek kívánni.

Szemorvosok gyülése Heidelbergában, 1883-ban.

Szeptember 10-ikén *Horner* tnr. elnökölt.

Nieden (Bochum) beteg nőt észlelt, kinek a koponya jobb oldalának hátsó része sérülvén, baloldali hemianopia és hemiplegia támadt. Trepanatióval csontszálkákat távolítottak el, melyek az agy kérgét sértették; javulás állott be. N-nek sikerült ez esetben a látócentrum helyét meghatározni.

Schmidt-Rimpler (Marburg) hasonló esetet észlelt, azonban a hemiplegia hiányzott.

Berlin (Stuttgart) 15 egyénnél képes volt bebizonyítani, hogy a balkezűek irási műveleteinél is azon szabály áll, mint a jobbkezűeknél. B. azt találta, hogy a látóvonal és az alapvonal 89—90° szöget képeznek.

Laqueur (Strassburg) a Javal-féle ophthalmométerrel tett vizsgálatok eredményét ismerteti. L. mindig a corneák széli részének egyenetlen laposodását találta, mely felfelé legkisebb. A szemhéjak

[1]) *Leber:* Hndb. d. g. Augenh. V. 2. 810.
[2]) *Magnus:* Die Sehnervenblutungen. Leipzig.
[3]) *Ig. Meyr:* Beiträge z. Augenheilkunde. Wien, 1850. S. 24.
[4]) *Knapp:* Cannstadts Jahresbericht 1864, IV. S. 158.
[5]) *Leber:* A. f. O. XIV. 2.
[6]) *Hirschberg:* Kl. Monatsbl. 1868. S. 426; 1869, S. 74.
[7]) Esetünkben ez csak kevésben tér el a Magnus leirásától.

erős megfeszítésénél Ast. támad, a verticalis irányban görbülésnagyobodással és a horizontális irányban görbülés-kisebbedéssel; ez utóbbi 2—4 dioptriát is tehet. A corneális és lenticularis astigm. fődéllői legtöbbször egyazon irányúak. Glaucománál a cornea lapulását nem észlelte; újszülötteknél a görbülési sugár nagyságában különbség nem volt. Alkalmazkodási hüdések és izombénulások, úgy szintén a strabotomia nincsenek befolyással a cornea görbülésére. Graefe-extractiók után támadt Ast. 2—3 hónap mulva némileg kisebbedik.

Zehender (Rostock) eszközről értekezik, melylyel subjectiv úton lehet az Ast. fődéllőit meghatározni. Egy csőben forgatható üveglemezen két egymással kereszteződő vonal-rendszerek vannak megerősítve. Javító üvegek alkalmazása mellett az üveglemezt addig forgatjuk, míg egyike a vonal-rendszereknek tisztán látszik.

Heitzmann (New-York) az üvegtest és a lencse sejtközti anyagának hálószerű szerkezetéről értekezett.

Berger (Graz) panophthalmitis után phthisicus szemet mutatott, melyben a Tenon-tok, a gyuladásban részvétel után, elzáródott; továbbá szemet mutatott, melyben a sérült lencsetokon belül csont képződött; továbbá két ritka jelenséget cataracta fibrosanál mutatott be.

Kuhnt (Jena) glaucomás tünetekkel támadt idiopathikus tenonitisnél a Tenon-tok teljes elzáródását észlelte.

Hippel (Giessen). Jequirityvel gyógyítás kedvezőtlen eredményeiről értekezik. H. az ophthalmia jequirit. nem tartja infectiós betegségnek, mivel nincs incubatió stadiuma és az átplántálhatás még nincs bizonyítva. H. ugyanolyan mikroorganismusokat talált a borsó infusumában mint Sattler a jequirity infusumban.[1])

Sattler (Erlangen) a fenntemlítettekre semmi súlyt sem fektet, mert nem az alak és a festő-anyagokra reagálása a fő, hanem a bacillusok átültethetősége. S. inoculatió által a jequirity ophthalmiát képes volt ép szemre átvinni, Az incubatió rövid, 6—10 óra, de sohasem hiányzik.

Wicherkiewitz (Posen). Jequirity után cornea-genyedést és maradó hegeket észlelt.

Hippel csak igen régi pannusoknál észlelt kedvező eredményeket jequirityvel. A gyógyulás ideje 2—4 hónap. Hasonlóan nyilatkozott *Just* (Zwickau) és *Mayweg* (Hagen).

Pflüger (Bern) új szerkezetű refractiós szemtükröt mutat. Rekoss-féle alsó korongban ± 1. 2. 3. 4. D; a felsőben ± 8. 16. 24. ½ dioptriás üvegek vannak. A 15 üveg 65-féleképen combinálható. A világító készülék Hirschberg módja szerint készült. Roulot Párisban gyártja.

Leber szerint a hemeralopiával párosult conjunctiva-xerosist bacteriumok okozzák. A vesékben is az epithelnek hasonló desquamatiója előfordul s itt is találhatók bacteriumok. L. szerint a hemaralopiát aligha egyenesen a bakteriumoknak kell tulajdonítani.

Schleich (Tübinga) ugyanazon betegségnél hasonlót észlelt. Extractiók, xeroticus conjunctiva mellett, jól gyógyultak.

Uhthoff (Berlin) lapos, metastaticus carcinomákat mutat a chorioideán s egy tumor cavernosust szintén a chorioideában.

Berlin (Stuttgart) eszközt mutat, melylyel a lónak stereoskópos látását észlelhetni.

Pagenstecher (Wiesbaden) hernyószőrrel sérült szemet mutat, melynek corneáján infiltrátum és az irisen tuberculumokhoz hasonló csomók voltak.

Benson (Dublin) több szemtükri képet mutat, melyek a retina edényeinek csavarodását, a cilio-retinális edények szabadon hagyásával az arteria centralis emboliáját és az arteria centralis retinaénak egy visszafutó ágát ábrázolják.

A Graefe Archivumában az 1879—81. évek lefolyása alatt megjelent legjobb munkáért a Welz-féle díjat a biráló bizottság Gudden müncheni tanárnak itéli oda a látóidegrostoknak a chiasmában kereszteződéséről szóló munkájáért.

Szept. 11-ikén. *Dr. Brettauer* (Triest) elnökölt.

Becker (Heidelberg) az ember és az állati lencse rostoknak lefutásáról alakos vázakat mutat (1 márkjával készíti Jung, Heidelbergában).

[1]) Hasonlót találtunk klinikánkon borsó, és különösen babinfusumban. Ref.

Becker azon véleményen van, hogy azon tan, mely szerint a rövidlátás az emberiség között mindinkább szaporodnék még nincs bizonyítva. A Mannheimi kerületben az 1858. évben a katonaköteles egyének között több rövidlátót találtak, mint most. Becker szerint a myopia nő az egyénben, de nem az emberiség között.

Meyweg (Hagen) ugyanazon véleményben van, myopianál a fősulyt a jó világításra fekteti.

Just (Zittau) ez ellen azt állítja, hogy a most jól berendezett zittaui gymnásiumokban több rövidlátót talált, mint a régi sötét épületekben.

Sattler ismerteti kisérleteit, a szemészetben használt antiseptikus anyagok értékéről. »A ki a sebbántalmakat infectiós megbetegedésnek tartja, annak azt antiseptice kell kezelni«. S. azt találta, hogy 0·2% sublimát oldat 3 percz alatt a bacteriumok fejlődését megszünteti. A sublimát hatását megközelítik a resorcin és a hydrochinon. Concentrált salicyloldat ugyanazt teszi 2—3 percz alatt. Carbolnak 2—2 ½% oldata 3 percz mulva hat; gyöngébb oldatok hatástalanok. Bórsav a bacteriumok szaporodását 5 percz alatt hátráltatta. Thymol (1 p. m.) hatástalan. Jodoform 5 percz mulva sem akadályozta meg a bacteriumok fejlődését. Carbol-spray egészen hatástalan. Mint legjobb és legolcsóbb antisepticumot, a sublimátot ajánlja (1 : 5000). Ulcus serpensnél is jó hatását tapasztalta.

Schmidt-Rimpler hasonló eredményre jutott állatokon tett kisérleteinél. Blennorrhoea sacci váladékát inoculálta s ezeken tanulmányozta a különféle antisepticumokat.

Kuhnt ulcus serpensnél a cornea mellső lemezeit felhasítja és izzóvasat alkalmaz. K. tapasztalta, hogy nem minden cataracta operált tűri a sublimátot. Némely esetben erős injectió támad a conjunctiván. K. az extractió előtti napon sublimátot cseppentett a szembe kisérletképen.

Förster (Breslau) 60 egyént észlelt, ki myopiáját túl javító concav üveget viselt évekig, minden kár nélkül; ő nem hiszi, hogy a túl javító üvegek az alkalmazkodás igényelése miatt károsak volnának. Káros befolyása van a nagyobb összetérítéseknek, s hogy myopia ne támadjon, prophylacticum gyanánt Kallman boroszlói látszerész egyenes tartóját ajánlja.

Horner nem tartja bizonyítónak F. állítását, mert nincs kimutatva, hogy a myopia nem volt-e a pápaszem választásakor még kisebb?

Fuchs (Lüttich) azt véli, hogy a myopia fejlődésére bizonyos dispisitió kivántatik. Észlelt eseteket, melyekben a myopia kifejlődésére minden gondolható káros befolyás összeműködött, de myopia még sem fejlődött.

Uhthoff Westphal klinikáján 550 beteget szemtükrözött s változásokat talált: helyi megbetegedésnél 64%; paralysis progrs. 50%; chron. alcoholismusnál 41%; epileptikusoknál 12%; egyéb psychotikusoknál 10%. Progressiv paralysisnél ő is talált oly retinitist, milyent Klein ismertetett, de az edények egyenetlen tágulását nem találta. Iszákosoknál 19%-ban hasonló lelet található, a papilla külső felének elhalványulásával.

Eversbusch (München) a plica semilunarisban angiomát észlelt. Egy esetben a plica semilunaris oly erősen volt fejlődve, hogy erélyes összetérítéskor a corneát egészen eltakarta. 2 lueticus egyén plica semilunarisán condylomát látott. Egy egyptomi egyén plica semilunárisában a Giacomini általt ismertetett porczot találta.

Meyer (Paris) hasonló syphilitikus betegséget észlelt a plica semilunárison.

Donders kisérleteket tett, hogy milyen mértékben kell a thallium zöld vonalát a lithium vörös vonalával keverni, hogy a natrium sárga vonalát adja. D. saját személyére 1 : 2·5. Engelmannra 1 : 3; gyönge színlátókra 1 : 1·04, egész 1·061-ig menőt talált.

Eversbusch esetet említ, melyben egy kötőszövet-zsineg húzódott az üvegtesten keresztül a lencséhez. Véleménye szerint ez fejlődési rendellenesség a 4-ik hónapból volt.

Schmidt-Rimpler 1876-ban bonczolt egyénnél, kinek ophthalmomalacia anteriorja volt, a sympathikusban sclerosist és az agyban gliosarkomát talált. Sch. rövid idővel ezelőtt hasonló esetet észlelt ptosissal, myosissal és a halántéktáj lesoványodásával; az ugyanazon oldali fül edényei erősen telve voltak; hemiparesis; rögtöni halál. Schottelius elszínesedést talált a thalamus opticusban.

Frerichs festenyes változásokat talált a sympathikusban. A két szem köbtartalma között 1 ½ köbcentiméter különbség volt. A szemüri zsírszövet megfogyott. Más esetben a hemispherákon chron. meningitist talált. (Centralblatt f. A. 1883, pag. 333.) *Ottava* dr.

SZEMELVÉNYEK.

— **Tabes dorsuálisnál a szemen előforduló kóros változások.** *Schmeichler* dr.-tól. — I. A látóideg bántalmai. A látóidegsorvadás gyakori és korán fellépő tünete a tabesnak, melynek egyéb tünetei néha csak évek mulva állnak be az opticusatrophia kifejlődése után. A hátsó kötegek kifejezett haladó sclerosisánál kezdődő látóidegsorvadás nem észleltetett; az utóbbi, szerző szerint, a tabes eseteinek 40%-ban fordul elő.

Rendesen mindkét papilla — különböző intensitásban — mutat változást. Jellegző a papilla szűrkéskékes vagy zöldesfehér, soha tiszta fehér, elszínesedése, és inkább gyöngyházfénye, éles határoltsága, később a lamina cribrosának feltünő éles rajzolata.

A folyamatnak bizonyos előrehaladott fokán, midőn a látóélesség tetemesen megfogyott, a harántul menő edények gyérülteknek látszanak a függélyesen menőken nincs változás. Később különösen a lefelé haladó kékerek fokozatosan tágulnak, a rendesnek kétszeresére is. Évek után a papilla kiterjedése kisebb lesz, az edények pedig szűkebbek.

A látóélesség fogy de nem mindig egyenes arányban a szemtükri lelettel. A teljes amaurosis ritka. Jellemző a látótér concentricus szűkülése. Fontos tünete a diagnosisnak a színérzék fogyása. Eleinte a zöld, később a vörös és sárga szín látása vész el és csak a kék színé marad meg.

Subjectiv tünetek között jellemző a látóidegsorvadás kezdetén az ideiglenes *ködlátás*, állandó *borulatról* ritkán panaszkodnak a betegek.

A látóidegsorvadás és tabes közötti viszonyt illetőleg szerző egyéni dispositiót vesz fel, mely szerint ha valakinél a hátsó kötegek sclerosisa bekövetkezik, ettől függetlenül a látóidegek is megbetegednek vagy megfordítva; ezt támogatja Charcot állításával, mely szerint a látóideg szerkezete feltűnő hasonlóságot mutat a központi idegrostokéval. A górcső alatt az atrophikus látóidegen hason'ó elváltozásokat talált, mint a sclerotisált hátsó kötegeken.

Előbb a velőállomány esik szét kötszöveti fibrillákká, a tengelyfonal csak később; innen a látóidegfő elszíntelenedése, még csak lényegtelenül megfogyott látóélesség mellett. Az idegállomány sorvadása következtében a tágulékony kékereknek tágulásra bő tér nyílik, innen azok lumenjének feltűnő nagyobbodása, mely a retina környi részleteiben elenyészik.

II. Pupilla. Jellemző tabesnél: 1. a pupilla reflectoricus merevsége; 2. a totalis pupillamerevség; 3. myosis; 4. a pupillák egyenlőtlensége. Jellemző szerinte, hogy spinalis myosisnál az atropin által középtágra hozott pupilla csak 4—5 hét alatt szűkül ismét annyira meg, mint a minő az atropinbecsepegtetés előtt volt. Leggyakoribb a myosis és másodsorban a reflectoricus pupillamerevség.

Ezen változások okát a reflex centrumban véli kereshetni, melynek székhelyét azonban még nem ismerjük, s mely valószinűleg ezen központ megfogyott ingerlékenységén alapúl.

III. Szemizmok. A szemizmok részéről tabesnél egyes vagy valamennyi izmok paresise észleltetik. Ez vagy együtt áll be a tabes első tüneteivel vagy ezeket évekkel előzi meg. Ezen tünet magyarázatában Adamkiewiczet követi, ki kimutatta, hogy a tabeticus sclerosis útja a verőerek lefutása által határoztatik meg. Az arteria vertebralis ágai a hátsó kötegeket, de a szemizmok idegduczait is látják el vérrel.

Ezt látszik támogatni a látható szemizomhűdés fokozatos kifejlődése. A hűdés lassankint ismét elmulhatik, de a scleroticus folyamat újabb exacerbatiójánál ismét beállhat.

A tárgyaltak kapcsán 17 általa észlelt esetet közöl, melyről a fent leírtakat levonta. (Arch. f. A. XII. k. 4. f.) Dr. *Karafiáth.*

— **A szeműr felső falán képződött osteophiták következtében létrejött szemkitolódás esete, a szeműr feletti táj pneumatosisával.** *Birnbacher* dr.-tól. — Szerző a rendelkezésére álló forrásokban esetéhez hasonlót nem talált.

A 17 éves férfibeteg tompa fejfájásban szenvedett a homloktájon. Érintésre a felső szeműri csontszél fájdalmas nem volt. A bal teke előre tolva, de kitérései rendesek, lobtünetek sehol nem voltak. Látóélesség $^6/_6$, Hm = $^1/_{24}$ mindkét szemen. Szerző egy év alatt következő változásokat észlelt az egyén bal szeme körül: A protrusió 5 mm.-ről 7 mm.-re nőtt; a felső szeműri szél megvastagodott; az incisura orbitalis táján két éles szélű, a nyiliránt követő, alsó szélével a szemteke felé tekintő csontlécz; idővel ezektől kifelé egy harmadik alacsonyabb, velők párirányos csontlécz képződött, mely a tekét lefelé tolta. A szemteke kitérései mindinkább korlátoltak. Mintegy 8 hónap mulva orrfuvásnál a jobb szemöldök alatt egy daganat keletkezik, mely eleinte magától elmulik, de később csak nyomás és dörzsölésre enyészik, nem fájdalmas, a legközelebbi 3 hét alatt állandóvá lesz, dobos kogogtatási hangot ad, és próbapunctiónál levegőt ürít ki.

Mindezek fejlődése alatt a szemfenéki lelet, a láta nagysága, fényre visszahatása s a látóélesség a bal szemen rendes maradt, de Hm $^1/_{24}$-ből M $^1/_{30}$ lett.

Szerző műtétet végez. Közvetlen a szemöldök alatt futó metszéssel a csonthártyáig hatol, mely egy sötétesen áttetsző űr felett feszül. Ezt megnyitja, tartalmát levegő, s az említett 3 lécz képezi, mely vörösesszürke szivacsos csontállományból áll, s 2 cm.-nyire nyul hátra a szeműrbe. A léczeket vésővel eltávolítja, a csonthártyán és az orbitalis falon talált apróbb csontkinövéseket lepraeparálja, az űrt 2 %-os carbololdattal kifecskendezi, a csonthártya sebszéleit catguttal, a bőrsebet selyemmel egyesíti, a belső sebzugba draincsövet helyez. Negyedfél hónap mulva gyógyulás; az exophthalmus teljesen megszűnt, a látóélesség $^6/_6$, a refractió Hm $^1/_{24}$.

A górcsői lelet azt mutatja, hogy osteophyta-képződés volt jelen, melynek oka a homlokűr valamely gyuladásos, de nem genyedő affectiójában rejlett, mely a homlokcsontra és az orbita felső falának csonthártyájára átterjedt. E mellett szól a tompa homloktáji fájdalom és a pneumatosis.

Műtét közben a leírt űrnek a homlokűrrel való közlekedése nem volt ugyan fellelhető, de az eleinte váltakozva beálló és elmuló légdaganat jelenléte mellett szól; annál inkább mert a megbetegedés folyamában a régi csontszövet felszivódása következtében a közlekedés létrejöhetett, később osteophita-képződmények által azonban ismét elzáródhatott. A myopia keletkezését szerző a tekére gyakorolt nyomásból magyarázza, melynél fogva a szem tengelye 0·83 milliméterrel megnyúlhatott. (Arch. f. A. XII. k. 4. f.)

Dr. *Karafiáth.*

— **A jodoform therapiás értékéről szembetegségeknél.** *Alker H.* segédorvostól Giessenben. — A. észlelései 200 esetre terjednek ki, s belőlök azon következtetést vonja le, hogy: 1. A betegek többsége jól tűri a jodoformot, bármily alakban is alkalmazzuk. 2. Kitünő eredményt érhetni el vele a cornea minden fekélyesedési folyamatainál, különösen fertőzésen alapuló hypopyonkeratitisnél, habár egyes esetekben a jodoform ép oly kevéssé akadályozhatja meg a cornea teljes elgenyedését mint Saemisch haránt metszése. 3. Sebészi vagy más úton keletkezett friss sebzéseknél nemcsak mint antiseptikus hanem mint aseptikus szer is igen jó hatású. Említ két esetet, melyben extractió után keletkezett genyes infiltratiója a cornealis sebszélnek jodoform-ráhintések mellett rövid időre megállapodott, mire rendes gyógyulás állott be. 4. Határozott jó befolyással van pannus scrophulosus és mélyebben fekvő infiltratumok feltisztulására.

A jodoformot részint finom por alakjában használta behintésre, részint közvetlen a beteg helyre alkalmazta kenőcs alakjában (1 r. jodoform: 15 r. vaselin). (Graefe A. f. O. 29. kötet 4. f.)

Dr. *Karafiáth.*

— **A látóideg nyujtásához.** *Dr. Landesberg*-től Philadelphiában. — L. 13 betegen 21 idegnyujtást végzett, 16-t Wecker szerint a belső egyenes izom átmetszésével nyitván magának útat a Tenon-féle tokba és így az ideghez, 5-t Kümmel szerint a cornea külső alsó szélénél nyitván meg a Tenon-tokot izomátmetszés nélkül. Wecker eljárása biztosabb. Először csak oly esetekben alkalmazta kisérletképen az idegnyujtást, melyekben már csak menynyileges fényérzés volt jelen. Miután tapasztalta, hogy az ideg és az agyburkok felöl reactiv gyuladástól nem kell tartania, oly esetekre is terjesztette ki kisérleteit, melyeknél némi tárgylátás még megvolt.

14 esetben az eredmény semmis, 3-ban némi javulás beállott ugyan, de rövid időre ismét hanyatlás mutatkozott, 4 esetben elég szép eredményre vezetett a nyujtás, de valjon állandó maradt-e az, azt nem tudjuk; egyik esetben az ujjak olvasásának távola 1'-ról 11'-ra emelkedett. — L. azt hiszi, hogy az atrophikus látóideg nyujtása érdekes kisérlet, mely inkább csak a tudományos érdeklődés kielégítésére, mintsem hasznavehető eredményekre vezet. (Graefe A. f. O. 29. k. 4. f.)

Dr. *Karafiáth.*

— **Adalékok a látóideg boncztanához.** Dr. *Vossius A.*-tól Königsbergben. — V. ember- és állatszemeken tett boncztani és górcsövi kutatásainak eredménye következő pontokban vonható össze:

1. A látóideg tengelyedényeinek belépési helye 10—12 mm.-re fekszik a bulbustól az ideg harántmetszetének alsó-külső negyedében.

2. Az edények belépési helye tehát helyzetváltozást szenvedett tekintettel az ébrénykori viszonyokra, mert az edények belépési helyének megfelelő ébrényi szemhasadék alá és befelé fekszik. A látóideg csavarodása, mely által ezen helyzetváltozás feltételeztetik, 90°-nyi szögnek felel meg.

3. Az edények ezen helyzetváltozása támogatja *Manz* nézetét, melyszerint a macula maradványa az ébrényi szemhasadéknak.

4. A látóidegen kívül a szemgolyó is szenved forgást, mit a felső egyenes izomnak azon helyzetváltozása bizonyít, melyet az ébrényi kor óta elszenvedett, mert míg utóbbiban inkább oldalvást, felnőttnél a felső orbitafal közepe alatt fekszik.

5. Az ideg koponyaürbeli részének edényei főleg az art. corporis callosiból erednek. A canalis optikusban dús edényződés és interstitialis kötőszövetképződés lelhető. Az arteriosus edények az ophthalmicából vagy ennek izomágaiból származnak; törzseik az ideg alsó felületén fekszenek. A viszeres vér a vena centralis posterioron át jut a sinus cavernosusba. A v. centr. p. az ideget közvetlen a can. optikusba való belépésénél hagyja el.

6. Az ideg orbitalis részének hátsó felét az art. centr. retinaenak egy meglehetős nagy, hátrakanyarodó ága látja el; az ezt kisérő vénaág a vena centr. retinaeba ömlik.

7. Az ideg táplálkozási s vérkeringési viszonyai a canalis optikusban, az itteni dús kötőszövet gerendezet, az idegtörzsek közti csekély távolság, azoknak laza meningealis kötőszövet általi összeköttetése, alkalmassá teszi a helyet lobfolyamatokra, retrobulbaer neurítisre, mely mindkét idegtörzset egyidőben, illetőleg gyorsan egymásután támadhatja meg, vagy egyikről a másikra terjedhet át a chiasma kikerülésével. Hogy a lobfolyamat tetőfokát éppen a harántmetszet közepében éri el, melyben a macula rostjai fekszenek, s ezért ezen idegkötegek működését jobban zavarja meg, mint a környiekét, azt V. onnan magyarázza, hogy a peripheriában a behatoló edények törzsei, a középben pedig ezeknek csak capillaris elágasodásai terülnek el. (Graefe A. f. O. 29. k. 4. f.)

Dr. *Karafiáth.*

— **A jequirity-ophthalmiáról.** *Hippel* tnr.-tól Giessenben. — H. dolgozata *Wecker* némely állitásait dönti meg és kétségessé teszi *Sattler* nézetét, mely szerint a jequirity által okozott gyuladás microorganismusoktól tételeztetnék fel.

A jequirity mag héjának jelenléte nem változtat a kivonat hatásos voltán. Hatásos infusum csak hideg vízzel készülhet, és legalább 1 %-os legyen. 7 $^1/_2$—10 %-os készítmény hatása kevésbbé erélyes mint 2 %-osé.

Azon tér hőmérséklete, melyben a maceratió készül, nincs befolyással a készítmény hatására, melyre a maceratió időtartama csak jelentéktelenül foly be.

Frissebb készítmények hatásosabbak mint régibbek. Míg a vizes kivonat hónapok mulva jellemző hatását elvesztette, addig carbol- vagy salicylsavas oldatok még akkor is tartják meg erejüket.

Leghatásosabb a szer, ha közvetlenül alkalmaztatik a kifordított szemhéjak kötőhártyájára.

A gyuladás annál crélyesebb, mennél tovább és gyakrabban hat be a szer a kötőhártyára, s mennél vérdúsabb és fellazultabb ez utóbbi. A gyuladás lefolyása után, nehezen érhetni el azt újra, ismételt bekenések által.

Az alkalmazás utáni első napon nyúlnál megvizsgálta H. a szemhéj átmetszetét, melyen azt találta, hogy a kötőhártyán nem rostonyás lerakodás, hanem diphtheritikus jellegű infiltratió van jelen, mely a mélyebb szövet-rétegekre is hat és a metszfelületnek szalonnás, fénylő, majdnem edénytelen külsőt kölcsönöz. Górcső alatt rostonyás izzadmányon kívül kis kereksejtek és magvak dús beszüremkedését és igen gyakran számtalan coccust talált különösen a conjunctiva felületes rétegeiben.

Nagyfokú gyuladásoknál nyúlnál a 2-ik—3-ik napon a cornea bágyadt, füstszerűen zavaros lesz, nehány napra rá a corneában a genyes infiltratió kész, mellette iritis, hypopyon lehet jelen. Az infiltratió később soha fel nem tisztúlt. Nyulaknál nem egyszer panophthalmitis, phthisis bulbi staphyloma, symblepharon és entropium maradt vissza.

Embernél sohasem tudott H. jellegzetes ophthalmiát előidézni, ha a kötőhártya el volt hegedve. Oly trachománál, melyhez a szemölcstest hatalmas duzzadása szegődik, erős palpebralis duzzadás és injectió beáll ugyan, de a szemhéjak puhák maradnak, és a vékony fehéres lepedék gyorsan lekopik anélkül, hogy a kötőhártya símábbá válnék.

H. igen gyakran tapasztalt a corneán fekélyképződést, infiltratiót, mely rendesen igen kellemetlen homályokat hagyott hátra. Kivétel nélkül oly trachoma-eseteknél tapasztalta ezt, hol a cornea eddig még absolut ép volt.

Pannusnál nem tapasztalt káros következményeket, még akkor sem, ha fekélyek is voltak mellette jelen, ellenkezőleg előzetes dús edényképződés után meglehetősen tisztultak fel a zavaros corneák.

Ezekből láthatni, hogy a jequirity ophthalmia nem oly absolut veszélytelen, s hogy indicatiója sem oly tág körre kiterjedő, mint a hogy *Wecker* állítja. Erős conjunctivalis hyperaemiával járó friss granulatiók sohasem fejlődtek vissza; itt a régibb therapia egyedűl igérhet sikert. Idült trachománál azonban, hol a kötőhártya halvány és nagy kiterjedésben keményebb sárga kiemelkedő granulatiókkal van ellepve ott helyt áll a jequirity ophthalmia, a granulatiók súlyos esetekben is eltűnnek és a kötőhártya az amyloid degeneratió képét ölti magára, de soha oly rövid idő alatt, mint *Wecker* közölte; rendesen 3—4 vagy több hónap telt bele.

Szintúgy igen jó eredményt ért el H. lefolyt trachománál, hol a zsugorodott sorvadt kötőhártya mellett sűrű pannus volt jelen; a cornea jelentékenyen feltisztult, anélkül hogy az ophthalmia jellemző tünetei kifejlődtek volna. Egy esetben 12 napon keresztül naponta alkalmazta a szert, míg a zsugorodott kötőhártya és a pannosus cornea edényződése kellő fokot el nem ért.

Sattler állítását, hogy a jequirity ophthalmia fertőző betegség volna, következőkkel ingatja meg H.:

1. A fertőző betegségek incubatiós stadiumja a jequirity ophthalmiánál hiányzik.

2. Hasonló kórképet lehet nyúlaknál sublimat-oldattal (1 : 6000) előidézni.

3. Számtalan kisérletei daczára sohasem sikerült H.-nek sem embernél sem nyúlnál a jequirity ophthalmiát váladék segélyével ép szembe átplántálni. Ennek *Sattler* szerinti magyarázata, mely szerint a váladékban csak egyes bacillusokat lehet találni, szintén fertőző betegség ellen szól.

4. Hasonló bacillusok széna és borsó infasumokban is fordulnak elő.

5. 2, 1—$^1/_2$%-os carbol-, $^1/_3$—$^1/_6$%-os salicyl- és 4%-os borsavas oldattal készült jequirity-kivonat, még ha 10%-os volt is, hónapokon át ment volt bacillusokból és mégis előidézte az ismeretes ophthalmiás kórképet.

6. A tisztán tenyésztett jequirity-bacillus a gyuladás egyik jellemző tünetét: a szemhéjak hatalmas duzzadását és deszkaszerű keménységét nem idézte elő, míg széna és borsó infusummal is több ideig tapadva maradó szürkés lepedékkel járó erős conjunctivitist lehet előidézni. (Graefe A. f. O. 29. k. 4. f.) Dr. *Karafiáth.*

— **Nephritikus hályogról.** *Deutschmann* tr. 1879-ben a Graefe-féle folyóiratban egy új alkati hályogalak felállítását közölte,

t. i. a nephritikust. Becker, ki éppen a lencséről szóló nagy munkáján dolgozott, ezen feltevést kétségbe vonta mondván, hogy a nephritis és a cataracta közötti összefüggés egyelőre nem bizonyítható be. De újabban megjelent munkájában Becker is tesz közzé oly tapasztalatokat, melyek szerint 1881-ben a hályogban operáltaknak 2%, 1882-ben 18%-nál a vizeletben fehérnye találtatott. Deutschmann a középszázalékot 9·5-re becsüli; közöl továbbá négy idevágó typikus kórtörténetet, melynek egyike, 19 éves leányé, minden kétséget kizár a cataractának nephritikus eredete fölött. Beteg 14 napig volt kénytelen ágyban feküdni lábainak feldagadása, fejfájás, hányás és hasmenés miatt, midőn azután jobban érezte magát s dolgozni kezdett, észrevette hogy eddigi jó látása most olyan mintha »poron át nézne«. Gyors menés alkalmával a vesetájakon fájdalmak s légzési nehézségek jelentkeztek. Orvosi vizsgálatnál kiderült, hogy a szív bal pitvara túltengett s albuminuria van jelen. Górcsövileg kevés, keskeny hyalin-henger némely elzsírosodott sejtekkel és sok nyákhenger, a vesemedenczéből elzsírosodott felhámsejtekkel találtatott. Diagnosis: nephritis interstitialis chronica. Szemtükörrel: finom uszkáló üvegtesthomályok, a lencse hátsó tokjának gyűrűszerű elhomályosodása a hátsó polus szomszédságában, míg ellenben az aequator felé sugaras csíkok láthatók. A szemfenékbe még jól láthatni, az ép. Látás j. sz. 15—16-ról ujjak, E. Jaeger 16. sz; b. sz. V=$^{20}/_{70}$, E., Jaeger 6. sz. Szerző reményli, hogy közlése által sikerül szaktársainak figyelmét ezen pontra vonni, s hogy ők is statistikai adatokkal fognak e kérdés biztos eldöntéséhez járulni. (Graefe's Archiv XXIX. 3. 191—204. l.)

Creniceanu dr.

— **Epileptikus roham után keletkezett kétoldali symmetrikus szaruhártyahomály részleges trigeminus-anaesthesiával.** *Vossius* dr.-tól. — 35 éves epileptikus egyén utolsó rohama után 3 napi eszméletlenségből felébredve, élénk fájdalmat érez mindkét szemében. 3 hétig fölötte heves fejfájásban szenved, végre orvoshoz fordul. — Mindkét cornea alsó belső negyedében aláfelé convergáló négyszögalakú, helyenkint sűrűbb foltokkal tarkázott, kékesfehér homály a mélyebb rétegekben, mely fölött a hám ép, de minden érzékenység elveszett. A szemek egyéb részletei mind épek.

Közlő nem nyilatkozik, környi vagy központinak tartja-e a bántalom eredetét, de Erb-bel szemben lehetségesnek tartja utóbbit is, mi mellett az érzéketlen terület határoltsága szólna. Említi Graefe és Haase eseteit, melyekben szintén központi volt a bántalom székhelye. A baj lényegét Meissner-rel a trigeminus első ágának trophikus rostjainak valamely bántalmában keresi. — Feltűnő esetében az epithel ép maradása, mit különben keratitis neuroparalyticánál nem találunk. — (Klin. Monbl. f. Augh. 1883. Juni).

Dr. *Karafiáth.*

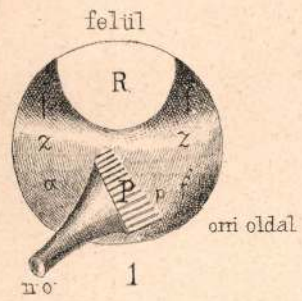
— **Rostkereszteződés a chiasmában és a tractus optikusban.** *Burdach*, egyetértve a buvárok legnagyobb részével, elismeri a részleges kereszteződést az embernél s arra utal, hogy a chiasma és a tractus keresztezettlen kötegjeire vonatkozó vizsgálatok még nincsenek teljesen befejezve. Hozzájárul ő is egy esettel ezen kérdésnek tisztába hozatalához, melyből az tűnik ki, hogy a sorvadás a bulbustól folytatólagosan egészen a tractusok belsejéig követhető és ezen úton kideríthető a keresztezett és keresztezettlen kötegek következő helyviszonya is: a keresztezettlen köteg keskeny velőnélküli öv gyanánt tűnik fel a külső felső negyed felső és széli oldalán és az alsó negyed széli oldalán. A keresztezett köteg pedig keskeny sorvadt csík gyanánt mutatkozik az alsó szél mentén ékalakú szélesedéssel a belső alsó negyedben.

Ezen eset meglehetős pontossággal csatlakozik a Baumgarten (Centralblatt f. d. med. Wissenschaft. 1878. 31. sz.) és Marchand által leirtakhoz (Graefe's Archiv XXVIII. 2.), és variatió a keresztezetlen kötegek topografiájára nézve csak annyiban van, a menynyiben ezen esetben a sorvadás az egyenoldalú tractusban inkább lefelé terül el és kizárólagosan az idegkorong széli részletein puhatolható ki, míg Baumgarten esetében az inkább a felső szél mentén halad, azonkívül mint részleges velősorvadás a felső külső negyedben jelentkezik, — Marchandnál csak közel a felső szélnél halad. Az ellenkező tractusnak sorvadása ugyanoly alakú és fekvésű mint B. és M. eseteiben. (Graefe's Archiv XXIX. 3. 135—142. l.)

Creniceanu dr.

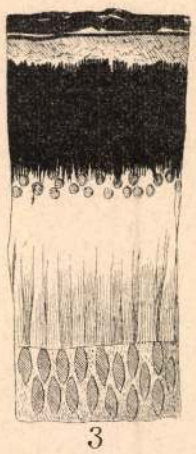
Budapest 1884. Khór & Wein könyvnyomdája (Dorottya-utcza 14. sz.).

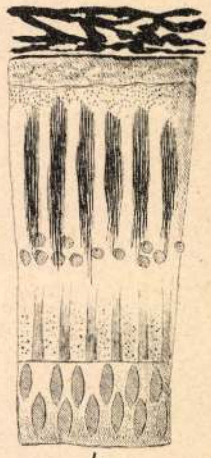
Melléklet Dr Szabó czikkéhez.

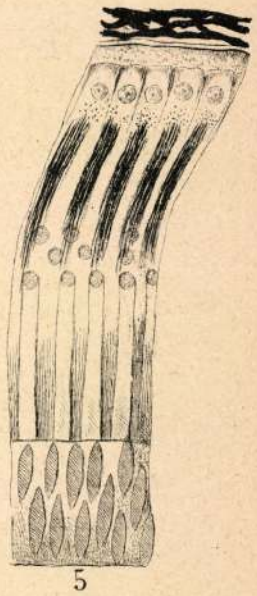


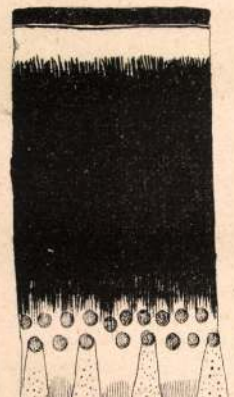
1

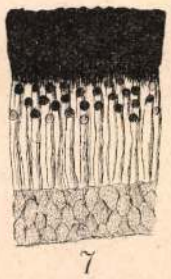
2

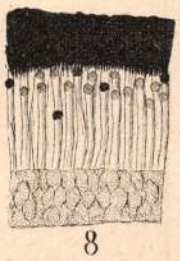

3


4

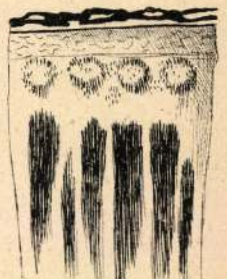

5

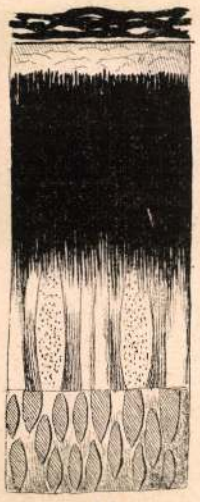

6


7

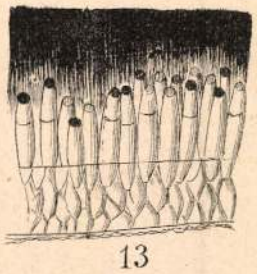

8

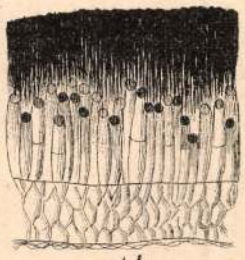
9

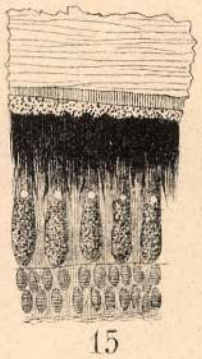

10

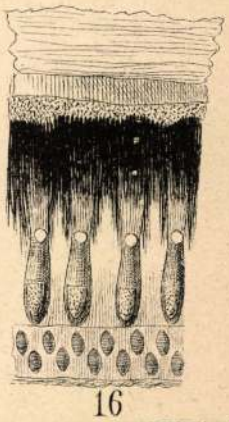

11

12


13


14


15


16

17

18

Nyomt Ráth J. udv. műint. Budapesten.

A Szemészet 1884 1. számához.